

# Miksi terveystalitiikka ei tarttunut Väinö Kanniston sydäntautihavaintoihin 1940-luvulla?

MIKKO JAUHO

Väestöntutkija Väinö Kannistolle on annettu keskeinen asema sydän- ja verisuonitautien torjunnan historiassa Suomessa, erityisesti tautien epidemiologian selvittämisessä. Kannisto havaitsi kuolleisuudessa eroja maan itäisten ja läntisten osien välillä: kun lännessä tilastoja hallitsi tuberkuloosi, idässä vastaava asema oli sydäntaudeilla. Erityisen huono tilanne oli itäsuomalaisilla keski-ikäisillä ja tätä vanhemmilla miehillä. Nämä havainnot olivat taustalla Martti J. Karvosen ja Paavo Roineen johtamassa itä-länsi-tutkimuksessa, jossa vuonna 1956 tutkittiin yhden itä- ja yhden lounaissuomalaisen kunnan väestön terveydentilaa ja ravitsemusta. Tästä hankkeesta muodostui osa kansainvälistä sepelvaltimotaudin riskitekijöitä selvittänyttä Seitsemän maan tutkimusta, jossa vertailtiin ravinnon koostumusta ja sepelvaltimotautikuolleisuutta vuodesta 1959 lähtien seuratuissa väestöryhmissä eri puolilla maailmaa. Myös vuonna 1972 käynnistynyt Pohjois-Karjala-projekti seurasi samaa alueellista logiikkaa: alkuperäinen interventio kohdistui maan itäisiin osiin, mutta myöhemmin tutkimukseen liitettiin vertailualueita lännessä. Itä-länsi- tai koillinen-lounas-jako onkin ollut tyyppillinen siinä osassa suomalaista väestöntutkimusta, joka tarkastelee alueellisia eroja (Pitkänen & al. 2000).

Niinpä ei ole yllättävää, että näiden hankkeiden historia- ja muistelojulkaisuissa sekä muissa sydäntautien torjunnan vaiheita Suomessa sivuavissa teksteissä Kannistoa pidetään tärkeänä suuntaajana sydän- ja verisuonitautien tutkimustoiminnalle. Esimerkiksi Suomen Sydän(tauti)liiton historiikissa todetaan, miten ”Kannisto en-

nusti 1940-luvun lopulla, että tuberkuloosin ja muiden infektiotautien vähentyessä sydän- ja verisuonitaukeista tulee suomalaisten suurin kuolinsyy” (Myllyniemi 2004, 10). Pohjois-Karjala-projektin virallisen historiikin kirjoittaja Harri Mustaniemi (2005, 7) puolestaan korostaa Kanniston merkitystä sydäntautikuolleisuuden itä-länsi-eron esiin tuojana. Martti J. Karvosen ja Ritva Vuokilan (2000, 17) mukaan ”Kanniston havainto johti sepelvaltimotaudin levinneisyyden erojen ja edelleen taudin vaara- ja suojatekijöiden tutkimuksen käynnistymiseen Suomessa. Tutkimusten tulokset puolestaan avasivat mahdollisuuden sepelvaltimotaudin ehkäisyyn.”

Toisinaan Kanniston merkitystä myös liioitellaan. Nykyisen arkkiatrin Risto Pelkosen (1993, 2052; vrt. Karvonen 2009, 15) mukaan ”Väinö Kannisto teki kolme perusluonteista havaintoa: 1) kuolleisuus on viime vuosisadalta lähtien ollut Itä-Suomessa suurempi kuin Länsi-Suomessa, 2) kuolleisuus sydäntauteihin oli Suomessa suurempi kuin missään muualla ja 3) erityisen suuri sydän-tautikuolleisuus oli Itä-Suomessa.” Kuten myöhemmin osoitan, näistä väitteistä kuitenkin ainoastaan kaksi jälkimmäistä pitävät kutinsa ja niistäkin toinen vain varauksin. Kanniston tutkimukset kohdistuivat vuoden 1936 jälkeiseen aikaan, jolloin kuolinsyiden määrittely siirtyi lopullisesti lääkäreille, eikä hän ottanut kantaa tautitilanteeseen 1800-luvun puolella. Lisäksi käsitys Suomen kansainvälisesti korkeasta kuolleisuudesta koski ainoastaan miehiä ja vertailu rajoittui neljään Länsi-Euroopan maahan. Vain käsitys Itä-Suomen korkeasta sydäntautikuolleisuudesta saa suoraan tukea Kannistolta.

