

Terveyden jäljillä

Minna Harjula

Terveyden jäljillä

Suomalainen terveyst politiikka 1900-luvulla



ISBN 978-951-44-7058-5 (pdf)

Copyright ©2007 Tampere University Press ja tekijä

Myynti

Tiedekirjakauppa TAJU

Kalevantie 5

PL 617

33014 Tampereen yliopisto

puhelin (03) 3551 6055

fax (03) 3551 7685

taju@uta.fi

www.uta.fi/taju

<http://granum.uta.fi>

Kansi ja taitto

Maaret Kihlakaski

ISBN 978-951-44-6920-6

Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print

Tampere 2007

SISÄLLYS

ESIPUHE	7
1. JOHDANTO	8
2. HYGIENIA	16
Lähtökohtana ennaltaehkäisy	16
Kulkutaudit ja tuberkuloosi kansantauteina	19
Yksilökohtainen hygienia:	
valistuksella irti tietämättömydestä	26
Yleinen hygienia: terveellisen ympäristön puolesta	29
Sosiaalihygienia: reformeilla eroon	
köyhyydestä ja taudeista	35
Yhteenvedo	39
3. ROTUHYGIENIA	40
Degeneraatiota vastaan	40
Uhkana henkisen vajavaisuuden lisääntyminen	43
Alimittaiset eristettävä laitoksiin	46
Avioliittokiellot ja sterilisaatio kansan	
terveyden edistäjinä	50
Yhteenvedo	54
4. VÄESTÖPOLITIikka JA KANSANTERVEYS	55
Väestö, kansa, kansanterveys	55
Syntyvyys ja lapsikuolleisuus kohtalonkysymyksinä	59
Neuvolat äitiyshuollon ja lastenhoidon keskuksiksi	65
Sosiaalipolitiikka: perhekustannusten tasaus	68
Yhteenvedo	72
5. TERVEYSPALVELUPOLITIikka	74
60-luvun terveyspolitiikka:	
takapajuisuudesta taloudelliseen kasvuun	74
Terveimmät lapset – sairaimmat aikuiset	76

Hoitamattomat krooniset sairaudet	79
Terveyspalveluiden saatavuus turvattava	82
Irti lääkäripulasta	82
Sairaalarakentamisen huippumaaksi	84
”Lääkintölinnoitusten lumo”:	
laitosrakentamisen kritiikki	88
Avohoito ja ennaltaehkäisy:	
ratkaisuna terveyskeskukset	90
Kuntoutus – terveydenhuollon kolmas tehtävä	92
Palveluiden käytön varmistaminen	94
Sairausvakuutus kustannusten tasaajaksi	94
Taloudelliset kannusteet palveluiden käytön takeena?	96
Maksuttomat palvelut tienä tasa-arvoon	98
Koko kansan terveysneuvonta	100
Yhteenveto	101
6. YHTEISKUNTAPOLITIIKKA	102
Sairas Suomi – avuton lääketiede	102
Hyvinvointisairaudet ja sosiaaliset terveyserot	104
Terveys itseisarvoksi: huomio elämänlaatuun	107
Yhteiskuntapolitiikalla rakenteiden ja	
elinolojen muutokseen	112
Terveyskasvatuksella elintapojen kohentamiseen	116
Erityshuomio riskiryhmiin	119
Kustannuskriisistä tehokkuuteen:	
suunnitelmallisuus ja priorisointi	124
Yhteenveto	130
7. TERVEYDEN JÄLJILLÄ	133
LUETTELO TAULUKOISTA, KUVIOISTA JA KARTOISTA	142
LYHENTEET	144
LÄHDELUETTELO	145

Esipuhe

Lapsuudessa kuulemissani sukutarinoissa toistuivat espanjantauti, keuhkotauti ja veritulpat surullisine seurauksineen. Neuvolakortti ja terveysisären kotikäynnit ovat 60-luvulla syntyneelle jo varsin konkreettisia terveystuistoja. Kouluajalta mieleen muistuvat hammashoitovalistustarrat, savuttomiksi muuttuneet bussikyydit sekä ensimmäiset terveystuistokäynnit. Tämän työn myötä nuo yksittäiset muistikuvat ovat nivoutuneet osaksi suomalaisen terveyden historiallista kehitystä. Toivon, että kirja tarjoaa lukijalle työkaluja terveystuistitiikan menneisyyden ja nykyisyyden arvioimiseen.

Tutkimus on kirjoitettu projektissa “Terveyden edistäminen Suomessa 1900–2000: ideologia, politiikka ja käytäntö”, joka on osa Suomen Akatemian rahoittamaa monitieteistä Terveyden edistämisen tutkimusohjelmaa. Kiitän projektimme johtajaa Pertti Haapalaa sekä tutkijakollegoitani Antti Häkkistä, Pirkko Leino-Kaukiaista, Eila Linnanmäkeä ja Heikki S. Vuorista hyvästä yhteistyöstä, tuesta, keskusteluista ja kommenteista. Myös Timo Lehdon, Mikko Jauhon ja kustantajan edustajana käsikirjoitustani arvioineen Juhani Lehdon rakentava palaute oli työn viime metreillä tärkeää. Kiitos kuuluu niin ikään kaikille Teille, jotka olette seminaareissa, luennoilla ja sähköposteissa vuosien varrella esittäneet uusia näkökulmia, kysymyksiä ja ideoita. Tampereen yliopiston historiatieteen laitoksen väkeä haluan kiittää ystävydestä ja tutkimuksenteon arjen jakamisesta. Erityiskiitos myös Tampere University Pressille, joka otti kirjan kustannettavakseen.

Tampereella helmikuussa 2007

Minna Harjula

1. JOHDANTO

Suomalaisen terveystalouden kehityksestä 1900-luvulla annetaan yleisesityksissä varsin yksimielinen kuva. Terveystalouden kehityskulkuna, joka alkaa tarttuvien tautien lyömisellä 1900-luvun alussa, jatkuu tuberkuloosin torjuntatyönä 1920–1930-luvuilla ja huipentuu äitiys- ja lastenneuvolaverkoston luomiseen 1940- ja 1950-luvuilla. Seuraavina virstanpylväinä mainitaan 1950–1960-lukujen mittava sairaalarakentaminen ja 1970-luvulla toteutettu terveyskeskusjärjestelmä.¹ Kokonaisuudessaan sodanjälkeistä terveydenhuoltoalan kehitystä on luonnehdittu nousuksi ”jälleenrakennuksen murheenlaaksosta” ”maailman kärkitiloille”.² Kehityksen huipentumana on esitetty näkemys Suomen noususta 1980-luvulla Maailman terveysjärjestö WHO:n nimeämäksi terveydenhuollon malli- ja edelläkävijämaaksi.³

Terveystalouden kehitys esitetään yleensä liki luonnonvoimaisena, itsestään selvänä tapahtumaketjuna: on esimerkiksi todettu, että terveystalouden painopisteet ovat vaihdelleet ”ensisijaisten tarpeiden ja voimavarojen mukaan”.⁴ Mutta kuinka nämä ensisijaiset tarpeet ovat määrittäneet? Tämän tutkimuksen lähtökohtana on tarkastella, miten terveystalouden painopisteet ovat eri aikoina määntyneet: miksi on valittu juuri tietty painopistealue ja miten on perusteltu huomion ja voimavarojen keskittäminen juuri tietyille sektoreille.

1. Esim. Vauhkonen 1978; Pesonen 1980; Terveyttä kaikille vuoteen 2000 1986, 13-21; Melkas 1987, Bäckman 1993.
2. Kaprio 1990, 201.
3. Esim. Kuuskoski-Vikatmaa 1984, 2-3; Terveyttä kaikille vuoteen 2000 1986, 21-28; Arvoista valintoihin 1994; Ritsatakis 1998; Suomen 1900-luvun terveyden edistämisen politiikan kansainvälinen arviointi ja kehittämishdotukset 2002, 14.
4. Nyman, Kalimo & Sievers 1989, 35.

Terveyspolitiikka on käsite, joka käytännössä usein määritellään tavoitteista käsin. Esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2006 esittämän ohjelmajulistuksen mukaan suomalaisen terveyspolitiikan ”tavoitteena on pidentää ihmisten tervettä ja toimintakykyistä elinaikaa, turvata jokaiselle mahdollisimman hyvä elämänlaatu sekä vähentää väestöryhmien välisiä terveyseroja ja ennenaikaista kuolleisuutta”.⁵ Yleisesti ottaen terveyspolitiikka voidaan määritellä niiksi toimenpiteiksi, joilla yhteiskunnassa pyritään vaikuttamaan väestön terveyteen. Painotuksesta riippuen terveyspolitiikkaa on kuvattu väestön terveydentilan kehittämistä koskevien toimien ja ratkaisujen kokonaisuudeksi, toimintalinjaksi, periaatteeksi tai yhteiseksi sopimukseksi. Termi ‘terveyspolitiikka’ omaksuttiin Suomessa yleiseen käyttöön 1960-luvulla; aiemmin terveyspoliittiseen toimintaan viitattaessa saatettiin puhua esimerkiksi terveyden- ja sairaanhoidosta tai kansanterveytyydestä.⁶ Voidaankin olettaa, että muuttuva terminologia kertoo omalta osaltaan terveyspolitiikan tehtävien, merkityksen tai mahdollisuuksien hahmottamisen muutoksista.

Historiallisesti terveyspolitiikan ajatuksen on todettu kytkeytyneen modernin valtion syntyyn ja väestön mieltämiseen yhteiskunnan voimavaraksi. Valistuksen filosofian näkemys demokraattisesta kansalaisuudesta johti Ranskan vallankumouksen myötä terveyden nimeämiseen kansalaisyhteisyydeksi ja valtion velvollisuudeksi kansalaisiaan kohtaan. Samalla myös kansalaiselle itselleen asetettiin velvoite ylläpitää omaa terveyttään valtion edun vuoksi. Sittenkin tämä ns. terveyden yhteiskuntasopimus on eri aikoina ja eri kulttuureissa määritelty erilaisin painotuksin. Terveyspolitiikka on nivonut yhteen yhteiskunnalliset tavoitteet – esimerkiksi yhteiskuntarauhan, taloudellisen tuottavuuden tai valtion voiman – ja yksittäisten kansalaisten päivittäisen huolen perheensä terveyden menettämisestä.⁷ Tapa tehdä terveyspolitiikkaa kytkeytyy siten kiinteästi siihen, mitä

-
5. Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveyspolitiikka. Ks. vastuualue terveydenhuolto, linkki terveyspolitiikka: <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/tervh/thindex.htm>.
 6. Esim. Nieminen 1984, 130-133, 139; Väittäinen 1980, 68; Artimo 1983, 61-63; Vohlonen 1998, 21-22, 65; Leppo 1997, 1-2. Poliitiikka (policy)-käsitteestä esim. Roos & Hoikkala 1998, 11; Palonen 2003. Terveyspolitiikka-termin arkikäyttöä havainnollistavat kirjastojoen asiasanat, ks. esim. <http://hklj.kirjasto.fi> ; <http://ykl.kirjasto.fi>
 7. Porter 1994; Petersen & Lupton 1996; Porter 1999; Moseng 2003, 114-124, 148-150, 317-318; Schiøtz 2003, 16-17.

ajatellaan kansalaisesta, perheestä ja valtiosta sekä siitä, kenen tai minkä syyksi sairastavuus ja kuolleisuus tulkitaan.⁸

Terveyspolitiikan rakentumista voidaan periaatteessa tarkastella terveyttä koskevan tieteellisen tiedon, arvojen, aatteiden, yhteiskunnan rakenteen ja ihmisten arkisen elämän vuorovaikutuksena (kuvio 1). On ilmeistä, etteivät kaikki ne terveyshaitat, jotka ovat aiheuttaneet kuolleisuutta, sairastavuutta tai työkyvyttömyyttä, ole ilman muuta nousseet terveyspoliittisen keskustelun tai toimenpiteiden kohteiksi. Esimerkiksi monet krooniset sairaudet ovat määrittäneet terveysongelmiksi vasta pitkällä viiveellä. Terveysongelman rakentumisessa onkin kysymys muuttuvista tulkinnoista ja määrittelyistä.⁹

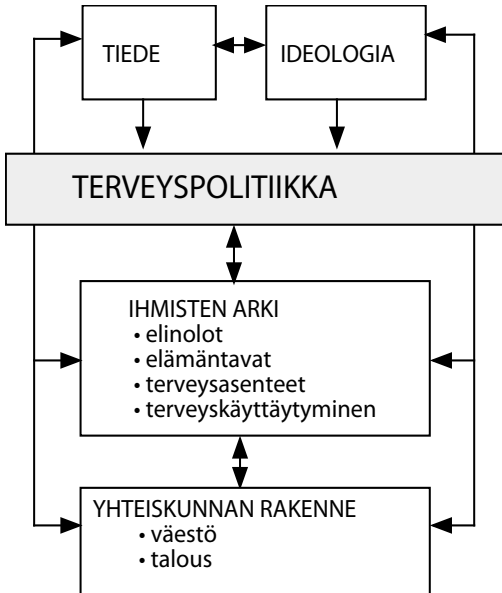
Eri aikakausien terveyspolitiikan tuloksena ovat rakentuneet erilaiset terveyspalvelut: esimerkiksi rokotukset, mielisairaalat, koululääkärin tarkastukset ja neuvolat. Sirpa Wrede on julkisten terveyspalveluiden organisoitumista analysoidessaan todennut, että eri aikojen erilaisten lähtökohtien pohjalta Suomeen on kehittynyt mosaikkimainen terveydenhuoltojärjestelmä, jota leimaa eräänlainen sisäänrakennettu epäloogisuus.¹⁰ Oletukseni onkin, että suomalainen terveyspolitiikka voidaan hahmottaa toisiaan seuraavina projekteina, jotka ovat pitäneet sisällään muuttuvia – ehkä jopa ristiriitaisia – näkemyksiä terveydestä, terveysriskeistä, terveyden ylläpitämisen keinoista, tavoitteista, mahdollisuuksista ja ehdoista.

8. Anttonen & Sipilä 2000, 195.

9. Esim. Armstrong 1990, 1225-1227; Petersen & Lupton 1996, 35-36; Oinas 2000, 124; Vallgård 2003, 264-265. Sosiaalisten ongelmien konstruktiosta ks. Spector & Kitsuse 1987 (alkuteos 1977); Best 1989b; Hakkarainen 1998, 195-209; Honkasalo 2000.

10. Wrede 2000, 189.

Kuvio 1. Terveyspolitiikan malli¹¹



Tarkastelen tutkimuksessa suomalaisesta terveystalitiikasta 1900-luvulla käytyä julkista keskustelua. Tavoitteena ei siis ole toteutuneen terveystalitiikan analyysi tai terveystalitiikan tulosten arviointi vaan työ painottuu terveystalitiikkaa koskevien suunnitelmien sekä tavoitteenasetteluiden tarkasteluun.¹² Keskityn siihen, miten terveystalitiikka hahmotettiin ja perusteltiin virallisissa asiakirjoissa – lainsäädännössä, mietinnöissä, selvityksissä ja lääkintöhallituksen vuosikertomuksissa – sekä alan keskeisissä aikakauslehdissä ja oppikirjoissa. Lähdeaineistossa esitettyjen näkemysten merkittävyyttä kuvastaa se, että niiden pohjalta luotiin terveystalitiittisia käytäntöjä: terveystalitiitua, lakisääteisiä etuuksia, rajoituksia ja kieltoja.

Eri aikojen lähdeaineiston erityispiirteet asettavat työlle omat rajoituksensa. Varsinkin 1900-luvun alkuvuosikymmeninä, jolloin erityisesti lääkintöhallituksen vuosikertomusten anti on tilastopai-

11. Kuvion laadinnassa on hyödynnetty Mirja Satkan (1994, 265) tarkastelukehikkoa sosiaalisen työn rakentumisesta.

12. Vrt. Sihto 1997.

notteinen ja muutoin varsin niukka, olen täydentänyt virallisen aineiston antamaa kuvaa nojautumalla muita aikakausia enemmän alan aikakauslehtiin.¹³ Tältä osin olen myös voinut hyödyntää aiempien terveyden historiaa koskevien tutkimusteni tuloksia.¹⁴ Sen sijaan 1900-luvun jälkipuoliskolla aineiston määrän jatkuvasti kasvaessa analysoitavaa materiaalia on jouduttu valikoimaan siten, että mukaan on pyritty saamaan keskeisimmät dokumentit eli ne, joihin ajanjakson keskustelussa toistuvasti viitataan.

Tutkimuksessa on hyödynnetty myös eri aikakausien terveyttä koskevaa tilastomateriaalia. Varsinkin 1900-luvun alun terveyttä koskevia numerotietoja voidaan erilaisten luokitusten ja keruumenetelmien vuoksi pitää vain suuntaa-antavina. Terveystilastojen tutkimuksellinen anti onkin lähinnä siinä, että ne kertovat, mihin seikkoihin on kulloinkin kiinnitetty huomiota ja mitä ylipäänsä on pidetty selvittämisen arvoisena asiana. Tilastoinnin aloittamista sinällään voidaan pitää osoituksena ongelman havaitsemisesta ja sen hallintapyrkimyksestä. Voidaankin sanoa, että tilastojen kautta pyritään vakiinnuttamaan tiettyjen sosiaalista järjestystä koskevien näkemysten arvovalta.¹⁵

Vuosisadan mittainen tutkimusjakso ei anna mahdollisuutta syventyä terveystilastojen käytännön toteutukseen, esimerkiksi valtion ja kuntien työnjakoon, kansanterveysjärjestöjen panokseen tai eri poliittisten puolueiden rooliin. Terveystilastojen toimijat jäävät tässä työssä taka-alalle, ja esimerkiksi lääkäreiden asema samoin kuin muiden terveysalan työntekijöiden toiminta terveystilastojen käytännön toteuttajana jää kokonaan huomiotta.¹⁶ Onkin ilmeistä, että toisenlaiseen aineistoon nojautumalla kuva suomalaisesta terveystilastojen muodostuisi olennaisesti erilaiseksi.

Tutkimukseni on osa Suomen Akatemian Terveyden edistämisen tutkimusohjelmaa¹⁷, joten tarkasteluni painottuu sairauksien hoitoon keskittyvän palvelujärjestelmän rakentumisen sijaan ter-

13. Keskeisenä aineistona ovat Duodecimin (D), Finska Läkaresällskapetets Handlingarin (FLH) ja Terveydenhoitolehden (THL) vuosikerrat 1939 asti.

14. Vammaisuuden historian näkökulmasta Harjula 1996 ja ympäristöterveyden historiasta Harjula 2003.

15. Hietala 1979; Hietala 1982; Best 1989a; Kushner 1993, 476.

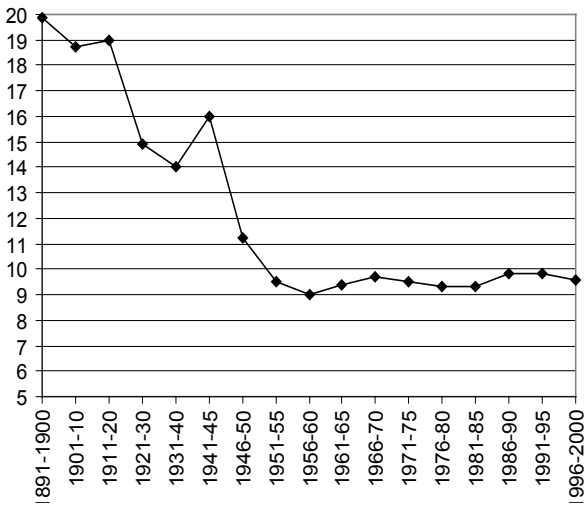
16. Toimija- ja organisaationäkökulmasta terveystilastojen käyttöä ovat tarkastelleet Henriksen 1998; Wrede 2000; Wrede 2003; Nieminen, Henriksen & Wrede 2004.

17. Ks. <http://www.aka.fi>, hakusana Terveyden edistämisen tutkimusohjelma. Yhteenveto tutkimusohjelman tuloksista: Gems of the Health Promotion Research Programme 2005.

veyden ylläpitämistä ja sairauksien ennaltaehkäisyä eli terveyden edistämistä koskevien näkemysten tarkasteluun. Ajallisesti keskityn nimenomaan taitekohtiin eli niihin ajanjaksoihin, jolloin terveyspolitiikalle on haettu uutta suuntaa. Oletan, että juuri tällaisina taitekohtina on käyty perusteellista keskustelua terveyspolitiikan keinoista ja mahdollisuuksista ja samalla jouduttu punnitsemaan ja uudelleen arvioimaan terveyspolitiikan merkitystä ja lähtökohtia.

Koska kuolleisuuden lasku on ollut keskeisin ja yksiselitteisin terveyspolitiikan onnistumisen mittari, voidaan jo kuolleisuuskäyrän katsoa paljastavan mahdollisia terveyspoliittisia taitekohtia tai yhteiskunnallisia murroskohtia, joilla on ollut merkittävä vaikutus terveyspolitiikkaan (kuvio 2). Esimerkiksi 1900-luvun alussa muita sivistysmaita korkeammat kuolleisuusluvut olivat keskeinen terveyspolitiikan kannustin. Kriisikausia olivat vuoden 1918 sisällissota samoin kuin talvi- ja jatkosota, jotka näkyivät kuolleisuusluvuissa selvinä huippuina. Uudenlainen tilanne koettiin 1960-luvulla, jolloin ensimmäistä kertaa rauhanajalla kuolleisuusluvut kääntyivät nousuun.

Kuvio 2. Kuolleisuus Suomessa 1891–2000, promillea keskiväkiluvusta.¹⁸



18. STV 2003, 125.

Tutkimusaineiston pohjalta olen hahmottanut 1900-luvun suomalaisesta terveystalitiikasta kuusi erilaista jaksoa, joissa kussakin terveystalitiittinen painopiste on ollut erilainen. Kuvion 3 tarkoitukseksi on nostaa esille eri vuosikymmenten hallitsevimmat terveystalitiittiset tulkinnat. Eri kaudet eivät ole ajallisesti niin selvärajaisia kuin yksinkertaistettu kuvio antaa ymmarttaa, vaan ne liittyyvat ja kietoutuvat toinen toisiinsa. Terveystalitiittisen keskustelun painopisteiden muuttuminen voidaankin hahmottaa ikaan kuin aalloiksi, jotka vähitellen nousevat esiin, saavuttavat elinkaarensa huipun ja hapyyvat vähitellen taka-alalle. Esimerkiksi hygienian korostaminen säilyi terveystalitiikassa keskeisenä vuosisadan alusta aina 1950-luvulle saakka, mutta sen rinnalle uusina nakokulmina nousivat esiin rotuhygienia ja väestöpolitiikka. Terveystalitiittinen politiikka, joka nousi terveystalitiittisen politiikan painopisteeksi 1950-luvun lopulla, säilyi puolestaan keskeisenä elementtinä seuraavinakin vuosikymmeninä, jolloin keskustelu yhteiskuntapolitiikasta nousi valta-asemaan.

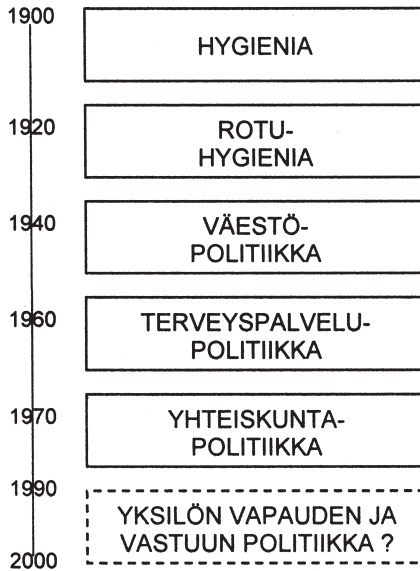
Paatan tarkastelun 1980-luvulle siten, että tuorein terveystalitiittinen vaihe – jota voitaneen alustavasti nimittaa yksilön vapauden ja vastuun politiikaksi¹⁹ – jaa lähemmän analysoinnin ulkopuolelle. Kyseisestä ajanjaksosta on Juhani Lehdon johdolla tekeillä yhteiskuntatieteellinen tutkimus²⁰, ja esimerkiksi Sirpa Wrede ja Matti Rimpelä ovat tarkastelleet 1980–90-lukujen terveystalitiittista murrosta vaiheena, jolloin aiemmasta kokonaisvaltaisesta suunnittelusta siirryttiin terveystalitiittisen vataytymiseen ja kustannussaastoihin sopeutumiseen.²¹ Tutkimukseni rajautuu siten suomalaisen terveystalitiittisen rakentumisvaiheeseen 1900-luvulla.

19. Kiitokset Tervettä menoa ennen ja nyt -seminaarin osallistujille 3.-4.4.2003 terveystalitiittisen politiikan tuoreimman vaiheen nimeämistä koskevista ehdotuksista ja näkemyksistä.

20. Juhani Lehdon johtama tutkimusprojekti ”Suomen kansallinen terveydenedistamispolitiikka kansainvalisesa vertailevasta perspektiivistä” tarkastelee Suomen terveystalitiittisa vuosina 1985-2001. Ks. viite 17.

21. Wrede 2000, 202-205; Rimpelä 2004.

Kuvio 3. Suomalaisen terveystalitiikan painopisteet 1900-luvulla



Kussakin pääluvussa tuodaan esiin tarkasteltavan terveystalitiittisen kauden keskeisin sisältö ja argumentointi erittelemällä terveystalitiittian lähtökohdat, havaitut terveysuhkat sekä niihin löydetty ratkaisukeinot. Loppuluvun tavoitteena on analysoida suomalaisen 1900-luvun terveystalitiittian rakentumista kokonaisuutena vertailemalla eri kausien yhtäläisyyksiä ja eroja. Samalla tarkastellaan, mitkä kansalaisryhmät on kulloinkin määritelty toiminnan kohderyhmiksi. Huomio kiinnitetään myös siihen, kenen tehtäväksi kansan terveys on eri aikoina mielletty eli millainen rooli terveystalitiittian perusteluissa on eri vaiheissa annettu yksilölle ja yhteiskunnalle.

2. HYGIENIA

Lähtökohtana ennaltaehkäisy

Hygienia eli ennaltaehkäisevä terveydenhoito-oppi nousi 1800-luvun lopulla lääketieteen piirissä hallitsevaksi oppialaksi, ja sairauksien parantamisen rinnalle vähintään yhtä tärkeäksi lääketieteelliseksi tavoitteeksi asetettiin tautien ennaltaehkäisy. Kun kansakunnan terveydentilaa katsottiin voitavan kohottaa puuttumalla sairauksille altistaviin tekijöihin, huomion kohteeksi nousivat sekä ihmisten elintapojen että elinympäristön terveysvaikutukset.¹ Hygienia-ajattelun perimmäisenä pyrkimyksenä olikin koko yhteiskunnan järjestäminen ennaltaehkäisevän terveydenhoidon oppien mukaiseksi.²

Hygienia-ajattelun alkulähteeksi on usein nimetty 1830-luvun Englanti, jossa koleratuhojen paikalliset vaihtelut herättivät huomaamaan huonojen elinolojen yhteyden kuolleisuuteen. Yhtä lailla Ranskassa paikallisen hygienialiikkeen on todettu kehittyneen jo 1800-luvun alussa. Varsin usein hygienian nousu on kytketty bakteriologian läpimurtoon 1800-luvun lopulla, mutta ajattelun pohjana olivat alun perin miasmateorian havainnot huonon ilman ja tautien yhteydestä. Mikrobiologiset edistysaskeleet eivät siten aikaansaaneet hygienia-ajattelua, vaan pikemminkin suuntasivat hygieenisia toimenpiteitä ja antoivat niille pontta ja varmuutta. Myös kaupungistumisen esiintuomien terveyshaittojen, teollisuuden työvoimalle asettamien laatuvaatimusten sekä sivistyneistön kan-

-
1. Esim. Finska Läkaresällskapetets elfte allmänna möte den 19, 20 och 21 september 1887, 66-95, liitteenä teoksessa FLH 1887; Kom.miet. 1892:8, 20-29; Vuori 1979, 134-141, 265-282; Hietala 1992, 69-75; Lehtonen 1995a.
 2. Otto E. A. Hjelt, Vuoden 1879 terveydenhoitosäännön synnystä. D 11-12/1911, 404.

sallisen heräämisen on katsottu osaltaan kytkettyneen hygienian läpimurtoon.³

Suomessa hygienia-idean leviämisen alkuna on pidetty vuoden 1832 piirilääkärijohtosääntöä, joka edellytti viranhaltijoiden tarkkailevan terveyttä haittaavia epäkohtia. Käytännön toimet jäivät kuitenkin verraten vähäisiksi, ja erityisesti vuoden 1879 terveydenhoitoasetuksen on katsottu muodostaneen hygienisyyden juurruttamisen tärkeimmän työvälineen Suomessa.⁴

Keskeinen argumentti, joka hygienian välttämättömyyden puolesta Suomessa vuosisadan vaihteessa esitettiin, oli pyrkimys nousta sivistyneiden kansojen tasolle ja irtautua maan takapajuisesta asemasta. Hygienia-aatteen todettiin 1800-luvun lopulla käyneen ”elähyttävänä virtana läpi koko sivistyneen maailman”⁵ ja velvoittavan siten myös suomalaisia. Yleisen terveydenhoidon todettiin edellyttävän yhä enemmän työtä:

”elle'mme tahallaan tahdo jättää itseämme vielä enemmän takapajulle muista kansoista näissä yhtähyvin yksityisen, kuin valtion menestykselle yhtä tärkeissä elin kysymyksissä.”⁶

Vertailukohtana hygienian saavuttamisessa olivat ennen muuta Ruotsi sekä muut Pohjoismaat, samoin kuin Englanti ja Saksa.⁷ Erityisesti Suomen valtiollisen itsenäistymisen katsottiin luovan sekä uusia mahdollisuuksia että uusia velvollisuuksia hygienian toteuttamiseen:

-
3. Esim. Kom.miet. 1892:8, 20. Analyyttinen katsaus hygienia-ajattelun alkuvaiheisiin ja alan tutkimuskirjallisuuteen ks. Nygård 2004, 53-75. Myös: Schmidt & Kristensen 1986; Lehtonen 1995a; La Berge 1992.
 4. Kom.miet. 1892:8; 20-21; Otto E. A. Hjelt, Vuoden 1879 terveydenhoitosäännön synnystä. D 11-12/1911, 387-461. Terveydenhoitoasetusta edeltävästä toiminnasta ks. Nygård 2004, 77-167; Vuorinen 2006. Terveydenhoitoasetuksen toimeenpanosta paikallistasolla ks. Harjula 2003.
 5. Kom.miet. 1892:8, 20.
 6. Kom.miet. 1892:8, 29. Norjan terveydenhuoltoa tutkinut Aina Schiøtz (2003, 42-43) on todennut vastaavien sivistystä korostavien argumenttien nousseen esille myös norjalaisessa keskustelussa.
 7. Esim. Kom.miet. 1892:8, 2; Kom.miet. 1896:6, 4-5; Kom.miet. 1900:8, 3, 14-16, 26-35; Kom.miet. 1924:10, 53-88; Kalle Rikala, Yleisen terveydenhoidon merkitys ja mitä seminaarin ja kansakoulun terveydenhoidonopetuksella siihen nähden on huomioon otettava. THL 4/1903, 52-58; Otto E. A. Hjelt, Vuoden 1897 terveydenhoitosäännön synnystä. D 11-12/1911, 387, 413.

”Jos nyt teemme vertailuja meidän ja muiden sivistysmaiden välillä, ei vertailu todellakaan koidu meille kunniaksi. Voimme tosin sanoa, että meillä *varhemmin* ei ole ollut tilaisuutta seurata mukana (...). Mutta *nyt* on asema toinen, ja nyt on meidänkin ryhdyttävä järjestelmälliseen työhön. Ei suinkaan vain kunniamme tähden sivistysvaltiona, vaan, vielä suuremmassa määrässä, vähentääksemme (...) kurjuutta ja pelastaaksemme kansakunnalle sen elävätä voimaa, mistä juuri jokaisen kansan sekä nykyisyys että tulevaisuus niin oleellisesti riippuu.”⁸

Sivistyksen ja kansallisen kunnian ohella hygieniä nähtiin koko kansan tulevaisuuden kannalta ratkaisevana: kyse oli kansakunnan ”terveestä kehityksestä, työtehosta ja puolustusvalmiudesta sekä taloudellisista rasituksista”.⁹ Terveyden kansallinen merkitys havainnollistettiin usein rahallisina suureina: ihmishenkien ja työpäivien menetyksessä oli kyse menetetyistä markoista ja kansantaloudellisesta tappiosta.¹⁰

Hygieniaoopin keskeinen työkalu olivat tilastot, jotka toimivat mittapuuna eri paikkakuntien vertailussa.¹¹ Kuolleisuustilastojen ohella kunkin seudun väestö-, köyhäinhoito-, elinkeino- ja asuntotilastot muodostivat lähtökohdan hygieenisille toimenpiteille ja paikkakunnan yleisen terveydentilan tarkastelulle.¹² Maaseudun lääkäritilannetta vuonna 1892 pohtinut komitea totesikin, että tilastojen perusteella voitiin sanoa, ”mitä kansa tarvitsee ja varmuu-

8. Kom.miet. 1924:3, 94-95, kursivointi alkuperäinen.

9. Kom.miet. 1924:10, 53.

10. Ihmishenkien ja sairaspäivien arvosta esitettiin erilaisia laskelmia. Esimerkiksi 1920-luvulla kunkin keuhkotautikuoleman hinnaksi laskettiin 60 000 markkaa, jolloin taudin todettiin aiheuttavan ainakin 500 miljoonan markan kansantaloudellisen tappion vuosittain. Kom.miet. 1924:3, 3-4. Myös: Tuberkuloosin kansantaloudellinen merkitys maallemme. THL 10/1924, 169-170. Muita laskelmia: R. Idman, Muutama sana yleisestä terveydenhoidosta. THL 5/1899, 68-69. Konr. Relander, Terveydenhoidon tarkoitus ja tuloksia. THL 1/1898, 6-9; Konr. Relander, Numerot puhuvat, kokemus kehoittaa työhön. THL 9/1891, 135-137; Kannattaako julkinen terveydenhoito? THL 12/1894, 189-190; A.P., Terveydenhoidon tehtävä ja tarkoitus THL 5/1889, 67; Kom.miet. 1892:8, 18.

11. Kom.miet. 1892:8, 21, 84; Hietala 1992, 38-41, 69-70, 95-96, 163-164; Nygård 2004, 133-139.

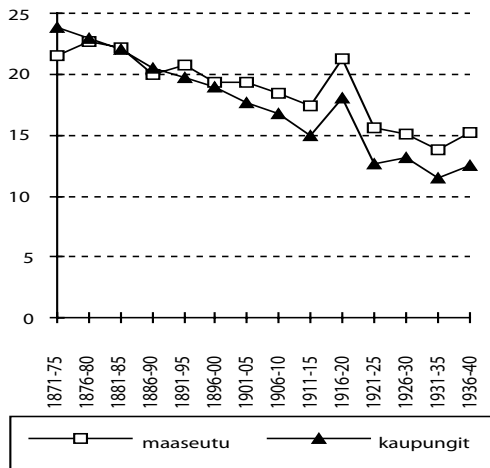
12. Finska Läkaresällskapetets elfte allmänna möte den 19, 20 och 21 september 1887, 74-75, liitteenä teoksessa FLH 1887.

della arvostella, mihin suuntaan eri paikallisolosuhteitten mukaisesti olisi työskenneltävä kansamme terveystieteen kohottamiseksi.”¹³

Kulkutaudit ja tuberkuloosi kansantauteina

Suomen naapurimaita korkeampi kuolleisuus nähtiin selvänä osoituksena maan hygieenisestä jälkeensä jääneisyydestä: kun Ruotsissa ja Norjassa kuolleisuus oli 1880-luvun alussa laskenut 16,6–17,8 promilleen, yllettiin Suomessa yhä 22 promilleen.¹⁴ Huomio kiinnitettiin myös siihen, että kaupunkikuolleisuuden ”normaalimaksimina” ja samalla hygieenisiiä toimenpiteitä edellyttävänä rajana pidetty 23 promillea ylittyi 1800-luvun lopulla suomalaisissa kaupungeissa useina vuosina.¹⁵ Vaikka 1900-luvun alussa erityisesti kaupungeissa kuolleisuuskehitys olikin varsin suotuisaa, säilyi naapurimaiden etumatka edelleen.¹⁶ Ensimmäisen maailmansodan ja vuoden 1918 sisällissodan poikkeusolot näkyivät kuolleisuuskäyrässä huimana nousuna (kuvio 4).

Kuvio 4. Kuolleisuus kaupungeissa ja maaseudulla vuosina 1871–1940, tuhatta asukasta kohden¹⁷



13. Kom.miet. 1892:8, 21.

14. Kom.miet. 1892:8, 21; Konr. Relander, Kannattaako terveydenhoito? THL 2/1889, 17-19; Konr. Relander, Terveydenhoidon tarkoitus ja tuloksia. THL 1/1898, 6-9; Hietala 1992, 86-87.

15. Otto E. A. Hjelt, Vuoden 1879 terveydenhoitosäännön synnystä. D 11-12/1911, 417-418; Harjula 2003, 15; Waris 1973, 230-231.

16. Mitchell, B. R., European Historical Statistics 1750-1970 1976, 115-119.

17. Strømmer 1969, 172.

Kuvaa terveysuhkista ja hygieenisten toimenpiteiden tarpeesta tarkensivat kuolinsyytilastot. Suomalaista tilastokäytäntöä pidettiin kuitenkin 1900-luvun alussa epäluotettavana ja epätäsmällisenä, sillä tiedot perustuivat lääkäreiden ilmoituksiin vain kaupungeissa, kun taas maaseudulla nojaututtiin pelkästään papiston raporteihin. Erittelemättömään luokkaan ”muut taudit” sijoitettiinkin enimmäkseen jopa 3/4 kaikista tapauksista (ks. taulukko 1).¹⁸

Taulukko 1. Kuolemansyyt Suomessa 1891–1925¹⁹

	1891-1900	1901-10	1911-20	1921-25
keuhkotauti	13.5	15.7	14.2	16.8*
kuumeaudit	9.4	8.5	11.2	-
punatauti ja kolera	0.7	0.5	0.4	0.1
tulirokko ja tuhkarokko	7.9	4.9	2.4	0.5
isorokko	0.5	0.1	0.3	0.0
lasten vatsuri	2.6	3.7	2.3	1.8
lapsivuode	0.9	0.7	0.6	0.5
tapaturmat, väkivalta, itsemurha	2.8	3.2	5.8	4.8
mielenviat	0.1	0.2	0.2	0.2
muut taudit	61.6	62.5	62.6	75.3
yht	100.0	100.0	100.0	100.0

* sis. myös muu tuberkuloosi

Tilastojen valossa uhkaavimpina terveysongelmina näyttäytyivät 1900-luvun alussa tuberkuloosin yleisin muoto keuhkotauti sekä äkilliset kulkutaudit, jotka nopeasti leviävinä vaativat runsaasti uhreja. Äkillisten tarttuvien tautien vastustaminen asetettiin vuoden 1879 terveydenhoitoasetuksessa keskeiseksi tavoitteeksi, ja

18. R. Idman, Kuolemantodistuksista. D 3-4/1912, 112-130; SVT VI:66:2, 59.

19. SVT VI:66:2, 60.

kunnat velvoitettiin ilmoittamaan lääkintöhallitukselle viikoittain seuraavista äkillisistä tartuntatauditapauksista:²⁰

- isorokko
- tuhkarokko
- tulirokko
- suolikuume eli lavantauti
- pilkkukuume
- toisintokuume
- aasialainen kolera
- punatauti
- hinkkuyskä
- kurkkumätä
- kuristustauti
- influenssa (vuodesta 1892 alkaen).

Isorokon lyöminen vuonna 1883 pakolliseksi säädetyn rokotuksen avulla oli lääketieteelle suuri voitto, ja bakteriologian saavutukset – mm. koleran ja lavantaudin taudinaiheuttajien tunnistaminen 1880-luvun alussa – lisäsivät luottamusta siihen, että ”todellakin voiton toiveilla voimme ryhtyä taisteluun kulku- ja tarttuma tautteja, näitä ihmiskunnan vitsauksia vastaan”.²¹

Kulkutautisairaaloiden ylläpitäminen oli keskeinen käytännön toimenpide epidemioiden puhjettua, mutta ensisijainen hygienian tavoite oli epidemioiden ennaltaehkäisy. Päähuomio suunnattiin 1800-luvun lopulta lähtien koleraepidemioiden pitämiseen Suomen rajojen ulkopuolella sekä – oheisessa kuolinsyytaulukossa kuumetaudit-otsikon alle kätkeytyvän – lavantaudin torjuntaan.²² Kansantaudiksikin nimitetyn lavantaudin²³ kotoperäisyyden eli endeemisyyden todettiin olevan osoitus paikkakunnan hygieenisten olojen puutteellisuudesta, ja lavantautikuolleisuudesta muodostui keskeinen hygieniatason mittari:

”Sen mukaan mikä mahti lavantaudilla vuosittain on jollakin paikkakunnalla, arvostellaan tämän yleistä terveydentilaa. Ja voidaan sen suurempaa tai heikompaa esiintymistä myöskin pitää luotettavana mittana jonkin seudun terveyden-hoidollisten toimenpiteiden riittäväisyydestä.”²⁴

20. Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus terveydenhoidosta Suomenmaassa 22. 12.1879 no 31 § 37-39; Medicinalstyrelsens cirkulär den 25 Juli 1883, Form IV-V. Teoksessa Medicinalväsendet i Finland 1907, 740-743.

21. Kom. miet. 1892:8, 22.

22. Harjula 2003, 23-69.

23. Jarl Hagelstam, Om tyfoidfiberns etiologi och om sjukdomens förhållande i Helsingfors ären 1870-1892. FLH 12/1893, 883.

24. E.J. Pätiälä, Lavantaudista. THL 10/1894, 145.

Vaikka taudin esiintymisen todettiin yleisesti ottaen 1900-luvun alkuvuosikymmeninä vähentyneen, saattoivat paikkakunta-kohtaiset epidemiat edelleen nostaa tautiluvut huippuunsa. Rajuin yksittäinen epidemia koettiin vuosina 1915–1916 Tampereella, ja paikallisia epidemioita esiintyi vuosisadan alussa myös mm. Helsingissä ja Kuopiossa.²⁵

Lavantaudin rinnalle kansantaudin – jopa ”ainoan todellisen kansantaudin”²⁶ – asemaan nousi 1900-luvun alussa tuberkuloosi.²⁷ Keuhkotauti oli yleisin yksittäinen kuolinsyy ja käytännössä tauti vei hautaan yhden suomalaisen jokainen tunti. Yhteiskunnan kannalta hälyttävää oli se, että tauti haki uhriensa monasti parhaassa työiässä olevien 20–40-vuotiaitten keskuudesta. Taudin yhteiskunnallista merkitystä lisäsi sen pitkälinen luonne, sillä sairastuneen laskettiin kamppailevan taudin kourissa keskimäärin seitsemän vuotta.²⁸

Suomen keuhkotautitilanne koettiin huolestuttavaksi senkin takia, että muissa Pohjoismaissa keuhkotautikuolleisuus oli kääntynyt selvään laskuun jo 1800-luvun jälkipuoliskolla, mutta Suomessa kuolleisuusluvut olivat 1900-luvun alussa jatkuvasti kasvussa.²⁹ Edelleen 1930-luvulla Suomi oli musta läiskä Euroopan keuhkotautikartalla, ja maa sijoittui Puolan ja Jugoslavian kanssa samaan kastiin kauas muista Pohjoismaista (kartta 1). Tuberkuloosikysymyksen ratkaisua pohdittiin kahdessa valtiolisessa komiteassa vuosina 1900 ja 1924, ja niiden tuloksena säädettiin vuonna 1927 tuberkuloosi-asetus, jonka keskeisin sisältö oli tautia koskevan ilmoitusvelvollisuuden säätäminen.³⁰ Ensimmäiset tuberkuloosiparantolat perustettiin Suomeen vuonna 1903, mutta yksinomaan sairastuneiden parantolahoito tulkittiin riittämättömäksi toimenpiteeksi, ikään

25. F. W. Westerlund, Bidrag till Finlands tyfusstatistik. FLH 11/1898, 1123-1224; Max Oker-Blom, Mietteitä lavantaudista Suomen maalaiskunnissa. D 11-12/1916, 488-521. Tampereen lavantautiepidemiasta yksityiskohtaisemmin ks. Harjula 2003, 107-122.

26. Kom.miet 1927:11, 27.

27. J.W.Runeberg, Om dödligheten och dödsorsakerna i Helsingfors under de senaste tjugu åren. FLH 1/1902, 84; Kom.miet. 1924:3, 92.

28. Kom.miet. 1924:3, 3-4; Akseli Forsman, Keuhkotaudista. THL 10-11/1900, 145-147; Kom.miet. 1927:11, 22; Severi Savonen, Euroopan nykyinen keuhkotautikartta ja tietoja Suomen tähänastisesta keuhkotaudin vastustamistyöstä. D 3/1936, 207-208; Halmesvirta 1998, 115-117.

29. Kom. miet. 1924:3, 92; Kom.miet. 1927:11, 22.

30. Kom. miet. 1900:8, Kom. miet. 1924:3; Tuberkuloosiasetus 11.11.1927 no 298. Nautatuberkuloosin ehkäisemiseksi annettiin jo vuonna 1898 julistus toimenpiteistä nystyrätautia vastaan Suomen nautaeläimissä. Harjula 2003, 103-106.

kuin puun kaatamiseksi latvasta. Tavoitteeksi asetettiinkin taudin hävittäminen ”juurineen” tartuntoja ehkäisemällä.³¹

Kartta 1. Keuhkotautikuolleisuus Euroopassa vuonna 1934³²



31. Esim. Lääkintöhallituksen lausunto komiteaehdotuksesta toimenpiteiksi tuberkuloosin vastustamiseksi maassamme. D 3/1927, 349-388; Harjula 2003, 78.

32. Severi Savonen, Euroopan nykyinen keuhkotautikartta. D 3/1936, 204. Myös: Härö 1992, 165.

Kuolinsyytilaston syyryhmät 'lasten vatsuri' ja 'lapsivuode' viittasivat imeväis- ja äitiyskuolleisuuden suureen kansanterveydeliseen merkitykseen. Myös monet rokot ja muut kulkutaudit koitui-
vat nimenomaan pikkulasten kohtaloksi. Esimerkiksi 1930-luvulla laskettiin, että tartuntatautien osuus pienten lasten kuolleisuudesta oli noin neljännes. Vaikka imeväiskuolleisuuden kehityssuunta olikin vuosisadan alussa suotuisa (kuvio 5), olivat ongelman mittasuhteet yhä 1920-luvulle tultaessa huomattavat: joka yhdeksäs lapsi kuoli ennen ensimmäistä ikävuottaan.³³ Lastenhuollon johtohahmoiksi nousseet Arvo Ylppö ja Armas Ruotsalainen painottivatkin lapsi-
kuolleisuuden vähentämisen tärkeyttä:

”On selvää, ettei tästä ole kysymys mistään luonnonlaista, vaan jostakin aivan luonnottomasta tilasta. (...) Armeijoissa voimme siis laskea ne nuorten ihmishenkien hukat, mitkä vuosittain pikkulasten kesken maassamme voimme tode-
ta.”³⁴

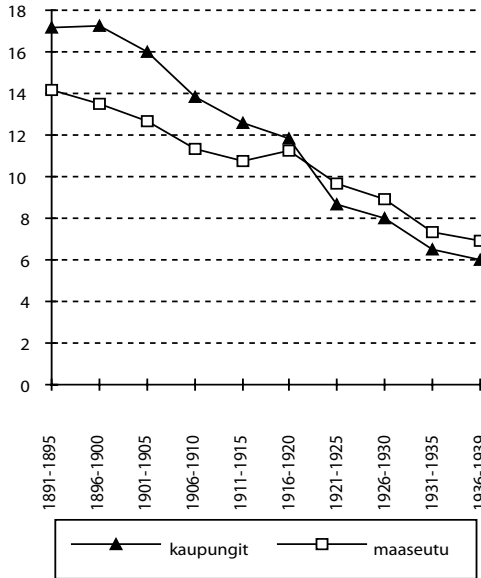
”Euroopan sivistysmaissa on nykyisin käynnissä suuremmoi-
nen toiminta pienten lasten kuolevaisuuden vastustamiseksi (...) Vihdoin on tultu käsittämään, että tuollainen joukot-
tainen lasten kuoleminen on sivistyskansan arvoa alentava kipeä epäkohta ja ennenkaikkea suuri kansantaloudellinen tappio (...) arvaamaton kansallinen vaurio (...) jonka poista-
miseksi kannattaa ryhtyä toimintaan.”³⁵

33. SVT VI:90, 25-26; Turpeinen 1987, 381-383.

34. Arvo Ylppö, Pikkulasten suuren kuolevaisuuden syyt. THL 11-12/1920, 167-168.

35. Armas Ruotsalainen, Pikkulasten kuolevaisuudesta, sen kansantaloudellisesta merkityksestä ja kuolevaisuuden syistä. THL 9/1914, 137-138.

Kuvio 5. Imeväiskuolleisuus 100 elävänä syntynyttä lasta kohden kaupungeissa ja maaseudulla vuosina 1891–1939³⁶



Muista tarttuvista taudeista poiketen sukupuolitautilien kansanterveydellinen merkitys ei näkynyt kuolleisuustilastoissa, mutta sukupuolitautilien seurauksia pidettiin koko yhteiskunnan kannalta tuhoisina. Sukupuolitautilikysymys kytkeytyi terveyden ohella myös siveyteen, moraalisiin ja rikollisuuteen. Koska tautien katsottiin leviävän ennen muuta prostituution välityksellä, virallistettiin vuonna 1894 kuppatautilien torjumisjulistuksella prostituoitujen tarkastusjärjestelmä, joka perustui ilotyttöjen rekisteröintiin, säännöllisiin lääkärintarkastuksiin ja sairastuneiden eristämiseen. Vaikka kyseinen, viidessä kaupungissa käytössä ollut järjestelmä kumottiin vuonna 1907 ja valtiovalta siten irtisanoutui prostituution hyväksymisestä, systeemi säilyi käytännössä edelleen. Terveystarkastukset siirtyivät kuitenkin poliisilta lääkintäviranomaisten hallinnoitaviksi,

36. Hj. Söderström, Imeväisten kuolleisuus. THL 3/1933, 40; STV 1940, 76.

mikä osaltaan kertoo kansanterveydellisten seikkojen korostumisesta sukupuolitautikysymyksessä.³⁷

Sukupuolitautilien havaittiin leviävän erityisesti yhteiskunnallisten levottomuuksien myötä. Noin joka sadannen kaupunkilaisen laskettiin 1900-luvun alussa kantavan tautitartuntaa, ja erityisesti maaseudulta kaupunkiin muuttavien nuorten nähtiin olevan tartuntavaarassa. Edelleen 1930-luvulla sukupuolitauteja todettiin Suomessa muita Pohjoismaita enemmän ja varsinkin tippurin havaittiin olevan leviämässä myös maaseudulle.³⁸ Vaikka sukupuolitautilien diagnoosi- ja hoitomenetelmät kehittyivät 1900-luvun alussa nopeasti,³⁹ asetettiin niiden – samoin kuin muidenkin hygienian pääkohteena olevien tarttuvien tautien torjunnassa – pääpaino tautitapausten ennaltaehkäisyyn.

Yksilökohtainen hygienia: valistuksella irti tietämättömydestä

”Taistelu tarttuvia tauteja vastaan on sivistystyötä kansan elämäntavoissa, se on puhtauden taistelua likaisuutta vastaan.”⁴⁰

”Suurimpana syynä pikkulasten kuolevaisuuteen on tietämättömyys ja väärät käsitykset lasten hoidosta.”⁴¹

”Keuhkotautikysymys on (...) suuri valistuskysymys.”⁴² ”Te-hokkaimpia keinoja tuberkuloosin kukistamiseksi on niin

37. Kom. miet. 1924:10; Kolme yhteiskunnan vihollista. THL 9/1898, 133-137; Helén 1997, 154-162; Helén & Yesilova 2003, 234-237; Häkkinen 1995, 162-168, 178-182; Nygård 1998, 66-74.

