

**TERVEYSKULTTUURIN MÄÄRITTELEMÄTÖN TOISEUS**

**Epävirallisen terveydenhoidon määrittelykamppailu**

**suomalaisessa lakisääntelytarvekeskustelussa**

Jonimatti Joutsijärvi

Pro gradu -tutkielma

Uskontotiede

Historian, kulttuurin ja taiteiden tutkimuksen laitos

Turun yliopisto

Helmikuu 2014

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

TURUN YLIOPISTO

Historian, kulttuurin ja taiteiden tutkimuksen laitos

JOUTSIJÄRVI, JONIMATTI

Terveyskulttuurin määrittelemätön toiseus.  
Epävirallisen terveydenhoidon määrittelykamppailu  
suomalaisessa lakisääntelytarvekeskustelussa

Pro gradu -tutkielma, 117 s., 11 liites.

Uskontotiede

Helmikuu 2014

---

Epävirallisen terveydenhoidon määrittelykamppailu on merkittävä osa suomalaisen terveystieteiden muuttuvaa tilannetta. Epävirallisia hoitoja ei tunneta Suomen laissa, eikä vaikeasti määriteltävää alaa säännellä mitenkään. Määrittelykamppailu alan sääntelystä seuraa epävirallisten hoitojen määrittelyn ja luokittelun vaikeudesta. Monikulttuurinen terveyden kenttä on jännitteinen maailmankuvien välisten kiistojen areena.

Tutkielmassa analysoidaan epävirallisen terveydenhoidon määrittelykamppailun diskursiivista muodostelmaa vuosien 2008–2009 STM:n vaihtoehtoisten hoitojen sääntelytarvetta pohtineen työryhmän tuottamissa asiakirjoissa ja työryhmälle eri tahojen lähettämässä lausunnoissa ja kannanotoissa. Työryhmä loi kontekstin määrittelykamppailulle, selvitti alan potilasturvaa ongelmia ja ehdotti rajoitussäädöksiä.

Viranomaisdiskurssi, jonka työryhmä tuotti, pyrkii neutraaliuteen, mutta samalla vaikenee monista erimielisyyksistä. Siten säänneltävä kokonaisuus ei erotu ja sääntelyn kohteesta tulee epäselvä. Epävirallisten hoitojen edustajien diskursseissa ala pyritään tutkimustietoon pohjaten osoittamaan turvalliseksi ja tehokkaaksi terveyden asiantuntijuudeksi. Terveydenhuollon diskursseissa epäviralliset hoidot pyritään pitämään erillään terveydenhuollosta. Kriittisimmässä lausunnoissa hoidot nimetään uskomushoidoiksi ja niitä pidetään vaarallisina, tutkimattomina ja hyödyttöminä.

Analysoin aineistoa Norman Faircloughin kolmitasoisesta diskurssianalyysistä ja Michel Foucaultin tiedon arkeologian menetelmien avulla. Tavoitteena on kuvata aineiston mikrotason tekstejä, sekä tulkita ja selittää aineistokorpusta mesotason intertekstuaalisena vuorovaikutuksena, jossa eriävät lausumat kamppailevat tuottaakseen sosiaalisen makrotason sääntelyä. Aineisto edustaa Foucaultin nimeämiä diskurssiivisen esiintulon instansseja. Osoitan, että aineiston mesotasolla käynnissä oleva sääntelyprosessi on epävirallisten hoitojen rajausinstanssien tuotantoa (kuka ja miten alaa valvoo), joka kuitenkin jää kesken sääntelyn viivästytyksi. Siten myös alan erikoistumisinstanssit eli asiantuntijuudet jäävät kehittymättä. Jonathan Z. Smithin erontekojen teoriaan suhteuttaen sääntely on kesken terveystieteiden jyrkkien erontekojen vuoksi. Epäviralliset hoidot ovat viralliselle terveydenhuollolle käsittämätön toinen, jota ei kuunnella, vaikka se otetaan mukaan sääntelyprosessiin. Alojen välisen vuorovaikutuksen mahdollisuuksien tunnistaminen voisi edistää dialogista sääntelyä. Lähes kaikki viralliset ja epäviralliset tahot tahtovat dialogia.

Asiasanat: diskurssianalyysi, määrittelykamppailu, epäviralliset hoitomuodot, kansanparannus, luontaishoidot, vaihtoehtoishoidot, täydentävät ja vaihtoehtoiset hoidot, uskomushoidot, terveystieteen antropologia, erontekot, Jonathan Z. Smith

1 JOHDANTO	1
1.1 Tutkimuskysymykset	1
1.2 Terveydenhuollon kiistelty kenttä	2
1.3 Epävirallisten hoitojen historiallinen tausta	4
1.4 Suomalainen epävirallisen hoidon määrittelykamppailu	8
1.5 Aiempi tutkimus suomalaisesta epävirallisesta terveydenhoidosta	10
1.6 Uskontotieteellisen kontekstin rakentaminen ja teoreettinen viitekehys	11
2 AINEISTO JA METODI	16
2.1 Määrittelykamppailu epävirallisesta terveydenhuollosta vuosina 2008–2009	16
2.2 Määrittelykamppailun toimijat	18
2.3 Faircloughin ja Foucaultin diskurssianalyttinen metodologia	21
2.4 Jonathan Z. Smithin analyysi eronteista ja toiseuttamisesta	29
3 MÄÄRITTELYKAMPPAILUN KONTEKSTEJA	31
3.1 STM:n työryhmän lähtökohdat ja työskentely sääntelyn kontekstina	31
3.2 STM:n työryhmän työskentely kokousmuistioissa ja mediakeskustelussa	35
3.3 Viranomaisdiskurssin vahvistaminen lausunnoissa	41
3.4 Epävirallisten hoitojen määrittelyn ja luokittelun haasteet sääntelyn kontekstina	45
3.5 Epävirallisia hoitoja kuvaavia käsitteitä ja määritelmiä aineistossa	50
3.6 Vaihtoehtohoitoja ja uskomushoitoja jyrkästi kritisoivat tekstit	54
3.7 Määrittelemättömyyden seurauksia aineistossa	60
4 ERONTEON DISKURSSIT TERVEYSKULTTUURISSA	67
4.1 Käsitteet terveydenhuollon ja muun hoidon erottajina	67
4.2 Kamppailu asiantuntijuudesta	73
4.3 Näyttöön perustuvuus, näyttö ja näytön puute	80
4.4 Virallisen ja epävirallisen rajankäyntiä	90
5 JOHTOPÄÄTÖKSET – VUOROPUHELUN VAIKEUDESTA	95
LÄHTEET	104
LIITTEET	119

# 1 JOHDANTO

## 1.1 Tutkimuskysymykset

”Missä todella kaksi yhteensovittamatonta periaatetta kohtaa, siellä jokainen leimaa vastapuolen hulluksi ja harhaoppiseksi”.

– Ludwig Wittgenstein<sup>1</sup>–

Epävirallisen terveydenhoidon kenttä Suomessa on vaikeasti määriteltävä, moninainen, jakautunut ja muuttuva. Kiisteltyä kenttää kutsutaan yhteismitattomin käsittein: *uskomushoidot*, *luontaislääkintä*, *vaihtoehtoiset* tai *täydentävät hoidot*. Näillä ei ole virallista tai vakiintunutta asemaa terveydenhuollon osana. Hoitojen käytäntöjen ja maailmankuvien moninaisuudesta johtuen niitä on vaikea määritellä ja luokitella. Ilman määritelmää ja luokittelua on kuitenkin vaikea luoda laajan kentän yhteiskunnallista sääntelyä. Sääntelyehdotukset perustuvat aina joihinkin käsityksiin hoitojen historiasta ja tulevastakin. Näiden käsitysten moninaisuus heijastelee kentän tarkastelutapojen moninaisuutta ja intressien eroja. Analysoin epävirallisten hoitojen määrittelykamppailun diskursseja alan sääntelytarvetta tutkineen Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän asiakirjoissa vuosilta 2008–2009. Aiheen konfliktiherkkyys, työryhmän sisäiset ristiriidat sekä se, ettei lakiehdotus ole edennyt käytäntöön, tekevät aineistostani hyvän esimerkin käynnissä olevasta poliittisesta määrittelykamppailusta. Tutkimusongelmani on tuoda kamppailu keskeisine piirteineen ilmi, ei ratkaista sitä.

Keskeinen aineistoni on STM:n vaihtoehtoisten hoitomuotojen sääntelyn tarvetta tutkineen työryhmän tuottamat tai sen kyselyihinsä ja raporttiinsa vastauksena saamat asiakirjat. Lisäksi aineistona on erilaisia työryhmän työskentelyä edeltäviä tai sen jälkeisiä tekstejä, jotka kertovat työryhmän työskentelystä ja määrittelykamppailun kokonaisuudesta aineiston ymmärtämisen kannalta olennaisia asioita. Ympäristöpolitiikan tutkimuksen käsitteellistämä *poliittinen määrittelykamppailu* (Haila 2001) on päätöksentekoa edeltävä sosiaalinen prosessi. Ympäristöongelmien politisoituminen vastaa hyvin epävirallista terveysalaa koskevien ongelmien politisoitumista. Kun ongelmista tietoiset ja huolestuneet toimijat saavat toisia vakuuttuneiksi ongelmien vakavuudesta ja ratkaisutarpeesta, alkaa keskustelu. Ongelmien ja ratkaisujen kamppailevat määritelmät

---

<sup>1</sup> Varmuudesta, §611, Wittgenstein 1999, 133.

perustuvat usein eriäviin maailmankuviin ja intressiristiriitoihin. Kamppailu voi muuttaa toimijoiden yhteiskunnallisia asemia. Uusia instituutioita voi syntyä tai vanhojen tehtävät voivat muuttua. (Haila 2001, 11–14.) Tarkastelen epävirallisen terveydenhoidon määrittelykamppailua ja sääntelyprosessia diskurssianalyttisesti. Diskurssianalyysille tekstit ovat toimintaa, joka pyrkii muokkaamaan tai ylläpitämään sosiaalista todellisuutta (Pesonen 1997; Foucault 2005; Fairclough 1995). Kolme tutkimuskysymystäni noudattavat Faircloughin kolmitasoista diskurssianalyysin mallia (ks. alaluku 2.3) Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mikrotason kysymys eli aineiston kuvaus: Millaista ja keiden välistä määrittelykamppailua epävirallisesta terveydenhoidosta Suomessa käydään?
2. Mesotason kysymys eli diskursiivinen tulkinta: Millaisia määritelmiä ja diskursseja, ja miten, keskustelu tuottaa? Millaisia diskursiivisia strategioita aineistossa hyödynnetään määrittelykamppailun tai neuvottelun välineinä?
3. Makrotason kysymys eli sosiaalinen selitys: Miten epävirallista terveydenhoitoa tai sen osia suomalaisessa (lainsäädäntö)keskustelussa määritellään sosiaalisesti?

## 1.2 Terveydenhuollon kiistelty kenttä

Modernin lääketieteen käsitykset ja menetelmät ruumiin hoitamisesta ja sairauksien parantamisesta ovat Suomessa olleet vallitsevia toisen maailmansodan jälkeisenä aikana. Virallinen terveydenhuolto<sup>2</sup> (ks. STM 2004, 5–9) on keskittynyt koululääketieteeseen ja lääkärin asiantuntijuuteen. Terveydenhuoltoa säätelevät esimerkiksi potilaslaki, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä ja 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki. Potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisten oikeudet ja velvollisuudet on määritelty selkeästi oikeusturvan toteutumiseksi. Terveydenhuollon lait ja viranomaiset eivät sääntele tai valvo muita hoitomuotoja. Laki ei huomioi niitä lainkaan.

Medikaaliantropologi Arthur Kleinman on klassikkotutkimuksessaan Kiinan terveydenhuollosta määritellyt *terveydenhuollon kulttuurisen järjestelmän* tutkijan muodostamaksi käsitteeksi, joka yhdistää yhteiskunnan terveyteen liittyvät komponentit

---

<sup>2</sup> Viralliseen terveydenhuoltoon kuuluvat Sosiaali- ja terveysministeriön säätämien lakien ja valvoman toteutuksen puitteissa tapahtuvat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (STM 2004, 5–9). Ruotsi-Suomessa jo vuonna 1688 annettiin lääkintäsääntö, jossa säädettiin muun muassa lääkärin erioikeudesta parantamisammatin harjoittamiseen (Vauhkonen 1992, 192–193).

(Kleinman 1981, 24–27). Terveydenhuoltokulttuurin keskeiset osat ovat 1) ammattimainen terveydenhuolto, 2) kansanlääkintä ja 3) populaari terveydenhuolto. Ammattimainen terveydenhuolto pitää sisällään yhteiskunnallisesti säännellyn parantamisen kuten lääketieteen koulutusjärjestelmän ja sairaalat. Kansanlääkintä on ammattimaiseen terveydenhuoltoon kuulumattomien parantajien toimintaa, jota yhteiskunta ei sääntele. Populaari terveydenhuolto on yksityishenkilöiden itsehoidon kenttä. Eri kentillä on paitsi eri tapoja parantaa, ja usein eri ruumis- ja sairauskäsitykset. (Kleinman 1981, 49–60.) Nicky Britten on tutkiessaan lääkevalmisteita sosiaalisena ilmiönä modernissa yhteiskunnassa soveltanut jakoa siten, että kansanlääkintä nimetään uudestaan epäviralliseksi terveydenhoidoksi (*informal health care*) ja ammattimainen terveydenhuolto viralliseksi (*formal health care*). Kansanlääkintä nyky-länsimaisissa konteksteissa on osa yhä ammattimaisempaa epävirallista terveydenhoitoa, joten jako ammattimaiseen ja kansanomaiseen ei enää päde, kirjoittaa Britten. Selkeämpää on puhua virallisesta ja epävirallisesta kentästä.<sup>3</sup> (Britten 2008, 25–26.) Suomen kielessä nykyisin erotellaan virallinen huolto epävirallisesta hoidosta.<sup>4</sup> Kutsunkin niitä *epävirallisiksi hoidoiksi*, erotuksena virallisesta terveydenhuollosta.

Epävirallisiin hoitoihin kuuluu menetelmiä kotoperäisestä kansanparannuksesta ja itämaisista lääkinnöistä henkiparantamiseen ja homeopatiaan. Koululääketiede harvoin myöntää niille terveydellistä merkitystä. Koululääketieteen hallitsevasta asemasta johtuen muita hoitomuotoja kutsutaan usein *vaihtoehtohoidoiksi* (alternative medicine; ks. esim. Wallis & Morley 1976; Vaskilampi 1986; Bivins 2007). Kuitenkaan monet hoidoista eivät pyri kilpailuun vaan täydentämään lääketiedettä. Siksi epävirallinen hoito on tarkasteluuni sopivin käsite.

Toisen maailmansodan jälkeen epävirallisen hoidon suosio on jatkuvasti kasvanut medikalisaation rinnalla ja sen osana. Viimeistään 1980-luvulla epävirallisen hoitoalan suosion vuoksi viranomaistaho on joutunut arvioimaan suhdettaan siihen (Saarinen 1998; EU 1998; Coulter & Willis 2004). Terveydenhuollon ammattilaisten ja asiakkaiden välillä on myös asenne-eroja suhteessa epävirallisiin hoitoihin. Lääkärilehden vuoden 2012 kyselytutkimuksessa havaittiin lääkärin vastustavan ”uskonvaraisimpia hoitoja”, mutta pitävän tieteen selitettävissä olevia myönteisinä (Ilmanen & al. 2013). Liisa Salmenperän

---

3 Kiinnostavasti myös LKT Veijo Saano puhuu epävirallisesta terveydenhoidosta, vaikka yleisemmin käyttääkin termejä uskomushoito tai puoskarointi (Saano 2005).

4 1980-luvun keskustelussa näin ei vielä ollut (Meriläinen 1986).

kyselytutkimus suomalaisten syöpäpotilaiden ja heitä hoitavien sairaanhoitajien ja lääkärin asenteista vaihtoehtoisia hoitomuotoja kohtaan osoittaa, että Suomessa potilaat ovat selvästi lääkäreitä myönteisempiä vaihtoehtolääkintää kohtaan (Salmenperä 2005, 60–69). Epävirallisten hoitojen asiantuntijuus ja suhde terveydenhuoltoon on terveyskulttuurin kokonaisuuden haaste. Esimerkiksi WHO ja EU ovat tahoillaan suositelleet epävirallisen tai perinteisen terveydenhoidon integrointia viralliseen terveydenhuoltojärjestelmään<sup>5</sup> (WHO 2008; EU 1998).

Terveyskulttuurin jännitteet koskettavat valtaväestöä. Kehitykseen reagoidaan monin tavoin, siksi terveydenhuolto on erinomainen sosiaaliseen kehitykseen liittyvän jännitteen tutkimuskohde (Kleinman 1981, 37). Eräs jännitteen syy on, että terveydenhuoltokulttuurin kautta harjoitettu ruumiin kontrolli koskee kaikkia ihmisiä ja ihmiskuvia. Teknologisoitu yhteiskuntamme säätelee ruumista, sen toimintoja ja tapojamme ymmärtää itseämme ruumiillisina olentoina monin lääketieteellisin menetelmin jo ennen sikiövaihetta aina fyysisen kuolemamme jälkeiseen aikaan (Honkasalo 2011). Tätä kutsutaan medikalisaatioksi (Lahelma 2003). Jos virallisen terveydenhuollon lisäksi huomioidaan epäviralliset hoidot ja muut terveystieteiden osat, kuten erilaiset ruokavaliokäsitykset, nähdään, että ruumiin kontrolliin pyrkivät monet ristiriitaiset käsitykset ruumiista ja sen kohtelusta. Terveystieteiden kokonaisuus ei ole yhtenäinen ja ristiriitaton. Yksilö voi arkipäivässään tietoisesti käyttää näitä ristiriitaisia menetelmiä tai sattumanvaraisesti altistua niille. Mikä on samassa yhteiskunnassa toimivien erilaisten tai riitaiden terveystieteiden suhde toisiinsa, keskinäinen työnjako ja yhdessä muodostama kokonaisuus? Nämä ratkaisemattomat kysymykset ovat epävirallisen terveydenhoidon sääntelyn keskiössä.

### 1.3 Epävirallisten hoitojen historiallinen tausta

Länsimaisten terveydenhuoltojärjestelmien rinnalla toimivat epäviralliset hoitomuodot voi jäljittää useisiin historiallisiin juuriin. Esimerkkejä ovat eri kulttuurien perinteiset hoitomuodot, lääketieteestä eriytyneet lääkinnät kuten homeopatia sekä modernien ja jälkimodernien aatevirtausten kuten vitalismin<sup>6</sup>, New Agen, holistisen terveystieteiden tai

<sup>5</sup> Vastikään Pariisin kaupunki päätti integroida vaihtoehtoiset ja täydentävät hoidot sairaaloidensa käytäntöön (Cambrella 2013).

<sup>6</sup> Esimerkiksi 1700-luvulla vaikuttaneen Franz Mesmerin kehittämä mesmerismi on paitsi tieteellisen hypnoosin edeltäjä, myös eräs vitalistinen hoitomuoto, jossa terapeutti avaa potilaan parantavalle energialle. Toisinaan kaikkia nykyisiä epävirallisia hoitoja pyritään määrittelemään niiden vitalistisuuden kautta. Väljimmillään vitalismi merkitseekin



somaattisten menetelmien (ks. Hanna 1995; Johnson 1995) tuottamat hoitomuodot. (Ks. mm. Fuller 2005, 3848–3849.) Perinteisiä suomalaisia hoitoja ovat jäsenkorjaus, kuppaus tai sauna. Monet muualta tulleet hoidot kuten intialainen ayurveda tai kiinalainen lääketiede ovat omien kulttuuriensa perinnelääkintää.<sup>7</sup>

*Vaihtoehtoisiksi ja täydentäviksi* määriteltyjen hoitomuotojen historialliset juuret voi nähdä seuraavasti. Erityisesti vaihtoehtoisten hoitojen synty vaatii määritelmällisesti ensisijaisen hoidon, jolle ne ovat vaihtoehtoisia. Klaus Bergdolt terveellisen elämän kulttuurihistoriassaan nimeää modernin lääketieteellisen paradigman käänntekeväksi henkilöksi saksalaisen lääkäri-antropologi Rudolf Virchowin, joka 1840-luvulta lähtien korosti terveyden ja sairauden määrittyvän solutasolla, parametrein, joita voidaan mitata ja suhteuttaa tilastollisesti. Silti Virchowille tieteellinen terveyden määritelmä oli ongelma, sen kiistäessä ”transsendentin” merkityksen. Hän korosti lääketieteen merkitystä ”sosiaalitieteiden äitinä” teollistumisen kurimuksessa. (Bergdolt 2008, 276–279.) Roberta Bivins osoittaa homeopatian yhdeksi tärkeäksi tekijäksi koululääketieteen yhtenäisyyden muodostumisessa. Homeopatia oli yhteinen ja vakavasti otettava kilpailija 1800-luvun ”allopaattien” eli nykyisen koululääketieteen keskenään erilaisille koulukunnille, joiden oli mielekästä korostaa homeopaatteja vastaan yhteisiä piirteitään erojen sijasta. (Bivins 2007, 89–106.)

Näistä lähtökohdista kehittyneitä modernia terveydenhuoltojärjestelmää pidetään keskeisenä esimerkkinä rationalisoivan moderniteetin vallan-käytöstä, jossa tieteellisen tiedon varassa toimiva yhteiskunta kontrolloi kansalaisten ruu-miita terveyden ja sairauden määrittelyn ja muokkaamisen kautta (Turner 1992, 177–189, 208–209). Roy Wallisin ja Peter Morleyn mukaan vain joissakin tiiviissä traditionaalisissa yhteisöissä ja teollistuneessa länsimaisessa yhteiskunnassa on muodostunut vaihtoehtoisen lääkinnän määrittelyn vaatima monopoli tai ortodoksia. Teollisen vallankumouksen ja modernisaation lisäksi lääketieteen kehitys yhä useampia vakuuttavaksi järjestelmäksi on syynä ortodoksisen lääketieteen synnylle. Samalla sen ulkopuolelle rajautuivat aiemman

---

ajattelutapaa, jossa elävissä organismeissa oleva sisäsyntyinen muotoa antava tekijä selittää organismin ja sen osien synnyn ja toiminnan. Hyvin monet hoitomuodot jakavat tämän käsityksen – joskaan eivät kaikki. Vitalismi on toisaalta uuden ajan länsimaisen historian filosofinen suuntaus ja koulukunta, joka korostaa kaikessa elävässä olevan (metafyysisen) elämänvoiman merkitystä esimerkiksi parantamisen kannalta. Jo tämän filosofianhistoriallisen juurensa vuoksi on kyseenalaista, voiko koko epävirallista terveystieteen luonnehtia vitalistiseksi.

<sup>7</sup> Perinteisiin hoitoihin liittyy erityinen kulttuurihistoriallisen oikeutuksen tema. Hoitoja luokitellaan Suomessa kriittisissä diskursseissa toisinaan sen mukaan, onko niillä perinteen nojalla kulttuurihistoriallinen oikeutus liittyä terveydenhoitoon virallisen kentän ulkopuolella vai ei (esim. Saano 2005, 5).

pluralismin pohjalta epäortodoksiset lääkinnät, joiden suhde ortodoksiaan on sosiaalisesti ja opillisesti moninainen ja muuntuva. (Wallis & Morley 1976, 9–19.)

Lääketiede ei pitkälle 1900-luvulle voinut tarjota useinkaan tehokasta hoitoa yleisiin kansantauteihin ja pääasiassa siksi erilaiset muut hoidot vetivät käyttäjiä puoleensa (Johanninsson 1990, 165–172, 168). Täydentäviä hoitoja on käytetty myös koululääketieteen puuttuessa tai sen rinnalla usein sellaisina aikoina tai sellaisilla alueilla, joissa yhteiskunta ei ole voinut tuottaa riittäviä terveydenhuoltopalveluita. Esimerkiksi Yhdysvaltain syrjäseuduilla kiropraktikot ovat korvanneet puuttuvia yleislääkäreitä ja muodostaneet siten sosiaalista turvaverkkoa yhteisöihin. Samoin suomalaisessa yhteiskunnassa toisen maailmansodan jälkeen terveydenhuoltojärjestelmä ei kattanut koko maata ja kansanparantajilla tai vastaavilla oli sosiaalista tilausta. (Baer 1987, 179–184; Forsius 2005, 12.) Hoitojen vaihtoehtoisuus tai täydentävyys riippuu siis virallisen terveydenhuollon kattavuudesta ja suhteesta muihin terveystiloihin. Länsimaissa ennen lääketieteen vakiintumista kirkolla oli keskeinen rooli parantamisen kentällä. Papeille jäi sielunhoito lääkäreiden hoitoaessa ruumiinvaivat. Perinteiset kristilliset tautiselitykset demoneineen korvautuivat fysiologisilla tautiselityksillä. Kirkon ja papiston luopuessa henkisestä parannustehtävästä korvaaville henkisille hoidoille tuli sosiaalinen tilaus. (Fuller 2001, 102–104.)

Esimerkiksi teosofian perinne ja 1800-luvun yhdysvaltalaiset uususkonnot vaikuttavat joidenkin uusien psyyken tai hengen hoitojen taustalla. Osaa näistä hoidoista kutsutaan vitalistisiksi. Vitalistisen perinteen lisäksi epäviralliset hoidot juontavat usein juurensa perinteisiin itäisiin filosofioihin, kuten hindulaisuuden tai buddhalaisuuden muotoihin, tai aiempien vuosisatojen länsimaisiin esoteerisiin ja metafysiisiin oppeihin. (Fuller 2001, 115–121; Fuller 2005, 3848–3849; Albanese 1999, 309–313; Albanese 1986, 489–502.<sup>8</sup>) Myös toisen maailmansodan jälkeen kehkeytynyt New Age -liike voidaan nähdä vastauksena henkisen parantamisen sosiaaliseen tilaukseen. Holistiset parantamisen menetelmät ovat New Agen keskeisin osallistava käytäntö. (Fuller 2001, 119–121; Albanese 1999, 310–312.)

Linda Barnes toteaa, että eurooppalaisilla oli kiinalaisen lääkinnän tietoutta jo 1200-

---

<sup>8</sup> Suvi Rytty on tutkinut 1900-luvun alun suomalaisen luonnonparannusliikkeen vaihteita (Rytty 2010), jotka voi liittää osaksi tätä historiaa.

luvulta lähtien (Barnes 2005, 1). Bivins osoittaa samanlaisuuden 1700-luvun alkuun asti länsimaisessa lääkinnässä keskeisen humoraaliteorian<sup>9</sup>, kiinalainen lääketieteen ja ayurvedan kehokäsityksissä. Niiden oli mahdollista keskustella samalla tasolla. Suhteessa tähän modernin biologisen lääketieteen synty oli murros terveydenhuoltokulttuurissa paitsi tutkimusmetodien, myös esimerkiksi lääkinnällisen kulttuurivaihdon ja potilaan ja lääkärin roolin kannalta. (Bivins 2007, 1–40.) Lääketiede on suhtautunut muiden kulttuurien terveydenhoitoon epä-älyllisenä ja satunnaisena, eikä päämäärätietoisena kehityksen tuloksena. Näin akupunktio erotettiin sen taustalla olevasta kehokäsityksestä, kosmologiasta ja myös suurelta osin hoitokäytännöstä. Toimiva tekniikka riisuttiin kontekstista, jolloin se ei haastanut ihmiskuvaa. (Bivins 2007, 107–134.)

Voi päätellä, että yhteydet itäisten ja läntisten parantamisen menetelmien ihmiskuvissa ovat lähentäneet koululääketieteeseen kuulumattomia hoitomuotoja. Samalla tavalla kuin koululääketieteen historialliset edeltäjät järjestäytyivät homeopatian kaltaisten yhteisten vihollisten edessä, yhdistää koululääketieteen monopoliin kuulumattomuus epävirallisia, perinteisiä tai vaihtoehtoisia ja täydentäviä hoitoja. Nykyiset kansainväliset keskustelut perinteisistä hoidoista (Traditional Medicine, TM) ja vaihtoehtoisista ja täydentävistä hoidoista (Complementary and Alternative Medicine, CAM) pyrkivät ankkuroimaan eri perinteet ja koulukunnat käsitteellisesti yhteisen nimittäjän ympärille. Toisaalta on havaittavissa integraatiopyrkimys, jossa konteksteistaan irrotetut hoidot omaksutaan tieteellisen näytön perusteella lääketieteen menetelmiksi.

Edellä esitetyn yhteenvedon voi todeta, että länsimaisessa modernissa terveydenhuoltokulttuurissa kehittyneen vaihtoehtolääkinnän ja sitä koskevien kiistojen historialliset juuret ovat 1) lääketieteen historian monimuotoisuudessa: eurooppalaisissa kansanparantamisen ja varhaisen lääketieteen monissa perinteissä, kuten humoraaliteoriassa tai vitalismissa, 2) teollistuvan yhteiskunnan modernin biolääketieteen 1800–1900 -lukujen vaihteessa saavuttamassa terveydenhuollollisessa monopoliasemassa, sillä vaihtoehtoisuus vaatii ensisijaisuuden, josta se määrittyy, 3) uskonnollisten, henkisten ja esoteeristen traditioiden terveyteen ja ruumiillisuuteen liittyvissä käytännöissä ja teorioissa, sekä 4) vuosisataisessa kulttuurivaihdossa erityisesti aasialaisten lääkintäkulttuurien kanssa, joiden kanssa varhaisemmilla eurooppalaisilla lääkinnöillä oli melko paljon yhteistä.

---

<sup>9</sup> Humoraaliteoriassa terveys ja sairaus riippuu tasapainosta kehon nesteiden välillä, joihin kuuluvat veri, keltainen sappi, musta sappi ja lima. Näistä johdetaan nesteen vallitsevuuden perusteella neljä hoitoa ohjaavaa ihmistyyppiä.

## 1.4 Suomalainen epävirallisen hoidon määrittelykamppailu

Lauri Honko kirjoitti vuonna 1977 kansanlääkinnän väistymisestä (Honko 1977, 95–96), mutta jo vuonna 1983 totesi: ”Länsimaisen kaupunkikulttuurin yli on - - vyörymässä epävirallisen parannustaidon hyökyaalto, ja vaihtoehtomedisiinalle raivataan tietä sairaaloihin” (Honko 1983, 50). Vielä 1980-luvulla Suomessa lasta ei saanut hoitaa epävirallisilla hoidoin. Näin hoidettuja lapsia otettiin huostaan, mikä nostatti vastareaktion. Hoitojen käyttäjät laativat kansalaisadressin ja viranomaisten asenteet muuttuivat sallivammiksi. Syntyi myös dialogia terveydenhuollon ja epävirallisten hoitojen välillä. (Koponen 1998, 18–19<sup>10</sup>.) Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen (TEO<sup>11</sup>) asettama valtiollinen Virallisen ja vaihto-ehtoisen terveydenhoidon työryhmä pohti alaa vuosikymmenen, mistä dokumenttina julkaistiin teos *Täydentävät vaihtoehdot terveydenhoidossa* (Saarinen 1998). Näkökulma oli dialoginen ja alan nimityksenä ”vaihtoehtoinen ja täydentävä hoito”. TEO:n työryhmän satona tehtiin epävirallinen sopimus alan organisoitumisesta ja itsesääntelystä, joka on toteutunut osittain. Hoidoille kriittinen keskustelu kulminoitui Duodecim-lehden sanakilpailuun, joka tuotti käsitteen *uskomuslääkintä* (Duodecim 1996). Se on vakiintunut alan vastustajien tai epäilijöiden käyttöön.

Epäviralliset hoidot ovat yhä vailla kaikkien kaipaamaa laissa määriteltyä asemaa (Vaskilampi 1992, 119; STM 2009). Ensin Suomen Mielenterveysseura (SMTS) vaati vuonna 2005 hoitojen ja mainonnan valvontaa ja sääntelyä potilasturvallisuuden ja oikeusturvan riskien vuoksi (SMTS 2005). Toiseksi pian sen jälkeen epävirallisten hoitojen etujärjestö Luonnonlääketieteen keskusliitto (LKL) vaati oikeuksiensa ja velvollisuuksiensa määrittelemistä (LKL 2005). Kolmas vaade sääntelylle tulee kansainvälisistä terveyskulttuurien integraation suosituksista (EU 1998; WHO 2008). Neljäntenä sääntelymotiivina on lääketieteen aseman puolustaminen potilasturvan ohella (Terveydenhuollon järjestöt 2008). Vastauksena vaatimukseen Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) perusti työryhmän, jonka tehtäväksi määriteltiin selvittää hoitojen potilasturvallisuusongelmat, kuulla asiantuntijoita ja hoitojen edustajia, arvioida lainsäädäntötarpeen laajuus ja tehdä tämän perusteella lakiehdotus. Työryhmä julkaisi

---

10 Koponen ei anna lähdettä 1980-luvun kiellolle lasten hoidosta epävirallisilla hoidoin.

11 Liitteessä 1 luettelen useimmat tutkielmassa käytetyt lyhenteet.

raportin *Vaihtoehtohoitojen sääntelyn tarve*. (STM 2009.)

Lakiehdotuksen tuli perustua hoitojen *suppeaan* tai *laajaan* sääntelyyn. Suppea sääntely merkitsee hoitojen rajaamista tiettyjen sairauksien tai väestöryhmien suhteen tai tiettyjen hoitomuotojen harjoittamisen rajaamista vain terveydenhuollon ammattilaisten tai vastaavien erityiskoulutuksen tai -kokemuksen hankkineiden ihmisten oikeudeksi. Laajan sääntelyn sisältö jätettiin työryhmän pohdittavaksi. Siitä ei laadittu lakiehdotusta, mutta raportin mukaan sellaista tulisi valmistella. Siihen kuuluisivat vielä puuttuvat vaihtoehtohoitojen määritelmä, markkinoinnin sääntely, terapeutitirekisteri, koulutus-kriteerit ja alan valvonta (STM 2009, luku 7.2) Erotuksena 1990-luvun keskusteluihin työryhmä nimesi kentän kapeammin vaihtoehtohoidoiksi. Raporttia ja lakiehdotusta on seurannut kamppailu alan määrittelystä ja sosiaalisesta asemasta. Työryhmä ehdotti suppeaa sääntelyä<sup>12</sup>, ja LKL:n edustajat jättivät raporttiin eriävän mielipiteensä. Eriävän mielipiteen kritiikki kohdistui niin lain pykäliin, työryhmän kokoonpanoon, asiantuntijoiden kuulemisen puutteisiin ja annettuihin resursseihin. (STM 2009, 68–73.) Työryhmässä LKL kyseenalaisti potilasturvallisuusongelmat lähtökohtana lain valmistelulle ja kritisoi työryhmän tapaa jättää kutsumatta asiantuntijoita kuultavaksi. (LKL 2008.)

Aineistoa hankkiessani huomasin, ettei STM ollut arkistoinut raportista annettuja lausuntoja. Kysyttäessä sain nämä raportit luettavakseni, mutta virkamiehen sijaiselta meni useampi viikko lausuntomappin löytämisessä. Materiaalia ei oltu tarvittu lain jatkovalmisteluun. Aihe oli ilmeisesti jätetty muutamaksi vuodeksi. Aihetta sivutaan hallitusohjelmassa yhdellä lauseella: ”Vaihtoehtohoitoihin liittyvää lainsäädäntöä jatkovalmistellaan yhdessä työ- ja elinkeinoministeriön kanssa tavoitteena potilasturvallisuuden parantaminen.” (Hallitusohjelma 2011, 59.) Eduskunnan oikeusasiamiehen tuoreen asiakirjan mukaan Valvira on saanut ”entistä enemmän ilmoituksia ja tiedusteluja erilaisista vaihtoehtohoidoista”, ja se ”pitääkin tärkeänä lainsäädännön saattamista tältä osin ajantasaiseksi.” Ongelmaksi tässä yhteydessä mainitaan erityisesti terveydenhuollon ammattilaisten antama vaihtoehtohoito, joka voi hämmentää asiakkaita kuten haavoittuvien potilasryhmien edustajia. (Eduskunnan oikeusasiamies 2013.) Suomen Lääkäri-lehden uutisen mukaan STM ja TEM ryhtyvät valmistelemaan uutta lakia tällä hallituskaudella eli vuoteen 2015 mennessä (Soininen 2013). Tämä tekee tutkielmastani

---

12 Liitteessä 3 oikeustieteiden maisteri Mikko Rajavuoren kommentteja lakiehdotuksesta. Liitteessä 2 terveys sosiologian professori Tuula Vaskilammen kommentteja ennen STM:n työryhmän raporttia.

ajankohtaisen. Helsingin Sanomien 23.1.2014 uutisen mukaan STM:llä ei kuitenkaan ole tällä hallituskaudella ”virkamiesresursseja säästöyön käynnistämiseen” useiden kiireellisempien lakien valmistelun vuoksi (HS 2014).

### 1.5 Aiempi tutkimus suomalaisesta epävirallisesta terveydenhoidosta

Aiempaa tutkimusta suomalaisesta epävirallisesta terveydenhoidosta edustavat muun muassa uskontotieteilijä Lauri Honko (1977, 1983, 1994) ja terveystieteilijä Tuula Vaskilampi (1986, 1991, 1992, 1994). Honko on pyrkinyt muun muassa hahmottelemaan terveyskäyttäytymisen kenttää siten kuin se näyttäytyy asiakkaille. (Honko 1994, 33–35.) Honko puhui myös kokonaisvaltaisemman terveydenhuollon puolesta (mt., 20) ja siitä, miten terveydenhuoltojärjestelmän monitieteisessä, empiirisessä ja vertailevassa tutkimuksessa läntinen lääketiede on vain kokonaisuuden osa (Honko 1983, 29). Hän peräänkuulutti ”epävirallisen hoitotoiminnan ja sairaalakeskeisen lääketieteen” vuorovai-  
kutusta (mt., 33). Vaskilampi puolestaan on tutkinut vaihtoehtohoitojen kenttää ja kokonaisuutta Suomessa muun muassa luokitellen hoitomuotoja ja tyyppitellen niiden kokonaisuutta (esim. Vaskilampi 1986 ja 1994, 223) ja keskustellut niiden asemasta ja vastuusta terveystieteillä (Vaskilampi 1994, 229–231). Medikaaliantropologia ja terveyden kulttuurinen tutkimus ovat Suomessa melko nuoria tieteen aloja. Myös tuore *Terveyttä kulttuurin ehdoilla* -artikkelikokoelma on mainitsemisen arvoinen<sup>13</sup>. Nykyisen määrittelykamppailun analyysiin aiempi tutkimus antaa arvokasta taustaymmärrystä, mutta ei juuri kosketa sen erityisiä kysymyksenasetteluja (Vaskilampi aiheesta, ks. liite 2).

Suomalaisesta epävirallisen terveydenhoidon sääntelystä tai alaa koskevasta keskustelusta ja asenneilmapiiristä on tehty kaksi pro gradu -tutkielmaa, joissa käytetään diskurssianalyysiä menetelmänä. Jenni Ryypön uskontotieteen pro gradu -tutkielma *Vaihtoehtolääkinnän oikeutus* (2004) tutkii alaan liittyviä erilaisia arvodiskursseja, argumentaation tapoja ja väittelyitä laajasti erilaisten teemojen kautta. Teemoihin kuuluvat muun muassa vaarallisuus, tieteellisyys, kokonaisvaltaisuus, tieto ja usko. Kaikkiin teemoihin sisältyi sekä positiivisia että negatiivisia kannanottoja, ja kaikkia arvo-  
diskursseja voitiin käyttää eriävien mielipiteiden perusteluun. Aineistona Ryypö käyttää

---

<sup>13</sup> Yksittäisiä artikkeleita eri tutkijoilta on epävirallisen hoidon ilmiöistä jonkin verran. Uskontotieteessä Terhi Utriainen on viime aikoina tutkinut aihepiiriä. Suvi Rytty Turun yliopiston Suomen historian oppiaineessa kirjoittaa väitöskirjaa 1900-luvun alun modernisaatiokriittisestä luonnonparannusliikkeestä, jota hänen gradunsakin (Rytty 2007) käsitteli.

lukuisia 1990–2000 -luvulla tuotettuja mielipidekirjoituksia, lehtiartikkeleita, kirjallisuutta ja muita tekstejä hahmottaakseen alaa koskevien argumenttien koko kirjon.

Tuoreempi on Riikka Vianderin valtio-opin pro gradu *Kamppailu luontaishoidoista* (2010), jossa ala käsitteellistetään osaksi kansalaisyhteiskuntaa. Kansalaisen valinta käyttää luontaishoitoja terveydenhuollon palvelujen sijaan näyttäytyy Vianderin tutkielmassa kansalaistoimintana, vallitsevan käytännön kiistämisen politiikkana, joka tuottaa uusia toimintatapoja. Lisäksi Viander analysoi lakiehdotusprosessille rinnakkaisen media-keskustelun diskursseja, josta hänen mukaansa käyttäjien näkökulma puuttuu ja jota lääketieteellinen diskurssi hallitsi luontaishoitajien esittäessä oman vaihtoehdonsa. Viander toteaa, että intressiritiriidasta johtuen yhteisymmärrystä ei synny. Kumpikaan tutkielma ei kiinnitä erityistä huomiota epävirallisen terveydenhoidon yhteiskunnalliseen asemaan ja sitä koskevaan määrittelykamppailuun, joten työni ei ole niille päällekkäinen vaan niiden näkökulmia täydentävä.

## **1.6 Uskontotieteellisen kontekstin rakentaminen ja teoreettinen viitekehys**

Usein uskontotieteilijä rakentaa tutkimuksensa uskontotieteellisen kontekstin. Konteksti rakennetaan tutkimusstrategisin tai tutkimuskysymyksellisin perustein (ks. mm. Taira 2004, 125). Esimerkiksi uskontotieteilijä Teemu Tairan painottamassa kontekstilähtöisessä tutkimuksessa valitaan teoria tutkimusaiheen tai kontekstin tarpeisiin: millä teoriolla voi vastata tutkimuskysymyksiin juuri tämän aineiston kohdalla? Uskonto on teoreettinen konstruktio, joka muuttuu ja jonka voi nähdä poikkikulttuurisena ilmiönä. Kulttuurintutkija on osa itseään muokkaavaa kontekstia, jonka muuttuminen on aina suhteessa toisiin konteksteihin. (Taira 2004, 126–128, 139.) Nähdäkseni tässä tutkielmassa rakennan kontekstin tutkimuskysymyksellisin perustein: olen valinnut teoreettiset työkaluni ja aineistoni selvittääkseni eri hoitoperinteiden suhteita tietyssä yhteiskunnallisessa tilanteessa. Määrittelemällä kontekstin aineiston perusteella olen tarkentanut kysymyksen koskemaan epävirallisen terveydenhoidon määrittelykamppailua Suomessa. Vaikka aineistoni on selkeämmin medikaaliantropologinen tai terveys sosiologinen, ovat terveyden, sairauden ja parantamisen käsitykset maailmankuvallisten uskomusten ydinainesta. Uskonto-käsitteelle ei ole ainoatakaan määritelmää, jota ei voitaisi kyseenalaistaa. Olen päätenyt Clifford Geertzin (ks. esim. Geertz 1993) käsitystä mukailien seuraavaan työhypoteesiin: uskonto on kulttuurinen järjestelmä, joka kokonaisvaltaisesti ja

perustavanlaatuisesti määrittää olemisen ja elämisen tapoja sekä esimerkiksi sosiaalisia käytäntöjä kuten parantamista<sup>14</sup>. Ihmis- ja ruumiskäsitykset sekä tavat hoitaa vaivoja ja sairauksia vaikuttavat perustavanlaatuisesti ja kokonaisvaltaisesti yhteisöjen elämäntapaan. Näin voin perustella aiheeni uskontotieteellisyyden<sup>15</sup>.

Olen tutkijana tutkimani määrittelykamppailun sisällä. Lingvistisen käänteän lähtökohtien mukaisesti Peter Stromberg ajattelee, ettei kieli ole vain referentiaalista, vaan myös konstitutionaalista. Tämä tarkoittaa sitä, että kielelliset ilmaisut, puhe ja tekstit eivät vain viittaa niiden ulkopuolisiin todellisuuden kohteisiin, vaan ilmaisuilla on olennainen rooli näiden kohteiden muodostumisessa. (Stromberg 1993.) Tätä ajatusta soveltaen, minun tulee tutkijana olla tietoinen paitsi siitä, millaista terveydenhuoltokulttuuria aineistoni tuottaa, myös siitä, millä tavalla tutkielmani osallistuu tähän diskursiiviseen sosiaalisen todellisuuden tuottamiseen. Analysoidessani määrittelykamppailua tuotan kulttuurintutkimuksellisia mielikuvia siitä ja sen tulevaisuudesta. Vaikka tutkimus tapahtuukin ikään kuin metatasolla tai ulkopuolisesta näkökulmasta (etic) suhteessa aineistoon näkökulmiin (emic<sup>16</sup>), se on kuitenkin osallinen tästä keskustelusta. Asemoin itseni keskusteluun kulttuurintutkijana, joka kannattaa terveyskulttuurien diversiteettiä sekä avointa yhteiskunnallista ja tieteellistä debattia eri hoitomuotojen merkityksestä ja asemasta yhteiskunnassamme.

Uskontotieteellisessä keskustelussa aivan viime aikoina uskonnon diskursiivinen tutkimus on noussut puheenaiheeksi. Uskontotieteilijä Kocku von Stuckradin (Stuckrad 2003 ja 2013) diskurssianalyysin teoria painottaa näkökulmaa, jossa tutkija luo käsitteellisen areenan, jolla ristiriitaiset diskurssit vuorovaikuttavat. Näin diskurssin käsitteellä voidaan tehdä näkyväksi jatkuvuuksia, siirtymiä ja muunnelmia merkityksissä ja asemassa sosiaalisten valtasuhteiden vaihtelussa. Merkitysten ja asemien neuvottelu muokkaavat

---

14 Geertzin uskontomääritelmä korostaa uskontoa symbolisena järjestelmänä, joka tuottaa elämää ohjaavia käsitteitä. Tunnustan, että tämä on keskeinen osa uskonnon toimintaa ja kulttuurin tuotantoa, mutta epäilen, että prosessissa symbolisen ja käsitteellisen rooli ei ole muita elämän- tai kokemisen alueita keskeisempi tai ohjaavampi.

15 Uskonto-määritelmäni puitteissa uskonnon erottaa ei-uskonnota perustavanlaatuisuus ja kokonaisvaltaisuus, ei esimerkiksi usko ylikuonnollisiin toimijoihin. Tässä määritelmässä luonnontieteellisyys tai rationaalisuus eivät myöskään ole riittäviä kriteerejä jonkin maailmankuvan määrittelemiseksi ei-uskonnotiseksi tai ei-uskonnotiksi. Näin ollen tapakristillisen Jumalaan uskovon mutta uskoaan harjoittamattoman suomalaisen uskonnotiksi ei ehkä määrityäkään ensisijaisesti evankelisluterilaisuus vaan moderni humanistinen ajattelu, globaali markkinatalous tai jokin vastaava kulttuurinen järjestelmä. En tutkielmassani silti kaiken aikaa tähdennä eri lääkintäkulttuureita uskontoina tai uskonnollisina järjestelminä.

16 Käsitteet emic ja etic ovat nykyisin kulttuurintutkimuksen perustanastoa. Käsitteellä emic tarkoitetaan kulttuurin sisäisiä käsityksiä, etic merkitsee ulkopuolista näkökulmaa emic-käsityksiin. Käsitteet loi lingvisti Kenneth Pike käsitteiden phonemic ja phonetic pohjalta paikalliskielten äänteiden ja näitä äänteitä representoivan kulttuurienvälisen notaation erottamiseksi (ks. Pike 1967 [1954]).



konkreettista sosiaalista käytäntöä. Diskurssit ovat olemassa vain analyttisinä, tutkijan luomina kategorioina, jotka palvelevat analyysin tarkoituksia. Kuitenkin tutkija johtaa diskurssin valitsemastaan empiirisestä aineistosta, joka koostuu sosiaalisessa käytännössä tuotetuista lausumista, teksteistä tai muista kulttuurin tuotteista. Diskurssianalyysi on metodologia, jolla tutkitaan sosiaalisen kommunikaation tuottamia, usein lausumattomia ja itsestään selvinä pidettyjä tiedontapoja ja käsityksiä tiedosta. Diskurssit tuottavat sosiaalisia todellisuuksia ja diskurssianalyttinen metodologia pyrkii osoittamaan tämän tuotannon. Näin tutkija ja tutkimus asettuvat osaksi diskursiivisen areenan neuvotteluja. (Stuckrad 2003, 266–7, Stuckrad 2013, 5–7, 10–11.) Stuckradin idea selventää teorian tasolla myös tämän tutkielmani päämääriä suhteessa aineistoon ja sosiaaliseen todellisuuteen. Kuitenkaan Stuckradin uskonnon diskurssianalyysin esitys ei ole erityisen käytännöllinen konkreettisen aineiston analyysin ja tulkinnan kannalta, vaan jää teoreettisen viitekehyksen tasolle.

Epävirallisen terveydenhoidon sääntelykeskustelun analyysissä nojaan useaan käsitteelliseen lähestymistapaan, jotka yhdessä muodostavat tutkimukseni teoreettiseen viitekehykseen. Näitä teorioita yhdistää käsitys todellisuuden sosiaalisesta rakentumisesta, joten niillä on yhteinen tausta. Lähestymistavat ovat Michel Foucaultin ja Norman Faircloughin keskenään erilaiset diskurssianalyttiset menetelmät (Foucault 2005; Fairclough 1995), Jonathan Smithin uskontotieteelliset eronteon ja toiseuttamisen teoriat (Smith 2004), ympäristöpolitiikan tutkimuksen alalla käytetty käsite yhteiskunnallisen ongelman määrittelykamppailusta (Haila 2001), asiantuntijatiedon sosiologia (Pirttilä 1994) ja terveydenhuoltokulttuuriin liittyvät medikaaliantropologiset sekä sosiologiset tutkimukset (mm. Kleinman 1981; Britten 2008; Vaskilampi 1992; Fuller 2001). Määrittelykamppailu epävirallisen terveydenhoidon asiantuntijuudesta terveyskulttuurin sosiaalisessa järjestyksessä koostuu diskursiivisesti tuotetuista käsitteellistämisen ja ymmärryksen eroista. Määrittelykamppailu on sosiaalisen järjestyksen muokkauksen prosessi, jollaisia diskurssi-analyysi tutkii.

Tutkielmani medikaaliantropologinen tai terveystieteellinen aihe on uskontotieteellisesti kiinnostava, sillä terveyskulttuurin jännitteet ovat jännitteitä maailmankuvien ja ihmiskuvien välillä. Lääketieteen uskomusjärjestelmä on sekulaari ja luonnontieteellinen, jotka ovat länsimaisille tieteellisille maailmankuville tunnusomaisia piirteitä. Epäviralliset hoidot perustuvat lukuisiin erilaisiin maailmankuviin, kuten niiden historiasta kävi ilmi.

