

## Suomalainen terveystieteellinen politiikka 1900-luvulla: muuttuvat uhkat ja ratkaisut

Artikkelissa tarkastellaan suomalaisen terveystieteellisen politiikan painopisteiden määräytymistä 1900-luvulla analysoimalla ennaltaehkäisevästä terveystieteellisestä käytyä keskustelua virallisissa asiakirjoissa sekä alan aikakauslehdissä ja oppikirjoissa. Terveystieteellisen politiikan murroskohtien tarkastelu osoittaa, että näkemykset terveydestä, terveysongelmista ja terveyden saavuttamisen keinoista ovat jatkuvasti muuttuneet. Suomalaisen terveystieteellisen politiikan rakentuminen on jäsenetty viiteen osin rinnakkaiseen vaiheeseen. Vuosisadan alussa pääpaino oli kulkutautien lyömisessä hygienian avulla. Rotuhygienian keskittyi 1920–30-luvulla väestön laadun kohentamiseen estämällä perimältään heikon kansanosan lisääntymisen. Sodanjälkeinen väestöpolitiikka panosti lasten ja äitien terveyteen. Kroonisten sairauksien tunnistaminen terveyspalveluiden saatavuutta lisäämällä nousi 1960-luvulla päämääräksi. 1970-luvulla painopiste asetettiin terveyttä edistäviin yhteiskuntapolitiittisiin ratkaisuihin. Painopisteiden muuttuessa myös terveystieteellisen politiikan perustelut ovat muuttuneet ja ns. terveyden yhteiskuntasopimus on määrittynyt eri tavoin.

**MINNA HARJULA**

Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä, jota on luonnehdittu mosaiikkimaiseksi ja epäloogisuutta sisällään kantavaksi kokonaisuudeksi (Wrede 2000, 189), on rakentunut vuosikymmenten mittaan kulloisenkin terveystieteellisen politiikan tuloksena. On ilmeistä, että suomalainen terveystieteellinen politiikka on eri aikoina perustunut muuttuviin – ehkä jopa ristiiriitaisiin – näkemyksiin terveydestä, terveysuhkista sekä terveyden ylläpitämisen keinoista, tavoitteista ja ehdoista. Terveystieteelliseen politiikkaan viittaava terminologiakin on 1900-luvun kuluessa useaan otteeseen muuttunut, mikä jo sinällään osaltaan kertoo terveydenhuollon yhteiskunnallisen tehtävän, merkityksen ja mahdollisuuksien hahmottamisen muutoksista.

Historiallisessa tarkastelussa terveystieteellisen politiikan idea eli ajatus yhteiskunnallisten toimien välttämättömyydestä terveysongelmien ratkaisemiseksi on liitetty modernin valtion syntyyn ja väestön mieltämiseen yhteiskunnan voimavaraksi. Kun valistuksen ja Ranskan vallankumouksen myötä terveys nimettiin kansalaisoikeudeksi ja valtion

velvollisuudeksi kansalaisiaan kohtaan, niin samalla myös kansalaiselle itselleen asetettiin velvoite ylläpitää omaa terveyttään valtion edun vuoksi. Sittenkin tämä ns. terveyden yhteiskuntasopimus on eri aikoina ja eri kulttuureissa määritelty erilaisin painotuksin. Terveystieteellinen politiikka on nivaunut yhteen yhteiskunnalliset tavoitteet – esimerkiksi yhteiskuntarauhan, taloudellisen tuottavuuden, valtion voiman – ja yksittäisten kansalaisten päivittäisen huolen perheensä terveyden menettämisestä (Porter 1994, Petersen ja Lupton 1996, Porter 1999, Helén ja Jauho 2003). Tapa tehdä terveystieteellistä politiikkaa kytkeytyy siten kiinteästi siihen, mitä ajatellaan kansalaisesta, perheestä ja valtiosta sekä siitä, kenen tai minkä syyksi sairastavuus ja kuolleisuus tulkitaan (Anttonen ja Sipilä 2000, 195). Terveystieteellisen politiikan rakentumista voidaankin tarkastella terveyttä koskevan tieteilisen tiedon, arvojen, aatteiden, yhteiskunnan rakenteen ja ihmisten arkisen elämän vuorovaikutuksena.

Artikkelissa analysoin suomalaisesta terveys-

politiikasta 1900-luvulla käytyä keskustelua tarkastelemalla, miten erityisesti ennaltaehkäisevän terveyspolitiikan painopisteet ovat eri aikoina määrättyneet ja miten ne ovat muuttuneet. On ilmeistä, etteivät kaikki ne terveyshaitat, jotka ovat aiheuttaneet kuolleisuutta, sairastavuutta tai työkyvyttömyyttä, ole ilman muuta nousseet terveyspoliittisen keskustelun tai toimenpiteiden kohteiksi. Terveysongelmien laajuus ei siten suoraan selitä sitä asemaa ja merkitystä, joka eri ongelmilla terveyspolitiikan kentässä eri aikoina on ollut, vaan kansanterveysongelman rakentumisessa on kysymys muuttuvista tulkinnoista ja määrittelyistä (esim. Armstrong 1990, Petersen ja Lupton 1996, 35–36, Oinas 2000, 124, Vallgård 2003, 264–265).

Artikkelin tavoitteena ei ole toteutuneen terveyspolitiikan analyysi tai terveyspolitiikan tulosten arviointi vaan työ painottuu ennaltaehkäisevää terveyspolitiikkaa koskevien suunnitelmien ja tavoitteenasetteluiden tarkasteluun. Keskityn siihen, miten terveyspolitiikka hahmotettiin virallisissa asiakirjoissa – lainsäädännössä, mietinnöissä, selvityksissä ja lääkintöhallituksen vuosikertomuksissa – sekä alan keskeisissä aikakauslehdissä ja oppikirjoissa. Terveyspolitiikan käytännön toteutus, esimerkiksi valtion ja kuntien työnjako, lääkäreiden asema tai eri poliittisten puolueiden rooli rajautuu tarkastelun ulkopuolelle. Onkin ilmeistä, että toisenlaisen aineiston pohjalta tai toisesta näkökulmasta kuva suomalaisesta terveyspolitiikasta muodostuisi erilaiseksi.

Ajallisesti tarkasteluni ulottuu 1900-luvun alusta 1980-luvulle. Vuosituhannen lopun terveyspoliittista kehitystä on luonnehdittu vaiheeksi, jolloin aiemmasta kokonaisvaltaisesta suunnittelusta siirryttiin terveysvaltion vetäytymiseen ja kustannussäästöihin sopeutumiseen (esim. Lehto ja Blomster 1999, Wrede 2000, 202–205, Rimpelä 2004, Rimpelä 2005). Tutkimukseni rajautuu siten suomalaisen terveyspolitiikan rakentumisvaiheeseen 1900-luvulla.