38. Kom. miet. 1924:10, 25-41, 123; Paavo Pirilä, Sukupuolitauteja vastustavan lainsäädännön kehittymisestä Suomessa sekä lyhyt katsaus näitten tautien levenemiseen maassamme. THL 10/1927, 157-162; Kom. miet. 1939:9, 43.

39. Tippuribakteeri eristettiin vuonna 1879 ja kuppabakteeri vuonna 1905. Taudin tunnistaminen mahdollistui ns. Wassermanin tutkimuksella vuodesta 1906 alkaen. Kupan eli syfiliksen hoitoon kehitettiin arsenikkijyhdiste salvarsaani vuonna 1909 ja neosalvarsaani vakiintui hoitokeinoksi 1930-luvulla. Tippuria hoidettiin hopea- ja elohopeasuolaruiskeilla tavallisesti 1,5 kuukauden ajan, neosalvarsaanihoito kesti usein lähes vuoden. Härö 1996, 11-14; Vuorinen 2002, 144-153.

40. Yrjö Kulovesi, Näkökohtia taistelussa tarttuvia tauteja vastaan. THL 3/1919, 40.

41. Armas Ruotsalainen, Huomattava aloite. THL 10/1919, 159.

42. Severi Savonen, Euroopan nykyinen keuhkotautikartta ja tietoja Suomen tähänastisesta keuhkotaudin vastustamistyöstä. Duodecim 3/1936, 218.

muodoin kansan sivistyskannan kohottaminen ja tietojen levittäminen terveydenhoito-opin yleisistä laeista.”⁴³

“Tietämättömyyden ja pimeyden loukossa” elävän rahvaan valistaminen terveellisen elämän periaatteista oli keskeinen hygienian toiminta-ajatus. Vaikka käytännössä vastuun terveellisistä elintavoista, henkilökohtaisesta hygieniasta, riittävästä levosta ja muista ns. yksilökohtaiseen hygieniaan sisältyvistä asioista katsottiinkin kuuluvan perheille, todettiin perheiden tarvitsevan tietoa, ohjeita ja tukea elintapojensa muovaamisessa.⁴⁴

Ensimmäiset suomenkieliset suurelle yleisölle suunnatut terveystoppaat julkaistiin jo 1700-luvun lopulla,⁴⁵ mutta 1800-luvun lopulla ja 1900-luvun alussa terveystoppausten julkaisujen volyymi nousi kokonaan uudelle tasolle. Valistuksen pääkanavina toimivat lääkäriseurojen julkaisemat lehdet, *Terveydenhoitolehti* (1889) ja *Tidskrift för Hälsovård* (1891), joita levitettiin aluksi lääkäreiden, terveydenhoitajien ja kättilöiden välityksellä.⁴⁶ Ohjelmakirjoituksessaan *Terveydenhoitolehti* korosti pyrkimystä yleistajuisuuteen:

”Tunnettu on, että terveydelliset olot maassamme ovat vielä monessa suhteessa hyvin takapajulla. Paljo epäkohtia vallitsee elantotavoissa, paljon turmiota tuottaa usein väärä käsitys terveyden tärkeimmistäkin ehdoista. (...) Lehden pyrintönä tulee sen vuoksi olemaan asettua (...) maassamme vallitsevien omituisten olosuhteiden kannalle ja saada kirjoituksensa sellaisiksi, että rahvaskin niitä tajuaa.”⁴⁷

Suomalaista vuosisadan vaihteen hygieniakampanjaa on katavuodeltaan verrattu lukutaidon juurruttamiseen.⁴⁸ Erityisesti tuberkuloosivalistuksen mittasuhteet ylsivät omaan luokkaansa: jo ensimmäistä valistusjulistetta ”Tietoja ja neuvoja keuhkotaudin (tuberkuloosin) vastustamiseksi” painettiin vuonna 1893 noin 25 000 kappaletta ja 1930-luvun loppuun mennessä erilaisia tuber-

43. Kom.miet. 1900:8, 50.

44. Esim. Konr. Relander, *Terveydenhoidon tarkoitus ja tuloksia*. THL 1/1898, 2-9; Konr. Relander, *Miten on työ jatkettava*. D 11-12/1891, 172-175.

45. *Terveystoppaista* ks. Mikkeli 1995, 85-119.

46. Malmberg 1991, 266; Lehtonen 1995a, 209-213.

47. THL 1/1889, 16.

48. Taipale 1972, 32.

kuloosijulkaisuja on laskettu levitetyn peräti lähes 3 miljoonaa kappaletta. Yksinomaan tuberkuloosivalistuksen onkin todettu tavoittaneen jokaisen kodin.⁴⁹

Hygieniavalistuksen pääsisältönä oli oikeiden elintapojen omaksuminen: lian ja epäjärjestyksen välttäminen sekä puhtauden ja järjestyksen vaaliminen. Kohtuullisuus ja yksinkertaisuus nousivat avainkäsitteiksi hygieenisen elämäntavan järjestämisessä. Hygieeniset neuvot kattoivat koko elämänpiirin asunnon siivoamisesta ja syöpäläisten torjunnasta terveelliseen vaateutukseen, ravintoon, ysköksen käsittelyyn, imetykseen ja pikkulasten hoitoon.⁵⁰ Ylipäättään valistuksen tavoitteena oli saada työväestö omaksumaansa säätyläisten ”terveydelle omistetun elämän”, jossa terveydentilan vaihtelu olivat keskeisin ilon ja huolen aihe ja jossa koko elämänkulku kesänviettoineen keskittyi terveyden ylläpitämiseen.⁵¹ Hygieniavaatimusten läpivientiä onkin luonnehdittu kulttuuritaisteluksi.⁵² Valistuksen perimmäistä tavoitetta kuvaa hyvin Ilpo Helénin ja Mikko Jauhon käyttämä terveyskansalaisuus-käsite: pyrkimyksenä oli kansalaistaa jokainen yksilö terveydenhoidon nimissä kansanvalistuksen keinoin. Terveys miellettiin jokaisen henkilökohtaiseksi velvollisuudeksi kansakuntaa ja kansaa kohtaan. Siten jokainen saattoi täyttää velvollisuutensa kohoamalla kansalaisen vastuullisuuteen ja huolehtimalla omasta terveydestään.⁵³

Hygieenisen tiedon levittämisessä ja soveltamisessa ratkaisevaksi miellettiin lääkäreiden rooli. ”Eturivissä on lääkärien kannettava päivän helle ja liehutettava terveys-taistelun lippua”, korosti Terveystieteiden tutkimuskeskuksen päätoimittaja Konrad Relander.⁵⁴ Hygieniaan vihkiytyneiden lääkäreiden asenne muistuttikin lähetyssaarnaajien asialle omistautuneisuutta: omaa tietämystä haluttiin levittää valoksi pimeyteen.⁵⁵ Lääkäreiden tukena toimivat kansakoulun opettajat, jotka oppivelvollisuuden myötä tavoittivat kokonaisen ikäluokan kerrallaan.⁵⁶ Myös kansalaisjärjestöjen, erityisesti naisjärjestöjen

49. Kom.miet. 1900:8, 38-39; Kuusi 1995, 29; Härö 1992.

50. Esim. Kymmenen perussääntöä terveysopista. THL 4/1897, 58-59; Kauan elämisen taito. THL 5/1899, 72-77; Palmblad 1989; Jauho 1997; Kuusi 1995.

51. Häggman 1995; Lehtonen 1995a ja b; Jauho 1997; Jauho & Lehtonen 1998.

52. Schiøtz 2003, 79.

53. Helén & Jauho 2003, 13-16.

54. Konr. Relander, Miten on työ jatkettava. D 11-12/1891, 172-175.

55. Halmesvirta 1998, 41.

56. Esim. Kom.miet. 1900:8, 52; Konr. Relander, kehoitus kaikille kansan valistusta harrastaville kansalaisille, kansakoulun opettajille etupäässä. THL 1/1889, 1-4.

panos nähtiin hygieniavalistuksessa tärkeänä, sillä perheen sisäisen työnjaon mukaan hygienian ylläpito kodeissa nähtiin naisten vastualueeksi:

”...onkin luonnollista että nainen, kodin johtajattarena ja nousevan sukupolven kasvattajana, on se, jonka harrastuksesta ja toimintakyvystä yksityisterveydenhoidon tulokset etupäässä riippuvat, kun sitä vastoin yleinen terveydenhoito etupäässä lepää miesten niskoilla.”⁵⁷

Käytännössä raja naisille kuuluvan yksityisen hygienian ja miesten vastuulla olevan yleisen hygienian välillä todettiin kuitenkin liukuvaksi ja niiden alat toisiinsa kietoutuneiksi.⁵⁸

Yleinen hygienia: terveellisen ympäristön puolesta

”Ei yksityinen voi esim. estää sitä ilmaa, jota hän hengittää, turmeltumasta (...), estää naapureitansa saastuttamasta sitä vettä jota hän juo ja jota hän käyttää ruokansa valmistamiseen, välttää niitä vaaroja, jotka ovat seurauksena liian tiheästä ihmisasutuksesta j. n. e. Kaikki tämä täytyy jäädä yleisen terveydenhoidon asiaksi (...).”⁵⁹

Elinympäristön hygieniasta huolehtiminen nimettiin 1800-luvun lopun kulkutautiuhkan herättämänä valtion ja kunnan tehtäväksi.⁶⁰ Ajatus julkisen vallan velvollisuudesta ylläpitää hygieenisia toimenpiteitä poikkesikin aiempien vuosisatojen yksilökohtaista hygieniaa painottavasta terveysajattelusta.⁶¹ Suomessa vuonna 1879 säädetyn terveydenhoitoasetuksen mukaan kuhunkin kaupunkikuntaan tuli nimittää erityinen terveyslautakunta valvomaan paikkakunnan terveydellisiä oloja, ja maaseudulla vastaavat velvollisuudet sisällytettiin kunnallislautakunnan tehtäviin.⁶²

57. Konr. Relander, Terveydenhoidon tarkoitus ja tuloksia. THL 1/1898, 5

58. Esim. Lehtonen 1995b, 85-92; Harjula 2003, 204.

59. R. Idman, Muutama sana yleisestä terveydenhoidosta. THL 5/1899, 66.

60. Esim. Konr. Relander, Terveydenhoidon tarkoitus ja tuloksia. THL 1/1898, 2-9.

61. Mikkeli 1995, 114-115; La Berge 1992, 1-2; Nygård 2004, 60-62.

62. Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus terveydenhoidosta Suomenmaassa 22.12.1879 no 31. Asetuksen säätämisestä ks. Pesonen 1980, 328-344.

Ajatus kaupungeista epäterveellisinä tautipesinä oli hygieniainopin lähtökohta, sillä elinympäristön terveysongelmien todettiin kärjistävän alueilla, joissa nopea väestönkasvu lisäsi asumistiheyttä ja rajoitettu maa-ala pakotti rakentamaan tiiviisti ja myös huonoille rakennusmaille. Voimakkaan muuttoliikkeen nähtiin osaltaan edistävän kulkutautien leviämistä, ja ylipäätään ongelmaksi nähtiin se, että kaupungeissa työ- ja asuinolosuhteet sekä elintarvikekauppa toivat ihmiset uudelleen tiiviiseen yhteyteen toistensa kanssa. Vaikka kaupungeissa asui vain pieni osa suomalaisista – vuosina 1900–1920 noin 12–16 prosenttia väestöstä⁶³ – kohdistui yleinen hygienia ulkomaisten esimerkkien mukaan Suomessakin ennen muuta kaupunkeihin. Kaupunkien hallintomalli antoi maaseutua paremmat mahdollisuudet puuttua ongelmiin ja kaupungin sivistyneistöstä löytyivät myös hygienia-aatteen arvovaltaisimmat puolestapuhujat.⁶⁴

Yleisen hygienian pääpaino asetettiin vuosisadan vaihteen kulkutautitaistelussa pihojen ja kujien puhtauden vaalimiseen. Näkyvä lika ja kosteus olivat nousseet huomion kohteeksi jo miasmateorian myötä, ja bakteriologian oppien läpimurron seurauksena huomio kiinnitettiin myös näkymättömiin mikro-organismeihin. Ylipäätään ruumiin ja ympäristön kosketusta välittäviä aineita eli ilmaa, vettä, ruokaa ja ulosteita tarkkailtiin ja niiden yhteyttä terveydentilaan alettiin pohtia.⁶⁵

Kaupunkitilan keskeisten infrastruktuurien eli vesijohto- ja viemäriverkostojen rakentaminen sekä katujen kiveäminen nähtiin hygieeniseksi välttämättömyydeksi. Esimerkiksi terveydenhoitoasetuksen pääsuunnittelija Otto E. A. Hjelt totesi tarkoituksenmukaisen viemärijärjestelmän olevan kaupungeille elinkysymys.⁶⁶ Vuoden 1879 terveydenhoitoasetus edellyttikin kaupungeilta viemärisuunnitelman laatimista kymmenen vuoden kuluessa, mutta asetti itse rakennustyöhön ryhtymisen riippuvaiseksi kaupungin taloudellisesta tilanteesta. Asetus edellytti kaupunkien huolehtivan ”mahdollisuuden mukaan” myös siitä, että hyvää vettä oli runsaasti ja helposti saatavilla. Terveyslautakuntien tulikin suojata kaivot

63. Jutikkala 1983, 14; Jutikkala 1984, 15.

64. Harjula 2003, 21-69.

65. Vuori 1979, 265-282; Schmidt & Kristensen 1986, 40-42; Armstrong 1988, 9; Armstrong 1993.

66. Otto E. A. Hjelt, Vuoden 1879 terveydenhoitosäännön synnystä. D 11-12/1911, 431.

ja lähteet siten, ettei maanpäällinen vesi ja lika päässyt valumaan niihin, ja tarvittaessa sulkea terveydelle vahingolliset kaivot.⁶⁷

Vesiklosettien salliminen 1800-luvun lopulla nähtiin aluksi suurena hygieenisenä voittona, sillä niiden avulla tauteja levittävät ulosteet saatiin välittömästi pois talojen ja pihojen nurkilta. Kysymys klosettien aiheuttamista vesistöhaitoista sekä vesijohtoveden ja jätevesien puhdistamisen tarpeesta herätti kuitenkin 1900-luvun alussa vilkasta keskustelua ja johti eri paikkakunnilla erilaisiin ratkaisuihin. Esimerkiksi Tampereella vuosien 1915–1916 vakavat lavantautiepidemiat havahduttivat viranomaiset aloittamaan vesijohtoveden kloorauksen.⁶⁸

Asunto- ja elintarvikeolojen katsottiin kuuluvan yleisen ja yksityisen terveydenhoidon rajavyöhykkeeseen, sillä näistä seikoista huolehtiminen nähtiin periaatteessa jokaisen perheen yksityisasiaksi. Terveydenhoitoasetuksen lähtökohdaksi asetettiin kotielämän pyhyden arvostaminen. Yksityisasuntojen tarkastus säädettiin luvalliseksi ainoastaan niissä erityistapauksissa, joissa asunnossa tiedettiin olevan ”tarttuma-aineita tahi muuten terveydelle erittäin haitallisia kohtia”. Epäterveellisen asunnon tuntomerkeiksi nimettiin valon, ilman ja lämmön puute, kosteus, siivottomuus sekä rakennuksen heikko laatu, ja terveyslautakunnalle säädettiin oikeus kieltää tällaisen asunnon käyttö tai vuokralle antaminen.⁶⁹ Kun kuitenkin mittapuuna pidettiin paikkakunnan työläisasuntojen keskimääräisiä oloja, käytännössä vain erittäin vakaviin epäkohtiin puututtiin.⁷⁰

Asunto-olojen kohentamisessa pääkeinona oli rakentamista säätelevien paikkakuntakohtaisten säädösten luominen. Paikallisissa rakennusjärjestyksissä määriteltiin tarkasti mm. sallittu asunnon korkeus, ikkunoiden koko ja sijoittelu sekä permanto- ja kattotäytteen laatu.⁷¹ Elintarvikkeiden laadun takaamiseksi puolestaan käynnistettiin ruokakaupan yksityiskohtainen valvonta. Oheisessa

67. Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus terveydenhoidosta Suomenmaassa 22. 12.1879 no 31 § 10-17; Kom.miet. 1896:6, 20-21, 23-25.

68. Laakkonen & Laurila & Rahikainen 1999; Juuti 2001; Harjula 2003, 41, 107-122, 168-180.

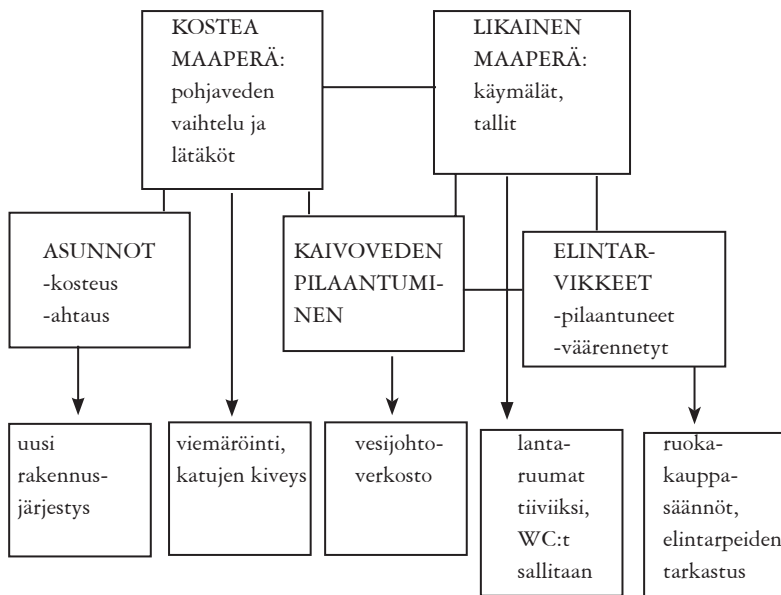
69. Konr. Relander, Terveydenhoidon tarkoitus ja tuloksia. THL 1/1898, 2-6; Otto E. A. Hjelt, Vuoden 1879 terveydenhoitosäännön synnystä. D 11-12/1911, 417-426. Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus terveydenhoidosta Suomenmaassa 22.12.1879 no 31 § 5, § 8.

70. Harjula 2003, 51.

71. Harjula 2003, 54. Kaupunkirakentamista ks. Turpeinen 1995, 82-92.

kuviossa on havainnollistettu Tampereen terveyslautakunnan paikallisia toimia kulkutautiuhkan torjumiseksi, mutta ylipäättään toimenpiteet olivat suomalaisissa kaupungeissa varsin samansuuntaiset.⁷²

Kuvio 6. Kolera- ja lavantautiuhkan kautta havaitut ympäristön terveysriskit ja niihin löydetyt ratkaisut vuosisadan vaihteessa⁷³



Kun kulkutautitaistelu suuntasi huomion ennen muuta maaperän ja veden puhtauteen, keskittyi tuberkuloosityö puolestaan 1900-luvun alussa ensisijaisesti ilmanlaadun terveysvaikutuksiin. Pölyiset tekstiilitehtaat nimettiin tuberkuloosipesiksi ja aikaistutkimukset osoittivat keuhkotautiriskin kohonneen myös käsityöläisammateissa sekä kivi- ja kirjapainoalalla.⁷⁴ Tehtaiden ja verstaiden olosuhteiden ohella huomio kiinnitettiin kotien tunkkaiseen sisäil-

72. Yksityiskohtainen esitys ks. Harjula 2003, 21-69.

73. Harjula 2003, 62.

74. Kom.miet. 1900:8, 18-19, 46-48, 159-160; Viktor Manner, Kuolinsyyt ja keskiikä erinäisissä ammateissa Helsingissä vv. 1896-1915. D 4-5/1916, 183-206; Harjula 2003, 91-92.

maan sekä ulkoilman pölyn ja tehtaiden käryn terveysvaikutuksiin (kuvio 7). Esimerkiksi sellutehtaiden terveyshaittoja vuonna 1909 selvittäneen komitean mietinnössä siteerattiin terveydenhoidon johtavan auktoriteetin, hygienian professori Vilhelm Sucksdorffin lausuntoa, jonka mukaan:

”Kaikki, mikä sisään hengitetyn ilman puhtautta pilaa, joskaan se ei aikaansaisi äkillistä terveydenhäiriötä, kuitenkin vähitellen heikontaa terveyttä ja lisää taipumusta monenlaisiin tauteihin, niin täytyy pitää terveydenhoidon perussääntöihin kuuluvana, että kaikenlaista ilman saastuttamista on kaupungissa mikäli mahdollista vältettävä.”⁷⁵

Tuberkuloosityön yhteydessä havaittiin, että terveellisen elinympäristön luominen edellytti koko kaupunkirakentamisen uudistamista: kaupunkiin tuli sisällyttää maaseutu ympäristön parhaita puolia eli puhtaan luonnon saarekkeita, jotka turvasivat raittiin ilman ja virkistykseen tarpeen. Ihanteeksi nostettiin erillisiin työ- ja asuinalueisiin puistojen avulla sektoroitu kaupunki, josta löytyi leikkikenttiä, puutarhoja, väljyyttä, valoa ja ilmaa. Valolla olikin hygieniakeskustelussa vahva symbolinen merkitys:

”Missä on valoa siellä on puhtautta. Ajatelkaamme suurten kaupunkien sivuosia; kadut ovat kapeat, pimeät, huoneet samoin valottomat; vaikea on niissä pitää puhtautta. Siellä viihtyy parhaiten lika – henkinenkin, siellä enimmin harjotetaan pimeyden töitä – ja sieltä kulkutaudit vievät useimmat uhrinsa.”⁷⁶

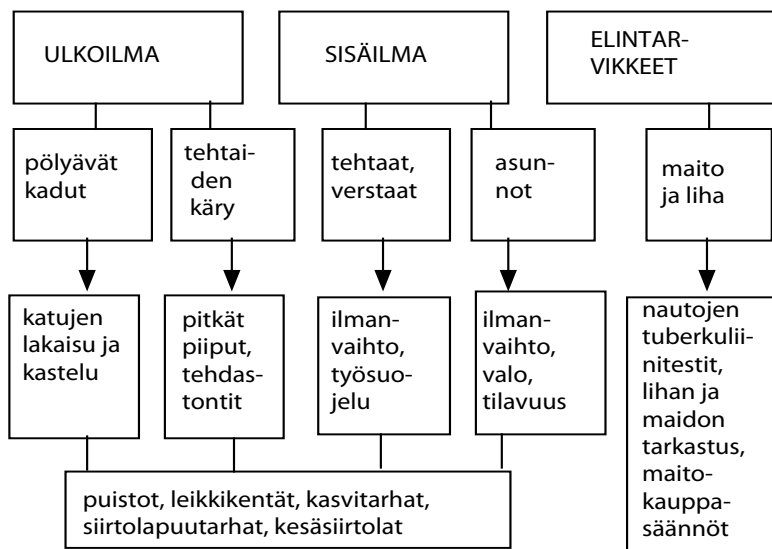
Kun käsitykset tuberkuloosin tarttuvuudesta 1920- ja 1930-lukujen aikana täsmentyivät, todettiin että tautibakteereja löytyi käytännössä ainoastaan tuberkuloottisen lähimmästä ympäristöstä. Samalla korostettiin, ettei lievä tartunta, joka laskettiin olevan jopa 90 %:lla aikuisista, ollut edes vaarallinen. Tuberkuloosityön keskeiseksi tavoitteeksi asetettiin näin ollen kohtalokkaaksi havaitun, toistuvan ja massiivisen tartunnan ehkäiseminen erityisesti

75. Kom.miet. 1909:1, 26.

76. Akseli Forsman, Sananen valon vaikutuksesta. THL 12/1897, 179.

lapsuusiässä.⁷⁷ Tuberkuloosin torjuntatyöstä käydyssä keskustelussa ympäristö kaventuikin perheeksi: päähuomion kohteeksi nousivat tuberkuloosiin sairastuneiden kotiolot, joissa perheenjäsenten todettiin toistuvasti altistuvan tartunnalle.⁷⁸ Asuntorakentamisessa ihanteeksi nostettiin toisistaan täysin erilliset asunnot, joissa naapurit joutuivat niin vähän kuin mahdollista toistensa kanssa tekemisiin. Ydinperheen kodin tuli olla ‘puhdas’ ja ‘oma’, eräänlainen pienenparantola.⁷⁹

Kuvio 7. Tuberkuloosin kautta havaitut ympäristön terveysongelmat ratkaisuineen 1900-luvun alussa⁸⁰



77. Hj. Söderström, Tuberkuloottisten rinta- ja pikkulastemme hoito oikealle kannalle. THL 3/1929, 35-37; Artturi Salokannel, Parantuuko keuhkotauti? THL 2/1931; Severi Savonen, Tuberkuloosikulttuurimme. THL 3/1931, 34-38; Severi Savonen, Euroopan nykyinen keuhkotautikartta ja tietoja Suomen tähänastisesta keuhkotaudin vastustamistyöstä. D 3/1936, 212-213.

78. Kom.miet 1924:3, 6-7, 55-56; Armas Ruotsalainen, Lapset ja tuberkuloosin tartunta. THL 1/1922, 7-9; H. Braeuning, Lasten kohtalo tuberkuloosisessa ympäristössä. D 1/1933, 14-27; Härö 1992, 72-74; Harald Sunelius, Nya riktlinjer i kampen mot tuberkulosen. FLH 9-10/1920, 543-548; Betänkande avgivet till Statsrådet 1924 av Finlands tuberkuloskommitté. Diskussion inom Finska Läkaresällskapet 13.12.1924. FLH 1/1925, 47. Myös: Armstrong 1993, 401-410.

79. Kom.miet. 1900:8, 45-46; Lehtonen 1995b, 37; Saarikangas 1998.

80. Harjula 2003, 106.

Vuoden 1918 sodan myötä levinneet mittavat kulkutautiepidemiat – mm. isorokko, tulirokko, kurkkumätä ja espanjantauti⁸¹ – osoittivat, että epäjärjestys saattoi helposti kansan terveydentilan uhatuksi. Seuraavien vuosikymmenten keskustelussa korostettiin entistä voimakkaammin ongelmien ennaltaehkäisyä sekä järjestyksen ylläpitoa. Vuonna 1927 uusittu terveydenhoitolaki asetti maalaiskunnille edelleen väljempää vaatimuksia kuin kaupungeille, ja monet aikakauden uusista hygieenisistä säädöksistä – esimerkiksi asemakaavalaki ja lihantarkastuslaki – koskettivat yksinomaan kaupunkeja. Kun kokonaiskuolleisuudessa kaupunkeja koskevat luvut olivat maaseutua valoisimmat ja kun lisäksi imeväiskuolleisuudessa tapahtui käänne kaupunkien eduksi (kuvio 5), alkoi kuva maaseudun terveellisyydestä vähitellen horjua. Kaupungit alettiin nähdä terveyden airuina ja hygieenisinä mallina, ja painopiste yleisessä hygieniatyössä siirtyi maaseudulle, jonka asunto- ja terveystoimet otettiin 1930-luvun lopulla laajan selvitystyön kohteeksi.⁸²

Sosiaalihygienia: reformeilla eroon köyhyydestä ja taudeista

”Terveydenhoito ja työväenkysymys (...) ovat saman ajan lapsia ja saman maaperän kehittämiä. (...) Yhteiset vaikuttimet (...) pakottavat niitä läheiseen vuorovaikutukseen keskenään.

Sosiaalisten kysymysten selville saamisessa on terveydenhoidolla tärkeä sija. Monikin työväen vaatimuksista, joka ensi silmäyksellä voi näyttää kohtuuttomalta, tulee katsottuna terveydenhoidon valossa oikeuden ja kohtuuden mukaiseksi.”⁸³

Keskustelu työväenkysymyksen ja terveydenhoidon yhtymäkohdista nousi Suomessa polttavaksi erityisesti vuoden 1905 suurlakon myötä. Ylipäätään työläiskysymyksen havaittiin saaneen vuosisadan alussa sivistysmaissa kasvavaa huomiota. Kysymyksen ratkaisuksi esitettiin tuolloin uusi tieteenhaara, jota nimitettiin ”yh-

81. Maailmanlaajuisesta espanjantaudiksi ristitystä influenssasta ks. Linnanmäki 2005.

82. Harjula 2003, 127-129, 143-147; Kom.miet. 1937:6; Kom.miet. 1939:9.

83. N. J. Arppe, Työväenkysymys ja terveydenhoito. THL 3/1907, 37-38.

teiskunnalliseksi terveydenhoidoksi, sosiaali-hygieniaksi eroitukseksi yksilöllisestä (...) terveydenhoidosta ja yleisestä, valtiollisesta terveydenhoidosta”.⁸⁴

Sosiaalihygienian korosti yhteiskunnallisten olojen yhteyttä terveyteen ja lääkäreiden roolia muutoksen alullepanijana. Kansainvälistä mainetta saavuttanut suomalainen hygieenikko Albert Palmberg painotti vuonna 1907, että sikäli kun alempien luokkien vihan ja katkeruuden syynä ovat sosiaaliset epäkohdat, oli niihin puututtava. Juuri lääkäreiden yhdistys oli Palmbergin mukaan ainoa taho, jolla oli täysi asiantuntemus tällaisten seikkojen arvioimiseen. Tärkeimmiksi yhteiskunnallisia toimenpiteitä vaativiksi työläiskysymyksiksi Palmberg nimesi tuberkuloosin, sukupuolitaudit ja alkoholiongelman.⁸⁵

Sosiaalihygienian näkökulmasta sekä tuberkuloosi, alkoholismi että sukupuolitaudit olivat sosiaalisten epäkohtien eli köyhyyden ja kurjuuden seurauksia. Juoppouden ja siveettömyyden katsottiin kehittyvän ahtaan asumisen ja surkeiden kotiolojen tuloksena. Myös lapsikuolleisuus ja keuhkotauti kytkettiin asuntokysymykseen, ja naisten huono palkkaus sekä työttömyys nähtiin puolestaan prostituution edistäjinä. Siten alempien kansankerrosten asemaa parantavat uudistukset nähtiin terveyden kohottamisen edellytyksenä.⁸⁶ Piirilääkäri N. J. Arppe korostikin, että niin kauan kuin esimerkiksi asuntokysymyksen yhteiskunnallisia yhteyksiä ei huomioitu, ei pelkkä valistus terveellisen asumisen periaatteista voinut tuottaa tulosta:

”Ei siinä auta kehoitukset paremman ilmanvaihdon huolehtimisesta, ikkunoiden aukipitämisestä, tulen laittamisesta pesään, kun täytyy säästää (...) polttopuiden kalleuden takia. Kaupungeissa pakoittavat kalliit vuokrat työväestön hakemaan asumuksensa pihanpuoleisissa huoneissa, kellari-kerroksissa, joihin ei aurinko koskaan paista, eikä ilma pääse vaihtumaan.”⁸⁷

84. N. J. Arppe, Työväenkysymys ja terveydenhoito. THL 3/1907, 38.

85. A. Palmberg, Läkaresällskapet och arbetarefrågan. FLH 12/1905, 678-684.

86. N. J. Arppe, Työväenkysymys ja terveydenhoito. THL 3/1907, 40; Yrjö Kulovesi, Asuntokysymys ja kansan terveys. THL 11-12/1920, 161-163; Suomen lääkäriseuran asettaman komitean lausunto veneeristen tautien vastustamisesta. D 3/1904, 72-84; Taav. Laitinen, Tarttuvien sukupuolitautilien levenemisen ehkäisemisestä. D 4-6/1918, 71-91.

87. N. J. Arppe, Työväenkysymys ja terveydenhoito. THL 3/1907, 40.

Arppen mukaan asunto-olojen kohentuminen edellytti tyväestön palkkaetujen kohoamista sille tasolle, että köyhimmälläkin oli varaa terveellisen asunnon hankkimiseen. Palkkatulojen riittämättömyys näkyi hänen mukaansa myös siinä, että suurin osa tyväestöstä joutui tulemaan toimeen puutteellisella ravinnolla: esimerkiksi Helsingin kansakoululapsista 15 prosenttia oli tutkimusten mukaan aliravittuja ja 2500 lasta oli nähnyt suoranaista nälkää.⁸⁸ Albert Palmberg piti niin ikään tutkimustuloksia, joiden mukaan yli 22 000 helsinkiläistä asui terveydelle vahingollisissa röttelöissä, tuberkuloosin leviämisen kannalta huolestuttavina:

”Jos ajattelemme itsemme näiden työläisten asemaan, purnaisimmeko me vai emme? On tyhmää uskoa, että sylkilaatikoiden ja -kuppien avulla voisi aikaansaada parannusta sellaisissa epäkohdissa. Mitä saadaan aikaan rakentamalla parantoloita tällaisista kodeista tuleville sairaille.”⁸⁹

Palmberg kritisoikin tuberkuloosityötä liiasta yksilökohtaisuudesta ja sosiaalisten seikkojen laiminlyönnistä. Hän peräänkuulutti terveellisen rakentamisen ja asumisen yhteiskunnallista tukemista ja valvontaa, johon jo terveydenhoitoasetuksen kirjaimellinen noudattaminen olisi hänen mukaansa antanut hyvät mahdollisuudet. Jo terveydenhoitoasetusta säädettäessä oli korostettu yhteiskunnan vastuuta nimenomaan vähempiosaisista jäsenistään:

”Lainsäädännön ehdoton velvollisuus on suojella (...) niitä yhteiskunnan jäseniä, joilla itsellä ei ole varaa valita asuntojansa mielensä mukaan, vaan ovat pakotetut käyttämään halvimpia ja ahtaimpia asuinhuoneita. (...) Varakkaat yhteiskunnan jäsenet suojelevat kyllä itse itseänsä.”⁹⁰

Asunnontarkastuksen lisäksi Palmberg peräänkuulutti radikaaleja toimenpiteitä. Ajatus kaupunkien velvollisuudesta rakentaa asuntoja oli hänen mukaansa ajan suunnan mukainen, joskaan ei käytännössä mahdollinen. Palmbergin johtamassa Lääkäriseuran

88. N. J. Arppe, Työväenkysymys ja terveydenhoito. THL 3/1907, 40-41 ja 5/1907, 71-73.

89. A. Palmberg, Läkaresällskapet och arbetarefrågan. FLH 12/1905, 682.

90. Otto E. A. Hjelt, Vuoden 1879 terveydenhoitosäännön synnystä. D 11-12/1911, 419.

komiteassa esitettiin, että teollisuudenharjoittajien velvollisuus oli valvoa, että heidän työläistensä saatavilla oli terveellisiä asuntoja.⁹¹ Idea ei kuitenkaan saanut lääkärikollegojen kannatusta, sillä Lääkäriseuraa ei pidetty oikeana foorumina kysymyksen käsittelylle. Asiantuntijuus haluttiin rajata lääketieteellisiin kysymyksiin eikä yhteiskunnallisesti arkoihin teemoihin haluttu ottaa kantaa.⁹²

Ehdotukset hygieeniset ehdot täyttävälle rakennuksille myönnettävistä valtion rakennuslainoista, kunnan edullisista tonteista ja mallipiirustusten laatimisesta otettiin joka tapauksessa Suomalaisessa Lääkäriseurassa suopeasti vastaan.⁹³ Myös vuoden 1924 tuberkuloosikomitea suositteli halpojen, terveellisten ja riittävän suurien asuntojen rakentamista valtion tuella. Kaiken kaikkiaan 1900-luvun alussa havaittiin, ettei yhteiskunnallisesti ja hygieenisesti hyväksyttävä asumisen minimitaso ollut työläisille mahdollista ilman valtiollista ja kunnallista politiikkaa. Aikakautta onkin kuvattu lyhyeksi innostuksen kaudeksi, jolloin luotiin korkeatasoisia, hygieeniset ja sosiaaliset ihanteet täyttäviä asunto-alueita.⁹⁴

Yleisesti ottaen keskustelu sosiaalihygieniasta jäi kuitenkin 1920- ja 1930-lukujen aikana taka-alalle. Erityisesti vuoden 1918 katastrofin katsottiin osoittavan, ettei vaarallinen ollut ympäristö sinällään vaan yksilöt. Tarkastelun painopiste siirtyikin elinoloista yksilön suuntaan.⁹⁵ Tässä yhteydessä yhteiskunnallista jalansijaa sai myös hygienian erikoisala rotuhygieniä, joka haki selitystä sairastavuudelle ja poikkeavuudelle henkisten, ruumiillisten ja moraalisten ominaisuuksien periytymisestä (luku 3).

91. A. Palmberg, Läkaresällskapet och arbetarefrågan. FLH 12/1905, 681-684; Arbetarebostadsfrågan inför Läkaresällskapet. FLH 7/1906, 1-9.

92. FL protokoll 20.10.1906. FLH 12/1906, 360-364. Myös esimerkiksi norjalaisen sosiaalihygienian piirissä on todettu esiintyneen erilaisia näkemyksiä lääkäreiden yhteiskunnallisesta aktiivisuudesta. Schiøtz 2003, 226-229.

93. Arbetarebostadsfrågan inför Läkaresällskapet. FLH 7/1906, 1-9; FL protokoll 20.10.1906. FLH 12/1906, 360-364.

94. Kom.miet. 1924:3, 42, 56, 85; Härö 1992, 139-140; Rasila 1984, 415-418; Juntto 1990, erit. 24-25, 142-154.

95. Kuusi 1995, 99-100; Halmesvirta 1998, 7-35; Karisto 1985, 79-92; Karisto, Lahelma & Rahkonen 1990, 210-213; Mattila 1999; Jauho 1997, 164-171.

Yhteenveto

Hygieniaprojekti jakautui 1900-luvun alussa kolmeen toisiinsa kietoutuvaan toimintalinjaan: yksilökohtainen hygienia keskittyi elintapojen kohentamiseen, yleinen hygienia suuntautui elinympäristön terveellistämiseen ja sosiaalihygienia painotti alempien luokkien sosiaalisten epäkohtien poistamisesta. Käytännössä hygienia jakautui myös useisiin erikoisaloihin: puhuttiin mm. asunto-, koulu- ja elintarvikehygieniasta. Lainsäädännön ja hygieniakentän laajentuessa 1920- ja 1930-luvuilla hygieeninen asiantuntijuus sektoroitui yhä voimakkaammin erillisten erikoisammattikuntien hoidettavaksi: insinöörit vastasivat juomaveden hankinnasta, kemistit ja eläinlääkärit elintarvikevalvonnasta, tuberkuloosilääkärit ja -hoitajat keuhkotautivalituksesta ja neuvolahenkilökunta pienten lasten hoidosta.⁹⁶ Hygieniaprojekti ulottuikin koko yhteiskuntaan: se muutti paitsi elinympäristöä myös ihmisten arkea ja elintapoja luomalla uusia normeja ja terveen elämän ihanteita.

Hygienian eli ennaltaehkäisevän terveydenhoito-opin merkitystä kuvastaa se, että alan sanottiin 1800-luvun lopulla dominoivan koko muuta lääketiedettä.⁹⁷ Edelleen 1930-luvulla on todettu esitetyn jopa kritiikkiä siitä, että ehkäisevän terveydenhuollon kehittäminen esti näkemästä sairaalalaitoksen rakentamisen tarpeellisuutta.⁹⁸ Hygieeninen painotus säilyi suomalaisessa terveystaloudessa keskeisenä vuosisadan vaihteesta aina 1940–1950-luvuille saakka, jolloin rokotusten ja antibioottien myötä koko tartuntatautiongelman luonne ja mittasuhteet muuttuivat.⁹⁹ Esimerkiksi tuberkuloosin todettiin 1960-luvun alussa hellittävän otettaan kansantautina, ja akuuttien tartuntatautiin osalta huomio suuntautui tuolloin uuteen ilmiöön eli turistien maahantuomiin salmonellatartuntoihin.¹⁰⁰ Lääkintöhallituksen 1950-luvun lopulla toteuttama lapamatokampanja olikin yksi viimeisiä perinteisen hygienian projekteja.¹⁰¹

96. Esim. Rantasalo 1990, 252-253.

97. Finska Läkaresällskapet elfte allmänna möte den 19, 20 och 21 september 1887, 71, liitteenä teoksessa Finska Läkaresällskapet Handlingar 1887.

98. Hietala 1992, 112.

99. Esim. SVT XI:58 1955, 7-9.

100. SVT XI:65-66 1962-63, 12; SVT XI:68 1965, 66; SVT XI:69 1966, 61.

101. Pesonen 1973, 240; SVT XI:58 1955, 8; SVT XI:60 1957, 17-18; Ignatius 2000, 594-595.

3. ROTUHYGIENIA

Degeneraatiota vastaan

”Sielullisiinkin häiriöihin nähden pitää paikkansa yleinen terveydenhoidon sääntö, että sairauden puhkeamisen estäminen on tärkeämpää kuin taudin parantaminen. Yksilön terveydenhoito on aloitettava ennen taudin alkamista ja kansakunnan terveydenhoitoon on ryhdyttävä jo ennen yksilöiden syntymää. Juuri sielullisista sairauksista ja vajavaisuuksista on suuri osa perinnöllisiä. Jos mieli vähentää niitä, on estettävä niitä potevia saamasta jälkeläisiä.”¹

”Rodunparannusaate on uskoa terveen, voimakkaan ja onnellisen ihmissuvun tulevaisuuteen ja sen nimessä työskentely työtä tulevien sukupolvien hyväksi.”²

Rotuhygieeninen ajattelu levisi 1900-luvun alussa rinnakkain aikakauden hygieenisen keskustelun kanssa. Väestön määrään ja laatuun keskittyvän rotuhygienian lähtökohtana oli uhka degeneraatiosta eli ”elävien olentojen muuttumisesta taantuvaan suuntaan”³. Perinnöllisyystieteen vanavedessä syntyneen rotuhygienian perusteokset julkaistiin 1800-luvun lopulla, ja Suomeen rotuhygieeniset virtaukset kulkeutuivat lähinnä henkilökohtaisten kontaktien ja kirjallisuuden välityksellä Pohjoismaista, Saksasta ja Yhdysvalloista.⁴ Aatteen kansainvälisen läpimurron on todettu tapahtuneen 1910-

1. Kom.miet. 1939:9, 119.

2. Väänänen 1916, 155.

3. Tietosanakirja II. Otava, Helsinki 1910, 202-203.

4. Rotuhygienian pääteokset ovat Francis Galtonin ”Hereditary genius” (1869) ja Alfred Ploetzin ”Die tüchtigkeit unsrer Rasse und der Schutz der Schwachen” (1895). Hietala 1985, 136-162; Mattila 1999, 11-18.

luvun alussa.⁵ Suomessakin vuonna 1912 hahmoteltiin ensimmäinen ohjelma degeneraation pysäyttämiseksi ja samana vuonna julkaistiin myös ensimmäinen suomalainen rotuhygieeninen valistuskirja, kotieläinopin professori Georg von Wendtin teos ”Velvollisuutemme tulevia sukupolvia kohtaan”. Ensimmäinen maailmansota, samoin kuin Suomessa erityisesti vuoden 1918 tapahtumat sekä väestönkasvun pysähtyminen tulkittiin osoituksiksi degeneraation etene- misestä.⁶

Rotuhygieenisessä ajattelussa kansakunnan tulevaisuuden kat- sottiin riippuvan siitä, millainen kansan perintöaiheiden summa oli. Vallinneen käsityksen mukaan fyysinen heikkous ja henkinen kyvyttömyys kytkeytyivät toinen toisiinsa, ja suvussa kulkeutu- van degeneratiivisen taipumuksen katsottiin voivan ilmentyä eri yksilöissä eri tavalla: luonteen heikkoutena, hermostuneisuutena, mielisairautena, tylsämielisyytenä⁷ tai yhtä hyvin esimerkiksi keuh- kotautina, rikollisuutena, alkoholismina tai prostituutiona.⁸

Rotuhygieenisen liikkeen tavoitteet olivat kahtalaiset: perimäl- tään parhaan väestöaineksen lisääntymistä pyrittiin rohkaisemaan positiivisin keinoin, kun taas huonon, degeneroituneen kansanosan lisääntyminen pyrittiin ehkäisemään negatiivisella rotuhygienialla. Se, millaista perintöainesta yksilön katsottiin kantavan, ratkaisi rotuhygieenisten toimenpiteiden suunnan. Toimenpiteiden pohjaksi asetettiin yhteiskunnan etu, ja yksittäisen ihmisen arvokkuus tai arvottomuus määriteltiin suhteessa kokonaisuuteen:

”Ihmisten ryhmittely normaaleihin, hyödyllisiin, täydet ih- misoikeudet omaaviin ja abnormeihin, epänormaaleihin ei ole yksin oikeutettua vaan myös välttämätöntä. (...) Etusijalle on asetettava kansan tulevaisuus, nousevan polven onni ja menestys (...). Ellei yksilö täytä sitä mittaa, jonka elämä ja yhteiskuntaolot häneltä vaativat ja jos tämä hänen puutteel-

5. Esimerkiksi Lontoossa vuonna 1912 järjestetty ensimmäinen eugeniikkakongressi keräsi yhteen edustajia Länsi-Euroopan valtioiden ohella Yhdysvalloista, Japanista ja Australiasta asti. Mattila 1999, 14; Hietala 1985, 118, 127-130.

6. Mattila 1999, 83-86, 129-142; Harjula 1996, 131-133, 158-159.

7. 1900-luvun alussa kehitysvammaisuuteen viitattiin puhumalla tylsä-, heikko- tai vajaamielisyydestä. Vamman vaikeusasteen mukaan eroteltiin toisistaan idiootit, imbesillit ja debiilit. Harjula 1996, 61-66.

8. Esim. Kom.miet. 1929:5, 6-8; Neuman-Rahn 1927, 95-96; Taav. Laitinen. Alko- holi ja kansan terveys. THL 11-12/1921, 136-137. Yksityiskohtainen esitys rotu- hygienian lähtökohdista ja suomalaisesta keskustelusta ks. Mattila 1999.

lisuutensa havaitaan juurtuneen hänen olemukseensa, olevan ehkä synnynnäinen ja perintönä häneen siirtynyt, on hänet säälimättä leimattava alamittaisena.”⁹

Rotuhygienia toi tullessaan uuden sanaston: julkisuudessa puhuttiin ihmisaineksesta, yhteiskunnan loiseläjistä, hyödyttömistä syöjistä tai yhteiskunnan mätänevästä pohjakerroksesta.¹⁰ Degeneraatiota luonnehdittiin yhteiskuntaorganismia tai yhteiskuntaruumista tuhoavaksi myrkyksi tai taudiksi ja myös sosiaaliset ongelmat hahmotettiin lääketieteen käsittein:

”Rikollisuudesta on tullut suorastaan vaikea yhteiskunnallinen sairaus, joka jäytää kansamme elinjuuria.”¹¹

”Kasvavaa kulttuurikehitystä seuraa synkän varjon tavoin lisääntyvä henkinen degeneraatio, joka perinnöllisyyden ja vallitsevien sosiaalisten olojen vuoksi uhkaa tulla yhdeksi kansan sisäistä elämänydintä riuduttavista syöpäpaiseista.”¹²

Rotuhygienia nähtiin ratkaisukeinona sekä terveydellisiin että yhteiskunnallisiin ongelmiin. Koska perimä ja biologia nähtiin määrääviksi tekijöiksi, ei sosiaalisten reformien tai henkilökohtaisen moraalikasvatuksen mahdollisuuksiin degeneroituneen kansanosan kohottamisessa uskottu. Degeneraation näkökulmasta esitettiin jopa väitteitä hygieenisten toimenpiteiden kielteisistä seurauksista: kun yhteiskunnan harjoittama sosiaali- ja terveydenhuolto piti heikot yksilöt elossa, mahdollisti se samalla heidän lisääntymisensä.¹³ Toimenpiteiden painopiste asetettiin degeneroituneisiin yksilöi-

9. R. Hedman, Työlämieliset alaikäiset. Lastensuojelulehti (LSL) 10/1927, 152.

10. Esim. E.H., Ett par bemerkningar till abnormskolornas utgiftsstat för år 1914. Suomen Aistiviälliskoulujen Lehti (Sakl) 9/1913, 139; Kosti Pirjola, Työlämieliset lapset ja heidän hoitonsa merkitys yhteiskunnalle. LSL 2/1922, 18-19; Suomen kaatuvatautiset. Sosiaalinen Aikakauskirja (SAik) 7/1924, 556; Alb., Björkman Sterilisationsproblemet. Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehti (SLA) 2-3/1926, 28.

11. Sit. Mattila 1999, 174. Lähteenä Suomen kriminalistiyhdistyksen perustavan kokouksen kutsu vuodelta 1934.

12. Edvin Hedman Andesvagsvården – ett samhällsproblem av vikt. Sakl 2/1912, 20. Myös: Edvin Hedman, Sinnesjukvårdskommittens enquete över andesvaga i Finland år 1906. Sakl 5-6/1915, 83-93.

13. Esim. Mattila 1999, 29-30, 31-32, 84-85. Väitettä vastustavia kantoja ks. Mattila 1999, 39, 91, 98.

hin kohdistuvaan negatiiviseen rotuhygieniaan.¹⁴ Degeneroituneet nähtiin terveysuhkana, joka oli poistettava kansan sisältä, jotta kansan terveys saattoi kehittyä.

Uhkana henkisen vajavaisuuden lisääntyminen

Uhka perinnöllisten vikojen jatkuvasta lisääntymisestä oli rotuhygieenisen ajattelun perusta, ja tilastoilla oli käydyssä keskustelussa tärkeä merkitys. Nimenomaan henkisen vajavaisuuden eli käytännössä mielisairaitten, tylsämielisten ja kaatumatautisten määrän yksityiskohtainen selvittäminen oli 1900-luvun alun rotuhygieenisessä keskustelussa jatkuvan kiinnostuksen kohteena.

Vuosina 1906–1936 tehtyjen suomalaisten tilastaselvitysten tulokset (ks. taulukko 2) vahvistivat oletukset henkisen vajavaisuuden lisääntymisestä. Ensimmäinen otantatutkimus vuodelta 1906 osoitti mielisairaiden luvun olevan lääkintöhallituksen vuosikertomuksissa ilmoitettuihin lukuihin verrattuna kaksinkertainen, ja tylsämielisten kokonaismäärässä päädyttiin jopa miltei nelinkertaiseen lukuun.¹⁵ Vuonna 1923 toteutetun kaatumatautitutkimuksen tärkeimpänä tuloksena pidettiin puolestaan havaintoa, jonka mukaan taudin yleisyys vaihteli suuresti eri puolilla maata. Alueellisten erojen katsottiinkin viittaavan perinnöllisyyden suureen merkitykseen taudin leviämässä.¹⁶ Myös vuonna 1936 pyrittiin selvittämään, esiintyikö Suomessa erityisiä mielisairaitten ja vajaamielisten ”pesäkkeitä”.¹⁷ Erityisen merkittävänä rotuhygienian kannalta pidettiin tulosta, jonka mukaan henkisten sairauksien esiintymistiheys oli mielellään poikkeavien lapsissa noin neljä kertaa suurempi kuin väestön keskuudessa yleensä.¹⁸

14. Väänänen 1916, 136-137. Tietoiset toimet positiivisen rotuhygienian edistämiseksi jäivät 1900-luvun alussa vähäisiksi. Ruotsinkielisen väestön vähenemisuhan synnyttämän Folkhälsan-yhdistyksen vuosina 1920-39 toteuttama äidinpalkintokilpailu, jolla pyrittiin kannustamaan ”ruotsalaiseen heimoon” kuuluvien rotuhygieenisesti terveiden äitien halua vähintään neljän lapsen synnyttämiseen, oli yksi harvoista Suomessa toteutetuista hankkeista. Mattila 1999, 185-225.