Sikäli kuin epäviralliset hoidot ovat uskonnollisen tai hengellisen parantamisen menetelmiä niiden sääntelyn voidaan ajatella olevan epäsuoraa uskontojen sääntelyä. Suomessa vallitsee muodollinen uskonnonvapaus, mutta uskontoja voidaan kontrolloida muiden elämänalueiden kontrollin kautta. Terveiden, sairauden ja parantamisen sääntely on osa yhteiskunnan harjoittamaa elämäkatsomuksen ja -käytännön sääntelyä. Tämä on eräs tutkielman taustalla olevista näkökulmista, jota analysoin vain vähän opinnäytteen rajallisen mitan vuoksi, keskittyäkseni muutamiin keskeisiin teemoihin. Eräs aineistossa esiintyvä käsite on *uskomushoidot*. Tällä viitataan siihen, että lääketieteen ulkopuoliset hoidot eivät perustu tutkimukseen vaan uskomuksiin. Uskomus-käsitteellä voidaan kuitenkin tarkoittaa monia asioita. Tieto klassisesti määritellään perustelluksi todeksi uskomukseksi. Kulttuurintutkimuksessa uskomus on perinnetiedon laji. Arkiajattelussa uskomuksella tarkoitetaan kuvitelmaa, luuloa tai käsitystä. Uskomushoidot -käsitteellä pyritään viittaamaan johonkin tieteellisestä tiedosta poikkeavaan uskonnolliseen tai yliluonnolliseen tai muulla tavoin näyttöön perustumattomaan käsitykseen, jollaiset oletetaan lääketieteeseen kuulumattomien hoitojen perustaksi.

Tutkijan tehtävä on etäännyä kulttuurisen kontekstin valmiina antamasta tiedosta, jotta tiedon tuotannon tapa ja sen muuttumisen prosessit voi tehdä näkyviksi. Tällöin sosiaalisesti tuotettu aineisto on nähtävä kriittisesti ja analyttisesti merkitysten tuotantona ja neuvotteluna, eikä dokumentteina todellisuudesta sellaisena kuin se on. Siksi en tutkijana voi ottaa aineistossani esiintyviä lääketieteen edustajien näkemyksiäkään annettuna totuutena, vaikka terveydenhuollon rooli yhteiskunnassamme on tietyn osin kiistämätön ja itseään korjaava auktoriteetti. Käsittelen sekä virallista terveydenhuoltoa että epävirallisen terveystieteen muotoja maailmankuvina tai kulttuurisina, uskonnon kaltaisina järjestelminä<sup>17</sup>. Painotan uskonnon käsitteen yhteyttä sosiaalisesti jaetun maailmankuvan ja elämän tai olemisen tavan käsitteisiin. Uskonto tutkijan käsitteenä eroaa siis arkipuheen uskonnosta, jolla viitataan lähinnä uskontokuntiin kuten islam tai helluntailaisuus. Terveyttä, sairautta, ihmisruumista ja parantamista koskevat yhteisölliset käsitykset ja menetelmät ovat kaikki tarkoittamieni uskonnon kaltaisten järjestelmien keskeistä sisältöä. Se, perustuvatko nämä käsitykset ja menetelmät sekulaariin tieteeseen, kansanperinteisiin tai uskontoihin, ei nähdäkseni muuta niiden kuulumista uskonnon kaltaisiin järjestelmiin. Siinä määrin kuin terveydenhuoltoa ei saisi käsitellä ideologisena

---

<sup>17</sup> Uskontotieteessä vallitsee tunnetusti erimielisyys uskonto-käsitteen määrittämisestä, mutta tutkielmani yhteydessä ei ole tarpeen käsitellä syvemmin tätä keskustelua. Lisää aiheesta puhuu esimerkiksi Smith 2004.

ja uskonnon kaltaisena, olisi se erotettu ja pyhitetty erilliseksi elämänalueeksi ja siten hedelmällinen uskontotieteellisen tutkimuksen kohde. Tässä mielessä terveydenhuollon voi kristinuskon tavoin nähdä esimerkkinä länsimaisesta monopolien kulttuurista, jossa yhtä elämänaluetta hallitsee yksi oikea tapa toimia ja ajatella, eikä eriävien tai lomittaisten tapojen moneus. Moni epävirallisista hoidoista on tätä yksinkertaisempaa käsitteellistä uskonnoksi esimerkiksi ilmeisen hengellisen sisällön vuoksi.

Uskonnollisen hoivan ja virallisen terveydenhuollon yhteyden voi todeta paitsi historiallisesti, myös nykykäytäntöön vakiintuneissa uskonnollisissa tavoissa, kuten sairaalapastorin viroissa, sairaalakappeleissa ja hätäkasteessa. Myös virallisen terveydenhuollon alaisen hoitotieteen eetos on osin kristillinen: Teoksessa *Hoitotiede 1987* professori Katie Eriksson hahmottelee hoitotieteen eetosta kristillisen caritas- eli laupeuskäsitteen pohjalta. Erikssonin mukaan lähimmäisenrakkaus kumpuaa ihmisen suhteesta Jumalaan, riippumatta henkilön Jumala-käsityksestä. (Eriksson 1987, 74–75.) Nämä esimerkit kertovat, että vaikka virallinen terveydenhuolto haluaa voimakkaasti erottautua nimeämistään uskomushoidoista, kuitenkin sen virallisissa käytännöissä on paljon tilaa erilaisille uskonnollisista perinteistä, erityisesti kristinuskosta, nouseville ideoille ja käytännöille. Kulttuurihistoriallinen rinnakkaisuus tekee kristinuskon ja parantamisen yhteydestä suvaitun siellä, missä muiden uskomusjärjestelmien vaikutusta vastustetaan. Huomionarvoista on, ettei kristillinen etiikka teemana nouse esiin juuri lainkaan aineistossani. Näiden esimerkkien valossa voi mielenkiinnolla edetä tarkastelemaan virallisen terveydenhuollon ja epävirallisten hoitomuotojen maailmankuvallisia jännitteitä.

## 2 AINEISTO JA METODI

### 2.1 Määrittelykamppailu epävirallisesta terveydenhuollosta vuosina 2008–2009

Tutkielmaani valitsin aineistoa, joka osallistuu epävirallisen terveydenhoidon määrittelykamppailuun, esimerkiksi määrittelemällä sääntelyä tai kommentoimalla toisten tekstien sääntelyehdotuksia (aineiston rajauksesta ks. myös alaluku 1.1). Aineistoon valikoitui STM:n työryhmän tuottamia ja kentältä keräämiä asiakirjoja sekä muuta materiaalia. Jaan aineiston yhdeksään osaan seuraavasti (ks. aineistoluettelo s. 104):

1. Suomen mielenterveysseuran ja Luonnonlääketieteen keskusliiton (LKL) vaatimukset alan sääntelystä. Aloitteet ovat julkisia ministeriölle osoitettuja tekstejä. Suomen mielenterveysseuran aloite (SMTS 2005) peräänkuulutti ministeriöltä järjestelmää, jolla seuran tietoon tullessiin koululääketieteeseen kuulumattomien hoitojen tuottamiin vahinkoihin ja harhaanjohtavaan mainontaan voitaisiin puuttua. LKL:n aloitteen (LKL 2005) voi nähdä reaktioksi SMTS:n aloitteelle. LKL vaati alansa oikeuksien ja velvollisuuksien virallista määrittelemistä ja pyrkii esittämään alan itsesääntelyyn kykenevänä ammattialana.

2. STM:n työryhmän työskentelyn asiakirjoja: asettamispäätös (STM 2008as), taustamuistio (STM 2008m), kysely (STM 2008kys) sekä työryhmän kokousmuistiot vuosilta 2008–2009. Asettamispäätös on ministeriön reaktio aloitteisiin. Työryhmän tehtäväksi asetetaan erityisesti ”täydentäviin hoitoihin ja vaihtoehtohoitoihin liittyvät potilasturvallisuuden kannalta keskeisimmät ongelmat”, ”asiantuntijoiden ja vaihtoehtohoitojen edustajien” kuuleminen ja lakiehdotuksen laatiminen sääntelyä varten (STM 2008as). Kokousmuistiot dokumentoivat työskentelyn vaiheita. Kyselyssä tiedustellaan erityisesti potilasturvallisuusriskejä ja sääntelyn tarvetta. Kyselyn mukana lähetettiin taustamuistio (STM2008m), joka asettaa kysymykset yleisesti vaihtoehtohoitojen kontekstiin Suomessa.

3. Kyselyvastaukset vuodelta 2008 (68 kpl). Kyselyyn vastasi lukuisia tahoja, osa pyynnöstä, osa oma-aloitteisesti. Määrittelykamppailu ilmenee vastauksissa monitahoisesti.

4. STM:n laatima referaatti kyselyvastauksista ja kirjeenvaihtoa. Referaatti luettelee kyselystä ilmenevät potilasturvaongelmat suppean sääntelyn kannalta ja eräitä muita teemoja erityisesti laajan sääntelyn kannalta.

5. Terveystieteiden ammattijärjestöjen (2009) kannanotto uskomushoidoista. Tehy, Suomen lähi- ja perushoitajaliitto ry SuPer, Suomen Psykologiliitto ja Suomen Lääkäriliitto, tärkeimmät terveydenhuollon ammattijärjestöt erottavat kannanotossaan terveydenhuollon epävirallisesta kentästä, joka nimetään uskomushoidoiksi. Kannanotto on julkisuutta ja lakiprosessia silmällä pitäen laadittu teksti ja sitä kommentoitiin paljon.

6. Kritiikkiä työryhmän toiminnasta epäviralliselta kentältä. LKL:n edustajien kannanotto kokousmuistioiden sisältöön, Suomen Kiinalaisen Lääketieteen Liiton (SKILL) huomautus liittyen virkamiesten toimintaan työryhmässä ja SKILL:in kantelu oikeuskanslerille samassa asiassa (2008).

7. Työryhmän raportti, lakiehdotus perusteluineen, eriävä mielipide liitteineen (STM 2009) sekä lausuntopyyntö koskien niitä. Raportti pyrkii kyselyvastauksien ja muun tiedon perusteella antamaan yleiskuvan vaihtoehtoisten hoitokäytäntöjen kentästä Suomessa ja kattavan kuvan alaan liittyvistä potilasturvallisuusongelmista. Lakiehdotus pyrki ratkaisemaan nämä ongelmat. Eriävä mielipide kritisoi raportin johtopäätöksiä ja lakiehdotuksen kykyä selvittää alan sääntelyn haasteet. Työryhmä pyysi eri tahoilta lausuntoa raporttiin ja erityisesti lakiehdotukseen. Lausuntopyynnön jakelu eroaa jonkin verran, melko satunnaisen tuntuisesti, raporttia edeltäneen kyselyn jakelusta, mutta kattaa suunnilleen saman kentän kuin kyselykin.

8. Raporttia koskevat lausunnot vuodelta 2009 (94 kpl). Eri tahojen vastauksia STM:n työryhmän lausuntopyyntöön. Määrittelykamppailu jatkuu.

9. Muu aineisto, johon kuuluu esimerkiksi seuraavaa:

- *Täydentävät vaihtoehdot terveydenhoidossa* –kirja (Saarinen 1998). Suomalaisen nykytilanteen taustaa.
- Suomen luontaisterveyden liiton adressi lakia vastaan (SLTL 2009b). Adressi on esimerkki työryhmän toimintaan liittyvästä julkisesta keskustelusta, yritys koota yhteen luontaishoitajan tulevaisuudesta huolestuneet ihmiset.

- Ylen keskusteluohjelma A-Talk (16.4.2009) valottaa kentän kontekstia ja työryhmän työskentelyä. A-Talk edustaa aineistossani epävirallisen terveydenhoidon määrittelykamppailun epämuodollista kontekstia, jossa keskustelu eroaa virallisiin asiakirjoihin tallennetusta.
- Lause aiheesta nykyisessä hallitusohjelmassa (2011) ja eduskunnan oikeusasiamiehen asiakirja (2013) ja joitakin muita nykytilaa käsitteleviä tekstejä, kuten LKL:n kannanotto vuoden 2011 tilanteeseen (LKL 2011).

Aineistokorpus muodostaa kattavan otoksen vuosien 2008–2009 määrittelykamppailusta koskien suomalaisen epävirallisen terveydenhoidon yhteiskunnallisesta sääntelyä. Aiempaa ja myöhempää aineistoa on mukana taustojen ja seurausten havaitsemiseksi. Aineiston tekstikorpus on arkistoituna henkilökohtaiseen arkistooni. Jokaiseen aineiston tekstiin ei yksittäin tutkielmassa viitata, mutta vain yhdessä ne muodostavat tutkielmani empiirisen aineistokorpuksen.

## **2.2 Määrittelykamppailun toimijat**

Epävirallisen terveydenhoidon määrittelykamppailun toimijoita on Suomessa lukuisia. Niiden kuvailu on mikrotason tutkimuskysymykseeni vastaamiselle olennaista. Osa toimijoista on helposti asemoitavissa keskustelun kentälle joko virallisuutensa, eturyhmäsidonnaisuutensa, aktiivisuutensa tai näkökulmansa selkeyden mukaan. Näkemuserot eri toimijoiden välillä lähtevät käsitevalinnoista ja päättyvät yhteen sopimattomiin ehdotuksiin epävirallisten hoitojen yhteiskunnallisen roolin ja sääntelyn puitteista. Keskeiset toimijat aineistossa ovat STM virallisena lainlaatijatahona ja LKL epävirallisten hoitojen johtavana edustajana. STM pyrkii esiintymään neutraalina konsensuksen tuottajana. Muita toimijoita ovat monet virallisen terveydenhuollon edustajat, joista osa esiintyy varsin kriittisesti epävirallisia hoitoja kohtaan, ja monet epävirallisten hoitojen edustajat, joista useimmat kannattavat LKL:n näkemystä, kuten Suomen Luontaisterveyden Liitto ry ja Suomen Kiinalaisen Lääketieteen Liitto SKILL ry.

Aineiston terveysturvaviranomaisia ovat esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriö ja sen työryhmä, valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE), Terveydenhuollon oikeusturvakeskus (TEO) ja Lääkelaitos. Lisäksi terveydenhuollon ammattijärjestöt ovat vahvasti esillä. Muita toimijoita ovat muutamat potilasjärjestöt ja

esimerkiksi Suomen mielenterveysseura vuoden 2005 aloitteellaan, joka käynnisti koko prosessin. Aineistossa esiintyy terveysalaan liittymättömiä virallisia tahoja, kuten Kuluttajavirasto ja TEM (Työ- ja elinkeinoministeriö), joiden vastuulle epävirallisten terveyspalvelujen sääntely tällä hetkellä kuuluu ja OPM (Opetusministeriö), joka sääntelee kaikkia ammatillisia koulutuksia.

Vaihtoehtohoitoja äänekkäästi vastustava Skepsis ry tai keskusteluun osallistuneet ja osallistuvat eduskuntaryhmät ja yksittäiset poliitikot eivät juuri esiinny aineistossani, mutta ovat nekin läsnä laajemmassa keskustelussa. STM:n työryhmän jäsenet<sup>18</sup> olivat:

Tarja Holli, Valvira, puheenjohtaja

Terhi Hermanson, STM, varapuheenjohtaja

Ilkka Cantell, TEM

Marjut Frantsi-Lanki, Etelä-Suomen lääninhallitus

Tomi Lounema, Kuluttajavirasto

Veijo Saano, Lääkelaitos (Skepsis ry)

Hannu Lauerma, Suomen Lääkäriliitto (Tieteellinen hypnoosi ry, Skepsis ry)

Kirsi Markkanen, Tehy ry

Markku Silvennoinen, SuPer ry

Liisa Sulkakoski, LKL

Pekka Niemi, LKL

Kirsti Kotaniemi, Valvira, sihteeri

Anne Koskela, sihteeri

Myös kansainväliset toimijat, kuten WHO ja Euroopan komissio osallistuvat suomalaiseen keskusteluun antamalla suosituksiaan yhteiskuntien suhtautumisesta vaihtoehtohoitoihin (ks. WHO 2008, EU 1998). Samoin toisten valtioiden järjestelmät, kuten Ruotsin osalta jo nähtiin, vaikuttavat siihen, miten suomalaista käytäntöä muodostetaan. Erilaisilla eturyhmillä on myös omat kansainväliset yhteytensä.

STM:n raportissa ja siihen liittyvissä asiakirjoissa tulee esiin viranomaisen nimeämiä toimijoita, jotka saavat erilaisia rooleja ja painoarvoja siinä suhteiden verkostossa, joka pyrkii määrittelemään epävirallisen terveydenhoidon. Aineistosta voi tunnistaa myös

---

18 Suluisia aiheeseen liittyviä tahoja, joihin jäsenenä oli siteitä, mutta joita hän ei edustanut työryhmässä.

toimijoita, joita virallinen taho ei nimeä, mutta jotka tahtovat osaksi tätä suhteiden verkostoa. Näitä ovat esimerkiksi ne, jotka lähettävät lausuntonsa ilman pyyntöä, minkä STM toivottaakin tervetulleeksi. Nimeämättömien, mutta silti verkostoon kuuluvaksi pyrkivien tahojen (hypnoosiyhdistykset, Reiki-yhdistys, eräät kantaa ottavat yksityishenkilöt, joissa esimerkiksi asiantuntijoina esiintyviä ammatinharjoittajia ja ”huolestuneita kansalaisia”) esiintulo kielii siitä, että on myös tahoja, jotka voisivat kuulua tähän vallan ja suhteiden verkostoon, mutta jotka eivät aineistossani käytä ääntä. Kuka tahansa terveyskulttuurien kenttää tunteva voi aineistoluettelon luettuaan mainita lukuisia hoitomuotoja edustajineen, joilta STM ei raporttinsa kyselyyn pyytänyt vastauksia.

Aineistossani lainsäädännön kohteet ja lainsäädännön määrittelijät ovat osittain päällekkäiset. Erityisesti LKL kuuluu molempiin. Aineiston dokumentit sekä täsmällisesti että epämääräisesti nimeävät tahoja, henkilöitä ja terveyskulttuurin ilmiöitä, jotka kuuluvat epävirallisten hoitomuotojen lainsäädännön kohteisiin ja mahdollisesti myös määrittelykamppailun toimijoiksi. Huomattavaa on, että laajaa uskonnollisen parantamisen, henkiparannuksen tai energiahoidojen kenttää STM ei kyselyllään tavoitellut. Samoin äänettömiksi jäävät Setan (2008) kritisoimat kristilliset homoseksuaalien eheytyshoitojen järjestäjät, vaikeasti tunnistettavat ja määriteltävät ”okkulttiset” (SMTHL 2008) ja vastaavat terapeutit joita Suomen mielenterveyshoitajien liitto SMTHL pitää vaarallisina, tai jotkin yksityishenkilöt, joihin nimettä viitataan. Samoin asiakkaiden ja potilaiden ääni jää aineistossa enimmäkseen kuulumatta. Asiakkaiden ääni kuuluu sen verran, että käy ilmi äänten moneus: eri sairauksia tai potilasryhmiä edustavat järjestöt suhtautuvat eri tavoin epävirallisiin hoitoihin aivan kuin eri tahoilla yleensäkin aineistossa (käyttäjien näkökulmasta ks. alaviite 36 sivulla 93).

Karkeasti luokitellen aineistosta nousee kolme keskeisintä toimijakokonaisuutta: 1) virallinen lainsäätävä ja keskustelun kutsuja eli STM, 2) asianosainen, sääntelyn kohde ja haastaja eli LKL ja muut epävirallisten hoitojen toimijat, sekä 3) virallisen terveydenhuollon edustajat. Näiden lisäksi on erilaisten potilasjärjestöjen ja muiden kansalaisjärjestöjen harva ryhmä, sekä muiden kuin terveydenhuoltoon liittyvien virallisten instituutioiden ryhmä (esimerkiksi Opetusministeriö tai Kuluttajavirasto). Toimijakokonaisuuksien perusteella voi erottaa ja jäsentää aineistoa diskursseiksi.



Aineistokorpuksen osat 2, 3 ja 7 muodostavat *viranomaisdiskurssin*. Tähän diskurssiin voisi lukea myös joitakin muun aineiston asiakirjoja sekä joidenkin viranomaistahojen lausuntoja ja kyselyvastauksia. Lisäksi jotkin ei-viranomaistahot omaksuvat viranomaisdiskurssin lausuntoihinsa. Kuitenkin mainitsemani aineiston osat ovat tekstit, joissa viranomaisdiskurssi muodostuu ja jotka sen tuottavat. Muut aineiston diskurssit ovat hajanaisempia ja niiden nimeäminen vaatii tutkijan luomia yleistyksiä tai sitten niin monia määritelmiä ja nimityksiä, että aineiston jäsentämisen hyöty ehkä menetetään. Erilaisia mahdollisia diskursseja ovat: *erontekodiskurssi* ja *uskomushoitodiskurssi* (terveydenhuollon edustajien kriittiset näkökulmat), ja *CAM-diskurssi*, *luontaishoitodiskurssi* ja *virallistamiskurssi* (epävirallisten hoitojen edustajien näkökulmia). Aineiston voi jakaa kahteen toimijaryhmään (työryhmä ja muut) ja kahteen vaiheeseen seuraavalla tavalla:

*Taulukko 1. Aineiston jako työryhmään ja muihin toimijoihin sekä kahteen vaiheeseen.*

	STM:n työryhmä (viranomaisdiskurssi ja LKL)	Muut tahot (viralliset ja epäviralliset)
Vaihe 1 ~2008	Työryhmän asettamis päätös, kentälle lähetetty kysely ja kokousmuistiot	Kyselyvastaukset ja muut reaktiot kyselyyn, työryhmän koostumukseen ja työskentelyyn.
Vaihe 2 ~2009	Raportti, lakiehdotus ja eriävä mielipide	Lausunnot ja kommentit raporttiin, lakiehdotukseen ja tulevaan sääntelyyn.

Taulukossa STM:n työryhmä vaiheessa 1 näyttää ulospäin eheältä, mutta sisäisissä kokousmuistioissa määrittelykamppailu on nähtävissä. Vaiheessa 2 työryhmä on jakautunut LKL:n edustajiin ja muihin. Muiden tahojen tekstit vaiheessa 1 ovat käsitteellisesti ja näkökulmiltaan moninaisemmat, enemmän kunkin tahon tilannetta heijastavat, kun taas vaiheessa 2 raportin viranomaisdiskurssi yhdenmukaistaa muiden tahojen lausuntojen kielenkäyttöä ja näkökulmia. Vaiheen 2 kommentit kohdistuvat enemmän raporttiin ja lakiehdotukseen, eivät niinkään yleiseen tilanteeseen.

### **2.3 Faircloughin ja Foucaultin diskurssianalyttinen metodologia**

Diskurssianalyysi voi merkitä hyvin monenlaisia tekstien analyysin tapoja. Jo diskurssikäsitteen määritelmät vaihtelevat eri oppialoilla paljon (ks. Mills 1997). Tutkielmassani diskurssianalyysi on tekstintutkimuksen menetelmä, jolla tutkitaan tekstien ja laajempien sosiaalisten kontekstien vuorovaikutusta. Eronteon ja poliittisen määrittelykamppailun

teoriat auttavat tulkitsemaan lakisääntelyprosessin tekstien ja diskurssien suhteita. Nämä teoriat paljastavat, lainatakseni Fairclough'n käsitteitä, tekstien mikrotason ja sosiaalisen kontekstin makrotason välisen diskursiivisen vuorovaikutuksen, eli mesotason (Fairclough 1992, 73). Teoriat terveydenhuollosta kulttuurisena järjestelmänä hahmottavat aineiston tekstien sijoittumista itseään laajempaan terveyttä koskevien sosiaalisten käytäntöjen kenttään. Yhdistettynä teoriat tuottavat kokonaiskuvaa terveydenhuoltokulttuuriin liittyvän poliittisen väittelyn tekstuaalisesta vuorovaikutuksesta.

Diskurssianalyysin, kuten monen kulttuurintutkimuksen metodologian, taustateoriana on sosiaalinen konstruktionismi. Teoriassa sosiaalinen todellisuus nähdään neuvottelujen ja sopimusten muovaamana areenana, jollaisella terveystieteiden muokkaaminenkin tapahtuu. Tekstit ilmaisevat laajempia diskursseja, jotka taas tuottavat tosina pidettyjä kuvia maailman ilmiöistä. Tekstit ja diskurssit, joita ne representoivat on siis kytkettävä laajempiin historiallisiin, kielellisiin käytäntöihin. (Pesonen 1997, 133–135.) Koetan näyttää diskursiivisen vallankäytön prosesseja aineistossani. Pyrkimyksenäni on mahdollisuuksien mukaan avata eturyhmäasemista vapaata keskustelun aluetta (vrt. Struckrad 2003, 2013).

Diskurssianalyysin metodisiksi oppaiksi otan ensisijassa Norman Faircloughin ja Michel Foucaultin (Fairclough 1995 ja 2003; Foucault 2005). Foucaultia mukaillen määrittelen diskurssin kielelliseksi käytännöksi, joka koostuu teksteistä, joilla muotoillaan järjestelmällisesti puheena olevat sosiaalisen elämän kohteet (ks. Foucault 2005, 65–69). Käytän Foucaultin *tiedon arkeologiaksi* kutsumaa diskurssianalyysiä etenkin erotellakseni aineistoa ”lausumien välisinä suhteina” ja suhteuttaakseni aineiston osia toisiinsa ja laajempiin kokonaisuuksiin. (Foucault 2005, 46–69). Faircloughin *kriittinen diskurssianalyysi* (Critical Discourse Analysis, CDA) painottaa intertekstuaalisen ja lingvistisen limittymistä tekstissä, tekstuurin lähilukua, tekstin kontekstualisointia ja analyysin pohjaamista konkreettisesti tekstiaineistoon (Fairclough 1995, 185–211). CDA:ia seuran kuitenkään noudattamatta orjallisesti CDA:n lähtökohdista sitä, jonka mukaan kriittinen diskurssianalyytikko on lähtökohtaisesti valtaapitäviä vastaan ja kontrolloitujen puolustaja. Tutkielmani versio diskurssianalyysistä on siis faircloughlaisen CDA-metodologian ja foucaultilaisen tiedon arkeologian sovellus.

Fairclough'n mukaan aineiston yksityiskohtainen kuvaus ja analyysi ovat tarpeen

diskurssianalyysin teorian kannalta, koska teksti ideologisena käytäntönä silloittaa makro- ja mikrososiaalisia prosesseja. Tekstianalyysi paljastaa kielenkäytön yksityiskohdista todisteita sosiaalisista rakenteista ja niiden muutoksesta. Siten tekstit ovat kontrollivälineitä, joiden kriittinen ja instituutioista riippumaton sosiaalinen tutkimus on välttämätöntä yhteiskunnan oikeudenmukaisuuden nimissä. (Fairclough 1995, 208–10.) Diskurssi on siis olemassa vain pienemmän mittakaavan ilmaisuina, jotka yhdessä kutovat tekstuurit, joista diskurssi muotoutuu ja joilla se kiinnittyy toisiin diskursseihin. (Foucault 2005, 48–49; Fairclough 1995, 212.) On huomioitava, millaisessa diskursiivisessa ympäristössä teksti syntyy, mitkä toiset tekstit osallistuvat tarkastelussa olevan yksittäisen ja ainutkertaisen lingvistisen tekstuurin kirjoittamiseen. (Fairclough 1995; Fairclough 1992, 72–3.)

Tutkielmani kannalta käytännöllisin uskontotieteellinen diskurssianalyttisen menetelmän esitys on uskontotieteilijä Frans Wijnenin artikkelissa (Wijnen 2013), jossa hän Fairclough'n kolmitasoista diskurssianalyysiä soveltaen tutkii ääri-islamiin liittyviä diskursseja<sup>19</sup>. Käytän Wijnenin tiivistystä Fairclough'n metodologiasta kehyksenä analyysilleni. Wijnenin mukaan Fairclough'n sosiokognitiivinen diskurssianalyysi on kiinnostunut keskustelun osapuolien suhteista osallistujien subjektipositioihin sosiaalisissa tilanteissa tai konteksteissa, ja erityisesti heidän aikeisiinsa muuttaa tai säilyttää sosiaalista järjestystä. Tämän määritelmän mukaisesti faircloughlainen diskurssianalyysi erottaa kolme analysoitavaa tasoa: yksilöllinen mikrotaso, instituutioiden mesotaso ja sosiaalinen makrotaso:

1. *Mikrotaso*: aineiston erilliset tekstit (ks. aineiston luokittelu alaluvussa 2.2.) Tekstien tasolla diskurssianalyysi on kuvailua, lingvististen käytäntöjen, kuten käsitteiden ja lausumien erittelyä. Tutkija kuvailee tekstikorpusta suhteessa tutkimuskysymyksiinsä.
2. *Mesotaso*: tekstien välinen vuorovaikutus ja toimijoiden väliset suhteet. Diskurssi-analyysi tutkii mesotasoja tutkimuskysymysten ohjaamana, tulkitsemalla aineiston tekstikorpuksen osien diskursiivisia yhteyksiä, kiistoja ja kommunikoimattomuutta, tulkitsemalla tekstien määritelmiä toimijoiden asemasta tai sosiaalisesta järjestyksestä, tai tulkitsemalla tekstien vaikuttamaan pyrkiviä diskursiivisia strategioita.
3. *Makrotaso*: sosiaalinen rakenne (Foucaultin *diskursiivinen muodostelma* ja *strategisten*

---

<sup>19</sup> *Religion*-journalin uskontodiskurssianalyysinumerossa 43:1, 2013 myös Teemu Taira (2013) ja Marcus Moberg (2013) esittelevät diskurssianalyysin käyttöä uskontotieteellisessä tutkimuksessa.

*valintojen kenttä*). Makrotasolla diskurssianalyysi selittää diskurssien vaikutuksia sosiaaliseen järjestykseen ja toisin päin. Tutkija selittää tekstikorpuksen ja sen osien suhteita, vaikutuksia ja intressejä suhteessa yhteiskunnalliseen kontekstiin ja sen käytäntöihin, joita tutkimuskysymykset koskettavat. (Wijsen 2013; Fairclough 1995 ja 2003.) Tutkielmassani makrotasoa määrittävät esimerkiksi terveydenhuoltojärjestelmä, epäviralliset hoitomuodot ja niiden sääntelyn puute, LKL:n pyrkimys muodostaa alan itsesääntelyä, sekä Suomen lainsäädäntö.

Mesotaso on nähdäkseni paljolti tutkijan luoma tulkinta siitä, miten mikrotason tekstit intertekstuaalisesti ja diskursiivisesti suhteutuvat makrotason sosiaaliseen järjestykseen. Mikro- ja makrotaso ovat riippuvaisia toisistaan niin, että mikrotason tekstit tuottavat makrotason sosiaalista järjestystä ja sosiaalinen järjestys määrää, millaisia tekstejä tuotetaan ja millä ehdoin. Diskurssianalyysi paljastaa tämän mesotason vuorovaikutuksen empiirisen tekstiaineiston yhteyksien ja erojen avulla. Mesotaso liittyy sekä mikro- että makrotason kanssa.

Aineistolähtöisessä lähiluvussa täytyy antaa tilaa aineiston herättämille yllättävillekin kysymyksille, eikä lukita lukutapaa ennakkokäsityksiin. Analyysin suuntia on hyvä olla useita, jotta aineisto peilautuu erilaisista tulkintakulmista. Alla olen listannut lukemista ohjaavia näkökulmia liittyen 1) tekstin mikrotasoon, ja 2) intertekstuaaliseen mesotasoon ja sosiaalisen järjestyksen makrotasoon siten kuin ne mikrotasolla ilmenevät<sup>20</sup>.

1. Miten tekstin lähiluvussa paljastuvat tekstin sisäiset jännitteet ja merkitykset, tekstin muodon ja sisällön suhde? Argumentaation tavat, retoriset keinot, tekstin ja kirjoittajan maailmankuvan suhde, kuten:

– tavat argumentoida, esittää väitteitä ja perusteluja tai reagoida toisaalla esitettyihin väitteisiin; tutkimuslähteisiin, tieteellisyyden vaikutelmaan, auktoriteetteihin tai jaettuihin arvoihin vetoaminen; empiiristen havaintojen, anekdoottien tai historiallisen aineiston käyttö evidenssinä,

– lauseiden syy–seuraus-suhteet, ehdollisuus toisiinsa nähden sekä tekstien lausetta

---

<sup>20</sup> Fairclough jakaa (Fairclough 1995) analyysin *pieneen mittakaavaan* ja *suureen mittakaavaan*. Diskurssianalyysin pieni mittakaava on kielen tekstuuriin lähilukua, sanavalintojen ja lauseiden ja niiden välisten suhteiden analyysia. Suuri mittakaava on aineiston intertekstuaalisuuden analyysia: tekstissä suoraan tai epäsuoraan ilmenevien yhteyksien etsimistä suhteessa toisiin teksteihin ja laajempaan kulttuuriseen kontekstiin, tekstin tuotantoon liittyviin muihin teksteihin. Erottamalla mittakaavat diskurssianalyysi havainnollistaa tekstin kulttuurisia piirteitä ja tekstin suhdetta laajempiin konteksteihin. Pieni mittakaavan on lingvististä analyysia, suuri mittakaava intertekstuaalisuuden analyysia. Tekstisisältö on tuotantonsa sosiaalisten ehtojen ja muotonsa jännitteessä (Fairclough 1995, 185–6, 188).

laajemmat diskursiiviset strategiat,

- tunnelataukset, retoriset keinot, lukijan tunteisiin vetoaminen,
- ilmaisut, argumentit ja keinot, joita tekstissä voisi olla, mutta tekstistä puuttuu, joita on kenties valittu jättää ulkopuolelle tai ei ole huomattu siihen liittää, esimerkiksi vastineessa auki jätetyt tai vaietetut kysymykset. (Vrt. Fairclough 2003, 191–194.)

2. Miten lähiluvussa paljastuu tekstin suhde sen kontekstiin ja intertekstuaalisiin yhteyksiin? Tekstin ja kirjoittajan suhde yleisöön, julkaisukontekstiin, sosiaaliseen järjestykseen ja sen määrittelyyn, kuten:

- puhujan positio, tekstin julkaisukonteksti, oletettu yleisö, julkaisun tilanne ja ajankohta; sosiaaliset tilanteet ja rakenteet, joihin teksti osallistuu,
- kirjoittajan ja julkaisukontekstin vuorovaikutus, tekstin retoriikan ja käsitteiden valinta kohdeyleisön mukaan,
- tekstin suhde toisiin diskursseihin, niiden teksteihin ja tekstien määrittelyihin tai erontekoihin; lähteet, lainat, vaikutteet, vastaväitteet, myöntymiset, muuntelut, väärinymmärrykset, keskustelu, vaikeneminen,
- positiot, joita puhuja koettaa diskursiivisesti määrittellä, rajoittaa, erottaa tai yhdistää. (Vrt. Fairclough 2003, 191–194).

Foucaultin tiedon arkeologian anti tutkielmalleni on eräiden analyttisten käsitteiden soveltaminen aineistooni. Metodi kokonaisuutena on liian monisyinen tässä sovellettavaksi. Eräät sen analyttisistä käsitteistä ovat välittömästi hyödyllisiä. *Valintapiste* on lingvistiseen analyysiin sopiva väline. Sitä voin soveltaa erontekoihin, kuten käsitteiden yhteistyö, potilas, terapia ja asiantuntija merkityseroihin epävirallisten hoitojen ja terveydenhuollon välillä. Käsite *epäjatkuvuus* sopii selittämään määrittelykamppailun motiiveja. Epäjatkuvuuden huoli on poliittiseen määrittelykamppailuun osallistuvien diskursiivisten strategioiden taustalla. Kamppailu syntyy, kun reviiiri uhkaa kaventua tai kun reviiiriä halutaan laajentaa. Epäjatkuvuus synnyttää kamppailua myös pyrittäessä mukaan diskurssiin tai kun epätoivottu pyritään sulkemaan ulos diskurssista (vrt. Smith, alaluvussa 2.4). *Instanssi-kolmijakoa* voi soveltaa aineiston toimijoiden luokitteluun ja yhteiskunnallisen sääntelyn prosessin analyysiin. Foucault jakaa diskurssin muodostumiseen osallistuvat instanssit *esiintulon*, *rajauksen* ja *erikoistumisen instansseiksi*. *Diskurssien muotoutuminen ja diskursiiviset strategiat*

liittyvät kaikkeen yllä mainittuun. Niillä yksityiskohtien (mikro)analyysistä voi johtaa intertekstuaalisen (meso)tason yhteyksiä, lausetta laajempia semanttisia strategioita.

Valintapiste on diskursiivisen valinnan kohta. Valintapisteen käsitteellä Foucault tarkoittaa tilanteita, joissa puhuja joutuu valitsemaan jonkin lausuman kaikkien strategisten mahdollisuuksien joukosta. Näin rajataan diskurssia, johon lausuma osallistuu. Valitut lausumat kertovat myös lausumatta jätetystä, valintoja ”edeltävästä strategisten mahdollisuuksien kentästä” (Foucault 2005, 53). Diskursiivisten strategioiden muotoutumiselle valintapisteet ovat keskeisiä. Diskursiivisen muodostelman aukot ovat valintapisteissä poisjätettyjä ja lausumattomia lausumia. (Foucault 2005, 87–95.) Valintapiste on käsite, jonka kautta tiedon arkeologiaa voi soveltaa yhteiskunnallisen muutoksen prosessiin. Valintapiste tuo esiin sosiaalisen uudelleenjärjestäytymisen mahdollisuudet tai muutoksen torjunnan aiemman järjestyksen uusintamisella.

”Strategisten mahdollisuuksien kenttä” on tutkijan luomus, tulkinta intertekstuaalisista prosesseista. Sellaisenaan sitä ei ole olemassa. Jossain määrin aineiston tuottajat voivat tiedostaa strategisten mahdollisuuksien kentän metatason, joka edeltää kaikkea lausumista. Toisaalta kenttä on tutkijan jälkikäteinen tulkinta lausumien taustoista. On lausumia, joista näkee, että jokin tunnereaktio ohjaa ilmaisua (esimerkiksi, kun satunnaiset yksilöt ottavat kantaa STM:n työryhmän työskentelyyn lähettämillään kommentteilla), jolloin mitään strategiaa ei ole pohdittu, mahdollisuudet on jätetty punnitsematta. Osa lausumista pohjaa traditioon, vakiintuneeseen käsitykseen tai jääräpäisyyteen, jolloin mitään strategiaa ei ole varaa pohtia, koska mahdollisuudet uhkaavat traditiota, ylläpidettyä käsitystä tai kantaa.

Foucaultin mukaan diskurssianalyysin on ”luonnehdittava ja yksilöitävä hajanaisten ja heterogeenisten lausumien rinnakkaiselo, niiden jakautumista ohjaavaa järjestelmää<sup>21</sup>, niiden tukeutumista toinen toisiinsa, tapaa, jolla ne viittaavat toisiinsa tai sulkevat toisensa pois, niiden kokemaa muodonmuutosta sekä niiden luetteloitumista, jäsentymistä ja korvautumista” (Foucault 2005, 50). Lausumien tukeutumista toinen toisiinsa voi havaita erilaisissa tilanteissa, joissa teksti perustellaan auktoriteeteilla, tutkimuslähteillä tai vakiintuneilla käytännöillä. Tukeutumalla toisiinsa lausumat muodostavat diskurssit. Diskurssi muuttuu lausumien vaihtuessa, kun valintapiste määritellään uudelleen.

---

21 Lausumien jakautumista ohjaavia järjestelmiä voi olla useita, aineistossani esimerkiksi STM:n työryhmä tai tiedotusvälineet, Suomen laki tai, että epäviralliset hoitomuodot vähitellen vakiintuvat ammatteina.

”Diskursiivinen muodostelma ei siis sisällä kaikkea sitä, johon sen kohteiden, lausumien ja käsitteiden muotoutumisjärjestelmät antaisivat mahdollisuuden. Diskursiivinen muodostelma on olennaisesti aukollinen, ja tämä johtuu sen strategisten valintojen muotoutumis-järjestelmästä.” (Foucault 2005, 91.)

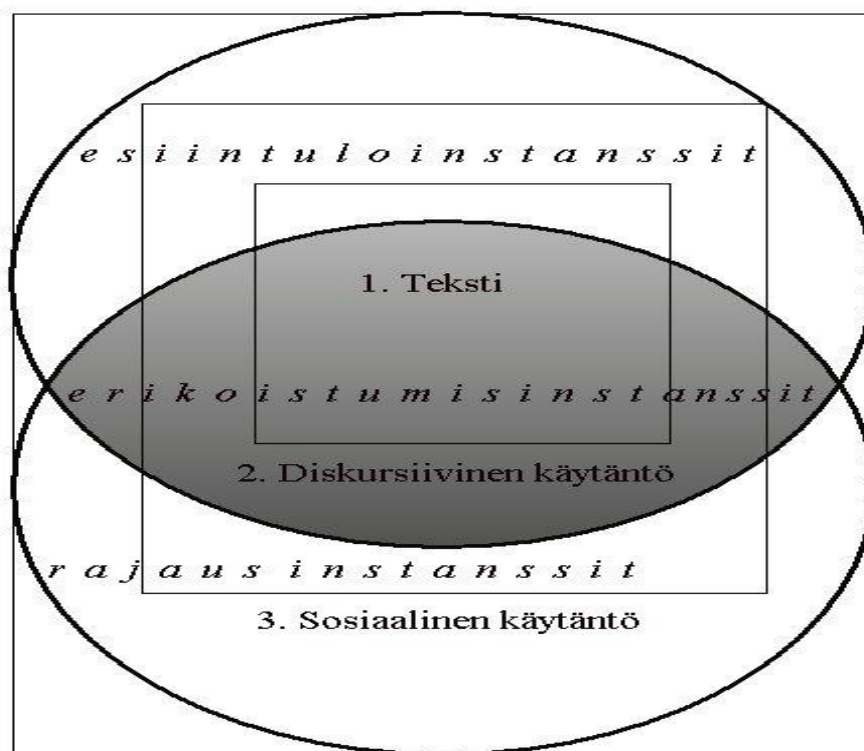
Niinpä strategisten mahdollisuuksien kenttä tutkijan konstruktiona on laajempi kuin diskursiivinen muodostelma, joka sekin on tutkijan konstruktio. Diskursiivinen muodostelma on tutkijan tulkinta siitä, mitä aineiston tekstit *sanovat*. Strategisten mahdollisuuksien kenttä on tutkijan tulkinta siitä, mitä aineiston tekstit *voivat* sanoa. Tekstien tuotannossa ei voida käyttää valintapisteiden kaikkia mahdollisuuksia yhtä aikaa.

Keskeinen valintapisteitä ja erontekoja tuottava teema aineistossa on asiantuntijuus. Sitä analysoimaan käytän yhteiskuntatieteilijä Ilkka Pirttilän teoriaa, jossa ammattikunnan asiantuntija-asema määräytyy asiantuntijatiedon perusteella. Pirttilän mukaan asiantuntijatieto jakautuu neljään alaan: erikoistuneiden ongelmien teknisiin ratkaisuihin eli instrumentaalisi-tieteelliseen tietoon, asiantuntijaetiikkaan, asiakkaiden kontrolliin ja työmarkkinakontrolliin. (Pirttilä 1994, 168.) Saavuttaakseen nämä tiedon alat ammattikunnan on täytettävä erilaisia yhteiskunnallisia vaatimuksia esimerkiksi koulutuksen virallisuuden suhteen. Vaatimuksista päättävät Foucault'n rajausinstansseiksi nimeämät tahot. Asiantuntijuus on erikoistumisinstanssi, jollaiseksi diskurssin esiintulon instanssit voivat tulla. Foucault'n mukaan (Foucault 2005, 62–63) diskursiivinen muodostelma tuotetaan kohteen esiintuloinstanssien (kohteen sosiaaliset ilmenemät), rajausinstanssien (kohteen ja sen käytön määrittelijät) ja erikoistumisinstanssien (kohteen asiantuntijasoveltajat) välisten suhteiden vakiintuneessa kokonaisuudessa. Instanssien suhdeverkosto ei määritä kohteen rakennetta, vaan kohteen esiintuloa, suhdetta toisiin ”kohteisiin”. Diskurssi voi synnyttää toisensa poissulkevia kohteita muuttumatta itse. (Foucault 2005, 62–68.) Foucault näkee diskurssit ”käytäntöinä, jotka muotoilevat järjestelmällisesti kohteet joista puhuvat” (Foucault 2005, 69). Määrittelyn ja luokittelun yleiset tavat ovat muotoutumissääntöjä. Muotoutumissäännöistä määrää ja niitä käyttää vakiintunut sosiaalinen järjestys eli kohteelle ulkoiset olosuhteet. Vakiintuvaa määrittelyä ja rajaamista seuraa kohteeseen erikoistuvien instanssien kehittyminen. Kohde asettuu hallituksi osaksi sosiaalista järjestystä. Ulkoiset olosuhteet paitsi tuottavat kohteen esiintulon, myös reagoivat esiintuloon vakiintuneilla rajaamisen tavoilla ja pyrkivät tuottamaan erikoistumisinstansseja. Ne ottavat haltuun kohteen esiintulon. Jos kohteen

esiintulo on sosiaalisesta järjestyksestä riippumaton, se ei tule rajatuksi eikä siihen voi sosiaalisessa järjestyksessä erikoistua.

Näin sovellan Fairclough'n ja Foucault'n diskurssianalyysejä suomalaisen epävirallisen terveydenhoidon sääntelytarvekeskusteluun. Fairclough'n tekstilähtöinen painotus konkretisoi Foucault'n sosiaalista järjestystä korostavaa teoriaa, jolla voi tulkita aineiston mesotasoa. Fairclough'n kolme analyysin tasoa (Fairclough 1995, kuva 3.1) suhteutuvat Foucaultin esiintulo-, rajaus- ja erikoistumisinstanssien ideaan rakentamani kuvan 1 osoittamalla tavalla (vt. Foucault 2005, 62-3). Sisäkkäiset nelikulmiot ovat mikro-, meso- ja makrotasot, joilla instanssit ilmenevät. Esiintuloinstansseja kuvaa alempi ympyrä. Ylempi ympyrä kuvaa rajausinstansseja. Ympyröitä yhdistävä harmaa alue edustaa erikoistumisinstansseja. Instanssit ovat osittain limittäiset ja määrittelevät toisiaan. Erikoistumisinstanssit syntyvät diskurssin kohteen esiintulon ja rajaamisen vuorovaikutuksessa. Nähdäkseni Pirttilän (Pirttilä 1994, 168) nimeämät asiantuntijatiedon alat ovat erikoistumisinstanssien koulutukseen ja osaamiseen kuluva, rajausinstanssien määrittelemää ja esiintulo-instanssien tuottamaa tietoa, tekstejä ja käytäntöjä.

*Kuva 1. Fairclough'n kolme analyysitasoa suhteessa Foucaultin kolmeen instanssiin.*



## 2.4 Jonathan Z. Smithin analyysi eronteista ja toiseuttamisesta



Terveyskulttuurin erontekoja voi selittää uskontotieteilijä Jonathan Z. Smithin teorialla (Smith 2004, 241–247). Smith nimeää kulttuurien keskeisimmiksi erottautumisen syiksi liian-samankaltaisuuden, reviirikiistan ja esittää-olevansa-me. Smithin luokittelua koskevat analyysit, erityisesti mainitsemani erottautumisen käsitteet ovat hyödyllisiä aineiston mikrotasolla havaittavan mesotason vuorovaikutuksen ja diskurssien muotoutumisen analyysissä. Smithin mukaan toiseuden tuottamisen prosessissa pyritään määritelmällisesti irrottamaan toisistaan ilmiöitä, joilla on yhteys. Toiseus on totaalinen katkos samuudessa. Eroja tuottavat väitteet sen sijaan säilyttävät vertailevan yhteyden ilmiöiden välillä. Ero on yhteyden muoto: yhteydet ilmiöiden välillä löydetään ja määritellään uudelleen eronteon prosesseissa. Smithin mukaan se, mikä on liian samankaltaista kuin me, on suurimman erottelun ja kritiikin kohde – kristityt kinaavat toisten kirkkokuntien edustajien kanssa, tai muslimien ja juutalaisten kanssa, mutta erityisen harvoin taolaisten tai heimouskontojen kanssa, ellei konflikti koske territoriota, reviiriä, maantieteellistä päällekkäisyyttä, joka pakottaa näkemään toisen<sup>22</sup>. Smith kysyy, voiko toista a) ymmärtää b) kuunnella ja c) voiko toiselle antaa vapautta tai valtaa sanoa mitä se on tai määritellä mitä itse olemme? (Smith 2004, 241–247.) Keskeistä Smithin teorioissa tutkielmalleni on huomio, että *käsittämätöntä* ei tarvitse kuunnella ja sen puolesta voidaan puhua, se voidaan nimetä *käsitetyin* mukaan.

Vaikeimmat toiseuden muodot ovat liikaa-meidän-kaltainen ja väittää olevansa-meitä (”too-much-like-us”, ”or when it claims to be-us”) – tilanteet, joissa omakuva häiriintyy jonkin hallitsemattoman samankaltaisuuden uhatessa. Väittää-olevansa-meitä eroaa reviirikiistasta siten, että se, joka väittää olevansa meitä ei pyri kaventamaan meidän aluettamme, vaan väittää kuuluvansa siihen. Reviirikiistassa toinen ei väitä olevansa meitä vaan väittää, että me emme kuulu omalle paikallemme, joka on sen. (Smith 2004, 245.) Dynaaminen purkamisen ja uudelleenjärjestämisen prosessi voi auttaa kohtaamaan toiseutta uudella tavalla. Suhteet löydetään ja perustetaan uudelleen erottelun projekteilla, kirjoittaa Smith. (Smith 2004, 246.) Diskurssianalyysi voi osallistua yhteiskunnan purku-,

---

22 Esimerkiksi kristinusko on pyrkinyt erottautumaan uskonnoista, jotka on koettu liian samankaltaisiksi kuin se ja siksi kulttuurista rajanvetoa uhkaaviksi. Tällaisia uskontoja ovat ainakin islam ja juutalaisuus. Aivan vieraat uskonnot, kuten animismin muodot tai taolaisuus, eivät ole kristinuskon toiseuttamisen tai erottelun kohteena, elleivät ne uhkaa kristinuskon maantieteellisiä rajoja. Liian-samankaltaisuus kulttuurien välillä merkitsee sitä, että kaksi kulttuuria, joista ainakin toinen haluaa kulttuurien pysyvän erillisinä, voidaan nähdä yhteismitallisina tai samaa tarkoitusta täyttävinä, jolloin niiden itsenäisyys ja omaleimaisuus tulee uhatuksi. Reviirikiistassa kaksi riitaisaa, erilaista kulttuuria limittyvät paikallisesti tai tarkoituksiltaan jossakin yhteiskunnassa, tai ne kilpailevat samoista resursseista, jolloin ne eivät mahdu elämään rinnakkain ja seuraa eronteko. (Smith 2004, 241–247.)

järjestys-, tulkinta- ja kääntämisprosesseihin. Tarkka analyysi yleisistä erojen ja suhteiden määrittämisen tavoista ovat Smithin kallisarvoinen anti ajattelulleni ja graduni metodille.

Yleensä eronteot ovat suhteuttavia: etäinen samankaltaistuu, läheisestä erottaudutaan, mutta ainoa ”moderni eronteon teoria”, ”käsittämättömyyden malli kieltää sekä kulttuurisen muutoksen ja kulttuurin tutkimuksen” kieltäessään *kääntämisen* ja tulkinnan suhteuttavat ja välittävät prosessit. Alkuperäiskansat nähtiin kauan antropologisessa tutkimuksessa käsittämättöminä toisina ja siten heidän oma äänensä jäi kuulumatta ja tutkijoiden vääristävät äänet peittivät heidän mahdollisuutensa tulla ymmärretyiksi kulttuureina ja ihmisinä. (Smith 2004, 241.)

