



# KAIKEN TAKANA ON TERVEYS

Terveyskäsitteet kuntien laajoissa hyvinvointikertomuksissa

Jyväskylän Yliopisto  
Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos  
Yhteiskuntapolitiikka  
Kandidaatin tutkielma  
Kaiken takana on terveys  
Kaarina Korpisaari  
Kevät 2020

# TIIVISTELMÄ

Kaarina Korpisaari  
Kaiken takana on terveys  
Kandidaatin tutkielma  
Yhteiskuntapolitiikka  
Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos  
Kevät 2020  
Ohjaaja: Hanna-Mari Ikonen  
Sivumäärä: 32

Tutkielman tavoitteena on selvittää terveyden määrittymistä Espoon, Oulun, Paimion sekä Rautavaaran laajoissa hyvinvointikertomuksissa. Metodina tutkielmassa on diskurssianalyysi, jonka avulla terveyden määrittymistä lähestytään sosiaalisen konstruktionismin viitekehyksestä. Lisäksi tutkielman teoreettisena pohjana on biolääketieteellinen malli ja WHO:n holistinen malli terveydestä. Aineisto koostuu Espoon, Oulun, Paimion ja Rautavaaran laajoista hyvinvointikertomuksista vuosille 2017-2020/2021.

Tutkielman tutkimuskysymys on, miten terveyttä määritellään kuntien laajoissa hyvinvointikertomuksissa? Tulokset osoittavat, että kuntien laajoissa hyvinvointikertomuksissa terveyttä ei määritellä ja terveyttä käsitellään ”annettuna” kategoriana. Toisaalta tulokset osoittavat, että hyvinvointikertomuksien tietopohjana olevat terveyden indikaattorit mittaavat terveyttä biolääketieteellisen mallin mukaisesti. Analyysissä terveyden indikaattorien perustelut osoittavat terveyden indikaattorien valinnan pohdintaa hyvinvointikertomuksissa. Terveyden pohjatietona käytettyjä ja valittuja terveyden indikaattoreita ei ole hyvinvointikertomuksissa juurikaan perusteltu.

Tulosten perusteella terveyskäsitys kuntien laajoissa hyvinvointikertomuksissa on heikko ja mittareiden taustalla olevasta biolääketieteellisestä terveysmallista ei ole tietoa tai sitä ei ole pohdittu. Yleinen johtopäätös on, että kuntatasoinen terveyspolitiikka perustuu osittain biolääketieteellisen malliin terveydestä, kun laajemmat poliittiset suunnat ohjaavat terveyspolitiikkaa WHO:n terveysmallin mukaisesti.

Avainsanat: terveys, terveyspolitiikka, yhteiskuntapolitiikka, sosiaalipolitiikka, diskurssianalyysi

# SISÄLLYS

<b>TIIVISTELMÄ</b> .....	<b>1</b>
<b>JOHDANTO</b> .....	<b>1</b>
<b>1 TUTKIELMAN VIITEKEHYS</b> .....	<b>3</b>
1.1 TERVEYSKÄSITYSTEN SOSIAALINEN RAKENTUMINEN .....	3
1.2 TERVEYS SAIRAUDEN POISSAOLONA .....	4
1.3. POSITIIVINEN TERVEYS .....	6
1.4. TERVEYDEN MITTAAMINEN .....	7
<b>2 AINEISTO, EETTISET KYSYMYKSET JA METODI</b> .....	<b>10</b>
2.1 AINEISTO .....	10
2.2 EETTISET KYSYMYKSET .....	12
2.3 DISKURSSIANALYYSI .....	12
<b>3 ANALYYSI JA TULOKSET</b> .....	<b>17</b>
3.1 ANALYYSIN TOTEUTTAMINEN.....	17
3.2 TERVEYS ANNETTUNA KATEGORIANA .....	17
3.3 INDIKAATTORIT TERVEYDEN MÄÄRITTÄJINÄ .....	19
3.4 TERVEYDEN MÄÄRITTELYN RETORIikka .....	22
<b>4 JOHTOPÄÄTÖKSET</b> .....	<b>25</b>
<b>LÄHTEET</b> .....	<b>30</b>
AINEISTON HYVINVOINTIKERTOMUKSET .....	32

## JOHDANTO

Mitä tarkoittaa terveys? Tämä on kysymys, joka on herättänyt mielenkiintoa ja väittelyitä jo vuosisatojen ajan (Blaxter, 2010, s. 8). Terveys ja sairaus sekä niiden kulttuuriset ja sosiaaliset merkitykset ovat olleet vuosikymmenien ajan monen eri tieteenalan tutkimuksen kohteena (Palosuo & Lahelma, 2010, s. 40). Tieteenalat kuten terveystieteologia, hyvinvointitutkimus, antropologia ja filosofia ovat olleet kiinnostuneita terveyden ja sairauden muotoutumisesta (mts. 2010, s. 40). Terveys ei ole siis yksiselitteinen käsite, vaan siihen voi olla monia eri näkökulmia, joista katsoen terveyden sisältö näyttäytyy eri tavoilla. Terveyden määritelmiä on lukuisia, eikä sille ole yhtä ainoaa kattavaa määritelmää (Blaxter, 2010, s. 8–9.) Ei ole itsestään selvää mitä tarkoitetaan terveydellä, kun puhutaan terveydestä. Käytännön tasolla terveystieteellisissä tarkasteluissa harvoin kuitenkaan pohditaan sitä, miten terveyden käsite ymmärretään (Palosuo & Lahelma, 2013, s. 40).

Tässä tutkielmassa on tarkoitus selvittää, miten terveyttä määritellään kuntatason terveystieteologiassa. Sosiaali- ja terveystieteologian (2019) mukaan kunnilla on vastuu väestön terveydestä ja hyvinvoinnista. Tämän tutkielman aineistona on Espoon, Oulun, Paimion sekä Oulun laajat hyvinvointikertomukset vuosille 2017–2020/2021. Terveydenhuoltolaki 2010/1326 artikla 12 velvoittaa kuntia laatimaan laajan hyvinvointikertomuksen kerran valtuustokaudessa. Hyvinvointikertomukset ovat strategisia asiakirjoja, jotka ohjaavat terveyteen liittyvää päätöksentekoa kunnissa (THL, Kunnan hyvinvointikertomus, 2019). Kuntien hyvinvointikertomukset ovat kuntien terveystieteologiaa osaltaan ohjaavia asiakirjoja. Terveystieteologia on hyvin keskeinen ja tärkeä politiikan ala suomalaisessa yhteiskunnassa. Terveystieteologia käsitteenä viittaa toimintaan, tietopohjaan sekä tutkimukseen. Terveystieteologia toimintana voidaan ymmärtää laajasti sellaisena toimintana, joka asettaa terveyden keskeisimmäksi arvolähtökohdaksi ja korostaa terveysintressejä kaikilla yhteiskunnallisen toiminnan alueilla (Tapani Purola, 1979, viitattu lähteessä Sihto, 2013, s. 19). Terveystieteologian tutkimus on kuitenkin sosiaalipolitiikan oppiaineen sisällä vähäistä (Sihto, 2013, s. 20), vaikka terveystieteologia laajimmillaan voidaan ymmärtää minkä alan politiikaksi tahansa täyttäen edellä mainitut kriteerit.

Tämän tutkielman tarkoituksena on lähestyä terveystalitiikkaa ja erityisesti terveyden käsitettä sosiaalipoliittisesta kehyksestä käsin. Metodologina tässä tutkimuksessa on diskurssianalyysi, joka auttaa hahmottamaan terveyden määrittelyä kuntien laajoista hyvinvointikertomuksista konstruktivistisesta viitekehyksestä käsin. Tutkielman tutkimuskysymys on:

*Miten terveyttä määritellään kuntien laajoissa hyvinvointikertomuksissa?*

Aluksi terveyden käsitettä kartoitetaan hieman konstruktivistisesta näkökulmasta sekä esitellään kaksi laajasti käytettyä terveystalitielmää, Biolääketieteellinen ja WHO:n terveystalitielmä, sekä niiden mittaamisen tapoja. Aineiston analyysi on diskurssianalyttinen, jossa kiinnostus keskittyy terveyden määrittelyn rakentumiseen. Lopuksi tutkielmassa pohditaan sitä, miten hyvinvointikertomuksissa näkyvä terveystalitielmä liittyy terveystalitiikkaan.

# 1 TUTKIELMAN VIITEKEHYS

Terveys on jo vuosikymmenien ajan ollut monen tieteenalan kiinnostuksen kohteena, tieteenalat kuten terveys sosiologia, hyvinvointitutkimus, antropologia ja filosofia ovat tutkineet terveyttä ja sairautta sekä sen sosiaalisia ja kulttuurisia merkityksiä (Palosuo & Lahelma, 2013, s.40). Terveys saattaa vaikuttaa yksinkertaiselta käsitteeltä, joka toimii arkipäiväisessä elämässä myös tervehdyksen muodossa ”terve”. Terveys ei ole kuitenkaan käsitteellisesti yksiselitteinen. Terveysteen voi olla monia eri näkökulmia jopa yksilötasolla ja terveys onkin käsitteenä inspiroinut teoretisointia sekä väittelyä jo vuosisatojen ajan (Blaxter, 2010, s. 8).

Terveys on käsitteellisesti nähtävissä monesta eri näkökulmasta ja sen merkitys vaihtelee näkökulmasta riippuen. Sosiaalilääketieteilijä ja terveystutkimuksen yhtenä tärkeänä vaikuttajana ollut Mildred Blaxter (1925-2010) (Popay, 2010) on huomauttanut, että terveys muiden käsitteiden lailla on ihmisten luoma käsite (2010, s. 29). Tämä käsitys käsitteiden olemassa olemisesta perustuu sosiaaliseen konstruktionismiin. Sosiaalisen konstruktionismin mukaan tukittu todellisuus on aina merkityksellistetty jostakin näkökulmasta lähtien. Asiat ja ilmiöt ei ole tutkittavissa täysin objektiivisesti (Burr, 2006, s. 2), vaan tutkittava kohde on aina jollakin tavalla nimetty ja tutkija pystyy lähestymään sitä kulttuurin mahdollistamalla tavalla symbolien ja merkitysten kautta (Jokinen, 2016, s. 252). Tässä tutkielmassa terveyden käsite ymmärretään biolääketieteellisen ja WHO:n terveystermien mukaan sosiaalisesti konstruoituna käsitteenä. Seuraavassa lähestytään terveyden käsitettä konstruktionistisesta viitekehyksestä, joka johdattelee biolääketieteellisen ja WHO:n terveystermien kuvauksiin.

## 1.1 Terveyskäsitteiden sosiaalinen rakentuminen

Arja Jokisen (2016, s. 252) mukaan ”asioiden ja ilmiöiden nimeämisen, eli merkityksellistämisen tavat ovat syntyneet pitkissä historiallisissa prosesseissa, joissa ihmisten välisellä kanssakäymisellä on olennainen rooli.” Jokinen (2016, s. 252) korostaa kahden vastakkaisen tendenssin yhtäaikaista vaikutusta merkityksellistämisen prosessissa. Toinen tendensseistä on vakiinnuttamisen tendenssi, joka auttaa toimimaan arkipäiväisessä elämässä erottaen järjellisen järjettömästä. Vakiinnuttamisen prosessi tekee käsitteet ymmärrettäväksi yhteisellä tavalla toisten ihmisten kanssa, joka helpottaa vuorovaikutusta

kansatoimijoidemme kanssa. (Jokinen, 2016, s. 252.) Esimerkiksi tervehtiessämme ”terve” ilmaisulla ystäväämme, voimme olettaa ystävämme ymmärtävän eleen toisen huomioimiseksi ja vastaa tähän tervehdykseen. Toinen jatkuvasti käynnissä oleva tendenssi on merkitysten moninaisuutta korostava ja uusien merkityksellistämisen tapojen esiin nouseminen (Jokinen, 2016, s. 252). Asiat ja ilmiöt ovat usein selitettävissä monin eri tavoin, eikä niitä voida rajata selkeä rajaisesti tiukkaan kategoriaan. On esimerkiksi hyvin paljon tutkimusta siitä, kuinka terveyskäsitys voi erota eri ihmisryhmien tai sukupuolen mukaan (Perttilä, 1999, s. 82).

