

”Sisu ei anna myöten valittaa mitään” –

Miesten varhainen kuolleisuus yhteiskunnallisena ongelmana 1940-luvulta
vuoden 1972 kansanterveyslakiin

Hannele Helena Kirveskoski

Helsingin yliopisto
Valtiotieteellinen tiedekunta
Poliittinen historia
Pro gradu -tutkielma
Toukokuu 2017



HELSINGIN YLIOPISTO
HELSINGFORS UNIVERSITET
UNIVERSITY OF HELSINKI

Tiedekunta/Osasto – Fakultet/Sektion – Faculty Valtiotieteellinen tiedekunta		Laitos – Institution – Department Politiikan ja talouden tutkimuksen laitos	
Tekijä – Författare – Author Hannele Helena Kirveskoski			
Työn nimi – Arbetets titel – Title "Sisu ei anna myöten valittaa mitään" – Miesten varhainen kuolleisuus yhteiskunnallisena ongelmana 1940-luvulta vuoden 1972 kansanterveyslakiin			
Oppiaine – Läroämne – Subject Poliittinen historia			
Työn laji – Arbetets art – Level Pro gradu -tutkielma		Aika – Datum – Month and year Toukokuu 2017	Sivumäärä – Sidoantal – Number of pages 106
Tiivistelmä – Referat – Abstract <p>Tässä tutkielmassa tarkastellaan, kuinka miesten varhainen kuolleisuus niin kutsuttuihin uusiin kansantauteihin muotoutui yhteiskunnalliseksi ongelmaksi suomalaisten asiantuntijoiden ja poliitikkojen puheenvuoroissa. Tarkastelu alkaa 1940-luvun jälkipuoliskolta ja päättyy vuoteen 1971, jolloin eduskunta hyväksyi mittavan uudistuksen, kansanterveyslain.</p> <p>Vielä 1940-luvulla tuberkuloosi oli merkittävä kuolinsyy, mutta sen vähentyessä määrätietoisten ehkäisytoimien seurauksena huomio kiinnittyi aiempaa enemmän muihin kuolinsyihin: sydän- ja verisuonitauteihin, kasvaimiin, tapaturmiin ja itsemurhiin. Väestöpoliittisen ajattelun vuoksi 1940-luvun ensimmäiset havainnot miesten korkeasta kuolleisuudesta erityisesti sydäntauteihin eivät vielä herättäneet suurta huomiota, vaan keskiössä oli perheiden tukeminen. 1960-luvulla voitiin todeta äitiys- ja imeväiskuolleisuuden vähentyneen Suomessa nopeasti toimivien terveyspalvelujen ansiosta, mutta terveistä suomalaisista lapsista kasvoi kansainvälisten vertailujen valossa maailman sairaimpiin lukeutuvia aikuisia. Huolestuttavaa olivat erityisesti työikäisten miesten kuolleisuus sydän- ja verisuonitauteihin ja tapaturmiin sekä keuhkosyövän yleistyminen. Maan eri osien välillä oli havaittavissa myös huomattavia eroja.</p> <p>Tutkimuksessa tarkastelen miesten varhaista kuolleisuutta käsitteleviä kirjoituksia ja puheenvuoroja sekä kansanterveyskeskustelua. Huomio kiinnittyy ongelman määrittelyn prosessiin, aiheesta esitetyihin väittämiin, vaatimuksiin ja ratkaisuehdotuksiin. Tutkimuksessa tarkastellaan myös elämän hallintaan, biopolitiikkaan, liittyviä kamppailuja, kiistoja ja ristiriitoja sekä terveyskansalaisuuden ajatusta. Biopolitiikka kattaa käytännössä kaikki nykyaikaisen elämän ja yhteiskunnan osa-alueet, mutta terveyden ja sairauden voidaan katsoa olevan sen ydinasioita, mistä seuraa, että myös sairauden- ja terveydenhoito ovat biopolitiikan keskiössä. Vaikka kansanterveystyössä ja -ajattelussa oli 1960-luvulla havaittavissa muutos, elämän hallinta ei kadonnut terveydenhuollosta, vaan päinvastoin: kontrollista tuli hienovaraisempaa ja tarkempaa. Samoin terveysvalistuksen näkeminen merkittävänä kansalaiskasvatuksen keinona säilyi 1940-luvulta 1970-luvun alkuun ja sillä katsottiin olevan tärkeä rooli kansanterveyden kohentamisessa.</p> <p>Tutkimuksen aineistona on käytetty Suomen Lääkärilehden sekä Duodecimin asiantuntija-artikkeleita, komiteamietintöjä, aikalaiskirjallisuutta sekä -tutkimuksia. Lääkärikunta ja muut asiantuntijat olivat keskeisessä roolissa miesten varhaisen kuolleisuuden ongelmaa määriteltäessä. Mukana olivat niin 1960-luvun radikaalimmat lääkärit kuin korkeissa viroissa olevat asiantuntijat. Vuonna 1961 julkaistu Pekka Kuusen teos <i>60-luvun sosiaalipolitiikka</i> onnistui herättämään lopulta suuremman yleisön ja kansanedustajien huomion, mikä näkyi vuonna 1963 eduskunnan keskustellessa sairausvakuutuslaista. Miesten varhainen kuolleisuus ja aikuisväestön huono terveydentila tulivat puolueiden ohjelmiin ja kansanedustajien tekemiin aloitteisiin. Lääkärilehdissä kirjoitettiin miesten kuolleisuuteen vaikuttavista tekijöistä, lääkärit kiinnittivät asiaan huomiota ja ilmiötä tutkittiin. Hallituksen antaessa eduskunnalle esityksen kansanterveyslaista se oli ottanut miesten kansainvälisesti vertailien alhaisen elinajanodotteen yleisperusteluihinsa, ja asiaa käsiteltiin myös kansanedustajien puheenvuoroissa.</p> <p>Tilastojen tarkastelu ja kansainvälinen vertailu olivat aina hygienia-ajattelun ajasta uusien kansantautien aikaan osa miesten kuolleisuutta koskevaa keskustelua. Miesten kuolleisuuteen vaikuttaviksi arveltiin muun muassa myöhäistä hoitoon hakeutumista, haitallisia elintapoja, vääränlaista ravitsemusta, stressiä, kapitalistista järjestelmää, lääkäripulaa ja lääkäreiden epätasaista jakautumista maan eri osien kesken, suomalaisen miehen suojamuureja ja sankariroolia: sisu ei antanut periksi valittaa vähästä. Terveysvalistus oli ajanjaksolla tehokkaaksi katsottu vaikuttamiskeino ja pyrkimykset vaikuttaa kansalaisten elintapoihin näkyivät kansanterveyskeskustelussakin.</p>			
Avainsanat – Nyckelord – Keywords Kansanterveys, kansanterveyslaki, kuolleisuus, terveyspolitiikka			

Sisällys

1 Johdanto	1
1.1 Tutkimuskysymykset	3
1.2 Aineisto ja aikaisempi tutkimus	5
1.3 Väestön hallinta ja elinvoimaisuuden vaaliminen.....	7
1.3.1 Väestön hallinta.....	7
1.3.2 Terveyskansalaisuus.....	11
1.5. Hygienia-ajattelu, kansanterveystyö ja terveyspolitiikka	13
1.4 Miesten varhainen kuolleisuus sosiaalisena ongelmana	16
1.6 Suomalaisen miehen tyyppi?.....	19
2 Yleisiä kehityskulkuja	23
2.1 Muuttuva yhteiskunta.....	25
2.2 1960-luvun radikalismi	28
3 Huomio uusiin kansantauteihin.....	30
3.1 Kuolleisuuden tarkastelua	31
3.2 Sydän- ja verisuonitaudit	36
3.3 Syöpätaudit.....	41
3.4 60-luvun sosiaalipolitiikka	45
3.5 Sairausvakuutus	51
4 Yhteiskunnalliseksi kysymykseksi	55
4.1 Kansanterveyden uhat: tupakointi ja ravinnon rasvat	55
3.4 Tapaturma- ja itsemurhakuolleisuus	61
4.2 Poliittisen lääketieteen aika?	64
4.3 ”Suomalainen mies ei mene lääkäriin”	73
5 Kansanterveyslaki ”Euroopan sairaimmalle” kansalle	81
5.1 Komiteanmietinnöt.....	82

5.2 Hallituksen esitys	85
5.3 Kansanterveyslaki eduskunnassa	87
6 Päätelmiä	101
7 Lähteet.....	106

1 Johdanto

”Näistä suojamuureista ajattelin, että suomalainen miehän varsin usein näkyy tilastoissa, sairastavuustilastoissa ja kuolinsyytilastoissa juuri tällaisessa suojamuuri-ihmisenä. Ajattelisin näin, että suomalaisen miehen synkkä sydäntautitilanne on jollain tavalla seurausta hänen sydänsuruistaan. Suomalaisen miehen sielu vinkuu usein astmassa, suomalainen mies on mies, jonka on nähtävästi hyvin vaikea puhua.”¹

Näillä sanoilla Matti Kuronen kuvaili suomalaista miestä vuoden 1972 alkupuolella suositussa Lähimmäiset-keskusteluohjelmassa. Kurosen sanat kiteyttivät edeltävinä vuosina julkiseen keskusteluun nousseen ongelman: suomalaisten miesten elinikä oli kansainvälisesti vertaillen varsin lyhyt ja erityisesti sydän- ja verisuonitautikuolleisuus oli korkea, eräiden arvioiden mukaan jopa maailman synkin.

Tässä pro gradu -työssä tarkastellaan, kuinka miesten varhaisesta kuolleisuudesta tuli yhteiskunnallinen ongelma. Aihe on edelleen ajankohtainen ja usein nähtävissä esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tai sukupuolten välistä tasa-arvoa koskevissa keskusteluissa.

Siitä huolimatta, että terveyden- ja sairaanhoito Suomessa on tänä päivänä maailman huippuluokkaa ja elintaso on korkea, Suomi on edelleen viimeisellä sijalla Pohjoismaiden välisessä väestön kuolleisuuslukujen vertailussa. Vuonna 2015 julkaistujen tietojen mukaan naisten elinajanodote on Suomessa 83,9 vuotta eli muiden Pohjoismaiden tasolla. Suomalaisten miesten elinajanodote sen sijaan oli Pohjoismaiden alhaisin, 78,2 vuotta. Islannissa, Norjassa ja Ruotsissa se oli jo vähintään 80 vuotta. Suomalaismiesten lyhyttä elinikää selittivät sydän- ja verisuonitautikuolleisuus, alkoholikuolleisuus sekä tapaturmat ja itsemurhat, jotka ovat Suomessa yleisempiä kuin muissa Pohjoismaissa. Tämän lisäksi Suomen sisäiset, väestöryhmittäiset ja alueelliset erot sairastavuudessa ja

¹ Matti Kuronen ohjelmassa Lähimmäiset: Keskustelua suomalaisen miehen sulkeutuneisuudesta ja suojamuureista. Keskusteluohjelmasta Lähimmäiset, 2.2.1972. Ylen Elävä Arkisto <<http://yle.fi/aihe/artikkeli/2014/08/01/suomalaisen-miehen-suojamuuria-murtamassa>>, viitattu 4.4.2017.

kuolleisuudessa ovat merkittäviä: Itä- ja Pohjois-Suomessa asuvien tilanne on etelää ja länttä huonompi.²

Suomalaisten elinajanodote on pidentynyt huomattavasti toisen maailmansodan jälkeisenä aikana. Elinajanodotteen kasvu on kuitenkin pienituloisilla miehillä ollut selkeästi muita hitaampaa: suurituloisimpiin kuuluvat suomalaismiehet elävät keskimäärin jopa 12,5 vuotta pidemmän elämän kuin pienituloiset. Suomalaisten naisten ja miesten elinajanodotteen ero on kansainvälisesti vertailtuna suuri, vaikka on väitetty, että naisten terveydentila olisi heikompi. Tätä näkemystä on myös kyseenalaistettu ja näyttäisi siltä, että miesten suurempi kuolleisuus on yhteydessä suurempaan sairastavuuteen ainakin vakavien kansantautien osalta.³ Täsmällisiä syitä miesten alhaisempaan elinikään ja siihen vaikuttaviin tekijöihin ei edelleenkään täysin varmasti tiedetä, mutta erilaisia teorioita ja arvioita on esitetty paljon.

1900-luvun alun kansanterveystyön kohteena olivat näkyvimmin kulku- ja sukupuolitautilien vastustaminen. Erityishuomiota kiinnitettiin tuberkuloosin torjuntaan, mikä olikin menestyksekkästä. Kun tartuntatautien merkitys kuolleisuuden aiheuttajana alkoi vähentyä, huomio kiinnittyi perheisiin, äitien ja lasten terveydestä huolehtimiseen sekä imeväiskuolleisuuden torjuntaan. 1960-luvulle tultaessa imeväiskuolleisuuden vähentämisessä oli saavutettu merkittäviä tuloksia kansainvälisesti vertaillen. 1940–60-luvuilla uudistettiin ja rakennettiin valtion johdolla maan sairaalaverkostoa, mutta avoterveydenhoitoon panostettiin vähemmän. Lisäksi terveyspalvelujen saatavuus vaihteli alueittain.

1940–50-luvuilla aikuisten ja erityisesti miesten kuolleisuus sydän- ja verisuonitauteihin sekä kasvaimiin alkoi herättää aiempaa enemmän keskustelua ja syitä sairauksille alettiin pohtia. Mainittujen tautien kuolleisuus oli suurta myös suomalaisilla naisilla, mutta miesten kohdalla luvut olivat kansainvälisessä vertailussa erityisen huolestuttavia. 1950–

² Suomen väestö kasvaa hitaimmin Pohjoismaista. THL:n uutinen 16.12.2015, <<https://www.thl.fi/fi/-/suomen-vaesto-kasvaa-hitaimmin-pohjoismaista>>, viitattu 4.4.2017.

³ Rahkonen, Ossi & Lahelma, Eero (2010) Terveyspolitiikka. Teoksessa Niemelä, Pauli (toim.) Hyvinvointipolitiikka. WSOYpro Helsinki, 140–141; Lahelma, Eero – Manderbacka, Kristiina – Pekka Martikainen – Ossi Rahkonen (2003) Miesten ja naisten väliset sairastavuus- ja kuolleisuuserot. Teoksessa Luoto, Riitta – Viisainen, Kirsi – Kulmala, Ilona (toim.) Sukupuoli ja terveys, Vastapaino, Tampere, 21–22; Eskola, Juhani & Nykänen, Eeva: Uusilta sote-palveluilta voi puuttua hampaat vähentää eriarvoa. THL-Blogi 3.4.2017, <<https://blogi.thl.fi/blogin-nayttosivu/-/blogs/uusilta-sote-palveluilta-voi-puuttua-hampaat-vahentaa-eriarv-1>>, viitattu 4.4.2017.

60-lukujen tilanne oli aikuisten terveyden osalta heikko ja nuorten miesten kuolemat nykyisin vanhempien ihmisten sairauksina pidettyihin tauteihin verrattain yleisiä.

1960-70-luvun merkittäviä uudistuksia terveydenhuollon osalta olivat vuonna 1964 voimaan astunut sairausvakuutuslaki sekä vuonna 1972 voimaan tullut kansanterveyslaki, jonka pitkälinen valmistelu alkoi jo vuonna 1960 ja jonka tarpeellisuudesta puolueet olivat pitkälti yksimielisiä. Kansanterveyslaki on näihin päiviin asti ollut mittavin lainsäädännöllinen terveydenhuollon hallinnon ja rahoituksen uudistus, mutta tekeillä oleva sote- ja maakuntauudistus ohittanee toteutuessaan sen mittavuudessaan. Tavoitteissa ja poliittisissa puheissa on kuitenkin huomattavissa samankaltaisuuksia: eriarvoisuuden vähentämistä, valinnanvapautta ja palvelujen saatavuuden parantamista.

1.1 Tutkimuskysymykset

Tutkielmassa keskityn tarkastelemaan miesten kuolleisuuden ongelmaa niin sanottujen uusien kansantautien⁴ ajalla. Siirtymälle infektio-taudeista tarttumattomiin tauteihin ei voida osoittaa tarkkaa hetkeä: vielä 1940-luvulla tuberkuloosi oli merkittävin kuolinsyy, mutta sydäntautikuolleisuus ja syöpä eivät olleet tuntemattomia nekään.

Suomessa käytiin 1950-60-luvuilla läpi niin kutsuttu epidemiologinen transitio: elintason nousu ja siihen liittyvät uudenlaiset elintavat aiheuttavat sepelvaltimotaudin ja aivoverenkiertohäiriöiden yleistymisen työikäisillä. Sydäninfarktien ja aivohalvausten lisääntyminen näkyy usein ensin ylemmissä sosiaaliryhmissä, mutta kun muut, isot väestöryhmät vähitellen vaurastuvat, ”johtajan taudista” tulee työmiehen tauti. Transitioajalla tilastoihin vaikuttavat kilpailevien kuolinsyiden väheneminen, kuten tapahtui Suomessakin. Kun yhä useammat selviävät lapsuusiän tartuntataudeista ja elävät pidempään, sepelvaltimotaudin kaltaisten kroonisten, iän myötä ilmaantuvien, sairauksien määräkin nousee.⁵

Kun kuolleisuus tartuntatauteihin väheni, nousivat muut kuolinsyyt tarkastelun keskiöön ja nuo samat kuolinsyyt ovat merkittäviä yhä tänä päivänä. Tämän vuoksi tarkastelen ennen kaikkea näitä koskevia keskusteluja, myös niiden ympärillä koskien yleisemmin

⁴ Näitä olivat sydänsairaudet, mielenterveyden häiriöt, tapaturmat ja vanhenemiseen liittyvät kulumissairaudet. Lisäksi otan huomioon syöpäsairaudet, jotka olivat nekin miehillä yleisiä, erityisesti keuhkosyöpä ja vatsasyöpä.

⁵ Kauhanen, Jussi – Erkkilä, Arja – Korhonen, Maarit – Myllykangas, Markku – Pekkanen, Juha: Kansanterveystiede. SanomaPro, Helsinki, 4. uudistettu painos 2013, 87.

kansanterveyttä ja terveydenhuoltojärjestelmää. Sydän- ja verisuonitautikuolleisuus, syövä, väkivalta, erilaiset tapaturmat ja itsemurhat vaikuttivat voimakkaimmin miesten alhaiseen elinikään, työikäisten miesten sairastavuuteen sekä työkyvyttömyyteen. Kansainvälinen huomio ja vertailu pakottivat kiinnittämään huomiota asiaan Suomessakin, ja nämä huomiot vaikuttivat myös 1960-luvulla uudelleen muotoillun kansanterveystyön alkamiseen. Selvää on, että samat kuolemansyyt olivat merkittäviä myös naisilla, ja siksi keskustelua ei ole aina yksiselitteisesti voinut todeta pelkästään miehiä koskevaksi. Miesten kohdalla kuolinsyyluvut olivat kuitenkin usein suuremmat.

Työn tavoitteena on tarkastella, kuinka miesten varhaisesta kuolleisuudesta muotoiltiin yhteiskunnallinen ongelma asiantuntijoiden ja poliitikkojen näkemyksissä. Tarkoituksena ei ole tarkastella sairauksia tai tilastoja, vaan sitä, millaisia väitteitä ja vaatimuksia aiheesta esitettiin, ketkä ja mitkä tahot aiheen toivat julkiseen keskusteluun, mikä nähtiin ongelman syyksi ja mitä sille haluttiin tehtävän – siis kuinka ongelma muotoiltiin ja mitkä nähtiin korjaaviksi toimenpiteiksi. Ketkä olivat keskeisinä toimijoina mukana muotoilemassa ongelmaa? Millaisia väittämiä, perusteluita ja vaatimuksia esitettiin? Miten kuolleisuuskeskustelussa näkyivät kansanterveysajattelussa tapahtuneet muutokset? Minkälaista kuvaa suomalaisesta miehestä mahdollisesti tässä keskustelussa samalla rakennettiin?

Ajallisesti tarkastelu lähtee liikkeelle 1940-luvulta ja päättyy vuoteen 1972, jolloin kansanterveyslaki tuli voimaan. Rajaus ei missään nimessä kerro siitä, että sotien jälkeen miehet olisivat alkaneet kuolla aiempaa nuorempina tai että ongelma olisi vuoteen 1972 saavuttaessa ratkaistu: tämän päivän keskustelusta on nähtävissä, että näin ei ole⁶. Rajauksen perusteena on, että tuolloin miesten kuolleisuus alkoi olla laajasti tunnettu asia. Tästä esimerkkinä voi pitää samana vuonna alkanutta Pohjois-Karjala-projektia.

⁶ Esim. Juusola, Mervi: Suomalaisten miesten elinikä on Pohjoismaiden lyhyin. Helsingin Sanomat, HS, 21.7.2014, <<http://www.hs.fi/elama/art-2000002747647.html>>, viitattu 7.4.2017; Nykyri, Timo & Teirikko, Kati: Miehen vuosi on 11 kuukautta. Yle uutiset 10.11.2013, <<http://yle.fi/uutiset/3-6922341>>, viitattu 7.4.2017; Eskola, Juhani & Nykänen, Eeva: Uusilta sote-palveluilta voi puuttua hampaat vähentää eriarvoa. THL-Blogi 3.4.2017, <<https://blogi.thl.fi/blogin-nayttosivu/-/blogs/uusilta-sote-palveluilta-voi-puuttua-hampaat-vahentaa-eriarv-1>>, viitattu 7.4.2017.

1.2 Aineisto ja aikaisempi tutkimus

Tutkielmassa hyödynnetään erilaisia kansanterveyttä, terveyst politiikkaa, ravitsemuspolitiikkaa sekä suomalaisen terveystjärjestelmän historiaa eri tavoin käsitteleviä teoksia.

Terveykskansalaisuuden, terveystpolitiikan ja terveystpalveluja koskevan muutosten tarkastelussa on hyödynnetty Minna Harjulan teoksia *Terveyden jäljillä* sekä *Hoitoonpääsyn hierarkiat*. *Terveyden jäljillä* -kirjassa Harjula tarkastelee 1900-luvun keskeisiä terveystpoliittisia toimenpiteitä, niiden muutoksia ja jatkuvuutta. *Hoitoonpääsyn hierarkiat* -teoksessa Harjula puolestaan tarkastelee, mitä terveystpalveluja eri aikoina on tarjottu ja ketkä niistä ovat hyötyneet. Teokset tarjoavat samalla kuvauksen suomalaisen terveystpolitiikan keskeisimmistä linjoista 1800–1900-luvuilla.

Mikko Jauhon tutkimuksessa *Kansanterveysongelman synty* tarkastellaan tuberkuloosin torjuntaa Suomessa keskittyen taudin käsitteellistämisen ja torjunnan vaiheita keskittyen tautia ja sen torjuntaan kohdistettujen toimenpiteiden määrittelyyn ja muotoutumiseen. Jauho tarkastelee sekä sitä, kuinka tuberkuloosista muodostui kansanterveysongelma, että sitä, kuinka tuberkuloosi vaikutti lääketiedettä, kansanterveyspolitiikkaa ja henkilökohtaisen terveydenhoidon käytäntöjä. Jauhon tutkimus saa teoreettisen innoituksensa Michel Foucault'n hallinnan analytiikasta sekä biovallasta ja terveyden hallinnan ajatuksista.

Terveykskansalaisuuden osalta merkittäviä ovat olleet myös Ilpo Helénin ja Mikko Jauhon kirjoittamat artikkelit ja teokset. Erityisesti Helénin ja Jauhon yhdessä kirjoittamaa artikkelia *Terveykskansalaisuus ja elämän politiikka* vuodelta 2003 hyödynnetään teoreettisen viitekehysten hahmottelussa, samoin Ilpo Helénin teosta *Elämän politiikat*.

Taustoitusta aiheelle sekä yleiselle yhteiskunnalliselle kehitykselle ovat tarjonneet Yrjö Mattilan suomalaista terveydenhuoltojärjestelmän historiaa tarkasteleva teos *Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista*, Samu Nyströmin toimittama *Suomen Lääkäriliiton historia* sekä Allan Tiitan kirjoittama *lääkintöhallituksen historia*. Erityisesti sosiaalilääketieteen kehityksessä ja 1960-luvun muutosten tarkastelussa olen käyttänyt Ranja Aukeen väitöskirjaa *Vanhasta uuteen sosiaalilääketieteeseen*.

Tämän tutkimuksen aineistona on käytetty asiantuntijalehtien kirjoituksia, puolueohjelmia, komiteanmietintöjä, eräitä aikalaisjulkaisuja sekä valtiopäivien pöytäkirjoja ja asiakirjoja. Päähuomio on lääkäreiden, asiantuntijoiden ja poliitikkojen näkemyksissä, kirjoituksissa ja puheenvuoroissa. Lääkärit olivat toisen maailmansodan jälkeen järjestäytynyt ja vahva ammattikunta ja monessa kansanterveyskysymyksessä eturintamassa. Esimerkiksi Ranja Aukee on korostanut, että monet lääketieteellisen koulutuksen saaneet, korkeissakin valtiollisissa viroissa olleet henkilöt olivat vaikuttamassa 1960-luvun suuriin uudistuksiin ja kansanterveysprojekteihin.⁷ Tämän vuoksi tarkasteltaessa kansanterveysongelmien syntyä on perusteltua keskittyä edellä mainittujen tahojen tarkasteluun.

Ajallisesti tarkastelu alkaa 1940-luvun jälkipuoliskolla ensimmäisistä oleellisista havainnoista ja päättyy vuoden 1971 loppuun, jolloin eduskunnassa käsiteltiin ehdotusta kansanterveyslaiksi. Aineistossa painottuvat ensin 1940-luvulta 1960-luvun alkuun asiantuntijalehdissä julkaistut kirjoitukset ja 1960–70-luvuilla muunlaiset lähteet: aikalaiskirjallisuus, eräät julkaistut tutkimukset, poliittiset asiakirjat ja eduskuntakeskustelut.

Koska kansanterveyslailla katsottiin paikattavan sairausvakuutuksen jättämiä puutteita, se oli luonteeltaan kokonaisvaltaisemmin terveystalouden uutta suuntaa muotoileva ja koska sairausvakuutuksen tavoite oli sairauden ja äitiyden aiheuttamien toimeentulojen menetysten korvaaminen, olen eduskunnassa käytyjen keskustelun osalta ottanut tarkasteluun kansanterveyslain ja sen valmistelun. Mukana on myös sairausvakuutuksesta vuonna 1963 käytyä eduskuntakeskustelua. Varsinainen kansan valistamiseen suunnattu materiaali ja mainoskampanjat jäävät tämän tutkimuksen ulkopuolelle.

Aikakauslehdistä on tarkasteltu Suomen Lääkärilehteä ja Duodecimia, jotka varmasti antavat riittävän kattavan kuvan lääkäreiden keskusteluun tuomista asiantuntijahuomioista. Tarkastelu on aloitettu 1940-luvulta ja se päättyy vuoden 1971 loppuun. Artikkeleista on valittu aiheen kannalta eräät oleellisimmat, joista saa käsitystä aikakauden keskustelusta ja esitetyistä väittämistä.

⁷ Aukee, Ranja (2013) Vanhasta uuteen sosiaalilääketieteeseen. Suomalaisen lääketieteen muotoutuminen 1800-luvun lopulta vuosituhannen vaihteeseen. Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, Tampere, 62–63.

1.3 Väestön hallinta ja elinvoimaisuuden vaaliminen

Yksi työn lähtökohta on, että ihmisten elämän ja terveyden kontrolli jatkui myös uudenaikaisessa kansanterveystyössä, minkä vuoksi työn teoreettinen viitekehys pohjautuu terveyskansalaisuuden käsitteeseen sekä Michel Foucault'n ajatteluun väestön hallinnasta ja biopolitiikasta eli elämän hallinnasta. Työn kannalta oleellista on hahmottaa, kuinka kansalaisten terveydestä, sairaudesta kurinpidon ja valistuksen kautta tuli valtion ja yhteiskunnan velvollisuus ja terveydestä myös yksilön oikeus ja velvollisuus kansakuntaa kohtaan sekä kuinka biopolitiikka ilmeni suomalaisessa terveystieteessä. Nämä käsitteet toimivat tarkastelun välineinä ja hahmottavat terveystieteestä sekä käydystä keskustelusta elämän hallinnan elementtejä ja niiden jatkuvuutta.

1.3.1 Väestön hallinta

Foucault'n ajattelussa valta on hajautunutta, se koostuu monista erilaisista suhteista, toimijoista ja vallan subjekteista, minkä vuoksi sitä ei ole mahdollista palauttaa yksittäisiin rakenteisiin tai instituutioihin. Tämä hajautunut valtakäsitys johtaa siihen, että vallan analysoinninkin tulisi kohdistua muuttuvien suhteiden kokonaisuuteen, jossa muodostuvat mahdollisuudet toimia ja elää. Valta ei ole jotain, jonka voi omistaa, sitä ei voi palauttaa vain yhteen tarkoitukseen, vaan valta ja sen käyttö ilmenevät kamppailun, ristiriitojen, määräämisen ja tottelemisen asetelmissa. Lisäksi valta on olemassa vain silloin, kun sitä käytetään, kun jotkut tahot pyrkivät johonkin päämäärään kamppailun, kyseenalaistuksen, määräyksen ja totellen.⁸

Foucaultlaisesta näkökulmasta valta on biovaltaa, mikä tarkoittaa sen kohdistumista eläviin ihmisryhmiin ja väestöihin. Biovalta pyrkii yksilöiden ja väestöjen muokkaamiseen, hyödyntämiseen, elinvoimaisuuden vaalimiseen sekä ohjailuun. Biovalta käyttää hyväkseen elämän omia prosesseja ja voimia ja se on luonteeltaan huolehtivaa, elämän edellytyksiä vaalivaa.⁹

Sosiaalilääketieteen syntyä tarkastellessaan Foucault on kiinnittänyt huomiota siihen, kuinka monet tarttuvat taudit katosivat Euroopasta jo ennen 1900-luvun nopeaa lääketieteellistä kehitystä. Muutosta voidaan selittää varsin monilla tekijöillä, joiden

⁸ Helén, Ilpo (2016) Elämän politiikat. Yhteiskuntatutkimus Foucault'n jälkeen. Tutkijaliitto, Helsinki, 37–38.

⁹ Helén, Ilpo (2004) Hyvinvointi, vapaus ja elämän politiikka: foucaultlainen hallinnan analytiikka. Teoksessa Rahkonen, Keijo (toim.) Sosiologisia nykykeskusteluja. Gaudeamus, Helsinki, 207; Helén 2016 39–40.

joukossa ovat eristäminen ja hygienian parantuminen sekä se, että 1700-luvun kuluessa ihmisvartalo tuli entistä enemmän alistetuksi lääketieteelle ja tarkastelulle. Samalla terveydenhuoltoon, tutkimukseen ja terveystalvelujen tarjontaan keskittyvät instituutiot kehittyivät. Valtioissa perustettiin viranomaisia valvomaan lääkäreiden toimintaa, keräämään tietoa väestöstä, sairauksista ja lääkäreiden toiminnasta ja antamaan asetuksia näiden tietojen perusteella. Myös syntyvyyttä ja kuolleisuutta alettiin seurata ja tilastoida.¹⁰

Foucault'n mukaan aiemmin suvereenilla vallalla oli oikeus päättää kuolemasta ja elämästä: valta tappaa tai pidättäytyä tappamasta, valta määrätä kuolemaan tai sallia elää. Tämän vanhan suvereenin oikeuden voidaan nähdä korvautuneen oikeudella vaalia elämää tai hylätä kuolemaan. Käytännössä valta määrätä elämästä alkoi kehittyä 1600-luvulla ja siitä voitiin erottaa kaksi muotoa, kaksi kehityksen napaa, toisiinsa liittyvät teknologiat: anatominen ja biologinen, yksilöivä ja eriyttävä. Näiden kahden väliin asettui elämään kohdistuva valta. Ensimmäinen, anatominen vallan muoto, kehittyi 1600-luvulla ja sen myötä tapahtui ruumiin kurinalaistaminen, muokkaaminen ja ottaminen hyötykäyttöön. Tämän takaamiseksi ruumis tuli yhdistää erilaisiin kurinpitäjärjestelmiin. Toinen Foucault'n kuvaama muoto, biologinen, kehittyi 1700-luvun puolivälistä alkaen. Tässä ruumis oli biologisten prosessien, syntymän, kuoleman, lisääntymisen, terveyden, pitkäikäisyyden ja kaikkien niihin vaikuttavien tekijöiden perusta. Kyse ei ollut enää vain aiemmasta suvereenin vallan oikeudesta tappaa tai pidättäytyä tappamasta, vaan elämän vaalimisesta, siihen panostamisesta sen kaikilta osin. Tästä alkoi biovallan aika.¹¹

Hallitsijoiden suhtautumisessa väestöön oli siis 1600-luvulla havaittavissa muutos: aiemmin väestöä ei ollut käsitelty *ongelmana*, vaan väestö käsitteenä oli enemmän kuin vastakohta väestön puuttumiselle alueella. Merkantilistinen politiikka perustui tuotannon ja aktiivisen väestön määrän lisääntymiseen ja taloudellisen vaikutusvallan kasvuun. Valtion mukaantulo lääketieteeseen liittyi kansakunnan voimallisuuteen, siihen, kuinka hyvin valtio pystyisi vastaamaan naapureiden asettamaan uhkaan. Kyse oli yksilön ruumiista kansakunnan vahvuuden takeena ja suuresta väestöstä vaurauden perustana.

¹⁰ Foucault, Michel (2000) Power. Essential works of Foucault 1954-1984, Volume III. Edited by James D. Faubion. The New York Press, New York, 134–135, 139–141.

¹¹ Foucault, Michel (1998) Tiedontahto. Teoksessa Seksuaalisuuden historia. 2. painos, Gaudeamus, Helsinki, 97–100.

Mikko Jauho on todennut, että ennen liberalistista murrosta hallinta tapahtui valtion hyväksi, ja siksi biovallankin synnyssä juuri tuo murros on oleellinen.¹²

Biovalta vaikutti myös kapitalismin kehitykseen, sillä ruumis oli se, jonka kapitalismi ensimmäisenä valjasti tuotantovoimana käyttöönsä. Yhteiskunnan hallinta tapahtui niin mielen ja ideologian kuin ruumiin kautta ja sen kanssa. Ruumis oli sekä sosiaalisessa että poliittisessa ajattelussa tuotantovoimaa, ja 1800-luvun jälkipuoliskolla valtio alkoi yhä enemmän seurata ja ylläpitää väestön terveyttä. Esiin nousivat kysymykset ruumiin ongelmista, terveydestä ja yksilön tuottavuudesta, työvoimasta huolehtimisesta ja ruumiin muovaamisesta sopivammaksi työntekoon.¹³

Yksin ruumiin valjastaminen kapitalismin käyttöön ei ollut riittävää, vaan se vaati valtamenetelmiä, joilla tehokkaasti vahvistaa elämää ja voimia kuitenkin tekemättä niitä vaikeiksi hallita. Elämää vaalivassa ja väestön muokkaamiseen keskittyvässä vallassa kurinpidon keinoiksi kehittyivät esimerkiksi koulut, opistot, kasarmit sekä erilaiset kasvatusta ja yhteiskuntien luonnetta käsittelevät pohdinnat. Yllä esitetyt, vallan tekniikoiksi kehittyneet anatomia- ja biopolitiikan muodot olivat läsnä kaikkialla yhteiskunnallisissa instituutioissa: perheessä, armeijassa, koulussa, poliisilaitoksessa ja yksilölääketieteessä taloudellisten prosessien ja niitä ylläpitävien voimien piirissä. Samalla ne toimivat myös yhteiskunnallisen erottelun ja hierarkisoinnin välineinä. Elävään ruumiiseen alettiin panostaa, arvottaa ja sen voimien oikein jakamista hallita.¹⁴

Esimerkiksi miehen ruumis oli suomalaisessakin asevelvollisuusjärjestelmässä keskeinen: se määritteli, kenen tuli saapua kutsuntoihin ja kenet kutsuttiin palvelukseen. Kehot olivat valtion kontrollin kohde, niitä tarkkailtiin, arvioitiin, muokattiin, hyväksyttiin ja hylättiin tarkoituksena selvittää, mitä mies kesti ja mitä miehen tuli kestää. Kutsuntarkistuksessa hyväksytyksi tuleminen oli ylpeydenaihe, eräänlaisen miehuuskokeen läpäiseminen. Hyväksytyistä asevelvollisista tuli valistuksen kohde:

¹² Foucault, Michel (2010) Turvallisuus, alue, väestö. Hallinnallisuuden historia: Collège de Francen luennot 1977–1978. Tutkijaliitto, Helsinki, 77–79; Foucault 2000, 139; Foucault, 1998, 100; Jauho, Mikko (2007) Kansanterveysongelman synty. Tuberkuloosi ja terveyden hallinta Suomessa ennen toista maailmansotaa. Tutkijaliitto, Helsinki, 29.

¹³ Foucault 2000, 137, 155.

¹⁴ Foucault 1998, 100–101.

korostettiin, että armeija teki pojista miehiä, kasvatti heistä vastuuntuntoisia ja isänmaallisia kansalaisia.¹⁵

Biopolitiikalla tarkoitetaan siis elämän hallintaan liittyviä kamppailuja, pyrkimyksiä, kiistoja ja ristiriitoja. Se kattaa käytännössä kaikki nykyaikaisen elämän ja yhteiskunnan osa-alueet, mutta terveyden ja sairauden voidaan katsoa olevan sen ydinasioita, mistä seuraa, että myös sairauden- ja terveydenhoito ovat biopolitiikan keskiössä.¹⁶

Erilaiset valtiolliset kansanterveyshankkeet, terveydenhoidon kehittäminen sekä rotu-, mentaali- ja sosiaalihygienian edistäminen nostivat kansan terveyden politiikan keskiöön. Tunnettuna esimerkkinä biopolitiikan vaikutuksesta suomalaisessa kansanterveystyössä on Pohjois-Karjala-projekti, jossa nimenomaan ihmisten terveysajattelua ja ruokatottumuksia muovattiin biopoliittiseksi kysymykseksi. Se oli julkisen vallan kansanterveyshanke, puuttumista ihmisten elämään pyrkimyksenä vähentää riskitekijöitä koskettaen arkielämää varsin syvälle menevällä tavalla. Tieto ohjasi hanketta, terveysvalistusta ja -seurantaa.¹⁷

Tässä työssä käytän biopolitiikan käsitettä. Ilpo Helén on todennut, että Foucault itse käytti biovallan ja -politiikan käsitteitä häilyvästi, mutta Foucault toteaa ainakin, että on luultavasti tarpeen puhua biopolitiikasta käsiteltäessä asioita, jotka saavat elämän ja sen mekanismin tulemaan täsmällisten laskelmien piiriin ja tekevät ”tieto-vallasta ihmisen elämän muuttamisen agentin”¹⁸, eli myös tässä työssä esiintyviä tapahtumia tarkasteltaessa. Elämän politisoitumisessa on lopulta myös kuitenkin kyse pyrkimyksistä, kamppailuista, kiistoista ja ratkaisuista, jotka käsittelevät puuttumista ihmisyksilöiden elämään ja sen muovaamiseen. Poliitiikan käsite kattaa myös kiistoihin, kamppailuihin ja ristiriitoihin liittyviä asioita sekä ajatuksen asioiden muuttamisesta ja vääryyksien korjaamisesta. Tätä vallan käsite ei välttämättä huomioi. Toisaalta vallan käsite itsessäänkin on sekava, vaikeasti hallittava ja moninainen, mikä hankaloittaa sen käyttöä.¹⁹

¹⁵ Ahlbäck, Anders (2006) Mitä miehen on kestävä. Kokemuksia suomalaisesta sotilaskoulutuksesta 1920- ja 1930-luvuilta sukupuolihistorian valossa. Teoksessa Kinnunen, Tiina & Kivimäki, Ville (toim.) Ihminen sodassa. Suomalaisten kokemuksia talvi- ja jatkosodasta. Minerva, Helsinki, 110–112.

¹⁶ Helén 2016, 41.

¹⁷ Helén 2016, 39, 302.

¹⁸ Foucault 1998, 102.

¹⁹ Helén 2016, 40–41.

1.3.2 Terveyskansalaisuus

Moderneissa valtioissa kansalaisuus voidaan määrittää joko oikeuksien ja velvollisuuksien tai kansakuntaan kuulumisen kautta, ja näiden kautta määritty myös terveyskansalaisuuden käsite. Terveyskansalaisuuden käsitteessä yhdistyvät terveyteen liittyvät yksilön oikeudet, velvollisuudet ja niihin liittyvät sosiaaliset ja moraaliset tekijät. Se liittyy oleellisesti kansallisvaltion muodostumiseen ja ajatteluun, että väestö muodostaa kansan ja kansalaisen, eli yksilön, terveys taas oli valtion voimavara. Kansan ja valtion yhteenkuuluvuus on osa pohjoismaisen terveyskansalaisuusajattelun perustaa, ja myös Suomessa 1800-luvulta alkaen valtio ja kansakunta nähtiin Suomessa ykseytenä, jonka vuoksi myös valtion ja kansan etu meni kansalaisen edelle. Kansalaisuus määriteltiin kansakuntaan ja kansaan kuulumisen kautta, ja tämä puhetapa näkyi myös terveydenhoitoa koskevissa yhteiskunnallisissa keskusteluissa. Tavoitteena oli terveystalouden avulla *kansalaistaa* jokainen yksilö.²⁰

Helénin ja Jauhon mukaan suomalaisessa kansanterveysvalistuksessa kansalaisuutta on määritellyt ajatus siitä, että terveys ja siitä huolehtiminen on henkilökohtainen velvollisuus kansakuntaa kohtaan. Kansanterveysvalistuksen ajatuksella oli juurensa Immanuel Kantin ja J. V. Snellmanin yhteiskuntafilosofioiden näkemykselle, jonka mukaan kansalaisuus vaatii yksilöltä täysi-ikäisyyttä, itsensä kehittämistä ja kasvattamista itsenäiseksi, arvostelukykyiseksi henkilöksi.²¹

Helén ja Jauho käyttävät terveyskansalaisuutta määrittelevässä artikkelissaan biopolitiikan käsitettä kuvaamaan kansalaisuuden luonnetta terveydenhoidossa. Biopolitiikka määrittää kansalaisuuden kolmella eri tavalla: siihen kuuluvat sekä *kansalaistava* että *eriarvoistava* ”kansalaisuusstrategia”, joissa kummassakin kansa eli väestö käsitetään elävänä organismina. Kansan elinvoimaisuudesta huolehtiminen on terveydenhoidossa päätehtävänä. Eriarvoistamalla kansalaisen arvo määräytyi tämän biologisten ominaisuuksien mukaan: elinvoimaisuuden, ruumiin ja mielen terveyden perusteella. Yksilö oli kansalainen elävyytensä kautta. Kolmas biopolitiikan ulottuus liittyy kansalaisen itsekasvatukseen: kansalainen kasvattaa itse itsensä kansalaisuuteen ja kansakunnan täysivaltaiseksi jäseneksi. 1920–30-luvuilla kansalaisuutta määriteltiin

²⁰ Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (2003) Terveyskansalaisuus ja elämän politiikka. Teoksessa Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (toim.): Kansalaisuus ja kansanterveys, Gaudeamus, Helsinki, 13–14.; Harjula, Minna (2015) Hoitoonpääsyn hierarkiat. Terveyskansalaisuus ja terveyspalvelut Suomessa 1900-luvulla. Tampere University Press, Tampere, 17.