Samalla tavalla ”puoskari” on suomalaisen epävirallisen terveydenhoidon käsittämätön ja siksi äänettä jätetty toinen. Smith lainaa varhaista etnografiaa: ”harvat aboriginaalit ovat kommentoineet kaiverruksiaan tallentamisen arvoisesti”. Smithin mukaan lainauksessa toista kohdellaan käsittämättömänä, jollainen asenne ja näkökulma alkuperäiskansoihin on välttämättä johtanut heidän vaijennamiseksi länsimaisten tutkijoiden puhuessa heidän puolestaan. Smithin mukaan antropologian ehdot ovat kielelliset: toisen vieraus on merkityksellistä ja siten mahdollista kääntää kielellemme. Sen sijaan klassiselle (varhaiselle) etnografialle toinen on sama kuin me, ja vain maantiede tekee muunnelmia, jolloin toinen ei siis voi puhua erilaisuudestaan. Tällöin kääntämistä ei tarvita. (Smith 2004, 261–2). Niin kauan kuin vieraille annetaan tutun muoto, niin kauan kuin siinä nähdään jo tulkittu ja jo omaksuttu muoto, ei nähdä sen vierautta tai sen ominaispiirteitä: Kolumbus luuli kuolemaansa saakka löytäneensä uuden reitin Intiaan (Smith 2004, 270). Vieraan ja marginaalisen *kulttuurisen* outouden tunnistamatta jääminen monopoliasemaa hoitavan taholta saattaa *muovata* outoudesta tuttua. Tulkitsen aineistoni diskurssi-analyysissä Smithin osoittamat luokittelun tavat eräiksi käsitteiden tai lausumien mikrotasolla toimiviksi diskurssien muotoutumisen säännöiksi. Luvussa 4.4 käsittelen Smithiin nojautuen virallisen ja epävirallisen terveystieteiden rajankäyntiä.

### **3 MÄÄRITTELYKAMPAILUN KONTEKSTEJA**

#### **3.1 STM:n työryhmän lähtökohdat ja työskentely sääntelyn kontekstina**

Työryhmä ja sen jäsenten keskinäinen työskentely on tärkeä osa niitä sosiaalisia olosuhteita, joissa vaihtoehtohoitojen sääntelyyn pyrkivä STM:n raportti on kirjoitettu. Työryhmän asiakirjat, erityisesti raportti, muodostavat alaa koskevan viranomaisdiskurssin. Ministeriön työryhmä on sosiaalisen järjestyksen muotoilun konventio, lakisääntelyn esivalmistelun väline. Työryhmä toimii ministeriön antaman tehtävän toteuttamiseksi, jäsentensä tietotaidon ja intressien sekä ministeriössä pohdittujen lähtökohdienten varassa. Työskentelyssä keskeistä on asianosaisten tahojen kuulemisprosessi, jota leimaa tietynlainen neutraaliuden ideaali. Neutraalius on tietenkin suhteellista ja sitä sävyttävät työryhmän jäsenten intressit ja ministeriön käytännöt ja lähtökohdat. Työryhmän työskentely loi virallisen kontekstin lakisääntelyprosessille ja kamppailulle tai neuvottelulle sen sisällöstä ja tarkoituksesta. Työryhmän linjavedot ovat arvovaltaisia ja vaikuttavat muiden toimijoiden tapoihin puhua ja puheen sisältöihin.

Työryhmän jäsenistö (ks. alaluku 2.2) asettaa tietyt lähtökohdat työryhmän työskentelylle ja sääntelykeskustelulle. Huomattavaa on, että alan neutraalit tutkijat, kuten Tuula Vaskilampi, puuttuivat työryhmästä. Veijo Saanon ja Hannu Lauerma mukanaolo työryhmässä on huomionarvoista, sillä heidät tunnetaan epävirallisia hoitoja jyrkästikin kritisoineista kirjoituksistaan ja puheenvuoroistaan (Lauerma 2006, Saano 2005) sekä Skepsis ry:n edustajina. Muilta osin jäsenistö koostuu terveydenhuollon ja valtionhallinnon virallisista edustajista ja kahdesta LKL:n edustajasta. Työryhmän ristiriidat ovat ilmeisiä. Jäsenistön erimielisyys työryhmän tehtävänannosta ja työtavoista korosti jäsenten välisiä näkökulmaeroja ja määrittelykamppailua. Työryhmän sisäisen kompromissin puuttuessa ristiriidat ilmaistiin raportin eriävissä mielipiteessä ja julkisessa keskustelussa (esim. A-Talk 2009). Työryhmän tasapuolisuuden kysymys nousee aineistossa esiin toisinaan (esim. Klassisen Akupunktion yhdistys ry 2008; FinnAcu 2008; SKILL 2008; SLTL 2009b; Hypnoosiliitto 2008; Neijing 2008). Voi kysyä, onko ministeriön työryhmän välttämättä oltava tasapuolinen otos kaikista näkemyksistä. Ministeriö voi toimia ja valita työryhmänsä jonkin poliittisen agendan mukaan.

Työryhmän lähtökohdat ja tehtävänannon voi lukea vuoden 2008 kyselyn mukana jaetusta työryhmän asettamispäätöksestä ja aiheen taustoja selvittävästä muistiosta, ”Vaihtoehtoisten hoitomuotojen sääntelytarpeen selvittäminen”. Muistio esittää hoitojen käytöstä seuraavaa:

”Yksinomaisena hoitona vaihtoehtohoitoja käyttää 1 – 2 % väestöstä. Yleensä käyttäjät pitävät vaihtoehtohoitoja lääketieteeseen perustuvia hoitoja täydentävinä. Vaihtoehtohoitoja vähintään kerran vuodessa käyttävien määrä oli 46 % väestöstä vuonna 1992. (Saano Veijo, Vaihtoehtolääkintä, teoksessa Suomalaisten terveys, Aromaa-Huttunen- Koskinen- Teperi (toim.), 2005.) Suhtautuminen vaihtoehtohoitoihin yleensä ja niiden eri muotoihin vaihtelee rankasta kritiikistä jonkin asteiseen hyväksymiseen tai ainakin näkemysten lähentymiseen eri maissa. Vuonna 1995 tehdyn tutkimuksen mukaan suomalaislääkärit suhtautuivat myönteisemmin kiropraktiikkaan, akupunktioon ja naprapatiaan. Nämä hoitomuodot ovat myös niitä, jotka on ainakin osittain integroitu osaksi virallista terveydenhuollonkäytäntöä.” (STM 2008m.)

Sääntelytarvetta selvittävä muistio esittää STM:n käsitykset vaihtoehtohoidoista, joihin eräänä kuuluu juurikin valinta käyttää käsitettä vaihtoehtohoidot. Vaihtoehtohoidot nähdään kirjoituksessa suomalaisessa keskustelussa yleisimpänä terminä, mikä lienee valinnan syynä. Sen rinnalla mainitaan Suomessa yleisesti käytettävien täydentävät hoidot ja uskomushoidot -käsitteitä ja kansainvälisesti käsitettä *complementary and alternative medicine, CAM*.

Raportissa tuotetaan avointa keskustelua mahdollistavaa neutraaliutta ainakin kahdella tavalla: Ensiksi virallisen tahon auktoriteetilla tehdyllä käsitevalinnalla, puhumalla vaihtoehtohoidoista ei esimerkiksi luontaislääkinnästä tai uskomushoidoista. Joskaan ei valittu käsitettä täydentävän ja vaihtoehtoiset hoidot, joka olisi vielä avoimempi. Käsitevalinta näyttää jossain määrin ohjaavan julkista keskustelua myös raportin ulkopuolella (lausunnot raporttiin säännönmukaisesti käyttävät sitä ellei lausujalla ole jotain erityistä, usein ideologista syytä käyttää muuta termiä). Toiseksi neutraaliutta tuotettiin asenteilla, jotka käyvätkin ilmi vuoropuhelun lisäämisen ja tieteellisen tiedon tuottamisen tarpeen kaltaisissa asioissa, joita korostetaan laajaa lakiehdotusta pohdittaessa. Kuitenkaan laajaa lakiehdotusta ei käytännössä ole suunniteltu, vaikka diskursiivinen mahdollisuus sille raportissa selkeästi annettiin.

Onnistuminen neutraaliuden luomisessa näin kiistanalaisessa aiheessa on parhaimmillaankin suhteellista. Vaihtoehtohoito-käsite herättää sekin vastustusta, eikä ole lainkaan

ongelmatonta, ettei raportti pysty määrittelemään valitsemaansa käsitettä tai sen alaa. Määritelmä jätetään myöhempään jatkovalmisteluun (STM 2009, 63). Jonkinlainen määritelmä annetaan työryhmän taustamuistiossa: ”Vaihtoehtohoito mielletään yleensä ilmiöksi, joka asettuu virallisen terveyden- ja sairaanhoidon valtakulttuurin ulkopuolelle. Vaihtoehtohoidoilla tarkoitetaan hoitoja ja taudinmääritys-menetelmiä, jotka eivät perustu lääketieteelliseen tietoon, eikä niiden tehoa tai toimivuutta ole osoitettu tutkimuksin. Luottamus vaihtoehtohoitoihin perustuu usein asiakkaan tuntemuksista tehtyihin päätelmiin.” (STM 2008m, 1.) Tämä määritelmä on viranomaisdiskurssin taustaoletuksena ja rankana. Määritelmässä on kuitenkin ongelmia. Osa vaihtoehtohoidoiksi luettavista hoidoista on osoitettu tutkimuksin tehokkaiksi ja/tai integroitu lääketieteeseen tai on peräisin lääketieteen käytännöistä. Ei ihme, että raportissa määritelmään on lisätty suhteellisuutta lisäävä sana ”yleensä”: ”Vaihtoehtohoidoilla tarkoitetaan yleensä hoitoja - -” (STM 2009, 15). Viimeinen väite asiakkaan tuntemuksien roolista on erityisen ongelmallinen ja muistuttaa lähinnä kaunisteltua uskomushoito-määritelmää. Viranomaisdiskurssi on siis ambivalentti suhteessaan epävirallisiin hoitoihin: niille jätetään tilaa, mutta niitä tarkastellaan paljolti kriitikoiden tavalla.

Aiempi epävirallinen valtiollinen työryhmä valitsi avoimuuden nimissä toisen käsitteistön, ”täydentävät ja vaihtoehtoiset hoitomuodot”, jota ei varsinaisesti määritellä. Kyseisen työryhmän entisistä jäsenistä jotkut, lähinnä epävirallisen kentän edustajat, kritisoivat STM:n raporttia laajalti lausunnoissaan. Raportissa aiempi työryhmä mainitaan ohimennen. Voi esittää, että aiempi työryhmä edusti laajemmin epävirallisen terveydenhoidon kokonaisuutta ja vuorovaikutusta terveydenhuollon kanssa, kun STM:n vuosien 2008–2009 työryhmä edustaa enemmän viranomaisen näkökulmaa ja LKL on mukana vain välttämättömänä asianosaisena. STM:n suhtautumisessa tapahtuu siis katkos ja epäjatkuvuus suhteessa 1990-lukuun. Työryhmän tehtävissä (STM 2008as) keskusteluun liittyvät tahot nimetään asiantuntijoiksi ja vaihtoehtohoitojen edustajiksi, mikä on keskeinen, joskin huomaamaton eronteko epävirallisen ja virallisen terveystalouden välillä. Eurooppalaista tilannetta huomioidessaan STM mainitsee vain Pohjoismaat, eikä esimerkiksi ranskan- ja saksankielisissä maissa vallitsevaa hyvin toisenlaista rinnakkais-eloja koululääketieteen ja muiden lääkintöjen välillä (STM 2009, luku 4). Paitsi terveydenhuollon etujärjestöjen kanta myös STM:n lähtökohta on lainsäädännöllinen ja siten sosiaalinen erottelu viralliseen terveydenhuoltoon ja muihin hoitoihin. Muistio toteaa:

Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen toimialan laajentamista selvittäneessä työryhmässä (STM työryhmämuistioita 2004:4) sivuttiin näitä vaihtoehtohoitoja (kohdassa 4.7 Luvaton terveydenhuollon ammattihenkilönä toimiminen ja erilaiset terveydenhuoltoon kuulumattomat hoidot ja terapiat). *Työryhmä totesi kantanaan, että uskomuslääkinnästä, vaihtoehtohoidoista sekä muusta vastaavasta toiminnasta, joka ei ole terveydenhuoltoa, ei myöskään tule säätää terveydenhuollon lainsäädännössä, vaan niitä koskevat muun muassa rikoslainsäädäntö, vahingonkorvauslainsäädäntö ja kuluttajansuojalainsäädäntö siten kuin muidenkin palveluiden ja tuotteiden myyntiä, ostoa ja käytön mahdollisia haittoja.* (STM 2008as.)

Sääntelytarve johtuu STM:n muistion mukaan ”erityisesti asiakkaan ja potilaan heikosta oikeusturvasta, tästä seuraavasta vaihtoehtohoitojen valvonnan puutteellisuudesta ja potilasturvallisuusongelmista.” (STM 2008m.) Vastaavasti kysely kartoitti erityisesti 1) ”vaihto-ehtohoitoihin liittyviä suurimpia ongelmia”, 2) ”potilasturvariskejä” ja 3) ”nykylainsäädännön puutteita - - potilasturvallisuuden varmistamisen näkökulmasta”. Myös 4) ”valvonnan tarvetta” kysyttiin. Viimeinen kysymys 5) antoi tilaa muille, mille tahansa asioihin alaan liittyen. Kysely lähetettiin (rajatapaukset huomioimatta) vain yhdelletoista epävirallista terveydenhoitoa edustavalla taholle ja noin kolmellekymmenelle virallista terveydenhuoltoa edustavalla taholle ja lisäksi kymmenkunnalle potilas- tai kuluttajanäkökulmaa edustavalle taholle sekä muutamalle viranomaistaholle, joiden vastuulla epävirallinen terveystoiminta tätä nykyä on. LKL:n edustajat kritisoivat kyselyn potilasturvallisuuskysymyksiä (esim. LKL 2008k; SKILL 2008 ja 2008b). Niiden mukaan potilasturvaa ei ole todettu merkittävästi uhatun. Työryhmä ei kritiikin perusteella tehnyt kysymyksiin muutoksia.

STM:n kysely ja raportti luovat sääntelylle kontekstin ja tuottavat diskursiivisen ympäristön, jossa muut aineiston tekstit paljolti muodostavat argumenttinsa ja diskursiiviset valintansa. Työryhmän lausuntopyynnössään esittämissä kysymyksissä, raportin johtopäätöksissä ja käsittelyluvuissa muiden tahojen diskursiivisia valintoja ohjaavana lähtökohtana on oletus, että on mahdollista puhua koko kentästä yhdellä kertaa. Erikoista on, että tilanne tiedetään toiseksi (”Vaihtoehtohoitojen kokonaisuus on pirstaleinen ja jatkuvasti muotoaan muuttava”, STM 2008m), mutta tieto ei vaikuta aiheen käsittelyyn. Lausunnoista nousee kuitenkin esiin kentän moninaisuus useimmissa kysymyksistä. Työryhmä sekä taustamuistiossaan että raportissaan yleistasolla tunnistaa ja tunnustaa kentän moninaisuuden sekä vuorovaikutuksen tarpeen virallisen ja epävirallisen kentän välillä, mutta epäonnistuu merkityksellisten yksityiskohtien ja käytännön tasolla

toteuttamaan näitä ajatuksia. Raportilla ei ole tarjota konkreettisia ruohonjuuritason ehdotuksia vuorovaikutukselle tai moninaisuuden huomioon ottamiselle.

Vuoden 2008 kysely (STM 2008kys) ei systemaattisesti pyrkinyt kaivamaan esiin kentän realiteetteja ja moninaisuutta, vaikka sille jätettiin tilaa viidennen, avoimen kysymyksen muodossa. Kyselyssä keskiöön nostetut aiheet on ilmeisesti suppeaa lakiehdotusta silmällä pitäen rajattu potilasturvallisuuteen. Vaikuttaa siltä, että työryhmä ei ole miettinyt, mitä kentästä tulisi tietää laajaa sääntelyä varten. Mikään kirjallinen kysely ei olisi riittävä tiedon lähde laajan sääntelyn valmisteluun. Tarkasti ottaen työryhmän tarkoitus oli selvittää vain ja ainoastaan ”täydentäviin hoitoihin ja vaihtoehtohoitoihin liittyvät potilasturvallisuuden kannalta keskeisimmät ongelmat”, joten kyselyn rajaus on perusteltua. Eri asia on miten mielekäs rajaus on kentän kannalta, etenkin jos laajaa sääntelyä pidettiin työryhmää asetettaessa lähtökohtaisesti mahdollisena vaihtoehtona. Valvira mainitsee erityisesti terveydenhuollon ammattilaisten harjoittaman vaihtoehtohoidon asiakkaille hämmentäväksi tilanteeksi (Valvira 2009). Myös raportissa tunnetut muutamat valitukset vaihtoehtohoidosta olivat terveydenhuollon ammattilaisten toteuttamasta hoidosta (STM 2009, esim. 43). Näin ehdotetun suppean rajoitussäännösten vaikutukset tunnettuihin ongelmiin ovat riittämättömät, laki kun rajoittaisi ainoastaan muiden kuin terveydenhuollon ammattilaisten antamaa hoitoa potilasryhmittäin ja sairauksittain.

### **3.2 STM:n työryhmän työskentely kokousmuistioissa ja mediakeskustelussa**

Työryhmän kokousmuistiot ovat dokumentteja ryhmän työskentelystä ja keskusteluista. Kokousmuistio on julkinen asiakirja, kenen tahansa luettavissa ministeriön arkistossa. Niinpä on poliittisen prosessin kannalta merkityksellistä, mitä kokousmuistiot pitävät sisällään. Niissä käytetty kieli on toisenlaista kuin julkaistavaksi kirjoitetussa raportissa, kenties juuri tietyn neutraaliuden esityksen puuttuessa. Raportti pyrkii esittämään asiat objektiivisesti, kokousmuistioissa työryhmän jäsenten äänet ja ristiriidat näkyvät hieman paremmin. Joskin ilmeisimminkin kaikkea työryhmässä käytyä määrittely- ja valtakamppailua ei muistioihin ole kirjattu (ks. LKL 2008k). Myös kokousmuistioissa mainitaan kamppailu siitä, mitä niihin kirjataan ja mitä ei (ks. STM 2009ko1; STM 2008ko3).

Jotkin kokousmuistioiden huomiot ovat epävirallisia hoitoja kohtaan jyrkempiä kuin ministeriön raportti. Esimerkiksi: ”Ihmisten, jotka eivät pysty vaalimaan itse etujaan ja joihin harhaanjohtava markkinointi tehoaa, auttamiseksi pitäisi pystyä löytämään nopeita puuttumiskeinoja. Toisaalta viihteen ja hoidon raja on häilyvä” (STM 2008ko5, 3). Tässä epävirallisia hoitoja verrataan viihteseen. Lainaus asettaa käyttäjät huijattavan uhrin asemaan ja ainakin osan vaihtoehtohoitajista huijareiksi. Toisaalla aineistossa, Tieteellinen hypnoosi ry:n (Tieteellinen hypnoosi 2009) lausunnossa osasta hoitoja puhutaan ”kajoavina menetelminä”, joita tulisi opettaa vain terveydenhuollon puitteissa. Kyselyvastauksessaan Tieteellinen hypnoosi ry (Tieteellinen hypnoosi 2008) vaatii ”ihmisryhmien, joiden kyky ajaa etuaan on puutteellinen” hoitoa toteutettavaksi ”yhdessä virallisen hoitotahon kanssa”. Viitataan Tieteellinen hypnoosi ry:n lausuntoihin, sillä työryhmän jäsen Hannu Lauerma oli samalla yhdistyksen puheenjohtaja. Kajoavia menetelmiä lausunnon mukaan ovat tukirangan manipulaation, hypnoosin ja yrtilääkinnän kaltaiset hoidot. Käsitevalinnoilla voidaan korostaa hoitojen vaikuttavuutta, hoitojen vaikuttavuuden hallitsemattomuutta tai hoitojen vaikuttamattomuutta. Kajoava menetelmä herättää uhkakuvia, viihde kuvastaa harmitonta turhuutta – molemmat ovat hoitomuodon määreinä kielteisiä. Hoitojen nimittäminen viihteeksi aliarvioi epävirallisten hoitojen toimijoita ja asiakkaiden kokemuksia hoidoista. Pääasiassa työryhmän asiakirjoissa ei ole suoraan luettavissa näin vahvoja asenteita.

Vaikuttaa siltä, että lähinnä LKL:n edustajat puhuvat näkökulmansa suoraan auki raportissa, jossa he edustavat alaansa rajoituksilta puolustavaa vähemmistöä. LKL:n edustajat valittivat (STM 2008ko5) ettei heidän näkökulmiaan haluttu kirjata muistioihin toistuvista vaatimuksista huolimatta. He tekivätkin työryhmän työskentelystä valituksen kahden kokouksen jälkeen pyrittynään muuttamaan työryhmän lähtökohtaa tuomalla esiin todisteensa luontaishoitojen turvallisuudesta (LKL 2008k). Valitus ei muuttanut työskentelyn suuntaa. Kokousmuistioista käy ilmi, että suppeaa sääntelyä eli potilasryhmä- ja sairauskohtaisia rajoituksia valmisteltiin paremmin kuin laajaa sääntelyä, joka ollakseen mielekäs vaatisi huomattavasti enemmän työtä. Työryhmä ei olisi realistisesti voinut puitteissaan suunnitella laajaa sääntelyä.

Oliko LKL tietoinen, mihin työryhmään, mistä lähtökohdista ja mitä tehtävää täyttämään se oli kutsuttu? Puheenjohtaja Tarja Holli muistuttaa työryhmää kokousmuistiossa (STM 2008ko4), että työryhmän tehtävä ovat potilasturvaongelmat. Se oli LKL:lle lähtökohdin



väärä näkökulma. Tämä kertoo siitä, että työryhmä perustettiin ensisijassa Suomen Mielenterveysseuran aloitteen ja sen kaltaisten potilasturvan uhkaa korostavien näkökulmien vuoksi, ei LKL:n aloitteen vuoksi, jossa sääntelyksi ymmärrettiin erityisesti terapeuttien velvollisuuksien ja oikeuksien eli yhteiskunnallisen aseman määrittely. Puheenjohtaja huomauttaa, ettei kenttä liene ymmärtänyt työryhmän tehtävänantoa – mutta työryhmän tehtävänantoa laatiessaan STM ei ole huomionnut kentän kokonaisuutta ja sen tarpeita. Voi kysyä, lähestyikö työryhmä potilasturvallisuuden ongelmaa hedelmällisimmällä mahdollisella tavalla, kun systemaattista dokumentoitua aineistoa tapahtuneista rikkeistä ja todellisista riskeistä ei tuotettu, eikä riskien ennaltaehkäisyn keinoja tai rikkeiden sanktiointia juuri analysoitu. Lisäksi voi kysyä, oliko LKL riittävä edustamaan koko vaihtoehtohoitojen kenttää. Koska kenttä on moninainen, yhden edustajan valitseminen kielii siitä, että STM ei ollut sisäistänyt moninaisuutta – oletettiin, että moninaisuutta voidaan lähestyä yhdestä näkökulmasta. Toisaalta hajanaiselta kentältä ei kenties löytyisi LKL:n rinnalle verrattavaa aktiivista tahoja. Kentän järjestäytymisen tarve on ilmeinen, kuten aineistossakin monin kohdin eri tahot toteavat (esim. Suomen Sydänliitto 2008; Suomen Reumaliitto 2008; Suomen Kirurgiyhdistys 2008; Homeopaattisen hoidon potilasyhdistys 2008).

Työryhmän kokousmuistiot antavat kuvan, että täyttä luottamusta ryhmän jäsenten välillä ei ollut. LKL:n edustajat työskentelivät tiiviisti yhteistyökumppaniensa kuten SKILL:n Tutteli Hammermanin kanssa (ks. liite 4). Työryhmän jäsenistä ainakin Lauerma koki työryhmän käyttöön antamansa tekstin levittämisen ulkopuolisille häiritsevänä, samassa viimeisessä kokousmuistiossa työryhmän puheenjohtaja ilmoitti saaneensa kritiikkiä työryhmän ulkopuolisilta henkilöiltä työryhmän muistiosta, jota edes työryhmässä ei oltu vielä käsitelty (STM 2009ko1, 1).

Työryhmän kokousmuistioissa 28.8.2008 (STM 2008ko3, 2) kahdesti todetaan, että raportin tekstin tulisi olla ”mahdollisimman neutraali”, jolla tarkoitetaan, että tekstin tulee huomioida ”koko vaihtoehtohoitojen kenttää” ja se pyrkii ”vastaamaan työryhmän toimeksiantoon” työryhmän keskustelussa esitettyjen erilaisten esitysten pohjalta niin, että raportin esittämä sääntelyvaihtoehto ”voitaisiin toteuttaa - - käytännössä”. Oletettavasti neutraaliuden painotus juuri kolmannessa kokouksessa pyrkii tasoittamaan LKL:n edustajien vasta antamaa kritiikkiä työryhmän lähtökohdista (LKL 2008k) ja luomaan ryhmään yhtenäisyyttä. Neutraalius ilmenee äärimmäisten mielipiteiden välttämisenä

puolin ja toisin, mikä raportissa toteutuu ja mikä kokousmuistioissa eksplikoidaan päämääränä. Kuitenkin työryhmän ilmeiset ristiriidat ja kokousmuistioissakin esiin tulevat kommunikaation ongelmat kertovat neutraaliuden olevan tavoiteltu ilmaisutapa, ei koko totuus työryhmän toiminnasta ja keskusteluista.

Neutraaliudellaan raportti enimmäkseen peittää eroja ja piilottaa todellisessa keskustelussa vallitsevan määrittelykamppailun, erimielisyyden siitä, millä käsitteillä säänneltävään toimintaan tulisi viitata ja mitkä näiden erilaisten käsitteiden sisällöt, määritelmät ja käyttötavat ovat. Käsitteet tosin mainitaan ohimennen, mutta niiden erojen merkitystä ei huomioida. Valitaan, mitä käsitettä käytetään, mutta valintaa tai käsitteen merkityksiä ei problematisoida. Paikoitellen, kun raportin tekstiä oletettavasti on kirjoittanut LKL:n edustaja, puhutaan täydentävistä tai epävirallisista hoidoista (ks. esim. STM 2009, luku 3.1.3). LKL:n edustajien eriävä mielipide (STM 2009, 68) puhuu systemaattisesti luontaishoidoista, joka poliittisena valintana tuo esiin LKL:n eriävän mielipiteen käsitteiden tasolla. Eriävällä mielipiteellä on laajat liitteet, jotka pyrkivät antamaan kattavan ja todenmukaisen kuvan alan tilanteesta LKL:n näkökulmasta. Onko eroja peittävä neutraalius omiaan synnyttämään avointa keskustelua, jossa erimielisyydet tunnustetaan ja asioita tarkastellaan pyrkien huomioimaan vastapuolen näkökulmat, perustelut, lähdeaineistot ja tulkinnat? Sellainen keskustelu puuttuu niin julkisesta keskustelusta kuin virallisesta lainsäädäntötyöstä.

LKL:n kanssa tiiviissä yhteistyössä toimiva Suomen Kiinalaisen Lääketieteen Liitto SKILL teki lokakuussa 2008 tutkintapyynnön Valtioneuvoston oikeuskanslerille siitä, ovatko STM:n virkamiehet toimineet asianmukaisesti työryhmän organisoinnissa ja työtavoissa (SKILL 2008c). Tutkintapyyntö vetoaa paitsi työryhmän kokoonpanoon ja asiallisen tiedon ja asiantuntijoiden kuulemisen puutteeseen työryhmän valmistelutyön pohjana myös siihen, ettei työryhmässä huomioitu LKL:n edustajien näkemyksiä, joita jouduttiin vaatimaan kokouspöytäkirjoihin jälkikäteen kirjallisesti ja työryhmälle annettuun riittämättömään aikaan ja puuttuneisiin taloudellisiin resursseihin. Tutkintapyyntö esittää, että on ”ilmoitettu, että laki ei saa aiheuttaa taloudellisia seuraamuksia yhteiskunnalle (!)”, jolloin työryhmän ei olisi realistisesti mahdollista toteuttaa alan sääntelyn tehtävänsä. Esimerkiksi tällä tavalla LKL:n edustajat kyseenalaistavat neutraaliuden, jolloin se olisi vain asiakirjoihin valittu esitysmuoto, eikä varsinaisia päämääriä ja työtapoja kuvaava adjektiivi. Näin neutraalius olisi ristiriitojen

vaientamisen väline, kenties jopa strategia. Aineistostani on kuitenkin hyvin vaikea pätevästi päätellä asian todellista laitaa – tilanteessa on yhden sana toisen sanaa vastaan. Tarja Holi vastaa SKILL ry:n kritiikkiin (SKILL 2008) siitä, että virallisen terveydenhuollon tahoja kuullaan työryhmässä asiantuntijoina toisin kuin hoitojen edustajia: ”Kuuleminen toteutetaan laajasti ja kaikille kuultaville tahoille tasapuolisesti samalla tavalla.” (STM 2008ki). Joko työryhmällä syyskuussa 2008 vielä oli aie kutsua epävirallisten hoitojen edustajia suullisesti kuultavaksi tai Holi ei tarkoittanut tasapuolisuudella samaa kuin SKILL.

Ylen A-Talk -keskusteluohjelman (A-Talk 2009) perusteella työryhmän työskentely oli riitaisaa. Toimittaja Sari Huovisen vetämässä keskustelussa ovat mukana luontaishoitojen käyttäjä Elina Lindblom, LKL:n edustajana Liisa Sulkakoski, Lääkäriliiton Hannu Lauerma ja uskomushoidoille kriittinen terveystieteentutkimus Markku Myllykangas. Keskustelun alkupuolella Liisa Sulkakoski toteaa, ”työryhmä oli riitaisa”, jota Hannu Lauerma kommentoi: ”en kyllä tunnistanut tuota kuvausta... että olisi 8 vastustajaa... pyrittiin puhumaan asioista asioina”. Lauerman repliikki tähdentää objektiivisuutta.<sup>23</sup> Se, että Hannu Lauerma kiistää Liisa Sulkakosken ja ohjelman toimittajan väitteen ristiriidoista, vahvistaa sen, että työryhmän jäsenet kokivat työryhmän työskentelyn hyvin erilaisin tavoin. Tämä on käytännössä ristiriidan määritelmä. Sulkakoski esittää työryhmän tilanteen keskustelussa niin, että LKL:n edustajia lukuun ottamatta työryhmän jäsenet eivät tunteneet eivätkä halunneet tuntea vaihtoehtohoitoja ja osa heistä oli ilmoittanut vastustavansa niitä. Sulkakosken mukaan LKL:n edustajat joutuivat pitämään puoliaan väriä väitteitä vastaan. Lauerma ei tunnista Sulkakosken kuvausta ja toteaa, että ryhmässä pyrittiin käsittelemään ”asioita asioina” ja että jäsenillä oli tietoa ja kokemusta aiheesta.

Lauerma selittää, että vaihtoehtohoitojen kokonaisuuden sääntely on tärkeää harvinaisten, räikeiden väärinkäytösten ilmituonnin ja ehkäisyn nimissä. Tästä eteenpäin keskustelussa on ilmeistä, että Sulkakoski ja Lauerma puhuvat toistensa ohitse. Heille vaihtoehtohoidot ja niiden sääntely merkitsevät eri asioita. A-Talk-keskustelun insertissä esitellään tilanne, jossa vaihtoehtohoitokontekstissa on terapeutti raiskannut asiakkaan. Tällöin ei oikeastaan puhuta vaihtoehtohoidoista yleensä tai mistään hoitomuodostakaan erityisesti. Aiheena on rikos. On selvää, että tällaisia tapauksia ilmituomaan ja selvittämään pitäisi olla helpot

---

23 Riikka Viander pro gradussaan (Viander 2010, 39–42) analysoi A-Talk-keskustelussa lääketieteen edustajien depolitisoivan keskustelun muun muassa esittämällä, ettei tilanteessa ole kiistaa.

kanavat. Kuluttajavirasto ei kuitenkaan ole asiantunteva ja tehokas kanava ja rikosilmoitukseen on iso kynnyks, joten tilannetta täytyy muuttaa. Vaihtoehtohoitojen kokonaisuuden kannalta tämä on vain eräs kysymys.

A-talk-keskustelu kertookin vallitsevista asenteista ja keskustelun tulehtuneisuudesta enemmän kuin STM:n arkistoaineisto. STM:n työryhmän kokousmuistiossa 9.10.2008 (STM 2008ko5, 4) todetaan, että työryhmässä oltiin yksimielisiä siitä, että sekä suppea että laaja sääntely ovat tarpeellisia, mutta etenkin laajaan sääntelyyn kuuluvan terapeuttien rekisteröinnin toteutuksesta vallitsi erimielisyys. Toinen esimerkki työryhmän ristiriidoista käy ilmi 14.11.2008 kokousmuistiosta (STM 2008ko6), jossa todetaan sisältöä erittelemättä LKL:n toimittaneen ryhmälle kannanoton, jossa oli huomioita lakiehdotusluonnoksesta. Sisällön huomiotta jättäminen, vaikeneminen on ristiriidan hillitsemisen tai unohtamisen keino.

A-Talk -televisiokeskustelu päästää virallisten asiakirjojen kulissien taakse, puheenvuorot ja puhumatta jättämiset ovat kasvokkaisessa keskustelussa dramaattisia, tunteellisesti latautuneita, jopa provokatiivisia ja toki provosoituvia. Viralliset asiakirjat ja STM:lle osoitetut lausunnot pyrkivät enimmäkseen häivyttämään ilmaisujen tunteet esittääkseen vakuuttavaa. Keskittyessään omaan näkökulmaansa monetkaan asiakirjojen laatijoista eivät ole joutuneet reagoimaan toisenlaisiin, vastakkaisiin, erilaisiin tai vieraisiin käsityksiin puheenaiheista ellei lausuntopyyntö ole sellainen. Ei pidä aliarvioida sitä, miten paljon ihmiset näkevät vaivaa tehdäkseen julkisista esityksistään sen näköisiä, että esitykset edistävät heidän päämääriään parhaalla tavalla ja luovat heistä halutunlaisen kuvan. Siksi monia asioita peitellään, ylikorostetaan, sivuutetaan tai toistetaan. Erityisesti virallisia tekstejä kirjoitettaessa mietitään, millainen kuva halutaan luoda. Julkisessa televisiokeskustelussa tunteet tulevat esiin suoraan puhetaivoista ja ruumiinkielestä, ja puhe on pääasiallisesti reagointia toisten, kuten toimittajan, ilmaisuihin, ei rauhassa laadittua pohdintaa omalta kannalta. Juuri mitään sisällöllistä lisäarvoa informaation tai uusien eksplisiittisten kysymysten muodossa televisiokeskustelu ei aineistoni rinnalle tuo, mutta tunteelliset ulottuvuudet käyvät siitä ilmi erityisen kiinnostavalla tavalla.

Näemme siis, että Sosiaali- ja terveysministeriön vuosien 2008–2009 työryhmä oli ristiriitojensa ja kiireellisen aikataulunsa vuoksi hankala lähtökohta epävirallisen terveydenhoidon laajan sääntelyn laatimiselle. Se oli myös ahdas konteksti diskurssien

muotoutumiselle – epäjatkuvuus suhteessa tehtävänantoon on sisäänrakennettu työryhmän puitteisiin. Luontevaa siis on, että työryhmä ehdotti suppeaa rajoitussääntelyä. Sekä laajan sääntelyn realistinen pohdinta että ristiriitojen perusteellinen kohtaaminen, niistä kamppailu ja neuvottelu mahdollisen kompromissin aikaansaamiseksi, olisivat vaatineet enemmän aikaa ja laajemman aineiston kentän tilannetta ja tieteellistä tutkimusta koskien. Lisäksi, jos tasapuolisuus on lakivalmistelussa olennaista, voi todeta, ettei epävirallisen terveydenhoidon edustajia otettu samassa määrin huomioon kuin terveydenhuollon tahoja tahdon tai ajan puuttuessa.

Yhteenvedona voi todeta, että muotoutunut viranomaisdiskurssi noudatteli pääosin virallisen terveydenhuollon näkökulmaa *vaihtoehtohoitoihin*. Käsite korostaa kilpailua terveydenhuoltoon nähden, mikä ei vastaa hoitojen vallitsevinta käyttöä täydentävinä ja mihin hoidot eivät Suomessa yleensä pyri. Samalla viranomaisdiskurssi pyrkii neutraaliuteen ja ristiriitojen häivytykseen. Vuoropuhelua eri tahojen välillä kannatettiin, muttei käytännössä edistetty esimerkiksi LKL:n vaatimin suullisin kuulemisin. Moniäänisyys näkyy raportissa paikoin LKL:n laatimissa teksteissä käsitteenä *luontaishoidot* sekä Eriävässä mielipiteessä. Keskeinen ristiriita työryhmän sisällä koski potilasturvallisuusongelmia tärkeimpänä sääntelyn lähtökohtana. LKL:lle lähtökohta oli kyseenalainen. Kenttää kuunneltiin valikoiden. Esimerkiksi esitettyä tutkimusnäyttöä ei huomioitu (ks. alaluku 4.3) ja vertailua Manner-Eurooppaan raportti välttelee, vaikka kyselyvastauksissa sitä tehdään. Viranomaisdiskurssia leimaa myös säänneltävän alan määrittelyn jättäminen myöhempään.

### **3.3 Viranomaisdiskurssin vahvistaminen lausunnoissa**

Viranomaisdiskurssi muovasi muiden tahojen käsitevalintoja ja puhetapoja. Virallisen tahon näkemys epävirallisista hoidoista kulminoituu adjektiivin *kirjava* ja sille rinnasteisiin substantiiveihin, joita raportissa käytetään neljätoista kertaa kuvaamaan kenttää. Kirjavuus alan määreenä siirtyi myös lausuntoihin raportista ja lakiehdotuksesta, ja voi sanoa sen olleen STM:n raportin tarttuvimpia kielellisiä ilmaisuja itse vaihtoehtohoito-käsitteen lisäksi. Vuoden 2008 kyselyyn liitettyssä muistiossa kenttää kuvataan adjektiivilla *pirstaleinen*, joka ei kuitenkaan yleisemmin esiinny aineistossa. Suomen mielenterveyshoitoalan liitto ry:n kyselyvastauksessa (SMTHL 2008) todetaan: ”kiinnitämme huomiota erilaisen koulutustarjonnan kirjavuuteen ja rajojen

hämärtymiseen” tilanteissa, joissa virallisen koulutuksen ja tiedeyhteisön ulkopuolella opetetaan kaupalliseen ammattitoimintaan riskialttiita menetelmiä. Myös apteekkari, dipl. homeopaatti Onerva Pekkonen (2008) mainitsee kyselyvastauksessaan kirjavuuden. Pekkonen ja SMTHL ovat mahdollisia lähteitä kirjavuus-termille. Raportissa kirjavuudella tarkoitetaan käyttöyhteyksien<sup>24</sup> perusteella monimuotoisuutta, järjestäytymättömyyttä, muutosalttiutta, hallitsemattomuutta ja ennakoimattomuutta: kirjavuudesta puhutaan sellaisten sanojen yhteydessä kuin ”nopeasti muuttuva” tai ”koko ajan muutoksessa” ja viitattaessa alan järjestäytymisen tai vakiintumisen puutteeseen. Erityisesti kirjavuus johdannaisineen esiintyy raportin kappaleessa, joka pohtii hoitojen koulutuksia. Kirjavuutensa vuoksi koulutuksien virallistaminen ja siten hoitojen ammatillisen statuksen vakiinnuttaminen nähdään ongelmalliseksi. Myös markkinoinnin kirjavuus ja se, että kirjavuus nousee esiin kyselyvastauksissa, mainitaan. Kirjavuus ja vaihtoehtoisuus jäävät raportin lukijalle keskeisimmiksi käsitteellisiksi välineiksi alan ymmärtämiseksi. Ne palvelevat määritelminä, vaikkei niitä eksplisiittisesti sellaisina pyritä esittämään.

Viralliseen diskurssiin mukautuneet lausunnot käyttävät käsitettä vaihtoehtohoidot. Mutta miten termi ymmärretään tai ei ymmärretä, on miltei mahdoton sanoa, koska useimmiten määritelmää ei anneta ja rivien välistä sen hakeminen on tulkinnanvaraista. Lisäksi vaihtoehtohoidoista voidaan puhua ilman yhteyttä viralliseen diskurssiin. Virallinen diskurssi ei sitä määrittele; STM:n raportissa julkilausutusti jätetään määrittely tekemättä. Esimerkiksi Pohjoismainen Homeopaattiyhdistys puhuu lausunnossaan vaihtoehtohoidoista. Joko yhdistys haluaa mukautua viranomaisen kielenkäyttöön ja siten tulla kuulluksi tai sitten yhdistys näkee esimerkiksi edustamansa homeopatian koululääketieteen vaihtoehtona, mikä suomalaisessa keskustelussa on epätyypillistä. Arvelen edellistä, sillä lausunnossa on muutenkin hyvin sovitteleva ja yhteistyöhön pyrkivä asenne. Kritisoiuaan työryhmän kokoonpanoa, joka painottui ”asenteellisten koululääketieteen edustajien hyväksi” lausunnossa todetaan: ”Työryhmän raportti on kuitenkin tehty

---

24 Esimerkkilauseita kirjavuuspuheesta: ”Vaihtoehtohoitojen markkinointi on kirjavaa, eikä väestöllä ole käytettävissään luotettavia tietoja hoitomuotojen mahdollisista vaikutuksista.” (STM 2009, 14), ”Potilasturvallisuutta ajateltaessa on otettava huomioon vaihtoehtohoitojen koko laaja ja kirjava kenttä.” (STM 2009, 43), ”Vaihtoehtohoitojen valvonnan tekee haasteelliseksi ja ongelmalliseksi alalla olevien erilaisten hoitomuotojen, menetelmien ja ”koulukuntien” suuri määrä ja kirjo.” (STM 2009, 53), ”Rekisteröinnistä päättävä toimivaltainen viranomainen on joutunut kohtuuttoman tehtävän eteen joutuessaan arvioimaan kyseisen kaltaisessa tilanteessa kirjavien ja koko ajan muutoksessa olevien koulutusten sisältöjen hyväksyttävyyttä.” (STM 2009, 55), ”Vaihtoehtohoitoja koskeva uusi laaja säädös edellyttäisi kuitenkin huolellista yksityiskohtaista jatkovalmistelua ja siihen liittyvien erityiskysymysten pohdintaa ja ratkaisemista, sekä lisäksi mm. vaihtoehtohoitojen kirjavan kentän järjestäytymistä ja yhdistysten rekisteröinti- ja valvontajärjestelmien kehittämistä.” (STM 2009, 60).

eri vaihtoehtoihin tasapuolisesti paneutuen eikä asenteellisuus ole saanut ylivaltaa pääsääntöisesti. Siitä kiitos.” (Pohjoismainen Homeopaattiyhdistys 2009.)

Jotkin lausunnot ovat lähes täysin raportin ja lakiehdotuksen kannalla sellaisenaan. Vaasan sairaanhoitopiirin (2009) lausunto kuuluu näihin. Lausunnon mukaan nopeasti toteutettu suppea sääntely vähentäisi tarvetta vaikeammin määritettävälle laajalle sääntelylle. Eräät muutkin tahot ovat lausunnoissaan raportille ja lakiehdotukselle suoraviivaisen myönteisiä, esimerkiksi Länsi-Suomen lääninhallitus<sup>25</sup> (2009), Super ry (2009), Opetusministeriö (2009) ja Suomen Mielenterveysseura (SMTS 2009). Mielenterveysseuran tyytyväisyys on merkillepantavaa, koska se oli eräs lakia ensimmäisten joukossa vaatineista. Kuitenkaan seura ei ole ottanut kantaa siihen, ettei lakiehdotus ole edennyt eikä käytännön muutosta sen huolestuttavaksi katsomaansa tilanteeseen ole tapahtunut. Raportille myönteiset lausunnot ovat esimerkkejä viranomaisdiskurssin siirtymisestä käyttöön sellaisenaan, kritiikittä, analyysittä. Esimerkit osoittavat, että riittävän hyvin ilmaistu viranomaisdiskurssi näyttää asiantuntevalta ja kattavalta näkemykseltä sellaisen silmissä, joka luottaa viranomaiseen, mutta jonka tietämys diskurssin kohteesta rajoittuu viranomaisen antamaan informaatioon tai ei ainakaan merkittävästi ylitä sitä. Toisenlaisista asemista, toisiin tietoihin ja kokemuksiin pohjautuvista näkökulmista viranomaisdiskurssi näyttäytyy eri tavoin rajallisena, ongelmallisena, tarkennettavana, vastustettavana, pohdittavana, suppeana, tarkoitushakuisena, tehottomana – jolloin määrittelykamppailu tai muu keskustelu aiheesta on edelleen ajankohtaista ja osallistumista vaativaa.

Michel Foucault kirjoittaa diskursiivisten muotoutumissääntöjen vallasta puhujiin: ”Käsitteellistä verkostoa kuvataan diskurssin sisäisten säännöllisyyksien pohjalta”, ”[diskurssin] muotoutumissääntöjen paikka ei ole ’menteliteetissa’ tai yksilöiden tietoisuudessa, vaan itse diskurssissa”, ”[n]äin ollen ne [muotoutumissäännöt] pakottavat kunkin diskursiivisella kentällä puhumaan pyrkivän yksilön anonyymiin yhdenmukaisuuteen.” Eräs Foucault’n useista diskurssin määritelmistä onkin, että diskurssi ovat nimenomaan diskursiiviset muotoutumissäännöt. (Foucault 2005, 84–85.) Joten, koska yhdenmukaisuutta epävirallisten hoitojen määrittelykamppailussa tai sen osapuhunnoissa ei ole, eivät ne ole *diskursseja* siinä mielessä kuin Foucault niistä puhuu.

---

<sup>25</sup> Länsi-Suomen Lääninhallituksen retoriikaltaan poikkeuksellisen muodollinen lausunto vahvistaen referoi raporttia laajalti ja kehuu sitä.

Toisaalta löydän esimerkkejä *anonymista yhdenmukaisuudesta*, joka tapahtuu esimerkiksi käsitteiden korvautumisella. Termiä vaihtoehtohoidot käyttävät vuoden 2009 raporttilausunnoissaan melkein kaikki STM:lle kirjoittaessaan, jopa monet niistä, jotka muuten ovat käyttäneet toisia käsitteitä; Reiki-yhdistys ei lyhyessä kannanotossaan ilmaise juuri mitään omakielistään, vaan pitäytyy kielessä, jonka kannanoton kirjoittajat ilmiselvästi olettavat viralliselle taholle ymmärrettäväksi – he siis tekevät tekstistään anonyymiä (ks. Reiki 2008).

Aineistossani näkyvät prosessit ovat ensisijaisesti diskurssien muotoutumisen tai muodostamisen prosesseja, ja vain toissijaisesti jo muodostuneen, vakiintuneen diskurssin ylläpidon tai uusintamisen prosesseja. Uusintamista on lähinnä sen suhteen, miten *terveydenhuoltojärjestelmä* määrittyy suhteessa epävirallisiin hoitoihin. Voi toki kysyä, onko vasta muodostuva, ei vielä vakiintunut diskurssi ollenkaan diskurssi Foucaultin mielessä. Silti aineistossa voidaan nähdä viranomaisdiskurssin ympärille muodostuvaa yhdenmukaisuutta: Vaiheen 1 kyselyvastauksia käytettiin materiaalina raportin laatimisessa. STM loi työryhmällään ja kyselyllä kontekstin keskustelulle, johon kyselyvastaukset tuottivat lausumia. Näitä lausumia STM omaksui viranomaisdiskurssiin, kierrättämällä ja suodattaen niitä toisessa vaiheessa raporttitekstiin. Muiden tahojen raporttia koskevat myönteiset vaiheen 2 lausunnot vahvistivat raportin diskurssia. Näin syntyy viranomaisdiskurssia vahvistavaa anonyymiä yhdenmukaisuutta. Eri tahojen kriittiset lausunnot ja raportin eriävä mielipide vastustivat yhdenmukaisuutta ja jatkoivat määrittelykamppailuja. Virallisen terveydenhuollon edustajista Reumaliitto (2009) ja ETENE (2009) liittivät STM:n raporttia ja lakiehdotusta kommentoivaan lausuntoonsa myös aiemmat vastauksensa STM:n kyselyyn. Oman puheenvuoron toistaminen toisessa vaiheessa osoittaa, ettei näiden tahojen näkökulmasta viranomaisdiskurssi vastaa alan sääntelyä koskeviin keskeisiin kysymyksiin.

Reiki-yhdistyksen kannanottoa (Reiki 2008) ensimmäisessä vaiheessa voi pitää esimerkkinä tekstistä, joka pyrkii esittämään puhujansa edustaman hoitomuodon harmittomana ja ymmärrettävänä, viralliselle kontekstille vaarattomana ja sosiaalisesti yhteistyökykyisenä. Reikin voisi helposti esitellä myös jollakin toisella tavalla, mutta varmastikaan se ei edistäisi Reikin harjoittajien yhteiskunnallista asemaa yhdistyksen toivomalla tavalla. Lausunto on lyhyt ja valtapotentiaaliiltaan pieni – mutta kuvaa hyvin kamppailun eri tasojen suhdetta. Lausunnossa epävirallinen yhdistys osoittaa puheensa



viralliselle ministeriölle laskelmoiden, jolloin yhdistys antaa määrittelyvaltaa pois vaikuttaakseen tuleviin ministeriön tuottamiin määritelmiin. Lausunto siis mukautuu, luopuu lausunnon mittakaavassa vallasta pyrkimyksensä kyky ohjata suurempaa tulevaisuuden tilanteeseen vaikuttavaa valtaa. Vallasta luopumisella tarkoitan tässä siis, ettei Reiki-yhdistys esitä lausunnossa käsitystä itsestään ja terveydenhuollon järjestelmästä samoin sanoin kuin yhdistyksen sisäisissä keskusteluissa aiheista puhutaan. Kysymyksesi jäänee, miten tehokas tällainen vallankäyttöyritys on. Kuitenkin lausunnon tyyli kuvaa mukautumista viranomaisdiskurssiin.

Verrattuna vaiheen 1 kyselyvastauksiin toisen vaiheen lausunnoissa on selvänä piirteenä käsitteiden yhdenmukaistuminen raportin mukaiseksi: yhä useammin puhutaan vaihtoehtohoidoista ja muiden käsitteiden käyttö näyttäytyy useimmiten tietoisena valintana tai joissakin lausunnoissa välinpitämättömyytenä tai asiantuntemattomuutena. Määrittelykamppailu ja konsensuksen vaikeus käy lausunnoista ilmi. Työryhmän tasapainottelu virallisen ja epävirallisen rajalla ei ole useimmille tahoille tyydyttävää. Vähemmistö lausunnoista ottaa raportin ja lakiehdotuksen vastaan kritiikittä, toisaalta suurin osa lausunnoista kannattaa lakiehdotusta. Viranomaisdiskurssi homogenisoi lausuntoja, paitsi niitä joilla on vakava syy puhua toisin ja niitä jotka eivät satunnaisista syistä mukaudu tai ole alttiita mukautumaan diskursiivisesti. Useat virallisen terveydenhuollon tahot kritisoivat lain epäselvyyksiä ja tulkintamahdollisuuksia, joissa epäviralliset hoidot lähentyvät tavalla tai toisella virallista terveydenhuoltoa. Epäviralliset tahot kritisoivat lain rajoittavia piirteitä, raportin tietopohjan ohuutta ja lain kyvyttömyyttä vastata potilasturvaongelmiin, joihin se pyrkii löytämään ratkaisun ja joita raportti ei kykene näyttämään toteen. Lausunnoissa järjestelmällisesti halutaan alan sääntelyä, mutta miltei kaikki tahot haluavat välttää sääntelyvastuuta. Ristiriidat lakiehdotuksen ympärillä ovat moninaiset. Käytännössä lakiehdotus ei edennyt eduskunnan käsittelyyn ja asia näyttää hautautuneen ministeriöön muiden aiheiden alle, vaikka se hallitusohjelmassa mainitaankin.