15. Björkman 1915, 314-317.

16. Suomen kaatumatautiset. SAik 7/1924, 551- 569.

17. Rakel Jalas, Tilastollinen tutkimus mielisairaista ja vajaamielisistä on tarpeen. SAik 6/1933, 299.

18. SVT XXXII:18 1940, 80.

Taulukko 2. Tylsämielisten, mielisairaiden ja kaatumatautisten lukumäärä ja osuus väestöstä (‰) vuosina 1906–1936 tehdyissä selvityksissä¹⁹

vuosi	tylsämieliset (‰)		mielisairaat (‰)		kaatumatautiset (‰)	
1906a)	2300	0.78	5372	1.83	-	-
1906b)	8785	3.14	11710	4.10	-	-
1923	-	-	-	-	2294	0.67
1936	15550	4.43	21810	6.21	3580	1.02

a) lääkintöhallituksen vuosikertomus

b) mielisairashoitokomitean suorittama otantatutkimus

Selvitysten tulokset herättivät asiantuntijapiireissä vakavaa huolta. Tylsämielishuollon johtohahmo Edvin Hedman totesi suomalaisten ennen pitkää elävän suuressa houruinhuoneessa, mikäli ”mielenvikaisten armeija perinnöllisyyslakien nojalla ja ”valtionvarojen riittämättömyyden” takia yhä vaan saa rauhassa lisääntyä”.²⁰ Hedman esitti vakavan varoituksensa psyykkisesti ja moraalisesti alimittaisten ihmisten määrän kasvusta ja vaati tehokkaita ja nopeita toimenpiteitä tämän ”tuhoisan sosiaalisen vaaran” leviämisen estämiseksi.²¹

Kokonaisarviot degeneroituneiden määrästä vaihtelivat arvioijasta ja laskentatavasta riippuen huomasti. Sterilisointikomitea piti vuonna 1925 arviota 27 000 henkisesti degeneroituneesta vähimmäismääränä, kun taas vuoden 1936 tilastotutkimuksissa päädyttiin siihen, että – sairasmieliset ja lievästi vajaamieliset mukaan lukien – yli 7-vuotiaita psyykkisesti viallisia oli kaiken kaikkiaan hieman yli 90 000.²² Eriolaisten ulkomaisten mittalukujen pohjalta suomalaiset asiantuntijat päätyivät jopa 300 000–600 000 degeneroituneen

19. SVT XI:23 1906, taulu 16, LVI-LVII (1906a); Kom.miet. 1908:6 ja Björkman 1915 (1906b); Suomen kaatumatautiset. SAik 7/1924, 551-569 (1923); SVT XXXII:18 1940 (1936).

20. E.H., Huutavia epäkohtia. Sakl 2/1913, 24-25.

21. Edvin Hedman, Andesvagsvården – ett samhällsproblem av vikt. Sakl 2/1912, 20. Myös Edvin Hedman, Sinnesjukvårdskommittens enquete över andesvaga i Finland år 1906. Sakl 5-6/1915, 83-93.

22. Kom.miet. 1929:5, 23-24; SVT XXXII:18 1940; Vuolle 1942, 448.

kokonaismäärään, mitä tosin kuvattiin ”liian hirvittäväksi ollakseen todennäköinen”.²³

Kansainvälisessä kirjallisuudessa degeneroituneiden yhteiskunnallista merkitystä havainnollistettiin kuvaamalla yksittäisiä ongelmasukuja, joiden veronmaksajille aiheuttamista kustannuksista esitettiin yksityiskohtaisia laskelmia.²⁴ Suomalaisista köyhäinhoitotilastoista voitiin löytää näitä uhkakuvia tukevia faktoja: kun 1920–30-luvuilla koko väestöstä noin 4–5 % joutui vuosittain vakituisesti tai tilapäisesti turvautumaan köyhäinapuun, ylsivät luvut mielisairaiden, kaatumatautisten ja tylsämielisten osalta peräti 40–60 %:iin. Tilastot osoittivat lisäksi, että yhteiskunnan avun varassa elävien mielenvikaisten määrä oli jatkuvasti kasvamassa ja että juuri heidän huoltonsa aiheutti yhteiskunnalle eniten kustannuksia.²⁵ Suomalaiset köyhäinhoitoviranomaiset katsoivatkin kansan henkisen ja ruumiillisen rappeutumisen olevan selityksenä köyhäinavun tarpeen lisääntymiseen.²⁶

Käsitystä henkisen alimittaisuuden, köyhyyden ja hillittömän sukupuolisuuden yhteenkietoutumisesta vahvistivat puolestaan luvut, joita saatiin vuonna 1926 selvitettäessä, monellako köyhäinhoidon varassa elävistä henkisesti viallisista oli ”erikoinen taipumus sukupuolilyhteyteen”. Tulosten mukaan sukupuolisesti epäluotettavien osuus vaihteli naisten joukossa 20–42 prosentin välillä, kun taas miesten osalta päädyttiin 17–28 prosenttiin.²⁷ Vaarallisena pidettiin nimenomaan köyhäinhoidon varassa eläviä naisia, joiden holtittoman moraalien seuraukset olivat konkreettisesti nähtävissä aviottomien lapsien sikiämisenä. Vastuuttoman sukupuolielämän todettiin osaltaan liittyvän sukupuolitauteihin ja alkoholismiin, joka

23. Alb. Björkman, Sterilisationsproblemet. SLA 2-3/1926, 26; Einar Böök, Heikkomielisten hoito. Huoltaja 14/1929, 234; A. Heimala, Valtion yleisiin kasvatustilaisiin otettujen alaikäisten älyllisestä tasosta. LSL 4/1929, 50-53.

24. Esim. Mattila 1999, 32-33; Väinänen 1916, 101-111; Kom.miet. 1929:5, 7.

25. Väinö Juusela, Köyhäinhoidon varassa olevat aistivalliset, raajarikot ja kaatuvatautiset v. 1916. SAik 2/1918, 176-180; Viljo Hytönen, Suomen köyhäinhoito-olot tilaston valossa II. SAik 12/1923, 732; Suomen kaatuvatautiset. SAik 7/1924, 567-568; SVT XXXII: 18 1940, 125. Ks. Harjula 1996, 32-36.

26. Tutkimus yhteiskunnan avunsaajista Ruotsissa. Huoltaja 9/1934, 188-192; Viljo Hytönen, Katsaus maamme viimeaikaisimpaan köyhäinhoitoon tilaston valossa. Huoltaja 15/1929, 249-251.

27. Kom.miet. 1929:5, 24-25.

molemmat miellettiin jo sinällään tulevia sukupolvia uhkaaviksi rotuhygieenisiksi vaaroiksi.²⁸

Henkisen vajavaisuuden ja rikollisuuden yhteyden tueksi esitettiin niin ikään 1920- ja 1930-luvuilla lukuisia tutkimustuloksia.²⁹ Kokonaisuudessaan 1900-luvun alkuvuosikymmeninä tehdyt selvitykset vahvistivat käsitystä henkisesti viallisista suurena, sukupolviin kasvavana ryhmänä, joka muita useammin eli yhteiskunnan avun varassa ja jonka leviämässä perinnöllisyydellä uskottiin olevan keskeinen merkitys. Niin ikään psykiatriassa diagnosoidut uudet lievemmät henkiset ongelmat kuten hysteria, neurastenia ja neuroosit näyttivät olevan kasvussa. Moderni ”höyryn, sähkön, telefonin aikakausi” todettiin myös hermostumisen sekä kansan ruumiillisten ja henkisten voimien heikentymisen aikakaudeksi.³⁰

Alimittaiset eristettävä laitoksiin

”Ei mikään yhteiskunnallinen työ, ei edes rautateiden tai siltojen rakentaminen, ole lopuksikaan taloudellisesti niin hyödyllistä ja tärkeää kuin henkisesti alamittaisten yksilöiden siirto pois avoimesta yhteiskuntaelämästä.”³¹

Ainoana varmana degeneraation pysäyttämiskeinona pidettiin vaarallisten ryhmien elinikäistä eristämistä laitoksiin. Huoltolaitosten rakentamista alettiinkin – hoidokkien parantamisen

28. Sukupuolitautekomitea viittasi vuonna 1924 ulkomaiseen tutkimukseen, jonka mukaan sukupuolitauteja sairastavista prostituoiduista peräti 80 % oli henkisesti vajaita. Suomalaisen Valkonauhan ja Pelastusarmeijan huoltamista prostituoiduista puolestaan yli 70 %:lla todettiin olevan perinnöllinen rasitus. Kom 1924:10, 137; Lainvalmistelukunnan julkaisuja 1924:1, 74-75, Mattila 1999, 48-54, 110-115, 171-175.

29. Mattila 1999, 168-183; Rauha Heimala, Havaintoja kokeellisen tutkimusmenettelyn soveltamisesta vastaanotto toiminnan palvelukseen. LSL 1924, 106-113; A., Heimala, Huomioita valtion vastaanottolaitoksessa hoidetuista, sielullisessa kehityksessään jällellejäneistä ja vajaakuntoisista pojista. LSL 9/1925, 131-134 ja 11/1925, 161-164; -o, Vajaakykyisyys ja psykopaattisuus sekä perinnöllisyys. LSL 4/1933, 56-58; R.H., Ala-ikäisten lankeemuksien syistä. LSL 9-10/1937, 85-87; Alb. Björkman, Sterilisationsproblemet. SLA 2-3/1926, 27-28; Kosti Pirjola, Tylsämielisyys ja rikollisuus. LSL 4/1930, 55.

30. Uimonen 1999; Konr. Reijo Waara, Millä tavoin aijotte käyttää virkalomaanne ensi kesänä. THL 5/1908, 74-76; Konr. Reijo Waara, Alastomuutta. THL 7-8/1908, 132-133.

31. Kuhankosken tyttökodin vihkimäjuhla. LSL 13/1931, 40.

ja filantrooppisen hoivaamisen ohella – perustella yhteiskunnan edulla: suljettujen laitosten avulla voitiin estää degeneroituneita lisääntymästä ja toteuttamasta yhteiskunnalle vahingollisia rikollisia ja moraalittomia taipumuksiaan.³²

Yhteensä henkisesti viallisten laitoshoidossa laskettiin 1910-luvulle tultaessa tarvittavan miltei 10 000 uutta paikkaa. Esimerkiksi laitossijoitusta tarvitsevia mielisairaita laskettiin olevan noin nelinkertainen määrä hoitopaikkojen lukuun verrattuna.³³ Sairaalalaitoksen sisällä juuri mielisairaaloiden rakentaminen nousikin 1920- ja 1930-luvuilla tuberkuloosiparantoloiden ohella painopistealueeksi (taulukko 3).

Taulukko 3. Sairaansijojen vuotuiset keskimääräiset muutokset aloittain 1890–1939³⁴

	yleis- sairaalat	mieli- taudit	tuber- kuloosi	synny- tys	iho- ja suku- puolitaudit	tartunta- taudit
1890-1900	59	75	0	7	-1	11
1900-10	147	64	31	15	15	38
1910-20	126	78	45	12	7	54
1921-30	166	375	189	18	-18	-10
1931-38	246	323	331	38	-14	83

Laitosrakentaminen vauhdittui, kun 1920-luvun lopulla hyväksyttiin lait sekä mielisairaaloiden, tuberkuloosiparantoloiden että kehitysvammalaitosten valtionavusta ja myös kaatumataulilaitokset asetettiin valtion tuen piiriin.³⁵ Rotuhygieniset argumentit tuotiin lakien perusteluissa selkeästi esiin:

32. Harjula 1996, 148-150; Mattila 1999, 234-235.

33. Kom.miet. 1908:6, 86-90; Björkman 1915, 320-322; VP 1911, Asiakirjat V:2, Anomusmietintö no 11, Talousvaliokunnan mietintö no 1, 1-2; Mattila 1999, 128.

34. Vauhkonen 1961, 50; SVT XI:63 1960, 26.

35. Laki kunnallisille mielisairaaloille sekä tuberkulosia sairastavien hoitolaitoksille ja tuberkulosin vastustamisen edistämiseksi annettavasta valtionavusta 31.5.1929 no 269; Laki tylsämielisten hoitoa ja kasvatusta varten toimivien kunnallisten ja yksityisten laitosten valtioavusta 1.7.1927 no 185; Harjula 1996, 120, 143-150.

”Kun (...) tylsämielisten puuttuvasta hoidosta aiheutuvaa rotuhygienistä vaaraa on yleisen terveydenhoidon kannalta pidettävä vakavana uhkana maan väestön vastaiselle henkiselle terveydelle, on sen torjuminen tehtävä, jonka suorittamiseen valtionkin on puolestaan tehokkaasti otettava osaa.”³⁶

”Yhtä tärkeänä mielisairaanhoidon tarkoituksena on pidettävä yhteiskunnan suojelemista niiltä vaurioilta, joiden uhkan alaisena yhteiskunta on väkivaltaisiin mielisairaisiin nähden. Lisäksi on huomattava, mitä seurauksia siveellisessä suhteessa mielisairaanhoidon laiminlyöminen voi tuottaa, mikä vaara mielisairauteen ja rikollisuuteen taipumisen muodossa voi uhata tulevia sukupolvia (...) kaikki seikkoja, jotka ovat sitä laatua, että valtion oma etu vaatii niistä huolehtimista.”³⁷

Taulukosta 4 näkyy selvästi laitoshuollon nopea kasvu 1920- ja 1930-lukujen aikana. Kysymys degeneroitujen eristämisestä ei rajoittunut pelkästään terveydenhuoltoon vaan ulottui koko hallintokenttään. Suomen oikeus-, järjestys-, lääkintö- ja sosiaaliviranomaisten todettiin kirjoittavan toisilleen ”ristiin rastiin epätoivoisia kirjeitä” aikuisten tylsämielisten sijoittamisesta; tylsämieliskoulut kun oli suunnattu alle 16-vuotiaille.³⁸ Eri yhteyksissä tehtiin erilaisia suunnitelmia tällaisten henkilöiden eristämisestä turvasäilöön, pakokohitoiloihin, työlaitoksiin tai mielisairaaloihin.³⁹ Ylipäätään vankiloiden rinnalle todettiin tarvittavan muita laitoksia, sillä vuoden 1889 rikoslain perusteella ”mielipuolet, ymmärrystä vailla olevat sekä satunnaisessa mielenhäiriössä olevat” jätettiin syyntakeettomina rankaisematta ja ”täyttä ymmärrystä vailla olevat” saivat lievennetyn rangaistuksen.⁴⁰ Vankeinhoitohallinnon alaisuuteen perustettujen, mutta vuonna 1918 kouluhallinnon vastuulle siirret-

36. VP 1926 Asiakirjat III, Talousvaliokunnan mietintö n:o 9. Hallituksen esityksen johdosta laiksi tylsämielisten hoitoa ja kasvatusta varten toimivien kunnallisten ja yksityisten laitosten valtionavusta.

37. Kom. miet. 1923:2, 34. Myös: Kom. miet. 1927:11, 18.

38. Einar Böök, Heikkomielisten hoito. Huoltaja 14/1929, 229-238; Einar Böök, Onko vajaamielisten hoidon järjestämistä koskevan kysymyksen selvittely tarpeen? Huoltaja 23/1932, 410-414.

39. Kom. miet. 1908:6, 166-191; Kosti Pirjola, Tylsämielisyyden ja rikollisuuden. LSL 4/1930, 55-59 ja 5-6/1930, 65-69; Einar Böök, Onko vajaamielisten hoidon järjestämistä koskevan kysymyksen selvittely tarpeen? Huoltaja 23/1932, 410-414; Kom. miet. 1937:3.

40. Suomen Suuriruhtinaanmaan Rikoslaki 19.12.1889 no 39, luku 3, § 3-4.

tyjen kasvatustilavien verkosto rakennettiin valmiiksi 1920-luvulla.⁴¹ Työlaitokset puolestaan toimivat irtolaisten säilytyspaikkana, ja alkoholisti- ja irtolaishuoltoa pyrittiin tehostamaan vuonna 1936 säädettyjen huoltolakien myötä.⁴²

Taulukko 4. Eri laitosten hoitopaikkojen kehitys 1900–1939⁴³

	Mieli- sairaalat	Kunnal- liskotien mielisai- rasosastot	Tylsä- mielis- koulut	Kaatu- matauti- laitokset	Kasva- tuslai- tokset	Kuntien työlai- tokset	Vankilat
1900	1272	885	80	35	591	...	2448
1910	1915	1380	68	90	510	...	3220
1920	2693	2400	102	65	1601	209	8995
1930	6467	2669	171	417	1756	486	8004
1939		3004	190	375		726	
1940	8366				1639		3168

Voimakkaasta laitosrakentamisesta huolimatta tavoite eli kaikkien vaarallisten degeneroituneiden elinikäinen eristäminen todettiin mahdolliseksi saavuttaa. Esimerkiksi yksinomaan vuonna 1908 laaditun mielisairaalarakennusohjelman toteuttaminen olisi vienyt lähes neljänneksen valtion tuloista.⁴⁴ Laitoshoidon kalleus, täydellisen laitosverkon rakentamisen hitaus ja elinikäisen eris-

41. Pulma 1987, 177-185.

42. Esim. Haatanen & Suonoja 1992, 142-163; Urponen 1994, 195-197.

43. Eri tilastoissa on laskentatavasta riippuen päädytty hieman eri tuloksiin eivätkä luvut ole suoraan toisiinsa verrattavissa. *Mielisairaalat* (sairaansijat): Vauhkonen 1961, 50. *Kunnalliskotien mielisirasosastot* (hoidokkimäärä): STV 1932, 218; Kom.miet. 1923: 36; SVT XI:54 1937, liite 4, 71. Viimeinen luku on v. 1937. *Tylsämieliskoulut* (oppilasmäärä): STV 1940, 222-223. Sis. valtiolliset Perttulan (per. 1890, valtiolle 1909) sekä Kuhankosken laitokset (per. 1927). Lisäksi v. 1939 yksityisiä hoitopaikkoja oli 555. Tunkelo 1941, 46-47. *Kasvatustilat*: Kom.miet. 1905:9a, 328-333 (hoitopaikat v. 1903); Tunkelo 1941, 43 (hoitopaikat v. 1910 ja 1940); Kom.miet. 1921:15, 83 (hoidokkiluku v. 1920); Suomen lastensuojelutyö. SAik 6-7/1930, 356, 397-398, 402 (hoidokkiluku v. 1929). *Kaatumatautilaitokset*: Harjula 1996, 122; SVT XI:56 1939-52, 60. *Kuntien työlaitokset* (hoidokkiluku vuoden alussa): SVT XXI A:25 1920, taulu XVII, 62; SVT XXI A:35 1930, taulut Xa ja Xb, 34-35; SVT XXI A2 1938-40, 77. *Vankilat* (vankiluku vuoden alussa): STV 1946-47, 296. Sis. vangit ja yleisiin töihin tuomitut. Sakkotuomioiden väheneminen selittää vankiluvun laskun v. 1940.

44. Mattila 1999, 128.

tämisen epäinhimillisyyks olivatkin perusteita, joiden vuoksi laitoshoidolle alettiin etsiä muita vaihtoehtoja.⁴⁵

Avioliittokiellot ja sterilisaatio kansan terveyden edistäjinä

Laitossijoitusten rinnalla käyttökelpoisina ratkaisuihin pidettiin degeneroituneiden lisääntymisen estämistä avioliittokiellojen ja sterilisaation avulla. Yksinomaan aviopuolison valintaan kohdistuvan valistuksen ja perinnöllisyyttä koskevan opetuksen ei katsottu riittävän, kun kyse oli tulevien sukupolvien kohtalosta.⁴⁶ Aviokiellojen säätämiseksi tavoitteena olikin tasapainotella kansan terveyden maksimoimiseksi siten, ettei syntyvyyttä tarpeettomasti vähennetty, mutta samalla estettiin turmiollisten liittojen solmiminen. Vaikka suomalainen lainsäädäntö oli sikäli poikkeuksellinen, että kaatumatautia oli synnynnäisessä muodossaan pidetty taudin perinnöllisyyden takia avioesteenä jo 1700-luvulta lähtien⁴⁷, kiellon todettiin käytännössä jääneen kuolleeksi kirjaimiksi. Muutoinkin tilannetta luonnehdittiin siten, että kuka hyvänsä saattoi Suomessa avioitua kenen kanssa tahansa. Epäkohdan uskottiin vääjäämättä johtavan rodun huonontumiseen.⁴⁸

Vuonna 1929 säädetyin avioliitolain valmistelussa hyödynnettiin psykiatrian, iho- ja sukupuolitautien sekä perinnöllisyystieteen alan asiantuntemusta.⁴⁹ Ehdottomiksi avioesteiksi määriteltiin läheisen sukulaisuuden ohella mielisairaus sekä tylsämielisyys, mitä

45. Harjula 1996, 148-150.

46. Väänänen 1916, 137-141, 149. Myös esim. Lainsäädäntö ja avioliitto. THL 4/1901; Taav. Laitinen, Milloin tuberkelitauteja sairastava voi mennä naimisiin? D 12/1906, 296-302; Paavo Pirlilä, Kuppataudin parantumisesta ja tätä tautia potevan kelpoisuudesta avioliittoon. THL 3/1922, 41-42.

47. Kyseinen säädös oli voimassa ainoastaan Ruotsissa ja Suomessa. Vasta 1900-luvun alkuvuosikymmeninä Pohjois-Amerikassa, Norjassa sekä Tanskassa alettiin rajoittaa kaatumatautisten avioitumista. Lainvalmistelukunnan julkaisuja 1924:1, 73.

48. Lainvalmistelukunnan julkaisuja 1924:1. Keskustelusta Marttila 1999, 255-273; Harjula 1996, 151-157.

49. Lausunnon valmisteluun osallistuivat psykiatrian edustajina Kivelän mielisairasosaston ylilääkäri Ernst Ehrnrooth ja Lapinlahden sairaalan apulaisylilääkäri Einar Anttinen, iho- ja sukupuolitautien asiantuntijoina professori Axel Cedercreutz ja lääkin-töhallituksen päätirehtööri J.J. Karvonen sekä perinnöllisyystieteen asiantuntijana dosentti Harri Federley. Lainvalmistelukunnan julkaisuja 1924:1, 50-51.

perusteltiin ennen muuta tautien perinnöllisyydellä. Lisäksi kaatumatautisten ja tarttuvaa sukupuolitautia sairastavien avioituminen sekä synnynnäisten kuuromykkien keskinäiset liitot asetettiin presidentin luvan varaisiksi. Kaatumataudin osalta laki kirjattiin – Ruotsin mallin mukaan – koskemaan niitä tapauksia, jotka eivät ”pääasiallisesti johtuneet ulkonaisista syistä”.⁵⁰

Avioesteet eivät herättäneet aikalaiskeskustelussa voimakkaita kannanottoja. Torjuvimmin lakiin suhtauduttiin kuurojen yhteisössä, jossa synnynnäisesti kuuroihin kohdistuneet avioliittorajoitukset koettiin kohtuuttomina. Muutoin lakia kritisoitiin lähinnä liiasta varovaisuudesta, ja yksittäisissä kannanotoissa peräänkuulutettiin alkoholismien, rikollisuuden, tuberkuloosin ja muiden ruumiillisten vikojen sisällyttämistä lakiin.⁵¹ Lainvalmistelukunta olikin pohtinut laajempaa lain sovellutusta. Ajatus hylättiin kuitenkin alkoholismien sekä tuberkuloosin osalta vetoamalla rajanvedon vaikeuteen yksittäistapauksissa. Sokeuden jättämistä lain ulkopuolelle perusteltiin vamman vähäisellä rotuhygieenisellä merkityksellä sekä sokeiden korkealla henkisellä tasolla, ja spitaalain osalta perusteluna esitettiin taudin harvinaisuus sekä periytymisen epäselvyys.⁵²

Koska avioliittokiellot eivät estäneet avioliiton ulkopuolista lisääntymistä ja muutoinkin lain rotuhygieenisen vaikutuksen pelättiin jäävän vähäiseksi, alkoi sterilisaation käyttö degeneraatiouhkan pysäyttäjänä saada jalansijaa rotuhygieenisessä keskustelussa. Asia otettiin ensimmäisen kerran laajaan julkiseen käsittelyyn Helsingissä pidetyssä pohjoismaisessa aistiviälliskoulukokouksessa vuonna 1912.⁵³ Sterilisaatio nostettiin tuolloin esiin vaarattomana, halpana ja kaiken lisäksi elinikäistä eristämistä inhimillisempänä toimenpiteenä. Sterilisaation kohdejoukosta esitettiin kuitenkin erilaisia tulkintoja: tanskalainen professori Christian Keller viittasi rikollisiin tylsämielisiin ja suomalaisen tylsämielishuollon uranuurtaja Edvin Hedman nimesi mahdollisina kohteina degeneroituneet rikolliset sekä parantumattomat irtolaiset.⁵⁴ Pitkäniemen keskuslaitoksen ylilääkäri Albert Björkmanin laatiman esityksen mukaan lainsäädännön tuli kohdistua seuraaviin ryhmiin:

50. Avioliittolaki 13.6.1929 no 234 § 10-12; Lainvalmistelukunnan julkaisuja 1924:1, 71-74.

51. Harjula 1996, 153-157; Mattila 1999, 269-270.

52. Lainvalmistelukunnan julkaisuja 1924:1, 75-76.

53. Kokouksesta yksityiskohtaisesti ks. Mattila 1999, 129-142.

54. Keller 1915, 271-278; Wendt 1915, 50-54; Hedman 1915, 330-340.

- 1) tapa- ja siveellisyysrikolliset
- 2) selvästi rikolliset luonteet
- 3) imbesillit ja idiootit
- 4) idiopaattiset (synnynnäiset) epileptikot
- 5) sukuaan jatkamaan kykenevät laitoksesta poistetut krooniset mielisairaat
- 6) vähintään kaksi kertaa alkoholismista takia laitoshoidossa olleet.⁵⁵

Mitään suositusta sterilisaation mahdollisesta sovellutusalaista ei kokouksessa kuitenkaan esitetty. Asia nousikin näkyvästi esille seuraavan kerran vasta vuonna 1925, jolloin sterilisaatiolain tarpeellisuutta selvittämään päätettiin asettaa valtiollinen komitea.⁵⁶ Markku Mattila on tutkimuksessaan osoittanut, että käytännössä tylsämielisten laitoshoidokkien sterilointeja toteutettiin Suomessa jo vuodesta 1912 lähtien ja että raskaana olevien mielisairaiden, tylsämielisten ja kaatumatautia sairastavien naisten abortit ja steriloinnit olivat 1930-luvulle tultaessa muodostuneet tavaksi. Lainsäädännön aikaansaamista kiirehti siten se tosiseikka, että sterilointeja oli jo ilman lain antamaa oikeutusta suoritettu.⁵⁷

Oikeustieteen, mielisairaanhoidon, kirurgian ja genetiikan asiantuntijoista koostuva sterilisaatiokomitea päätyi vuonna 1929 ehdottamaan vapaaehtoisuuden eli oman tai huoltajan suostumuksen pohjalle rakentuvaa sterilisaatiota. Toimenpide ehdotettiin kohdistettavaksi heikkomielisiin, mielisairaisiin, kaatumatautisiin, kuuro-mykkiin ja sukupuolirikollisiin.⁵⁸ Komitean ehdotusta ei kuitenkaan sellaisenaan hyväksytty, vaan toimenpide säädettiin pakolliseksi ja samalla sterilisaation kohdejoukkoa supistettiin niin, että kuuromykät ja kaatumatautiset jäivät lain ulkopuolelle. Vuonna 1935 hyväksytyn lain mukaan:

”Tylsämielinen (idiootti), vähämielinen (imbesilli) ja mielisairas voidaan määrätä tehtäväksi suvun jatkamiseen kykene-

55. Björkman 1915, 329-330.

56. Harjula 1996, 159-162, Mattila 1999, 274-285.

57. Mattila 1999, 226-254.

58. Valtioneuvoston vuonna 1926 asettaman komitean jäseniksi nimettiin Nikkilän mielisairaalan ylilääkäri E.J. Horelli, kirurgisten tautien erikoislääkäri A.J. Palmén ja genetiikan ylimääräinen professori Harry Federley. Komitean puheenjohtajaksi asetettiin oikeusneuvos Walter Andersin. Kom.miet. 1929:5.

mättömäksi, jos on syytä varoa, että sellainen vajaakelpoisuus periytyisi hänen jälkeläisiinsä, tai jos on todennäköistä, että hänen lapsensa jäisivät hänen tällaisen vajaakelpoisuutensa takia huoltoon vaille.”⁵⁹

Asetuksella täsmennettiin, että lain piiriin kuuluivat alle 14-vuotiaan älykkyystasolla olevat vajaälyiset sekä skitsofreniaa, maanis-depressiivistä tai ”muuta periytyväksi todettua mielitautia jatkuvasti tai ajoittain sairastavat henkilöt”.⁶⁰ Säädos koski myös sukupuolirikollisia, ja ”luonnottomasta sukuvietistä” kärsiville voitiin sterilisaation ohella sallia myös kastreatio eli sukurauhasten poisto.⁶¹ Pakolliseen eli ilman suostumusta tehtävään sterilisaatioon päädyttiin, koska vapaaehtoisuusperiaatteen uskottiin vesittävän koko lain tarkoituksen.⁶²

Lääkintöneuvos Väinö Mäkelä, joka toimi lääkintöhallituksen asiantuntijana sterilisaatiokysymyksissä, totesi vuonna 1937 lain olevan puutteellisuuksistaan huolimatta tervetullut ja katsoi sen ”epäilemättä tuottaneen jonkin verran sosiaalista hyötyäkin”:

”Sitäpaitsi se antaa jyrkillekin eugenisten aatteiden kannattajille tarpeellisia myönnytyksiä, mutta tekee sen siinä muodossa, ettei yhteiskunnassa ole syntynyt mitään vastustusta, mikä on sängen tärkeää asian edelleen kehittämiseksi.”

Mäkelän mukaan eugeeninen hyöty jäi kuitenkin lain varovaisuuden vuoksi vähäiseksi: ”Ei tulevien sukupolvien kuntoisuus vielä siitä kohoaa, että jokin sata vajaakelpoista sterilisoidaan,” hän totesi ja katsoi vasta 50-kertaisten sterilisaatiomäärien tuottavan tulosta. Lain laajentamiseen hän suhtautui kuitenkin pidättyvästi paitsi perinnöllisyyskysymysten epäselvyyden vuoksi myös siksi, että ”eugeeniseen käsityskantaan” tottuminen vei yhteiskunnassa aikaa.⁶³

59. Sterilisoimislaki 13.6.1935 no 227 § 1. Lakiehdotuksesta käydystä keskustelusta ks. Mattila 1999, 286-327.

60. Sterilisoimisasetus 13.6.1935 no 228 § 1.

61. Sterilisoimislaki 13.6.1935 no 227 § 1; Sterilisoimisasetus 13.6.1935 no 228 § 5.

62. VP 1934, Asiakirjat III, Hallituksen esitys no 112, 15, 17-20; VP 1934, Asiakirjat III, Talousvaliok. miet. no 11, 1; Mattila 1999, 312-317.

63. SVT XI:54 1937, liite: Väinö Mäkelä, Lääkintöhallituksen mielisairaanhoidon osasto vuosina 1928-1937, 88.

Yhteenveto

Rotuhygieenisessä ajattelussa degeneroituneiksi leimattuja yksilöitä tarkasteltiin pohjimmiltaan erilaisina, puhtaasta ja terveestä ihmiskunnasta poikkeavina olentoina, kansan ja kansan terveyden ”sisäisinä vihollisina”. Toisin kuin hygieniäkökulmassa, jossa terveydentilan kohottamiseen pyrittiin elinolojen ja elintapojen kohenemisen kautta, rotuhygienian tulkinnan mukaan kansanterveysongelma katsottiinkin voitavan poistaa eliminoimalla degeneroituneet ihmiset yhteiskunnasta. Lääketieteen erikoisalajat – perinnöllisyystiede, psykiatria ja kirurgia – nousivat rotuhygienian käytännössä auktoriteettiasemaan.

Vaikka julkinen keskustelu rotuhygieniasta hiipui sotavuosien jälkeen ja liikkeen yhtymäkohdista Saksaan pyrittiin tietoisesti irtautumaan mm. korvaamalla saksalaisvaikutteinen rotuhygienia-termi muilla sanoilla (eugeniikka, kansanhygienia, arvhälsovård)⁶⁴, säilyivät rotuhygieeniset toimenpiteet yhä käytäntönä. Vuoden 1950 lakiuudistuksella lääkäreiden aloiteoikeutta sterilointiasian käynnistämiseksi laajennettiin, ja pakollisista steriloinneista luovuttiin Suomessa vasta vuonna 1970. Kaiken kaikkiaan vuosina 1935–1970 Suomessa tehtiin yhteensä 7530 sterilointia rotuhygieenisiin perusteisiin.⁶⁵

64. Harjula 1996, 169.

65. Mattila 1999, 337-339, 392.

4. VÄESTÖPOLITIIKKA JA KANSANTERVEYS

Väestö, kansa, kansanterveys

”Väestökysymyksestämme on tullut kysymys, joka on tärkeämpi kuin mikään muu. (...) Päämääränä, johon väestöpolitiikka pyrkii, on runsaslukuinen, ruumiillisesti ja henkisesti terve, tuotantokykyinen kansa.”¹

”Maa on menettänyt nuorinta, terveintä väkeään runsaasti ja sodan jälkeiset taudit ovat kulkeneet kulona pienten lasten keskuudessa, tehden tuhoisaa jälkeä. Kuitenkin tarvitsee maa nyt kaiken elävän voiman, joten tähän epäkohtaan on aiheellista kiinnittää huomiota.”²

”Niinkuin terveydenhoidon tehtävänä on estää yksityinen kansalainen sortumasta ennenaikaiseen hautaan, niin on väestöpolitiikan tehtävänä varjella kansaa samanlaiselta kohtalolta.”³

Sodanjälkeisessä tilanteessa rotuhygieniä korvautui väestöpoliittisella keskustelulla, jolla oli uudenlainainen painotus. Vakavaksi uhkaksi mielletty väestönkasvun pysähtyminen johti jo vuonna 1937 väestökomitean asettamiseen, ja sotavuosien väestötappioiden

1. Savonen 1942a, 52, 53.

2. Pelkonen 1941, 339.

3. Sukselainen 1946, 18.

myötä koko kansan olemassaolo koettiin uhatuksi. ”Meitä on liian vähän” -iskulause tiivistä aikakauden huolen Suomen tulevaisuudesta.⁴

Väestökysymys ja kansanterveys kytkeytyivät aikakauden ajattelussa tiiviisti yhteen. Itse käsite ‘kansanterveys’ vakiintui alan sanastoon – esimerkiksi lääkintöhallitukseen perustettiin erityinen kansanterveysosasto vuonna 1944⁵ – ja yhtä lailla yleistyivät termit ‘kansantauti’, ‘kansanterveystyö’ ja ‘kansanravitsemus’. Kansanterveys-käsitteen asettamista terveystieteelliseksi johtoajatukseksi perusteltiin 1940-luvun alussa osin sota-ajan kokemusten synnyttämällä tarpeella, osin taas sodan herättämällä yhteiskunnallisella valmiudella:

”Sellainen käsite kuin kansanterveys ei meillä vielä ole sillä kunniasijalla, mikä sille kuuluu. Nyt on taas tullut entistä otollisempi hetki terveydenhoidollisten kysymysten esille ottamiseen,”

kirjoitti lääkintöneuvos Severi Savonen vuonna 1941 laatimaansa kansanterveystyön ohjelmassa.⁶

Käytännössä kansanterveys-käsitettä luonnehdittiin “usein lausutuksi iskusanaksi”, jonka ala määrittyi eri yhteyksissä eri tavoin.⁷ Esimerkiksi lääkintöhallituksen työnjaossa uuden kansanterveysosaston työkenttään määriteltiin seuraavat osa-alueet:

- alue-, kaupungin- ja kunnanlääkärilaitos
- koululääkärilaitos
- kätilölaitos
- terveystieteellinen tutkimuslaitos
- kiertävät sairaanhoitajattaret
- äitiys- ja lastenneuvolat
- tuberkuloosi, reumatismi ym. yleiset kansantaudit
- talousvesi- ja käymäläkysymys
- väestöpolitiikka

4. Esim. Helén 1997, 38.

5. Pesonen 1980, 624-628. Myös esim. suunnitelma erityisen kansanterveyden tutkimus- ja opetuslaitoksen perustamisesta julkistettiin vuonna 1941. Kom.miet. 1941:12.

6. Savonen 1941, 14. Myös: Savonen 1942b, 41.

7. Wilska 1944, 163.

- kansanterveydellinen valistustyö
- yhteistoiminta kansanterveydellisten järjestöjen kanssa ja niiden valvonta.

Sen sijaan monet muut laajassa mielessä kansanterveyteen liittyviksi tulkitut seikat kuten ravintokysymys, asunto-, ammat- ja tehdashygienia sekä syöpäläiset ja kulkutaudit jäivät työn- jaossa vanhan terveydenhoito-osaston vastuulle.⁸ Periaatteellinen ero osastojen välillä oli siinä, että terveydenhoito-osaston ajateltiin reagoivan kunkin hetken akuutteihin ja paikallisiin ongelmiin, kun taas kansanterveysosasto miellettiin ajasta ja paikasta riippumattomaksi, aloitteelliseksi ja suunnittelevaksi, koko maan tulevia tarpeita pohtivaksi elimeksi.⁹

Kirjaimellisesti ottaen kansanterveys-termi sisällytti kohteeseen koko kansan iästä, asuinpaikasta, sosiaalisesta asemasta tai sukupuolesta riippumatta: puhuttiin kaikkiin kansankerroksiin kohdistuvasta työstä.¹⁰ Onkin ilmeistä, että aiemman, kansan alempiin kerroksiin eli rahvaaseen liittyneen painotuksen sijaan laaja, koko kansaan ulottuva terveystoiminta yleistyi 1940-luvulla.¹¹ Käytännössä kuitenkin nimenomaan äitien ja lasten terveys määriteltiin kansan selviytymisen kannalta elintärkeäksi. Väestöpoliittinen huoli käänsi katseen syntyvyyteen ja lapsikuolleisuuden torjumiseen. Lapsuuden merkitystä oli alettu korostaa yhteiskunnallisessa keskustelussa jo 1920-luvulta lähtien, ja lapsuus ideologisista painolasteista vapaana, yhteistä tulevaisuutta rakentavana tekijänä oli luonnollinen painopistealue sodanjälkeisen jälleenrakennuksen yhteiskunnassa.¹²

Uudessa väestöpolitiikan leimaamassa tilanteessa kansanterveys nähtiin korostuneesti valtiollisena velvollisuutena. Kansanterveys-työ, jonka todettiin kehittyneen ennen muuta yksittäisten järjestöjen – mm. Suomen Punaisen Ristin (1876), Suomen Tuberkuloosin vastustamisyhdistyksen (1907), Vähävaraisten Keuhkotautisten Avustamisyhdistyksen (1907), Kenraali Mannerheimin Lastensuojeluliiton (1920), Samfundet Folkhälsan i Svenska Finlandin (1921)

8. Asetus lääkintöhallituksesta 17.3.1944 no 188 § 8.

9. Savonen 1942b, 47-48.

10. Esim. Kom.miet 1941:12.

11. Saksan Volksgesundheit- ja ruotsin folkhälsa-termeistä ks. Johannisson 1991; Johannisson 1994; Brecht & Nikolow 2000.

12. Kuusi 1995, 71, 95, 99; Jauho 1997, 118-120.

ja Suomen Huollon (1940) – varassa, haluttiin saada keskitetyn johdon ja valvonnan alaiseksi.¹³ Kansanterveystyö piti muuttaa maallikoiden ajamasta “isänmaallisihanteellisesta harrastelusta” valtion keskitetysti johtamaksi ja valvomaksi toiminnaksi, jonka tärkeys myös lääkäreiden tuli sisäistää.¹⁴

Kansanterveystyön painopiste asetettiin 1940-luvulla maaseudulle. Jo yksinomaan kansan määrällisten suhteiden todettiin puoltavan maaseudun tärkeyttä:

”Maamme väestöstä asuu lähes 80 % maalaiskunnissa. Koko Suomen kansan nykyinen ja tuleva terveys on näin ollen ratkaisevasti riippuvainen siitä, miten tehokkaasti ja tarkoituksemukaisesti maaseudun terveydenhoito on järjestetty.”¹⁵

Maaseudun vaikutusta esimerkiksi maan syntyvyyteen pidettiin ratkaisevana ja lisäksi todettiin, että näkemys maaseudun lapsista terveyden perikuvina oli harhaanjohtava.¹⁶ Tuloksellisen kansanterveystyön havaittiin edellyttävän toiminnan ulottamista kokonaisuin ikäluokkiin: jo 1920-luvulla oli todettu, että esimerkiksi imeväishuollon rajoittuminen miltei pelkästään kaupunkeihin ja erityisesti aviottomiin lapsiin jätti yli 80 % lapsista huoltotoimien ulkopuolelle eikä siten täydellisesti onnistuessaankaan laskenut kuolleisuutta edes prosentilla.¹⁷

Väestöpoliittisesti painottuneen kansanterveystyön perustelut eivät juuri poikenneet 1900-luvun alun hygieniakeskustelun lähtökohdista. Työvoiman turvaaminen ja sivistyskansan velvollisuudet nousivat perusteluissa esiin, ja sotavuosien keskellä kansanterveys kytkettiin läheisesti myös maanpuolustukseen:

”[Työ kansamme terveyden hyväksi] on kansamme elinvoiman ja kunnan kulmakiviä (...) Tällainen toiminta on kulttuuri-työtä, vieläpä tämän työn jaloimpia ilmenemismuotoja, se on

13. Kom.miet. 1939:9, 22-25; Savonen 1942b, 39-40; Savonen 1941, 11.

14. Savonen 1942b, 40, 51.

15. Savonen 1941, 7. Harvennus alkuperäinen.

16. Kom.miet. 1943:4, 6; Kom.miet. 1942:18, 3; Kom.miet. 1949:39, 45-46.

17. Arvo Ylppö, Imeväisten ja pientenlasten huollon järjestämisestä sekä lastenhoidollisen ammattisivistyksen kohottamisesta. D 5/1922, 183-184.

tulevaisuuteen tähtäävää isänmaallista työtä. Ja samalla se on tehokasta työtä puolustusvoimamme vahvistamiseksi.”¹⁸

Kansanterveystyötä markkinoitiin taloudellisesti edullisena ratkaisuna, ja määritelmällisesti kansanterveystyö nähtiinkin sairaanhoidon ja laitoshoidon vastakohtana:

”Kansanterveystyö ei edes vaadi suuria rahamenoja. Aivan toisin on sairaaloiden ja sairaanhoidon laita, joiden tarvetta juuri kansanterveystyön avulla voimme varmasti ja tehokkaasti vähentää. Ne rahavarat, jotka käytetään kansanterveystyöhön, lujittavat maamme tulevaisuutta mitä varmimmin ja tehokkaimmin.”¹⁹

”Tämä on parasta rahojen sijoitusta ja viisainta kunnallispolitiikkaa.”²⁰

Sairaalalaitoksen kehittämistä suunniteltiinkin 1940- ja 1950-luvuilla yleensä kokonaan kansanterveystyöstä erillisenä asiana.²¹

Syntyvyys ja lapsikuolleisuus kohtalonkysymykinä

Väestöpoliittisen keskustelun lähtökohtana olivat tilastollisen päätoimiston yliaktuaari Gunnar Modeenin vuonna 1934 esittämät ennusteet, joiden mukaan väestönkasvu pysähtyisi neljän vuosikymmenen kuluttua kokonaan. Syntyvyys oli 1930-luvulla Suomessa aiempaa pienempi (ks. taulukko 5) ja laskelmat osoittivat, ettei edes kolme lasta perhettä kohden riittänyt pitämään väestöä ennallaan.²² Aviollisen hedelmällisyyden alenemista havainnollistettiin kuviossa 8 esitetyllä tavalla: kun 1800-luvun lopulla keskimäärin joka kolmas hedelmällisessä iässä oleva aviovaimo synnytti vuosittain lapsen, oltiin 1940-luvulle tultaessa tilanteessa, jossa vain joka kuudes rouva sai jälkeläisen.²³

18. Savonen 1941, 55.

19. Savonen 1942a, 60.

20. Savonen 1941, 54.

21. Esim. Pelkonen 1941, 273-348; Wrede 2001, 193-198; Pesonen 1980, 589-611.

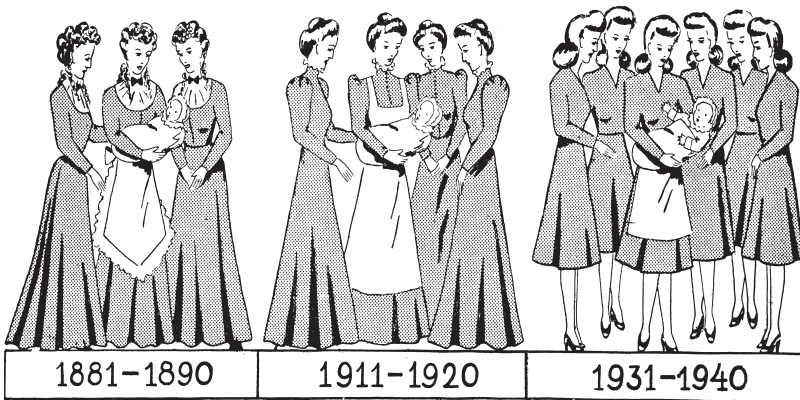
22. Mattila 1999, 55-56; Helén 1997, 37-39; Notkola 1994, 78; Lento 1946b.

23. Lento 1946c, 32.

Taulukko 5. Syntyvyys ja imeväiskuolleisuus Suomessa 1901–1939²⁴

	Elävänä syntyneitä (promillea)	Luonnollinen lisääntyneisyys*	Imeväiskuolleisuus 1000 elävänä syntynyttä kohden
1901-05	32.4	13.2	131.0
1906-10	32.5	14.3	117.0
1911-15	29.2	12.1	110.0
1916-20	24.9	4.1	113.9
1921-25	24.7	9.6	95.6
1926-30	22.5	7.7	87.9
1931-35	19.5	6.2	72.2
1936-39	20.3	6.9	71.8

*elävänä syntyneiden ja kuolleiden erotus keskiväkiluvun
1000 henkeä kohden



Kuvio 8. Aviollisen hedelmällisyyden aleneminen 1881-1940²⁵

24. Koskinen 1994, liitetaulukko 3 ja 8, 316, 322. Imeväiskuolleisuuden viimeinen arvo sisältää vuodet 1936-40.

25. Lento 1946c, 32.

Imeväiskuolleisuus oli Suomessa edelleen 1940-luvulla naapurimaita korkeammalla tasolla (kuvio 9), ja lapsuusiän väestömenetyksiä pidettiin huomattavina. Lääkintöneuvos Severi Savonen listasikin vuonna 1942 kansanterveystyön haasteiksi seuraavat turhat vuosittaiset kuolemantapaukset:

synnytykseen kuolevat äidit	yli 200
kuolleenä syntyvät lapset	1.700-1.800
ensimmäisinä elinpäivinään kuolleet	3.200-3.300
ensimmäisenä ikävuotenaan kuolleet	5.000-5.500.

Savonen laski, että tehokkaan äitiys- ja imeväishuollon sekä kulkutautitoimien avulla oli mahdollista säästää ainakin 5.000 henkeä vuosittain.²⁶

”Kun jokainen terve ja työkykyinen kansalainen on maallamme ja sen tulevaisuudelle mitä suuriarvoisinta pääomaa, merkitsee tuollainen saavutus erinomaisen suurta voittoa koko kansalle.”²⁷

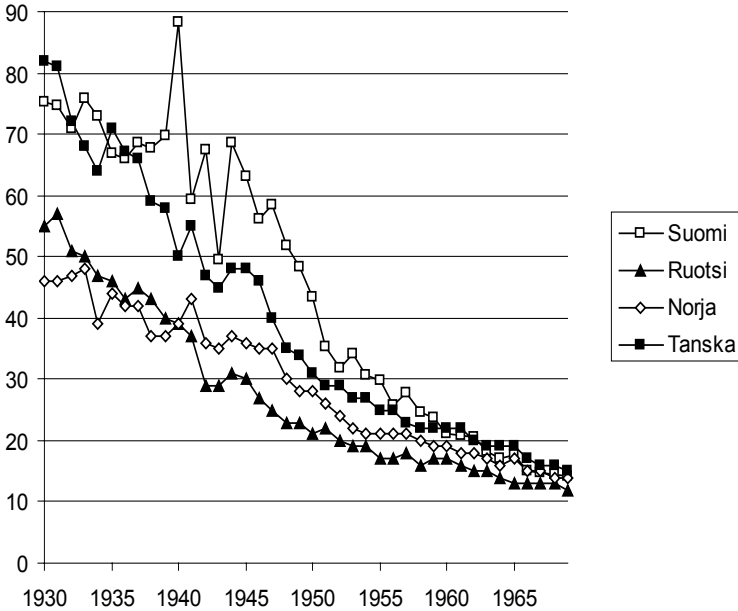
”Jokainen yhteiskunnan terve jäsen, myös lapsi, edustaa itessään suurta kansallista pääomaa, jota on tarkoin varjeltava kaikelta sellaiselta turmiolta, mikä edeltäkäsinkin voidaan ehkäistä. Tuollaiset kuolemantapaukset ovat tavallaan syytös yhteiskuntaa kohtaan, ne panevat kysymään, eikö tätä kaikkea olisi voitu estää.”²⁸

26. Savonen 1942a, 53-60.

27. Savonen 1942a, 60.

28. Savonen 1941, 22-23.

Kuvio 9. Imeväiskuolleisuus tuhatta syntynyttä kohden Suomessa, Ruot-
sissa, Norjassa ja Tanskassa 1930–1969²⁹



Omaksi erityisongelmakseen ja väestönkasvua uhkaavaksi tekijäksi miellettiin lisäksi rikolliset abortit. Abortti ja sen yritys oli rikoslain mukaan rangaistava teko, ja käytännössä ainoastaan äidin henkeä ja terveyttä uhkaavien raskauksien keskeytykset jäivät lain ulkopuolelle.³⁰ Kuitenkin 1930-luvulla lähes joka kolmannen raskauden todettiin päättyvän keskenmenoon, ja kaiken kaikkiaan laittomien aborttien määrän laskettiin nousevan jopa 20.000:een vuodessa. Kun rikollisten keskenmenojen aiheuttamien tulehdusten todettiin johtavan pysyvään hedelmättömyyteen jopa 25–30 %:ssa tapauksista, nähtiin asialla mittava kansanterveydellinen merkitys. Niin ikään varsinkin sodan myötä lisääntyneet sukupuolitaudit nähtiin keskenmenoja ja hedelmättömyyttä aiheuttavana, avioitumista

29. Mitchell, B. R., *European Historical Statistics 1750-1970* 1976, 130-132.

30. Mattila 1999, 60-61.

vähentävänä ja avioeroja lisäävänä merkittävänä väestöpoliittisena ongelmana.³¹

”Sukupuolitaudit aiheuttavat kansan kasvulle vakavan suoniskun, tippuri vähentämällä syntyvien lukumäärää, kup-patauti lisäämällä vastasyntyneiden kuolleisuutta ja sortamalla ennenaikaiseen hautaan joukon ikänsä puolesta vielä työkykyisiä miehiä ja naisia. Kansalla, jonka suurin vika on sen pienuus, ei siihen ole varaa (...) Sukupuolitautien vastustaminen on tärkeydeltään ja kantavuudeltaan tasavertainen muun väestöpoliittisen toiminnan kanssa ja päämääräkin on yhteinen: suurempi ja terveempi Suomen kansa.”³²

Lastenhuollon keulakuvaksi noussut Arvo Ylppö korosti, että helpompaa kuin lisätä syntyvyyttä oli taistella syntyneiden pitämiseksi hengissä terveydenhoidon keinoin.³³ Pienten lasten kuolleisuus nousikin kulkutautien ja tuberkuloosin ohella korostuneesti esille 1930-luvun lopun ja 1940-luvun alun terveysoloihin kohdistuneissa selvityksissä (taulukko 6). Vuonna 1939 maaseudun terveydenhoito-olojen parantamista pohtinut komitea havaitsi ehkäisevän terveydenhoidon olleen erityisesti maaseudulla pysähtyneessä tilassa. Kulkutaudit ja tuberkuloositartunta nimettiin erityisesti pikkulapsia uhkaaviksi ongelmiksi, ja myös ravinnon heikkouden todettiin näkyvän ensi sijassa kasvuikäisissä lapsissa.³⁴ Väestönsiirtojen, asumisen ahtauden ja erityisesti rintamaolosuhteiden todettiin luoneen sota-aikana tuberkuloosin leviämislle otolliset olosuhteet.³⁵ Kansanravitsemuskomitea, joka kohdisti erityishuomionsa nuoriin äiteihin, pikkulapsiin, koululaisiin, opiskelijoihin ja tehdastyöläisiin, totesi vuonna 1940 joka kolmannen kansakoululapsen olevan puutteellisesti ravittu.³⁶ Vuonna 1945 julkaistussa tutkimuksessa

31. Kom.miet. 1941:17; Savonen 1941, 59-60; Aulis Apajalahti, Keskenmenojen lisääntymisestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä Helsingin sairaaloista vuosilta 1901-1937 kerätyn aineiston perusteella. D 4/1939, 263-284; Lento 1946c, 33-36; Härö 1996, 18-54; Närkin 1997, 72-73.