Edellä esitetyt tendenssit merkityksellistävät asioita ja ilmiöitä. Eronteot sekä konteksti antavat puolestaan merkityksen asioille ja ilmiöille. Kontekstisidonnaisuus tarkoittaa, että tietty käsite voi saada sisältönsä vasta siihen kontekstiin liitettynä, jossa se ilmaistaan. (Jokinen, 2016, s. 252.) Esimerkiksi ”terve” ilmaisun käyttö ystävän kohdatessa ymmärretään tervehdykseksi, sillä ystävät ovat juuri kohdanneet. Kesken keskustelua lausuttu ”terve” ymmärrettäisiin taas liittyvän jollakin tavalla keskustelunaiheeseen, jonka kontekstissa ”terve” on lausuttu. Terveys merkityksellistyy kontekstinsa mukaan, joko tervehdykseksi tai liittyen keskustelun aiheeseen saaden toisen merkityksen. Toinen asioiden ja ilmiöiden merkityksellistämisen muoto on eronteot. Merkitysten muotoutuminen erontekojen kautta tarkoittaa sitä, että käsite saa merkityksensä suhteessa toiseen käsitteeseen. Terveiden käsite on muotoutunut osaksi eronteon kautta. Terveyttä on määritelty laajasti normaalitilana ja osissa määritelmässä sairaus on nähty poikkeavuutena tästä normaalilasta (Blaxter, 2010, s. 10). Tämän näkemyksen mukaan terveyden käsite on merkityksellistetty normaaliuden ja epänormaaliuden sekä toisaalta terveyden ja sairauden eronteon kautta. Terveiden käsitettä on määritelty myös muista näkökulmista lähtien, mutta normaaliuden ja epänormaaliuden eronteon merkityksellistäminen on useimman määrittelyn taustalla.

## 1.2 Terveys sairauden poissaolona

Terveyttä voidaan määritellä monella eri tavalla, mutta suurin osa määritelmistä pohjautuu käsitykseen terveydestä normaalitilana ja sairaus tai tauti terveyden vastakohtana (Blaxter, 2010, s. 15). Yksi laajimmin hyväksytyistä terveystulkintamalleista on biolääketieteellinen malli. Biolääketieteellisen mallin mukaan terveys määrittyy sairauden poissaolon kautta, eli henkilö on terve, kun hänellä ei ole sairauksia. (Larson, 1991, s. 3; Blaxter, 2010, s. 15;

Perttilä, 1999, s.79; Palosuo & Lahelma, 2013, s. 41.) Terveys määritellään normaalitilaksi tai tasapainon alueeksi ja tästä poikkeavat mittauksilla havaittavat arvot ovat sovittujen kriteerien mukaan patologisia poikkeamia (Palosuo & Lahelma, 2013, s. 41). Biolääketieteellisen mallin mukaan terveyttä voidaan arvioida kuolleisuutta, terveydentilaa tai sairauden vakavuutta tilastoimalla (Larson, 1991, s. 3). Terveiden mittaaminen biolääketieteellisen mallin mukaan keskittyy terveyden poikkeamia mittaamalla, eli sairauksiin tai tauteihin keskittyen. Biolääketieteellinen malli onkin kiinnostunut enemmän sairauksista kuin terveydestä, ja tästä syystä se on negatiivinen lähestymistapa terveyteen (Blaxter, 2010, s.15).

Terveys ja sairaus eivät kuitenkaan ole yksinkertaisesti toistensa vastakohtia. Sairauden poissaolo voi olla osa terveyttä, mutta terveys on enemmän kuin sairauden poissaolo. (Blaxter, 2010, s. 21–22.) Biolääketieteellinen terveystiete käsittää terveyden kapeasti tilaksi, jossa ei ole sairauksia tai tauteja. Biolääketieteellisestä terveystieteestä terveyden ja sairaus rajautuvat yksinkertaisesti erillisiksi toistensa pois rajaaviksi tiloiksi. Kuitenkin ”Ihminen voi olla terve olematta sairas, mutta sairaus tai sairaana oleminen edellyttää vähintäänkin jotain minimimäärää terveyttä, jonka varassa voi elää ja myös parantua” (Pelikan, 2007, 78–79, viitattu lähteessä Palosuo & Lahelma, 2013, s. 41). Terveys ja sairaus ovat enemmän tiloja, jotka eivät sulje toisiaan tarkkarajaisesti pois, vaan ovat jatkuvassa muutoksessa ja saattavat myös sulautua toisiinsa (Blaxter, 2010, s. 21–22). Biolääketieteellinen terveystiete ei ole myöskään herkkä huomioimaan sosiaalisia tai psykologisia terveyden tekijöitä, sillä se keskittyy terveyteen sairaus- ja tautipainotteisesti (Larson, 1991, s. 4).

Baxterin (2010, s. 15) mukaan terveyttä ovat pitkälti määrittäneet he, joiden työnkuvaan kuuluu sen vastakohtien määrittely, eli parantajat, lääketieteen ammattihenkilöt kuten tutkijat tai lääkärit. Koska lääketiede on yhteiskunnan yksi merkittävistä järjestelmistä, nämä määritelmät myös institutionalisoituvat ja ruumiillistuvat lakiin sekä hallintoon (Blaxter, 2010, s. 15). Tämän näkemyksen mukaan biolääketieteellinen malli terveydestä määrittää osaltaan myös yhteiskunnan terveystietoa. Toisaalta Palosuo ja Lahelma (2013) esittävät, että on yksinkertaisempaa tutkia terveyttä terveyden vajeiden, eli sairastavuuden kautta, sillä tällä tavalla voidaan tunnistaa terveyden puutoksia ja etsiä niille syytekijöitä. Terveystietä määritellään usein käytännöllisistä ja teoreettisista syistä sairastilojen kautta, negatiivisena terveystieteenä. Tästä syystä negatiiviset tilat ovat yleensä terveystieteen,



terveystutkimuksen ja hoitotoimen keskiössä. (Palosuo & Lahelma, 2013, s. 44.) Näiden näkemyksien mukaan yhteiskunnassa negatiivinen terveystieteen aseman tai käytännöllisten tekijöiden vuoksi negatiivisesti painottunut. Palosuo ja Lahelma (2013, s. 40) toteavat edelleen, että terveys saatetaan myös nähdä ”annettuna” kategoriana, jolloin sen sisältöä ei pohdita ja tällöin terveyttä saatetaan kuvata sosiaaliturvajärjestelmän toiminnan sekä terveystilojen välittämän tiedon pohjalta negatiivisena terveytenä. Terveyttä tässä tapauksessa saatetaan myös kuvailla käsitteillä kuten huono terveys, sairaudet ja taudit, työ- ja toimintakyvyn vajeet, vammat ja kuolemat (Palosuo & Lahelma, 2013, s. 40). Toisin sanoen yhteiskunnan kontekstissa terveystieteen saattaa olla negatiivinen, ilman terveystieteen tiedostamista tai terveystieteen päättämistä.

### 1.3. Positiivinen terveys

Terveys ymmärretään usein negatiivisena terveytenä, mutta on myös olemassa positiivisia terveyden määrittelyjä. Näistä mahdollisesti tunnetuin ja käytetyin määrittelmä on Maailman Terveysjärjestön (World Health Organisation, WHO) terveystieteen määrittelmä (Palosuo & Lahelma, 2013, s. 42; Perttilä, 1999, s.80). WHO:n terveystieteen määrittelmä on holistinen terveystieteen määrittelmä, joka keskittyy terveyden ja hyvinvoinnin positiivisiin puoliin, toisin kuin aiemmin esitelty biolääketieteellinen malli (Larson, 1991, s. 4). WHO:n terveystieteen määrittelmä on vuodelta 1948 WHO:n perustamiskirjassa muodossaan: ”Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (WHO, 1948, s. 119). Terveys määritellään täydelliseksi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi, eikä se ole pelkästään sairauden tai toiminnan vajavuuden puuttumista. Biolääketieteelliseen terveystieteen määrittelyyn verrattuna WHO:n terveyden määrittelmä on laajempi. Se huomioi terveyden laajempina kokonaisuutena huomioiden myös terveyden sosiaalisen ja psyykkisen puolen sekä nähden terveyden enemmän voimavaraksi, kuin sairauden puuttumiseksi.

Myös terveyden edistämisen määrittely ja terveyden edistämisen mallit perustuvat johonkin terveystieteen määrittelyyn (Perttilä, 1999, s. 79). Ottawan terveyden edistämisen asiakirjan (1986) perustuu WHO:n määrittelyyn terveydestä (Pelikan, 2007, s. 74). Ottawan terveyden edistämisen asiakirjaa vuodelta 1986, pidetään terveyden edistämisen perustana. Se on ohjannut myös terveyden edistämisen kansallisten ohjelmia sekä Sosiaali- ja Terveystieteen ministeriön julkaisemien terveyden edistämisen laatusuosituksia. (Liimatainen,

2007, s. 30.) Terveyden edistäminen on Ottawan terveyden edistämisen asiakirjan mukaan prosessi, joka lisää ihmisten mahdollisuutta edistää terveyttään. Terveys nähdään jokapäiväisen elämän resurssina eikä elämän päämääränä ja tavoite on terveydelle suotuisten tekijöiden edistäminen eikä pelkästään tautien ehkäisy. (Ottawa Charter, 1986.) Ottawan terveyden edistämisen asiakirja vuodelta 1986 keskittyy terveyden edistämiseen voimavaralähtöisesti, keskittyen mahdollisuuksien lisäämiseen ennemmin kuin sairauksien ja tautien hoitamiseen tai ehkäisyyn. WHO:n määritelmä terveydestä on laajasti hyväksytty määritelmä terveydelle ja se näkyy myös suomalaisessa terveystaloudessa terveyden edistämässä.

WHO:n terveystaloudellista määritelmää on kritisoitu muiden muassa täydellisen hyvinvoinnin vaatimuksesta sekä sen mitattavuuden vaikeudesta (Palosuo & Lahelma, 2013, s. 42; Larson, 1991, s. 7). Täydellisen hyvinvoinnin kritiikki on kohdistunut esimerkiksi siihen, kuinka määritellä täydellinen fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen hyvinvointi ja mistä voi tietää, jos ja kun tämä tila on saavutettu? (Fertman, Allensworth & Auld, 2010, s. 4). Tämä terveyden määrittelyn ongelma liittyy myös tiiviisti sen mitattavuuden ongelmaan. WHO:n määritelmän mukaisten fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden mittaamisesta ei ole yksimielisyyttä (Larson, 1991, s. 7–9). Koska positiivisen terveyden mittaamisen tavoista tai sen käsitteepohjasta ei olla riittävää yksimielisyyttä, on WHO:n määritelmän mukaisen terveyden systemaattinen mittaaminen vielä vaikeaa (Blaxter, 2010, s. 25; Larson, 1991, s. 7). WHO:n terveyden määritelmä on kuitenkin nähty parhaana vaihtoehtona biolääketieteelliselle terveystaloudellalle (Larson, 1991, s. 9).