²¹ Helén & Jauho, 14–15.

myös biologian keinoin, kun rotuhygienian opeista haettiin ratkaisuja ja selityksiä poliittisille ja sosiaalisille ongelmille.²²

Näin suomalaisessa kansanterveysvalistuksessa kansalaisuutta on määritelty ajatus siitä, että terveys ja siitä huolehtiminen on yksilön velvollisuus kansakuntaansa kohtaan. 1900-luvun alussa kansalaiskasvatusta ei voinut kuvitella ilman terveysvalistusta eikä sitä puolestaan ilman ajatusta jokaisen velvollisuudesta kansakuntaa kohtaan. Terveystieteiden kansalaisuutta koskeva käsitys keskittyi siihen, kuinka ihmiset saadaan itse huolehtimaan terveydestään.²³ Terveysvalistus ja -kasvatus ovatkin myös 1940-luvulta vuoteen 1971 päättyvissä keskusteluissa toistuvasti esillä ja ne nähtiin tehokkaina keinoina kansanterveyden edistämiseksi.

1960–70-lukujen kuluessa terveystieteiden poliittisessä ajattelussa tapahtui eräänlainen muutos, jossa tapahtui siirtymä väestön kontrolloinnin ja laadun varmistamisesta yksilön oikeuksiin. Uudistuksessa korostettiin, että terveystieteiden politiikka ei voinut olla yhteiskunnallisten päämäärien edistämisen väline, vaan yksilön hyvä terveys ja terveystieteiden tasa-arvoinen saatavuus kaikille kansalaisille olivat jo päämääriä itsessään. Terveystieteiden kansalaisuuden oikeudellinen ulottuvuus vakiintui samaan aikaan, kun kansanterveysajattelu tuli hyvinvointivaltion politiikan keskiöön. Myös kansanterveysajattelu muuttui: kansan elinvoimaisuus ja sen vaaliminen poistuivat sen keskiöstä, kansanterveyden käsite sai uudenlaisia merkityksiä. Jokaisen oikeus terveydenhoitoon tuli uudenlaisen kansanterveystieteiden keskeiseksi periaatteeksi.²⁴

Yllä kuvatut muutokset eivät tarkoittaneet elämän hallinnan päättymistä tai vähentymistä: kansanterveystieteiden painottunut julkinen terveydenhuolto oli entistä vahvempi elämän politiikan alue. Yhteiskunnallinen terveyden ja sen uhkiin keskittynyt hallinta ei kadonnut, vaan sen voi ennemminkin katsoa muuttaneen muotoaan. Väestöä alettiin tarkastella enemmän väestötieteen ja epidemiologian näkökulmasta. Hallinnasta tuli hienostuneempaa ja kätkeympää, mutta samalla myös järjestäytyneempää ja aiempaa henkilökohtaisempaa. Kansalaisia kuitenkin edelleen valvottiin terveystieteiden tarkkailun kautta.²⁵

²² Helén & Jauho 2003; 16–17; Harjula 2015, 119.

²³ Helén & Jauho, 14–15.

²⁴ Helén & Jauho, 26–27; Meskus, Mianna (2009) Elämän tiede. Tutkimus lääketieteellisestä teknologiasta, vanhemmuudesta ja perimän hallinnasta. Vastapaino, Tampere, 73.

²⁵ Helén & Jauho, 27; Meskus, 74.

1.5. Hygienia-ajattelu, kansanterveystyö ja terveystalitiikka

1800-luvulla Suomessa sai kannatusta hygienia, oppi ennaltaehkäisevästä terveydenhoidosta. Sen keskeinen tavoite oli terveyden säilyttäminen ja edistyminen huomioiden myös siihen vaikuttavat ympäristötekijät. Hygienia-ajattelussa koko yhteiskunta tuli järjestää ennalta-ehkäisevän terveydenhoidon mukaisesti ja tämän tavoitteen vuoksi oli perusteltua puuttua niin yhteiskunnallisiin kuin yksilöllisiin tekijöihin, jotka altistivat sairauksille. Yhtenä keskeisenä puuttumisen keinona oli terveystalitus, jonka innoittajana toimi Kansanvalistusseura. Myös piirilääkärit olivat hygienia-ajattelun keskeisimpiä levittäjiä: heidän tehtävänään oli esimerkiksi tarkastella eri ammattien ja elinolosuhteiden terveystalitejä ja toimia havaittujen haittojen poistamiseksi.²⁶

Hygienian käsite vaihtui tai siirtyi sittemmin sosiaalilääketieteen käsitteeseen. 1940–50-lukujen Duodecimissa sekä Suomen Lääkärilehdessä oli eräitä hygieniää ja sosiaalilääketiedettä tarkastelevia kirjoituksia. Hygienian ja sosiaalilääketieteen käsitteitä esitteli muun muassa Sven Erkkilä vuonna 1948.

Erkkilä kirjoitti, että yhteiskunnan teollistuminen on tuonut lääketieteen ratkaistavaksi uudenlaisia yhteiskunnallisia kysymyksiä ja tähän tarpeeseen vastaamaan oli syntynyt sosiaalilääketiede. Sosiaalilääketieteellä oli läheinen suhde hygieniaan, vaikka se oli sisällöltään muutakin. Sosiaalilääketiede käsitteli ihmisen sosiaalisen ympäristön vaikutuksia terveyteen ja kohdisti huomionsa yhteiskunnallisiin ongelmiin, sosiaaliluokkiin ja yhteiskunnan huoltoa eniten kaipaaviin väestöryhmiin. Siten sosiaalilääketieteen opettaminen lääketieteen opiskelijoille oli tärkeää ja siinä tuli huomioida väestöpolitiikka *ongelmana*: lisääntyminen, äitiyshuolto ja äitien suojeleminen, avioliittoneuvonta, perinnölliset sairaudet ja sterilisaatio niiden ehkäisemisen keinona sekä itsemurhien ehkäisy.²⁷

Hygienia oli Erkkilän mukaan ”oppi terveyden ja työkyvyn säilyttämisestä”, ennaltaehkäisevää lääketiedettä, joka käsitteli ihmisen elinympäristöön vaikuttavia tekijöitä ja jonka päämääränä oli torjua terveystalitejä, vähentää sairastavuutta ja

²⁶ Aukee 2013, 23–24; Mussalo-Rauhamaa, Helena (2013) Ympäristöterveys ja terveystalitus. Teoksessa Sihto, Marita – Palosuo, Hannele – Topo, Päivi – Vuorekoski, Lauri – Leppo, Kimmo (toim.): Terveystalituksen perusta ja käytännöt. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere, 146–147.

²⁷ Erkkilä, S. (1948) Erkkilä: Sosiaalilääketiede yliopistollisena opetusaineena ja tieteellisen tutkimuksen kohteena. Suomen Lääkärilehti (SLL) 15/1948, 435–437, 441–442.

kuolleisuutta sekä etsiä suotuisat olosuhteet ihmisen ruumiilliselle ja henkiselle kehitykselle. Erkkilän mukaan: ”koska kansan arvokkain pääoma ei ole raha eikä aineellinen omaisuus, vaan sen terveys ja työkuunto, niin hygienialla on tämän arvokaan omaisuuden vaalimisessa tärkeä ja laajakantoinen merkitys”.²⁸

Sirpa Wreden mukaan 1900-luvun alun terveystoiminnassa oli nähtävissä ajatuksia kansan muokkaamisesta terveystoimien avulla. Maan sivistyneistö kannatti tällaisia toimenpiteitä, erityisesti niin kutsuttua käytännöllishygieenistä toimintaa, johon kuuluivat muun muassa terveyssisarten työ, tuberkuloosin vastustaminen ja raittiustyö. Sosiaalihygienialle perustuva terveydenhoito vahvisti asemaansa 1920-luvulla kansansivistyksen muotona, jossa kansallismieliset ja väestöpoliittiset tavoitteet yhdistyivät. On huomionarvoista, että sosiaalihygienian käsitteellä viitattiin tuolloin laajemmin ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon eikä vain puhtauteen. Valtionavuin tuetun toiminnan painopiste oli väestön laatuun keskittyvässä rotuhygieenisessä politiikassa.²⁹

Sosiaalipoliittisessa ajattelussa tapahtui 1960-luvulla muutos, joka vaikutti myös terveystoimintaan. Muutos näkyi hallinnollisessa ja poliittisessa ilmapiirissä ja hyvinvointivaltiollinen ajattelutapa kehittyi. Pekka Kuusen ohjelma oli perustunut vielä kansalaista kontrolloivaan politiikkaan, mutta 1960-luvun lopulla terveystoimintainen ajattelu muuttui yksilökeskeisemmäksi. Kuusi kirjoitti vielä kansalaisten työvoiman suojelemisesta, mutta uudeltaisesta hyvinvointinäkökulmasta katsoen terveys oli kansalaisen sosiaalinen oikeus ja sairaus puolestaan määriteltiin ”sociologisesti häiriötilaksi yksilön ja häntä ympäröivän yhteisön välisissä suhteissa”.³⁰

Terveystoiminta käsitteenä vakiintui Suomessa 1960-luvulla. Tätä ennen käytössä olivat esimerkiksi terveyden- ja sairaanhoidon sekä kansanterveystyön käsitteet, ja terveystoiminnan toimintakenttä on edelleen osin päällekkäinen kansanterveystyön ja terveyden edistämisen sisältöjen kanssa. Ennen terveystoiminta-käsitteen vakiintumista sen kattamaa aluetta käsiteltiin lähinnä terveydenhuoltotoimintana.³¹

²⁸ Erkkilä, S. (1951) Hygienian ja sosiaalilääketieteen näköaloja. Duodecim 4/1951, 291.

²⁹ Wrede, Sirpa (2000) Suomalainen terveydenhuolto: Jännitteitä ja murroksia. Teoksessa Kangas, Ilka – Karvonen, Sakari – Lillrank, Annika (toim.): Terveystoiminnan suuntauksia, Gaudeamus, Helsinki, 193.

³⁰ Wrede, 200.

³¹ Sihto, Marita (2013) Terveystoiminta, kansanterveys ja terveyden edistäminen – käsitteitä ja kehityskulkuja. Teoksessa Sihto, Marita - Palosuo, Hannele - Topo, Päivi – Vuorenkoski, Lauri – Leppo,

Terveyspolitiikka on moniulotteinen käsite, jota avataan tässä lyhyesti. Terveyspolitiikka voidaan määrittellä toiminnaksi, jolla edistetään sen julkilausuttuja tavoitteita ja jolla on oleellisesti merkitystä yksilön ja kansanterveyden sairauksiin. Sillä viitataan paitsi käytännön toimintaan, myös tiedon lisäämiseen. Terveyspolitiikalla on ollut suomalaisessa kirjallisuudessa laajoja määritelmiä, mutta yksinkertaistettuna se on toimintaa, joka ottaa terveyden tavoittelun keskeiseksi arvolähtökohdaksi ja jolla pyritään edistämään terveyttä, torjumaan sitä vaarantavia tekijöitä ja hoitamaan sairauksia. Terveyspolitiikkaa on Suomessa ajateltu lähinnä sosiaalipolitiikan osana. Sen voi ymmärtää sekä kapeasti että laajasti: kapeasti ymmärrettynä määrittelyssä painottuu terveydenhuollon toiminta, ja se pelkistyy terveydenhuolto ja sen kysymyksiä koskevaksi. Laajassa mielessä terveyspolitiikasta tulee kaikkea terveyteen vaikuttavaa tarkasteleva käsite.³²

Kansanterveyden käsite oli tullut terveydenhoidon toimintaa ohjaavaksi käsitteeksi 1900-luvun alussa ja se vakiintui 1940-luvulla. Käsitettä käytettiin myös hygienian ja yleisen terveydenhoidon vaihtoehtoina. Kansanterveyden käsite huomioi koko väestön ikään tai sosiaaliseen asemaan katsomatta, ja se merkitsi samalla sosiaalipolitiikan kohteen laajenemista. Se kytkeytyi myös aikansa väestöpoliittiseen keskusteluun ja 1940-luvulla sen keskiössä olivat äitien ja lasten terveydenhuolto.³³

Kansanterveystyö määriteltiin Karjalaisen hallituksen kansanterveyslakia koskevassa esityksessä vuonna 1971 ”yksilöön ja hänen elinympäristöönsä kohdistuvaa terveydenhoitoa ja yksilön sairaanhoitoa sekä siihen liittyvää toimintaa, jonka tarkoituksena on väestön terveydentilan ylläpitäminen ja edistäminen.” Kansanterveystyön voi katsoa alkaneen 1960-luvulla sairausvakuutuslain säätämällä ja kansanterveyslain valmistelulla.³⁴

Kansanterveydestä puhuttaessa viitataan samoin kuin terveyspolitiikan kohdalla tiedon ja toiminnan kokonaisuuteen, jolla pyritään väestön terveyden edistämiseen. Käsite painottaa kollektiivista toimintaa kansalaisten terveyteen vaikuttamisessa eikä se siten rajoitu ainoastaan yksilön terveydestä huolehtimiseen. Kansanterveyden määritelmään

Kimmo (toim.): Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere, 20.

³² Sihto, 19–21.

³³ Harjula 2015, 127–129.

³⁴ Mattila Yrjö (2011) Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 116, Kelan tutkimusosasto, Helsinki, 132, 144.

sisältyy sekä sen tiedeperustaisuus, terveyden määrittely, että käytännön toiminta tautien ennaltaehkäisemiseksi.³⁵

Kansanterveystyön käsite vakiintui käyttöön ja aiempi rotuhygieeninen keskustelu vaihtui väestöpoliittiseen sotienjälkeisenä aikana sisältäen uudenlaisia painotuksia ja väestön vaalimisen tärkeyttä.³⁶

Edeltävistä kappaleista on tiivistettävissä johtopäätös, että 1960-luvulta alkanut, uudenlainen kansanterveysajattelu ei merkinnyt minkään täysin uuden kauden alkua. Samat käytännöt, tarkkailu, muokkaaminen, elämän hallinta, olivat ja pysyivät, mutta niiden muoto ja käytetyt käsitteet muuttuivat. Biopolitiikan ja terveyskansalaisuuden käsitteet antavat mahdollisuuksia tarkastella jatkuvuutta kirjoituksissa ja puheissa, sillä kuten todettu, vaikka keskiöön tuli oikeus terveyteen, kontrolli ei kadonnut.

1.4 Miesten varhainen kuolleisuus sosiaalisena ongelmana

Työssä tarkastelen miesten varhaisen kuolleisuuden muotoutumista ongelmaksi sosiaalisen konstruktion näkökulmasta. Päähuomio on siinä, minkälaisin väittämin ja vaatimuksin eri toimijat määrittelivät tuota ongelmaa. Pyrkimykseni ei ole tarkastella väitteiden todenperäisyyttä tai tarkastella kuolleisuuden syitä ja määriä, tilastoja tai vastaavia seikkoja. Oletukseni on, että vaatimukset ja ehdotukset tilanteen korjaamiseksi osaltaan rakensivat ongelmaa: se, mikä nähtiin ratkaisuna, kertoo myös oletetusta ongelmasta ja kuinka se yhteiskunnassa nähtiin.

Sosiaalisen ongelman sosiologiaa tarkastellessaan Malcolm Spector ja John I. Kitsuse ovat todenneet, että sosiaaliset ongelmat ovat sitä, mitä ihmiset niiden ajattelevat olevan. Siksi on oleellista, luopua ajatuksesta, että sosiaalinen ongelma on jokin objektiivinen, sellaisenaan yhteiskunnassa löydettävissä oleva asiantila tai olosuhde. Samankaltaiseen tulokseen on aiemmin päätynyt Herbert Blumer, jonka mukaan tutkijat ovat liian usein erehtyneet tarkastelemaan sosiaalisia ongelmia objektiivisina, vahingollisiksi

³⁵ Sihto, 14, 17.

³⁶ Harjula, Minna (2007) *Terveyden jäljillä. Suomalainen terveyspolitiikka 1900-luvulla*. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, Tampere, 55; Harjula 2015, 128–130.

miellettyinä asiantiloina, jotka ovat vastakkaisia normaalina pidetyille olosuhteille. Tosiasiassa sosiaaliset ongelmat ovat sosiaalisen, kollektiivisen määrittelyn tulos.³⁷

Spectorin ja Kitsusen mukaan ajatus sosiaalisista ongelmista objektiivisena asiantilana pitää hylätä ja sen sijaan tulee keskittyä tarkastelemaan niitä toimintana, jossa toimintaan osalliset esittävät väitteitä ja vaatimuksia sosiaalisesta ongelmasta. Sosiaalisia ongelmia tutkittaessa keskitytään siihen, kuinka ihmiset niitä määrittelevät: ongelma ei ole olemassa sellaisenaan, vaan se on löydettävissä määrittelyprosessissa. Tätä prosessia tarkasteltaessa ei arvioida sosiaalisen ongelman tai esitettyjen väittämien todellisuutta tai faktapohjaisuutta.³⁸

Tiivistettynä Spector ja Kitsuse määrittelevät sosiaaliset ongelmat *toiminnaksi, jossa yksilöt tai ryhmät esittävät väitteitä ja osoittavat epäkohtia jostain oletetusta, ei-toivotusta tai haitalliseksi koetusta olosuhteesta*. Sosiaalisten ongelmien ilmaantuminen mahdollistuu, kun vaaditaan tuon ongelmaksi määritellyn olosuhteen muuttamista, tuhoamista tai parantamista. Niiden ytimessä on toiminta, jossa esitetään väitteitä, vaatimuksia muutoksesta ja valituksia jostakin olosuhteesta, ja tällä toiminnalla yhteiskunnan jäsenet konstruoivat sosiaalisia ongelmia ja pyrkivät kiinnittämään muidenkin huomion niihin. Spector ja Kitsuse kutsuvat tätä toimintaa nimellä *claims-making activities*, joka on ymmärrettävä väitteiden ja vaatimusten esittämistoimintana.³⁹

Vaatimusten ja väittämien esittämisessä on aina kyse prosessista, jossa yksi osapuoli tai osapuolet esittävät vaatimuksia jollekin taholle. Arkisena toimintana tämä on vaikkapa palvelujen vaatimista, valitusten tekemistä, tekstien, julkaisemista, lehdistötilaisuuksien pitämistä, kirjeiden kirjoittamista päättäjille, mainosten julkaisemista tai hallituksen toiminnan kannattamista tai vastustamista. Kaikki, jotka tavalla tai toisella osallistuvat tällaiseen toimintaan, ovat mukana määrittelemässä sosiaalista ongelmaa, ja tästä on pääteltävissä, että näillä kriteereillä toiminnassa on mukana useita eri ihmisiä, ryhmiä ja tahoja. Ei ole mielekästä sanoa, että ”yhteiskunta” tai ”kulttuuri” määrittelee ongelman,

³⁷ Spector, Malcolm & Kitsuse, John I. (2009) *Constructing Social Problems*. 4th printing, Transaction Publishers, New Brunswick and London, 73; Blumer, Herbert (1971) *Social Problems as Collective Behavior*. *Social Problems*, Vol. 18, No. 3, California University Press, 298.

³⁸ Spector & Kitsuse 2009, 45, 73, 75.

³⁹ Sama, 75–76, 78.

vaan oleellista on keskittyä eri toimijoiden tarkasteluun: järjestöihin, yksilöihin ja organisaatioihin. Määrittelyprosessin tarkastelu johtaa toimijoiden tarkasteluun.⁴⁰

Vaikka jokin asiantila itsessään olisi lääketieteellinen, fysiologinen tai psykologinen, se prosessi, jossa tämä määritellään ongelmaksi, on kuitenkin sosiaalinen. Jopa ilmiön määrittäminen joksikin mainituista on jo osa määrittelyprosessia. Tarkastelussa tulee erottaa objektiivisen asiantilan syyt sosiaalisen ongelman syistä ja taustoista.⁴¹ Esimerkiksi tässä työssä suomalaisten miesten korkea sydäntautikuolleisuus oli havaittu jo 1900-luvun alun kuluessa ja se pysyi huomattavan korkeana aina tarkastelujakson loppuun saakka. Sen sijaan suhtautuminen sydän- ja verisuonitautien aiheuttamaan kuolleisuuteen ja niistä keskusteleminen kokivat ajanjaksolla muutoksen.

Sosiaalista ongelmaa ei voi olla olemassa, jos sitä ei yhteiskunnassa tunnisteta eikä siihen kiinnitetä huomiota. Sitä ei yksinkertaisesti ole jossain sellaisenaan. On kuitenkin valikoivaa, mitkä sosiaaliset ongelmat yhteisöissä tunnistetaan ja mitkä lopulta nousevat julkisen keskustelun kohteeksi. Historiassa on useita esimerkkejä, joissa selkeältä vaikuttavat sosiaaliset ongelmat eivät koskaan sellaisiksi muodostu.⁴²

Eräs tapa tarkastella määrittelyjä on tarkastella käytettyjä sanoja: niiden asioilla ilmiötä kuvaillaan, se heijastelee asenteita ongelmaksi koettua asiaa kohtaan antaa monia vihjeitä siitä, koetaanko ilmiö esimerkiksi loukkaavana tai haitallisena. Kun jokin toimija tai ryhmä pääsee määrittelyssä vahvoille, muut omaksuvat usein näiden käyttämän sanaston koskien ongelmaksi koettua asiantilaa. Muutos sanastossa tai uusien sanojen käyttöönotto kuvaa sitä, että sosiaalisen ongelman historiassa on tapahtunut jotain merkittävää.⁴³ Tämän muutoksen tarkastelu on mielenkiintoista, ja se myös näkyi eräissä kohdin miesten kuolleisuudesta keskusteltaessa: muut alkoivat vedota tunnetuiksi tullessiin väittämiin tai käyttää niitä.

Arvojen merkitys sosiaalisten ongelmien määrittelyssä on monimutkainen. Arvot selittävät, miksi ihmiset määrittelevät tilanteita sosiaalisiksi ongelmiksi, mutta tämä ei yksin riitä, koska se ei huomioi määrittelyprosessia: eli kuinka ja miten arvot tuottavat tuota prosessia? Jos tahdomme tarkastella, miksi ihmiset määrittelevät jonkin asiantilan sosiaalisesti ongelmaksi, meidän pitää tarkastella heidän esittämiään väittämiä ja

⁴⁰ Sama, 7–8, 12, 78.

⁴¹ Kitsuse & Spector, 43.

⁴² Blumer, 301–302.

⁴³ Blumer, 8.

vaatimuksia tilanteen parantamiseksi. Tällöin huomaamme ihmisten arvottavan asioita ja esittävän niihin pohjautuvia väittämiä sekä esittävän vastaväitteitä kilpaileville ryhmille. Tästä hyödytään, koska silloin päästään selittämään juuri sitä käytöstä, jota halutaan tarkastella.⁴⁴

Määrittelyprosessi näyttää siis sen, mitkä asiantilat mielletään sosiaalisiksi ongelmiksi. Samalla määritellään ongelman luonne, kuinka ongelmaa lähestytään ja mitä ongelmalle tehdään. Pelkästään se, että tutkija määrittelee jonkin asiantilan pahanlaatuiseksi, ei takaa mitään, sillä muu yhteiskunta voi jättää asian täysin huomiotta. Toisaalta se, kuinka tutkija erittelee ongelman syitä, voi poiketa täysin siitä mitä muu yhteiskunta asiasta ajattelee tai sen näkee. Sosiologin objektiivisella analyysillä ongelmasta ei välttämättä ole mitään sidosta ongelmaan tai siihen, mitä todellisuudessa tehdään. Tämän vuoksi olisi mielekkäämpää tutkia ongelman määrittelyn prosessia.⁴⁵

Spector ja Kitsuse huomauttavat, että kun viranomaiset ovat tunnustaneet sosiaalisen ongelman ja laatineet sitä varten virallisen toimintasuunnitelman, sosiaalisen ongelman elinkaari ei kuitenkaan välttämättä pääty siihen, vaan ongelmaan kohdistuva toiminta tulee vakiinnuttaa. Lisäksi on mahdollista, että sosiaalisen ongelman elinkaari päättyykin vielä tässä vaiheessa, jos niihin ei tartutakaan tai luvattut toimenpiteet jäävät olemattomiksi.⁴⁶ Tämä on ilmeistä myös tämän tutkielman aiheen kohdalla, eikä tarkoitus ole antaa käsitystä, että miesten varhainen kuolleisuus sosiaalisena ongelmana olisi millään tavoin ratkaistu vuonna 1972 kansanterveyslain tultua voimaan.

1.6 Suomalaisen miehen tyyppi?

Eräissä aineistona käytetyissä lähteissä nousee esiin kuvauksia suomalaisesta miehestä ja tämän ominaisuuksista selityksenä miesten varhaiselle kuolleisuudelle. Sukupuoliroolien ja niitä koskevien puhetapojen tarkastelu ei ole tutkimuksen tarkoitus sinänsä, mutta ei voida ohittaa pohdintaa siitä, minkälaista kuvaa suomalaisesta miehestä oli luotu ja luotiin, tai kuinka sotien kokeminen vaikutti siihen.

Suomalaisesta miehestä on esitetty monenlaisia kuvauksia, joissa samankaltaiset teemat toistuvat. Jossain määrin kuva suomalaismiehestä on melko masentava. Raija Julkusen

⁴⁴ Spector & Kitsuse 86–87.

⁴⁵ Blumer, 300.

⁴⁶ Spector & Kitsuse, 150.

mukaan Suomessa on jollain tavalla hyvin omalaatuinen historiallinen sukupuolidiskurssi, jossa vallitsevat vahvan naisen ja heikon miehen kuvaukset: ”köyhyyden, agraarisuuden, sotien, miesten poissaolon, aikaisen kuolleisuuden ja juoppouden sekä olemattoman sosiaaliturvan naisille pakottama vahvuus”. Tämän vuoksi vahvasta naisesta keskusteleminen on tuonut mukanaan ajatuksen ”kurjasta suomalaisesta miehestä”.⁴⁷

Arto Jokinen on tarkastellut, kuinka suomalaisesta miehestä muotoiltiin myös eräänlaista soturimyyttiä, joka sai alkunsa jo J. L. Runebergin Vänrikki Stoolin tarinoista: Runeberg onnistui kirjoittamaan suomalaisille kunniakkaan sotahistorian, jossa sota siirtyy sukupolvelta toiselle ja jokainen suomalaismies vuorollaan puolustaa maataan. Suomalaiset sotilaat eivät olleet ammattisotilaita, vaan olosuhteiden pakosta sotaan joutuneita miehiä, jotka sotaoloissa paljastuivatkin rohkeiksi ja kuin luonnostaa taitaviksi sotilaisiksi, vaikka koulutusta ei olisi tarjottu nimeksikään. Suomen ankara luonto karaisi miehiä, kouli heistä sitkeitä ja sodassa miehistä erottuivat miehiset miehet, sankarit, sekä vähemmän miehiset miehet.⁴⁸

Jokisen mukaan talvisodan raakojen ja pelottavien kokemusten kuvaaminen runebergiläisen ideaalin kautta oli mahdotonta, mutta soturimyytti kesti senkin niin, että kirjallisuuden kuvauksissa suomalaiset, tavalliset miehet nousevat epäinhimillisissä oloissa sankareiksi. Kuvauksissa ihailtiin ”fyysisesti ja henkisesti piinattua, tunteensa hallitsevaa, homososiaalista ja sankarillisesti sotivaa miessubjektia”.⁴⁹

Sankarikuvien takana on myös toisenlaisia tarinoita. Talvi- ja jatkosotien aikana tuhansia suomalaista sotilasta joutui psykiatriseen hoitoon. Tämä luku ei kuitenkaan kerro mielenterveyden häiriöiden todellista määrää, sillä hoitoon pääsy oli hankalaa, sotilaat itse välttivät näistä valittamista ppsyäkseen ryhmänsä mukana ja armeija käsitteli tapauksia ennemmin kurinpidollisina tapauksina. Sotasairaaloihin hoidettaviksi päätyneet kokivat vaikeita psyykkisiä oireita, eikä minkä tahansa pieneksi katsotun ongelman vuoksi joutunut psykiatrin tutkittavaksi. Sotien jälkeen hoitoon hakeutuneiden määrästä ei ole tietoa, ja varmaa on, että moni kotirintamallakin kärsi kokemuksistaan. Sitä, minkä

⁴⁷ Julkunen, Raija (2012) Mieskysymys suomalaisen tasa-arvopolitiikan asialistalla. Teoksessa Jokinen, Arto (toim.) Mieskysymys. Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere, 35.

⁴⁸ Jokinen, Arto (2006) Myytti sodan palveluksessa. Suomalainen mies, soturius ja talvisota. Teoksessa Kinnunen, Tiina & Kivimäki, Ville (toim.) Ihminen sodassa. Suomalaisen kokemuksia talvi- ja jatkosodasta. Minerva Kustannus Oy, Helsinki, 141–142, 148, 157.

⁴⁹ Jokinen, 157.

nyt mieltäisimme traumaattisena kokemuksena, ei tuolloin pidetty kovin poikkeuksellisenä. Moni sotilas kärsi oireista, jotka viittasivat posttraumaattiseen stressihäiriöön, mutta tuosta diagnoosista ei vielä tiedetty.⁵⁰

Ville Kivimäki on tarkastellessaan suomalaissotilaiden psyykkisiä häiriöitä katsonut, että sodanjälkeisessä ilmapiirissä menetykset, surut ja painajaiset pidettiin omana tietona. Tuon ajan Suomessa korostui sitkeä peräänantamattomuus ja asenne, että vähästä ei ollut syytä valittaa – olihan moni kärsinyt enemmän, ja jo selviytymisestä tuli olla kiitollinen. Stressin ja väkivallan kokemukset jäivät ja ne näkyivät myös fyysisenä oireiluna. Kivimäki katsoo, että verrattaessa suomalaisten ja erityisesti miesten korkeaa kuolleisuutta muihin Pohjoismaihin sodan jälkeisinä vuosikymmeninä suomalaisia erotti muista vuosien 1939–1945 kokemus, jonka jälkeen tulivat vielä pulatalous ja raskas jälleenrakentaminen. Hänen mukaansa ainakin rintamamiehillä ja sotalapsilla koettu valtaisa stressi jätti jälkeensä pitkäaikaiset terveyshaitat, ja tämä olisi vaikuttanut myös sydän- ja verisuonitautikuolleisuuteen sekä lisääntyneeseen tupakointiin ja alkoholinkäyttöön.⁵¹

Kivimäki huomautti, että vaikka menetykset olivat raskaita, suomalaisten raa'at sotakokemukset eivät olleet toisen maailmansodan aikana erityisen ainutlaatuisia, ja täällä säästyttiinkin joiltain Itä- ja Keski-Euroopassa koetuilta äärimmäisiltä väkivallan ilmiöiltä. Siksi sodan traumailla ei voida täysin mielekkäästi selittää joitain juuri ”suomalaisiksi” katsottuja erityispiirteitä.⁵²

On selvää, että suomalaismiesten kokemusta rintamalla ja sen vaikutusta sodanjälkeiseen elämään ei voida täysin sivuuttaa. Tämän tutkimuksen tavoitteen kannalta on kuitenkin oleellista nostaa esille vielä yksi Kivimäen huomio. Vuonna 2009 tehdyn tutkimuksen mukaan yli 60-vuotiaat katsoivat 20–59-vuotiaita harvemmin, että sodista selvitettiin ilman suurempia traumoja. Kivimäki pohtii, onko kyse mielenterveyden häiriöiden stigmojen heikkenemisestä vai siitä, että vanhemmille sukupolville kyse oli myös omasta selviytymistarinasta, jolla oli kuitenkin onnellinen loppu. Samalla voi pohtia, miten erilaisin käsittein 1940-luvun ja nykyhetken ihmiset mieltävät ja jäsentävät asioita: aikalaisten kokemusta ja tapaa käsitellä kokemaansa ei voida selittää siitä käsin, että

⁵⁰ Kivimäki, Ville (2016) Muisti. Teoksessa Kivimäki, Ville & Männistö, Anssi: Sodan särkemä arki. WSOY, Helsinki, 172–174.

⁵¹ Kivimäki, 174–176.

⁵² Sama, 176–177.

kyseessä on jokin nyt korjattu epäkohta.⁵³ Tämä kokemusmaailman, traumojen, niiden pitkäaikaisten vaikutusten ja käsittelemisen ero nykyhetkeen on aiheellista pitää mielessä.

⁵³ Sama, 178–179.

2 Yleisiä kehityskulkuja

Autonomian ajan alkupuolella Suomessa oli voimassa niin sanottu piirilääkäriohjesääntö, jonka puitteissa piirilääkärit toimivat lähinnä ennaltaehkäiseväksi katsottavan terveydenhoidon parissa. Lääkäreitä oli vähän ja sairaanhoito jäi vähemmälle huomiolle, vaikka aikuisväestön terveydentila oli huono ja terveydenhoito maaseudulla lähes olematonta. Osa terveydenhoidon tehtävistä jäi kirkon tekemän työn varaan, ja vähiä resursseja käytettiin eniten kulku- ja sukupuolitautilien hoitamiseen.⁵⁴

Myöhemmän terveystalouden kannalta merkittävää oli vuoden 1865 kunnallishallinnon uudistus. Sen myötä syntyi kunnallinen itsehallinto, josta tuli vahva tekijä suomalaiseen politiikkaan. Uudistuksessa kunnille ei tosin osoitettu velvollisuuksia terveydenhuollon suhteen, eikä se kuntien heikolla rahatilanteella ja vähillä verotuloilla olisi ollut mahdollistakaan, mutta tämä toimi pohjana myöhemmälle kehitykselle. Tässä vaiheessa terveyspalvelujen järjestämiskehitys oli ainoastaan moraalinen ja niiden saatavuus riippui siitä, kokivatko kuntien päättäjät ne tarpeellisiksi. Kuntien roolia vahvisti vuonna 1869 annettu keisarillinen julistus, jossa niiden vastuulle tulivat kulkutautien ja muiden yleisten sairauksien hoidosta vastaaminen sekä sairaaloiden perustaminen. Käytännössä kunnat eivät kyenneet viimeiseen, joten sairaalat pysyivät valtion vastuulla. Bismarckin Saksan mallin mukainen ajatus sairausvakuutusjärjestelmästä oli esillä, mutta toistaiseksi toiminnassa oli ainoastaan vapaaehtoisuuteen perustuvia työpaikkakassoja.⁵⁵

Vuonna 1883 alkoi toimia kunnanlääkärijärjestelmä, joka toimi 1930-luvulle asti piirilääkärijärjestelmän kanssa rinnakkain. Kunnanlääkärijärjestelmän synnyttyä ilman lainsäädännöllistä pohjaa palvelujen taso vaihteli huomattavasti ja varsinkin maaseudulla tilanne oli paikoin sekava. Kunta maksoi lääkärille peruspalkan, mutta valtaosan tuloistaan kunnanlääkäri sai potilasmaksuista. 1880-luvulta alkaen kunnat saivat valtion tukea lääkärin palkkaamiseen. 1900-luvun ensimmäisinä vuosikymmeninä järjestelmää pyrittiin vakiinnuttamaan ja kehittämään.⁵⁶

1800-luvun lopulla Suomessakin omaksuttu hygieni-ajattelu ohjasi terveydenhuoltoa: katsottiin, että kansanterveyttä voitiin parantaa puuttamalla sairauksia ja

⁵⁴ Mattila, Yrjö, 45, 47–48.

⁵⁵ Mattila, Yrjö, 48–49, 54, 56.

⁵⁶ Mattila, Yrjö, 53; Nyström, Samu (2010) Lääkärit ja terveyden politiikka. Teoksessa Nyström, Samu (toim.) Vapaus, terveys, toveruus: lääkärit Suomessa 1910–2010. Suomen Lääkäriliitto ry, Hämeenlinna, 163–164.

työkyvyttömyyttä aiheuttaviin tekijöihin. Hygieniaopissa keskeinen osa oli tilastoilla, joista seurattiin kuolleisuutta eri puolilla maata ja tietojen pohjalta kehitettiin toimenpiteitä. 1800-luvun lopun keskeiset kansantaudit olivat kulkutauteja, ja hygienian tavoite oli epidemioiden ennaltaehkäisy. Erityisesti tuberkuloosin vastustamistyö nousi merkittäväksi, kun ymmärrys taudin synnystä ja tartumisesta lisääntyi 1800–1900-lukujen vaihteessa. Valistustyötä tehtiin paljon. Valistuksessa lähtökohta oli tietämättömyydestä ja ymmärtämättömyydestä mutta myös kovapäisestä kansasta, joka piti saada vakuuttuneeksi sairauksien ehkäisemisen mahdollisuuksista. Tuberkuloosin hoito- ja ehkäisykeinoihin kuuluivat esimerkiksi kotien puhtaus ja sairaiden eristäminen.⁵⁷ Sairaiden eristäminen ja kansalaisten kotiolojen valvonta ilmensivät biopolitiikan vaikutusta suomalaisessa kansanterveystyössä.

1940-luvun alussa aikaan huoli syntyvyyden alenemisesta ja naapurimaita korkeammista imeväiskuolleisuusluvuista herätteli väestöpoliittista ajattelua. Osaltaan taustalla vaikuttivat sotien myötä koetut menetykset ja kokemus kansan olemassaolon olemisesta uhattuna. Väestöpoliittisessa ajattelussa vanhuuden sairauksiksi mielletyt taudit eivät olleet yhtä keskeisiä, joten sydän- ja verisuonitaudit, tukielinten sairaudet ja syöpä ja niiden torjunta eivät olleet yhtä merkittävällä sijalla kuin perheisiin panostaminen. Vuosikymmenen kuluessa sosiaalipolitiikan alue alkoi laajentua: kun se aiemmin oli ollut lähinnä työväestöön kohdistuvaa, maailmansotien kuluessa kohteiksi alettiin katsoa muitakin palkkatyöläisiä. Sosiaalivakuutus tuli puolueohjelmiin, mutta sosiaalipoliittiset käytännön toimet eivät vielä kohdistuneet koko kansaan, vaan perheisiin ja sodasta kärsineiden tukemiseen.⁵⁸

1940-luvulla terveydenhoidon kehittämisessä kiinnitettiin erityistä huomiota äitien ja lasten asemaan sekä huonokuntoisiin sairaaloihin. Tuolloin perustettiin äitiys- ja lastenneuvolajärjestelmä sekä kehitettiin sairaaloita. Sairaaloiden rakentamisessa valtio otti johtavan roolin: eduskunnassa tehtiin ensin 1934 sopimus sairaalalaitoksen kehittämiseksi ja vuonna 1943 hyväksyttiin sairaalalaki, jolla valtio tuli mukaan sairaalalaitoksen rakentamiseen. Kansainvälisestäkin vertaillen laajan projektin tuloksena rakennettiin koko maan kattava sairaalaverkosto, ja sairaalapaikkojen määrä nousi huomattavasti. Lääkäreiden määrä oli edelleen vähäinen: vuonna 1954 heitä oli 10 000

⁵⁷ Harjula 2007, 16, 18, 21, 27; Jauho 2007, 352, 374, 379.

⁵⁸ Harjula 2007, 55-57; Harjula 2015, 120, 126, 128-130; Tuomioja, Erkki (1996) Pekka Kuusi: alkoholipoliitikko, sosiaalipoliitikko, ihmiskuntapoliitikko. Tammi, Helsinki, 127.

asukasta kohden 5,4, kun esimerkiksi Ruotsissa vastaava luku oli 7,3, Tanskassa ja Norjassa yli 10. Lääkärit jakautuivat myös hyvin epätasaisesti eri puolille maata painottuen suurimpiin kaupunkeihin.⁵⁹

Kuten tullaan huomaamaan, alueellinen eriarvoisuus sairaudessa ja kuolleisuudessa nousi toistuvasti esiin. On mahdollista, että sotien rasitukset jakautuivat epätasaisesti. Esimerkiksi sosiaalipolitiikan professori Heikki Waris totesi vuonna 1948, että jo ennestään köyhemmät Itä- ja Pohjois-Suomi saivat vaurasta etelää ja länttä raskaamman taakan kantaakseen sodissa. Nämä alueet säilyivät sodan jälkeen edelleen muita köyhempinä, ja niissä koettiin sotien aikana enemmän menetyksiä kuin muualla. Sittenkin myös 1960-luvun suuri rakennemuutos tyhjensi ensimmäiseksi Itä- ja Pohjois-Suomen pientiloja, joilta evakko- ja rintamamiesperheet lähtivät. Ville Kivimäki on todennut, että muutto isompiin kaupunkeihin tai Ruotsiin aiheutti monesti juurettomuuden tunnetta ja sosiaalisia ongelmia. Kivimäen mukaan tällöin ”kiertyi pitkiä, kumuloituvia pahoinvoinnin ketjuja”, joiden taustalla oli yhtenä tekijänä vielä sodan rasitus.⁶⁰

2.1 Muuttuva yhteiskunta

1950–60-lukujen aikana Suomessa tapahtui merkittävä muutos tuotantorakenteessa. Pienviljely kävi kannattamattomaksi ja peltoja paketoitiin. Huomattava osa väestöstä siirtyi maa- ja metsätalouden parista palvelualoille, Itä- ja Pohjois-Suomesta suuntautui muuttoliike eteläiseen Suomeen ja jopa Ruotsiin saakka.⁶¹

Samaan aikaan Suomen nykyinen sosiaaliturvajärjestelmä sai alkunsa. Kun aiemmin sosiaali- ja terveydenhuolto oli nähty lähinnä kustannuksena, nyt sitä alettiin katsoa entistä enemmän myös sijoituksena väestön terveyteen, jonka puolestaan uskottiin vaikuttavan kansantalouden kasvuun. 1960- ja 1970-luvuilla terveydenhuolto ja sen tavoitteet olivat myös puolueiden ohjelmissa aiempaa näkyvämmiin esillä ja nuo vuosikymmenet olivat suunnittelun ja uudistuksen aikaa.⁶²

⁵⁹ Mattila, Yrjö, 94, 96–97; Suonoja, Kyösti: Kansalaisten parhaaksi – yhteistuntoa ja politiikkaa. Sosiaali- ja terveysministeriö 1939–1992, 463–464. Teoksessa Haatanen, Pekka & Suonoja, Kyösti (1992) Suuriruhtinaskunnasta hyvinvointivaltioon. Sosiaali- ja terveysministeriö 75 vuotta. Helsinki.

