

Kylmäkääreistä keuhkolääketieteeksi
Suomen Keuhkolääkäriyhdistys ja keuhkolääketieteen kehitys 1900-luvulla

Oulun yliopisto
Historiatieteet
Aate- ja oppihistoria
Janne Kuoppala
25. 4. 2016

Sisällysluettelo

Johdanto	2
1. 1900-luvun alun tuberkuloosityö ja yhdistyksen perustaminen	9
1.1 Tuberkuloosipolitiikan muodostuminen	9
1.2 Suomen tuberkuloosilääkäriyhdistys perustetaan – kahteenkin kertaan	17
2. Sodan päättymisestä 1950-luvun loppuun	26
2.1 Toiminta käynnistyy jälleen	26
2.2 Edunvalvonnan painopisteitä	31
2.3 Uudistumisen merkkejä 1950-luvun jälkipuoliskolla.....	37
3. 1960-luvun alusta tuberkuloosilain kumoamiseen	40
3.1 Keuhkolääketieteen uudet painopisteet	40
3.2 Spesialiteettikysymys ja keuhkosairauksien uudet näkymät.....	44
3.3 Toisen asteen lääkitys ja tuberkuloosilain kumoaminen.....	49
4. Tuberkuloosin jälkeen	53
4.1 Virat ja erikoistumiskoulutus	53
4.2 Ongelmallinen Oulu.....	57
4.3 Hit early and hit hard – astman hoidon menestystarina	60
Johtopäätökset	68
Lähteet ja tutkimuskirjallisuus	71

Johdanto

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena on selvittää 85-vuotiaan Suomen Keuhkolääkäriyhdistyksen historian avulla suomalaisen keuhkolääketieteen kehitys itsenäiseksi erikoisalakseen. Suomen Keuhkolääkäriyhdistys (SKLY) perustettiin vuonna 1928. Yhdistyksen nimi oli vuoteen 1958 asti Suomen Tuberkuloosilääkäriyhdistys (STLY). Kuvaan tutkimuksessani keuhkosairauksien tutkimuksen ja hoidon kehittymistä Suomessa sekä sitä, kuinka Keuhkolääkäriyhdistys vastasi kehityksen asettamiin haasteisiin.

Historiallinen tausta

Lääketieteellisen koulutuksen voidaan Suomessa katsoa alkaneen Turun Akatemian perustamisesta vuonna 1640. Aluksi Turussa oli vain yksi lääketieteen oppituoli, joka käsitti niin teoreettisen kuin kliinisenkin lääketieteen opetuksen. Turun palon vuoksi vuonna 1827 yliopisto siirrettiin Helsinkiin, Suomen suuriruhtinaskunnan pääkaupunkiin. Kun yliopisto avattiin uudelleen vuonna 1828 Keisarillisena Aleksanterin-Yliopistona, lääketieteen professuureja oli yhteensä kolme: sisätauteihin keskittynyt kliininen lääketiede, anatomia ja fysiologia sekä kirurgia ja synnytysoppi. Lääkäreiden toimiala oli tuolloin laaja ja eriytymätön ja käsitti melkein koko kliinisen lääketieteen.¹ Lääkäreiden määrän kasvun myötä alkoi kuitenkin muodostua tarve jatkokoulutukselle ja erikoistumiselle.²

Keuhkosairauksien akateemisen tutkimuksen alkupisteen Suomessa voi ajoittaa vuoteen 1765. Tuolloin Turun Akatemian lääketieteen professori Johan Haartman (1725–1787) julkaisi teoksen, jossa hän kuvasi yleisimpien sairauksien oireita ja hoitomuotoja. Teoksessaan Haartman käsitteli myös keuhkotautia. Se oli hänen mukaansa hyvin yleinen sairaus, jota esiintyi runsasväkisten kaupunkien siivottomissa olosuhteissa. 80 vuotta myöhemmin lääkintöhallituksen pääjohtaja Carl Daniel von Haartman (1792 – 1877) käsitteli keuhkotautia teoksessaan

¹ von Bonsdorff 1975, 11.

² Perret 1988, 27.

*Anvisningar till igenkännande af de allmännaste sjukdomar hos menniskan samt den första behandlingen af dem*³

1700-luvulla lääketiede perustui erityisesti Linnén kasvitieteestä tuttuun luokittelevaan malliin. Taudit ryhmiteltiin lajeiksi, joita määrittivät näkyvät oireet. Haartmanin teoksessa kuitenkin käy jo ilmi lääketieteessä tapahtunut murros luokittelevasta mallista kohti kliinis-anatomista mallia, joka perustui taudin oireiden ja sille luonteenomaisten patologisten muutosten korrelointiin. Murros sai alkunsa Pariisin kliinis-patologisesta koulukunnasta. René Laënnec (1781–1816) määritteli keuhkotaudin tuberkkelien eli keuhkotautiin kuolleen keuhkoista löytyvien nystyröiden avulla. Samalla hänen myös erotti keuhkotaudin muista keuhkosairauksista ja määritteli sen keuhkotuberkuloosiksi. Laënnecin määritelmää myös vastustettiin. Tuberkkelit saattoi havaita vain ruumiinavauksessa ja niiden nimeäminen keuhkotaudin määritteleväksi piirteeksi oli kiistanalaista.⁴

Ranskalaisen koulukunnan rinnalle nousi toinenkin koulukunta. Niin kutsuttu saksalainen koulukunta uudisti käsityksen solumuutosten synnystä. Koulukunnan periaatteena oli, että kaikki solut syntyivät soluista. Tuberkkelit nähtiin yhtenä mahdollisena seurausvaikutuksena solumuutoksesta, jonka aiheutti ruumiin nestetalouden häiriö. Koulukunnan tulkinnan mukaan keuhkotauti ei ollut spesifi tauti, kuten ranskalaistutkijat ajattelivat.⁵

Merkittäviä olivat myös ranskalaisen Jean-Antoine Villeminin (1827–1892) tutkimukset. Villemin rinnasti keuhkotaudin etiologian syfilikseen ja eläinten räkätautiin. Näiden tautien tiedettiin olevan tarttuvia, vaikka niiden tartuntamekanismeja ei vielä tunnettu. Villemin kuitenkin oletti saman mekanismin pätevän keuhkotautiin, ja hänen onnistui tartuttaa koe-eläimiin keuhkotauti istuttamalla niihin ihmisperäistä tuberkuloottista materiaalia. Kaikkia tällainen eläimestä ihmiseen päättelemine ei kuitenkaan vakuuttanut. Eräänä merkittävimmistä saavutuksista tautien määrittämiseksi olivat ranskalaisen Louis

³ Jauho 2007, 50–53.

⁴ Jauho 2007, 57–62.

⁵ Ibid.

Pasteurin (1822 – 1895) tutkimukset käymisreaktiosta ja mikro-organismeista. Pasteurin tutkimukset muuttivat merkittävästi käsityksiä taudinaiheutuksen kemiallisesta luonteesta ja spontaanista syntyemisestä. Pasteurin tulokset osoittivat, etteivät mikro-organismit olleet käymisreaktion tulos, vaan että käyminen *johtui* mikro-organismeista. Vaikka Pasteurin löydökset olivat antaneet uutta tietoa mikrobeista, olivat tautien tartuntamekanismit vielä tuntemattomia.⁶

Nykyään tiedämme, että tuberkuloosin aiheuttaa *Mycobacterium tuberculosis* – bakteeri, joka tavallisesti leviää pisaratartuntana hengitysteiden välityksellä.⁷ Bakteerin etiologisen roolin osoitti Robert Koch vuonna 1882. Havaintoa voidaan pitää nykyaikaisen tuberkuloosityön alkuna. Kochin tulokset ovat yhä yksi lääketieteen historian merkittävimmistä löydöksistä. Ihmisellä tavattavista tuberkuloosin muodoista yleisin on juuri keuhkotuberkuloosi. Tauti voi kehittyä muissakin ruumiinosissa kuten munuaisissa, luustossa imusolmukkeissa tai suolistossa. Se voi ilmetä myös laajasti elimistöön levinneenä. Ainoastaan keuhkoissa sijaitseva tuberkuloosi on yleensä tarttuvaa. Keuhkotauti ei kuitenkaan ole helposti tarttuva sairaus. Yhdeksän kymmenestä tartunnan saaneesta ei koskaan sairastu, vaan elimistön oma vastustuskyky parantaa tartunnan. Kochinkaan tutkimuksilla ei aluksi ollut suoraa vaikutusta taudin hoitoon, mutta taudin rationaalista ennaltaehkäisyä ne edesauttoivat.⁸

Tuberkkelibasillin löytyminen vuonna 1882 ei aluksi herättänyt Suomessa suurta huomiota. Asia nousi lyhyesti esiin muutamissa sanomalehdissä. Lääkäripiireissäkin basillin löytymiseen suhtauduttiin rauhallisen odottavasti. Kochin tutkimuksia myös kritisoitiin. Lääkintöhallituksen silloinen pääjohtaja K. F. von Willebrand (1814–1893) ei uskonut, että eläinkokeilla voitaisiin selvittää tautien tarttuvuutta. Willebrand ei kertomansa mukaan ollut koskaan tavannut perhettä, jossa molemmat puoliset olisivat sairastuneet tuberkuloosiin, mikä kyseenalaisti taudin tarttuvuutta. Lääkäripiireissä korostettiin ennen kaikkea käytännön kokemuksen arvoa, joka voitiin saavuttaa vain potilasvuoteen äärellä.⁹

⁶ Jauho 2007, 13–15.