Tutkimusaineiston pohjalta olen erottanut 1900-luvun kehityksessä viisi erilaista terveyspoliittista jaksoa – hygienia, rotyhygienia, väestöpolitiikka, terveyspalvelupolitiikka ja yhteiskuntapolitiikka – joissa kussakin terveyspoliittinen painopiste on ollut erilainen. On syytä korostaa, että kaudet eivät ole kronologisesti selvärajaisia vaan ne esiintyvät rinnakkain ja limittyvät toisiinsa eriaikaisesti huippunsa saavuttavina keskusteluaaltoina. Esimerkiksi hygienian korostaminen säilyi terveyspolitiikassa keskeisenä vuosisadan

alusta aina 1950-luvulle saakka, mutta sen rinnalle uusina näkökulmina nousivat esiin rotyhygienia ja väestöpolitiikka. Terveyspalvelupolitiikka, joka nousi painopisteeksi 1950-luvun lopulla, säilyi puolestaan keskeisenä elementtinä seuraavinakin vuosikymmeninä, jolloin keskustelu yhteiskuntapolitiikasta nousi valta-asemaan.

## HYGIENIA

Hygienia eli ennaltaehkäisevä terveydenhoitoppi nousi 1800-luvun lopulla lääketieteen piirissä hallitsevaksi oppialaksi, ja sairauksien parantamisen rinnalle vähintään yhtä tärkeäksi tavoitteeksi asetettiin tautien ennaltaehkäisy. Hygienia-ajattelun alkulähteeksi on nimetty 1830-luvun Englanti, jossa koleratuhojen paikalliset vaihtelut herättivät huomaamaan huonojen elinolojen yhteyden kuolleisuuteen. Hygienia-ajattelun perimmäisenä pyrkimyksenä oli koko yhteiskunnan järjestäminen ennaltaehkäisevän terveydenhoidon oppien mukaiseksi. Myös Suomessa huomio suunnattiin ihmisten elintapojen ja elinympäristön terveysvaikutuksiin (Vuori 1979, 134–141, 265–282, Hietala 1992, 69–75, Lehtonen 1995, 205–252).

Uhkaavimmiksi terveysongelmiksi nimettiin 1900-luvun alussa äkilliset kulkutaudit, jotka nopeasti leviävinä vaativat runsaasti uhreja, sekä tuberkuloosi, jonka laskettiin vievän hautaan jopa yhden suomalaisen tunnissa (Kom.miet. 1892:8, Kom.miet. 1900:8, Kom.miet. 1924:3). Hygieenistä taistelua näitä tarttuvia tauteja vastaan käytiin laajalla rintamalla. Elinympäristöön kohdistuva ns. yleinen hygienia nimettiin valtion ja kunnan tehtäväksi. Vuoden 1879 terveydenhoitoasetuksen myötä huomio kiinnitettiin ennen muuta kaupunkiympäristön terveellisyyteen ja toimenpiteet ulottuivat vesi- ja viemäriverkostojen rakentamisesta elintarvikevalvontaan, asuinrakentamisen säätelyyn ja jätehuoltoon (Hjelt 1911, Vauhkonen 1978, 26–27).

Perheiden tehtäväksi asetettiin puolestaan ns. yksilökohtainen hygienia, jonka avulla pyrittiin muuttamaan elintavat terveellisemmiksi (Lehtonen 1995, Harjula 2003). Puhtaus, järjestelmällisyys, kohtuullisuus ja yksinkertaisuus nousivat avainkäsitteiksi hygieenisen elämäntavan järjestämisessä. Vuosisadan alussa toteutettua hygieniakampanjaa onkin mittasuhteiltaan verrattu lukutaidon juurruttamiseen, ja esimerkiksi tuberkuloosivalistuksen on laskettu tavoittaneen periaatteessa jokaisen kodin (Taipale 1972, 32, Härö 1992, Kuusi 1995).

Oman erityissektorinsa muodosti lisäksi yhteiskunnallinen terveydenhoito eli sosiaalihygienia, joka näki alempien luokkien köyhyiden ja kurjuuden poistamisen terveyden kohottamisen edellytyksenä. Vilkas keskustelu sosiaalihygienias-ta työväenkysymyksen osana virisi lääkäripiireis-sä erityisesti vuoden 1905 suurlakon seuraukse-na, mutta vuoden 1918 sisällissodan myötä tar-kastelun painopiste siirtyi elinoloista yksilöihin ja sosiaalihygienia ajatuksena jäi taka-alalle (esim. Palmberg 1905, *Arbertarebostadsfrågan* inför Läkarsällskapet 1906, Arppe 1907, Harjula 2003).

Keskeinen argumentti, joka hygieenisten toi-menpiteiden välttämättömyyden puolesta Suo-messa vuosisadan vaihteessa esitettiin, oli pyrki-mys nousta sivistyneiden kansojen tasolle ja irt- tautua maan takapajuisesta asemasta. Etenkin maan itsenäistymisen katsottiin luovan sekä uusia mahdollisuuksia että uusia velvollisuuksia hygie-nian toteuttamiseen:

”Jos nyt teemme vertailuja meidän ja muiden sivistysmaiden välillä, ei vertailu todellakaan koidu meille kunniaksi. Voimme tosin sanoa, että meillä *varhemmin* ei ole ollut tilaisuutta (...) Mutta *nyt* on asema toinen, ja nyt on meidänkin ryhdyttävä järjestelmälliseen työhön. Ei suinkaan vain kunniamme tähden sivistysvaltiona, vaan, vielä suuremmassa määrässä, vähentääksemme (...) kurjuutta ja pe-lastaaksemme kansakunnalle sen elävätä voimaa, mistä juuri jokaisen kansan sekä nykyisyy-sys että tulevaisuus niin oleellisesti riip-puu.” (Kom.miet. 1924:3, 94–95).

Sivistyksellisen ja kulttuurisen merkityksen rin-nalla huomio kiinnitettiin myös hygieenisyyden kansalliseen ja kansantaloudelliseen vaikutuk-seen: kyse oli kansakunnan työtehosta, puolustus-kuntoisuudesta sekä taloudesta (Kom.miet. 1924:10, 53). Hygieeninen painotus säilyi terveys-politiikassa keskeisenä aina 1940–1950-luvuille saakka, jolloin rokotusten ja antibioottien myötä tartuntatauti-ongelman luonne ja mittasuhteet muuttuivat (Esim. SVT XI:58 1955, 7–8, SVT XI:65–66 1962–63, 12, SVT XI:68 1965, 66, SVT XI:69 1966, 61).

### ROTUHYGIENIESTA VÄESTÖPOLITIikkaan

Rotuhygieeninen ajattelu levisi 1900-luvun alussa rinnakkain aikakauden hygieenisen keskustelun kanssa, mutta lähtökohdiltaan ja argumentaatioltaan rotuhygienian erosi muusta hygieniasta. Maailmanlaajuista kiinnostusta saavuttaneen rotuhy-

gienian lähtökohdiana oli uhka degeneraatiosta eli ”elävien olentojen muuttumisesta taantuvaan suuntaan” (Tietosanakirja 1910, 202–203). Eri rotujen ominaisuuksia arvottavien rotuteorioiden sijaan rotuhygienian valtavirta kohdisti huomion-sa koko väestöön ja sen pitämiseen puhtaana pe-rinnöllisiksi katsotuista vioista (Mattila 1999, 15–18).