⁶⁰ Kivimäki, 170–172.

⁶¹ Tiitta, Allan (2009) Collegium medicum. Lääkintöhallitus 1878–1991. THL, Helsinki, 287.

⁶² Mattila, Yrjö, 108, 111.

Samoihin aikoihin Suomen voidaan katsoa siirtyneen köyhäinhoidollisesta vaiheesta hyvinvointivaltioon. Sosiaalipoliittisia toimia ei suunnattu enää vain marginaaliryhmiin, vaan niistä tuli osa kokonaisvaltaista yhteiskuntapolitiikkaa. Hyvinvointivaltion synnyn edellytyksenä oli ennen kaikkea yleinen sosiaalivakuutus: vaikka jo ennen 1950-lukua oli tehty sosiaalipoliittisia uudistuksia, ei tuota aikaa voida vielä mieltää hyvinvointivaltion ajaksi. Poliittisessa asenneilmapiirissä oli 1950-luvulla havaittavissa eräänlainen muutos. Tuolloin Suomessa omaksuttiin OECD:n kasvupoliittinen ajattelu, jolle oli ominaista pyrkimys vahvistaa valtion roolia yhteiskunnassa ja osallistua yhteiskunnan sääntelyyn. Oikeisto luopui taloudellisen liberalismien periaatekannastaan, alkoi tukea hyvinvointivaltiolla ominaisia sosiaalisia reformeja ja hyväksyi yhteiskunnan sosiaalisen vastuun laajentamisen.⁶³

Hyvinvointivaltion syntyyn vaikuttaneeseen ajattelutapaan voidaan liittää näkemys kansalaisten sosiaalisista oikeuksista: jokaiselle taataan sosiaalinen turvallisuus, hyvinvoinnin vähimmäistaso, ja valtio myös tuottaa hyvinvointipalveluja. Uudenlaisen terveystalouden lähtökohtana oli, että yhteiskunnalla oli velvollisuus turvata edellytykset terveyttä ylläpitävälle käyttäytymiselle: yksilön käyttäytymisen ja terveydestä huolehtimisen tärkeyttä korostettiin. Ajattelutavan mukaan nuoresta asti noudatetut terveelliset elämäntavat saattoivat ehkäistä uudenlaisia, ”käyttäytymissairauksiksi” luonnehdittuja tauteja.⁶⁴

Terveydenhuoltojärjestelmän kehittämisen tiellä uuden ajattelutavan mukaiseksi oli useita ongelmia: kokonaisrahoituksen järjestämistä ei ollut ratkaistu, sairausvakuutusta ei edelleenkään ollut, terveystalouden saanti jakautui maassa epätasaisesti ja pätevistä henkilökunnasta, sairaanhoitajista ja lääkäreistä, oli pulaa. Lääkäreitä työllistyi huomattavasti enemmän sairaaloihin kuin kuntiin, sillä kunnanlääkärin työ oli raskasta ja työtä paljon.⁶⁵

Kuten ylempänä todettiin, Suomessa oli lääkäreistä pulaa ja he jakautuivat epätasaisesti eri puolille maata, ja siksi lääkäreiden määrä herätti keskustelua. Lääkärikunnan osalta

⁶³ Paavonen, Tapani: Talouden kehitys ja talouspolitiikka hyvinvointivaltion kaudella, 28, 43–45. Teoksessa Paavonen, Tapani – Kangas, Olli: Eduskunta hyvinvointivaltion rakentajana. Suomen eduskunta 100 vuotta. Helsinki, Edita; Tiitta, 289, 291.

⁶⁴ Paavonen 2006, 12; Harjula 2007, 116.

⁶⁵ Tiitta, 247; Rintala, 56; Nyström, 174.

lääkärimäärän kannalta ratkaisevaa oli paitsi toimivan terveydenhuollon takaaminen, että lääkäreiden toimeentulon turvaaminen.⁶⁶ Lääkäreiden määrä ja koulutustarve olivatkin oleellinen osa 1960-luvulla kansan terveydentilasta ja uudistuksista keskusteltaessa.

Sairausvakuutuksen vaatimukset ja yritykset sen toteuttamiseksi näkyivät myös Suomen Lääkärilehdessä. Sairausvakuutus nousi esiin esimerkiksi keskusteltaessa työterveydestä, taloudellisista menetyksistä ja pohdittaessa toimeentulon turvaamista sairauden sattuessa. Tavoitteena oli niin ikään suojella lääkärien asemaa ja toimeentuloa sairausvakuutuksen valmistelussa. Sairausvakuutuksen pelättiin myös vaikuttavan potilaan ja lääkärin suhteeseen, lisäävän verotaakkaa tai huonontavan lääkärin taloudellista asemaa.⁶⁷

Sairausvakuutuksen aikaansaamiseksi oli tehty vuosikymmenten kuluessa useita yrityksiä, mutta 1950-luvulle tultaessa sitä ei monista syistä johtuen Suomessa ollut. Asia oli puolueille tärkeä, mutta ongelmaksi muodostui sairausvakuutuksen kohdentaminen: SDP:lle sen aikaansaaminen oli merkittävää työväestön kannalta, mutta Maalaisliitolle oli mahdotonta, että vain palkkatyötä tekevät pääsisivät vakuutuksesta osallisiksi. Lisäksi puolueilla oli erimielisyyttä siitä, mitä sosiaalivakuutuksen osa-alueita niukoilla resursseilla tuli ensiksi edistää, koska kokonaisvaltaisempi kehittäminen oli mahdotonta. Näin ollen ainoan toimeentuloturvan sairauden sattuessa tarjosivat työpaikkojen sairausvakuutuskassat ja Suomen koettiin jääneen muista Pohjoismaista jälkeen.⁶⁸

Vuonna 1955 asetettiin Tauno Jylhän johtama sairausvakuutuskomitea, jonka tehtävänä oli valmistella koko kansaa koskeva sairausvakuutusesitys. Jylhän komitea sai mietintönsä valmiiksi vuonna 1959 ja esitys sai myös lääkärikunnan puolelleen. Lainsäädäntötoimiin ryhtymiseen kului vielä muutama vuosi, ja vuonna 1961 asetettiin vielä Erkki Mäkelän johdolla toinen komitea valmistelemaan nopealla aikataululla esitys sairausvakuutuslaiksi. Itse laki tuli voimaan kahdessa vaiheessa vuosina 1964 ja 1967, jolloin myös lääkärinpalkkioiden korvaaminen alkoi.⁶⁹

Pitkän odotuksen jälkeen sairausvakuutus oli saatu eduskuntaan 1960-luvun alussa. Sairausvakuutus oli herättänyt keskustelua lääkäripiireissä jo ennen voimaantuloaan, ja

⁶⁶ Nyström, 160, 209.

⁶⁷ Esim. Noro, Leo – Koskiniemi, Aira – Laurent, Anna (1947) Sairauksien aiheuttamista työpäivien menetyksistä ja kustannuksista. Duodecim 5/1947; Kysymys maksullisista ja maksuttomista poliklinikoista valtion ja kuntien sairaaloissa. NLY:n kanta. SLL 18/1947; Jäämeri, K. E. U. (1956) Sairausvakuutuksesta. SLL 11/1956.

⁶⁸ Mattila, Yrjö, 70, 80, 82–83.

⁶⁹ Mattila, Yrjö, 113, 115, 117, 122–123.

tultuaan voimaan se oli näkyvästi esillä *Suomen Lääkärilehdessä* koko 1960-luvun. Lehdessä oli jonkin aikaa jopa oma palsta, jolla sairausvakuutusta käsiteltiin lääkärintyön näkökulmasta.

Sairausvakuutuksen toteutuksen yhteydessä tehtiin tarkkoja laskelmia, sillä samaan aikaan toteutettaville, muillekin uudistuksille piti varata resursseja. Korvausjärjestelmä jäi puutteelliseksi, vaikka se helpottikin avohoidon palvelujen käyttöä. Sairausvakuutuksella autettiin sairauden ja äitiyden aiheuttamien tulonmenetysten sekä lääkekorvausten kanssa, mutta sairaanhoidon kustannuksissa siitä ei lopulta juuri ollut hyötyä. Se ei myöskään kyennyt vaikuttamaan esimerkiksi lääkäreiden vähäiseen määrään eräissä osissa Suomea tai lääkäripalvelusten saatavuuteen.⁷⁰ Samanaikaisesti valmisteltiin jo kansanterveyslakia, jota käsitellään jäljempänä.

2.2 1960-luvun radikalismi

1960-luvun yhteiskunnallinen radikalismi, sukupuolirooleista käyty keskustelu ja muut muutokset vaikuttivat myös tutkielmassa tarkasteltavaan keskusteluun ja uudenlaisen kansanterveystyön aloittamiseen. On huomattava, että esimerkiksi sairausvakuutuksen ja kansanterveyslain valmistelut olivat alkaneet jo ennen yhteiskunnallista liikehdintää.

Kriittiseksi terveystutkimukseksi kutsuttu suuntaus alkoi vaikuttaa 1960-luvulla myös Suomessa. Antti Kariston ja Ossi Rahkosen määritelmän mukaan kriittisellä terveystutkimuksella tarkoitetaan ”terveystutkimusta, jossa väestön terveysolojen tutkiminen yhdistetään yhteiskunta- ja luokka-analyysiin ja terveyserot tulkitaan yhteiskunnallisen eriarvoisuuden tuottamiseksi, sekä tutkimusta, jossa terveydenhuoltojärjestelmä on vastaavan yhteiskuntakriittisen katseen kohteena.” Kriittinen terveystutkimus liittyi yleisempään yhteiskunnalliseen radikalismiin, joka reagoi ympäröivän yhteiskunnan konservatiivisuuteen. Joukko nuoria lääkäreitä ja yhteiskuntatieteilijöitä muodosti niin sanottuja yhden asian liikkeitä, kuten vankien ja mielisairaiden asiaa ajanut ja kontrollipolitiikkaa kritisoinut Marraskuun liike. Helsingissä aloitti 1960-luvulla toimintansa myös terveystutkijoiden nimetön opintopiiri, joka oli mukana esimerkiksi Vanhan valtauksessa ja Marraskuun liikkeessä. Kyseinen

⁷⁰ Mattila, Yrjö, 111, 133, 183.

opintopiiri oli alkuaikoinaan lähellä yleisvasemmistolaista Terveysrintamaa ja sen jäsenet ovat myöhemmin tuottaneet merkittävää terveystutkimusta.⁷¹

Ranja Aukeen mukaan samoihin aikoihin tapahtui muutos myös sosiaalilääketieteen luonteessa ja hän onkin erotellut sen vanhaan ja uuteen, 1960-luvulta alkaneeseen. Näille molemmille oli yhteistä se, että ne liittyivät oman aikakautensa kulttuuriradikalismien nousuun: 1880-luvulla lääketiedettä muutti fennomaanisen radikalismien aalto, 1960-luvulla vanhoja asenteita järkytti kulttuuriradikalismi. 1960-luvun aikana Suomessa vahvistui käsitys, että kansanterveysongelmat olivat yhteydessä laajemmin yhteiskunnallisiin oloihin. 1960-luvulta alkaen Suomessa alettiin kiinnittää huomiota terveyden ja hoitoon hakeutumisen sosiaaliseen puoleen. Sosiaalisten terveyserojen poistaminen tuli osaksi sosiaali- ja terveystaloutta ja lähtökohdaksi kansalaisten yhdenvertainen oikeus terveyteen sekä sen tasa-arvoinen alueellinen jakautuminen.⁷²

Vaikutuksestaan huolimatta kaikkea kunniaa ei voi antaa pelkästään vuosikymmenen radikaalille liikehdinnälle, sillä suuria monia muutoksia ei olisi saatu läpi ilman edeltävien sukupolvien vaikutusvaltaisten virkamiesten ja asiantuntijoiden työtä. Näistä monet saattoivat olla mukana myös radikaalivaiheessa, mutta moni heistä oli lääketieteellisen koulutuksen saanut ja merkittävässä valtion viroissa, ei kansanliikkeiden tai akateemisen maailman edustajia. Tällaisista henkilöistä esimerkkejä ovat Aukeen tutkimuksen mukaan muun muassa Osmo Kaipainen, Niilo Pesonen ja Sakari Härö.⁷³

⁷¹ Karisto, Antti & Rahkonen, Ossi: Kaikuja kahden vuosikymmenen takaa – kriittinen terveystutkimus Suomessa. Teoksessa Kangas, Ilka – Karvonen, Sakari – Lillrank, Annika (toim.): Terveystutkimuksen suuntauksia, Gaudeamus, Helsinki 2000, 38–39.

⁷² Aukee, 28, 59; Harjula 2015, 254.

⁷³ Aukee, 62–63.

3 Huomio uusiin kansantauteihin

Tartuntatautien ja erityisesti tuberkuloosin merkityksen vähentyessä kuolinsyynä toisen maailmansodan jälkeen asiantuntijat havaitsivat Suomen kansainvälisesti vertailen korkean sydäntautikuolleisuuden, varsinkin keski-ikäisten miesten keskuudessa. Lääkäreiden keskuudessa alettiin kiinnittää huomiota uudenlaisiin sairauksiin, erityisesti syöpätauteihin sekä sydän- ja verisuonitauteihin, joista jälkimmäiset olivat yleisiä ja suurin työkyvyttömyyden aiheuttaja. Syöpätaudit, niiden syntymekanismit ja hoitomahdollisuudet herättivät keskustelua. Koska keuhkosyöpätapauksista valtaosa oli miehiä ja vatsasyöpäkin oli heillä yleistä, näitä ei voi ohittaa tarkasteltaessa miesten varhaista kuolleisuutta. Vatsasyöpää lukuun ottamatta naisilla yleisemmät syöpätyypit oli helpompi havaita ajoissa, sen sijaan keuhkosyöpä oireili varsin myöhäisessä vaiheessa. Sydän- ja verisuonitautien synnystä alettiin myös saada enenevässä määrin tutkimustietoa, joka viittasi ravintotottumusten olevan merkittävä tekijä niiden taustalla.

1940-luvun lopulla ja 1950-luvun kuluessa Duodecimissa ja Suomen Lääkärilehdessä käsiteltiin kuolleisuutta sydän- ja verisuonitauteihin, syöpäsairauksiin ja tapaturmiin. Ammattitauteja ja työterveyttä käsitteleviä kirjoituksia julkaistiin ja näihin sairauksiin kiinnitettiin huomiota⁷⁴ ja muutoinkin kuolleisuutta ja sairastavuutta tarkasteltiin yhteydessä työntekoon ja ammattiin. Esimerkiksi Suomen Lääkärilehdessä tarkasteltiin, oliko mieslääkäreiden kuolleisuudessa eroa suhteessa muuhun väestöön.⁷⁵ Vuonna 1945 perustettiin myös Ammattilääketieteen tutkimussäätiö. Hanketta olivat ajamassa eräät nuoret lääkärit, muun muassa Leo Noro. Samana vuonna työnsä aloitti lääkintöhallituksen asettama ammattitautikomitea, joka valmisteli ammattitautien tutkimukseen, opetukseen ja ehkäisyyn keskittyvän laitoksen perustamista. Mietintö valmistui seuraavana vuonna, ja hallitus antoi eduskunnalle esityksen laitoksen suunnittelu- ja rakennustöiden aloittamisesta. Työterveyslaitos aloitti toimintansa vuonna 1951.⁷⁶

⁷⁴ Esim. Noro, Leo (1942) Ammattitaukeista Suomessa. Duodecim 10/1942; Pirilä, Veikko (1946) Ammatti-ihotaudeista. SLL 9/1946; Pätiälä, Jorma: (1953) Keuhkojen ammattitaukeista. SLL 18/1953.

⁷⁵ Kahanpää, K. H. (1953) Mieslääkärien kuolleisuudesta maassamme vuosina 1936–50. SLL 11/1953, 478.

⁷⁶ Kettunen, Pauli (1994) Suojelu, suoritus, subjekti. Työsuojelu teollistuvan Suomen yhteiskunnallisissa ajattelu- ja toimintatavoissa. SHS, Helsinki, 378.

3.1 Kuolleisuuden tarkastelua

Eräät varhaisimmista huomioista suomalaisten miesten alhaista elinikää koskien teki väestötieteilijä Väinö Kannisto. Kannisto oli kansainvälisen uran tehnyt tilastoasiantuntija, joka käsitteli sydän- ja verisuonitautikuolleisuutta Suomessa 1940–50-luvuilla. Ensimmäinen kirjoitus ilmestyi vuonna 1945 Kansantaloudellisessa Aikakauskirjassa. Kirjoituksessaan Kannisto käsitteli suomalaisten miesten ja naisten kuolleisuutta vuosien 1936-40 välillä ja vertasi lukuja ruotsalaisten vastaaviin, jolloin huomattiin, että erityisesti keski-ikäisillä suomalaismiehillä sydäntaudit olivat merkittävä kuolinsyy.⁷⁷

Kanniston merkittävin työ oli hänen vuonna 1947 ilmestynyt väitöskirjansa *Kuolemansyyt väestöllisinä tekijöinä Suomessa*. Tutkimuksen tarkoituksesta kirjoittaessaan Kannisto totesi, että kuolemansyiden tutkimus on tullut yhä suositummaksi tilastollisen tutkimuksen kohteena ja sekä ilmiö että sen syyt saavat yhä enemmän valaistusta. Siinä missä kuolemansyiden tilastollinen tutkimus oli saanut osakseen enemmän huomioita, samoin ei voinut sanoa niiden vaikutuksista:

”Yksilön itsensä kannalta kuolemansyyn seurauksena tosin on vain hänen kuolemansa, mutta yhteiskunnan kannalta seurauksena on väestöön jäävä aukko. Ellei näitä aukkoja tunneta, ei voida sanoa, millaisia tekijöitä eri kuolemansyyt jossain väestössä todella ovat. Merkitystä on arvosteltava vaikutusten perusteella – hedelmistään puu tunnetaan.”

Kanniston mukaan tämän kuolemansyiden selvittämisen jälkeen saattoi tarkastella myös niiden sosiaalisia vaikutuksia. Vaikka jokaisen ennenaikaisen kuoleman merkitys oli kiistämätön, väestöllisen tarkastelun näkökulmasta merkittävää oli, missä iässä ihminen kuoli: nuoriin ihmisiin kohdistuvia sairauksia tuli arvottaa eri tavoin kuin vanhojen ihmisten tauteja.⁷⁸

Väestönkasvun kannalta suurin vaikutus oli hedelmällisessä iässä olevan naisen kuolemalla, minkä lisäksi kuitenkin huomattava oli myös aviomiehen kuolema asian ollessa sitä merkittävämpi, mitä suurempi oli naimattomien naisten osuus saman ikäisiin

⁷⁷ Jauho, Mikko (2010) Miksi terveyspolitiikka ei tarttunut Väinö Kanniston sydäntautihavaintoihin 1940-luvulla? Yhteiskuntapolitiikka 75:4, 444.

⁷⁸ Kannisto, Väinö (1947) Kuolemansyyt väestöllisinä tekijöinä Suomessa. Kansantaloudellisia tutkimuksia XV, Helsinki, 9, 11, 13.

miehiin verrattuna. Väkiluvun kehityksen kannalta tärkeä oli se seikka, haittasiko kuolemantapaus väestön uusintamismahdollisuuksia. Tässä Kannisto toteaa:

”Edellä luetelluista tavoista, joilla tämä voi tapahtua, varmasti tärkein ja ainoa käsitteellisesti täsmällinen sekä samalla ainoa, jonka tyydyttävä selvittäminen k.o. vuosina Suomessa on tällä hetkellä tilastollisesti mahdollistakaan, on naispuolisen henkilön kuolema. Siksi käsitelläänkin seuraavassa yksityiskohtaisesti vain *se*, minkä jälkeen annetaan viitteitä miespuolisen kuolevuuden vaikutusten arvioimiseksi.”

Miesten kuolleisuus väestönkasvuun oli välillinen: se vaikutti syntyvyyteen sikäli kuin se aiheutti miesten määrällisen vähyden naisiin verrattuna. Kannisto arvioi tyttö- ja poikalasten määriä ja ikäeroja avioliitoissa: jos mies oli vaimoan keskimäärin kolme vuotta vanhempi, kuten Suomessa vaikutti olevan, miesten kuolevuus nykyisellään ei edes juuri vaikuttaisi syntyvyyteen.⁷⁹ Näistä tarkasteluista välittyi selkeästi se, että Kannisto oli todella tilastotieteilijä ja hänen otteensa kuolinsyiden tutkimuksissa nimenomaan väestötieteellinen. Kannisto ei käsitellyt miesten (tai naistenkaan) alhaista elinikää näiden yksilöllisenä, elämänlaatuun vaikuttavana ongelmana, vaan koko kansakunnan väestönkasvuun vahvuuteen vaikuttavana tekijänä.

Kanniston kirjoittaessa väitöskirjaansa tuberkuloosi oli vielä merkittävin kuolinsyy, eikä sydäntauteja vähentämällä siksi hänen mukaansa saavutettaisi yhtä merkittävää elinvuosien säästöä. Kanniston väitöskirjassa oli silti arvokasta tietoa muistakin miesten kuolinsyistä ja niiden yleisyydestä vuosina 1936-40. Tarkastelussa oli vain siviilikuolleisuus, eli suoranaisia sodan uhreja siinä ei huomioitu.⁸⁰

Väitöskirjassaan Kannisto totesi, että ulkomaihin verrattuna suomalaismiesten kuolevuus oli varsin suurta. Huomattavaa osaa suomalaisen väestön kuolinsyissä näyttelivät väkivaltainen ja luonnoton kuolema, eli tapaturmat, tapot ja itsemurhat. Väkivaltainen kuolema sijoittui lisäksi usein parhaaseen ikään, joten siitä saatava säästö elinvuosissa olisi merkittävä. Tapaturmakuolleisuus oli vahvasti mieshakuinen, minkä saattoi havaita lapsuudesta lähtien, syynä Kanniston mukaan poikien suurempi aktiivisuus, ja sama kehitys jatkui myöhemmälle iälle: ”sosiaalisten tekijäin alkaessa miehuusikään päästäessä vaikuttaa ja tapaturmakuolevuuden sen johdosta kohotessa miesten osuus siitä

⁷⁹ Kannisto 1947, 39–40, 43–44.

⁸⁰ Kannisto 1947, 24, 34–35.

kasvaa edelleen.” Kasvu jatkui aina myöhäiselle keski-ialle asti, jonka jälkeen se ”ammatillisten seikkain” vaikutuksen vähentyessä kääntyi laskuun. Erityisesti näistä syistä mieshakuinen oli itsemurha: se oli miehillä viisi kertaa niin yleinen kuin naisilla.⁸¹

Alueellisia eroja tarkastellessaan Kannisto teki havainnon, että Itä-Suomessa sydäntaudit olivat erityisen yleisiä. Yhtenä mahdollisena syynä saattoi olla sota-ajan evakointien ja muiden rajaseutuun kohdistuneiden rasitusten vaikutus, mutta sydäntautikuolleisuus oli suurempaa myös rauhan vuosina. Sota-aikana tapahtunut lievä nousu sydäntautien osalta puolestaan oli yhteistä koko maalle. Ilmiö ei siis ollut väliaikainen.⁸²

Kannisto kirjoitti myös vuonna 1951 Duodecimiin artikkelin kysyen, miksi Suomen miehet kuolevat enneaikaisesti. Artikkelissaan Kannisto käsitteli sydäntautikuolleisuutta Suomessa ja vertasi sitä eräisiin muihin maihin. Hän totesi, että 1930-luvulla miesten keskimääräinen elinikä oli suomalaismiesten vastaavaa, 54,6 vuotta, pidempi melkein kaikkialla Länsi-Euroopassa. Vaikka naisten elinikä, 61,1 vuotta, oli sekin lyhyt, se ei silti jäänyt kovin paljoa jälkeen muista Pohjoismaista.⁸³

Kannisto eritteli syyt suomalaisten alhaiselle eliniälle: korkea lapsikuolleisuus, tuberkuloosin tuhoisuus sekä keski-ikäisten ja vanhojen miesten sekä jossain määrin myös naisten suhteettoman suuri kuolleisuus. Kahden ensimmäisen eteen olikin Kanniston mukaan tehty jo työtä, kolmas sen sijaan pysyi.⁸⁴ On mielenkiintoista, kuinka Kannisto rinnastaa tilanteen lasten kuolleisuuteen ja tuberkuloosiin, jotka oli tuolloin jo otettu kansanterveydellisten toimien kohteeksi: hänelle ongelma oli samassa vakavuusluokassa.

Vertailu Länsi-Euroopan maiden kanssa osoitti, että miesten kuolemanvaara sydäntautien osalta oli suurempi kuin muualla, ja tämä tarkoitti, että joka vuosi menetettiin tilanteen vuoksi useita työikäisiä miehiä. Lisäksi tämä oli havaittavissa jo tilastoista ennen sotaa, minkä vuoksi se ei Kanniston mukaan voinut selittää eroja kuolleisuudessa. Kannisto ei osannut kertoa syytä suomalaisten miesten korkealle kuolleisuudelle, mutta totesi, että yksittäisten asiantuntijoiden havainnot ja mielipiteenvaihto voisivat luoda pohjan

⁸¹ Kannisto 1947, 36, 116–118, 134.

⁸² Kannisto 1947, 84–85.

⁸³ Kannisto, Väinö (1951) Miksi Suomen miehet kuolevat enneaikaisesti? Duodecim 12/1951, 1108.

⁸⁴ Kannisto 1951, 1108–1109.

laajemmalle tilastolliselle tutkimukselle, jonka perusteella olisi mahdollista selvittää eri tekijöiden vaikutusta ilmiöön.⁸⁵

Kanniston havaintoja on jälkikäteen monesti korostettu hyvin merkittävinä. Havainnot Itä- ja Länsi-Suomen kuolleisuuseroista olivat pohja myös myöhemmälle itä-länsi-tutkimukselle. Kanniston tekemät havainnot eivät kuitenkaan välittömästi nostaneet valtaisaa sydäntauteihin, niiden aiheuttamaan kuolleisuuteen tai yleisesti miesten ylikuolleisuuteen huomioita ilmestyessään. Mikko Jauho on tarkastellessaan tätä havaintoa todennut, että Kannisto teki ja osoitti havaintonsa aikana, joka oli jossain uuden ja vanhan välissä. Sydäntaudit miellettiin tässä vaiheessa vielä vanhuuden sairautena. Kuten todettu, 1940–50-luvulla Suomessa vallitsi väestöpoliittinen ajattelu, jossa koti oli merkittävä: huoli kohdistui enemmän äitien, lasten ja perheiden asemaan sekä tartuntatautien torjuntaan. Tässä kohtaa vanhuuden rappeumasairauksilla ei yksinkertaisesti ollut sijaa samanlaisen huolen aiheena. Myöhemmin Kanniston tutkimusten painopistettä on koetettu suunnata uudelleen niin, että keskiössä olisivat olleet nimenomaan sydän- ja verisuonitautikuolleisuus.⁸⁶ Kuten yllä huomattu, Kanniston väitöskirja oli luonteeltaan kuitenkin väestöpoliittinen ja miesten sydäntautikuolleisuus ei ollut keskeisin tarkastelun kohde.

Kanniston tarkastelu osoittaa yllä todetun seikan: sosiaalista ongelmaa ei muodostu, jos sitä ei sellaiseksi yhteiskunnassa tunnisteta. Kanniston havainnot olivat merkittäviä, mutta ne eivät onnistuneet kiinnittämään muiden yhteiskunnallisten toimijoiden huomiota eivätkä nousseet poliittisiksi kysymyksiksi. On silti syytä tarkastella, kuinka miesten varhainen kuolleisuus alkoi määrittäytyä ongelmaksi jo ennen sen tuloa suuren yleisön tietoisuuteen, eikä Kanniston merkitystä tässä voi mitätöidä. Kanniston havaintoon miesten kuolleisuudesta viitailtiin kuitenkin tulevana vuosina. Jo seuraavana vuonna Duodecimissa julkaistiin Antero Setälän kirjoitus, jossa hän tarkasteli suomalaisten työkyvyttömyyttä ja kuolleisuutta ja viittasi myös Kanniston aiempaan havaintoon.

Setälän mukaan suomalaisten keskimääräinen elinikä jäi luonnollista lyhyemmäksi johtuen kuolleisuudesta, joka vei ihmisiä ennenaikaisesti hautaan. Tuberkuloosi oli ollut kuolinsyistä merkittävin 1930-luvun jälkipuoliskolla, mutta sydäntaudit olivat lähes yhtä

⁸⁵ Kannisto 1951, 1110–112.

⁸⁶ Jauho 2010, 443–444.

merkittävässä asemassa. Ennenaikainen kuolleisuus haittasi Suomen väestönkasvua ja vahingoitti siis maan arvokkainta omaisuutta, väestöä. Lisäksi jo senhetkisen tietämyksen pohjalta voitiin tarkastella eri tautien tuhoja, joten tautien taustatekijöiden tarkempi selvittäminen auttaisi kohdentamaan vähät käytettävissä olevat varat parhaiten.⁸⁷ Setälän tarkastelussa ongelma on ainakin kansantaloudellinen ja väestönsuojelullinen. Setälän vaikutti pitävän mahdollisena, että työkykyisiä vuosia ja elinvuosia olisi mahdollista saada lisää hankkimalla aiheesta lisää tietoa ja kohdentamalla toimia oikeisiin kohtiin.

Setälä tarkasteli artikkelissaan myös kuolleisuuden alueellisia eroja sekä kokonaiskuolleisuuden että eri kuolinsyiden yleisyyden osalta. Tarkastelussa Setälä totesi, että kuolleisuus oli suurempaa Pohjois- ja Itä-Suomessa, kuolinsyistä tuberkuloosi oli Pohjois- ja Länsi-Suomessa yleisempää ja Itä-Suomen väestössä ”on tavallista aikaisempina ikäkausina kuolemansyinä vanhan iän eri kuolemansyitä melko yleisesti”. Lisäksi Karjalan evakoista oli lääkäri voinut todeta, että he vaikuttavat ”huomattavan kuluneelta ja ikäistään vanhemmalta”, minkä vuoksi sota voi selittää havaittuja eroja vain osin. Alueellisten erojen lisäksi Setälä totesi, että kuolema on mieshakuinen, erityisesti Etelä-Suomessa.⁸⁸

Setälä toivoi artikkelissaan, että suunnitteilla olleen väestönlaskennan toteuttaminen tarjoaisi aikanaan myös väestön ammattiryhmiin jakautumisesta, jolloin olisi mahdollista vertailla eri ryhmien kuolleisuutta. Koska eräistä pienistä ammattiryhmistä oli jo kyetty tekemään elinikää koskevia selvityksiä, oli tiedossa, että lääkärit olivat lyhytikäisiä ja papisto pitkäikäinen.⁸⁹

Setälän ja Kanniston lisäksi muutkin käsitelivät Duodecimissa kuolleisuuslukuja. Martti Karvonen ja Jaakko Kihlberg vertailivat vuonna 1957 artikkelissaan kuolleisuutta eräiden sairauksien osalta Suomessa ja Englannissa. He totesivat kokonaiskuolleisuutta vertaillessaan, että Englannin merkittävästä bronkiittikuolleisuudesta huolimatta suomalaisten kokonaiskuolleisuus ylitti englantilaisten vastaavan. Erityisen suuri ero oli miehillä ikävuosien 25 ja 50 välillä, minkä jälkeen ero hieman tasoittui, mutta pysyi. Sydäntaudit olivat Suomessa huomattavasti tavallisempi kuolinsyy, erityisesti miehillä. Sydäntautikuolleisuus oli Englannissa Euroopan toiseksi suurinta Suomen jälkeen,

⁸⁷ Setälä, Antero (1948) Viimeaikaisesta kuolevuudesta ja työkyvyttömyydestä Suomessa. Duodecim 6/1948, 530–532, 534.

⁸⁸ Setälä, Antero, 532–533.

⁸⁹ Setälä, Antero, 532.

eivätkä erot selittyneet esimerkiksi diagnostiikalla.⁹⁰ Karvosen ja Kihlbergin kirjoitukseen kirjoitettiin seuraavan vuoden puolella vastaus. Kirjoittaja arvioi kuolinsyytilastojen tarkastelun keinoja, ja totesi, että ”Suomen sydäntautikuolleisuus ja -tautisuus on noussut päivänpolttavaksi kysymykseksi ja saanut jo kansainvälisen mielenkiinnon osakseen”.⁹¹

3.2 Sydän- ja verisuonitaudit

On esitetty, että suomalaisten asiantuntijoiden mielenkiinto sydän- ja verisuonitauteihin sekä erityisesti ravitsemuksen vaikutukseen sepelvaltimotaudin synnyssä heräsi verrattain varhaisessa vaiheessa ja olivat hyvin mukana selvittämässä ymmärrystä näistä sairauksista.⁹²

Sydän- ja verisuonitautikuolleisuus ja Suomen synkät luvut varsinkin miesten osalta näkyvät 1950-luvulla varsin selkeästi kirjoituksista, mutta 1940-luvulla niiden aiheuttajista ei vielä juuri tiedetty. Arvioita kuitenkin esitettiin ja jopa väestöryhmien välistä sairastavuutta pohdittiin. Valtimoiden kovettuminen ja siihen liittyvät veritulpat tunnettiin.⁹³

Osmo Turpeinen kirjoitti vuonna 1946 verenpainetautia käsitellessään olevansa tietoinen, että kirjoituksellaan hän astuu vielä kovin vähän kartoitetulle alueelle ja että aiheesta vallitsee myöskin erimielisyyttä. Hän totesi, että verenpainetaudin syntyyn vaikuttavista tekijöistä ole selkeää, yhteisesti hyväksyttyä näkemystä. Turpeinen katsoi, että verenpainetaudin synnyssä hermosto oli muiden tekijöiden ohella tärkeässä asemassa, sillä kohonneesta verenpaineesta kärsivät olivat usein ”herkkiä, jännittyneitä tyyppisiä, jotka reagoivat suhteettoman voimakkaasti jokapäiväisen elämän ärsykkeille.”⁹⁴ Lauri Kalaja päätyi samankaltaisten syiden pariin: hän kirjoitti verisuonten kalkkeutumisesta johtuvan rintakivun oireiden puhkeamista katsoen, että tavallisimpia ovat psyykkiset syyt, esimerkiksi jännittäminen, pelko, unettomuus, ”vaikeat sielulliset ristiriidat”,

⁹⁰ Karvonen, M. J. & Kihlberg, Jaakko (1957) Bronkiitti, keuhkokuumeet ja sydäntaudit kuolemansyinä Englannissa ja Suomessa. *Duodecim* 12/1957, 691, 694.

⁹¹ Ohela, Kalervo (1958) Erään kirjoituksen johdosta. *Duodecim* 4/1958, 265–267.

⁹² Jauho, Mikko (2011) Miten riskitieto alkoi ohjata terveystaloutta: tilastolliset tutkimusmenetelmät sydäntautien hallinnassa. Teoksessa Alastalo, Marja & Åkerman, Maria (toim) *Tieto hallinnassa. Tietokäytännöt suomalaisessa yhteiskunnassa*. Vastapaino, Tampere, 123; Helenius, Ralf (1995) Sydämen terveys ja ylituotannon varjo. *Sepelvaltimotaudin ehkäisemisestä kansanterveystyön ja ravintorasvapolitiikan avulla*. SVT-lääkärikonsultit, Helsinki, 81.

⁹³ Kalaja, Lauri (1947) Sydänkivuista. *Duodecim* 3/1947, 248.

⁹⁴ Turpeinen, Osmo (1946) Verenpainetaudin patogeneesistä. *Duodecim* 1/1946, 33, 48–49.

taloushuolet sekä ”eroottiset vaikeudet”. Näiden lisäksi Kalajan mukaan merkittävää olivat myös fyysiset tekijät: liikunnan puute, alkoholin ja tupakan väärinkäyttö, aliravitsemus ja vitamiinien puute sekä infektiot. Lopuksi kirjoittaja toteaa vielä, että angina pectorista⁹⁵ ja sepelvaltimotauteja on enemmän maissa, joissa ihmiset ovat kiireisiä ja raskaiden huolten kuormittamia, kuin maissa, joissa ihmiset ovat laiskoja.⁹⁶

Vuonna Duodecimissa 1948 tarkasteltiin, minkä ikäisillä henkilöillä, missä väestöryhmissä ja missä maan osissa arterioskleroosia⁹⁷ esiintyi eniten. Kirjoittajan mukaan väestön elintavat erosivat toisistaan eri alueilla, minkä vuoksi hän tarkastelussa jakoi aineistonsa lääneittäin nähdäkseen, ”vaikuttaako heimous tai maan eri osissa vallitseva erilainen ilmasto sekä luonnon asettamat elinmahdollisuudet jollakin tavoin arterioskleroosin esiintymiseen.” Alueiden välillä oli vaihtelua, mutta ei huomattavan suurta. Sen sijaan miesten ja naisten välinen ero oli selvempi useimpien ikäluokkien kohdalla, ja miehillä arterioskleroosia esiintyi enemmän, kunnes ero 60 ikävuoden jälkeen tasoittui.⁹⁸ Niin ikään Helge Honkapohja totesi vuonna 1953, että miesten sepelvaltimotautikuolleisuus alkaa nousta kymmenen vuotta aiemmin kuin naisilla, eli ero miesten ja naisten välillä oli melko huomattava.⁹⁹

Myös O. Eskola arveli arterioskleroosin syyksi ainakin yhtenä tekijänä henkisesti kuormittavia seikkoja, sillä hänen mukaansa sairautta esiintyi enemmän henkisen kuin ruumiillisen työn tekijöillä, ja ensimmäisillä ”vegetatiivinen hermoherkkyys on suurin”. Toisena mahdollisena tekijänä Eskola piti altistumista hiilidioksidikaasuille, joille saattoi altistua esimerkiksi riittämättömän ilmanvaihdon tilassa työskennellyt tehdastyöntekijä, varsinkin oleskellessaan vapaa-ajalla vielä huonossa tupailmassa. Sen sijaan maatyöläiset saivat usein työskennellä raikkaassa ulkoilmassa, ”vapaana hermostoa rasittavista henkisistä ponnistuksista”. Tarkastelussa merkittäviä eroja ei löytynyt ammattiryhmien välillä, mutta sen sijaan selkeä ero miesten ja naisten sairastavuudessa oli: miehet sairastuvat naisia nuorempina. Näin ollen Eskola teki päätelmän, että valtimotautiin

⁹⁵ Angina pectoris on rasisurintakipua ja sen tyypillisin oire on puristava rintakipu, joka ilmenee rasituksessa tai voimakkaan tunnereaktion yhteydessä.

⁹⁶ Kalaja, 252–253.

⁹⁷ Arterioskleroosi eli ateroskleroosi, valtimotauti: taudissa verta kuljettavat valtimot ahtautuvat, jonka seurauksena veren kulku suonessa häiriintyy. Kansanomaisesti voidaan puhua ”verisuonten kalkkeutumisesta”, vaikka ahtauma ei johdu kalkista.

⁹⁸ Eskola, O. (1948) Arterioskleroosin esiintymisestä Suomessa. Duodecim 7/1948, 560, 568–569.

⁹⁹ Honkapohja, Helge (1953) Sydän- ja verisuonisairauksien merkityksestä työkyvyttömyyden aiheuttajana sekä niiden ennusteesta. Duodecim n:o 12/1953, 1045.

sairastumisessa kyse tuskin on ammatillisista tekijöistä.¹⁰⁰ Tämän lisäksi hän ei juuri esitä näkemyksiä tilanteesta, eikä korjausehdotuksia sen muuttamiseksi.

Sydän- ja verisuonitauteja nykyisen mittapuun mukaan varsin nuorilla tai keski-ikäisillä ei pidetty vielä erityisen hälyttävänä. Esimerkiksi Kalaja totesi angina pectorista tarkastellessaan, että sen tavallisimmat syyt ovat verisuonten kalkkeutumisen verisuonistossa aiheuttamat muutokset, ja tällaisia muutoksia voi esiintyä jo varsin nuorilla tai keski-ikäisillä ihmisillä.¹⁰¹ Edellä käsitellyissä kirjoituksissa, joissa miehiä erikseen käsitellään, huomataan kyllä näiden varhaisemmalla iällä sairastuminen, mutta siihen ei erityisesti tartuta.

Ensimmäisiä merkittäviä ruokavalion ja sydäntautien vaikutuksesta Suomessa teki esimerkiksi Martti J. Karvonen. Karvonen oli opiskellut Helsingin yliopiston fysiologian laitoksella, missä tutkittiin myös verenkiertoa ja energia-aineenvaihduntaa eri ammateissa, minkä lisäksi hän oli toiminut urheilulääketieteen opettajana. Vuonna 1945 Karvonen oli tutkinut metsurikilpailujen osallistujia ja havainnut, että vaikka raskas ruumiillinen työ ja urheilu olivat hyvin samankaltaista toimintaa, oli metsureilla aivan erilainen eliniänodote kuin urheilijoilla. Metsurit kuolivat ennen aikaisesti sydäntauteihin ja urheilijat taas eivät, mikä johti Karvosen tarkastelemaan asiaan vaikuttavia ravintotekijöitä.¹⁰²

Vuonna 1954 Karvonen tapasi yhdysvaltalaisen Ancel Keysin. Keys oli Minnesotan yliopiston professori, joka oli tutkimusryhmänsä kanssa alkanut saada selvyttä elintapojen ja ruokavalion vaikutuksesta sepelvaltimotaudin syntyyn tutkimalla vuosittain keski-ikäisten miesten terveydentilaa. Keys oli jo 1950-luvun alussa havainnoinut eri väestöryhmiä ja luennoinut yrittäen todistaa, että rasvaisen ruokavalion, kohonneen kolesterolin ja sydäninfarktin välillä oli havaittavissa yhteys.¹⁰³

Keysin tavatessaan Karvonen oli kertonut tälle suomalaismiesten tilanteesta, erityisesti Itä-Suomessa: raskaasta ruumiillisesta työstä huolimatta he kuolivat ennen aikaisesti sydän- ja verisuonitauteihin. Keys vieraili seuraavana vuonna myös Suomessa esitelmöimässä Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Sydäntautiyhdistyksen

¹⁰⁰ Eskola, 571.

¹⁰¹ Kalaja, 248.

¹⁰² Jauho 2011, 131.