Jotkut ovat myös kysyneet, miksei Kanniston tulosten käytännön merkitystä heti ymmärretty. Suomalaisen väestöntutkimuksen historiaa tutkineen Kari Pitkäsén (1988, 179) mukaan Kanniston havainnot kuolleisuuden alueellisista eroista ”olisivat periaatteessa voineet palvella terveydenhuollon toimenpiteiden järkevää suuntaamista”. Edes Kannisto itse ”ei kuitenkaan käsitellyt omien tutkimustensa konkreettisia hyväksikäyttömahdollisuuksia”. Pitkäsén mukaan ”aika ei ollut kypsä” tällaisille johtopäätöksille.

Miksei aika ollut kypsä? Etsin seuraavassa vastausta tähän kysymykseen sekä Kanniston omien tutkimusten että ajan terveyspolitiikan erityispiirteistä. Tulkintani mukaan Kanniston tutkimukset sijoittuvat kiinnostavalla tavalla vanhan ja uuden ajattelun kynnykselle. Kannisto osoitti sydän- ja verisuonitautikuolleisuuden merkityksen, mutta piti niitä edelleen pohjimmiltaan vanhuusiän sairauksina eikä nostanut erikseen esiin sepelvaltimotautia. Tauti ei erottautunut tilastoista omaksi kokonaisuudekseen, eikä sen riskitekijöitä nykymerkityksessä vielä tunnettu. Terveyspolitiikkaa hallitsi aina 1950-luvulle asti väestöpoliittinen huoli, joka kohdisti huomion tartuntatauteihin lapsuudessa ja aikuisiässä ja piti sepelvaltimotaudin kaltaiset krooniset vanhuusiän vaivat poissa terveyspolitiikan asialistalta. Terveyspoliittiset johtopäätökset eivät itse asiassa olleet Kannistolle täysin vieraita. Ne ainoastaan suuntautuivat toisaalle, kuin mihin hänen työnsä painopiste on toisinaan jälkikäteen haluttu sijoittaa. Artikkelin lopuksi esitän vaihtoehdoisen tulkinnan Kanniston merkityksestä. Tiettyjen tutkimustulosten sijaan sitä tulisi etsiä hänen tutkimusotteestaan, joka myötävaikuttanut merkittävästi tilastollisten menetelmien juurtumiseen kansanterveyden tarkasteluun Suomessa.

## Kanniston sydäntautitutkimukset

Väinö Kannisto (1916–2002) oli tilastoasiantuntija, joka teki pitkän uran pääasiassa Suomen ulkopuolella. Hän valmistui Helsingin yliopistosta vuonna 1938 pääaineenaan taloustiede ja väitelti vuonna 1947 teoksella *Kuolemansyyt väestöllisinä tekijöinä Suomessa* (Kannisto 1947). Vuosina 1947–49 hän vieraili kahteen otteeseen yliopistoissa Yhdysvalloissa perehtyen biostatistiikkaan ja taloustieteen uusimpiin tilastomenetelmiin. Työuransa hän teki tilastotieteilijänä eri or-

ganisaatioissa, aluksi Suomessa ja myöhemmin Maailman terveysjärjestössä WHO:ssa 1950-luvulla sekä YK:ssa vuosina 1957–81. Eläkeiässä Kannisto aktivoitui uudelleen tutkijana keskittyen yli 80-vuotiaiden kuolleisuuden tarkasteluun. (Vaupel 2002.)

Kannisto käsitteli sydän- ja verisuonitautikuolleisuutta Suomessa kolmessa yhteydessä 1940- ja 1950-lukujen vaihteessa. Kansantaloudellisessa Aikakauskirjassa vuonna 1945 julkaistussa lyhyessä artikkelissa hän tarkastelee syitä suomalaisten miesten ja naisten ylikuolevuuteen Ruotsiin verrattuna vuosina 1936–40. Sydäntaudit osoittautuvat merkittäväksi selittäjäksi varsinkin keski-ikäen ylittäneillä miehillä. (Kannisto 1945.)

Tärkein työ on vuonna 1947 julkaistu väitöskirja. Se jakautuu kahteen osaan. Työn ensimmäinen osa tutkii kuolleisuuden demografisia ja yhteiskunnallisia vaikutuksia. Kanniston (1947, 9–10) oman jaottelun mukaan se edustaa kalkyloivaa tilastotutkimusta erotuksena deskriptiivisestä ja analyttisestä otteesta. Näistä edellinen kuvaa eri syiden aiheuttamien kuolemantapausten määriä ja kehitystä sekä vertaa laskelmia muiden maiden tilanteeseen. Jälkimmäinen puolestaan keskittyy erittelemään tekijöitä, jotka ovat eri kuolemansyiden taustalla.