Rotuhygieenisen ajattelun mukaan suvussa periytyvä degeneratiivinen taipumus saattoi ilmentyä eri yksilöissä eri tavoin: luonteen heikkou-tena, hermostuneisuutena, mielisairautena, tylsä-mielisyytenä tai yhtä hyvin rikollisuutena ja pros-tituutiona. Rotuhygienian näkökulmasta hygiee-nisillä toimenpiteillä voitiinkin nähdä kielteisiä seurauksia, sillä samalla kun terveydenhuolto piti heikot yksilöt elossa, mahdollisti se myös heidän lisääntymisensä. Rotuhygienian tulkinnan mu-kaan kansan terveyden kohottaminen edellytti degeneroituneiden ihmisten eliminoimista yhteis-kunnasta. Degeneroituneet yksilöt nähtiin puh-taasta ja terveestä ihmiskunnasta poikkeavina olentoina, kansan ja kansanterveyden sisäisinä vihollisina. Toimenpiteiden painopiste olikin ns. negatiivisessa rotuhygieniassa, joka pyrki estä-mään perimältään heikon kansanosan lisääntymi-sen (Mattila 1999).

Suomessa vilkasta keskustelua rotuhygienias-ta käytiin 1910-luvulla, ja sisällissodan jälkeises-sä ilmapiiirissä vaatimukset ”henkisesti ja moraa-lisesti alimittaisten” yksilöiden lisääntymisen ehkäisemisestä saivat Suomessa lisääntyvää kan-natusta:

”Sielullisiinkin häiriöihin nähden pitää paik-kansa yleinen terveydenhoidon sääntö, että sairauden puhkeamisen estäminen on tärkeämpää kuin taudin parantaminen. Yksilön terveydenhoito on aloitettava ennen taudin alkamista ja kansakunnan terveydenhoitoon on ryhdyttävä jo ennen yksilöiden syntymää. Juuri sielullisista sairauksista ja vajavaisuuksista on suuri osa perinnöllisiä. Jos mieli vähentää niitä, on estettävä niitä potevia saamasta jälkeläisiä.” (Kom.miet. 1939:9, 119).

Ainoana varmana, mutta kalliina ja epäinhimilli-senäkin degeneraation pysäyttämiskeinona pidetiin vaarallisten ryhmien elinikäistä eristämistä laitoksiin. Lait kehitysvammalaitosten ja mielisai-raaloiden valtiovasta vauhdittivatkin laitosra-kentamista 1920-luvun lopulta lähtien. Käyttökelpoisina ratkaisuinä pidettiin myös avioliitto-kieltoja sekä sterilisaatiota. Avioitumisesteiden säätämisessä tavoitteena oli saavuttaa tasapaino

siten, ettei syntyvyyttä tarpeettomasti vähennetty, mutta samalla estettiin turmiollisten liittojen solmiminen. Suomessa avioliittokiellot ulotettiin vuonna 1929 mielisairaiden, tylsämielisten ja kaatumatautisten ohella myös synnyttäisiin kuuromykkiin. Pakollinen sterilisaatio, jota pidettiin laitoshoitona verrattuna halpana ja inhimillisenä keinona avioliiton ulkopuolella tapahtuvan lisääntymisen estämisessä, kohdistettiin vuonna 1935 mielisairaisiin ja tylsämielisiin. Pakollisista steriloinneista luovuttiin Suomessa vasta vuonna 1970 ja lain nojalla tehtiin Suomessa yhteensä 7530 sterilointia rotuhygieenisiin perustein (Harju-la 1996, 143–150, Mattila 1999, 255–338, 392).

Sotavuosien jälkeen julkinen keskustelu rotuhygieniasta hiipui ja korvautui väestöpoliittisella keskustelulla, jolla oli uudenlainen, positiivisia toimia väestönkasvun edistämiseksi korostava painotus. Väestönkasvun pysähtyminen johti jo vuonna 1937 väestökomitean asettamiseen, ja sotavuosien väestötappioiden myötä koko kansan olemassaolo koettiin uhatuksi. ”Meitä on liian vähän” – iskulause tiivistä aikakauden huolen Suomen tulevaisuudesta (Helén 1997, 37–39).

Väestökysymys ja termi kansanterveys, joka vakiintui alan sanastoon 1940-luvulla, kytkeytyivät aikakauden ajattelussa tiiviisti yhteen. Kirjaimellisesti ottaen kansanterveys-käsite sisällytti kohteekseen koko kansan iästä, asuinpaikasta, sosiaalisesta asemasta tai sukupuolesta riippumatta: puhuttiin kaikkiin kansankerroksiin kohdistuvasta työstä. Kansanterveydestä huolehtiminen nähtiin korostuneesti valtiollisena velvollisuutena. Aiemmin yksittäisten järjestöjen – mm. Suomen Punainen Risti (1876), tuberkuloosiyhdistykset (1907) sekä Mannerheimin Lastensuojeluliitto (1920) – varassa kehittyneet toimintamuodot haluttiin saada keskitetyn johdon ja valvonnan alaiseksi. Kansanterveystyötä pidettiin taloudellisesti edullisena ratkaisuna ja vastakohtana kustannuksia aiheuttavalle sairaanhoidolle sekä laitoshoidolle (Kom.miet. 1939:9, Savonen 1941, Savonen 1942).

Käytännössä nimenomaan lasten ja äitien terveyden vaaliminen nostettiin kansan tulevaisuuden turvaajana tärkeimmälle sijalle. Kotia, ydinperhettä ja äitiyttä korostanutta yhteiskunnallista ilmapiiriä onkin kuvaavasti nimitetty kotikultiksi (Satka 1994, 301). Syntyvyyden lisäämiseen sekä äitiys-, synnytyks- ja imeväiskuolleisuuden alentamiseen pyrittiin luomalla monipuolisia perhe-elämää tukevia järjestelmiä. Äitiys- ja lastenneurolaverkosto rakennettiin ehkäisevän terveyden-

huollon välineeksi ja samanaikaisesti toteutettiin useita sosiaalipoliittisia uudistuksia kodinperustamislainoista asumistukiin ja lapsilisiin. Etenkin äitiysavustukseen vuonna 1949 kirjattu ehto, joka asetti raskaudenaikaiset neuvolakäynnit avustuksen saamisen edellytykseksi, satoi terveys- ja sosiaalipoliittikan tiiviisti yhteen ja toi lapsiperheet kattavasti terveydenhuollon piiriin (SVT XI:58 1955, 10–12).

Imeväiskuolleisuuden nopea lasku ja sodanjälkeinen baby-boom olivat osoituksia väestöpolitiikan onnistumisesta (Strömmer 1991, 43–46, Auvinen 1991, 207–211, Wrede 2001, 130–144). Suurten ikäluokkien varttuessa huomio kiinnitettiin myös koululaisten terveyden turvaamiseen maksuttoman kouluruokailun sekä koululääkäreiden ja -hammaslääkäreiden virkojen perustaminen avulla (Jaakkola 1994, 360–361, Pesonen 1980, 629–641). Anttonen ja Sipilä (2000, 75) ovatkin todenneet, että maksuttoman kouluruokailun toteuttamisessa tiivistyivät ”sodan jälkeinen optimismi, tasa-arvon hyväksyttävyyden, kansanterveystyön ajankohtaisuus ja julkisten palvelujen itsestänselvyyden”.