32. Olin 1945, 108-109.

33. Mattila 1999, 56.

34. Kom.miet. 1939:9, 7, 31, 32-35.

35. Kom.miet. 1947:16, 59.

36. Kom.miet. 1940:5,4, 408.

tuberkuloosin ohella huomio kiinnitettiin raskauteen, synnytykseen sekä varhaislapsuuteen liittyvien kuolinsyiden yleisyyteen.³⁷

Taulukko 6. 1930–1940-luvuilla tehdyissä selvityksissä esiin nostetut terveysongelmat³⁸

Maaseudun terveyden- hoitokomitea (1939)	Kansanravitsemus- komitea (1940)	Tärkeimmät elinaikaa lyhentävät tekijät (Kannisto 1945)
<ul style="list-style-type: none"> • kulkutaudit • pienten lasten kuolleisuus • tuberkuloosi • niveltaudit • silmäsairaudet • sisälmysloiset • syöpä • sukupuolitaudit • hermo- ja mielitaudit 	<ul style="list-style-type: none"> • tuberkuloosi • riisitauti • aliravitsemus • hammassairaudet • struuma • sisälmysloiset 	<ol style="list-style-type: none"> 1. tuberkuloosi 2. tarttuvat lastentaudit ja vastasyntyneiden kuolemat 3. raskaus ja synnytys 4. miesten väkivaltainen ja luonnon kuolema 5. miesten sydäntaudit

Vaikka 1930- ja 1940-lukujen selvityksissä havaittiin myös kroonisten sairauksien – syövän, niveltautien ja sydäntautien – sekä väkivaltaisten kuolemien kasvava osuus, piti esimerkiksi lääkin-töneuvos Severi Savonen iäkkään kansanosan vaivoiksi nimettyjä kroonisia sairauksia väestöpoliittisesti merkityksettöminä:

”Jokainenhan meistä kerran kuolee, niin että kuolleisuutta sinänsä emme voi vähentää ollenkaan. Kysymys onkin vain tuotantokykyisen ikäkauden pidentämisestä, toisin sanoen toimenpiteistä esim. pientenlasten kuolleisuutta, kulkutau-teja, keuhkotautia jne. vastaan. Tällainen toiminta on väes-töpoliittisesti tärkeätä, kun taas esim. toimenpiteillä van-huudentaudin syövän torjumiseksi ei tässä mielessä ole yhtä suurta merkitystä.”³⁹

37. Kannisto 1945, 377-383.

38. Kom.miet. 1939:9, Kom.miet. 1940:5; Kannisto 1945.

39. Savonen 1942a, 53.

Väestöpolitiikkaa korostavan ilmapiirin kääntöpuolena olikin se, että kroonisten sairauksien yleistyminen jäi vähälle huomiolle. Vaikka syöpä ja reumatismi nimettiin jo vuonna 1942 luodussa kansanterveystyön ohjelmassa sellaisiksi “suuriksi kansantaudeiksi”, “joita vastaan kohdistettava taistelu kuuluu luonnostaan lääkintöhallituksen toiminnan piiriin”⁴⁰, työ säilyi pitkään vuonna 1936 perustetun Suomen Syöpäyhdistyksen ja vuonna 1947 perustetun Reumaliiton vastuulla. Myös esimerkiksi diabetesta (1948) ja sydäntautia (1955) sairastaville perustettiin omat etujärjestöt.⁴¹ Terveyspolitiikan pääkohteeksi krooniset sairaudet nousivat vasta 1960-luvulla (luku 5). Myös esimerkiksi Englannissa kansanterveystyön on todettu vähitellen 1940-luvulta lähtien suunnanneen kiinnostusta infektiotautien ohella myös kroonisiin sairauksiin.⁴²

Neuvolat äitiyshuollon ja lastenhoidon keskuksiksi

Äitiyttä, lapsia ja perheitä tukevat toimenpiteet nousivat 1940-luvun terveystoiminnan keskustelun pääkohteiksi.⁴³ Painotus näkyi selvästi esimerkiksi lääkintöhallituksen vuosikertomuksessa. Kun 1930-luvulle saakka vuosikatsauksissa oli keskitytty miltei yksinomaan tartuntatautien esiintymiseen, rokotuksiin ja sairaalapaikkojen määrään, nousivat 1940- ja 1950-lukujen aikana tuberkuloosin torjuntatyön ohella uusina tarkasteltavina kokonaisuuksina esille äitiyshuolto, lastenhuolto sekä kansakoulujen terveydenhuolto.⁴⁴

Painopiste asetettiin 1940-luvulla positiivisiin, syntyvyyttä kannustaviin toimenpiteisiin, toisin kuin 1920- ja 1930-lukujen negatiivisessa rotuhygieniassa. On kuitenkin huomattava, että vaikka negatiivisen rotuhygienian painotukset jäivätkin julkisessa keskustelussa taka-alalle, saavuttivat rotuhygieniset sterilisoinnit määrällisen huippunsa 1950- ja 1960-lukujen taitteessa. Lisäksi vuonna 1950 säädetyn aborttilain myötä sallittiin rotuhygieniset

40. Savonen 1942b, 46.

41. Mähönen 1996, 225-231; Moring, Ramsay & Turpeinen 1996; Kom.miet. 1948:23, Kom.miet. 1954:2.

42. Petersen & Lupton 1996, 2.

43. Aikakauden keskustelusta ks. Strömmer 1991, 43-46; Auvinen 1991, 206-211; Wrede 2001, 130-144.

44. SVT XI:17-55 1900-1938; SVT XI:56 1939-1952; SVT XI:58 1955.

abortit. Ajatus tiettyjen ominaisuuksien karsimisesta eli siis hyväksyttynä väestöpolitiikan sisällä.⁴⁵

Sodanjälkeisen väestöpoliittisen keskustelun perimmäisenä tavoitteena oli luoda kokonaan uusi suhtautuminen perheeseen ja lapsiin.⁴⁶ Kotia, ydinperhettä ja äitiyttä korostavaa yhteiskunnallista ilmapiiriä onkin kuvaavasti nimitetty kotikultiksi.⁴⁷ Aatteen levittämistyötä johti vuonna 1941 perustettu Väestöliitto, joka järjestönä sai merkittävän, puoliviralliseksi luonnehditun aseman.⁴⁸

Väestöpoliittisten tavoitteiden saavuttamisessa hyödynnettiin sekä terveydenhuollon että sosiaalipolitiikan mahdollisuuksia. Pohjan muille uudistuksille loivat seuraavat kansanterveyden perustuslaeiksi nimitetyt⁴⁹, vuonna 1944 voimaan tulleet säädökset:

- laki kunnallisista terveyssisarista
- laki kunnan kättilöistä
- laki kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista

Lakipakettia täydensi vielä vuonna 1943 voimaan astunut laki yleisestä lääkärinhuollosta, jolla vakiinnutettiin paikallinen kunnanlääkärilaitos määräämällä viran perustaminen kunnille pakolliseksi. Kunnat veloitettiin myös kättilön ja terveyssisaren palkkaamiseen sekä kunnanlääkärin johtaman äitiys- ja lastenneuvolan perustamiseen paikalliseksi vastaanottopisteeksi.⁵⁰ Erityisesti maaseudulle rakennettujen ns. terveystalojen haluttiin toimivan valistuksen ja terveydenhoidon keskuksina. Vastaanottoilojen ohella terveystaloissa tulikin olla pysyvä terveydenhoitönäyttely.⁵¹

Neuvolatoiminta oli alkanut järjestöpohjalta jo 1920-luvulla, ja järjestöjen panos oli edelleen 1940-luvulle tultaessa huomattava. Mannerheimin Lastensuojeluliitto ja Suomen Huolto lahjoittivat talvisodan jälkeen noin 200 neuvolan tarpeet ja vuoden lääkärinpalkkiot toimintaan sitoutuville kunnille. Myös Samfundet Folkhälsan sekä Maitopisara osallistuivat neuvolatoimintaan. Amerikkalaisen Rockefeller-säätiön, Mannerheimin Lastensuojeluliiton ja lääkintö-

45. Marttila 1999, 185-225, 337-338, 392.

46. Savonen 1942a, 52; Sukselainen 1946, 16.

47. Satka 1994, 301.

48. Lento 1946b, 77-81; Nieminen 1946b; Nätkin 1997, 62-69.

49. Pesonen 1980, 663.

50. Pesonen 1980, 414-417, 629-639.

51. Savonen 1941, 33-35.

hallituksen yhteistyöllä Helsingin maalaiskunnasta luotiin vuonna 1940 terveydenhuollon kehittämisen mallikenttä. Vuoden 1944 lakien astuessa voimaan oli toiminnassa siten jo 300 neuvola, joista suuri osa siirtyi sellaisenaan kuntien haltuun. Erityisiä terveystaloja rakennettiin vuoteen 1955 mennessä peräti 527 kappaletta. Niistä noin 60 % valmistui kuntien kustannuksella, mutta myös Mannerheimin Lastensuojeluliitto ja muut järjestöt vastasivat omalla panoksellaan terveystalojen rakentamisesta. Terveystalot toimivat paikallisen kansanterveystyön keskuksina 1970-luvulle saakka.⁵²

Neuvoloiden keskeisin tavoite oli nimensä mukaisesti terveysneuvonta, valistus ja opastus. Henkilökohtaiseen neuvontaan perustuva työmuoto todettiin halvimmaksi ja tarkoituksenmukaisimmaksi, ja neuvolapalveluiden maksuttomuuden avulla kaikki yhteiskuntapiirit haluttiin saada turvautumaan neuvolan apuun.⁵³ Neuvolat haluttiin luoda kaikille samanlaisiksi lähipalveluksi asuinpaikasta ja asemasta riippumatta.⁵⁴ Ajatuksena oli, että varhaislapsuudessa aloitetun neuvontatyön avulla voitiin laskea ”luja perusta kansalaisten tulevalle terveydelle” ja siten parantaa kaikkien ”tulevien suomalaisten elinvoimaisuutta ja ruumiillista kuntoa”.⁵⁵

Taulukko 7. Äitiys- ja lastenneuvoloiden sekä terveystalosten ja kättilöiden lukumäärä 1939–1952⁵⁶

	äitiysneuvolat		lastenneuvolat		terveystalot	kättilöt
	a	b	a	b		
1935	...	...	...	...	429	980
1939	16	124	...	...	...	...
1940	30	155	144	...	...	990
1945	360	278	367	473	688	1060
1950	690	1459	712	2293	967	1410
1955	844	2148	784	3079	1609	1603
1960	878	2366	967	3324	1726	1845

a = päätoimipaikat

b = sivutoimipaikat

52. Korppi-Tommola 1990, 148, 153-158; Wrede 2003, 62-70, 75-76, 86; Vauhkonen 1978, 56-57; Tallberg 2000; Wrede 2001; Yrjälä 2005.

53. Kom.miet. 1942:18, 1-5.

54. Melkas 1987, 56-57.

55. Savonen 1941, 32.

56. Kom.miet 1965: B 72, 30; STV 1953, 280; STV 1957, 278; STV 1961, 288.

Kun syntyvyys nousi sodan jälkeen huippuunsa ja vuosina 1946–49 syntyi yli 100 000 lasta vuosittain,⁵⁷ voitiin kehityskulku nähdä osoituksena väestöpolitiikan onnistumisesta. Toisaalta tilanne loi myös uusia haasteita terveydenhuollolle. Suurten ikäluokkien varttuessa kouluikään nousi kansakoulujen terveydenhuolto keskustelun kohteeksi, sillä juuri kouluikä katsottiin luovan perustan koko myöhemmälle ruumiinkunnolle. Vuonna 1948 käynnistettiin maksuton kouluruokailu osana keuhkotaudin vastustamiskampanjaa.⁵⁸ Vuonna 1952 säädetty laki määritteli puolestaan koululääkärin asettamisen kunnalle pakolliseksi, ja toimintaa laajennettiin käynnistämällä lakisääteinen kouluhammashoito vuonna 1957.⁵⁹

Uudistusten myötä 1950-luvun jälkipuoliskolla lääkintöhallituksen kansanterveysosaston alaisuudessa toimi terveysvalvonta- ja neuvontajärjestelmä, joka kattoi yksilön elämänvaiheet sikiöajasta nuoruuteen asti. Neuvoloiden ja koulujen terveysisarten vuosittaiset sekä koululääkärin joka toinen vuosi toteuttamat tarkastukset tavoittivat periaatteessa koko ikäluokan.⁶⁰ Vuonna 1962 käyttöön otettu yleinen terveyskortti, joka ulottui lastenneuvoloista kouluihin, tehosti osaltaan tarkkailun yhtenäisyyttä.⁶¹ Vaikka esimerkiksi kunnallisten terveysisarten työssä alettiinkin 1950-luvun lopulla yhä voimakkaammin korostaa perhekeskeisyyttä, painottui terveydenhuoltotyö käytännössä pikkulapsiin ja koululaisiin.⁶²

Sosiaalipolitiikka: perhekustannusten tasaus

”On pyrittävä saattamaan äitiyden- ja isyydenkutsumuksen täyttäminen tunnustuksen ja kunnioituksen kohteeksi sekä lasten synnyttäjät ja elättäjät vakuuttuneiksi yhteiskunnan puolelta heihin kohdistuvasta myötätunnosta ja huolenpidosta.”⁶³

57. Koskinen 1994, 78.

58. Savonen 1941, 35-39; Suojanen 2003, 143.

59. Pesonen 1980, 640-642.

60. SVT XI:58 1955, 11-13.

61. Hultin 1969, 48-50.

62. SVT XI:59 1956, 25-28.

63. Kom.miet. 1941:17, 22.

”Jos yhteiskunta kerran tunnustaa, että lasten kasvattaminen on kansalaisvelvollisuus, niin nykyaikainen oikeuskäsitys vaatii, että tällaisen yhteiskunnallisen velvollisuuden täyttämistä aiheutuvien kustannusten täytyy mahdollisimman tasan jakaantua yhteiskunnan jäsenten kesken. Perhekustannusten tasoittaminen toisin sanoen on välttämättömyys, josta ei enää päästä.”⁶⁴

Sosiaalipoliittiset, perhekustannuksia tasaavat tulonsiirrot olivat keskeinen osa 1940-luvun väestöpolitiikan toteutusta. Sodanjälkeinen baby-boom antoi jo 1930-luvun lopulla alulle päässeelle lainsäädäntökehitykselle lisävauhtia, ja mm. seuraavat uudistukset toteutettiin nopeassa tahdissa:

- äitiysavustuslaki 1937 (muutokset 1941, 1945, 1949)
- perhelisälaki 1943
- kodinperustamislainlaki 1944, 1945
- lapsilisälaki 1948
- lapsiperheiden asumistukijärjestelmä 1940, 1949, 1959
- laki kunnallisista kodinhoitajista 1950
- erityislapsilisälaki 1960.⁶⁵

Erityisen merkittävänä uudistuksena pidettiin äitiysavustukseen vuonna 1949 kirjattua ehtoa, jolla raskaudenaikaiset neuvolakäynnit säädettiin avustuksen saamisen edellytykseksi. Samalla avustuksen tarveharkintaisuus poistettiin.⁶⁶ Uudistus satoi terveys- ja sosiaalipolitiikan tiiviisti yhteen ja toi lapsiperheet kattavasti terveydenhuollon piiriin: 1950-luvun puolivälissä enää noin 5 % synnyttäjäistä ja 10 % syntyneistä lapsista jäi neuvoloiden ulkopuolelle ja vain joka viides synnytys tapahtui synnytyslaitosten ulkopuolella (taulukko 8).⁶⁷ Äitiysavustuksen saaminen kytkettiin myös sukupuolitautilien torjuntaan: vuoden 1952 sukupuolitautilain myötä raskaana olevien naisten veritutkimus tautien toteamiseksi säädettiin pakolliseksi.⁶⁸

64. Sukselainen 1946, 14.

65. Jaakkola ym. 1994, 360-361; Kom.miet. 1971: A 25, 11; Haatanen & Suonoja 1992, 191-193, 390-399, 405-414; Helén 1997, 235-238.

66. Sukselainen 1950, 32-33.

67. SVT XI:58 1955, 10-12.

68. Härö 1996, 32-34; Sukupuolitautilaki 25.1.1952 no 52 § 7.

Taulukko 8. Neuvolapalveluita käyttäneiden osuudet (%) 1939–1970⁶⁹

	Äidit, % synnyttäneistä	Vuotta nuoremmat lapset, % elävänä syntyneistä
1939	11	...
1940	21	...
1945	86	35
1950	92	71
1955	95	89
1960	97	97
1965	98	94
1970	99	96

Oman kokonaisuutensa aikakauden väestöpolitiikassa muodosti myös äitiysuojelu, johon sisältyi äitiysloman turvaaminen ansiotyössä oleville äideille ja raskaana olevien naisten suojele liian raskaalta työltä.⁷⁰ Kunnallisten kodinhoitajien ja äitien lomien avulla pyrittiin puolestaan tukemaan perheenäitien jaksamista.⁷¹

Perheen perustamiseen kannustettiin perheellisten verohelpotuksin, lapsilisän avulla sekä kodinperustamislainoilla, joita myönnettiin alle 30-vuotiaille, henkilökohtaisilta ominaisuuksiltaan vaatimukset täyttävälle avioliiton solmiville henkilöille. Väestöpoliittinen painotus korostui lainojen takaisinmaksussa, sillä kolmas lapsi toi tullessaan lainojen vähennyksen ja viidennen lapsen syntyessä laina kuitattiin kokonaan hyviteteksi. Vähävaraisten, yli nelilapsisten perheiden tukemiseksi säädettiin lisäksi perhelisälaki. Perhelisä voitiin kuitenkin evätä, mikäli perheen tukemista ei terveydellisistä tai muista syistä pidetty yhteiskunnan kannalta tarkoituksenmukaisena.⁷²

Yhteiskunnan terveyden todettiin osaltaan riippuvan myös asumisen tasosta ja siksi korostettiin, ettei väestöpoliittisesti “ole yhdentekevää millaisissa oloissa kasvavat ne lapset, jotka tulevaisuudessa muodostavat Suomen kansan”.⁷³ Sekä maaseudun että kaupunkien asunto-oloista laadittiin jo 1930-luvun lopulla erilliset selvitykset, ja mm. ARAVA-järjestelmällä pyrittiin helpottamaan

69. Kom.miet. 1965: B72, 30; Terveyttä kaikille vuoteen 2000, 14.

70. Kom.miet. 1945:4; Haatanen & Suonoja 1992, 383-386.

71. Satka 1994, 323-326; Hietala 1991; Haatanen & Suonoja 1992, 405-407.

72. Sukselainen 1950, 55-63, 138-163; Haatanen & Suonoja 1992, 392-395; Lento 1946a; Hertenzen 1946b; Nieminen 1946a; Kom.miet. 1943:4.

73. Kom.miet. 1942:20, 13. Myös esim. Hertenzen 1946a, 5.

perheitten asunnonsaantia.⁷⁴ Raskauden keskeyttämistä suunnitteleville naisille suunnatussa opaskirjassa (kuvio 10) raskauden jatkamiseen kannustettiinikin korostamalla äidin ja lapsen olevan ”yhteiskuntamme erityisen suojelun kohteina”.⁷⁵

Kuvio 10. Perheille suunnatut palvelut 1950-luvulla Väestöliiton oppaan mukaan⁷⁶



74. Kom.miet. 1937:6; Kom.miet. 1939:5; Hertzzen 1948, 225-231; Haatanen & Suonoja 1992, 408-414.

75. Odottamaton raskaus – miten selviän vaikeuksistani? Opas aviovaimoille 1956. Ks. myös Helén 1997, 233-234.

76. Odottamaton raskaus – miten selviän vaikeuksistani? Opas aviovaimoille 1956.

Yhteenveto

Sodanjälkeisen terveystieteiden ydin tiivistyy lääkintöneuvos Severi Savosen otsikossa ”Kansanterveystyö väestöpoliittisena tekijänä”. Kansan olemassaolon turvaamiseksi väestön – erityisesti äitien ja lasten – terveys otettiin yhteiskunnan suojelun ja valvonnan kohteeksi.⁷⁷ Imeväiskuolleisuuden nopean laskun nähtiinkin kuuluvan sotavuosien jälkeisen sosiaalipolitiikan ”kauneimpiin saavutuksiin” ja kansallisen ylpeyden aiheisiin.⁷⁸ Väestöpolitiikan toinen tavoite eli syntyvyyden nousu sen sijaan havaittiin lyhytaikaiseksi ja nuorten lapsiperheiden määrän kasvusta johtuvaksi, sillä aviollinen hedelmällisyys laski jo 1950-luvun alussa 1930-lukua alhaisemmalle tasolle.⁷⁹ Suurten ikäluokkien syntyminen poisti kuitenkin väestöpoliittisen huolen kansan katoamisesta.⁸⁰

Kaiken kaikkiaan ”kansanterveydellistä väestöpolitiikkaa” toteutettiin 1940-luvulla hyvin laajalla rintamalla: toimenpiteet ulottuivat neuvolapalveluista perheiden verotukseen ja kouluruokailusta äitien lomatoimintaan. Anneli Anttonen ja Jorma Sipilä ovatkin todenneet, että esimerkiksi maksuttoman kouluruokailun toteuttamisessa tiivistyivät ”sodan jälkeinen optimismi, tasa-arvon hyväksyttävyys, kansanterveystyön ajankohtaisuus ja julkisten palvelujen itsestänselvyytensä”.⁸¹ Palveluiden toteuttaminen loi uuden avohuollon organisaation ja uudet ammattikunnat. Perheiden fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin turvaaminen nähtiin yhteiskunnan välttämättömänä velvollisuutena.

Yhteiskunnan ottama vastuu kansanterveyden turvaamisesta loi samalla kansalaiselle moraalisen velvoitteen oman ja perheensä terveyden ylläpitämiseen. Velvoitusten korostaminen näkyy selvästi sekä aikakauden perhettä tukevissa säädöksissä että lain-säädännössä, jolla jatkettiin hygieniaprojektin aloittamaa työtä tartuntatautien voittamiseksi. Uudet sukupuolitautilait (1939 ja 1952), pitaalitautilaki (1945) ja tuberkuloosilaki (1948) velvoittivat yksilön alistumaan tutkimuksiin ja oikeuttivat myös tautia kantavan eristämisen pakkohoitoon. Esimerkiksi tuberkuloosin osalta jokainen 15-vuotias oli velvollinen saapumaan röntgentar-

77. Savonen 1942a, 52-60.

78. Kuusi 1961, 261; Leppo & Puro 1972, 3.

79. Notkola 1994, 78-79.

80. Väestöpoliittisesta keskustelusta esim. Suominen 1976; Hulkko 1973, 121-126.

81. Anttonen & Sipilä 2000, 75.

kastukseen mahdollisten keuhkokuutosten toteamiseksi.⁸² Niin ikään uusi rokotuslaki (1951), jonka alaa laajennettiin koskemaan isorokon ohella myös kurkkumätää, lavantautia, tuberkuloosia sekä muita kulku- ja tarttuvia tauteja, antoi tarvittaessa oikeuden pakkorokotuksiin.⁸³

82. Sukupuolitautilaki 9.6.1939 no 198; Sukupuolitautilasetus 9.6.1939 no 199; Sukupuolitautilaki 25.1.1952 no 52; Pitalitautilaki 22.6.1945 no 638; Tuberkuloosilaki 3.9.1948 no 649; Tuberkuloosiasetus 1.10.1948 no 726.

83. Rokotuslaki 10.7.1936 no 258; Rokotuslaki 14.6.1951 no 361.

5. TERVEYSPALVELUPOLITIikka

60-luvun terveyspolitiikka: takapajuisuudesta taloudelliseen kasvuun

”Terveydenhuoltomme osoittautuu oudon takapajuiseksi. Erotumme jyrkästi muista Pohjoismaista ja liitymme lähinnä maanosamme köyhimpiin kansoihin.”¹

”Suomalainen yhteiskunta on ollut poikkeuksellisen avuton järjestäessään kansalaistensa terveydenvaalimahdollisuuksia.”²

Sosiaalipoliitikko Pekka Kuusen vuonna 1961 antama tyly tuomio poikkesi tyystin aikaisemmista suomalaisten terveydenhuollon tilaa koskevista arvioista. Vielä 1950-luvun puolivälissä suomalaisen terveydenhuollon kehitystä oli pidetty varsin myönteisenä, sillä imeväiskuolleisuus ja tartuntataudit oli saatu kuriin, uusia tuberkuloositapauksia todettiin entistä vähemmän, sairaalalaitosta kehitettiin ja terveydenhuolto tehostui.³ Vertailu Euroopan 24 maan lääkäri- ja sairaansijatiheydestä sekä alle 1-vuotiaiden ja työikäisten miesten kuolleisuudesta johti kuitenkin uudenlaiseen loppupäätelmään, sillä Suomi jäi vertailussa koko joukon häntäpäähän sijaluvulle 20. Ainoastaan imeväiskuolleisuudessa Suomi ylsi

1. Kuusi 1961, 257.

2. Kuusi 1961, 263.

3. Esim. SXT XI:58 1955, 7-16; SVT XI:62 1959, 9.

muiden Pohjoismaiden tasolle sijalle seitsemän. Tulos oli Kuusen mukaan hätkähdyttävä, ja tilanteella oli hänen mukaansa mittavia yhteiskunnallisia vaikutuksia.⁴

Pekka Kuusen teos ”60-luvun sosiaalipoliittikka” esitteli kokonaisvaltaisen yhteiskuntaohjelman, joka laadittiin Sosiaalipoliittisen yhdistyksen aloitteesta sosiaalipoliittikan ja kansantalouden asian tuntijoiden myötävaikutuksella.⁵ Ohjelman ydinajatus oli ”harmonia taloudellisen kasvun ja sosiaalisen kasvun välillä”⁶, ja terveyden merkitystä tarkasteltiin uudenaikaisesta yhteiskunnallisesta perspektiivistä. Taloudellinen kasvu nimettiin yhteiskuntakehityksen moottoriksi ja terveystaloudelliset nähtiin muiden sosiaalimenojen tavoin kulutuskysyntää lisäävinä ja talouskasvua tukevinä tekijöinä. Terveystaloudelliseen panostaminen todettiin tuottavaksi sijoitukseksi, sillä ohjelman teesien mukaan lääkintäpalvelusten käyttöä tehostamalla epäaktiivi väestö saatiin mukaan yhteiskunnalliseen toimintaan. ”60-luvun sosiaalipoliittikka” -teos korostikin, että ”ihmiskeskiseen, kasvuhakuisen yhteiskuntapolitiikkaan kytkeytyy erottamattomasti terveydenhuollon yleismaailmallinen nousu”.⁷ Koska demokratia, tasa-arvoisuus ja taloudellinen kasvu nähtiin modernin yhteiskunnan kehityksessä tiivistä toisiinsa kietoutuneina tekijöinä, nähtiin terveyden tasa-arvon edistäminen sekä moraalisesti että taloudellisesti suotuisana.⁸ Teoksen keskeinen viesti olikin, että etumatka muihin maihin oli kurrottava kiinni:

”Jos mielimme Ruotsin ja Neuvostoliiton, kahden kasvutietoisien ja -kykyisen kansan, välissä jatkaa omaa elämäämme, me olemme tuomitut kasvamaan.”⁹

4. Kuusi 1961, 254-267.

5. Ohjelman tekoon osallistui edustajia mm. lääkintöhallituksesta (lääkintöneuvos Aimo Ojala, talousneuvos Onni Vauhkonen), Kansaneläkelaitoksesta (osastopäällikkö Tauno Jylhä), sosiaaliministeriöstä (kansliapäällikkö Aarne Tarasti, vakuutusosaston osastopäällikkö Toivo Pentikäinen), Väestöliitosta (toiminnanjohtaja Heikki von Hertzen, yleissihteeri Antero Peräläinen) ja kulkulaitosministeriöstä (toimistopäällikkö Terho Pulkkinen). Hankkeen neuvotteluryhmän puheenjohtajana toimi Sosiaalipoliittisen yhdistyksen esimies Heikki Waris. Kuusi 1961, V-VI; Tuomioja 1996, 86-97.

6. Kuusi 1961, 359.

7. Kuusi 1961, 254.

8. Kuusi 1961, esim. 8, 276.

9. Kuusi 1961, 34.

Terveydenhuoltopolitiikalla nähtiin työvoima-, asunto- perhe- ja eläkepolitiikan ohella keskeinen rooli taloudellisen kasvun toteuttamisessa:

”Taloudelliseen kasvuun pyrkivällä yhteiskunnalla ei ilmeisestiäkään ole varaa siihen, että tuotantoelämän ulkopuolella olevat vanhukset, työkyvyttömät, sairaat, lesket toisaalta ja tuotantoelämään osallistuvat vähätuloisimmat toisaalta saavat jättäytyä niin oloihinsa, etteivät he edes pyri kulutustasoaan kohottamaan.”¹⁰

”60-luvun sosiaalipolitiikan” perusajatus sosiaalimenoista talouskasvun edistäjänä oli mullistava, sillä vielä vuonna 1957 Kuusi itsekin oli tuominnut Suomen liian korkeat sosiaalimenot kansantulon kasvun esteeksi. Keynesiläinen talousteoria, joka korosti valtion roolia talouden ja kulutuksen ohjaajana sekä brittiläinen sosiaalipoliittinen keskustelu, joka painotti kattavia, kansalaisten tasavertaiseen kohteluun perustuvia, sosiaaliturvan eri osat yhteen sulauttavia sosiaalipalveluita, muodostivat uuden hyvinvointivaltioajattelun pohjan.¹¹ Väestöpoliittisen painotuksen jälkeen terveyspolitiikan katse käännettiin lapsista ja äideistä koko kansaan. Terveyden- ja sairaanhoito määriteltiin 1960-luvulle tultaessa ”kaikkien kansalaisten hyväksi tapahtuvaksi toiminnaksi”¹² ja terveyspolitiikan tavoitteeksi asetettiin väestön terveydentilan jatkuva kohottaminen ja ylläpitäminen.¹³

Terveimmät lapset – sairaimmat aikuiset

Suomalaisten kuolleisuudessa 1960-luku merkitsi käännettä: vaikka imeväiskuolleisuus laski nopeasti, kääntyivät kokonaiskuolleisuutta kuvaavat luvut kaudella 1961–65 ensimmäistä kertaa rauhan aikana nousuun (ks. kuvio 2). Kuolleisuuden nousun katsottiin sinällään olevan luonnollista seurausta kaikissa länsimaissa tapahtuneesta väestörakenteen muuttumisesta eli keski-ikäisten ja iäkkäiden

10. Kuusi 1961, 59.

11. Kuusi 1961, 106; Rauhala 1996, 41-62; Riihinen 1993, 1-4.

12. SVT XI:62 1959, 9.

13. Kuusi 1961, 275; Kom.miet. 1965:B 72, 6.

suhteellisen väestöosuuden noususta¹⁴, mutta kuolleisuuslukujen vertailu naapurimaihin paljasti suomalaisen kansanterveyden ongelmakohdat.

Jo vuonna 1945 väestötieteilijä Väinö Kannisto oli osoittanut, että suomalaisten keskimääräinen elinaika – joka oli vuosina 1936–40 miehillä 54,3 vuotta ja naisilla 59,5 vuotta – oli selvästi Ruotsia alhaisempi. Naisten osalta ero oli noin 7 vuotta ja miesten osalta peräti 10 vuotta. Kannisto totesikin, että nimenomaan suomalaisten miesten kuolemanvaara oli naapurimaahan verrattuna kaksinkertainen.¹⁵ Vuonna 1956 havaittiin, että Suomea korkeampaan kuolleisuuteen 35–39-vuotiaitten miesten keskuudessa yllettiin ainoastaan Espanjassa ja Portugalissa, ja varsinkin muihin Pohjoismaihin verrattuna suomalaisten miesten ylikuolleisuus oli silmiinpistävä (kuvio 11).¹⁶ Pekka Kuusen tulkinta tilanteesta olikin seuraava:

”Olemme (...) joutuneet vakavan tosiasian eteen: suomalaisen miehen terveydentila on eurooppalaisittain katsoen huono ja hänen elinikänsä lyhyt. Terveydenhuoltopolitiikkamme kannalta katsoen tämä tosiasia ei voi olla merkitsemättä harjoittamamme toiminnan ankaraa tuomiota.”¹⁷

Kansanterveyden tehostamista selvittämään asetetun kansanterveyskomitean esittämät yksityiskohtaiset pohjoismaiset tilastotiedot vuodelta 1960 vahvistivat Suomen lukujen synkkyuden (kuvio 12). Ikäryhmittäinen vertailu osoitti, että ainoastaan 0–14-vuotiaiden osalta suomalaisten miesten kuolleisuus oli naapurimaiden tasolla, mutta kaikissa muissa ikäryhmissä se oli selvästi muiden Pohjoismaiden yläpuolella. Myös suomalaiset naiset sijoituivat pohjoismaisessa vertailussa kärkisijalle.¹⁸

14. SVT XI:64 1961, 11; SVT XI:65-66 1962-63, 18; SVT XI:67 1964, 18.

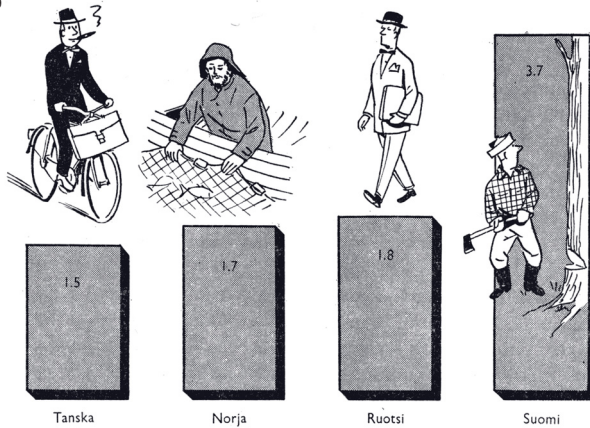
15. Kannisto 1945.

16. Kuusi 1961, 255-256, 262-263.

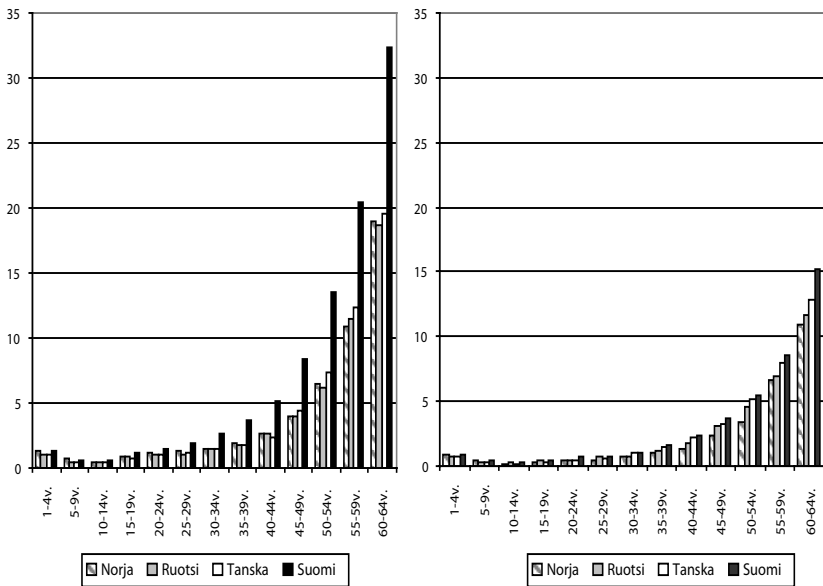
17. Kuusi 1961, 263.

18. Kom.miet. 1965:B 72, 7-8; SVT XI:68 1965, 19-20.

Kuvio 11. 35–39-vuotiaitten miesten kuolleisuus Pohjoismaissa 1956, 1000 henkeä kohden¹⁹



Kuvio 12. Alle 65-vuotiaitten miesten ja naisten kuolleisuus Pohjoismaissa ikäluokittain 1000 asukasta kohti vuonna 1960²⁰



19. Kuusi 1961, 263.

20. Kom.miet. 1965:B 72, 7-8.

Tilanne heikkeni entisestään 1960-luvun aikana. Kovin yllättävinä pidettiin tilastotietoja, jotka osoittivat työikäisten miesten kuolemanvaaran yhä lisääntyneen vuosina 1961–65 ja jäljellä olevan keskimääräisen eliniän kääntyneen jopa laskuun.²¹ Kokonaistilanne olikin vuonna 1965 musertava: koko Euroopan vertailussa Suomi sijoittui sekä miesten että naisten kuolleisuudessa kärkisijalle.²² Korkeana jatkuva keski-ikäisten kuolleisuus vei pohjan pois oletta- mukselta, jonka mukaan suomalaisten ylikuolleisuus olisi ollut vain raskaiden sotavuosien jälkioire.²³

Oman lisänsä suomalaisten synkkään kuolleisuuskuvaan toi- vat alueelliset erot. Ensimmäinen tutkimus, jossa asiaan kiinnitet- tiin huomiota, julkaistiin jo vuonna 1947²⁴, ja lääkintöhallituksen vuosikertomuksessa asia nostettiin esille vuonna 1961. Tuolloin keskussairaalapireittään esitetyt kuolleisuusindeksit osoittivat, et- tä Lounais-Suomessa kuolleisuus jäi reilusti alle maan keskiarvon, kun taas mustimmat alueet löytyivät Itä- ja Pohjois-Suomesta.²⁵ Edelleen 1970-luvulle tultaessa todettiin, että pohjoiskarjalaisen poikalapsen keskimääräinen elinaika oli yli kolme vuotta lyhyempi kuin varsinaissuomalaisen ikätoverinsa.²⁶

Kaiken kaikkiaan tilanne viittasi siihen, että suomalaisten terve- ydessä ja terveyspalveluissa oli alueellista sekä ikään ja sukupuoleen sidottua epätasa-arvoisuutta.²⁷ Kysymys ”miten ja miksi maailman terveimmistä lapsista kehitty Euroopan sairaimpia aikuisia”²⁸, hal- litsikin 1960- ja 1970-lukujen terveyspoliittista keskustelua.

Hoitamattomat krooniset sairaudet

”Ylikuolleisuus on olennaiselta osaltaan täällä seurausta hoi- tamattomista sairauksista. Jos Jooseppi Kenkkusen ja Iisakki Käkriäisen pojat nykyisin ovat maanosamme raihnaimpiin kuuluva miehiä, nämä reumaattisten jäsenten ja kovettu- neiden verisuonten miehet eivät ole toki lääkäriä liikoja vai-

21. Elämisen laatu. Liite 1. Terveyspolitiikan tavoitteita tutkivan työryhmän raportti 1972b, 68-76.

22. SVT XI:70-71 1967-68, 26.

23. Leppo & Puro 1972, 4.

24. Kannisto 1947.

25. SVT XI:64 1961, 15. Myös Härö 1966, 1142-1143.

26. Leppo & Puro 1972, 4.

27. Kuusi 1961, 254-267.

28. SVT XI:72-73 1969-70, 87.

vanneet. Suomalaisen miehen, Jussi Koskelan, tyyliin ei ole kuulunut vähäisten vikojen kuuluttelemisen. Vikojen kanssa on eletty, niin kuin on osattu. Lääkəriin on menty vasta, kun työnteko on ollut jo topissa.”²⁹

”60-luvun sosiaalipolitiikka” -teoksessa suomalaisten miesten ylikuolleisuuden syyksi nimettiin piilevät, hoitamattomat krooniset sairaudet. Havaintoa tukivat myös tarkentuneet kuolemansyytilastot. Jo vuonna 1945 väestötieteilijä Väinö Kannisto listasi miesten väkivaltaiset ja luonnottomat kuolemat sekä miesten ”tavattoman yleiset” ennenaikaiset sydäntautitapaukset tärkeimpien elinikää alentavien tekijöiden joukkoon. Kannisto itse piti suomalaisten miesten väkivaltaisten kuolemien – tapaturmien, itsemurhien ja tappojen – suurta osuutta hämmästyttävänä ja pani merkille erityisesti nuorten miesten itsemurhien yleisyyden. Sydäntautikuolemien hän totesi puolestaan yleistyvän jo 40. ikävuoden paikkeilla. Vertailu Ruotsiin ja Tanskaan vahvisti Suomen miesten sydäntautikuolleisuuden poikkeuksellisuuden.³⁰

Tutkimustulokset 1950-luvulta tarkensivat edelleen kuvaa suomalaisten kuolinsyiden erityispiirteistä. Verenkiertoelintautien osalta miesten kuolemanvaaran havaittiin olevan selvästi naisia korkeamman, esimerkiksi 50 vuoden iässä ero oli yli 2,5-kertainen. Myös syöpäkuolleisuudessa sukupuolierot olivat huomattavat: keuhkosyövän osalta 50-vuotiaan miehen riski oli kymmenkertainen ja mahasyövässäkin kaksin-kolminkertainen naisiin verrattuna.³¹ Kaiken kaikkiaan sydän- ja verisuonitautien sekä syövän aiheuttamien kuolemien määrät kääntyivät 1950-luvun aikana selvään nousuun (kuvio 13). Kymmenvuotiskautena 1955–65 miesten sepelvaltimotautikuolleisuus nousi peräti 45 %:lla ja naisillakin noin 30 %:lla.³²

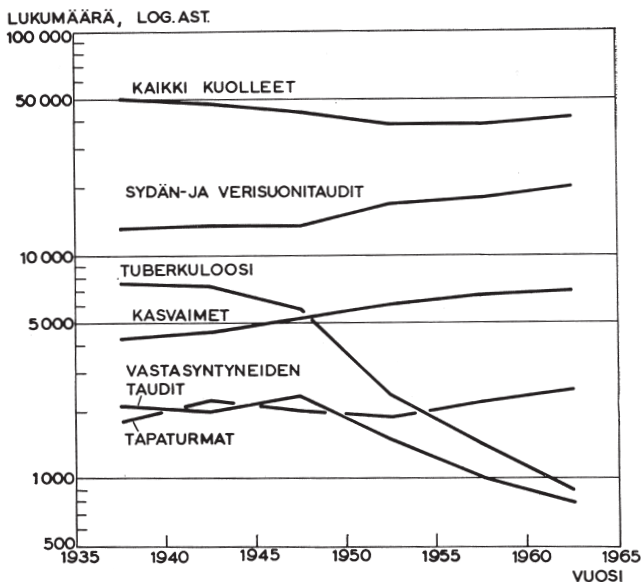
29. Kuusi 1961, 266.

30. Kannisto 1945.

31. Noro 1957, 41-45.

32. Ignatius 2000, 586-587.

Kuvio 13. Tärkeimmät kuolemansyyt 1935–1965³³



Läketieteen piirissä käytiin 1950-luvulla keskustelua siitä, oliko esimerkiksi syövän lisääntyminen todellista vai pikemminkin tutkimusmenetelmien ja diagnosoinnin paranemisesta sekä parempien hoitokeinojen aiheuttamasta sairastuneiden eliniän kasvusta johtuvaa.³⁴ Kroonisten tautien lisääntymisen kansanterveydellistä tai -taloudellista merkitystä ei edelleenkään pidetty itsestään selvänä tauteihin kuolleiden korkean iän takia.³⁵ Kroonisten tautien vähittäisestä noususta terveystalouden näytämölle kertoo kuitenkin se, että vuonna 1965 lääkintöhallituksen vuosikertomuksessa raportoitiin ensimmäisen kerran syövän ja reuman torjuntatyöstä. Samalla korostettiin, että pääasiallisesti erilaisten yhdistysten vastuulla oleva työ oli tulevaisuudessa tarkoituksenmukaista liittää lähemmin yh-

33. Noro 1968, 51.

34. Pakkala 1982, 117-118, Kom.miet. 1971:B 4, liite 4, 3-5. Esimerkiksi lääkintöhallituksen vuosikertomuksessa 1959 verenkiertoelinten, kasvainten sekä hermoston ja aistimien tautien todettiin aiheuttaneen 2/3 kuolemantapauksista. Selitystä tilanteeseen haettiin ikärakenteen muuttumisen ohella tilastoinnin kehitymisestä eli epätarkasti määriteltyjen "muiden syiden" vähenemisestä. SVT XI:62 1959, 10; SVT XI:64 1961, 11; SVT XI:65-66 1962-63, 18; SVT XI:67 1964, 18.

35. Noro 1957, 59; Noro 1968, 80-81; Pakkala 1982, 59-60.

teiskunnan järjestämiin palveluihin.³⁶ Kaiken kaikkiaan piilevät, krooniset sairaudet sekä hoitoonhakeutumisen hitaus nimettiin 1960-luvun terveystalouden keskeisiksi haasteiksi.³⁷

Terveyspalveluiden saatavuus turvattava

Irti lääkäripulasta

”Lääkintäpalvelusten (...) kokonaistarjonnan kasvu jo sinänsä takaa sen, että kansanterveys nykyisin yleensä kohoaa.”³⁸

”Suomalaisen terveydenhuoltopolitiikan toiminnalliseksi tavoitteeksi on omaksuttava lääkintäpalveluksien käytön lisääminen.”³⁹

Pekka Kuusen kirjaaman terveystaloudellisen ohjelman keskeinen sanoma oli terveyspalvelujen saatavuuden varmistaminen. Palvelut tuli saattaa kaikkien kansalaisten ulottuville asuinpaikasta ja varallisuudesta riippumatta.⁴⁰ Kansanterveyskomitea puolestaan totesi, että kuolleisuustilastot osoittivat selvästi nuorten ikäluokkien suosituimmuusaseman suomalaisessa terveydenhuollossa. Nuoriin painottuneen terveydenhuollon tulikin laajentua siten, että myös varttuneemmat saatiin järjestelmällisen terveydenhuollon piiriin.⁴¹

Lähtötilanne todettiin terveyspalveluissa kehnoksi, sillä eurooppalaisessa vertailussa Suomi jäi lääkäritiheydessä viimeiselle sijalle ja sairaansijatiheydessäkin sijoitus oli vasta viidestoista, kun muut Pohjoismaat ylsivät sijaluvuille 4–11. Kuusen mukaan tilanne, jossa suomalaiset yhdessä jugoslaavien kanssa pitivät lääkäritilaston perää, ei juuri voinut ”olla nostattamatta kansallistuntoisen miehen mieltä”.⁴²

36. SVT XI:68 1965, 80, 87-90.

37. Kuusi 1961, 274-277.

38. Kuusi 1961, 254.

39. Kuusi 1961, 276.

40. Kuusi 1961, 252-293.

41. Kom.miet. 1965:B 72, 8.

42. Kuusi 1961, 255-260.

Lääkäripulan todettiin muodostavan terveydenhuollon kehittymisen vakavimman esteen. Lääkintöhallitus nostikin henkilöpuolaongelman 1960-luvun vuosikertomuksissa toistuvasti esille.⁴³ Lääkärikoulutuksen kehittämisen todettiin jääneen sota-ajan myötä taka-alalle, minkä seurauksena lääketieteen uusia saavutuksia ei voitu ottaa käyttöön eikä ehkäisevään terveydenhoitoon riittänyt voimia. Henkilöpula nimettiin pääsyyksi siihen, että terveydellinen ote ikäluokista kirposi jo kouluikässä.⁴⁴

Vaikka yleisestä lääkärihoidosta vuonna 1951 annetun lain mukaan jokainen kunta oli velvollinen joko yksin tai yhdessä muiden kuntien kanssa ylläpitämään kunnanlääkäriin virkaa, käytännössä lääkäritilanne todettiin kehnoksi. "Kuopiontakaisesta" maalaisväestöstä viidennes oli kokonaan vailla kunnanlääkäriä. Erikoislääkäreiden osalta tilanne oli vieläkin kehnempi: esimerkiksi Lapin läänissä ei ollut yhtään silmä-, korva-, naistentautien- tai sisätautien erikoislääkäriä. Ylipäätään lääkärikunta oli jakautunut varsin epätasaisesti, sillä 4/5 ammattikunnasta toimi kaupungeissa ja yksinomaan Helsingissä ammattiaan harjoitti peräti 2/5 lääkäreistä. Koko maata ajatellen lääkäritilanteen pelättiin 1960-luvun kuluessa entisestäänkin heikentyvän.⁴⁵

Lääkärivajeen suuruudeksi arvioitiin yli 2000 viranhaltijaa, mikä merkitsi, että lääkäreiden määrää piti lisätä peräti 80 %:lla. Lääkärikoulutusta lisättiin opiskelijamääriä kasvattamalla, perustamalla uudet lääketieteelliset tiedekunnat Ouluun (1958), Tampereelle ja Kuopioon (1972) sekä aloittamalla lääkäreiden kouluttaminen ulkomailla. Eurooppalaiselle tasolle pääsemisen laskettiin edellyttävän lääkärimäärän nostamista 5000:een. Jo 1970-luvun lopulla lääkärimäärien kasvu ylitti 1960-luvulla asetetut tavoitteet (taulukko 9).⁴⁶

43. Esim. SVT XI:65-66 1962-63, 11; SVT XI:67 1964, 11; SVT XI:68 1965, 13.

44. Kuusi 1961, 257-260, 274.

45. Kom.miet. 1965: B 72, 48-49; Kuusi 1961, 257-260; Pesonen 1973, 21-22.

46. Lääkärikoulutuksesta sekä hammaslääkäri- ja sairaanhoitajapulasta ja -koulutuksesta ks. Pesonen 1973, 21-60; Terveyttä kaikille vuoteen 2000, 15; SVT XXXII:96, 8-9.