¹⁰³ Mustaniemi, Harri (2005) Saappaat savessa. Pohjois-Karjala projektin tuloksia tekemässä. Pohjois-Karjala projektin tutkimussätiö, 25.

kokouksessa. Keys pääsi myös Ilomantsissa tutustumaan suomalaisten metsureiden työskentelyolosuhteisiin ja ravitsemukseen. Tuolloin alettiin Työterveyslaitoksen, Sydäntautiliiton ja terveystieteiden kanssa suunnitella suomalaista hanketta, joka tulisi osaksi Seitsemän maan tutkimusta.¹⁰⁴

Suomessa vuonna 1956 alkanut tutkimus oli esitutkimusta Seitsemän maan tutkimukselle, jossa olivat mukana myös Alankomaat, Italia, Japani, Jugoslavia, Kreikka ja Yhdysvallat. Tutkimusta oli Karvosen lisäksi toteuttamassa eri alojen asiantuntijoita, kuten Helsingin yliopiston ravintokemian professori Paavo Roine. Tutkimuksessa kartoitettiin valittujen itä- ja lounaissuomalaisten kuntien valikoitujen asukkaiden terveydentilaa, ravitsemusta ja muita mahdollisia sydäntautien riskitekijöitä, tupakointia ja ruumiinrakennetta. Tutkimuksessa selvisi, että ravinnossa runsaasti rasvaa kaikilla paikkakunnilla ja kolesteroliarvot yleisesti olivat melko korkeita niin idässä kuin lännessä. Tyydyttymättömien rasvojen osuus ravinnosta oli lisäksi pieni. Idässä kolesteroliarvot olivat hieman korkeammat ja siellä esiintyi enemmän sydäntautikuolleisuutta ja erityisesti sepelvaltimotautia kuin lännessä ja kuolleisuus oli viiden vuoden seuranta-aikana siellä idässä myös korkeampaa. Ravinnon rasvat eivät kuitenkaan selittäneet eroja sairastavuudessa, joten päädyttiin siihen, että siihen vaikuttivat todennäköisesti useat eri tekijät ruokavaliossa ja myös sen ulkopuoliset seikat. Hanke jatkui vuodesta 1959 osana Seitsemän maan tutkimusta, joka puolestaan jatkuu edelleen.¹⁰⁵

Keysin Suomen-vierailulla Duodecimin ja Sydäntautiyhdistyksen kokouksessa pitämä esitelmä julkaistiin myös Duodecimissa seuraavana vuonna. Keys katsoi, että sepelvaltimotauti ei ollut välttämätön, eikä vain vanhuudesta johtuva, vaan ravinnon rasvamäärä vaikutti veren kolesterolipitoisuuteen ja se puolestaan arterioskleroosin syntyyn. Esitelmässä Keys tarkasteli eräiden väestöryhmien eroja ravinnon rasvojen, ylipainon ja seerumin kolesterolin osalta ja esitti johtopäätöksen, että ruokavalio vaikutti kolesteroliin, mikä puolestaan johtui vaurauden lisääntymisestä: vaurastuvien ihmisten

¹⁰⁴ Jauho 2011, 131; Mustaniemi, 26–27.

¹⁰⁵ Jauho 2011, 132; Suojanen, Auli (2003) Suomalaista ravitsemuspolitiikkaa vuosina 1939-1999. Kansanravitsemusongelmat ja niiden ratkaisuehdotusten eteneminen julkisiksi päätöksiksi. Suomen Tiedeseura, Helsinki, 42; Seitsemän maan tutkimuksesta nykyään: <http://www.sevendcountriesstudy.com/>

ruokavalio oli energiapitoisempaa ja siihen sisältyi enemmän eläinrasvoja sisältäviä ruokia.¹⁰⁶

Vuonna 1957 Duodecimissa julkaistiin myös Martti Karvosen, Jaakko Kihlbergin, Paavo Roineen ja Osmo Turpeisen suorittama tutkimus Suomen teollisuustyöväestön ruokailutavoista. Tutkimuksessa oli mukana sekä miehiä että naisia ja se toteutettiin haastattelun ja täytettävän lomakkeen avulla, eivätkä tulokset ruuan laadusta ja ruokailutavoista olleet erityisen hyviä. Kirjoittajat esittivät saman väittämän kuin Keys: sydän- ja verisuonitaudit ovat vältettävissä, ne eivät olleet väistämätön osa vanhuutta:

”Rasvojen käytön vähentämiseen olisi meillä Suomessa erityisesti syytä, sillä mm. kuolinsyytilastojen mukaan sydämen ja verisuonien taudit ovat maassamme erittäin yleisiä ja aiheuttavat nimenomaan miespuolisen väestömme keskuudessa eliniän lyhenemistä, joka todennäköisesti olisi vältettävissä. Jos ravitsemuksen ohjaamisella voitaisiin asiaan vaikuttaa, niin entistä terveellisempien ravitsemustapojen edistämistä olisi pidettävä eräänä tärkeimmistä kansanterveystyön saroista.”¹⁰⁷

Paavo Roine tarkasteli Suomen Lääkärilehdessä ravitsemusongelmia ja niiden mahdollista yhteyttä sydän- ja verisuonitauteihin. Roineen mukaan ravintokysymykset olivat viime aikoina olleet keskeinen puheenaihe ja lehdistössäkin oli toistuvasti sitä koskevaa, joskus ristiriitaistakin tietoa. Erityisesti ravinnon rasvat olivat saaneet osakseen paljon huomiota, koska ne vaikuttivat olevan yhteydessä sydän- ja verisuonitautien yleisyyteen. Jo kauan oli tiedetty, että kolesteroli kertyi verisuonten seinämiin ja ravinnon rasvoilla oli siihen ratkaiseva vaikutus. Silti oli vaikea kysymys, missä määrin sydän- ja verisuonitaudit aiheutuivat juuri rasvan käytöstä, ja asiaan liittyi luultavasti muitakin tekijöitä. Roine viittasi myös itä-länsi-tutkimukseen ja havaintoon, että idän pahemmalla sydäntautialueella käytettiin hieman enemmän kovia rasvoja. Kehityssuunta olisi helposti korjattavissa, ja siksi Roine peräänkuulutti myös ravintoneuvonnassa avainasemassa olevien lääkäreiden roolia.¹⁰⁸

Vuonna 1959 arvioitiin myös tupakoinnin ja sen sisältämien ainesosien vaikuttavan verenkiertoon haitallisesti ja kohottavan verenpainetta. Niin ikään tupakoinnin yhteyttä

¹⁰⁶ Keys, Ancel (1956) Sepelvaltimon sairaudet terveydenhuoltokysymyksenä. Duodecim 1/1956, 1–13.

¹⁰⁷ Karvonen, M. J. – Kihlberg, Jaakko – Roine, Paavo – Turpeinen, Osmo (1957) Suomen teollisuustyöväestön ruokailutavoista. Duodecim 6/1957, 305.

¹⁰⁸ Roine, Paavo (1958) Ravinnostamme ja sen nykyisistä pulmista. SLL 27/1958, 1291, 1301–1305.

angina pectoris -kohtauksiin arvioitiin ja tutkimuksista oli saatu viitteitä, että tupakoivilla 60-65-vuotiailla miehillä sepelvaltimokuolleisuus oli kaksi kertaa niin suurta kuin ei-tupakoivilla.¹⁰⁹

3.3 Syöpätaudit

Syöpätapausten lisääntymiseen kiinnitettiin 1940–50-lukujen kirjoituksissa runsaasti huomiota ja kiinnostus niiden ymmärtämiseen ja syihin näkyi, vaikka kunnollista tietoa ei vielä ollut. 1940–50-luvuilla vatsasyöpä oli sekä miehillä että naisilla yleisin ja keuhkosityöpä miehillä toiseksi yleisin syöpätyyppi. Naisilla keuhkosityöpää esiintyi huomattavasti vähemmän. Vuonna 1946 todettiin, että suuresta kiinnostuksesta huolimatta ”kuitenkin syöpäprobleema vielä sisältää tärkeimmässä kohdassaan, etiologiassaan, ratkaisemattoman arvoituksen.”¹¹⁰ Selitykseksi syövän synnylle tarjottiin varsin monia tekijöitä, esimerkiksi perinnöllisyyttä, sikiökaudella syntyvää syöpätaipumusta, kemiallisten aineiden vaikutusta ja tulehduksia.¹¹¹

Kai Setälä kysyi vuonna 1946 Suomen Lääkärilehdessä, että eikö syöpätautien hoito olisi järkevää keskittää niihin erikoistuneille lääkäreille, sillä vaikka diagnostiikka parantui, myös syöpätaudit vaikuttaisivat jatkuvasti lisääntyvän. Erikoislääkäreiden kouluttaminen olisi Setälän mukaan osa syöpätautien torjuntaa ja niiden hoidon tehostamista.¹¹² Samassa numerossa myös A. Soivio kommentoi tätä kirjoitusta todeten, että ”pyrittäessä ’syöpätilaston’ surullisen korkeita kuolevaisuuslukuja alentamaan olisi mielestäni ensi sijassa kiinnitettävä huomio varhaisdiagnostiikan tehostamiseen”.¹¹³

1940–50-lukujen kirjoituksissa syöpätautien yhteydessä näkyi usko, että jos syöpätapaukset löydettäisiin aikaisemmin, ne voitaisiin myös tehokkaammin hoitaa. Joissakin julkaistuissa kirjoituksissa kehoitettiin myös lääkäreitä valppauteen ja kuvailtiin oireita, joihin kiinnittää huomiota.¹¹⁴ Suomen Lääkärilehdessä ehdotettiin myös, että

¹⁰⁹ Kumlin, T. (1959) Tupakan vaikutuksesta verenkiertoon sekä kokemuksia tupakanvieroitushoidosta. *Duodecim* 1/1959, 1, 3, 5–6; Huttunen, J. – Pensala, V. – Valve, V. (1960) Oppikoululaisten tupakanpoltosta. *Duodecim* 5/1960, 487.

¹¹⁰ Setälä, Kai (1946) Nykyisestä kokeellisesta syöväntutkimuksesta. Yleiskatsaus ja johdanto. *Duodecim* 3/1946, 315.

¹¹¹ Laitinen, Heimo (1946) Syövän syistä. *Duodecim* 3/1946, 400–401, 404.

¹¹² Setälä, Kai (1946) Eikö Suomessakin syöpätapausten hoito olisi keskitettävä syöpätautien erikoislääkäreille? *Suomen Lääkärilehti* SLL 5/1946, 104–105.

¹¹³ Soivio, A. (1946) Edellisen johdosta. *SLL* 5/1946, 107.

¹¹⁴ Esim. Nylander, P. E. A. (1950) Keuhkosityövistä. *SLL* 23/1950, 887; Meurman, Yrjö (1952) Kurkunpään ja nielun syövän varhaisesta diagnoosista. *SLL* 14/1952, 564; n:o 22; Brummer, Pekka (1952) Eräs syy liian myöhäiseen mahasyöpädiagnoosiin, *SLL* 22/1952, 902.

ja ne olivat 1940-luvun loppupuolella ainakin erään lääkärin arvion mukaan toiseksi suurin ryhmä kaikissa syöpätautien aiheuttamassa kuolleisuudessa¹¹⁹.

Keuhkosityövän aiheuttajat olivat suomalaislääkäreille vielä 1940–50-luvuilla osin arvoitus, joskin tapauksia huomattiin olevan enemmän miehillä ja tupakointia osattiin jo ainakin epäillä yhdeksi aiheuttajaksi. Syyksi epäiltiin myös esimerkiksi ilmansaasteita ja parantunutta diagnostiikkaa.¹²⁰ Varsinaisia pohdintoja siitä, kuinka esimerkiksi tupakointia tulisi tai olisi mahdollista rajoittaa, ei juuri esiintynyt. Esimerkiksi kirjoittaessaan kurkunpään ja nielun syövästä Yrjö Meurman totesi, että syövät olivat yleisempiä miehillä kuin naisilla ja epäili yhdeksi syyksi tupakointia. Hän kuitenkin totesi, että epäilee syy-yhteyden keuhkosityöpään olevan ilmeisesti selkeämpi, olihan moni kurkunpäänsyövän saanut käyttänyt tupakkaa ”kohtuullisesti”.¹²¹

Pitäessään esitelmää lääkäripäivillä marraskuussa 1954 S. Mustakallio saattoi jo todeta, että syövän syntyyn vaikuttava virushypoteesi oli hylätty. Syöpää koskevaan keskusteluun olivat tulleet niin sanotut ammattisyövät ja niiden syntyyn vaikuttavat mahdolliset syyt. Ammattisyövästä esimerkkinä Mustakallio mainitsi keuhkosityövän, jonka riski oli suurempi asbestia, arsenikkia, kromia, nikkeliä tai kivihiiltä sisältävien tuotteiden parissa työskenteleville. Näiden lisäksi syövän syntymiseen vaikuttaviin mahdollisiin ympäristö- ja ilmastotekijöihin oli alettu kiinnittää huomiota. Tupakoinnin merkitys on myös Mustakalliolle selkeä:

”Emme voi jättää mainitsematta niitä tutkimuksia, joita meilläkin on suoritettu kliinisen aineiston perustella kurkunpäänsyövän ja keuhkosityövän synnystä. Nämä tutkimukset osoittavat selvästi, että kurkunpään syöpä ja keuhkosityöpä ovat valtavasti tavallisempi tupakkaa runsaasti polttavilla miehillä, ja kliinisestä taudinkuvasta päätellen täytyy tupakanpoltolla olla hyvin suuri osuus kurkunpäänsyövän ja keuhkosityövän synnyssä. Se ei ilmeisesti ole ainoa syy, joka voi aiheuttaa

¹¹⁹ Nylander, 887.

¹²⁰ Seppälä, A. J. & Viikari, Sauli (1948) Keuhkosityövän diagnostisesta bronkoskopiasta. SLL 9/1948, 280–281; Nylander, 887.

¹²¹ Meurman, 559.

kurkunpäänsyövän ja keuhkosyövän, mutta kuitenkin ilmeisesti tärkein syy.”¹²²

Myös keuhkosyövän kohdalla korostettiin monesti varhaista diagnosointia ja lääkäreiden valppautta. Samalla kuitenkin usein myönnettiin varhaisen diagnoosin tekemisen vaikeus johtuen oireiden ollessa epämääräisiä ja niiden ilmaantuessa varsin myöhäisessä vaiheessa. Näin tekivät myös A. J. Seppälä sekä Sauli Viikari artikkelissaan keuhkosyövän diagnostisesta bronkoskopiasta: he totesivat keuhkosyöpätapausten lisääntyneen eri puolilla maailmaa ja korostivat varhaisen diagnosoinnin merkitystä sairauden hoidossa.¹²³

Kansalaisille kohdistetun valistuksen kärki vaikutti suuntautuvan siihen, että ihmiset osaisivat tunnistaa oireensa ja hakeutua hoitoon. Vuonna 1950 aloitettiin myös näkyvä kampanjointi tämän tavoitteen saavuttamiseksi. Suomen Lääkärilehdessä julkaistiin tiedote, jossa todettiin kuolleisuuden moneen kansanterveyttä uhkaavaan tautiin jatkuvasti alenevan, mutta syöpäkuolleisuuden kasvavan vuosi vuodelta. Tiedotteen mukaan tämä iski kipeimmin viemällä ”kypsyneitä” yksilöitä, joita ”tarvittiin juuri omalla paikallaan”, ja täten myös kansantaloudellinen merkitys oli suuri.¹²⁴

Kampanjan tavoite oli, että mahdollisimman moni kansalainen hakeutuisi hoitoon ajoissa, eikä viivytelisi pelon tai välinpitämättömyyden vuoksi. Sanoma oli, että syöpä voidaan voittaa, kunhan se löydetään ajoissa ja siksi jokaisen oireita havaitsevan tuli tarkistuttaa itsensä lääkäriä tai joukkotarkistuksissa. Kampanja oli tarkoitettu toteuttaa tiedottamalla aiheesta lehdissä, radiossa, elokuvien, kokouksissa ja kouluissa. Toteutusta varten aloitettiin kansalaiskeräys, jonka johdosta vedottiin tuen saamiseksi maan talouselämään ja yksityisiin kansalaisiin. Lääkärikuntaa puolestaan pyydettiin suhtautumaan siihen myötätunnolla.¹²⁵

Vuonna 1952 aloitettiin syöpätautien tilastointi ja se näkyi myös Suomen Lääkärilehdessä, jossa lääkäreitä pyydettiin lähettämään tiedot uusista syöpätapauksista kattavan käsityksen saamiseksi syöpäkuolleisuudesta.¹²⁶ Lähetetyistä tiedoista julkaistiin

¹²² Mustakallio, S. (1955) Viime aikaisista saavutuksista syöpätutkimuksen ja hoidon alalla. SLL 12/1955, 947, 949, 951–952.

¹²³ Seppälä, A. J. & Viikari, 280–281.

¹²⁴ Suomen Syöpäyhdistys ja Syöpäsäätiö asettaneet uusia päämääriä. SLL 3/1950, 100.

¹²⁵ Sama, 100–101.

¹²⁶ Tiedote Suomen Lääkärilehdessä 23/1953, 975–976.

Suomen Lääkärilehdessä tietoja vuonna 1954. Tuolloin voitiin vahvistaa, että vaikka syöpätapauksia todettiin miehillä ja naisilla yhtä paljon, miesten kuolleisuus oli suurempi. Eron katsottiin johtuvan siitä, että miehillä yleisemmät syöpätyypit olivat sellaisia, jotka todettiin useammin liian myöhään. Tuloksiin tosin kehoitettiin vielä tässä vaiheessa suhtautumaan kriittisesti.¹²⁷

Myös kansalaisille suunnatun valistuksen vaikutusta arvioitiin. Otto Palmgrenin kirjoittama artikkeli esitteli tuloksia Helsingin Sätehoitolaitokselle hoitoon saapuville potilaille esitetystä tiedusteluista, oliko radiossa ja sekä lehdistössä näkyvällä syöpävalistuksella mahdollisesti ollut vaikutusta hoitoon hakeutumiseen. Vain 38,5 % totesi, että valistuksella oli ollut vaikutusta.¹²⁸

3.4 60-luvun sosiaalipolitiikka

1960-luvun yhdeksi keskeiseksi suunnannäyttäjäksi sosiaali- ja terveystalitiikan osalta muodostui Pekka Kuusen teos *60-luvun sosiaalipolitiikka*. Kuusen huomiot terveystalitiikasta olivat kyllä osittain jo aiemmin esitettyjä ja tiedettyjä: esimerkiksi lääkäripulasta oli esitetty huomioita ja keskusteltu jo 1950-luvulla ja 1960-luvun keskeistä hanketta, sairausvakuutusta, oli asetettu valmistelemaan komitea jo vuonna 1955.¹²⁹ Siitä huolimatta Kuusen teos onnistui herättämään suuren yleisön huomion.

60-luvun sosiaalipolitiikka sisälsi kokonaisen yhteiskuntaohjelman. Sen juuret olivat Sosiaalipoliittisessa yhdistyksessä ja vuonna 1957 käydyssä keskustelussa Pekka Kuusen alustuksesta. Alustuksessaan Kuusi oli käsitellyt mahdollisuutta Suomen sosiaalipolitiikan supistamiseksi. Keskustelussa todettiin, että suomalaisen sosiaalipolitiikan kehitysmahdollisuudet olivat tuntemattomat, ja esitettiin ajatus pitkän tähtäimen ohjelmasta maan sosiaalipolitiikkaa varten.¹³⁰

Kokonaisohjelman tekoa varten koottiin ryhmä asiantuntijoita, ja henkilövalintoihin ilmeisesti vahvimmin vaikuttaneet Kuusi ja yhdistyksen puheenjohtaja Heikki Waris,

¹²⁷ Saxén, Erkki (1954) Syöpätautien yleisyys Suomessa (Syöpärekisterin tiedoitus N:o 1). SLL 23/1954, 1567, 1573.

¹²⁸ Palmgrén, Otto (1955) Valistustyön vaikutus syövän varhaiseen toteamiseen. SLL 9/1955, 699–700.

¹²⁹ Lääkäripulasta esim. Rantasalo, Viljo (1956) Lääkäripula. SLL 16/1956; Lääkäripula, sen syyt ja seuraukset. SLL 13/1958. Jälkimmäinen kirjoitus käsitteli Duodecimien lääkäripulasta järjestämää keskustelutilaisuutta; Nyström, 212; sairausvakuutuskomiteasta Riihinen, Olavi (2009) Pekka Kuusesta Terho Pulkkiseen 1957–1969. Teoksessa Jaakkola, Risto – Kainulainen, Sakari – Rahkonen, Keijo: Työväensuojelusta sosiaalipolitiikkaan. Sosiaalipoliittinen yhdistys 1908–2008. Edita, Helsinki, 110.

¹³⁰ Riihinen, 110.

huolehtivat paitsi asiantuntijoiden monipuolisesta edustuksesta, myös vaikutusvaltaisuudesta. Muutoinkin vaikutti siltä, että ohjelmaa laatineella ryhmällä oli yhteyksiä maan korkeimpaan johtoon ja ohjelmalle pyrittiin ja kyettiin hankkimaan laajaa tukea. Kokonaisuohjelmaa olivat mukana laatimassa useat sosiaalipolitiikan ja kansantalouden asiantuntijat esimerkiksi lääkintöhallituksesta, Kansaneläkelaitoksesta, sosiaaliministeriöstä, Väestöliitosta ja kulkulaitosministeriöstä. Työmarkkinajärjestöjen edustajia ei asiantuntijaryhmässä ollut.¹³¹

Kuusen nimiin tulleen sosiaalipolitiikan kokonaisuohjelman julkistaminen tapahtui syyskuussa 1961 useiden eri alojen asiantuntijoiden sekä maalaisliittolaisten sosiaaliministerien läsnä ollessa. Ennen illan avointa yleisötilaisuutta kirja käytiin luovuttamassa presidentti Urho Kekkoselle. Teoksen ajatus oli, että se on kansantajuinen ja että jokainen kansanedustaja voisi sen lukea ja ymmärtää, ja näin ilmeisesti myös tapahtui. Julkistustilaisuuden yleisö oli runsas, mikä kuvasti teoksen herättämää mielenkiintoa, ja Sosiaalipoliittinen yhdistys olikin yhdessä Kuusen kanssa hankkinut teokselle ennakkojulkisuutta. Kirja sai ilmestyessään huomiota myös televisiossa ja radiossa.¹³²

Tämän tutkielman kannalta oleellisin osa ohjelmasta on Kuusen terveydenhuoltopolitiikkaa käsittelevä kappale. Kuusi aloittaa toteamalla, että terveydenhuolto kohdistuu koko väestöön, ei vain ”epäaktiiviin” osaan siitä. Terveydenhuoltopolitiikka oli kaksijakoista: toisaalta yhteiskunnan tuli taata lääkintäpalvelusten saatavuus, toisaalta tuli turvata se, ettei näihin palveluksiin turvautuminen ajanut ketään taloudellisiin vaikeuksiin. Terveydenhoidon painopisteen tuli olla terveyttä edistävissä toiminna ja sen onnistuneisuutta saatettiin arvioida tarkastelemalla esimerkiksi kuolemanriskin suuruutta tai jäljellä olevaa elinaikaa. Sosiaalipolitiikan piiriin terveydenhuoltopolitiikka kuului Kuusen mukaan lääkintäpalvelusten jakautumista koskevien kysymysten osalta. Lääkintäpalvelukset eivät jakautuneet tarpeen mukaan, mihin vaikutti ennen kaikkea se, että se aiheutti ”kansalaiselle taloudellista räsitusta”.¹³³

¹³¹ Harjula 2015, 75; Riihinen, 110–111.

¹³² Riihinen, 112–113, 119–120, 123; Tuomioja, 129.

¹³³ Kuusi, Pekka (1968) 60-luvun sosiaalipolitiikka, viides painos. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisu 6, WSOY, Helsinki, 252–253.

Kuusi myönsi kyllä, että edistystä terveydenhuollon suhteen on tapahtunut monessakin mielessä ja kasvua lääkintäpalvelusten tarjonnassa oli tapahtunut. Nykytilannetta hahmottaakseen Kuusi vertaili suomalaisten lääkintäpalvelusten ja kansanterveyden tasoa muihin Euroopan maihin. Vertailukohteiksi hän oli valinnut lääkäritiheyden ja sairaansijatiheyden, imeväiskuolleisuuden luvut sekä 35–39-vuotiaiden miesten kuolleisuusluvut. Miesten kuolleisuuslukujen valinnan peruste oli, että Maailman Terveysjärjestö tilastoi kuolleisuusluvut viisivuotiskäluokittain ja Kuusen valitsema ikäryhmä luultavasti antoi keskimääräisen kuvan työikäisen väestön terveydenhoidon tasosta. Miesten valintaa puolsi se, että he osallistuivat naisia useammin ansiotyöhön.¹³⁴

Kuusi oli taulukoinut vertailemansa luvut, ja totesi taulukon olevan Suomen kohdalla ”hätkähdyttävä” ja osoittavan maan olot ”oudon takapajuisiksi”. Suomi erosi vertailussa selkeästi muista Pohjoismaista. Lääkäritiheyden kohdalla Suomi piti vertailussa perää Jugoslavian kanssa ja oli jäämässä siitäkin jälkeen, mistä Kuusi katsoi lääkärikunnan ja sen lisäkoulutukseen kohdistaman vastustamisen olevan vastuussa: ”Suomen lääkärit ovat kamppailussa terveytemme puolesta omaksuneet talvisotaisen hengen: sitä uljaampi taisto, mitä vähemmin käydään se väin”. Kuusen mukaan Suomen kansa ei voinut ymmärtää, miksi sen tuli tyytyä vähäiseen lääkärimäärään, joka aiheutti kansanterveydelle tappiota. Lääkäripula oli maan terveydenhuollon kehityksen ”vakavin este”, minkä lisäksi lääkärit vielä jakautuivat epätasaisesti maan eri osien kesken.¹³⁵

Miesten kuolleisuuslukuja käsitellessään Kuusi totesi, että ne antavat maan terveysoloista täysin päinvastaisen kuvan kuin imeväiskuolleisuuden vastaavat: Suomea huonommat luvut löytyivät vain Pyreneitten niemimaalta ja suomalaismiesten kuolleisuus oli kaksinkertainen verrattuna muiden Pohjoismaiden vastaaviin. Maailman Terveysjärjestön tilastot tukivat käsitystä osoittamalla, että vuonna 1956 miesten kuolleisuusluvut olivat 25. ikävuodesta alkaen korkeimmat juuri Suomessa lukuun ottamatta kahta luokkaa, jossa portugalilaismiehet ohittivat Suomen luvut. Elinajanodotteenkin suhteen Suomen tilanne oli huono. Tämä kaikki johti Kuusen toteamaan:

”Olemme näin joutuneet vakavan tosiasian eteen: suomalaisen miehen terveydentila on eurooppalaisittain katsoen huono ja hänen elinikänsä

¹³⁴ Kuusi, 253–254.

¹³⁵ Kuusi 257–258.

lyhyt. Terveydenhuoltopolitiikkamme kannalta katsoen tämä tosiasia ei voi olla merkitsemättä muuta, kuin että suomalainen yhteiskunta on ollut poikkeuksellisen avuton järjestäessään kansalaistensa terveydenvaalimismahdollisuuksia.”¹³⁶

Kuusi jatkoi vielä aiheesta toteamalla, että nykyaikaisen yhteiskunnan terveydenhuoltopolitiikkaan kuului kaikki, mikä edisti kansalaisen mahdollisuuksia vaalia omaa terveyttään. Siihen kuuluivat ennaltaehkäisevät toimet, samoin kuin hoitavat ja kuntouttavat. Jos siis esimerkiksi huomattaisiin suomalaisten miesten ylikuolleisuuden johtuvan suomalaisista saunomistavoista tai ruokavaliosta, niihin tuli terveydenhuoltopolitiikan keinoin puuttua ja kehittää tapoja terveellisemmiksi.¹³⁷

Kuusen käyttämä sanavalinta on mielenkiintoinen ja kuvasti ajatusta kansalaisen itsekasvatuksesta ja hallinnasta: yhteiskunta oli epäonnistunut siinä, että se sai kansalaiset huolehtimaan omista mahdollisuuksistaan vaalia terveyttään. Kuusen terveydenhoitopolitiikan käsittelyssä on havaittavissa myös biopoliittista painotusta, kuten yllä havaitaan: kansalaisten tapoihin tuli tarvittaessa puuttua politiikan keinoin.

Kuusi arvioi vielä, saattoiko syy suomalaisten huonoon terveyteen vain yksinkertaisesti olla lääkäreiden ja siten terveystalvelujen vähäinen määrä tai se, että suomalaiset olivat ”piilevien, hoitamattomien sairauksien kansa”. Kuusi havaitsi tarkastelussaan myös, että miehet hakeutuivat lääkärin luokse naisia harvemmin ja vaikka tämä tuskin yksin eroja selitti, se todensi oletuksen, että kuolleisuus oli tulos hoitamattomista sairauksista. Miehet olivat haluttomia menemään lääkäriin, valittamaan vaivoistaan:

”Jos Jooseppi Kenkkusen ja Iisakki Käkriäisen pojat nykyisin ovat maanosamme raihnaimpiin kuuluvia miehiä, nämä reumaattisten jäsenten ja kovettuneiden verisuonten miehet eivät ole toki lääkäriä liikoja vaivanneet. Suomalaisen miehen, Jussi Koskelan, tyyliin ei ole kuuluut vähäisten vikojen kuuluttelemineen. Vikojen kanssa on eletty, niin kuin on osattu. Lääkäriin on menty vasta, kun työnteko on ollut jo topissa.”

Tämän lisäksi Kuusen mukaan oli todennäköistä, että miehet tekivät naisia raskaampia ulkotöitä metsässä ja pellolla, mistä seurasi, että ojankaivajat, raivaajat ja metsämiehet

¹³⁶ Kuusi, 262–263.

¹³⁷ Kuusi, 264.

olivat yksinkertaisesti rasittaneet itseään enemmän kuin naiset tavallisimmissa töissään.¹³⁸

Myös huomio siitä, että Kuusen teos oli vielä selkeästi väestöpoliittinen ja ilmensi kansalaista kontrolloivaa politiikkaa, vaikuttaa oikealta. Kuusi kirjoittikin ”väestön elinvoiman karttumisesta” todetessaan, että jatkuvasti kehittyvä terveydenhoito tuli luultavasti nostamaan kansanterveyden tasoa tulevaisuudessa.¹³⁹

60-luvun sosiaalipolitiikka herätti runsaasti huomiota niin sanomalehdistössä kuin ammattilehdissä. Ammattilehdissä julkaistuissa kirjoituksissa oli tavallisempaa, että ohjelman yleislinjoja esiteltiin kokonaisuutena ja sen jälkeen keskityttiin enemmän ammattikunnan kannalta oleellisiin kysymyksiin.¹⁴⁰ Tämä oli havaittavissa myös *Suomen Lääkärilehden* kirjoituksissa.

Väinö Pensala arvioi Kuusen teosta *Suomen Lääkärilehdessä* jo samana vuonna. Pensala esittelee lyhyesti Kuusen ohjelmaa ja tarkastelee sitten terveydenhuoltopolitiikkaa koskevaa osiota. Pensala ei allekirjoita Kuusen huomioita kritiikittä: ”tuntuukin hieman siltä kuin kirjoittajan päätelmät eivät aina perustuisi tosiasioihin, vaan olisivat henkilökohtaisia päätelmiä”. Lääkäritiheyden valinnan lääkintäpalvelujen kehitystä mittaavaksi tekijäksi Pensala kyseenalaisti myös pohtimalla, liekö asialle oikeita perusteita vai oliko valinta mielivaltainen. Ruotsin lääkäritiheys ei nimittäin ollut paljoakaan suurempi, vaikka terveydenhuollon taso oli korkea.¹⁴¹

Pensala arvosteli myös 35–39-vuotiaiden miesten kuolleisuuslukujen valintaa kyseenalaistaen mittarin luotettavuuden. Hän vertasi Suomen lääkärimäärää Yhdysvaltain vastaavaan, huomattavasti suurempaan, ja totesi, että kuolleisuuslukujen perusteella lääkäritiheys ei voinut yksin laskea kansanterveyden tasoa. Helsingissäkin oli yksi lääkäri 434 asukasta kohden, ja silti 35–39-vuotiaiden miesten kuolleisuus oli siellä muuta maata hieman korkeampi. Sen sijaan oli totta, että lääkärit jakautuivat maassa epätasaisesti, mutta lääkärikunta ei ollut lisäkoulutusta vastustanut, vaan ollut huolissaan siitä, lisättäisiinkö koulutusta sen laadun kustannuksella.¹⁴²

¹³⁸ Kuusi, 266.

¹³⁹ Kuusi, 266.

¹⁴⁰ Tuomioja, 129, 134.

¹⁴¹ Pensala, Väinö (1961) Kirjallisuutta: Pekka Kuusi: 60-luvun sosiaalipolitiikka. SLL 28/1961, 1651–1652.

¹⁴² Pensala, 1652.

Pensala ei yhtynyt Kuusen väittämään, että yhteiskunta oli avuton kansalaistensa terveyden edistämisessä. Kuolleisuuslukuja tarkastellessaan hän kysyi myös, mahtaisiko talvi- ja jatkosodalla olla vaikutusta miehiin, jotka olivat 35–39-vuotiaita vuonna 1955. Oli myös maailmanlaajuinen tosiasia, että miehet kuolivat nuorempina kuin naiset, ja missä näin ei käynyt, oli kyseessä äitiyshuollon suhteen takapajuinen maa. Pensala selitti kuolleisuuseroja enemmän biologisilla tekijöillä, ei lääkäritiheydellä. Lopuksi kirjoittaja totesi kuitenkin kannattavansa Kuusen ajatusta, että terveydenhuollolliset olot Suomessa tulisi tutkia.¹⁴³ Pensalan kirjoitus vaikuttaisi tukevan sitä, että miesten varhainen kuolleisuus käsitettiin jossain määrin varsin tavallisena asiana: se liittyi biologiaan, eikä asiaan ilmeisesti voinut terveydenhoitopalveluilla vaikuttaa.

Seuraavana vuonna Lääkärilehden päätoimittajaksi tullut Tapani Kosonen käsitteli Kuusen huomioita lehden pääkirjoituksessa. Kosonen kirjoitti Suomen Lääkäriliiton aikovan rahoittaa laajan kansanterveystutkimuksen alustavaa suunnittelua, sillä Lääkäriliiton yksi tehtävä oli sääntöjen mukaan edistää terveyden- ja sairaanhoitoa Suomessa. Kosonen totesi, että virike tutkimuksen suorittamiselle oli saatu Kuusen ohjelman väitteistä: Kuusi oli todennut kansanterveydestä saatavilla olevat tiedot heikoiksi, ja ”ainakin osa” lääkärikunnasta oli ottanut teoksen väittämät haasteina tai jopa syytöksinä. Tämän vuoksi aiheeseen alettiin syventyä tarkoituksena osoittaa Kuusen tiedot vääriksi. Kosonen ei itse ottanut kantaa väittämiin, mutta totesi hänkin, että lisäselvitykset olivat paikallaan.¹⁴⁴ Kosonen viittasi Kuusen väittämiin myös tarkastellessaan lääkäripulaa ja sitä koskevaa viimeaikaista keskustelua Suomessa. Kososen mukaan vaikutti siltä, että sairaalapaikkojen määrällä oli lääkäritiheyttä enemmän merkitystä, eikä hän allekirjoittanut Kuusen näkemystä ala-arvoisista terveyspalveluista, vaikka korjattavaa varmasti oli. Lääkäripulasta Kososen näkemys oli, että uusien lääkärintuokien perustamista oli yleensä ”yhteiskunnan taholta” vastustettu, ja siksi lisäkoulutuskaan ei kannattanut, ellei asiaan tulisi muutosta.¹⁴⁵

60-luvun sosiaalipolitiikan vaikutus aikansa yhteiskuntaan on kaikesta huolimatta melko kiistämätön. Vielä vuonna 1966 H. R. Nevanlinna kirjoittaessaan lääkäripulasta ja siihen liittyvistä suhdeluista muisti Kuusen teoksen: ”tätä suhdelukua on käytetty verrattaessa eri maiden lääkinnällistä tasoa, eikä niinkään tunnettu sosiologi kuin Pekka Kuusi ole

¹⁴³ Pensala, 1652–1653.

¹⁴⁴ Kosonen, Tapani (1962) Kansanterveystutkimus. SLL 17/1962, 1308–1309.

¹⁴⁵ Kosonen, Tapani (1962) Lääkäripula – lääkäreiden ylituotanto. SLL 7/1962, 458–459.

vaivautunut tunnetussa kirjassaan kurkottamaan tätä pitemmälle tai syvemmälle.” Nevanlinnan mukaan nimittäin itse lääkäreiden ja väestön kokonaismäärästä saatavat suhdeluvut eivät kertoneet vaikkapa lääkäreiden työtehosta tai ammatillisesta tasosta.¹⁴⁶

Samoin heinäkuussa 1970 kirjoittaessaan lääkäreiden määrän ylittäneen Kuusen sopivaksi arvioiman määrän, yksi tuhanteen -rajan Tapani Kosonen aloitti kirjoituksensa viittaamalla 60-luvun sosiaalipolitiikkaan. Kosonen totesi, että tuosta alkaen oli kansanterveyden ongelmista syytetty lääkäripulaa ja vaikka lääkäritiheyden tarkastelu oli oikeutettuaakin, ei se edelleenkään Kososen mielestä ollut ratkaiseva tekijä: ”ei siis voida luottaa siihen, että kaikki ratkeaa itsestään lääkärimäärän kasvun myötä”.¹⁴⁷

3.5 Sairausvakuutus

60-luvun sosiaalipolitiikka herätti ilmestyessään merkittävästi huomioita ja päättäjien mielenkiinnon. Vaikka Kuusen huomiot eivät olleet täysin uusia, ne onnistuivat nyt lyömään läpi yleisempään tietoisuuteen uudella tavalla. Pian *60-luvun sosiaalipolitiikan* ilmestymisen jälkeen hallitus antoi eduskunnalle esityksen sairausvakuutuslaista, ja eduskunnan keskustelussa Kuusen vaikutus näkyi puheenvuoroissa mainintoina parhaassa työiässä kuolevista miehistä ja suorina lainauksina Kuusen teoksesta.

Hallituksen esityksessä sairausvakuutuslaiksi ja siihen liittyviksi laeiksi viitotettiin uudenlaista suhtautumista kansanterveyteen. Esitys alkoi seuraavin lausein:

”Nykyaikaisessa yhteiskunnassa kuuluu julkisen vallan huolehtia siitä, että jokaisen kansalaisen toimeentulo on riittävässä määrin turvattu. Kaikissa kehittyneissä valtioissa onkin tätä tarkoitusta varten olemassa sosiaaliturvajärjestelmä, jonka toimesta suoritetaan korvausta tulojen menetyksestä, milloin se johtuu tapaturmasta, tilapäisestä tai pysyvästä sairaudesta, vanhuudesta, perheenhuoltajan kuolemasta, työttömyydestä tai synnytyksestä.”

Esityksessä esitettiin arvio, että sosiaaliturvajärjestelmä Suomessa oli ”eräiltä osin” tyydyttävä, mutta sairausturvan kehitys ei ollut edennyt yhtä hyvin, ja edelleen sairaus

¹⁴⁶ Nevanlinna, H. R. (1966) Lääkäripulaa ja sen poistaminen. SLL 34/1966, 2858.

¹⁴⁷ Kosonen, Tapani (1970) Yksi tuhanteen -raja sivuutettu. SLL 20/1970, 1812–1813.

aiheutti vakavan uhan monille perheille. Sairausvakuutuksen piiriin esitettiin myös kuuluvaksi koko väestö ja sairaanhoidon kustannusten osalta myös lapset ja vanhuks¹⁴⁸. Esityksen alusta saattoi vielä huomata väestöpoliittisen ajattelun vaikutusta: keskiössä oli perheiden toimeentulon turvaaminen, mutta huolenaiheena koko väestö. Samoin vaikka keskusteluissa viitattiin ”koko kansaan” ja koko kansalle tahdottuun turvaan, viitattiin eräissä puheenvuoroissa erityisesti vähäväkisen kansan tilanteen kohentamiseen.¹⁴⁹ Huomionarvoista on näkemys, että kansalaisten toimeentulon turvaaminen oli nimenomaan julkisen vallan tehtävä.

Sairausvakuutuslaista käytetyissä puheenvuoroissa miesten varhainen kuolleisuus ei ollut erityisen näkyvästi esillä. *60-luvun sosiaalipolitiikka* oli kuitenkin ehtinyt vaikuttaa myös kansanedustajiin sen verran, että Kuusen esittämiä huomioita nousi keskusteluun.

Eduskunnan keskustellessa sairausvakuutuslaista ja sosiaalivaliokunnan mietinnöstä 10.5.1963 suomalaisten aikuisten huono terveydentila nousi esiin. Kokoomuksen edustaja Anna-Liisa Linkola totesi, että muilla Pohjoismailla oli tuolloin pitkälle kehittyneet sairausvakuutusjärjestelmät, ja sairausvakuutuslain puuttuminen oli Suomelle, ”nykyaikaiselle eurooppalaiselle sivistysvaltiolle” todellinen häpeä. Lisäksi hän vetosi Kuusen huomioon:

”Oletan, että kaikki edustajakollegani ovat tutustuneet ansaittua huomiota herättäneeseen Pekka Kuusen teokseen ’60-luvun sosiaalipolitiikka’. Tohtori Kuusi antaa vähemmän mairittelevan kuvan nyky-yhteiskuntamme terveydenhuolto-oloista. Taistelemme menestyksellisesti peränpitäjän paikasta Euroopassa, mikä johtaakin Kuusen lausumaan: ’Mies vanhenee Suomessa varhain juuri siksi, että raataja ei täällä saa tarvitsemaansa hoitoa.’”¹⁵⁰

Linkolan näkemys oli, että kansan jääminen vaille terveydenhoitoa johtui paitsi hoitohenkilökunnan myös koko kansan kattavan sairausvakuutuksen puuttumisesta. Pelkkä sairaaloiden rakentaminen ja henkilökunnan kouluttaminen eivät riittäneet, vaan lainsäädännöllä tuli taata, että ne hyödyttäisivät jokaista kansalaista. Linkola palasi vielä käsittelemään suomalaisten terveyttä:

¹⁴⁸ HE 129/1962, 1–2.

¹⁴⁹ Esim. Valtiopäivät (vp) 1963 ptk. 10.5.1963, 877, 880, 882; VP 1963 ptk. 21.5.1963, 986.

¹⁵⁰ VP 1963 ptk. 10.5.1963, 870, ed. A-L. Linkola (kok).