Väestöpolitiikkaa korostavan ilmapiirin kääntöpuolena oli se, että kroonisten sairauksien yleistyminen jäi huomiotta. Esimerkiksi lääkintöneuvos Severi Savonen piti vuonna 1942 iäkkään kansanosan vaivoiksi nimettyjä kroonisia vaivoja väestöpoliittisesti merkityksettöminä:

”Jokainenhan meistä kerran kuolee, niin että kuolleisuutta sinänsä emme voi vähentää ollenkaan. Kysymys onkin vain tuotantokykyisen ikäkauden pidentämisestä, toisin sanoen toimenpiteistä esim. pientenlasten kuolleisuutta, kulkutauteja, keuhkotautia jne. vastaan. Tällainen toiminta on väestöpoliittisesti tärkeätä, kun taas esim. toimenpiteillä vanhuudentaudin syövä torjumiseksi ei tässä mielessä ole yhtä suurta merkitystä.” (Savonen 1942, 53).

Kroonisten sairauksien vastustamistyö käynnistyi yksittäisten erityisjärjestöjen – Suomen Syöpäyhdistyksen (1936), Reumaliiton (1946) sekä diabetes- ja sydäntautiyhdistysten – aloitteesta, ja terveyspolitiikan pääkohteeksi krooniset sairaudet nousivat vähitellen 1960-luvun aikana.

## TERVEYSPALVELUPOLITIikka

Terveyspoliittinen huomio käännettiin 1960-luvulla aikuisväestön terveyteen, kun ikävakioidut kuolleisuusvertailut paljastivat suomalaisten lukujen synkkyyden (SVT XI:67 1964, 18, SVT

XI:68 1965, 13, 19–21). Nuoruusiästä lähtien suomalaisten kuolleisuus ylitti muiden Pohjoismaiden tason, ja parhaassa työiässä olevien suomalaisten miesten kuolleisuus oli naapurimaihin verrattuna kaksinkertainen. Lisäksi esimerkiksi vuonna 1965 tehdyssä 29:n pääosin Euroopan maan välisessä vertailussa havaittiin sekä suomalaisten miesten että naisten sijoittuvan kuolleisuuden huipulle (Kuusi 1961, Kom.miet. 1965:B 72, 7–8, SVT XI:70–71 1967–68, 23). Putoaminen samaan kategoriaan köyhien kehitysmaiden kanssa miellettiin kansalliseksi ja kulttuuriseksi häpeäksi. Pekka Kuusi, jonka vuonna 1961 julkaissama teos ”60-luvun sosiaalipolitiikka” nousi koko suomalaisen yhteiskuntakehityksen ohjenuoraksi, totesi etteivät tällaiset kansainväliset vertailut voineet olla nostattamatta kansallistuntoisen miehen mieltä. Kuusen johtopäätös tilanteesta olikin se, että suomalaisten terveydessä oli ikään, sukupuoleen ja alueeseen sidottua epätas-arvoisuutta.

Terveyden epätasa-arvon syyksi Pekka Kuusi (1961) nimensi terveyspalveluiden huonon ja epätasaisen saatavuuden. Koko väestön terveystason kohottamiseen oli Kuusen mukaan mahdollista päästä ainoastaan lisäämällä terveyspalveluita, jotta ylikuolleisuutta aiheuttavat piilevät krooniset sairaudet saatiin ajoissa diagnosoitua ja hoidettua. Käytännössä lääkärikoulutusta laajennettiinkin 1960-luvulla voimakkaasti ja 1950-luvulla aloitetun yleissairaaloiden ja mielisairaalaverkoston rakennusprojektin tuloksena Suomi nousi sairaalapaikkojen suhteen maailman huippumaiden joukkoon (Simola 1972, Terveyttä kaikille... 1986, 15).

Kuitenkin valtaosan sairaalapaikoista havaittiin olevan pitkäaikaissairaiden käytössä ja kysynnän huomattiin jatkuvasti ylittävän tarjonnan (Kuusi 1961, 254, 260–261, 274, Pesonen 1969, Simola 1972). Sairaalalaitoksen jatkuva laajentaminen alettiin nähdä taloudellisesti mahdottomana tehtävänä. Sairaalapainotteisuuden katsottiin lisäksi johtavan kansanterveyden kannalta kielteiseen lopputulokseen laitosten ulkopuolisten alueiden jäädessä ”terveydenhuollollisiksi tyhjiöiksi”. Ratkaisuksi tilanteeseen löydettiin vuoden 1972 kansanterveyslain myötä toteutettu terveyskeskusjärjestelmä, jonka toivottiin tavoittavan myös aikuisväestön. Terveyskeskus korvasi aiemman kunnanlääkäreiden ja terveysisarten varassa toimineen avopalvelujärjestelmän.

Terveyspalvelujen käytön taloudellisten esteiden poistaminen oli Kuusen ohjelman toinen pai-

nopiste. Kuusi (1961) korosti, että palveluiden tarjonnan ohella oli huolehdittava siitä, että ihmisillä oli mahdollisuus käyttää palveluita. Taloudellisten menetysten katsottiin johtavan varsinkin ansiotyössä käyvien miesten hoitoonhakeutumisen hitauteen ja siten hoitamattomien sairauksien pesiytymiseen. Terveysdenhuoltomenojen tasauksen suhteen Suomi kuuluikin Euroopan häntäpäähän. Sairausvakuutuksen toteuttamista oli pohdittu Suomessa vuodesta 1911 alkaen, ja 1960-luvulle tultaessa Suomi lukeutui Argentiinan ja Guatemalan kanssa samaan kastiin uudistusta suunnittelevana maana. Sairausvakuutus toteutettiin Suomessa lopulta vuonna 1964 (Haatanen ja Suonoja 1992, 463–472, Urponen 1994, 197–199, 237). Kun pienituloisimpien hoitoonhakeutumisen todettiin edelleen omavastuuosuuksien takia vaarantuvan, sisällytettiin kansanterveyslakiin aivan lainsäädäntöprosessin loppuvaiheessa säädös terveyskeskuspalveluiden maksuttomuuden toteuttamisesta vuoteen 1980 mennessä (Kom.miet. 1971: A 25, 19, Korhonen 1973).

Uudistusten myötä terveydenhuoltomenot kolminkertaistuivat 1960-luvun aikana. Kuusen oppien mukaan terveystasojen kasvu oli suotavaa kehitystä, sillä terveyskustannusten katsottiin osaltaan lisäävän kulutuskysyntää ja tukevan talouskasvua. Terveyspalvelupolitiikan ydinajatus olikin se, että terveyspalveluita rakentamalla tuotettiin sekä terveyttä että taloudellista kasvua.

## YHTEISKUNTAPOLITIikka

Kun kasvaneista kustannuksista huolimatta väestön terveydentila edelleen pikemminkin heikkeni, alettiin 1960-luvun jälkipuoliskolla pohtia, riittäkö terveyspalvelujen saatavuus kansanterveyden parantamiseen. Uusi havainto oli, ettei taloudellinen kasvu enää vääjäämättä merkinnytkään terveyden kohenemista. Kun siihen saakka elintason nousu oli osaltaan tukenut terveyskehitystä, nyt kohoavan elintason havaittiinkin tuovan tullessaan uusia terveysongelmia: ylipainoa, psyykkisiä häiriöitä, tapaturmia ja selkäsairauksia. Nimitykset hyvinvointi- ja elintasosairaudet kuvastivat uusien kansantautien yhteiskunnallista yhteyttä (Kom.miet. 1971:B 4, Puro 1974, Leppo 1972).