Taulukko 9. Lääkäreiden lukumäärän kehitys Suomessa 1900–1980⁴⁷

	Lääkäreitä	asukkaita/ lääkäri	lääkäreitä/ 10 000 as.
1900	373	7120	1.4
1910	523	5628	1.8
1920	657	4791	2.1
1930	1000	3463	2.9
1940	1379	2680	3.7
1945	1549	2440	4.1
1950	1997	2018	4.9
1955	2381	1789	5.6
1960	2827	1573	6.4
1965	3553	1302	7.7
1970	4798	958	10.4
1975	6701	704	14.2
1980	9016	531	18.8

Myös hammaslääkäreiden ja terveysisarten virkojen perustamiselle asetettiin kansanterveyskomitean vuonna 1965 julkistamassa suunnitelmassa määrälliset tavoitteet. ”60-luvun sosiaalipolitiikka” -ohjelmassa korostettiin myös riittävän sairaanhoitajatuotannon varmistamisen tärkeyttä.⁴⁸

Sairaalarakentamisen huippumaaksi

Suomen sairaansijamäärien todettiin 1950-luvun lopulla suurin piirtein vastaavan ajan vaatimuksia, mutta olevan selvästi mui- ta Pohjoismaita alhaisemmalla tasolla: kun Suomessa oli vuonna 1955 noin 8 sairaansijaa 1000 asukasta kohden, oli vastaava luku Ruotsissa peräti 14.⁴⁹ Tilanne muuttui sairaaloiden rakentamisen vuosikymmeneksi nimetyn 1960-luvun aikana siten, että Suomi

47. SVT XI:78 1981-82, 226.

48. Kom 1965:B 72, 54-64; Kuusi 1961, 279-280.

49. SVT XI:58 1955, 14-15; Kuusi 1961, 260.

nousi maailman huipulle ja sijoittui tilastoissa toiseksi heti Ruotsin jälkeen.⁵⁰

Sairaalarakentamisen tarve oli nähty itsestäänselvyytenä koko 1900-luvun ajan. Sairaaloiden välttämättömyyttä perusteltiin vuosisadan alussa paitsi lääketieteen kehittymisellä myös kansan asunto-olojen kehnoudella, minkä katsottiin tekevän hoidon saamisen kotona mahdottomaksi. Kun erityisesti 1920- ja 1930-lukujen aikana rakentamisen painopiste oli mielisairaloissa ja keuhkotauti- parantoloissa (ks. kuvio 14), todettiin yleissairaaloiden kehittämisen jääneen muiden sairaaloiden jalkoihin. 1930-luvulla tavoitteeksi asetettiin erikoisosastoilla varustettujen keskussairaaloiden luominen. Sodan keskellä luodussa sairaalasuunnitelmassa todettiin, että pohjoismaiselle tasolle pääseminen edellytti 1920-luvulla asetetun sairaalapaikkatavoitteen nostamista asukasta kohden suhteesta 1:750 lukuun 1:400–500.⁵¹

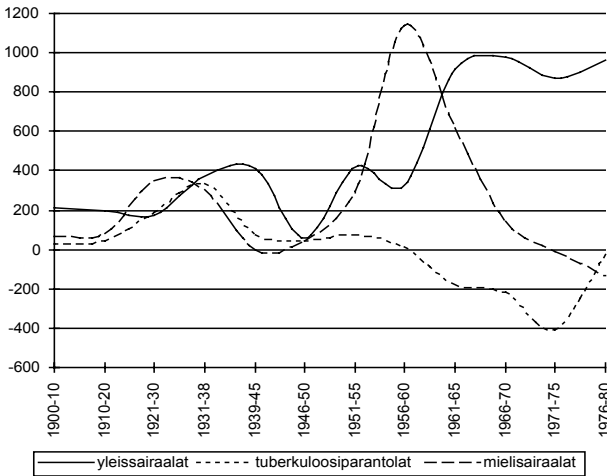
Sairaaloiden sodanjälkeisen heikon tilan katsottiin pakottavan pikaisiin uudistuksiin. Lainsäädännöllinen pohja keskussairaaloiden kehittämiseksi luotiin vuosina 1948 ja 1950, jolloin määriteltiin sairaaloiden alueellinen rakentamisjärjestys. Tavoitteeksi asetettiin 18 keskussairaalan rakentaminen vuoden 1964 loppuun mennessä, mutta käytännössä rakennusprosessi jatkui vielä 1970-luvullakin. Vuonna 1956 keskussairaalat siirrettiin valtiolta kuntainliitoille ja vuonna 1965 säädettiin kunnallisia yleissairaloita koskeva laki. Lakien mukaan kaupunkikunnilla tuli olla yksi sairaansija 375 asukasta kohden, kun taas maalaiskunnilla säädös oli vaatimattomampi eli yksi sairaansija 750 asukasta kohden; viime kädessä sairaansijamäärä oli riippuvainen kunnallisvaltuustojen päätöksistä.⁵²

50. Kuusi 1961, 254; Pesonen 1969b, 30.

51. Pesonen 1980, 590-596; Kom.miet. 1931:15, 3, 10; Kom.miet. 1939:9, 25-26; Pelkonen 1941, 273-348.

52. Simola 1972, 672-676; Pesonen 1973, 61-88; Pesonen 1980, 601-611.

Kuvio 14. Sairaansijojen muutokset keskimäärin vuodessa 1900–1980⁵³



Yleissairaaloiden voimakkain rakentamisaikavaihe sijoittui 1960- ja 1970-luvuille. Sen sijaan 1930-luvun aikana pääosin valmiiksi rakennettu tuberkuloosisairaalaverkosto voitiin tautitapausten vähentyessä ja hoitoaikojen lyhentyessä purkaa. Jo vuonna 1964 todettiin, että huomattava osa parantolapaikoista oli itse asiassa käytetty muuhun kuin tuberkuloottisten hoitoon, ja vuonna 1965 laadittiin kokonaissuunnitelma vapautuvien paikkojen käytöstä.⁵⁴

Mielisairaalarakentamisen huippukausi alkoi vuoden 1952 mielisairaslaista, jonka turvin kunnat saattoivat saada helppohitoisille kroonikoille tarkoitettujen B-sairaaloiden perustamiseen ja hoitopäivämaksuihin valtionapua. Tavoitteena oli helpottaa sodanjälkeistä laitospaikkapulaa, jota kuvattiin ”epätoivoiselta tuntuvaksi kriisiksi”.⁵⁵ Mielisairaaloiden paikkaluku ylittikin WHO:n ohje-arvoksi asettaman kolme sairaansijaa tuhatta asukasta kohden 1950-luvun jälkipuoliskolla, ja 1960-luvun aikana luku ylsi jo neljään (kuvio 15). Vuoteen 1969 mennessä valmistui peräti 37 uutta B-sairaala

53. Vauhkonen 1961, 50; SVT XI:76 1980, 188; SVT XI:78 1981-82, 178. Mukaan yleissairaaloihin on sisällytetty synnytysten hoito, sukupuolitautien hoito sekä kulkutautien hoito.

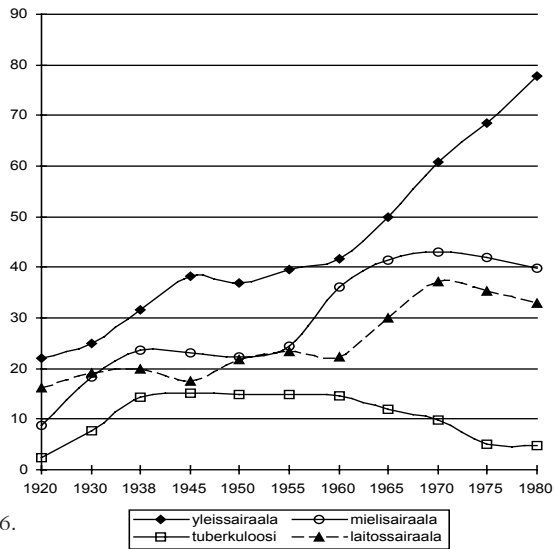
54. SVT XI:65-66 1962-63, 12; SVT XI:67 1964, 74-76; SVT XI:68 1965, 85; Pesonen 1973, 89-92; Simola 1972, 674-675.

55. Sibelius 1969, 72.

ja kaiken kaikkiaan uusia B-paikkoja luotiin lähes 8 500. Sen sijaan suunnitelmat akuuttihoitoon tarkoitettujen keskussairaaloitasoisten A-mielisairaaloiden paikkaluvun lisäämisestä pudotettiin 2000:sta vain 600:aan.⁵⁶

Kaiken kaikkiaan 1950-luvulla aloitetun sairaalarakentamisohjelman on todettu hakevan ”vertaistaan koko maailman terveydenhuollon historiassa”. Vuosina 1945–75 rakennettiin yhteensä noin 19 000 yleissairaala- ja 11 000 mielisairaalaapaikkaa.⁵⁷ Samanaikaisesti rakennettiin myös kunnallis- ja vanhainkotien sairaansijoja, jotka omalta osaltaan nostivat laitoshoidon volyymiä. Esimerkiksi vuonna 1956 kunnalliskodeissa oli noin 6000 sairaansijaa.⁵⁸ Yhteensä erilaisia sosiaalihuollon, puolustuslaitoksen tai vankeinhoidon alaisuudessa toimivia laitossairaalaapaikkoja laskettiin 1970-luvulle tultaessa olevan yli 17 000.⁵⁹

Kuvio 15.
Sairaansijat
10 000
asukasta
kohden
1920–1980⁶⁰



56. Sibelius 1969, 71-72;
Pesonen 1973, 93-106.

57. Terveyttä kaikille
vuoteen 2000, 15.

58. Kuusi 1961, 260-261.

59. SVT XI:72-73 1969-70, 228.

60. SVT XI:78 1981-82, 178. Laitossairaaloiden lukuun sisältyvät sosiaalihuollon, puolustuslaitoksen sekä vankeinhoidon alaisuudessa toimivat sairaansijat. Vuoden 1972 kansanterveyslain myötä laitossairaaloita alettiin siirtää terveyskeskusten yhteyteen, jolloin ne sisällytettiin yleissairaalaapaikkoihin. Yleissairaaloiden nopea kasvu 1970-luvulla johtuikin osaltaan terveyskeskussairaaloiden perustamisesta. SVT XI:77 1979-80, 184, 214; SVT XI:78 1981-82, 186; SVT XXXII:65, 9,12.

"Lääkintölinnoitusten lumo": laitusrakentamisen kritiikki

Sairaaloiden rakentamista pidettiin käytännössä välttämättömänä ja sikäli luonnollisena, että lääkäripulaisessa maassa hoitoonhakeutuvat olivat useimmiten sairaalahoidon tarpeessa. Voimakas sairaalarakentaminen herätti kuitenkin ihailun ohella myös arvostelua. Sairaalapaikkojen lisääntymisestä huolimatta potilaspaine kasvoi ja leikkausjonoissa oli 1970-luvun alussa yli 30 000 potilasta. Lisäksi havaittiin, että puolet sairaalapaikoista oli mielisairaiden, tuberkuloottisten ja vanhusten hallussa. Sairaalakapasiteetin kasvun todettiin lisäksi lisänneen erityisesti ikääntyneiden ja pitkäaikaissairaiden sairaalankäyttöä.⁶¹

Ongelmaksi koettiin myös se, että henkilökuntapulan takia huomattava osa moderneista sairaaloista toimi vajaateholla. Nimenomaan mielisairaanhoidon osalta kiinnitettiin huomiota myös siihen, ettei hoidon taso uusista tiloista huolimatta välttämättä kohonnut. Psykiatrien esittämän kritiikin mukaan B-sairaalat miellettiin kunnissa vain mahdollisuudeksi päästä eroon kunnalliskotien mielisairasosastoista, jotka eivät olleet valtionavun piirissä. Kritiikot totesivat, että uusia laitoksia pidettiin lähinnä kunnalliskotien jatkeina ja kunnanlääkäriin kuukausittaiset vierailut miellettiin riittäväksi hoidoksi.⁶²

Eniten kritiikkiä sairaalarakentamista kohtaan synnytti sairaalamenojen nopea kasvu, jota alan tekninen kehitys entisestään vauhditti. Sairalamenojen osuus terveydenhuollon kokonaiskustannuksista oli 1960-luvulla liki 90 prosenttia.⁶³ Lääkintöhallitus korostikin jo vuoden 1959 vuosikertomuksessaan, että vaikka kunnalliseen sairaalatoimintaan sijoitettujen valtion varojen jatkuva kasvu oli osoitus positiivisesta kehityksestä,

”on toisaalta pidettävä vähemmän tarkoituksenmukaisena sitä vinosuuntausta, joka syntyy kun terveyden- ja avosairaanhoidon lisääntyminen ei tapahdu samassa tahdissa muun lääkintätoiminnan kehityksen kanssa.”⁶⁴

61. Kuusi 1961, 260-261; Simola 1972, 672-676; Härö 1969.

62. Sibeliuss 1969, 71; Pesonen 1969a, 22; Pesonen 1973, 62-63.

63. Esim. SVT XI:68 1965, 217-222.

64. SVT XI:62 1959, 37.

Sairaalalaitoksen jatkuva laajentaminen alettiin nähdä taloudellisesti mahdottomana tehtävänä. Lääkintöhallituksen pääjohtaja Niilo Pesonen totesi:

”Jos sairaiden hoitokysymys pyritään ratkaisemaan vain sairaaloita rakentamalla, ei loppu ole näköpiirissä, vaan siinä kilpajuoksussa kysynnän ja tarjonnan välillä kuivuvat yhteiskunnan taloudelliset mahdollisuudet olemattomiin.”⁶⁵

Myös sairaalahoidon kansanterveydellinen merkitys asetettiin kyseenalaiseksi. Pekka Kuusi arvosteli ”lääkintölinnoitusten” rakennusintoa seuraavaan tapaan:

”Tuskin olisi ihmeteltävää, vaikka terveydenhuoltotyömme olisi jo vaarassa jäädä liiaksi sairaalalaitoksen lumoihin. Sairaalahoidon kehittäminenhan on konkreettista ja näkyvää. Mahtava keskussairaala kokoaa helposti tuekseen maakunnan tarmonmiehet. Eduskunnasta lohkeaa rahat, kun kohde on selvä ja kiistaton. Potilaat tuntevat olonsa turvalliseksi: rakennus on suuri, käytävät kiiltävät ja hoitajia on paljon. Mutta entä tulokset? (...) tuottaako terveydenhuollollinen panoksemme juuri sairaalalaitokseen sijoitettuna parhaan kansanterveydellisen tuloksen?”⁶⁶

”Kansanterveys ei (...) ratkaisevasti kohene vielä siitä, että hyvät lääkärit parantavat huonoja potilaita ajanmukaisissa sairaaloissa.”⁶⁷

Kuusen kirjaamassa ohjelmassa korostettiin, että kansanterveydellinen tulos saattoi itse asiassa pikemminkin heikentyä, ”jos sairaalan seinien sisäpuolella saavutetaan voittoja siten, että sairaalan ulkopuoliset alueet muodostuvat terveydenhuollollisiksi tyhjiöiksi”.⁶⁸ Kuolleisuus- ja sairastavuuslukujen epäsuotuisana jatkuva 1960-luvun kehitys nähtiinkin kiistattomana osoituksena

65. Pesonen 1969c, 6-7.

66. Kuusi 1961, 281-282.

67. Kuusi 1961, 264. Myös esim. Pesonen 1973, 135.

68. Kuusi 1961, 282.

siitä, ettei sairaaloiden kehittäminen yksin riittänyt kohentamaan kansanterveyden tilaa.⁶⁹

Avohoito ja ennaltaehkäisy: ratkaisuna terveyskeskukset

Kun avohoito ja ennaltaehkäisyyn tähtäävä terveydenhoito nimettiin terveystieteiden ratkaisuksi 1960-luvulla, ei kyseessä ollut mikään uusi keksintö. Jo 1940-luvulla sodan aikana luodussa terveydenhoidon ohjelmassa lääkintöneuvos Severi Savonen oli nähnyt ennaltaehkäisevän avohoidon kehittämisen tärkeyden nimenomaan sairaaloiden vastapainona:

”On vakavasti kysyttävä, eikö mitään voida tehdä, jotta sairaaloiden tarve vähentyisi (...) Vastaus (...) on lyhyt ja selvä: tämän voimme kyllä tehdä. Se tapahtuu parannetun ja tehostetun terveydenhoidon avulla. Sairaalat ovat kalliita laitoksia ja sairaiden hoito tulee aina kalliiksi. Terveydenhoito on tähän verrattuna hyvin halpaa.”⁷⁰

Savosen sotavuosina julkaisemien kansanterveys-artikkeleiden jälkeen on todettu kuitenkin kuluneen yli kymmenen vuotta ennen kuin alan ammattilehdissä avohoidon kehittämiseen palattiin. Tärkeänä keskustelunavauksena on pidetty hygienian professori Woldemar Lojanderin vuonna 1957 julkaisemaa artikkelia ”Eräitä kansanterveystyöhön liittyviä näkökohtia”, jossa korostettiin terveydenhoidollisen työn merkitystä.⁷¹ Niin ikään eduskunnassa ja lääkintöhallituksessa ennaltaehkäisevän terveydenhoidon välttämättömyyteen alettiin kiinnittää huomiota 1950-luvun jälkipuoliskolla.⁷² Esimerkiksi pääjohtaja Niilo Pesonen korosti vuoden 1957 sairaalapäivillä, että valtiollaan oli jatkossa kiinnitettävä huomiota preventiiviseen terveydenhuoltoon, joka oli jäänyt yhdistysten aloitteellisuuden varaan.⁷³ Seuraavana vuonna lääkintöhallitus esittikin sisäasiainministeriölle komitean asettamista tutkimaan avosaira-

69. Kom.miet. 1965: B 72, 7-8, 32-33; VP 1971, Pöytäkirjat II, 3094; VP 1971, Asiakirjat I, Hallituksen esitys no 98 kansanterveystyöstä ja sen voimaannpanosta annettaviksi laeiksi, 1.

70. Savonen 1941, 10. Harvennus alkuperäinen.

71. Lojander 1957a. Ks. myös Lojander 1957b; Pakkala 1982, 96-98.

72. Korhonen 1973, 22-26.

73. Pesonen 1973, 135-136.

hoidon kehittämisen mahdollisuuksia.⁷⁴ Uusi painotus näkyi myös vuosikertomuksessa 1959, jossa lääkintöhallitus nosti terveyden säilyttämisen ja tautien ennaltaehkäisyn tasavertaisiksi tavoitteiksi sairastuneiden hoitamisen rinnalle.⁷⁵

Myös ”60-luvun sosiaalipolitiikka” -teoksessa nimenomaan ennaltaehkäisevä avohoitotyö nähtiin keinona piilevien sairauksien voittamiseen. Äitiys- ja lastenneuvoloiden erinomaiset tulokset nähtiin kiistattomina osoituksina aktiivisen avohoidon mahdollisuuksista. Pelkästään keskussairaalan ja kunnanlääkärin varaan rakentuvan järjestelmän sijaan peräänkuulutettiin nopean hoitoonhakeutumisen mahdollistavaa avohoitoyrjestelmää, jonka tuli pohjautua kuntien yhteistoimintaan. Kunnanlääkärijärjestelmän tilalle ehdotettiin perustettavaksi poliklinikkana toimivia, 4–6 lääkärin muodostamia terveysasemia, joita tukivat terveystisarten paikallisneuvolat ja kotikäynnit. Kokeilevan, kevyen organisaation uskottiin parhaiten vastaavan muuttuvan yhteiskunnan tarpeisiin. Asemien perustaminen esitettiin aloitettavaksi korpi- ja saaristoseuduilta.⁷⁶ Tavoitteena oli siten parantaa palveluiden saatavuutta nimenomaan maaseutukunnissa. Erityisesti pienviljelijäväestön terveydenhuollon todettiin jääneen vähälle huomiolle.⁷⁷

Loppuvuonna 1960 asetettu valtiollinen kansanterveyskomitea aloitti avohoitopainotteisen kansanterveyslain valmistelun, ja valmistelutyötä jatkettiin koko vuosikymmenen ajan.⁷⁸ Kansanterveyslakiehdotuksen antoi lopulta vuonna 1971 ministeriksi noussut Pekka Kuusi, jonka kymmenen vuotta aiemmin kirjaaman suunnitelman laki pitkälti konkretisoi.⁷⁹ Lakiehdotuksen tavoitteena oli ”siirtää terveyspolitiikkamme painopiste terveydenhoitoon ja avosairaanhoitoon luomalla hallinnolliset ja taloudelliset edellytykset kunnallisen perushoitoyrjestelmän ripeälle ja suunnitelmalliselle kehittämiselle”.⁸⁰ Lain ehdottama terveyskeskusjärjestelmä korvasi aiemman, kunnanlääkäreiden ja terveystisarten varassa toimineen avopalveluyrjestelmän. Siten yksittäisten viranhaltijoiden erilliset

74. Pesonen 1980, 689.

75. SVT XI:62 1959, 9.

76. Kuusi 1961, 274, 282-283.

77. Pesonen 1973, 138; Noro 1957, 194; Pakkala 1982, 101-102.

78. Kom.miet. 1965: B 72; Kom.miet. 1969: A 3.

79. Pesonen 1973, 137-142; Kansanterveyttä 25 vuotta 1997, 4; Tamminen 1997, 6-7; Haatanen & Suonoja 1992, 525-533.

80. VP 1971 Asiakirjat I, Hallituksen esitys no 93 kansanterveystyöstä ja sen voimaantuloa annettaviksi laeiksi, 3.

työsuoritukset koottiin yhteisen johdon ja yhteisen vastuun alle.⁸¹ Terveysisaret, jotka pelkäsivät uudistuksen mukanaan tuomaa byrokratisoitumista, työnkuvan kapeutumista ja itsenäisyyden menetystä, kritisoivat lain valmistelua hoitoalan asiantuntemuksen täydellisestä sivuuttamisesta: valmistelutyössä ei ollut mukana yhtään naisjäsentä. Terveysisaret katsoivat, että hoitosuhteen jatkuvuuden ja piirijaon edut sivuutettiin laissa kokonaan.⁸² Myös kunnanlääkärit kokivat menettävänsä ammatillisen itsenäisyytensä.⁸³

Kansanterveyslaki hyväksyttiin eduskunnassa yksimielisesti. Talousvaliokunnassa lakia luonnehdittiin ”laajakantoisimmaksi ja mittavimmaksi uudistusehdotukseksi terveydenhuollon alalla vuosikymmeniin” ja ”1970-luvun tärkeimmäksi terveystaloudelliseksi uudistukseksi.”⁸⁴ Erityisesti 1970-luvun alkupuoliskolla lain pohjalta harjoitettu kansanterveystyö suunnattiin Itä- ja Pohjois-Suomeen sekä etelän haja-asutusalueille alueellisten erojen kaventamistavoitteen nimissä.⁸⁵ Myös mielisairaanhoidossa vuonna 1978 toteutuneella lakiuudistuksella avohoito pyrittiin nostamaan tasavertaiseksi vaihtoehdoksi sairaalahoidolle.⁸⁶

Kuntoutus – terveydenhuollon kolmas tehtävä

”Potilaan hoito ei saa loppua, kun hän sulkee jälkeensä sairaalan tai muun hoitopaikan ovet, vaan hänestä on huolehdittava niin pitkälle, kunnes hän pystyy omin voimin tulemaan mahdollisimman täydellisesti toimeen jokapäiväisessä elämässä.”⁸⁷

”Kaikki, mikä estää sairauksien syntyä, hoitaa sairautta ja kuntouttaa potilasta kuuluu terveydenhuoltopolitiikan piiriin.”⁸⁸

81. Kansanterveyslaki 28.1.1972; Puro 1974, 138; Pesonen 1980, 691-693.

82. Siivola 1985, 214-224.

83. Kauttu & Reinilä & Voutilainen 1983.

84. VP 1971, Asiakirjat I, Talousvaliokunnan mietintö no 11, 3.

85. Valtakunnallinen suunnitelma kansanterveystyön järjestämisestä vuosina 1975-1979, 29.

86. Esim. Rintala 1995, 48, 50; Pesonen 1980, 681-683.

87. Noro 1957, 122.

88. Kuusi 1961, 264.

Kuntoutus nimettiin 1960-luvulle tultaessa terveydenhuollon kolmanneksi tehtäväksi⁸⁹ ja kuntouttaminen sekä terminä että periaatteena alkoi saada jalansijaa virallisissa säädöksissä. Esimerkiksi vuonna 1960 uusittu tuberkuloosilaki totesi lääkinnöllisen kuntouttamisen kuuluvan elimellisenä osana tuberkuloosin vastustamistyöhön. Myös vuoden 1956 kansaneläkelaisissa samoin kuin invalidihuollossa ja vakuutuslainsäädännössä erityisryhmien kuntoutukseen alettiin kiinnittää huomiota.⁹⁰

Kuntoutuksen välttämättömyyttä perusteltiin sekä yhteiskunnan että yksilön edun kannalta: kuntoutus toi yhteiskunnalle lisää työvoimaa ja verotuloja sekä pitkällä tähtäimellä vähensi huoltomenojen tarvetta. Yksilölle taas kuntoutus merkitsi lisääntyvää omatoimisuutta, toimintakykyä ja yhteiskuntakelpoisuutta. Omalta osaltaan sekä väestön ikärakenteen vanhenemisen että lääketieteen kehittymisen todettiin lisänneen pitkäaikaissairaiden määrää ja samalla kuntoutuksen tarvetta.⁹¹ Erityisesti suomalaisten muita Pohjoismaita korkeampien työkyvyttömyyslukujen havaittiin asettavan erityisvaatimuksia kuntoutuksen kehittämiseksi. Pekka Kuusen mukaan:

”Kuntouttamistoimenpiteiden puutteellisuus koituu lisääntyvien työkyvyttömyyseläkkeiden muodossa yhteiskunnallemme rasitukseksi. (...)

Työkyvyttömyyspolitiikkamme painopiste olisi suunnattava kulutustuen jakamisesta kuntouttamistoimintaan. Kun uusista työkyvyttömyystapauksista lähes 40 % on verenkiertolinten taudeista tai tuberkuloosista johtuvia, tämä osoittaa, että aktiivisella kuntouttamistoiminnalla pitäisi olla täällä lisääntyviä mahdollisuuksia työkyvyttömien tuotantoon ohjaamiseen. Kasvuhakuisessa yhteiskunnassa olisi työeläkettä periaatteessa suoritettava silloin vasta, kun työkuntonsa menettänyttä ei yhteisin ponnistuksin ole saatu työhön pystyväksi.”⁹²

89. Kuntouttaminen – terveydenhuollon kolmas tehtävä 1965 (alkuteos 1962).

90. Kom.miet. 1966:A8, 7-8, 15-20. Myös SVT XI:62 1959, 9.

91. Kuntouttaminen 1965, 3-18.

92. Kuusi 1961, 325, 247-248.

Vuonna 1963 asetettu kuntoutuskomitea osoittikin tekemillään laskelmilla kuntoutuksen olevan kansantaloudellisesti kannattavaa toimintaa.⁹³ Kaiken kaikkiaan lääkinnällisen kuntoutuksen tarpeessa arvioitiin olevan vuosittain noin 80 000 sairaalapotilasta eli noin 2 prosenttia väestöstä. Kuntoutuskomitea painotti erityisesti avohoitona annettavaa kuntoutusta, jonka eduksi nimettiin suurten potilasmäärien tavoittaminen, edullisuus sekä yhdenmukaisuus terveydenhuollon yleisten kehityspyrkimysten kanssa. Käytännössä kuntoutuksen todettiin edellyttävän monialaista osaamista, mm. lääkintävoimistelijoiden, toimintaterapeuttien, psykologien, proteesimekaanikkojen sekä puheterapeuttien työpanosta ja yhteistyötä.⁹⁴

Kuntoutuskomitea esitti laatimassaan lakiehdotuksessa kokonaisuohjelman sekä lääkinnällisen kuntoutuksen että kuntoutettavan koulutuksen ja työllistämisen kehittämiseksi, mutta ehdotus ei sellaisenaan toteutunut.⁹⁵ Vuoden 1972 kansanterveyslaissa lääkinnällinen kuntoutus sisällytettiin osaksi kunnan järjestämää sairaanhoitoa.⁹⁶ Vaikka 1970-luku nimettiin kuntoutuksen vuosikymmeneksi⁹⁷ ja kuntoutuksen asemaa lääketieteen kentässä nosti kuntoutusopin laitoksen perustaminen sekä alan ylimääräisen professuurin perustaminen Turun yliopistoon vuonna 1972⁹⁸, käytännön ongelmaksi koettiin alan hajanaisuus. Kuntoutusta säädeltiin 1970-luvulla peräti 40:ssä eri laissa tai asetuksessa ja käytännön työtä tehtiin useissa eri toimintaorganisaatioissa.⁹⁹

Palveluiden käytön varmistaminen

Sairausvakuutus kustannusten tasaajaksi

”Olennaista aktiiviselle terveydenhoitopolitiikalle lienee se, että huolehditaan paitsi lääkintä- ym. palveluksien laadusta ja riittävydestä myös näiden palvelusten käyttömahdollisuuksista.”¹⁰⁰

93. Kom.miet. 1966:A 8, 105-110.

94. Kom.miet. 1966:A 8, 8, 27, 29, 32-33.

95. Kom.miet. 1966: A 8.

96. Kansanterveyslaki 28.1.1972 no 66 §14; Lahtinen & Lahtinen 1975, 310-327.

97. Kuntoutus 1974, 2, 4.

98. Kallio 1995, 13-17, 129.

99. Kallio 1995, 20; Kallio 1983, 194-203.

100. Kuusi 1961, 275-276.

Terveyspalvelujen tarjonnan lisäämisen ohella keskeiseksi tavoitteeksi 1960-luvun terveyspolitiikassa asetettiin palvelujen käytön mahdollistaminen siten, ettei palveluihin turvaaminen johtanut taloudellisiin vaikeuksiin. ”60-luvun sosiaalipolitiikan” mukaan määrätietoisen terveydenhuoltopolitiikan tuli ohjata kansalaiset käyttämään ja kuluttamaan lääkintöpalveluksia.¹⁰¹

Sairausvakuutuksen toteuttamista oli pohdittu Suomessa vuodesta 1911 alkaen, ja 1960-luvulle tultaessa Suomi lukeutui Argentiinan ja Guatemalan kanssa samaan kastiin uudistusta suunniteltavana maana. Esimerkiksi Ruotsissa sairausvakuutus oli vuonna 1955 ulotettu kaikkiin kansalaisiin. Terveydenhuoltomenojen tasauksen suhteen Suomi kuului Euroopan tilaston häntäpäähän. Sairauden aiheuttamista taloudellisista menetyksistä katettiin yhteiskunnan varoin noin kolmannes. Suomalainen järjestelmä suosi voimakkaasti sairaalahoitoa ja jätti avohoidon potilaiden itsensä maksettavaksi, minkä osaltaan todettiin lisäävän sairaalahoidon kysyntää.¹⁰² Sairaus oli hallitseva köyhäinhoidon avuntarpeen syy, ja nimenomaan työikäisten miesten heikon terveyden katsottiin osaltaan johtuvan siitä, että sairauskulujen ja ansionmenetysten pelossa he viivyttelivät hoitoon hakeutumista¹⁰³:

”Syystä tai toisesta ei ole haluttu turvautua sosiaalilautakunnan apuun ja kun omat varat ovat olleet niukat, on jääty odottamaan ehkenpä toivossa, että sairaus vähitellen sittenkin helpottaisi. Kuinka monelle potilaalleen lääkäri onkaan huomauttanut, että hänen olisi pitänyt tulla aikaisemmin hoitoon.”¹⁰⁴

”Potilas on 44-vuotias mies, joka potee keuhkoputken laajennusta ja iskiasta. Sosiaalilautakunta ei ole katsonut yhteiskunnan apua toistaiseksi tarpeelliseksi. Mielestäni tarvittaisiin taloudellista apua, koska perheessä on ollut paljon sairautta aikaisemminkin. Vaimo on lapsuudesta saakka ollut lonkkainvalidi. Lapset ovat alaikäisiä.”¹⁰⁵

101. Kuusi 1961, 252, 276.

102. Kuusi 1961, 267-273; Pesonen 1973, 156-167; Haatanen & Suonoja 1992, 463-472; Urponen 1994, 197-199, 237.

103. Kuusi 1961, 255-256, 262-263, 269, 273-275.

104. Pesonen 1973, 158. Alkuperäinen kirjoitus julkaistiin Helsingin Lääkärilehdessä 1961.

105. Haavio-Mannila 1962, 68.

Lääkintöhallituksen ja terveysisäryhdistyksen toimeenpanemassa tutkimuksessa vuonna 1962 todettiin, että yksilön sosiaalinen asema vaikutti sairastavuuden ohella myös siihen, hakeutuiko hän sairautensa takia hoitoon vai kärsikö hän hoidon puutetta.¹⁰⁶

Vaikka sairausvakuutuslain alasta käytiin 1960-luvun alussa edelleen kiistoja, on todettu, ettei "asiaa oikeastaan enää kehhattu lykätä".¹⁰⁷ Sairausvakuutuksen ensimmäinen vaihe eli hoitokustannusten korvaus toteutettiin vuonna 1964 ja vuonna 1967 aloitettiin työtulojen korvaus. Laki ulotettiin kaikkiin Suomessa asuviin. Sairausvakuutuksen eduiksi laskettiin painopisteen siirtäminen avohoitoon, vähävaraisen maaseutuväestön saaminen terveystalvelujen piiriin sekä systemaattisen sairauksia koskevan tiedon tuottaminen suunnittelun pohjaksi.¹⁰⁸ Kriittisissä puheenvuoroissa sairausvakuutusta kuitenkin arvosteltiin siitä, että sen myötä asutuskeskuksiin syntyivät yhteiskunnan kontrollin ulkopuoliset yksityiset markkinat erikoislääkäripalveluihin, laboratorioihin sekä röntgenin ja fysikaalisen hoidon palveluihin. Arvostelijat näkivätkin sairausvakuutuksen tulonsiirtona lääkäreille, apteekkeille ja yksityisille palveluille.¹⁰⁹

Taloudelliset kannusteet palveluiden käytön takeena?

Sairausvakuutuksen yhteydessä nostettiin esille ajatus siitä, voitiinko terveystalveluiden käyttöön kannustaa asettamalla palveluiden säännöllinen käyttö vakuutuksen edellytykseksi. Äitiysneuvoloiden ja äitiysavustuksen menestyksellisen yhteenliittämisen mukaisesti tavoitteena oli tilanne, jossa hoitoon hakeutuminen ei aiheuttanut taloudellisia menetyksiä vaan päinvastoin tuotti henkilölle taloudellisen bonuksen.¹¹⁰ Pekka Kuusen teoksessa ideaan suhtauduttiin kaksijakoisesti. Toisaalta terveyden vaaliminen nähtiin ihmisluontoon kuuluvana eikä hoitoonhakeutumisen rahallista kannustamista pidetty tarpeellisena:

"Ihmisen luonnollisena pyrkimyksenä on käyttää hyväkseen terveyttä ylläpitäviä ja sairauksia karkottavia palveluksia.

106. Haavio-Mannila 1962.

107. Haatanen 1993, 55.

108. Haatanen & Suonoja 1992, 472-474; Urponen 1994, 237-238; Kaipainen 1969, 27-28.

109. Kaipainen 1969, 28-34, 101.

110. Kuusi 1961, 261-262.

Kansamme ei siis tarvinne yleisen terveydellisen valistus- ja kasvatustyön lisäksi varsinaisia hoitoonhakeutumiskiihokkeita. Riittää, kunhan raivataan esteet lääkintäpalvelusten käyttämisen tieltä.”¹¹¹

Kuitenkin oikeudenmukaiseksi nimettiin ajatus, jonka mukaan sairausvakuutus myönnettäisiin vain niille kansalaisille, jotka osallistuivat pakollisiin terveystarkastuksiin:

”Terveystarkastuksia järjestettäessä olisi alun perin lähdettävä siitä, että tarkastukset ovat pakollisia jokaiselle, joka tahtoo yhteiskunnan tarjoamia lääkintäpalveluksia käyttää. Kun yhteiskunta asettuu voimakkaasti tukemaan kansalaisen terveydenhoidollisia pyrkimyksiä, yhteiskunnalla on oikeus edellyttää, että kansalainen puolestaan määräaikaisiin tarkastuksiin osallistumalla antaa kohdaltaan yhteiskunnalle ne tiedot, joiden varassa tehokas terveydenhuolto voidaan järjestää. (...) Jos sairastamismenetykset korvataan lakimääräisinä vain niille, jotka ovat tarkastuksiin osallistuneet, väestön hakeutuminen tarkastuksiin on tällä taattu.”¹¹²

Harkinnanarvoisena Kuusen teoksessa pidettiin myös ideaa siitä, että kouluikäisille terveystarkastuksissa annettujen hoitokehotusten noudattamista voitiin tukea lapsilisäjärjestelmään liittyvin tehostein.¹¹³ Niin ikään lääketieteen lisensiaatti, vuonna 1972 sosi-aali- ja terveystieteiden ministeriksi noussut Osmo Kaipainen toi 1960-luvun lopulla esille ajatuksen siitä, että ”terveysvalinta” voitiin palkita maksamalla korkeampaa sairauspäivärahaa niille, jotka hyödynsivät yhteiskunnan tarjoamia säännöllisiä terveystarkastuksia.¹¹⁴ Tällainen näkemys, joka korosti yksilön velvollisuutta ja valistumattoman yleisen ”pakottamista” palveluiden käyttöön – ja joka omaksuttiin 1940-luvulla itsestäänselvytenä – ei kuitenkaan saanut jalansijaa 1960-luvun yksilön autonomiaa ja tasa-arvoa korostavassa yhteiskunnallisessa ilmapiiressä.¹¹⁵

111. Kuusi 1961, 276.

112. Kuusi 1961, 284.

113. Kuusi 1961, 286.

114. Kaipainen 1969, 44.

115. Urponen 1994, 241-242; Satka 1994, 303-305.

Maksuttomat palvelut tienä tasa-arvoon

Kun sairausvakuutuksen vaikutusten selvittämiseksi käynnistettiin Kansaneläkelaitoksessa tutkimus, joka perustui vuosina 1964 ja 1968 tehtyihin mittaviin väestöhaastattelututkimuksiin, tulokset osoittivat terveyspalveluiden saatavuuden riippuvan edelleen asuinpaikasta, varallisuudesta ja sosiaalisesta luokasta.¹¹⁶ Samalla havaittiin, ettei sairausvakuutus poistanut palvelusten kalleudesta johtuvia käyttöeroja, vaan vakuutuksen voimassaolosta huolimatta sairaus säilyi suurimpana syynä huoltoavun tarpeeseen. Sosiaalihuollon periaatekomitea totesi vuonna 1971, ettei sairausvakuutuksen minimipäiväraha turvannut toimeentuloa eivätkä pienituloisten varat riittäneet edes omavastuusuuden maksamiseen.¹¹⁷

Ratkaisuksi tilanteeseen esitettiin ilmaisupalveluiden kehittäminen. Osmo Kaipainen kirjoitti vuonna 1969 seuraavaa:

”On ilmeistä, että kaikkien palvelusten tarjoaminen maksutomina on ainoa tie, jos halutaan taata kaikille kansalaisille tasavertaiset mahdollisuudet parhaaseen saavutettavissa olevaan terveyteen. Tämä on nimittäin paras tie saada ihmiset käyttämään riittävästi näitä palveluksia hyväkseen.”¹¹⁸

Esikuvaksi Kaipainen nosti Englannin, jossa maksuton terveyspalvelu oli toteutettu jo vuonna 1948, ja väliaikaisratkaisuna hän ehdotti avohoidon palveluiden hinnan subventointia sairaalahoidon tapaan. Kun keskeisenä kansanterveysongelmana pidettiin terveyspalveluiden liian vähäistä käyttöä, oli Kaipaisen mukaan käsittämätöntä, että ilmaishoitoa vastustettiin vetoamalla palveluiden tarpeettoman liikakäytön vaaraan.¹¹⁹

Maksuttomuuden mahdollisuus ei noussut esille kansanterveyslain valmistelumietinnöissä. Kansanterveyskomitea ehdotti tosin terveysneuvonnan, hammassairauksien vastustamisen ja kouluterveydenhoidon maksuttomuutta, mutta piti kunnanlääkäriin palkkioiden perimistä asianmukaisena.¹²⁰ Ajatus terveyskeskusten tarjoamien palveluiden maksuttomuudesta sisällytettiin lakiin

116. Purola & Kalimo & Nyman 1974; Aukee 2000, 82-83.

117. Kom.miet. 1971:A 25, 19.

118. Kaipainen 1969, 45-46.

119. Kaipainen 1969, 47-49, 51-52.

120. Kom. miet. 1965: B 72, 46.

vasta prosessin loppuvaiheessa, kansanterveyslakiesityksessä vuonna 1971. Nimenomaan SDP:n panosta maksuttomuuden toteutumisessa on pidetty ratkaisevana.¹²¹ Maksuttomuutta perusteltiin valtiopäivillä terveystaloudellisesti toimivana ja palvelusten kysyntää ohjaavana ratkaisuna:

”Kunnallisten yleislääkäreiden tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä perityt palkkiot ovat olleet korkeita erikoislääkärijohtoisten sairaaloiden poliklinikoilla perittäviin maksuihin verrattuina (...) Maksupolitiikan avulla ei ole voitu ohjata palvelusten kysyntää terveystaloudellisesti tarkoituksenmukaisella tavalla ensisijaisesti yleislääkäripalveluksiin. Hoitoon hakeutumisen nopeuttamiseksi nämä maksut esitetään poistettaviksi. Maksujen hoitoon hakeutumista hidastava vaikutus on ollut erityisen suuri vähävaraisten potilaiden osalta.”¹²²

”Maksuttomuutta on sosiaalipoliittiselta ja terveystaloudelliselta kannalta pidettävä oikeana, sillä taloudelliset seikat eivät saisi vaikuttaa terveystaloudellisen käytön rajoittavasti.”¹²³

Käytännössä maksuttomuus toteutettiin kansanterveyslaissa asteittain vuoteen 1980 mennessä siten, että ainoastaan sairaankuljetuksesta, apuvälineistä ja potilaan ylläpidosta voitiin laskuttaa. Kustannussyistä hammashoidon osalta maksuttomaksi asetettiin kuitenkin vain alle 17-vuotiaiden hammashoito.¹²⁴ Kysymys palveluiden maksuttomuudesta ja maksuttomuuteen siirtymisen aikatauluista jakoi poliittisia puolueita eri leireihin ja myös esimerkiksi Suomen Lääkäriliitto suhtautui uudistukseen varauksellisesti.¹²⁵

121. Kaipainen 1975, 88; Korhonen 1973, 53-62; Haatanen & Suonoja 1992, 497, 526.

122. VP 1971, Asiakirjat I, Hallituksen esitys no 98 kansanterveystyöstä ja sen voimaannpanosta annettaviksi laeiksi, 5.

123. VP 1971, Asiakirjat I, Hallituksen esitys no 98, liite 1. Sosiaalivaliokunnan lausunto no 3 talousvaliokunnalle 20.10.1971, 24.

124. Kansanterveyslaki 28.1.1972 no 66 § 21; Laki kansanterveyslain voimaannpanosta 28.1.1972 no 67 §3; Aer 1975, 115-118.

125. VP 1971, Asiakirjat I, Hallituksen esitys no 98, Talousvaliokunnan mietintö no 11, 16-18; VP 1971, Asiakirjat I, Hallituksen esitys no 98, liite 1, Sosiaalivaliokunnan lausunto no 3 talousvaliokunnalle 20.10.1971, 25; Pakkala 1982, 138-144.

Koko kansan terveysneuvonta

”Olisi myös korkea aika saada suomalaiset miehet uskomaan, että sisua voi käyttää parempaankin kuin sairauksien sietämiseen.”¹²⁶

Hoitoonhakeutumisasenteiden korjaamiseksi pelkän palveluiden tarjonnan tai kustannusten tasauksen ei katsottu yksin riittävän. Kansanterveyskomitean näkemys oli, että äitiys- ja lapsikuolleisuudessa saavutetut hyvät tulokset johtuivat ennen muuta näihin väestöryhmiin suunnatun terveysneuvonnan tehokkuudesta ja korkeasta tasosta.¹²⁷ Pekka Kuusi totesi niin ikään terveysneuvonnan erojen selittävän osaltaan miesten ylikuolleisuutta: kun valtaosa nuorista naisista päätyi äitiyshuollon kautta valistuksen ja palvelujen piiriin, joutuivat miehet armeija-ajan jälkeen heitteille. Kaiken lisäksi vain hyväkuntoisimmat miehet päätyivät aktiivi-ikänsä alkaessa armeijan tarjoamaan terveydenhuoltoon, kun taas ”ruununraakit lähetetään vikoineen ja vaivoineen kotiin häpeämään”.¹²⁸ Käytännön ongelmaksi koettiin myös se, että vaikka terveystarkastusten neuvot saattoivat kotikäynneillä periaatteessa tavoittaa koko perheen, jäivät miehet tässäkin suhteessa heikoimmalle.¹²⁹

Kansanterveyskomitean näkemys oli, että ulottamalla säännöllinen terveysneuvonta lastenneuvoloiden piiristä poistuneisiin ikäluokkiin oli mahdollista vaikuttaa työikäisen väestön terveyden säilymiseen ja palautumiseen. Tavoitteeksi asetettiin koko väestöön kohdistuvien kunnallisten terveystarkastusten ja niihin liittyvän terveysneuvonnan järjestäminen.¹³⁰ Kansanterveyslain astuessa voimaan painotettiin terveysvalistuksen ja -neuvonnan järjestämistä. Terveystarkastuksiin kytkettyä valistusta pidettiin tärkeänä, koska sen uskottiin tavoittavan myös ne sosiaaliryhmät, jotka muutoin käyttivät vähiten terveystarkastuksia.¹³¹ Ajatukset erityisesti miehille suunnatuista neuvolapalveluista sekä kaikkiin

126. Härö 1966, 1149.

127. Kom.miet. 1965:B 72, 30-31.

128. Kuusi 1961, 265, 285.

129. Finni 1976, 182.

130. Kom.miet. 1965 B:72, 31.

131. VP 1971 Asiakirjat I, Hallituksen esitys no 98, 4, 7; VP 1971 Asiakirjat I, Hallituksen esitys no 98, Talousvaliokunnan mietintö 11, liite 1, Sosiaalivaliokunnan lausunto no 3 talousvaliokunnalle, 25.

koteihin saapuvasta valtakunnallisesta terveydenhuoltolehdestä jäivät toteutumatta.¹³²

Yhteenveto

Väestön ikääntyminen, kroonisten sairauksien yleistyminen ja erityisesti muita länsimaita korkeammat kuolleisuusluvut asettivat suomalaisen terveyst politiikan 1960-luvulla uusien haasteiden eteen. Terveyst politiikan painopiste asetettiin terveydenhuoltojärjestelmän – sairaaloiden, sairausvakuutuksen ja terveyskeskusten – rakentamiseen. Pekka Kuusen 1960-luvun alussa kirjaama suunnitelma, jossa terveyst politiikkaa tarkasteltiin kansantalouden kasvun välineenä ja edellytyksenä, toteutettiin pääpiirteissään seuraavan vuosikymmenen aikana. Sirpa Wrede onkin nimittänyt 1960-lukua vaiheeksi, jolloin siihen asti erilliset terveyst poliittiset strategiat – sairaalasuunnittelu ja kansanterveysajattelu – alettiin nähdä saman kokonaisuuden osina.¹³³

Oikeus terveyteen miellettiin 1960-luvulla mahdollisuutena tasavertaiseen terveyst palveluiden saatavuuteen. Alueellisen tasa-arvon ohella korostettiin eri ikäluokkien – erityisesti varttuneemman väestön – tasavertaista mahdollisuutta terveyst palveluiden käyttöön. Voimakas panostus terveydenhuollon kehittämiseen näkyi kustannusten nopeana kasvuna: terveydenhuoltomenojen osuus nettokansantulosta nousi 1950-luvun aikana 1,5 prosentista 2,4 prosenttiin ja edelleen 1970-luvulle tultaessa jo 5,0 prosenttiin.¹³⁴

132. Sievers 1970, 125; Kuusi 1961, 285.

133. Wrede 2000, 189-205.

134. SVT XXXII:43, 14.

6. YHTEISKUNTAPOLITIikka

Sairas Suomi – avuton lääketiede

”Eräs terveystalitiikan perustavoite [on] hengissä pysyminen. Suomessa tämä tavoite on saavutettu huonosti.”¹

”Tuotantosuhdeiden ja talouselämän kehitysvaihe on siinä pisteessä, että yhteiskuntamme on alkanut tuottaa uusia keskeisiä kansantauteja, joihin perinteiset lääketieteelliset tai hygieniset keinot eivät päde.”²

”Ellei (...) yhteiskuntapoliittisissa ratkaisuisa (...) voida edetä (...) on terveystalvelujärjestelmän kehittäminkin vain vuotavan veneen paikkailua.”³

Tilanteessa, jossa Suomi piti sekä miesten että naisten kuolleisuudessa Euroopan kärkitilaa hallussaan ja terveyserot olivat kasvussa⁴, alettiin terveystalitiittisessa keskustelussa pohtia, oliko terveystalvelujen saatavuuden varmistaminen riittävä keino kansanterveyden tilan kohentamiseksi. Kun terveydenhuolto kuului

1. Leppo & Puro 1972, 5.

2. Taipale 1972, 32.

3. Puro 1974, 148-149.

4. Esim. SVT XI:68 1965, 19-22; SVT XI:70-71 1967-68, 26; Terveyttä kaikille vuoteen 2000, 16.

valtiontalouden nopeimmin kasvaviin menoeriin⁵ ja kun lisääntyneistä kustannuksista huolimatta väestön terveydentila pikemminkin heikkeni, asetettiin koko sodanjälkeisen ajan terveyspoliittiset lähtökohdat, painopisteet ja keinot 1960-luvun lopulta lähtien ankaran kritiikin kohteeksi. Provisoivat otsikot kuten ”Kansa kaikki kärsinyt”, ”Sairas Suomi” ja ”Rahat vai henki” nostivat ongelman laajan julkisen keskustelun kohteeksi.⁶

Terveyspolitiikan kriisi osui samaan ajanjaksoon, jolloin koko suomalainen yhteiskunta oli voimakkaassa murroksessa. Suuret ikäluokat varttuivat 1960-luvun lopulla aikuisikään, mutta syntyvyyden lasku ja voimakas siirtolaisuus pysäyttivät väestönkasvun vuonna 1968. Samanaikaisesti kaupungistuminen, palkkatyöläistyminen, elintason nousu ja vapaa-ajan kasvu sekä muuttoliikkeen mukanaan tuoma nopea elinolojen ja -tapojen muutos ja irtautuminen perinteisistä yhteisöistä leimasivat aikakauden yhteiskunnallista kehitystä.⁷

Terveyspoliittinen kritiikki kytkeytyi kiinteästi aikakauden yleiseen yhteiskunnalliseen ja poliittiseen radikalismiin, ja aikalaisarvioiden mukaan tutkimuksen ja poliitikanteon välinen yhteys oli tuolloin poikkeuksellisen läheinen.⁸ Muun muassa lääkintöhallitus koki nopean sukupolvenvaihdoksen, kun johtavat viranhaltijat siirtyivät 1960-luvun lopulla eläkkeelle.⁹ Tutkimuksen saralla kriittisen terveys sosiologian kansainvälisen läpimurron myötä lääketieteen mahdollisuudet terveystilanteen kohentamisessa asetettiin kyseenalaiseksi. Terveysoloja alettiin tarkastella luokka-analyysin osana, ja sekä kansalliset että globaalit terveyserot miellettiin yhteiskunnallisen eriarvoisuuden tuloksiksi.¹⁰ Esikuvia ja malleja löydettiin

5. Kom. miet. 1971:B4, 47-53.

6. Kaipainen 1969; Leppo & Puro 1972, 3-7; Finni 1976.

7. Waris 1974; Haatanen & Suonoja 1992, 479-480; Urponen 1994, 240; Karisto 2005; Kom. miet. 1971: B4, 22-24.

8. Aukee 2000, 82-84; Karisto & Rahkonen 2000; Satka 1994, 303-305, Haatanen & Suonoja 1992, 482.

9. Ajankohtaisia näkökohtia terveydenhuoltopoliitikasta 1969, III; Haatanen & Suonoja 1992, 497-499.

10. Kriittisen terveys sosiologian keskeiseksi teoksiksi nousivat Vicente Navarron kapitalismikriittiset julkaisut ”Medicine under Capitalism” (1976) ja ”Class, Health and Medicine” (1986) sekä modernin terveydenhuollon kritiikit Thomas McKeownin ”The Role of Medicine” (1976) ja Ivan Illichin ”Medical Nemesis” (1975). Suomalaisen yhteiskuntakriittisen terveyden sosiologian tutkimuksen on kuitenkin todettu jääneen verraten harvinaiseksi. Kritiikin kanavina toimivat mm. Marraskuun liike, jonka kohteena olivat ennen muuta laitosasukkaat, mielisairaat ja alkoholistit, sekä ”yhteiskunnallisen herätyksen saaneiden nuorten vasemmistolaisen lääkäreiden”

länsimaiden ohella myös Neuvostoliitosta ja DDR:stä, joissa palveluiden maksuttomuuden, saavutettavuuden ja tehokkuuden sekä kansalaisten osallistumisen todettiin parhaiten toteutuneen.¹¹ Itse termi 'terveyspolitiikka' vakiintui yleiseen käyttöön ja terveyden olemusta sekä terveyspolitiikan sisältöä alettiin tarkastella myös teoreettisena kysymyksenä.¹²

Hyvinvointisairaudet ja sosiaaliset terveyserot

Tarvetta suomalaisen terveyspolitiikan suunnan muuttamiseen perusteltiin 1960-luvun lopulla sairastavuuden kokonaiskuvan muuttumisella. Lääkintöhallituksen vuosikertomuksessa 1969–70 todettiin, että "yhä selvemmin ovatkin ajankohtaisiksi ongelmiksi nousemassa 'uudet' kansansairautemme: sydänsairaudet, psyykkiset häiriöt, tapaturmat ja vanhenemiseen liittyvät kulumissairaudet". Samalla myönnettiin, että "keinoja edellä mainittujen kansansairauksien voittamiseksi ei riittävässä määrin tunneta".¹³

Varsinkin nuoremmissa ikäluokissa merkittävimmit ennen-aikaisia kuolemia aiheuttaviksi syyryhmiä havaittiin väkivalta eli liikenneonnettomuudet ja itsemurhat (taulukko 10), joiden torjumisessa perinteisen terveydenhuollon mahdollisuudet olivat vähäiset.¹⁴ Kun lisäksi kroonisten sairauksien syntymekanismi oli epäselvä ja mikrobin sijaan tautien aiheuttajiksi nimettiin "monimutkaiset ja kiinteästi ihmisen sosiaaliseen ympäristöön liittyvät tekijät",¹⁵ todettiin lääketieteen perinteiset menetelmät eli rokotukset ja hygieeniset suojaomenpiteet voimattomiksi.¹⁶

äänitorveksi vuonna 1968 perustettu Sosiaalilääketieteen yhdistys. Myös Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti, joka oli perustettu 1962, siirtyi vuonna 1974 Sosiaalilääketieteellisen yhdistyksen julkaisuksi. Ks. Aukee 2000, 82-83; Karisto & Rahkonen 2000; Karisto, Lahelma & Rahkonen 1990, 215. Terveysongelmien globaalista tarkastelusta esim. Leppo 1972b.