### **3.4 Epävirallisten hoitojen määrittely ja luokittelun haasteet sääntelyn kontekstina**

Jonathan Z. Smith kirjoittaa, että yksittäisten ilmiöiden luokitteluun suhteessa toisiinsa on kaksi keskeistä tapaa: monoteettinen ja polyteettinen. Monoteettiseen luokkaan kuuluvat ilmiöt, jotka täyttävät luokkaa määrittävän välttämättömän ehdon. Ehto määrää

yksiselitteisesti ja selvärajaisesti ovatko ilmiöt luokan osia vai eivät. Polyteettisessä luokituksessa luokkaan kuulumiseen ei ole yhtä välttämätöntä ehtoa, vaan luokkaan kuuluminen määräytyy perheyhtäläisyyden perusteella. Polyteettisellä luokalla on yleensä prototyyppeistä edustajia, joiden kautta luokka tunnistetaan, mutta luokkaan voi kuulua myös ideaalisista prototyypeistä suuresti poikkeavia kohteita. Polyteettistä luokkaa pitävät koossa samankaltaisuuden muodot ja jaetut ominaisuudet, ja eroista huolimatta riittävä samankaltaisuus yhdistää ilmiöt polyteettisen luokan osiksi. Polyteettiseen luokkaan kuuluminen on suhteellista ja usein neuvottelujen kohteena. (Smith 2000, 39.)

Epävirallisten hoitojen yhteiskunnallinen määrittely on pääasiassa erilaisten polyteettisten luokkien välistä neuvottelua. On hyvin vaikeaa löytää edes auttavaa konsensusta yhteisestä nimityksestä joukoille keskenään monin tavoin erilaisia hoitomuotoja. Monoteettisia luokkia epävirallisille hoidoille on koitettu antaa esimerkiksi ehdottamalla, että kaikki tällaiset hoidot ovat vitalistisia tai että hoidot ovat epätieteellisiä. Esimerkiksi Vaskilampi kuvailee vaihtoehtohoitojen aaterakennetta yhdenmukaiseksi (Vaskilampi 1994, 231), mutta lakisääntelyssä ei voi käyttää hoitojen käytännön erot hälventävää kuvausta. Monoteettiset luokat jättävät ulkopuolelleen aina jotakin epävirallisten hoitojen piiriin kuuluvaa. Polyteettiset luokat taas ovat suhteellisuudessaan hämmentäviä. Lainopilliseen ja tieteelliseen määritelmään ja luokitteluun tulisi löytää täsmälliset ja edes suhteellisen selvät kriteerit. Hyvin epäselvä perheyhtäläinen luokitus ei riitä oikeudenmukaisen ja riittävän yksiselitteisen lakitekstin rakentamiseen, koska sääntelyä vaativien tilanteiden ja tapausten erityisyys sumentuu. Diskurssianalyysin kielelle kääntäen: mikrotason lainopillisten määritelmien on oikeudenmukaisuuden nimissä vastattava riittävästi makrotason diskursiivista moninaisuutta.

Lääketieteen ja humanististen tieteiden näkökulma täydentäviin ja vaihtoehtoisiin hoitoihin ja niiden luokitteluun on erilainen (ks. esim. Honko 1994, 13–14). Lääketiede voi nähdä muut hoidot erilliseksi tyypikseen, ei-lääketieteeksi (ks. Lahelma 2003). Humanistinen lääkinnän tutkimus voi nähdä lääketieteen ja muut hoitomuodot saman ilmiön eri muodoiksi – saman suvun eri lajeiksi. Koululääketiede on terveyskulttuurin osa muiden joukossa. Tämä muistuttaa paljon uskontojen luokittelun tilannetta. Molemmissa luokittelun kysymyksissä vastaukset ovat usein tyyppiä meidän/heidän, tosi/epätosi, oikea/väärä. Vertailu kahden välillä on jo hienojakoisempaa: ”heidän on samankaltainen kuin meidän” / ”meidän on erilainen kuin heidän”. Smithin mukaan uskonnot näkevät

toisissaan samuutta useimmin jaetuissa historiallisissa juurissa (Smith 2004, 241–247). Tieteellisen edistyksensä myötä koululääketiede on paljolti katkaissut juurensa edeltäviin lääkinnän teorioihin ja käytäntöihin.

Määritelmä on aina sosiaalinen väline, vallan käytön ja asioiden järjestämisen keino. Lainopillinen määritelmä pyrkii toisenlaiseen järjestämiseen kuin lääketieteellinen, sosiaalitieteellinen tai kulttuurintutkimuksellinen määritelmä. Harvoin eri tarkoituksia varten tehdyt määritelmät tai luokitukset ovat yhteismitallisia. Terveyskulttuurit myös vaihtelevat alueellisesti ja ajallisesti paljon. Näin epävirallisen terveydenhoidon määrittely on erittäin haastavaa – alueellinen ja ajallinen variaatio sekä määrittelyn syiden ja päämäärien eroavuudet pitävät siitä huolen. Yhden terapian alla voi olla useita koulukuntia. (Ks. esim. Honko 1994, 14–15.)

Kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa ja alan itseymmärryksessä on kaksi keskeistä tapaa käsitteellistää kenttää: Traditional Medicine (TM, perinteiset hoitomuodot), jota käyttää erityisesti WHO, ja yleisempi CAM, jota käyttävät esimerkiksi Yhdysvaltain National Institute of Health ja Euroopan Unionin CAMbrella-työryhmä. Näiden käsitteiden<sup>26</sup> määrittely ja erityisesti käsitteiden piiriin kuuluvien terveyskulttuurin ilmiöiden rajaaminen ja luokittelu on kuitenkin vaikeaa. Kenties typologioiden avulla voitaisiin rajata, millaiset hoidot ovat missäkin suhteessa viralliseen terveydenhuoltoon ja säädellä niitä siten. Yksittäisille hoitomuodoille määritelmät saattaisivat olla kyseenalaisia tai eriarvoistavia. Tiedeyhteisössä ei ole konsensusta alan määritelmistä ja luokituksista.

Operationaalisia määritelmiä, luokitteluja ja typologioita hoitomuotojen kentästä on luotu eri tarkoituksiin. Kuvaavasti National Institute of Health etsiessään operationaalista määritelmää ja typologiaa tuottaakseen läpinäkyvyyttä tutkimustietokantoihin ehdottaa tiettyä luokittelutapaa, mutta toteaa, ettei luokittelu tule pysymään muuttumattomana ja ettei universaalista määritelmää ja luokittelua pystytä luomaan (NIH 2011). Myös David Eisenberg ja Ted Kaptchuk hahmotellessaan yhdysvaltalaisen kentän typologiaa korostavat muuttuvan ilmiön luokittelun rajallisuutta, koska ilmiön muutos vastustaa pysähtynyttä määritelmää (Eisenberg, Kaptchuk 2001, 196–198). Kulttuuriset ilmiöt muuttuvat samaa tahtia ja osittain samojen prosessien mukana kuin niitä koskevat

---

<sup>26</sup> Harvemmin myös termejä kuten *unconventional medicine*, *unorthodox medicine*, *medical sects*, ja muitakin käytetään tutkimuskirjallisuudessa.

tieteelliset teoretisoinnit, niinpä luokitteluja on jatkuvasti tarkistettava. Luokittelu on vallankäyttöä, ilmiön ja sen vaikutusmahdollisuuksien määrittelyä. Muuttuvaa ja moninaista kenttää on hidasta määrittellä. Määritelmä vanhenee pian suhteessa muuttuvaan kenttään, jota on siis erityisen vaikeaa säännellä.

NIH toteaa, että tiedon hakua, jäsentämistä ja läpinäkyvyyttä palvelevaan määritelmään on parempi sisällyttää piirteitä, jotka eivät kaikkien kannalta kuulu hoitoihin kuin rajata määritelmä niin että kiinnostavia piirteitä jää ulkopuolelle (NIH 2011). Lakitekstin määritelmän tulisi noudattaa toisenlaista suhteellisuutta. Keskeistä on, ettei rajaavilla säädöksillä tarpeettomasti ja huonoin perustein rajoiteta perusoikeuksia. Lainsäädäntötyössä epävirallisten hoitojen määrittely ei-viralliseksi ja ei-tieteelliseksi on ongelmallista, jos siten ei kyetä rajaamaan hoitoja eroon muista terveyteen liittyvistä ilmiöistä. Miten kunto-ohjaaja eroaa homeopaatista? Kumpikaan ei Suomessa katsannossa ole terveydenhuoltoa, vaikka kummallakin on pyrkimys vaikuttaa terveyteen ja kumpaakin voidaan tutkia (lääke)tieteellisesti.

Eri tutkijoilta saavat kritiikkiä määritelmät, joissa pyritään rajaamaan, *mitä vaihtoehtohoidot ovat*, ja myös ne määritelmät, joissa poissuljetaan, *mitä vaihtoehtohoidot eivät ole* (esimerkiksi Eisenberg & Kaptchuk 2001, 196–198; Coulter & Willis 2004). Määritelmät, kuten ”virallisen terveydenhuollon ulkopuoliset hoitomuodot” ovat sosiologisesti järkeviä, mutta niiden kiusallinen suhteellisuus käy ilmi jonkin ennen epävirallisen hoitomuodon virallistuesssa. Määritelmät, kuten ”hoitomuodot, joiden vaikutusmekanismia ja tehoa ei ole tieteellisesti todistettu” ovat ongelmallisia, koska monia virallisen terveydenhuollon menetelmiä ei ole tieteellisesti todistettu tehokkaiksi. Cochrane-katsauksia summattaessa on havaittu toistuvasti, että alle puolet lääketieteen menetelmien tutkimuksista antaa selvää näyttöä menetelmän hyödyllisyydestä (El Dib & al 2007, 689–692; Ezzo & al. 2001, 457–466). Toisaalta joitakin perinteisesti vaihtoehtoisiin tai täydentäviin hoitomuotoihin luettavia hoitomuotoja on tieteellisesti tutkittu. Niiden Cochrane-katsauksessa vuodelta 2004 kolmasosa tutkimuksista osoitti tutkitun hoidon vaikutuksiltaan hyväksi tai mahdollisesti hyväksi. (Committee on the Use of CAM... 2005, 133–136). Tampereen yliopistollisen sairaalan kyselyvastaus toteaa, että ”hoitotoimintaan, jonka vaikuttavuutta ei ole tutkittu, liittyy hallitsemattomia riskejä. Sama ongelma koskee totuudessa pysyväkseni valitettavasti myös monia ns. koululääketieteen - - hoitometodeja”. TAYSin mukaan terveydenhuollossa seurannan vuoksi potilaan asema on turvattu. (TAYS 2008.)

Operationaalinen määritelmä on tiettyyn yhteiskunnalliseen tilanteeseen sidottu, josta poikkeavassa tilanteessa määritelmä ei enää toimi tarkoituksenmukaisesti. Sopiiko Yhdysvaltain National Institute of Healthin operationaalinen määritelmä Suomen tilanteeseen? Se on suhteellisen käyttökelpoinen, sillä sen avulla voidaan tehdä vertailuja esim. erilaisten tutkimusraportteja sisältävien arkistojen välillä, tosin vain jos raporttikokoelmat muodostetaan kyseisellä määritelmällä. Luokitukset harvoin sopivat muuhun kuin aiottuun käyttöön. Tuula Vaskilammen (1992) luokitteluun viitataan STM:n raportissa, mutta luokittelua ei sovelleta sääntelyn hahmotellussa. Määrittelyyn pohjaava sääntely on STM:n raportissa muutenkin jätetty laajan sääntelyn valmistelun tehtäväksi. Vaskilampi luokittelee vaihtoehtoisia hoitomuotoja psyyke-sooma ulotuuvuudella tai fyysinen-psykykinen-henkinen -akselilla seuraaviin pääluokkiin: 1. fyysiset hoitomuodot, 2. fyysinen psykoterapia, 3. psykoterapeuttisesti suuntautuneet hoitomuodot, 4. henkinen kasvu/kehittäminen, itsetietoisuuden lisääminen, 5. henkiparannus ja 6. perinteiset hoitojärjestelmät (terveyskulttuuriset järjestelmät). Luokilla on lukuisia alaluokkia. (Vaskilampi 1992, 95–98.) Toisessa Vaskilammen typologiassa vaihtoehtohoidot asetetaan nelikenttään niiden tiedonvälityksellisen oppirakenteen ja tietoteoreettisten merkitysisältöjen kannalta. Tietoteoreettisen akselin ääripäät ovat empiirinen ja esoteerinen, tiedonvälityksen akselin ääripäät kansanomainen eli jokapäiväinen ja opillinen eli teoreettinen. Lääketiede on tässä määritelmässä äärimmäisen empiiristä ja teoreettista. (Vaskilampi 1992, 39; Vaskilampi & Pylkkänen 1991, 1064–1065.)

Ursula Sharma pitää Vaskilammen jälkimmäistä luokitusta dualistisuudessaan ongelmallisena, perustuuhan luokitus vastakohtapareihin kuten esoteria–tiede ja luonnollinen–yliluonnollinen. Sharma pitää luokitusta kuitenkin hyvänä siinä, miten sen puitteissa voidaan pitää silmällä myös aineistojen virtaavuutta ja kategoriarajojen epätarkkuutta. (Sharma 1993.) Vaskilammen luokittelujen käyttökelpoisuus onkin kenties kulttuurisen ymmärryksen tuottamisessa, ei tieteellisen tiedon jäsentämisessä kuten NIH:n operationaalisen määritelmän kohdalla, lainsäädäntöä palvelevassa luokittelussa tai muussa käytössä. Vaikeus määritellä ja luokitella epävirallisia hoitoja tavalla, jota voitaisiin soveltaa useisiin ja/tai muuttuviin tilanteisiin ja käyttöihin tekee alan lainsäädännöstä vaikeaa. STM:n valitsema määrittelemättä jättäminen ei poista ongelmia.

### 3.5 Epävirallisia hoitoja kuvaavia käsitteitä ja määritelmiä aineistossa

Johdannossa esittelin medikaaliantropologisen käsitteen terveyskulttuuri, johon luetaan kuuluvaksi virallinen terveydenhuolto, epävirallinen terveydenhoito ja yksityishenkilöiden itsehoito. Terveyskulttuurin kokonaisuus on moneuksien, ristiriitojen, limittäisyyksien ja neuvottelujen areena. Epävirallisen terveydenhoidon rooli, asema ja kokonaisuus terveyskulttuurissa on eräs neuvotteluista. Seuraavaksi esittelen aineistosta nousevia epävirallisia hoitoja kuvaavia käsitteitä ja määritelmiä. Olen pyrkinyt näkemään niiden välisiä eroja, jännitteitä tai yhdenmukaisuuksia ja tulkitsemaan motiiveja ja päämääriä ilmaisujen taustalla.

Poliittisessa keskustelussa käsitevalinnat ovat päämäärätietoisia ja ideologisia etenkin tunteita herättävissä aiheissa, jotka liittyvät maailmankuvan ja sosiaalisen järjestyksen peruskysymyksiin, kuten sosiaalisten ryhmien tai todellisuuden perustavien kategorioiden välisiin rajanvetoihin. Lääketieteen rajoja koskeva keskustelu on tällainen aihe. Käsitteiden määrittely on keskeinen prosessi virallisen terveydenhuollon ulkopuolisten hoitomuotojen sosiaalisen ja laillisen aseman määrittelyssä. STM:n työryhmän lakiehdotusta kommentoivissa lausunnoissa käsitevalinnat ovat joko mukautuneet viranomaisdiskurssiin tai tietoisesti ideologisia valintoja<sup>27</sup>.

Tietoisia ideologisia käsitevalintoja lausunnoissa ovat esimerkiksi *uskomushoidot*, *luontaishoidot*, *vaihtoehtoiset ja täydentävät hoidot*, *CAM*. Uskomushoidot on Duodecim-lehden sanakilpailun tuote 1990-luvulta ja pyrkii korvaamaan käsitteet vaihtoehtolääketiede ja -lääkintä. Se on suomalaisen virallisen terveydenhuollon äänenkannattajan tulkinta epävirallisista hoidoista: ne perustuvat uskomuksiin. Asenteellista termiä käyttävät lähinnä hoitojen vastustajat tai kriitikot. Yleensä termiä käytetään, kun lääketiede halutaan erottaa muista hoidoista, mitä tulee niiden vakuuttavuuteen, taustateorioiden todenmukaisuuteen ja menetelmien vaikutusperiaatteisiin. Uskomushoidot auttavat vain lumeena ja ovat epätieteellisiä. Osa lääkärikunnasta pitää käsitettä sopimattomana. Kelan asiantuntijalääkäri Heikki Hemmilä esitti Duodecim-lehdessä (Hemmilä 2007), että uskomuslääkintä-termi tulisi aliarvioivana ja lääkäri-potilas-suhdetta mahdollisesti heikentävänä poistaa terveydenhuollon sanavarastosta.

---

<sup>27</sup> Lisäksi joissakin lausunnoissa käytetään tietämättömästi tai välinpitämättömästi kontekstista irti olevia käsitteitä.

”Uskomuslääkintä-termin käyttö pyrkii polarisoimaan terveydenhuollon kenttää: termiä viljelevät tiedeuskovaiset, yläluokkaan kuuluvat lääkärit viestivät halustaan erottautua pehmoaatteisiin uskovasta rahvaasta - - tämä murentaa tehokkaasti perinteistä kuvaa lääkäristä puolueettomana - - potilailleen omistautuneena auttajana - - Käytettäkön kustakin hoitomuodosta sille vakiintunutta nimeä - - Humpuukiksi nimettäköön hoidot, jotka on osoitettu tehottomiksi.”

Lääketieteen sanastolautakunnan puheenjohtaja Tero Kivelä ja Lääketieteen termit -teokset päätoimittaja Juhani Kellosalo vastasivat (Kivelä & Kellosalo 2007) sanan olevan ”käypää ammattisanastoa”:

”Uskomuslääkintä on neutraali, kuvaava nimitys erälle olemassa olevalle ilmiölle - - käyttö ei suinkaan tarkoita potilaiden tai kenenkään muunkaan herjaamista - - termi, joka sopii hyvin terveydenhuollon ammattilaisten sanastoon 'näkemykseen perustuvan hoidon' ja 'näyttöön perustuvan hoidon' rinnalle.”

Suomalaiset lääkärit eivät ole yksimielisiä uskomuslääkintä-käsitteen käyttökelpoisuudesta. Suomen Lääkärilehti käyttää termiä sivun ylälaidassa määritellässään aiheen vaihtoehtohoito uutiselle, mutta ei itse uutisessa (Soininen 2013). Samassa lehdessä julkaistussa tutkimuksessa (Ilmanen & al. 2013) lääkärrien asenteista vaihtoehtohoitoihin, jota oli tekemässä myös hoitoja kärkeästi kritisoiva Markku Myllykangas, ei uskomushoidoista puhuttu<sup>28</sup>. Terveydenhuollon järjestöt (2009) kannanotossaan rajaavat uskomushoidot ulos alaltaan, mikä todentaa luontaishoitojen edustajien väitteet terveydenhuollon ammattilaisten kielteisistä asenteista luontaishoitoja kohtaan (esim. SHLI 2009; Suomen modernit ja psykologiset vyöhyketerapeutit 2009).

Uskomushoidot-käsite on luotu erityiseen, suomalaiseen tilanteeseen. Se kuvaa epävirallisten hoitojen kenttää tutkimuksen lisääntyessä yhä vähemmän osuvasti. Monet uskomushoidot eivät perustu uskomuksiin sen enempää kuin hieronta. Toisaalta ei ole tiedollista aluetta, joka ei perustuisi uskomuksiin. Jopa matematiikan aksioomia pidetään suhteellisina (ks. esim. Lehtinen & al. 2007, 13). Käytännössä uskomushoidolla usein tarkoitetaan näyttöön perustuvan hoidon vastakohtaa (Skepsis 2003a; Terveydenhuollon järjestöt 2009.). Kuten edellisessä alaluvussa totesin, monia epävirallisia hoitoja on tutkittu lääketieteellisestikin. Myös kliininen hoitotyö tuottaa empiiristä näyttöä hoidon seurauksista. Aivan oma epistemologinen keskustelunsa kuitenkin on, millaiset metodologiat sopivat lääketieteestä poikkeavien hoitojen tehokkuuden tutkimiseen. Kaksoissokkotutkimukset eivät ole ainoa tapa tuottaa näyttöä hoidon tehosta, ja

<sup>28</sup> Vuonna 2008 Myllykangas kritisoi peruspalveluministeri Risikkoa, joka ”höpöttää täydentävistä ja vaihtoehtoisista hoidoista, ei uskomuslääkinnästä tai puoskaroinnista” (Myllykangas 2008).

yksilöllisten hoitojen kohdalla se ei ole edes mahdollinen metodi. (Tonelli & Callahan 2001.) Uskomuslääkintää voi pitää vastineena englannin termille *belief-based medicine* (Skepsis 2003a), jota ei kuitenkaan juuri käytetä tutkimuskirjallisuudessa ja muussakin keskustelussa vain harvoin. Palaan uskomushoitodiskurssiin tarkemmin alaluvussa 3.6.

Tavallista on, että epävirallisten hoitojen edustajat vetoavat kansainvälisiin keskusteluihin määritellesään alaansa. Sekä Kansanlääkintäseura että LKL tekevät näin. Kansanlääkintäseura käyttää WHO:n lyhennettä TM (Traditional Medicine), kun taas LKL käyttää lyhennettä CAM (Complementary and Alternative Medicine). Kansanlääkintäseura korostaa edustamiensa hoitomuotojen perinteisyyttä, jolloin WHO:n käsite sopii heidän käyttöönsä legitimoimaan kansanparannuksen käyttöä terveysalalla. LKL:n edustamat hoitomuodot eivät useinkaan ole perinteistä parantamista, jolloin voi korostaa hoitojen täydentävyyttä suhteessa lääketieteeseen. Molemmille yhdistyksille vetoaminen kansainväliseen institutionaaliseen auktoriteettiin on tapa nostaa esiin alan merkittävyyttä ja tarpeellisuutta lääketieteen rinnalla ja joissakin tapauksissa sen vaihtoehtona.

Myös Suomen kestävän elämäntavan yhteisöt ry käyttää lähettämässään lausunnossa 19.3.2009 lyhennettä CAM epävirallisista hoidoista puhuessaan (SKEY 2009), samoin kyselyvastauksissaan ja muissa kommentteissaan Suomen Kiinalaisen Lääketieteen Liitto (SKILL 2008), Suomen Perinteisen Kiinalaisen Lääketieteen Yhdistys ry, FinnAcu (FinnAcu 2008), Suomen Homeopaattit ry (2008a; 2008b) Antroposofisen lääketieteen yhdistys ry (ALY 2008b) ja Professori Kajavan anatomis-fysiologinen terapiayhdistys ry (Kajava 2008). Monet epävirallisten hoitojen edustajat samaistuvat kansainväliseen kenttään esiintyessään viralliselle taholle ja luodessaan kuvaa asiantuntijuudestaan.

Kyselyvastauksessaan Homeopaattisen hoidon potilasyhdistys ry (2008) käyttää käsitettä täydentävät hoidot, jota perustelee näin: ”Ehdotamme, että Suomessakin, kuten muualla maailmassa, homeopatiasta käytettäisiin vaihtoehtoahoito-nimityksen sijasta täydentävä hoito nimeä. (Complementary- eli CAM-therapies).” Yhdistys jättää jostain syystä pois lyhenteen loppuosan *alternative*. Suomalaisessa keskustelussa epävirallisten hoitojen edustajat eivät yleensä painota hoitojen vaihtoehtoisuutta, vaan täydentävyyttä, sillä hoitojen asema ei ole niin vakiintunut, että lääketieteen haastaminen kokonaisuutena olisi mielekäästä. Hoitomuodoilla ei Suomessa ole julkilausuttua aietta tällaiseen haastamiseen. Maissa, joissa jokin lääketieteen valtavirtaan kuulumaton hoitomuoto on vakiintunut



osaksi terveydenhuoltoa, vaihtoehtoisuuspuhe ja lääketieteen haastaminen voi olla mielekkäämpää. Muualla Euroopassa homeopaatit toisinaan esiintyvät kokonaisena vaihtoehtona koululääketieteelle siinä missä suomalaiset kollegansa korostavat eri lähestymistapojen rinnakkaiselon tärkeyttä.

Kajava-terapian edustajat esittävät hoitomuodon perinteisenä suomalaisena hoitomuotona ja pitävät terapian erityistä historiaa (perustaja oli anatomian professori Yrjö Kajava) perusteena luontevan yhteistyön jatkumisesta virallisen terveydenhuollon kanssa (Kajava 2009). Kulttuurihistoriallinen oikeutus ja perinteisyys nousevat keskeisiksi argumenteiksi Kajava-terapian asemasta neuvoteltaessa. Myös kansanlääkinnän menetelmiä perustellaan kulttuurihistoriallisesti. Monet epävirallisten hoitojen edustajat käyttävät käsitettä luontaishoidot (mm. Terveystupa 29.9.2009; LKL kautta linjan). Sen voi nähdä periytyvän 1900-luvun alkupuolen käsitteestä luonnonparannus (Rytty 2010). Luonnonlääketieteen keskusliiton nimessä termi esiintyy vahvemmassa muodossa, jossa luonnollisuus ja lääketiede rinnastetaan. Kuitenkaan käsitettä luonnonlääketiede ei muuten aineistossani tapaa. Näillä käsitteillä korostetaan hoitojen luonnollisuutta ja siten turvallisuutta tai pehmeyttä verrattuna kovaan teknologiseen ja kemialliseen lääketieteeseen.

Onerva Pekkonen käyttää kyselyvastauksessaan (Pekkonen 2008) käsitettä integratiiviset hoitomuodot, viitaten European Congress for Integrative Medicine painotukseen, että integroituja hoitomuotoja tulisi käyttää potilaslähtöisesti koululääketieteen rinnalla. Pekkonen ei määrittele integraation tapaa tai sisältöä, mutta käsitteen esiintyminen on kiinnostava poikkeus aineistossani. Yleensä käsitteellä tarkoitetaan potilaslähtöistä ja näyttöön perustuvaa asennetta erilaisiin hoitomuotoihin: lääkärin menetelmäpaletti voi sisältää erilaisia, eri kulttuurien tuottamia menetelmiä, joita sovelletaan yksilöllisesti ja tutkimustietoon nojaten. Integraatio on vaihtoehtoisuuden ja täydentävyyden ohella kolmas epävirallisen hoidon mahdollinen suhde viralliseen (NIH 2013), mutta Suomessa käsitettä käytetään melko harvoin. Hoitomuodon integraatio lääketieteeseen voi johtaa hoitomuodon itsenäisyyden menetykseen. Näin on osin tapahtunut esimerkiksi kiropraktiikalle, joka historiansa alussa nähtiin kaiken parantavana menetelmänä ja tieteellistyttyään kaventui tukirangan ongelmien hoidoksi (Villanueva-Rusell 2005, 549–559).

Vaihtoehtohoitojen ja uskomushoitojen sijasta monet hoitojen edustajat käyttävät siis muita käsitteitä: *täydentävät hoidot*, *CAM* tai *luontaishoidot*. Lääketieteen ja virallisen

terveydenhuollon edustajat käyttävät pääsääntöisesti käsitettä vaihtoehdot, mutta kriittisimmät puhuvat uskomushoidoista. STM virallisena tahona valitsi termin vaihtoehtohoidot. Epävirallisten hoitojen edustajilla vaikuttaa olevan suurempi hajonta käsitevalinnoissa kuin terveydenhuollon edustajilla. Tämä kertonee kentän edustajien identiteettien moneudesta ja hajanaisuudesta, yhteisen diskurssin muotoutumattomuudesta. Myös terveydenhuollon edustajilla on suurta vaihtelua siinä, miten hoitojen vaihtoehtoisuutta täsmentävä käsite muotoillaan: vaihtoehtoishoidot, vaihtoehtolääkintä, vaihtoehtolääketiede. Terveydenhuollon edustajien käyttämien käsitteiden erot kuvannevat aiheen vierautta puhujille: ei ole totunnaista, yhteiseksi vakiintunutta sanaa ja ymmärryksen sisällöstä. Kuitenkin sen suhde koululääketieteeseen ymmärretään vaihtoehtoisuudeksi. Lisäksi aineistossa todetaan esimerkiksi, että yhdenkin hoitomuodon sisällä koulu- kuntaerot voivat olla suuria (Suomen Refleksologit 2008) ja että hoitojen erilaisuuksien ja eritasoisuuksien vuoksi niitä ei ole ”mielekkästä niputtaa - - yhden nimikkeen alle” (Hiilamo & al. 2009). Kaiken kaikkiaan käsitteellinen moninaisuus aineistossa herättää kysymyksen, puhuvatko määrittelykamppailun eri toimijat lainkaan samasta asiasta tai samoista ilmiöistä. Näin ollen käsitteiden käyttökelpoisuutta on vaikea vertailla.

### **3.6 Vaihtoehtohoitoja ja uskomushoitoja jyrkästi kritisoivat tekstit**

Uskomushoitojen tiukan rajaamisen diskurssi nousi kesällä 2013 mediakeskusteluun sisäministeri Päivi Räsäsen (kristillisdemokraatti) kannanotolla, joka toistaa rajoitussäännösten välttämättömyyden argumenttia ja käsitystä tajuntaan vaikuttavien hoitomuotojen vaarallisuudesta (Yle-uutiset 2013). Aineistostani voi poimia kannanoton esikuvia, joihin nähden se tuo keskusteluun uutena vain kristillisen eetoksen ja meditaation nimeämisen riskialttiina uskomushoitona. Kristillinen eetos vaihtelee: evankelis-luterilainen kirkko kannatti laajaa sääntelyä ja terveyskulttuurin yhtenäistämistä EU-suositusten mukaan (Ev.-lut. 2009). Räsäsen tavoin tajuntaan vaikuttavia hoitoja pitää uhkaavana osa STM:n kyselyn vastaajista. Tajuntaan vaikuttavuus tuottaa siis valintapisteen, jossa maailmankuvallisista lähtökohdista arvioidaan hoitojen turvallisuutta. Ylipäänsä Räsäsen avauksen nostattama keskustelu on toisintoa vuosiin 2008–2009 keskittyvän aineistoni määrittelykamppailuista. Aineistossa epävirallisia hoitoja jyrkästi kritisoivat ainakin SMTHL, Tehy ry, Tieteellinen hypnoosi ry ja kirurgi Jorma Ryhänen.

Suomen mielenterveyshoitoalan liitto ry (SMTHL 2008) toteaa kyselyvastauksessaan, että englannin *complementary and alternative medicine* käsitteen suomennos ”vaihtoehtoiset ja täydentävät terapiat” on ”ammattillis-tieteellisiltä perusteiltaan vaikeasti sovitettavissa suomalaisen terveydenhuollon palvelu- ja opetusjärjestelmään”. Liitto puhuu uskomushoidoista. Käsite kuvaa sen mukaan parhaiten jatkuvasti muuttuvia menetelmiä ”joiden tieto-, taito- ja arvoperusta voi olla ristiriitainen, näennäistieteellinen, vanhentuneisiin käsityksiin perustuva, kulttitaustainen tai vasta kokeiluasteella”. Myönteisiä määreitä sanalle ei anneta. Liiton vastauksissa enemmän kuin missään muussa aineistoni asiakirjassa painottuu huoli ja epäily epävirallisten hoitojen psyykkisistä ja okkulttisista piirteistä. Monessa kohtaa vastauksessa päädytään luettelemaan riskialttiita menetelmiä, joiden riski kulminoituu niiden tajunnantilaa muuntavaan potentiaaliin.

SMTHL on mielenterveydenhoidon ammattilaisten kattojärjestö. SMTHL:n lausunto on aineiston laajimpia uskomushoitojen kritiikkejä, joten se on erityisen kiinnostava. Lausunnon väitteiden perustelemattomuus viittaa siihen, että SMTHL näkee itsensä alan auktoriteettina. Se ei pidä terveydenhuollon ulkopuolista terveysalaa ammatillisesti vartenotettavana. SMTHL painottaa suomalaisen terveydenhuollon kontekstia, ja väittää sen olevan merkittävästi toisenlainen kuin kontekstit, joissa ulkomainen tieteellinen tutkimus on luonut käsitteen CAM. SMTHL:n retoriikka on tehokasta, ja syntyy vaikutelma, että uskomushoidoista seuraa mielenterveydenhoidossa todellisia ja vakavia potilasturvallisuusongelmia ja että niistä tiedetään riittävästi. Kuitenkin tapauksiin viitataan yleisesti, myös kuulopuheen kaltaisesti. Kriittinen luenta herättää kysymyksiä, joihin lausunto ei vastaa. Lausunto vastustaa epävirallisia hoitoja aineistossani määrätietoisimmin ja rakentaa argumenttinsa luodakseen niistä negatiivisen kuvan. Kyse lienee reviiirikiistasta ja liian-samankaltaisuuden torjumisesta, mielenterveyshoitotyössä kohdatuista ristiriidoista epävirallisiin hoitoihin nähden. Konkreettinen tieto ristiriidoista voisi olla lainsäätelylle arvokasta, mutta jää lausunnossa ilmaisematta

Termeillä uskomuslääkintä tai -hoidot jo käsitteen tasolla ilmaistaan ristiriita lääketieteen ja sen ulkopuolisten hoitomuotojen ja tautikäsitteiden välillä. Lääketieteen ulkopuolisten menetelmien instrumentaalitieteellinen tieto kyseenalaistetaan. Käsite ei myöskään varsinaisesti kannusta näiden hoitomuotojen lääketieteelliseen tutkimukseen, vaikka uskomushoidoista puhuvat terveydenhuollon ammattilaiset saattavatkin todeta näyttöön perustuvan hoitoperiaatteen (Evidence-Based Medicine) mukaisesti, että hoito siirtyy

lääketieteen osaksi, kun vaikuttavuus osoitetaan tutkimuksin. Näin kirjoittivat ”Kannanotossaan uskomushoidoista ja niitä koskevista lainsäädäntötarpeista” Suomen Lääkäriliitto, Suomen Psykologiliitto, Super ry ja Tehy ry (Terveystieteiden järjestöt 2009). Kiinnostavaa on, että uskomushoidot määritellään terveydenhuollon järjestöjen kannanoton ensimmäisessä virkkeessä ”virallisten terveystieteiden vaihtoehtoina ja täydentäjinä”. Uskomushoito-käsitteen käyttöä suositellaan ja perustellaan sillä, että hoitojen ”vaikuttavuutta ei voida rationaalisesti perustella”, eikä sitä ole tutkittu tarpeeksi, joten vain plasebo-vaikutus tunnustetaan. Järjestöt vaativat ruotsalaisen ”puoskarilain” tavoin potilasturvallisuuden nimissä uskomushoitojen käytön rajoittamista niin, ettei haavoittuvia väestöryhmiä tai vakavia tai synnytykseen ja raskauteen liittyviä sairauksia hoideta niillä. Hoitojen mainontaa halutaan rajoittaa ja ”uskomusterapeuttiyhdistysten” virallistamista rekistereihin vastustetaan. Kannanoton ytimen voinee tiivistää lainaukseen: ”Ero virallisen terveydenhuollon tarjoamien näyttöön perustuvien hoitomuotojen ja uskomushoitojen välillä tulee olla selkeä kansalaisille”. (Terveystieteiden järjestöt 2009.)

Puhujan asema parantamisen kentällä vaikuttaa usein siihen, miten hän esittää vaihtoehtoisten ja täydentävien hoitojen suhteen tieteelliseen tutkimukseen. Lääketieteen edustajien puheenvuorot eivät ole puhtaan tieteellisiä, vaan ne ovat myös poliittisia ja ideologisia, etenkin, kun keskustelun konteksti on pyrkimys vaikuttaa lakiesitykseen. Terveystieteiden järjestöjen kannanotto käsittelee epävirallisia hoitoja yhtenä kokonaisuutena ja määrittelee niitä koskevan tutkimustiedon ykskantaan puutteelliseksi. Todellisuus on monisyisempi, mutta poliittinen kannanotto ei ota sitä huomioon.

STM:n referaatti kyselyvastauksista ottaa SMTHL:n lausunnon huomioon laajasti:

”[SMTHL:lle] on tullut ilmoituksia epäasiallisista hoitosuhdetyöskentelyistä, mikä on voinut olla potilaan sitomista terapeuttiin emotionaalisesti tai taloudellisesti, mielivaltaisten tai esoteeristen ohjaavien tulkintojen antamista tai psykiatrisia palveluja ja lääkehoitoja koskevan virhetiedon levittämistä. Maagisen tai okkultistisen aineksen mukana olo regredioivassa tai tajunnantilaa muuntavassa hoitosuhteessa on riskialtista piilevästi psykoottisille tai dissosiaatioalttulle henkilöille. [SMTHL] pitää ongelmallisina hoitona: monilla eri nimityksillä markkinoituja tajunnantilaa muuntavia ja muistiin, identiteettiin ja kehonkaavaan vaikuttavia menetelmiä; erilaisia työskentelytapoja, jotka perustuvat irrationaalisiiin tai esoteerisiin ihmiskuviin, todellisuuskäsityksiin ja uskomuksiin terveydestä ja sairaudesta - -” (STM 2008).

Retoriikka siis tehoaa lausunnon vastaanottajaan. Myös STM:n raportti viittaa SMTHL:n lausuntoon: ”[Mielenterveys-] sektorilla käytetään, ilman terveydenhuollon ammattipätevyyttä, myös riskialttiita ja mielenterveysvaikuttavia menettelyjä, kuten suggestiivisia, tajunnantilaa muuntavia sekä identiteettiin ja kehoon kuvaan vaikuttavia terapia-menettelyjä.” (STM 2009, 47.) SMTHL:n vastauksessa 2008 tajuntaan vaikuttavia, esoteerisia, ”newage-spirituaaliteettiin pohjaavia” tai okkulttisia hoitoja ei nimetä tai kuvata tunnistettavasti. Kuvaukset ovat yleisiä ja epäselviä suhteessa totunnaisiin hoitomuotojen kuvauksiin tai hoitojen itseymmärrykseen. Kenttää kuvataan *ongelmina*. On vaikea sanoa, mistä hoidoista kyselyvastauksessa puhutaan. Missä määrin luotettavasta tiedosta tai todellisesta ongelmasta on kyse? Tekstinkohta käyttää kyllä ilmaisuja, jotka voivat herättää (erityisesti joissakin kristillis-rationaalisen tai skientistisen maailmankuvan edustajissa) huolta, inhoa, pelkoa, raivoa ja muita negatiivisia tunteita. Siinä mielessä se on tarkoitukseensa osuva: uskomushoitojen kielteisen vaikutuksen ja vaarallisuuden korostamisessa. Väitteille ei juuri anneta perusteluja, eikä lausunto esitä dokumentaatiota tai anna lähteitä väitteidensä pohjaksi.

Vaikka SMTHL:n lausunnossa kaikki olisi totta ja dokumentoitu, viralliset mielenterveyspalvelut ovat maallikkonäkökulmasta nekin pahimmillaan huonoja tai toimimattomia nykyisessä taloudellisessa tilanteessa. SMTHL ei lausuntonsa perusteella näe ”valvonnan ulkopuolisessa hoitotoiminnassa” mitään viralliselle terveydenhuollolle relevanttia, jolloin dialogia virallisen ja epävirallisen terveydenhoidon välillä ei kannateta. Uskomushoidot näyttäytyvät lausunnossa riskialttiina toimintana, joka hyväksikäyttää virallisten mielenterveyspalveluiden puutteita ja ihmisten hädänalaisuutta ja tietämättömyyttä. SMTHL näkee ongelmia toisenlaisten ideologioiden, toisenlaisen ihmiskuvan harjoittamisessa mielenterveyden hoidossa. SMTHL painottaa ongelmia ja määrittelee uskomushoidot niiden kautta.

SMTHL:n lausuntoon verrattuna potilasjärjestö Mielenterveyden keskusliiton näkemykset (Mielenterveyden keskusliitto 2008) ovat vähemmän jyrkkiä ja toteavat vaihtoehtohoidoista olevan jopa hyötyä. Mielenterveyden keskusliitto toteaa tietävänsä yksittäisiä tapauksia vaihtoehtohoitoihin tyytymättömistä kuntoutujista. SMTHL:n edustaman virallisen mielenterveydenhuollon piirissä tyytymättömiä tapauksia on sen sijaan heidän mukaansa moninkertainen määrä. Vaihtoehtohoitojen ongelmat liittyivät kalleuteen, maksuvaikeuksiin ja siihen, ettei asiakkaiden maksuja korvata yhteiskunnan taholta

virallisten hoitojen tavoin. Emotionaalisen, seksuaalisen tai taloudellisen hyväksikäytön tapauksia lausunto ei mainitse. Miksi ammattijärjestö saisi tietoonsa laajemman otoksen epävirallisiin hoitoihin eri syistä pettyneitä ihmisiä kuin potilasjärjestö? Koska ammattilaiset työskentelevät niiden kanssa jotka eivät ole yhteydessä potilasjärjestöön? Onko tiedonsaanti valikoivaa? Onko tietojen esittäminen tarkoitushakuista? Tietysti on; ideologiset sitoumukset ohjaavat diskursiivisia valintoja (ks. esim. Fairclough 1992, 60).

Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry yhdessä Suomen Psykologiliiton, Suomen Lääkäriliiton ja Tehy ry:n kanssa allekirjoittamassaan tekstissä puhuu uskomushoidoista (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2009) ja omassa kyselyvastauksessaan sekä uskomuslääkinnästä että vaihtoehtohoidoista antaen ymmärtää, että ne eivät merkitse täysin samaa (SuPer 2008). Suomen Psykologiliitto (2008) sen sijaan kirjoittaa ”ns. vaihtoehto-hoidoista”, millä viitataan oletettavasti uskomushoitoihin kuvaavampana sanana. STM:lle vaiheessa 2 vuonna 2009 antamissaan lausunnoissa nämä järjestöt käyttävät raportin tavoin enää vain termiä vaihtoehtohoidot. Tässä käy ilmi käsitteen valitsemisen tilanne-sidonnaisuus: valintapisteeseen voi palata eri lausumien kohdalla ja erilaisin valinnoin. Valintojen painoarvo vaihtelee lausuman kontekstista riippuen.

Kirurgi Jorma Ryhäsen (Ryhänen 2008) kyselyvastaus edustaa puhtaaksi viljeltyä näyttöön perustuvaa asennetta epävirallisiin hoitoihin. Teksti toteaa tietonsa rajat (”Allekirjoittaneen näkemys rajoittuu objektiivisudessaan Käsikirurgia alalle - -”) ja vastaakin pääosin käsikirurgian vaihtoehtohoitojen ongelmiin. Asenteet ovat myös selkeät: vaihtoehtohoidot eivät ole suuri ongelma ja ”suomalaiset potilaat ovat valistuneita ja harkintakykyisiä pääsääntöisesti”. Kuitenkin ”Näyttöön perustumattomien hoitojen antaminen tulisi lailla kieltää ja tehdä tietyissä tapauksissa rangaistavaksi.” Myös kuvaava on Ryhäsen ehdotus, että perustettaisiin vaihtoehtohoitojen tutkimusyksikkö, joka hoito kerrallaan testaisi vaikuttavuuden kliinisesti ja sitten, jos vaikuttavuus todetaan, hoitoa voitaisiin antaa rajoitetusti ja valvotusti. Olemassa olevan epävirallisen kentän kannalta käytäntö olisi katastrofaalinen – ja käytännössä liian kallis toteuttaa. Tavallaan näkemyksessä ovat esillä kaikki kriittiselle diskurssille keskeiset asiat: Rautalankamalli suomalaisen virallisen terveydenhuollon asenteesta muihin hoitoihin, kiihkoton, mutta jyrkkä, suljettu, mutta portinvartijajärjestelmällinen. Kiihkottomuus johtunee siitä, että epäviralliset hoidot ilmeisesti ovat Ryhäselle vain vähän tuttuja joidenkin käsikirurgiapotilaiden kautta. Koululääketieteen ehdoton, tieteellinen ja poliittinen monopoli terveydenhoidossa on

Ryhäsen lausunnon taustaoletuksena. Oletus kulttuurisesta tyhjiöstä, jossa vaihtoehtohoidot voitaisiin punnita eristettävänä yksikköinä neutraalin ja objektiivisen lääketieteellisen metodin mukaan on naiivi. Moniko virallinen hoito selviäisi Ryhäsen esittämästä hoitojen hyväksymisjärjestelmästä? Perusterveydenhuollossa monesti tehdään hoitotoimenpiteitä, jotka vain osittain perustuvat näyttöön.

Tehy ry toteaa kyselyvastauksessaan: ”Alalla esiintyvistä ääri-ilmiöistä, katteettomista lupauksista ja kuluttajaa vahingoittavasta toiminnasta on päästävä kokonaan eroon.” (Tehy 2008.) Tehyn kannanotolle ominaista on uhaksi koetun terveystieteen muodon torjunta, sen hyödyllisyyden kieltäminen ja sillä perusteella ulossulkeminen virallisesta terveystieteestä. Periaatteellinen asenne on sama kuin Ryhäsen lausunnossa, mutta Tehyn lausunnon tunnetila ja retoriikka eivät ole kiihköitä, vaan latautuneita. Epävirallinen halutaan suitsia, eikä sen kanssa pyritä dialogiin. Kommunikoinnille ja rajanylityksille epävirallisesta viralliseen jätetään mahdollisuus, jos epävirallinen hoito on tutkimuksella näytetty toimivaksi. Jo tehtyä tutkimusta ei tunnusteta tai tunneta.

Tieteellinen hypnoosi ry haluaa rajata ”kajoavien menetelmien kuten tukirangan manipuloinnin, hypnoosin ja yrtilääkinnän” koulutuksen vain terveydenhuollon ammattilaisille/alan opiskelijoille (Tieteellinen hypnoosi 2008). Ilmeisesti adjektiivilla kajoava tarkoitetaan hoitoja, joilla on mahdollisesti vaikutusta terveyteen kemiallisen, fysiologisen tai tajunnallisen menetelmän rajuuden vuoksi. Koska Tieteellinen hypnoosi ry:n näkökulmasta hoidot perustuvat uskomuksiin ja ovat tutkimattomia, vaikutuksen mahdollinen tuhoavuus, mielivaltaisuus ja tuntemattomuus olisivat riskejä. Siksi käytetään adjektiivia kajoava. Työryhmässä Lääkäriliiton edustaja Hannu Lauerma on myös Tieteellisen hypnoosin jäsen, joten voi kysyä, missä määrin mielipiteet ovat myös hänen, vaikka tekstin ovat allekirjoittaneet muut. Jos ovat, on selvää että hänen kantansa oli ristiriidassa työryhmän LKL-edustajien kanssa – tämän tosin tietää jo hänen kirjoitensa perusteella (esim. Lauerma 2006, 196–204.). Sivuhuomiona, hypnoosin käsittely työryhmässä poikkesi muiden aiheiden käsittelystä: raportti antaa useita tutkimuslähteitä hypnoosiin ja joitakin myös sen potilasturvaongelmiin liittyen ja myös LKL myönsi hypnoosin terveyskäytön rajaamisen vain terveydenhuollon ammattilaisille mielekkääksi osaksi tulevaa lainsäädäntöä. Näin ei käsitelty muita hoitomuotoja, joiden erityistilanne ja joita koskeva tutkimus jäi huomioitta.

Vaiheessa 2 Tieteellinen hypnoosi ry:n mielestä (2009) lakiehdotus on ”huomattavan salliva ja edustaa vain hyvin minimaalista ja kaikkein välttämättömintä säätelyä”. Erityisesti ”haavoittuvassa asemassa” olevien potilasturvallisuudesta lausunto on huolissaan ja vaatii, että ”valvontaviranomaiselle erikseen säädettäisiin velvollisuus” ”varjella asiattomalta markkinoinnilta”; samoin lain rikkovia toimijoita pitäisi voida asettaa ”nopeasti liiketoimintakieltoon”. Kyselyvastauksen muotoilusta saa vaikutelman, että yhdistyksellä on tietoa tapauksista, joihin perustuen se vaatii tiukkaa lakia ja viranomaisille nopeita vaikutuskeinoja. Kuitenkaan näitä tapauksia ei aineistossa tuoda esiin. Sama koskee SMTHL:n kyselyvastausta (SMTHL 2008).

Jyrkät näyttöön perustuvaa lääketiedettä puolustavat lausunnot eivät esitä näyttöä kantojensa perusteiksi – tulkitsen, että lausumattomia syitä tähän ovat oletukset omasta auktoriteettiasemasta ja epävirallisia hoitoja puoltavan näytön olemattomuudesta, jolloin todistustaakka painaa niiden edustajia eikä kritikoita. Yhteenvetona uskomushoito-diskurssista voi todeta, että uskomushoito-käsitteen käyttö perustuu oletuksiin, joita ainakaan aineistossani ei pohjata tutkimuksiin. Käsite tuottaa ennakkoluuloja eikä aineistopohjaista ja analyttistä tietoa alasta, jota sillä kuvataan. Se on arvottava käsite, kuten esimerkiksi käsite luontaishoidotkin on ja toisin kuin funktionaaliset käsitteet epäviralliset hoidot tai vaihtoehtoiset ja täydentävät hoidot. Ovatko uskomushoito-diskurssin oletukset ja kritiikki kohdallisia, on aineistoni perusteella vaikea todeta.

### **3.7 Määrittelemättömyyden seurauksia aineistossa**

Missä määrin näkökulmat, joissa hoidot määritellään yhdeksi monoliittiseksi kokonaisuudeksi, ovat realistisia ja hyödyllisiä yhteiskunnallisen sääntelyn lähtökohtana? Esimerkiksi Suomen Kuvataideterapeuttien Liitto ry kiinnitti huomiota tähän sanoessaan: ”raportissa puhutaan erilaisista vaihtoehtoisista hoidoista yhtenäisenä ryhmänä, mikä ei anna oikeaa kuvaa eri hoitomuotojen erityisluonteesta” ja peräänkuulutti tutkimustietoa hoitojen käsityksistä ja käytännöistä (7.9.2009). Epäviralliset hoidot eivät näytä muodostavan sellaista ”lausumaperhettä” ”yksikössä”, jollaisia Foucault *Tiedon arkeologiassa* purkaa tuottaakseen läpinäkyvämpää tietoa yhteiskunnan ilmiöistä (Foucault 2005, 76). Esimerkiksi vaihtoehtohoidot on melko nuori käsite, jonka viittauskohde muuttuu kaiken aikaa. Alan moninaisuutta ei ole huomioitu lakiehdotusta laadittaessa. Moninaisuus antaisi olettaa sekä säädöstä, jolla on tarkat pykälät, joissa



poikkeukset ja erilaiset seuraukset otetaan huomioon että riittävää aikaa säädöksen valmisteluun. Siksi lakisääntelytarvekeskustelun diskursiivisen muodostelman eri tahojen kannalta lakiehdotus ja raportti johtavat määrittelykamppailuun.