Kalkylointi tarkoittaa Kannistolla eri kuolinsyiden suhteuttamista toisiinsa ja niiden poistamisella saavutettavien elinvuosien säästöjen laskemista. Laskelmia on kolmenlaisia, hukka-, uhka- ja säästölaskelmat. Hukka- ja uhkalaskenta arvioivat yksittäisen taudin tai tautiryhmän takia tapahtuneiden kuolemantapausten vaikutusta väestön elinvuosiin eri ikäryhmissä. Kun uhkalaskennassa oletetaan eri kuolinsyiden vaikuttavan olemassa olevalla voimakkuudellaan ja kilpailevan keskenään, uhkalaskelmat koskevat yksittäisten kuolinsyiden vaikutusta ilman muita todellisuudessa vaikuttavia kuolinsyitä. Säästölaskennassa puolestaan arvioidaan sitä, millaisia säästöjä elinvuosissa saataisiin poistamalla eri kuolinsyitä muiden jäädessä ennalleen. Niinpä elinvuosien hukka kertoo taudin aiheuttaman todellisen tappion, uhka mahdollisen tappion ilman väliin tulevia muita syitä ja säästö sen osuuden, joka kuolemansyyn poistamisesta jää jäljelle, kun muiden kuolinsyiden vaikutus huomioidaan. (Kannisto 1947, 12–19, 33–34.)

Laskelmien lähtökohtana on ajatus luonnollisesta eliniästä, jolloin kuolla vanhuuteen. Sairaudet ymmärretään väliin tulevina tekijöinä, jot-

ka lyhentävät tätä luonnollista elinikää. Kannisto arvioi ”suomalaisen luonnolliseksi eliniäksi [...] suunnilleen 85 vuotta” (Kannisto 1947, 24).

Kanniston laskelmat työn ensimmäisessä osassa koskevat ”siviilikuolemia” vuosina 1936–40. Väliittömästi sodan vuoksi kuolleet rajataan siis tutkimuksen ulkopuolelle. Vuonna 1936 olivat astuneet voimaan uudet kuolinsyylokitukset ja kuolinsyyin määrittämistä koskevat ohjeet. Rajaus lisäsi aineiston luotettavuutta, mutta vaikeutti pidemmälle menneisyyteen suuntautuvia tarkasteluja. Ajanjaksolta olivat myös olemassa kuolin- ja eloonjäämistalut. (Kannisto 1947, 24–25.)

Kannisto motivoi väitöstutkimustaan terveyspolitiikan suuntaamisella. Työn ensimmäisen osan keskeinen tulos on se, että suurin terveyspoliittinen hyöty saataisiin tuberkuloosikuolleisuutta vähentämällä. Tuberkuloosi kantoi veroa ennen kaikkea aktiivisessa iässä olevien joukossa, minkä vuoksi sitä vastustamalla voitiin saavuttaa suurimmat elinvuosien säästöt. Sen sijaan ”[l]uontojaan suurimman kuolinsyymme, sydäntautien” poistaminen olisi vähemmän hyödyllistä, koska nämä olivat iäkkäämpien tauteja, joiden kohdalla elinvuosien säästöt jäisivät pienemmiksi. Niinpä Kanniston laskelmien mukaan tuberkuloosin poistaminen toisi jokaiselle syntyneelle yhteensä 3,91 elinvuotta lisää, joista 2,80 elinvuotta sijoittuisi työkykyiseen aikaan (15–64 v.). Sydäntautien kohdalla vastaava luku oli 2,30, mutta työkykyinen elinaika lisääntyi ainoastaan 0,67 vuotta. (Kannisto 1947, 34–35, 39, sit. 34.)

Väitöskirjan toisen osan aiheena ovat kuolleisuuden alueelliset piirteet Suomessa vuosina 1936–44. Tarkastelu perustuu pääasiassa läänittäisille kuolemansyyindekseille, jotka Kannisto laskee kullekin kuolemansyylle tai -syyryhmälle sukupuolen mukaan eri viisivuotisikäryhmissä. Peruslukuna hän käyttää vuoden 1940 lopun tilannetta. (Kannisto 1947, 47–50.) Tältä pohjalta hän käsittelee kuolleisuuden alueellista jakautumista tautiluokan, ikäkauden ja sukupuolen mukaan.