⁷ Jauho 2007, 50–52.

⁸ Ignatius 2012, 173; Jauho 2007, 45.

⁹ Jauho 2007, 70–72.

Keuhkotaudin yleisin hoitokeino oli pitkään sielullisen ja ruumiillisen rasituksen välttäminen.¹⁰ Kirurgiset hoitotoimenpiteet olivat 1800-luvun loppupuolella ongelmallisia. Kipu ja leikkauksen jälkeiset komplikaatiot rajoittivat kirurgian alaa. Kirurgian mahdollisuudet kasvoivat merkittävästi vasta aseptiikan ja anestesian kehittymisen myötä. Suomessa keuhkotaudin kirurgista hoitoa kehitti muun muassa Jakob August Estlander (1831–1881), josta oli tullut kirurgian ja topografisen anatomian professori vain 28-vuotiaana vuonna 1859. Estlander otti vuonna 1870 käyttöön Joseph Listerin (1827–1912) kolme vuotta aikaisemmin kehittämän aseptisen menetelmän ja kehitti sen jälkeen kansainvälistäkin mainetta niittäneitä operaatioita. Keuhkosairauksien kannalta merkittävin oli Estlanderin vuonna 1879 käyttöönotettava kylkiluiden poistaminen kroonisen märkäisen keuhkopussintulehduksen hoitamiseksi. Toimenpiteeseen viitattiin ranskalaisessa kirjallisuudessa nimellä *l'opération d'Estlander*.¹¹

Tavallisin tuberkuloosin kirurgisista hoitomenetelmistä oli pneumotoraksi eli keinotekoinen ilmarinta. Operaatiossa injektoidaan kaasua keuhkopussinonteloon, keuhkopussin lehtien väliin, jolloin keuhko painui kasaan. Aluksi käytettiin typpeä, ja menetelmää kutsuttiinkin typetykseksi vielä senkin jälkeen kun tyyppi oli korvautunut tavallisella happipitoisella ilmalla. Ilmarinta ei aina onnistunut tai ollut riittävä toimenpide. Tästä syystä saksalainen Ludolph Brauer (1865–1951) kehitti torakoplastian eli rinnanmuovausleikkauksen. Leikkauksessa poistettiin osia kylkiluista, jolloin keuhko painui pysyvästi kasaan. Toimenpiteen tarkoituksena oli saattaa sairastunut keuhko lepotilaan ja antaa kaverneille mahdollisuus umpeutua. Ensimmäinen torakoplastia tehtiin joulukuussa 1907. Varhaiset torakoplastiat johtivat usein potilaan kuolemaan.¹²

Suomen Keuhkolääkäriyhdistyksen perustamisen aikoihin tuberkuloosia sairasti Suomessa arviolta 40 000 henkilöä ja siihen menehtyi yksi henkilö vuoden jokaista tuntia kohden.¹³ Tuberkuloosi oli valtava kansanterveydellinen ongelma, jonka

¹⁰ Jauho 2007, 13–15.

¹¹ <http://www.kansallisbiografia.fi/pc124152.oulu.fi:8080/kb/artikkeli/3189>

¹² Kalima 1928, 659–660.

¹³ Tala 1988, 35.

taltuttamiseen käytettiin paljon voimavaroja. Tieteellinen tutkimus ja keskustelu olivat tärkeässä asemassa tässä kampanjassa. Helsingin Yliopistoon perustettiin vuonna 1943 tuberkuloosiopin professuuri. Oppituoli perustettiin varoilla, jotka oli vuonna 1931 saatu kansalaiskeräyksellä P. E. Svinhufvudin 70-vuotispäivän kunniaksi. Vuonna 1945 virkaan nimitettiin Hannu Hahti. Vuonna 1961 professuurista tuli tuberkuloosi- ja keuhkosairausopin professuuri.¹⁴

Tutkimuksen luonne ja rakenne

Keuhkosairauksien tutkimus ja hoito keskittyivät SKLY:n perustamisesta jopa 1970-luvulle saakka pitkälti tuberkuloosiin. Tuberkuloosin vastustaminen työllisti valtavan määrän ihmisiä ja moni teki siitä elämäntyönsä.¹⁵ Ei siis ole ihme, että juuri tuberkuloosia käsittelevää kirjallisuutta löytyy suhteellisen paljon. Esimerkiksi kansallisesta tuberkuloosia vastaan taistelleesta Suomen tuberkuloosinvastustamisyhdistyksestä ja sen historiasta on kirjoitettu, ja lisäksi eri parantoloiden vaiheista on julkaistu lukuisia teoksia. Vaikka tuberkuloosi oli aikanaan suuri terveysongelma ja sen vastustamistyön vaiheet kestivät pitkään, en aio tässä kirjassa pelkästään keskittyä siihen. Käsittelen tuberkuloosia vain siitä näkökulmasta, joka on yhdistyksen historian kannalta merkityksellistä.

Tarkastelen tutkimuksessani SKLY:n historiaa keuhkosairauksia koskevan lääketieteen kehityksen kontekstissa. Tämän historiallisen kontekstin kannalta on tärkeää selvittää keuhkosairauksien muotoutuminen omaksi erikoisalakseen. Niinpä tieteenhistoriallinen mielenkiintoni kohdistuukin tämän erikoisalan kehitykseen. Teoksen punaisena lankana voidaan pitää tuberkuloosilääketieteen kehittymistä keuhkolääketieteeksi. Käyn ensiksi läpi tuberkuloosityön vaiheita, jotka osaltaan vaikuttivat SKLY:n perustamiseen. Tarkastelen tässä yhteydessä tapahtumia, joihin olennaisesti liittyi yhdistyksen perustamisen kannalta tärkeitä henkilöitä. Etenen kronologisesti ja pyrin lähdeaineistosta löytämieni esimerkkien valossa muodostamaan kuvan yhdistyksen merkityksestä keuhkolääketieteen suomalaiselle kehitykselle.

¹⁴ Helsingin yliopiston opettaja- ja virkamiesluettelo 1918–2000; Poppius ja Tala 1998, 355–357.

¹⁵ Härö 1992, 10.

Tärkeimmän osan tämän tutkimuksen lähdeaineistosta muodostavat yhdistyksen vuosikertomukset. Niiden avulla olen kartoittanut työn rungon. Lisäksi käytän kokouspöytäkirjoja ja kirjeenvaihtoa luomaan tapahtumista todenmukaisen ja toivon mukaan myös kiinnostavan kuvan. Lisäksi olen tutkimustani varten haastatellut yhdistyksessä mukana olleita henkilöitä. Tuberkuloosityön vaiheista haastattelin Håkan Poppiusta (1927-), joka toimi jo 1950-luvun aikana Pietarsaaren parantolassa. Keuhkolääketieteen murroksessa, jossa alan fokus siirtyi tuberkuloosista kohti muita sairauksia, haastattelin Henrik Riskaa (1945-), joka kertoi kokemuksistaan ja alan tieteellisestä kehityksestä Meltolan sairaalassa. Astmanhoidon kehityksestä ja tieteenalan asemasta haastattelin Tari Haahtelaa (1946-).

Tutkimukseni on ajallisesti rajattu tuberkuloosipolitiikan alkuvaiheista 1800-luvun lopulta lähes nykypäivään asti. Olen käsitellyt yhdistystä edeltävää aikaa kontekstin vuoksi, jotta lukijalle muodostuu kuva, ettei yhdistys tai tuberkuloosityö syntyneet tyhjästä.