Onko diskursiivisen muodostelman lausumilla sama kohde? (Vrt. Foucault 2005, 48.) Ei ainakaan tässä tapauksessa. On laaja sosiaalinen ja käsitteellinen alue, epäviralliset hoidot, joka koskettanee suurinta osaa aineiston lausumia, mutta lausumat nimenomaisesti eivät määrittele tai kohtele sitä samana asiana tai samalla tavalla. Niinpä lausumilla on suurimmaksi osaksi keskenään eri kohteet. Diskursiivisen muodostelman yhtenäisyyden luokin yhteisen kohteen sijaan se, että lausumat osallistuvat yhteen kietoutuneisiin muutosprosesseihin. Lausumien kohteet muuttuvat, mihin lausumat pyrkivät vaikuttamaan. Niiden kohde on *muutosprosessi*. Vaikka lausumilla on eri kohteet, voivat ne olla päällekkäisiä ja limittäisiä, jolloin lausumat yhdestä kohteesta vaikuttavat lausumiin toisesta kohteesta. Tämä vaikutusten verkosto on osa sosiaalisia muutosprosesseja, joita kutsun tässä epävirallisen terveydenhoidon määrittelykamppailuksi ja joita Sosiaali- ja terveysministeriö kutsui raportissaan ”vaihtoehtohoitojen sääntelyksi”.

Käsitteiden määrittelyä ”asian selkiyttämiseksi” kyselyvastauksessaan pyysi ainakin Sairaanhoidtajaliitto (Suomen sairaanhoidtajaliitto 2008). Suomen Kuvataideterapeuttien liitolle (2009) että puhe ”hoidoista yhtenäisenä ryhmänä - - ei anna oikeaa kuvaa eri hoitomuotojen erityisluonteesta”. Suomen Apteekkariliitto (2009) huomauttaa, että säänneltävän alan ”määritelmä on häilyvä”. Suomen modernit ja psykologiset vyöhyketerapeutit (2009) mainitsee hoitomuotojen erittelyn puutteen raportissa. Raiskauskriisikeskus Tukinainen (2009) ehdotti että ”rajapinnat” ”vaihtoehtohoito-muotojen ja koululääketieteen - - hoitojen välillä tulisi määritellä oikeudellisesti nykyistä täsmällisemmin”. Nythän määritelmä puuttuu, koska laki ei tunne koululääketieteen rajapintaa tai ulkopuolta. Työryhmän raportti jättää vaihtoehtohoitojen määritelmän mahdollisen tulevan laajan sääntelyn pykäliden laatijoiden tehtäväksi. Työryhmän ehdottama suppean sääntelyn laki olisikin lisäys terveydenhuollon ammattihenkilölakiin, jossa säädellään vain, millainen parantamiseen liittyvä toiminta kuuluu pelkästään näille ammattihenkilöille ja on kielletty muilta. Lakiehdotus ei määrittele lainkaan terveydenhuollon ulkopuolista toimintaa, mutta ehdotuksen perusteluissa epävirallisten hoitojen kenttään ja käsityksiin siitä vedotaan. Määrittelemättä jättäminen johtaa kuitenkin aineistossa eräisiin ongelmiin.

Antero Koposen, LKL:a edeltäneen Vaihtoehtoisen lääketieteen keskusliiton 1990-luvun puheenjohtaja, joka osallistui myös aiempaan valtiolliseen epäviralliseen työryhmään, lausunnossa käy ilmi kiinnostava ongelma, joka seuraa vaihtoehtohoitojen määrittelemättömyydestä. Koponen viittaa ehdotettuun pykälään, jossa vakavia sairauksia kuten diabetesta ”muu kuin terveydenhuollon ammattilainen” saa hoitaa vain ”yhteistyössä lääkärin kanssa” ja toteaa: ”Jos - - [diabetes] diagnoosin saanut - - hakeutuu kuntosalille, niin Personal Trainer ei siis saa antaa neuvoja, 'ellei hoitoa toteuteta yhteistyössä lääkärin kanssa.’” (Koponen 2009.) Kansanlääkintäseura kiinnittää samaan huomiota: ”Kielteiseen asenteeseen on vaikuttamassa lakiehdotuksen rakenne, jossa kaikki hoidot laitetaan saman käsitteen alle. Tiukimmassa mielessä diabeetikko ei saa mennä saunaan ilman lääkärin lähetettä. Sauna, kun kuuluu perinnehoidoina vaihtoehtoisiin hoitoihin.” (Kansanlääkintäseura 2009.) Saivartelulta vaikuttavat toteamukset ovat tarpeellisia huomioita lakiehdotuksen ongelmista. Miten terveyttä edistämään pyrkivät harrastukset, elämäntavat tai elämykset ja palvelut suhteutuvat lakiehdotukseen? Ja, myöhemmin, jos epävirallisen hoidon kenttää pyritään säätelemään kokonaislailla, miten määritellään ne kulttuurimuodot, jotka kuuluvat sääntelyn piiriin ja ne, jotka eivät kuulu, vaikka ovat vaikutuksiltaan samankaltaisia? Jos lain kohdetta ei ole määritelty, on epäselvää, miten laki vaikuttaa tai miksi sitä tarvitaan.

Eräs määrittelemättä jäävä seikka on ehdotettua lakia valvova taho. Monet kiinnittävät huomiota siihen, ettei lakia varten ole valvontaa (muun muassa Evira 2009, Heli 2009, HUS 2009, LKL 2009, Oulun Lääninhallitus 2009). Eduskunnan oikeusasiamies kiinnittää huomiota siihen, että lakiehdotuksessa ei ole selvää, mikä oikeastaan olisi rangaistavaa toimintaa. Lakia tulisi vielä jatkovalmistella, lausunnossa todetaan. Eviran mielestä ehdotettuun lakiin ei välttämättä tulisi soveltaa samoja rikosoikeudellisia seuraamuksia kuin terveydenhuollon ammattihenkilölaissa yleensä on säädetty. Tarkoittaako tämä, ettei epävirallisiin hoitoihin Eviran mukaan liity vakavia rikoksia?

Määrittelemättömyydelle rinnakkaista on se, että aineistossa on käynnissä lukuisia toisiaan kommentoimattomia keskusteluja, joissa mittakaava ja kenttä josta puhutaan vaihtelee. Puhuvatko esimerkiksi SMTHL ja FinnAcu/SPKLY ry samasta asiasta puhuessaan vaihtoehtohoidoista? Eivät, tai ainakin täysin eri laidoista jotakin aluetta. Mittakaava heillä voi olla samantapainen; kumpikaan ei puhu koko kentästä, eikä kumpikaan puhu täysin yksittäisistä tapauksista. SMTHL:n (SMTHL 2008) näkökulma on

mielenterveydenhuollossa työskentelevien – he näkevät ilmeisesti epävirallisen hoidon tuottamat ongelmat erityisellä tavalla. FinnAcu, Suomen Perinteisen Kiinalaisen lääketieteen yhdistys taas näkee työssään kiinalaisen lääketieteen asiakkaat ja hoitotulokset aivan toiselta kannalta, mutta ei kuitenkaan epävirallisten hoitojen kokonaisuutta, johon kuuluu paljon muitakin hoitoja kuin kiinalainen lääkintä (FinnAcu 2008).

Eräs syy kiistoihin on, etteivät väittelijät puhu samasta asiasta tai samasta osasta kenttää. STM:n raportti ei luo yhtenäisyyttä tähän hämmennykseen, koska se ei kykene ottamaan ristiriitoja ja erillisiä keskusteluja huomioon, vaan ohittaa ne. Tyypillistä asiantuntijatiedolle on tarkkuus kapealla alalla ja hämartyminen tiedon alaa laajennettaessa (ks. esim. Kuusi 2006). Lausunnoissa tyypillisesti keskitytään lausunnonantajan oman alan erityiskysymyksiin liittyen epäviralliseen terveydenhoitoon. Erityiskysymyksien näkökulmasta kentän yleinen sääntely näyttäytyy aina vähän eri tavoin, eivätkä yksityiskohdat riidatta suhteudu toisiinsa. Useat tahot (esimerkiksi Kansanlääkintäseura ry 2008, 2009) keskittyvät lausunnoissaan kommentoimaan tilannetta vain omalta osaltaan. Useat hoitomuodot, jotka määrittyvät tätä nykyä virallisen ja epävirallisen rajalle, esimerkiksi ravitsemusterapeutit, kuvataideterapeutit ja musiikkiterapeutit, vaativat lausunnoissaan erityisesti oman alansa ja ammattinimikkeensä virallistamista (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2008; Suomen Kuvataideterapeuttien Liitto 2009; Suomen musiikkiterapiayhdistys 2009). Yleisen monoliitin suhde käytännön tilanteisiin jää STM:n tuottamissa teksteissä pääosin pohtimatta ja epäselväksi. Niinpä esimerkiksi kysymykseksi jäävät lakiehdotuksen käytännön vaikutukset kenttään, jota ei riittävästi tunneta. Koska monet potilasturvallisuusriskitkin ovat erityisiä tietyille hoitomuodoille, on epätarkka kompromissi kirjoittaa lakiin yleisiä tiettyihin potilasryhmiin liittyviä rajoituksia epävirallisten hoitojen antamisesta. Ehkä ei olisi mielekäästä myöskään kirjoittaa jokaista yksittäistä rajoitetta. Kuitenkin laajan kentän ja erityisten tilanteiden etäisyys ja mittakaavaero olisi sääntelyssä huomioitava.

Hoitojen määrittelemättömyys johtaa kysymyksiin myös potilasturvallisuuden suhteen. Esimerkiksi Lapin lääninhallitus kiinnittää huomiota siihen, että vain osa epävirallisista hoidoista ”voi aiheuttaa vaaraa” lakiehdotuksen kohdassa 1 esitetyille ihmisryhmille, jolloin laki voi tuottaa yhdenvertaisuusongelmia. Vaikka työryhmän raportti toteaa, että vaihtoehtohoitojen kenttä on monimutkainen ja sisällöltään ja rajoiltaan muuttuva kokonaisuus, lakiesitys ei pyri tätä monimuotoisuutta huomioimaan. Niinpä esimerkiksi

raskaana olevien hoitaminen vaihtoehtohoidoilla rajoitetaan vain yhteistyöhön terveydenhuollon ammattilaisen kanssa riippumatta hoitomuodon vaarallisuudesta tai turvallisuudesta. Reiki-yhdistys esittää lausunnossaan hoitomuotonsa rajaamista lain ulkopuolelle, sillä ”[r]eikihoidolla ei ole aiheutettu hoidettavalle vahinkoa, eikä sillä voida sellaista aiheuttaakaan vaikka kysymyksessä olisi lakiehdotuksessa mainittuja potilasryhmiä.”, joten Reiki-hoidon epäminen vaikkapa raskaana olevalta on tarpeetonta (Reiki 2008). Eräissä epävirallisten hoitojen edustajien lausunnoissa huomautetaan, että laissa säädellään sairauksien hoitamista, kun taas monet hoitomuodot pyrkivät ihmisen hoitamiseen tai terveyden edistämiseen, eivät sairauksien parantamiseen. (Kansanlääkintäseura 2009; Reiki 2009.) Myös Lauri Honko toteaa tämän eron lääketieteen ja muiden hoitojen välillä (Honko 1983, 41). Jotkut lausunnonantajat kommentoivat raportin kokonaisuutta ja sen hahmottomuutta. Etene (2009) toteaa, että lakiehdotuksen ”jälkeen jää epäselväksi, miten asia ratkaisee vaihtoehtoishoitojen kokonaisuutta”, jonka ”selkiinnyttäminen edellyttää kokonaislakia”.

Siinä missä lapsien oikeuksien edustajat vaativat erityisesti lasten etujen huomioon ottamista vaihtoehtohoidoissa potilasturvan suhteen, Kansanlääkintäseura vaati koko terveystalouden, lääketiede mukaan lukien, yleisen potilasturvan arviointia. Lausunnoissa käy ilmi, että raportin ja lakiehdotuksen mittakaava ei ole kovin yksityiskohtainen eikä kovin laaja, jolloin vaihtoehtoishoitojen asiakokonaisuus jää sekä piirteiltään epäselväksi ja hahmottomaksi että myös vaille laajempaa kontekstia, johon se yhteiskunnassa liittyy. Ei siis tiedetä, mitä säännellään ja miten se vaikuttaisi kohteeseen erityisesti ja terveystalouteen yleensä. Kansanlääkintäseura näkee, että ”perinehoidot” yhteistyössä lääketieteen kanssa tekisivät suuria säästöjä virallisen terveydenhuollon kuluihin: ”erään Kalevalaisen jäsenkorjaajan ja fysiatriin välinen yhteistyö” tuotti ”yli 200 000 e:n yhteiskunnalliset säästöt vuodessa”. Mittakaava, jolla Kansanlääkintäseura ry (2008; 2009) vastaa, on laajempi kuin mitä STM kysyy. Seura puhuu toisaalta vain itseään koskevista, mutta toisaalta koko terveydenhuoltojärjestelmää koskevista asioista.

”[P]erine- ja vaihtoehtoishoitojen” integrointi terveydenhuoltojärjestelmään tapahtuu Kansanlääkintä-seuran lausunnon perusteella kansalaisten toiminnassa: he integroivat virallisen ja epävirallisen hoidon omassa elämässään. Näin kysymys yhteiskunnan ja valtion tasojen integraatiosta on kentän todellisen ruohonjuuritason tilanteen kannalta puolittain epäolennainen: integraatiota tapahtuu joka tapauksessa yksittäisten asiakkaiden,

potilaiden, kuluttajien ja yksilöiden elämässä. Kansanlääkintäseuran näkemystä, että kansalaiset omassa elämässään integroivat hoitomuodot voi verrata Coulterin ja Willisin (2004) artikkelin toteamukseen, että kuluttaja-aktiivisuus haastoi virallisen monopolin Australiassa. Tässä kansalaisen yksilöllisen toiminnan tason integraatiossa paljastuu myös olennainen puoli vaihtoehtohoidoista kansalaistoimintana (vrt. Viander 2010).

Seta toteaa lausunnossaan:

”On ongelmallista, ettei raportissa ole suoraan mainittu seksuaali- ja sukupuoli-vähemmistöjä sekä seksuaali- ja sukupuoli-identiteettiään etsiviä henkilöitä. Olisi välttämätöntä, että lainuudistustyön edetessä nämä ryhmät olisivat tausta-asiakirjoissa eksplisiittisesti esillä, muuten heitä koskevat erityiset riskit saattavat jäädä vaille riittävää huomiota.” (Seta 2009.)

Erityisesti teini-ikäisten ”homoseksuaalisuuden muutosterapia” mainitaan riskinä (Seta 2009). Erityisiä riskialttiita ryhmiä tai hoitoja on varmasti enemmänkin. Ettei näitä ole selvitetty tekee raportista ja sitä myöten lakiehdotuksesta kyseenalaisia: ne eivät kattavasti ja yksityiskohtaisesti ota huomioon erityisiä tilanteita, joissa epäviralliset hoidot tuottavat hyötyä tai haittaa. Lakitekstin tulisi huomioida kokonaisvaltaisesti sääntelyn käsitteelliset ja sosiaaliset seuraukset.

Keskustelun kokonaisuus on imaginaarinen, diskursiivinen tuote, esimerkiksi tutkijan tai viranomaisen määrittelemä käsitteellinen hahmo. Kuitenkin vakiintumattoman diskurssin muodostama kokonaisuutta on vaikea määritellä ja rajata tai luokitella. Mitä kertoo aineistossani systemaattisesti esiintyvä välinpitämättömyys kategoriaeroista? Tarkoitin välinpitämättömyydellä tässä sitä, että vaihtoehtohoitojen sääntelyä pohdittaessa usein tehdään kategoriavirhe, kun erilaisia hoitomuotoja asetetaan samanlaisen sääntelyn piiriin. Esimerkiksi erityisherät potilasryhmät eivät ole samalla tavalla herkkiä samanlaisille hoitomuodoille, ja jotkin hoidot ovat pääasiassa vaarattomia. Erikoiseksi kategoriavirheen tekee se, että hoitomuotojen moninainen kenttä tunnustetaan STM:n raportissakin hyvin pian – kuitenkin tätä tietoisuutta ei kyetä kenties sen suuritöisyyden vuoksi ulottamaan raportin käytännön lakiehdotuksiin. Monoliittinen kokonaisuus ei ole hedelmällinen tapa nähdä epävirallisia hoitoja, mutta niiden tarkempi luokittelu on vaikeaa<sup>29</sup>.

---

29 Integratiivisen lääketieteen tapa on ottaa hoidot yksittäisinä menetelminä tai välineinä ja seurata niitä koskevaa tutkimusta päivittäen hoitokäytäntöjä tutkimusten perusteella. Tällainen hoitokäytäntö vaatii lääkäriltä laajaa koulutusta, laajaa verkostoa eri alojen hoitajia ja jatkuvaa lukeneisuuden ylläpitoa. Integraatiossa on toisaalta ongelmia – kuten se, että monet hoitomuodot eivät ongelmitta typisty irrallisiksi menetelmiksi, joita voi yhdistellä lääketieteelliseen hoitokäytäntöön erillään taustateoriastaan ja perinteestään.

Kun hoitomuodot, joita on erillään harjoitettu kymmeniä tai satoja vuosia, yritetään nähdä kokonaisuutena, joudutaan *kokonaisuus* luomaan: se on neuvoteltava ja keinotekoinen. Jos kokonaisuuden määritelmästä ei päästä yhteisymmärrykseen, ei kokonaisuutta sosiaalisen käytännön kannalta ole olemassa, koska se voi perustua vain sopimukseen, johon riittävän moni kokonaisuudesta vastaava toimija suostuu. Nyt ei ole yhteisymmärrystä edes neuvoteltavista asioista ja neuvottelun puitteista. Lääketiede, joka haluaa monopolin ja on tottunut siihen saavutettuna asemaansa, pyrkii olemaan ensisijainen tuon uhkaavan, *itsensä ulkopuolisen* kokonaisuuden laatijana ja määrittelijänä. Hoitomuodot pyrkivät säilyttämään itsemääräämisoikeuden, parantamaan yhteiskunnallista asemaansa ja myös liittoutumaan toisten samassa asemassa olevien tai muiden kokonaisuuden määrittelyyn osallistuvien toimijoiden kanssa (ylimmällä tasolla EU ja WHO suosituksineen, skandinaavisella mittakaavalla CAM-järjestöjen kattojärjestö, alatasolla asiantuntijat, poliitikot tai virkamiehet). Liittoutuminen on kokonaisuuden muodostamisen strategia. Epävirallinen hoito pyrkii myös osaksi virallista.

Kentän moninaisuus, jota STM ei riittävästi kyennyt huomioimaan, tulee esiin reaktioissa lakiehdotukseen. Lausunnoissa kirjoittajat keskittyvät omaan tilanteeseensa tai oman asiansa ajamiseen, jolloin erot lausuntojen näkökulmissa ja ehdotuksissa, mainituissa riskeissä tai huolenaiheissa ovat suuria. Eri tahoilla on hyvin erilaisia kokonaisnäkökuvia säänneltävästä kentästä. Kentän moninaisuus ei kuitenkaan ole nämä lausunnot tai lausunnonantajien näkemykset, vaan niiden ulkopuolelle jää kenttään kuuluvia tahoja ja näkökulmia. Esimerkiksi ”puoskarit” tai ”humpuuki” – se eri tavoin määritelty osa epävirallisten hoitojen kenttää, jonka kaikki näkevät haitalliseksi.

## 4 ERONTEON DISKURSSIT TERVEYSKULTTUURISSA

### 4.1 Käsitteet terveydenhuollon ja muun hoidon erottajina

Epävirallisten hoitojen esiintuloinstansseja Suomessa ovat esimerkiksi yksittäiset hoitajat ja heidän vastaanottonsa, hoitojen käyttäjät, hoitoja edustavat järjestöt ja yhdistykset ja aihetta koskeva kirjallisuus. Rajausinstansseja taas ovat vaikkapa hoitojen etujärjestöt, STM ja työryhmä, terveydenhuollon järjestöt tai Kuluttajavirasto, jonka valvontaan hoidot nykyään kuuluvat. Näiden instanssien väliset suhteet pyrkivät määrittelemään epävirallisten hoitojen erikoistumisinstanssit, eli kuka ja miten voi harjoittaa hoitoja tai olla niiden asiantuntija.

Aineistoni perusteella rajaus- ja erikoistumisinstansseja koskeva diskursiivinen kamppailu on edelleen kesken. Rajausinstanssien ollessa epäselviä erikoistumisinstanssit eivät ole vakiintuneet: LKL pyrkii sellaiseksi, lainsäädäntöprosessi voi tuottaa sellaisia kenties virallisten rekisterien, valvontajärjestelmien tai vastaavien muodossa. Määrittelykamppailut aineistossani koskevat pitkälti sitä, mitkä ja miten määritellen voivat olla tässä tapauksessa rajausinstansseja, joista erikoistumisinstanssien määrittely riippuu. Niinpä kamppailuun, kuka ja millä valtuutuksella voi esiintyä epävirallisen terveydenhoidon asiantuntijana tai niiden aseman määrittelijänä. Asiantuntijuuden kysymys ja muut tässä luvussa esiin nostamani käsitteitä koskevat kamppailut määräävät, millaista tietoa yhteiskunta voi käyttää määritellään epävirallisen terveydenhoidon asemaa terveyspalvelujen laajemmassa kontekstissa.

Mikä on epävirallisen terveydenhoidon suhde viralliseen terveydenhuoltoon? Staattinen lääketiedekäsitys korostaa, että suhdetta ei ole: vaihtoehtohoidot tai uskomushoidot eivät ole terveydenhuoltoa ja mitään sellaisia säädöksiä tai virallisia määritelmiä ei tule tehdä, jotka voisivat antaa tällaisen kuvan tai johtaa vaihtoehtohoitojen/uskomushoitojen sekä terveydenhuollon lähentymiseen. Esimerkiksi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrian erityispalveluyksikön lausunto (VSSHP 2009) vastustaa laajaa sääntelyä sille olettamansa kalleuden vuoksi ja koska ”vaihtoehtohoitojen rekisteröiminen - - johtaisi siihen, että vaihtoehtohoitojen harjoittajat voisivat käyttää tätä sääntelyä - - hyväkseen tuotteita markkinoidessaan - - tämä synnyttäisi kuluttajalle sen virheellisen käsityksen, että

viranomaiset olisivat implisiittisesti hyväksyneet” vaihtoehtohoidot ”järkevänä hoitovaihtoehtona”, jona niitä ei VSSHP:n mukaan ilmeisesti tule pitää.

Makrotason sosiaalisen järjestyksen muuttamiseen, tuottamiseen ja ylläpitoon tarvitaan mikrotason lausumia; makrotason erontekoon tarvitaan mikrotason erontekoja. Esimerkiksi käsitteiden käyttö tai käyttämättä jättäminen ovat mikrotason eronteon välineitä, joita tässä luvussa analysoin. Määrittelykamppailu epävirallisen terveydenhoidon kentästä pitää sisällään väittelyitä käsitteistä, joiden kuuluminen tai kuulumattomuus virallisen terveydenhuollon kentän lisäksi epäviralliselle kentälle määrittelee epävirallisen kentän rajoja. Käsitteet paljastavat valintapisteitä, joissa aineiston toimijat arvioivat kantojaan vaikuttaakseen sosiaalisiin käytäntöihin intertekstuaalisissa yhteyksissä, tekstien välisellä mesotasolla. Käsitteistä otan esimerkeiksi seuraavat: potilas, terapia ja yhteistyö. Käsitteiden käyttöä koskevien kamppailujen lisäksi on laajempia osakamppailuja, kuten kiistat alan asiantuntija-asemista tai siitä, onko homeopatian tehokkuudesta tieteellistä näyttöä<sup>30</sup>. Käsitteiden asiantuntijuuden kysymystä neljäntenä ja tutkimusnäytön roolia argumentaatioissa viidentenä esimerkkinä. Lakisääntelyssä on kyse siitä, missä merkityksissä näitä käsitteitä voisi käyttää virallisessa yhteiskunnallisessa kontekstissa, esimerkiksi ammatillisesti. Määrittelykamppailu käsitteistä havainnollistaa epävirallisen terveydenhoidon diskursiivisen muodostelman sisäisten osadiskurssien kohtaamattomuutta, joka on tämän diskursiivisen muodostelman keskeinen piirre.

Erontekodiskurssi tulee esiin vahvasti, kun STM:n työryhmän lakiehdotuksen perusteluissa jätetään tulkinnanvaraa, hoitavatko ”muut kuin terveydenhuollon ammattilaiset” *potilaita* vai vain *henkilöitä*, eli onko epävirallisilla hoidoilla jokin yhteys terveydenhuoltoon. Esimerkiksi: ”Samoin velvoite hoitaa tiettyjä potilasryhmiä tai sairauksia yhteistyössä terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa lisää vaihtoehtohoitoja käyttävien potilaiden potilasturvallisuutta.” (STM 2009, 83.) Monet terveydenhuollon edustajat reagoivat tähän: laissa määriteltyä käsitettä potilas ja terveydenhuollon lakia ei saa soveltaa muuhun kuin terveydenhuoltoon. (Esim. Pohjois-Pohjanmaan Sairaanhoidopiiri 2009.) Potilas-käsitteeseen liittyvää kritiikkiä aineistossa ei esiinny vaiheessa 1 reaktiona STM:n kyselyyn vaihtoehtohoitojen potilasturvariskeistä, vaan vasta vaiheessa 2

---

<sup>30</sup> Homeopatia-väittelyssä ääripäänäkökulmien välillä vallitsee intämisen status quo: täysin riippumatta argumenteista ja lähteistä homeopatian vastustajat toistavat, ettei sille ole tieteellistä näyttöä ja vastaavasti homeopatian kannattajat, että tieteellistä näyttöä on. Molempien ääripäiden tieteellinen itsevarmuus on horjumaton ja vakuuttuneisuus vastapuolen ajattelun ja asenteiden virheistä luja. (Skepsis 2003b, Lauerma 2006, vrt. Pohjoismainen homeopaattiyhdistys 2008.)



lakiehdotuksen palautteessa. Voi olettaa, että osa käsitteen kriitikoista on laatinut lausuntoja yhteisen keskustelun pohjalta. Moni terveydenhuollon ammattijärjestö puuttuu asiaan: epäviralliseen hoitoon ei saa soveltaa esimerkiksi potilaslakia. Jos vaihtoehto-hoitajan asiakas ei ole potilas, työryhmän tehtävä, vaihtoehtohoitojen potilasturvariskit, näyttäytyy ristiriitaisena. Pohjois-Pohjanmaan Sairaanhoidopiirin kuntayhtymä (2009) kirjoittaa lausunnossaan: ”Vaihtoehtoishoitoja ei mielestämme saisi säädellä terveydenhuollon palveluja säätelevillä laeilla.” Suomen Lääkäriliitto (2009) huomauttaa, että Suomen laissa määritellyn käsitteen potilaan lisäksi lakiehdotuksessa puhutaan henkilöstä, mikä sekoittaa käsitteitä. Tehy ry (2009) kiinnittää huomion samaan. Potilasvakuutuskeskus (2009) tahtoo, että epävirallisia hoitoja ei jatkossakaan oteta potilasvahinkolain piiriin, vaan potilaiden vakuutusturva hoidetaan muulla tavoin.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoidopiirin kuntayhtymä (2009) näkee suurimman ongelman siinä, etteivät kuluttajat ymmärrä vaihtoehtohoitojen ja terveydenhuollon eroa ja vaihtoehtohoitojen, erityisesti luontaislääkkeiden riskejä. Lausunnossa nähdään hoitojen käyttäjät kuluttajina, ei potilaina: ei ole kyse potilasturvasta vaan kuluttajansuojasta. Silti luontaislääkkeet määritellään lausunnossa riskiksi terveydenhuollossa. Lausunto tekee totaalisen erottelun terveydenhuollon ja uskomushoitojen välille. Toisaalta halutaan jättää ”täysivaltaiselle potilaalle” vapaus kieltäytyä terveydenhuollon hoidosta ja käyttää muita hoitoja, joita ei kuitenkaan saisi markkinoida terveystuotteina tai terveydenhuoltoon assosioituvina palveluina. Samalla tunnustetaan, ettei terveydenhuollolla voida edellyttää olevan ”ylipäänsäkään tietoa uskomushoitojen terveystuotteista” tai riskeistä.

Muodostuu kuva, jossa tuntematon uskomushoitojen terveystuotteiden hallintaan ja sulkea ulos terveystuotteista. Uhkaan ei haluta tutustua, mutta sen käyttöä ei haluta kieltää sitä haluavilta. Lausunto tasapainoilee lääketieteellisyyden ja yksilönvapauden arvojen välillä. Käy selväksi, että ainakin syövän hoidossa luontais tuotteiden käyttö on aiheuttanut keskeytyksiä, kun potilaan laboratorioarvot ovat vaihdelleet yllättävillä tavoilla. Selvää on myös, ettei lausunnonantajalla ole juuri tätä laajempaa kiinnostusta saati kokemusta epävirallisista hoitomuodoista, jotka kokonaisuutena lausunnossa määrittyvät luontais tuotteiden kaltaisiksi. Luontais tuotteet ovat siis lausunnon uskomushoitojen prototyyppihoito, jonka kautta koko kenttä saa merkityksensä ja piirteensä.

Oulun lääninhallitus (2009) lausuu, että:

”vaihtoehtohoitojen kenttää ei tulisi rinnastaa ns. koululääketieteen menetelmiin niiden epäselvän luonteen takia. Nykyinen terveydenhuollon ammattihenkilölaki koskee vain terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattitoimintaa, eikä siihen tulisi lisätä muiden henkilöiden toimintaa koskevia rajoituksia”

Myös Suomen Psykiatriyhdistys (2009) toteaa: ”Valvonta ei kuulu terveydenhuoltoa valvoville viranomaisille - -, koska kyse ei ole terveydenhuollosta”, samoin Kela (2009): ”pitää tärkeänä, että jatkossakin korvattaisiin ja tuettaisiin vain näyttöön pohjautuvaa turvallista ja tehokasta lääketieteellisesti tarpeellista hoitoa ja kuntoutusta” (ks. myös Kela 2008). Etene (2008) pohti, että hoitojen rekisteröinti ehkä helpottaisi alueen valvontaa, mutta saattaisi ”antaa virheellisen kuvan palvelujen suhteesta varsinaiseen terveydenhuoltoon”. Itä-Suomen lääninhallituksen (2009) lausunnossa todetaan ongelmalliseksi lääninhallituksen kyvyttömyys ”puuttua terveydenhuollon ammattihenkilökuntaan kuulumattomien henkilöiden toimintaan vaikka se lähtökohtaisesti toiminnan kohteena olevan henkilön näkökulmasta katsottuna täyttää terveydenhuollon hoitosuhteen ominaispiirteet”. Käsitteellinen ja oikeudellinen erottelu terveydenhuoltoon ja muuhun ei tässä osoittaudu käytännölliseksi todellisten tilanteiden kannalta. Toisaalta Itä-Suomen lääninhallitukselle on tullut joitakin ”yhteydenottoja ja kanteluita” ”[t]erveydenhuollon ammattihenkilöiden näyttöön perustumattomien hoito- ja terapiamuotojen” vuoksi: ”käyttäjät ovat - - kokeneet joutuneensa harhautetuksi ja huijauksen kohteeksi”, kun ”ammattihenkilöt eivät ole vaihtoehtoisia hoitomuotoja markkinoidessaan informoineet riittävästi - - että kyseiset hoidot eivät ole nykylääketieteen hyväksymiä”. Samankaltaiset huomiot tekee myös Länsi-Suomen lääninhallitus (2009). Toistuu asetelma, jossa kuluttaja pettyy harhaanjohtavaksi kokemaansa epävirallisen hoitajan toimintaan. Silti viranomaisella ei ole valtaa puuttua toimintaan, koska se ei tapahdu terveydenhuollossa.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL 2009) määrittelee ”vaihtoehtohoidot” ”virallisten terveystalveluiden vaihtoehtoiksi tai täydentäjiksi”, mutta korostaa, että hoitojen asemaa ”ei vahvisteta osana terveydenhuoltoa, jotta - - käyttäjien mielessä säilyy ero virallisen terveydenhuollon ja vaihtoehtohoitojen välillä, eikä heille välity virheellistä kuvaa - - vaikuttavuudesta, luotettavuudesta ja turvallisuudesta.” Tutkimukset hoidoista ovat ilmeisesti puutteellisia. Laaja sääntely voisi johtaa kohti epävirallisten hoitojen ”vahvistamista osana terveydenhuoltoa” ja vaatisi tarkempaa suunnittelua. Sääöksillä ei kuitenkaan saisi ”heikentää tarpeettomasti” ”kansalaisten itsemääräämisoikeutta”. THL katsoo, että lakiehdotuksen tapa käsitellä hoitojen mahdollisia haittoja samoina riippumatta käyttötarkoituksesta voi johtaa tällaiseen itsemääräämisoikeuden kaventa-

miseen. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin lausunnossa on samat piirteet: eronteko virallisen ja epävirallisen terveystalouden välille, mutta liberaali käyttäjien valinnanvapauden ja itsemääräämisoikeuden painotus. THL kannustaa myös virallisen ja epävirallisen kentän väliseen yhteistyöhön (THL 2009). Mitä yhteistyö tarkoittaa, jos kentät on pidettävä erillään? Sääntelyn vaihtelua erilaisten ja eriasteisesti tutkittujen hoitomuotojen kohdalla pohtii muun muassa Stakes (2008).

Lääkelaitos (2009) kommentoi, että ”vaihtoehtohoidoissa” on kyse toiminnasta ”joka ei täytä tavanomaisia vaatimuksia”, 1) diagnoosi- ja hoitomenetelmät ovat tutkimattomia, 2) terapeuteilla ei ole ”asianmukaista koulutusta” tai ollenkaan koulutusta, 3) kouluttavien laitosten pätevyys on ”vain itse määritelty” (tiedeyhteisökin määrittelee intersubjektiivisesti riittävän objektiivisuutensa ja pätevyytensä). Lääkelaitoksen mukaan hoitoihin ja terapeuteihin tulisi ”soveltaa aina samoja valvonnan periaatteita kuin terveydenhuollon ammattilaisiin”. Tarkoittaako tämä sitä, että hoidot ovat jo terveydenhuoltoa? Lääkelaitos näkee ongelmaksi, jos lainsäädäntö tuottaa ”kaksi terveydenhuollon järjestelmää”, joista toiseen, ”vaihtoehtohoitoihin”, kohdistuu paljon ”löysemmät” vaatimukset kuin nykyiseen. Lääkelaitos painottaa, että lääkkeiden suhteen vallitsee varovaisuusperiaate: ennen kuin näyttöön perustuen voidaan osoittaa lääkkeen turvallisuus ja hyödyllisyys, se on automaattisesti kielletty. (Lääkelaitos 2009; vrt. Ryhänen 2008, ks. s. 58).

Toinen käsitteellinen määrittelykamppailu koskee käsitettä *yhteistyö*. Mitä laissa tarkoitetaan terveydenhuollon ammattilaisen ja vaihtoehtohoitajan välisellä ”yhteistyöllä”? Epäselvyys yhteistyö-sanalla sisällöstä lakiehdotuksen virkkeessä

”[m]uu kuin terveydenhuollon ammattihenkilö ei saa hoitaa henkilöä, joka on raskaana tai jolle on tehty elinsiirto, taikka hoitaa syöpää, diabetesta, epilepsiaa, vakavaa mielenterveyden häiriötä, mielisairautta, dementiaa tai muuta näihin verrattavaa vakavaa sairautta taikka tartuntatautilaissa säädettyä yleisvaarallista tartuntatautia, ellei tutkimusta ja hoitoa toteuteta yhteistyössä lääkärin kanssa”  
johtaa lausunnonantajien kannalta kysymyksiin, kuten, muuttaako lakiesitys terveydenhuollon ammattilaisten (lääkärien) roolin ja vastuun suhteessa epäviralliseen terveydenhoitoon. Yhteistyön vähimmäistä tai suositeltua muotoa ei määritellä. Koska yhteiskunnassamme terveyden kysymykset on annettu ensisijaisesti lääketieteen vastuulle, työryhmä on nähnyt mielekkääksi asettaa lääkärit osavastuuseen epävirallisten hoitomuotojen käytöstä. Terveysasiantuntijuuden painoarvo näyttäytyy suurempana kuin asiantuntemattomuus ja koulutuksen puute epävirallisista hoidoista. Lääkäreitä ei voi pitää asiantuntijoina alalla,

jolla heillä ei ole tiedollista tai käytännöllistä koulutusta. Lääkärien terveyteen liittyvä laaja koulutus ei universaalisti kata kaikkea terveyteen liittyvää toimintaa.

Lausunnoista monet vaativat täsmennystä lakiehdotuksessa mainittuun terveydenhuollon ammattilaisen ja vaihtoehtohoitajan väliseen ”yhteistyöhön”. Miten pykälät, jotka rajoittavat tiettyjen potilasryhmien hoitamisen vain yhteistyössä lääkärin kanssa tuodaan käytäntöön? Kenen vastuulla yhteistyö on, lääkärin, potilaan, vaihtoehtohoitajan? (Esim. Eduskunnan oikeusasiamies 2009; Etelä-Suomen lääninhallitus 2009; Vantaa 2009.) Länsi-Suomen Lääninhallituksesta (2009) sanamuoto ”yhteistyö lääkärin kanssa” voi harhauttaa maallikkoa luulemaan epävirallista hoitoa lääketieteen hyväksymäksi. Monissa lausunnoissa huomioidaan, että pykälässä vain lääkärille annetaan rooli vaihtoehtohoitajan ja tämän asiakkaan välisessä suhteessa virallisen järjestelmän edustajana. Velvollisuus ilmoittaa säänneltyyn potilasryhmään kohdistuvasta hoidosta on ilmeisesti vaihtoehtohoitajan (ei esimerkiksi asiakkaan), mutta reagointi tähän on lääkärin vastuulla.

Etelä-Suomen lääninhallitus toteaa, ettei lakiehdotuksen perustelujen esimerkki ”terapeutin potilaalle antama kirjallinen dokumentti - - hoidosta - - millään lailla varmista sitä, että potilas on saanut myös lääkärin arvion sairaudestaan - - ” (Etelä-Suomen lääninhallitus 25.9.2009). Suomen Lääkäriliitto (28.9.2009) kritisoi ilmaisua ”yhteistyössä lääkärin kanssa”, joka johtaisi tilanteisiin joissa näyttöön perustuvaan sitoutuneen lääkärin tulisi työskennellä terveydenhuollon ulkopuolelle jäävien menetelmien kanssa. Näin Lääkäriliitto katsoo, että ”yhteistyön” sijasta lain tulisi vain mainita hoidon antajan velvollisuus tiedottaa annetusta hoidosta asiakkaansa lääkärille.

Sairaaloissa työskennellään valtavien paineiden alaisena, liian vähillä resursseilla. Velvollisuuksien lisääminen alueella, joka voi lääkäreille olla tuntematon ja jopa vastenmielinen, ei ole järkevää. Missä määrin tämä parantaisi potilasturvaa? Nykyisessä asenneilmapiirissä (esim. Ilmanen & al. 2013<sup>31</sup>; Salmenperä 2005; Klassisen Akupunktion yhdistys ry 2008) on kuitenkin vaikea nähdä, miten hedelmällistä vaihtoehtohoitajan ja lääkärin välinen yhteistyö olisi. Terveydenhuollon ammattijärjestöt kyseenalaistivat yhteistyön, koska se saattoi tarkoittaa vaihtoehtohoitojen ja terveydenhuollon eron hälventämistä tai terveydenhuollolle siirrettyä vastuuta vaihtoehtohoitajien tekemästä

---

31 Ilmanen & al. 2013 havaitsi lääkärin asenteista vuonna 2012, että ”kielteisyys uskonvaraisimpia hoitoja kohtaan on kasvanut”, mutta ”aiempaa myönteisemmin suhtaudutaan - - hoitoihin”, jotka nykytiede voi selittää.

terveydenhuollolle vieraasta hoitotyöstä. ”Yhteistyön” käsitteen valintapisteessä terveydenhuollon ammattijärjestöt valitsivat selkeän eronteon, eivät yhteistyön kehittämistä.

## 4.2 Kamppailu asiantuntijuudesta

Kolmas osamäärittelykamppailu koskee *terapia*-käsitettä ja sen roolia virallisen ja epävirallisen suhteen määrittelyssä. Onko harhaanjohtavaa puhua terapiasta, jos hoito ei ole virallista psykoterapiaa? Asiantuntijavalta-kysymyksen osa on, kenellä on oikeus käyttää erityisaloihin liittyviä käsitteitä. Historiallisesti käsitteet usein ovat vanhempia kuin erityisalat, jotka haluavat erityisoikeuden käsitteiden käyttöön<sup>32</sup>. STM:n teksteissä sanoja terapia ja terapeutti ei rajattu merkitsemään psykoterapiatoimintaa. Niistä puhutaan väljässä merkityksessä hoito tai hoitaja. Termiin liittyvä epäselvyyden mahdollisuus tunnistetaan (STM 2009, 50). Muualla aineistossa esimerkiksi Suomen Psykologiliitto ry mainitsee terapia-sanan johdannaisten harhaanjohtavuudesta termit ”suggestoterapeutti” ja ”yksilöterapeutti”, kun ei puhuta psykoterapiasta (Suomen Psykologiliitto 2008). Terveystieteiden tutkimuskeskus ry (2009) kyseenalaistaa epävirallisten hoitojen puheen ”terapeuteista”, joka ”nimikkeenä viittaa virheellisesti ammattimaiseen toimintaan”, kun epävirallisten hoitojen ”koulutustaso ei vastaa terveydenhuollon - - koulutusta”, jolloin kyse on ”maallikkojen toiminnasta”.

Näin terapia-väittely yhdistyy erityisesti mielenterveysalalla asiantuntijuuskiistaan ja asiakkaiden sekä työmarkkinoiden kontrolliin ammattinimikkeiden avulla. ”Terapeutti” rinnastetaan asiantuntijuuteen, joka epävirallisilta hoidoilta katsotaan puuttuvan. Niiden koulutuksen puutteet ovat epävirallisuus sekä oletettavat puutteet lääketieteen perusteissa, koulutuksen kestossa ja laadussa. Sisällöt kuitenkin vaihtelevat koulutuksesta toiseen. Kenties vaihtelu on eräs puute: terapeuttikoulutuksilla ei ole yhtenäisyyttä, joten ne eivät ole verrannollisia. Mikäli terapeutti nähdään ammattinimikkeenä, tulisi se kai määritellä laissa. Samantapainen erontekoja tuottava valintapiste Suomen Psykologiliitto ry:lle on ”psykologisen vyöhyketerapian” psykologisuus (Suomen Psykologiliitto 2008). Psykologinen vyöhyketerapia työskentelee kiistatta psykologisten ilmiöiden parissa, mutta ei kuitenkaan psykologiatieteen menetelmin. Tulisiko psykologiatieteellä olla yksinoikeus adjektiivin psykologinen ammatillisissa yhteyksissä? Myös Seta ry kommentoi terapeutti-

---

32 Terapia juontaa juurensa kreikan sanaan *therapeia*, joka on huomattavasti vanhempi kuin psykoterapia, johon se nykyään usein liitetään.

sanan käyttöä: Setalle ”terapeutti-käsitteen vapaa käyttö” on ongelma, kun ”uskonnollinen toiminta ja terapia sekoittuvat” (Seta 2008). Monessa lausunnossa oletetaan, että asiakkaat tulkitsevat terapeutin psykoterapeutiksi myös silloin kun ei ole kyse psykoterapeutista<sup>33</sup>. Tätä voi pitää yhtenä mielenterveyden epävirallisen hoidon erityiskysymyksenä, joka liittyy erityisesti mainonnan sääntelyyn. Myös esimerkiksi Etelä-Suomen lääninhallitus (2009) käyttää lausunnossaan epävirallisista hoitajista terapeutti-termiä, joten termin suhteen virallisilla tahoilla on eriäviä käytäntöjä. Ne reagoivat eri tavoin käsitteestä aukenevaan valintapisteeseen.

Neljäntenä esimerkkinä osamäärittelykamppailuista nostan kysymyksen *asiantuntijuudesta*. Epävirallisen terveystalon suhde asiantuntijuuteen määrää esimerkiksi sen, miten ala voi osallistua sääntelyynsä, miten koulutukset suhtautuvat viralliseen koulutusjärjestelmään, tai millaista yhteistyötä terveydenhuollon suuntaan voi kehittää. Asiantuntijuuksien ristiriita on pohjimmiltaan yhteiskunnallisen työnjaon kysymys. Mikä on samassa yhteiskunnassa toimivien erilaisten ja osin ristiriitaisten terveyskulttuurien kokonaisuus ja suhde toisiinsa? Tästä pohjimmiltaan on kyse, kun pohditaan epävirallisen terveydenhoidon sääntelyä. Kulttuurintutkimuksen näkökulmasta tiukka jako eri terveystaloihin on keinotekoinen.

Siinä missä terveydenhuollon ammattijärjestöille terapeutti-, yhteistyö- tai potilaskäsitteiden käyttö epävirallisesta terveydenhoidosta puhuttaessa on ongelma, ovat potilasturvaongelmat riittämätön sääntelyn lähtökohta epävirallisten hoitojen edustajille. Klassisen akupunktion yhdistys ry kritisoi vastauksessaan STM:n kyselyä, jossa kysymysten asettelu ei tuota tietoa ”vastaajien luontaishoitoja koskevasta asiantuntemuksesta” tai vastaajien tuntemista hoitojen hyödyistä tai ongelmista, ja ehdotti tarkoitukseen vaihtoehtoisia kysymyksiä. (Klassisen akupunktion yhdistys ry 2008, 4.) Monissa epävirallisen hoidon tahojen lausunnoissa (esim. LKL 2009a; Suomen Homeopaatit 2009; SHLI 2009; Suomen Refleksologit 2009) toistuu argumentti, että ehdotetut rajoitussäännökset sanktioivat sen, onko hoitaja terveydenhuollon ammattilainen eivätkä sitä millä menetelmillä hoidetaan. Tätä pidetään perustuslaillisen yhdenvertaisuusperiaatteen rikkomisena. Tämä lausuntojen yhdenmukaisuus on esimerkki lausunnonantajien yhteisesti valitsemasta diskursiivisesta strategiasta, joka muotoutuu paitsi lausunnoissa, myös niitä edeltävässä epävirallisessa, henkilökohtaisessa ja dokumentoi-

---

33 Onkin kiinnostavaa, että Honko (1977; 1994) puhuu kansanlääkinnän yhteydessä psykoterapiasta.

mattomassa keskustelussa. Ratkaisuksi ongelmaan esitetään epävirallisten hoitajien rekisteröintiä tai virallistamista. Epävirallisten hoitojen kannalta sääntelyssä tulee määritellä epävirallisten hoitajien oikeudet ja velvollisuudet sekä heidän suhteensa viralliseen terveydenhuoltoon.

Terveydenhuoltojärjestelmä Suomessa on vakiintunut asiantuntijajärjestelmä ja ammatillinen diskursiivinen käytäntö. Epävirallisen hoidon virallistaminen edellyttäisi terveydenhuoltojärjestelmältä sopeutumista uudenlaiseen tilanteeseen, joka uhkaisi diskursiivisen käytännön jatkuvuutta. Epävirallisille hoidoille vakiintumaton ja epäselvä yhteiskunnallinen asema, jota uhataan virallisilla, ammattitoimintaa rajoittavilla säädöksillä, on haastava. Lääketieteen diskurssi on rajattu, ei yleinen diskurssi. Sitä voi täydessä mitassaan käyttää vain terveydenhuollon ammattilainen, erityisesti lääkäri, johon terveyttä koskeva asiantuntijavalta kulminoituu. Lääkäri on klassinen esimerkki asiantuntijavallasta sinänsä.

Epävirallisen terveydenhoidon diskurssi sen sijaan on yleinen ja määrittynyt Suomessa erillisenä terveydenhuollosta. Kuka vain voi käyttää sitä täydessä mitassaan (puheessa, opetuksessa, identiteettinä, itsehoitona, ammattina), rikkomatta lakia tai sosiaalista tapaa. Tästä johtuen eri hoitomuotojen kouluttautuneet edustajat haluavat virallistaa koulutuksensa, ammattijärjestönsä ja asemansa terveydenhoidon ammattilaisina. Suojaamaton, yleinen diskurssi ei estä väärinkäytöksiä edes periaatteellisen tasolla (Foucault 2005, 91–92). Valelääkäritapaukset osoittavat, että käytännössä mikä tahansa sääntö on huijarille vain toiminnan kehys. Epävirallisille hoidoille hyvin kriittisen SMTHL:n lausunto toteaa, että ”[p]otilasturvallisuuden paras tae on pätevästi koulutettu ja viranomaisvalvottu terveydenhuollon ammattilainen” (SMTHL 2009b). Samaa peräänkuuluttavat monet epävirallisten hoitojen järjestöt (esim. Klassisen Akupunktion yhdistys ry 2008; LKL 2009), mutta puuttuu avoin debatti siitä, millainen koulutus on pätevää. Hierojan ammattitutkintoa pidetään aineistossa esimerkkinä, miten hoitomuotojen koulutus virallistetaan (esim. Ojala 2009). Moni hoitomuoto ja LKL ovat asettaneet hoitajille koulutuskriteerit ja pätevyysvaatimukset, mikä on siemen epävirallisten hoitojen diskurssin rajaamiselle. Kuitenkin kentän hajanaisuus tekee omavalvonnasta vaikeaa. LKL on alan kattojärjestö, johon monet yhdistykset eivät kuitenkaan kuulu.

Kutsuessaan LKL:n työryhmään viittaako STM järjestöön asiantuntijana vai ainoastaan työryhmään demokratian nimissä kuuluvana asianosaisena? Työryhmän toimeksiannossa

todetaan yhdeksi tehtävistä: ”kuulla asiantuntijoita ja vaihtoehtohoitojen edustajia” (STM 2008a). Eronteko ”asiantuntijoiden” ja ”vaihtoehtohoitojen edustajien” välillä jättää auki, minkä alan asiantuntijoista lausuma puhuu tai miksi vaihtoehtohoitojen edustajat mainitaan erikseen. Suomalaisen virallisen järjestelmän sisällä ei ole kriteereitä vaihtoehtohoidon asiantuntijuudelle – ne ovat *epävirallisia* hoitoja. Virallinen taho legitimoii asiantuntijuuden. Ehkä tämä selittää jaon asiantuntijoihin ja edustajiin. Puheessaan vaihtoehtohoitoja käsittelevässä seminaarissa juuri työryhmää asetettaessaan sosiaali- ja terveysministeri Paula Risikko lyhensi ilmaisun muotoon ”kuulla asiantuntijoita” (Risikko 2008, 5). Ovatko ministerille myös vaihtoehtohoitajat asiantuntijoita?

”Käytännössä ei ole mahdollista rakentaa vaihtoehtohoitojen kenttää kattavaa toiminnan asianmukaisuutta arvioivaa viranomaisvalvontaa ilman merkittäviä lisävoimavaroja ja monipuolisen asiantuntijuuden hankkimista valvoville viranomaisille.” (STM 2009, 54) Mitä olisi ”asiantuntijuuden hankkiminen” vaihtoehtohoidoista? Ei ole olemassa määriteltyä vaihtoehtohoitojen asiantuntijuutta. Koska eri hoitomuotojen tuntemusta usein on vain niiden harjoittajilla, raportti päättyy toteamaan: ”eri vaihtoehtohoitomuotoja edustavien yhdistysten suorittama jäsentensä toiminnan valvonta näyttäisikin olevan varteenotettava vaihtoehto”. Jätetään toteamatta, että hoitojen ”edustajat” olisivat ”asiantuntijoita”. Hoitojen edustajia kutsutaan asiantuntijoiksi kuitenkin raportin kohdassa, jossa hoitomuotojen rekisteröintiä pohditaan:

”Olisi myös pohdittava työryhmässäkin esiin nostettua kysymystä siitä, onko esityksen mukainen vaihtoehtohoitoja antavien jakaminen kahteen kategoriaan (rekisterissä olevat ja muut) perusteltua tilanteessa, jossa kaikilla hoitumuodoilla (joita on mahdollisesti jopa useita satoja) ei olisi omia yhdistyksiään ja alansa koulutuksen asiantuntijoita.” (STM 2009, 66.)