Tämän osan päätulos koskee kuolleisuuden rakenteen alueellista vaihtelua. Kun lännessä ja pohjoisessa kuoltiin keskimääräistä enemmän tuberkuloosiin, idässä tilastoja hallitsivat vanhuuden iän kuolemansyyt. Lapsuuden kuolinsyyt olivat puolestaan keskimääräistä yleisempiä idässä ja pohjoisessa. Havainto sydän- ja verisuonitautikuolleisuuden itä-länsi-erosta sulautui kuolleisuuden alueellisen rakenteen yleiseen tarkaste-

luun samalla lailla, kuin sydäntauteja tarkasteltiin yhdessä muiden vanhuuden iän kuolemansyiden kanssa. Niihin kuuluivat syöpä, aivoverenvuoto, verisuonten kalkkeutuminen ja kohonnut verenpaine, sydäntaudit sekä vanhuudenheikkous, joka oli tuolloin vielä oma luokkansa kuolinsyytilastoissa. Kanniston mukaan:

”Läänittäiset variaatiot p.o. neljän kuolemansyyryhmän suhteellisessa yleisyydessä johtuvat [...] pääasiassa diagnostisen käytännön horjuvuudesta. Nämä kuolemansyyt tai ainakin eräät niistä ovat kyllä toisissa lääneissä paljonkin yleisempiä kuin toisissa, mutta niiden *keskinäisissä* suuruussuhteissa havaitut eroavaisuudet ovat ainakin pääosaltaan vain näennäisiä. Se, että nämä monet kuolemansyyt vaihtelevat alueellisesti näin yhdenmukaisesti, viittaa siihen, että ne kaikki ovat suuresti riippuvaisia samasta tekijästä. Tämä tekijä on ilmeisesti vanhentumisprosessi, jonka nopeus maan eri puolilla vaihtelee.” (Kannisto 1947, 87, kursiivi alkuperäinen.)

Yksittäisten vanhuusiän kuolemansyiden esiintymisen keskinäiset erot eri lääneissä olivat siis Kanniston mukaan suurelta osin näennäisiä, mutta niiden yhteenlaskettu vaihtelu ei. Näiden kuolemansyiden esiintymisen alueellisten erojen taustalla vaikutti yhteinen tekijä, joksi hän nimesi vanhentumisprosessin. Tämän hypoteesin mukaan Itä-Suomessa vanhennuttiin nopeammin kuin lännessä, mikä näkyi eroina alueiden kuolinsyyprofileissa.

Vastaavasti kuolemansyiden iänvalikointi oli Kanniston mukaan eri puolilla maata varsin yhdenmukainen, lukuun ottamatta juuri vanhuuden iän kuolemansyitä Itä-Suomessa (Kannisto 1947, 134). Lisäksi hän selitti itäsuomalaisen ylikuolevuutta verrattuna maan keskitasoon pääasiassa verenkierroelinten taudeilla, jotka miehillä alkoivat vaikuttaa jo keski-ikässä ja naisillakin 55 ikävuoden jälkeen (Kannisto 1947, 102–103).

Kanniston (1951) viimeinen sydäntautijulkaisu oli lyhyt tutkimusraportti lääketieteellisessä aikakauslehti *Duodecimissä*, jossa hän vertaillee Suomen sydäntautikuolleisuutta sukupuolittain neljän muun Euroopan maan lukuihin. Nämä maat ovat Englanti, Italia, Norja ja Portugali. Kanniston johtopäätös on se, että Suomen sydäntautikuolleisuus on korkeampi kuin missään muussa vertailumaassa. Erityisen vakava tilanne oli keski-ikä ylittäneillä miehillä.

## Sepelvaltimotauti

Kolmessa tutkimuksessaan Kannisto siis tote- si suomalaisten keski-ikäisten miesten ylikuole- vuuden sydäntauteihin Ruotsiin verrattuna, suo- malaisen sydän- ja verisuonitautikuolleisuuden itä-länsi-eron sekä tämän kuolleisuuden euroop- palaisittain katsoen korkean tason erityisesti mie- hillä.

Nämä tulokset näyttäisivät tukevan käsitys- tä Kannistosta suomalaisen sepelvaltimotau- tiepidemian löytäjänä. Tämä on kuitenkin lii- an suoraviivainen tulkinta kolmesta syystä. En- sinnäkin Kannisto oli kiinnostuneempi muista kuin sydän- ja verisuonitaudeista. Edellä jo kä- vi ilmi, miten hänen tutkimusintressiään leima- si väestöpoliittinen ajattelu. Kalkyloiva ote suun- tasi hänen huomionsa sellaisiin tauteihin, joissa oli mahdollista saavuttaa suurimmat elinvuosi- en säästöt. Tällaisia olivat työikäisiä verottava tu- berkuloosi ja lapsuusiän sairaudet. Säästömah- dollisuudet olivat sen sijaan vähäisemmät sydän- ja verisuonitaudeissa, sillä ne kuuluivat vanhuus- ikään. Niinpä sydän- ja verisuonitaudit, mukaan lukien sepelvaltimotauti, jäivät Kanniston terveystoimittaisissa johtopäätöksissä sivuasemaan, vaikka ne surmasivat laskennallisesti enemmän ihmisiä kuin lapsuuden ja aikuisiän taudit. (Kan- nisto 1947, 33–34, 38–39, 134.)