Tutkimukseni on osa Heini Hakosalon määrittelemää terveyshistoriaa. Hakosalon määritelmän mukaan terveyshistoria painottuu sairauksiin, niiden aiheuttamaan uhkaan ja pyrkimykseen hallita sairauksia eri aikoina. Sairauksien ilmeneminen ja hallinta on kulttuurista ja aikakaudesta riippuvia. Terveyshistorian tutkimuskohteet ovat siis historiallisesti hyvin muuttuvia. Terveyshistorian voikin katsoa jakautuneen kahteen eri osa-alueeseen. Tekninen terveyshistorian tutkimuskohteita ovat tieteelliset käsitteet ja teorit sekä hoito- ja tutkimusmenetelmät. Sosiaalinen terveyshistoria keskittyy puolestaan esimerkiksi lääkärikoulukunnan kehitykseen, ammattikuntaistumiseen (professionalismi), potilaskunnan koostumukseen, terveydenhuollon organisoitumiseen eri aikakausina ja sairauksien tässä tapauksessa tuberkuloosin demografisiin, sosiaalisiin, poliittisiin sekä taloudellisiin taustatekijöihin ja vaikutuksiin. Terveyshistorialle ei voi olla omaa menetelmää, vaan sille on ominaista käyttää

mitä tahansa historiantutkimuksen menetelmää riippuen aineistosta ja kysymyksenasettelusta.¹⁶ Tutkimukseni painottuu sosiaaliseen tereyshistoriaan.

Kekseiset käsitteet

Tutkimuksessani yritän muodostaa erikoisalan kehityksestä kuvan sosiologi Elliot Friedsonin (1923 – 2005) ja lääketieteen historioitsija Georg Weisz'n mukaan. Kirjassaan *Profession of medicine, a study of applied knowledge* Friedson määrittelee profession alan korkeimmaksi auktoriteetiksi. Lääketiedettä voidaankin pitää yhtenä selkeimmistä professioista.¹⁷ Käytän professiosta myös termiä ammattikunta. George Weisz puolestaan tarkastelee teoksessaan *Divide and Conquer – A Comparative history Medical Specialization* lääketieteen kehitystä erikoisaloiksi. Hän toteaa, että erikoisalaan pätee hyvin pitkälti samat säännöt kuin ammattikuntaankin.¹⁸

¹⁶ Hakosalo 2014, 74–75.

¹⁷ Friedson 1988, 15–16.

¹⁸ Weisz 2006, 17.

1. 1900-luvun alun tuberkuloosityö ja yhdistyksen perustaminen

Ei tämän laulun puitteissa tee mieli sitä muistella. Ei ollut siihen lääkettä, kuin ehkä kylmää käärettä¹⁹

Suomen keuhkolääkäriyhdistyksen perustamisen taustalla vuonna 1928 oli monenlaisia tekijöitä. Perustamiseen vaikuttivat poliittiset ja yhteiskunnalliset tapahtumat ja kehityslinjat, lääketieteelliset ilmiöt sekä tuberkuloosiongelman parissa työskennelleiden yhdistysten toiminta. Lähden liikkeelle varhaisesta eli 1800-luvun jälkipuoliskon tuberkuloosityöstä Suomessa.

1.1 Tuberkuloosipolitiikan muodostuminen

Vuoden 1885 aikana tuberkuloosikysymys oli ensimmäistä kertaa esillä suomalaisessa sanomalehdistössä. Duodecim-seuran perustaja Matti Äyräpää (1952–1928) nimesikin kyseisen vuoden tuberkuloositaistelun alkuvuodeksi.²⁰ Vuonna 1889 suunniteltiin jo järjestelmällisiä toimia keuhkotautia vastaan: Suomen Lääkäriseuran (Finska Läkaresällskapet) yleisessä kokouksessa hyväksyttiin 10 pontta tuberkuloosin vastustamiseksi. Niitä on nimitetty Suomen ensimmäiseksi tuberkuloosin vastaiseksi ohjelmaksi. Aikakauden kansanvalistustyön hengessä ohjelman yhtenä tarkoituksena oli valistaa ihmisiä, ja sitä varten painettiin erilaisia ohjeistavia julisteita.²¹

Suomi otti hyvin varhain osaa kansainväliseen tuberkuloosityöhön. Vuonna 1899 Berliinissä järjestettiin kansainvälinen tuberkuloosikongressi, jossa oli yli 200 osallistujaa 29 eri valtiosta. Richard Sievers, jota voidaan pitää yhtenä suomalaisen tuberkuloosityön keskushahmona, osallistui konferenssiin osana Venäjän delegaatiota. Kongressin tavoitteena oli vauhdittaa tuberkuloosityötä, ja vastaavia tapahtumia järjestettiin myös seuraavina vuosina. Kongressien järjestämisestä vastasi Kansainvälinen tuberkuloosin vastustamistoimisto. Virallisesti se

¹⁹ SKLY:n 60-vuotisjuhlassa laulettu laulun sanat.

²⁰ Igntius 2012, 173.

²¹ Härö 1992, 15.

perustettiin kuitenkin vasta 1902. Yhteisön jäseneksi hyväksyttiin kunkin maan johtava tuberkuloosiyhdistys. Kansainvälisen yhteisön jäsenyys siis edellytti, että jäsenvaltiossa oli oma alan kansallinen yhdistys. Kansainvälisen yhteistyön alku ymmärrettävästi vauhditti kansallisten yhdistysten perustamista. Tanskassa tuberkuloosiyhdistys perustettiin jo 1901 ja Ruotsissa 1904. Pian Suomessakin ryhdyttiin toimenpiteisiin yhdistyksen perustamiseksi.²²

Ruotsi ja Tanska olivat vuosisadan alussa tuberkuloosityön mallimaita. Suomi saikin näistä maista helposti vaikutteita tuberkuloosin vastaiseen työhön. Esimerkiksi joulumerkit, joista tuli näkyvä osa tuberkuloosin vastaisten kampanjoiden varainkeruuta, otettiin käyttöön Tanskassa. Ajatuksen tuberkuloosityön hyväksi myytävistä kirjeensulkijoista esitti ensimmäisenä postikonttorin hoitaja Einar Holböll (1865–1927), ja se tuli kansainvälisen huomion kohteeksi Tanskassa vuonna 1904 järjestetyn konferenssin ansiosta. Ruotsissa ensimmäiset joulumerkit julkaistiin jo samana vuonna. Suomessa Richard Sievers viittasi joulumerkkeihin mahdollisena varainkeruun muotona alustuksessaan kansallisen tuberkuloosiyhdistyksen tarpeellisuudesta vuoden 1904 yleisessä lääkärikokouksessa.²³

Sievers nosti kansallisen tuberkuloosiyhdistyksen perustamisen uudelleen esiin Suomen Lääkäriseuran yleisessä kokouksessa heti seuraavana vuonna (1905). Hän oli maan johtava tuberkuloosiasiantuntija ja mukana kansainvälisessä toiminnassa. Siksi hän tunsi hyvin pohjoismaiset toimintatavat ja johtohenkilöt. Lisäksi hän toimi aktiivisesti lääkäriseuroissa ja useissa muissakin järjestöissä.²⁴ Sievers painotti, kuinka tärkeää olisi saada Suomeen tuberkuloosin vastainen yhdistys. Niinpä hän ehdotti, että Lääkäriseura ottaisi vastuun sen perustamisesta. Keskustelujen pohjalta kävi kuitenkin ilmi, että näin tärkeän yhdistyksen pohjaksi ei riittänyt vain lääkärikunta, vaan se oli perustettava paljon laajemmalle pohjalle. Yhdistyksen perustaminen eteni kuitenkin hitaasti. Alkuun ruotsin- ja suomenkielisten välillä syntyi ristiriitoja. Kielipolitiikan vuoksi Lääkäriseurasta

²² Härö 1992, 13; Savonen 1931, Kansainvälisestä tuberkuloosityöstä, terveystoiminta luettu 29. 7. 2013.

²³ Härö 1992, 28 28–29.