Tässä sanotaan, että joillakin hoitumuodoilla on alansa koulutuksen asiantuntijoita. Epäsuorasti kansainväliseen tilanteeseen verraten hoitojen asiantuntijuus todetaan myös puhumalla hoidot ”parhaiten tuntevista tahoista”:

”Monissa länsimaissa vaihtoehtohoitoja antavien rekisteriä pitävät eri vaihtoehtohoito-muotoja edustavat professiot itse, jotka myös määrittelevät rekisteriin pääsyn koulutus- ja mahdolliset muut vaatimukset. Koulutuksen riittävyttä arvioivat tällöin kyseistä vaihtoehtohoidon aluetta ja sen koulutuksia parhaiten tuntevat tahot.” (STM 2009, 56.)

Virallisen terveydenhuollon ammattikorkeakoulututkintojen tavoitteista todetaan muun muassa: ”Opintojen yleisenä tavoitteena on antaa opiskelijalle laaja-alaiset käytännölliset perustiedot ja -taidot sekä niiden teoreettiset perusteet asianomaisen alan asiantuntijatehtävissä toimimista varten”. (STM 2009, 33.) Näin voi olettaa, että nyt



epävirallisten hoitojen koulutuksien virallistaminen johtaisi vastaavanlaisiin määritelmiin hoitojen asiantuntijuudesta, mikä mahdollisesti haastaisi terveysalan asiantuntijuusmonopolia, joka nykyisin lankeaa virallisen terveydenhuollon ammattilaisille, erityisesti lääkäreille, mutta myös muiden ammattinimikkeiden haltijoille.

Eriävä mielipide puhuu luontaishoitojen asiantuntijoista: ”Lakiehdotus ei myöskään perustu hyvän hallintotavan mukaiseen tasapuoliseen asiantuntijoiden kuulemiseen. Ehdotuksistamme huolimatta työryhmä ei kuullut yhtään luontaishoitojen asiantuntijaa” (STM 2009, 68). Yksi harvoista asiantuntijaksi nimetyistä henkilöistä raportissa on Anna-Liisa Enkovaara luontaistuotteiden ja lääkkeiden suhteen; eriävä mielipide taas nimenomaan kiistää kokonaisella liiteasiakirjalla Enkovaaran asiantuntijuuden tällä alalla (STM 2009, liite 1). Toisaalta jako asiantuntijoihin ja edustajiin ilmaistaan myös eriävässä mielipiteessä, mutta oletettavasti viranomaisdiskurssin sattumanvaraisena toistona: ”työryhmä teki kirjallisen kyselyn - - eri terveydenhuollon järjestöille ja asiantuntijatahoille, sekä muutamille luontaishoitomuotojen edustajille” (STM 2009, 69).

Terveydenhuoltojärjestelmän näkökulmasta epävirallisilta hoidoilta puuttuu instrumentaalis-tieteellinen tieto tai ainakin tiedon tieteellisyys ja koulutuksen systemaattisuus on kyseenalaista. Koululäketiede varaa oikeuden määritellä, millä terveysalan toimijoilla on hallussaan pätevää instrumentaalis-tieteellistä tietoa. Asiakkaiden kontrollin tieto, jota epävirallisilla hoidoilla on, voidaan nähdä kritiikin aiheeksi, keskeiseksi potilasturvallisuusuhaksi: harhaanjohtavaksi mainonnaksi tai oikean lääketieteellisen hoidon sivuuttamisen syyksi. Siksi epävirallisten hoitojen asiantuntijaetiikka kyseenalaistetaan. Epävirallisen kentän tavoitteleva työmarkkinoiden kontrolli, virallistetut velvollisuudet ja oikeudet, ei terveydenhuollon näkökulmasta sille kuulu. (Ks. Pirttilä 1994, 68.) Tai sitten epäviralliset hoidot kuuluvat toisille työmarkkinoille kuin terveydenhuolto. Kun epävirallisilta hoidoilta evätään pääsy terveystarkkinoille, niitä voidaan kutsua uskomushoidoiksi tai ”viihteeksi” (STM 2008ko5, 3) erotuksena vakavasta ammattitoiminnasta ja rationaalisesta hoidosta.

Työ- ja elinkeinoministeriö (TEM 2009) ja Kuluttajavirasto (2009) kannattavat alan mahdollisimman nopeaa laajaa sääntelyä, jotta vaihtoehtohoitojen valvonta annettaisiin terveydenhuollon viranomaisille. TEM toteaa, että hoitojen turvallisuus vaatii ”asiantuntemusta terveydenhuollon valvonnasta”, ei ”kuluttajapalveluiden valvontaosaamista”.

Myös LKL:n vaatimus on ottaa epäviralliset hoidot ja niiden valvonta terveydenhuollon järjestelmään. (STM 2009, 71.) Voiko terveydenhuollon viranomainen tai lääkäri esiintyä epävirallisten hoitojen asiantuntijana? Heille rooli lankeaa helposti, koska he ovat erityisasemassa suhteessa terveyden määrittelyyn, joka on myös epävirallisten hoitojen alaa. Kuitenkaan terveydenhuollon asiantuntijuus ei sisällä opintoja tai kokemusta epävirallisista hoidoista, mistä LKL huomauttaa (STM 2009, 68). Pitäisikö poliittisessa päätöksenteossa käyttää puolueettomia asiantuntijoita? STM:n työryhmässä puolueettomia asiantuntijoita ei ollut. Työryhmän jäsenet olivat terveydenhuollon tai epävirallisten hoitojen edustajia tai mukana viran puolesta ei-asiantuntijana. Jollei lääkäri tai homeopaatti, kuka voisi olla puolueeton asiantuntija epävirallisen terveydenhoidon sääntelyn suhteen? Kenellä on asiantuntijuuteen vaadittava koulutus ja tietotaito – juristilla tai terveystieteologilla? Jää kysymykseksi, miten epävirallisen terveydenhoidon asiantuntijuus Suomessa määrittyy tai kuka voi ottaa sen roolin poliittisessa keskustelussa.

Ero terveydenhuollon ja epävirallisen hoidon välillä voidaan perustella myös virkamiesvallan kehällä: koska epävirallisia hoitoja ei virallisesti ja lain kannalta ole, voidaan alan pyrkimys asiantuntijuuden osoittamiseen sivuuttaa. Asiantuntijan on tultava viralliselta alalta. Epäviralliselle hoidolle ei näy löytyvän paikkaa. Virallinen puolikin tunnustaa (STM 2009, 56; Terveydenhuollon järjestöt 2009) rajojen huokoisuuden: epävirallinen hoitomuoto, joka todetaan kliinisessä käytännössä ja/tai tieteellisessä tutkimuksessa toimivaksi, otetaan tai ainakin sen instrumentaalisi-tieteellinen tieto otetaan osaksi terveydenhuollon ammatillista toimintaa. Voimakkaasta eronteosta huolimatta epävirallisia hoitoja usein verrataan juuri terveydenhuollon hoitoihin niiden hyödyllisyyden tai haitallisuuden suhteen tai tutkimuksen tarpeen/tavan suhteen<sup>34</sup>. Jollain tapaa totaalinen eronteko terveydenhuollon ja epävirallisten hoitojen välillä voi olla salliva ratkaisu, jos samalla jätetään epävirallisten hoitojen harjoittamisen vapaus. Rajoittavampaa kulttuurisen moninaisuuden näkökulmasta voi olla, jos epävirallinen terveydenhoito säädellään tiukasti ja alistetaan pala kerrallaan näytön perusteella terveydenhuoltoon.

Aineistossani käy ilmi, että jos lainsäädäntö luo vaikutelmaa epävirallisesta hoidosta terveydenhuollon osana, on se terveydenhuollon asiantuntijuuden kannalta asiantuntija-

---

34 Tutkijan mieleen nousee kysymyksiä: Jos pyrkimys on, ettei ”vahvisteta osana”, ovatko epäviralliset hoidot jo nyt heikosti osa virallista terveydenhuoltoa? Miten alan täydentäjä voi olla siitä täysin erillinen? Jos jotakin koulutusta ei virallisteta, mikä muu taho kuin kouluttaja itse voisi määrittellä pätevyyttä? Onko kulttuurilla itsemäärittelyn oikeus? Mikä on ammatillisen kokemuksen ja siinä todettujen hyötyjen arvo näyttönä?

etiikalle ongelmallista ja väärää asiakkaiden kontrollia. Keskeinen ongelmakohta on, hyväksyykö yhteiskunta vaihtoehtoisten tai täydentävien lääkintöjen asiantuntijuutta terveysalalla. Jos ei, onko se silloin minkäänlaista asiantuntijuutta? Virallisia, laissa määriteltyjä kriteereitä epävirallisen terveydenhoidon koulutuksista tai ammattipätevyydestä ei Suomessa tunneta. On kansainvälisiä ”intensiivisiä socialisaatioita” (Evans 2008), joilla tuotetaan vaihtoehtoisen ja täydentävän hoidon asiantuntijuutta (esimerkiksi saksalainen homeopaattisen lääkärin yliopistotutkinto). Joissakin maissa ne ovat virallisia asiantuntijusprofessioita, Suomessa eivät. Valtion laitosten tai ministeriön asettamissa työryhmissä (TEO:n vanhempi ja STM:n uudempi) epävirallisen kentän edustajat kuitenkin on otettu huomioon jo vuosikymmeniä. Onko heidät huomioitu asiantuntijoina vai vain asianosaisina? Tilanne on epävirallisen kentän kannalta hämmentävä.

Eronteosta huolimatta terveydenhuollon ja muiden hoitojen avointa dialogia kannatetaan yleisesti myös terveydenhuollon puolella (esim. STM 2009, 57). Dialogin avoimuus Suomessa harvoin toteutuu, pääosin koska terveydenhuollon taholta epävirallisia hoitoja ei pidetä menetelmiltään pätevinä ja niiden asiantuntijaetiikkaa ja asiakkaiden kontrollia epäillään vääristyneiksi. Kansanterveyden kannalta mielekkäimmän terveystalouden muodostuminen on ihanne, jonka lähestymiseksi eri terveystalouksien edustajien tulisi kyetä laajaan ja avoimeen dialogiin. Itä-Suomen lääninhallituksen lausunto on harvinainen virallisen tahon lausunto todetessaan STM:n raportin jälkeenkin: ”Asian laajempi revisio vaatii - - pidempää - - keskustelua eri intressitahojen kesken, mitä - - eriävä mielipide selkeästi peräänkuuluttaa.” (Itä-Suomen lääninhallitus, 2009.) Dialogi on toistaiseksi joko puuttunut tai ollut liian suppean piirin sisällä. Virallisen terveydenhuollon harjoittajien asenteita ja heidän vaihtoehtoahoitoja koskevaa (tiedollista) koulutustaan haluaisivat muuttaa eräät vaihtoehtoahoitojärjestöt (mm. Klassisen Akupunktion yhdistys ry 2008), mutta lisäksi Suomen Reumaliitto (2008; 2009), sekä asenteita Evira (2009)

Dialogin vaikeus näkyy, kun STM johdonmukaisesti vaikenee LKL:n aloitteista, kuten esitetystä tieteellisestä näytöstä epävirallisten hoitojen vaikutuksista tai dokumentoimattomien potilasturvallisuusongelmien kyseenalaistuksesta lainsäädännän lähtökohtana. Tätä on pidettävä tietoisena valintana. Miksi LKL ylipäänsä otettiin työryhmään? Suomalaisessa yhteiskunnassa ei voi tehdä päätöksiä suuren ammattialan työskentelyn rajoituksista ilman alan osallistumista. Määrittelykamppailua ei voi täysin vaientaa, mutta sitä ei tarvitse kuunnella. Määrittelykamppailun yksittäisiä käsitteitä koskevat mikrokiistat

liittyvät intertekstuaalisiin, instanssien välisiin yhteyksiin, jotka määräävät eri tahojen lausumissaan käyttämien käsitteellisten valintojen reunaehdoista. Koska määrittelykamppailussa monet eri sosiaaliset kontekstit kohtaavat ja törmäävät, myös käsitteitä käytetään hyvin eri tavoin. Terveystieteiden ammattilaisille käsitteet terapia ja potilas ovat eri tavalla kriittistä tarkastelua vaativia kuin epävirallisten hoitojen edustajille. Yhteistyö lääkärin kanssa on ilmaus, joka koskettaa molempia osapuolia, mutta niiden suhde sen merkityksiin on erilainen. Mikrokiistoilla käsitteistä pyritään torjumaan oman aseman makrotason epäjatkuvuutta. Käsitteiden rajaaminen vain tietyn ammattiryhmän käyttöön on myös tapa tuottaa diskurssien erikoistumisinstansseja. Rajaus tapahtuu sosiaalisessa käytännössä vain, jos rajaus ylittää mesotason keskustelusta makrotason yhteiskunnalliseksi päätökseksi, eli virallisen lainsäätäjän tai muulla tavoin valtaa pitävän rajausinstanssin lausumaksi. Muiden, kuten tutkijoiden tai ammattiryhmien itsensä lausumina käsitteiden käytön rajaukset ovat vasta määrittelykamppailua.

### **4.3 Näyttöön perustuvuus, näyttö ja näytön puute**

Näyttöön perustuva lääketiede on englannin käsitteestä *Evidence-Based Medicine* käännetty termi, jolla tarkoitetaan lääketieteellisiä hoitokäytäntöjä, joiden tehokkuus tiettyissä sairaustiloissa tai oireissa on tieteellisillä, yleensä kaksoissokkotutkimuksilla näytetty toteen. Käypä hoito, josta usein Suomessa puhutaan, perustuu juuri EBM-periaatteelle. Kaikki lääketieteen menetelmät ja käytännöt eivät perustu näyttöön (ks. s. 48), jos näyttö tarkoittaa satunnaistettuja kaksoissokkokokeita ja laajaan tutkimuskirjoon tehtyjä meta-analyysyjä. Näyttöön perustuvaa voi olla paitsi lääketieteellinen hoitokäytäntö, myös esimerkiksi päätöksenteko. Englanniksi puhutaan näyttöön perustuvasta politiikasta (*Evidence-Based Politics*, ks. Millie 2009, 2).

Aineistossani näyttöön perustuvuutta vaaditaan epävirallisilta hoidoilta, joilta se useammin kuin virallisen lääketieteen menetelmiltä puuttuu. Ilman näyttöä hoidon tehosta sen hyöty on kyseenalainen. Potilasturvariskit ovat toinen syy kyseenalaistaa epäviralliset hoidot ja perustella niiden sääntelyn, erityisesti rajoittamisen tarvetta. Tässä kohden lääketieteen ja politiikan käytännöt näyttävät samojenkin tahojen lausunnoissa suhtautuvan päinvastaisin tavoin näyttöön. Näyttöön perustuvan politiikan periaatteen mukaisesti potilasturvariskit tulisi osoittaa tutkimustiedolla. Kuitenkaan epävirallisten hoitojen potilasturvariskeistä Suomessa ei ole tieteellisiä tutkimuksia eikä siten näyttöä.

Vaatimus hoitojen käytön rajoittamisesta ei siis täysin perustu näyttöön.

STM:n raportissa näyttöönperustuvuuteen viitataan muutamissa kohdin. Kahdesti todetaan (STM 2009, 13 ja 56), että vaihtoehtohoidot otetaan viralliseen terveydenhuoltoon, jos niistä on tutkimusnäyttöä, ja että EU:n suosittelee ottamaan näyttöön perustuvat CAM-hoidot huomioon (STM 2009, 41, 80). Vaihtoehtoterapeuttien asenteista raportti toteaa:

”Väitteitä vaihtoehtohoitoa soveltavien terveydenhuollon ammattihenkilöiden kielteisestä asenteesta muualla määritettyä lääketieteellistä hoitoa kohtaan esitetään useamminkin, mutta asiasta on yleensä vaikea saada jälkikäteistä näyttöä potilasasiakirjamerkintöjen puuttuessa ja osapuolten esittäessä asioista ristiriitaisia lausumia.” (STM 2009, 45.)

Mikä on ”potilasturvallisuuden kannalta keskeistä” (STM 2008m), riippuu näkökulmasta, joka potilasturvallisuuteen otetaan. Sydänliiton (Suomen Sydänliitto 2008) kannalta keskeistä on, että sydäntautipotilaat eivät jää vaikuttavan lääketieteellisen hoidon ulkopuolelle tai saa komplikaatioita lääkkeiden luontaistuotteiden yhteisvaikutuksista. Homeopaattisen hoidon potilasyhdistykselle (2008; 2009) ongelma virallisen terveydenhuollon kielteinen, jopa vihamielinen suhtautuminen vaihtoehtoihin ja täydentäviin hoitoihin, jolloin sekä homeopaatin että lääkärin vastaanotoilla käyvä henkilö ei koe voivansa kertoa homeopaattisesta hoidostaan lääkärille. Kiropraktikkojen (Suomen Kiropraktikkoliitto 2008b; 2009) ongelma on kouluttamattomien ”kiiropraktikkojen” (lainausmerkit heidän) aiheuttamat riskit selkärangan manipulaatiossa, jonka koulutettu kiiropraktikko tekee turvallisesti. SMTHL (SMTHL 2008) pitää uskomushoitojen ongelmana taloudellista, seksuaalista, emotionaalista hyväksikäyttöä ja psykoosialttiiden mielenterveyspotilaiden hoitoa okkulttisten tai rationaalille maailmankuvalle vieraiden ideologioiden nimissä. Eräs kiinalaisen lääketieteen yhdistys nimeää potilasturvaongelmiksi ”luontaishoitajan työuupumuksen” silloin kun ”ei ole varaa pitää lomaa” esimerkiksi alv:n tullessa ”kohtuuttoman suureksi taakaksi”, terveydenhuollossa tarjotut riittämättömät akupunktio-pikakurssit sekä ”luontaishoitajan asenteellisuuden koululääketiedettä kohtaan” (Neijing 2008). Harhaanjohtava mainonta mainitaan usein ongelmaksi vaihtoehtohoitojen kentällä<sup>35</sup>. Terveydenhuollon ammattijärjestöille ja muillekin (esim. Terveydenhuollon järjestöt 2009) ongelma on, jos vaihtoehtohoitojen asiakas lopettaa lääketieteellisen hoidon tai hoito viivästyy vaihtoehtohoitajan suosituksesta. Muun muassa Suomen Homeopaattit ry (2008) korostaa, että heidän ammattietiikkaansa kuuluu varmistaa, että asiakas saa tarvittavan lääketieteellisen hoidon

35 Esim. Kuluttajavirasto 2009; STM 2009, 50, 53, 60; Suomen Puheterapeuttiliitto 2009, Tieteellinen Hypnoosi 2009; Suomen Psykiatriyhdistys 2009; Suomen Psykologiliitto 2009; THL 2009; STM 2008ko5.

eikä lopeta sitä.

Luetelluista riskeistä ei ole riittävästi tutkimuksia tai dokumentteja. Työryhmä tai kyselyvastaukset eivät juuri tuottaneet tietoa. Esimerkkejä mainituista riskeistä voi koota seuraavasti (ks. STM 2009, luku 5.2): 1) Mainonnan ja markkinoinnin sääntöjen rikkominen, harhaan johtaminen. 2) Tehoton vaihtoehtohoito viivästyttämässä lääketieteellisen diagnoosin ja hoidon saamista. Monet epävirallisten hoitomuotojen edustajat toteavat ohjaavansa asiakkaat lääkärin luo vakavissa sairaustilanteissa. On siis kyse etiikasta ja alojen yhteistyöstä. 3) Ainakin syöpähoitojen yhteydessä on todettu luontaistuotteiden sekoittavan laboratorioarvoja niin että hoitoja ei ole voitu jatkaa suunnitellusti. 4) Erityisryhmien ongelmat: Raiskauskriisikeskus Tukinainen mainitsee ne, jotka ”kulttuuritaustansa vuoksi eivät täysin ymmärrä suomen kieltä”; psyykkisten hoitojen erityisriskit psykoosialttiiden kohdalla. 5) Seta ry mainitsee homoseksuaalien kristillisistä eheytyshoidoista, jotka ovat psykososiaalisesti vahingollisia ja epätieteellisiä. Eheytyshoidot voivat vaikeuttaa seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen edustajien kristillispohjaista terapeutista avunsaantia myös silloin kun he eivät etsi apua seksuaali- tai sukupuoli-identiteetin kysymyksiin. (Seta 2009.)

Lisäksi muita yksittäisiä väärinkäytöksiä tai hoitovirheitä epävirallisella puolella on dokumentoitu. Tunnettu tapaus (STM 2009, 45) on Kuhne-kylvyissä Pohjanmaalla kuollut lapsi. Apteekkariliiton matolääkehoitaja-anekdootti (Suomen Apteekkariliitto 2008) on esimerkki viralliselle terveydenhuollolle oudoista käytännöistä, joita muissa hoidoissa toisinaan tavataan: terapeutti määräsi asiakkailleen eläinten matolääkkeitä loisia vastaan (Suomen Apteekkariliitto 2008). Suomen Psykologiliitto ry ja Suomen Mielenterveys- hoitoalan liitto viittaavat tapauksiin, joissa vaihtoehtoterapeutti on hyväksikäyttänyt asiakasta seksuaalisesti ja/tai taloudellisesti (Suomen Psykologiliitto 2008; SMTHL 2008). Onko kyse samoista tapauksista? Ovatko ne julkista tietoa? Liittyykö niihin oikeusasiakirjoja tai muita aineistoja? Ongelma ei liene hoitojen sinänsä vaan on kyse erityistapauksista, rikollisista yksilöistä. Aivan eri tutkimuksen aihe on, onko epävirallisen hoidon alalla erityisen paljon rikollisia yksilöitä. Lisäksi SMTHL varoittaa hoidoista, joissa tajuntaan vaikutetaan maagisin tai irrationaalisin keinoin (tapauksia tai hoitomuotoja ei nimetä). Tutkittua tietoa tai empiiristä aineistoa potilasturvaongelmien tutkimuksia varten ei STM:n raportin perusteella ole valmiina olemassa. Ainoana potilasturvaongelmien tutkimuslähteinä raportissa viitataan kahteen Suomen

Lääkärilehden artikkeliin hypnoosin ongelmista (Laitinen & al. 2006; Lauerma 2001).

Vaikeasti tutkittavia potilasturvallisuusriskejä ovat mahdolliset hyväksikäyttötilanteet, joista epävirallisten hoitojen asiakkaat valituskanavien puuttuessa tai esimerkiksi emotionaalisen alistuneisuutensa vuoksi eivät millekään taholle ilmoita. Hämäriksi jäävät tapausesimerkit ja ovat huono tuki julkisen keskustelun argumentaatiolle ja demokraattiselle, avoimelle ja läpinäkyvälle päätöksenteolle. On vaikea arvioida kuinka laajasta ongelmasta on kysymys. Puuttuvan tiedon perusteella ei voi tehdä päätöksiä epävirallisen terveydenhoidon koko kentän sääntelystä. STM:n raportti ei selitä puutetta, vaikka riskit olivat työryhmän päähuomion kohde (STM 2008b, 3). Kuitenkin työryhmä näyttää antavan epäselviksi jääville tapauksille suuren painoarvon lakiesityksensä perusteena ja lain pykälien muotoilua suuntaavana tietona. Niinpä on epäselvää, mitä säädellään (käsitettä vaihtoehtohoito ei määritellä, eikä sen alaan kuuluvia hoitoja erotella; ei määritellä, mitä kaikkea epävirallista terveydenhoitoa säädellään), miksi säädellään (potilasturvallisuusriskit, jotka ovat työryhmän kyselyn keskeinen aihe, jäävät pääosin epäselviksi ja dokumentoimattomiksi), miten säädellään (laissa on lukuisia ongelmakohtia ja sen lähtökohtiakin on kritisoitu), tai milloin säädellään (STM:llä on resurssipula).

Suhteutettuna asiantuntijatiedon aloihin (ks. Pirttilä 1994, 168) mainitsemistani potilasturvariskeistä 1 ja kohdasta 5 ainakin Setan esimerkki voidaan nähdä asiantuntijaetiikan puutteena ja asiakkaiden kontrollin väärinkäyttönä. Ongelmat 2–4 ja monet kohdan 5 epäilyistä johtuvat instrumentaalisen-tieteellisen tiedon puutteesta. Ongelmat kokonaisuutena voidaan nähdä perusteena evätä epävirallisilta hoidoilta työmarkkinakontrolli. LKL on kritisoinut tätä työryhmässä ja raportin eriävässä mielipiteessä. Sen mukaan potilasturvallisuus vaarantuu pahemmin terveydenhuollossa, joten ei ole syytä kohdella ”luontaishoitoja” toisin (LKL 2008; STM 2009, 69–71). LKL haastaa terveydenhuollon yksinoikeuden terveysalan asiantuntijatietoon ja työmarkkinoiden kontrolliin.

”Koska on mahdollista, että vastaukset perustuvat enemmän ennakkoluuloihin kuin asiantuntijuuteen, on kyselyn validiteetti yhtä kuin nolla”, kirjoittaa Klassisen akupunktion yhdistys ry (2008, 4). Tämä on valitettavasti realistinen kritiikki työryhmän työskentelystä. Ennakkoluuloihin saattavat perustua kenen tahansa kyselyyn vastanneen argumentit. Harva antoi lähteitä väitteilleen. Todennäköisesti työryhmä on kyennyt löytämään ja nimeämään potilasturvallisuuden ongelmat kiitettävästi. Voi kuitenkin





lähdeluetteloita hoidon tieteellisestä evaluaatiosta tai argumentoida tutkimuslähteillä (esim. SKILL 2008; Homeopaattisen hoidon potilas-yhdistys ry 2008; Nordisk Samarbeidskommittén för icke-konventionell medicin 2008; vrt. Stakes 2008). Suomen luontaisterveyden liitto ry:n vastaus (SLTL 2008) STM:n kysymykseen ”5.) Mitä muuta haluaisitte tuoda esille vaihtoehtohoitoihin liittyen?” on viisisivuinen essee, joka medikaalianthropologista näkökulmaa tavoitellen argumentoi eri hoitoperinteiden yhteistyön, potilaslähtöisen hoitamisen ja täydentävien-vaihtoehtoisten hoitojen tutkimuksen puolesta. Riitta Juntunen liittyy kyselyvastaukseen (Juntunen 2008) vuonna 2007 tekemänsä kyselytutkimuksen Päijät-Hämeestä, josta käy ilmi, että alueen terapeuteista yli 80 %:lla oli terveydenhuollon peruskoulutusta vähintään 200 tuntia ja yli puolella oli terveydenhuollon ammatillinen pätevyys. Myös refleksologi Katja Meritähti (Meritähti 2008) viittaa Juntusen kartoitukseen.

Suomen Homeopaatit ry:n ja Pohjoismainen Homeopaattiyhdistys ry:n yhteisessä kyselyvastauksessa (Homeopaatit 2008) liitteenä on tiivistelmä homeopatian tutkimuksista. Pohjoismainen Homeopaattiyhdistys (2008) kommentoi myös toisessa lausunnossa Tehy:n uskomushoitokriittistä kannanottoa (Terveydenhuollon järjestöt 2008) perustellen argumenttejaan tutkimusviittein. Usean yksityishenkilön, joiden joukossa biokemian professori Anu Mäkelä, oma-aloitteisessa lausunnossa viitataan muun muassa Cochrane-tietokantaan, jonka mukaan koululääketieteen menetelmistä 40 % ja täydentävistä tai vaihtoehtoista hoidoista 30 % on todennettu tutkimuksin toimiviksi (Hiilamo & al. 2008). Suomen Kiropraktikkoliitto (2008b) liittyy kommenttiinsa tutkimusnäyttöä kiropraktiikasta. Kommentti tosin ei ole vastaus STM:n kyselyyn, vaan jatkoa liiton pidemmälle keskustelulle Opetusministeriön ja STM:n kanssa kiropraktiikkakoulutuksen virallistamisesta, jota ministeriöt eivät olleet puoltaneet.

Myös LKL:n Eriävä mielipide painottaa tutkimuksen tärkeyttä (STM 2009, liitteet 2 ja 3). Vaiheessa 2, vuoden 2009 lausunnoissa STM:n lakiehdotukseen useimmat epävirallisten hoitojen edustajat pitäytyvät lain ja/tai työryhmän toiminnan kommentoinnissa. Kansanlääkintäseuraa (Kansanlääkintäseura 2009) lukuun ottamatta monikaan ei prosessin vaiheessa 2 esitä STM:lle tutkimuslähteitä alansa tehosta. Kansanlääkintäseura pyrkii osoittamaan tutkimuksin jäsenkorjauksen tehokkuuden ja sen, että koululääketiede tarvitsee perinteisiä hoitomuotoja rinnalleen. LKL:n lausunto (LKL 2009) viittaa tutkimuksiin, joissa syöpäpotilaat kyselyjen perusteella haluavat mahdollisuuden käyttää

myös koululääketieteen ulkopuolisia menetelmiä osana hoitoaan. Suomen musiikki-terapiayhdistys (2009) viittaa alaansa koskeviin Cochrane-katsauksiin argumentoidessaan, ettei musiikkiterapia ole vaihtoehto hoitoon vaan virallista terveydenhuollon psykoterapiaa.

LKL:n Eriävän mielipiteen liitteenä (STM 2009, liite 3) on kahdeksan Suomessa käytetyimmän hoitomuodon esittelyt tutkimuslähteineen (antroposofinen lääketiede, aromaterapia, kasvilääkintä, homeopatia, Kajava-terapia, jäsenkorjaus, kiinalainen lääketiede ja vyöhyketerapia). Tutkimusviitteet painottuvat hoitoja tehokkaiksi arvioiviin lähteisiin, joskin ainakin homeopatian kohdalla vallitseva tieteellinen kiista todetaan. Tutkimuslähteille analogisesti Hypnoosiliitto ry liittää kannanottoonsa, jota STM ei ollut pyytänyt, useiden hypnoosia työssään käyttävien ei-terveysalan ammattilaisten lausunnot hypnoosin merkityksistä muualla kuin terveydenhuollossa. Liiton motiivi on jakaa STM:n työryhmälle tietoa hypnoosin käytöstä, koska liitto epäilee työryhmän saaneen yksipuolista tietoa Hannu Lauermalta. Hypnoosiliitto kommentoi myös sitä, että kysely lähetettiin vain Tieteellinen hypnoosi ry:lle, eikä heille. (Hypnoosiliitto 2008b.)

Tutkimuslähteillä halutaan osoittaa, että lausunnossa edustettu hoitomuoto on tieteellisen näytön nojalla virallistettavissa. Strategian logiikka ja päämäärä on, että näyttöön perustuvan hoitomuodon ja siihen valmistavan koulutuksen on saatava samanlainen tai samanarvoinen yhteiskunnallinen ja laillinen asema kuin nykyisillä terveydenhuollon hoidoilla ja koulutuksilla. Strategialla lausunnonantaja asettaa itsensä asiantuntijan asemaan ja/tai vetoaa ulkopuoliseen tieteelliseen asiantuntijuuteen ja näin pyrkii määrittelemään uudelleen virallisuuden rajoja. Oletetaan, että virallinen taho joutuu reagoimaan tieteellisiin tutkimuksiin myöntämällä niiden totuudellisuus tai kumoamalla ne, mutta tällaista keskustelua aineistossani ei käydy. Virallinen taho, lausuntojen vastaanottaja, ei ottanut lähetettyjä tutkimusaineistoja huomioon raportissa tai lakiehdotuksessa, eikä niitä referoitu raporttia edeltävien lausuntojen yhteenvedossa tai raporttia kommentoivien lausuntojen referaatissa. Näyttöä voi vastustaa kumoamalla lähteet – tai kovakorvaisesti vaikenemalla ja sivuuttamalla, mitkä aineistossa ovat virallisen tahon suhtautumisia epävirallisen hoidon edustajien tutkimuslähteisiin. Näin tieteellisen argumentaation velvoittavuuden voi kiertää. Muutoin mielipiteet, joita lausunnoissa esitetään, otetaan raportissa huomioon melko kattavasti.

Vaikeneminen voi liittyä käsitykseen, ettei epävirallisista hoidoista ole tutkimuksia. Suomalaisen virallisen terveydenhuollon näkökulmaa kuvastaa se, että ainakin Tampereen yliopistollisen sairaalan (TAYS 2008) kyselyvastaus esittää, ettei vaihtoehtohoitojen toimivuudesta ja riskeistä ole tutkimustietoa. STM:n raportti viittaa tutkimuslähteisiin niukalti, eivätkä viitteet edusta uusinta tutkimusta. Esimerkiksi raportti viittaa teokseen *Hoitotiede 1987* ja sen artikkeliin (Meriläinen, 1987) jossa määritellään virallinen terveydenhuolto ja epävirallinen terveydenhuolto (kursiivi minun). Viite osoittaa, että käsitteellinen eronteko epäviralliseen ja viralliseen terveysalaan on nuori ja vasta hetki sitten vakiintunut. 1980-luvun lopussa huollon ja hoidon erottelu ei ole ollut niin selvää.

Virallisen tahon edustajista poikkeuksellisesti Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes liitti kyselyvastaukseensa (Stakes 2008) esimerkkejä tutkimustiedon saatavuudesta, mikä tukee vaikutelmaa Stakesista tutkimuslaitoksena ja toisaalta korostaa Stakesin neutraalin tieteellistä roolia epävirallisen hoidon kysymyksessä. Kirkon tutkimuskeskus viittaa lyhyesti medikaaliantropologiaan typologioihin (Kirkon tutkimuskeskus 2008). Kela (2009) toteaa, että vaihtoehtohoitajien ja terveydenhuollon välinen tiedonvaihto tulisi ”luoda niin tarkaksi, että olisi mahdollista tehdä tilastointia hyödyistä ja haitoista sekä suorittaa tutkimustyötä kustannus-seurantoinen” – harvinainen ehdotus alan tutkimuksen käytännön toteutuksesta.

Näytöllä on vaihtelevia rooleja aineistoni diskursseissa. Viralliselle taholle näyttö on jotakin, jota epävirallisilta hoidoilta vaaditaan, jotta niitä voidaan sisällyttää virallisiin käytäntöihin. Kuitenkaan esitettyä näyttöä virallinen taho ei ilmaise huomaavansa, vaan valitsee vaikenemisen diskursiiviseksi strategiakseen. Potilasturvaongelmien suhteen aineistossa pitäydytään anekdootteihin tai (asiantuntija)mielipiteisiin. Epävirallisten hoitojen edustajat kritisoivat ongelmien näytön puutetta. Virallinen taho reagoi kritiikkiin vaikenemalla. Avoin keskustelu, jota sekä STM että monet viralliset ja epäviralliset tahot esittävät tarvittavan, ei vaikenemalla edisty. STM:llä terveysalan sääntelijänä on aineistossani keskeinen valta jatkaa tai jarruttaa keskustelua, joka on ainoita tapoja lähentää määrittelykamppailun osapuolia.

Myös STM:n työryhmän tehtävänanto (STM 2008as) antaa olettaa, että riskeihin liittyvää tutkimusta tai dokumentaatiota tarvitaan sääntelyn pohjaksi. Tutkimus kuitenkin puuttuu. Muita keskeisiä aukkoja aineistossani ovat kuluttajien/ potilaiden näkökulman puute sekä

niiden tahojen lausuntojen puuttuminen ja äänettömyys, jotka määrittävät ”puoskareiksi”. On vaikea sanoa, keitä he ovat. Ehkä lausunnoissa puhuttuja vastuuttomia tai ajattelemattomasti toimivia epävirallisia hoitajia. Heidän ääntään ei edusta mikään taho. Toisaalta, joillekin terveydenhuollon järjestöille LKL edustaa ”puoskareita”. LKL:lle ”puoskareita” ovat kenties kouluttamattomat ja järjestäytymättömät hoitajat.

Mikä ulkoinen olosuhde määrää, että voidaan puhua yleisesti ”vaihtoehtohoitojen potilasturvallisuusriskeistä” ilman riittäviä tutkimuksia tai näyttöjä? Mitkä diskursiiviset muotoutumissäännöt määräävät tällaisesta strategisesta valinnasta? Onko kyse vain lääketieteen sosiaalisen aseman pönkittämisestä asenteellisella puheella, jota laajan todistusaineiston puuttuessa perustellaan yleistyksillä ja anekdooteilla? Tutkittua tietoa epävirallisen terveydenhoidon potilasturvallisuusriskeistä Suomessa ei ole.

LKL ja vastaavat luontaishoitajien ja vaihtoehtohoitojen edustajat keskittyvät tietenkin toiminnassaan muuhun kuin niiden ongelmien etsimiseen ja dokumentointiin, jotka eivät heidän nähdäkseen kosketa heidän työtään. Kriitikot eivät vaivaudu vakuuttamaan heitä riskien todellisuudesta tutkimustiedolla. Syynä voi olla, että koska epävirallisilla hoidoilla ei ole valtaa, ei niitä tarvitse myöskään vakuuttaa niitä koskevien käsitysten oikeellisuudesta. Tämä syy näyttää todennäköiseltä, vaikkei sitä kukaan julki lausukaan. Se estää epävirallisen ja virallisen terveystalouden vuoropuhelun. Kuitenkin kaikki tahot enemmän tai vähemmän kannattavat vuoropuhelua (mm. STM 2008ko4, 3). Tällä tavalla viranomaisdiskurssi tuottaa ristiriitaisia suhteita kohteeseensa: Rajoitussäännöksillä ja eronteolla terveydenhuoltoon ja vaihtoehtohoitoihin ylläpidetään terveystalouden jakautumista. Samalla kannatetaan vuoropuhelua, joka lähentäisi terveystalouden osia toisiinsa. Vuoropuhelun ehdotus jää aineistossani (mikro)lausumiksi, eikä laajene (mesotason) tekstien väliseksi vuorovaikutukseksi. Näin se ei vaikuta makrotason sosiaalisessa järjestyksessä. Vuoropuhelua ei käytännössä ole, eikä neuvottelu kenttien välisistä suhteista ole kunnolla alkanut.

Epäjatkuvuuden käsitteellä (Foucault 2005) voi yleisellä tasolla selittää, miksi määrittelykamppailuun ryhdytään: interesseristiriidat näyttävät syntyvän juuri epäjatkuvuuden torjumiseksi. Epäjatkuvuus luo huolta, jos toivoo jatkuvuutta ja toivoa sille, joka haluaa muutosta. Poliittinen määrittelykamppailu on epäjatkuvuuksien ja jatkuvuuksien diskursiivista hallinnointia. Jonkin asian jatkuvuuden tuottaminen voi vaatia

toisen asian katkaisemista. Esimerkiksi tuotetaan käsite ”uskomuslääkintä”, jolla halutaan katkaista tieteellisten ja vakuuttavien mielikuvien kehitys epävirallisesta terveydenhoidosta, jotta niiden uskottavuus ei kasva ja terveydenhuollon asema pysyy ennallaan.

Koululääketieteen virallisuusmonopolin vaarantuminen on terveydenhuollon järjestöjen eräs ponsi niiden reagoidessa muiden hoitojen sääntelyyn. Onko vaaraa oikeasti? Terveydenhuollon edustajat reagoivat epävirallisen hoidon sääntelyn kysymykseen ikään kuin koululääketieteen asema voisi vaarantua jos epävirallinen hoito virallistuisi. Aineistoni valossa ei ole niinkään varmaa, että epävirallisen virallistaminen olisi realistinen mahdollisuus nyky-Suomessa. Toisesta näkökulmasta perinteisten, luonnonmukaisten, vaihtoehtoisten tai täydentävien lääkintämuotojen kulttuurisen ja ammatillisen jatkuvuuden vaarantuminen on epävirallisten hoitojen edustajien huolenaihe. Niiden jatkuvuus voi vaarantua, jos niiden harjoittamista rajoitetaan lailla, tai jos niitä integroidaan koululääketieteeseen tiukoin ehdoin. Tiukasti rajaava lainsäädäntö voisi myös vaarantaa hoitomuotojen käytön meneillään olevan lisääntymisen.

Käytäntöjen ja instituutioiden katkosten lisäksi käsitysten epäjatkuvuus voi olla kulttuurille uhka. Terveydenhuollon järjestöt, joiden yhteiskunnallisen aseman vaarantuminen ei vaikuta nykyisellään Suomessa todennäköiseltä, reagoivatkin kenties voimakkaimmin mahdollisuuteen, että ne ja muut hoidot alettaisiin nähdä rinnakkaisina ja samankaltaisina. Nykykäsitys on laajalti, että koululääketiede on erinomaisin ja ainoa tieteellinen ja kannattava tapa parantaa. Käsitysten muutos voi muuttaa käytäntöjä ja yhteiskunnallisia asemia. Niinpä epävirallisten hoitojen yhdistyksille on tärkeää luoda itsestään miellyttävää ja hyödyllistä kuvaa. Toisaalta ne puolustavat oikeuksiaan kärkkäästi kokiessaan ne uhatuiksi. Epäjatkuvuutta torjutaan eri tilanteissa eri strategioin.

Diskurssi voi synnyttää toisensa poissulkevia kohteita muuttumatta itse (Foucault 2005, 62–65). Diskurssi on siis sosiaalisesti jaettu mentaalinen katalyytti, joka muokkaa itseään pienempiä tai heikompia käsitteellisiä prosesseja, muuttumatta itse näissä muokkaus-tapahtumissa. Virallisissa lainmäärittely-yrityksissä ja eri tahojen kannanotoissa muodostuva diskurssi suomalaisen epävirallisen terveydenhoidon määrittelemisestä tuottaa keskenään ristiriitaisia ja yhteensopimattomia lausumia, käsitteitä, niiden määritelmiä ja tapoja tulkita niitä. Diskurssi näyttää pysyvän suhteellisen muuttumattomana. Kuitenkin, tuottaakseen mielekäästä ja tehokasta sääntelyä alalle, viranomais-

diskurssin tulisi muuttua. Sen kyvyttömyys synnyttää lainsäädäntöä, jota eri tahot eri syistä tarvitsevat, on sen keskeisten piirteiden ja jännitteiden tuote. Jännitteisiin kuuluu muun muassa keskustelun osadiskurssien kohtaamattomuus, dialogin puute. Ollakseen hyödyllinen kohteensa kannalta tulisi sääntelydiskurssin muuttua itse jonkin toisen diskurssin (esimerkiksi tieteellisen tutkimuksen) katalysoimana.

#### **4.4 Virallisen ja epävirallisen rajankäyntiä**

Kun STM ja terveydenhuollon järjestöt vaikenevat LKL:n ja muiden esittämistä tieteellisistä tutkimuksista, ne Smithin mukaan tulkiten torjuvat itselleen liian samankaltaista (ks. alaluku 2.4 Smithin erontekojen teoriasta). Liian-samankaltaisuus terveyskulttuurien välillä merkitsee sitä, että kaksi kulttuuria, joista ainakin toinen haluaa kulttuurien pysyvän erillisinä, nähdään yhteismitallisina tai samaa tarkoitusta ajavina. Virallinen haluaa erottautua epävirallisesta, mutta alat ovat jo nyt osin limittäiset (terveydenhuollon ammattilaiset vaihtoehtohoitojen soveltajina), rakenteeltaan samankaltaiset (homeopatia tai kiinalainen lääketiede muistuttavat sosiaaliselta rakenteeltaan koululääketiedettä), ja pyrkivät samaan päämäärään samankaltaisin, joskus jopa samoin keinoin (kysymys tieteellisyydestä). Järjestäytynyt epävirallisen hoidon kenttä erottautuu yksittäisistä ”puoskareista” ja menetelmistä, joilta puuttuu sosialisatiorakenne, koulutus ja ammattietiikka. Onko homeopaattilääkäri liian samankaltainen kuin lääkäri, jotta lääkäri hyväksyisi hänet kaltaisekseen ja itseoppinut homeopaatti liian samankaltainen kuin homeopaattilääkäri, jotta homeopaattilääkäri hyväksyisi hänet kaltaisekseen?

Tilanne on Smithin mukaan tulkiten reviirikiista, jos epäviralliset hoidot nähdään virallisten vaihtoehtona, kilpailemassa asiakkaista ja heidän rahoistaan. Reviirikiistassa eri kulttuurit limittyvät paikallisesti tai funktioiltaan, tai ne kilpailevat resursseista, jolloin ne eivät mahdu rinnakkain ja seuraa eronteko. Terveystieteessä on rahapulaa ja asiakkaita on jonoiksi asti. Näkökulmasta riippuen epäviralliset hoidot ovat reviirihaastaja tai mahdollinen apu terveydenhuollossa. Liian-samankaltaisuuden kiista näyttäytyy, jos epävirallinen hoito on tietotaidoltaan terveydenhuollosta poikkeava, instrumentaalitieteellisesti pätevä ja eettisesti valveutunut hoitomuoto, joka kontrolloi tyytyväistä asiakaskuntaa ja heidän terveyttään. LKL:n kritiikki lääketieteen näytön puutteesta ja vaarallisuudesta pyrkii taas osoittamaan, miten terveydenhuolto on näytöltään yhtä kyseenalaista, mutta vaarallisempaa kuin epävirallinen hoito. Kuuluakseen terveyden-

huoltoon tai saavuttaakseen muulla tavoin vakiintuneen ammatillisen aseman yhteiskunnassa epäviralliset hoitajat tulisi määritellä tavalla tai toisella asiantuntijoiksi. Asiantuntijatiedon neljästä alasta epävirallisilla hoitomuodoilla on käytössään vaihtelevat tiedon alat; vakiintuneilla koulukunnilla kuten homeopatialla tai kiinalaisella lääketieteellä on useimmat, uudemmilla tai järjestäytymättömillä hoitomuodoilla ne ovat puutteelliset. Työmarkkinoita, esimerkiksi ammattinimikkeiden käyttöä ne eivät Suomessa kontrolloi, paitsi joskus vahvan kulttuurisen aseman tai asiakkaiden antamalla epävirallisella vallalla.

Terveydenhuollon ammattilaisia edustavat tahot eivät siis halua ”uskomushoitoja” säädeltävän terveydenhuoltoa koskevilla laeilla. Muut kuin terveydenhuollon tahot, joiden vastuulla epävirallisen terveydenhoidon valvonta tähän asti on ollut, kuten Kuluttajavirasto (2009), haluavat kuitenkin nimenomaan siirtää vastuun terveydenhuollon valvonnan puolelle. Työ- ja elinkeinoministeriö (8.10.2009) kannattaa lakiehdotusta, mutta myös mahdollisimman nopeaa laajaa sääntelyä, jotta vaihtoehtohoitojen valvonta annettaisiin terveydenhuollon viranomaisille. Etene (2008) tahtoo koulutuksien virallistamista: ”Koulutuksen pitäisi olla myös systemaattista ja myös virallisen opetusjärjestelmän piirissä.” Etelä-Suomen lääninhallitus toteaa (2009), että laaja sääntely vaatisi ”vaihtoehtohoitojen kirjavan kentän järjestäytymistä ja yhdistysten rekisteröinti- ja valvontajärjestelmien kehittämistä”. STM:n raportin mukaan järjestökentän tulisi kehittyä ja vakiintua ennen laajan sääntelyn valmistelua (STM 2009, 66). Sikäli kuin järjestäytymättömyys olisi tietoinen valinta, epävirallinen kenttä voisi pyrkiä sillä sääntelyn hidastamiseen tai estämiseen. Järjestäytymätöntä kenttää on todellakin vaikea säännellä. Diskurssin muotoutumisen vastustaminen ylläpitämällä jatkuvasti muuntuvaa ja aloilleen asettautumaton, ”kirjavaa” käytäntöä voisi olla poliittinen valinta ja määrittelykamppailun väline. Raportti toteaa (STM 2009, 50), että harhaanjohtavan markkinoinnin ongelmat liittyvät lähinnä yksittäisiin, minkään terapiayhdistyksen eettisiin sääntöihin sitoutumattomiin ammattinharjoittajiin tai hoitomuotoihin, ”joilla ei ole laajaa ammattinharjoittajakuntaa”. Koska markkinointi ”kohdistuu usein erityisen haavoittuviin potilasryhmiin”, aiheutuu tästä suurimmat potilasturvariskit.

Aineistossa keskeinen määrittelykamppailu useille terveydenhuollon ammattijärjestöille on epävirallisen hoitotyön tiukka käsitteellinen ja oikeudellinen erottaminen virallisesta terveydenhuollosta: kaikki tavat liittää epävirallinen viralliseen tulisi estää. Etene pohti, että hoitojen rekisteröinti voisi helpottaa valvontaa, mutta ehkä antaisi ”virheellisen kuvan

palvelujen suhteesta - - terveydenhuoltoon” (Etene 2009). Kaikkien tahojen mukaan epävirallisia hoitoja pitäisi valvoa, mutta kukaan ei ole valmis ottamaan tehtävää vastuulleen. Aineistossa harvinaisena konkreettisena ehdotuksena Suomen Psykiatriyhdistyksen (2009) lausunnossa esitetään epävirallisten hoitojen sääntelyä, jossa hoitovirheiden ja markkinoinnin valvonta järjestettäisiin Kuluttajaviraston alaisuudessa terveydenhuollon asiantuntijoiden ja epävirallisten hoitojen edustajien yhteistyönä, mutta palvelujen tuottajien rekisteröinti olisi alan itsensä järjestettävä ilman viranomaisia. Tällöin hoitoja säänneltäisiin ilman ammatillista virallistamista. Terveydenhuolto saisi valvontavallan kilpailijasta, joka ei saisi virallisempaa yhteiskunnallista asemaa.

Tyypillisesti terveydenhuollon ammattijärjestöt haluavat rajoittaa epävirallisten, huonosti tunteidensa hoitomuotojen virallistamista, ja epävirallisten hoitomuotojen edustusjärjestöt haluavat rajoittaa järjestönsä koulutuskriteereitä täyttämättömien hoitajien esiintymistä hoitomuotonsa edustajina. Siellä nähdään uhkia, missä oma reviiiri on sekoittumassa toisen reviiiriin. Smith sanoo tästä, että liian samanlainen nähdään uhkana, eikä se mikä on täysin vierasta. Niinpä muun muassa Tehy ei kritisoi kirkon sielunhoito- ja sosiaalitoimintaa, koska se on selkeästi uskonnollista ja tapahtuu toisella sosiaalisen todellisuuden alueella kuin sairaanhoito. Kuitenkin Tehy kritisoi ”uskomushoitoja”, koska ne asettuvat osin samalle sosiaaliselle alueelle kuin sairaanhoito ja niiden sosiaalinen paikka on heikommin määritelty eli ”uskomushoidot” saattavat siirtää rajaansa lähemmäs Tehyn reviiiriä. Jos ”uskomushoidot” toimisivatkin uskonnon nimissä tai muussa terveydenhuollon ulkopuoliossa kontekstissa (”viihde”, STM 2008ko5, 3), olisivatko ne Tehylle yhdentekeviä?