”On itsestään selvää, että yli koko kansan ulottuvan sairausvakuutuslain puuttuminen on ollut erittäin suurena osatekijänä siinä, että kansanterveytemme on niin alhaisella tasolla kuin se tällä hetkellä vielä on. Naispuolisten kansalaistemme kohdalla tilanne on jossain määrin valoisampi, koska valtaosa naisista nauttii äitiys- ja lastenneuvoloista annetun lain etuisuuksista. Niin ikään imeväiskuolleisuus on meillä suhteellisen alhainen, osaksi juuri edellä mainitun lain antamasta turvasta johtuen. Mutta sen sijaan esim. 35–39-vuotiaiden miesten kohdalla kuolleisuusluvut ovat Suomessa kaksi kertaa korkeammat kuin muissa pohjoismaissa ja vain Espanja ja Portugali ovat ainoina eurooppalaisina valtoina meidän takanamme.”¹⁵¹

Sairausvakuutus ei ainoastaan toisi mukanaan rahallista korvausta lääkärinpalveluista ja lääkkeistä, vaan myös turvallisuutta. Se hälventäisi suurten kustannusten pelkoa ja edistäisi varhaista lääkärin apuun turvautumista sekä piilevien sairauksien havaitsemista. Tämä kaikki puolestaan pitäisi Linkolan mukaan työvoiman terveenä ja olisi siten kansantaloudelle merkittäväksi hyödyksi. Sairausvakuutusta oli tarkasteltava koko kansantalouden edut huomioon ottaen.¹⁵²

Linkolan puheenvuoro ja lainaukset siitä osoittavat, että väestöpoliittinen ajattelu oli mahdollisesti häviämässä alaa uudenlaiselle kansanterveysajattelulle, jossa miesten alhainen elinikä oli erottautumassa omaksi ongelmakseen. Puheenvuorosta on havaittavissa myös Kuusen teoksen merkitys: Linkola olettaa kansanedustajien lukeneen sen, ja kuvailee sen saaneen ”ansaittua” huomiota.

Niin ikään SKDL:n edustaja Irma Torvi vetosi sairausvakuutuksen tarpeellisuutta perustellessaan kansainvälisiin vertailuihin suomalaisten terveydestä ja erityisesti työikäisten miesten kuolleisuudesta:

”Kansamme terveyden taso verrattuna muihin kansoihin on kuitenkin sangen lohduton. Maailman terveysjärjestön suorittamien tutkimusten ja vertailujen perusteella joudumme Euroopan maiden viimeisimpiin. Erityisen hälyttäviä ovat numerot parhaassa työkykyisessä iässä olevien miesten kuolleisuudesta. Naisten terveydentila – vaikka täällä on myöhään

¹⁵¹ VP 1963 ptk. 10.5.1963, 870, ed. A-L. Linkola (kok).

¹⁵² VP 1963 ptk. 10.5.1963, 870–871, ed. A-L. Linkola (kok).

herätty siitäkin huolehtimaan – ei sittenkään ole niin huono kuin miespuolisen väestön.”¹⁵³

Torvi totesi myös puheenvuorossaan, että osasyllinen väestön huonoon terveydentilaan oli maata vaivannut pula lääkäreistä ja muusta sairaanhoidon henkilökunnasta. Lisäksi palvelut jakautuivat maassa epätasaisesti kaupunkien ja maaseudun kesken, eikä Torven mukaan työikäinen väestö tahtonut kustannusten pelossa turvautua lääkärin apuun ennen kuin äärimmäisessä hädässä. Torvi lainasi puheenvuorossaan samaa Kuusen toteamusta kuin edustaja Linkola, ja esitti olevansa Kuusen kanssa samaa mieltä Suomesta piilevien sairauksien maana.¹⁵⁴

Sairausvakuutuskeskustelun osana miesten varhainen elinikä ja aikuisväestön terveydentila olivat kansallinen häpeä. Lisäksi lääkäreiden ja muun terveydenhoitohenkilökunnan vähäisyys ja epätasainen jakautuminen maassa nähtiin yhtenä syynä aikuisväestön huonoon terveydentilaan. Sairausvakuutuslakia koskevassa keskustelussa kiinnitettiin kuitenkin runsaasti huomiota myös äitien terveydenhuoltoon ja keskusteltiin äitiysavustuslain merkityksestä.¹⁵⁵ Keskustelusta kävi myös ilmi huoli nimenomaan perheiden toimeentulosta sairauden tai työkyvyttömyyden sattuessa.¹⁵⁶

¹⁵³ VP 1963 ptk. 10.5.1963, 878, ed. I. Torvi (skdl)

¹⁵⁴ VP 1963 ptk. 10.5.1963, 878–879, ed. I. Torvi (skdl)

¹⁵⁵ Esim. VP 1963 ptk. 10.5.1963, 866, 878, 881.

¹⁵⁶ Esim. VP 1963 ptk. 21.5.1963, 977.

4 Yhteiskunnalliseksi kysymykseksi

1960-luvun aikana aloitettu uudenlainen kansanterveystyö muotoiltiin paitsi lääkäreiden keskuudessa, myös poliittisessa ja julkisessa elämässä. Kuusi oli julkaissut ohjelmansa, sairausvakuutuslaki oli voimassa ja kansanterveyslakia alettiin valmistella. Kansanterveyslakia käsiteltäessä kukaan ei enää kiistänyt sen tarpeellisuutta, vaikka toteuttamistavoista oltiin erimielisiä. Kukaan ei myöskään kiistänyt sitä, että suomalaiset aikuiset ja erityisesti miehet olivat sairaalloisia ja tämän vuoksi tarvittiin toimenpiteitä. Maantieteellinen eriarvoisuus, sukupuolten väliset terveyserot ja vertailu muuhun Eurooppaan näkyi keskustelussa 1960-70-luvuilla. 1970-luvulle tultaessa sydän- ja verisuonitaudit, psyykkiset sairaudet, tapaturmat sekä vanhenemiseen liittyvät kulumissairaudet nimettiin uusiksi kansantaudeiksi.¹⁵⁷

4.1 Kansanterveyden uhat: tupakointi ja ravinnon rasvat

Vuoden 1961 lopussa ja 1962 alussa käytiin Duodecimissa mielenkiintoista keskustelua koskien sydän- ja verisuonitautien aiheuttamaa kuolleisuutta vuonna 1957. Ensimmäisenä julkaistiin Antti Mattilan kirjoitus, jossa hän totesi Suomen sydän- ja verisuonitautikuolleisuuden saaneen viime aikoina runsaasti huomiota ja katsoi aiheelliseksi tarkastella tuota kuolleisuutta kansainvälisten tilastojen valossa. Mattila päätyi vertailuissaan tulokseen, että oikeastaan tilanne oli suomalaisten kohdalla varsin edullinen ja useimmissa maissa kuolleisuusluvut olivat huomattavasti korkeampia. Lisäksi hänen mukaansa Suomessa naisten sydän- ja verisuonitautikuolleisuus oli itse asiassa Suomessa suurempaa kuin miesten vastaava: aivohalvausten ja verenpainetautien kohdalla näin oli, mutta verisuonten kovettumisesta ja rappeutumisesta aiheutuvat sydänsairaudet olivat miehillä yleisempiä. Kaiken kaikkiaan Mattilan mukaan miesten tilanne ei ollut ollenkaan niin synkkä kuin usein annettiin ymmärtää.¹⁵⁸

Mattilan tarkoituksena ei ollut tarkastella syytä mieshakuiseen sydäntautikuolleisuuteen, mutta hän esitti asiasta eräitä arvioita. Syyksi Mattila arveli esimerkiksi sukupuolta ja estrogeenin naisia suojaavia vaikutuksia. Hän ei tarkastelunsa perusteella allekirjoittanut väitteitä, joiden mukaan nykyaikaan liittyvä kiire, stressi ja ”väestön sosiaalinen taso” liittyisivät kuolleisuuteen, eivätkä liioin maantieteellis-ilmastolliset seikatkaan. Sen

¹⁵⁷ Harjula 2015, 251.

¹⁵⁸ Mattila, Antti (1961) Sydämen ja verisuoniston tautien eräissä maissa vuonna 1957 aiheuttamasta kuolleisuudesta. Duodecim 20/1961, 731, 733–734.

sijaan sydän- ja verisuonitauteihin vaikutti liittyvän vanheneminen ja sen aiheuttama rappeutuminen, mahdollisesti jotkin kulttuureihin liittyvät tavat, perinnöllisyys tai ravinto, erityisesti sen sisältämät rasvat.¹⁵⁹

Viimeisen väittämän vuoksi Mattila myös tarkasteli kuolleisuuden suhdetta maidon, maitotuotteiden ja rasvan kulutukseen. Hänen mukaansa tarkastelusta selkeni, että 30–49-vuotiaiden miesten ”koronaarikuolleisuudella ei ole ainakaan mitään selvää korrelaatioita maidon eikä myöskään muiden rasvatuotteiden kulutuksen kanssa”, vaikka yksittäistapauksistahan ei voinut mitään sanoa. Lopuksi Mattila totesi vielä, että ”kaiken edellä olevan perusteella on todettava, että maamme sydän- ja verisuonitautitilanteesta on annettu vielä huonompi kuva kuin se todellisuudessa on”.¹⁶⁰ Mattilan kirjoitus oli hyvin mielenkiintoinen, sillä hänen esittämänsä toteamukset olivat melkoisessa ristiriidassa muiden havaintojen kanssa.

Olavi Haimi kirjoitti vastineen Mattilalle ja se julkaistiin Duodecimissa seuraavan vuoden alussa. Haimi totesi, että Mattila oli ”vertailussaan päätenyt perin hämmästyttäviin tuloksiin, jotka poikkeavat tähänastisesta tiedosta huomattavasti”. Mattila oli Haimin mukaan ”saanut” sydäntautikuolleisuuden pieneksi, sillä hän oli tehnyt vertailun korjaamattomien kuolleisuuslukujen avulla, ja nämä eivät huomioineet väestörakenteiden erilaisuutta.¹⁶¹

Kirjoituksessaan Haimi on tehnyt omia vertailujaan, jotka osoittivat Mattilan väitteet vääriksi. Samoin naisten suurempi kuolleisuus sydän- ja verisuonitauteihin oli paikkansapitämätön väite.¹⁶²

Paavo Roine kirjoitti vuonna 1966 ravinnosta ja terveydestä hyvinvointivaltiossa sekä sen ongelmista. Hän saattoi todeta, että yleinen ravitsemusvirhe hyvinvointivaltiossa oli lihavuus, joka johtui liiallisesta syömisestä ja liian vähäisestä liikunnasta. Toinen ongelma oli arterioskleroosi, jonka syntyyn ravintokin epäilemättä vaikutti, erityisesti sen sisältämien rasvojen vuoksi: sekä rasvojen kokonaismäärä, että laatu vaikuttivat. Näiden lisäksi hyvinvointivaltiossa asuvien ongelma oli runsas sokerin kulutus.¹⁶³

¹⁵⁹ Mattila, Antti 1961, 739–741.

¹⁶⁰ Mattila, Antti 1961, 741, 743.

¹⁶¹ Haimi, Olavi (1962) Sydän- ja verisuonitautikuolleisuus 1957. Duodecim 1/1962, 46.

¹⁶² Haimi, 47–48.

¹⁶³ Roine, Paavo (1966) Ravinto ja terveys hyvinvointivaltiossa. Duodecim 23/1966, 1186.

Martti Karvonen kirjoitti vuonna 1970, että vuosittain tuhansia työikäisiä suomalaisia kuoli sydän- ja verisuonitauteihin, miehiä yli kaksi kertaa naisia enemmän. Lisäksi maan sisäiset erot olivat huomattavia. Karvosen mukaan näiden sairauksien ennaltaehkäisyyn kuului esimerkiksi suomalaisen kansanravitsemuksen muuttaminen, mikä oli mahdollista vaikuttamalla keittiö- ja meijeriteknologiaan. Erityisesti maitotuotteista suomalaiset saivat runsaasti tyydyttyntä rasvaa, jonka saanti oli esimerkiksi itäsuomalaisilla miehillä huolestuttavan suurta. Lisäksi ennaltaehkäisyä voitiin tehdä ehkäisemällä verenpaineen nousua, tupakointia ja lihavuutta.¹⁶⁴

Myös Maija Pekkarinen kirjoitti suomalaisten ruokavalion ja ravitsemuksen ongelmista vuonna 1971. Pekkarisen mukaan viime aikoina liikaravitsemuksesta ja ravinnon sisältämien rasvojen määrä oli muodostunut ongelmaksi: suomalaisten ravinnosta rasvojen osuus oli keskimäärin 35 %, Itä-Suomen miehillä jopa 40 %. Rasvojen saannin rajoittaminen olikin varmasti terveyden kannalta perusteltua jokaiselle.¹⁶⁵

Lauri Autio totesi Lääkärilehdessä, että sydän- ja verisuonitaudit herättivät paljon keskustelua. Asiaa hankaloitti se, että kun yleensä ”valistuksen ja julistuksen luonteeseen kuuluu varmuus, kriittinen teksti kiinnostaa vähemmän”: lääkäreillä oli toisistaan eriäviä näkemyksiä sydän- ja verisuonitautien syistä. Kun toinen lääkäri kielsi maidon ja sianlihakastikkeen, toinen sanoo, ettei asia ole tärkeä, kolmas varoittaa tupakoinnin vaaroista. Ainoastaan tutkimus saattoi tuoda lisäselvennystä ongelmiin.¹⁶⁶ Tästä oli kiintoisasti huomattavissa, kuinka sydän- ja verisuonitautikuolleisuuden ongelmassa oli lääkärikunnan sisäisiäkin erimielisyyksiä ongelman määrittelemisestä.

Keuhkosityöpää koskevia kirjoituksia julkaistiin 1960-luvulla Suomen Lääkärilehdessä ja Duodecimissa. Esimerkiksi Lahja Klemetti kirjoitti aiheesta verraten keuhkosityöpää muihin syöpätyyppeihin. Klemetti totesi, että miehet olivat selkeä enemmistö niin keuhkojen, kurkunpään kuin vatsasyöpäkuolleisuudessa, samoin kuin kokonaissyöpäkuolleisuudessakin. Vuodesta 1958 alkaen keuhkosityöpä oli ollut miehillä yleisin syöpätyyppi, ja keuhkosityöpäkuolleisuus oli ”huolestuttavasti” lisääntynyt.

¹⁶⁴ Karvonen, M. J. (1970) Sydän- ja verisuonitaudit – ehkäisy ja varhainen toteaminen. SLL 23/1970, 2036–2038.

¹⁶⁵ Pekkarinen, Maija (1971) Suomalaisen ruokavalion vaikutus terveyteen. SLL 26/1971, 2771.

¹⁶⁶ Autio, Lauri (1970) Morbus cordis coronarius. SLL 3/1970, 174–175.

Keuhkosityöpää esiintyi Suomessa Pohjoismaista eniten. Myös tupakoinnin leviäminen koululaisten keskuuteen herätti huolta.¹⁶⁷

Vuonna 1964 Tapani Kosonen kirjoitti tupakoinnin yhteydestä terveyshaittoihin. Kosonen totesi, että useat viime vuosina tehdyt tutkimukset näyttivät todistavan tupakoinnin vaikutuksen esimerkiksi keuhkosityövän, kroonisen keuhkoputkentulehduksen ja sepelvaltimotautien syntyyn, ja nämä sairaudet olivat Suomessakin kuolinsyytilastoissa merkittäviä.¹⁶⁸

Samana vuonna Kosonen pohti myös, saattoiko saunominen olla yksi syy siihen, että suomalaisten ja norjalaisten välillä oli eroja keuhkosityöpäkuolleisuudessa ja oliko saunomistavoissa eroa sukupuolten välillä. Kosonen piti luultavana, että oli, ja tämä taas saattoi väkivaltaisten kuolinsyiden ohella olla syy miesten korkeampaan kuolleisuuteen. Kosonen pohti myös, saattoiko saunomisella olla vaikutus degeneratiivisten sydäntautien syntyyn.¹⁶⁹

Tupakoinnin vastustaminen ja sille vaadittavat rajoitukset olivat osa miellettyä ongelmaa uusien kansanterveysongelmien kanssa, mikä näkyi myös eduskunnassa. Tupakoitsijoista suurin osa oli miehiä, joskin naisten osuus oli kasvussa. 1970-luvulle tultaessa tupakoinnin yhteydestä keuhkosityöpään sekä sydän- ja verisuonitauteihin oli saatu riittävän vahvaa tutkimusnäyttöä. 1950-luvulla oli kyetty melko tarkoin tutkimuksin osoittamaan keuhkosityövän suurempi riski tupakoitsijoilla, ja 1960-luvulla tupakoinnin terveyshaitat alkoivat olla lääkärikunnan keskuudessa tunnettu tosiasia ja se alettiin mieltää kansanterveydelliseksi kysymykseksi.¹⁷⁰

Vuonna 1966 valmistui tupakkakomitean mietintö, jossa todettiin, että kaikkialla maailmassa oli alettu kiinnittää huomiota tupakoinnin terveyshaittoihin. Tutkimustulokset olivat osoittaneet haitallisuuden lähes yksimielisesti ja siksi oli huolestuttavaa todeta, että tupakointi oli Suomessa paitsi lisääntynyt, myös leviämässä

¹⁶⁷ Klemetti, Lahja (1961) Keuhkosityöpäkuolleisuudesta maassamme. Vertailua muiden pahanlaatuisten kasvainten ja keuhkotaudin aiheuttamaan kuolleisuuteen. SLL 33/1961, 1971, 1974, 1977; Huttunen, J. – Pensala, V. – Valve, V., 487.

¹⁶⁸ Kosonen, Tapani (1964) Tupakointi ja terveys. SLL 6/1964, 386.

¹⁶⁹ Kosonen, Tapani (1964) Saunatietaa ja -tietämättömyyttä. SLL 36/1964, 2526–2527.

¹⁷⁰ Hakkarainen, Pekka (2000) Tupakka – nautinnosta ongelmaksi. Vastapaino, Tampere, 21–22; Jauho 2011, 120–121.

naisten ja nuorison keskuuteen. Asiasta oli siten tullut kansanterveydellinen kysymys ja tupakoinnin vastustaminen oli hyvin ajankohtaista.¹⁷¹

Komitean suorittaman yleisen tarkastelun perusteella oli selvää, että viitteitä tupakoinnin ja keuhkosityövän yhteydestä oli, mutta varmaksi asiaa ei vielä voitu sanoa. Saattoihan olla, että esimerkiksi perinnöllinen alttius keuhkosityövälle esiintyi samanaikaisesti tupakoinnille altistavien tekijöiden kanssa. Mietinnössä todettiin myös, että miespuolisilla tupakoitsijoilla oli keskimääräistä suurempi kuolleisuus sepelvaltimoiden sairauksiin.¹⁷² Mietinnössä esitettiin vielä useita toimenpiteitä tupakoinnin vastustamiseksi ja rajoittamiseksi.

Huhtikuussa 1970 tehtiin kansanedustajien taholta aloitteita liittyen tupakoinnin vähentämiseen. Neljän SDP:n kansanedustajan tekemä aloite totesi ensin tupakan verotuksen merkittävyyden valtion taloudelle ja totesi, että tästä huolimatta sen kansanterveydellinen merkittävyys usein unohdettiin. Aloitteessa katsottiin, että monet kansainväliset tutkimukset olivat osoittaneet tupakoinnin haitallisuuden. Erään tutkimusraportin mukaan keski-ikäisten ja vanhempien miesten osalta kuolleisuus keuhkosityöpään oli kymmenkertainen tupakoimattomiin verrattuna. Myös kuolleisuus sydän- ja verisuonitauteihin oli suurempi tupakoivilla miehillä. Tupakoinnin vaikutus kuolleisuuteen ja työkyvyttömyyteen nähtiin merkittävänä ja siten kansantaloudellisena rasitteena. Tämän vuoksi aloitteen tekijät toivoivat kiireellistä selvitystä tupakoinnin aiheuttamista kansanterveydellisistä haitoista.¹⁷³

Huhtikuussa 1970 kymmenen kansanedustajaa eri puolueista teki niin ikään toivomusaloitteen, että hallitus ryhtyisi toimiin tupakoinnin rajoittamiseksi. Aloitteessa vedottiin kansainvälisiin tilastoihin, joiden mukaan miesten keuhkosityöpäkuolleisuus oli Suomessa vertailluista maista kolmanneksi suurinta. Vuosittain 7 000 syöpäkuolemasta suuri osa johtui keuhkosityöpätapauksista. Lisäksi Maailman Terveysjärjestön tilastot vuodelta 1954 osoittivat, että suomalaisten ja erityisesti miesten kuolleisuus sydän- ja verisuonitauteihin oli suurempaa kuin missään muualla. Koska tupakoinnin haitallisuus ja yhteys näihin sairauksiin oli kyetty todistamaan ja lääkärikunta sen oli tunnustanut, tuli

¹⁷¹ Komiteamietintö 1966:B 69. Helsinki 1966, 2.

¹⁷² KM 1966:B 69, 8, 10–11, 13.

¹⁷³ Valtiopäivät 1970, liitteet VI. Helsinki 1970, toiv.al. n:o 711, Terästö ym.

aloitteen tekijöiden mukaan hallituksen ryhtyä toimenpiteisiin tupakoinnin ja tupakan mainonnan rajoittamiseksi.¹⁷⁴

Vuonna 1971 Sydänliiton järjestämän Sydänsunnuntain vaikutukset näkyivät myös kansanedustajien aloitteellisuudessa tupakoinnin vastustamistyön suhteen. Syyskuussa tehtiin neljän SKDL:n kansanedustajan toimesta aloite, jossa esitettiin, että eduskunta osoittaisi määrärahan koululaisille suunnatun tupakkavalistuksen rahoittamiseksi. Aloitteessa viitattiin Sydänsunnuntain esitelmään, jonka mukaan lähes 7 000 työkäistä suomalaista kuoli vuosittain verenkiertoelinten sairauksiin ja eniten sepelvaltimotaudin vuoksi. Näiden sairauksien synnyssä ja erityisesti sepelvaltimotukosten yhteydessä myös tupakointi oli aloitteen mukaan merkittävä riskitekijä. Tämän vuoksi tahdottiin lisätä koululaisten keskuudessa tehtävää valistustyötä.¹⁷⁵

Syyskuussa 1971 SMP:n kansanedustaja Olavi Tupamäki teki niin ikään aloitteen määrärahan osoittamiseksi tupakoinnin vähentämiseen tähtäävälle toiminnalle. Tupamäen aloitteessa oli paljon samaa kuin aiemmassa, 1970 tehdyssä. Aloite tarkasteli niitä kansainvälisiä tilastoja, joiden mukaan miesten keuhkosityöpäkuolleisuuden osalta Suomi sijoittui kolmanneksi ja totesi keuhkosityöpien merkittävän osan suomalaisten syöpäkuolleisuudesta. Edelleen aloitteessa käsiteltiin Maailman Terveysjärjestön tilastoja, jotka osoittivat suomalaisten ja varsinkin miesten kuolevan sydän- ja verisuonitauteihin useammin kuin missään toisessa maassa.¹⁷⁶

Tupamäki totesi, että tupakoinnin ja keuhkosityövän yhteys oli lääkäreiden ja muiden asiantuntijoiden keskuudessa tunnustettu tosiasia. Samoin tupakoinnin haitallisuus sydämen ja verisuoniston terveydelle oli kyetty osoittamaan. Kaikesta tästä huolimatta Suomessa ei oltu ryhdytty tupakoinnin rajoittamiseen ja haittojen ennaltaehkäisyyn tähtäävän toimintaan.¹⁷⁷

Kuten aloitteista on nähtävissä, tupakointia rajoittavia toimia ei oltu 1970-luvun alkuun tullessa valtion taholta tehty. Päinvastoin, osittain yleinen ilmapiiri oli tupakoinnin suhteen jopa sallivampi kuin vuosikymmenellä eikä tupakoinnin vastustamista pidetty arvossa vapaamielisyyden aikana. Tämän lisäksi tupakkapolitiikkaa Suomessakin

¹⁷⁴ VP 1970, liitteet VI, toiv.al. n:o 717, Tupamäki ym.

¹⁷⁵ VP 1971, liitteet IV. Helsinki 1971, rah.al. n:o 952, Suomi ym.

¹⁷⁶ VP 1971, liitteet VI, rah.al. n:o 1032, Tupamäki.

¹⁷⁷ VP 1971, liitteet VI, rah.al. n:o 1032, Tupamäki..

ohjasivat enimmäkseen valtiontaloudelliset ja kaupalliset intressit, ja tupakan vastustamistyö kärsi varojen puutteesta.¹⁷⁸

Vuonna 1971 tupakan yhteys keuhkosityöpään ja sydäntauteihin oli jo selkeä, mikä näkyi lääkäreidenkin kirjoituksissa. Esimerkiksi Sven Punsar kirjoitti tupakoinnin ja sepelvaltimotaudin yhteydestä todeten, että tupakoitsijoiden kuolleisuus oli selvästi tupakoimattomia suurempaa, erityisesti keski-ikäisillä miehillä. Erityisen vahva yhteys oli keuhkosityövän ja tupakoinnin kohdalla. Kuitenkin se näkyi myös sepelvaltimotaudin ja sydäninfarktien kohdalla: Punsarin mukaan ”kovilla tupakkamiehillä” infarkteja esiintyi useammin.¹⁷⁹ Myös Matti Hakama kirjoitti samassa numerossa tupakoinnin ja keuhkosityövän yhteydestä. Keuhkosityöpä oli Hakaman mukaan lisääntynyt ja tupakoivien riski sairastua keuhkosityöpään tupakoimattomia suurempi.¹⁸⁰

3.4 Tapaturma- ja itsemurhakuolleisuus

Työn ja vapaa-ajan tapaturmiin ja väkivaltaan liittyvä kuolleisuus ja itsemurhat olivat miehillä naisia yleisempiä kuolinsyitä. Alkoholi oli usein mukana tapaturmakuolleisuutta koskevassa pohdinnassa.

Työtapaturmat olivat sotien jälkeen lisääntyneet ja ne aiheuttivat enenevässä määrin työpäivien menetyksiä. Osittain muutos johtui tilastointiperusteista, mutta se ei selittänyt asiaa täysin. Työtapaturmien syitä pohdittaessa keskusteltiin esimerkiksi juopottelusta työajalla, mutta osittain syynä oli myös uuden, tottumattoman työvoiman ja uusien vaarallisten työtehtävien yhteensovittaminen. Lisääntyneet työtapaturmat lisäsivät kiinnostusta niiden torjuntaan, jossa keinoina nähtiin koulutus ja kasvatus sekä toimien kohdistaminen työntekijään itseensä: merkittävä osa tapaturmista johtui ihmisen omasta toiminnasta.¹⁸¹

Woldemar Lojander totesi vuonna 1959, että moni tapaturma olisi voitu välttää noudattamalla asianmukaista turvallisuutta. Lojanderin mukaan jatkuvasti saatiin lukea lehdistä liikenneonnettomuuksista, hukkumisista tai teollisuuslaitoksissa sattuneista onnettomuuksista ja kuolintapauksista. Erityisesti lasten ja nuorten kohdalla tapaukset

¹⁷⁸ Hakkarainen, 46–47.

¹⁷⁹ Punsar, Sven (1971) Tupakointi ja sepelvaltimotauti. SLL 1/1971, 27, 29–30.

¹⁸⁰ Hakama, Matti (1971) Tupakka ja hengityselinten sairaudet. SLL 1/1971, 38–39.

¹⁸¹ Kettunen, 373–375, 377.

olisivat olleet vältettävissä ja näissä tilanteissa myös kansantaloudellinen arvo oli suuri. Lisäksi jos väkivaltaiset kuolemat (itsemurhat, henkirikokset) yhdistettiin tapaturmien kanssa, saatiin verenkiertoelinten veroinen kuolinsyyryhmä.¹⁸²

Erytisesti miesten itsemurhat ovat olleet Suomessa vuosikymmenten ajan kansallinen ongelma, mikä näkyi jo 1950-luvulla. Suuret yhteiskunnalliset ja taloudelliset muutokset ovat usein nostaneet suomalaisten miesten itsemurhalukuja. Näitä murroksia ovat olleet 1930-luvun lama, 1950-luvun jälleenrakennusvuodet, suuren maaltapaon aika 1960-luvulla, mutta syystä tai toisesta sotien aikana itsemurhakuolleisuus väheni tilapäisesti.¹⁸³

Vuonna 1962 Kalle A. Achté julkaisi Duodecimissa artikkelin, jossa esitteli sosiaalista tutkimusta Helsingissä tehdyistä itsemurhista. Achté totesi tapausten lisääntyneen ja vuonna 1958 Suomessa tehtiin kansainvälisessä vertailussa viidenneksi eniten itsemurhia. Näistä itsemurhista keskimäärin neljä viidestä oli miesten tekemiä, joskin naisten osuus oli ollut kasvussa. Leskillä ja eronneilla itsemurhat olivat muita yleisempiä.¹⁸⁴

Achté eritteli itsemurhien mahdollisia syitä ja pohti esimerkiksi psykoottisten henkilöiden osuutta itsemurhan tehneiden joukossa. Lisäksi oli todettu, että itsemurhaan liittyi vaikea elämäntilanne ja ”hyvin usein onneton lapsuus” ja rikkinäinen koti, minkä vuoksi nämä henkilöt olivat taipuvaisia suuntaamaan aggressiot itseensä. Myös alkoholin osuutta itsemurhiin oli tarkasteltu Suomessakin, mutta sen vaikutus näytti olevan välillinen. Naisten ja miesten teoissa oli havaittavissa myös eroja:

”Naiset ovat taipuvaisia valitsemaan verettömän ja vähemmän aggressiivisen itsemurhamenetelmän. Kenties tämä onkin yhtenä syynä siihen, että heidän itsemurhayrityksensä harvemmin päättyvät kuolemaan kuin miesten.”¹⁸⁵

Liikenneonnettomuudet ja niiden aiheuttama kuolleisuus herättivät myös keskustelua lääkäreiden keskuudessa. Lääketieteen mielenkiinto aiheeseen ei ollut kovin suurta, eikä valistus ei näyttänyt toimivan, minkä lisäksi asenteet liikenteessä tarvittavia suojarusteita kohtaan olivat huonoja.¹⁸⁶ Vuonna 1961 Tapani Kosonen totesi, että

¹⁸² Lojander, W. (1959) Keskeisiä terveydenhoidollisen toiminnan kohteita II. SLL 30/1959, 1454–1455.

¹⁸³ Kauhanen – Erkkilä – Korhonen – Myllykangas – Pekkanen, 92.

¹⁸⁴ Achté, K. A. (1962) Sosiaalinen tutkimus Helsingissä 1958–1960 tehdyistä itsemurhista. Duodecim 14/1962, 677–678.

¹⁸⁵ Achté, 678–679.

¹⁸⁶ Westerlund, Rainer (1967) Uusi kulkutautimme. SLL 32/1967, 2432-2433.

normaalisti liikenneturvallisuuden ajateltiin kuuluvan viranomaisille, mutta onnettomuuslukujen tarkastelu paljasti, että merkitys oli kansanterveydelle samaa luokkaa kuin eräiden pelottavina pidettyjen kansantautien. Koska lääkäreiden tehtävä oli taistella kuolemaa ja sairautta vastaan, myös liikenneturvallisuus kuului heidän alalleen: erityisesti alkoholin vaikutuksen alaisena ja väsyneenä ajamisen vaaroista tuli valistaa.¹⁸⁷

Seuraavana vuonna Tapani Kosonen kirjoitti Lääkärilehdessä liikennetapaturmatutkimuksesta, jota Lääkäriliitto oli ryhtynyt edistämään. Tavoitteena oli selvittää liikennetapaturmien kansanterveydellinen merkitys ja neuvotteluihin osallistui lääkäreiden ohella Tapaturmantorjunta ry:n (Talja) edustajia. Kosonen kirjoitti muutenkin useasti liikennetapaturmista.¹⁸⁸

Vuonna 1964 käsitellessään liikennetapaturmista johtuvaa kuolleisuutta Suomessa Pär Slätis totesi, että tapaturmainen kuolema oli Suomessa todennäköisin kuolinsyy ikävuosina 5–44 ja suurimman yksittäisen tapaturmaryhmän muodostivat liikenneonnettomuudet. Liikenneonnettomuuksien määrä oli edellisvuosina kasvanut: liikenteen määrä oli kasvanut odotettua nopeammin ja se oli aiheuttanut sosiaalisia ja lainsäädännöllisiä ongelmia. Liikenneonnettomuudet oli katsottu niin keskeiseksi ongelmaksi, että Suomen Lääkäriliitto ja Talja olivat perustaneet vuonna 1961 Liikenneturvallisuuskysymysten lääketieteellisen neuvottelukunnan, jonka tehtävä oli toimia asiantuntijaroolissa liikennelääketieteellisissä kysymyksissä.¹⁸⁹

Vuonna 1965 Suomessa saavutettiin kyseenalainen ennätys, kun yli 1 000 henkilöä kuoli liikennetapaturmissa. Tapani Kosonen kirjoitti aiheesta Lääkärilehdessä tapaturmista todeten:

”Liikennetapaturmien kanssa yhdessä muut tapaturmat ja väkivaltainen kuolema yleensä muodostavat erittäin merkittävän kansanterveyteen haitallisesti vaikuttavan tekijän Suomessa. Maan kokonaiskuolintilastossa väkivaltainen kuolema on miesten keskuudessa kolmannella tilalla. Kun esim. 1963 koko maassa kuoli 8 388 miestä sydän- ja verisuonitauteihin ja

¹⁸⁷ Kosonen, Tapani (1961) Lääketiede ja liikenneturvallisuus. SLL 5/1961, 215–216.

¹⁸⁸ Kosonen, Tapani (1962) Liikennetapaturmatutkimus. SLL 21/1962, 1613; Kosonen, Tapani (1963) Liikenneturvallisuus – tärkeä kansanterveyskysymys. SLL 1/1963; Kosonen, Tapani (1965) Yhteispeliä tarvitaan. SLL 18/1965.

¹⁸⁹ Slätis, Pär (1964) Liikennetapaturmat Suomessa. Duodecim 17/1964, 728.

3 965 kasvaimiin, kuoli heitä tapaturmiin tai muuten väkivaltaisesti 2 593 mutta esimerkiksi tartuntatauteihin vain 628.”

Kansanterveyden kannalta erityisen huolestuttavaa oli, että nämä kuolemat olivat yleisiä nuorissa ikäryhmissä. Kun tapaturmat muodostivat näin merkittävän kansanterveydellisen ongelmaryhmän, olisi niitä Kososen mukaan tullut tutkia enemmän kuin monia muita kansanterveyden haittoja. Silti vaikutti siltä, että erityisesti lääketiede ei ollut kiinnostunut niihin liittyviä kysymyksiä tutkimaan. Tässä olikin parantamisen varaa.¹⁹⁰

Vuonna 1970 eräät lääkärit kirjoittivat Lääkärilehdissä tapaturmista ja hukkumiskuolleisuudesta. Kirjoittajien mukaan Suomessa kuoli vuosittain noin 500 henkilöä vesillä, ja erityisesti ”kesäisten juhlapyhien” aikaan sattuneet vesiliikennekuolemat olivat viime vuosina herättäneet kiinnostusta. Hukkumiskuolleisuuden luvut olivat merkittäviä muiden tapaturmien kanssa: väkivaltaisista kuolemista noin kolmannes oli tieliikennekuolemia ja vesiolosuhteissa kuolleiden määrä oli toisella sijalla. Aineistostaan he totesivat, että aikuisten osalta tapaturmista oli sattunut miehille 292 ja naisille 24, joten kyseessä oli enemmän miesten ongelma.¹⁹¹

4.2 Poliittisen lääketieteen aika?

Psykiatri ja sosialistilääkäri Claes Andersson¹⁹² kirjoitti vuonna 1968 Suomen Lääkärilehden pääkirjoituksen, jossa esitti kritiikkiä lääkärikunnan konservatiivisuutta ja elitistisyyttä kohtaan. Andersson näki ongelmana sen, että lääketieteen opiskelijoille ei ollut yhteiskuntatieteellistä opetusta, minkä vuoksi omaan ammattikuntaan samaistuttiin jo opiskeluaikana vahvasti ja vastavalmistuneet olivat ”autuaan tietämättömiä” poliittisista mekanismeista. Kaiken tämän ja omien kokemuksiansa vuoksi Anderssonin kyseenalaisti sen, suhtautuivatko lääkärit kaikkiin potilaisiin samalla tavoin:

”Lauttasaarenkadun yömajasta minulle on kerrottu, että päivystävä lääkäri on toistuvasti kieltäytynyt tulemasta sinne, koska siellä ’on niin paha haju’. Tämä siitä huolimatta, että lääkäri kutsutaan vain todella vaikeissa

¹⁹⁰ Kosonen, Tapani (1966) Tapaturmat kansanterveyskysymyksenä. SLL 6/1966, 446.

¹⁹¹ Alha, A. – Hirvonen, J. – Lehti, H (1970) Hukkumiskuolemat ja niiden tausta Suomessa vuonna 1967. SLL 17/1970, 1630–1631.

¹⁹² Nyström, 111.

tapauksissa. Tällaisia esimerkkejä voisi löytää paljon. On yleisesti tunnettua, että tällaista tapahtuu. Voisimmeko me lääkärit ajatella, että joka kerta kun kohtelemme ihmistä välinpitämättömästi ja alentuvasti, syvennämme luokkavastakohtaisuuksia yhteiskunnassa. – – Joka kerta poikkeamme lääkäriinvakuutuksessa antamastamme lupauksesta.”¹⁹³

Anderssonin kirjoitus aiheutti luonnollisesti lääkäreiden keskuudessa myös kritiikkiä, mutta se näytti myös lääkärikunnan muuttuvan suhtautumisen puoluepolitiikkaan. Politisoituminen alkoi opiskelijoiden keskuudessa ja ilmapiiri muuttui niin tiukemmin puoluesidonnaiseksi. Kevään 1970 eduskuntavaaleissa oli myös ennätysmäärä lääkäreitä ehdokkaina.¹⁹⁴

Lääkärikunnan politisoituminen ja terveystalouden uudistuminen osuivat yhteiskunnallisten muutosten aikaan: suuret ikäluokat aikuistuivat, Suomi kaupungistui, maaltapako kiihtyi, elintaso nousi ja vapaa-aika lisääntyi. Samalla irtauduttiin perinteisistä yhteisöistä, kuten yllä oleva kirjoituskin osoitti. Myös terveystaloutta koskevalla kritiikillä oli yhteytensä yhteiskunnalliseen radikalismiin: kriittinen terveystutkimus ja luokkaerojen tarkastelu alkoivat muotoutua. Marxilainen ajattelu tuli yliopistolaitokseen, myös lääketieteen tutkijayhteisöön.¹⁹⁵ Claes Anderssonin lisäksi 1960-luvulla syntyi näkyvästi vaikuttavien lääkäreiden joukko, johon kuuluivat esimerkiksi Osmo Kaipainen, Ilkka Taipale, Kari Puro ja Mikko Niemi.¹⁹⁶

1970-luvun alussa Suomen Lääkärilehti julkaisi Ilkka Taipaleen kirjoituksen Poliittisen lääketieteen aika. Kirjoituksen tyyli oli varsin voimakas ja ehdotukset konkreettisia. Taipale aloitti toteamalla maan aikuisen väestön ja erityisesti miesten odotettavissa olevan eliniän kääntyneen laskuun ja totesi:

”Vaikka tämä tieto on jo muutamissa yhteyksissä esitettykin, se on jäänyt vaille asiaankuuluvaa reaktiota. Perinteinen yksilökohtainen ja parantava lääketiede on kriisissä. Emme enää kykene hoitamaan tässä yhteiskunnassa ilmeneviä kansantauteja yksinomaan sairaalalaitosta tai avosairaanhoitoakaan kehittämällä.”¹⁹⁷

¹⁹³ Andersson, Claes (1968) Epäpoliittinen lääkäri. SLL 36/1968, 3148–3149.

¹⁹⁴ Nyström, 112.

¹⁹⁵ Harjula 2007, 103; Karisto & Rahkonen, 39.

¹⁹⁶ Nyström, 111.

¹⁹⁷ Taipale, Ilkka (1971) Poliittisen lääketieteen aika. SLL n:o 12, 1186.

Taipale oli vuonna 1970 tunnettu lääkäreidenkin keskuudessa. Vuonna 1964 lääketieteen kandidaattina hän oli alkanut kirjoittaa *Medisiinari*-lehteen Idealista-palstaa ja käsitteli lehdessä lääkärikunnan tabuina pidettyjä aiheita, aborttia ja eutanasiaa jakaen kandidaattilukijakuntaa. Taipale oli toisen nuoren lääkärin Claes Anderssonin ohessa myös kontrollipolitiikkaa vastustavan Marraskuun liikkeen aktiivi. Liike järjesti vuonna 1967 itsenäisyyspäivän juhlan Uudella ylioppilastalolla kutsuen paikalle ryhmiä, joiden asiaa liike ajoi: köyhiä, asunnottomia ja alkoholisteja. Juhla sai osakseen huomiota ja juhlasta esitettiin televisiossa. Lääkärikunnassa tapaus aiheutti kuohuntaa: Lääkäriliiton puheenjohtaja Harri Nevanlinna kirjoitti Helsingin Sanomiin tapausta jyrkästi arvostelevalle tekstille, jossa kutsui tilaisuutta ”puliukkojuhlaaksi”, joka ei tulisi auttamaan alkoholistien ja asunnottomien asiaa lainkaan. Taipaleen hän epäili olevan väärällä alalla. Nevanlinnan kirjoitus liiton puheenjohtajan roolissa herätti arvostelua lääkärikunnassa. Tämä itse väitti kyseessä olleen Helsingin Sanomien erehdys ja tarkoitus oli ollut kirjoittaa yksityishenkilönä.¹⁹⁸

Suomen Lääkärilehden pääkirjoituksessa Taipale totesi, että länsimaissa oli elänyt usko siihen, että taloudellinen kasvu johtaa kuolleisuuden alenemiseen ja kansalaisten terveyden parantumiseen. Näin ei käynyt, vaan tuli uusia kansantauteja, joihin vanhat, aiemmin tehokkaat keinot eivät enää toimi. Esimerkkeinä Taipale mainitsi sydäntaudit, itsemurhat, alkoholismin sekä liikenne- ja työtaturmat: näissä ei enää tehonnut se, että lääkäri otti vastaan, tutki ja diagnosoi. Yksittäinen lääkäri saattoi tuntea itsensä yksinäiseksi näiden ongelmien edessä.¹⁹⁹

Kirjoituksessaan Taipale ehdottaa toimenpiteitä, joilla kehitykseen olisi mahdollista vaikuttaa. Sepelvaltimotautien kohdalla yksi tehokas keino olisi tupakoinnin vähentäminen, sillä miesten ylikuolleisuus tähän tautiin oli suurta, 1 700 miestä vuodessa, ja sekin edusti Taipaleen mukaan vain noin puolta tupakoinnin aiheuttamasta ylikuolleisuudesta Suomessa. Samoin rasvapolitiikalla voitiin merkittävästi vaikuttaa asiaan. Liikennetaturmien vähentämiseksi Taipale ehdotti joukkoliikenteen käyttöön kannustamista sekä kattonopeusrajoituksia ja turvavyöpakkoa. Kysymys oli vain siitä, arvostettiinko enemmän terveyttä vai tehokkuutta yhteiskunnan keskeisenä arvona. Samanlaisia kysymyksiä voitiin pohtia itsemurha- ja työtaturmakuolleisuuden

¹⁹⁸ Nyström, 106, 109.