²⁴ Härö 1992, 17.

erosi aktiivisia Duodecim-seuran jäseniä, jotka eivät halunneet osallistua yksin ruotsinkielisten järjestämään kokoukseen, johon osallistuivat Sieversin lisäksi Lääkäriseuran ja Duodecimin jäseniä sekä useita muita kansalaispiirejä edustavia henkilöitä. Vuonna 1905 Suomessa puhkesi suurlakko, joka osaltaan myös hidasti kehitystä. Tuberkuloosiyhdistyksen perustamista varten vuoden 1905 yleisessä kokouksessa perustettu toimikunta kokoontui vasta 1907, jolloin se päätti kutsua koolle yleisen kansalaiskokouksen yhdistystä perustamaan. Sortotoimien väliaikainen lientyminen suurlakon jälkeen paransi kansalaistoiminnan edellytyksiä. Terveysaatteen puolestapuhuja Konrad Reijo Waara (Relander) alkoi luoda Kansallista Terveysliittoa, jonka tärkeimmäksi tehtäväksi kaavailtiin tuberkuloosin vastustamista. Vuonna 1906 perustettiin Terveysliiton keskustoimikunta, jonka pääjohtajaksi valittiin Sievers. Liitto käytti äänitorvena Duodecim-seuran kustantamaa, lääketiedettä popularisoivaa *Terveyslehteä*. Lehti sisälsi runsaasti tuberkuloosia käsittelevää materiaalia ja pyrki vaikuttamaan yleiseen mielipiteeseen. Samoihin aikoihin perustettiin monia muitakin terveysyhdistyksiä, joiden ohjelmaan tuberkuloosiongelma kuului.²⁵

Kustantaja Werner Söderström esitti vuoden 1907 helmikuussa julkaisemassaan lehtikirjoituksessa, että ensimmäisten eduskuntavaalien yhteydessä järjestettäisiin keräys, jonka tuotoilla perustettaisiin kansanparantola tai -parantoloita. Söderström puhui ”rakkaudentyöstä”.²⁶ Hankkeen toimeenpanijaksi perustettiin Keräystoimikunta Vähävaraisten Keuhkotautisten Hyväksi (KTVK). Keräystoimikunta jatkoi toimintaansa ensimmäisten eduskuntavaalien jälkeen. Se järjesti keräyksiä eduskuntavaalien yhteydessä ja vapunpäivinä ja hankki varoja myös arpajaisilla sekä myymällä kirjemerkkejä ja kuvakortteja. Toimikunta sai oikeuden perustaa Alavuuden, Iisalmen ja Lohjan reservikasarmeihin parantolat. Alavuuden ja Iisalmen parantolat olivat aikuisille, Lohjan parantola taas lapsia varten.²⁷

²⁵ Savonen 1937, 10–12; Härö 1992, 20.

²⁶ Savonen 1937, 12.

²⁷ Savonen 1937, 20–21.

Vuonna 1910 pidettiin Suomen ensimmäinen yleinen tuberkuloosikokous. Osallistujia oli 207, ja mukana oli niin maallikoita kuin lääkäreitäkin. Molemmista yhdistyksistä oli runsaasti osanottajia. Tapahtuman primus motorina toiminut Sievers piti avauspuheen, jossa hän kertasi tuberkuloosityön tavoitteita. Hän totesi, että molempien yhdistysten pyrkimyksenä oli keuhkotaudin ennaltaehkäisy ja sen leviämisen estäminen. Oli toimittava niin, että kodeissa, kouluissa ja tehtaissa elinolot olisivat hygieenisia, ja että yksilöiden elämänlaatu saataisiin parannettua. Kokous ei esittänyt muutoksia lainsäädäntöön, se tuli ajankohtaiseksi vasta myöhemmin.²⁸ Vuoden 1910 kokous oli yhteinen voimannäyttö, joka osoitti tuberkuloosin olevan kaikkien yhteinen ongelma.

Kysymys tuberkuloosia vastaan taistelevien yhdistysten liittämisestä toisiinsa yhdeksi kansalliseksi järjestöksi nousi esiin pian niiden perustamisen jälkeen. Vuonna 1910 Keräystoimikunta ei vielä ollut valmis tähän. Kolme vuotta myöhemmin yhteistyöstä neuvoteltiin jälleen ja yhdistyksille sovittiin selkeät toimialueet. Tuberkuloosin vastustamisyhdistys sai alueekseen Länsi-Suomen ja Keräystoimikunta Itä-Suomen. Vuonna 1924 Tuberkuloosin vastustamisyhdistyksen sihteeri (toiminnanjohtaja) Severi Savonen (1886 – 1964) kysyi *Uuden Suomen* palstoilla, miksi Suomessa toimi kaksi tuberkuloosia vastaan kamppailevaa yhdistystä. Neuvotteluihin näyttikin olevan valmiutta, mutta ei vielä yhdistymiseen. Järjestöt perustivat neuvottelukunnan hoitamaan yhteistyötä.²⁹ Keräystoimikunta lopetti toimintansa vuonna 1929 ja liittyi Tuberkuloosin vastustamisyhdistykseen, joka muutti nimensä Suomen Tuberkuloosin Vastustamisyhdistykseksi (STVY).³⁰

Tuberkuloosipolitiikan suunnasta oli siis käyty keskustelua jo ennen SKLY:n perustamista. Vuonna 1889 luodun ohjelman tavoitteet olivat ennaltaehkäiseviä. Niillä pyrittiin parantamaan esimerkiksi työoloja ja kiinnittämään huomiota asuintilojen ilmanvaihtoon.³¹ Terveys sosiologi Mikko Jauho nimeää ohjelman suomalaisen tuberkuloosityön lähtölaukaukseksi. Tämän jälkeen tuberkuloosityö

²⁸ Härö 1992, 33–34.

²⁹ Härö 1992, 80.

³⁰ Härö 1992, 141–142.

³¹ Härö 1992, 15.

oli esillä valtiopäiväaloitteissa vuosina 1891 ja 1897. Näissä tärkeimpänä kohtana oli valtiollisen tuberkuloosiparantolan perustaminen. Vuonna 1900 sai mietintönsä valmiiksi komitea, jonka pyrkimyksenä oli selvittää elinolojen ja muiden sairauksien yhteyttä keuhkotaudin esiintymiseen ja rajoittaa keuhkotaudin leviämistä. Komitea painotti ennaltaehkäisyä hoidon sijasta. Kaikki 1900-luvun alun kahden ensimmäisen vuosikymmenen aikana laaditut asetusehdotukset perustuivat ensimmäisen tuberkuloosikomitean mietinnölle. Lisäksi Suomessa seurattiin tiiviisti lainsäädännön kehitystä naapurimaissa.

Eduskunnassa alettiin tehdä uusia tuberkuloosialoitteita vasta valtiollisen itsenäistymisen jälkeen. Vuonna 1922 aloitti työnsä uusi komitea, joka jätti mietintönsä seuraavan vuoden joulukuussa. Severi Savonen toimi komitean sihteerinä, ja hän vaikutti mietinnön sisältöön merkittävästi. Se painotti ensimmäisen tuberkuloosikomitean tapaan ennaltaehkäisyä pikemminkin kuin hoitoa. Mietinnössä tätä perusteltiin sillä, että hoitomuotojen tehottomuuden takia oli tarkoituksenmukaista panostaa taudin leviämisen estämiseen. Komitea otti lähtökohdakseen uuden tuberkuloosiopin, joka liittyi kahtena aikaisempana vuosikymmenenä tapahtuneisiin, tuberkuloosia koskevien käsitysten suuriin muutoksiin. Tuberkuloosi ymmärrettiin tuberkuloosibasillin aiheuttamaksi tarttuvaksi taudiksi, jonka merkittävin levittäjä oli ihminen itse. Tartunta oli mahdollista saada vain syntymän jälkeen ja lapset olivatkin erityisen herkkiä saamaan tartunnan. Myöhemmällä iällä sairastuneista oli useissa tapauksissa taustalla juuri lapsuuden aikana saatu tartunta.³² Lapset olivat siis keskeisessä asemassa. Komitea suositteli maan jakamista 39 huoltopiiriin. Jokaisessa huoltopiirissä olisi tuberkuloosiin erikoistuneen lääkärin johtama huoltola, jossa työskentelisi yksi tai useampi hoitajatar. Jokaisen huoltolan yhteyteen perustettaisiin myös lastenkoti tuberkuloosista kärsivien perheiden terveille lapsille sekä pienparantola sairastuneille.³³ Komitea ehdotti, että vastuu huoltolatoiminnasta annettaisiin Tuberkuloosin Vastustamisyhdistykselle. Vaikka TVY ei virallisesti tällaista asemaa saanut, se alkoi Savosen johdolla toteuttaa huoltolatoimintaa. TVY sai tämän johdosta valtiolta vuosittain kasvavan

³² Jauho 2007, 124.