11. Karisto & Rahkonen 2000, 44-45; SVT XXXII:43 1975.

12. Esim. Puro 1971, 3-11; Puro 1974; Rimpelä 1977, 4-21; Laurinkari & Niemelä 1978.

13. SVT XI:72-73 1969-70, 21.

14. Esim. Puro 1975, 77-79; Uusitalo 1976, 166-172.

15. Puro 1974, 12-13.

16. Kom.miet. 1971:A 25, 29.

Taulukko 10. Kolme tärkeintä kuolinsyytä ja niiden osuudet kaikista kuolemista (%) eri ikäkausina vuonna 1966¹⁷

ikä	I	%	II	%	III	%
15-24	väkivaltainen kuolema	64	kasvaimet	10	hermoston ja aistinten taudit	5
25-34	väkivaltainen kuolema	53	kasvaimet	11	verenkiertoelinten taudit	10
35-44	väkivaltainen kuolema	31	verenkiertoelinten taudit	28	kasvaimet	16
45-54	verenkiertoelinten taudit	39	kasvaimet	23	väkivaltainen kuolema	15
55-64	verenkiertoelinten taudit	42	kasvaimet	25	hermoston ja aistinten taudit	12

Kroonisten rappeutumissairauksien yleistymisen, joka havaittiin kaikissa teollisuusmaissa, nähtiin seurauksena ”liiallisesta hyvinvoinnista”. Uusi havainto olikin se, ettei taloudellisen kasvun myötä kohoava elintaso enää itsestään selvästi merkinnyt kohoavaa terveyttä. Kun aiempina vuosikymmeninä elintason nousun mukanaan tuoma ravitsemustilanteen parantuminen ja asumistiheyden väljeneminen olivat olleet erottamaton osa kulkutautitaistelua, todettiin 1960-luvulta lähtien elintason nousun haittaseurauksien – epäterveellisten elintapojen, päihteitten käytön, liikunnan puutteen sekä ilmansaastumisen ja liikennekuolemien – käyvän yhä ilmeisemmiksi.¹⁸ Esimerkiksi ravinnon osalta aliravitsemuksen sijaan ongelmaksi nousi liikalihavuus.¹⁹ Kaupungistuminen ja koneistuminen muuttivat elinoloja, elintapoja ja sosiaalisia suhteita, mistä havaittiin aiheutuvan uudenlaisia psyykkisiä ja sosiaalisia paineita:

”Ympäristömme on tullut myös huomattavasti levottomammaksi, kiireisemmäksi ja rauhattommaksi kuin entisinä päivinä. (...) Ihminen on siirtynyt terveelliseksi katsotusta

17. Kom.miet. 1971:B 4, 13.

18. Kom 1971: B 4, liite 4, 3; Noro 1968, 13-14; Olsson 1997, 152; Leppo 1972a, 17-19. 38-39; Kaipainen 1969, 16-17; Puro 1974, 79-80; Nikkilä 1981, 1700-1707.

19. Häkkinen & Linnanmäki & Leino-Kaukiainen 2005, 71-77.

maalaisympäristöstä ja ulkotyöstä yhä enemmän sisätyöhön koneiden ääreen, keino-tekoiseen tehdasympäristön luomaan ilmapiiriin, johon liittyy monia terveyteen vaikuttavia tekijöitä. Tämän muuttoliikkeen yhteydessä ovat yksilöt joutuneet sopeutumaan uusiin oloihin. Heidän ravitsemuksensa ja asunto-olonsa ovat muuttuneet huomattavasti. He ovat joutuneet uusien tartuntavaarojen alaisiksi. Tottumattomana koneisiin ja liikenteeseen he ovat joutuneet tavallista useammin tapaturmien uhreiksi. Heidän työnsä on myös muuttunut monipuolisesta ruumiillisesta, usein raskaastakin työstä kevyeksi, vähän kaloreita kuluttavaksi mittarien tai koneiden tarkkailuksi, jolloin koko heidän aineenvaihduntansa on joutunut uusien ongelmien eteen.”²⁰

Havainnot suomalaisten keski-ikäisten miesten keskimääräisen elinajan vähentymisestä todettiin vääjäämättömiksi osoituksiksi hyvinvoinnin kääntöpuolesta: ”Kuolleen miehen elintasoa eivät auto, pikamoottori ja kesämökki juuri pysty nostamaan!”, ironisoi Kari Puro 1970-luvulla alan perusteokseksi nousseessa ”Terveyspolitiikan perusteet” -kirjassaan.²¹ Puro totesikin, että:

”1960-luvun usko taloudellisen kasvun kaikki voivasta kyvystä lisätä kansalaisten hyvinvointia ja jakaa hyvinvointi yhä tasaisemmin eri yhteiskuntaluokkien ja maan eri alueiden kesken on romahtanut.”²²

Jo 1960-luvun alussa havaittujen alueellisten erojen ohella 1970-luvulle tultaessa alettiinkin kiinnittää enenevää huomiota sosiaali- ja ammattiryhmittäisiin terveyseroihin, jotka osoittivat kuolleisuuden ja sairastavuuden lisääntyvän valta- ja varallisuussuhteiden alapäässä (taulukko 11).²³

20. Noro 1968, 14-15. Myös: Laurinkari & Niemelä 1978, 20-21.

21. Puro 1974, 10.

22. Puro 1974, 9, 10.

23. Elämisen laatu 1972a, 43; Hemminki 1977, 53-56; Valkonen 1982, 17-22.

Taulukko 11. Sosiaaliset erot 34–65-vuotiaiden ikävakioidussa kuolleisuudessa vuosina 1971–75 (Koko maa = 100)²⁴

	miehet	naiset
ylemmät toimihenkilöt	69	81
alemmat toimihenkilöt	90	93
ammattitaitoiset työntekijät	105	102
ammattitaidottomat työntekijät	135	119
maanviljelijät	88	92
kaikki	100	100

Suomalaista kuolleisuuskuvaa pidettiin sikäli poikkeuksellisenä, että samanaikaisesti esiintyi sekä harvinaisen korkeita että matalia lukuja. Vaikka kuolleisuuden yleiskehitys muuttuikin suotuisammaksi ja kuolleisuuslukujen alenemista 1970-luvulla luonnehdittiin jopa historialliseksi käänneeksi, olivat sukupuolittaiset, sosiaaliryhmittäiset, alueelliset ja koulutus pohjaan liittyvät terveyserot Suomessa edelleen 1980-luvulle tultaessa muita Pohjoismaita suuremmat. Aikuisten miesten kuolleisuuden havaittiin pysyneen kansainvälisissä vertailuissa edelleen kärkisijoilla erityisesti sydän- ja verisuonitautien, itsemurhalukujen ja tapaturmakuolleisuuden takia. Ylipäättään suomalaisten sairastavuus ja sairastuvuus todettiin poikkeuksellisen suureksi.²⁵

Terveys itseisarvoksi: huomio elämänlaatuun

”Terveyspolitiikan yleistavoitteeksi asetetaan (...) terveydentilan mahdollisimman täydellinen saavuttaminen ja tasainen jakautuminen väestössä. (...) Terveyttä on haluttu pitää (...) itseisarvona, osana ihmisen hyvinvointia. Sen saavuttamista ei sen vuoksi haluta alistaa esimerkiksi tuottavuuden, ‘optimaalisen’ väestörakenteen tai minkään muun hyödyn saavuttamisen välineeksi.”²⁶

24. Valkonen 1984, 6.

25. Esim. SVT XI:74 1971-77, 21-32; SVT XI:75 1977-78, 9-19; Kom.miet. 1976:94, 4; Terveyttä kaikille vuoteen 2000, 36, 40, 42.

26. Elämisen laatu 1972b, 9.

Yhteiskuntapolitiikan tavoitteita selvittämään asetetun talousneuvoston alaisen terveystalouden työryhmän esittämässä määritelmässä vuodelta 1972 kiteytyvät aikakauden terveystalouden ajattelun lähtökohdat. Yleisen terveydentilan edistämisen rinnalla korostettiin terveyserojen kaventamisen välttämättömyyttä. Lisäksi terveys haluttiin nostaa arvoksi sinällään ja irtautua terveyden välineellistämisen taloudellisen kasvun tukijaksi:

”Teollisuusmaissa on viime vuosikymmeninä taloudellinen kasvu nähty yhteiskuntapolitiikan keskeiseksi tavoitteeksi. (...) terveydenhuolto [on] nähty ikään kuin välineenä tai keinona taloudelliseen kasvuun (...) Teollisuusmaiden osalta tämä näkökulma alkaa kuitenkin käydä yhä arveluttavammaksi. Taloudellinen kasvu ei enää merkitse ilman muuta kansanterveyden parantumista. (...) Terveys tulisi selkeämmin tiedostaa itseisarvoksi ja yhdeksi yhteiskuntapolitiikan keskeisistä tavoitteista, ja taloudellinen kehitys nähdä sen eräänä välineenä.”²⁷

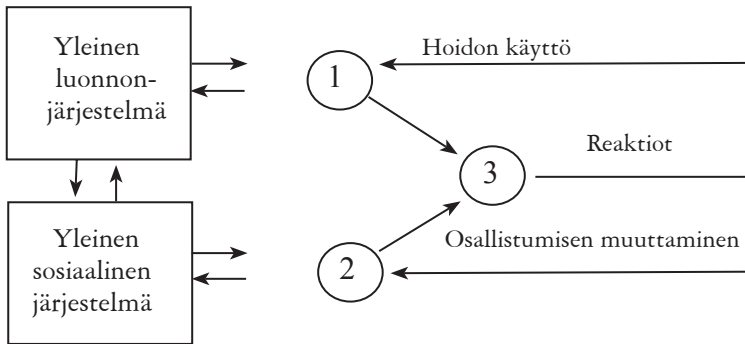
Terveyden ja sairauden tarkastelunäkökulmaa pyrittiin laajentamaan biologisesta sosiaalisesti. WHO:n jo vuodelta 1948 peräisin oleva, mutta 1960-luvulta lähtien laajalti siteerattu määritelmä nimesi terveyden täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi. Sosiaaliturvan tutkimuslaitoksen johtaja Tapani Purolan vuonna 1971 luomassa, vakiintuneen aseman saavuttaneessa määritelmässä terveys käsitteellistettiin ”ihmisen psykofyysisen järjestelmän tilan, tiedostetun tilan ja sosiaalisen tilan harmoniseksi suhteeksi”. Vastaavasti sairaus määriteltiin häiriöksi biologisen, sosiaalisen ja tiedostavan ihmisen välisessä suhteessa (kuviot 16). Määritelmä otti huomioon terveyden biologisen (tauti), sosiaalisen (toimintakyvyttömyys) ja kulttuurisen eli kokemuksellisen ulottuvuuden.²⁸ Tautisuuden todettiin riippuvan yksilömuuttujien ja luonnonjärjestelmän (perimä, luonnonvarat) ohella ratkaisevasti myös sosiaalisesta järjestelmästä eli tuotannosta, asumisesta ym. yhteiskunnallisista tekijöistä (kuviot 17).²⁹

27. Leppo 1972a, 38-39; Leppo 1971, 69-72.

28. Puro 1970, 115-120; Puro 1971, 3-11. Terveyden teoreettisesta tarkastelusta myös: Puro 1974, 14-45; Karisto 1984, 57-84.

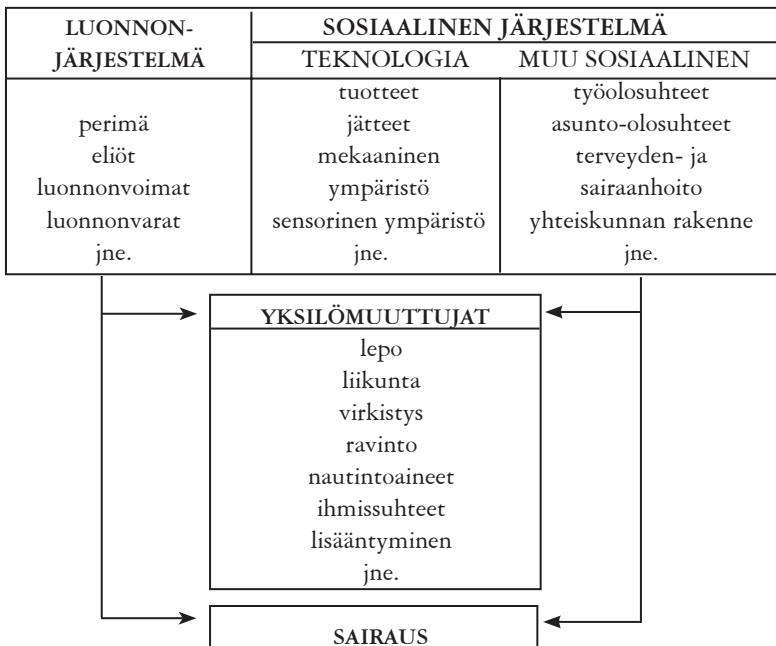
29. Elämisen laatu 1972b, 20-21.

Kuvio 16. Sairauden tarkastelumalli Tapani Purolan mukaan³⁰



1. Yksilön psykofyysinen järjestelmä/sairaus luonnontieteellisenä tilana
2. Yksilön sosiaaliset kytkennät/ sairaus sosiaalisena tilana
3. Yksilön tiedostus/ sairaus koettuna tilana

Kuvio 17. Tautien etiologian tarkastelumalli³¹



30. Purola 1971, 5.

31. Elämisen laatu 1972b, 22.

Terveys-käsitteen laajentuessa ja tautikirjon muuttuessa terveystason mittaaminen todettiin aikaisempaa vaikeammaksi tehtäväksi. Imeväiskuolleisuuden todettiin kertovan lähinnä ympäristöhygienian tasosta, ja kokonaiskuolleisuuden tai keskimääräisen odotettavissa olevan eliniän havaittiin riippuvan pitkälti väestörakenteesta ja elintasosta. Eletyn elämän määrän sijaan terveyttä haluttiin mitata elämänlaadulla ja hyvinvoinnilla.³² Sosiaalihuollon periaatekomiteassa vuonna 1971 todettiin, että “terveyspolitiikan saavutuksia ei enää mitata kuolleisuustilastoilla ja luvuilla eliniän pituudesta vaan tiedoilla, millainen ihmisten elämä on terveyden ja suorituskyvyn suhteen”.³³

Esimerkiksi vuonna 1968 asetettu terveydenhuollon suunnittelukomitea nosti kuolinsyiden rinnalle seitsemän muuta mittaria (taulukko 12). Työkyvyttömyyden ja sairauspäivärahojen kautta valotettiin tautien vaikutusta yksilön suorituskykyyn, ja yksilön oma kokemus ja elämän laatu nousi tarkastelun kohteeksi “koetut pitkäaikaisairaudet”-mittarin avulla. Eri mittareiden kautta saatiin osin erilainen kuva sairastavuudesta. Tautiluokkien ehdotoman tärkeysjärjestyksen korostettiin olevan riippuvainen tarkastelunäkökulmasta, mutta kaiken kaikkiaan merkittävimmiksi sairausluokiksi komitea nimesi verenkiertoelinten taudit, tuki- ja liikuntaelintaudit sekä mielisairaudet.³⁴

32. Kom.miet. 1971:B 4, liite 4.

33. Kom.miet. 1971:A 25, 29.

34. Kom.miet. 1971:B 4, 7-17. Erilainen listaus: Noro 1968, 79.

Taulukko 12. Tärkeimmät sairaudet sairastavuuden eri mittareilla (%) vuonna 1967³⁵

mittari	I	%	II	%	III	%
kuolinsyyt	verenkierto- elinten taudit	40	kasvaimet	17	hermoston ja aistinten taudit	15
työkyvyttö- myyseläkkeet	mieli- sairaudet	30	verenkierto- elinten taudit	19	tuki- ja liikunta- elintaudit	13
uudet työkyv. eläkkeet	verenkierto- elinten taudit	30	tuki- ja liikunta- elintaudit	19	mieli- sairaudet	15
100 pv:n päiväraha	verenkierto- elinten taudit	24	tuki- ja liikunta- elintaudit	18	mieli- sairaudet	10
koetut pitkäaikais- sairaudet	verenkierto- elinten taudit	26	tuki- ja liikunta- elintaudit	19	ruuansulatus- elintaudit	9
sairaaloissa hoidetut	synnytys ja raskaus	16	verenkierto- elinten taudit	13	ruuansulatus- elinten taudit	12
sairaaloiden hoitopäivät	verenkierto- elinten taudit	16	hermoston ja aistinten taudit	11	synnytys ja raskaus	10
kunnanlääkä- rin potilaat	verenkierto- elinten taudit	16	hengitys- elinten taudit	15	ruuansulatus- elinten taudit	10

Erilaisten terveydentasoa kuvaavien mittalukujen eli sosiaali-indikaattoreiden luominen ja vertailukelpoisten terveysindeksien kehittäminen niiden pohjalta oli kansainvälisen kiinnostuksen kohteena 1960- ja 1970-luvuilla. Sosiaali-indikaattoreita hyödynnettiin erityisesti terveyserojen tutkimuksessa.³⁶ Esimerkiksi talousneuvos-

35. Kom.miet. 1971:B 4, 12.

36. Kom.miet. 1971:B 4. Liite 4; Elämisen laatu 1972a; Karisto & Rahkonen 2000, 43; Byckling 1982, 1-7.

ton asettaman terveystalitiikan tyoryhmän keskeisenä tehtävänä oli kehittää sellaisia yksilön terveyttä kuvaavia indikaattoreita, joita oli mahdollista käyttää yhteisön terveystason mittaamisessa. Tyoryhmä esittikin listan peräti 169:stä erilaisesta mittaluvusta – kuolleisuuslukujen ohella mm. koetun sairauden, syöpään sairastuneiden ja rokotettujen määrä, juomaveden mineraalipitoisuus, sokerin kulutus, urheilutilojen määrä, hammasharjojen kulutus ja uimataito – joita oli tarkoitus hyödyntää terveystalitiittisten tavoitteiden saavuttamista arvioitaessa.³⁷

Eri mittareiden välittämän ristiriitaisen kehityssuunnan lopputuloksena 1970-luvun lopulla lääkitöhallituksessa todettiin, että ”tyhjentävää ja yksiselitteistä vastausta (...) kysymykseen, miten väestömme terveydentila kehittyy, ei ole saatavissa”.³⁸ Myös Maailman terveysjärjestö WHO:n vuonna 1977 käynnistämän kansainvälisen ”Terveyttä kaikille vuoteen 2000” -projektin suomalaisessa ohjelmassa todettiin, ettei terveysongelmien yhteiskunnallisen merkityksen kuvaamiseksi ollut yksiselitteistä keinoa, sillä ilmaantuvuusdeltaan suhteellisen harvinainen ilmiö – esim. skitsofrenia – saattoi olla mittava kansanterveysongelma, jos se oli vakava, pitkäkestoinen ja hoidon tarvetta aiheuttava. Vastaavasti lieväkin tauti – esimerkiksi hammassairaudet – saattoi olla ongelma, jos se oli yleinen ja aiheutti runsaasti hoidon tarvetta. Kaiken kaikkiaan keskustelussa painotettiin terveyden sosiaalista luonnetta ja terveysongelmien suhteellisuutta: tautien esiintyvyyttä tärkeämmäksi todettiin tautien aiheuttama toiminnanvajavuus ja koettu terveydentila.³⁹

Yhteiskuntapolitiikalla rakenteiden ja elinolojen muutokseen

”Terveystalitiikka on kehitettävä osaksi yhteiskuntapolitiikan kokonaisuutta ja terveys on otettava yhdeksi suunnittelu- ja päätöksentekokriteeriksi kaikilla yhteiskuntasuunnittelun tasoilla. Terveemmän yhteiskunnan kehittämiseksi ei ole muita vaihtoehtoja.”⁴⁰

37. Elämisen laatu 1972b, 1, 125-160.

38. SVT XI:74 1971-77, 21; SVT XI:75 1977-78, 9.

39. Terveyttä kaikille vuoteen 2000, 38-39.

40. Leppo & Puro 1972, 7.

Terveyden riippuvuus yhteiskunnallisista oloista ja terveyspolitiikan laajentaminen terveyspalvelujen ulkopuolelle oli 1960–1970-lukujen keskustelun lähtökohta.⁴¹ Vaikka kansanterveyslakia pidettiin merkittävänä saavutuksena, puutteeksi todettiin sen kohdistuminen yksinomaan julkisiin terveyspalveluihin. Siten monet väestön terveydentilaan ratkaisevasti vaikuttavat tekijät, esimerkiksi työ- ja elinympäristö, liikenneturvallisuus, asuminen, ravitsemus ja nautintoaineet jäivät kokonaan lain ulkopuolelle.⁴² Kansanterveystyön suunnittelun yhteydessä todettiinkin, että ”tällaiset näkökohdat tulevat epäilemättä voimakkaasti painottumaan terveyspolitiikan pitkän aikavälin suunnittelussa”.⁴³

Vuonna 1971 mietintönsä jättänyt terveydenhuollon suunnittelukomitea korosti, että terveys tuli ottaa päätöksenteon määrääväksi kriteeriksi kaikilla seuraavilla yhteiskunnan sektoreilla:

- sosiaaliturva
- yhdyskuntasuunnittelu
- asuntopolitiikka
- työpolitiikka
- liikennepolitiikka
- ympäristönsuojelupolitiikka
- liikuntapolitiikka
- alkoholi- ja huumausainepolitiikka
- yksilöiden suojele väkivaltarikoksilta
- kasvatusta-, kulttuuri- ja virkistyspolitiikka.⁴⁴

Kriittisissä puheenvuoroissa korostettiin, että väestön terveyteen oli usein mahdollista vaikuttaa tehokkaammin terveydenhuollon ulkopuolisin ratkaisuin kuin lääketieteen keinoin:

”Tiedetään, että mm. elinkeinorakenteen muuttuminen, muuttoliike ja kaupunkimaisen elämäntavan omaksuminen lisää sekä psykosomaattista että psyykkistä sairastumisalttiutta. Pelkästään terveydenhuoltojärjestelmän keinojen avul-

41. Myös: Petersen & Lupton 1996, 17-18.

42. Terveyttä kaikille vuoteen 2000, 19-20.

43. Valtakunnallinen suunnitelma kansanterveystyön järjestämisestä vuosina 1975-1979, 27.

44. Kom.miet. 1971:A 25, 29.

la ei sosiaaliseen ympäristöön kuitenkaan pystytä vaikuttamaan.”⁴⁵

”Hyvällä syyllä voidaan kysyä olisiko ainakin joillakin terveydenhuollon osa-alueilla saavutettavissa parempia tuloksia sijoittamalla varoja esimerkiksi asuntotuotantoon, työttömyyden ehkäisemiseen tai sosiaalihuoltoon kuin sijoittamalla vastaavat varat terveydenhuoltojärjestelmän kehittämiseen.”⁴⁶

Keskeisenä terveystaloudellisenä ongelmana tuotiin esiin se, että terveyden edistäminen joutui helposti ristiriitaan yhteiskunnan muiden sektoreiden tuotannollisten ja taloudellisten intressien kanssa. Esimerkiksi maatalouspolitiikalla tuettiin eläinrasvojen tuotantoa samaan aikaan kun terveydellisin argumentein pyrittiin niiden kulutuksen alentamiseen, ja mainonta välitti tupakoinnin vaikutuksista täysin terveystaloudellisen vastaista sanomaa. Ylipäätään koko tuotavuuden tehostamiseen pyrkivä, liukuhihnojen ja kolmivuorotyön leimaama teollinen tuotantoprosessi nimettiin terveydelle haitalliseksi: pakkotahtisen ja mekaanisen työn todettiin aiheuttavan työntekijöille sekä fyysisiä että psyykkisiä terveyshaittoja ja johtavan vähitellen myös ympäristön tuhoutumiseen. Kriitikot korostivatkin, että oli pyrittävä yhteiskunnan rakenteiden muuttamiseen. Elinolot, jotka pakottivat yksilön kuluttamaan terveyttään suomatta hänelle vastaavia uusintamisen mahdollisuuksia, vaadittiin korjattavaksi.⁴⁷ Niin ikään kuntoutuksen alalla nostettiin esille – yksilön sopeuttamisen sijaan – ajatus elinympäristön muuttamisesta sellaiseksi, että se mahdollistaisi myös vaikeavammaisen osallistumisen yhteiskuntaelämään.⁴⁸

Suunnitelmien tasolla ajatusta yhteiskuntapolitiikasta systeeminä, jossa kaikkien lohkojen tavoitteiden tuli olla yhteismittaisia, lähdettiin rakentamaan talousneuvoston vuonna 1970 asettamassa yhteiskuntapolitiikan tavoitteita tutkivassa jaostossa. Jaoston päätehtävänä oli täsmentää yhteiskuntapolitiikkaa tavoitekeskustelua sekä lieventää ”taloudellisten ja sosiaalisten näkökulmien välillä

45. Terveydenhuollon ohjelma vuosille 1975-79, 6.

46. Aer 1972, 11-12.

47. Rimpelä 1977, 16-18; Laurinkari & Niemelä 1978; Kom. miet.1976:94, Kimmo Lepon eriyvä mielipide, 2-3; Kaipainen 1969, 136-154.

48. Väyrynen 1974, 284-296.

vallitsevaa tarpeettoman tiukkaa rajanvetoa”.⁴⁹ Samalla korostettiin terveyspolitiikan arvovalintaisuutta ja yleispoliittista luonnetta: terveyspoliittiseen keskusteluun piti saada mukaan viranomaisien lisäksi sosiaali- ja terveysjärjestöt, etujärjestöt sekä poliittiset puolueet. Ajatus terveydenhuollon pitämisestä “puhtaana politiikasta” hylättiin epäonnistuneena, ja sen sijaan ala haluttiin nostaa poliittiseksi, “yhteiskunnan yhteiseksi asiaksi”.⁵⁰ Terveys nousikin 1970-luvulla esille mm. puolueohjelmissa ja synnytti vilkasta poliittista keskustelua.⁵¹

Käytännössä ensimmäinen askel terveyden yhteiskuntapolitiittisen eristymisen murtamisessa oli terveyshallinnon siirtäminen sisäasiainministeriöstä vuonna 1968 uuteen sosiaali- ja terveysministeriöön. Lisäksi lääkintöhallituksen tehtäväkenttää laajennettiin vuonna 1970 sisällyttämällä siihen kuluttajansuojatoiminta ja ympäristönsuojelu.⁵² Muun muassa työsuojelun kehittäminen ja työterveyshuollon laajentaminen ennalta ehkäisevään suuntaan sekä alkoholimainonnan kielto (1976) ja tupakoinnin rajoittamiseen tähtäävää lainsäädäntö (1976) laajensivat niin ikään terveyspoliittista otetta. Myös liikenneturvallisuus nousi vuosien 1973–76 nopeusrajoituskokeiluineen yhteiskuntapolitiikan agendalle.⁵³ Ylipäätään yhteiskuntapolitiikka oli näkyvästi esillä kaikissa 1970-luvulla laadituissa terveyspoliittisissa suunnitelmissa. Edelleen vuonna 1986 yli puolet ”Terveyttä kaikille vuoteen 2000” -ohjelman 34 toimintalinjasta kohdistui varsinaisen terveydenhuollon ulkopuolisiin yhteiskunnallisiin toimenpiteisiin.⁵⁴

49. Elämisen laatu 1972a ja 1972 b.

50. Elämisen laatu 1972a, 71; Kaipainen 1969, 38.

51. Korhonen 1973; Haatanen & Suonoja 1992, 519-520. Eri puolueiden edustajien näkemyksiä terveyspolitiikasta esiteltiin Sosiaalisessa Aikakauskirjassa no 6/1977.

52. Wrede 2000, 200; Forsius, Arno, Lääkintöhallitus 1878–1991 sekä sosiaali- ja terveyshallitus 1991–1992. <http://www.saunlahti.fi/arnoldus/laakhall.html>; Haatanen & Suonoja 1992, 484-488.

53. Esim. Terveyttä kaikille vuoteen 2000, 19-20; Haatanen & Suonoja 1992, 504-515, 552-584; Rantanen 1995, 9-21; Väänänen 1995, 92-213. Tupakka ja alkoholi nousivat esille lääkintöhallituksen vuosikertomuksessa 1971-77. SVT XI:74 1971-77, 24. Tapaturmiin kiinnitettiin huomiota vuodesta 1965. SVT XI:68 1965, 90-92. Liikenneturvallisuuteen kiinnitettiin kansalaisten huomiota vuonna 1966 Tee tie turvalliseksi -kampanjalla. Pesonen 1973, 232-238; Sosiaali- ja terveyspolitiikan lähtökohtia ja suuntaviivoja 1982, 54-55, 61-65.

54. Esim. Terveydenhuollon ohjelma vuosille 1975-79; Sosiaali- ja terveyspolitiikan lähtökohtia ja suuntaviivoja 1982, 100-102; Terveyttä kaikille vuoteen 2000; Vohlonen 1998, 61-63.

Terveyskasvatuksella elintapojen kohentamiseen

Uuden terveystalitiikan lähtökohtana oli yhteiskunnan velvollisuus turvata rakenteelliset edellytykset terveelliseen käyttäytymiseen.⁵⁵ Tautikuvaa hallitsevien kroonisten rappeutumissairauksien ehkäisemistä pohdittaessa esille nousi myös yksilön panoksen tärkeys. Koska kyse ei ollut tarttuvista tai muulle yhteiskunnalle uhkaa aiheuttavista taudeista, ei yksilöihin kohdistuvia pakkokeinoja pidetty mahdollisena eikä edes toimivana keinona, vaan tautien ehkäisyyn todettiin olevan riippuvainen yksilön omasta vapaaehtoisesta osallistumisesta terveytensä edistämiseen. Nuoruusi st  lähtien noudatetut terveelliset elintavat nähtiin ainoana mahdollisuutena k ytt ytymissairauksiksi luonnehdittujen tautien ehkäisyyn.⁵⁶ Siksi terveystkasvatus haluttiinkin nostaa terveydenhuollon tärkeimmäksi tehtäväksi.⁵⁷

Terveystkasvatuksen merkitys nähtiin sekä tiedon lis ej n  että asenteiden muokkaajana. Kun 1960-luvun alussa korostettiin terveysneuvonnan merkitystä ennen muuta terveyspalveluiden käytön lis ej n , painotettiin nyt uutena seikkana sitä, että terveystkasvatuksen avulla ihmiset saatiin mielt m n terveys tärkeänä arvona omassa yhteiskunnallisessa p t ksenteossaan.⁵⁸ Lisäksi korostettiin, että terveystkasvatuksen kannustaman terveyskäyttäytymisen avulla saatiin suurin hyöty valtion tekemistä terveysinvestoinneista.⁵⁹ Terveystkasvatus nähtiin myös edellytyksenä sille, että autoritaarinen potilas-lääkärisuhde voitiin muuttaa tasa-arvoisemmaksi ja demokraattisemmaksi vuorovaikutukseksi.⁶⁰

Terveystkasvatuksen perillemenoon ja vaikuttavuuteen suhtauduttiin aikaisempia vuosikymmeniä varovaisemmin: ”Suuri osahan meistä vähän välittää hyvistä neuvoista!”⁶¹ Ajatus terveyden kaikessa toiminnassaan etusijalle asettavasta, rationaalisesti valintojaan tekevästä ”homo medicuksesta” hylättiin ja havaittiin, että terveystk ytt ytymisess  oli kysymys moniulotteisesta tiedon, asenteiden,

55. Esim. Kom.miet. 1971:A 25, 29.

56. Kom.miet. 1971:B 4, 148-150; Kom.miet. 1971:A 25, 29.

57. Kaipainen 1969, 55.

58. Kom.miet 1971: A 25, 29-30; Sosiaali- ja terveystalitiikan lähtökohtia ja suunta-
viivoja 1982, 57.

59. Kom.miet. 1971: B 4, 148-153.

60. Kaipainen 1969, 244.

61. Noro 1969, 60.

arvojen ja mahdollisuuksien summasta.⁶² Esille nostettiin myös valituksen luokkaluonne: sairauksien ennaltaehkäisyn todettiin perustuvan ylempien luokkien suunnitelmallisuutta, kaukonäköisyyttä ja pitkäjänteisyyttä korostaviin normeihin, joiden arveltiin olevan hetkessä eläville, mukavuutta tavoitteleville alemmille luokille hankalasti omaksuttavia.⁶³ Yksilöön kohdistuvan terveystasvatuksen ohella mielenkiinto suunnattiinkin koko yhteiskunnan terveystuuriin:

”Yhteiskunnan kulloisessakin arvo-, tieto- ja normijärjestelmässä on (...) sellaisia kulttuurin sisältöä syvällisesti heijastavia aineksia, jotka ilmeisesti jäävät tehokkaankin terveystasvatuksen ulottumattomiin. Yksilöön kohdistuvan terveystasvatuksen tavoite vaihtuu tällöin pyrkimykseksi vaikuttaa kulttuuriin syvällisemmässä tiedollisen ympäristön merkityksessä. Missä määrin tällainen kulttuurin ‘terveellistäminen’ on ylipäättään mahdollista tai tarkoituksenmukaistakaan (...) itse ‘terveystuuri’ kenties on ‘sairas’.”⁶⁴

”Meillä ei toistaiseksi ole luotettavaa tietoa siitä, minkälaiset asenteet ja normit olisivat yhteiskunnassa erityisesti terveyttä edistäviä, mutta on ilmeistä, että nykyisen sosiaalisen järjestelmän kaikki normit ja asenteet eivät ole terveyden kannalta optimaalisia. Erityisen todennäköistä on, että eräiden normien ja asenteiden vaikutus mielenterveyden häiriöiden esiintymiseen on varsin huomattava.”⁶⁵

Terveystuuri-käsitteen myötä huomio kiinnittyi siihen, että virheellinen terveystasvattuminen saattoi olla ankkuroitunut syvälle yhteiskunnan taloudelliseen tai sosiaaliseen järjestelmään. Siten terveystuuri-toimenpiteet tuli tässäkin suhteessa suunnata yksilöiden sijaan yhteiskunnallisiin prosesseihin eli mainontaan, kulutukseen ja jakeluun.⁶⁶ Keskeinen sanoma olikin, että ellei

62. Vuori 1982, 67-69; Kom.miet. 1971:B 4, liite 3, 15-25; Vauhkonen 1969, 75-77; Kom.miet. 1976:94, 13-16.

63. Aaltonen 1964, 36.

64. Purola 1983, 108-109.

65. Elämisen laatu 1972b, 38.

66. Vuori 1982, 58-69.

elinoloissa tapahtunut muutosta, ei pelkkä tiedostaminen riittänyt terveellisen käyttäytymisen perustaksi.⁶⁷

Joka tapauksessa pakottamisen, painostamisen ja uhkailun sijaan yksilön suuntautuvan terveyskasvatuksen tuli olla luonteeltaan hienovaraista ja aktiivista tiedottamista. Kyse oli lopulta yksilön omista valinnoista: ”Jokaiselle on annettava terveyttä koskevaa perustietoa niin paljon, että hän pystyy valitsemaan sellaisen terveyden mahdollisuuden kuin haluaa”. Samalla kuitenkin korostettiin yksilön ohjaamista kantamaan vastuuta toimintojensa seuraamuksista itselle ja muille.⁶⁸

Valistuksen onnistuneen toteuttamisen todettiin vaativan paitsi lääketieteen ja terveydenhuollon tutkimusta, myös sosiologista, sosiaalipoliittista, tiedotusopillista sekä kasvatustieteellistä osaamista sopivien menetelmien ja keinojen löytämiseksi.⁶⁹ Samalla korostettiin, että yhteiskunnan oli otettava vastuu ”terveyspropaganda- ja agitaatiotyöstä” eikä jättää työtä yksittäisten järjestöjen aktiivisuuden vastuulle, kuten 1960- ja 1970-luvulle saakka oli tapahtunut.⁷⁰ Koko toiminta-alaa tuli tehostaa yhteistyön, suunnitelmallisuuden ja päällekkäisyyksien karsimisen kautta.⁷¹ Terveyskasvatuksen koordinoimiseksi suuret kansanjärjestöt perustivatkin vuonna 1962 Terveyskasvatuksen keskuksen, ja lääkintöhallituksen terveystasvatusoimisto aloitti toimintansa vuonna 1977. Kansanterveyslain myötä kuhunkin paikalliseen terveyskeskukseen nimitettiin vuonna 1972 erityinen terveystasvatusyhdyshenkilö.⁷²

Käytännössä näkyviä terveystasvatuskampanjoita olivat esimerkiksi lääkintöhallituksen ja kansanterveysjärjestöjen yhteistyönä toteutettava Terveiden Elämäntapojen Edistämisyvuosi 1964, jolloin ideana oli ”totuttaa eri kansalaispiirit terveisiin elämäntapoihin erityisesti reippaassa talkoohengessä tapahtuvan joukkotoiminnan avulla”. Mukaan toimintaan todettiin saadun liikunta-, nuoriso-, maatalous-, nais-, työmarkkina- ja ammattijärjestöjen myötä yli kolmasosa

67. Esim. Laurinkari & Niemelä 1978, 8.

68. Esim. Kaipainen 1969, 44; Kom.miet. 1971:A 25, 38-39; Kom. miet. 1976:94, 10; Noro 1966, 232-241.

69. Kaipainen 1969, 59-60; Kom.miet. 1976:94, 24, 31-32, 113-119; Kom. miet. 1971:B4, 151-152.

70. Taipale 1972, 32-37; Kom.miet. 1971:B4, 152-153.

71. Kom. miet. 1976:94, 82-83, 135.

72. Vertio 1983, 172. Vuonna 1964 rekisteröity Terveystasvatuksen keskus aloitti toimintansa 1962 nimellä Terveystasvatusyön neuvottelukunta. Kom 1976:94, 81-82.

kansasta.⁷³ Kansainvälisestäikin tunnettu Pohjois-Karjala-projekti (1972–1977) puolestaan ohjasi sydäntautikuolemien kärkijoukkoon kuuluvia itäsuomalaisia terveisiin elämäntapoihin. Erityinen huomio kiinnitettiin kolesterolin ja verenpainearvoihin sekä tupakoinnin vähentämiseen.⁷⁴

Vaikka esimerkiksi lääkintöhallituksen vuosikertomuksessa 1971–77 tupakan ja alkoholin kulutuksen jatkuva kasvu nimettiin osoitukseksi siitä, että ”kansaamme ei ole saatu kasvatettua kohtuullisiin ja terveyden kannalta mielekkäisiin elämäntapoihin”⁷⁵, vuonna 1982 kansanterveyslaitoksen professori, Pohjois-Karjala-projektin vetäjä Pekka Puska antoi jo varsin positiivisen kuvan terveyskasvatuksen saavutuksista:

”Terveistä elintavoista on vähitellen tullut muotiasia. Kun aikaisemmin oli hienoa tupakoida ja syödä tukevasti, on tilanne nyt toinen. Nyt on muotia lopettaa tupakointi ja olla tupakoimatta. Salaatit ja muutenkin kevyempi ruokavalio on tullut muotiin. Ihmiset käyvät yhä enemmän lenkillä, ja taas on muotia pyöräillä töihin jne. Yhä useammin kuulee ihmisten viittaavaan siihen, että tämä nostaa elämän laatua.”⁷⁶

Samana vuonna laaditussa terveyspolitiikan suunnitelmassa todettiin, että yksilön käyttäytyminen oli yhä useammin yhteydessä terveydellisten ja sosiaalisten ongelmien syntyyn. Siksi elämäntapaan liittyvän terveyskasvatuksen merkityksen otaksuttiin jatkuvasti kasvavan.⁷⁷

Erityishuomio riskiryhmiin

Vaikka terveyspolitiikan kohteena olikin koko väestö ja perimmäisenä tavoitteena oli ”kehdosta hautaan”⁷⁸ ulottuva terveysvalistus ja -tarkastusjärjestelmä, alettiin 1960-luvun lopulta lähtien toimen-

73. Pesonen 1973, 226-232.

74. Puska 1995; Kom. miet. 1976:94, 65-67, liite 7.

75. SVT XI:74 1971-77, 24.

76. Puska 1982, 27.

77. Sosiaali- ja terveyspolitiikan lähtökohtia ja suuntaviivoja 1982, 31.

78. Kom.miet. 1971:B4, 146-147.

piteiden kohteeksi yhä useammin tarkentaa erilaiset riskiryhmät.⁷⁹ Keskustelu riskiryhmistä ja riskikäyttäytymisestä liittyi osaltaan tautikuvaa hallitsevien sairauksien luonteeseen: vaikka sairauksien syntymekanismia ei tarkalleen tunnettu, voitiin osoittaa useita riskitekijöitä, joita vähentämällä sairauden esiintymistä oli mahdollista vähentää. Riskitekijöiksi nimettiin sellaiset yksilön ominaisuudet, elintavat sekä ympäristötekijät, ”joiden perusteella voidaan ennakoita taudin esiintymisen todennäköisyyttä.”⁸⁰ Esimerkiksi sepelvaltimotautiin liittyvinä riskitekijöinä mainittiin vuonna 1972:

- tupakointi
- verenpaine
- ravintotottumukset
- perinnöllisyystekijät
- stressi
- juomaveden laatu
- liikuntataso
- sukupuolihormonitasapaino.⁸¹

Huomion kohdistamista nimenomaan riskiryhmiin perusteltiin osaltaan kustannus-hyötysuhteella, sillä suuntaamattomien seulontojen tehottomuus ja joukkotarkastusten kustannukset herättivät vilkasta keskustelua.⁸² Lääkintöhallituksen talousosaston osastopäällikkö Onni Vauhkonen kirjoitti vuonna 1969 seuraavaa:

”Tällä hetkellä lääkinnällinen elintaso on jo maassamme niin korkealla, että uusia massalääkinnän alueita ei enää ole kartoittamatta. Sen tähden tulisi jatkossa suunnata tutkimus ns. riskiryhmiin, alikuluttajaryhmiin. Erityisesti työikäisen väestön terveyspalvelusten kulutustottumuksia olisi kartoitettava. On liian yksioikoista lääkintäpolitiikkaa tarjota lisää palveluksia sellaisille väestöryhmille, joiden terveystaso on jo väestön keskitasoa huomattavasti korkeampi. (...) Riskiryhmiin

79. SVT XI:74 1971-77, 47-48; Kom.miet. 1976:94, 44, 47; Hautamäki 2002, 160-173. Riski-käsitteestä: Petersen & Lupton 1996, erit. 18-22, 47-55.

80. Kom. miet. 1976:94, 5.

81. Elämisen laatu 1972b, 28-29.

82. Kom.miet. 1971:B 4, 145-146; Pakkala 1982, 109.

kohdistettu terveystalvelusten markkinointi antaisi ilmeisesti paremman hyötysuhteen kuin muut vaihtoehdot.”⁸³

Esimerkiksi koko kansan kattavien työmuotojen – äitiysneuvolan ja tuberkuloosin pienoiströntgenkuvausten – osalta alettiin 1970-luvulla pohtia toiminnan rajaamista:

”Äitiyshuollossa (...) monet tavoitteet on saavutettu lähes täydellisesti. (...) On mahdollista, että sama tulos saavutettaisiin pienemmälläkin työpanoksella, ja vapautuneet voimavarat voitaisiin ohjata muihin tarpeisiin. (...) Kansanterveystyön kehittyessä keskittyminen ongelmatapauksiin yms. järjestelyt saattavat tulla ajankohtaisiksi.”⁸⁴

”Periaatteessa [röntgenkuvauksissa] on päätetty asteittain siirtyä iän, tupakoinnin, aikaisempien löydösten yms. perusteella määräytyvien riskiryhmien tutkimiseen.”⁸⁵

Riskiryhmät määriteltiin eri yhteyksissä eri tavoin; periaatteessa koko väestö voitiin jakaa kunkin terveystalveluksen osalta kategorioihin terve, riskinalainen, sairas tai kuntoutettava.⁸⁶ Seulontatutkimusten avulla voitiin tunnistaa yksittäisille sairauksille alttiina olevat henkilöt; esimerkiksi kohonneet verenpaine-, rasva- tai sokeriarvot osoittivat jo varhaisessa vaiheessa diabetes- ja sydäntautiriskin.⁸⁷

Yleisesti ottaen terveydenhuollon suunnittelukomitea nimesi vuonna 1971 sopiviksi seulonnan kohteiksi lapset, koululaiset, nuoret aikuiset ja odottavat äidit sekä 40–60-vuotiaat. Juuri lapset ja nuoret nimettiin terveystalveluksen luonnolliseksi kohderyhmäksi, sillä he olivat ikäluokittain helposti tavoitettavissa, asenteiltaan ja tavoiltaan vakiintumattomia, ja neuvolajärjestelmän myötä jo syntymästään saakka terveystalveluksen piirissä. Sitä paitsi useiden tautien ehkäisyn todettiin edellyttävän jo nuoruusiän terveystalvelintoja. Siten myös aikuisille annettun terveystalveluksen todettiin voivan näkyä asenteina vasta seuraavassa sukupolvessa.⁸⁸

83. Vauhkonen 1969, 77.

84. SVT XI:72-73 1969-70, 45; Myös: SVT XI:74 1971-77, 49.

85. SVT XI:72-73 1969-70, 143. Myös: SVT XI:70-71 1967-68, 120.

86. Kom.miet. 1976:94, 29-30.

87. Noro 1969, 60.

88. Kom.miet. 1971:B 4, 146, 149-150, liite 3, 8; Kom 1971:A 25, 29.

Ylipäättään kiinnostus suunnattiin työikäisiin ja sitä nuorempiin ikäluokkiin; vanhusten terveyden edistäminen nousi esille vähitellen 1980-luvulla.⁸⁹ Erityiseksi riskiryhmäksi todettiin keski-ikäiset miehet, joiden terveydenhuollossa ei ollut tapahtunut edistystä.⁹⁰ Monien kroonisten sairauksien kehitys alkoi juuri 40–60 vuoden iässä⁹¹, jolloin erityisesti miehet jäivät helposti kokonaan terveyspalveluiden ja -kasvatuksen tavoittamattomiin.⁹²

”Perheenisät jäivät vähemmälle, heitä kun harvoin tavotti kotoa. Vaikka tiedettiin ihan hyvin jo 20 vuotta sitten että se on se suurin riskiryhmä, joka syö illalla läskisöosia ja pottua ja panee sen ison mahansa päälle nukkumaan, juo aamulla kahvia ja syö pullaa ja lähtee päiväksi metsään kylmän kahvipullon ja voileivän kanssa”,⁹³

totesi terveysisarena toiminut henkilö 1970-luvulla. Työikäistä erityisiksi ongelmaryhmiksi nimettiin kehitysalueiden maaseudun miehet, pienviljelijät, yrittäjät sekä pienten työpaikkojen työntekijät, jotka jäivät työterveyshuollon ulkopuolelle.⁹⁴ Työikäisten joukosta huomion kohteeksi nostettiin myös:

- ammattitautivaaralle altistuvat
- iäkkäät
- johtoasemassa olevat
- nuoret
- naiset
- sairaalloiset työntekijät.⁹⁵

Esimerkiksi Työterveyslaitos käynnisti johtajatutkimuksen nimellä tunnetut vastuunalaista työtä tekeville suunnatut terveys-tarkastukset.⁹⁶ Suomen Akatemian ja opetusministeriön rahoittama Meteli-tutkimusohjelma (1973–83) kolmen metallitehtaan

89. Terveyttä kaikille vuoteen 2000, 67, 109.

90. Kaipainen 1969, 13.

91. Kom.miet. 1971:B 4, 146.

92. Haavio-Mannila 1962, 66-67; Kom.miet. 1976:94, 50.

93. Finni 1976, 182.

94. Harni 1973, 134; Noro 1968, 272; Noro 1969, 60.

95. Noro 1968, 276-277. Myös: Noro 1966, 230.

96. Noro 1969, 60; Väänänen 1995, 85-86.

työläisten työoloista ja terveydestä osoitti kuitenkin sairastavuuden kasautumisen ruumiillisesti kuormittavaa, pakkotahtista työtä tekeviin luokkiin.⁹⁷

Erityistä huomiota alettiin 1980-luvulle tultaessa kiinnittää sairauden ja huono-osaisuuden yhteyteen. Suomen ”Terveyttä kaikille” -ohjelmassa vuonna 1986 todettiin väestöjen terveyserojen kaventamistavoitteeseen liittyen:

”Terveyttä kuluttavat ja vaarantavat tavat ja tottumukset kasautuvat vähiten koulutettuun ja huonossa sosiaalisessa asemassa oleviin väestöryhmiin, joissa muutenkin on eniten terveyttä uhkaavia vaaroja elinoloissa ja työolosuhteissa.”⁹⁸

”Vaikeimmat terveysongelmat kasautuvat sosiaalisesti huono-osaisiin väestöryhmiin, joita luonnehtii matala koulutus- ja tulotaso, epäedulliset työolot, puutteelliset asuinolosuhteet ja sosiaalinen eristyneisyys.”⁹⁹

Riskialttiina väestöryhminä mainittiin mm. sosiaalisesti ongelmaiset odottavat äidit, kodittomat juopot sekä rajut viikonloppuryppääjät. Ohjelmassa nostettiin kuitenkin esiin kysymys siitä, ”missä määrin yhteiskunnalla on oikeus vaikuttaa ihmisen oikeuteen valita elämäntapansa, jos tämä tietää siihen liittyvät riskit”. Terveellisten elämäntapojen edistämisen todettiin herättäneen kahdentyyppistä kritiikkiä: toisaalta syytökset kohdistuivat terveystiedon tyrkyttämiseen ja holhoavaan terveysterroriin, toisaalta kohtuuttoman vastuun sälyttämiseen yksilölle.¹⁰⁰ Terveysvalistuksen ohjenuoraksi tuleville vuosikymmenille kirjattiinkin lausuma:

”Terveellisiä elintapoja on edistettävä niin, ettei kumpaankaan kritiikkiin anneta aihetta.”¹⁰¹

97. Esim. Väitinen 1978.

98. Terveyttä kaikille vuoteen 2000, 71.

99. Terveyttä kaikille vuoteen 2000, 146.

100. Terveyttä kaikille vuoteen 2000, 72-73, 92, 107.

101. Terveyttä kaikille vuoteen 2000, 73.

Riskitekijöiden korostamisen ja yksittäisten tautien ehkäisemisen sijaan 1980-luvun terveystieteissä pyrittiin painottamaan myönteistä terveyden edistämistä korostavaa linjaa.¹⁰²

Kustannuskriisistä tehokkuuteen: suunnitelmallisuus ja priorisointi

Keskustelu riskiryhmistä oli osa terveystieteiden pyrkimystä terveydenhuoltomenojen nopean kasvun aiheuttaman kustannuskriisin ratkaisuun. Terveydenhuollon bruttokansantuoteosuuden kasvun havaittiin olleen kaksi kertaa ennakoitua suuremman (kuvio 18) ja monien kuntien väitettiin joutuneen ennen muuta sairaalalamejojensa takia vararikon partaalle (kuvio 19).¹⁰³ Yhtälöä terveydenhuollon menojen ja saavutettujen tulosten välillä pidettiin ristiriitaisena:

”Käytämme terveydenhuoltoon varoja yhtä paljon kuin muutkin taloudellisesti ja sosiaalisesti kehittyneet maat, mutta ilmeisesti käytämme varat epätarkoituksenmukaisesti, koska emme onnistu saamaan niille riittävää vastinetta.”¹⁰⁴

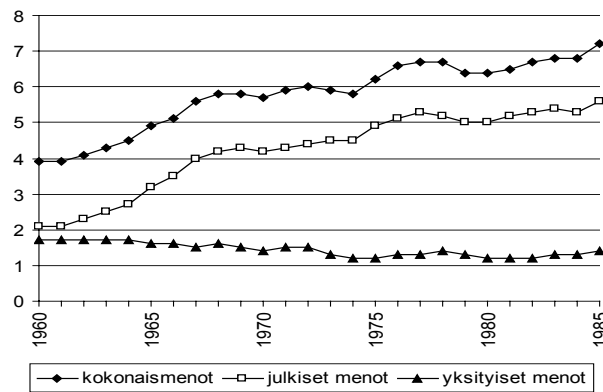
Kysymys siitä, miten terveydenhuoltokustannusten kasvua voitiin rajoittaa ja samalla varmistaa, että resurssit suunnattiin kohteisiin joista oli mahdollista saada paras tulos, hallitsi 1960- ja 1970-lukujen taitteesta lähtien keskustelua terveydenhuollon sisäisestä kehittämisestä.