Terveysongelmien ydin nähtiin yhteiskunnallisissa oloissa. Kriitikot korostivatkin, että terveyspalvelujärjestelmän kehittäminen oli pelkkää vuotavan veneen paikkailua, ellei samanaikaisesti puututtu sairauksia aiheuttaviin elinoloihin ja

yhteiskunnan rakenteisiin. Terveys piti asettaa keskeiseksi päätöksentekokriteeriksi kaikilla yhteiskunnan aloilla ja terveyspalvelujen sijaan painopiste vaadittiinkin siirrettäväksi tavanomaisen terveyspolitiikan ulkopuolelle: elintarvikkeiden hintapolitiikkaan, asuntopolitiikkaan, ympäristönsuojeluun ja liikuntapolitiikkaan. Samalla terveys haluttiin nostaa arvoksi sinällään ja irtautua terveyden välineellistämisestä taloudellisen kasvun tukijaksi (esim. Talousneuvosto 1972, Puro 1974, Laurinkari ja Niemelä 1978).

Terveyspolitiikan kritiikki kytkeytyi kiinteästi aikakauden yleiseen yhteiskunnalliseen ja poliittiseen radikalismiin. Kritiikin etujoukoissa olivat nuoret lääkärit ja yhteiskuntatieteilijät. Aikakaudelle tyypillistä oli se, että kritiikot saivat hyvin näkyvän roolin myös suunnittelussa ja päätöksenteossa, ja muun muassa lääkintöhallitus koki nopean sukupolvenvaihdoksen, kun johtavat viranhaltijat jäivät 1960-luvun lopulla eläkkeelle (Haatanen ja Suonoja 1992, 482, 497–499, Aukee 2000, Karisto ja Rahkonen 2000).

Terveyden sosiaalisen ja yhteiskunnallisen luonteen korostaminen näkyi mm. hallintouudistuksessa, jossa terveyshallinto vuonna 1968 siirrettiin sisäasiainministeriöstä uuteen sosiaali- ja terveysministeriöön (Wrede 2000, 200–202). Muun muassa työsuojelun kehittäminen sekä tupakoinnin rajoittamiseen tähtäävää lainsäädäntö laajensivat terveyspoliittista otetta terveydenhuollon ulkopuolelle. Samalla korostettiin terveyspolitiikan pitkäjännitteisen suunnittelun ja tavoitteiden täsmällisen artikuloinnin tarvetta (SVT XI:72–73 1969–70, 3, Kom.miet.1971:B4, Talousneuvosto 1972, Terveyttä kaikille... 1986).

Vilkas terveyspoliittinen keskustelu hiipui 1970-luvun alussa, ja sen jälkeen terveyspolitiikan sisältökysymykset eivät nousseet valtakunnallisen tason kiinnostuksen kohteeksi kustannuskysymyksiä lukuun ottamatta. Vasta Maailman terveysjärjestö WHO:n Terveyttä kaikille vuoteen 2000-ohjelman, jonka pioneerimaaksi Suomi 1980-luvulla sitoutui, on todettu nostaneen terveyden aktiivisen keskustelun kohteeksi. (Terveyttä kaikille...1986, 130, Leppo 1998, 19). Sosiaaliministeri Eeva Kuuskoski-Vikatmaa tiivisti terveyspoliittisen tilanteen ohjelman käynnistyessä vuonna 1986 seuraavasti:

”Suomalainen terveyspolitiikka on mitä ilmeisimmin lähestymässä merkittävää asenteellista käännekohtaa. On aika siirtyä terveyden valvomisesta terveyden vaalimiseen. Vuosikymmeniä olemme keskittyneet mah-

dollisimman hyvän terveyspalvelujärjestelmän rakentamiseen. (...)

Mutta kun talo alkaa olla valmis asuttavaksi, on aika löysätä valvontaa ja antaa tilaa yksilöllisille ratkaisuille, henkilökohtaiselle vastuulle ja kaikelle sille, mitä olemme tottuneet kutsumaan luovuudeksi.” (Terveyttä kaikille... 1986, 5).

Matti Rimpelä (2004, 2005) on korostanut, että WHO:n ohjelman myötä suomalainen käsite kansanterveystyö korvautui uusilla termeillä perusterveydenhuolto ja terveyden edistäminen. Muutoksen yhteydessä myös koko terveyspoliittinen painotus siirtyi yksilökeskeiseen suuntaan. Erityisesti 1990-luvun taloudellisen laman ja terveyspalvelujen rahoitusongelmien myötä yksilön vastuun ja terveyden edistämisen korostaminen kytkettiin keskusteluun kustannussäästöistä ja tuotavuudesta. Terveyspalvelujen käyttöä kannustavasta politiikasta siirryttiin kasvua rajoittavaan linjaan. Samalla kustannusten hallinnasta tuli keskeinen terveyspoliittinen arvo (Wrede 2000, 202–204, Lehto ja Blomster 1999).

#### **RAHVAASTA RISKIRYHMIIN: MUUTTUVAT KOHTEET**

Terveyspolitiikan 1900-luvun kehityksen tarkastelu osoittaa, että painopisteiden muuttumisen myötä myös terveyspoliittisten toimenpiteiden kohdejoukko on ollut jatkuvassa muutoksessa. Ylipäätään 1900-luvun alussa terveyspolitiikan kohteena oli alaluokka tai rahvas. Hygieniaprojektin pääkohteeksi asetettiin työväestö, jonka elinolot ja sivistymättömät elintavat miellettiin koko muuta yhteiskuntaa uhkaavaksi tautipesäksi. Rotuhygienian huolena olivat puolestaan sairalloisuutta, moraalittomuutta ja viettivaltaisuutta perimässään kantavat yksilöt. Erityisesti kaupunkiasumisen terveysuhkat nousivat sekä hygienia- että rotuhygienia-ajattelussa tarkastelun kohteeksi (Harjula 1996, Harjula 2003).

Sotien jälkeen yleistynyt termi kansanterveys asetti terveyspolitiikan kohteeksi periaatteessa koko kansan. Käytännön kansanterveystyössä toimenpiteet suunnattiin kuitenkin 1940-luvulla lasten ja äitien terveyden turvaamiseen, ja jo väestön määrällisten suhteiden nähtiin nyt edellyttävän työn kohdistamista maaseudulle. Painotusta tukivat havainnot maaseudun terveysolojen takapajuisuudesta, sillä kaupunkien hygieniatyön edistyessä maaseudun todettiin menettäneen asemansa terveyden esikuvana (Esim. Savonen 1941).

Terveyspolitiikan maaseutupainotteisuus näkyi edelleen 1960-luvulla, jolloin terveyspalvelui-

den rakentamisessa etualalle nousivat Itä- ja Pohjois-Suomen aikuisväestön tarpeet. Vasta 1980-luvulle tultaessa painopiste terveyskeskusten kehittämisessä siirrettiin asutuskeskuksiin (Valtakunnalliset suunnitelmat... 1975–79, 29, 1981–85, 27).