³³ Jauho 2007, 191–216.

avustuksen käytettäväksi lääkäreiden palkkaamiseen ja muihin huoltolatoiminnan kustannuksiin.³⁴

Ensimmäinen maailmansota katkaisi kansainvälisen tuberkuloosin vastaisen toiminnan. Vasta vuonna 1920 oli jälleen ajankohtaista keskustella maiden rajat ylittävästä yhteistyöstä. Kansainliitto perusti yhdessä Yhdysvaltojen kanssa Pariisissa Kansainvälisen tuberkuloosiunionin (International Union Against Tuberculosis – Union Internationale contre la Tuberculos, IUAT-UICT). Unioni toimi aluksi Genevessä ja sen toiminnasta huolehti Punaisen Ristin kansainvälinen päämaja. Suomi jättäytyi aluksi sen ulkopuolelle, koska Saksaa tai muita keskusvaltoja ei otettu mukaan. Suomi liittyi Unionin jäseneksi vasta vuonna 1927, kun Saksasta oli tullut Kansainliiton jäsen ja se voitiin hyväksyä Unioniin.³⁵

Pohjoismainen yhteistyö käynnistyi uudelleen heti ensimmäisen maailmansodan päätyttyä. Svenska Nationalföreningen mot Tuberkulos kutsui muiden Pohjoismaiden edustajat keskustelemaan yhteistyöstä. Maaliskuussa 1919 perustettiin Nordiska Föreningen mot Tuberkulos (Pohjoismainen Tuberkuloosiyhdistys). Samalla päätettiin järjestää vuonna 1920 Tukholmassa pohjoismainen tuberkuloosikonferenssi. Kokous peruuntui, mutta pohjoismainen yhdistys jäi muodollisesti toimivaksi kunnes se lakkautettiin vuonna 1927. Samana vuonna molemmat suomalaiset yhdistykset liittyivät Kansainväliseen Tuberkuloosiunioniin. Ensimmäinen varsinainen kansainvälinen tapahtuma, jossa Suomi oli mukana, oli Roomassa 1928 järjestetty Kansainvälisen Tuberkuloosiunionin konferenssi. Severi Savonen kertoi konferenssissa, miten tuberkuloosia torjuttiin Suomen maaseudulla. Konferenssin yhteydessä oli myös näyttely, jossa Suomella oli oma osastonsa.³⁶

Suomen Tuberkuloosilääkäriyhdistyksen (STLY) perustamisen aikoihin astui voimaan asetus, jonka tarkoituksena oli tuberkuloositartunnan leviämisen estäminen. Tuberkuloosiasetus (1928) määräsi lääkärit ilmoittamaan

³⁴ Härö 1992, 90.

³⁵ Härö 1992, 140–141.

³⁶ Ibid.

tuberkuloositapauksista ja huolehtimaan saastuneiden tilojen desinfioinnista.³⁷ Kuntien terveydenhoitolautakunnat veloitettiin ryhtymään toimiin tartunnan estämiseksi. Asetus ei kuitenkaan sisältänyt suoranaisia pakkotoimenpiteitä. Se ei esimerkiksi määrännyt tartuntaa levittävien tuberkuloottisten pakkohoidoista. Siitä huolimatta asetuksen pelättiin uhkaavan yksilön vapautta ja lääkäripotilassuhteen luottamuksellisuutta. Tuberkuloosin vastustaminen ei saanut tarkoittaa tuberkuloosiin sairastuneiden vastustamista.³⁸

STLY:n perustamisen kynnyksellä tuberkuloosityön perusrakenteet oli saatu, jos nyt ei aivan valmiiksi, niin sellaiselle tasolle, että järjestelmällinen tuberkuloosityö oli mahdollista. Keuhkotuberkuloosikuolleisuus oli 1860-luvulta lähtien vähentynyt Suomessa. Kehitys oli kuitenkin hitaampaa kuin muissa Pohjoismaissa, ja yhdistyksen perustamisen aikaan keuhkotautiin kuoli vielä 9000 henkilöä vuosittain.³⁹ Taudin leviämisen estämiseen oli kaikesta huolimatta saatu lainsäädännöllisiä apukeinoja. Keskeisiä toimijoita olivat vielä kansalaisjärjestöt, mutta valtion aktiivisuus oli kasvussa. Käytännön tuberkuloosityön peruspilarit olivat huoltolatoiminta ja parantolahoito. Vuonna 1927 Suomessa oli yhteensä 24 parantolaa, joissa oli yhteensä 1211 potilaspaikkaa. Määrä oli pieni suhteessa hoitoa tarvitsevien määrään.⁴⁰

Toinen ongelma oli tuberkuloosityön kustannusten jako. Vuonna 1927 asetettiin komitea tutkimaan hoidon rahoitusta. Se esitti toimeenpanovastuuta kunnille ja rahoitusvastuuta valtiolle. Samalla komitea suositteli, että parantoloita hallinnoisivat kuntayhtymät ja että ennaltaehkäisevästä toiminnasta vastaisivat TVY:n tuberkuloosihuoltopiirit. Vuoden 1930 alusta astui voimaan valtionapulaki, joka velvoitti valtion korvaamaan valtaosan uusien parantoloiden perustamis- ja käyttökustannuksista.⁴¹ Lain ansiosta kunnat uskalsivat ryhtyä kalliiden laitosten rakentamiseen. Suurin osa suomalaisista parantoloista onkin juuri 1930-luvulta.

³⁷ Tuberkuloosiasetus 298/1927, 1.1.1928.

³⁸ Backman ja Savonen 1934, 6; Savonen 1937, 23–24; Jauho 2007, 220.

³⁹ Forsius 1989, 3226; Tala 1988, 355.

⁴⁰ Jauho 2007, 237–241; Tala 1970, 1112.

⁴¹ Jauho 2007, 222.

Rakennusprojekteja edisti myös 1920- ja 1930-luvun vaihteen lama, jonka vaikutuksia pyrittiin lievittämään suurilla rakennushankkeilla.⁴²

1900-luvun puoliväliin saakka ajoittuvaa ajanjaksoa voidaan Weiszin mukaan pitää erikoistumisen kannalta ensimmäisenä vaiheena. Tällöin erikoistuminen oli lähinnä paikallista ja koski pieniä ryhmiä. Erikoistumisen kohteina olivat kliininen tutkimus ja ammatinharjoittajien opettaminen.⁴³ Keuhkolääketieteen kannalta Suomessa tilanne oli kuitenkin hieman toinen. Ensimmäisen vaiheen kannalta tärkeimpiä toimia olivat lainsäädännön, kansainvälisten suhteiden ja tarvittavan koneiston luominen, jotta tehokas tuberkuloosityö oli mahdollista. ajanjakson myöhemmässä vaiheessa lähempänä toista maailmansotaa erikoistuminen laajensi entisestään lääketieteellisen tutkimuksen ja opetuksen viitekehystä. Samalla erikoistuminen kosketti yhä enemmän lääketieteen harjoittamista ja kehittyi paikallisesta ilmiöstä kansalliseksi.⁴⁴

⁴² Jauho 2007, 237–241; Tala 1970, 1112.

⁴³ Weisz 2006, 15.

⁴⁴ Weisz 2006, 16.

1.2 Suomen tuberkuloosilääkäriyhdistys perustetaan – kahteenkin kertaan

Tässä luvussa kerron Suomen tuberkuloosilääkäriyhdistyksen perustamisvaiheista ja sen ensimmäisestä vuosikymmenestä. Ajanjakson vahvat miehet olivat Axel von Bonsdorff ja Severi Savonen, yhdistyksen ensimmäinen ja toinen puheenjohtaja. Bonsdorffin kautta yhdistyksellä oli yhteys parantolatyöhön ja yliopistoon, Savosen kautta Suomen tuberkuloosin vastustamisyhdistykseen, josta tämän ajanjakson aikana tuli maan ainoa kansallinen tuberkuloosijärjestö ja merkittävin kansanterveysjärjestö.

Vuosikertomukset sekä yleiskokousten ja johtokunnan pöytäkirjat tarjoavat väläyksiä yhdistyksen toiminnasta tällä aikakaudella. Sitä leimasi voimakkaasti tuberkuloosi ja tuberkuloosityö eri muodoissaan. On kuvaavaa, että vuosikokoukset järjestettiin yleensä jossakin parantolassa. Kokouspaikkaa vaihtamalla koetettiin epäilemättä myös lieventää yhdistyksen muuten vahvaa Helsinki-keskeisyyttä. Kokouksissa pohdittiin tuberkuloosilääkärin – ennen kaikkea parantolalääkärin – työhön liittyviä käytännön kysymyksiä ja käsiteltiin tieteellisiä kysymyksiä. Yhdistys tai sen yksittäiset jäsenet osallistuivat komitea- ja lainsäädäntötyöhön ja antoivat tuberkuloosiasioissa lausuntoja hallinnolle. Kansainvälisessä toiminnassa korostui pohjoismaisen yhteistyön merkitys. Tuberkuloosilääkäriyhdistys aivan ilmeisesti täytti paikkansa, sillä sen jäsenmäärä saavutti 100 henkilön rajan vuonna 1938.⁴⁵

STLY on Suomen vanhimpia erikoisalayhdistyksiä. Vuonna 1911 perustettu Suomen silmälääkäriyhdistys on maamme ensimmäinen erikoislääkäriyhdistys. Suomen psykiatriayhdistys perustettiin vuonna 1913, Suomen ihotautilääkäriyhdistys 1916, korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoislääkäriyhdistys (Suomen Otolaryngologiyhdistys) 1922 ja Suomen Kirurgiyhdistys 1925. Näiden jälkeen oli vuorossa STLY:n perustaminen.⁴⁶ Vuonna

⁴⁵ Vuosikertomus 1938.