¹⁹⁹ Taipale, 1186.

kohdalla. Taipale katsoo myös lääkärikunnan olevan vastuussa asiasta: terveysarvoa ei pidetä tarpeeksi tärkeänä, ja tämän korjaamiseksi tarvitaan poliittista lääketiedettä.²⁰⁰

Taipaleen kirjoitukselle ilmestyi muutaman numeron sisällä vastine, jonka Pentti Puntala aloitti seuraavin sanoin:

”Viime vuosina on joukkotiedotusvälineiden ja puolueiden poliittisten ohjelmien avulla yleiseen tietoisuuteen ja suosioon tullut joukko lääkäreitä, jotka siten ovat luoneet itselleen varsin pitävän jalansijan vihaamansa hierarkian yläpäässä. Samalla he ovat kohonneet taloudellisesti erittäin turvattuun asemaan, jota he myös julkisissa puheissaan ilmoittavat vastustavansa. Tältä taholta on myös tuotu esiin käsite poliittinen lääketiede tai lääketieteen politisoiminen, joka nyt kuulemma kykenee parantamaan sairaita paremmin kuin entinen mädäntynyt medisiina neliskulmaisessa huoneessa.”²⁰¹

Puntala viittasi kirjoituksensa alussa luultavasti ainakin SDP:n talouspoliittiseen ja sosiaalipoliittiseen ohjelmaan, jonka tekemiseen olivat osallistuneet Taipale, Puro, Kaipainen ja Niemi.²⁰²

Puntala kirjoitti, että hänen saamansa vaikutelman mukaan Taipale ei ymmärrä todellista lääkärintyötä ja unohtaa jo saavutetut, eliniän kasvuun vaikuttaneet saavutukset. Kun ihminen vanheni tarpeeksi, alkoi elimistön rappeutuminen asettaa ylitsepääsemättömiä esteitä tautien hoidolle. Puntala katsoo, että Taipaleen mielestä lääkärien ”tulisi painostaa yhteiskuntaa tiettyihin ratkaisuihin”. Samoin Puntalan mielestä Taipaleen ratkaisuehdotukset luetteleмиinsa kuolinsyihin olivat ”lievästi sanoen vailla todellisuus pohjaa ja vanhan kokemuksen mukaan käyttökelvottomia”. Puntala ei vastustanut politiikkaan osallistuvia lääkäreitä, mutta katsoi, ettei poliittista lääketiedettä tarvittu eikä lääkärikunnan tullut toimia yhtenäisenä painostusryhmänä.²⁰³

Puntala ei ymmärtänyt Taipaleen halua rajoittaa tupakointia, sillä Puntalan mielestä ainoa todettu tupakoinnin haitta oli, että se aiheuttaa keskimääräistä enemmän kroonista keuhkoputkien ärsytystä ja vaikuttaa sydän- ja verisuonitauteihin, mutta ei ollut niiden

²⁰⁰ Taipale, 1186–1187.

²⁰¹ Puntala, Pentti (1971) Tarvitaanko poliittista lääketiedettä? SLL 14/1971, 1454.

²⁰² Nyström, 111.

²⁰³ Puntala, 1454–1455.

perussy. Kieltolait olisivat turhia, tuli keskittyä lapsuudesta alkavaan terveyskasvatukseen. Rasvoja oli myös turha jakaa terveellisiin ja epäterveellisiin, vaikka joitain eroja voitiin havaita. Tässäkin ylipainon ja liikkumattomuuden torjuntaan tarvittiin kansalaiskasvatusta, ei Taipaleen toivomia rajoituksia.²⁰⁴

Puntalan kieltojen vastustus jatkui liikenneonnettomuuksien ja itsemurhien kohdalla: liikenteeseen ei kaivattu määräyksiä ja pakkoja, vaan edelleen kansalaiskasvatusta. Itsemurhien suhteen Puntala kunnioitti ihmisen oikeutta tehdä tämä valinta, mikäli se oli vakaasti harkittu, mutta: ”eri asia on tietenkin, jos on jokin syy, jonka voimme poistaa, ja täten saada keskuuteemme yhteiskuntakelpoisen kansalaisen.”²⁰⁵

Vuonna 1969 Kansaneläkelaitoksen asiantuntijalääkäri Osmo Kaipainen julkaisi pamflettinsa *Kansa kaikki kärsinyt*. Kaipainen totesi, että tartuntataudit oli Suomessakin tehokkaasti selätetty, jolloin olisi voinut luulla kansanterveydenkin kohentuneen. Näin ei ollut tapahtunut, sillä uudet vitsaukset olivat tulleet vanhojen tilalle: liiallisesta ja vääränlaisesta ravinnosta johtuva ylipaino, lisääntynyt tupakointi ja alkoholinkäyttö, liikunnan harrastamisen väheneminen ja lisääntynyt autoilu sekä sen mukanaan tuomat saastuttaminen ja liikenneonnettomuudet. Ilkka Taipaleen tapaan Kaipainen katsoi, että kaikkiin näihin tekijöihin oli mahdollista vaikuttaa politiikan keinoin, sääntelemällä ja rajoittamalla. Jostain syystä halua tähän ei näyttänyt löytyvän haluja.²⁰⁶

Kaipainen käsitteli myös eräitä keskeisiä terveysriskejä. Hänen mukaansa oli jonkinasteinen yksimielisyys siitä, että tupakka, alkoholi ja huumausaineet olivat ihmiselle haitaksi. Tupakoinnin tiedettiin aiheuttavan keuhkosityöpää, ja sillä oli todennäköisesti osansa myös sepelvaltimotaudin synnyssä tai pahenemisessa. Alkoholien osalta taas Kaipainen katsoi, että alkoholin korkea verotus suojasi yhteiskunnan varattomia alkoholismilta, sillä näkyviä ongelmia syntyi alemmissa sosiaaliluokissa.²⁰⁷

Edellisten lisäksi Kaipainen otti kantaa ravinnon rasvoihin, sillä hänen mukaansa rasvojen osuudesta huonoon kansanterveyteen ei enää ollut erimielisyyttä. Yhtenä huolestuttavana seurauksena tästä oli se, että keski-ikäisten miesten riski kuolla sepelvaltimotautiin oli noussut runsaasti ja ero ruotsalaisiin oli huomattava. Kaipainen

²⁰⁴ Puntala, 1455.

²⁰⁵ Puntala, 1455.

²⁰⁶ Kaipainen, Osmo (1969) *Kansa kaikki kärsinyt*. Onko terveys kauppatavara vai oikeus? Arvi A. Karisto Oy, Hämeenlinna, 16–17.

²⁰⁷ Kaipainen, 67–68, 75.

totesi kuitenkin, että syitä suomalaisten ylikuolleisuudelle olikin useita. Joka tapauksessa päätelmä oli, että kun ravinnon maitorasvoja piti vähentää, maatalouspolitiikalla ohjattiin kulutusta aivan toiseen suuntaan.²⁰⁸

Kaipainen totesi, että yhtenä syynä esimerkiksi miesten haluttomuuteen hakeutua hoitoon oli avoterveydenhuollon kalleus. Muita ongelmia terveydenhuoltopolitiikassa olivat esimerkiksi tutkimuksen ja suunnittelun puute, sairaalasuunnittelun koordinoimattomuus, lääkäripula sekä se, että ”terveydenhuoltopolitiikkaa on hoidettu liiaksi norsunluutornista käsin ja liian lääkärikeskeisesti”. Tämä oli Kaipaisen näkemyksen mukaan ongelmallista, sillä terveys oli koko yhteiskunnan asia ja terveydenhuoltopolitiikkakin siten poliittinen asia. Pamfletissa arvosteltiin myös kunnanlääkärijärjestelmää sen sisältämien liiallisten ”bisnespiirteiden” vuoksi, mikä oli toki ymmärrettävää toimenpidepalkkioiden vuoksi.²⁰⁹

Kaipainenkin korosti terveystietoisuuden merkitystä. Hän uskoi, että moni kyllä tiesi tekevänsä epäterveellisiä valintoja ja että kyse oli osin laiskuudesta. Silti ainakin osittain syy epäterveellisiin elämäntapoihin löytyi myös tietämättömyydestä. Siksi terveystietoisuus oli terveydenhuollon tärkeimpiä tehtäviä, jota tuli merkittävästi kehittää, vaikka se ei tuottaisi tuloksia aivan hetkessä. Koululla oli valistuksessa merkittävä tehtävä, aikuisten osalta julkiset tiedostusvälineet olivat avainasemassa.²¹⁰

Kaipaisen pamfletti herätti keskustelua Suomen Lääkärilehdessä. Päätoimittaja Tapani Kosonen arvioi Kaipaisen pamflettia lehdessä seuraavan vuoden alussa. Kosonen totesi, että Kaipaisen esittelemät ongelmat ja niiden korjausehdotukset olivat ennestään tuttuja ja päättäjien käsillä, mutta uudistusten kanssa viivyttelyn syynä oli luultavasti niiden ”poliittinen arkaluonteisuus”.²¹¹

Kaipaisen Kosonen totesi olleen asiaansa perehtynyt, mutta asiantietojen varaan oli hänen mukaansa rakennettu poliittinen sanoma, joka pyrki korostamaan luokkaristiriitoja. Erityisesti Kaipaisen ehdotus, että suuripalkkaisille johtajille asetettaisiin stressivero etukäteismaksuksi terveystietoisuudesta, joihin nämä joutuisivat ahneutensa seurauksena turvautumaan, oli Kososen mielestä ”lähes kansainvälisen demagogiapalkinnon arvoinen”. Kosonen totesi, että mikäli poliittinen värittömyys ohitettiin, teos oli melko hyvä yleiskatsaus senhetkisiin terveydenhuollon ongelmiin, joskin hänen mielestään

²⁰⁸ Kaipainen, 137–138.

²⁰⁹ Kaipainen, 22, 30, 35, 37–38.

²¹⁰ Kaipainen, 54–57.

²¹¹ Kosonen, Tapani (1970) Värikäs terveydenhuollon pamfletti. SLL n:o 5, 417.

asiatiedot olivat muualta saksittuja. Kaipaisen hän totesi luetelleen samoja ”fraaseja ja puolitotuuksia” aiemminkin eri yhteyksissä.²¹²

Kososen arvostelu sai vielä hieman myöhemmin vastineen. Jorma Palo totesi vastineessa Kaipaisen pamfletin saaneen myönteisen vastaanoton monissa oikeistoonkin katsottavissa lehdissä, miksi kirjoittajan mukaan oli entistäkin kummallisempaa lukea Kososen arvostelu. Palo kysyy, miksi on niin paheksuttu asia, että lääkäri oli mukana politiikassa. Puolueet vaikuttivat moneen myös lääkäreitä koskettavaan asiaan, ja kun lääkäreissä oli niin paljon lahjakkaita henkilöitä, oli kirjoittajan mielestä erikoista, ettei useampi heistä lähtenyt mukaan yhteiskunnalliseen vaikuttamiseen. Lopuksi Palo kannusti vielä lukemaan Kaipaisen pamfletin poliittisesta värityksestä huolimatta.²¹³

Juho Klemola kirjoitti myös arvionsa Kaipaisen pamfletista Lääkärilehteen ja kyseenalaisti Kaipaisen väittämän maitorasvojen haitallisuudesta kansanterveydelle. Klemolan mukaan voi, maito ja karjatalouden tuotteet olivat ”aina” olleet suomalaisten tärkeimpiä ravintoaineita. Hän myönsi, että liian rasvainen ravinto oli haitallinen, mutta ei ollut todisteita siitä, että eläinperäiset rasvat olisivat sydäntautien aiheuttaja. Tupakoinnilla, alkoholinkäytöllä ja ”henkisellä paineella” oli Klemolan mielestä luultavasti myös tekemistä asian kanssa. Margariinin suositteluinen ihmetytti Klemolaa, ja hän arvelikin, että ”koko tohinan takana tuntuu olevan vaan politiikka ja, luulisin, iso rahakin”.²¹⁴

Miesten varhainen kuolleisuus alkoi näkyä myös puolueiden ohjelmissa. Maalaisliitto mainitsi ongelmasta jo vuonna 1962 julkaistussa yleisohjelmassaan:

”Kun lisäksi todetaan, että 35–39 vuotiaiden miesten kuolleisuus on maassamme suhteettoman suuri, ovat maamme terveydenhuollolliset olot pahasti takapajulla. 60-luvun aikana on määrätietoisesti pyrittävä lääkärikunnan ja muun lääkintä- ja terveydenhoitohenkilöstön lisäämiseen. Ottaen huomioon lääkäreiden varsin epätasaisen jakautumisen maan eri osien kesken on uusien lääkäreiden pätevyyssehtoihin lisättävä määrääikainen palvelu kunnanlääkärinä

²¹² Sama, 417–418.

²¹³ Palo, Jorma (1970) Värikkäät ja värittömät. SLL n:o 8, 734.

²¹⁴ Klemola, J. K. (1970) Kansan kaikki kärsineen herättämiä ajatuksia. SLL 20/1970, 1843.

yhteiskunnan osoittamalla paikkakunnalla. Itä-Suomeen perustettavan yliopiston yhteyteen on jo alkuvaiheessa saatava myös lääketieteen opetusta.”

Tämän lisäksi maalaisliitto tahtoi myös toteuttaa yleisiä terveystarkastuksia ”väestön terveydellisen tason kohottamiseksi”, kehittää valistustoimintaa ja tehostaa oppilaitoksissa tehtävän terveydenhuollon toimenpiteitä.²¹⁵ Maalaisliiton ohjelmassa näkyi vielä väestöpoliittinen painotus ja ilmeisesti Kuusen teos oli vaikuttanut sen muotoiluun.

Terveyspolitiikan merkittävydestä kertoi myös se, että vuonna 1969 Suomen Lääkärilehti julkaisi kahdeksan puolueen terveydenhuoltopoliittiset ohjelmat tai ohjelmien osat numeroissaan. Ensimmäisenä vuorossa oli keskustapuolueen vuonna 1968 hyväksytty yleisohjelma, jonka terveydenhuoltoa koskevissa osissa moitittiin suomalaisten terveydenhuoltojärjestelmän sairaalakeskeisyyttä ja vaadittiin koko maahan perustettavan terveysasemaverkoston toteuttamista työikäisen väestön terveydentilan parantamiseksi. Myös lääkäreiden ja muun henkilökunnan koulutusta tuli lisätä ja lääkäreiden määrä katsottiin kansainvälisesti vertaillen vähäiseksi. Terveydenhuoltopoliittisessakin ohjelmassa todettiin sama 35–39-vuotiaiden miesten ”suhteettoman suuri” kuolleisuus ja todettiin terveydenhoidollisten olojen olevan ”takapajulla”. Niin ikään valistuksen ja yleisten terveystarkastusten vaatimus oli edelleen vuoden 1968 ohjelmassa.²¹⁶ Terveyskasvatuksen painotus oli säilynyt, mutta mukaan oli tullut esimerkiksi sairaalakeskeisyyden moittiminen.

Seuraavassa numerossa oli SDP:n vuoro. SDP:n ohjelmassa vaadittiin huomiota kiinnitettäväksi tapaturmiin ja itsemurhien ehkäisyyn. Ohjelmassa todettiin myös, että ”terveys on hyväksytty jokaisen kansalaisen perusoikeudeksi”, mutta terveyspalvelujen saanti oli pitkälti asuinpaikasta riippuvaista. Terveydenhuollon keskeisiksi epäkohdiksi katsottiin sairaalakeskeisyys, avohoidon vähäisyys, lääkäripula ja työikäisen väestön ehkäisevän terveydenhoidon laiminlyönti. Näistä ongelmista oli ohjelman mukaan seurauksena ”kansanterveytemme epäkohdat, esimerkiksi keski-ikäisten miesten suuri kuolleisuus”.²¹⁷

²¹⁵ Maalaisliiton tavoitteet 1960 luvulla, 1962.

²¹⁶ Keskustapuolueen terveyden- ja sairaanhoitopolitiikkaa. SLL 7/1969, 581–582.

²¹⁷ Suomen Sosialidemokraattisen puolueen terveydenhuoltopoliittikkaa. SLL 8/1969, 679–680.

SDP:n ohjelmassa terveyskasvatus nähtiin tärkeänä: todettiin, että ”ehkäisevän terveydenhoidon onnistumisen edellytyksenä on laaja ja tehokas terveyskasvatus”, jonka toteutuksessa tuli hyödyntää tiedotusvälineitä. Terveysteen ja sairauteen liittyvien asenteiden haluttiin rakentuvan kestäväälle pohjalle, jotta kansalaiset tottuivat terveyttä edistäviin elämäntapoihin. Toisaalta terveyskasvatuksella tuli myös pyrkiä muuttamaan ”nykyistä kieroönkasvanutta suhtautumista” mielenterveysongelmaisiiin.²¹⁸ Kyseessä on ohjelma, jonka laatimisessa olivat mukana myös eräät vasemmistolaislääkärit.

Seuraavaksi julkaistussa SKDL:n ohjelmassa miesten kuolleisuutta ei mainittu erikseen, mutta huolta herättivät terveyserot ja ennaltaehkäisevän terveydenhoidon roolia tahdottiin korostaa.²¹⁹ Tämän jälkeen vuorossa oli RKP, jolla ei ollut erillistä terveydenhuoltopoliittista ohjelmaa. Sosiaalipoliittisia asioita käsiteltiin puolueen yleisohjelmassa, mutta miehiä ei tässä erikseen mainittu.²²⁰ Seuraavassa numerossa julkaistiin lyhyehkö TPSL:n ohjelma, ja viimeisenä kokoomuksen terveydenhuoltopoliittinen ohjelma.

Kokoomuksen uutta terveydenhuoltopoliittista ohjelmaa oli juuri alettu valmistella, joten Suomen Lääkärilehteen oli valikoitu otteita vanhoista ohjelmista: avosairaanhoidoa tuli kehittää ja lääkärinkoulutuksen tuli olla riittävää. Väestön terveyden tasoa tuli kohottaa ja kehittää terveystarkastusjärjestelmä. Vuonna 1968 myös maan sairastavuuserojen ja Itä-Suomen tilanne oli nähty huolestuttavana.²²¹

Vuonna 1969 julkaistussa kokoomuksen yleisohjelmassa ja seuraavana vuonna julkaistussa terveystopoliittisessa ohjelmassa miesten korkea kuolleisuus oli huomioitu. Yleisohjelmassa todettiin, että ”meillä on tilastojen mukaan korkea työikäisten miesten kuolleisuus ja olemme kärkitiloilla monissa sairastavuus- ja sairastuvuustilastoissa”. Yleisesti tavoitteena oli lisätä terveystpalveluja, ennaltaehkäisevää terveydenhoitoa sekä avohoidon palveluja. Uutta terveydenhoitojärjestelmää tuli lisäksi rakentaa yksilökeskeiseksi.²²² Terveystopoliittisessa ohjelmassa todettiin Maailman Terveystjärjestön tilastojen osoittaneen suomalaisten työikäisten miesten korkeat kuolleisuusluvut, ja siksi tuli nyt alkaa tarkastella, kuinka kansanterveyttä parannettiin

²¹⁸ Sama, 685–686.

²¹⁹ SKP:n ja SKDL:n terveydenhuoltopoliittiset tavoitteet. SLL 9/1969, 789.

²²⁰ Ruotsalaiseen kansanpuolueen, Svenska folkpartiet, terveydenhuoltopoliittikka. SLL 10/1969, 881.

²²¹ Kansallisen Kokoomuksen terveydenhuoltopoliittikka. SLL 14/1969, 1295–1297.

²²² Kokoomuksen politiikan lähiajan suunta, 1969.

aiheuttamatta suurta kustannusten nousua. Eräänä uudistusehdotuksena oli siirtää painopiste sairauksien hoidosta terveyden vaalimiseen.²²³

4.3 ”Suomalainen mies ei mene lääkäriin”

1960-luvulla Suomessakin käytiin keskustelua sukupuolirooleista ja niihin liittyvistä ongelmista. Sukupuolirooleja ja niihin liitettyjä ominaisuuksia tarkasteltaessa miesten ongelmiksi katsottiin monia terveyteen liittyviä tekijöitä: miesten elinajanodote oli alhaisempi kuin naisten, heitä sairastui enemmän psyykkisiin sairauksiin, olivat tapaturma-alttiimpia, valtaosa omaisuus- ja väkivaltarikoksista oli miesten tekemiä ja itsemurhan tehneet olivat huomattavasti useammin miehiä.²²⁴ Pohdintaa miesten varhaisen kuolleisuuden ja sukupuoliroolien välisestä yhteydestä esiintyikin 1960-luvulla eri yhteyksissä.

Klaus A. J. Järvinen luonnehti sydän- ja verisuonitautitilannetta vuonna 1960. Järvinen käsitteli artikkelissaan sydäninfarktin saaneiden henkilöiden vaiheita ennen hoitopääsyä Helsingissä ja joutui toteamaan, että miehet olivat naisia haluttomampia hakemaan apua vaivaansa. Suomalaisten kuolleisuus sydäntauteihin ja nimenomaisesti sepelvaltimotautiin oli huomattavan suuri, erityisesti miesten kohdalla. Tämä oli merkittävä syy siihen, että suomalaiset miehet elivät jopa 6,5 vuotta lyhyemmän elämän kuin naiset, ja ero oli ”tietävästi korkeampi kuin missään muualla maailmassa”. Viime aikoina sepelvaltimotautitilanteesta oli syytetty ravinnon kovia rasvoja, minkä vuoksi Järvinen pohti, selittivätkö ne mahdollisesti sukupuolten välistä eroa.²²⁵

Järvinen totesi, että sydäninfarktin sattuessa oli monia asioita, jotka asettivat potilaan hengenvaaraan, minkä vuoksi potilaan oma virheellinen menettely oli monesti merkittävä tekijä. Virheellinen suhtautuminen oli yleisempää miesten keskuudessa, eikä edes ikä näyttänyt viisastavan. Naiset sen sijaan osasivat asettua lepoon, miehet eivät aina edes keskeyttäneet työntekoaan:

²²³ Kokoomuksen terveystoimintasuunnitelma 1970, 1969.

²²⁴ Mickwitz, Margaretha (2008) Tasa-arvotilanne 1960-luvulla. Teoksessa Mickwitz, Margaretha – von Essen, Agneta – Nordgren, Elisabeth (toim.): Roolien murtaajat. Tasa-arvokeskustelua 1960-luvulta 2000-luvulle. Gaudeamus, Helsinki, 23–24.

²²⁵ Järvinen, Klaus A. J. (1960) Äkillisen sydäninfarktin saaneen henkilön vaiheet ennen lääkärinhoitoon pääsyä. SLL 25/1960, 1423–1424.

”Miesten epäviisas suhtautuminen sydäninfarktin aiheuttamiin vahvoihin oireisiin tuli selvänä esiin myös työnteon lopettamisissa. Tuntuuhan aivan merkilliseltä, että huomattava osa jatkoi työskentelyään sydäninfarktin saatuaan. Yhtä oudolta vaikuttavat lääkäriinmenon yhteydessä ilmenneet muut edellä esitetyt seikat, jotka nekin juuri miesten kohdalla kuvastavat ehkä hellittämätöntä sisua, mutta ovat omiaan saattamaan asianomaisen hengen suureen vaaraan.”

Samoin Järvinen kertoi tiedustelleensa julkisen liikenteen avulla hoitoon tulleilta, miksi nämä eivät ottaneet esimerkiksi vuokra-autoa. Kyse ei ollut varojen puutteesta, vaan kun jalat kerran kantoivat, saattoi saman tien kävelläkin. Sitä paitsi minne tahansa ei voinut jäädä sydänkohtausta saamaan: ”Kadulla ym. yleisillä paikoilla sydäninfarktinsa saaneet miehet selittivät, ettei sellaiseen paikkaan voinut istuutua, saati käydä pitkälleen, johan muut olisivat saaneet siitä ihmettelemistä”.²²⁶

Miehet viivyttelivät lääkärille menemisen kanssa. Nekin, jotka olivat menetelleet asiallisesti sydäninfarktin saatuaan, kertoivat tehneensä niin koska jalat eivät kantaneet – lääkäriin lähteminen ei siis ollut heille valinta. Kirjoituksensa lopuksi Järvinen pohti, oliko miesten ”epäviisas” suhtautuminen sydäninfarktin oireisiin tai angina pectorikseen syy myös heidän korkeampiin kuolleisuuslukuihinsa: ponnistelujen jatkaminen kivuista välittämättä johti väistämättä sydäninfarktiin. Järvinen pohti, että valistuksella voitaisiin saada jonkinlaista muutosta asiaan, mutta toisaalta moni oli ollut hoitoon tullessaan tietoinen sepelvaltimoviasta.²²⁷

1960-luvulla toiminut Yhdistys 9 tahtoi vapauttaa myös miehet näiden ahtaaksi katsotusta sukupuoliroolista ja pyrki edistämään tasa-arvoa yhteiskunnassa. Yhdistyksen ohjelmassa oli aikansa huomioiden radikaaleja ehdotuksia, esimerkiksi isyysloma. Vuonna 1968 yhdistys antoi julkilausuman ”Mieskin on ihminen”. Julkilausumassa jossa se kehotti miehiä oikeuksiensa puolustamiseen, irtautumaan ahtaasta, kilpailua korostavasta miehen roolista:

”Vaatikaa oikeutta pidempään elinikään, vaatikaa oikeutta parempaan terveyteen, vaatikaa mahdollisuutta elintasarobotin roolista

²²⁶ Järvinen, 1427–1428.

²²⁷ Järvinen, 1428–1429.

vapautumiseen, vaatikkaa oikeutta osoittaa tunteita muulloinkin kuin jääkiekko-ottelussa tai humalassa."²²⁸

Vuonna 1966 ilmestyi Väestöpoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisusarjassa Paavo Piepposen ja Marketta Ritamiehen tutkimus *Miesten ylikuolevuus Suomessa*. Tutkimuksessa tarkasteltiin miesten ylikuolevuutta Suomessa vuosina 1956–1960. Kirjoittajat esittivät erilaisia mahdollisia syitä miesten lyhyemmälle elinajanodotteelle: ilmeisesti sukupuoli-erot olivat eri tavoin alttiita vaaroille, koska lähes kaikissa maissa miehet kuolivat naisia nuorempia. Suomessa miesten ylikuolevuus oli kuitenkin Euroopan suurimpia.²²⁹

Piepponen ja Ritamies esittivät tarkastelussaan, että sotavuodet olivat yleisesti vähentäneet jäljellä olevien elinvuosien määrän kasvua. He katsoivat myös, että miesten ja naisten väliset erot olisivat lähteneet kasvuun vasta aivan viime vuosina ja vaikka jo 1880-luvulla erot olivat nähtävissä, 1900-luvun alussa ne olivat vielä pienet. Miesten elinikä ei ollut pidentynyt yhtä nopeasti kuin naisten ja kuolleisuus oli voimistunut nuorissa ikäryhmissä. Vielä 15-vuotiaiden kohdalla ero ei ollut suuri, mutta työiässä miehiä kuoli runsaammin. Ylikuolleisuuden vuoksi menetettiin vuosittain arviolta 5 000 työkäistä miestä.²³⁰

Kuolemansyitä tarkasteltaessa todettiin, että miehillä keuhkosyöpää esiintyi jopa kymmenen kertaa enemmän kuin naisilla ja itsemurhat olivat miehillä 3,5 kertaa tavallisempia. Lisäksi tuberkuloosi, tartuntataudit ja tapaturmakuolleisuus olivat miehillä runsaampaa. Tapaturmista Piepponen ja Ritamies totesivat seuraavaa:

”Jo nuorimmissa ikäluokissa joutuvat pojat suuremman aktiivisuutensa vuoksi alttiimmiksi tapaturmille kuin tytöt. Suurin tapaturma-alttius on aktiivisessa työiässä olevilla miehillä. He toimivat useammin vaarallisissa ammateissa kuin naiset ja joutuvat työnsä vuoksi vaarallisiin tilanteisiin.”

Tapaturmien kohdalla tarkasteltiin vielä erikseen niiden tyyppejä: myrkytyksiä, hukkumiskuolleisuutta, liikenneonnettomuuksia, joiden vuoksi oli havahduttu

²²⁸ Yle Elävä arkisto: Naisasiajärjestö Yhdistys 9. <<http://yle.fi/aihe/artikkeli/2006/09/08/naisasiajarjesto-yhdistys-9>>, viitattu 2.5.2017.

²²⁹ Piepponen, Paavo & Ritamies, Marketta (1966) *Miesten ylikuolevuus Suomessa*. Väestöpoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja sarja B, N:o 8. 1966, Väestöpoliittinen tutkimuslaitos Helsinki, 1–2.

²³⁰ Piepponen & Ritamies, 3, 5, 7, 11–12, 14.

tapaturmakuolleisuuden merkitykseen kansanterveyden kannalta. Myös miesten ammatit olivat luultavasti vaarallisempia kuin naisten, mikä tosin selitti vain osaltaan eroja.²³¹

Miesten ylikuolleisuuden syyt olivat Piepposen ja Ritamiehen mukaan kiinnostaneet tutkijoita: oliko sille olemassa jokin perussyy, vai johtuiko se erillisistä tekijöistä, jotka yhdessä saivat aikaan sen, että ”nykyaika on miehille epäedullisempi kuin naisille”? Selityksiä oli haettu biologiasta ja huonoista elintavoista, mutta oli myös mahdollista, että nykyaika oli epäedullisempi miehille:

”Koska miesten ylikuolevuus on vasta nykyajalle ominainen ilmiö, on todennäköistä, että miehet biologisesti eroavat naisista siinä, että he eivät kestä yhtä hyvin ajallemme ominaista kiivasta elämänrytmiä. Työelämässä vallitseva kova kilpailu luo jännitystiloja, jotka vaikuttavat miehiin kuluttavammin kuin naisiin.”²³²

Suomalaisen miehen luonteellakin arveltiin olevan vaikutusta asiaan:

”On myös mahdollista, että suomalaisen miehen perusluonne, joka eroaa muiden maiden miesten luonteesta melkoisesti, vaikuttaa miesten kuolevuutta lisäävästi. Nykyinen kiivas elämänrytmi ja sen mukanaan tuomat huolet ja vaikeudet koetaan ehkä raskaampina kuin muualla.”²³³

Niin ikään vuonna 1966 A. Sakari Härö kirjoitti *Duodecimissa* suomalaisten ja muiden pohjoismaalaisten kuolleisuudesta tilastoja tarkastelemalla. Härö totesi, että tilastoilla oli aiemmin ollut suuri merkitys sosiaalisten olojen kehittämisessä, esimerkiksi hygieniaoloja ja työolosuhteita tarkasteltaessa. Viime aikoina niitä oli Härön mukaan käytetty enemmän sosiaalipoliittisessa kuin lääketieteellisessä analyysissä, mutta kuolleisuustilastoissa oli vielä paljon tutkittavaa ja monen sairauden aiheuttamaa vahinkoa tarkasteltaessa väestöryhmien vertaaminen oli kannattavaa. Suomi oli tässä lisäksi erityisen mielenkiintoinen, koska se oli kehittyneiden maiden joukossa miesten kuolleisuudessa heikoimmilla sijoilla.²³⁴

²³¹ Piepponen & Ritamies, 24, 26–28.

²³² Piepponen & Ritamies, 28–29.

²³³ Piepponen & Ritamies, 30.

²³⁴ Härö, A. S. (1966) Kuolleisuus Suomessa ja muissa Pohjoismaissa 1948–1964. *Duodecim* n:o 23, 1136–1137.

Härö katsoi artikkelissaan, että suomalaisten keski-ikäisten miesten kuolleisuus oli Suomessa kaksi kertaa niin suurta kuin muissa Pohjoismaissa. Lisäksi Itä- ja Pohjois-Suomi olivat kuolleisuuden mustia alueita: erityisesti pohjoiskarjalaiset miehet edustivat Suomen ja Pohjoismaiden osalta kaikkein synkintä aluetta. Kuolinsyiden tarkastelu paljasti, että Suomessa miesten kuolleisuus niin sairauksiin kuin tapaturmiin oli kaksi kertaa suurempi kuin muissa maissa, paria vähäiseksi katsottavaa poikkeusta lukuun ottamatta. Yhtä ainutta kuolinsyytä ei löytynyt suomalaismiesten tilannetta selittämään, mutta aivo- ja sydänverisuonten sairaudet olivat Suomessa muita Pohjoismaita merkittävämpi kuolinsyy.²³⁵

Pohdinnassaan Härö toteaa, että kuolleisuus on Suomessa kiistatta suurempaa ja pohtii selityksiä asiantilalle. Eräissä väestöryhmissä, joihin terveydenhoitoa oli kohdistettu ja joiden sairauksia kyettiin parantamaan, oli saavutettu muita Pohjoismaita. Tarttuvien tautien ja mahdollisesti myös väkivaltaisten kuolemien torjuntaa tulisi tehostaa, mutta nopeita parannuksia tuskin oli odotettavissa: jostain syystä elämä oli ainakin aiemmin ollut kuluttavaa, mutta nytkin saattoi kyseenalaistaa sen, oliko elintavoissa tapahtunut ennenaikaiselta vanhenemiselta ja rappeutumiselta suojaavia muutoksia. Sairaalan- ja terveydenhoito oli tärkeä asia kuolleisuuseroja tarkasteltaessa, mutta kehittyneimmilläänkin alueilla oli jääty jälkeen muista. Siksi oli arveltava, että kuolleisuus kuvasti väestön suhtautumista sairaanhoitoon: hyväkään hoito ei kyennyt parantamaan, jos hoitoon hakeuduttiin aivan liian myöhäisessä vaiheessa. Härö pohti asiaa seuraavasti:

”Onko tämän takana valistumattomuus vai sosiaalisten tukijärjestelmien hataruus, ei ole tässä yhteydessä ratkaistavissa. Sairausvakuutuksen kehittyminen poistaa ainakin osaksi viimeksi mainitun tekijän vaikutuksen, mutta olisi myös korkea aika saada suomalaiset miehet uskomaan, että sisua voi käyttää parempaankin kuin sairauksien sietämiseen.”²³⁶

Härölle selitys on selvä: suomalainen mies ei mene lääkäriin, vaikka pitäisi, ja kun menee, on liian myöhäistä. Vika ei ensi sijassa ole ainakaan terveydenhuoltojärjestelmässä. Härö ei kuitenkaan varmasti sanonut, että kyse olisi valistuksen tai terveystieteiden puutteesta.

²³⁵ Härö, 1139, 1142, 1145, 1148.

²³⁶ Härö, 1148–1149.

Vuonna 1968 julkaistiin kirja *Miesten maailman nurjat lait*, jossa useat kirjoittajat pohtivat sukupuolirooleja, niistä käytyä yhteiskunnallista keskustelua ja niiden merkityksiä. Teoksessa Yhdistys 9:n aktiivijäsen, sosiologi Risto Jaakkola käsitteli miesten sosiaalisia ongelmia. He olivat useammin yhteiskunnan johtopaikoilla, mutta heillä oli myös enemmän mielenterveysongelmia ja he olivat alttiimpia vaaroille: ”Miehen rooliin kuuluu rohkeus, liikkuvuus, toiminta; mies hoitaa myös vaaralliset tehtävät. Siksi hän on myös alttiimpi vaaroille ja joutuu useammin onnettomuuksiin.”²³⁷

Jaakkola kiinnitti myös huomiota miesten yliedustukseen rikostilastoissa ja totesi, että rikollisuus kylläkin sopi paremmin miesten rooliin. Väkivalta- ja siveellisyysrikokset nimittäin vaativat ”miehistä aggressiota”. Miehen rooli vaikutti myös kuolleisuuteen:

”Mielisairaudet ja erilaiset sosiaaliset ongelmat ovat suurelta osin seurauksia niistä sosiaalisista paineista, joihin miehillä ei ole samanlaisia hyväksytyjä ratkaisuja kuin naisilla koti ja lapset. Dramaattisin seuraus kaikista on kuitenkin miesten ennenaikainen kuolema. Kuolema ei ole ainoastaan biologisista tekijöistä johtuva tapahtuma, vaan sangen selvästi siihen vaikuttavat yhteiskunnalliset tekijät. Tästä on osoituksena se, että vuosisadan alun talonpoikaisyhteiskunnassa miesten ja naisten kuolevuus ei poikennut toisistaan niin paljon kuin tällä hetkellä.”²³⁸

Samoin Osmo Kaipainen arvioi miesten roolien vaikuttavan terveyteen. Teoksen aloittikin luku ”Euroopan sairain mies”, jossa Kaipainen tarkasteli, oliko Suomen terveydenhuollossa saatu aikaan muutoksia sitten 60-luvun sosiaalipolitiikan julkaisemisen. Kehitystä oli tapahtunut, mutta keski-ikäisten miesten tilanne oli edelleen lohduton: Euroopan maita vertailtaessa Suomi oli viimeisellä sijalla. Tässä oli Kaipaisen mukaan ”se työsarka, jossa todella tarvitaan ponnistuksia”. Miesten kuolinsyitä tarkasteltaessa näkyi muihin Pohjoismaihin verrattuna korkea kuolleisuus sydäntautien, itsemurhien, kasvaimien ja onnettomuuksien seurauksena.²³⁹

Kaipainen pohdiskeli erilaisia syitä miesten tilanteelle. Hän totesi, että monesti suomalaisten miesten kuolleisuutta selitetään sodilla ja niiden aiheuttamalla stressillä sekä kärsimyksellä, mutta se ei voinut olla koko totuus. Tämän hän perusteli sillä, että

²³⁷ Jaakkola, Risto (1968) *Miesten vaihtoehto*. Teoksessa Eskola, Katarina (toim.) *Miesten maailman nurjat lait*. Tammi, Helsinki, 186.

²³⁸ Jaakkola, 186–187.

²³⁹ Kaipainen, 9, 11, 13, 15.

kuolleisuuden tilanne ei ollut parantunut nuoremmissa ryhmissä, joista harva oli osallistunut sotaan. Sen lisäksi monissa maissa oli kärsitty sodista jopa enemmän, eikä näiden maiden miesten kohdalla voitu havaita samanlaista ylikuolleisuutta.²⁴⁰

Jos sotakokemus ei Kaipaisen mielestä selittänyt kuolleisuuslukuja, hänen mielestään oli oleellista huomata Runebergin ajoista asti vaikuttanut sankarimyytti, josta Kaipainen toteaa: ”näin on opetettu, ja näin suomalainen mies on itsekin uskonut, kuuliainen kun yleensä on”. Sankarin roolin omaksuminen aiheutti arkielämässä stressiä ja terveydenhuollon kanssa tuo rooli ei sopinut yhteen:

”Pekka Kuusi piti tärkeämpänä syynä miesten heikkoon terveydentilaan sitä, ettei terveyspalveluksia käytetä. Ja niitä ei käytetä, kun sisu ei anna myöten valittaa mitään. Suomalainen mies ei mene hoitoon, vaan hänet viedään hoitoon – tai hautaan.”²⁴¹

Erona naisiin oli, että naiset kävivät esimerkiksi raskauden aikana neuvoloissa ja osallistuivat samalla terveystarkastuksiin, saavat varhaista hoitoa ja lasten synnyttyä heitäkin käytetään neuvoloissa. Naiset tottuivat Kaipaisen mukaan hakemaan lääkärin apua, kun taas miehillä ei tällaista vastaavaa mahdollisuutta tottua terveyspalvelujen käyttöön ole. Tavallisimmin suomalainen mies turvautuu lääkäriin työtapaturmien ja kuumetautien sattuessa, ja niiden yhteydessä ei tehty kovin kattavia terveystarkastuksia.²⁴²

Kaipaisen kanssa samana vuonna 1969 Guy Bäckman julkaisi tutkimuksensa *Työikäiset miehet sairaalapalvelusten kuluttajina*. Tutkimuksen tarkoitusta esitellessään Bäckman totesi, että tutkimuksissa miesten ja naisten sairauskäyttäytymisessä oli havaittu eroja ja eräs näistä osoitti miesten käyttäneen sairaalapalveluja naisia vähemmän. Tästä huolimatta miesten kuolleisuusluvut olivat korkeampia lähes kaikissa ikäryhmissä ja sairaalassaoloajat keskimäärin pidempiä. Sama ero voitiin havaita myös avoterveydenhoidon palvelujen käytössä. Tutkimuksen tavoite oli tarkastella, oliko työikäisten miesten sairaalapalvelusten käytössä havaittavissa sosiaalisten tekijöiden vaikutusta ja tätä varten Bäckman asetti erilaisia olettamuksia.²⁴³

²⁴⁰ Kaipainen, 19–20.

²⁴¹ Kaipainen, 20.

²⁴² Kaipainen, 21.

²⁴³ Bäckman, Guy (1969) *Työikäiset miehet sairaalapalvelusten kuluttajina*. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 7/1969, Helsinki, 10–11.

Bäckmanin ensimmäinen oletus oli, että sairaalapalvelut jakautuivat epätasaisesti maan eri osissa, minkä vuoksi työikäisten miesten sairaalapalvelusten kulutustaso ei vastannut todellisuutta, minkä hän pystyikin tutkimuksessaan toteamaan oikeaksi. Toinen oletamus oli, että yksilön kuuluminen sosiaaliseen järjestelmään, jossa terveysintressi oli laaja-alainen (jossa terveyteen suhtauduttiin myönteisesti) lisäsi sairaalapalvelusten kysyntää. Myös tämän Bäckmanin tutkimus totesi oikeaksi. Kolmanneksi voitiin todeta, että perheelliset miehet käyttivät terveystalvveluja enemmän kuin yksinäiset, naimattomat tai leskeksi jääneet. Viimeiseksi tarkasteltiin, kuinka muut kuin lääkinälliset tekijät vaikuttivat sairaalassaoloaikaan. Tässäkin esimerkiksi perheen vaikutus näkyi: perheellinen mies oli sairaalassa pidempään.²⁴⁴

Yhteenvedossa Bäckman totesi tutkimuksensa vahvistavan käsitystä, että nimenomaan työikäiset miehet olivat kansanterveydessä riskiryhmä, ja terveydenhuoltopoliittiset toimenpiteet eivät olleet onnistuneet miesten tavoittamisessa, erityisesti yksinäisten miesten kohdalla. Kuitenkin perustuslaissakin todettiin, että ”kansalaisten työvoima on valtakunnan erikoisessa suojeluksessa”, ja nykyisin tämä katsottiin myös terveydenhuollolliseksi tehtäväksi. Sairausvakuutus oli ilmeisesti vaikuttanut terveystalvvelujen käyttöön, mutta silti tarvittiin vielä riskiryhmille kohdennettua terveystalvvelu- kasvatusta, jonka suunnittelussa oli hyvä muistaa myös työikäisten miesten sosiaalinen ympäristö, kuten perhe, työnantaja ja ammattiyhdistys.²⁴⁵

Bäckmanin tutkimuksen loppu on mielenkiintoinen. Toisaalta Bäckman kirjoitti yksilöistä ja sosiaalisen ympäristön vaikutuksesta, toisaalta hän näki ratkaisuna miehiin näiden elinympäristön kautta kohdistetun terveystalvvelu- kasvatuksen, käytöksen muokkaamisen. Samoin Bäckman huomautti työvoiman suojelemisesta valtiovallan taholta, mikä viittasi väestön hallinnan ajatukseen.