Keskeinen tavoite 1960-luvulta lähtien oli nuorien ikäluokkien suosituimmusaseman murtaminen suuntaamalla terveydenhuollon palvelut myös varttuneelle väestölle. Sen sijaan 1970-luvun yhteiskuntakriittisessä terveystaloudessa tarkastelun kohteiksi nousivat kaupunkielämän ja kohoavan elintason varjopuolet: vieraantuneisuus, sopeutumattomuus ja hyvinvointisairaudet. Kun terveyden alueellisten erojen rinnalla huomio kohdistui sosiaalisten terveyserojen suuruuteen, väestön joukosta toimenpiteiden kohteeksi valikoituivat erityiset riskiryhmät (Talousneuvosto 1972, Kom.miet. 1976:94, Valkonen 1984).

### TERVEYDEN YHTEISKUNTASOPIMUS

Kysymys valtion ja kansalaisen oikeuksista ja velvollisuuksista eli ns. terveyden yhteiskuntasopimuksista on eri aikojen suomalaisessa terveystaloudessa keskustelussa painottunut eri tavoin. Yhteinen piirre on se, että koko 1900-luvun ajan terveystalouden toteuttaminen ja huolenpito kansan terveydestä on nimetty julkisen vallan velvollisuudeksi. Vaikka erilaisilla terveysjärjestöillä onkin ollut keskeinen rooli käytännön työssä, on toimintojen siirtäminen järjestöjen ja maallikoiden aloitteellisuudesta julkisen vallan keskitetyksi koordinoimaksi ja suunnitelmaksi asetettu toistuvasti julkilausutuksi tavoitteeksi. Siten 1990-luvun lopun tilanne, jota on luonnehdittu valtion vetäytymisenä ja valtiollisen ohjauksen purkamisena (Esim. Wrede 2000, Rimpelä 2004), voidaan nähdä käänteenä vuosisataisessa jatkumossa. Matti Rimpelän (2004, 33) luonnehdinnan mukaan terveys on 1990-luvulla mielletty enemmän ”kansalaisten arjen ja vapaamuotoisen kansalaistoiminnan kuin kuntien tai valtion asiaksi”.

Valtion velvollisuuden vastapuolena ovat määrittyneet yksilöä koskevat terveysvelvoitteet. Terveys on mielletty jokaisen kansalaisen henkilökohtaiseksi velvollisuudeksi kansakuntaa kohtaan. Samalla julkiselle vallalle on asetettu oikeus asettaa yksittäisille kansalaisille terveyttä koskevia pakkoja. Tarttuvaa tai muutoin muille vaarallista tautia kantavat on voitu määrätä pakollisiin tutkimuksiin, laitoshoitoon tai esimerkiksi steriloitavaksi. Yksilön velvollisuus käyttää tarjolla

olevia terveyspalveluja sidottiin yhteen rahallisen korvauksen kanssa 1940-luvun äitiyshuollossa. Kun myös 1960-luvulla sairausvakuutuksen yhteydessä nostettiin esiin ajatus terveystarkastusten pakollisuudesta (Kuusi 1961, 284, Kaipainen 1969, 44), hanke ei saavuttanut vastakaikua. Ylipäätään 1960-luvun luvulta lähtien keskustelu painottui yksilön oikeuksiin.

Eri aikoina yksilön omalle panokselle on asetettu terveystaloudessa erilainen merkitys. Suomalaiseen terveystalouteen näyttävätkin pätevän Ulf Olssonin (1997) ruotsalaisesta terveystaloudesta tekemät havainnot. Yksilö oli 1900-luvun alun terveystaloudessa ikään kuin passiivisesti läsnä: vaikka elinolot ja elintavat nousivat keskustelussa esille, tarkasteltiin yksilöitä ehdotettujen reformien ja talouden passiivisina vastaanottajina. Sen sijaan 1950-luvulta lähtien, jolloin huomio kiinnitettiin terveyden- ja sairaanhoitojärjestelmän rakentamiseen, yksilö jäi terveystaloudessa keskustelussa taka-alalle ja hänen roolinsa kaventui terveyspalveluiden käyttäjäksi. Elinolot, elintavat ja yksilöiden oma panos nousivat puolestaan näkyvämmiin esille 1970-luvun lopulta lähtien, ja samalla yksilöä alettiin tarkastella aktiivisena terveystaloudellisena toimijana.

Terveystalouden perusteluissa kansalliset ja yhteisölliset argumentit kävivät 1960-luvulta lähtien yhä harvinaisemmiksi, kun taas individualistiset, yksittäisen kansalaisen etua ja terveyttä arvona sinänsä korostavat näkökulmat yleistyivät. Kuitenkin erilaiset taloudelliset perustelut, joiden painotus on heijastellut kansantaloudesta ja sen ehdoista esiintyneitä käsityksiä, ovat säilyneet argumentteina koko 1900-luvun ajan (ks. myös Vallgård 2003).

### MUUTTUVAT TULKINNAT

Terveystaloudellisten painotusten määrittämistä ja muuttamista voidaan osaltaan selittää niin tieteellisillä, väestöllisillä, taloudellisilla, aatteellisilla, yhteiskunnallisilla kuin valtiollisillakin tekijöillä. Selvää on, ettei terveystalouden kehitystä voida tulkita suoraksi seuraukseksi lääketieteellisistä läpimurroista. Tieteellinen terveyttä ja sairautta koskeva tieto ei ole automaattisesti johtanut käytännön toimiin – eikä sama tieteellinen tieto ole johtanut samanlaisiin toimiin kaikkialla. Marjaana Niemi (1999) on Birminghamin ja Göteborgin terveystaloudetta vertaillen todennut, että samoilla tieteellisillä löydöksillä voitiin loogisesti perustella aivan erilaisia käytännön toimenpiteitä

imeväiskuolleisuuden ja tuberkuloosin suhteen. Viranomaiset ja asiantuntijat valikoivat, preferoivat ja muokkasivat tieteellistä tietoa omiin tarkoituksiinsa ja taloudelliseen sekä sosiaaliseen tilanteeseen sopivaksi.

Suomalainen terveystieteellinen debatti on ollut kiinteä osa skandinaavista ja eurooppalaista keskustelua. Niin 1900-luvun alussa kuin 1970-luvullakin suomalaisen terveystieteellisen kehittämisen välttämättömyys osoitettiin vetoamalla kansainvälisiin tilastovertailuihin. Mallimaina terveystieteellisen kehittämisen toimivat ennen muuta Pohjoismaat, muut länsimaat sekä 1960-luvulta lähtien myös itäblokin maat. Ulkomaisten toimijoiden, erityisesti amerikkalaisen Rockefeller-säätiön sekä Maailman terveysjärjestön WHO:n merkitys suomalaisen terveystieteellisen muovaajana vaatisi oman jatkotutkimuksensa.