#### 1.4. Terveyden mittaaminen

Biolääketieteellinen sekä WHO:n malli holistisesta terveystaloudellasta, ovat olleet terveyden operationalisoinnin kiinnostuksen keskiössä (Larson, 1991, s. 10–11). Nämä mallit ovat myös laajimmin käytettyjä ja tunnustettuja määritelmiä terveydelle (Larson, 1991, s. 3; Blaxter, 2010, s. 15; Perttilä, 1999, s. 79–80; Palosuo & Lahelma, 2013, s. 41–42). Näistä syistä tässä tutkielmassa on keskitytty biolääketieteellisen sekä WHO:n terveystaloudellisten ympäristöön ja keskitytään näiden määritelmien mukaisen terveyden mittaamiseen tutkimuksellisista ja terveystaloudellisista näkökulmista lähtien. Terveystaloudellisen sisällön ja terveystaloudellisen ohjauksen kohteet muovautuvat sen mukaan, miten terveyttä ja sairautta tutkitaan sekä niiden kirjaamisen tavoista ja mahdollisuuksista

(Palosuo & Lahelma, 2013, s. 44). Tarkkoja terveysmääritelmiä tarvitaan silloin, kun hallinto- tai järjestelmätasolla täytyy tehdä päätöksiä resurssien suuntaamisesta. Esimerkiksi terveystiedon pohjalta voidaan tehdä päätöksiä siitä, mitkä toiminnot nähdään tarpeellisina tai mitkä ryhmät ovat oikeutettu suunnattuihin tukiin. (Blaxter, 2010, s. 24.) Terveysmääritelmä terveyden mittareiden, eli indikaattorien taustalla määrittää sitä, mikä nähdään terveydestä poikkeavana tilana, joka mahdollistaa yhteiskunnan tukien tai toimenpiteiden saamisen. Yhteiskunnan tasolla kansanterveyttä piirtävä kuva saadaan yksilötason terveyttä koskevasta tiedosta (Palosuo & Lahelma, 2013, s. 44). Terveyden mittaamisessa käytetyt mittarit pohjautuvat johonkin terveyskäsitteeseen (Blaxter, 2010, s. 24). Toisin sanoen terveysmääritelmä määrittää sitä, miten terveyttä mitataan. Kuitenkin terveyden käsitteisisältöä tai mittaamistapojen terveyspoliittisia seuraamuksia mietitään harvoin kansanterveyden raportoinneissa (Palosuo & Lahelma, 2013, s. 44).

Terveysmääritelmä vaikuttaa terveyden mittaamisen tapojen taustalla, vaikka kansanterveyden raportoinneissa harvoin mietitään terveyden käsitteisisältöä tai käytettyjä terveyden mittareita. Mittaamisen tapoihin liittyvät myös kiinteästi käytännölliset syyt. Kuten aiemmin todettu, positiivisen terveyden mittaamisen ongelmat riippuvat systemaattisen mittaamisen ongelmista sekä käsitteepohjan erimielisyyksistä (Blaxter, 2010, s. 25; Larson, 1991, s. 7). Tästä syystä terveyttä on käsitteellisesti yksinkertaisempaa tutkia biolääketieteellisen mallin mukaan, sairauksien ja sairastavuuden kautta. Terveyttä mitattaessa ei-terveytenä, se mahdollistaa tunnistamaan terveyden puutoksia ja etsimään niille syytekijöitä. (Karisto, 1982, s. 59, viitattu lähteessä Palosuo & Lahelma, 2013, s. 44.) Käytännöllisistä ja teoreettisista syistä terveyttä mitataan yleisesti enemmän negatiivisena kuin positiivisena terveytenä. Terveyttä saatetaan mitata myös subjektiivisesti, jolloin henkilö määrittelee itse koettua terveyttä tai elämänlaatua. Itsearvioitua terveyttä voidaan mitata kysymällä esimerkiksi terveydentilasta hyvästä erittäin huonoon ulottuvalla asteikoilla. (Lyyra, 2007, s. 18.) Kiinnostuksen kohteena subjektiivisen terveyden tilan mittaamisessa on kuitenkin yleensä asteikon alapää, eli terveyden huono puoli (Palosuo & Lahelma, 2013, s. 44–45). Kansanterveyden kuvaa piirtääkin lääketieteellinen tutkimus, jonka pohjana on suurilta osin biolääketieteellinen terveyskäsite (Palosuo & Lahelma, 2013, s. 46). Terveyden mitattavuuteen liittyy niin käytännöllisiä kuin teoreettisiakin seikkoja, joiden vuoksi biolääketieteellinen malli terveydestä on usein kansanterveyttä kuvaavien terveyden mittareiden taustalla. Terveyspoliittisella tasolla kuitenkin harvoin tehdään harkittuja valintoja terveyden mittaamisen tavoista. Yhteiskunnassa

kansanterveydestä saatavilla oleva tieto pohjautuu yleisesti biolääketieteelliseen malliin terveydestä ilman, että mittareista tai niiden taustalla olevasta terveystietämisestä olisi toteutettu aktiivista pohdintaa.

## 2 AINEISTO, EETTISET KYSYMYKSET JA METODI

Tässä kappaleessa esittelen ensin tutkielman kohteena olevan aineiston, joka koostuu Espoon, Oulun, Paimion ja Rautavaaran laajoista hyvinvointikertomuksista. Toiseksi käsittelen eettisiä kysymyksiä Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) ohjeistuksien valossa tämän tutkielman aineistoon liittyen. Viimeisimpänä esittelen diskurssianalyysyä tutkimusmetodin ja valittua metodillista lähestymistapaa tämän tutkielman kohdalla.

### 2.1 Aineisto

Tutkielman aineisto koostuu Espoon, Oulun, Paimion ja Rautavaaran laajoista hyvinvointikertomuksista. Terveystieteiden lain 2010/1326 artikla 12 velvoittaa kuntia laatimaan kunnalle hyvinvointikertomuksen kerran valtuustokaudessa. Lisäksi laajoja hyvinvointikertomuksia täydentävät vuosittain tehtävät hyvinvointikertomukset, jotka raportoivat terveyden ja hyvinvoinnin tilasta sekä toteutetuista toimenpiteistä (Terveystieteiden laki 2010/1326, § 12). Terveystieteiden laissa 2010/1326 artikla 12 mukaan ”Kunnan on strategisessa suunnittelussaan asetettava paikallisiin olosuhteisiin ja tarpeisiin perustuvat terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteet, määriteltävä niitä tukevat toimenpiteet ja käyttää näiden perustana kuntakohtaisia hyvinvointi- ja terveysosoittimia.” Toisin sanoen lain mukaan kunnilla on velvoite laatia kerran valtuustokaudessa laaja hyvinvointikertomus, jossa asetetaan terveyden ja hyvinvoinnin tavoitteet ja määritellään toimenpiteet perustuen kuntakohtaisiin hyvinvointi- ja terveysosoittimiin. Hyvinvointikertomus on osa terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen strategista suunnittelua (THL, Kunnan hyvinvointikertomus, 2019). Hyvinvointikertomusten tieto kuntalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista sekä niihin vaikuttavista tekijöistä perustuu valtakunnallisiin indikaattoreihin. Tietoa voidaan kerätä lisäksi kunnan omista tietolähteistä ja käyttää eri hallintoalojen kokemustietoa. (THL, Sisältö ja hyödyntäminen, 2019.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (Kunnan hyvinvointikertomus, 2019) mukaan ”Hyvinvointikertomus on kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnittelun, seurannan, arvioinnin ja raportoinnin työväline.” Hyvinvointikertomus on strateginen, toimintaa ohjaava työkalu kunnan hyvinvointipolitiikan johtamiselle. Se toimii päättäjien apukeinona perustelluille päätöksille, toiminnan priorisoinnille, tukemaan toiminnan

arviointia sekä varmistamaan toiminnan resurssit. (THL, Kunnan hyvinvointikertomus, 2019). Hyvinvointikertomus on terveyden ja hyvinvoinnin edistämistyötä ohjaava työkalu, jonka tarkoituksena on toimia päätöksenteossa päättäjiä tukevana asiakirjana.

Tutkielman kohteena on Espoon, Oulun, Paimion sekä Rautavaaran laajat hyvinvointikertomukset. Aineistona olevat Espoon ja Oulun hyvinvointikertomukset ovat laajat hyvinvointikertomukset vuosille 2017-2021. Paimion ja Rautavaaran aineistona olevat laajat hyvinvointikertomukset on laadittu vuosille 2017-2020. Tutkielman aineistona on muutaman kunnan hyvinvointikertomukset, jotta tulkinta ei nojautuisi satunnaisiin havaintoihin, jotka olisivat mahdollisesti löydettävissä vain yhdessä tai kahdessa hyvinvointikertomuksessa. Kuntien valinnan perusteina oli kuntien koko, sijainti sekä sairastavuusindeksi. Väkiluvun mukaan aineiston kunnista suurin on Espoo (289 731) ja toiseksi suurin kunta on Oulu (205 489). Espoo ja Oulu edustavat aineistossa suuria kuntia, kuuluen molemmat Suomen kymmenen suurimman kunnan joukkoon, jossa Espoo on toiseksi suurin ja Oulu viidenneksi suurin kunta. Paimio on väestömäärältään (10 850) pienikokoinen kunta ja aineistossa se on toiseksi pienin. Pienin kunta aineistossa on Rautavaaran kunta (1 602), joka on myös Suomen mittakaavassa neljänkymmenen pienimmän kunnan joukossa. (Kuntaliitto, 2020.) Karkeasti jaoteltuna Espoo sijoittuu Etelä-Suomeen, Oulu Pohjois-Suomeen, Paimio Länsi-Suomeen ja Rautavaara Itä-Suomeen. Kunnat eroavat kokonsa, sijaintinsa sekä seuraavaksi esiteltävän sairastavuuden THL:n sairastavuusindeksinsä mukaan.

Kuntien sairastavuusindeksi on Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen tilastoraportin sairastavuusindeksi 2014 – 2016 (2019) mukaan katsottu. Sairastavuusindeksi kokoaa tiedot yleisimmistä vakavista sairausryhmistä, jotka ovat syövät, sepelvaltimotauti, aivoverisuonitaudit, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, mielenterveyden häiriöt, tapaturmat ja dementia. Väestö on sitä terveempää, mitä pienempi on sairastavuusindeksi. (THL, 2019.) Espoon sairastavuusindeksi THL:n sairastavuusindeksi 2014 – 2016 (2019) mukaan, on 73,1 ja sijoittuu Suomen kaikkiin kuntiin verraten parhaaseen kymmeneen prosenttiin sairastavuusindeksijaottelussa. Paimio sijoittuu sairastavuusindeksiltään toiseksi parhaaseen luokkaan, johon mahtuu 15 prosenttia kunnista sairastavuusindeksiluvulla 88,7. Oulun sairastavuusindeksi on 114,9 ja sijoittuu kvartiiliväliin sairastavuusindeksin mukaan, johon sijoittuu viisikymmentä prosenttia kaikista kunnista. Rautavaaran sairastavuusindeksi on kaikista korkein 174,7 ja sijoittuu kuntavertailussa kaikista alimpaan kymmeneen prosenttiin

kaikista kunnista. (THL, sairastavuusindeksi, 2019.) Espoossa sairastavuus on vähäisintä, Paimiossa toiseksi vähäisintä, Oulussa kolmanneksi vähäisintä ja Rautavaarassa suurinta.