Toiseksi sepelvaltimotauti ei erottunut Kannis- tolla muiden verenkiertoelinten tautien joukosta. Tähän hänen käyttämänsä virallinen kuolinsyy- luokitus oli liian karkea. Nykyisin sepelvaltimo- tautina tunnettu lääketieteellinen kokonaisuus oli hahmottunut jo 1940-luvulle tultaessa. Tuol- loin taudin taustalla olevasta patologisesta pros- sessista alkoi vallita jonkinlainen yksimielisyys. Asiantuntijoiden mukaan tauti johtui verisuon- ten ahtautumisen tai korkean verenpaineen ai- heuttamista verenkierron häiriöistä (arterioskle- roosi), joiden seurauksena sydän sai liian vähän happea. Tämä johti hengenahdistukseen, angina pectoris -oireisiin ja viime kädessä sydänin- farktiin. (Esim. Vesa 1940, 565; Kalaja 1947, 247–248; Soisalo 1948, 335–336.) Epäselvää oli sen sijaan edelleen se, mikä aiheutti tämän prosessin, eikä taudin riskitekijöitä nykymerki- tyksessä vielä tunnettu. Tämä sepelvaltimotautia koskevan tiedon kehitys ei kuitenkaan vielä hei- jastunut käytössä olevassa kuolinsyylokitukses- sa, joka oli peräisin vuodelta 1936. Verenkierto- elinten taudit ryhmiteltiin aikaisempaa monita-

hoisemmin seuraavassa virallisessa kuolinsyy- ja tautiluokituksessa, joka astui voimaan Suomessa vuonna 1952. Se ei kuitenkaan ehtinyt vaikuttaa Kanniston tutkimuksiin.

Kannisto tarkasteli erikseen yhtäältä sydäntau- teja (vuoden 1936 kuolinsyylokituksen luokat 3000–3035) ja toisaalta aivoverenvuotoa, veri- suonten kalkkeutumista ja kohonnutta veren- painetta (luokat 2600, 3040, 3045). Lisäksi hän erotti omaksi ryhmäkseen vanhuudenheikkou- den ja -kuolion (luokat 0500 ja 0600), joihin usein virheellisesti luokiteltiin verenkiertoelinpe- räisiä kuolintapauksia (Kannisto 1947, 85–87). Sydäntautien ryhmään kuuluivat sepelvaltimo- iden tautien ja angina pectoriksen ohella sydän- pussin tulehdus (perikardiitti), sydämen sisäkal- von tulehdukset (endokardiitit) ja sydänlihak- sen taudit (ks. SVT XI 1936, 46). Vuoden 1936 tautiluokituksessa listatuista verenkiertoelin- ten taudista jäivät kokonaan tarkastelun ulko- puolelle valtimolaajentumat (aneuryrmat), las- kimotulehdukset ja veritulpat (emboliat, trom- bit) sekä muut verenkiertoelinten taudit (luokat 3043, 3055 ja 3070). Nämä Kannisto laski mui- den siviilikuolemansyiden joukkoon, joita hän tarkasteli omana luokkanaan. (Kannisto 1947, 26.) Ryhmittelynsä takia hän ei tehnyt eroa sydä- men sepelvaltimoiden ja esimerkiksi sydänlihak- sen tautien välillä, joiden syntymekanismit poik- keavat nykytiedon mukaan merkittävästi toisis- taan. Kanniston (1951, 1111) mukaan sydän- taudit olivat ”verrattomasti tärkein tekijä vallitse- vassa epäedullisessa tilanteessa”, kun tarkasteltiin suomalaisten keski-ikäisten miesten kuolleisuut- ta. Sydäntautien luokan laajuuden vuoksi hänen tutkimustensa pohjalta on kuitenkin vaikea sanoa, mikä tai mitkä erityiset taudit luokan sisäl- lä viime kädessä aiheuttivat Suomen yleisessä sydäntautikuolleisuudessa havaitut mieshakuisuu- den ja alueelliset erot.