⁴⁶ <http://www.silmalaakariyhdistys.fi/fin/yhdistys/historiaa/>

1928, mutta hieman STLY:n perustamisen jälkeen, perustettiin myös Suomen Gynekologiyhdistys.⁴⁷

Tuberkuloosilääkäriyhdistyksen historia alkaa virallisesti vuodesta 1928, mutta Sakari Härö on löytänyt viitteitä siitä, että yhdistyksellä on esihistoria: 13. syyskuuta 1924 Richard Sievers kertoi Halilan parantolaan tutustumassa olleille lääkäreille pohjoismaisista tuberkuloosilääkäriyhdistyksistä ja esitti vastaavanlaisen yhdistyksen perustamista Suomeen. Ehdotus sai paikalla olleilta tuen ja jo saman päivän iltana pidettiin kokous, jolloin yhdistys päätettiin perustaa. STLY:n toiminnasta ei vuosien 1924 ja 1928 väliseltä ajalta ikävä kyllä ole säilynyt sellaista aineistoa, joka kertoisi, miten yhdistys toimi näinä vuosina vai toimiko se ylipäätään.⁴⁸

Sunnuntaina maaliskuun 18. päivänä vuonna 1928 kokoontui Helsingissä Tieteellisten Seurain talossa 52 lääkäriä. Kokouksen avasi arkkiatriksi nyttemmin nimitetty Richard Sievers. Hän toivotti paikalle saapuneet lääkärit tervetulleiksi. Avauspuheessaan hän kertoi suomeksi ja ruotsiksi kokouksen tarkoituksen, joka oli perustaa tuberkuloosin parissa toimineita lääkäreitä yhdistävä voima. ”Me edustamme voimaa, jolla on suuri sosiaalinen merkitys maallemme”, totesi Sievers puheessaan. Sääntöjen mukaan yhdistyksen ensisijainen tehtävä oli toimia tuberkuloosispesialistien ja muiden tuberkuloosityössä olevien lääkärien yhdyssiteenä.⁴⁹ Jäseneksi hyväksyttiin väljin kriteerein kuka tahansa lääkäri, joka osoitti kiinnostusta alaa kohtaan tai jonka työ sivusi tuberkuloosityötä.⁵⁰ Yhdistyksen nimeksi tuli Suomen Tuberkuloosilääkäriyhdistys.⁵¹

Yhdistyksen ensimmäisen johtokunnan muodostivat Axel von Bonsdorff, Väinö Seppänen, Richard Sievers, Karl Fredrik Hirvisalo, E. Therman ja Severi Savonen. Puheenjohtajaksi valittiin Bonsdorff, varapuheenjohtajaksi Hirvisalo, sihteeriksi

⁴⁷

http://www.gynekologiyhdistys.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=3&Itemid=1;
Aalto 2010, 73.

⁴⁸ Härö 1992, 145.

⁴⁹ SKLY pöytäkirja 1/1928.

⁵⁰ SKLY pöytäkirja 1/1928; Liite 3.

⁵¹ SKLY pöytäkirja 1/1928.

Savonen ja rahastonhoitajaksi Seppänen. Bonsdorff oli Nummelan parantolan ylilääkäri ja tuberkuloosiopin dosentti, Savonen puolestaan Tuberkuloosin vastustamisyhdistyksen pitkäaikainen sihteeri (nykykäsittein lähinnä toiminnanjohtaja).⁵² Seppänen oli juuri valittu Helsingin tuberkuloosisairaalan (Laakson sairaala) ylilääkäriksi. On tuskin sattumaa, että kieliryhmät olivat johtokunnassa tasaisesti edustettuina. Akateemiset kieliriidat olivat kiihkeimmillään, ja kielitasapainon ylläpitäminen oli tärkeää ristiriitojen välttämiseksi.

Uuden yhdistyksen suhteet tuberkuloosityölle omistautuneisiin kansalaisjärjestöihin, erityisesti Tuberkuloosin vastustamisyhdistykseen, olivat tiiviit. Sekä Bonsdorff että Savonen kuuluivat yhdistyksen johtokuntaan, ja Sievers oli ollut TVY:n johtokunnan puheenjohtaja vuoteen 1928 saakka. Kuten Sakari Härö teoksessaan *Vuosisata tuberkuloosityötä Suomessa* (1992) toteaa, Tuberkuloosin vastustamisyhdistykseltä puuttuivat tieteelliset asiantuntijaelimet, joiden tarve korostui lääketieteen kehittyessä. Tätä puutetta Tuberkuloosilääkäriyhdistys paikkasi. Yhdistys oli myös tärkeä yhdysside tuberkuloosityössä mukana olevien lääkäreiden välillä, ja se tuotti konsensusta tuberkuloosityön suunnasta. Härön mukaan Suomessa toteutettu terveystoiminta seurasi tuberkuloosin osalta tarkasti yhdistyksen kantoja.⁵³

Bonsdorffin kausi

Suomen Tuberkuloosilääkäriyhdistyksen alkuvuosien suuri voimannäytös oli pohjoismaisen tuberkuloosilääkärikokouksen järjestäminen Helsingissä heinäkuussa 1929. Valtiokin osallistui kustannuksiin 25 000 markalla. Kokouksen yhteydessä järjestettiin tutustumismatka Satalinnan vuonna 1935 avattuun kansanparantolaan Harjavaltaan.⁵⁴

Vuonna 1930 Yhdistyksen johtokunta kokoontui ainoastaan kerran. Kokouksessa hyväksyttiin Pohjoismaisen tuberkuloosiyhdistyksen säännöt. Suomen edustajaksi

⁵² SKLY pöytäkirja 1/1928.

⁵³ Härö 1992. 145–146.

⁵⁴ Vuosikertomus 1929.

valittiin Axel von Bonsdorff ja hänen varamieheksi Severi Savonen.⁵⁵ Vuonna 1931 yhdistys muun muassa otti asiakseen selvittää, millä paikkakunnilla ilmarintapotilaat saivat jälkitäyttöjä ja missä näiden kontrolloimiseksi voitiin käyttää röntgentutkimuksia. Samana vuonna Pohjoismainen tuberkuloosiyhdistys piti vuosikokouksensa Oslossa. Suomea edusti Hannu Hahti (1895–1953). Yhdistyksen johtokunta avusti Haahden matkaa 4000 markan apurahalla. Hän alusti Oslossa tuberkuliinitarkastuksia koskevan keskustelun.⁵⁶

Vuonna 1932 vuonna esiin nousi kysymys, johon palattiin vielä monta kertaa: keuhkosairauksien erikoislääkärien pätevyysvaatimukset. Uno Töttermanin alustamasta kysymyksestä päätti yhdistys ilmaista Lääkintöhallitukselle tyytymättömyytensä tuberkuloottisten henkilöiden hoitolaitosten valtionavun saamista koskevan lain toiseen pykälään, joka käsitteli juuri lääkäreiden pätevyysvaatimuksia. Yhdistys päättikin kysyä Lääkäriliiton kantaa asiaan liittyen saadakseen asiaan tarkennusta. Yhdistyksessä oltiin myös huolestuneita siitä, että parantoloiden sairaanhoitajaharjoittelijoiden oli vaikea päästä valtion järjestämille sairaanhoitokursseille, ja tähän toivottiin parannusta. Todettiin myös, että tuberkuloosihoidolaitoksissa työskentelevien sairaanhoitajaharjoittelijoiden terveydentilaa pitäisi valvoa tehokkaammin, ja tätä koskeva kirje lähetettiin kaikkien tuberkuloosihoidolaitosten johtajille, Suomen maalaiskuntien liitolle, Finlands svenska landskommuners förbundille, Lääkäriliiton hallitukselle, Kirurgiyhdistykselle ja Lääkintöhallitukselle.⁵⁷

Vuoden 1933 vuosikokouksessa, joka pidettiin Kinkomaan parantolassa, Savonen esitelmöi keuhkotautikuolleisuudesta vuosien 1771–1929 välisenä aikana.⁵⁸ Hän julkaisi myöhemmin myös teoksen samasta aiheesta yhdessä Woldemar Backmanin kanssa.⁵⁹ Savonen kirjoitti tuberkuloosikuolleisuudesta myös kirjassaan *30 vuotta keuhkotautitaistelua Suomessa*. Savosen mukaan keuhkotautikuolleisuus noudatti aina tietynlaista kaavaa: Määrä kasvoi vuosi

⁵⁵ Vuosikertomus 1931.

⁵⁶ Vuosikertomus 1931.

⁵⁷ Vuosikertomus 1932.

⁵⁸ Vuosikertomus 1933.