Kuntien diversiteetti sairastavuusindeksinsä, kokonsa sekä sijaintinsa mukaan antaa aineistosta nouseville havainnoille mahdollista vahvistusta. Kuntien pienen määrän vuoksi havaintojen vahvistus on kuitenkin vielä hyvin heikkoa, eikä tulokset ole suoraan yleistettävissä. Laadulliset tutkimukset ovat tapaustutkimuksia, eikä tarkoitus ole etsiä määrällisten tutkimusten lailla kaiken kattavia tai yleistettäviä päätelmiä (Sulkunen & Kekäläinen, 1992 viitattu lähteessä Eskola & Suoranta, 2003, s. 65). Tämä tutkielma on laadullinen diskurssianalyttinen tutkielma, jonka tarkoitus ei ole antaa kaiken kattavaa vastausta tutkimuskysymykseen, vaan tutkia laadullisesti tutkittavan ilmiön laatua ja luonnetta analysoidussa aineistossa. Toisin sanoen tämän tutkielman tarkoitus on etsiä terveyden määrittymistä ja sen määrittämisen tapoja Espoon, Oulun, Paimion ja Rautavaaran laajoissa hyvinvointikertomuksissa.

## 2.2 Eettiset kysymykset

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) ohjeistus hyvistä tieteellisistä käytännöistä ohjaa eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa tieteellisen tutkimuksen tuottamista (2013, s. 6). Hyvissä tieteellisissä käytännöissä nostetaan esiin muiden muassa toimintatapojen noudattaminen, rehellisyys sekä tarpeellisten tutkimuslupien hankkiminen (TENK, 2013, s. 6). Tässä tutkielmassa aineistona toimivat kuntien laajat hyvinvointikertomukset ovat julkisia asiakirjoja. Koska hyvinvointikertomukset ovat julkisia ja kaikkien saatavilla olevia asiakirjoja, ei hyvinvointikertomuksien käyttö aineistona vaadi erillisten tutkimuslupien pyytämistä. Aineistosta nostamani johtopäätöksiä ei voida myöskään kohdistaa yksittäisiin henkilöihin, sillä ne on toteutettu monista henkilöistä koostuvissa työryhmissä.

## 2.3 Diskurssianalyysi

Tämän tutkielman tutkimusmenetelmäksi valikoitui laadullisista tutkimusmenetelmistä diskurssianalyysi. Arja Jokinen, Kirsi Juhila & Eero Suoninen (2016, s. 25) toteavat, että diskurssianalyysi on väljä viitekehys, joka antaa mahdollisuuden tutkia ilmiöitä erilaisilla painopisteillä ja metodologisilla sovelluksilla. Diskurssianalyysi pohjautuu käsitykseen todellisuuden konstruktiivisesta luonteesta. “Kielen käyttö on käytäntö, joka ei ainoastaan

kuvaa maailmaa, vaan merkityksellistää ja samalla järjestää ja rakentaa, uusintaa ja muuntaa sitä sosiaalista todellisuutta, jossa elämme” (Jokinen ym., 2016, s. 26). Todellisuutta kuvatessa, todellisuus ei vain “ole olemassa” vaan se on jatkuvassa luomisprosessissa. Annamme meitä ympäröiville asioille ja ilmiöille nimiä, jotka kuvaavat mielestämme sopivalla tavalla kyseistä asiaa tai ilmiötä. Toisin sanoen konstruimme todellisuutta jatkuvasti puheella. Diskurssianalyysissä oletus on, että kieli ei ole todellisuuden kuva vaan heijastaa sitä jollakin tavalla. Tätä kuvataan ei-heijastavuuden ideana. (Jokinen, Juhila & Suoninen, 2016, s. 28.) Ei-heijastavuuden idea tarkoittaa, että sosiaalinen todellisuus ei ole niin kuin sitä kuvataan, vaan eri kielenkäyttötavat heijastavat todellisuutta omalla tavallaan ja luovat omanlaisen kuvan sosiaalisesta todellisuudesta. Diskurssianalyysin tarkoituksena on tutkia sitä, millä tavalla tulkinnan alla oleva kielenkäyttö heijastaa kuvattavaa ilmiötä tai asiaa.

Sanat laajemmassa kehyksessä liittyvät osaksi merkityssysteemejä, jotka jäsentävät sosiaalista todellisuutta ominaisella tavallaan. Näitä merkityssysteemejä kutsutaan myös käsitteellä diskurssit. (Jokinen ym., 2016, s. 32 – 34.) Kielenkäyttö ja eri diskurssit välittävät sekä samalla rakentavat sosiaalista todellisuutta omalla tavallaan. Kielenkäytöllä on funktionaalinen luonne, eli seurauksia tuottava luonne. (Jokinen ym., 2016, s. 37.) Ei ole yhdentekevää millä tavalla asioista puhutaan ja mitä mielikuvia niihin liitetään. Mielikuvat, jotka rakentuvat asioiden ympärille, rakentavat ihmisten asennoitumista sekä toimintaa asian ympärille. Esimerkiksi terveys voidaan ymmärtää yhtäältä sairauden tai tautien puuttumisena biolääketieteellisen mallin mukaisesti tai toisaalta holistisesti, terveyden ymmärtäminen laajana ja monitasoisena kokonaisuutena. Se miten terveydestä puhutaan, eli miten sitä konstruoidaan, vaikuttaa siihen, miten terveys nähdään ja mitä sillä tarkoitetaan, kun puhutaan terveydestä.

Kuten aiemmin todettu, diskurssianalyysi menetelmänä ei ole tarkasti määritelty tai rajattu tutkimusmenetelmä, vaan sitä voidaan soveltaa erilaisilla painopisteillä sekä menetelmällisillä sovelluksilla (Jokinen ym., 2016, s. 25). Arja Jokinen ja Kirsi Juhila (2016, s. 268) esittelevät neljä eri painotusparia, joiden avulla diskurssianalyysin sisäisiä tutkimuspainotuksia voidaan tarkastella sekä auttaa suunnistamaan metodivalintoja tehdessä. Nämä neljä painotusparia on esitelty taulukossa 1.

*Taulukko 1. Diskurssianalyttisen tutkimuksen kartta (Jokinen & Juhila, 2016, s. 268).*



Tilanteisuus	Kulttuurinen jatkumo
Merkitykset	Merkitysten tuottamisen tavat
Retorisuus	Responsiivisuus
Kriittisyys	Analytyttöisyys

Tilanteisuus ja kulttuurisuus jatkumo -parista (taulukko 1) olen valinnut tutkielmani painotukseksi tilanteisuuden. Tämä lähtökohta tarkoittaa kulttuurisuuden sulkemista analyysivaiheen ulkopuolelle ja siihen palaamista johtopäätöksissä. Tämä antaa mahdollisuuden tarkasti rajatun aineiston aineistolähtöiselle ja yksityiskohtaiselle analyysille, antaen tilaa aineistosta nouseville huomioille analysoitavasta ilmiöstä. (Jokinen & Juhila, 2016, s. 270.) Tarkoitukseni on tutkia Laajojen hyvinvointikertomuksien tapaa määritellä terveyttä. Tästä syystä on tärkeä antaa aineiston näyttää, miten terveys rakentuu aineistossa ja sitoa se analyysin jälkeen johtopäätöksiä tehdessä laajempaan kontekstiin. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että analysoin aineistoa kartoittavan kirjallisuuskatsauksen jälkeen ja vasta analyysin jälkeen syvennyn kirjallisuuteen uudestaan syvemmin liittäen hyvinvointikertomusten sisällön laajempaan yhteiskunnalliseen kontekstiin tutkimuskirjallisuuden välityksellä.

Toisen painotusparin merkitykset ja merkitysten tuottamisen tavat -jatkumolta (taulukko 1) tutkielman analyysin painopiste on merkityksen tuottamisen tavoissa. Merkitysten tuottamisen tavan analyysipainotuksessa tutkimuskysymyksissä kysytään miten-kysymyksiä. Arja Jokista ja Kirsi Juhilaa mukailien merkityksen tuottamisen tapoja tutkiessa ollaan kiinnostuneita siitä ”... miten, eli millaisia kielellisiä keinoja käyttämällä ihmiset tuottavat merkityksiä” (2016, s. 280). Merkityksen tuottamisen tapoja voidaan lähestyä myös toisesta kategorisesta jaottelusta, eli retorisuudesta tai responsiivisuudesta. Retorisuuden tutkimisessa kiinnostus kohdistuu tapoihin, joilla sosiaalista todellisuutta puolustetaan ja perustellaan. Responsiivisuudella tarkoitetaan kiinnostumisen kohdistumista sosiaalisen todellisuuden versioiden rakentumiseen toimijoiden yhteisessä keskusteluprosessissa. (Jokinen & Juhila, 2016, s. 284.) Oma tutkimuskysymykseni on miten kysymys, jossa kiinnostuminen keskittyy siihen, miten terveyttä määritellään, eli miten terveys rakentuu kuntien laajoissa hyvinvointikertomuksissa. Kategorioiden kautta teen siis retorista merkitysten tuottamisen tapojen analyysiä. Analyysissäni kiinnitän huomiota siihen, miten terveyttä määritellään sekä miten valittua määrittäytapaa perustellaan.

Retorisuus ja responsiivisuus kolmantena jatkumona (taulukko 1) syventää aiemmin esitettyjä kategorioita. Analyysissäni kiinnostus keskittyy siihen, miten terveys määritellään laajoissa hyvinvointikertomuksissa ja miten sen määrittämistä perustellaan. Retorisessa ja responsiivisessa ulottuvudessa tarkastellaan merkitysten rakentumista yhteisessä vuorovaikutuksessa. Responsiivinen analyysi on kiinnostunut siitä, miten asiat rakentuvat samassa hetkessä tapahtuvassa vuorovaikutuksessa. (Jokinen & Juhila, 2016, s. 291.) Tämä lähestymistapa ei toimi aineistooni, sillä se ei ole samassa tilassa tapahtuvaa vuorovaikutusta, vaan virallinen asiakirja, joka on huolellisesti muotoiltua asiatekstiä yleisölle, joka lukee asiatekstiä toisessa ajassa ja paikassa. Aineistooni soveltuukin retorinen lähestymistapa, jolla voidaan analysoida tekstiä, jonka vuorovaikutuksellisuus syntyy kirjoittajan ja yleisön välille. Retorisuudella tarkoitetaan tietylle yleisölle suunnattua vakuuttelua ja suostuttelua, jonka tarkoituksena on vakuuttaa yleisö (Jokinen & Juhila, 2016, s. 291). Kuntien laajat hyvinvointikertomukset ovat kuntien strategisen johtamisen asiakirjoja, joiden on tarkoitus olla päätöksenteon tukena päättäjille. Tästä syystä hyvinvointikertomuksien sisältö tulee vakuuttaa vähintään kunnan päättäjät, jotta hyvinvointikertomuksen sisältö vakuuttaa siinä määrin, että sitä halutaan noudattaa. Lisäksi sisällön tulee vakuuttaa myös kuntalaiset, joita myös aktivoidaan hyvinvointikertomuksen tekemiseen (THL, Kuntien hyvinvointikertomuksien sisältö ja hyödyntäminen, 2019). Tutkielmassa retorinen analyysi toimii myös välineenä puntaroida terveyden määrittelyn perustelun vakuuttavuutta.