Suomalaisen terveystieteellisen murroskohtien tarkastelu osoittaa, että koko 1900-luvun ajan näkemykset terveydestä, terveysongelmista ja terveyden saavuttamiseen tarvittavista keinoista

ovat olleet jatkuvassa muutoksessa. Kunkin uuden näkökulman myötä edellisten kausien terveystieteelliset keinot ja saavutukset on nimetty riittämättömiksi. Voimakkain murros paikantuu 1960-luvulle, jolloin hygieniaan ja väestöpolitiikkaan pohjaavan terveystieteellisen perinteen tarjoamat ratkaisut todettiin toimimattomiksi, ja elintason nousun havaittiin tuovan myös kielteisiä terveysvaikutuksia. Murroksen taustatekijöinä olivat sekä väestörakenteessa, tautikirjossa että koko yhteiskunnassa tapahtuneet samanaikaiset muutokset. Analyysit vuosituhannen lopun ja 2000-luvun alun terveystieteellisen (esim. Lehto ja Blomster 1999, Rimpelä 2004, 2005) antavat viitteitä siitä, että elämme jälleen uutta terveystieteellistä murroskautta.

Artikkeli perustuu Suomen Akatemian Terveyden edistämisen tutkimusohjelman hankkeessa ”Terveyden edistäminen Suomessa 1900–2000: ideologia, politiikka ja käytäntö” tekemäni tutkimukseen.

Harjula M. Health policy in Finland in the 20th century: changing threats and solutions  
Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2006;43:101–110

The article analyzes the official debate on Finnish health policy in the twentieth century by exploring the focus and argumentation of preventive health policy. The study shows that the views on health, health threats, as well as measures and conditions to achieve good health have been constantly changing. The development of Finnish health policy can be divided into five periods. A new scholarship, hygiene was established in medicine and the ideas of preventive medicine, sanitary reforms and personal hygiene were spread to everyday life in order to avoid infectious diseases. Eugenics focused on the threat posed by degener-

ated individuals in the 1920s and 1930s. In the post-war period population policy paid attention to children's and mothers' health. Preventing chronic diseases by guaranteeing a sufficient supply of health services became the main goal of health service policy in the 1960s. In the early 1970s the structural development of the society was argued to be crucial and health policy was defined to be a part of healthy public policy. Accordingly, the arguments of health policy and the "social contract" of health between the state and its citizens have been reformulated.

## KIRJALLISUUS

- Anttonen A, Sipilä J. Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Vastapaino, Tampere 2000.
- Arbetarebostadsfrågan inför Läkaresällskapet. Finska Läkaresällskapet Handlingar 1906:48(7):1–9.
- Armstrong D. Use of the genealogical method in the exploration of chronic illness: a research note. Soc Sci 1990;11:1225–7.
- Arppe NJ. Työväenkysymys ja terveydenhoito. Terveystieteiden aikakauslehti 1907: 19(3): 37–41 ja 1907:19(5):71–74.
- Aukee R. 1960-luvulta tähän päivään. Katsaus suomalaisen sosiaalilääketieteen lähihistoriaan. Sosiaalilääk Aikak 2000:37: 82–86.
- Auvinen R. Äitiysuojelusta perhekasvatukseen. Teoksessa Perheen puolesta. Väestöliitto 1941–1991. Väestöliitto, Helsinki 1991.
- Haatanen P, Suonoja K. Suuriruhtinaskunnasta hyvinvointivaltioon. Sosiaali- ja terveysministeriö 75 vuotta. VAPK-kustannus, Helsinki 1992.
- Harjula M. Vaillinaisuudella vaivatut. Vammaisuuden tulkinnat suomalaisessa huoltokeskustelussa 1800-luvun lopulta 1930-luvun lopulle. Bibliotheca Historica 15. SHS, Helsinki 1996.
- Harjula M. Tehdaskaupungin takapihat: Ympäristö ja terveys Tampereella 1880–1939. Tampereen historiallisen seuran julkaisuja XVII, Tampere 2003.
- Helén I, Jauho M. Terveyskansalaisuus ja elämän politiikka. Teoksessa Helén I, Jauho M, toim. Kansalaisuus ja kansanterveys. Gaudeamus, Helsinki 2003.
- Helén I. Äidin elämän politiikka. Naissukupuolisuus, valta ja itsetuho Suomessa 1880-luvulta 1960-luvulle. Gaudeamus, Helsinki 1997.
- Hietala M. Hygienian ja terveydenhuollon eturintamaan ulkomaisten yhteysien avulla. Teoksessa Tietoa, taitoa, asiantuntemusta I. Helsinki eurooppalaisessa kehityksessä 1875–1917. Historiallinen Arkisto 99:1. SHS & Helsingin kaupungin tietokeskus, Helsinki 1992.
- Hjelt OEA. Vuoden 1879 terveydenhoitosäännön synnystä. Duodecim 1911: 26(11–12): 387–412.
- Härö AS. Vuosisata tuberkuloosityötä Suomessa. Suomen Tuberkuloosin Vastustamisyhdistys, Helsinki 1992.
- Jaakkola J. ym. Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva. Suomalaisen sosiaalisen turvan historia. Sosiaaliturvan Keskusliitto, Helsinki 1994.
- Kaipainen O. Kansa kaikki kärsinyt. Onko terveys kauppatavara vai oikeus. Karisto, Hämeenlinna 1969.
- Karisto A, Rahkonen O. Kaikuja kahden vuosikymmenen takaa – kriittinen terveystutkimus Suomessa. Teoksessa Kangas I, Karvonen S, Lillrank A, toim. Terveys sosiologian suuntauksia. Gaudeamus, Helsinki 2000, 38–52.
- Kom.miet. 1892:8. Hänen Keisarilliselle Majesteetillensa lääkihoidon maalla uudestaan järjestämistä varten asetetulta komitealta.
- Kom.miet. 1900:8. Hänen Keisarilliselle Majesteetillensa Komitea ehdotuksen tekemistä varten toimenpiteiksi tuberkuloosin leviämisen ehkäisemiseksi maassa.
- Kom.miet. 1924:3. Komitealta, joka on asetettu laatimaan ehdotusta tarpeellisista toimenpiteistä tuberkuloosin vastustamiseksi maassamme.
- Kom.miet. 1924:10. Ehdotus sukupuolitautien vastustamiseksi.
- Kom.miet. 1939:9. Maaseudun terveydenhoito-olot ja niiden kehittäminen. Maaseudun terveydenhoitokomitean mietintö.
- Kom.miet. 1965:B 72. Kansanterveyskomitean mietintö.
- Kom.miet. 1971: A 25. Sosiaalihuollon periaatekomitean mietintö I Yleiset periaatteet.
- Kom.miet. 1971: B 4. Terveystieteiden suunnittelukomitean mietintö.
- Kom.miet. 1976:94. Terveyskasvatustoimikunnan mietintö.
- Korhonen M. Miten kansanterveyslaki syntyi? Pitkittäisleikkaus hallinnollisesta suunnittelu- ja päätöksentekoprosessista. Julkishallinnon pro gradu-tutkielma, Tampereen yliopisto 1973.
- Kuusi H. Keuhkotauti kansallisvaarana. Tuberkuloosin vastaiset strategiat Suomessa vuoteen 1939 asti. Talous- ja sosiaalhistorian pro gradu-työ. Helsingin Yliopisto 1995.
- Kuusi P. 60-luvun sosiaalipolitiikka. WSOY, Porvoo 1961.
- Laurinkari J, Niemelä P. Terveys yhteiskuntapolitiikan tavoitteena. Kustannuskiila, Kuopio 1978.
- Lehto J, Blomster P. 1990-luvun alun lama ja sosiaali- ja terveyspolitiikan suunta. Yhteiskuntapolitiikka 1999:64:207–221.
- Lehtonen T-K. Bakteerit ja henkisten ruttotautien siemenet. Puhdas elämä suomalaisessa terveysvalistuksessa 1890-luvulla. Teoksessa Joutsivuo T, Mikkeli H, toim. Terveystieteiden lähteillä. Länsimaisten terveyskäsitysten kulttuurihistoriaa. Historiallinen Arkisto 106. SHS, Helsinki 1995.
- Leppo K. Kansanterveys, terveydenhuolto ja taloudellisesti-sosiaalinen kehitys. Teoksessa Leppo K, toim. Sairas maailma. Forum- kansanterveys. Tammi, Helsinki 1972, 17–44.
- Leppo K. The Finnish HFA 2000 programme and its implementation – with special reference to intersectoral action for health. Teoksessa TK 2000. Suomen kansallisen terveyspolitiittisen tavoite- ja toimenpideohjelman arviointiseminaarin raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1998:33, Helsinki 1998, 19–22.
- Mattila M. Kansamme parhaaksi, Rotuhygienian Suomessa vuoden 1935 sterilisointilakiin asti. Bibliotheca Historica 44. SHS, Helsinki 1999.
- Niemi M. Health, Experts, and the Politics of Knowledge: Britain and Sweden 1900–1940. Thesis submitted for the degree of Doctor of Philosophy. Department of Economic and Social History, University of Leicester 1999.