Kolmanneksi Kannisto näyttäisi jakaneen mo- nien aikalaistensa käsityksen, jonka mukaan se- pelvaltimotauti oli väistämätön seuraus ikäänty- miseen liittyvästä rappeutumisesta. Hän käsitte- li sydän- ja verisuonitaukeja johdonmukaisesti vanhuuden iän kuolemansyiden joukossa. Lisäk- si hän selitti vanhuuden iän kuolemansyiden alu- eellista vaihtelua vetoamalla vanhentumisproses- sin eroihin. Hänen mukaansa sydän- ja verisuo- nitaudit ja muut vanhuusiän kuolemansyyt olivat ylliedustettuina Itä-Suomessa, koska alueen väes- tö vanheni tavallista nopeammin. Kuolemansyi-

den iänvalikointiin vaikuttivat monet asiat, kuten ”ehkäisy- ja hoitomenetelmät, yleishygieneia, elämäntavat, koulu, asevelvollisuus, ammatti, varallisuus, ilmasto – lyhyesti sanoen kaikki, mikä vaikuttaa kuolevuuteen yleensäkin”. Niinpä viime kädessä yhteiskunnallisen kehityksen eriaikaisuus maan eri alueilla johti siihen, että vanhuusiän sairaudet iskivät keskimääräistä köyhempiin itä- ja pohjoissuomalaisiin aikaisemmin kuin vauraampiin länsi- ja eteläsuomalaisiin. (Kannisto 1947, 87, 92 sit., 134.)

Vastaavia ajatuksia esitti Antero Setälä, joka täydensi Kanniston tuloksia työkyvyttömyystilastoille perustuvilla laskelmilla. Setälä (1948, 532–533) korosti ”sodanaikaisia olosuhteita” alueellisten erojen taustalla. Niiden takia Viipurin läänissä kuoltiin tavallista nuorempina ”iäkkäiden ihmisten tauteihin”. Myös vanhentumisteesi oli mukana: Karjalasta evakuidun siirtoväen ”vanhan polven” oli havaittu vaikuttavan ”huomattavan kuluneelta ja ikäistään vanhemmalta”. Tässä ajattelutavassa sota-ajan rasitusten aiheuttama ennenaikainen vanheneminen selitti sekä sen, miksi sydän- ja verisuonitaudit olivat Itä-Suomessa yleisempiä kuin lännessä, että sen, miksi idässä tavallista nuoremmat ikäluokat sairastuivat näiden tautien kaltaisiin vanhan iän sairauksiin.

Teesiä vanhentumisprosessin alueellisista eroista voi pitää ratkaisuna dilemmaan, jossa yhtäältä sydän- ja verisuonitauteja pidetään vanhuusiän vääjäämättöminä rappeutumissairauksina, mutta toisaalta niiden alueellisessa levinneisyydessä havaitaan ikäkausittaista vaihtelua. Miten on mahdollista, että joissain osissa maata ”luonnollinen” rappeutuminen tapahtuu nopeammin? Tällaisessa asetelmassa on vaikea puhua erityisesti tautiepidemiasta, vaan pikemminkin kroonisten tautien esiintyminen sidotaan yhteiskuntakehityksen eriaikaisuuteen ja väestön vitalisuuden eroihin.

## Terveyspolitiikka

Kannisto itse motivoi väitöstutkimustaan mahdollisuudella suunnata terveyspolitiikkaa. Käytännössä tämä tarkoitti niiden terveysongelmien määrittelyä, joihin terveydenhuoltotoimenpiteet olisi hyödyllisintä suunnata. Sen sijaan näiden toimenpiteiden sisällöstä tutkimuksella oli vähän sanottavaa, sillä Kannisto ei tarkastellut

kuolleisuutta aiheuttavia tekijöitä. Hänen oman jaottelunsa mukaan tutkimusote oli kalkyloiva, ei analyttinen: kohde oli kuolinsyiden suhteellinen merkitys demografisesti ja kansantalouden kannalta, eivät kuolinsyiden esiintymisen taustasyyt, joihin olisi voitu puuttua terveydenhuoltotoimenpitein.

Viimeisessä edellä mainituista töistään Kannisto tosin peräänkuulutti ”laajempaa tilastollista tutkimusta” siitä, miksi keski-ikäisten (miesten) tilanne oli niin epäedullinen Suomessa. Hän kysyi: ”Mikä on työ- ja asunto-olosuhteiden, reumatismien, syfiliksen tai juoppouden mahdollinen osuus [sydäntautikuolleisuudessa]? Voiko liiallinen urheilu tai ylenmääräinen saunominen vaikuttaa asiaan?” (Kannisto 1951, 1112.) Nämä hänen esille nostamansa muuttajat liittyivät pikemminkin elinympäristöön sekä tautien ja elintapojen sydämelle aiheuttamaan liikarasitukseen kuin yksilökohtaisiin riskitekijöihin nykymerkityksessä. Etualalla vaikuttaisivat olevan sydämen rakenteelliset vauriot, kuten reumaattinen sydäntauti, ei niinkään sepelvaltimotauti.