Kriittisyys ja analyttisyys jatkumosta (taulukko 1) olen valinnut painotukseksi analyttisen tutkimuspainotuksen. Analyttinen diskurssianalyysin tarkoitus on olla aineistolähtöinen. Tavoite on nostaa aineistosta tehtyjä havaintoja avoimesti ilman ennakko-oletuksia erilaisten alistussuhteiden olemassaolosta. Analyttinen orientaation pyrkimys on ”sosiaalisen todellisuuden yksityiskohtainen erottelu”, antaen aineiston näyttää avoimesti oma kuvansa tutkittavasta aiheesta. (Jokinen ym., 2016, s. 241.) Metodina analyttinen diskurssianalyysi soveltuu hyvin tutkielman tutkimuskysymykseen, joka on: ”miten terveyttä määritellään kuntien laajoissa hyvinvointikertomuksissa?”. Aineiston analyysi on aineistolähtöistä, antaen aineiston näyttää miten se rakentaa terveyttä ja mitä merkityksiä sille annetaan.

Tutkielman analyysin painotusvalintojen perustelut pohjautuvat tutkielman tutkimuskysymykseen sekä aineistoon. Tutkimuskysymys rajaa mielenkiinnon

analyttiselle, merkitysten syntymisen tavoille sekä tilanteiselle analyysille, jossa keskittyminen on rajattuun ilmiöön tietyssä kontekstissa, eli miten terveyttä määritellään laajoissa hyvinvointikertomuksissa. Tutkimusaineisto puolestaan määrittää retorisuuden painopisteen, sillä laajat hyvinvointikertomukset eivät ole samassa tilassa tapahtuvaa vuorovaikutusta, vaan kirjoittajilta tietylle yleisölle suunnattu asiateksti, joka pyrkii vakuuttamaan kuulijat sisällöllään. Tarkasteltu sisältö tässä tutkimuksessa on terveys, eli miten terveyden määritelmää ja terveyden mittaamisen tapoja puolustetaan sekä perustellaan laajoissa hyvinvointikertomuksissa ja onko terveyden määrittelyä ja terveyden mittaamisen tapoja perusteltu vakuuttavasti.

## 3 ANALYYSI JA TULOKSET

Analysoitavana aineistona tutkielmassa on Espoon, Oulun, Paimion ja Rautavaaran laajat hyvinvointikertomukset. Analyysin ja tulosten esittely etenee analyysin toteutuksesta kolmen hyvinvointikertomuksesta nousseen diskurssin esittelyyn. Aineistosta nousseet diskurssit ovat terveys annettuna kategoriana, indikaattorit terveyden määrittäjinä sekä terveyden määrittelyn retoriikka.

### 3.1 Analyysin toteuttaminen

Aloitin analyysin aineiston läpiluvulla ja terveyden sanan sekä sen määrittelyjen etsimisellä. Ensimmäiseksi aineistonani oli ainoastaan Espoon hyvinvointikertomus, jonka jälkeen aineistoni täydentyi kolmella hyvinvointikertomuksella, ottaen aineistoon mukaan Oulun, Paimion ja Rautavaaran hyvinvointikertomukset. Aineiston laajentamisen syy oli se, että ensimmäisien hyvinvointikertomuksen läpilukujen aikana selkeytyi, että aineistossa käsiteltiin hyvin vähän terveyttä. Tästä syntyikin ensimmäinen koodi, joka oli terveyden poissaolo. Muutkin koodit syntyivät terveyden käsitteen poissaolon ympärille ja erilaisten näkökulmien terveyden määrittämisen etsimiselle. Uusien läpilukujen perusteella koodit muotoutuivat terveyden poissaolon, terveyden tai hyvinvoinnin määrittelyn sekä terveyden indikaattorien ympärille. Koodeiksi muotoutuivat lopulta terveyden ja hyvinvoinnin päällekkäisyys, lain referointi tai hyvinvointikertomuksen sisällön kerronta, hyvinvoinnin korostuminen sekä terveyden indikaattorit. Jaottelin koodien mukaiset havainnot aineistosta omiksi tiedostoikseen ja vertailin hyvinvointikertomusten sisältöä koodeittain. Koodien mukaisen vertailun pohjalta alkoi selkeytyä neljä teemaa eli diskurssia. Ensimmäinen diskurssi oli terveys annettuna kategoriana, toinen indikaattorit terveyden määrittäjinä, kolmas terveyden määrittelyn retoriikka ja neljäs sairas taakkana. Päätin jättää neljännen diskurssin pois analyysistä, sillä se ei liittynyt yhtä vahvasti tutkimuskysymyksiini käsittelyyn kuin muut diskurssit, ja tutkielmani olisi laajentunut liian suureksi. Jäljelle jääneistä diskursseista ensimmäiset kaksi määrittelevät terveystermien sisältöä ja kolmas osoittaa terveystermien valinnan perustelua.

### 3.2 Terveys annettuna kategoriana

Kaikissa hyvinvointikertomuksissa terveys käsitteenä toistui hyvin vähän. Terveyden jääminen heikolle huomiolle oli itselleni yllättävä löytö aineistosta. Hyvinvointikertomuksien tehtävä on olla terveyden sekä hyvinvoinnin kuntatason johtamisen työväline, joten oletukseni oli, että terveyttä ja hyvinvointia käsiteltäisiin hyvinvointikertomuksissa lähtökohtaisesti yhtä paljon. Aineiston analyysin mukaan terveys jää kuitenkin hyvinvointikertomuksissa pienemmälle huomiolle kuin hyvinvointi. Kaikissa hyvinvointikertomuksissa Paimion hyvinvointikertomusta lukuun ottamatta referoitiin Terveydenhuoltolain 2010/1326 artiklan 12 ohjeistuksia hyvinvointikertomuksen sisällöstä. Lain referointia seurasi kyseessä olevan hyvinvointikertomuksen sisällönkerronta, jossa terveyttä ei kuitenkaan enää mainittu. Ote Rautavaaran hyvinvointikertomuksesta:

*”Toukokuussa 2011 astui voimaan uusi terveydenhuoltolaki, jonka pykälässä 12 todetaan, että kunnanvaltuustolle on kerran valtuustokaudessa valmisteltava laaja hyvinvointikertomus ja kuntalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista sekä toteutetuista toimenpiteistä on raportoitava valtuustolle vuosittain.”*

*”Kertomus tuo esiin kuntalaisten hyvinvointitarpeita sekä arvioi toteutunutta toimintaa, hyvinvointipolitiikkaa sekä kunnan voimavarojen ja tarpeiden välistä suhdetta.”*

Terveys ja hyvinvointi esiintyvät Terveydenhuoltolain (2010/1326, §12) mukaisella tavalla ensimmäisessä otteessa. Toisessa otteessa kyseisen hyvinvointikertomuksen sisällön kerronnassa terveys ikään kuin unohtuu, ja jäljelle jää vain hyvinvointi. Tämä toistuva ilmiö hyvinvointikertomuksissa sekä terveyden määrittelemättömyys voi tarkoittaa sitä, että terveys nähdään ikään kuin luonnollisena tosiasiana, jota ei tarvitse määritellä. Palosuo ja Lahelma (2013, s. 44) ovat todenneet, että terveyden raportoinneissa terveyttä harvoin pohditaan, jolloin se nähdään ”annettuna” kategoriana. Tällöin terveyttä saatetaan kuvailla myös käsitteillä kuten huono terveys, sairaudet ja taudit, työ- ja toimintakyvyn vajeet, vammat ja kuolemat (Palosuo & Lahelma, 2013, s. 44). Tämän tyyliiset terveyden kuvailut näkyivät myös aineistossa. Rautavaaran hyvinvointikertomuksessa hyvinvoinnin onnistumisissa on listattu seuraavasti:

*”Tapaturmiin, kaatumisiin ja muihin vammoihin liittyvät hoitojaksot sairaalassa ovat vähentyneet...”*

Ensinnäkin nämä luetellut ominaisuudet kuuluvat laajaan hyvinvointiin, eikä esimerkiksi ole eroteltu otsikossa terveyden ja hyvinvoinnin onnistumiset. Toisekseen luetellut ilmiöt edustavat Palosuon ja Lahelman (2013, s. 44) näkemystä siitä, että terveyttä kuvaillaan tällaisilla toimintakyvyn vajeilla sekä tapaturmilla.

Espoon hyvinvointikertomus erosi muista hyvinvointikertomuksista siinä, että hyvinvointi oli käsitteellisesti määritelty yksityiskohtaisesti, kun muissa hyvinvointikertomuksissa ei käsitteiden määrittelyjä ollut lainkaan. Terveyttä ei kuitenkaan mainittu hyvinvoinnin osatekijäksi hyvinvoinnin määrittelyssä. Hyvinvoinnin ja hyvinvoinnin edistämisen määrittelyn yhteydessä on havainnollistavan kuva, jonka alla tekstissä lukee: ”Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tehtävä on laaja-alainen ja koskettaa kunnan kaikkia toimialoja”. Hyvinvointi määritellään yksityiskohtaisesti ilman terveyttä, mutta kuvatekstin mukaan edistetään hyvinvointia sekä terveyttä. Terveys ikään kuin sulautuu huomaamatta osaksi hyvinvointia ilman, että sitä sanotaan. Ikään kuin terveys on sanattomasti itsestään selvä osa hyvinvointia, eikä sitä tarvitse erikseen määritellä. Käsitteellisesti terveys on hyvinvoinnin osoitin sekä itsessään voimavara, jonka avulla pystytään toimimaan yhteisössä sekä huolehtimaan omasta hyvinvoinnistaan (Allart 1976, Karisto, 1984, viitattu lähteessä Palosuo & Lahelma, 2013, s. 40). Terveys on siis käsitteellisesti sekä hyvinvoinnin osa, että hyvinvoinnin mahdollistaja. Näiden otteiden mukaan hyvinvointikertomuksissa terveys ikään kuin otetaan annettuna osana hyvinvointia, mutta käsitteiden suhdetta ei ole tehty näkyväksi. Terveyttä käsitellään hyvinvointikertomuksissa ”annettuna” kategoriana ilman käsitteen määrittelyä ja terveys sulautuu luonnolliseksi annetuksi osaksi hyvinvointia.

### 3.3 Indikaattorit terveyden määrittäjinä

Tämän tutkielman tavoitteena on terveyden määrittelyn selvittäminen hyvinvointikertomuksissa. Hyvinvointikertomukset eivät kuitenkaan käsittele terveyden käsitteistä ja terveys ilmaantuu ”annettuna” kategoriana ja luonnollisena hyvinvoinnin osana. Mildred Blaxterin (2010, s. 24) mukaan terveyden mittaustapojen taustalla on jokin terveystietoisuus. Tästä syystä etsin terveyden määrittelyä hyvinvointikertomuksien terveyden ja hyvinvoinnin taustatietona käytetyistä terveyden mittareista, eli indikaattoreista. Hyvinvointikertomuksissa johdonmukaisesti esitetään terveyden ja hyvinvoinnin indikaattorit pelkästään hyvinvoinnin alle. Käsitteellisesti terveys voidaankin lukea osaksi

hyvinvointia, mutta suhde ei ole käsitteellisesti itsestään selvä, kuten edellisessä kappaleessa on esitetty. Myös Terveydenhuoltolain (2010/1326, §12) mukaan hyvinvointikertomukset tulee perustua hyvinvointi- ja terveysosoittimien antamaan tietoon. Tästä päätellen oletan, että hyvinvointikertomuksissa kuvatuilla hyvinvoinnin osoittimilla tai indikaattoreilla tarkoitetaan hyvinvoinnin ja terveyden indikaattoreita. Tässä tutkielmassa luen terveyden osoittimiksi ne indikaattorit, jotka liittyvät suoranaisesti terveyteen, kuten koettu terveys tai sairastavuusindeksi. Paimion hyvinvointikertomuksessa ”Indikaattorien ja muun tiedon osoittama hyvinvointi” -osiossa todetaan:

*”Kelan sairastavuusindeksi kuvaa sitä, miten sairasta tai tervettä väestö on suhteessa koko maan väestöön.”*