⁵⁹ Ks. Backman ja Savonen 1934, passim.

vuodelta, kunnes saavutti lakipisteen, jonka jälkeen se lähti laskuun. Suomi oli eri kehitysvaiheessa kuin läntiset naapurimaansa. Tauti oli saapunut Suomeen myöhemmin kuin muualle läntiseen Eurooppaan eikä sen laantumisen tästä syystä myöskään ollut yhtä pitkällä. Taudin laantumista oli hidastanut myös Suomen "valtiollinen asema" eli asema Venäjän epäitsenäisenä osana. Se oli jarruttanut järjestelmällisen tuberkuloosin vastaisen työn käynnistämistä. Vaikka tuberkuloosin historiallinen kehityskaari Savosen mielestä olikin aina muodoltaan samanlainen, hän uskoi, että kehitystä oli mahdollista nopeuttaa tuberkuloosin vastaisilla toimenpiteillä.⁶⁰

Vuoden 1934 vuosikokous järjestettiin Satalinnassa. Kokouksessa käsiteltiin seuraavana vuonna Tanskassa pidettävää pohjoismaista kokousta ja pohdittiin, miten tuberkuloosilääkäreiden ja eläinlääkäreiden välistä yhteistoimintaa voitaisiin edistää. Johtokunnan puheenjohtaja esitti muistosoanoja ranskalaisesta professori Calmettesta, BCG-rokotteen kehittäjästä. Tieteellistä keskustelua käytiin ihotuberkuloosista ja antimonihoidosta. Savonen alusti kysymyksen keuhkotautiasyytitapauksista. Alustuksen pohjalta syntyneet ponnet päätettiin saattaa myös Lääkintöhallituksen tietoon.⁶¹ STLY keskusteli jo alkuvuosina aktiivisesti alaa koskevista kysymyksistä eikä pelännyt esittää kannanottoja ja antaa lausuntoja. Usein vuosikokousten yhteydessä esitetyt kysymykset toimitettiin myös Lääkintöhallituksen tietoon. Harmittavasti kokouksista ei ole saatavilla keskustelupöytäkirjoja. Voidaan kuitenkin päätellä, että yhdistyksen rooli oli aktiivinen.

Eräs yhdistystä 1930-luvun alkupuolella askarruttanut asia oli koulujen tuberkuloositilanne. Lasten sairastuvuus ja kuolleisuus oli Suomessa muihin Pohjoismaihin verrattuna korkea. Vuonna 1926 tuli voimaan laki kansakoululaitoksen kustannuksista. Sen nojalla valtio korvasi valtaosan koululaisten terveydenhuoltomenoista ja kouluterveydenhuolto alkoi parantua. Tuberkuloositoimijoita kiinnosti myös koululaisten ravitsemus.

⁶⁰ Savonen 1937, 7.

⁶¹ Vuosikertomus 1934.

Vuonna 1931 maalaiskansakoulujen oppilaista kouluruokailun piirissä oli vain 20 prosenttia. Samana vuonna pidettiin yleinen tuberkuloosikokous, jossa kouluneuvos Artturi J. Harjanne totesi, että asiaan oli saatava parannus. Savonen tarttui asiaan: hän otti Teuvan koululla käyttöön norjalaisen professori Schiøtzin kehittämän ns. Oslon aamiaisen eli aamupalan, joka sisälsi maitoa, juustoa ja porkkanoita. Kokeilun kustansi Suomen Tuberkuloosin Vastustamisyhdistys ja se osoittautui kalliiksi. Oslon aamiainen sai kuitenkin paljon julkisuutta ja ohjasi huomiota kouluruokailukysymykseen.⁶² Myös Tuberkuloosilääkäriyhdistys piti koululaiskysymystä tärkeänä. Asiasta keskusteltiin ensimmäisen kerran vuonna 1932⁶³ ja uudelleen vuoden 1934 syyskokouksessa, jolloin yhdistys perusti toimikunnan selvittämään kysymystä.⁶⁴ Toimikunnan mietintö valmistui vuonna 1935 ja se toimitettiin yhdistyksen nimissä opetusministeriölle, Kouluhallitukselle, Lääkintöhallitukselle ja eräisiin sanomalehtiin.⁶⁵

Savosen kausi puheenjohtajana

Axel von Bonsdorff toimi yhdistyksen johtokunnan puheenjohtajana syyskuuhun 1935 asti, jonka jälkeen tehtävään valittiin Severi Savonen. Ennen puheenjohtajaksi nimittämistään Savonen oli toiminut yhdistyksen sihteerinä. Hän johti edelleen myös Suomen tuberkuloosin vastustamisyhdistyksen toimintaa ja toimi *Suomen Tuberkuloosilehden* päätoimittajana. Savosta voidaan pitää yhtenä maamme kansanterveystyön pioneereista. Hän toimi urallaan Duodecim-seuran puheenjohtajana ja oli myöhemmin myös seuran kunniajäsen. Savonen aloitti lääkärintyönsä Etelä-Pohjanmaalla sijaitsevan Teuvan kunnanlääkärinä vuonna 1913. Tuberkuloosi oli Teuvan kunnan alueella yleinen sairaus ja tämä oli epäilemättä yhtenä syynä siihen, miksi Savonen loi tuberkuloosin vastaisesta taistelusta elämäntyönsä. Vuonna 1919 Savonen siirtyi Teuvan tuberkuloosihuoltopiirin lääkäriksi ja kuusi vuotta myöhemmin hänet valittiin STVY:n ”asiamieheksi ja sihteeriksi”. Aloittaessaan STVY:ssä Savonen käynnisti merkittävän tuberkuloosia koskevan valistustoiminnan. Uransa aikana hän ehti

⁶² Härö 1992, 114–118.

⁶³ Vuosikertomus 1932.

⁶⁴ Vuosikertomus 1934.

⁶⁵ Vuosikertomus 1935.

pitää arviolta 2000 tautia koskevaa esitelmää ja julkaista lukuisan määrän erilaisia kansantajuisia kirjoituksia. Savonen aloitti tuberkuloosityönsä aikana, jolloin taudin vastustaminen perustui lähinnä yksityisten henkilöiden ja järjestöjen toimintaan. Savoselle kirjoittamassaan muistokirjoituksessa Jorma Päitälä laskee tuberkuloosilain syntymisen suurelta osin Savosen ansioksi. Savosen aloitteista perustettiin myös kolme joulumerkkikotia, joissa hoidettiin lapsia. Tuberkuloosityö oli Savosen ammatillisen elämän keskipiste. Päitälä kuvaili Savosta lämminsydämiseksi henkilöksi, jolla oli mutkaton luonne ja valloittava persoona. Pitämissään esityksissä Savonen käytti aina huumoria keventämässä vakavia aiheita.⁶⁶

Vuoden 1935 vuosikokouksessa käsiteltiin keuhkotuberkuloosin kirurgista hoitoa.⁶⁷ Aiheeseen palattiin seuraavassa vuosikokouksessa, joka järjestettiin Alvar Aallon suunnittelemissa, vuonna 1933 avatussa Paimion parantolassa. Parantolan ylilääkäri Marcus Suikkinen kertoi siellä palleahermon leikkauksesta. Kaino "Kivi" Kivikanervo puolestaan puhui tuberkuloosin "valkoisesta verenkuvasta". Hän vertasi valkosolujen ja laskeutumisreaktion välistä suhdetta.⁶⁸ Astma nousi ensimmäistä kertaa keskusteluun vuonna 1938: syyskokouksessa pidettiin esitelmä aiheesta "Ovatko Asthma bronchiale ja keuhkotuberkuloosi toistensa antagonisteja?".⁶⁹

Vuoden 1939 vuosikokouksessa pidettiin useita tuberkuloosiin liittyviä esitelmiä. Eräs mielenkiintoa herättänyt esitelmä liittyi tuberkuloosin perinnöllisyyden tutkimiseen kaksostutkimuksen avulla. Allari Seppä puolestaan alusti aiheesta "Torakoplastian medisiiniset indikaatiot". Torakoplastiasta keskusteltiin usein yhdistyksen kokouksissa. Menetelmällä oli ilmarinnan ohella keskeinen asema keuhkotuberkuloosin hoidossa, vaikka siihen liittyi paljon komplikaatioita. Märkivä keuhkopussintulehdus, empyeemat ja fistelit, veriyskä ja verensyöksy olivat yleisiä toimenpiteestä johtuvia ongelmia. Komplikaatioiden hoitoa esitteli Paimion parantolan apulaisylilääkäri Erkki Tammivaara *Duodecim*-lehdessä

⁶⁶ Päitälä 1964, 179–181.

⁶⁷ Vuosikertomus 1935; Perret 1998, 28.

⁶⁸ Vuosikertomus 1936; Perret 1988, 28.