102. Sosiaali- ja terveystieteiden lähtökohtia ja suuntaviivoja 1982, 57.

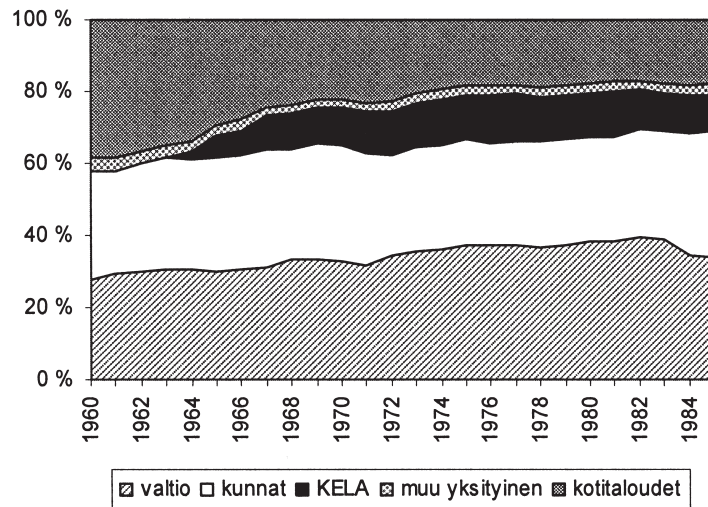
103. Kom.miet. 1971: B 4, 47-53; Kaipainen 1969, 37.

104. Kaipainen 1969, 39.

Kuvio 18. Terveydenhuollon kokonaismenojen sekä julkisten ja yksityisten terveydenhuoltomenojen osuus bruttokansantuotteesta (%) Suomessa 1960–1985¹⁰⁵



Kuvio 19. Terveydenhuollon kokonaismenojen rahoitus (%) 1960–1985¹⁰⁶



105. Kela, terveydenhuoltomenot, taulukko 14.2.

[http://www.fpa.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/ABID/311201134225AS/\\$File/Thm.pdf?OpenElement](http://www.fpa.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/ABID/311201134225AS/$File/Thm.pdf?OpenElement).

106. SVT Terveys 2004, taulukko 3.2.2-1.

Suunnitelmallisuus nimettiin kustannusten rajoittamisen lähtökohdaksi, sillä nimenomaan suunnittelun puutteen ja päätöksentekojärjestelmän epäkohtien katsottiin osaltaan lisänneen kustannuksia.¹⁰⁷ Lääkintöhallitusta kritisoitiin siitä, ettei se ollut kyennyt luomaan itselleen asemaa koko terveydenhuoltopolitiikkaa suunnittelevana ja ohjaavana keskusvirastona.¹⁰⁸ Lääkintöhallituksen vuosikertomuksessa 1969–70 myönnettiin, että:

”useilla terveydenhuoltopolitiikan lohkoilla ei ole olemassa yksilöityä vahvistettua ohjelmaa tai edes ehdotusta ohjelmiksi, joiden puitteisiin toiminta ja sen kehitystyö voitaisiin kiteyttää.”¹⁰⁹

Ongelman korjaamiseksi lääkintöhallitukseen perustettiin vuonna 1970 erityinen suunnitteluosasto, ja myös sosiaali- ja terveysministeriöön luotiin suunnitteluorganisaatio, jonka virkojen määrää lisättiin nopeasti.¹¹⁰

Suunnitelmallista terveyspolitiikkaa lähdettiin rakentamaan myös mittavan komiteatyöskentelyn avulla. Esimerkiksi valtioneuvoston vuonna 1968 asettaman terveydenhuollon suunnittelukomitean tehtävänä oli alan valtakunnallisen, alueellisen ja paikallisen suunnittelun hahmottamisen lisäksi pohtia toimenpiteitä varojen tarkoituksenmukaisen käytön tehostamiseksi ja esittää, ”minkä perusteiden mukaan voidaan määritellä terveydenhuollon tarkoituksenmukainen osuus yhteiskunnan taloudellisista voimavaroista”.¹¹¹

Komitea päätyi mietinnössään siihen, ettei kustannusten kasvua voitu rajoittaa kansantuotteen kasvunopeuden mukaiseksi, sillä kyseisen mekaanisen ratkaisun todettiin edellyttävän investoinneista luopumista ja pitkällä tähtäimellä jähmettävän koko talous- ja yhteiskuntakehityksen. Mm. alan opetuksen kehitystarpeen, suurten rakennusohjelmien keskeneräisyyden ja alueellisen eriarvoisuuden katsottiin tekevän suuret supistukset mahdottomiksi. Kustannusten vastapainona mietinnössä korostettiinkin terveyden arvoa sinänsä

107. Kom.miet. 1971: B 4, 209.

108. Kaipainen 1969, 35.

109. SVT XI:72-73 1969-70, 3.

110. Vauhkonen & Bäckman 1973, 227; Haatanen & Suonoja 1992, 496-497, 498-500.

111. Kom.miet. 1971:B 4, I-II. Samaan aikaan suunniteltiin mm. poliklinikkatoimintaa ja sairaalahallintoa Kom. 1968:B 1; Kom. 1970:A 6. Eri maiden terveyspoliittisen suunnittelutoiminnan analyysi: SVT XXXII:43 1975.

ja painotettiin, että terveydenhuollon avulla voitiin vaikuttaa tuotavuuteen ja taloudelliseen kasvuun, sillä ala loi työpaikkoja ja esti työvoimaa joutumasta sairauden ja työkyvyttömyyden takia yhteiskunnan huollettavaksi. Loppupäätelmä oli se, että terveydenhuollon osuus yhteiskunnan taloudellisista voimavaroista oli määrättävissä vain poliittisen tason päätöksillä.¹¹²

Terveyspalvelujen tarjonnan mitoittamisen suhteen komitea piti tärkeänä, että resurssit suunnattiin niihin terveysongelmiin, joiden osalta vaikutusmahdollisuudet olivat parhaat ja kansanterveydellinen ja kansantaloudellinen hyötysuhde suurin. Komitean mukaan terveydenhuollon toimenpiteiden tärkeysjärjestys voitiin perustaa:

- terveydellisen ongelman laajuuteen (esim. kuolleisuus, sairastavuus)
- terveydellisen ongelman tärkeyteen (esim. työvuosien menetyt, esiintyminen nuorimmissa ikäryhmissä)
- vaikutusmahdollisuuksiin (harkinnanvarainen arvio, kuinka hyvin lääketieteellisen tietämyksen pohjalta ongelmaan pystytään vaikuttamaan)
- kustannuksiin.

Avoimeksi jäi kuitenkin se, miten eri tekijöille tuli määritellä painokertoimet. Samalla korostettiin, ettei terveydenhuollon yksinomainen perustelu koskaan voinut olla taloudellinen vaan että myös humanitääriset seikat oli otettava huomioon.¹¹³

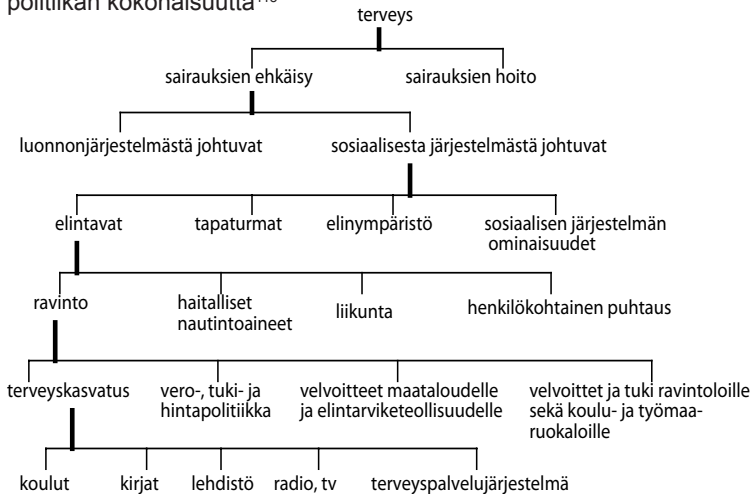
Talousneuvoston vuonna 1970 asettamassa laaja-alaisessa, koko yhteiskuntapolitiikan suuntaa kartoittavassa projektissa terveyspolitiikka hahmotettiin monipolvisista tavoite-keino-hierarkioista koostuvana systeeminä (esim. kuvio 20.)¹¹⁴

112. Kom.miet. 1971:B 4, 81-84, 209-210; SVT XXXII:43, 12, 16.

113. Kom.miet. 1971:B 4, 19-22; Myös: Ojala, Vataja & Vintturi 1974, 217; Vauhkonen 1969, 76.

114. Elämisen laatu 1972a; Elämisen laatu 1972b.

Kuvio 20. Ravinnosta johtuvien sairauksien ehkäiseminen osana terveyspolitiikan kokonaisuutta¹¹⁵



Konkreettisella tasolla terveyspolitiikan suunnitelmallisuutta lähdettiin toteuttamaan vuoden 1972 kansanterveyslain myötä. Samana vuonna muutetussa kunnallisia yleissairaaloita koskevassa laissa suunnitteluvollisuus ulotettiin koskemaan myös sairaaloita. Lääkintöhallituksen laatimat ja valtioneuvoston vahvistamat viisivuotissuunnitelmat loivat suuntaviivat toiminnan kehittämiseksi sekä voimavarojen käytölle, ja kuntatason toimintasuunnitelmat konkretisoivat paikallistason toimintatavoitteet.¹¹⁶ Ensimmäinen yksityiskohtainen valtakunnallinen viisivuotissuunnitelma laadittiin vuosille 1974–78. Hallintojärjestelyt, tehokkuus ja taloudellisuus nousivat suunnitelmissa hallitsevaan asemaan (taulukko 13), ja voimavaroihin painottuvan suunnittelun todettiin jättäneen alan sisällöllisen kehittämisen vähälle huomiolle. Tämän seurauksena 1970-luvun jälkipuoliskolla laadittiin useita yksittäiseen tautiin – esimerkiksi sokeritauti, verenpainetauti, allergia, syöpä, tuki- ja liikuntaelinsairaudet – tai ongelmaan kohdistuvia suunnitelmia.¹¹⁷

115. Puron (1974, 82, 89, 92) mukaan. Esim. ruokasuolan jodeeraus ja juomaveden fluoraus sijoittuivat kategoriaan ”luonnonjärjestelmästä johtuvien sairauksien ehkäisy”, ”maaperän puutteiden korjaaminen”. Puro 1974, 87.

116. SVT XI:74 1971-77, 45; Sosiaali- ja terveyspolitiikan lähtökohtia ja suuntaviivoja 1982, 52; Haatanen & Suonoja 1992, 524, 526, 529.

117. Terveyttä kaikille vuoteen 2000, 19; Valtakunnallinen suunnitelma kansanterveys-

Taulukko 13. Kansanterveystyön viisivuotissuunnitelmien yleiset tavoitteet vuosina 1974–1986¹¹⁸

	1974-1978	1975-1979	1976-1980	1977-1981	1978-1982	1979-1983	1980-1984	1981-1985	1982-1986
PAINOPISTEALUEET									
Peruspalveluiden, erit. avosairaanhoidon lisääminen	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Merkittävimpien kansantautien ehkäisy ja hoito	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Palveluiden alueellisten erojen vähentäminen	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Pitkäaikaissairaiden hoitomahdollisuudet					x	x	x	x	x
Terveyskasvatuksen kehittäminen						x	x	x	x
Työterveyshuollon tehostaminen							x	x	x
Lääkinnällinen kuntoutus									x
MENETELMÄT									
Kansanterveystyön tuloksellisuuden ja toimintojen järjestämisen taloudellisuuden seuranta	x	x	x	x	x				
Hallinnolliset järjestelyt	x	x							
Eri toimintamuotojen sisällön ja menetelmien tarkoituksenmukaisuuden kehittäminen			x	x	x	x	x	x	x
Toiminnan tehokkuuden parantaminen				x	x	x	x	x	x
Kansanterveyden tuloksellisuuden seuranta						x	x	x	x
Toiminnan porrastuksen kehittäminen									x
Toiminnan tuloksellisuuden parantaminen									x
Yhteistyön tehostaminen muun terveydenhuollon ja sosiaalihuollon kanssa									x

työn järjestämisestä vuosina 1980-1984, 25-26. Esim. Kom.miet. 1976:5; Kom.miet. 1977:46; Kom.miet. 1984: 42.

118. Valtakunnallinen suunnitelma kansanterveystyön ja sairaanhoitolaitosten toiminnan järjestämisestä 1974-78, 1975-79, 1976-80, 1977-1981, 1978-82, 1979-83, 1980-84, 1981-85, 1982-1986. Tavoitteita ei luokiteltu taulukossa esitetyllä tavalla kahteen eri ryhmään vaan ne esitettiin yhtenä listana.

Vuonna 1984 luotiin sosiaali- ja terveydenhuollolle yhteinen suunnittelujärjestelmä. Oman kokonaisuutensa terveyspolitiikan suunnittelussa muodosti myös alan tutkimuksen ja tilastoinnin kehittäminen.¹¹⁹ Panu Pulma onkin todennut kokonaisvaltaisuuden ja suunnitelmallisuuden muodostuneen 1970-luvulla ”iskusanoin- si, joiden avulla Suomea piti vietämän kohti valoisaa ja vaurasta tulevaisuutta.”¹²⁰

1970-luvun lopulla ja 1980-luvun alussa, jolloin terveyden- tasoa kuvaavat mittarit kääntyivät parempaan, terveyspoliittinen keskustelu keskittyi WHO:n ”Terveyttä kaikille vuonna 2000” -ohjelmaan, jonka pioneerimaaksi Suomi vuonna 1982 sitoutui. Vuodesta 1981 Suomessa valmistellun ohjelman tavoite kiteytetiin seuraaviin iskulauseisiin: lisää vuosia elämään, lisää terveyttä elämään ja lisää elämää vuosiin. Päämääräksi asetettiin väestön mahdollisimman hyvä terveydentila ja väestöryhmien välisten terveyserojen väheneminen ja poistuminen.¹²¹ WHO:n ohjelman myötä suomalainen käsite ’kansanterveystyö’ korvautui uusilla termeillä ’perusterveydenhuolto’ ja ’terveyden edistäminen’. Matti Rimpelä onkin korostanut, että muutoksen yhteydessä myös koko terveyspoliittinen painotus siirtyi yksilökeskeiseen suuntaan.¹²²

Yhteenveto

Yhteiskuntakriittisyys oli leimallista 1960-luvun lopulta lähtien käydylle terveyspoliittiselle keskustelulle.¹²³ Tavoitteena oli laajentaa terveyspolitiikkaa terveyspalveluiden ulkopuolelle ja luoda terveydestä koko yhteiskuntakehitystä ohjaava arvo siten, että yhteiskunnan rakenteet ja elinolot voitiin muuttaa terveyttä edistäviksi. Ylipäättään pohjoismaisessa tarkastelussa 1970-luku on nähty terveyspolitiikan politisoitumisen ja artikuloitumisen vuo-

119. Sinkkonen & Nikkilä 1988, 49-53, 186-194; Aukee 2000, 84; Elämisen laatu 1972b, 97-104; Terveyttä kaikille vuoteen 2000, 139-142; Eklund & Rimpelä 1989, 21-25; Haatanen & Suonoja 1992, 493-494, 640-653.

120. Pulma 1996, 27.

121. Puro 1982, 2-3; Aromaa & Klaukka 1982, 9-16; Valkonen 1982, 17-22; Hallituksen terveyspoliittinen selonteko eduskunnalle 26.3.1985, 8; Terveyttä kaikille vuoteen 2000, 3, 21-28, 51; WHO:n ohjelmasta ks. Roemer 1994, 416-421; Tervonen-Goncalves & Lehto 2004.

122. Rimpelä 2004; Rimpelä 2005.

123. Termi ’yhteiskuntakriittinen terveyspolitiikka’ ks. Rimpelä 1977.

sikymmenenä. Niin sanottujen hyvinvointisairauksien yleistymisen ja terveystalouden nopea kasvu oli kaikissa Pohjoismaissa keskustelun taustalla. Esimerkiksi Ruotsissa ja Tanskassa 1970-luvun terveystalouden lähtökohdaksi ei kuitenkaan ollut kansan terveydentilan heikentyminen vaan odotus terveyden jatkuvasta paranemisesta¹²⁴, joten lähtötilanne oli Suomessa heikompi.

Vilkas terveystaloudellinen keskustelu hiipui 1970-luvun alussa, ja sen jälkeen todettiin, etteivät terveystalouden sisältökysymykset nousseet valtakunnallisen tason kiinnostuksen kohteeksi kustannuskysymyksiä lukuun ottamatta.¹²⁵ Vuoden 1972 kansanterveyslain säätämisen jälkeen vasta ”Terveyttä kaikille” -ohjelman toimeenpanon on todettu nostaneen terveyden aktiivisen poliittisen keskustelun kohteeksi.¹²⁶ Sosiaaliministeri Eeva Kuuskoski-Vikatmaa tiivistä terveystaloudellisen tilanteen ohjelmaan lähdetessä vuonna 1986 seuraavasti:

”Suomalainen terveystaloudellinen on mitä ilmeisimmin lähestymässä merkittävää asenteellista käännekohtaa. On aika siirtyä terveyden valvomiseen terveyden vaalimiseen.

Vuosikymmeniä olemme keskittyneet mahdollisimman hyvän terveystaloudellisen järjestelmän rakentamiseen. (...) Mutta kun talo alkaa olla valmis asuttavaksi, on aika löysätä valvontaa ja antaa tilaa yksilöllisille ratkaisuille, henkilökohtaiselle vastuulle ja kaikelle sille, mitä olemme tottuneet kutsumaan luovuudeksi.”¹²⁷

Uusi, erityisesti 1990-luvun taloudellisen laman ja terveystalouden rahoitusongelmien myötä vahvistunut painotus oli se, että yksilön vastuun ja terveyden edistämisen korostaminen kytkettiin keskusteluun kustannussäästöistä ja tuottavuudesta. Terveystalouden rakentamisprojektin katsottiin 1990-luvulla olevan valmistumisvaiheessa, ja palvelujen käyttöä kannustavasta politiikasta siirryttiin terveystaloudellisen järjestelmän kasvua rajoittavaan linjaan. Samalla kustannusten hallinnasta tuli keskeinen terveystaloudellinen

124. Vallgård 2003, 119-121.

125. Terveyttä kaikille vuoteen 2000, 130.

126. Leppo 1998, 19.

127. Terveyttä kaikille vuoteen 2000, 5.

nen arvo.¹²⁸ Sama terveystalitiikan linja on havaittavissa kaikissa länsimaissa, joskin eri maiden painotuksissa on havaittavissa myös selvi  eroja.¹²⁹

128. Wrede 2000, 202-204; Lehto & Blomster 1999.

129. Esim. Vallg rda 2003; Vallg rda 2001; Skaset 2003, 499-548.

7. TERVEYDEN JÄLJILLÄ

Suomalaisen terveystalitiikan 1900-luvun murroskohtien tarkastelu osoittaa, että näkemykset terveydestä, terveysongelmista ja terveyden saavuttamiseen tarvittavista keinoista ovat olleet jatkuvassa muutoksessa. Suomalaisen terveystalitiikan rakentuminen vuosisadan alusta 1980-luvulle on tässä tutkimuksessa jäsennetty viiteen eri vaiheeseen, joiden pääpiirteitä havainnollistaa taulukko 14.

Terveystalitiittiset kaudet eivät ole kronologisesti selvärajaisia vaan ne esiintyivät osin ajallisesti rinnakkain. Keskustelun painopiste muuttui kuitenkin eri vuosikymmeninä selvästi. Vuosisadan alussa pääpaino oli kulkutautien lyömisessä hygienian avulla. Rotuhygienia, jonka sai jalansijaa 1920- ja 1930-luvuilla, keskittyi puolestaan väestön laadun kohentamiseen pyrkimällä estämään perimältään heikon kansanosan lisääntymisen. Sodanjälkeinen väestöpolitiikka nosti lasten ja äitien terveyden vaalimisen kansan tulevaisuuden turvaajana tärkeimmälle sijalle. Aikuisiällä puhkeavien kroonisten sairauksien aikainen tunnistaminen terveystaliteluiden saatavuutta lisäämällä nousi puolestaan 1960-luvun terveystalitiikan päämääräksi. 1970-luvulle tultaessa huomio kiinnittyi yhteiskunnallisten olosuhteiden aiheuttamiin terveyshaittoihin ja painopiste asetettiin terveyttä edistäviin yhteiskuntalitiittisiin ratkaisuihin.

Painopisteiden muuttuessa myös terveystalitiittisen huolen ja toimenpiteiden kohde muuttui. Hygieniaprojektin pääkohteeksi asetettiin työväestö, jonka elinolot ahtaine asuntoineen ja pölyisine työpaikkoineen sekä sivistymättömät elintavat puutteellisine puh-

tauskäsityksineen miellettiin koko muuta yhteiskuntaa uhkaavaksi tautipesäksi. Rotuhygienian huolena olivat puolestaan alimittaisuutta, moraalittomuutta ja viettivaltaisuutta perimässään kantavat yksilöt. Sekä hygienia että rotuhygienia kiinnittivät erityistä huomiota kaupungistuvan yhteiskunnan sosiaalisiin ongelmiin. Rotuhygieenisessä tarkastelussa kaupungit miellettiin maaseudun elinvoimaista talonpoikaisväestöä houkutteleviksi ansoiksi, jotka alkoholismien, sukupuolitautilien ja tuberkuloosin pesinä johtivat koko ihmiskunnan rappiolle. Näkemyksen käänköpuolena oli uhkakuva siitä, että myös parhaasta väestään tyhjentyneet maaseutu oli vaarassa rappeutua ja päätyä henkisesti alimittaisten asuinalueeksi.

Kun 1900-luvun alussa terveystalitiikan kohteena oli ennen muuta alaluokka tai rahvas, asetti sodan jälkeen yleistynyt termi 'kansanterveys' terveystalitiikan kohteeksi periaatteessa koko kansan. Käytännön kansanterveystyössä toimenpiteet suunnattiin kuitenkin 1940-luvulla ennen muuta lasten terveyden turvaamiseen, ja jo väestön määrällisten suhteiden nähtiin edellyttävän työn kohdistamista maaseudulle. Painotusta tukivat havainnot maaseudun terveysolojen takapajuisuudesta, sillä kaupunkien hygieniatyön edistyessä maaseudun todettiin menettäneen asemansa terveyden esikuvana.

Terveystalitiikan maaseutupainotteisuus näkyi edelleen 1960-luvulla, jolloin terveyspalveluiden rakentamisessa etualalle nousivat Itä- ja Pohjois-Suomen syrjäseudun aikuisväestön tarpeet. Terveyskeskukset rakennettiin 1970-luvulla – muuttoliikkeen myötä vähitellen tyhjenevän – maaseudun palveluiden turvaajaksi, ja vasta 1980-luvulle tultaessa painopiste terveyskeskusten kehittämisessä siirrettiin asutuskeskuksiin.¹ Keskeinen tavoite 1960-luvulta lähtien oli nuorien ikäluokkien suosituimmuusaseman murtaminen suuntaamalla terveydenhuollon palvelut myös varttuneemmalle väestölle. Sen sijaan 1970-luvun yhteiskuntakriittisessä terveystalitiikassa tarkastelun kohteeksi nousivat kaupunkielämän ja kohoavan elintason varjopuoleet: vieraantuneisuus, sopeutumattomuus ja hyvinvointisairaudet. Terveyden alueellisten erojen rinnalla huomio kohdistui sosiaalisten terveyserojen suuruuteen. Väestön joukosta toimenpiteiden kohteeksi valikoituivat erityiset riskiryhmät.

Eri aikakausten terveystalitiikan tuloksena ovat muodostuneet erilaiset terveyspalvelut, instituutiot ja ammattikunnat. Hygie-

1. Valtakunnallinen suunnitelma kansanterveystyön järjestämisestä 1981-85, 27.

Taulukko 14. Yhteenveto: suomalaisen terveystalouden painopisteet 1900-luvulla

	HYGIENIA	ROTU-HYGIENIA	VÄESTÖ-POLITIIKKA	TERVEYS-PALVELU-POLITIIKKA	YHTEISKUNTA-POLITIIKKA
huippu-kausi	1900-luvun alku	1920-1930-luvut	1940-1950-luvut	1960-luku	1960-luvun loppu-1970-luku
ongelma	kuolleisuus kulkutaudit tuberkuloosi	väestön määrä ja laatu: degeneraatio	lapsi- ja äitiyskuolleisuus syntyvyys	krooniset sairaudet, miesten ylikuolleisuus, alueelliset terveyserot	hyvinvointi-sairaudet, sosiaaliset terveyserot, kustannuskriisi
kohde	raivas, työväestö (kaupungit)	perinnöllisesti arvokkaat vs. henkisesti alamittaiset kaupungit	koko kansa äidit, lapset maaseutu	koko väestö aikuiset (miehet) maaseutu	koko väestö riskiryhmät kaupungit
tavoite	kansakunnan elävän voiman pelastaminen terve ja työkykyinen kansa			väestön terveydentilan jatkuva kohoaminen	terveyden mahdollisimman täydellinen saavuttaminen ja tasainen jakautuminen
perustelut	kansan tulevaisuus, työteho ja puolustuskunto kustannusten säästö			kansantulon kasvu, tasa-arvo	terveys itseisarvona
keinot	yleinen hygienia: infrastruktuurit yksilökohtainen hygienia: valistus sosiaalihygienia: sosiaaliset reformit	negatiivinen rotuhygienia: lisääntymisen esto (positiivinen rotuhygienia)	valistus terveystarkastus perhekustannusten tasaus	terveyspalveluiden tasa-arvoinen tarjonta sairausvakuutus, maksuttomat palvelut	yhteiskunnan muuttaminen terveyskasvatus suunnittelu, tutkimus, priorisointi
terveyden ehto	sivistys elinympäristö elintapa	perimä, biologia	perhe	terveyspalvelut	yhteiskunnalliset olot
terveyden mittari	kuolleisuus	degeneroituneiden määrä	imeväis- ja äitiyskuolleisuus, syntyneisyys	sairaansijamäärät, henkilökunnan lukumäärä, sairastavuus	sosiaali-indikaattorit
instituutio	terveyslautakunta, kulkutautisairaala	eristyslaitos	neuvola	terveyskeskus vs. sairaala	seulonta-tutkimukset
lääketiede	rokotus	sterilointi	antibiotti	tehohoito	

niaprojektin myötä luotiin terveyslautakunta- ja terveystarkastajajärjestelmä valvomaan ympäristön puhtautta. Samanaikaisesti kulkutautisairaalat, tuberkuloosiparantolat, -huoltotoimistot ja -hoitajattaret pitivät huolta tauteihin sairastuneista, ja rokotusten avulla pyrittiin estämään tautien puhkeaminen. Rotuhygienian tavoitteita tukivat eristyslaitokset sekä kirurgien toteuttamat steriloinnit. Väestöpolitiikkaa toteuttivat kätilöt, terveysisaret ja kunnanlääkärit neuvoloiden välityksellä. Terveyspalvelupolitiikassa puolestaan sairaalajärjestelmän rinnalle luotiin uusi avohuollon instituutio eli terveyskeskus. 1970-luvun yhteiskuntapoliittisen painotuksen myötä luotiin terveydenhuollon suunnittelujärjestelmä.

Terveysvalistus on kuulunut tärkeänä osana terveyspolitiikan keinovalikoimaan koko 1900-luvun ajan. Valistuksen välittämät terveellisen elämän opit olivat keskeinen osa sekä 1900-luvun alun kulkutautien vastaista hygieniakampanjaa että sodanjälkeistä väestöpoliittista kansanterveysprojektia. Erityisesti 1960-luvulla valistuksen merkitys nähtiin hoitoonhakeutumisasenteiden korjaajana ja terveyspalveluiden käytön lisääjänä, kun taas 1970-luvulle tultaessa lähdettiin siitä, että valistuksen avulla ihmiset saatiin mieltämään terveys tärkeäksi arvoksi omassa yhteiskunnallisessa päätöksenteossaan. Vähäisimmäksi valistuksen rooli näyttää jääneen rotuhygienian piirissä: vaikka hyvän perintöaineksen omaavia pyrittiin toki kannustamaan jälkeläisten tuottamiseen ja mm. avioliittoneuvonnalla pyrittiin varoittamaan turmiollisten liittojen solmimisesta, varsinaisen ongelmaryhmän eli degeneroituneen kansanosan kohottamisessa valistuksen mahdollisuuksiin ei uskottu.

Sairauksien hoitoon keskittyvän palvelujärjestelmän rakentamisen rinnalla sairauksien ennaltaehkäisy esiintyi koko tarkastelujakson ajan terveyspolitiikan julkilausuttuna tavoitteena. Kun hygienia pyrki ehkäisemään tartuntatautiepidemioita, rotuhygienia ennalta ehkäisi perinnöllistä heikentymistä ja väestöpolitiikka pyrki vähentämään lapsi- ja äitiyskuolleisuutta päämääränään väestönkasvun pysähtymisen estäminen. Myös 1960-luvun terveyspalvelupolitiikassa tavoitteena oli varhaisen hoitoonhakeutumisen kautta ennaltaehkäistä kroonisten sairauksien puhkeaminen. Hoitoon pannotamisen nähtiin siten palvelevan ennaltaehkäisyn tavoitetta. Sen sijaan 1970-luvulle tultaessa ennaltaehkäisyn katsottiin edellyttävän yhteiskuntarakenteiden muuttamista. Uutena näkökulmana 1960-

luvulta lähtien alettiin korostaa myös kuntouttamisen tärkeyttä sairauksien hoidon ja ennaltaehkäisyn rinnalla.

Terveyspolitiikassa ei ole ollut kyse pelkästään terveyspalveluiden tuottamisesta eikä toiminta ole rajautunut yksinomaan terveyshallinnon alan piiriin. Laaja-alaisimpia olivat 1900-luvun alun hygieniat, jonka perimmäisenä pyrkimyksenä oli koko yhteiskunnan järjestäminen ennaltaehkäisevän terveydenhoidon oppien mukaiseksi, sekä 1970-luvulla hallitsevaksi noussut yhteiskuntakriittinen terveyspolitiikka, jonka lähtökohtana oli terveyden asettaminen määrääväksi kriteeriksi kaikilla yhteiskunnan aloilla. Rotuhygieniää, jota on luonnehdittu ”biologisten ratkaisujen tarjoamiseksi yhteiskunnallisiin ongelmiin”², pyrittiin puolestaan käyttämään monimuotoisena yhteiskuntakontrollin välineenä. Sekä väestöpolitiikan että terveyspalvelupolitiikan kytkennät sosiaalipolitiikkaan olivat kiinteät. Sodanjälkeinen väestöpolitiikka rakentui pitkälti äitiysavustuksen sekä muiden perhettä tukevien sosiaaliavustusten ja -palvelujen varaan. Sairausvakuutuksen toteuttaminen ja terveyskeskusvastaanottojen maksuttomuus olivat puolestaan keskeinen osa 1960-luvulla terveyspalveluiden tarjontaan ja saatavuuteen keskittyvää politiikkaa.

*

*

*

Kysymys valtion ja kansalaisen oikeuksista ja velvollisuuksista eli ns. terveyden yhteiskuntasopimuksesta on eri aikojen suomalaisessa terveyspoliittisessa keskustelussa painottunut eri tavoin. Yhteinen piirre on se, että koko 1900-luvun ajan terveyspolitiikan toteuttaminen ja huolenpito kansan terveydestä on nimetty julkisen vallan velvollisuudeksi. Vaikka erilaisilla terveysjärjestöillä onkin ollut keskeinen rooli käytännön työssä, on toimintojen siirtäminen järjestöjen ja maallikoiden aloitteellisuudesta julkisen vallan koordinoimaksi ja suunnittelemaksi asetettu toistuvasti julkilausutuksi tavoitteeksi. Siten 1990-luvun tilanne, jossa valtion vastuuta on pikemminkin lähdetty purkamaan, muodostaa selvän käänteen vuosisataisessa jatkumossa.

Valtion velvollisuuden vastapuolena ovat määrittäneet yksilöä koskevat terveysvelvoitteet. Terveys on mielletty jokaisen kansa-

2. Mattila 1999, 340.

laisen henkilökohtaiseksi velvollisuudeksi kansakuntaa kohtaan. Samalla julkiselle vallalle on asetettu oikeus asettaa yksittäisille kansalaisille terveyttä koskevia pakkoja. Tarttuvaa tai muutoin muille vaarallista tautia kantavat on voitu määrätä pakollisiin tutkimuksiin, laitoshoitoon tai esimerkiksi steriloitaviksi. Yksilön velvollisuus käyttää tarjolla olevia terveyspalveluja sidottiin yhteen rahallisen korvauksen kanssa 1940-luvun äitiyshuollossa, ja ajatus terveystarkastusten pakollisuudesta nostettiin esiin myös 1960-luvulla sairausvakuutuksen yhteydessä. Ajatus valistumattoman kansan kaitsemisesta rahallisen porkkanan avulla terveyspalveluiden piiriin ei kuitenkaan johtanut käytännön toimiin ajankohtana, jolloin keskustelu pakkoauttamisesta ja yksilön oikeuksista nousi korostuneesti esille. Ylipäätään 1960-luvulta lähtien painotettiin yksilön tasa-arvoista oikeutta terveyspalveluiden saantiin.

Se, millainen merkitys yksilön omalle panokselle terveystaloudessa asetetaan, on vaihdellut eri kausina. Yleisesti ottaen suomalaisen terveystalouteen näyttävätkin pätevän Ulf Olssonin ruotsalaisesta terveystaloudesta tekemät havainnot. Yksilö oli 1900-luvun alun terveystaloudessa ikään kuin passiivisesti läsnä: vaikka elinolot ja elintavat nousivat keskustelussa esille, yksilöitä tarkasteltiin ehdotettujen reformien ja valistuksen passiivisina vastaanottajina. Sen sijaan 1950-luvulta lähtien, jolloin huomio kiinnitettiin terveyden- ja sairaanhoitojärjestelmän rakentamiseen, yksilö jäi terveystaloudessa taka-alalle ja hänen roolinsa kaventui terveyspalveluiden käyttäjäksi. Elinolot, elintavat ja yksilöiden oma panos nousivat puolestaan näkyvämmiin esille 1960-luvun lopulta lähtien, ja samalla yksilöä alettiin tarkastella aktiivisena terveystaloudellisena toimijana.³

* * *

Terveystalouden perustelut voidaan periaatteessa jakaa kahdentyyppisiin argumentteihin: terveystaloudellinen ja terveys voidaan ensinnäkin määritellä keinoksi saavuttaa kansallista tai yhteisöllistä ”yleistä hyvää” eli esimerkiksi kansan hyvinvointia, taloudellista kasvua tai julkisten menojen leikkaamista. Toisaalta terveys voidaan asettaa tavoitteeksi sinällään ja korostaa pyrkimystä yksittäisen

3. Olsson 1997.

kansalaisen mahdollisuuteen saavuttaa hyvä elämä. Ruotsalaista ja ranskalaista terveystaloutta vuosina 1930–1950 ja 1970–2000 tutkinut Signild Vallgård on todennut, että kansalliset ja yhteisölliset perustelut kävivät vuosisadan lopulla yhä harvinaisemmiksi, kun taas individualistiset, yksittäisen kansalaisen etua korostavat näkökulmat yleistyivät. Poikkeuksen muodostivat kansantaloudelliset perustelut, jotka säilyivät argumenttina koko 1900-luvun ajan.⁴ Samat havainnot koskevat myös suomalaista terveystaloutta.

Vuosisadan alussa, jolloin käsitteet ‘valtio’ ja ‘kansan’ olivat toisiinsa yhteenkietoutuneita, suomalaisessa terveystaloutta voitiin vedota yhtä lailla valtion etuun, kansan kunniaan tai kansan eloonjäämisen turvaamiseen.⁵ Itsenäistyvän ja sotaa käyvän maan argumenteissa myös puolustuskunto esiintyi toistuvasti. Kansanterveys-termin yleistymisen vakiinnutti yhteisöllisen argumentin 1940-luvulla. Sen sijaan 1960-luvulta lähtien – vaikka kansanterveys-termi säilyi suomalaisessa sanastossa, toisin kuin esimerkiksi tanskan kielessä⁶ – kävi kansaan ja sen kokonaisuuteen vetoaminen yhä harvinaisemmaksi. Kansan sijaan terveydestä puhuttaessa alettiin käyttää usein populaatioon viittaavaa, neutraalia väestö-sanaa.⁷

Taloudelliset perustelut tuotiin suomalaisessa terveystaloutta esille vetoamalla siihen, että terveystaloutta oli kyse työvoiman ja tuottavuuden turvaamisesta. Myös terveystaloutta keinoja valittaessa korostettiin edullisuutta ja valinnasta koituvia kustannussäästöjä. Tällöin vastakkain asettuivat yleensä kallis hoito laitoksessa ja pitkällä tähtäimellä edullisemmaksi nimetty avohoito ja ennaltaehkäisy. Varsinkin ”60-luvun sosiaalitaloutta”-teoksen myötä terveystaloutta kehittämisen kytkettiin näkyvästi kansantulon kartuttamiseen. Sen sijaan 1970-luvulle tultaessa terveystaloutta debaattissa irtisanouduttiin terveyden sitomisesta tuottavuuden välineeksi ja individualistiset, terveyttä arvona sinänsä korostavat argumentit nousivat korostetusti esille. Terveystaloutta liitettiin yksilön elämänlaatuun ja hyvinvointiin.

*

*

*

4. Vallgård 2001, 386; Vallgård 2003, 268-270.

5. Suomalaisesta käsitteistöstä ks. Kettunen 2003; Pulkkinen 2003; Liikanen 2003.

Myös: Vallgård 2001, 392.

6. Vallgård 2003, 21.

7. Ks. myös Hautamäki 2002, 143-173.

Yhtä kattavaa selitystä terveystieteellisten tulkintojen ja painotusten määrittymiselle ja muuttumiselle ei ole mahdollista esittää. On ilmeistä, että vaikutusyhteyksiä voidaan löytää yhtä hyvin tieteellisestä, väestöllisestä, taloudellisesta, aatteellisesta, yhteiskunnallisesta kuin valtiollisestakin kehityksestä. Selvää on, ettei terveystieteellisen kehityksen voida tulkita suoraksi seuraukseksi lääketieteellisistä läpimurroista. Tieteellinen terveyttä ja sairautta koskeva tieto ei ole automaattisesti johtanut käytännön toimiin – eikä sama tieteellinen tieto ole johtanut samanlaisiin toimiin kaikkialla. Marjaana Niemi on Birminghamin ja Göteborgin terveystieteitä vertaillen korostanut, että samoilla tieteellisillä löydöksillä voitiin loogisesti perustella aivan erilaisia käytännön toimenpiteitä imeväiskuolleisuuden ja tuberkuloosin suhteen. Viranomaiset ja asiantuntijat valikoivat, preferoivat ja muokkasivat tieteellistä tietoa omiin tarkoituksiinsa ja taloudelliseen sekä sosiaaliseen tilanteeseen sopivaksi.⁸ Lääketieteellisten edistysaskeleiden – esim. rokotusten, antibioottien ja tehohoidon – merkitys onkin siinä, että ne ovat tuoneet oman lisänsä terveystieteelliseen keinovalikoimaan ja osaltaan vaikuttaneet, yhteiskunnallisten ja väestöllisten muutosten ohella, myös tautikirjon muuttumiseen.

Suomalainen terveystieteellinen debatti on ollut osa skandinaavista ja eurooppalaista keskustelua. Niin 1900-luvun alussa kuin 1970-luvullakin suomalaisen terveystieteellisen kehittämisen välttämättömyys osoitettiin vetoamalla kansainvälisiin tilastovertailuihin. Kuolleisuusluvussa vuosisadan alussa havaittu yleinen suomalainen jälkeensääntö polarisoitui 1900-luvun jälkipuoliskolla siten, että Suomessa todettiin samaan aikaan sekä erittäin suotuisasta kehityksestä kertovia (imeväiskuolleisuus) että erittäin synkkiä (työikäisten kuolleisuus) lukuja.

Mallimaina terveystieteellisen kehittämisen toimivat ennen muuta Pohjoismaat, muut länsimaat sekä 1960-luvulta lähtien myös DDR ja Neuvostoliitto. Ulkomaisten toimijoiden, erityisesti amerikkalaisen Rockefeller-säätiön sekä Maailman terveysjärjestön WHO:n merkitys suomalaisen terveystieteellisen muovaajana vaatisi oman jatkotutkimuksensa.⁹

8. Niemi 1999; Petersen & Lupton 1996.

9. Rockefeller-säätiöstä: Tallberg 2000; Yrjälä 2005.

*

*

*

Kaiken kaikkiaan suomalaisen 1900-luvun terveystalouden voidaan todeta kulkeneen ikään kuin terveyden jäljillä: kunkin uuden näkökulman myötä edellisten kausien terveystaloudelliset keinot ja saavutukset on nimetty riittämättömiksi. Voimakkain murros paikantuu 1960-luvulle, jolloin hygieniaan ja väestöpolitiikkaan pohjaavan terveystaloudellisen perinteen tarjoamat ratkaisut todettiin toimimattomiksi ja elintason nousun havaittiin tuovan myös kielteisiä terveystaloudellisia vaikutuksia. Murroksen myötä painopiste siirtyi akuuteista kroonisiin sairauksiin, äideistä ja lapsista työikäisiin miehiin, sairaalarakentamisesta avohoitoon ja 1970-luvulle tultaessa edelleen terveystaloudellisten palvelujen kehittämisestä yhteiskunnan muuttamiseen. Murroksen taustatekijöinä olivat sekä väestöpolitiikassa, tautikirjossa että koko yhteiskunnassa tapahtuneet samanaikaiset muutokset.

LUETTELO TAULUKOISTA, KUVIOISTA JA KARTOISTA

Taulukot

Taulukko 1. Kuolemansyyt Suomessa 1891–1925, s. 20.

Taulukko 2. Tylsämielisten, mielisairaiden ja kaatumatautisten lukumäärä ja osuus väestöstä (%) vuosina 1906–1936 tehdyissä selvityksissä, s. 44.

Taulukko 3. Sairaansijojen vuotuiset keskimääräiset muutokset aloittain 1890–1939, s. 47.

Taulukko 4. Eri laitosten hoitopaikkojen kehitys 1900–1939, s. 49.

Taulukko 5. Syntyvyys ja imeväiskuolleisuus Suomessa 1901–1939, s. 60.

Taulukko 6. 1930–1940-luvuilla tehdyissä selvityksissä esiin nostetut terveysongelmat, s. 64.

Taulukko 7. Äitiys- ja lastenneuvoloiden sekä terveysisarten ja kättilöiden lukumäärä 1939–1952, s. 67.

Taulukko 8. Neuvolapalveluita käyttäneiden osuudet (%) 1939–1970, s. 70.

Taulukko 9. Lääkäreiden lukumäärän kehitys Suomessa 1900–1980, s. 84.

Taulukko 10. Kolme tärkeintä kuolinsyytä ja niiden osuudet kaikista kuolemista (%) eri ikäkausina vuonna 1966, s. 105.

Taulukko 11. Sosiaaliset erot 34–65-vuotiaiden ikävakioidussa kuolleisuudessa vuosina 1971–75, s. 107.

Taulukko 12. Tärkeimmät sairaudet sairastavuuden eri mittareilla (%) vuonna 1967, s. 111.

Taulukko 13. Kansanterveystyön viisivuotissuunnitelmien yleiset tavoitteet vuosina 1974–1986, s. 129.

Taulukko 14. Yhteenvedo: suomalaisen terveyspolitiikan painopisteet 1900-luvulla, s. 135.

Kuviot

Kuvio 1. Terveyspolitiikan malli, s. 11.

Kuvio 2. Kuolleisuus Suomessa 1891–2000, promillea keskiväkiluvusta, s. 13.

Kuvio 3. Suomalaisen terveyspolitiikan painopisteet 1900-luvulla, s. 15.

Kuvio 4. Kuolleisuus kaupungeissa ja maaseudulla vuosina 1871–1940, tuhatta asukasta kohden, s. 19.

Kuvio 5. Imeväiskuolleisuus 100 elävänä syntynyttä lasta kohden kaupungissa ja maaseudulla vuosina 1891–1939, s. 25.

Kuvio 6. Kolera- ja lavantautiuhkan kautta havaitut ympäristön terveysriskit ja niihin löydetty ratkaisut vuosisadan vaihteessa, s. 32.

- Kuvio 7. Tuberkuloosin kautta havaitut ympäristön terveysongelmat ratkaisuineen 1900-luvun alussa, s. 34.
- Kuvio 8. Aviollisen hedelmällisyyden aleneminen 1881–1940, s. 60.
- Kuvio 9. Imeväiskuolleisuus tuhatta syntynyttä kohden Suomessa, Ruotsissa, Norjassa ja Tanskassa 1930–1969, s. 62.
- Kuvio 10. Perheille suunnatut palvelut 1950-luvulla Väestöliiton oppaan mukaan, s. 71.
- Kuvio 11. 35–39-vuotiaitten miesten kuolleisuus Pohjoismaissa 1956, 1000 henkeä kohden, s. 78.
- Kuvio 12. Alle 65-vuotiaitten miesten ja naisten kuolleisuus Pohjoismaissa ikäluokittain 1000 asukasta kohti vuonna 1960, s.78.
- Kuvio 13. Tärkeimmät kuolemansyyt 1935–1965, s. 81.
- Kuvio 14. Sairaansijojen muutokset keskimäärin vuodessa 1900–1980, s. 86.
- Kuvio 15. Sairaansijat 10 000 asukasta kohden 1920–1980, s. 87.
- Kuvio 16. Sairauden tarkastelumalli Tapani Purolan mukaan, s. 109.
- Kuvio 17. Tautien etiologian tarkastelumalli, s. 109.
- Kuvio 18. Terveydenhuollon kokonaismenojen sekä julkisten ja yksityisten terveydenhuoltomenojen osuus bruttokansantuotteesta (%) Suomessa 1960–1985, s. 125.
- Kuvio 19. Terveydenhuollon kokonaismenojen rahoitus (%) 1960–1985, s. 125.
- Kuvio 20. Ravinnosta johtuvien sairauksien ehkäiseminen osana terveystieteiden kokonaisuutta, s. 128.

Kartta

- Kartta 1. Keuhkotautikuolleisuus Euroopassa vuonna 1934, s. 23.

LYHENTEET

D	Duodecim
FLH	Finska Läkaresällskapets Handlingar
LSL	Lastensuojelulehti
SAik	Sosiaalinen Aikakauskirja
Sakl	Suomen Aistivalliskoulu(jen) lehti
SHS	Suomen Historiallinen Seura
SKS	Suomalaisen Kirjallisuuden Seura
SLA	Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehti
STV	Suomen Tilastollinen Vuosikirja
SVT	Suomen Virallinen Tilasto
THL	Terveystieteiden tutkimuskeskus
WHO	Maailman terveysjärjestö
VP	valtiopäivät

Lähdeluettelo

Lait ja asetukset

- Asetus lääkintöhallituksesta 17.3.1944 no 188.
Avoliittolaki 13.6.1929 no 234.
Kansanterveyslaki 28.1.1972 no 66.
Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus terveydenhoidosta Suomenmaassa 22.12.1879 no 31.
Laki kansanterveislain voimaansaannosta 28.1.1972 no 67.
Laki kunnallisille mielisairaaloille sekä tuberkulosia sairastavien hoitolaitoksille ja tuberkulosin vastustamisen edistämiseksi annettavasta valtionavusta 31.5.1929 no 269.
Laki tylsämielisten hoitoa ja kasvatusta varten toimivien kunnallisten ja yksityisten laitosten valtioavusta 1.7.1927 no 185.
Medicinalväsendet i Finland. Ordnad sammanställning af författningar, föreskrifter och officiella handlingar, angående Finlands hälso- och sjukvård. Utgifven af Karl Anders Bergstedt. Lilius & Hertzberg, Helsingfors 1907.
Pitalitautilaki 22.6.1945 no 638.
Rokotuslaki 10.7.1936 no 258.
Rokotuslaki 14.6.1951 no 361.
Sterilisoimisasetus 13.6.1935 no 228.
Sterilisoimislaki 13.6.1935 no 227.
Sukupuolitautilaki 9.6.1939 no 199.
Sukupuolitautilaki 9.6.1939 no 198.
Sukupuolitautilaki 25.1.1952 no 52.
Suomen Suuriruhtinaanmaan Rikoslaki 19.12.1889 no 39.
Tuberkuloosiasetus 11.11.1927 no 298.
Tuberkuloosiasetus 1.10.1948 no 726.
Tuberkuloosilaki 3.9.1948 no 649.

Komiteanmietinnöt ym. viralliset suunnitelmat

- Elämisen laatu: tavoitteet ja mittaaminen. Talousneuvosto, Yhteiskun-
tapolitiikan tavoitteita ja niiden mittaamista tutkiva jaosto.
Helsinki 1972 (1972a).
- Elämisen laatu. Liite 1. Terveyspolitiikan tavoitteita tutkivan työryhmän
raportti. Talousneuvosto, Yhteiskunnapolitiikan tavoitteita
ja niiden mittaamista tutkiva jaosto. Helsinki 1972 (1972b).
- Hallituksen terveystoimittain selonteko eduskunnalle 26.3.1985.
Helsinki 1985.
- Kom.miet. 1892:8. Hänen Keisarilliselle Majesteetillensa lääkärihoidon
maalla uudestaan järjestämistä varten asetetulta komitealta.
- Kom.miet. 1896:6. Komitea ehdotuksen tekemistä varten muutoksiksi
armolliseen asetukseen terveydenhoidosta Suomenmaassa, 22
päivältä joulukuuta 1897, sekä asetukseksi kulkutaudeista.
- Kom.miet. 1900:8. Hänen Keisarilliselle Majesteetillensa Komitea
ehdotuksen tekemistä varten toimenpiteiksi tuberkuloosin
leviämisen ehkäisemiseksi maassa.
- Kom.miet. 1905: 9a. Ehdotus suojelukasvatuksen järjestämisestä.
- Kom.miet. 1908:6. Mielisairashoitokomitean mietintö I. Varsinaisten
mielisairasten hoito.
- Kom.miet. 1909:1. Sulfaattiselluloosakomitealta.
- Kom.miet. 1921:15. Yhteiskunnan lasten- ja nuorisosuojelu.
- Kom.miet. 1923:2. Mielisairaanhoitokomitea.
- Kom.miet. 1924:3. Komitealta, joka on asetettu laatimaan ehdotusta
tarpeellisista toimenpiteistä tuberkuloosin vastustamiseksi
maassamme.
- Kom.miet. 1924:10. Ehdotus sukupuolitautilien vastustamiseksi:
komiteanmietintö.
- Kom.miet. 1927:11. Kunnallisille mielisairaaloille ja tuberkuloosia
sairastavien hoitolaitoksille sekä tuberkuloosin vastustamis-
työhön annettavan valtionavun perustamiseksi.
- Kom.miet. 1929:5. Komitealta, joka on asetettu harkitsemaan kysy-
mystä tylsämielisten ym. sterilisoinnista.
- Kom.miet. 1931:15. Kunnallisairaalakomitean mietintö.
- Kom.miet. 1937:3 mon. Vajaamielisten rikoksenteijäin eristämisko-
mitean mietintö.
- Kom.miet. 1937:6. Maaseudun asuntokomitean mietintö no 1.
- Kom.miet. 1939:5. Asunto-olojen parantaminen. Kaupunkien asun-
tokomitean mietintö no 1.