- Oinas E. Feministinen näkökulma terveys-  
tutkimukseen. Teoksessa Kangas I, Karvonen S,  
Lillrank A, toim. Terveys sosiologian suuntauksia.  
Gaudeamus, Helsinki 2000, 119–133.
- Olsson U. Folkhälsa som pedagogiskt projekt. Bilden  
av hälsoupplýsning i statens offentliga utredningar.  
Acta Universitatis Upsaliensis. Uppsala Studies in  
Education 72. Uppsala 1997.
- Palmberg A. Läkaresällskapet och arbetarefrågan.  
Finska Läkaresällskapetets Handlingar  
1905:47(12):678–684.
- Pesonen N. Paikallissairaala valokeilassa. Teoksessa  
Ajankohtaisia näkökohtia terveydenhuolto-  
politiikasta. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 8.  
Helsinki 1969, 30–35.
- Pesonen N. Terveiden puolesta – sairautta vastaan.  
Terveiden- ja sairaanhoito Suomessa 1800- ja  
1900-luvuilla. WSOY, Helsinki 1980.
- Petersen A, Lupton D. The New Public Health. Health  
and Self in the Age of Risk. Sage, London 1996.
- Porter D, ed. The History of Public Health and the  
Modern State. **Rodopi, Amsterdam 1994.**
- Porter D. Health, Civilization and The State: A  
History of Public Health from Ancient to Modern  
Times. Routledge, London and New York 1999.
- Puro K. Terveyspolitiikan perusteet. Tammi, 1974  
(2.p.) alkuteos 1973.
- Rimpelä M. Vaarantaako kansallinen terveyshanke  
kansan terveyden. Teoksessa Rimpelä, M, Ollila E,  
Näkökulmia 2000-luvun terveyspolitiikkaan.  
Aiheita 8/2004. Stakes, Helsinki 2004, 53–90.
- Rimpelä M. Terveyspolitiikan uusi kieli. Joutavtko  
kansanterveyslain käsitteet historiaan?  
Yhteiskuntapolitiikka 2005:70:54–62.
- Satka M. Sosiaalinen työ peräänkatsojamiehestä  
hoivayrittäjäksi. Teoksessa Jaakkola J, Pulma P,  
Satka M, Urponen K. Armeliaisuus, yhteisöapu,  
sosiaaliturva. Suomalaisen sosiaalisen turvan  
historia. Sosiaaliturvan Keskusliitto, Helsinki  
1994, 261–339.
- Savonen S. Kansanterveystyötä tehostamaan!  
Maalaiskuntien yleisen terveydenhoidon ohjelma.  
Otava, Helsinki 1941.
- Savonen S. Kansanterveystyö väestöpoliittisena  
tekijänä. Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehti  
1942:(2): 52–69.
- Simola H. Sairaalalaitoksen kehitys Suomessa  
sodanjälkeisenä aikana. Sosiaalinen Aikakauskirja  
1972: 66(6): 672–676.
- Strömmer A. Väestönkehitys ja väestöpolitiikka.  
Teoksessa Perheen puolesta. Väestöliitto 1941–  
1991. Väestöliitto, Helsinki 1991.
- SVT XI 58–73 Lääkintöhallituksen vuosikertomukset  
1955–70.
- Taipale I. Rakenteellinen liikennelääketiede.  
Yhteiskuntasuunnittelu 1972:102(2): 32–37.
- Talousneuvosto, Yhteiskuntapolitiikan tavoitteita ja  
niiden mittaamista tutkiva jaosto. Elämisen laatu.  
Liite 1. Terveyspolitiikan tavoitteita tutkivan  
työryhmän raportti, Helsinki 1972.
- Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Suomen  
terveyspolitiikan pitkän aikavälin tavoite- ja  
toimintaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö,  
Helsinki 1986.
- Tietosanakirja II. Otava, Helsinki 1910.
- Urponen K. Huoltoyhteiskunnasta  
hyvinvointivaltioon. Teoksessa Jaakkola J, Pulma  
P, Satka M, Urponen K, Armeliaisuus, yhteisöapu,  
sosiaaliturva. Suomalaisen sosiaalisen turvan  
historia. Sosiaaliturvan Keskusliitto, Helsinki  
1994, 163–260.
- Valkonen T, Kuolleisuuden kehitys ja kuolleisuuserot  
terveyspolitiikan kannalta. Sosiaalinen  
Aikakauskirja 1984:78(3), 4–8.
- Vallgård S. Folkesundhed som politik. Danmark og  
Sverige fra 1930 til idag. **Aarhus**  
Universitetsforlag, Århus 2003
- Valtakunnalliset suunnitelmat kansanterveystyön ja  
sairaanhoitolaitosten toiminnan järjestämisestä  
1975–79, 1981–85.
- Vauhkonen O. Yleiskatsaus lääkintölaitoksen ja  
terveydenhuollon kehitysvaiheisiin ja nykytilaan.  
Teoksessa Vauhkonen O, Laurinkari J, Bäckman  
G, Suomalaista terveyspolitiikkaa. WSOY, Porvoo  
1978, 7–122.
- Wrede S. Suomalainen terveydenhuolto: jännitteitä ja  
murroksia. Teoksessa Kangas I, Karvonen S,  
Lillrank A, toim. Terveys sosiologian suuntauksia.  
Gaudeamus, Helsinki 2000, 189–205.
- Wrede S. Decentering Care for Mothers: The Politics  
of Midwifery and the Design of Finnish Maternity  
Services. **Åbo Akademi, Åbo 2001.**
- Vuori H. Lääketieteen historia – sosiaalishistoriallinen  
näkökulma. Gummerus, Jyväskylä 1979.

**MINNA HARJULA**  
*FT, dosentti*  
*Tampereen yliopisto*  
*Historiatieteen laitos*