Niinpä Kanniston työt eivät johtaneet sepelvaltimotautia tai edes sydän- ja verisuonitautia koskeviin terveyspoliittisiin johtopäätöksiin. Terveyspolitiikkaa hallitsi väestöpoliittinen asetelma, jossa päähuomio kohdistui pienten lasten ja työikäisten tauteihin. Sydän- ja verisuonitaudit jäivät tartuntatautien, erityisesti tuberkuloosin varjoon. Keuhkotuberkuloosi oli merkittävin työikäisten kuolinsyy, minkä vuoksi sille annettiin suuri väestöpoliittinen ja kansantaloudellinen merkitys. Toinen keskeinen kansanterveysprojekti oli pienten lasten terveydenhoito, joka kanavoitui muun muassa imeväiskuolleisuuden ehkäisemiseen ja äitiyshuoltoon. Väestöpolitiikan määrittämällä kansanterveyden asiallistalla sydän- ja verisuonitaudit jäivät sivuun, sillä ne nähtiin ensisijaisesti vanhuusiän sairauksina. Verisuonten rappeutuminen ja sydänvaivat kuuluivat väistämättä vanhenemiseen, joten niiden ehkäisemistä ei pidetty mahdollisena. Sepelvaltimotaudin riskitekijöitä nykymerkityksessä ei tunnettu, ja koko riskin käsite oli vielä vieras kansanterveyden tarkastelussa.

Nähdäkseeni sepelvaltimotaudin näyttäytyminen kansanterveysongelmana mahdollistui vasta, kun terveyspolitiikkaa ohjannut väestöpoliittinen motiivi lieventyi ja tautikäsitys muuttui. Suurten ikäluokkien syntyminen sodan jälkeen helpotti huolta väestönkasvusta, ja tuberkuloosi-

ja lapsikuolleisuuden väheneminen loivat tilaa sepelvaltimotaudin ja syövän kaltaisille kroonisille kansantaudeille, joiden aiheuttama sairastavuus ja kuolleisuus olivat nousussa. Tauti eriytyi selkeämmin omaksi kokonaisuudekseen kuolinsyy-  
luokituksissa ja tilastoissa. Sitä ei myöskään enää nähty yksinomaan vanhuuden rappeutumissairautena, vaan se liitettiin yksilöllisiin riskitekijöihin. Tällöin alettiin katsoa, että verisuonten rappeutumisen vauhti ja taso riippuivat oleellisesti ihmisen omista valinnoista ja että rappeutumista saattoi esiintyä jo nuorilla. Kuolleisuuden alueelliset ja ikäkausittaiset vaihtelut saivat uuden selityksen elämäntapojen eroista. Samalla voitiin vapautua tautiin liittyvästä fatalismista ja ottaa se kansanterveysponnistelujen kohteeksi.

## Tulkinnat menneisyydestä ja Kanniston merkitys

Historia kirjoitetaan nykypäivän käsitysten pohjalta. Uusi tieto valaisee menneisyyden uudella tavalla, synnyttäen joukon edeltäjiä, jotka esittävät etappeina vallitsevan tiedon löytämisen tiellä. Toisinaan näitä edeltäjiä tarkastellaan pioneereina, jotka ensimmäisenä kuvasivat jonkin ilmiön tai tosiasian tai antoivat oleellisia herätteitä myöhemmälle tutkimukselle. Toisinaan keskitytään erottamaan se, mitä he jo ymmärsivät, siitä, missä he vielä erehtyivät nykytietoon verrattuna. Toisinaan edeltäjiä lähestytään kuvaamalla niitä ehtoja, joiden vallitessa he tutkivat ja toimivat. Kaikissa tapauksissa nykyisyyden ja menneisyyden välillä on jännite: mennyttä ei voi lukea suoraan, vailla ennako-oletuksia, vaan kuva siitä suodattuu nykykäsitysten kautta.

Kannisto on hyvä esimerkki tästä menneisyyden tulkintaan liittyvästä piirteestä. Suomalaisen

sydäntautiprojektin menestystarinassa hänet on nostettu edelläkävijän asemaan, joka ensimmäisenä toi esiin myöhempää tutkimusta ja toimintaa suunnanneita tosiasioita. Toisaalta on pohdittu myös sitä, miksei hän itse jo oivaltanut tulostensa merkitystä sepelvaltimotaudin torjunnalle. Tässä artikkelissa olen keskittynyt sijoittamaan Kanniston osaksi omaa aikaansa ja tuomaan esille hänen tutkimuksiinsa sisältyvät mahdollisuudet ja rajoitukset suhteessa sydäntautityöhön.