- Kom.miet. 1939:9. Maaseudun terveydenhoito-olot ja niiden kehittäminen. Maaseudun terveydenhoitokomitean mietintö.
- Kom.miet. 1940:5. Kansanravitsemuskomitea. Tutkimuksia kansanravitsemustilan parantamiseksi.
- Kom.miet. 1941:12. Kansanterveyden tutkimus- ja opetuslaitosta suunnittelevan komitean mietintö.
- Kom.miet. 1941:17 mon. Valtion väestöpoliittisen komitean mietintö keinoitekoisesti aiheutettuja keskenmenoja koskevasta kysymyksestä.
- Kom.miet. 1942:18. Väestökomitean mietintö no 2 äitiys- ja lastenhuollon neuvoloista ja kunnallisesta kättilötoimesta.
- Kom.miet. 1942:20 mon. Väestökomitean ehdotus laiksi monilapsisten perheiden asuntoavustuksesta.
- Kom.miet. 1943:4. Väestökomitealta mietintö no 4: kodinperustamislainoista.
- Kom.miet. 1945:4. Väestökomitean mietintö no 5 äitiyssuojelulaki.
- Kom.miet. 1947:16 mon. Tuberkuloosia koskevan lainsäädännön uusimista ja tuberkuloosin vastustamistyön edelleen kehittämistä varten asetetun komitean mietintö.
- Kom.miet. 1948:23 mon. Reumakomitean periaatemietintö.
- Kom.miet. 1949:39 mon. Koulujen terveydenhoitokomitean mietintö.
- Kom.miet. 1954:2. Syöväntorjuntakomitean mietintö.
- Kom.miet. 1965:B 72. Kansanterveyskomitean mietintö.
- Kom.miet. 1966:A 8. Kuntoutuskomitean mietintö.
- Kom.miet. 1968:B 1. Poliklinikkatoimikunnan mietintö.
- Kom.miet. 1969:A 3. Kansanterveystoimikunnan mietintö.
- Kom.miet. 1970:A 6. Kunnallisen sairaanhoitohallinnon järjestysmuodon kehittäminen. Kunnallisen yhteistoiminnan järjestysmuotokomitean 2. mietintö.
- Kom.miet. 1971: A 25. Sosiaalihuollon periaatekomitean mietintö I. Yleiset periaatteet.
- Kom.miet. 1971: B 4. Terveydenhuollon suunnittelukomitean mietintö.
- Kom.miet. 1976:5. Suunnitelma sokeritaudin hoidon järjestämiseksi Suomessa.
- Kom.miet. 1976:94. Terveyskasvatustoimikunnan mietintö.
- Kom.miet. 1977:46. Verenpainetoimikunnan mietintö.
- Kom.miet. 1984:42. Syöpäkomitean mietintö.
- Lainvalmistelukunnan julkaisuja 1924:1. Ehdotus uudeksi aviokaareksi ynnä perustelut.

- Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveyspolitiikka 20.12.2006. <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/tervh/thindex.htm>
- Terveydenhuollon ohjelma vuosille 1975–79. Helsinki 01.02.1974. Lääkintöhallitus, Helsinki 1974.
- Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Suomen terveystieteiden pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 1986.
- Valtakunnallinen suunnitelma kansanterveystyön (ja sairaanhoitolaitosten toiminnan) järjestämisestä 1974–78, 1975–79, 1976–80, 1977–1981, 1978–82, 1979–83, 1980–84, 1981–85, 1982–1986.

Tilastot

- Kela, Terveydenhuoltomenot. [http://www.fpa.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/ABID/311201134225AS/\\$File/Thm.pdf?OpenElement](http://www.fpa.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/ABID/311201134225AS/$File/Thm.pdf?OpenElement)
- Mitchell, B. R., European Historical Statistics 1750–1970. Macmillan, London 1976.
- STV 1932, 1940, 1946–47, 1953, 1957, 1961, 2003.
- SVT VI:66:2. Väestötilasto. Väestönmuutokset vuosina 1921–1925.
- SVT VI:90. Väestötilasto. Kuolemansyyt vuosina 1936–1937.
- SVT XI:17–57. Lääkintölaitos. Lääkintöhallituksen kertomus 1900–1954.
- SVT XI:58–73. Yleinen terveyden- ja sairaanhoito. Lääkintöhallitus 1955–1970.
- SVT XI:74–78. Terveydenhuolto. Lääkintöhallituksen vuosikirja 1971–1982.
- SVT XXI A:25. Köyhäinhuoltotilasto 1920.
- SVT XXI A:35. Köyhäinhuoltotilasto 1930.
- SVT XXI A:2 Huoltotilasto 1938–40.
- SVT XXXII:18 Sosiaalisia erikoistutkimuksia. Mielisairaat ja vajaamieliset. Helsinki 1940.
- SVT XXXII:43. Sosiaalisia erikoistutkimuksia. Suonoja, Kyösti & Virtanen, Pirjo & Tuomola, Seppo, Terveydenhuollon tavoitteet ja painopisteet. Helsinki 1975.
- SVT XXXII:65. Sosiaalisia erikoistutkimuksia. Suominen, Risto & Heinonen, Markku, Terveydenhoidon ja sosiaalihuollon rakennusinvestoinnit Suomessa vuosina 1945–1978. Helsinki 1980.

SVT XXXII: 96. Sosiaalisia erikoistutkimuksia. Ohtonen, Jukka & Koski, Paula & Vinni, Kari, Katsaus Suomen terveydenhuoltojärjestelmän kehitykseen. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 1983.

SVT Terveys 2004. Terveydenhuollon trendit 2004. Stakes, Helsinki 2004.

Valtiopäiväasiakirjat

VP 1911, Asiakirjat V:2.

VP 1926, Asiakirjat III.

VP 1934, Asiakirjat III.

VP 1971, Asiakirjat I.

VP 1971, Pöytäkirjat II.

Aikakauslehdet vuoteen 1939¹

Duodecim (D)

Finska Läkaresällskapet Handlingar (FLH)

Huoltaja

Lastensuojelulehti (LSL)

Terveydenhoitolehti (THL)

Sosiaalinen Aikakauskirja (SAik)

Suomen Aistivalliskoulu(jen) lehti (Sakl)

Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehti (SLA)

1. Muut aikakauslehtiartikkelit on eritelty tekijän mukaan Kirjallisuus-otsikon alla.

Kirjallisuus

- Aaltonen, Leea, Sairauksien ja sairaalaelämän sosiologia. WSOY, Porvoo 1964.
- Aer, Juhani, Kansanterveyslaki yhteiskuntasuunnittelun näkökulmasta. Yhteiskuntasuunnittelu 2/1972, 11-13.
- Aer, Juhani, Kansanterveystyön rahoitus. Teoksessa: Aer, Juhani (toim.). Kansanterveystyön käsikirja. Tammi, Helsinki 1975, 106–118.
- Ajankohtaisia näkökohtia terveydenhuoltopolitiikasta. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 8. Helsinki 1969.
- Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma, Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Vastapaino, Tampere 2000.
- Aromaa, Arpo & Klaukka, Timo, Aikuisväestön terveydentilan kehitys 1970-luvulla. Sosiaalinen Aikakauskirja 1/1982, 9-16.
- Armstrong, David, Historical Origins of Health Behaviour. In: Anderson, David et. al. (eds.), Health Behaviour Research and Health Promotion. Oxford University Press, Oxford 1988, 8–21.
- Armstrong, David, Public Health Spaces and the Fabrication of Identity. Sociology 3/1993, 393–410.
- Armstrong, David, Use of the Genealogical Method in the Exploration of Chronic Illness: a Research Note. Social Science & Medicine 30/1990, 1225–1227.
- Artimo, Markus, Terveyden sosiologia. Teoksessa: Rantasalo, Ilari & Koskenvuo, Markku, Kansanterveystiede III. Lääketieteen kandidaattiseura 1983, 50–75.
- Arvoista valintoihin. Terveydenhuollon priorisointiryhmän raportti. Stakes, raportteja 161. Stakes, Helsinki 1994.
- Aukee, Ranja, 1960-luvulta tähän päivään. Katsaus suomalaisen sosiaalilääketieteen lähihistoriaan. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1/2000, 82–86.
- Auvinen, Riitta, Äitiyssuojelusta perhekasvatukseen. Teoksessa: Perheen puolesta. Väestöliitto 1941–1991. Väestöliitto, Helsinki 1991, 205–242.
- Best, Joel, Dark Figures and Child Victims: Statistical Claims about Missing Children. Teoksessa: Best, Joel (ed), Images of Issues: Typifying Contemporary Social Problems. Aldine de Gruyter, New York 1989, 21–37. (1989a)

- Best, Joel (ed.), *Images and Issues, Typifying Contemporary Social Problems*. Aldine de Gruyter, New York 1989. (1989b)
- Björkman, Albert, *Förekomsten av sinnesslöhet i Finland och några därav föranledda reflexioner*. Teoksessa: *Sjätte nordiska mötet för abnormsaken i Helsingfors 24–27 Juli 1912*. Redogörelse och förhandlingar. Helsingfors 1915, 308–330.
- Brecht, Christine & Nikolow, Sybilla, *Displaying the Invisible: Volkskrankheiten on Exhibition in Imperial Germany*. *Stud. Hist. Phil. Biol & Biomed. Sci.*, Vol. 31, No 4/2000, 511–530. <http://www.uni-bielefeld.de/iwt/personen/nikolow/volkskrankheiten.pdf>
- Byckling, Timo, *Väestön terveydentasoa mittaavista indikaattoreista*. Teoksessa: Rantasalo, Ilari & Koskenvuo, Markku, *Kansanterveystiede II. Lääketieteen opiskelijoiden asuntola- ja tukisäätiö*, Helsinki 1982 (alkuteos 1977). 1–7.
- Bäckman, Guy, *Terveyspolitiikka Suomessa*. Teoksessa: Riihinen, Olavi (toim.), *Sosiaalipolitiikka 2017. Näkökulmia suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen*. WSOY, Porvoo 1993, 533–554.
- Eklund, Leena & Rimpelä, Arja, *Terveyttä kaikille vuoteen 2000*. Tutkimuksen kehittämisohjelman teema-alueiden tutkimus v.1988. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suunnitteluosasto, Helsinki 1989.
- Finni, Saara, *Rahat vai henki*. Gummerus, Jyväskylä 1976.
- Forsius, Arno, *Lääkintöhallitus 1878–1991 sekä sosiaali- ja terveyshallitus 1991–1992*. <http://www.saunalahti.fi/arnoldus/laakhall.html>. Gems of the Health Promotion Research Programme. Cancer Society of Finland, Helsinki 2005.
- Haatanen, Pekka, *Suomalaisen hyvinvointivaltion kehitys*. Teoksessa: Riihinen, Olavi (toim.) *Sosiaalipolitiikka 2017. Näkökulmia suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen*. WSOY, Porvoo, Helsinki & Juva 1993 (2. p.), 31–67.
- Haatanen, Pekka & Suonoja, Kyösti, *Suuriruhtinaskunnasta hyvinvointivaltioon. Sosiaali- ja terveysministeriö 75 vuotta*. Helsinki 1992.
- Haavio-Mannila, Elina, *Kotona sairastavien hoidontarve Suomen maalaiskunnissa*. Suomen Terveysisäryhdistyksen ja Lääkintöhallituksen kansanterveysosaston toimesta suoritettu tutkimus. Maalaiskuntien liitto, Helsinki 1962.

- Hakkarainen, Pekka, Sosiaalisten ongelmien määrittely – sosiaalisen konstruktionismin näkökulma sosiaalisiin ongelmiin. Teoksessa: Koskinen, Keijo (toim.), Sosiologisia karttalehtiä. Matkaopas yhteiskunnan tutkimiseen. Vastapaino, Tampere 1998, 195–209.
- Halmesvirta, Anssi, Vaivojensa vangit. Kansa kysyi, lääkärit vastasivat - historiallinen vuoropuhelu 1889–1916. Atena Oy, Jyväskylä 1998.
- Harjula, Minna, Tehdaskaupungin takapihat: Ympäristö ja terveys Tampereella 1880-1939. Tampereen Historiallisen Seuran julkaisuja XVII. Tampereen Historiallinen Seura, Tampere 2003.
- Harjula, Minna, Vaillinaisuudella vaivatut. Vammaisuuden tulkinnat suomalaisessa huoltokeskustelussa 1800-luvun lopulta 1930-luvun lopulle. Bibliotheca Historica 15. SHS, Helsinki 1996.
- Harni, Anna-Liisa, Sairauksien kehityksen alueittainen vaihtelu Suomessa. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja Sarja A:10. Kansaneläkelaitos, Helsinki 1973.
- Hautamäki, Tiina, Tuberkuloosin ja aidsin kulttuuriset merkitykset. Tampere University Press, Tampere 2002.
- Hedman, E.L., Andesvagvårdens betydelse och uppgift i socialt och rashygieniskt afseende. Teoksessa: Sjätte nordiska mötet för abnormsaken i Helsingfors 24–27 Juli 1912. Redogörelse och förhandlingar. Helsingfors 1915, 330–340.
- Helén, Ilpo, Äidin elämän politiikka. Naissukupuolisuus, valta ja itsesuhde Suomessa 1880-luvulta 1960-luvulle. Gaudeamus, Helsinki 1997.
- Helén, Ilpo & Jauho, Mikko, Terveyskansalaisuus ja elämän politiikka. Teoksessa: Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (toim.), Kansalaisuus ja kansanterveys . Gaudeamus, Helsinki 2003, 13–32.
- Helén, Ilpo & Yesilova, Katja, Vietti, väestö ja valinta. Seksuaaliterveyden kerrostumat Suomessa. Teoksessa: Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (toim.), Kansalaisuus ja kansanterveys. Gaudeamus, Helsinki 2003, 233–259.
- Hemminki, Kari, Sosiaalitaloudellinen kuolleisuustutkimus terveyspolitiikan suunnittelun avuksi. Sosiaalinen Aikakauskirja 2/ 1977, 53-56.
- Henriksson, Lea, Naisten terveystyö ja ammatillistumisen politiikka. Stakes, Helsinki 1998.

- Hertzen, Heikki v., Mihin perhelisälain toimeenpanolla pyritään. Teoksessa: Väestöpolitiikkamme taustaa ja tehtäviä. Väestöliiton vuosikirja 1. WSOY, Porvoo & Helsinki 1946, 166–174. (1946b)
- Hertzen, Heikki v., Väestöpolitiikkamme päätapahtumat vuosina 1946–1948. Väestöpolitiikkamme uusia muotoja etsimässä. Väestöliiton vuosikirja II. Helsinki 1948, 219–240.
- Hertzen, Heikki von, Koti vaiko kasarmi lapsillemme. Asunnontarvitsijoiden näkökohtia asunto- ja asemakaavakysymyksissä. Väestöliiton julkaisuja no 15. WSOY, 1946. (1946a)
- Hietala, Marjatta, Hygienian ja terveydenhuollon eturintamaan ulkomaisten yhteyksien avulla. Teoksessa: Tietoa, taitoa, asiantuntemusta I. Helsinki eurooppalaisessa kehityksessä 1875–1917. Hist. Arkisto 99:1. SHS & Helsingin kaupungin tietokeskus, Helsinki 1992, 67–206.
- Hietala, Marjatta, Katsaus tilaston ja tilastoinnin historiaan. Teoksessa: Hietala, Marjatta & Mylly, Kari (toim.), Tutkijan tilastolliset tiedonlähteet. Gaudeamus, Helsinki 1982, 12–34.
- Hietala, Marjatta, Kotisisar äidin sijaisena. Teoksessa: Perheen puolesta. Väestöliitto 1941–1991. Väestöliitto, Helsinki 1991, 128–176.
- Hietala, Marjatta, Rotuhygienia. Teoksessa: Kemiläinen, Aira & Hietala, Marjatta & Suvanto Pekka (toim.), Mongoleja vai germaaneja? - rotuteorioiden suomalaiset. SHS, Historiallinen Arkisto 86, Helsinki 1985, 105–162.
- Hietala, Marjatta, Tilastot kulttuurin ilmentymänä. Historiallinen Aikakauskirja 4/1979, 331–338.
- Honkasalo, Marja-Liisa, Miten sairaus rakentuu sosiaalisesti? Teoksessa: Kangas, Ilka & Karvonen, Sakari & Lillrank, Annika (toim.), Terveystieteiden suuntauksia. Gaudeamus, Helsinki 2000, 53–73.
- Hulkko, Jouko, Onko Suomessa harjoitettu väestöpolitiikkaa? Teoksessa: Entäs nyt suomalainen väestöpolitiikka? Väestöliitto, Helsinki 1973, 121–132.
- Hultin, Holger, Den förebyggande hälsovården för mödrar, barn och ungdom. Teoksessa: Ajankohtaisia näkökohtia terveydenhuoltopolitiikasta. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 8. Helsinki 1969, 48–50.

- Häggman, Kai, Kivennäisvesi, kylpyvesi ja keskisäädyn elämäntapa. Teoksessa: Joutsivuo, Timo & Mikkeli, Heikki (toim.), Terveyden lähteillä. Länsimaisten terveystietosten kulttuurihistoriaa. Hist. Arkisto 106. SHS, Helsinki 1995, 153–167.
- Häkkinen, Antti, Rahasta – vaan ei rakkaudesta. Prostituutio Helsingissä 1867–1939. Otava, Helsinki 1995.
- Häkkinen, Antti & Linnanmäki, Eila & Leino-Kaukiainen, Pirkko, Suomi, johon suuret ikäluokat syntyivät. Teoksessa: Karisto, Antti (toim.) Suuret ikäluokat. Vastapaino, Tampere 2005, 61–91.
- Härö, A. S., Kuolleisuus Suomessa ja muissa Pohjoismaissa 1948–64. Duodecim 23/1966, 1136–1151.
- Härö, A. S., The Utilization of Hospital Services in Finland in 1960 and 1967. Teoksessa: Ajankohtaisia näkökohtia terveydenhuoltopolitiikasta. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 8. Helsinki 1969, 51–58.
- Härö, A. Sakari, Vuosisata tuberkuloosityötä Suomessa. Suomen Tuberkuloosin Vastustamisyhdistyksen historia. Suomen Tuberkuloosin Vastustamisyhdistys, Helsinki 1992.
- Härö, Sakari, Taistelu sukupuolitauteja vastaan. Sosiaalihuigieninen yhdistys ry. 50 vuotta. Sosiaalihuigieninen yhdistys, Helsinki 1996.
- Ignatius, Jaakko. Lääketieteet. Teoksessa: Suomen tieteen historia 3. Luonnontieteet, lääketieteet ja tekniset tieteet. WSOY, Helsinki 2000, 502–607.
- Jaakkola, Jouko & Pulma, Panu & Satka, Mirja & Urponen, Kyösti, Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva. Suomalaisen sosiaalisen turvan historia. Sosiaaliturvan Keskusliitto, Helsinki 1994.
- Jauho, Mikko, Kansallisen terveyden eetos. Kartoitus terveyden yhteiskunnallistumisesta Suomessa ennen toista maailmansotaa. Sosiologian pro gradu -työ. Helsingin yliopisto 1997.
- Jauho, Mikko & Lehtonen, Turo-Kimmo, Paha bakteeri, hyvä äiti ja normaali perhe vuosisadan vaihteen suomalaisessa terveysvalistuksessa. Tiede & Edistys 1/1998, 11–25.
- Johannisson, Karin, Folkhälsa. Det svenska projektet från 1900 till 2: a världskriget. Lychnos 1991, 139–195.
- Johannisson, Karin, The People's Health: Public Health Policies in Sweden. Teoksessa: Porter, Dorothy (ed.), The History of

- Public Health and the Modern State. Rodopi, Amsterdam 1994, 165–182.
- Juntto, Anneli, Asuntokysymys Suomessa Topeliuksesta tulopolitiikkaan. Valtion painatuskeskus, Helsinki 1990.
- Jutikkala, Eino, Urbanisoituminen. Teoksessa: Suomen kaupunkilaitoksen historia 2 1870-luvulta autonomian ajan loppuun. Suomen Kaupunkiliitto, Helsinki 1983, 9–26.
- Jutikkala, Eino, Urbanisoituminen. Teoksessa: Suomen kaupunkilaitoksen historia 3 Itsenäisyyden aika. Suomen Kaupunkiliitto, Helsinki 1984, 9–37.
- Juuti, Petri, Kaupunki ja vesi. Tampereen vesihuollon ympäristöhistoria 1935–1921. Kehrämedia Oy, Tampere 2001.
- Kaipainen, Osmo, Kansa kaikki kärsinyt. Onko terveys kauppatavara vai oikeus. Karisto, Hämeenlinna 1969.
- Kaipainen, Osmo, Kansanterveystieteen keskeiset periaatteet ja terveyspoliittinen merkitys. Teoksessa: Aer, Juhani (toim.), Kansanterveystieteen käsikirja. Tammi, Helsinki 1975, 83–89.
- Kallio, Veikko, Kuntoutuksen tiennäyttäjät. Kansaneläkelaitoksen kuntoutustutkimuskeskus 1972–1992. Kansaneläkelaitos, Turku 1995.
- Kallio, Veikko, Kuntoutus. Teoksessa: Rantasalo, Ilari & Koskenvuo, Markku, Kansanterveystiede III. Lääketieteen kandidaattiseura 1983, 193–203.
- Kannisto, Väinö, Kuolemansyyt väestöllisinä tekijöinä Suomessa. Kansantaloudellisia tutkimuksia XV. Kansantaloudellinen yhdistys, Helsinki 1947.
- Kannisto, Väinö, Mikä lyhentää elinaikaamme? Kansantaloudellinen Aikakauskirja 1945, 377–383.
- Kansanterveyttä 25 vuotta. Socius 2/1997, 4.
- Kaprio, Leo A., Suomen preventiivisen lääketieteen historia. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauskirja 3/1990, 188–205.
- Karisto, Antti, Hyvinvointi ja sairauden ongelma. Suomea ja muita Pohjoismaita vertaileva tutkimus sairastavuuden väestöryhmittäisistä eroista ja sairaudesta hyvinvoinnin vajeena. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:46. Kansaneläkelaitos, Helsinki 1984.
- Karisto, Antti, Sosiaalilääketiede ja yhteiskunta. Katsaus suomalaiseen terveyden sosiaalisia eroja koskevaan tutkimustoimintaan autonomian ajalta 1930-luvulle. Helsingin yliopisto, Sosiaalipolitiikan laitos, Tutkimuksia. Helsinki 1985.

- Karisto, Antti, Suuret ikäluokat kuvastimessa. Teoksessa: Karisto, Antti (toim.), Suuret ikäluokat. Vastapaino, Tampere 2005, 17–58.
- Karisto, Antti & Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi, 'Sosiaalinen' lääketieteen tutkimuskentässä. Sosiaalilääketieteestä terveyden sosiologiaan. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 3/1990, 206–216.
- Karisto, Antti & Rahkonen, Ossi, Kaikuja kahden vuosikymmenen takaa – kriittinen terveystutkimus Suomessa. Teoksessa: Kangas, Ilka & Karvonen, Sakari & Lillrank, Annika (toim.), Terveystieteiden suuntauksia. Gaudeamus, Helsinki 2000, 38–52.
- Kauttu, Kyllikki & Reinilä, Anna-Maria & Voutilainen, Antero, Kunnanlääkärien työ ja elämä. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki 1983.
- Keller, Chr., Den forbryderiske Aandssvage i vore Dage. Teoksessa: Sjätte nordiska mötet för abnormsaken i Helsingfors 24–27 Juli 1912. Redogörelse och förhandlingar. Helsingfors 1915, 273–278.
- Kettunen, Pauli, Yhteiskunta. Teoksessa: Hyvärinen, Matti et al. (toim.), Käsitteet liikkeessä. Suomen poliittisen kulttuurin käsitehistoria. Vastapaino, Tampere 2003, 167–212.
- Korhonen, Markku, Miten kansanterveyslaki syntyi? Pitkittäisleikkaus hallinnollisesta suunnittelu- ja päätöksentekoprosessista. Julkishallinnon pro gradu-tutkielma, Tampereen yliopisto 1973.
- Korppi-Tommola, Aura, Terve lapsi – kansan huomen. Mannerheimin Lastensuojeluliitto yhteiskunnan rakentajana 1920–1990. MLL, Helsinki 1990.
- Koskinen, Seppo et. al, (toim.), Suomen väestö. Gaudeamus, Helsinki 1994.
- Kuntouttaminen – terveydenhuollon kolmas tehtävä. WSOY, Porvoo & Helsinki 1965 (alkuteos 1962).
- Kuntoutus. WSOY, Porvoo 1974.
- Kushner, Howard I., Suicide, Gender, and the Fear of Modernity on Nineteenth Century Medical and Social Thought. Journal of Social History, Spring 1993, 461–490.
- Kuusi, Hanna, Keuhkotauti kansallisvaarana. Tuberkuloosin vastaiset strategiat Suomessa vuoteen 1939 asti. Talous- ja sosiaalhistorian pro gradu-työ. Helsingin Yliopisto 1995.

- Kuusi, Pekka, 60-luvun sosiaalipolitiikka. WSOY, Porvoo 1961.
- Kuuskoski-Vikatmaa, Eeva, Terveysthuollon haasteista. Sosiaalinen Aikakauskirja 3/1984, 2-3.
- La Berge, Ann F., Mission and Method. The Early Nineteenth-century French Public Health Movement. Cambridge University, Cambridge 1992.
- Laakkonen, Simo & Laurila, Sari & Rahikainen, Marjatta (toim.), Harmaat aallot. Ympäristönsuojelun tulo Suomeen. Hist. Arkisto 113. SHS, Helsinki 1999.
- Lahtinen, Ulla & Lahtinen, Antti, Liikunnallinen kuntoutus ja fysikaalinen terapia terveyskeskuksessa. Teoksessa: Aer, Juhani (toim.), Kansanterveystyön käsikirja. Tammi, Helsinki 1975, 310–327.
- Laurinkari, Juhani & Niemelä, Pauli, Terveys yhteiskuntapolitiikan tavoitteena. Kustannuskiila, Kuopio 1978.
- Lehto, Juhani & Blomster, Peter, 1990-luvun alun lama ja sosiaalija terveyspolitiikan suunta. Yhteiskuntapolitiikka 3/1999, 207–221.
- Lehtonen, Turo-Kimmo, Bakteerit ja henkisten ruttotautien siemenet. Puhdas elämä suomalaisessa terveysvalistuksessa 1890-luvulla. Teoksessa: Joutsivuori, Timo & Mikkeli, Heikki (toim.), Terveystien lähteillä. Länsimaisten terveyskäsitysten kulttuurihistoriaa. Hist. Arkisto 106. SHS, Helsinki 1995, 205–252. (1995a)
- Lehtonen, Turo-Kimmo, Puhtaan elämän jäljillä. Huoli hygieniasta suomalaisissa terveydenhoitolehdissä 1889–1900. Kuluttajatutkimuskeskus, Helsinki 1995. (1995b)
- Lento, Reino, Perhelisäläki. Teoksessa: Väestöpolitiikkamme taustaa ja tehtäviä. Väestöliiton vuosikirja 1. WSOY, Porvoo & Helsinki 1946, 159–165. (1946a)
- Lento, Reino, Väestöpolitiittisen ajatustavan synty ja tähänastinen kehitys Suomessa. Teoksessa: Väestöpolitiikkamme taustaa ja tehtäviä. Väestöliiton vuosikirja 1. WSOY, Porvoo & Helsinki 1946, 41–85. (1946b)
- Lento, Reino, Väestötilanteemme sodan päätyttyä. Teoksessa: Väestöpolitiikkamme taustaa ja tehtäviä. Väestöliiton vuosikirja 1. WSOY, Porvoo & Helsinki 1946, 19–40. (1946c)
- Leppo, Kimmo, The Finnish HFA 2000 Programme and Its Implementation – with Special Reference to Intersectoral Action for Health. Teoksessa: TK 2000. Suomen kansallisen

- terveyspoliittisen tavoite- ja toimenpideohjelman arviointi-seminaarin raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1998:33, Helsinki 1998, 19–22.
- Leppo, Kimmo, Introduction. Teoksessa: Koivusalo, Meri & Ollila, Eeva, Making a Healthy World: Agencies, Actors and Policies in International Health. Studies in International Health Policy. Zed Books, London 1997, 1-5.
- Leppo, Kimmo, Kansan terveys ja kansantalous. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2/1971, 69-72.
- Leppo, Kimmo, Kansanterveys, terveydenhuolto ja taloudellis-sosiaalinen kehitys. Teoksessa: Leppo, Kimmo (toim.) Sairas maailma. Forum-kansanterveys. Tammi, Helsinki 1972, 17–44. (1972a)
- Leppo, Kimmo (toim.), Sairas maailma. Forum-kansanterveys. Tammi, Helsinki 1972. (1972b)
- Leppo, Kimmo & Puro, Kari, Sairas Suomi. Yhteiskuntasuunnittelu 2/1972, 3-7.
- Liikanen, Ilkka, Kansa. Teoksessa: Hyvärinen, Matti et al. (toim.), Käsitteet liikkeessä. Suomen poliittisen kulttuurin käsitehistoria. Vastapaino, Tampere 2003, 257–307.
- Linnanmäki, Eila, Espanjantauti Suomessa. Influenssapandemia 1918–1920. Bibliotheca Historica 95. SKS, Helsinki 2005.
- Lojander, Woldemar, Eräitä kansanterveystyöhön liittyviä näkökohtia. Suomen Lääkärilehti 10/1957, 544-551.(1957a)
- Lojander, Woldemar, Terveidenhuollon kehittämistä ja alan lääkärikoulutuksesta maassamme. Suomen Lääkärilehti 12/1957, 647-654.(1957b)
- Malmberg, Raili, Naisten ja kotien lehdet aikansa kuvastimina. Teoksessa: Suomen lehdistön historia 8. Aikakauslehdistön historia. Yleisaikakauslehdet. Kustannuskiila Oy, Kuopio 1991, 191–291.
- Mattila, Markku, Kansamme parhaaksi, Rotuhygieniä Suomessa vuoden 1935 sterilisointilakiin asti. Bibliotheca Historica 44. SHS, Helsinki 1999.
- Melkas, Tapani, Suomalaisen terveyspolitiikan kehitysaskelaita. Sosiaalinen Aikakauskirja 5–6/1987, 54–63.
- Mikkeli, Heikki, Hygieia, Asklepioksen tytär terveyden linnassa. Dietetiikka ja terveysoppaat uuden ajan alussa. Teoksessa: Joutsivuo, Timo & Mikkeli, Heikki (toim.), Terveiden läh-

- teillä. Länsimaisten terveyskäsitteiden kulttuurihistoriaa. Hist. Arkisto 106. SHS, Helsinki 1995, 85–115.
- Moring, Beatrice & Ramsay, Alexandra & Turpeinen, Oiva, Syöpä voidaan voittaa. 60 vuotta syöpätyötä. Suomen syöpäyhdistys r.y., Helsinki 1996.
- Moseng, Ole Georg, Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003. Bind 1. Ansvaret for undersåttenes helse 1603–1850. Uni-verstetsforlaget, Oslo 2003.
- Mähönen, Hannu, Vammaisjärjestötoiminta Suomessa 1880-luvulta 1990-luvulle. Teoksessa: Nygård, Toivo & Tuunainen, Kari (toim.), Avun kohteesta itsensä auttajaksi. Katsaus Suomen vammaishistoriaan. Atena, Jyväskylä 1996, 183–252.
- Neuman-Rahn, Karin, Sielullisesti sairas ihminen ja hänen hoitonsa. Porvoo 1927 (2 p).
- Niemi, Marjaana, Health, Experts, and the Politics of Knowledge: Britain and Sweden 1900–1940. Thesis submitted for the degree of Doctor of Philosophy. Department of Economic and Social History, University of Leicester, 1999.
- Nieminen, Armas, Kodinperustamisjärjestelmän käytäntöontulo Suomessa. Teoksessa: Väestöpolitiikkamme taustaa ja tehtäviä. Väestöliiton vuosikirja I. WSOY, Porvoo & Helsinki 1946, 175–192. (1946a)
- Nieminen, Armas, Mitä on sosiaalipolitiikka? Tutkimus sosiaalipolitiikan käsitteen ja järjestelmän kehityksestä. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisuja 4. WSOY, Helsinki 1984 (alkuteos 1955).
- Nieminen, Armas, Viisi vuotta toimintaa terveen väestönkehityksen sekä kodin, perheen ja lasten yhteiskunnan hyväksi. Väestöliitto 1941–1946. Teoksessa: Väestöpolitiikkamme taustaa ja tehtäviä. Väestöliiton vuosikirja I. WSOY, Porvoo & Helsinki 1946, 86–115. (1946b)
- Nieminen, Suvi & Henriksson, Lea & Wrede, Sirpa, Periferian isännistä terveystoimittajiksi toimijoiksi: kunnallismieskasvatus osana maaseudun kansanterveystyön rakentamista. Sosiologia 1/2004, 14–27.
- Nikkilä, Esko, Sepelvaltimotaudin merkillinen menneisyys ja tuntematon tulevaisuus. Duodecim 20/1981, 1700-1707.
- Noro, Leo, Hygieniä. Terveystieteiden perusteet. Sairaanhoidajien koulutussäätiön julkaisu. WSOY, Porvoo 1966.

- Noro, Leo, Työssä olevien terveydenhoito. Teoksessa: Ajankohtaisia näkökohtia terveydenhuoltopolitiikasta. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 8. Helsinki 1969, 59–63.
- Noro, Leo, Sosiaalilääketieteen perusteet. WSOY, Porvoo 1957.
- Noro, Leo, Sosiaalilääketieteen perusteet. WSOY, Porvoo 1968 (4. uud. p.).
- Notkola, Irma-Leena, Hedelmällisyys. Teoksessa: Koskinen, Seppo et. al. (toim.) Suomen väestö. Gaudeamus, Helsinki 1994, 64–106.
- Nygård, Henry, Bara ett ringa obehag? Avfall och renhållning i de finländska städernas profylaktiska strategier 1830–1930. Åbo Akademis Förlag, Åbo 2004.
- Nygård, Toivo, Erilaisten historiaa. Marginaaliryhmät Suomessa 1800-luvulla ja 1900-luvun alussa. Atena, Jyväskylä 1998.
- Nyman, Kauko & Kalimo, Esko & Sievers, Kai, Kansaneläkelaitoksen terveydenhuoltotutkimusten sosiaalipoliittisista tavoitteista ja merkityksestä. Teoksessa: Karisto, Antti et al. (toim.), Sosiaaliset riskit, tutkimus ja päätöksenteko. Juhlakirja Tapani Purolan 60-vuotispäivän kunniaksi 14.11.1989. Helsingin yliopisto, Helsinki 1989, 35–49.
- Nätkin, Ritva, Kampppailu suomalaisesta äitiydestä. Maternalismi, väestöpolitiikka ja naisten kertomukset. Gaudeamus, Helsinki 1997.
- Odottamaton raskaus – miten selviän vaikeuksistani? Opas aviovaimoille. Väestöliitto, Helsinki 1956 (2. p.).
- Oinas, Elina, Feministinen näkökulma terveystutkimukseen. Teoksessa: Kangas, Ilka & Karvonen, Sakari & Lillrank, Annika (toim.), Terveys sosiologian suuntauksia. Gaudeamus, Helsinki 2000, 119–133.
- Olin, T.E., Sukupuolitaudit ja väestökysymys. Valvoja 3/1945, 102–109.
- Ojala, Aimo & Vataja, Pentti & Vintturi, Aulis, Kansanterveystyö. Suomen Kunnallisliitto, Helsinki 1974.
- Olsson, Ulf, Folkhälsa som pedagogiskt projekt. Bilden av hälsoupplysning i statens offentliga utredningar. Acta Universitatis Upsaliensis. Uppsala Studies in Education 72. Uppsala 1997.
- Pakkala, Pirkko, Kansanterveyteen tunnetun kiinnostuksen vaihtelu ja kansanterveysajattelun sisältö. Sosiaalipoliitikan pro gradu -tutkielma, Helsingin yliopisto 1982.

- Palmlblad, Eva, *Medicinen som samhällslära*. Daidalos, Göteborg 1989.
- Palonen, Kari, *Politiikka*. Teoksessa: Hyvärinen, Matti et al. (toim.), *Käsitteet liikkeessä*. Suomen poliittisen kulttuurin käsitehistoria. Vastapaino, Tampere 2003, 467–518.
- Pelkonen, Aarne, *Ehdotus valtion sairaalain rakennussuunnitelmaksi*. Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehti 4/1941, 273-348.
- Pesonen, Niilo, *Lääkärinä ja virkamiehenä*. Lääkintöhallituksen pääjohtaja muistelee. WSOY, Porvoo 1973.
- Pesonen, Niilo, *Mielisairaanhoidon tulevaisuuden näkymiä*. Teoksessa: *Ajankohtaisia näkökohtia terveydenhuoltopolitiikasta*. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 8. Helsinki 1969, 20–24. (1969a)
- Pesonen, Niilo, *Paikallissairaalat valokeilassa*. Teoksessa: *Ajankohtaisia näkökohtia terveydenhuoltopolitiikasta*. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 8. Helsinki 1969, 30–35. (1969b)
- Pesonen, Niilo, *Terveyden puolesta – sairautta vastaan*. Terveyden- ja sairaanhoito Suomessa 1800- ja 1900-luvuilla. WSOY, Helsinki 1980.
- Pesonen, Niilo, *Valtakunnallisista suunnitelmista sairaan- ja terveydenhoidon kehittämiseksi*. Teoksessa: *Ajankohtaisia näkökohtia terveydenhuoltopolitiikasta*. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 8. Helsinki 1969, 4–8. (1969c).
- Petersen, Alan & Lupton, Deborah, *The New Public Health. Health and Self in the Age of Risk*. Sage, London 1996.
- Porter, Dorothy, *Health, Civilization and The State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times*. Routledge, London and New York 1999.
- Porter, Dorothy (ed.), *The History of Public Health and the Modern State*. Rodopi, Amsterdam 1994.
- Pulkkinen, Tuija, *Valtio*. Teoksessa: Hyvärinen, Matti et al. (toim.), *Käsitteet liikkeessä*. Suomen poliittisen kulttuurin käsitehistoria. Vastapaino, Tampere 2003, 213–255.
- Pulma, Panu, *Kerjuuluvasta perhekuntoutukseen*. Lapsuuden yhteiskunnallistuminen ja lastensuojelun kehitys Suomessa. Teoksessa: Pulma, Panu & Turpeinen, Oiva, *Suomen lastensuojelun historia*. Lastensuojelun Keskusliitto, Helsinki 1987, 7–266.

- Rauhala, Pirkko-Liisa, Miten sosiaalipalvelut ovat tulleet osaksi suomalaista sosiaaliturvaa? *Acta Universitatis Tamperensis*. Ser. A, vol. 477. Tampereen yliopisto, Tampere 1996.
- Riihinen, Olavi, Johdanto. Teoksessa: Riihinen, Olavi (toim.) *Sosiaalipolitiikka 2017. Näkökulmia suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen*. WSOY, Porvoo, Helsinki & Juva 1993 (2. p.), 1–27.
- Rimpelä, Matti, Terveyspolitiikan uusi kieli. Joutavatko kansanterveyslain käsitteet historiaan? *Yhteiskuntapolitiikka* 1/2005, 54–62.
- Rimpelä, Matti, Terveyspolitiikan vaihtoehdoista. *Sosiaalinen Aikakauskirja* 6/1977, 4–21.
- Rimpelä, Matti, Vaarantaako kansallinen terveyshanke kansan terveyden. Teoksessa: Rimpelä, Matti & Ollila, Eeva, *Näkökulmia 2000-luvun terveystalouteen*. Stakesin asiantuntijoiden puheenvuoroja. Aiheita 8/2004. Stakes, Helsinki 2004, 53–90.
- Rintala, Taina, Medikalisaatio ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakentuminen 1946–1991. STAKES, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, tutkimuksia 54. Stakes, Helsinki 1995.
- Ritsatakis, Anna, HFA in Finland – WHO Evaluation. Implementing the Health for All Approach – the Way Forward in Europe. Teoksessa: TK 2000. Suomen kansallisen terveystalouden tavoite- ja toimenpideohjelman arviointiseminaarin raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1998:33, Helsinki 1998, 10–18.
- Roemer, Milton I, Internationalism in Medicine and Public Health. Teoksessa: Porter, Dorothy (ed.), *The History of Public Health and the Modern State*. Rodopi, Amsterdam 1994, 403–423.
- Roos, J. P. & Hoikkala, Tommi (toim.), *Elämänpolitiikka*. Gaudeamus, Helsinki 1998.
- Saarikangas, Kirsti, Suomalaisen kodin likaiset paikat. Hygienia ja modernin asunnon muotoutuminen. *Tiede & Edistys* 3/1998, 198–220.
- Satka, Mirja, Sosiaalinen työ peräänkatsojamichestä hoivayrittäjäksi. Teoksessa: Jaakkola, Jouko & Pulma, Panu & Satka, Mirja & Urponen, Kyösti, *Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva*.

- Suomalaisen sosiaalisen turvan historia. Sosiaaliturvan Keskusliitto, Helsinki 1994, 261–339.
- Savonen, Severi, Kansanterveystyö väestöpoliittisena tekijänä. Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehti 2/1942, 52-60. (1942a)
- Savonen, Severi, Kansanterveystyötä tehostamaan! Maalaiskuntien yleisen terveydenhoidon ohjelma. Otava, Helsinki 1941.
- Savonen, Severi, Suomen kansanterveystyön ohjelma. Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehti 2/1942, 39-52.(1942b)
- Schiøtz, Aina, Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003. Bind 2. Folkets helse – landets styrke 1850–2003. Universitetsforlaget, Oslo 2003.
- Schmidt, Lars-Henrik & Kristensen, Jens Erik, Lys, luft og renlighed. Den moderne socialhygiejnes fødsel. Akademisk forlag, Denmark 1986.
- Sibelius, Leena, Nykyisen mielisairaslain toteuttamisesta ja tavoitteista. Teoksessa: Ajankohtaisia näkökohtia terveydenhuoltopolitiikasta. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 8. Helsinki 1969, 71–74.
- Sihto, Marita, Miten tutkia terveystaiteita? Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2/1997, 165–167.
- Sievers, Kai, Terveydenhuoltopolitiikan tavoitteista epidemiologisten tutkimusten valossa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 3/1970, 121-128.
- Siivola, Ulla, Terveysasiat kansanterveystyössä. Sairaanhoidajien koulutussäätiön julkaisu. WSOY, Porvoo 1985.
- Simola, Heikki, Sairaalalaitoksen kehitys Suomessa sodanjälkeisenä aikana. Sosiaalinen Aikakauskirja 6/1972, 672-676.
- Sinkkonen, Sirkka & Nikkilä, Juhani, Suomen terveydenhuollon hallinto. WSOY, 1988.
- Skaset, Maren, Reformtid og markedsgløtt: det offentlige helsevesen etter 1985. Teoksessa: Schiøtz, Aina, Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003. Bind 2. Folkets helse – landets styrke 1850–2003. Universitetsforlaget, Oslo 2003, 499–548.
- Sosiaali- ja terveystaiteiden lähtökohtia ja suuntaviivoja. Sosiaalinen Aikakauskirja 3-4/1982, 8-102.
- Spector, Malcolm & Kitsuse, John I., Constructing Social Problems. Aldine de Gruyter, New York 1987 (alkuteos 1977).
- Strømmer, Aarno, Väestöllinen muuntuminen Suomessa. Analyttinen kuvaus syntyvyyden, kuolevuuden ja luonnollisen kasvun

- tähänastisesta kehityksestä ja alueellisesta vaihtelusta. Väestöpoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja A:13. Helsinki 1969.
- Strömmer, Aarno, Väestönkehitys ja väestöpolitiikka. Teoksessa: Perheen puolesta. Väestöliitto 1941–1991. Väestöliitto, Helsinki 1991, 40–79.
- Sukselainen, V. J., Jälleenrakennuskauden väestöpoliittiset tehtävät. Teoksessa: Väestöpolitiikkamme taustaa ja tehtäviä. Väestöliiton vuosikirja I WSOY, Porvoo & Helsinki 1946, 7–18.
- Sukselainen, V. J., Perhekustannusten tasaaminen. Väestöpoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja Sarja A:4. WSOY, Porvoo & Helsinki 1950.
- Suojanen, Auli, Suomalaista ravitsemuspolitiikka vuosina 1939–1999. Kansanravitsemusongelmat ja niiden ratkaisuehdotusten eteneminen julkiseksi päätöksiksi. Bidrag till kannedom av Finlands natur och folk 157. Suomen Tiedeseura, Helsinki 2003.
- Suomen 1900-luvun terveyden edistämisen politiikan kansainvälinen arviointi ja kehittämisehdotukset. Maailman terveysjärjestön (WHO:n) asiantuntijaryhmän arviointiraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2002:18. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2002.
- Suominen, Leena, Family Policy Motives behind Proposals in the Finnish Parliament. Yearbook of Population Research in Finland 1975–76. Väestöntutkimuslaitos, Helsinki 1976, 30–41.
- Taipale, Ilkka, Rakenteellinen liikennelääketiede. Yhteiskuntasuunnittelu 2/1972, 32-37.
- Tallberg, Marianne, Rockefeller-säätiön tuki Suomen kansanterveystyölle 1929–41 -katsaus terveysisarlaitoksen näkökulmasta. Hippokrates. Suomen Lääketieteen Historian Seuran vuosikirja 2000, 122–133.
- Tamminen, Tarja, Aimo Ojala – mies kansanterveyslain takana. Socius 2/1997, 6–7.
- Tervonen-Goncalves, Leena & Lehto, Juhani, Transfer of Health for All Policy – What, How and in Which Direction? A Two-Case study. Health Research Policy and Systems 2:8 2004. <http://www.health-policy-systems.com/content/2/1/8>.
- Tietosanakirja II. Otava, Helsinki 1910.

- Tunkelo, J. H., Eräitä saavutuksia lastensuojelun alalla neljän vuosikymmenen ajalta. *Huoltaja* 3/1941, 41-47.
- Tuomioja, Erkki, Pekka Kuusi: Alkoholi- ja sosiaalipoliitikko, ihmiskuntapoliitikko. Tammi, Helsinki 1996.
- Turpeinen, Oiva, Kunnallistekniikka Suomessa keskiajalta 1990-luvulle. Suomen kuntatekniikan yhdistys, Helsinki 1995.
- Turpeinen, Oiva, Lastensuojelu ja väestönkehitys. Lastensuojelun lääkinellinen ja sosiaalinen kehitys Suomessa. Teoksessa: Pulma, Panu & Turpeinen, Oiva, Suomen lastensuojelun historia. Lastensuojelun Keskusliitto, Helsinki 1987, 269–465.
- Uimonen, Minna, Hermostumisen aikakausi. Neuroosit 1800- ja 1900-lukujen vaihteen suomalaisessa lääketieteessä. *Bibliotheca Historica* 50. SHS, Helsinki 1999.
- Urponen, Kyösti, Huoltoyhteiskunnasta hyvinvointivaltioon. Teoksessa: Jaakkola, Jouko & Pulma, Panu & Satka, Mirja & Urponen, Kyösti, Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva. Suomalaisen sosiaalisen turvan historia. Sosiaaliturvan Keskusliitto, Helsinki 1994, 163–260.
- Uusitalo, Paavo, Suunnittelun tavoitteet ja keinot. Tammi, Helsinki 1976 (2.p.).
- Vaittinen, Matti, METELI. Metalliteollisuusyhteisön terveydentilan/sairastavuuden piirteistä ja niiden yhteyksistä työ- ja elinoloihin. Jyväskylän yliopiston kansanterveyden laitoksen julkaisuja, no 31. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 1978.
- Vaittinen, Matti, Sairaus ja terveys historian näkökulmasta: tutkielma kansanterveyden, sairauden ja terveyden käsitteiden sekä kansanterveyspolitiikan kehityshistoriallisista piirteistä. Kansanterveyden laitos, sarja B: Katsauksia 1/1980. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 1980.
- Valkonen, Tapani, Kuolleisuuden kehitys 1970-luvulla. Sosiaalinen Aikakauskirja 1/1982, 17-22.
- Valkonen, Tapani, Kuolleisuuden kehitys ja kuolleisuuserot terveyspolitiikan kannalta. Sosiaalinen Aikakauskirja 3/1984, 4-8.
- Vallgård, Signild, Folkesundhed som politik. Danmark og Sverige fra 1930 til idag. Aarhus Universitetsforlag, Århus 2003.
- Vallgård, Signild, Governing people's lives. Strategies for Improving the Health of the Nations in England, Denmark, Norway and Sweden. *European Journal of Public Health* 2001, 386–392.

- Waris, Heikki, Muuttuva suomalainen yhteiskunta. WSOY, Porvoo 1974 (2. uud., p.).
- Waris, Heikki, Työläisyhteiskunnan syntyminen Helsingin Pitkäsillan pohjoispuolelle. Weilin & Göös, Helsinki 1973.
- Vauhkonen, Onni, Sairaalakustannusten tasaus. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia 7. WSOY, Porvoo 1961.
- Vauhkonen, Onni, Terveyspolitiikan keinoista. Teoksessa: Ajankohtaisia näkökohtia terveydenhuoltopolitiikasta. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 8. Helsinki 1969, 75–77.
- Vauhkonen, Onni, Yleiskatsaus lääkintölaitoksen ja terveydenhuollon kehitysvaiheisiin ja nykytilaan. Teoksessa: Vauhkonen Onni & Laurinkari, Juhani & Bäckman, Guy, Suomalaista terveyspolitiikkaa. Sairaanhoidtajien koulutussäätiön julkaisu. WSOY, Porvoo 1978, 7–122.
- Vauhkonen, Onni & Bäckman Guy, Sairaala suomalaisessa yhteiskunnassa. Sairaanhoidtajien koulutussäätiön julkaisu. WSOY, Porvoo 1973.
- Wendt, Georg von, Teoretisk belysning av abnormsaken ur rashygienisk synpunkt. Teoksessa: Sjätte nordiska mötet för abnormsaken i Helsingfors 24–27 Juli 1912. Redogörelse och förhandlingar. Helsingfors 1915, 50–54.
- Vertio, Harri, Terveyskasvatus. Teoksessa: Rantasalo, Ilari & Koskenvuo, Markku, Kansanterveystiede III. Lääketieteen kandidaat-tiseura 1983, 171–180.
- Wilska, Alwar, Kansanterveys tieteellisenä objektina. Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehti 4/1944, 163–173.
- Vohlonen, Ilkka, Suomalainen terveyspolitiikka. Kirjayhtymä, Helsinki 1998.
- Wrede, Sirpa, Decentering Care for Mothers: The Politics of Midwifery and the Design of Finnish Maternity Services. Åbo Akademi, Åbo 2001.
- Wrede, Sirpa, Kenen neuvola? Kansanterveystyön “naisten huoneen” rakennuspuut. Teoksessa: Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (toim.), Kansalaisuus ja kansanterveys. Gaudeamus, Helsinki 2003, 58–86.
- Wrede, Sirpa, Suomalainen terveydenhuolto: jännitteitä ja murroksia. Teoksessa Kangas, Ilka & Karvonen, Sakari & Lillrank, Annika (toim.) Terveys sosiologian suuntauksia. Gaudeamus, Helsinki 2000, 189–205.

- Vuolle, Olavi, Vajaamielisyys sosiaalisena kysymyksenä. *Huoltaja* 21/1942, 447-456.
- Vuori, Hannu, Lääketieteen historia – sosiaalihistoriallinen näkökulma. Gummerus, Jyväskylä 1979.
- Vuori, Hannu, Terveyskäyttäytyminen ja siihen vaikuttavat tekijät. Teoksessa: Rantasalo, Ilari & Koskenvuo, Markku, *Kansanterveystiede II. Lääketieteen opiskelijoiden asuntola- ja tukisäätiö*, Helsinki 1982. (alkuteos 1977), 58–69.
- Vuorinen, Heikki S., *Tautinen historia*. Vastapaino, Tampere 2002.
- Vuorinen, Heikki S., *Tautinen Suomi 1857–1865*. Tampere University Press, Tampere 2006.
- Väyrynen, Martti, *Asunnot, liikenne ja yhdyskuntasuunnittelu*. Teoksessa: *Kuntoutus*. WSOY, Porvoo & Helsinki 1974, 284–296.
- Väänänen, Alpo, *Työn jäljet. Työterveyslaitos 1945–1995*. Työterveyslaitos, Helsinki 1995.
- Väänänen, Kalle, *Periytyminen ja ihmissuvun jalostaminen*. Otava, Helsinki 1916.
- Yrjälä, Ann, *Public Health and Rockefeller Wealth. Alliance Strategies in the Early Formation of Finnish Public Health Nursing*. Åbo Akademi, Åbo 2005.