Samalla aineistoni paljastaa, että virallisen ja epävirallisen kentän välillä on jo mielekästä yhteistyötä. Esimerkkinä epävirallisen hoidon myönteisestä suhteesta viralliseen terveydenhuoltoon nostan Antroposofisen lääketieteen yhdistys ry:n lausunnon (10.9.2009), joka toteaa, että Suomessa toimii useita hoitokoteja ja kouluja, joiden hoitoperiaatteet noudattavat ”koululääketieteen lisäksi laajennetun antroposofisen lääketieteen” ja muiden hoitojen periaatteita. Näistä paikoista on vuosien ajalta ”myönteisiä kokemuksia vailla haittavaikutuksia”. Esimerkki osoittaa, että epäviralliset hoidot terveydenhuollosta totaalisesti erottavat käsitykset eivät perustu suomalaisen nykytilanteen tuntemukseen. Epäviralliset hoidot voivat olla hyvinkin lähellä terveydenhuoltoa ja niillä voi olla hyvin konkreettisia hyötyjä terveydenhuollon täydentävinä menetelminä. Vakiintuneet hoitokodit ovat välillinen näyttö antroposofisen hoito-



käytännön instrumentaalis-tieteellisestä pätevyydestä. Samankaltainen, mutta hyvin eri tavoin painottunut esimerkki on A-klinikkasäätiöllä (2009), joka toteaa: ”vaikuttaviksi todettujen hoitomenetelmien” ohella toisinaan käytetään muita hoitoja, joilla ”voi olla ratkaiseva vaikutus siihen, miten asiakas kiinnittyy hoitoon” tai kokee voivansa vaikuttaa ”hoitoaan koskeviin ratkaisuihin”. Toisin kuin Antroposofisen lääketieteen yhdistys ry:n tilanteessa, jota lakiehdotus rajoittaisi ja hankaloittaisi, A-klinikkasäätiön näkökulmasta lakiehdotus on ”välttämätön”. Myös Etene toteaa, että ”[v]aihtoehtohoitoihin luetellaan hoitoja, jotka virallisesti on hyväksytty osaksi terveydenhuoltoa (mm. naprapatia, osteopatia, kiropraktia” ja että terveydenhuollon ammattilaisia käyttää hypnoosia ja akupunktiota osana hoitoaan (Etene 16.9.2008). Suomen Refleksologit (2008) esittävät kyselyvastauksessaan, että ”vakituinen vaihtoehtohoitaja on osa asiakkaan - - hoitotiimiä”.

Työryhmästä puuttui kuluttajien edustus. Käyttäjänäkökulmia tuli kirjallisissa lausunnoissa potilasjärjestöiltä<sup>36</sup> ja joiltakin yksityishenkilöiltä. Harvat lausunnot ovat moninaisia kuten muukin aineisto, eikä käyttäjien yleensä käsityksiä voi niistä päätellä. Sosiologit Ian Coulter ja Evan Willis toteavat vaihtoehtoisten ja täydentävien hoitojen valvutuneiden kuluttajien aktiivisuuden kyseenalaistavan koululääketieteen monopolin terveystalouksissa. Kun asiakkaat hakeutuvat epävirallisiin hoitoihin, kasvaa paine virallistamiseen. (Coulter & Willis 2004.) Saman toteaa myös Vaskilampi (Klassinen akupunktio 2008 – ks. liite 2). Käyttäjien ”maallikkoasiantuntijuus” ei voi korvata lääkärin asiantuntijuutta ja tieteellistä koulutusta (Prior 2003). Asiantuntijatoiminnan puitteiden järjestämisessä maallikotietous voi olla hyödyllistä, eikä kuluttajan tietoutta tarpeitaan tyydyttävistä sosiaalisista käytännöistä voi korvata asiantuntijatiedolla (Evans 2008). Käyttäjien toiminta tekee epävirallisesta hoidosta täydentävää eli rinnakkaista viralliselle.

Nämä esimerkit epävirallisen ja virallisen rajankäynnistä Suomessa kertovat selvästi, ettei kenttien välillä vallitse täyttä erontekoa ja että yhteistyö voi olla mielekästä kansanterveyden ja -talouden kannalta. Yhteistyölle hedelmällistä maaperää on esimerkiksi TAYSin lausunnossa: ”Koululääketieteen ulkopuolella tapahtuva hoitotoiminta hyödyttää monia sairaita. Ilman tätä realiteettia kyseistä toimintaa ei olisi olemassa. Ongelmana on toiminnan kontrolloimattomuus” ja ”potilaan oikeusturvan” puutteet (TAYS 2008). Epävirallinen ja virallinen kenttä paikoin jakavat tieteellis-instrumentaalisen tiedon. Klassisen Akupunk-

---

<sup>36</sup> Esimerkiksi Hengitysliitto (Heli 2008), Suomen Sydänliitto (2008), Homeopaattisen hoidon potilasyhdistys (2008). Näidenkin kolmen eri potilasyhdistyksen näkökulmat epävirallisiin hoitoihin ovat täysin erilaiset.

tion yhdistys ry (2008) toteaa, että ”[y]hteiskunnan kannalta on ongelmallista, ettei luontaishoitoja käytetä enemmän terveydenhuollon kuormituksen ja resurssipulan keventäjänä.” Moniulotteiset terveys-käsitteen mallinnukset voisivat auttaa tunnistamaan epävirallisen hoidon aseman. Terveys nähdään nykyisin ilmiönä, jolla on koetut, sosiaaliset, psykologiset ja biologiset ulottuvuutensa ja jonka edistämisen ”pitkään ketjuun” kuuluvat käytännöt lähiö-suunnittelusta lääkärinotoimeen (Suominen 2013). Epävirallisella terveysalalla on terveyden edistämisen ketjussa roolinsa, merkityksensä ja mahdollisuutensa.

## 5 JOHTOPÄÄTÖKSET – VUOROPUHELUN VAIKEUDESTA

”Arvoisat kuulijat. Kiitän tästä seminaarista ja toivon, että vuoropuhelu virallisen lääketieteen edustajien ja täydentävien hoitojen edustajien välillä jatkuu sellaisena kuin sen pitäisi olla myös yksittäisen hoitajan ja potilaan välillä: toinen toistaan kuunnellen ja toisen mielipidettä ymmärtäen ja toisiltaan oppien.” (Risikko 2008.)

Yllä lainaamani sosiaali- ja terveysministeri Paula Risikon toivomus LKL:n järjestämässä seminaarissa STM:n työryhmän aloittaessa ei käynyt toteen STM:n vaihtoehtohoitojen sääntelytarvetta selvittäneessä työryhmässä. Epävirallisten hoitojen sääntelyä koskeva lakikeskustelu heijastelee terveystalouden jännitteitä, jotka liittyvät modernin yhteiskunnan maailmankuvalliseen moninaisuuteen ja oletetun yhtenäiskulttuurin loppuun. Maailmankuvien kiistat johtavat epäsuoraan uskontojen sääntelyyn, mikä näyttäytyy myös aineistossani. Tällaisessa monikulttuurisessa ja maailmankuvien ristiriitoja esiin nostavassa tilanteessa poliittiset määrittelykamppailut ovat väistämättömiä päätettäessä jonkin kiistanalaisen aiheen asemasta virallisessa kontekstissa.

Määrittelykamppailussa STM:n raportti on sosiaalisen makrotason prosessin tuottama mikrotason dokumentti, ministeriön virallinen kannanotto ja yritys lainsäädäntöön. Raportti ja sen liitteenä oleva LKL:n edustajien eriävä mielipide ovat molemmat mikrotason ilmenemisiä, jotka yhdessä tuottavat mesotason intertekstuaalisen verkoston. Verkostoa täydentävät aineiston muut tekstit. Kaikki nämä erilaiset mikrotason aineistot pyrkivät vaikuttamaan makrotason sosiaaliseen prosessiin. Raportin argumentaatio liittyen potilasturvallisuuteen perustuu mikrososiaalisiin esimerkkeihin, yksittäisiin ja erityisiin potilasturvallisuuden vaarantaneisiin tapauksiin. Makrotasolla raportti nojautuu suomalaisen terveydenhuollon vakiintuneeseen järjestelmään ja sitä koskevaan lainsäädäntöön. Eriävän mielipiteen argumentaatio taas tukeutuu yleisempään makrososiaaliseen tasoon, kuten EU:n ja WHO:n suosituksiin liittyen vaihtoehtoihin ja täydentäviin hoitomuotoihin, sekä pyrkii raportin ja työryhmän työskentelyn mikrotason prosessien kritiikkiin. Raportin puhe on institutionaalista, se sulattaa kirjoittajiensa eli STM:n työryhmän jäsenten puhettavat anonyymiksi konsensukseksi. Konsensus laajenee muuhun aineistoon anonyyminä yhdenmukaisuutena esimerkiksi käsitevalinnoissa. Kuitenkin työryhmän sisäiset jännitteet olivat olennainen osa viranomaisdiskurssin tuotannon kontekstia ja intertekstuaalista mesotasoa. Eriävän mielipiteen puhe on muutaman yksilön allekirjoittama, enimmäkseen kompromissiton näkemys, jolla pyritään osoittamana

konsensushakuisen raportin implisiittinen puolueellisuus ja puutteellisuus. LKL eriävän mielipiteen tuottajana pyrkii asiantuntijainstituutioksi alallaan.

STM:n työryhmän onnistui tuottaa ainakin jollain tapaa neutraali virallinen diskurssi, joka homogenisoi muuta keskustelua. Se korosti terveydenhuollon ja epävirallisen kentän eroa ja sumensi epävirallisen kentän sisäistä moninaisuutta. Raportti ja lakiehdotus eivät ratkaisseet alan ongelmia potilasturvaan ja hoitajien oikeuksiin ja velvollisuuksiin liittyen. Silti valtaosa vaiheessa 2 annetuista lausunnoista puoltaa rajoitussäännöksiä. Samoin suuri osa ellei valtaosa lausunnoista kannattaa alaa koskevan laajan sääntelyn jatkovalmistelua. Selvää mallia laajalle sääntelylle ei ole vielä hahmotettu tai yleisesti hyväksytty. Lakiehdotuksen perustelut eivät tunnista lain vaikutusalueen olosuhteita eli kenttää ja sitä, miten laki siellä todella vaikuttaisi. Potilasturvariskit ovat yksi, mutta vain yksi, osa olosuhteita. Myös hoitomuotojen terveyttä edistävät sekä sosiaaliset ja taloudelliset vaikutukset tulisi selvittää. Olosuhteita on selvitetty puutteellisesti, eivätkä löydökset esimerkiksi potilasturvariskeistä tue lakiesityksen kaltaisen sääntelyn hyödyllisyyttä. Sen sijaan raportin esittämät pohdinnat laajasta sääntelystä saattaisivat olla tehokkaampia. Kiinnostava seikka on, että alojen välisen yhteistyön muuntuminen tulevaisuudessa integroiduksi terveysjärjestelmäksi olisi uhka paitsi lääketieteen monopolille myös epävirallisten hoitojen itsenäisyydelle.

STM:n työryhmälle annettu tehtävä ja sen potilasturvaongelmapainotuksen mukainen kysely eivät onnistuneet nostamaan esiin koko keskustelua, joka epävirallisen terveydenhoidon roolista Suomessa on käynnissä. Keskustelu on tarpeellinen, jotta useimpia osapuolia tyydyttävää lainsäädäntöä tai muita virallisia päätöksiä ja toimia voitaisiin tehdä. Kyselyvastauksissa tämä puute näkyy kritiikkinä kysymyksiä kohtaan epävirallisten hoitojen edustajilta. Työryhmän kahtiajaosta, raportin eriävästä mielipiteestä ja raporttiin annetuissa kommentteissa tämä näkyy kokonaisvaltaisena kritiikkinä lakia ja sen perusteita kohtaan.

Lakia kritisoivat kaikki tahot, sen perusteita lähinnä epävirallinen kenttä. Viralliselle kentälle lain ongelmat ovat yksityiskohdissa: ketä voi sanoa potilaaksi tai terapeutiksi tai miten yhteistyö ja vastuu alojen välillä määritellään. Epäviralliset tahot pyrkivät osoittamaan raportin ja lakiehdotuksen perustelujen heikon älyllisen tason, evidenssin puutteellisuuden, päättelyketjujen heikkouden ja siten ehdotettujen toimenpiteiden

toimimattomuuden esitettyjen päämäärien saavuttamiseen. He haluavat uuden, tasapuolisen työryhmän, joka keskittyisi laajan sääntelyn kehittämiseen. Useissa pääosin epävirallisten hoitojen edustajien lausunnoissa esitetään, ettei lakiehdotus korjaisi potilasturvaongelmia. Esimerkiksi aiemman valtiollisen työryhmän (ks. s. 8) jäsen Antero Koponen sekä perinteisten hoitojen Kansanlääkintäseura ottivat tämän kannan. Monet dokumentoiduista tapauksista sattuiivat terveydenhuollon ammattilaisen suorittamassa vaihtoehtohoidossa, mitä lakiehdotus ei sääntele. Rajoitussäädökset eivät estäisi väärinkäyttöjä. Myös terveydenhuollon taholta lakiehdotusta epäillään. Etene (2009) toteaa, että lakiehdotuksen ”jälkeen jää epäselväksi, miten asia ratkaisee vaihtoehtoishoitojen kokonaisuutta”, jonka ”selkiinnyttäminen edellyttää kokonaislakia”.

Potilasturvaongelmat, joita ratkomaan työryhmä perustettiin, ovat oletettavasti pysyneet samoina, kun konkreettisia ratkaisuita ongelmiin ei ole tehty. Kuinka vakavia ongelmat voivat olla, kun niitä esiin nostaneet tahot kuten Mielenterveysseura eivät ole näkyvällä tavalla puuttuneet prosessin hidastumiseen? Sääntelyprosessi on kesken. Rajoitelähtöinen lakiehdotus ei ole edennyt eikä laajan sääntelyn suunnittelua ole toistaiseksi jatkettu. Lausuntojen valossa ja työryhmän ehdotusten toteutuksen jäädyttyä on ilmeistä, että työryhmä suoriutui tehtävistään koko kentän kannalta epätydyttävästi. Samoin perustein tehtävänannon kohdallisuus kyseenalaistuu: potilasturvallisuusongelmat ovat tärkeä, mutta yksinään riittämätön näkökulma epävirallisen terveydenhoidon käsittämiseen, sääntelyyn ja hyödyntämiseen suomalaisessa yhteiskunnassa.

Potilasturvaongelmien ratkaisun ei pääasiallisesti kannattaisi vaikeuttaa terveydelle hyödyllistä tai neutraalia toimintaa jo ammatinharjoittamisen vapauden nimissä niin kuin ehdotettu laki voisi joissakin tapauksissa tehdä. Tieteelle vieraisiin maailmankuviin perustuvien ammattien harjoittaminen on useimmiten uskonnonvapauden alainen oikeus sikäli kuin ne eivät riko lakia. Kun käyttäjät pitävät vaihtoehtohoitoja lääketiedettä täydentävinä, miksei tätä oteta käyttäjien elämään vaikuttavan lainsäädännön lähtökohdaksi? Miksi on tarpeellista nähdä hoidot vaihtoehtoisina? Vaihtoehtoisen (ensisijaista uhkaavan) rajaaminen vaikuttaa perustellummalta kuin täydentävän (ensisijaista tukevan). Kolmas lähtökohtamahdollisuus olisi integraatio. Voi myös kysyä, oliko STM:n työryhmä puitteiltaan mahdollinen konteksti ja foorumi epävirallisten hoitojen alan kokonaisuuden sääntelylle.

Kokonaisempaan näkökulmaan tarvittaisiin vuoropuhelua, jossa eri tulkintakehykset kohtaisivat avoimessa debatissa. Viranomaistahon neutraaliuden ei tule sumentaa eroja, vaan mahdollistaa keskustelu niistä huolimatta. Epävirallisten hoitojen edustajat ja terveydenhuollon ammattijärjestöt eivät ole löytäneet yhteistä keskustelua. Niiden diskursiiviset strategiat vastustavat toisiaan tai ohittavat toisensa. Terveysviranomaiset ja STM:n työryhmä epäonnistuivat tuottamaan diskurssia, jossa vuoropuhelun kautta lakia varten olisi tuotettu alasta konsensusmääritelmä ja siihen perustuva kokonaisuutta palveleva sääntely.

Terveydenhuollon järjestöjen diskurssi eroaa viranomaisdiskurssista kriittisyydessään ja esimerkiksi paikoin uskomushoitokäsitteen käytöllä. Keskeisiä valintapisteitä terveydenhuollon järjestöille vaiheessa 2 ovat, millaisin sanoin terveydenhuoltoa ja epävirallista kenttää asetetaan suhteeseen keskenään. Käsitteen kuten terapia tai vastaavien käsitteiden tarkoittamien käytäntöjen yhteiskunnallinen rajaaminen vain jonkin tietyn diskurssin käyttöön tai ulos joidenkin diskurssien käytöstä on käsitettä ja käytäntöjä koskevien erikoistumisinstanssien tuotantoa. Rajauksen voi tehdä vain rajausinstanssin valtapaikasta – muista paikoista asetettu rajaus on määrittelykamppailua tai pyrkimystä päästä rajausinstanssiksi. Terveydenhuollon järjestöt pyrkivät tähän erontekodiskurssilla torjuakseen epäviralliset hoidot uskottavana ja virallistettavana alana. Diskurssi vetoaa pääasiassa edustajien auktoriteettiasemaan, oletuksiin ja anekdootteihin, ei tutkimukseen todistusaineistonaan.

Epävirallinen kenttä ei ole yhtenäinen, mutta sen piiristä löytyvät CAM-diskurssi, TM-diskurssi tai luontaishoitodiskurssi ovat jokseenkin saman suuntaisia poliittisessa päämäärässään virallistaa epävirallisia hoitoja. LKL ja muut epävirallisen lääkinnän järjestöt ponnistelevat tunnustetun asiantuntijan asemaan, josta terveystalouteen voisi vaikuttaa enemmän kuin nyt. Asiantuntijuus on sopimuksenvaraista ja siitä päättävät jo tunnustetut asiantuntijat ja viranomaiset, ellei toisin ohjaava julkinen paine ole riittävä. Työryhmä toiminnallaan vahvisti vakiintunutta jakoa epäviralliseen ja viralliseen terveyskulttuuriin, mutta ei suorasukaisesti sulkenut asiantuntijuuden rajoja. Erottelua ”asiantuntijoihin” ja ”vaihtoehtoisten hoitojen edustajiin” voi pitää tietoisena määrittelytoiminnan ylläpitona, joka jättää mahdollisuuden tulkita LKL alansa asiantuntijaksi. Epävirallinen kenttä jää nykyisellään ambivalentisti asiantuntijuuden ulkopuolelle, ja on epäselvää kenellä on yhteiskunnassamme oikeus määrittellä sen asemaa. Terveys-

viranomaisilla ja lainsäätäjillä on valta päättää ylläpidetäänkö vallitsevaa epäselvyyttä, vai ratkaistaanko sitä. Nykyään epävirallinen terveydenhoitokulttuuri ei ole virallisesti olemassa, vaikka alalle koulutetaan ihmisiä ja se tekee paikoin yhteistyötä terveydenhuollon kanssa. Epävirallisten hoitojen edustajat pyrkivät määrittelemään alansa tai osia siitä tieteen hyväksymäksi tai tieteelliseksi vetoamalla tutkimusnäyttöön tehosta ja ongelmien näytön puutteeseen. Tällä tavoitellaan yhdenveroista asemaa lääketieteen rinnalla. LKL on pysynyt aktiivisena omavalvonnan projektissaan ja sillä on potentiaalia alan oman sääntelyn tuottamisessa. Tuekseen se tarvitsee virallisen tahon.

Diskurssien välisistä ristiriidoista huolimatta ja niiden rinnalla lähes kaikki toimijat työryhmä mukaan lukien tuottivat vuoropuhelua tavoittelevia tai toivovia lausumia. Puolin ja toisin toivotaan epävirallisen ja virallisen terveystuottuurin vuorovaikutuksen parantumista ja asenteiden keventämistä alojen välisen yhteistyön kehittämiseksi. Kuitenkin terveydenhuollossa on paljon epävirallisen kentän torjuntaa ja haluttomuutta nähdä sen hyötyjä. Epävirallisella puolella terveydenhuoltoa voidaan pitää ylimielisenä monopolina. Myöskään virallinen taho ei altistu avoimelle dialogille esimerkiksi vastaamalla epävirallisen kentän esittämään näyttöön ja osoittamaan näytön puutteeseen. Vain STM voi luoda riittävän laajaa ja uskottavaa avoimen keskustelun foorumin. Muut tahot voivat vain herätellä keskustelua. Kansanterveyden tai -talouden kannalta mielekkäimmän terveystuottuurin muodostumiseksi eri terveystuottuurien edustajien tulisi kyetä laajaan ja avoimeen dialogiin. Se on 2000-luvulla puuttunut. Voi sanoa, että epävirallisen ja virallisen terveystuottuurin vuorovaikutuksen esiintulon instanssit ovat muotoutumatta. Olennaisia ponnistuksia vuorovaikutuksen aikaansaamiseksi ei ole tehty.

Virallisen ja epävirallisen terveystuottuurin suhde on osa terveydenhuollon nykyistä ongelmavyöhytää. Rinnakkaisia ongelmia ovat muun muassa terveydenhuollon talouskriisi, lääkäripula ja priorisointi; antibiooteille vastustuskykyisten mikrobien kehittyminen, joka voi romuttaa lääketieteen perustan (WHO 2012); ja lääketieteellisuuden kaupallisuus, joka vinouttaa lääketieteellistä tutkimusta ja hoitotyötä. Epävirallinen terveydenhoito on kriisin osatekijä, jonka terveydenhuolto paljolti näkee hankalana kilpailijana tai torjuttavana häiriönä. Epävirallisten hoitojen itseymmärryksessä ne jo nyt tukevat terveydenhuollon ponnisteluja ja yhteistyölle on laajempia mahdollisuuksia. Voisiko realististen yhteistyömahdollisuuksien selvittäminen johtaa alan mielekkääseen ja turvalliseen sääntelyyn?

Mahdollinen kompromissi tai konsensus voisi synnyttää uusia yhteiskunnallisia elimiä rajausinstansseiksi määrittelemään epävirallisen terveysalan erikoistumisinstansseja.

Määrittelykamppailun umpikujamainen tilanne liittyy paitsi virallisesti hyväksytyyn asiantuntijuuden puutteeseen, myös siihen, että epävirallinen hoito on osalle virallista terveydenhuoltoa Smithin nimeämä käsittämätön toinen, jota ei voida kuunnella, tulkita ja jonka kanssa ei voida keskustella. Kuitenkin käsittämätön toinen on tässä tapauksessa äänekäs ja painoarvoltaan huomattava yhteiskunnallinen toimijoiden verkosto, joka ei vaikenemalla ja nimittelemällä katoa. Smithin esittämät eronteon ja toiseuttamisen prosessit ilmenevät aineistossani *määrittelemättömyytenä*, kun STM ei kykene sanomaan, mitä se sääntelee, ja siinä, miten terveydenhuollon järjestöt pitävät uskomushoitoja ja vaihtoehtohoitoja käsittämättömyytensä vuoksi terveydenhuollon ammatillisen kentän ulkopuolella. Tällä ylläpidetään terveydenhuollon kentän selkeän määrittelyn jatkuvuutta. Epävirallisen terveydenhoidon määrittelykamppailu pitää sisällään jatkuvaa hoitomuotojen ja lääketieteen välistä rajojen arviointia, johon osallistuvat monet yhteiskunnan eri tasojen vaikuttajat yksilöistä eduskuntaan, lääkäreistä toimittajiin. Rajanvetojen analysoinnissa ero, toiseus ja saman-kaltaisuus ja se, miten niitä tuotetaan, ovat keskeisiä huomionkohteita.

Kun STM ja terveydenhuollon järjestöt vaikenevat LKL:n ja muiden esittämistä tieteellisistä tutkimuksista, ne torjuvat itselleen liian samankaltaista. Virallinen haluaa erottautua epävirallisesta puoskaroinnista, mutta alat ovat jo nyt osin limittäiset (terveydenhuollon ammattilaiset vaihtoehtohoitojen soveltajina), rakenteeltaan samankaltaiset (muun muassa homeopatia tai kiinalainen lääketiede muistuttavat sosiaaliselta rakenteeltaan koululääketiedettä), ja pyrkivät samaan päämäärään (moniulotteinen terveys) samankaltaisin, joskus jopa samoin keinoin (kysymys tieteellisyydestä). Vastaavasti järjestäytynyt epävirallisen hoidon kenttä (LKL ja muut järjestöt) erottautuu yksittäisistä puoskareista ja menetelmistä, joilla ei ole sosialisointirakennetta, koulutusta ja etiikkaa, jotka antaisivat niistä ja alasta yleensä turvallisen ja ammattimaisen kuvan. Se, ketkä nähdään käsittämättömiksi toisiksi, rajoitettaviksi puoskareiksi riippuu kentän tarkastelijan näkökulmasta. Toiseuksien luokitusten jatkumo aineistossani näyttää tältä:

1. Virallisen lääketieteellisen terveydenhuollon prototyyppi (lääkäri, sairaala).
2. Virallisen ja epävirallisen rajalla olevat toimijat ja menetelmät (esimerkiksi



homeopaatti-lääkäri; vakiintuneet hoitokäytännöt, joissa terveydenhuollon menetelmiin yhdistyy muiden hoitojen menetelmiä; ulkomainen yliopistotutkinto hoitomuodosta, joka Suomessa on epäakateeminen ja epävirallinen menetelmä).

3. Liian samanlaiset lääkintäkulttuurit kuin terveydenhuolto, kuten hoitomuodot jotka väittävät olevansa terveydenhuoltoa (osittain sama kuin 2; tyyppi 3 on tyyppi 1:n määritelmä osalle tyyppin 2 kohteita)

4. ”Kirjavat vaihtoehtohoidot”, imaginaarinen, määrittelemätön ja kuviteltu kokonaisuus erilaisia viralliseen terveydenhuoltoon kuulumattomia hoitomenetelmiä ja lääkintäperinteitä ja -koulukuntia ja niiden harjoittajia

5. Käsittämätön toiseus: ”puoskarit”, ”huijarit”, ”hyväuskoiset hölmöt”, valelääkärit, uskomushoidot.

Tässä luokitusten jatkumossa tyypit 4 ja 5 ovat osittain samoja, ja kriittisimmissä luokituksissa tyypit 2–5 määritellään samaksi. Tyyppien ero tai samuus riippuu siitä, miten tiukaksi raja virallisen ja epävirallisen välillä nähdään. ”Meidän” eli ”lääkäriin” puheen ja ”niiden/heidän” eli ”puoskarin” hiljaisuuden väliin jää erilaisia välimuotoja, epävirallisille hoidoille myönteisiä lääkäreitä, lääkäri-homeopaatteja, epävirallisten hoitojen asiaa ajavia yhdistyksiä ja muita, jotka pyrkivät tekemään lääketieteen ”meihin” kuulumattomat hoitokulttuurit ymmärrettäviksi, käsitettäväksi ja yhteiskunnalliseen päätöksentekoon ja toimintaan sopiviksi. ”Meidän” ja ”niiden” välillä toimivat tahot pyrkivät (soveltuvien osin, ja soveltuvuus on neuvottelukysymys) kääntämään ”niiden” kieltä ”meidän” kielelle. Kenties voisi sanoa, että lääkäreiden ”meidän” puheen ja puoskarien ”niiden” hiljaisuuden väliin mahtuu järjestäytyneiden vaihtoehtoisten ja täydentävien hoitojen ”heidän” kamppailu äänenkäytöstä ja kuulluksi tulemisesta. Smithin kuvauksia toisen vieraudesta merkityksellisenä ja siksi tulkittavana tai samana kuin me ja siksi kuuntelemattomana, voi verrata humanististen ja luonnontieteellisten alojen eroon suhteessa ei-lääketieteellisiin terveyskulttuureihin: humanisti suhtautuu terveyskulttuureihin merkityksellisinä ja käännettävinä, luonnontieteellinen lääketiede suhtautuu muihin hoitoihin helposti vain huonosti toimivana versiona itsestään, jolloin ne eivät näyttäydy itsenäisinä ja ymmärrettävinä, eikä niitä tarvitse yrittää tulkita. Kääntämisen mahdollisuus poistuu, jos outo ja tuntematon määritellään kulttuurisesti pysyvästi käsittämättömäksi. Siksi vuoropuhelu jää aineistossani vain kaikkien esittämäksi hurskaaksi toiveeksi.

Kulttuurisesti jakautunut terveydenhoito kertoo siitä millainen pluralismi maailmankuvien

suhteen yhteiskunnassamme vallitsee – maailmankuvien raja-alueiden määrittely on konfliktierkkää ja kitkaista. Kun kansainvälisellä ja kansallisella tasolla pohditaan epävirallisen ja virallisen hoidon suhdetta ei aina oteta huomioon, että kahden erilaisen ja ristiriitoja sisältävän kulttuurisen järjestelmän integrointi on aina sosiaalisesti (ei aina tietoisesti) tuotettu asioiden järjestys, kuten monopoli tai kaksinapainen jännitetilannekin ovat. Tästä muistuttamalla ja tämän osoittamalla uskontotieteellinen diskurssianalyysi voi toteuttaa von Stuckradin ideaa avoimen keskustelun areenan luomisesta epävirallisen hoidon määrittelykamppailussa. Tutkijan mieleen suurimmaksi käytännön kysymykseksi aineistosta jää, miten epävirallisten hoitojen ala järjestäytyy mahdollistaakseen alan mielekkään yhteiskunnallisen sääntelyn. Monien tahojen vaatimus alan järjestäytymisestä sisältää oletuksen, että kenttä on yksi kokonaisuus tai voisi löytyä hajanaista kenttää yhdistävä tekijä, jonka varaan järjestys rakennettaisiin. Onko olemassa kenttää yhdistävää tekijää tai toimijaa, joka olisi riittävän avoin kattaakseen ”kirjavuuden”, mutta samalla ei tekisi kentän rajojen määrittelystä erityisen vaikeaa? Nähtäväksi jää, millaisia sosiaalisen uudelleenjärjestäytymisen muotoja epävirallisen terveyskulttuurin suhteen nyky-Suomessa voidaan löytää ja miten näyttöönperustuvasti ja dialogisesti lakia jatkossa suunnitellaan.

Epävirallisten hoitojen määrittely nykylänsimaisissa konteksteissa on hyvin haasteellista. Määrittelykamppailu Suomessakin on kesken, koska kenttää, jota pyritään määrittelemään, ei tunneta. Määritelmien keskeneräisyydestä ja kontekstin epäselvyydestä johtuen lakiehdotus ei vaikuta olevan hyödyllinen tai tehokas väline huonosti määriteltyjen ongelmien ratkaisuun. Taustalla on myös resurssipula: sääntely ja sen valvonta maksaa, eikä valtiolla ole rahaa nykyisenlaisenkaan terveydenhuoltojärjestelmän ylläpitoon. Epävirallinen terveysala nähdään virallisen terveydenhuollon uhkana tai kilpailijana, ei niinkään mahdollisuutena ja yhteistyökumppanina. Kenties näistä seikoista johtuen lakiesitys on jäänyt jäihin. Ristiriitaiset diskurssit huomioiva diskursiivisen mesotason vuoropuhelu vaikuttaa välttämättömältä, jotta epävirallisen terveydenhoidon makrotason järjestäminen olisi mahdollista eri osapuolia tyydyttävällä tavalla.

Tutkielmani yhteiskunnallinen vaikutus voi olla epävirallisen terveydenhoidon sääntelykeskustelun ruokkiminen eri tahojen itsereflektiota mahdollistavilla analyyseillä. Vaikutus riippuu tietenkin siitä, tavoittaako tutkielma määrittelykamppailun tahoja ja miten ne tätä lukevat. Tutkielmani osallistuu myös epävirallisen terveydenhoidon ja laajemman terveyskulttuurin humanistiseen tutkimustraditioon tuoreella aineistolla ja toivoakseni tuoreesta

näkökulmasta. Jatkotutkimukselle on paljon aihetta ja aiheita. Epävirallisten hoitojen potilasturvaongelmat, hyödyt ja yhteistyön mahdollisuudet virallisen terveydenhuollon kanssa ovat konkreettinen tutkimuskohde, josta ei tiedetä tarpeeksi. Samoin epävirallisen terveystoiminnan suhde asiantuntijuuteen ja yhteiskunnalliseen järjestäytymiseen sekä kansain-välinen vertailu epävirallisten hoitojen määrittelykamppailuista olisivat myös terveystieteellisesti hedelmällisiä aiheita. Tajuntaan vaikuttavien terveydenhoidon menetelmien sääntely (ks. s. 54, 57, 82) on lähes suoraa uskonnon sääntelyä ja ansaitsisi huomiota uskontotieteellisenä ja terveystieteellisenä tutkimuskohteena. Virallisen mielenterveys-hoidon ja epävirallisten mieltä käsittelevien hoitojen suhteen kautta voisi selvittää yhteiskunnassamme vallitsevia tajunnan muokkauksen diskursseja. Tarkempi epävirallisen terveydenhoidon määritelmien vertailu, käyttökelpoisuus ja ongelmat olisi hyvä esimerkki polyteettisten määritelmien ja luokitusten ongelmista yhteiskunnallisessa sääntelyssä. Nykyisten monitahoisten terveystieteiden mallinnusten potentiaali epävirallisen ja virallisen terveysalan vuorovaikutuksen kannalta tai eronteko terveydenhuollon ja muun hoidon välillä puhtaussääntönä ovat nekin kiinnostavia aiheita. Mainittakoon vielä kysymys, millaisen monikulttuuristumisen ja kulttuurivaihdon myötä muualta tulevat hoitomuodot saavat kulttuurihistoriallisen oikeutuksen ammatinharjoittamiseen, joka olisi tutkimisen arvoinen.

## AINEISTON TEKSTIKORPUS

Lyhenteet kohtien 3. ja 8. viitetiedoissa luonnehtivat asiakirjan tuottajan positiota seuraavasti:

A – asiakasryhmän tai potilasryhmän edustaja

E – epävirallisen terveydenhoidon taho

M – muu tai vaikeasti määriteltävä taho

TV – terveydenhuollon viranomainen

TH – terveydenhuollon ammatillinen tai muu taho

V – muu viranomainen

### **1. Suomen mielenterveysseuran ja Luonnonlääketieteen keskusliiton aloitteet**

SMTS 2005, Erilaisilla hoitomuodoilla väärin kohdeltujen henkilöiden oikeusturvan selvittäminen. Suomen Mielenterveysseuran aloite STM:lle, 14.6.2005.

LKL 2005, Koululääketieteellistä peruskoulutusta saaneiden terapeuttien asema Suomessa.

Aloite peruspalveluministeri Hyssälälle, Luonnonlääketieteen Keskusliitto LKL ry.

<<http://www.lkl.fi/toiminta-ja-historia/aloite-sosiaali--ja-terveysministerioon>> Tarkistettu marraskuussa 2012.

### **2. STM:n työryhmän asettamispäätös ja taustamuistio sekä kokousmuistiot ja kysely.**

#### **STM0040:00/2008. STM:n arkisto.**

Hermanson, Terhi 2008, Mitä asioita suppeaan sääntelyyn. Muistio 26.9.2008.

LKL 2008, LKL:n edustajien ehdotus ja perustelut laajan sääntelyehdotuksen valitsemiseksi. Liite kokousmuistioon 9.10.2008.

STM 2008as, Asettamispäätös. Vaihtoehtohoitoja koskevan lainsäädännön tarpeita selvittävä työryhmä.

STM 2008m, Vaihtoehtoisten hoitomuotojen sääntelytarpeen selvittäminen. Muistio 15.5.2008.

STM 2008ko1, Työryhmän kokousmuistio. 17.6.2008

STM 2008ko2, Työryhmän kokousmuistio. 13.8.2008

STM 2008ko3, Työryhmän kokousmuistio. 28.8.2008

STM 2008ko4, Työryhmän kokousmuistio. 17.9.2008.

STM 2008ko5, Työryhmän kokousmuistio 9.10.2008.  
STM 2008ko6, Työryhmän kokousmuistio. 14.11.2008  
STM 2008ko7, Työryhmän kokousmuistio. 4.12.2008  
STM 2008ko8, Työryhmän kokousmuistio. 16.12.2008  
STM 2009ko1, Työryhmän kokousmuistio. 15.1.2009  
STM 2008kys, Vaihtoehtoja koskevat näkemykset. Kysely. 18.8.2008.

**3. Kyselyyn lähetetyt vastaukset ja niiden yhteyteen arkistoidut asiakirjat (68 kpl).  
STM0040:00/2008. STM:n arkisto.**

ALY 2008a, Antroposofisen lääketieteen yhdistyksen kuulemispyyntö. (Päiväys?) (E)  
ALY 2008b, Antroposofisen lääketieteen yhdistyksen kyselyvastaus. 2.9.2008. (E)  
Etene 2008, Lausunto 16.9.2008. (TV)  
FinnAcu 2008, Suomen Perinteisen Kiinalaisen Lääketieteen Yhdistys ry. Kyselyvastaus. 18.8.2008. (E)  
Frantsila 2008, Frantsilan Koulutuskeskuksen kyselyvastaus. 12.9.2008. (E)  
Gamache, F. 2008, Kirje. 27.11.2008. (E)  
Gamache, F. 2009, Kannanotto. 7.1.2009. (E)  
Heli 2008, Hengitysliitto Helin kyselyvastaus. 15.9.2008. (A)  
HUS 2008, Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiriin kyselyvastaus. 29.8.2008. (TV)  
Hiilamo, P., Laine, T., Mäkelä, A., Puhakainen, L., Savioja, Jaana & Särekoski, K. 2009, Kommentti STM:lle (terveydenhuollon järjestöjen (2009) kannanottoa vastaan). 11.3.2009. (E)  
Homeopaattisen hoidon potilasyhdistys 2008, Kyselyvastaus. 8.9.2008. (A) (E)  
Honkanen, Marru 2008, Kyselyvastaus. 11.9.2008. (E)  
Hypnoosiliitto 2008a, Kyselyvastaus. (Päiväys?) (E)  
Hypnoosiliitto 2008b, Kannanotto. 10.9.2008. (E)  
Kajava 2008, Professori Kajavan anatomis-fysiologinen terapiayhdistys ry:n kyselyvastaus. 13.9.2008. (E)  
Kansanlääkintäseura 2008, Kyselyvastaus. 5.9.2008. (E)  
Kela 2008, Kansaneläkelaitoksen kyselyvastaus. 9.9.2008. (TV)  
Kilkki, R. 2008, Kyselyvastaus. (Päiväys?) (E)  
Kinnunen, M. 2008, Kirje STM:n työryhmälle. 29.7.2008. (A)  
Kirkon tutkimuskeskus 2008, Kyselyvastaus. 15.9.2008. (M)  
Klassisen Akupunktion yhdistys ry 2008, Kyselyvastaus. 15.9.2008. (E)  
Kokko, T. 2008, Kyselyvastaus. 2.9.2008. (E)  
Luontaistuotealan keskusliitto 2008, Kyselyvastaus. 15.9.2008. (E)  
Luontaistuotealan keskusliitto 2009, Kannanotto. 17.2.2009. (E)  
Meritähti, K. 2008, Kyselyvastaus. (Päiväys?) (E)  
Mielenterveyden keskusliitto 2008, Kyselyvastaus. 13.9.2008. (A)  
Suomen modernit ja psykologiset vyöhyketerapeutit 2008, Kyselyvastaus. (Päiväys?) (E)  
Neijing 2008, Osuuskunta Suomen Taolainen Neijing-koulun kyselyvastaus. 19.9.2008. (E)  
NSK 2008, Nordisk Samarbeidskommittén för icke-konventionell medicin lausunto. 17.10.2008. (E)  
Pekkonen, O. 2008, Kyselyvastaus. 15.9.2008. (E/M?)  
Pohjoismainen Homeopaattiyhdistys 2008, Vastine Tehy:n kannanottoon 22.1.2008. (Päiväys?) (E)

Raiskauskriisikeskus Tukinainen 2008, Kyselyvastaus. 9.9.2008. (TH) (A)  
Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2008, Kannanotto. 18.8.2008. (TH)  
Reiki 2008, Mikao Usuin Reiki ry:n kannanotto. (Päiväys?) (E)  
Ryhänen, J. 2008, Kyselyvastaus. 19.8.2008. (TH)  
Seta 2008, Kyselyvastaus. 30.9.2008. (A)  
SKEY 2009, Suomen kestävän elämäntavan yhteisöt ry:n lausunto. 18.3.2009. (A)  
SKILL 2008, Kyselyvastaus. 1.9.2008. (E)  
SLTL 2008, Suomen Luontaisterveyden Liiton kyselyvastaus. 14.9.2008. (E) (A)  
SMTHL 2008, Suomen Mielenterveyshoitoalan liiton kyselyvastaus 1.10.2008. (TH)  
SMTHL 2009a, Suomen Mielenterveyshoitoalan liiton kannanotto. 31.1.2009. (TH)  
Sollo, P. 2008, Kyselyvastaus. 2.9.2008. (E)  
Stakes 2008, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskuksen kyselyvastaus. 11.9.2008. (TV)  
Suomen Apteekkariliitto 2008, Lausunto 26.9.2008. (TH)  
Suomen Fysioterapeutit 2009, Kyselyvastaus. 30.12.2008. (TH)  
Suomen Gynekologiyhdistys 2008, Kyselyvastaus. 18.9.2008. (TH)  
Suomen Homeopaattit 2008a, Kannanotto. 15.6.2008. (E)  
Suomen Homeopaattit 2008b, Kyselyvastaus. 13.9.2008. (E)  
Suomen Hypnoosiyhdistys 2008, Kannanotto. 10.12.2008. (E)  
Suomen Keuhkolääkäriyhdistys 2008, Kyselyvastaus. 14.9.2008. (TH)  
Suomen Kiropraktikkoliitto 2008a, Kommentti. 27.4.2008. (E)  
Suomen Kiropraktikkoliitto 2008b, Kyselyvastaus. 15.9.2008. (E)  
Suomen Kirurgiyhdistys 2008, Kyselyvastaus. 28.9.2009. (TH)  
Suomen Psykiatriyhdistys 2008, Kyselyvastaus. (Päiväys?). (TH)  
Suomen Psykologiliitto 2008, Kyselyvastaus. (Päiväys?). (TH)  
Suomen Puheterapeuttiliitto 2008, Kyselyvastaus. 13.9.2008. (TH)  
Suomen Refleksologit 2008, Kyselyvastaus. 10.9.2008. (E)  
Suomen Reumaliitto 2008, Kyselyvastaus. 15.9.2008. (A)  
Suomen Sairaanhoitajaliitto 2008, Kyselyvastaus. 6.10.2008. (TH)  
Suomen Sydänliitto ry 2008, Kyselyvastaus. 15.9.2008. (A)  
Suomen Vyöhyketerapeutit 2009, Kyselyvastaus. 18.8.2008. (E)  
SuPer 2008, Suomen lähi- ja perushoitajaliiton kyselyvastaus. (Päiväys?) (TH)  
TAYS 2008, Tampereen yliopistollisen sairaalan kyselyvastaus. 15.9.2008. (TH)  
Terveystieteiden Psykologit 2008, Kannanotto. 29.9.2008. (TH)  
Terveystupa 2008, Kyselyvastaus. 15.9.2008. (E)  
Tieteellinen Hypnoosi ry 2008, Hallituksen kannanotto STM:n kyselyyn. 8.9.2008. (TH)  
Turun terveystoimi 2008, Kyselyvastaus. 12.9.2008. (TV)

#### **4. STM:n referaatti kyselyvastauksista, kirjeenvaihtoa kyselyyn liittyen.**

##### **STM0040:00/2008. Sijoitus 3, kirjeenvaihto. STM:n arkisto.**

STM 2008ly, Vaihtoehtohoitoja koskevat näkemykset. Lausuntoyhteenvedo. 13.10.2008.

STM 2008ki, Vast: Huomautus työryhmän työskentelystä. Sähköposti Tarja Holilta SKILL ry:lle. 1.9.2008

#### **5. Terveystieteiden ammattijärjestöjen kannanotto uskomushoidoista**

Terveystieteiden järjestöt 2009, Suomen Lääkäriliiton, Suomen Psykologiliiton, Super

ry:n sekä Tehy ry:n ”Kannanotto uskomushoidoista ja niitä koskevista lainsäädäntötarpeista”. 23.2.2009.

<[http://www.laakariliitto.fi/files/kannanotto\\_uskomushoidot.pdf](http://www.laakariliitto.fi/files/kannanotto_uskomushoidot.pdf)> Tarkistettu marraskuussa 2012). Myös STM0040:00/2008. Sijoitus 3, kirjeenvaihto. STM:n arkisto.

## **6. LKL:n edustajien kannanotto kokousmuistioista ja SKILL:n huomautus sekä kantelu virkamiesten toiminnasta**

LKL 2008k, Luonnonlääketieteen Keskusliiton edustajien kannanotto työryhmän kahdesta ensimmäisestä muistiosta. 27.8.2008. Tekijän hallussa.

SKILL 2008b, Suomen Kiinalaisen Lääketieteen Liiton huomautus virkamiesten toiminnasta työryhmässä peruspalveluministerille ja eduskunnan oikeusasiamiehelle. 3.9.2008. Tekijän hallussa

SKILL 2008c, Suomen Kiinalaisen Lääketieteen Liiton tutkintapyyntö oikeuskanslerille virkamiesten toiminnasta työryhmässä. 22.10.2008 Tekijän hallussa.

## **7. Työryhmän raportti, lakiehdotus perusteluineen, eriävä mielipide liitteineen sekä työryhmän lausuntopyyntö niitä koskien.**

STM 2009, Vaihtoehtohoitojen sääntelyn tarve. Vaihtoehtohoitoja koskevan lainsäädännön tarpeita selvittäneen työryhmän raportti. Sisältää LKL:n edustajien ”Eriävän mielipiteen” (s. 68–73) ja sen liitteet 1–3. STM 2009:17. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

STM 2008la, Lausuntopyyntö vaihtoehtoja koskevan lainsäädännön tarpeita selvittäneen työryhmän raporttiin. 13.8.2009. STM0040:00/2008. Sijainti kohdassa 3, kirjeenvaihto. STM:n arkisto.

## **8. Raporttia koskevat lausunnot vuodelta 2009 (94 kpl). STM0040:00/2008. Kotelo 2. STM:n arkisto.**

A-klinikkasäätiö 2009, Lausunto. 25.9.2009. (TH)

ALY 2009, Antroposofisen lääketieteen yhdistyksen lausunto. 10.9.2009. (E)

Eduskunnan oikeusasiamies 2009, Lausunto. 12.11.2009. (V)

Etene 2009, Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan lausunto. 1.10.2009. (TV)

Etelä-Suomen Lääninhallitus 2009, Lausunto. 25.9.2009. (TV)

Evira 2009, Elintarviketurvallisuusviraston lausunto. 21.10.2009. (V)

Ev.-lut. 2009, Suomen Evankelis-Luterilaisen Kirkon lausunto. 1.10.2009. (M)

Frantsila 2009, Frantsilan Koulutuskeskuksen lausunto. 21.9.2009. (E)

Grace, U. 2009, Lausunto. 29.9.2009. (E)

Heli 2009, Hengitysliitto Helin lausunto. 7.10.2009. (A)

HUS 2009, Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirin lausunto. 25.9.2009. (TV)

Hypnoosiliitto 2009, Lausunto. 27.9.2009. (E)  
Itä-Suomen Lääninhallitus 2009, Lausunto. 10.9.2009. (TV)  
Jorma, U. 2009, Lausunto. 29.9.2009. (E)  
JHL 2009, Julkisten ja hyvinvointialojen liiton lausunto. (TH) (M)  
Kajava 2009, Lausunto. 29.9.2009. (E)  
Kansanlääkintäseura 2009, Lausunto 30.9.2009. (E)  
Kehitysvammaisten Tukiliitto 2009, Lausunto. 30.9.2009. (A)  
Kela 2009, Kansaneläkelaitoksen lausunto. 22.9.2009. (TV)  
Kilpailuvirasto 2009, Lausunto. 30.9.2009. (V)  
Kognitiivisen Psykoterapian Yhdistys 2009, Lausunto. 27.9.2009. (TH)  
Koponen, A. 2009, Lausunto. 30.9.2009. (E)  
Kuluttajavirasto 2009, Lausunto. 2.10.2009. (V)  
Kuntaliitto 2009, Lausunto. 11.9.2009. (V)  
Lapin Lääninhallitus 2009, Lausunto. 29.9.2009. (TV)  
Lapsiasiavaltuutettu 2009, Lausunto. 23.10.2009. (V)  
Lastensuojelun keskusliitto 2009, Lausunto 24.9.2009. (A)  
Lehtonen, Maija 2009, Lausunto. 25.9.2009?. (E)  
LKL 2009, Lausunto. 29.9.2009? (E)  
Luontaistuotealan keskusliitto 2009, Lausunto. 30.9.2009. (E)  
Luostarinen, R., Jahnukainen, M. & Anders, H. 2009, Lausunto. 28.9.2009. (A)  
Länsi-Suomen Lääninhallitus 2009, Lausunto. 29.9.2009. (TV)  
Lääkelaitos 2009, Lausunto. 16.10.2009. (TV)  
Oikeusministeriö 2009, Lausunto. 2.10.2009. (V)  
Ojala, A. 2009, Lapin ammattiopiston Luontaistuotehankkeen kannanotto. 29.9.2009?. (E)  
Opetushallitus 2009, Lausunto. 6.10.2009. (V)  
OPM 2009, Opetusministeriön lausunto. 22.9.2009. (V)  
Oulun Lääninhallitus 2009, Lausunto. 1.10.2009. (TV)  
Pedersöre 2009, Utlåtande. 21.09.2009. (V)  
Pietiäinen, Antti 2009, Luontaislääketieteen Instituutti Kaironin lausunto. 29.9.2009. (E)  
Pirkanmaan Sairaanhoidopiiri 2009, Lausunto. 28.9.2009. (TV)  
Pohjoismaainen Homeopaattiyhdistys 2009, Lausunto. 22.9.2009. (E)  
Pohjois-Pohjanmaan Sairaanhoidopiiri 2009, Lausunto. 21.10.2009. (TV)  
Potilasvakuutuskeskus 2009, Lausunto. 28.9.2009. (TV)  
Raasepori 2009, Lausunto. 29.9.2009. (V)  
Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2009, Lausunto. 30.9.2009. (TH)  
Reiki 2008, Mikao Usuin Reiki ry:n lausunto. 29.9.2009. (E)  
Seta 2009, Lausunto 26.9.2009. (A)  
SHLI 2009, Suomen Homeopaattisen Lääketieteen Instituutin lausunto. 30.9.2009. (E)  
SKILL 2009, Suomen Kiinalaisen Lääketieteen Liiton lausunto. 24.9.2009. (E)  
SLTL 2009, Suomen Luontaisterveyden Liiton lausunto. 29.9.2009. (E)  
SMTHL 2009b, Suomen Mielenterveyshoitoalan Liiton lausunto. 29.9.2009. (TH)  
YTY 2009, Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistyksen lausunto. 23.9.2009. (TH)  
Satakunnan Sairaanhoidopiiri 2009, Lausunto. 23.9.2009. (TV)  
Seta 2009, Seksuaalinen tasa-arvo ry:n lausunto. 26.9.2009. (A)  
Suomen Apteekkariliitto 2009, Lausunto. 29.9.2009. (TH)  
Suomen Aromaterapeutit 2009, Kommentti. 28.9.2009. (E)  
Suomen Fysioterapeutit 2009, Lausunto. 22.9.2009. (TH)  
Suomen Homeopaatit 2009, Lausunto. 28.9.2009. (E)  
Suomen Jäsenkorjaajat 2009, Lausunto. 29.9.2009. (E)  
Suomen Kupparit ja Saunaterapeutit 2009, Lausunto. 28.9.2009. (E)



Suomen Kuvataideterapeuttien Liitto 2009, Lausunto. 7.9.2009. (TH)  
Suomen Lääkäriliitto 2009, Lausunto. 28.9.2009. (TH)  
Suomen modernit ja psykologiset vyöhyketerapeutit 2009, Lausunto. 29.9.2009. (E)  
Suomen Keuhkolääkäriyhdistys 2009, Lausunto. 9.9.2009. (TH)  
Suomen Kirurgiyhdistys 2009, Lausunto. 30.9.2009. (TH)  
SMTS 2009, Suomen Mielenterveysseuran lausunto. 30.9.2009. (A)  
Suomen musiikkiterapiayhdistys 2009, Lausunto 30.9.2009. (TH)  
Suomen Perheterapiayhdistys 2009, Lausunto. 29.9.2009. (TH)  
Suomen Potilasliitto 2009, Lausunto. 29.9.2009. (A)  
Suomen Psykiatriyhdistys 2009, Lausunto 25.9.2009. (TH)  
Suomen Psykologiliitto 2009, Lausunto. 29.9.2009. (TH)  
Suomen Puheterapeuttiliitto 2009, Lausunto. 29.9.2009. (TH)  
Suomen Refleksologit 2009, Lausunto. 3.6.2009. (E)  
Suomen Reumaliitto 2009, Lausunto. 21.9.2009. (A)  
Suomen Taideterapiayhdistys 2009, Lausunto. 29.9.2009. (TH)  
SuPer 2009, Suomen lähi- ja perushoitajaliiton lausunto. 30.9.2009? (TH)  
Taideterapeutit 2009, Lausunto. 29.9.2009. (E)  
Tehy 2009, Lausunto. 30.9.2009. (TH)  
TEM 2009, Työ- ja elinkeinoministeriön lausunto. 8.10.2009. (V)  
THL 2009, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen lausunto. 30.9.2009. (TV)  
Tietosuojavaltuutettu 2009, Lausunto. 25.9.2009. (V)  
Terveydenhuollon psykologit 2009, Lausunto. 29.9.2009. (TH)  
Terveystupa 2009, Lausunto. 29.9.2009. (E)  
Tieteellinen hypnoosi 2009, Lausunto. 28.9.2009. (TH)  
Vaasan keskussairaala 2009, Lausunto. 1.10.2009. (TV)  
Valvira 2009, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston lausunto. 1.10.2009. (TV)  
Vantaa 2009, Vantaan kaupungin lausunto. 21.9.2009. (V)  
Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri 2009, Lausunto. 30.9.2009. (TV)  
VSSH 2009, Varsinais-Suomen sairaanhoidopiirin lausunto. 30.9.2009. (TV)  
Vähemmistövaltuutettu 2009, Ilmoitus. 9.9.2009. (V)  
Ålands Hälso- och Sjukvård 2009, Ilmoitus. 14.9.2009. (TV)

## 9. Muu aineisto.

A-Talk 2009, Ylen keskusteluohjelma A-Talk 16.4.2009, ”Pitääkö luontaishoitoja rajoittaa?”. <<http://www.youtube.com/watch?v=bugAudswlak>> Tarkistettu 20.8.2013.