Otteessa todetaan selvästi, että väestö voi olla sairasta tai tervettä. Tämä jaottelu sairaaseen ja terveeseen mukaillee käsitystä, että terve ei voi olla sairas. Samaa mallia näyttää myös Rautavaaran hyvinvointikertomus:

*”Positiivisiakin indikaattoreita on... terveyttä ja hyvinvointia kuvaavat ikävakioidut indeksit ovat osoittaneet sairastamisessa vähenevää trendiä...”*

Otteessa todetaan, että positiivinen muutos terveydessä ja hyvinvoinnissa on sairastamisen vähentyminen. Eli terveys on parempi, kun sairastaminen on vähäisempää. Nämä näyttävät kuvaa siitä, että terveys ymmärretään sairauden poissaolona, ei-terveytenä, negatiivisen terveystieteellisen mukaan. Biolääketieteellinen terveystieteellinen on yksi laajimmin hyväksytyistä terveystieteellisistä, jonka mukaan terveys määrittyy sairauden poissaolon kautta (Perttilä, 1999, s.79; Blaxter, 2010, s. 15; Palosuo & Lahelma, 2013, s. 41). Biolääketieteellinen malli terveydestä on kiinnostunut enemmän sairaudesta, kuin terveydestä, jota voidaan mitata kuolleisuutta, terveydentilaa tai sairauden vakavuutta tilastoimalla (Larson, 1991, s. 3; Blaxter, 2010, s. 15). Tämä näkyy myös hyvinvointikertomuksissa käytetyissä terveyden indikaattoreissa, joita olivat yleisesti kaikissa hyvinvointikertomuksissa: Sairastavuus ja kuolleisuus, lääkekorvauksia saaneiden osuus, diabetes- ja depressoilääkitysten yleisyys, mielenterveysperustaisten sairaspäivärahojen saajien osuus, lihavuus, sairastavuusindeksi, depressoilääkkeistä korvausta saaneet 25–64-vuotiaiden määrä ja osuus väestöstä, kansantauti-indeksi, psyykkiset ongelmat. Hyvinvointikertomuksissa käytetyt terveyden indikaattorit ovat hyvin

sairauspainotteisia ja mittaavat johdonmukaisesti ei-terveyttä, eli sairastavuutta, kuolleisuutta tai tauteja. Indikaattorit keskittyvät biolääketieteellisen terveystieteiden mukaisesti sairauksiin.

Hyvinvointikertomuksissa puhutaan välillä paremmasta terveydestä, jota seuraa ei-terveyttä kuvaavia osoittimia. Rautavaaran hyvinvointikertomuksessa on lueteltu hyvinvoinnin onnistumisiin seuraavat indikaattorit: tapaturmiin, kaatumisiin ja muihin vammoihin liittyvien hoitajaksojen vähentyminen sekä hoitajaksojen lyhentymisen perusterveydenhuollon vuodeosastoilla. Espoon hyvinvointikertomuksessa kuvataan työikäisten terveyttä positiivisen kautta otsikolla ”Työikäiset keskimääräistä terveempiä”, jonka alle on lueteltu terveemmän työikäisen väestön kuvaaviin tekijöihin sairastavuus ja kuolleisuus, lääkekorvausta saavien osuus, diabetes- ja depressiolääkityksen yleisyys, mielenterveysperusteisen sairauspäivärahan saajien osuus ja lihavuuden yleisyys. Puhutaan paremmasta terveydestä tai hyvinvoinnin onnistumisista, joita seuraa kuitenkin terveyden kuvaaminen negatiivisen kautta ei-terveytenä.

Hyvinvointikertomuksissa oli käytetty myös subjektiivisia terveyden indikaattoreita kuten: Terveytensä keskitasoisiksi tai sitä huonommaksi kokevat, itsensä yksinäiseksi tuntevien osuus, 500 metrin matkan kävelemisessä suuria vaikeuksia kokevien osuus ja elämänlaatunsa hyväksi tuntevat. Poikkeuksena subjektiivisissa osoittimissa on elämänlaatunsa hyväksi tuntevien indikaattori, joka keskittyy nimenomaan positiiviseen puoleen. Kuitenkin yleisesti ottaen subjektiivisissa terveyden indikaattoreissa keskittyminen on nimenomaan alempaan asteikkoon, eli terveyden huonoon puoleen. Positiivista terveyttä ei usein väestöpohjaisissa raportoinneissa käytetä, sillä soveltuvia mittareita ei juuri ole ja käsitteepohjasta ei ole yksimielisyyttä (Blaxter, 2010, s. 25). Terveyttä mitatessa subjektiivisesti koetusta hyvästä terveydestä huonoon terveyteen ulottuvalla asteikolla, keskitytään tässäkin yleisesti terveyden huonoon puoleen (Palosuo & Lahelma, 2013, s. 44–45). Hyvinvointikertomuksissa käytetyt subjektiivisen terveyden indikaattorit keskittyvät vastausosuuksiin asteikon huonommasta päästä, eli keskitytään terveytensä keskitasoisiksi tai sitä huonommaksi kokevien osuuteen. Vaikka subjektiivisen terveyden indikaattoreissa olisi mahdollista keskittyä myös asteikon parempaan puoleen, eli terveytensä hyväksi tuntevien osuuteen. Positiivisempaan terveyden puoleen keskittyminen mukailisi positiivisen terveyden indikaattoreita, joissa mielenkiinnon kohteena ja lähtökohtana on terveyden näkeminen voimavarana. Hyvinvointikertomuksissa kiinnostuksen kohteena ovat



kuitenkin johdonmukaisesti terveyden huonompaan puoleen, mikä myötäilee biolääketieteellistä terveyskäsitystä.

On esitetty, että terveyttä on käsitteellisesti yksinkertaisempaa tutkia sairauksien ja sairastavuuden kautta, joka mahdollistaa myös tunnistamaan terveyden puutoksia ja etsimään niille syytekijöitä (Karisto, 1982, viitattu lähteessä Palosuo & Lahelma, 2013, s. 44). Hyvinvointikertomuksissa käytettyjen terveyden indikaattorien mukaan terveys näyttäytyy negatiivisena, biolääketieteellisenä terveytenä. Mitatut ominaisuudet mittaavat terveyden puutoksia, keskittyen sairauksiin tai sairastavuuteen sekä terveyden huonoon puoleen. Terveydenhuoltolain (2010/1326 §12) mukaan kunnan strategisen suunnittelun tulee perustua kuntakohtaisten hyvinvoinnin ja terveyden osoittimien osoittamaan tietoon. Tieto terveydestä pohjautuu siis hyvinvointikertomuksissa käytettyihin terveyden indikaattoreihin. Indikaattorien pohjalta terveyttä mitataan sairauksien kautta ei-terveytenä biolääketieteellisen mallin mukaisesti, ja tästä näkökulmasta katsoen hyvinvointikertomuksien tieto terveydestä pohjautuu biolääketieteelliseen terveyskäsitukseen.

### 3.4 Terveyden määrittelyn retoriikka

Terveys näyttäytyy hyvinvointikertomuksissa toistuvasti ”annettuna” kategoriana, ilman käsitteen sisällöllistä pohtimista. Kuitenkin terveyden indikaattorit antavat kuvan siitä, että hyvinvointikertomuksien tieto terveydestä perustuu biolääketieteelliseen terveyskäsitukseen. Toisin sanoen terveyttä ei suoranaisesti määritellä, mutta hyvinvointikertomuksissa käytetyt terveyden indikaattorit piirtävät melko selkeän kuvan terveysmääritelmästä indikaattorien taustalla. Tästä syystä onkin aiheellista etsiä vastausta siihen, onko hyvinvointikertomuksissa esitetty perusteluja käytettyjen indikaattorien valinnalle. Tämä voi antaa näyttöä siitä, onko hyvinvointikertomuksissa näkemystä siitä, että terveyden indikaattorien taustalla on jokin terveyskäsitys tai onko sitä ylipäätään pohdittu.

Rautavaaran hyvinvointikertomuksessa sähköisen hyvinvointikertomuksen eduissa luetellaan ”kansallisesti yhtenäiset hyvinvointi-indikaattorit”. Terveyden indikaattorien valintaa ikään kuin pohjustetaan sillä, että kansallisesti hyvinvoinnista käytetään yhteneviä

hyvinvointi-indikaattoreita, joita on käytettävä myös kyseessä olevassa hyvinvointikertomuksessa. Lisäksi Rautavaaran hyvinvointikertomuksessa todetaan:

*”Indikaattorit on valittu ikävakioituja indeksejä sekä muita vastaavia koko kunnan kokonaisuutta kuvaavia tilastotietoja. Kunnan väestömäärän vähäisyyden ja pienen tilastollisen otannan vuoksi monet tarkemmat indikaattorit eivät tarjoa relevanttia tietoa kunnan hyvinvointityötä varten. Tällöin vuosittainen ja ikäryhmittäinen vaihtelu näkyy tilastoissa suhteettoman suurena vaihteluna.”*

Valittuja hyvinvoinnin indikaattoreita perustellaan sillä, että muut indikaattorit eivät antaisi todellisuutta kuvaavaa tietoa kuntalaisten terveydestä. Espoon, Oulun sekä Paimion hyvinvointikertomuksissa terveyden indikaattoreita ei ole perusteltu, vaan niissä on pelkkiä kuvauksia siitä, mitä indikaattorit osoittavat:

*”Seuraavassa on kuvattu työikäisten hyvinvoinnin tilaa ja sen kehitystä...”*

*”Tässä kappaleessa tarkastellaan väestön hyvinvointia ikäryhmittäin. Lisäksi tähän on koottu järjestöiltä ja kehittäjäasiakkailta sekä perheiltä kyselyjen kautta saatuja hyvinvointiin liittyviä näkemyksiä”*

Käytettyjen terveyden indikaattoreiden sanotaan yksinkertaisesti kuvaavan kuntalaisten hyvinvointia. Ikään kuin indikaattorien esittämä kuva terveydestä olisi itsestäänselvyys, jota ei tarvitse perustella. Terveyden mittaamisen tapojen taustalla on kuitenkin jokin terveystieteellinen käsite (Blaxter, 2010, s. 24). Mielenkiinto terveyden määrittelyyn liittyy suurilta osin terveyden operationalisointiin, eli siihen miten terveyttä mitataan (Larson, 1991, s. 10). Terveystieteellinen käsite ohjaa operationalisointia sekä sitä kautta mielenkiinnon niihin asioihin, jotka määrittelyn mukaan nähdään tärkeinä mitattavina ominaisuuksina. Kuten esimerkiksi biolääketieteellisen terveystieteellisen käsitteen mukainen mittaaminen on kiinnostunut sairauksista ja taudeista, jotka osoittavat terveyden puutoksia.

Hyvinvointikertomuksissa terveyden indikaattoreita ei ole perusteltu sen kannalta, miten indikaattorit kuvaavat terveyttä ja miksi juuri käytetyn indikaattorin valinta kuvaa terveyttä valitulla tavalla. Palosuo ja Lahelma (2013, s. 44) ovat todenneet, että terveyden käsitteellisyys tai sen mittaamistapojen terveystieteellisiä seuraamuksia ei usein mietitä kansanterveyden raportoinneissa. Myös hyvinvointikertomukset näyttävät tämän tyyppistä

kuvaa, sillä käytettyjä terveyden indikaattoreita ei ole perusteltu. Perustelut indikaattorien valinnalle voisivat osoittaa, että terveyden indikaattorit on valittu ajatuksella kuvaamaan valittua terveystietoa tai sitä, että indikaattorien takana olevasta terveystietä ollen tietoisia. Näistä kumpaakaan ei hyvinvointikertomuksissa kuitenkaan ole, mikä viittaa siihen, että hyvinvointikertomuksissa terveyttä tai sen mittaamisen tapoja ei ole pohdittu.