²⁴⁴ Bäckman, 68–69.

²⁴⁵ Bäckman, 69–70.

5 Kansanterveyslaki ”Euroopan sairaimmalle” kansalle

Kansanterveyslain valmistelu kesti yli vuosikymmenen. Se alkoi sisäasiainministeriössä ja siirtyi sieltä sosiaali- ja terveysministeriöön vuonna 1968. Siinä missä sairausvakuutuslailla oli haluttu ohjata ihmiset terveydenhuollon avopalvelujen piiriin ja nopeuttaa ja helpottaa hoitoon hakeutumista, kansanterveyslailla haluttiin tuoda terveyspolitiikan painopiste avohoitoon ja sairauksien ennaltaehkäisyyn.²⁴⁶

Kansaneläkelaitoksen sosiaaliturvan tutkimuslaitos oli selvittänyt sairausvakuutuksen vaikutuksia ja käyttöä tutkittiin ja tuloksia saatiin vuosina 1967–1971. Niiden mukaan sairausvakuutus oli kaiken kaikkiaan toteuttanut sen minkä pitikin ja tehnyt terveydenhoidon palveluista käyttäjälleen edullisempia, mutta pienituloisimmille maksut olivat edelleen liian suuria. Sairausvakuutus ei onnistunut köyhimpien perheiden toimeentulon turvaamisessa sairauden sattuessa. Lisäksi tuloksissa todettiin, että koko väestön tasolla merkittävää lääkäripalvelusten käyttöä ei voitu havaita. Merkittävyystään huolimatta sairausvakuutus ei riittänyt, kun terveydenhoito nähtiin julkisen vallan tehtävänä, ei yksityisenä bisneksenä.²⁴⁷

Vuoden 1970 eduskuntavaaleissa Suomen Maaseudun Puolue saavutti merkittävän vaalivoiton nostaan paikkamääränsä yhdestä kahdeksaantoista. Vasemmisto menetti huomattavan äänimäärän ja SDP:stä irtautunut TPSL jäi ilman ainuttakaan edustajaa. Vaalien voittaja oli SMP:n lisäksi kokoomus, joka sai yksitoista lisäpaikkaa ja kun SMP luokiteltiin ei-vasemmistolaiseksi, eduskunnassa oli porvarienemmistö. Vaalien jälkeen Ahti Karjalaisen johdolla muodostettuun hallitukseen tulivat keskusta, SDP, SKDL, RKP ja liberaalinen kansanpuolue LKP. SKDL tosin jätti hallituksen seuraavan vuoden maaliskuussa, jolloin hallituksesta vapautuneille paikoille nimitettiin SDP:n edustajia.²⁴⁸ Tällöin myös sosiaali- ja terveysministerinä toimineen SKDL:n Anna-Liisa Tiekson tilalle tuli SDP:n Pekka Kuusi. Heinäkuussa 1970 muodostettu Karjalaisen II hallitus otti ohjelmaansa konkreettisen tavoitteen kansanterveyslain säätämisestä muiden terveydenhuoltoa koskevien tavoitteiden ohella. SDP oli asettanut hallitukseen menon ehdoksi sen, että kansanterveyslaki säädetään ilmaisperiaatteen mukaan, eli palvelut

²⁴⁶ Tiitta, 377.

²⁴⁷ Mattila, Yrjö, 126–127.

²⁴⁸ Jussila, Osmo – Hentilä, Seppo – Nevakivi, Jukka (2009) Suomen poliittinen historia 1809–2009. WSOY, Helsinki, 296, 298.

olisivat käyttäjilleen maksuttomia ja hallitustyöskentelyn alettua sosiaali- ja terveysministeriö asetti työryhmän selvittämään asiaa. Näin hallituksen elokuussa 1971 antamassa esityksessä kansanterveyslaiksi sitten lopulta ehdotettiin, tosin maksuttomuus ei alkaisi välittömästi lain tullessa voimaan vaan vuodesta 1980. Maksuttomuuden uskottiin nopeuttavan etenkin vähävaraisten hakeutumista hoitoon.²⁴⁹ Vaikka kansanterveyslaki annettiin eduskunnalle Pekka Kuusen ollessa ministerinä, oli lakia koskevat valmistelut tehty pitkälti hänen edeltäjänsä Anna-Liisa Tiekson aikana.²⁵⁰

Kansanterveyslain säätämisen yhteydessä muodostettiin niin sanottu ”kansanterveysrintama”, jossa oli mukana niin kansanterveysjärjestelmää edistäneitä poliitikkoja, virkamiehiä kuin asiantuntijoitakin. Poliitikoista kansanterveysjärjestelmää ajoivat ennen kaikkea sosiaalidemokraatit, mutta kansanterveyslakia ei vastustanut yksikään puolue oikealla tai vasemmalla ja sillä oli kaikkien puolueiden kannatus.²⁵¹

Kansanterveyslakiin kohdistui monenlaisia odotuksia. Kyllikki Kauttu kirjoitti *Suomen Lääkärilehdessä* vuonna 1970 terveystarkastuksesta ja pohdiskeli myös sen tulevaisuutta. Kautun mukaan viime vuosina suoritettujen tutkimusten kertoivat huolestuttavia tietoja esimerkiksi suomalaisten keski-ikäisten miesten kuolleisuudesta. Lisäksi terveyspalvelujen käyttö ei ollut tarkoituksenmukaista: hoitoon hakeutumista lykättiin, eikä palvelujen tarjonnan puute riittänyt selittämään asiaa. Siksi Kauttu toivoi, että kansanterveyslain voimaantulo muuttaisi asian, koska se tuli velvoittamaan terveysasemat aikuisten terveysneuvonnasta ja -tarkastuksista huolehtimiseen.²⁵²

5.1 Komiteanmietinnöt

Lokakuussa 1960 asetettiin lääkintöhallituksen pääjohtajan Niilo Pesosen johdolla toiminut kansanterveyskomitea selvittämään terveydenhoidon avopalvelujen kehittämistä ja kansanterveystyön tehostamista huomioiden yhteiskunnassa tapahtuneen kehityksen ja muutokset. Komitean työssä ei juuri tullut esiin mitään uutta, koska se aloitti työnsä kunnallisen järjestämisperiaatteen pohjalta ja lähinnä yhdisteli eri lakien

²⁴⁹ Mattila, Yrjö, 144; HE 98/1971, 5-6.

²⁵⁰ Tuomioja, 268.

²⁵¹ Mattila, Yrjö, 314.

²⁵² Kauttu, Kyllikki (1970) Terveystarkastus nyt ja tulevaisuudessa. SLL 5/1970, 379–380.

kansanterveystyötä koskevia säännöksiä. Kansanterveyteen liittyvät säännökset olivat syntyneet hajanaisesti eri aikoina ilman mitään varsinaista kokonaissuunnitelmaa.²⁵³

Komiteassa olivat Niilo Pesosen lisäksi Maalaiskuntien liiton puheenjohtaja Aarne Eskola, lääketieteenlensiaatti Pekka Leikkaa, varatuomari Erkki Mäkinen, sairaalahallinnon taloudenhoidon tehtävissä pitkään työskennellyt Veikko Nurmela, Turun kaupunginsairaalan tarttuvien tautien osaston ylilääkäri Johan Wickström ja lääkintöhallituksen kansanterveysosaston lääkintöneuvos Aimo Ojala. Komitea kuuli työskentelynsä aikana useita asiantuntijoita ja edustajia Suomen Lääkäriliitosta, Suomen Hammaslääkäriliitosta, Sairaanhoidtajain liitosta, Suomen Sairaanhoidtajayhdistyksestä, Suomen Kätilöliitosta ja Suomen Terveysisäryhdistyksestä.²⁵⁴

Komitea aloitti määrittelemällä kansanterveystyön, jolla tarkoitettiin kaikkea toimintaa, joka tavalla tai toisella liittyi Suomessa harjoitettavaan terveydenhuoltopolitiikkaan. Sillä pyrittiin myös väestön terveydentilan jatkuvaan kohentamiseen ja ylläpitämiseen. Kansanterveystyöllä tuli komitean mukaan olla keskeinen osa suomalaisessa sosiaalipolitiikassa. Lisäksi kansanterveyden kohentaminen ja sen ylläpitäminen olivat keskeisiä nykyisen yhteiskunnan tavoitteita.²⁵⁵

Komitea esitti näkemyksensä, että terveydenhuollon kehittämisessä oli tapahtunut edistystä: lääkintäpalvelusten saatavuutta oli lisätty, tartuntatautien merkitys kuolleisuudessa oli vähentynyt ja äitiys- sekä imeväiskuolleisuus olivat alentuneet merkittävästi. Positiivisesta kehityksestä huolimatta työikäisen väestön ja varsinkin vanhemman väestön kuolleisuusluvut olivat korkeita, ja terveydenhuolto suosi nuoria ikäluokkia. Nyt oli mietinnön mukaan välttämätöntä tuoda vanhemmatkin ikäluokat terveydenhuollon piiriin.²⁵⁶ Komitean näkemys vaikutti osittain olevan, että terveyspalvelujen saatavuus vaikutti kuolleisuuteen ja siksi niiden suuntaaminen nuoremmille tapahtui muiden ikäluokkien kustannuksella.

Suomen Lääkärilehdessä julkaistiin Lääkäriliiton lausunto kansanterveyskomitean mietinnöstä seuraavan vuoden maaliskuussa. Harri Nevanlinnan allekirjoittamassa

²⁵³ Mattila, Yrjö, 139–140, 142; Komiteamietintö 1965:B 72. Helsinki 1965, 1, 13.

²⁵⁴ KM 1965:B 72, 2.

²⁵⁵ KM 1965:B 72, 6.

²⁵⁶ KM 1965:B, 6–8.

lausunnossa todettiin, että mietinnössä ei kiinnitetty huomiota niihin asioihin, jotka saattoivat vaikuttaa kansanterveyteen, vaan komitea oli katsonut kansanterveyttä voitavan edistää lähinnä terveydenhuollon toimintoja laajentamalla. Lausunnossa katsottiin, että komitea ehdotti näitä keinoja osoittamatta, että niillä olisi ylipäättään mahdollista vaikuttaa kansanterveyteen ja komitea oli muutenkin kiinnittänyt liian vähän huomiota yhteiskunnallisiin muutoksiin.²⁵⁷

Lausunnossa arvosteltiin mietintöä myös siitä, että se ei lainkaan huomionnut esimerkiksi asuntopolitiikkaa, ammattientarkastusta, sairausvakuutuksen kehittämistä, neuvoloita, asevelvollisten keskuudessa tehtävää kansanterveystyötä tai työturvallisuutta ja -terveystoimintaa. Mietintö ei huomionnut myöskään tapaturmien, mielenterveysongelmien ja syövän torjuntaa. Kuolleisuustilastoista tehdyissä päätelmissään komitea katsoi, että keski-ikäiseen väestöön tuli kohdentaa terveysneuvontaa ja -tarkastuksia ja näin kansanterveys paransi. Lääkäriliiton lausunnossa esitettiin huomautus, että keski-ikäisten ja nuorten miesten korkeaan tapaturmakuolleisuuteen terveysneuvonta ja terveystarkastukset tuskin auttaisivat, vaan siihen tarvitaan muita toimenpiteitä ja tätä miesten ennaikaista kuolleisuutta nostavaa tapaturmakuolleisuutta olisi pitänyt huomioida muuten.²⁵⁸

Lääkäriliiton lausunnossa eriteltiin nykyaikaisen yhteiskunnan olosuhteita, joihin komitean olisi pitänyt huomiotaan kiinnittää. Tällaisina mainitaan elintapojen muuttuminen, tekniikan ja koulutetun, erikoistuneen henkilökunnan määrän lisääntyminen, moottoriajoneuvoliikenteen lisääntyminen tapaturmiin vaikuttavana tekijänä sekä se, että yleinen valistustaso oli noussut, eikä siksi terveysvalistukseenkaan riittänyt enää vain perinteinen hygienia. Nämä ja eräät muut huomiot mietinnöstä herättivät Lääkäriliiton mielestä epäilyksen siitä, oliko komitea ymmärtänyt tehtävänsä oikein.²⁵⁹

Kansanterveyskomitean mietintö ei johtanut vielä lainsäädäntötoimiin. Lausuntokierroksen jälkeen sisäasiainministeriö asetti vielä kansanterveystoimikunnan selvittämään kansanterveysjärjestelmän toteuttamista vuonna 1967. Kansanterveystoimikuntaan kuului ainoastaan lääkintöhallituksen ja kunnallisten

²⁵⁷ Nevanlinna, H. R. (1966) Lausunto kansanterveyskomitean mietinnöstä. SLL 32/1966, 569.

²⁵⁸ Sama, 569.

²⁵⁹ Sama, 569.

keskusjärjestöjen edustajia ja sen mietintö valmistui kaksi vuotta myöhemmin. Mietinnössä pyrittiin lähinnä hallinnollisiin korjauksiin sekä puitteiden luomiseen kansanterveystyölle. Mietinnössä ehdotettiin esimerkiksi terveyskeskusten perustamista. Kansanterveystoimikunnan mietinnön tehtävän määrittelyssä rajattiin ulkopuolelle yksilön elinympäristöä ja sairauksien torjuntaa koskevat säännökset²⁶⁰

5.2 Hallituksen esitys

Ahti Karjalaisen (II) hallitus antoi eduskunnalle esityksensä kansanterveystyöstä ja sen voimaannosta annettaviksi laeiksi syksyllä 1971. Esityksen yleisperusteluissa todettiin, että suomalainen terveyspolitiikka oli viimeiset parikymmentä vuotta painottunut pitkälti sairaalarakentamiseen. Samaan aikaan terveydenhuoltomenot ovat kasvaneet, mutta sairaaloissa tapahtuva sairaanhoito ei ollut riittävää kansanterveyden kohentamiseksi. Lisäksi kansanterveystyötä koskevia, voimassa olevia lakeja oli runsaasti, mutta ne oli säädetty eri aikoina ja sen vuoksi ei oltu saatu aikaan yhtenäistä järjestelmää, joka mahdollistaisi kansanterveystyön kokonaisvaltaisen suunnittelun. Osa laeista oli myös vanhentuneita. Kansanterveyslaila pyrittiin siten yhdistämään hajanaiset, eri aikoina syntyneet säädökset yhdeksi laiksi.²⁶¹

Kansanterveyslaki oli luonteeltaan puitelaki, ja sillä tähdättiin terveyspalvelujärjestelmän hallinnon ja rahoituksen uudistamiseen. Pekka Kuusi totesi eduskuntakeskustelussa, että vaikka kansanterveyslaki tulee olemaan vuosikymmenen suurin terveyspoliittinen uudistus, sen tarkoitus ei ollut määrittellä kansanterveystyön sisältöä, vaan se määrittäisi tulevana vuosina. Tämä tarkoitti samalla myös sitä, ettei eduskunnan rooli kansanterveystyön määrittämisessä ollut ohi kansanterveyslain säätämisen jälkeen, vaan se voisi seurattessaan hallituksen ja virkamiesten toimintaa sekä kansanterveystyöhön ohjattavien varojen budjettia käsitellessään vaikuttaa sen muotoutumiseen.²⁶²

Hallituksen esityksen yleisperusteluissa kerrottiin, että Suomen väestö oli melko nuorta ja ikärakenne siksi edullinen, mikä tarkoitti myös kansainvälisesti vertaillen pieniä kuolleisuuslukuja. Ikävakioituja kuolleisuuslukuja tarkasteltaessa paljastui kuitenkin ikävä totuus: luvut olivat sekä miesten että naisten kohdalla Euroopan korkeimmat.

²⁶⁰ Mattila, Yrjö, 142; Komiteamietintö 1969:A:3. Helsinki 1967, 7.

²⁶¹ HE 98/1971, 1–3.

²⁶² Valtiopäivät 1971. Pöytäkirjat. (VP 1971, ptk.) Helsinki 1971. 28.9.1971, 2082, ed. P. Kuusi (sdp).

Niiden lisäksi kehityssuunta oli yleisesti hälyttävä: vuosien 1957–1967 välillä naisten kuolleisuus pieneni kaikissa ikäryhmissä hieman, mutta aikuisten miesten kuolleisuus oli lisääntynyt kaikissa yli 40-vuotiaiden ryhmissä.²⁶³

Yleisperusteluihin oli tilanteen havainnollistamiseksi otettu mukaan myös Suomen sijoittuminen 26 Euroopan maan kesken tehdyissä vertailuissa. Suomessa vastasyntyneen elinajanodote oli tuolloin miehillä 65,5 vuotta ja naisilla 72,5 vuotta, mitkä riittivät sijoille 21 ja 13. Lisäksi kun tarkasteltiin yli 40-vuotiaiden jäljellä olevaa elinaikaa, Suomi sijoittui Euroopan maista viimeiseksi ja naisetkin sijalle 23. Kansainvälisen vertailun ohella oli vielä huomioitava, että maan sisällä oli merkittäviä eroja: Itä- ja Pohjois-Suomen kuolleisuus- ja sairastavuusluvut olivat Lounais- ja Etelä-Suomen vastaavia synkemmät. Ainoastaan imeväis- ja äitiyskuolleisuuden luvut kestivät kansainvälisen vertailun, ja hallituksen esityksessä tämän katsottiin olevan elintason nousun ohella tehokkaan ennaltaehkäisevän terveydenhoidon ja -kasvatuksen tulosta: näitä varten oli jo aikaisemmin onnistuttu luomaan koko maan kattava, ilmainen palvelujärjestelmä.²⁶⁴

Hallituksen esityksessä kansanterveystyön käsitteen määriteltiin tarkoittavan ”yksilöön ja hänen elinympäristöönsä kohdistuvaa terveydenhoitoa ja yksilön sairaanhoitoa sekä siihen liittyvää toimintaa, jonka tarkoituksena on väestön terveydentilan ylläpitäminen ja edistäminen.”²⁶⁵

Sairastavuuden, kuolleisuuden ja työkyvyttömyyden luvut näyttivät sen, että pelkästään sairaalajärjestelmän kehittäminen ja rakentaminen ei yksinään ollut riittävää, vaan tehokkaan kansanterveystyön toteuttaminen edellytti muunkinlaisia toimia. Avoterveydenhuoltoon panostamisen sairaaloiden sijaan uskottiin esityksessä hillitsevän terveydenhoidon kustannuksia pidemmän ajan kuluessa. Kansanterveislain myötä terveyspolitiikan painopiste tahdottiin siirtää terveydenhoitoon ja avosairaanhoidon muotoilemalla taloudelliset ja hallinnolliset periaatteet kunnan järjestämille palveluille.²⁶⁶

Hallituksen esityksessä yhdeksi kuntien tehtäväksi ehdotettiin terveysneuvontaa, joka perustuisi yleisiin terveystarkastuksiin ja tulisi laajentaa neuvolatoiminnasta koskemaan kaikkia asukkaita. Ajatuksena oli, että henkilö käy ilmaisvastaanotolla

²⁶³ HE 98/1971, 1.

¹⁹² HE 98/1971, 1.

²⁶⁵ HE 98/1971, 2.

²⁶⁶ HE 98/1971, 1, 3.

terveystarkastuksessa ja saa sen jälkeen terveysneuvontaa. Tämän tuli koskea äitien ja lasten lisäksi myös työikäistä väestöä, sillä myös heidän terveysvalistuksensa nähtiin tärkeänä osana kansanterveystyötä. Tämän säännöllisen terveysneuvonnan lisäksi esityksessä kaavailtiin tilapäistä tai määräaikaista terveysneuvontaa, jota ennen suoritettaisiin joukkotarkistuksia. Näiden joukkotarkistuksien ajatuksena oli havaita jokin tai joitakin määrättyjä sairauksia ennen kuin ihminen välttämättä itsekään sitä huomaisi. Esityksessä todettiin, että juuri äitiys- ja lastenneuvolatoiminnasta saadut hyvät tulokset osoittivat terveysvalistuksen ja varhaisten havaintojen tehokkuuden pitkällä tähtäimellä. Sen vuoksi hallitus esitti nyt tavoitteenaan panostaa ensimmäisenä terveystarkastuksiin ja -neuvontaan ja näitä tulisi terveyskeskuksissa tehtävällä tutkimustyöllä edistää entisestään.²⁶⁷

Hallituksen esityksessä on jo nähtävissä, että 1960-luvun muuttuneesta ilmapiiristä huolimatta väestön hallinta ei kadonnut uudestakaan kansanterveystyöstä, eikä kontrolli ainakaan hellittänyt, kuten aiemmin terveyskansalaisuutta käsiteltäessä esitettiin. Ymmärrettävästi samalla mallilla, jolla oli saatu menestyksekkäitä tuloksia, uskottiin saatavan myös työikäisten terveydentilaa kohennettua. Uudessa kansanterveystyössä näkyy kuitenkin biopolitiikan jatkuminen, kansalaisten tarkkailu ja erottelu ja elinvoimaisuuteen panostaminen.

5.3 Kansanterveyslaki eduskunnassa

Eduskunta keskusteli kansanterveyslaista talousvaliokuntaan lähettämistä varten 28.9.1971. Sosiaali- ja terveysministeri Pekka Kuusi avasi keskustelun toteamalla, että kansan hyvä terveys on nousemassa kehittyneiden maiden yhteiskuntapolitiikan keskeiseksi tavoitteeksi ja kysymällä, kuinka Suomessa oli onnistuttu etenemään kohti sitä. Kuusi myönsi, että kansan terveydentilan mittaaminen on haastavaa, mutta yhtenä suuntaa-antavana ja luotettavimpana keinona sen tarkasteluun olivat kuitenkin kuolleisuusluvut.²⁶⁸

Kuolleisuusluvut osoittivat, että noin 15 vuotta aiemmin työikäisten miesten kuolleisuus oli kääntynyt lievään nousuun. Tämä merkitsi, että 45-vuotiaalla miehellä oli odotettavissa olevaa elinikää jäljellä keskimäärin vähemmän kuin 20 vuotta. Kuusen

²⁶⁷ HE 98/1971, 4, 7.

²⁶⁸ VP 1971 ptk., 28.9.1971, 2078, ed. P. Kuusi (sdp).

mukaan tämä kertoi siitä, että Suomessa harjoitettu terveystaloudellinen politiikka ei ollut ollut menestyksekkästä: se ei ollut onnistunut parantamaan työikäisen miehen mahdollisuuksia hengissä säilymiseen. Hän otti puheessaan esiin hallituksen esityksessään mainitut kansainväliset sekä maan sisäiset erot. Miesten tilannetta hän vertasi Ruotsiin:

”Suomalaisten työikäisten miesten kuolleisuus on lähes kaksinkertainen ruotsalaisiin verrattuna. Ylikuolleisuus johtuu ennen muuta suomalaisten suuremmasta kuolleisuudesta kasvaimiin, tapaturmiin ja sydän- ja verisuonitauteihin. Suurin yksittäinen kuolinsyy on sydämen sepelvaltimotauti. 100 000:sta 45-49-vuotiaasta ruotsalaisesta miehestä 90 jättää vuosittain vaimonsa leskeksi ja lapsensa orvoiksi sydänveritulpan vuoksi. Samasta määrästä vastaavan ikäisiä suomalaisia miehiä kuolee tähän tautiin joka vuosi 347 eli lähes nelinkertainen määrä.”²⁶⁹

”Harjoitetulla terveystaloudellisella politiikalla” Kuusi viittasi sairaaloiden rakentamiseen, jolla oli kyllä näytetty yhteiskunnan halukkuus panostaa väestön terveyteen, mutta kuten nyt todettiin, toimenpiteet eivät olleet riittäviä. Tämä ei sinänsä ollut Kuusen mielestä yllättävää, koska sairaalassa oli tarkoituskin hoitaa jo pitkälle edenneitä sairauksia. Kun sairaaloiden nopeaan kehittämiseen yhdistettiin vielä maata vaivannut lääkäripula, sen seurauksena ”ehkäisevä” terveydenhoito ja avosairaanhoito olivat jääneet sivuun ja niihin ei tahtonut riittää henkilökuntaa lääkäreiden työllistyessä pitkälti sairaaloihin. Ongelmallisen sairaalakeskeisyyden lisäksi Kuusi näki epäkohtana sen, että sairausvakuutus oli kehitetty erillään muusta terveystaloudellisuudesta. Kelan suorittamien haastattelututkimusten perusteella näytti siltä, että sairausvakuutus ei ollut toivotulla tavalla lisännyt avosairaanhoidon palveluihin hakeutumista, se ei vaikuttanut tasoittaneen alueellisia eroja eikä varallisuuden aiheuttamia eroja lääkärinpalvelusten käytössä. Toisaalta, suomalaisen avosairaanhoidon taso oli heikko ja Kuusen mukaan niiden kehittämistä oli jopa laiminlyöty. Kaikesta tästä nähtiin Kuusen mukaan nyt synkkiä tuloksia, ja vaikka hallituksen esitys pyrki korjaamaan noita epäkohtia, ei sekään tapahtuisi hetkessä.²⁷⁰

Kuusen puheenvuorossa sekä hallituksen esityksessä näkyivät samat perustelut, joita keskustelussa oli esitetty vuosikausia. Niissä uskottiin ennaltaehkäisevään, valistavaan

²⁶⁹ VP 1971 ptk. 28.9.1971, 2079, ed. P. Kuusi (sdp).

²⁷⁰ VP 1971 ptk. 28.9.1971, 2079–2080, ed. P. Kuusi (sdp).

kansanterveystyöhön, siihen, että maksuttomuus poistaisi esteitä lääkäriin hakeutumisesta. Osittain ongelmaksi nähtiin myös lääkäripula, tai ainakin näiden työllistyminen sairaaloihin vaativien kunnanlääkäriinvirkojen sijasta. Miesten kuolleisuuden kohdalla käytettiin tunteisiin vetoavaa ajatusta leskistä ja orvoista, jotka työikäinen mies jättää jälkeensä kuollessaan ennenaikaisesti. Hallituksen esityksessä ja Kuusen puheenvuorossa miesten ylikuolleisuuden nähtiin olevan rakenteellinen ongelma: palveluita ei ollut riittävästi, ehkäisevään kansanterveystyöhön ei kyetty panostamaan eikä sairausvakuutus todellisuudessa vaikuttanut tuovan helpotusta sitä eniten tarvitseville. Miesten itsensä käyttäytymiseen ei näissä pureuduta.

Kuusen jälkeen keskustelussa käytti puheenvuoron Anna-Liisa Tiekso, joka totesi, että erityisesti juuri työikäisten miesten kuolleisuusluvut olivat huomiota herättäviä. Tiekso viittasi Sosiaalilääketieteellisen aikakauslehden artikkeliin, jonka mukaan Suomen ohella monessa muussa rikkaassa, teollistuneessa maassa aikuisten miesten kuolleisuus oli kääntynyt nousuun jatkuvasta talouskasvusta huolimatta, mutta syitä tähän ei kunnollisesti tiedetty. Tieksoilla oli oma näkemyksensä asiasta:

”Kirjoittaja otaksuu, että epäedullinen muutos kytkeytyy taloudellisen kehityksen sivuvaikutuksiin, epäterveellisiin elintapoihin ja kulutustottumuksiin sekä tuotantoteknologian haittavaikutuksiin. Näin varmasti onkin, joskin luetteloon on mielestäni lisättävä tärkeimpänä syynä voiton maksimointiin perustuva tuotanto- ja talousjärjestelmä, joka muistaa työntekijän vain siihen saakka, kun hänen myymänsä työvoiman uusintaminen on välttämätöntä maksimaalisen voiton saavuttamiseksi. Useimmat edellä mainitut syyt ovat itse asiassa kapitalistisen tuotantotavan seurauksia.”²⁷¹

Tiekso viittasi hänkin puheessaan lääkäripulan aiheuttamiin ongelmiin sekä totesi, että terveysvalistus ja kuntien järjestämät joukkotarkistukset olisivat varmasti järkevä tapa kansanterveystyön edistämiseksi. Kuusta sosiaali- ja terveysministerinä edeltänyt Tiekso totesi myös, että julkisuudessa oli kiistelty naurettavuuksiin asti, kenen ansioksi kansanterveyslain voitiin katsoa kuuluvan, vaikka todellisuudessa lain takana oli ”niin monta isää ja jokunen äitikin”, joista oikeaa oli mahdotonta selvittää.²⁷²

²⁷¹ VP 1971 ptk. 28.9.1971, 2083, ed. A-L. Tiekso (skdl).

²⁷² VP 1971 ptk. 28.9.1971, 2084, ed. A-L. Tiekso (skdl).

Tiekson puheenvuorosta ja muistakin viittauksista työikäisiin miehiin sekä menetettyyn työvoimaan näkyy, että kysymys oli kuitenkin edelleen merkittävä myös kansan ja työn näkökulmasta. Tieksoilla puheenvuoron taustalta välittyi myös ideologinen näkemys ja hän antaa ymmärtää, että synkät kuolleisuusluvut ovat seurausta kapitalistisesta yhteiskuntajärjestelmästä. Tiekson puheenvuoron voisi myös katsoa viittaavan aiemmin mainitsemaani ajatukseen, että osassa kirjoituksia pohdittiin suomalaisen miehen vaikeutta sopeutua nyky maailmaan ja sen vaatimuksiin.

Tiekson ohella myös toinen kansandemokraattien edustaja, Pauli Räsänen, lääkäri hänkin, viittasi miesten kuolleisuuden taustalla olevan kapitalistinen yhteiskuntajärjestelmä:

”Suomi-äidin vaihdevuosivaivat ovat löytämässä hoitajansa, olemme siirtymässä vallankumouksellisen terveystalouden tielle, mikä synnyttää edellytykset ymmärtää myös koko sairaan kapitalistisen kansantaloutemme ja kulttuurin vallankumouksellisen muuttumisen välttämättömyyttä sosialistiseen, suunnitelmalliseen suuntaan. Juuri kapitalistinen järjestelmämme on se, joka ajaa ihmisen ennen aikojaan raakiksi kuin huono hevospöytä hevosen. Sitä todistavat tilastot, mm. keski-ikäisten miestemme johtoasema maailman sydäntautikuolleisuustilastoissa, vakavat mielenterveydelliset häiriöt ja suuret itsemurhaluvut, lukuisat aistimien taudit, tuki- ja liikuntaelinten taudit sekä tapaturmat.”

Vielä myöhemmässä vaiheessa puheenvuoroaan Räsänen totesi, että ”valtiomonopolistinen kapitalismi” mahdollisesti nykytilanteen, jossa työnantaja voi ottaa työntekijästä kaiken voiton irti ja tämän sairastuttua työn uuvuttamana, ollessa ”sydän-, selkä- tai hermovikainen” jättää tämän yhteiskunnan huollettavaksi. Räsänen kuittasi myös hallituksen määritelmän kansanterveystyöstä supistetuksi, ”tyypilliseksi porvarilliseksi lässytykseksi”, joka vei arvoa esitykseltä. Tämä johtui siitä, että kansanterveystyölaki oli vain puitelaki ja jätti siten suuren osan kansanterveystyötä muiden lakien varaan. Räsänen mielestä myös ilmaishoito voitiin toteuttaa heti, ja lääkärripulasta puhuminen oli hänestä vain pelottelua.²⁷³

²⁷³ VP 1971 ptk. 28.9.1971, 2090–2092, ed. P. Räsänen (skdl).

Kokoomuksen kansanedustaja, lääkäri Eeva Kauppi käytti samassa keskustelussa mielenkiintoisen puheenvuoron, jossa hän kommentoi maksuttomuutta sekä kansalaisen oikeuksia ja velvollisuuksia:

”On todettava, että terveys ei ole vain yksilöä koskeva, vaan se koskee koko yhteiskuntaa, ja tällöin yhteiskunnalla on velvollisuuksia kansalaisia kohtaan. Toisaalta on todettava, että tässä laissa ei ole määräyksiä vielä kansalaisten oikeuksista. Ei sanota, että jokaisella on oikeus saada niitä ja niitä palveluksia. Mutta jos tähän mennään, kokoomus odottaa, että säädetään myös yksilöä koskevat määräykset, miten hänen on omalta osaltaan huolehdittava terveysturvastaan ja terveenä pysymisestään. Tässä yhteydessä on malta olla tuomatta esiin sellaisia seikkoja kuin alkoholin käyttö liiallisessa määrin, tupakka ja ravintotekijät.”

Kauppi palasi aiheeseen vielä myöhemmin puheenvuorossaan kertomalla, että hänestä tuli korostaa terveen ja työkykyisen ihmisen vastuuta, jotta Suomessa kannattaa edelleen tehdä töitä.²⁷⁴ Kauppi korosti vielä uudelleen yksilönvastuuta terveydestään seuraavassa kansanterveyslakia koskevassa keskustelussa 30.11.1971, jolloin hän toisti näkemyksensä kansalaisen oikeuksien ja velvollisuuksien suhteesta ja siitä, että yksilön tuli osaltaan huolehtia terveenä pysymisestään.²⁷⁵

Kaupin puheenvuorot osoittivat, että uudenlaisen, yksilön oikeuksiin keskittyvän ajattelutavan rinnalla oli edelleen myös ajatus yksilön velvollisuudesta kansaansa ja kansakuntaansa kohtaan. Luetellessaan terveydelle haitallisia tekijöitä Kauppi tulee viitanneeksi keskustelussa olleisiin sairauksiin: ravinnon tiedettiin jo osaltaan vaikuttavan sydän- ja verisuonitautien syntyyn ja tupakoinnin keuhkosityöpään, joten ainakin osittain Kauppi viitannee miesten velvollisuuteen kohentaa elintapojaan.

Esimerkiksi edustaja Lea Sutinen päätti puheenvuoronsa toivomukseen, että avosairaanhoidon, kotona tapahtuvaa sairaanhoidon, lisättäessä tulee myös kotiavun saantia helpottaa, koska perheenemäntiä ei tullut kuormittaa enempää lisäämällä heidän tehtäviinsä sairaanhoidon vaativilta velvoitteilla.²⁷⁶

²⁷⁴ VP 1971 ptk. 28.9.1971, 2087–2088, ed. E. Kauppi (kok).

²⁷⁵ VP 1971 ptk. 30.11.1971, 3098, ed. E. Kauppi (kok).

²⁷⁶ VP 1971 ptk. 28.9.1971, 2094, ed. L. Sutinen (kesk).

Kansanterveyslain palatessa keskusteluun 30.11.1971 keskustan lääkärikansanedustaja Matti Ruokola aloitti puheenvuoronsa luonnehtimalla suomalaisia ”Euroopan sairaimmaksi kansaksi”. Hän totesi, että monista ponnisteluista, sekä terveyden- ja sairaanhoidon kulujen lisääntymisestä ja sairaaloiden rakentamisesta huolimatta toimien vaikutus ei näkynyt työikäisten kuolleisuus- ja työkyvyttömyysluvuissa. Tätä Ruokola kuvaili ”järkyttäväksi havainnoksi”, jonka tulisi saada kaikki ymmärtämään kansanterveyslain välttämättömyys ja kiireellisyys.²⁷⁷

Eräät kansanedustajat esittivät, että kansanterveystyöhön ja ehkäisevään terveydenhoitoon tuli huomioida useita ihmisen elinympäristöön ja siten terveyteen vaikuttavia tekijöitä. kansandemokraattien edustaja Anna-Liisa Jokinen kertoi puheenvuorossaan pettymyksestään kansanterveyslakiin:

”Tämän puitelain luontoisen lakiesityksen puutteellisuus on monilla osin valitettava. Tilastot ovat kertoneet aivan viime päivinä joka kolmannen suomalaisen loukkaantuvan liikenneonnettomuuksissa. Ehkäisevä terveydenhoito ei kuitenkaan ole tavoittanut tätä aluetta, jolla nimenomaan on kysymys ihmisen terveydestä. On valitettavaa, ellei ehkäisevän terveydenhoidon piiriin saada kuulumaan tämän aivan ilmeisen uhan poistamista ja vähentämistä, sillä tuskin mikään muu terveyttä aivan ilmeisesti uhkaava vaara on yhtä suuri. Tämä ihmisen elinympäristöön liittyvä asia on niin merkittävä, että tänä päivänä puhuttaessa ihmisen terveyteen liittyvistä tekijöistä sen sivuuttaminen merkitsee tietoista vastuuttomuutta.”

Jokinen jatkoi puheenvuorossaan kuvailemalla muitakin ihmisen elinympäristöön ja terveyteen liittyviä tekijöitä. Jokisen mukaan asumiseen, työhön, ravintotottumuksiin ja liikuntaan sekä tupakoinnin vastustamiseen liittyvät asiat olisi tullut huomioida kansanterveyslaissa, mutta nyt ne olivat jäämässä muiden lakien varaan. Kaikesta huolimatta Jokinen myönsi kansanterveyslain olevan edistysaskel.²⁷⁸ Myös SMP:n edustaja Olavi Tupamäki esitti, että osana ennaltaehkäisevän terveydenhoidon tulisi huomioida myös työnsuojeluun, liikuntaan ja terveystarkastuksiin liittyviä säännöksiä²⁷⁹ ja SKDL:n Mirjam Tuominen esitti puheenvuorossaan käsityksen, että vaikka pikkulasten

²⁷⁷ VP 1971 ptk. 30.11.1971, 3094, ed. M. Ruokola (kesk).

²⁷⁸ VP 1971 ptk. 3.12.1971, 3207, ed. A.L. Jokinen (skdl).

²⁷⁹ VP 1971 ptk. 3.12.1971, 3213, ed. O. Tupamäki (smp).

kuolleisuus oli Suomessa ansiokkaan neuvolatoiminnan myötä laskussa, työikäisen väestön kohdalla tilanne näytti huonommalta. Tähän yhtenä syynä oli Tuomisen mielestä ”ammattientarkastustoiminnan heikkoudet, työpaikkaterveydenhoidon ja työturvallisuuden kehno tila.”²⁸⁰

Kansanterveislain kolmannessa käsittelyssä SKDL:n edustaja Pauli Räsänen käytti niin ikään puheenvuoron, jossa huomautti kansanterveyslaissa näkemistään epäkohdista. Hän totesi lain olevan kiistämättä edistysaskel, mutta katsoi sen edustavan ”varsin ahdasta porvarillista näkemystä”. Tällä Räsänen viittasi samaan kuin edempänä edustaja Jokinen: kansandemokraatit tahtoivat kansanterveyslakiin sisällytettävän lakisääteisinä ”terveysvalvonnan, ympäristön terveystarkkailun, kuntoliikunnan edistämisen, mielenterveystyön, ravitsemusneuvonnan ja tupakoinnin vastustamistyön”. Räsänen katsoi, että porvarillisten ja sosiaalidemokraattien muodostama rintama oli aiheuttanut lakiin tämän epäkohdan, jolloin mainitut asiat jäivät lähinnä toiveiden ja harrastustoiminnan varaan.²⁸¹

Räsänen perusteli puheenvuorossaan varsin monipuolisesti väittämänsä. Hän huomautti, ammattitautien ja ympäristön saastumisen uhasta ihmisten terveydelle ja katsoo, että kyseisiin ongelmiin olisi ollut yhtenä ratkaisuna sisällyttää kansanterveyslakiin niitä koskevia velvollisuuksia kuntien terveysviranomaisille. Näin olisi tehokkaasti kyetty torjumaan uusia kansantauteja, mielenterveyshäiriöitä ja itsemurhia nuoresta saakka ja saatu kansantaloudellista säästöä. Koska kansanterveyslaki jäi Räsänen mielestä puutteelliseksi, oli työterveyshuoltoja ja -suojelua koskevien lakien säätämisen kanssa seuraavaksi kiire.²⁸²

Kuntoliikunnan edistämisen Räsänen näki kytkeytyvän myös laajempaan ongelmaan:

”Jos kokoomuksen taholta tehty ehdotus, että ylityöt saatetaan verottomiksi, toteutuisi, merkitsisi se käytännössä palkkatyöntekijäin olosuhteiden huononemista. Ahkeruudesta rangaistaisiin. Vapaa-ajan vähentyessä se johtaisi ulkoilu- ja liikuntamahdollisuuksien heikkenemiseen, työvauhdin kiristymisen ja työajan pitkittymisen myötä stressi- ja rasitustekijät, ammattitaudit ja tapaturmat, sydämen ja

²⁸⁰ VP 1971 ptk. 3.12.1971, 3208, ed. M. Tuominen (skdl).

²⁸¹ VP 1971 ptk. 21.12.1971, 3487, ed. P. Räsänen (skdl).