Cambrella 2013, CAM will be part of public hospital care in Paris. Uutinen.  
<<http://www.cambrella.eu/home.php?il=214>> Tarkistettu 7.2.2013.

Duodecim 1996, Duodecimin juhluvuoden sanakilpailun tulokset, *Duodecim* 112(5), 438.

Eduskunnan oikeusasiamies 2013, Vaihtoehtohoitoja koskeva asiakirja. 16.4.2013, 474/4/12. Tekijän hallussa.

Hallitusohjelma 2011, *Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 22.6.2011*. <<http://valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/fi.jsp>> Tarkistettu marraskuussa 2012.

Hemmilä, H. 2007, Luopukaamme termin uskomuslääkintä käytöstä. *Duodecim* 2007, 123:19, 2352.

HS 2014. ”Vaihtoehtohoitolaki viivästyy vuosia”. Helsingin Sanomat 23.1.2014, A14.

Kivelä, T. & Kellosalo, J. 2007, Uskomuslääkintä on käypää ammattisanastoa. *Duodecim* 2007, 123:19, 2353.

LKL 2009b, Vaihtoehtohoitojen torjuminen ei palvele potilaan etua. Lehdistötiedote 14.4.2009. <<http://www.lkl.fi/lkl-ryn-lakialoite/vaihtoehtohoitojen-torjuminen-ei-palvele-potilaan-etua>> Tarkistettu 9.9.2013.

LKL 2011, LKL ry:n esitys Sosiaali- ja terveysministeriölle 24.3.2011. Aloite. <<http://www.lkl.fi/lkl-ryn-lakialoite/lkl-ryn-esitys-sosiaali--ja-terveysministeriolle->> Tarkistettu 9.9.2013.

LKL 2013, Lakiasian valmistelun vaiheet vuosina 2005–2013. Tiivistelmä. <<http://www.lkl.fi/lkl-ryn-lakialoite/lakiasian-valmistelun-vaiheet>> Tarkistettu 9.9.2013.

Myllykangas, M. 2008, Eduskunnalla on puoskaripuolueensa. Mieli-pide. *Savon Sanomat* 15.11.2008.

Risikko, P. 2008, Täydentävien ja vaihtoehtoisten hoitojen asema Suomessa. Peruspalveluministeri Risikon puhe LKL:n seminaarissa eduskuntatalossa 9.5.2008. <[http://www.lkl.fi/support/0509\\_Taydentavien\\_ja\\_vaihtoehtoisten\\_hoitojen\\_asema\\_Suomessa.doc](http://www.lkl.fi/support/0509_Taydentavien_ja_vaihtoehtoisten_hoitojen_asema_Suomessa.doc)> Tarkistettu 9.9.2013.

Saarinen, S. (toim.) 1998, *Täydentävät vaihtoehdot terveydenhoidossa*. Virallisen ja vaihtoehtoisen terveydenhoidon työryhmä. Helsinki: Edita.

Skepsis 2003a(vuosi?), Uskomuslääkintä. <<http://www.skepsis.fi/ihmeellinen/uskomuslaakinta.html>> Tarkistettu 11.9.2013

Skepsis 2003b(vuosi?), Homeopatia. <<http://www.skepsis.fi/ihmeellinen/homeopatia.html>> Tarkistettu 11.9.2013.

SLTL 2009b, Suomen luontaisterveyden liiton adressi ”Luontaishoitoja uhataan rajoittaa Suomessa”. <<http://www.adressit.com/luontais-hoidot>> Tarkistettu 18.9.2013.

Soininen, M. 2013, Lääkärin kannattaa tietää vaihtoehtohoidoista. Uutinen. *Suomen Lääkärilehti* 43/2013, 3084.

STM 2009ref, Vaihtoehtohoitojen sääntelyn tarve. Yhteenveto työryhmäraportista 2009:17 pyydetyistä lausunnoista. Päivi Kaartamo, 28.10.2009.

<[http://www.lkl.fi/resource/file/file/LKL%20stm%20kaartamo%208\\_3\\_10-2.pdf](http://www.lkl.fi/resource/file/file/LKL%20stm%20kaartamo%208_3_10-2.pdf)>

Tarkistettu 9.9.2013.

Yle-uutiset 2013, Räsänen: Uskomushoitoja rajoittavalla lailla on kiire. Yle-uutiset 4.8.2013 <[http://yle.fi/uutiset/rasanen\\_uskomushoitoja\\_rajoittavalla\\_lailla\\_on\\_kiire/6762089](http://yle.fi/uutiset/rasanen_uskomushoitoja_rajoittavalla_lailla_on_kiire/6762089)> Tarkistettu 18.9.2013.

Tekijän sähköpostikirjeenvaihto aineiston toimijoiden kanssa. Tekijän hallussa.

Tekijän puhelinkeskustelut aineiston toimijoiden kanssa.

## **KIRJALLISUUS**

Albanese C. 1986, Physic and Metaphysic in Nineteenth-Century America: Medical Sectarians and Religious Healing. *Church History*, 55:4, 489–502. American Society of Church History.

Albanese C. 1999, The Subtle Energies of Spirit: Explorations in Metaphysical and New Age Spirituality. *Journal of American Academy of Religion* 67:2, 305–325.

Baer H. 1987, Divergence and Convergence in Two Systems of Manual Medicine: Osteopathy and Chiropractic in the United States. *Medical Anthropology Quarterly*, 2:1, 176–193. American Anthropology Association.

Barnes L. 2005, *Needles, Herbs, Gods and Ghosts. China, Healing and the West to 1848*. Cambridge, London: Harvard University Press.

Bergdolt K. 2008, *Wellbeing. A Cultural History of Healthy Living*. Saksankielisestä alkuteoksesta Leib und Seele. Eine Kulturgeschichte des gesunden Lebens and [1999] englanniksi kääntänyt J. Dewhurst. Cambridge: Polity Press.

Bivins, R. 2007, *Alternative Medicine? A History*. Oxford; New York: Oxford University Press.

Britten, N. 2008, *Medicines and Society – Patients, Professionals and the Dominance of Pharmaceuticals*. New York: Palgrave MacMillan.

Committee on the Use of Complementary and Alternative Medicine by the American

- Public 2005, ”5 State of Emerging Evidence on CAM: Cochrane Review Evidence for CAM”. *Complementary and Alternative Medicine in the United States*. 135–136. Washington DC: The National Academies Press.
- Coulter, I. & Willis, E. 2004, The rise and rise of complementary and alternative medicine: a sociological perspective. *The Medical Journal of Australia*, 180, 7.7.2004, 587–589.
- El Dib R., Atallah A. & Andriolo R. 2007, Mapping the Cochrane evidence for decision making in health care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 13:4, 689–692.
- Eisenberg, D. & Kaptchuk, T. 2001, Varieties of Healing. 2: A Taxonomy of Unconventional Healing Practices. *Annals of Internal Medicine*. 2001, 135:3, 196–204
- Eriksson, K. 1987, Hoitotiede humanistisena tieteenä. Teoksessa *Hoitotiede 1987*, 72–77. Pro Nursing Ry: Turku.
- EU 1998, Euroopan komissio Cost Action B 4 – Ei konventionaalinen lääketiede (Vaihtoehtohoidot). Toimeenpanevan komitean lopullinen raportti 1993–1998. <<http://www.luontaisterveys.info/euroopankomissio.html>> Tarkistettu maaliskuu 2009.
- Ezzo J., Bausell B., Moerman D., Berman B. & Hadhazy V. 2001, Reviewing the reviews. How strong is the evidence? How clear are the conclusions? *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 17:4, 457–466.
- Fairclough, N. 1992, *Discourse and Social Change*. Cambridge: Polity Press.
- Fairclough, N. 1995, *Critical Discourse Analysis – The Critical Study of Language*. Harlow, Essex: Pearson Education Limited.
- Fairclough, N. 2003, *Analysing Discourse: Textual Analysis for Social Research*. New York: Routledge.
- Forsius A. 2005, Puoskarointi ja sen valvonta. *Skeptikko* 3/2005, 9–14.
- Foucault, M. 2005, *Tiedon arkeologia*. Ranskankielisestä alkuteoksesta *L'archéologie du savoir* [1969] suomentanut Tapani Kilpeläinen. Tampere: Vastapaino.
- Fuller R. 2001, *Spiritual But Not Religious : Understanding Unchurched America*. Oxford; New York: Oxford University Press.
- Fuller R. 2005, Healing and Medicine: Alternative Medicine in the New Age. Teoksessa

toim. Jones L., *Encyclopedia of Religion* 6, 3848–3852. Detroit: Macmillan Reference USA.

Geertz, C. 1993, Religion as a cultural system. Teoksessa *The interpretation of cultures: selected essays*, 87–125. Waukegan: Fontana Press.

Honko L. 1977, Kansanlääkintä kehityksen näkökulmasta. Teoksessa *Sananjalka* 19: 90–108. Helsinki: SKS.

Honko, L. 1983, Terveyskäyttäytymisen kokonaisuus. Teoksessa toim. Laaksonen, P. ja Piela, U. *Kansa parantaa. Kalevalaseuran vuosikirja* 63. Helsinki: SKS.

Honko L. 1994, Kulttuuri ja sairaus. Teoksessa toim. Hyry K. *Sairaus ja ihminen – kirjoituksia parantamisen perusteista*, 13–40. Helsinki: SKS.

Haila, Y. 2001, Johdanto: Mikä ympäristö?. Teoksessa toim. Haila Y., Jokinen P., *Ympäristöpolitiikka*, 9–20. Tampere: Vastapaino.

Hanna T. 1995, What is Somatics? Teoksessa toim. D. Johnson *Bone, Breath and Gesture*, 341–353. California: The California Institute of Integral Studies.

Ilmanen, A., Myllykangas, M., Tuomainen, T., Vertio, H. & Vuorenkoski, L. 2013, Lääkärien suhtautuminen vaihtoehtohoitoihin vuonna 2012. *Suomen Lääkärilehti* 13–14/2013, 1014–1018.

Johanninsson, K. 1990. *Medicinens öga: Sjukdom, medicin och samhalle : historiska erfarenheter*. Stockholm: Nordstedt.

Johnson, D. 1995, Introduction. Teoksessa toim. D. Johnson *Bone, Breath and Gesture*, ix–xvii. California: The California Institute of Integral Studies.

Klassinen akupunktio 2008, Tuula Vaskilammen (Kuopion yliopisto) haastattelu vaihtoehtohoidoista (24.10.2008). Teksti julkaistu URL-osoitteessa:

[www.klassinenakupunktio.org/mun\\_aku.htm](http://www.klassinenakupunktio.org/mun_aku.htm). Sivustoa ei ole enää, mutta se on arkistoitu. <[http://web.archive.org/web/20090304190138/http://www.klassinenakupunktio.org/muu\\_aku.htm](http://web.archive.org/web/20090304190138/http://www.klassinenakupunktio.org/muu_aku.htm)> (Tarkistettu 9.9.2013.) Myös tämän pro gradu -työn liitteenä 2.

Kleinman, A. 1981, *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.

Koponen, A. 1998, Nykytilanteen taustaa. Teoksessa toim. Saarinen S. *Täydentävät*

*vaihtoehdot terveydenhoidossa*, 12–22. Helsinki: Virallisen ja vaihtoehdoisen terveydenhoidon työryhmä / Edita.

Kuusi, O. 2006(?), Delfoi-menetelmä. Virtuaalikirjastossa toim. Kyrö P., *Metodix*. <[http://www.metodix.com/en/sisallys/01\\_menetelmat/02\\_metodiartikkelit/kuusi\\_delfoi/kooste#12](http://www.metodix.com/en/sisallys/01_menetelmat/02_metodiartikkelit/kuusi_delfoi/kooste#12)> (Tarkistettu 11.9.2013.)

Lahelma, E. 2003, Medikalisaation juurilta nykypäivään. *Duodecim* 2003; 119: 1863–8.

Laitinen M, Jääskeläinen A & Lauerma H. 2006, Valvomattomissa suggestiivisissa psykoterapioissa vakavia ongelmia. *Suomen Lääkärilehti* 61:3131–3.

Lauerma H. 2001, Miksi hypnoosin käytön tulisi olla säädeltyä? *Suomen Lääkärilehti* 56:449–452.

Lauerma H. 2006, *Usko, toivo ja huijaus*. Helsinki: Duodecim.

Lehtinen M., Merikoski J. & Tossavainen T. 2007, *Johdatus tasogeometriaan*. Helsinki: WSOY.

Meriläinen, P. 1987, Ihmisen terveydenhoidon kokonaisuus. Teoksessa *Hoitotiede 1987*, 90–105. Turku: Pro Nursing ry.

Millie, A. 2009, *Anti-Social Behaviour*. Open University Press: Berkshire, England

Mills, S. 1997, *Discourse*. Routledge: New York, USA.

Moberg, M. 2013, First-, second-, and third-level discourse analytic approaches in the study of religion. *Religion*, 43:1, 4–25.

NIH 2011, Development and classification of an operational definition of complementary and alternative medicine for the Cochrane Collaboration. *Alternative Therapies in Health and Medicine*. 2011, 17:2, 50–59.

NIH 2013, What Is Complementary and Alternative Medicine? Päivitetty 2013. <[http://nccam.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/CAM\\_Basics\\_What\\_Are\\_CAIHA.pdf](http://nccam.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/CAM_Basics_What_Are_CAIHA.pdf)> Tarkistettu 11.9.2013.

Pesonen H. 1997, Kieli ja sosiaalinen todellisuus. Diskurssianalyysin lähtökohtia. Teoksessa toim. Sjöblom T., *Tutkija, tekstit ja uskonto*, 133–149. Helsinki: Helsingin yliopiston uskontotieteen laitos.

- Pike, K. 1967 [1954], *Language in Relation to a Unified Theory of the Structure of Human Behavior*. The Hague: Mouton.
- Pirttilä, I. 1994, *Me ja maailman mallit. Tiedonsosiologian ydintä etsimässä*. Espoo: Gaudeamus.
- Prior, L. 2003, Belief, knowledge and expertise: the emergence of the lay expert in medical sociology. *Sociology of Health & Illness*. 25: Silver Anniversary Issue. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Rytty, S. 2007, *Vesi vanhin voitehista, Jumala parantajista. Marginaalisuus ja legitiimiyys luonnonparannusliikkeen ja lääketieteen välisessä propagandasodassa Suomessa vuosina 1906-1914*. Suomen historia, pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto, Historian laitos.
- Rytty, S. 2010, Kylpemällä kohti parempaa yhteiskuntaa : Kirvun luonnonparantola ja kansainväliset reformipyrkimykset. Teoksessa toim. Koivunen L. ja Syrjämaa, T., *Samanaikaisuuksia: kansainvälisiä näköaloja vuoden 1911 maailmaan*, 135–149.
- Ryypö, J. 2004. *Vaihtoehtolääkinnän oikeutus*. Uskontotiede, pro gradu –tutkielma, Teologinen tiedekunta, Helsingin yliopisto.
- Saano V. 2005, Tarvitaanko Suomeen puoskarilakia? *Skeptikko* 3/2005, 4–8.
- Sharma U. 1993, Contextualizing alternative medicine. *Anthropology Today*, 9:4, 15–18.
- Smith, J. Z., 2000. Classification. Teoksessa toim. Braun W. ja McCutcheon R., *Guide to the Study of Religion*, 35–44. London and New York: Cassell.
- Smith, J. Z. 2004, *Relating Religion*. Chicago: University of Chicago Press.
- STM 2004, *Terveysthuolto Suomessa*. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2004: 11
- Stromberg, P. 1993, *Language and Self-Transformation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- von Stuckrad, K. 2003, Discursive Study of Religion: From States of the Mind to Communication and Action. *Method & Theory in the Study of Religion* 15, 255–271.
- von Stuckrad, K. 2013, Discursive Study of Religion: Approaches, Definitions, Implications. *Method and Theory in the Study of Religion* 25:1.
- Taira, T. 2004, Uskonnolliset käytännöt ja kulttuuriset kontekstit – uskontotieteen ja

- kulttuurintutkimuksen rajankäyntiä, teoksessa *Uskonnon paikka*, toim. Fingerroos, O. Opas, M. & Taira, T. SKS, Helsinki 2004, 115–149.
- Taira, T. 2013, Making space for discursive study in religious studies, *Religion*, 43:1, 26–45.
- Tonelli, M. & Callahan, T. 2001, Why Alternative Medicine Cannot Be Evidence-based. *Academic Medicine* 2001, 76, 1213–1220.
- Turner. B. 1992, *Regulating bodies. Essays in Medical Sociology*. London, New York: Routledge.
- Valvira 2013, Ammattioikeudet. <<http://www.valvira.fi/luvat/ammattioikeudet>> Tarkistettu 11.9.2013.
- Vaskilampi, T. 1986, Vaihtoehtoiset hoitomuodot tutkimuskohteena. Teoksessa toim. Vaskilampi T., *Vaihtoehtoisten hoitomuotojen tutkimuksen problematiikkaa*, 1–12. Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston yhteiskuntapolitiikan laitoksen tutkimuksia, N:O 45.
- Vaskilampi, T. & Pylkänen, K. 1991, Luonnollinen ja yliluonnollinen vaihtoehtolääkinnässä. *Duodecim*, 1991, 107:13, 1060–1068.
- Vaskilampi, T. 1992, *Vaihtoehtoinen terveydenhuolto hyvinvointivaltion terveystarkkinoilla*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Vaskilampi T. 1994, Vaihtoehtolääkintä kuluttajien terveystarkkinoilla. Teoksessa toim. Hyry K., *Sairaus ja ihminen – kirjoituksia parantamisen perusteista*, 220–235. Tietolipas 132, Helsinki: SKS.
- Vauhkonen O. 1992, “Yleiskatsaus Suomen lääkintälaitoksen ja terveydenhuollon kehitysvaiheisiin 1600-luvulta 1970-luvulle”. Teoksessa *Terveydenhuollon historia*. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.
- Viander, R. 2010. *Kamppailu luontaishoidoista*. Valtio oppi, pro gradu –tutkielma, Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos, Jyväskylän yliopisto.
- Villanueva-Russell, Y. 2005, Evidence-based medicine and its implications for the profession of chiropractic. *Social Science & Medicine*, 60:3, 545–561.
- Wallis R. & Morley P. 1976, Introduction. Teoksessa toim Wallis R., Morley P, *Marginal Medicine*. London: Peter Owen.



Wijsen, F. 2013. 'There are radical Muslims and normal Muslims': an analysis of the discourse on Islamic extremism, *Religion*, 43:1, 70–88

WHO 2008, *Beijing Declaration, Adopted by the WHO Congress on Traditional Medicine, Beijing, China, 8 November 2008.*

<[http://www.who.int/medicines/areas/traditional/congress/beijing\\_declaration/en/print.html](http://www.who.int/medicines/areas/traditional/congress/beijing_declaration/en/print.html)> Tarkistettu marraskuussa 2012.

WHO 2012, *Antimicrobial resistance*, Fact sheet N°194, 3/2012.

<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/en/>> Tarkistettu marraskuussa 2012.

Wittgenstein, Ludvig. 1999, *Varmuudesta*. Saksankielisestä alkuteoksesta *Über Gewissheit* kääntänyt Nyman, H. WSOY: Juva.

### **Suulliset lähteet**

Honkasalo, M-L. 2011, Kulttuuri, ruumis ja teknologia. Asklepios-avausseminaarin luento, Turun yliopisto, 10.10.2011.

Suominen, S. 2013, Asklepios III: Lääketiede ja terveydenhuolto kulttuurisina järjestelminä, luento, Turun yliopisto, 28.3.2013.

## LIITE 1

### LUETTELO TUTKIELMASSA KÄYTETYISTÄ LYHENTEISTÄ

- ALY – Antroposofisen lääketieteen yhdistys ry  
CAM – Complementary and Alternative Medicine  
Etene – Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta  
FinnAcu – Suomen perinteisen kiinalaisen lääketieteen yhdistys ry  
HUS – Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri  
JHL – Julkisten ja hyvinvointialojen liitto ry  
Kela - Kansaneläkelaitos  
LKL – Luonnonlääketieteen keskusliitto ry  
OPM – Opetusministeriö  
SHLI – Suomen Homeopaattisen Lääketieteen Instituutti  
SKILL – Suomen Kiinalaisen lääketieteen liitto ry  
SLTL – Suomen luontaisterveyden liitto (nykyisin Suomen terveysjärjestö)  
Stakes – Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus  
TEM – Työ- ja elinkeinoministeriö  
TEO – Terveystieteiden tutkimuskeskus  
Seta – Seksuaalinen tasa-arvo ry  
STM – Sosiaali- ja terveysministeriö  
SMTHL – Suomen Mielenterveyshoitajien liitto ry  
SMTS – Suomen Mielenterveysseura  
WHO – World Health Organization  
NIH – National Institute of Health (USA)  
NSK – Nordisk Samarbeidskommittén för icke-konventionell medicin  
SuPer – Suomen lähi- ja perushoitajien liitto ry  
TAYS – Tampereen yliopistollinen sairaala  
Tehy – Nimi on lyhennetty aiemmasta nimestä Terveystieteiden ammattijärjestö.  
THL – Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos  
TM – Traditional Medicine  
Valvira – Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto  
VSSH – Varsinais-Suomen Sairaanhoitopiiri  
YTY – Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys

## LIITE 2

Liitän oheisen Tuula Vaskilammen haastattelun graduuni, koska haastattelu on miltei hävinnyt sen julkaisseen internetsivuston poistuttua, ja erityisesti koska siinä tulee ilmi perehtyneen tutkijan mielipide vuoden 2008 tilanteessa. Tällaisia näkökulmia ei liiemmin ole saatavilla epävirallisen terveydenhoidon sääntelystä Suomessa tältä ajalta.

Löysin haastattelun internetarkisto Wayback Machinen avulla. Lihavoinnit tekstissä minun selkeyden vuoksi. Olen poistanut haastattelijan yhteystiedot.

### **”Professori Tuula Vaskilammen (Kuopion yliopisto) haastattelu vaihtoehtohoidoista(24.10.2008)**

**1. Olette olleet mukana Suomen delegaatiossa yhdessä ylilääkäri Veijo Saanon kanssa Eu:n vuosina 1993-1999 toteuttamassa Cost Action B4 projektissa. Projektissa oli Suomen lisäksi mukana 32 muuta Euroopan valtiota ja se käsitti 46 vaihtoehtoista terapiaa ja ei konventtionaalista lääketiedettä(=VE-hoidot). Syntyikö projektissa mukana olleita valtioita sitovia ohjeistuksia?**

Ei syntynyt, mutta suosituksia kylläkin. Keskeinen sanoma oli vaihtoehtolääkinnän koulutuksen, tutkimuksen ja kriittisen tarkastelun sekä laadun (kontrollin) lisääminen.

**2. Projekin aikana kerättiin tutkimustietoa vaihtoehtoisissa terapioiden ja ei konventionaalisesta lääketieteestä. Mitä ja minkälaista tämä tutkimustieto on ja missä sitä säilytetään?**

a)Projektin jäsenten toimesta tehtiin kysely kustakin osallistuvasta maasta (10 COST maata) meneillään olevasta vaihtoehtolääkinnän (Unconventional) tutkimuksesta. Kyselyyn vastasi 1.7.1994 mennessä 550 henkilöä. Toisilla oli useampiakin tutkimuksia. COST B4 Unconventional Medicine in Europe, Responses to the COST B4 Questionnaire. European Commission Directorate-General XII Science, Research and Development 1994 (ISBN 2-87263-123-2).

b) Selvitettiin keskeisimpiä tehtyjä tutkimuksia. Yhtenä tiedonlähteenä oli mm Cochrane tietokanta ja pidettiin seminaareja, joissa viitattiin eri tutkimuksiin. European Commission COST B4 Supplement to the Final Report of the Management Committee COST B4 1993-1998 EUR 19110en (ISBN 92-828-7434-6). Minulla on muutama kappale näitä ja periaatteessa pitäisi olla saatavilla. Office for Official Publication of European Communities, Luxembourg. Sitten on vielä loppuraportti COST B4 Unconventional medicine, Final Report of the management committee EUR 18420en (ISBN 92-828-4672-5).

### **3. Kerroitte, että tutkimuksia em. aloista on tehty myös Kuopion yliopistossa. Mitä ja minkälaista Kuopion yliopiston tutkimustieto on?**

Kuopiossa on tutkittu mm. ravitsemukseen, kuppaukseen, manuaalisiin hoitoihin liittyviä aiheita sekä vaihtoehtolääkinnän yleisyyttä selvittäviä tutkimuksia.

### **4. Pidättekö tärkeänä VE-hoitojen intergroimista Suomen terveydenhuoltoon?**

Pidän tärkeänä jatkuvaa vuoropuhelua koululääketieteen ja vaihtoehtolääkinnän välillä. Vaihtoehtolääkintä sisältää niin monia erilaisia hoitomuotoja, joita ei voida käsitellä samojen käsitteiden ja toimintamallien avulla. Kuluttajat itse kyllä integroivat omassa käytännössään nämä kaksi aluetta. Integroinnin onnistuminen riippuu myös siitä, kuinka se tehtäisiin, ja kuten edellä mainitsin, myös niistä hoitomuodoista. Tähän kysymykseen en voi vastata kyllä tai ei vastauksella.

### **5. Jos vastaatte edelliseen kysymykseen myönteisesti, niin mihin konkreettisiin toimiin tulee ryhtyä? Jos kielteisesti, niin minkä vuoksi ette suosita sitä?**

Päädytäämpä minkälaiseen ratkaisuun tahansa, mielestäni ei yksi malli riitä ja sen vaikutusten perusteellista selvittämistä tarvitaan.

### **6. Onko mahdollista aloittaa VE-alan yliopistotasoinen koulutus Suomessa?**

Mielestäni aloittaminen voisi olla mahdollista jo verraten varhain. Se voisi hyvinkin tapahtua yhteistyössä ammattikorkeakoulujen kanssa.

**7. Jos vastaatte edelliseen kysymykseen myönteisesti, niin milloin se on mahdollista ja mihin toimenpiteisiin tulee ryhtyä? Jos kielteisesti, niin minkä vuoksi ette pidä yliopistotasosta koulutusta VE-alalla tärkeänä?**

Tulisi ensin kartoittaa nyt käynnissä olevat koulutukset/kurssit ja selvittää mitä taitoja ja tietoja tarvitaan ja myös yhteisen ”kivijalan” tuntemusta tarvitaan. Tässä ovat eri vaihtoehdot eri asemassa. Esim. Isossa Britanniassahan on jo hyvin kattavaa yliopistotason opetusta. Näistä ulkomaisista esimerkeistä voitaisiin saada hyvää ainesta Suomen oloihin sovellutusta varten.

**8. Mitkä ovat mielestänne Ve-alan suurimmat mahdollisuudet/haasteet Suomessa?**

Käyttö lisääntyy joka tapauksessa lainsäädännöstä riippumatta. Luontaishoitojen käyttäjillä, terveydenhuollon henkilöstöllä ja poliittisilla päättäjillä pitäisi olla asianmukaista tietoa eri hoitomuodoista. Käyttäjillä pitäisi olla valinnan vapaus hoitomuotojensa suhteen, mutta samalla olisi taattava kuluttajan suoja ts. käyttäjien tulisi tietää mahdollisimman hyvin mitä valitsevat, mitkä ovat edut ja haitat. Vaihtoehtohoitojen haitoista tulisi olla myös kansallinen rekisteri.

**9. STM:n VE-lakia pohtiva työryhmä on rajaamassa VE-lain käsittämään vain potilasturvallisuuden. Mitä mieltä olette VE-lain näin suppeasta tulkinnasta ja mitä mieltä olette VE-hoitojen turvallisuudesta vs. perinteinen lääketiede?**

Potilasturvallisuus on erittäin tärkeä lainsäädännöllinen asia. Mielestäni se ei kuitenkaan yksin riitä, lakiin tulisi myös määritellä hoitoja antavien ammattitaidolliset kriteerit, toiminnan oikeudet ja velvollisuudet.

**10. Tuleeko VE-lakiin sisällyttää myös terapeuttien aseman virallistaminen?**

Osittainen-mahdollisesti. En osaa vastata tähän tässä vaiheessa.

**11. Mitä terveisiä haluatte lähettää STM:n VE-työryhmälle?**

Paneutukaa todella perusteellisesti vallitsevaan lainsäädäntöön ainakin koko EU maiden

alueella ja sieltä saatuihin kokemuksiin. Tutustukaa vaihtoehtolääkinnän koko kirjoon niin hyvin kuin se on mahdollista. Tutustukaa jo tehtyihin tutkimuksiin ja koulutukseen EU-alueella, tutkimuksen osalta esim Cochrane-tietokanta.

## **12. Miten muissa Cost Action B4 projektissa mukana olleissa maissa on toimittu?**

En ole seurannut koko COST B4 maiden alueita, mutta tiedän, että ainakin Ruotsissa, Norjassa, Isossa Britanniassa ja Belgiassa sekä alan tutkimus että korkeamman tason koulutus on lisääntynyt. Vaikea sanoa mikä on COST B4 ansiota tässä ja mikä kulttuurista perua. Meillä Suomessa tutkimus on viimeisten 10-15 vuoden aikana vähentynyt huomattavasti - hiipunut lähes olemattomiin.

Haastattelija: Pirkko Hiilamo

Hiilamo on ekonomi, koulutettu kiinalaisen lääketieteen terapeutti, dipl.naturopaatti sekä toimii Klassisen Akupunktion Yhteisön tiedottajana.”

Alkuperäinen URL: [http://www.klassinenakupunktio.org/muu\\_aku.htm](http://www.klassinenakupunktio.org/muu_aku.htm)

Arkisto-URL:

[http://web.archive.org/web/20090304190138/http://www.klassinenakupunktio.org/muu\\_aku.htm](http://web.archive.org/web/20090304190138/http://www.klassinenakupunktio.org/muu_aku.htm)

Sivustolta Wayback Machine Internet Archive. (tarkastettu 9.9.2013)

## LIITE 3

Oheinen sähköposti on oikeustieteen maisteri Mikko Rajavuoren kommentti STM:n lakiesityksestä (STM 2009). Liitteenä Mikko Rajavuoren luvalla.

Mikko Rajavuoren sähköposti Jonimatti Joutsijärvelle 13.2.2012.

Aihe: Muutamia kommentteja

”Iltaa,

Tässä muutamia näkökohtia. En vastannut kaikkiin kysymyksiin. Katso, josko tästä on hyötyä ja kysy sitten lisää! Nopeana luonnehdinta sanoisin, että esitys ei ole perusteluiltaan eikä säädösteknisesti kovin hyvä.

Kysymyksesi kytkeytyvät etupäässä esityksen periaatteelliseen tasoon, perusoikeusvaikutuksiin ja lainsäätämisvaiheeseen. Katselen asiaa siis lähinnä muutaman perusoikeuden valossa. En ota nyt kantaa valvontaan ja vastuuseen, kyseisen duunissa yhdeltä tyypiltä ensin. Koeten avata asiaan liittyviä perusoikeuspositioita siten, että esittelen ensin lyhyesti yleiset rajoitusedellytykset ja katselen sitten esityksen sisältöä. Ongelma on, että esitys on aika suppea ja perustelut paikoin todella huonot. Teksti on osin varastettu muutamasta relevantista yleisesityksestä. Saat lähdeviitteet, jos tarvitset.

### **Perusoikeuksien rajoittaminen**

Perusoikeuden rajoittaminen tarkoittaa perusoikeussäännöksen (Ks. perustuslaki (PL) 6 § - 23 §) soveltamisalan piirissä olevan oikeuden kaventamista tai perusoikeussäännöksen suojaamaan yksilön oikeusasemaan puuttumista julkisen vallan toimenpitein. Yksilö ei siten voi käyttää perusoikeuttaan, esim. itsemääräämisoikeutta, täysimääräisesti siltä osin, kuin sitä on perustuslain edellyttämässä menettelyssä ja sallimalla tavalla rajoitettu. Perusoikeuksien rajoituksien valvonta tapahtuu pääasiallisesti ennakoilta. Käytännössä siitä vastaa eduskunnan perustuslakivaliokunta, joka antaa tarvittaessa lausunnon lakiesityksen perusoikeusvaikutuksista. Perusoikeuksien rajoitusedellytykset on tiivistetty 7-portaiseen testiin. Testi edellyttää:

1. Lailla säätämisen vaatimus: Rajoitusten tulee perustua eduskuntalakiin.
2. Täsmällisyys- ja tarkkarajaisuusvaatimus: Rajoitusten on oltava tarkkarajaisia ja riittävän täsmällisesti määriteltyjä.
3. Hyväksyttävyyysvaatimus: Rajoitusperusteiden tulee olla perusoikeusjärjestelmän kannalta hyväksyttäviä, painavan yhteiskunnallisen tarpeen vaatimia.
4. Ydinalueen koskemattomuuden vaatimus: Tavallisella lailla ei voida säätää perusoikeuden ytimeen ulottuvaa rajoitusta.
5. Suhteellisuusvaatimus: Rajoitusten tulee olla välttämättömiä tavoitteen saavuttamiseksi sekä laajuudeltaan oikeassa suhteessa perusoikeuksien suojaamaan oikeushyvään ja rajoituksen taustalla olevan yhteiskunnallisen intressin painoarvoon.
6. Oikeusturvavaatimus: Perusoikeutta rajoitettaessa on huolehdittava riittävästä oikeusturvajärjestelystä.
7. Ihmisoikeusvelvoitteiden noudattamisen vaatimus: Rajoitukset eivät saa olla ristiriidassa Suomen kansainvälisten ihmisoikeusvelvoitteiden kanssa.

Perusoikeusrajoituksen tulee täyttää samanaikaisesti kaikki yleisten rajoitusedellytysten luettelon asettamat vaatimukset.

Kyseisen lakiesityksen kohdalla olennaisimmat testin portaavat ovat mielestäni täsmällisyys- ja suhteellisuusvaatimus. Täsmällisyysvaatimuksen taustalla on se, ettei perusoikeuksia pidä sanonnallisestikaan kaventaa säännöksissä enempää kuin on välttämätöntä. Perusoikeuksien turvaaminen kaikissa oloissa mahdollisimman laajoina edellyttää, ettei perusoikeuksien rajoitussäännöksiä kirjoiteta liian avoimiksi, vaan ne on kohdennettava mahdollisimman tarkoin tosiasialliseen rajoitustarvetta vastaaviksi. Perusoikeuksien rajoittamisvaltuuksien antaminen vain ”varmuuden vuoksi” ei ole hyväksyttävää.

Suhteellisuusvaatimuksen mukaan rajoitusten on oltava välttämättömiä hyväksyttävän tarkoituksen saavuttamiseksi. Jokin perusoikeuden rajoitus on sallittu ainoastaan, jos



tavoite ei ole saavutettavissa perusoikeuteen vähemmän puuttuvin keinoin. Rajoitus ei saa mennä pidemmälle, kuin on perusteltua ottaen huomioon rajoituksen taustalla olevan yhteiskunnallisen intressin painavuus suhteessa rajoitettavaan oikeushyvään.

Suhteellisuusvaatimuksen täyttymisen arviointi perustuu viime kädessä perusoikeuden takaamien intressien ja perusoikeuden rajoittamisen taustalla olevien intressien painoarvon keskinäiseen punnintaan. Tässä punninnassa on perusoikeuksiin (tai muihin perustuslain säännöksiin) kiinnittyvillä intresseillä korostunut painoarvo. Punninnassa voivat vaikuttaa eri suuntiin menevinä argumentteina myös muut tekijät, kuten esimerkiksi rajoituksen laajuuteen liittyvät yleiset näkökohdat, oikeusturvajärjestelyjen tehokkuus, rajoitusten poikkeuksellisuus ja kohtuullisuus sekä mahdollinen rajoituksesta aiheutuvien haittojen korvaaminen.

### **PL 18 § - Elinkeinonvapaus**

Käsitellään tämä nyt ensin, koska oikeusministeriö on nostanut sen esiin. PL 18.1 §:n 1 virkkeen mukaan jokaisella on oikeus lain mukaan hankkia toimeentulonsa valitsemallaan työllä, ammatilla tai elinkeinolla. Säännöksellä pyritään suojaamaan itsemääräämisoikeuden erästä ulottuvuutta, eli vapautta hankkia toimeentulo ja vapautta valita se muoto ja keino, jolla toimeentulonsa haluaa hankkia. Näin ymmärrettynä säännöksellä on läheinen yhteys laajasti ymmärrettyyn henkilökohtaiseen vapauteen eli itsemääräämisoikeuteen (PL 7.1 §). Jos ja kun toimeentulon hankkimisen oikeus ymmärretään vapausoikeudeksi, silloin ”vapaus” tarkoittaa lähinnä niin sanottua negatiivista vapautta, eli vapautta lainsäädännön, viranomaisten ja yksityisten tahojen asettamista esteistä toimeentulon hankkimiselle.

Perustuslakivaliokunta on varsin usein joutunut pohtimaan, ovatko elinkeinolainsäädännön uudistamista koskevat hallituksen esitykset sopuosoinnussa perustuslaissa turvatun elinkeinovapauden kanssa. Useimmiten on ollut kysymys siitä, missä määrin elinkeinon harjoittamisen luvanvaraisuus on sopuosoinnussa elinkeinovapauden kanssa tai muista elinkeinon harjoittamiseen kohdistuvista rajoituksista. Perusoikeusajattelun kannalta on tietenkin ongelmallista, jos oikeus käyttää perusoikeutta riippuu viranomaisen ennakolta antamasta luvasta. Perusoikeusjärjestelmän kannalta ovat helpommin hyväksyttävissä järjestelyt, joissa viranomaiselle annetaan mahdollisuus jälkivalvonnan keinoin puuttua elinkeinotoiminnassa ilmenneisiin

väärinkäytöksiin ja epäkohtiin. Perusoikeuden käyttämisen luvanvaraisuutta on sen sijaan periaatteellisella tasolla vaikea hyväksyä. Tästä huolimatta saattaa olla tilanteita, joissa ennakkolupajärjestelmä on perusteltavissa vahvoilla asiallisilla syillä.

Perusoikeusuudistusta koskeneessa hallituksen esityksessä oli elinkeinolainsäädännön uudistuslupausten yhteyteen lisätty huomautus, että ”elinkeinojen luvanvaraisuus tulee joka tapauksessa osittain säilymään. Luvanvaraisuus voi eräillä aloilla olla perusteltua erityisesti terveyden ja turvallisuuden suojaamiseksi”.

Eduskunnan perustuslakivaliokunta on perusoikeusuudistuksen jälkeen esittämässään kannanotoissa asettanut melko tiukat rajat elinkeinotoiminnan luvanvaraisuudelle.

Valiokunta on usein ollut hallituksen kanssa eri mieltä siitä, minkälaiset lupajärjestelyt ovat sallittuja. Valiokunta on yksityiskohtaisesti tutkinut muun muassa, onko olemassa pakottavia tarpeita luvanvaraisuudelle ja onko elinkeinovapauden rajoituksista ja luvan saamisen edellytyksistä riittävän yksityiskohtaisesti säädetty lain tasolla. Samoin se on saattanut katsoa, että eräitä lupajärjestelyjen ulkopuolelle muodollisesti sijoituvia menettelyjä tulee valtiosääntöoikeudellisessa mielessä kuitenkin sellaisena pitää.

Esimerkiksi elinkeinonharjoittajalle säädettyä rekisteröintivelvollisuutta on pidetty perustuslain kannalta luvanvaraisuuteen rinnastuvana sääntelynä. Perustuslakivaliokunta korostaa, että perustuslain mukaan pääsääntönä on elinkeinovapaus, mutta poikkeuksellisesti luvanvaraisuus on mahdollinen. Lopputuloksena on elinkeinovapaustulkinta, jossa niin lailla säättämisen kuin oikeusharkintaisuutta varmistavien täsmällisyyden ja tarkkarajaisuuden vaatimuksia tulkitaan tiukasti samalla kun käytäntö jättää jossain määrin avoimeksi sen, millaisissa tilanteissa luvanvaraistamista ei tulisi pitää sisällöllisesti hyväksyttävänä tai perusoikeuteen suhteettoman ankarasti puuttuvana rajoituksena.

Esityksessä ei sinänsä olla luomassa vaihtoehtohoitojen tarjoajille täysipainoista lupajärjestelmää. Esitys on kuitenkin rakennettu siten, että sen vaikutukset johtavat osin samaan rajoittavaan lopputulokseen kuin lupajärjestelmä. Kuten lausunnoissa nostetaan esiin, esityksellä on väistämättä vaikutuksia vaihtoehtohoitoja tarjoavien mahdollisuuksiin tuottaa ko. palveluita. Nopeasti ajateltuna vaikutuksia on ainakin kaksi: asiakaskuntaa rajoitetaan ja vaihtoehtohoitojen tarjoajaa rasitetaan uusilla velvoitteilla, kuten yhteistyöllä lääkärin kanssa. Toisaalta on syytä huomata, että terveydenhuollon piiriin kuuluvat elinkeinovapauden rajoitukset ovat ehkä helpommin perusteltavia kuin muiden alojen

rajoitukset. Potilasturvallisuus on eräänlainen valttikortti. Tähän on esityksessäkin tukeuduttu. Mielestäni esityksen perusteluissa on melko kevyesti sivuutettu taloudellisten vaikutusten arviointi. Milloin sitä on tehty, fokus on ollut viranomaisresurssien käytössä. Asiakaskunnan rajoittamisesta ei taida mainita mitään, mikä on outoa, koska esityksessä mainitaan aika liuta erilaisia yleisiäkin sairauksia (esim. epilepsia). Katsoisin, että esitys ei ole tältä osin täysin asianmukainen.

### **PL 6 § ja 7 § - Itsemäärämisoikeus**

Taidan käsitellä tämän lähinnä alaikäisen näkökulmasta. Sama on aika pitkälti sovellettavissa esim. mielisairaspotilaisiin.

Tällä hetkellä alaikäisen potilaan asema itseään koskevan terveydenhoidossa perustuu PL 6 § 3. mom., jonka mukaan lapsia on kohdeltava tasa-arvoisesti yksilöinä, ja heidän tulee saada vaikuttaa itseään koskeviin asioihin kehitystään vastaavasti. Säännöstä tarkentavat potilaslain 6 § ja 7 §, joiden mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja alaikäisen potilaan mielipide hoitotoimenpiteeseen on selvitettävä silloin, kun se on hänen ikäänsä ja kehitystasoonsa nähden mahdollista. Jos alaikäinen kykenee päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. PL 7 §:n mukaan jokaisella on oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Säännöstä tulkitaan vakiintuneesti siten, että henkilökohtainen vapaus sisältää myös itsemäärämisoikeuden. Esim. oikeudellisessa aborttikeskustelussa naisen reproduktiivinen itsemäärämisoikeus johdetaan tähän säännökseen, joskin sitä täydennetään myös PL 10 §:llä.

Säännöksistä ei ilmene tiettyä ikää, jossa alaikäisen mielipide on otettava huomioon tai jossa hän voi itsenäisesti päättää hoidostaan. Kyse on siitä, kykeneekö alaikäinen osallistumaan hoitopäätöksen tekoon. Tämän arvioinnin tekee käytännössä lääkäri tai muu terveydenhuollon ammattihenkilö. Ratkaisevaa on potilaan kyky ymmärtää hoidon ja siitä kieltäytymisen merkitys sekä vaikutukset hoitoa saavan terveydentilaan.

Jos alaikäinen on kykenevä päättämään hoidoistaan, hoidon antaminen vastoin alaikäisen tahtoa ei ole mahdollista, paitsi tahdosta riippumattoman hoidon kohdalla. Jos alaikäinen voi päättää hoidostaan, hänellä on oikeus kieltää terveydentilaansa ja hoitoaan koskevien

tietojen antaminen huoltajalle. Terveysthuollon puolella tämä oikeus on tiukka, mutta sosiaalihuollon puolella hieman väljempi. Jos alaikäinen ei kykene päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen huoltajiensa kanssa. Pääsääntöisesti hoitoon tarvitaan huoltajan suostumus.

Potilaslain säännökset eivät vaikuta suoraan lakiesityksessä esitettyyn. Tästä huolimatta potilaslaki tiivistää vallitsevat alaikäisten hoitoa koskevat linjaukset ja on siten merkityksellinen myös esityksen kannalta. Esim. minä perustelen jatkuvasti yksityishenkilön oikeuksia koskevia päätöksiä sekä potilaslain että ammattihenkilölain nojalla. Tästä syystä lakiesityksen käsitys alaikäisten hoidosta vaikuttaa hieman epäselvältä ja yleiseltä. Tähän on otettu kantaa myös Etelä-Suomen lääninhallituksen lausunnossa, jossa ihmetellään, soveltuuko potilaslain 7 § esitykseen. Nykyisessä asussaan esityksen 23 a §:n 1. mom. 2. kohta ei näytä antavan tähän mahdollisuuksia, mikä merkitsee alaikäisten oikeuksiin kohdistuvien rajoitusten tiukentumista ja käytännön erkaantumista pitkän ajan kuluessa kehittyneestä ja melko joustavasta tavasta huomioida alaikäisten itsemääräämisoikeus hoitotilanteessa.

Mielestäni se, että ainoastaan terveydenhuollon ammattihenkilöille on annettu oikeus tutkia ja hoitaa alaikäisiä, joilla ei ole huoltajansa suostumusta hoitoon, on osin ongelmallinen PL 6 §:n kanssa. Esitys rajoittaa kaikkien alle 18-vuotiaiden, oli kyse sitten taaperoikäisestä tai 17-vuotiaasta, oikeuksia etsiä ja ottaa vastaan itselleen sopivaa hoitoa. Lisäksi se korostaa alaikäisen huoltajan tai muun laillisen edustajan mahdollisuuksia puuttua alaikäisen itsemääräämisoikeuteen. Säännöksen perusteluiksi mainittu lasten ja nuorten suojaaminen on sinällään asianmukainen peruste rajoittaa yksilön perusoikeuksia, mutta nykyisessä asussaan rajoitus ei mielestäni ole kyllin täsmällinen.

Jatkan muista asioista, jos tarvitset. Tässä on siis vain muutamia ajatuksia ja sitä, miten esitys noin yleensä suhtautuu perusoikeusjärjestelmään. Voin kirjoitella esim. ammattihenkilölaista enemmän.

Terveisin,

Mikko”

#### LIITE 4

Sähköposti Tutteli Hammermanilta Jonimatti Joutsijärvelle 8. joulukuuta 2011. Liitteenä Tutteli Hammermanin luvalla.

Aihe: Huomautus virkamiesten toiminnasta

”Hei!

Minä olin vahvasti mukana Luonnonlääketieteen keskusliiton edustajien taustavoimana koko työryhmän työskentelyn ajan ja monet asiakirjat ja kannanotot ovat minun ja parin alamme ammattilaisten laatimia, vaikka allekirjoittajina ovatkin puheenjohtajat. Itse olen nyt FinnAcun eli Suomen perinteisen kiinalaisen lääketieteen yhdistyksen puheenjohtaja.

Laitan tähän nyt kaikenlaisia liitteitä, jotka saattavat kiinnostaa sinua. Ministeriön virkamiehet, Terhi Hermansson etunenässä ja työryhmän puheenjohtaja suhtautuivat avoimen torjuvasti ja vihamielisesti täydentäviin hoitoihin. Lähtöasetelma asiallisen lopputuloksen saamiseksi oli siis toivoton (lue huomautus virkamiesten toiminnasta). Kaikkia kannanottojamme ei varmaankaan kirjattu, koska niissä arvosteltiin virkamiesten toimintaa mm. sitä että muistioihin ei kirjattu kahden luontaishoitoalaa ryhmässä edustaneiden kokouksissa esiintuomia faktoja. Ne piti aina vaatia erikseen kirjallisina kokouksen jälkeen, eivätkä ne siltikään päätyneet kokousmuistioihin.

Tässä nyt on matskua, josta selviää, millaista luontaishoitojen näkökulmasta on ollut työryhmän ja virkamiesten työskentely. Olen ollut yhteydessä Helsingin yliopiston oikeusoppineisiin mm. Jukka Kekkoseen, joka on julkisuudessaakin arvostellut lainvalmistelua eri ministeriöissä ja erityisesti Sosiaali- ja terveysministeriössä.

Toivottavasti SKILLin kannanotto on se, jota kaipasit. Lisää materiaalia löytyy, jos on tarve. Voit myös soittaa minulle halutessasi. Kerropa, mistä näkökulmasta tämä asia kiinnostaa.

Tutteli Hammermann

FinnAcu”