## 4 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkielman tavoitteena oli selvittää diskurssianalyttisellä viitekehysellä, miten terveyttä määritellään kuntien hyvinvointikertomuksissa. Aineiston analyysiä on johdatellut diskurssianalyttisen tutkimuksen kartta ja valitut painotukset kyseiseltä kartalta. Painopisteiksi valikoituivat tutkimuskysymyksen ja käytetyn aineiston mukaan tilanteisuus, analyttisyys, merkitysten tuottamisen tavat ja retorisuus. Analyttisyys ja tilanteisuus painotuspisteet ovat ohjanneet aineistolähtöiseen analyysiin eli siihen, miten terveys määrittyy hyvinvointikertomuksissa. Analyysi on ollut aineistolähtöistä ja tilanteisuus painotuspiste analyysissä on ohjannut aineistosta nousseiden huomioiden liittämistä vasta analyysin jälkeen laajempaan teoreettiseen kehykseen ja sitä kautta yhteiskunnalliseen kontekstiin. Tilanteisen ja analyttisen aineiston analyysin avulla aineistosta nousi terveyden määrittymisen ensinnäkin ”annettuna” kategoriana ja toisaalta terveys luonnollisena hyvinvoinnin osana.

Monilla eri tutkimuksen aloilla terveyden ja sairauden luonnetta sekä niiden sosiaalisia ja kulttuurisia merkityksiä on tutkittu jo monia vuosikymmeniä (Palosuo & Lahelma, 2013, s. 40). Terveys näyttäytyy kuitenkin terveystieteellisissä tarkasteluissa usein ”annettuna” kategoriana ilman sen käsitteellistä pohtimista (Palosuo & Lahelma, 2013, s. 40). Hyvinvointikertomuksissa terveyttä on käsitelty tämän näkökulman mukaisesti ”annettuna” kategoriana. Terveyttä ei ole määritelty käsitteellisesti yhdessäkään hyvinvointikertomuksessa ja terveys esiintyy hyvinvoinnin rinnalla kuten sulautuen siihen. Käsitteellisesti terveys ja hyvinvointi eivät ole itsestään selvästi toistensa osia, vaan terveys voi olla käsitteellisesti joko hyvinvoinnin osoitin, tai hyvinvointia mahdollistava tekijä (Allart 1976, Karisto, 1984, viitattu lähteessä Palosuo & Lahelma, 2013, s. 40). Sosiaalisen konstruktionismin mukaan asiat ja ilmiöt merkityksellistyvät vuorovaikutuksessa (Burr, 2006, s. 2) ja myös Mildred Blaxterin (2010, s. 29) mukaan terveys muiden käsitteiden lailla on konstruoitu käsite. Terveys ei siis lähtökohtaisesti tästä näkökulmasta voi olla annettu kategoria, vaan terveyttä käsittelevissä teksteissä on aina jokin terveyskäsitte taustalla. Lisäksi terveyskäsitte taustalla määrittää toimenpiteiden suuntaa ja kiinnostuksen niihin asioihin, jotka valitun terveystieteellisen tutkimuksen mukaan näyttäytyvät tärkeinä. Voikin kysyä, että miten johdonmukaista kunnallinen päätöksenteko voi olla, jos taustalla olevasta terveystieteestä ei ole tietoa tai sitä ei ole pohdittu.

Terveyden määrittelyyn liittyy kiinteästi terveyden mittaaminen. Mielenkiinto terveyden määrittelyyn johtuu suurilta osin siitä, että halutaan parantaa ymmärrystä siitä, miten mitata terveyttä (Larson, 1991, s. 10). Terveyskäsitteys ohjaa kiinnostuksen mitattaviin tekijöihin ja määrittää täten sitä, miten terveyttä mitataan (Blaxter, 2010, s. 24). Hyvinvointikertomuksissa terveyden määrittelyt puuttuivat ja terveys näyttäytyi ”annettuna” kategoriana. Koska terveyden indikaattorien taustalla on terveystieteellinen, etsin aineiston analyysissä terveyden määritelmää hyvinvointikertomuksissa käytetyistä terveyden indikaattoreista. Käytetyt terveyden indikaattorit hyvinvointikertomuksissa ovat sairaus- ja tautipainotteisia. Indikaattorit mittaavat systemaattisesti terveyttä ei-terveytenä keskittyen terveyden huonoon puoleen. Indikaattorien valossa hyvinvointikertomuksien terveys näyttäytyy biolääketieteellisenä terveytenä. Kansanterveyttä mitataan yleensä käytännöllisistä ja teoreettisista syistä enemmän negatiivisena terveytenä (Blaxter, 2010, s. 25; Larson, 1991, s. 7). Terveyden mittaaminen biolääketieteellisesti on myös hyvä tapa tutkia ja tarttua kansanterveydellisiin haasteisiin, eli yleisiin sairauksiin ja niiden syihin (Karisto, 1984, viitattu lähteessä Palosuo & Lahelma, 2013, s. 44). Ei siis ole yllättävä löytö aineistossa, että käytetyt indikaattorit mittaavat terveyttä biolääketieteellisesti. Tähän liittyy kuitenkin ongelma, joka liittyy myös terveyden näkemiseen ”annettuna” kategoriana. Palosuo ja Lahelma (2013, s. 44) ovat todenneet, että terveyden raportoinneissa jää usein huomioimatta terveystieteellinen taustalla sekä mittaustapojen terveystieteelliset seuraukset. Tästä syystä aineiston analyysissä diskursiivisen kartan painotuksista retorisuuden ja merkitysten tuottamisen tapojen avulla kartoitin sitä, oliko hyvinvointikertomuksissa terveyden indikaattorien valinnasta perusteluja, jotka antaisivat näyttöä siitä, että mittaustapojen taustalla olevasta terveystieteellisestä on oltu tietoisia tai sitä on pohdittu.

Retorinen ja merkitysten tuottamisen tapojen aineiston analyysi näytti, että hyvinvointikertomuksissa ei ole perusteluja sille, mitä ja miten valitut terveyden indikaattorit kuvaavat terveyttä. Hyvinvointikertomuksissa ei ole kerrottu avoimesti siitä, miten ja miksi valitut terveyden indikaattorit on valittu tai mihin terveystieteelliseen indikaattoriin perustuvat. Tämä vahvistaa näkemystä siitä, että hyvinvointikertomuksissa käytettyjen terveyden indikaattorien taustalla olevasta terveystieteellisestä ei ole tietoa tai sitä ei ole pohdittu. Hyvinvointikertomuksessa käytetyt terveyden indikaattorit ovat piirtäneet selvän kuvan siitä, että indikaattorit mittaavat biolääketieteellisen mallin mukaisesti terveyttä. Terveystieteellinen 2010/1326 artikla 12 mukaan

hyvinvointikertomuksien tieto terveydestä pohjautuu käytettyihin terveyden- ja hyvinvoinnin indikaattoreihin. Analysoidut hyvinvointikertomukset pohjautuvat biolääketieteelliseen malliin terveydestä, vaikka sitä ei tämän tutkielman perusteella ole pohdittu tai siitä ei olla tietoisia. Hyvinvointikertomukset ovat osa kunnallisen terveystieteen päätöksentekoa ohjaavia strategisia asiakirjoja (THL, Kunnan hyvinvointikertomus, 2019). Toisin sanoen kuntien terveystieteen päätöksenteko pohjautuu terveystietoon biolääketieteellisen terveystieteen mukaisesti, mutta terveystieteen terveyden indikaattorien taustalla ei olla tietoisia tai sitä ei ole pohdittu.

Mildre Blaxter (2010) on todennut, että terveys on pitkälti määrittynyt lääketieteen ympärillä, jossa keskittyminen kohdistuu nimenomaan sairauksien ja tautien ympärille, sillä niiden tunnistaminen ja hoitaminen on lääketieteen ammattihenkilöiden ja tutkijoiden pääintressi. Palosuo ja Lahelma (2013, s. 44) ovat esittäneet toisaalta, että terveyttä määritellään usein käytännöllisistä ja teoreettisista syistä sairastilojen kautta, ja tästä syystä negatiiviset tilat ovat yleensä terveystieteen, terveystutkimuksen ja hoitotoimen keskiössä. Yhteiskunnan terveystietämys on siis erinäisistä syistä määrittynyt mahdollisesti lääketieteen antaman kuvan kautta. Tämä näkyy myös hyvinvointikertomuksissa käytetyissä terveyden indikaattoreissa, joihin hyvinvointikertomuksien sisältö, eli terveyden ja hyvinvoinnin tiedot ja niiden pohjalta päätetyt toimenpiteet perustuvat. Yhteiskunnassa sekä kunnallisessa terveystieteen päätöksentekossa terveys määrittyy mahdollisesti lääketieteellisen terveystieteen mukaan sairauksien ja tautien kautta biolääketieteellisen terveyden määritelmän mukaan.

Vaaraan (2013, s. 3) mukaan kansanterveyteen liittyvät toimenpiteet tulisi olla laaja-alaisia, käsittäen terveyden laaja-alaisena ilmiönä kuten WHO:n terveystieteen määritelmä käsittää terveyden. Ristiriita syntyy siinä, että terveystieteen päätöksenteko pohjautuu biolääketieteellisen terveyden tietoihin, mutta terveystieteen tulisi olla laaja-alaista keskittyen terveyteen laajempaan ilmiönä. Suomen terveys- ja sosiaalipolitiikan keskeinen tavoite on jo pitkään ollut terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen (Rotko, Aho, Mustonen & Linnanmäki, 2011, s. 3) myös Sosiaali- ja Terveystieteen ministeriön keskeinen tavoite on terveyserojen kaventaminen (STM, Terveyden edistäminen, 2019). On ollut kuitenkin tutkimusta siitä, että terveyserojen kaventamisessa ei ole onnistuttu tavoitellulle tasolla (Rotko ym. 2011, s. 4) ja sosioekonomiset terveyserot ovat säilyneet ennallaan tai jopa kasvaneet (Palosuo ym. 2007, s. 3). Terveystieteen päätöksenteko ei siis tällä hetkellä pysty vastaamaan

terveyden eriarvoistumiseen. Laaja-alaisissa terveyden edistämisen malleissa terveys ymmärretään laaja-alaisena ilmiönä. Laaja-alaisilla malleilla pyritään tarttumaan terveyden eriarvoistuvaan trendiin monitasoisesti käsittäen terveyden ja terveyttä määrittävät tekijät laajoina ilmiönä (Sihto, 2013, s. 14–33). Terveyden edistäminen on hyvin tärkeä prioriteetti Suomen terveystaloudessa ja nykyisen käsityksen mukaan terveyden edistäminen tulisi olla laaja-alaista ja moniulotteista toimintaa. Tämän tutkielman pohjalta kuntatasoinen terveystaloudellinen päätöksenteko perustuu kuitenkin biolääketieteen terveystaloudeseen, joka on suppeampi näkemys terveyteen, kuin miten terveyden edistämisen ohjelmissa terveys nykyäänä ymmärretään. Tässä on selvä epäsuhta siinä, mitä tavoitellaan ja mihin tieto terveydestä perustuu. Tavoitteena on terveyden edistäminen laajan terveystaloudellisuuden pohjalta, mutta tieto terveydestä perustuu kunnissa biolääketieteelliseen suppeaan terveyden määrittelyyn. Miten terveystaloudellisia päätöksiä voidaan tehdä laajemman terveystaloudellisuuden mukaisesti, jos päättäjillä ei ole tietoa väestöstä laajemman määrittelyn mukaisesta terveydestä tai käsitystä mittareiden taustalla olevasta terveystaloudellisuudesta ylipäätään.