²⁸² VP 1971 ptk. 21.12.1971, 3487, ed. P. Räsänen (skdl).

verisuoniston sekä hermoston taudit lisääntyisivät. Edelleen olisi seurauksena työttömyyden lisääntyminen ja palkkojen pienentäminen varsinaiselta työajalta. Tällainen on vain suurtyönantajien edun mukaista, ei työntekijäin.”²⁸³

Kokoomuksen edustaja Gunnar Laatio tyrmäsi myöhemmässä puheenvuorossaan tämän Räsäsen käsityksen, että ylitöiden verottomuus kääntyisi työntekijää vastaan: ”Siitä kyllä huomasi jälleen kerran, ettei lääkäri-kansanedustaja tunne lainkaan elintasoan parantamaan pyrkiviä työmiehiä.” Lisäksi Laatio kehotti Räsästä perehtymään työmiesten käsityksiin verotuksesta, kun näiden asialla väitti olevansa.²⁸⁴

Tupakoinnin vastustamistoimia olisi Räsäsen mukaan täytynyt sisällyttää lakiin, koska tupakoinnin haitallisuudesta oli niin selkeätä näyttöä. Tupakoinnin oli voitu todeta aiheuttavan keuhko- ja huulisyöpää, sydän- ja verisuonitauteja ja lisäksi se aiheutti terveyshaittoja myös tupakoimattomille. Räsäsen mukaan vapaaehtoisuudelle perustuva tupakoinnin vastustaminen ei voinut onnistua, vaan lääkärit, vapaaehtoisuuden pohjalta toimivat vastustajat sekä ”keuhkosityöpäläiset” olivat heikoilla. Tapa oli lisäksi enenevässä määrin lisääntymässä nuorten ja naisten keskuudessa. Tässäkin kohtaa syyllinen taistelun hankaluudelle oli kuitenkin Räsäselle selvä:

”Yes sir, siirry sikaariin,’ sanoo tupakkatehtailija, mikä tarkoittaa, että herra, siirry keuhkosityöpään. Kapitalistisessa yhteiskunnassa tupakkatehtailijat mainonnallaan pystyvät lähes tyystin hävittämään terveysviranomaisten hyvää tarkoittavat ponnistukset.”²⁸⁵

Edellä käsitellyt neljä puheenvuoroa arvostelivat kansanterveyslakia, mutta samalla esittivät vaatimuksia elinympäristön ja työolosuhteiden kokonaisvaltaisemmasta huomioimisesta. SDP:n Osmo Kaipainen tosin huomautti kesken Tupamäen puheenvuoron ehkäisevää hoitoa käsittelevän kohdan, että tämän tulisi lukea lakiehdotus tarkemmin.²⁸⁶ Silti on huomionarvoista, että kansanedustajat toivoivat laajempaa, lakiin kirjattua vaikutusmahdollisuutta ihmisen elinympäristön, työolosuhteiden ja yksilöllisten elämäntapojen osalta.

²⁸³ VP 1971 ptk. 21.12.1971, 3488, ed. P. Räsänen (skdl).

²⁸⁴ VP 1971 ptk. 21.12.1971, 3531, ed. G. Laatio (kok).

²⁸⁵ VP 1971 ptk. 21.12.1971, 3488, ed. P. Räsänen (skdl).

²⁸⁶ VP 1971 ptk. 3.12.1971, 3213.

SDP:n edustaja Ilkka Taipale otti omassa puheenvuorossaan kantaa ehkäisevän terveydenhoidon merkityksestä kansanterveyslain yhteydessä. Hän totesi, että esitetyistä mielipiteistä huolimatta kyseessä oli kuitenkin selkeästi ”organisaatio-, järjestysmuoto- tai puitelaki” ja sisältöä sille toi ehdotukseen sisältyvä viisivuotissuunnitelma, jota tehtiin samaan aikaan lääkintöhallituksessa. Tuohon suunnitelmaan oli Taipaleen mukaan mahdollista sisällyttää esimerkiksi Räsäsen puheenvuorossaan esittämiä asioita.²⁸⁷

Vaikka Taipale siis perusteli puitelain luonnetta kansandemokraattien vaatimuksia vastaan ja piti lakia merkittävänä saavutuksena, hänkin korosti, että luuloista huolimatta se ei tulisi Suomen keskeisiä kansanterveysongelmia ratkaisemaan. Samanlainen erehdys oli tehty kuviteltaessa, että työpaikkaterveyshuolto riittäisi merkittävästi kohottamaan työikäisen väestön terveyttä. Taipale katsoi, että pelkästään parantamalla terveyspalveluja sekä niiden organisointia ei kyettäisi enää kansanterveyteen oleellisesti vaikuttamaan. Tätä todisti esimerkiksi se, että suomalaisten odotettavissa olevan eliniän ylittivät esimerkiksi albanialaiset, portugalilaiset ja puertoricolaiset. Näin ollen kyse ei voinut olla pelkästään sairaaloiden tai tehdyn kansanterveystyön kehittymättömyydestä, eivätkä terveyskeskuksetkaan siksi tulisi merkittävimpien kansanterveysongelmien osalta tarjoamaan kuin osittaisen ratkaisun. Niiden torjuntaan ja ehkäisyyn tarvittiin koko yhteiskuntaa ja sen rakenteita koskevia toimenpiteitä, mistä Taipale kertoi esimerkkejä:

”Sydän- ja verisuonitautien ehkäisyssä menetelminä eivät tule ratkaisevasti kysymykseen joidenkin joukkotarkastusten luominen, lääkehoito, sydänverisuonikirurgia, sydänambulanssit tai jotkut muut. Ainoat tällä hetkellä ratkaisevat keinot ovat tupakoinnin vähentäminen, ravintorasvoihin vaikuttaminen, liikunnan lisääminen ja stressin vähentäminen, joista jälkimmäinen on poliittisesti vaikeampi operationalisoida tai toteuttaa. Sen sijaan me tiedämme, että yksistään tupakoivien miesten ylikuolleisuus tässä maassa on 3 700 miestä vuosittain. Yhden askin päivässä polttavien miesten tai naisten keskimääräinen elinikä on neljä vuotta alhaisempi kuin tupakoimattomien. Näistä 3 700 miehestä vuodessa kuolee puolet sydän- ja verisuonitauteihin ja noin puolet keuhkosityöpään, joka sivumennen sanoen on tällä hetkellä

²⁸⁷ VP 1971 ptk. 21.12.1971, 3490, ed. I. Taipale (sdp).

ainoa tärkeä syöpälaji, jota voidaan todella tehokkaasti ehkäistä, mikäli ehkäisytyöhön lähdetään.”²⁸⁸

Taipale jatkoi puheenvuorossaan esittelemällä vielä konkreettisia keinoja toimenpiteiksi. Tupakoinnin vähentämiseksi tehokkaita olisivat rajoitukset ja sen mainostamiseen liittyvät kiellot sekä valistus, samoin ravinnosta saatujen rasvojen laatuun oli Taipaleen mukaan vaikuttaa poliittisin ratkaisuin. Tämän lisäksi uusien kansantautien torjunta vaati myös kansalaisten asennemuutosta, vaikka elämäntapamuutokset eivät tulisi mieleisiä kansalaisille olemaan. Taipale perustelee yhteiskunnan ja ihmisten asenteiden muutoksen tarpeen sillä, että myös aikaisempien, jo suurimmaksi osaksi selätettyjen, kansantautien voittaminen vaati muutosta. Nyt kansalaiset suhtautuivat kuitenkin sairauksiin asiana, jolle ei voinut mitään:

”Niihin suhtaudutaan tällä hetkellä samalla tavoin deterministisesti, kohtalonomaisesti: sydäntulppa tulee jos on tullakseen, samoin syöpä, työtaturma, hukkuminen, liikennetaturma, tai itsemurha tehdään jostain kummallisesta syystä eikä sille mahdeta mitään.”²⁸⁹

Taipaleen huomio oli samankaltainen kuin Pekka Puskan myöhemmin samasta aikakaudesta tekemä: uudet kansantaudit nähtiin periaatteessa melko tavallisena asiana.²⁹⁰ Mahdollista on, että suhtautumisen muutos oli kansalaisten keskuudessa hidas: kuten aiemmin todettu, sydän- ja verisuonitaudit ja syövätkin miellettiin pitkään vanhemman väestön sairauksiksi, rappeutumisen väistämättömiksi seurauksiksi. Lisäksi kuten huomattiin, suhtautuminen saattoi lääkärikunnankin keskuudessa olla lähinnä, että johonkin sitä on vanhuuttaan kuoltava, eivätkä kaikki olleet valmiita kiistämään oikeutta itsemurhaan, jos teko oli harkittu. Tästä esimerkkinä yllä

Tupakoinnin vähentämisen tärkeydestä huomautti puheenvuorossaan myöskin edustaja Kuuno Honkonen, joka ihmetteli, miksi toimeen ei oltu tartuttu rohkeammin:

”Mitä siihen tulee, on syytä kummastella, ettei valtiovalta ole keskittynyt perusteellisemmin ongelman selvittelyyn. Asianomaiset istuvat kädet ristissä, vaikka tiedemiehet ja käytäntö ovat kyllin selvästi osoittaneet tupakoinnin vaarallisuuden. – Jos tupakointi jatkuu nykyisellä teholla tai

²⁸⁸ VP 1971 ptk. 21.12.1971, 3490–3491, ed. I. Taipale (sdp).

²⁸⁹ VP 1971 ptk. 21.12.1971, 3492, ed. I. Taipale (sdp).

²⁹⁰ Puska, Pekka (1985) Sydänprojekti. Keuruu, 11–12.

vielä lisääntyä, ei lääkärin lisäkoulutuksesta eikä kansanterveyslaistakaan ole nähdäkseni vastaavaa hyötyä.”²⁹¹

Samoin Olavi Tupamäki totesi olevansa tyytyväinen eräissä 21.12.1971 käytetyissä puheenvuoroissa esiintyneisiin käsityksiin tupakan haitallisuudesta ja keinoista vastustaa sitä. Tupamäki tunnustautui tupakoinnin suureksi vastustajaksi ja toivoi sille asetettavan rajoituksia ja kieltoja niin, että tupakoinnista tulisi huonona pidetty ja syrjitty tapa, jonka vuoksi tupakoitsija saisi osakseen pitkiä katseita. Tupamäki syytti niin ikään valtiota toimettomuudesta asian suhteen: mitä enemmän kansa tupakoi, sitä paremmin valtion kassaan kertyi siitä verotuloja.²⁹² Sen sijaan kokoomuksesta esitettiin mielipiteitä, joiden mukaan tupakointi ja sen lopettaminen oli enemmän henkilökohtainen asia, eikä yhteisöllinen asia.²⁹³

Terveysvalistuksella ja terveysneuvonnalla nähtiin olevan merkittävä rooli kansanterveystyössä. Edustaja Räsänen katsoi, että erityisesti työikäisten miesten saamiseksi neuvonnan piiriin valistusta tuli tehdä joukkovälineiden kautta.²⁹⁴ Tyyne Paasivuori puolestaan katsoi, että terveellinen ravinto oli parhaita keinoja vaikuttaa terveyteensä, ja siksi voisi esimerkiksi kotitalouslautakunnalta sekä kotitaloudellisilta neuvontajärjestöiltä odottaa entistä aktiivisempaa valistustyötä.²⁹⁵ Myös kokoomuksen edustaja, lääkäri Sirkka Lankinen tiedusteli puheenvuorossaan, eikö raittiusmäärärahoja olisi mahdollista suunnata ”radio- ja televisiotoiminnassa näiden myrkytysvaikutusten selvittämiseen”, viitaten tupakointiin, mutta myös keskioluen lisääntyvää käyttöä vastaan.²⁹⁶

Neuvolatoiminnan ansiokkuus oli niin ikään esillä. Kokoomuksen edustaja Alli Vaittinen totesi hänkin tämän puheenvuorossaan, mutta valitteli, ettei toiminta ollut ollut enemmän perhekeskeistä. Edustaja Vaittinen tunnettiin myös lempinimellä ”Mato-Alli”. Sairaanhoidonjohtajana Vaittinen oli edistänyt kansanterveystyötä organisoimalla Nokian kulkutautisairaalan, joka sai sisämaassa ongelmana olleen lapamatotaudin kuriin. Lisäksi Vaittinen oli ollut kampanjoimassa lapamatojen

²⁹¹ VP 1971 ptk. 21.12.1971, 3496, ed. K. Honkonen (skdl).

²⁹² VP 1971 ptk. 21.12.1971, 3538, ed. O. Tupamäki (smp).

²⁹³ VP 1971 ptk. 21.12.1971, 3534, ed. S. Lankinen (kok); VP 1971 ptk. 21.12.1971, 3531, ed. G. Laatio (kok).

²⁹⁴ VP 1971 ptk. 21.12.1971, 3488–3489, ed. P. Räsänen (skdl).

²⁹⁵ VP 1971 ptk. 21.12.1971, 3495, ed. T. Paasivuori (sdp).

²⁹⁶ VP 1971 ptk. 21.12.1971, 3534, ed. S. Lankinen (kok).

häättämiseksi väestöstä.²⁹⁷ Eduskunnassa Vaittinen toivoi isien mahdollisuutta osallistua esimerkiksi neuvolakäynteihin:

”On ollut vain suuri vahinko, että tämä lapsesta huolehtiva toinen osapuoli, mies, isä, tämä luomakunnan kruunu, ei ole käynyt muuta kuin harvoin tässä neuvolassa saamassa tietoa, millä tavalla lasta hoidetaan ja huolletaan ja millä tavalla hoidetaan ja huolletaan sitä ihmistä, jota naiseksi sanotaan, joka tekee suvun jatkamisessa erittäin suuren työn. Jos näin olisi ollut, että neuvola olisi ollut perhekeskeinen, olisimme varmasti myöskin tässä kysymyksessä paljon pitemmällä. Tässä miesten maailmassa terveysturvajärjestelmä ei olisi ollut rakennettavana yhtätoista vuotta, vaan ehkä se olisi tullut asiantuntijoiden, miesten, taholta jo aikaisemmin tähän saliin.”²⁹⁸

Eräät kansanedustajat tahtoivat puheenvuoroissaan kiinnittää huomiota erityisesti rintamaveteraanien tarvitsemaan terveydenhoitoon. Heikki Kainulainen käsitteli heitä puheenvuorossaan kahdesti:

”Rintamaveteraanien kohdalla on todettava, että heidän terveydenhuoltonsa jäi kokonaan hoitamatta, vaikka annettiin laki rintamasotilaseläkkeistä. Tämän lain yhteydessä olisi ehdottomasti kuulunut antaa rintamasotilaille jo ilmaiset terveystarkastukset ja säännöllisesti toistuvina vähintään kerran vuodessa niiden perusteella annettu kuntouttamis- tai sairaalahoito, edelleen ilmaiset lääkkeet.”

Kainulainen jatkaa käsittelemällä muita huonoimmassa tilanteessa olleita ryhmiä, maaseudun puutteellisia asunto-oloja, lääkäripulaa sekä pienten kuntien vaikeuksia järjestää kansanterveyslain mukaisia terveyspalveluja. Tämän jälkeen Kainulainen totesi vielä Itä-Suomen ja erityisesti rintamaveteraanien huonon tilanteen sydän- ja verisuonitautien osalta:

”Itä-Suomen kohdalla on lisäksi todettava se, että tämän osan Suomea on todettu sairastavan enemmän kuin muualla sydän- ja verisuonitauteja. Sen vuoksi olisi kansanterveyslain suomin mahdollisuuksin tutkittava yhä

²⁹⁷ Ylen Suuret suomalaiset -ehdokkaiden sivu <<http://yle.fi/vintti/yle.fi/suuretsuomalaiset/ehdokkaat/index1c06.html?list=all&id=90>>, viitattu 5.5.2017.
²⁹⁸ VP 1971 ptk. 21.12.1971, 3539, ed. A. Vaittinen (kok).

useampi kunta näissä osissa maata ja niiden asukkaat, koska nämä taudit vievät varsin nopeasti haudan ja aiheuttavat aivan täydellisiä työkyvyn menetyksiä. Tämähän on todettu varsinkin rintamaveteraanien keskuudessa; heidän kohdallaanhan nämä sydän- ja verisuonitaudit ovat kaikkein yleisimpiä.”²⁹⁹

Kansanedustajien puheenvuoroissa esiintyi jossain määrin näkemyksiä, että terveysongelma olisi ollut polttavampi vähävaraisten keskuudessa. Esimerkiksi SDP:n Tytne Paasivuori totesi maan sisäisen, alueellisen eriarvoisuuden sekä sairastavuus-, kuolleisuus- ja työkyvyttömyystilastoissa Suomen olevan kärkisijoilla, ja katsoi nämä lähinnä vähävaraisten kansalaisten ongelmiksi. Paasivuoren mukaan olikin tutkittu, että huono terveys johtui usein köyhyydestä, työttömyydestä sekä sosiaalisista vaikeuksista, minkä lisäksi hän totesi Suomessa olleen merkittävät tuloerot. Syiksi hän mainitsee työterveyshuollon kehittämättömyyden sekä erityisesti urakka- ja vuorotyön aiheuttaman stressin sekä kilpailuyhteiskunnan aiheuttamat paineet, jotka olivat sitä raskaammat mitä köyhempiin kansanryhmiin päästiin.³⁰⁰

Keskusteluissa kiinnitettiin monesti huomiota myös terveydenhuoltopalvelujen alueelliseen saatavuuteen ja järjestämismahdollisuuksiin syrjäseuduilla. Maan eri osien välillä vallitsevat terveyserot tunnettiin ja kansanterveystilain vaikutuksesta ilmaistiin huolta puheenvuoroissa.³⁰¹

Kansanedustajien puheenvuoroissa viitattiin vuosia puheenaiheena pysytelleeseen lääkäripulaan. Puheenvuoroissa epäiltiin kansanterveystilain toimeenpanon mahdollisuuksia ilman riittävää määrää terveydenhuollon henkilökuntaa, tai ainakin lääkäripulan olevan toimeenpanoa hankaloittava tekijä. Toisaalta taas toivottiin, että näin mittavan uudistuksen soveltamista varten koulutusmääriä lisättäisiin ja huomioitaisiin kouluttamisessa juuri avoterveydenhoidon tehtävät.³⁰²

Eduskunnassa esitettyjen puheenvuorojen perusteella kansalaisten huono terveys ja miesten varhainen kuolleisuus katsottiin johtuvaksi paitsi tehottomasta aiemmasta terveyspolitiikasta, kapitalistisen järjestelmän tuhoisuudesta sekä huonosti toiminut työterveydenhuolto ja työturvallisuus. Puheenvuoroissa esitettiin myös, että

²⁹⁹ VP 1971 ptk. 3.12.1971, 3210–3211, ed. H. Kainulainen (smp).

³⁰⁰ VP 1971 ptk. 21.12.1971, 3494, ed. T. Paasivuori (sdp).

³⁰¹ Esim. VP 1971 ptk., 3.12.,1971, 3215; VP 1971 ptk. 21.12.1971, 3532.

³⁰² Esim. VP 1971 ptk. 30.11.1971, 3095-3096; VP 1971 ptk., 3.12.1971, 3106, 3205, 3210.

kansanterveystyön tuli huomioida ihmisen koko elinympäristö ja pyrkiä vaikuttamaan myös muihin kuin suoraan lääketieteellisiin tekijöihin, mistä esimerkkinä mainittiin kuolemaan johtaneet liikennetapaturmat.

6 Päätelmiä

1940–60-lukujen kuluessa niin ajattelutavoissa kuin keskustelussa tapahtui useita muutoksia. Yksi merkittävä oli yksilön käyttäytymisen ja terveellisten elintapojen korostaminen: vielä 1940–50-luvuilla lääkäreiden kirjoituksissa esimerkiksi syöpää koskien korostettiin varhaista hoitoon hakeutumista ja lääkäreiden mahdollisuuksia ja valveutuneisuutta varhaisten diagnoosien tekemisessä, ei niinkään ennaltaehkäisyä, esimerkiksi tupakoinnin lopettamista tai välttämistä. Väestöpoliittinen ajattelu vaikutti kuitenkin selkeästi terveydenhuoltopolitiikassa 1960-luvulle asti, eikä kadonnut silloinkaan kokonaan.

Tilastojen tarkastelu ja kansainvälinen vertailu oli aina hygieni-ajattelun ajasta uusien kansantautien aikaan merkittävä osa miesten kuolleisuutta koskevaa keskustelua. Vertauksia tehtiin erityisesti läntiseen Eurooppaan ja Ruotsiin. Joissain väittämässä katsottiin jopa suomalaisten miesten sydäntautikuolleisuuslukujen olevan maailman synkimpiä. Näitä tilastoja tarkasteli myös jo 1940-luvulla suomalaismiesten korkean kuolleisuuden havainnut Väinö Kannisto, mutta kuten todettu, nämä havainnot eivät vielä aikanaan herättäneet kovin merkittäviä reaktioita, mikä välittyi aineistostakin. Lääkäreiden keskuudessa aiheesta kirjoitettiin, mutta politiikassa huomion keskiössä oli väestöpolitiikka ja perheiden tukeminen.

Miesten varhaisen kuolleisuuden muotoilussa yhteiskunnalliseksi ongelmaksi merkittävä rooli oli sen kaikissa vaiheissa asiantuntijoilla ja erityisesti lääkäreillä: suomalaislääkärit liittyivät varhain kansainväliseen keskusteluun sydän- ja verisuonitautien osalta, kirjoittivat niistä, havainnoivat syöpäkuolleisuutta, vaikuttivat terveyspolitiikkaan korkeissa viroissa ja 1960-luvulla nuoret vasemmistolaislääkärit toivat uudenlaista voimaa terveyseroja ja sairastavuutta koskevaan keskusteluun. Osansa tekivät kuitenkin myös kansalaisjärjestöt ja erilaiset yhdistykset: Suomen Syöpäyhdistys ja Syöpäsäätiö, Sydänyhdistys, Talja ja Sosiaalipoliittinen yhdistys.

Suomalaiset lääkärit ja asiantuntijat olivat varsin varhaisessa vaiheessa mukana sydän- ja verisuonitautien ja ravinnon yhteyttä koskevissa kansainvälisessä tutkimuksessa, mistä ansio kuuluu ainakin osittain Martti J. Karvoselle. Ravintoa ja sydänsairauksia käsitteleviä kirjoituksia esiintyi tasaisesti tutkimuksen kattamalla jaksolla, joskin muitakin mahdollisia tekijöitä näiden tautien taustalla arvioitiin myös. Ravintoa koskevissa kirjoituksissa nähtiin kansalaisten ravitsemukseen vaikuttaminen

terveysvalistuksen keinoin tärkeänä ennaltaehkäisevänä toimena ja lääkärit sen toteuttajana.

Pekka Kuusen *60-luvun sosiaalipolitiikka* ei sisältänyt miesten kuolleisuutta koskevien tietojen osalta juuri uutta, mutta onnistui tavalla tai toisella saamaan aiempaa enemmän huomiota osakseen. Kuusta tuskin on syytä nostaa terveydenhuoltopolitiikan mullistavaksi uudistajaksi, mutta hänen teoksensa vaikutusta keskusteluun ei silti voine kiistää.

Tutkimuksen ajanjakson keskustelussa näkyi, kuinka Kuusen kirjalle annettiin tunnutusta ja muut ottivat käyttöönsä hänen esittämiään huomioita: tämä näkyi esimerkiksi maalaisliitto-keskustapuolueen ohjelmissa ja kansanedustajien puheenvuoroissa sairausvakuutuslaista keskusteltaessa. Samoin Kuusen teos mahdollisesti ainakin vahvisti olettamusta, että kansanterveyden huono tilanne oli osin seurausta lääkäripulasta, mikä näkyi myös tulevien vuosien puheenvuoroissa. *60-luvun sosiaalipolitiikka* muotoili ongelmaa melko pitkälle kantavalla tavalla: vaikka lääkäripula ja epätasainen jakautuminen maassa oli huomattu aiemminkin, nyt se vakiintui keskustelussa ja Kuusen kirjaan viitailtiin vielä vuosien jälkeenkin.

Yhteiskunnallisten ongelmien määrittelyn prosessia käsitellessään Spector ja Kitsuse totesivat, että kun jokin toimija tai ryhmä pääsee määrittelyssä vahvoille, muut omaksuvat usein näiden käyttämän sanaston koskien ongelmaksi koettua asiantilaa. Muutos sanastossa tai uusien sanojen käyttöönotto kuvaa sitä, että sosiaalisen ongelman historiassa on tapahtunut jotain merkittävää. Kuusen teoksen kohdalla näin voisi katsoa tapahtuneen, joskin yksittäisten sanojen käytössä tällaista ei toki voida varmaksi väittää. Kuusen jälkeisinä vuosina moni silti viittasi juuri 35–39-vuotiaiden miesten korkeaan kuolleisuuteen ja lääkäritiheuteen. Myös Yrjö Mattila on korostanut Kuusen aikaansaamaa muutosta.³⁰³

Miesten varhainen kuolleisuus, sitä koskevat väittämät ja vaatimukset olivat myös kamppailun kohde, kuten nähtiin eräiden lääkäreiden kiistäessä julkisuudessa olleita ilmiöitä, esimerkiksi suomalaismiesten synkät sydäntautikuolleisuusluvut ja ravinnon rasvojen vaikutuksen niihin, tai tupakoinnin haitallisuuden. Kamppailu ihmisten elämän hallinnasta näkyi myös, kun haluttiin asettaa kieltoja, rajoituksia ja lisätä valistusta

³⁰³ Mattila, Yrjö, 135.

kansanterveyden edistämiseksi: näitä toimia vastustettiin ja ehdotettiin tilalle omia. Yhtenä esimerkkinä tästä oli Pentti Puntalan vastine Ilkka Taipaleen kirjoitukseen.

Eräs läpi tutkimuksen kattaman ajanjakson näkyvä teema on terveysvalistuksen ja -kasvatuksen merkitys. Vaikka puhutavat ja näkemys yhteiskunnan velvollisuudesta huolehtia kaikkien kansalaisten terveydestä alkoivat näkyä, terveyskasvatus pysyi tunnustettuna keinona. Yhteiskunnan tuli edistää kansalaisen mahdollisuuksia huolehtia terveydestään, kasvattaa itse itsensä vastuulliseen kansalaisuuteen. Tavoitteena oli vaikuttaa syvälle käyvällä tavalla yksilön elintapoihin ja monessa asiassa: työssä, liikenteessä, ruokavaliossa, tupakoinnin ja alkoholinkäytön suhteen.

Terveyskasvatus ja valistus käsitettiin mahdollisuutena ennaltaehkäistä niin sydänsairauksia, tupakointia kuin tapaturmiakin. Valistuksella oli saatu hyviä tuloksia esimerkiksi tuberkuloosin vastustamistyössä ja neuvolatoiminnassa, minkä vuoksi se ymmärrettävästi tahdottiin ulottaa myös työikäiseen väestöön. Kouluilla oli toki myös merkitystä terveyskasvatuksessa. Näin biopolitiikan jatkuvuus erottui aineistosta: kansalaisten terveystyöskäytymiseen tuli puuttua politiikan keinoin. Tämä käy yksiin Helénin ja Jauhon näkemyksen kanssa, jonka mukaan pyrkimykset kansalaisten elämän hallintaan eivät oikeastaan terveystyöskäytymisestä kadonneet, vaikka kansanterveystyön sisältö ja puhutavat yksilöstäkin muuttuivat. Tutkimuksen kattamalla ajanjaksolla näkyy esimerkiksi jo muutos siinä, kuinka terveystyöskäytymisen käsite alkoi vakiintua.

Sotakokemusten ja sodan aiheuttamien traumojen vähäinen esiintyminen aineistossa selityksinä on mielenkiintoista. Väitteitä esitettiin, että suomalaismiehet olivat sodan vuoksi kärsineet, mutta toistuvaksi tai johtavaksi selitykseksi se ei tässä noussut. Osmo Kaipaisen mielestä se ei myöskään voinut olla selitys, koska sotien jälkeenkin syntyneet miehet olivat sairaalloisia. On palattava alussa esiteltyihin Kivimäen havaintoihin ja pohdittava, oliko asia tuolloin vaiettu aihe, oliko se aikalaisille itsestäänselvyys, että suomalaiset miehet olivat kärsineet sodasta, vai tarkastelenko sitä nykyhetkestä käsin erilaisin käsittein ja näkemyksin? Lisäksi on huomattava, että ainakin Väinö Kannisto kiinnitti kysymykseen huomiota väitöskirjassaan, mutta pystyi osoittamaan Itä- ja Länsi-Suomen erot sydän- ja verisuonitautikuolleisuudessa jo ennen sotia. Niin ikään suomalaisten ravitsemusta koskevat tutkimukset antaisivat tukea erilaisille ravitsemustottumuksille.

Tarkastelujaksolla ja aineistoissa suomalaisen miehen kuvaa rakennettiin monesti: suomalainen mies kärsi valittamatta ja ihanteena oli runebergiläinen sankarirooli. Pienistä, tai isoistakaan, vaivoista ei valitettu, eikä suomalainen mies ei mennyt lääkäriin ennen kuin oli myöhäistä, vaan sieti sairauksiaan vaikka sisulla. Jopa sydäninfarktin saaneet miehet jatkoivat työpäivänsä loppuun ja lähtivät lääkärin luo julkisin kulkuneuvoin, koska eihän mihin tahansa kehdannut jäädä sairastamaan ja jalatkin kantoivat. Syiksi arvioitiin myös miehistä aggressiota, miesten raskaampia ja vaarallisempia töitä sekä kiihvasta nykyelämän tahtia, johon miehillä oli naisia vaikeampaa sopeutua. Osa miesten luonnehdinnoista tukee Julkusen toteamusta ”kurjasta suomalaisesta miehestä”, joka ei tässä kohtaa kykene sopeutumaan maailman muutoksiin.

Mielenkiintoista oli kansanterveyslain luonteesta käyty keskustelu. Eräät kansanedustajat, enimmäkseen kansandemokraateista mutta myös SMP:stä, esittivät, että ehkäisevä terveydenhoito, ympäristökysymykset ja valistus olisivat olleet oleellisia sisällyttää kansanterveyslakiin, sillä vapaaehtoisuuden pohjalta esimerkiksi tupakoinnin vastustamistyö olisi vaikeaa. SDP:n riveistä Osmo Kaipainen kehotti lukemaan hallituksen esitystä tarkemmin, ja Ilkka Taipale puolestaan katsoi, että kansanterveyslaki oli luonteeltaan terveyspalvelujen järjestämistä koskeva, eivätkä ennaltaehkäisevät toimet kuuluneet siihen. Tästä huolimatta Taipale itsekin totesi, että pelkät terveyskeskukset eivät voineet tarjota kuin osittaista apua suurimpien kansanterveysongelmien poistamiseksi.

Miesten varhaista kuolleisuutta määriteltäessä ongelmaksi eivät vielä 1960-luvulla ainakaan keskeisesti nousseet sosiaaliluokka tai tulot, vaan ongelma vaikutti olevan miessukupuolen yhteinen ja näistä tekijöistä osin riippumaton, vaikka mainintoja toki esiintyi. Tämä oli nähtävissä aihetta käsitelleissä kirjoituksissa, ja myös Pekka Puska sekä Ilkka Taipale vahvistavat muistavansa näin olleen³⁰⁴. Toisaalta kansanterveyslaista eduskunnassa keskusteltaessa esitettiin huomioita siitä, että vähävaraisten kansalaisten terveys olisi muita huonompi, tai että erityisesti he joutuisivat kärsimään terveyspalvelujen puuttumisesta tai kalleudesta. Samoin Guy Bäckman havaitsi tutkimuksessaan, että yksinäisillä miehillä terveyspalvelujen käyttö oli vähäisempää ja taloudellisesti hankalampaa.

³⁰⁴ Kansanedustaja Pekka Puskan haastattelu 13.12.2016 (muistiinpanot kirjoittajan hallussa); Ilkka Taipaleen vastaus sähköpostitiedusteluun 22.3.2017.

Miesten varhainen kuolleisuus yhteiskunnallisena ongelmana oli siis varsin monitahoinen, monien määrittelyjen ongelma, johon haettiin syytä niin biologiasta, kapitalistisesta järjestelmästä, tupakoinnin haitallisuudesta kuin ravinnosta ja sukupuolirooleistakin. Samalla huomattiin kansanterveysjärjestelmän muitakin ongelmalliseksi koettuja asioita: sairaalakeskeisyys, lääkäripula, maan eri osien eriarvoisuus sekä avoterveydenhoidon palvelujen vähäisyys nähtiin kuolleisuuteen vaikuttavina tekijöinä.

7 Lähteet

7.1 Julkaistut alkuperäislähteet

Valtiopäiväasiakirjat

Valtiopäivät 1963, pöytäkirjat, asiakirjat

Valtiopäivät 1970, liitteet

Valtiopäivät 1971, pöytäkirjat, asiakirjat

Komiteanmietinnöt

Komiteanmietintö 1966:B 69. Tupakkakomitean mietintö. Helsinki, 1966.

Komiteanmietintö 1965:B 72. Kansanterveyskomitean mietintö. Helsinki 1965.

Komiteanmietintö 1969:A:3. Kansanterveystoimikunnan mietintö. Helsinki 1967.

Puolueohjelmat

Tässä tutkielmassa käytetyt puolueohjelmat löytyvät Pohtivasta-tietovarannosta:
<<http://www.fsd.uta.fi/pohtiva/>>

Maalaisliiton tavoitteet 1960 luvulla, 1962.

Kokoomuksen politiikan lähiajan suunta, 1969.

Kokoomuksen terveystoiminnallinen ohjelma 1970, 1969.

Aikalaiskirjallisuus

Bäckman, Guy (1969) Työikäiset miehet sairaalapalvelusten kuluttajina. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 7/1969, Helsinki.

Jaakkola, Risto (1968) Miesten vaihtoehto. Teoksessa Eskola, Katarina (toim.) Miesten maailman nurjat lait. Tammi, Helsinki.

Kaipainen, Osmo (1969) Kansa kaikki kärsinyt. Onko terveys kauppatavara vai oikeus? Arvi A. Karisto Oy, Hämeenlinna.

Kannisto, Väinö (1947) Kuolemansyyt väestöllisinä tekijöinä Suomessa. Kansantaloudellisia tutkimuksia XV, Helsinki.

Kuusi, Pekka (1968) 60-luvun sosiaalipolitiikka, viides painos. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisuja 6, WSOY, Helsinki.

Piepponen, Paavo & Ritamies, Marketta (1966) Miesten ylikuolevuus Suomessa. Väestöpoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja sarja B, N:o 8. 1966, Väestöpoliittinen tutkimuslaitos Helsinki.

Aikakauslehdet

Duodecim 1946-1971

Suomen Lääkärilehti 1946-1971

Tutkimuskirjallisuus

Ahlbäck, Anders (2006) Mitä miehen on kestettävä. Kokemuksia suomalaisesta sotilaskoulutuksesta 1920- ja 1930-luvuilta sukupuolihistorian valossa. Teoksessa Kinnunen, Tiina & Kivimäki, Ville (toim.) Ihminen sodassa. Suomalaisien kokemuksia talvi- ja jatkosodasta. Minerva, Helsinki.

Aukee, Ranja (2013) Vanhasta uuteen sosiaalilääketieteeseen. Suomalaisen lääketieteen muotoutuminen 1800-luvun lopulta vuosituhannen vaihteeseen. Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, Tampere.

Blumer, Herbert (1971) Social Problems as Collective Behavior. Social Problems, Vol. 18, No. 3, California University Press.

Foucault, Michel (2000) Power. Essential works of Foucault 1954-1984, Volume III. Edited by James D. Faubion. The New York Press, New York.

Foucault, Michel (1998) Tiedontahto. Teoksessa Seksuaalisuuden historia. 2. painos, Gaudeamus, Helsinki.

Foucault, Michel (2010) Turvallisuus, alue, väestö. Hallinnallisuuden historia: Collège de Francen luennot 1977–1978. Tutkijaliitto, Helsinki.

Hakkarainen, Pekka (2000) Tupakka – nautinnosta ongelmaksi. Vastapaino, Tampere.

Harjula, Minna (2007) Terveyden jäljillä. Suomalainen terveystalitiikka 1900-luvulla. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, Tampere.

Harjula, Minna (2015) Hoitoonpääsyn hierarkiat. Terveyskansalaisuus ja terveystalvet Suomessa 1900-luvulla. Tampere University Press, Tampere.

Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (2003) Terveyskansalaisuus ja elämän politiikka. Teoksessa Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (toim.): Kansalaisuus ja kansanterveys, Gaudeamus, Helsinki.

Helén, Ilpo (2004) Hyvinvointi, vapaus ja elämän politiikka: foucaultlainen hallinnan analytiikka. Teoksessa Rahkonen, Keijo (toim.) Sosiologisia nykykeskusteluja. Gaudeamus, Helsinki.

Helén, Ilpo (2016) Elämän politiikat. Yhteiskuntatutkimus Foucault'n jälkeen. Tutkijaliitto, Helsinki.

Helenius, Ralf (1995) Sydämen terveys ja ylituotannon varjo. Sepelvaltimotaudin ehkäisemisestä kansanterveystyön ja ravintorasvapolitiikan avulla. SVT-lääkärikonsultit, Helsinki.

Jauho, Mikko (2007) Kansanterveysongelman synty. Tuberkuloosi ja terveyden hallinta Suomessa ennen toista maailmansotaa. Tutkijaliitto, Helsinki.

Jauho, Mikko (2011) Miten riskitieto alkoi ohjata terveystalvet: tilastolliset tutkimusmenetelmät sydäntautien hallinnassa. Teoksessa Alastalo, Marja & Åkerman, Maria (toim) Tieto hallinnassa. Tietokäytännöt suomalaisessa yhteiskunnassa. Vastapaino, Tampere.

Jokinen, Arto (2006) Myytti sodan palveluksessa. Suomalainen mies, soturius ja talvisota. Teoksessa Kinnunen, Tiina & Kivimäki, Ville (toim.) Ihminen sodassa. Suomalaisen kokemuksiä talvi- ja jatkosodasta. Minerva Kustannus Oy, Helsinki.

Julkunen, Raija (2012) Mieskysymys suomalaisen tasa-arvopolitiikan asialistalla. Teoksessa Jokinen, Arto (toim.) Mieskysymys. Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere.

Jussila, Osmo – Hentilä, Seppo – Nevakivi, Jukka (2009) Suomen poliittinen historia 1809–2009. WSOY, Helsinki.

Kauhanen, Jussi - Erkkilä, Arja - Korhonen, Maarit - Myllykangas, Markku - Pekkanen, Juha: Kansanterveystiede. SanomaPro, Helsinki, 4. uudistettu painos 2013, 87.

Kivimäki, Ville (2016) Muisti. Teoksessa Kivimäki, Ville & Männistö, Anssi: Sodan särkemä arki. WSOY, Helsinki.

Lahelma, Eero – Manderbacka, Kristiina – Pekka Martikainen – Ossi Rahkonen (2003) Miesten ja naisten väliset sairastavuus- ja kuolleisuuserot. Teoksessa Luoto, Riitta – Viisainen, Kirsi – Kulmala, Ilona (toim.) Sukupuoli ja terveys, Vastapaino, Tampere.

Mattila Yrjö (2011) Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 116, Kelan tutkimusosasto, Helsinki.

Meskus, Mianna (2009) Elämän tiede. Tutkimus lääketieteellisestä teknologiasta, vanhemmuudesta ja perimän hallinnasta. Vastapaino, Tampere.

Mickwitz, Margaretha (2008) Tasa-arvotilanne 1960-luvulla. Teoksessa Mickwitz, Margaretha – von Essen, Agneta – Nordgren, Elisabeth (toim.): Roolien murtaajat. Tasa-arvokeskustelua 1960-luvulta 2000-luvulle. Gaudeamus, Helsinki.

Mussalo-Rauhamaa, Helena (2013) Ympäristöterveys ja terveysvalvonta. Teoksessa Sihto, Marita - Palosuo, Hannele - Topo, Päivi – Vuorenkoski, Lauri – Leppo, Kimmo (toim.): Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt, Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere.

Mustaniemi, Harri (2005) Saappaat savessa. Pohjois-Karjala projektin tuloksia tekemässä. Pohjois-Karjala projektin tutkimussäätö.

Nyström, Samu (2010) Lääkärit ja terveyden politiikka. Teoksessa Nyström, Samu (toim.) Vapaus, terveys, toveruus: lääkärit Suomessa 1910–2010. Suomen Lääkäriliitto ry, Hämeenlinna.

Puska, Pekka (1985) Sydänprojekti, Keuruu.

Rahkonen, Ossi & Lahelma, Eero (2010) Terveyspolitiikka. Teoksessa Niemelä, Pauli (toim.) Hyvinvointipolitiikka. WSOYpro Helsinki.

Riihinen, Olavi (2009) Pekka Kuusesta Terho Pulkkiseen 1957–1969. Teoksessa Jaakkola, Risto – Kainulainen, Sakari – Rahkonen, Keijo: Työväensuojelusta sosiaalipolitiikkaan. Sosiaalipoliittinen yhdistys 1908–2008. Edita, Helsinki.

Sihto, Marita (2013) Terveyspolitiikka, kansanterveys ja terveyden edistäminen – käsitteitä ja kehityskulkuja. Teoksessa Sihto, Marita - Palosuo, Hannele - Topo, Päivi – Vuorenkoski, Lauri – Leppo, Kimmo (toim.): Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt, Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere.

Spector, Malcolm & Kitsuse, John I. (2009) Constructing Social Problems. 4th printing, Transaction Publishers, New Brunswick and London.

Suojanen, Auli (2003) Suomalaista ravitsemuspolitiikkaa vuosina 1939–1999. Kansanravitsemusongelmat ja niiden ratkaisuehdotusten eteneminen julkiseksi päätöksiksi. Suomen Tiedeseura, Helsinki.

Wrede, Sirpa (2000) Suomalainen terveydenhuolto: Jännitteitä ja murroksia. Teoksessa Kangas, Ilka – Karvonen, Sakari – Lillrank, Annika (toim.): Terveys sosiologian suuntauksia, Gaudeamus, Helsinki.

Internet

Eskola, Juhani & Nykänen, Eeva: Uusilta sote-palveluilta voi puuttua hampaat vähentää eriarvoa. THL-Blogi 3.4.2017, <<https://blogi.thl.fi/blogin-nayttosivu/-/blogs/uusilta-sote-palveluilta-voi-puuttua-hampaat-vahentaa-eri-arv-1>>, viitattu 7.4.2017.

Juusola, Mervi: Suomalaisten miesten elinikä on Pohjoismaiden lyhyin. Helsingin Sanomat, HS, 21.7.2014, <<http://www.hs.fi/elama/art-2000002747647.html>>, viitattu 7.4.2017.

Nykyri, Timo & Teirikko, Kati: Miehen vuosi on 11 kuukautta. Yle uutiset 10.11.2013, <<http://yle.fi/uutiset/3-6922341>>, viitattu 7.4.2017.

Suomen väestö kasvaa hitaimmin Pohjoismaista. THL:n uutinen 16.12.2015, <<https://www.thl.fi/fi/-/suomen-vaesto-kasvaa-hitaimmin-pohjoismaista>>, viitattu 4.4.2017.

Ylen Elävä Arkisto <<http://yle.fi/aihe/artikkeli/2014/08/01/suomalaisen-miehen-suojamuuria-murtamassa>>, viitattu 4.4.2017.

Yle Elävä arkisto: Naisasiajärjestö Yhdistys 9. <<http://yle.fi/aihe/artikkeli/2006/09/08/naisasiajarjesto-yhdistys-9>>, viitattu 2.5.2017.

Ylen Suuret suomalaiset -ehdokkaiden sivu
<<http://yle.fi/vintti/yle.fi/suuretsuomalaiset/ehdokkaat/index1c06.html?list=all&id=90>>,
viitattu 5.5.2017.

Muut julkaisemattomat lähteet

Kansanedustaja Pekka Puskan haastattelu 13.12.2016 (muistiinpanot kirjoittajan hallussa); Ilkka Taipaleen vastaus tekijälle sähköpostitiedusteluun 22.3.2017.