Tältä pohjalta tarkasteltuna Kanniston merkitys ei ole ehkä niinkään hänen tutkimustensa yksittäisissä tuloksissa, vaan ylipäänsä uudenlaisen tilastollisen otteen juurruttamisessa sydäntautien ja laajemmin kansanterveyden tarkasteluun. Tilastollinen havaintotapa edellyttää tutkimuskohteen vakiointia ja systematisointia. Tämä mahdollistaa vertailut eri alueiden välillä, niin maiden sisällä kuin niiden keskenkin. Juuri kansainväliset vertailut olivat tärkeitä suomalaisen sepelvaltimotautiepidemian havaitsemisen kannalta. Ne myös kiinnittivät kansainvälisen tutkijayhteisön huomion Suomeen, pieneen syrjäiseen Euroopan maahan. Suomalaiset tutkijat pääsivät osaksi kansainvälistä Seitsemän maan tutkimusta, joka välitti vaikutteita maailmalta. Niihin kuuluivat yhtäältä käsitys ravinnon rasvojen ja muiden riskitekijöiden merkityksestä sepelvaltimotaudissa. Toisaalta ehkä jopa tärkeämpiä olivat näkemys epidemiologisen tarkastelutavan merkityksestä sydäntautien kaltaisten kroonisten tautien tutkimisessa sekä tätä tukeva tilastomatemattinen välineistö. Tämä tarkastelutapa ja välineistö mahdollistivat riskitekijöiden tutkimuksen, joka on ollut avainasemassa sepelvaltimotaudin torjunnan suuntaamisessa. Ne hallitsevat nykyään monin tavoin kansanterveyden analysointia ja ohjaamista.

## KIRJALLISUUS

- Kalaja, Lauri: Sydänkivuista. *Duodecim* 63 (1947): 3, 247–253
- Kannisto, Väinö: Mikä lyhentää elinaikaamme? *Kansantaloudellinen Aikakauskirja* 41 (1945): 4, 377–383
- Kannisto, Väinö: Kuolemansyyt väestöllisinä tekijöinä Suomessa. *Kansantaloudellisia tutkimuksia* 17. Helsinki, 1947
- Kannisto, Väinö: Miksi Suomen miehet kuolevat ennenaikaisesti? *Duodecim* 67 (1951): 12,

1108–1112

- Karvonen, Martti J.: The prehistory of the project. Teoksessa: Puska, Pekka & Vartiainen, Erkki & Laatikainen, Tiina & Jousilahti, Pekka & Paavola, Meri (toim.): *The North Karelia Project: From North Karelia to National Action*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2009
- Karvonen, Martti J. & Vuokila, Ritva: *Voiton vei voiton*. Helsinki: Suomen Sydänliitto, 2000
- Mustaniemi, Harri: *Saappaat savessa*. Pohjois-Karjala projektin tuloksia tekemässä. Ei paikkatietoa: Poh-

- jois-Karjala projektin tutkimussäätiö, 2005
- Myllyniemi, Kirsi: Sydämen paloa ja aatosta jaloa. Suomen Sydänliitto 1955–2005. Helsinki: Suomen Sydänliitto, 2004
- Pelkonen, Risto: Suomalaisen sisätautiopin tähtihetkiä. *Duodecim* 109 (1993): 22, 2041–2055
- Pitkänen, Kari: Väestöntutkimus ja yhteiskunta: Suomalaisen väestöntutkimuksen historia 1700-luvulta noin vuoteen 1950. Suomen väestötieteen yhdistyksen julkaisuja 11. Helsinki: Suomen väestötieteen yhdistys, 1988
- Pitkänen, Kari & Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija: Kuolleisuuden alue-erot ja niiden historia. *Duodecim* 116 (2000): 16, 1697–1710
- Setälä, Antero: Viimeaikaisesta kuolevuudesta ja työkyvyttömyydestä Suomessa. *Duodecim* 64 (1948): 6, 530–535
- Soisalo, P.: Koronaari-insuffiensi. *Duodecim* 64 (1948): 5, 335–355
- SVT XI 1936. Suomen virallinen tilasto XI: Lääkintöhallituksen kertomus
- Vaupel, James W.: Dr. Väinö Kannisto: A Reflexion. *Demographic Research* 14 (2002): 6, 87–90
- Vesa, Arvo: Elektrokardiografisen tutkimuksen käytännöllisestä merkityksestä. *Duodecim* 56 (1940): 12, 560–567.