Tämä tutkielma on keskittynyt vain valmiiden hyvinvointikertomusten analysointiin. Tästä syystä vaatisikin perusteellisempaa tutkimusta hyvinvointikertomusten valmisteluprosessista, jotta saisi täydemmän kuvan siitä, minkälaisia keskusteluita terveyden käsitteen ympärillä on ollut ja onko hyvinvointikertomusten käsitteellistä pohjaa pohdittu. Tämän tyylistä tutkimusta onkin jo toteutettu Suomessa, esimerkiksi Kerttu Perttilän tutkimus Terveyden edistäminen kunnan tehtävänä vuodelta 1999 keskittyy osakseen myös kuntien päättäjien terveystaloudellisuuden kartoittamiseen. Tällöin lainsäädännössä ei ole vielä veloitettu kuntia laatimaan hyvinvointikertomuksia, jotka ovat suhteellisen uusia strategisia työvälineitä kunnan päätöksenteossa (THL, Kunnan hyvinvointikertomus). Tarvittaisiinkin laadullista lisätutkimusta siitä, miten terveystaloudellisuus on muodostunut hyvinvointikertomuksien laadinnassa tai onko sitä pohdittu. Lisäksi hyvinvointikertomukset perustuvat biolääketieteellisen terveyden mukaiseen terveyden mittaamisen antamaan tietoon terveydestä. Biolääketieteellinen terveystaloudellisuus ohjaa osakseen kunnallista terveystaloudellisuutta, vaikka laajemmalla tasolla kansanterveyteen liittyvät toimenpiteet tulisi olla laaja-alaisempia. Tämä tutkielma ei pysty eikä sen tarkoituksenaan ole vastata siihen, miten käytetyt terveyden indikaattorit on valittu ja mitä päätäntävaltaa kunnilla on niiden valinnassa. Tarvittaisiin lisätutkimusta siitä, miten indikaattorit valitaan ja kuinka paljon päätäntävaltaa milläkin hallinnon tasolla on niiden valinnassa. Tällaisella tutkimuksella voitaisiin päästä selvemmin kiinni siihen, miksi

terveyden indikaattorit on valittu ja onko niiden valinnalle perusteluita tai niiden takana olevasta terveyskäsituksesta käsitystä.

Tämä tutkielma on osoittanut, että kuntien terveystaloutta ohjaavissa hyvinvointikertomuksissa terveys ymmärretään ”annettuna” kategoriana, joka ei ole selvärajaisesti määritelty. Selvä terveystalouttaminen hyvinvointikertomuksien pohjana voisi johdonmukaistaa terveystalouttamisen suuntaa, osoittaen toimenpiteet valitun terveystalouttamisen mukaisiksi. Tämä tutkielma on antanut myös viitteitä siitä, että kuntien terveystalouttaminen päätöksentekoa hyvinvointikertomuksien mukaan pohjautuu biolääketieteelliseen terveystalouttamiseen, mutta mittareiden taustalla olevasta terveystalouttuksesta ei olla tietoisia tai sitä ei olla pohdittu. Lisäksi hyvinvointikertomuksien tiedot väestön terveydestä ja niihin perustuvat toimenpiteet pohjautuvat biolääketieteelliseen väestön terveystalouttamiseen. Kansanterveyteen liittyvät toimenpiteet tulisi kuitenkin olla laaja-alaisia käsittäen terveyden laaja-alaisena ilmiönä. Kuntatasoista terveystalouttamista voi olla haastava tehdä laaja-alaisesti ja johdonmukaisesti terveyttä edistäen, jos tarvittavaa tietopohjaa väestöstä ja terveystalouttuksesta kaiken takana ei ole.



## LÄHTEET

- Burr, V. (2006). *An Introduction to Social Constructionism*. Taylor & Francis e-Library
- Blaxter, M. (2010). *Health*. Cambridge: Polity Press
- Eskola, J. & Suoranta, J. (2003). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy
- Fertman, C., I., Allensworth, D., D. & Auld, M. E. (2010). What are Health Promotion Programs? Teoksessa C. I. Fertman & D. D. Allensworth (toim.), *Health promotion programs, From theory to practice*. (s. 3 – 28). 989 Market Street, San Fransisco: A Wiley Imprint
- Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. (2016). *Diskurssianalyysi: Teoriat, peruskäsitteet ja käyttö*. Tampere: Vastapaino
- Jokinen, A. (2016). Diskurssianalyysin suhde sukulaistraditioihin. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen (toim.), *Diskurssianalyysi: teoriat, peruskäsitteet ja käyttö*. (s. 249 – 266). Tampere: Vastapaino
- Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. (2016). *Diskursiivinen maailma, teoreettiset lähtökohdat ja analyttiset käsitteet*. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen (toim.), *Diskurssianalyysi liikkeessä*. (s.25 – 50). Tampere: Vastapaino
- Jokinen, A. & Juhila, K. (2016). Diskurssianalyttisen tutkimuksen kartta. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen (toim.), *Diskurssianalyysi: teoriat, peruskäsitteet ja käyttö*. (s. 267 – 310). Tampere: Vastapaino
- Larson, J., S. (1991). *The measurement of health, Concepts and indicators*. Westport: Greenwood Press
- Liimatainen, L. (2007). Terveiden edistäminen. Teoksessa T-M. Lyyra, A. Pikkarainen & P. Tiikkainen (toim.) *Vanheneminen ja terveys* (s. 29 – 40). Tampere: Tammer-Paino Oy
- Lyyra, T-M. (2007). Terveys ja toimintakyky. Teoksessa T-M. Lyyra, A. Pikkarainen & P. Tiikkainen (toim.), *Vanheneminen ja terveys* (s. 16 – 28). Tampere: Tammer-Paino Oy
- Ottawa Charter. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion.  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1)
- Palosuo, H. & Lahelma, E. (2013). Terveiden sosiaaliset määrittäjät. Teoksessa M. Sihto, H. Palosuo, P. Topo, L. Vuorenkoski & K. Leppo (toim.), *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. (s. 39–55). Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.
- Palosuo, M., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M., Talala, K., Hyvönen, E. & Linnanmäki, E. (toim.). (2007). *Terveiden eriarvoisuus Suomessa- Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Helsinki: Yliopistopaino

Pelikan, J.,M. (2007). Understanding Differentiation of Health in Late Modernity by Use of Sociological Systems Theory. Teoksessa D. V. McQueen, I. Kickbusch, I. Potvin, J. M. Pelikan, L. Balbo & T. Abel (toim.) *Health & Modernity, The role of theory in health Promotion*, (s. 74 – 102). New York: Springer Science+Business Media

Perttilä, K. (1999). *Terveiden edistäminen kunnan tehtävänä*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Popay, J. (21.9.2010). Mildred Blaxter obituary. *The Guardian*

Sihto, M. (2016). Terveiden edistämisen lähestymistapoja terveyseroihin: yksilöllinen, sosiaalirakenteellinen ja kolmas tie. Teoksessa M. Sihto & S. Karvonen (toim.), *Terveiden edistäminen ja eriarvoisuus–lähestymistapoja ja ratkaisuja*. (s. 13–33) Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinninlaitos

Sihto, M. (2013). Terveyspolitiikka, kansanterveys ja terveyden edistäminen – käsitteitä ja kehityskulkuja. Teoksessa M. Sihto, H. Palosuo, P. Topo, L. Vuorenkoski & K. Leppo (toim.), *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. (s. 14–38). Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo K. (2013). Johdanto. Teoksessa M. Sihto, H. Palosuo, P. Topo, L. Vuorenkoski & K. Leppo (toim.), *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. (s. 9–11). Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö. (16.9.2019). Terveiden edistäminen. Haettu osoitteesta <https://stm.fi/terveyden-edistaminen>

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. (2019). *THL:n sairastavuusindeksi 2014 – 2016. Tilastoraportti 30/2019* (sähköinen tietoaieisto). Haettu osoitteesta [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138347/Tilastoraportti\\_THL\\_sairastavuusindeksi\\_2014-2016.pdf?sequence=5&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138347/Tilastoraportti_THL_sairastavuusindeksi_2014-2016.pdf?sequence=5&isAllowed=y)

Terveistemme.fi. (2019). *Tulokset alueittain*. THL:n sairastavuusindeksi 2014 – 2016. Haettu 31.3.2020 osoitteesta [http://www.terveistemme.fi/sairastavuusindeksi/2016/kunnat\\_html/atlas.html?select=091&indicator=i0](http://www.terveistemme.fi/sairastavuusindeksi/2016/kunnat_html/atlas.html?select=091&indicator=i0)

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. (2019). Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen, Sisältö ja hyödyntäminen. Haettu 31.3.2020 osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/hyvinvointijohtaminen/hyvinvointijohtaminen-kunnassa/kunnan-hyvinvointikertomus/sisalto-ja-hyodyntaminen>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (2019). Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen, Kunnan hyvinvointikertomus. Haettu 31.3.2020 osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/hyvinvointijohtaminen/hyvinvointijohtaminen-kunnassa/kunnan-hyvinvointikertomus>

Kuntaliitto. (1.1.2020). Kuntajaot ja asukasluvut kunnittain 2000-2020. Haettu osoitteesta: <https://www.kuntaliitto.fi/tilastot-ja-julkaisut/kaupunkien-ja-kuntien-lukumaarat-ja-vaestotiedot>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2012). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa, tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Julkaistu, 14.11.2012, Helsinki 2013

Vaarama, M. (2013). Saate. Teoksessa M. Sihto, H. Palosuo, P. Topo, L. Vuorenkoski & K. Leppo (toim.), *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. (s. 3–4). Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Vaarama, M. (2011). Saatesanat. Teoksessa T. Rotko, T. Aho, N. Mustonen & E. Linnanmäki (2011). *Kapeneeko kuilu? Tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007-2010*. (s. 3–4) Helsinki: Yliopistopaino Oy

World Health Organisation. (1948). Constitution of the World Health Organization. Haettu 01.03.2020 osoitteesta <https://www.loc.gov/law/help/us-treaties/bevans/m-ust000004-0119.pdf>

## Aineiston hyvinvointikertomukset

Espoon kaupunki. (2017). HYVINVOINTIKERTOMUS 2017-2021. Haettu osoitteesta [https://www.espoo.fi/materiaalit/espoo\\_kaupunki/verkkolehti/hyvinvointikertomus-2017-2021/html5/index.html?page=1&noflash](https://www.espoo.fi/materiaalit/espoo_kaupunki/verkkolehti/hyvinvointikertomus-2017-2021/html5/index.html?page=1&noflash)

Oulun kaupunki. (2017). LAAJA HYVINVOINTIKERTOMUS 2017-2021. Haettu osoitteesta <https://www.ouka.fi/documents/52058/1408043/Hyvinvointikertomus+2017-2021/d64746a4-2ce5-4ae0-a9ef-2e73c89cde7e>

Paimion kaupunki. (2018). Paimio-LAAJA HYVINVOINTIKERTOMUS 2017-2020. Haettu osoitteesta [http://www.paimio.fi/files/8015/Paimion\\_laaja\\_hyvinvointikertomus\\_2017\\_-\\_2020.pdf](http://www.paimio.fi/files/8015/Paimion_laaja_hyvinvointikertomus_2017_-_2020.pdf)

Rautavaaran kunta. (2017). Rautavaaran kunnan laaja hyvinvointikertomus 2017-2020. Haettu osoitteesta <https://www.hyvinvointikertomus.fi/#/document/preview/3889503760>