⁶⁹ Vuosikertomus 1938.

vuonna 1939.⁷⁰ Tässä, kuten monessa muussakin kokouksessa, keskusteltiin myös ilmarintahoidosta, jolla oli sotien välisenä aikana erittäin keskeinen merkitys tuberkuloosihoidossa. Ilmarintahoito oli Suomessa saanut alkunsa vuosina 1908–1909. Robert Elmgren kokeili menetelmää Takaharjun parantolassa 1908 ja julkaisi seuraavana vuonna artikkelin "Keuhkotuberkuloosin hoitamisesta keinotekoisien pneumotoraksin avulla" *Duodecimissa*. Hoitomuoto kuitenkin yleistyi suomalaisissa parantoloissa vasta 1920-luvulla, yhtä aikaa läpivalaisulaitteiden kanssa.⁷¹

Tieteellinen keskustelu yhdistyksen kokouksissa näytti vilkastuvan 1930-luvun lopun myötä, mutta talvisodan syttyminen 30. 11. 1939 katkaisi yhdistyksen toiminnan. Sääntömääräinen vuosikokouskin jäi poikkeusolojen vuoksi pitämättä. Sotavuosien aikana ei jäsenistöltä kerätty jäsenmaksuja, joten tarkkoja jäsentietojakaan ei tältä ajalta ole. Johtokunta kokoontui seuraavan kerran vasta maaliskuussa 1944. Sota-aika merkitsi tuberkuloosin vastaiselle kamppailulle yhtäältä taantumaa, mutta toi mukanaan myös edistysaskelia. Erityisesti pohjoisessa Suomessa tuberkuloositilanne paheni sota-aikana, ja lainsäädäntötyö keskeytyi. Toisaalta BCG-rokotukset, joita tähän aikaan kutsuttiin tavallisesti Calmette-rokotuksiksi, aloitettiin sodan loppuvaiheessa.⁷² Suomalaisten asiantuntijoiden suhtautuminen rokotteeseen oli siihen saakka ollut lähinnä odottava. Rokote ja sitä koskevat tutkimukset kyllä tunnettiin, mutta monet suhtautuivat siihen varauksella. Serobakteriologian professori Osvald Streng, vuodesta 1940 lähtien Renkonen⁷³ (1872–1951), oli esitelmöinyt Calmette-rokotuksesta jo yhdistyksen ensimmäisessä kokouksessa vuonna 1928. Hän suhtautui vielä tuolloin rokotukseen myönteisesti, mutta hänen mielensä muuttui seuraavina vuosina niin sanotun Lyypekin katastrofin (1929–30) seurauksena. Lyypekissä rokotettiin vahingossa joukko lapsia rokotteella, joka sisälsi virulenteja humaanikantoja heikennettyjen boviinikantojen sijaan, mikä johti kymmenien lasten kuolemaan.⁷⁴

⁷⁰ Vuosikertomus 1939; Perret 1988, 28–31.

⁷¹ Perret 1988, 28.

⁷² Ahtokari 1991, 70.

⁷³ Kansallisbiografiakeskus, Renkonen Oswald.

⁷⁴ Savonen 1931, Kansainvälisestä tuberkuloosityöstä.

Kun johtokunta pitkän tauon jälkeen kokoontui maaliskuussa 1944, ensimmäiset asiat koskivat asiantuntijalausuntojen antamista tuberkuloosista ja tuberkuloosityöstä. Lääkäriliitto tiedusteli, pitäisikö läpivalaisun sisältyä ilman poikkeuksia käsitteeseen ”ilmarinnan täyttö”. Sisäasianministeriö pyysi yhdistykseltä lausuntoa komiteamietinnöstä, joka koski kunnallisten mielisairaaloiden ja tuberkuloosiparantoloiden valtionavun järjestämistä.⁷⁵ Vuonna 1945 yhdistyksen johtokunta lähestyi sosiaaliministeriötä edistääkseen keuhkotautisten asuntoasioita. Saman vuoden kevätkokouksessa valittiin edustaja toimikuntaan, jonka tehtävänä oli tehostaa sairaaloiden ”henkistä huoltoa”. Lokakuussa 1945 käsiteltiin spesialiteettivaatimuksia. Vuoden kuluessa keskusteltiin myös keuhkotautipotilaan hoitoon saattamisesta ja parantoloissa olevien keuhkotautipotilaiden työeläkkeen hakemisesta.⁷⁶

Erikoistuminen muuttui Weiszin mukaan pian yksilön uravalinnasta osaksi kansallista säätelyä, jota voidaan pitää toisena vaiheena.⁷⁷ Suomessakin tänä aikana saatiin perustettua tuberkuloosityön kannalta tärkeät organisaatiot. Tämän vaiheen aikana oli jo huomattavissa keskustelua erikoisalasta.

Ennen SKLY:n perustamista oli suomalainen tuberkuloosityö jo alkanut. Suomi otti osaa kansainväliseen työhön ja Suomessa perustettiin kansallisia tuberkuloosityötä tekeviä yhdistyksiä. Lääkäreiden kollegiaalisen siteen puuttuminen vaikutti SKLY:n perustamiseen. Uuden yhdistyksen takana olivat useat tutut tuberkuloosityön alkuvaiheen voimahahmot. Yhdistyksen merkitys tuberkuloosityön suunnannäyttäjänä oli merkittävä.

⁷⁵ Vuosikertomus 1941 – 1944.

⁷⁶ Vuosikertomus 1945.

⁷⁷ Weisz 2006, 16.

2. Sodan päättymisestä 1950-luvun loppuun

Mutt' aika riensi sukkelaan ja sodat meni menojaan. Ol' tullut käyttöön rokotus ja myöskin tubilääkitys.⁷⁸

Tämän kappaleen aikana käsittelen yhdistyksen vaiheita toisen maailmansodan jälkeen. Tuberkuloosityö kohtasi sodan jälkeen uusia haasteita ja yhdistyksen oli pystyttävä toimimaan uudessa tilanteessa.

2.1 Toiminta käynnistyy jälleen

Sotavuosien jälkeen Tuberkuloosilääkäriyhdistyksen toiminta käynnistyi nopeasti. Uutena puheenjohtajana aloitti Helsingin yliopiston tuberkuloosi- ja keuhkosairausopin professori Hannu Haahti. Jäsenmäärä vuonna 1945 oli 109, joten sotavuosina ei ollut tapahtunut merkittävää kasvua. Kuten sanottua, sodan aikana tuberkuloosikysymys oli ollut taka-alalla ja suurin osa parantolapasiteetista muiden kuin tuberkuloosipotilaiden käytössä.

Monissa suhteissa yhdistyksen toiminta jatkui sodan jälkeen entisenlaisena. Se antoi asiantuntijalausuntoja viranomaisille ja keskusteli kokouksissaan sosiaalisista ja tieteellisistä kysymyksistä. Suhde hallintoon oli entisestään tiivistynyt, kun Severi Savosesta oli vuonna 1943 tullut Lääkintöhallituksen kansanterveysosaston lääkintöneuvos. Hän oli avainasemassa, kun Suomeen saatiin kauan kaivattu tuberkuloosilaki vuonna 1948. Laki siirsi aiemmin pitkälti järjestöjen harteilla olleen tuberkuloosityön julkisen sektorin – valtion ja kuntainliittojen – vastuulle. Keuhkosairauksista nimenomaan tuberkuloosi oli edelleen yhdistyksen huolenaihe numero yksi, olipa puhe sitten sairauksien sosiaalisista tai tieteellisistä kysymyksistä.

Sodanjälkeinen vuosikymmen toi mukanaan myös suuria muutoksia. Pitkän hiljaiselon jälkeen tuberkuloosin ennaltaehkäisyssä ja hoidossa oli tullut

⁷⁸ SKLY:n 60-vuotisjuhlaa varten sanoitettu laulu.

mullistavia uutuusia keskusteltavaksi. Välittömästi sodan jälkeen, osin kansainvälisen avun turvin, Suomen tuberkuloosin vastustamisyhdistys käynnisti sekä BCG-rokotuskampanjat että laajamittaiset seulonnat pienoiströntgenillä. 1950-luvun alussa parantoloihin ilmaantuivat uudet kemoterapeuttiset lääkkeet, joiden teho oli ennennäkemätön. Niiden käytössä oli kuitenkin myös omat ongelmansa, jotka asettivat tuberkuloosilääkärit uusien haasteiden eteen. Täydennyskoulutuksen tarve kasvoi, ja yhdistys koetti omalta osaltaan vastata siihen järjestämällä paitsi perinteisiä tieteellisiä esitelmätilaisuuksia myös intensiivisempiä koulutustilaisuuksia. Tuberkuloosilääketiede, kuten koko suomalaisen tieteen kenttä, kansainvälistyi 1950-luvun aikana. Kansainvälisen tieteellisen keskustelun painopistealue oli nyt selvästi englanninkielisellä kielialueella ja varsinkin Yhdysvalloissa. Tähän tosiasiaan oli myös aiemmin Saksaan suuntautuneen suomalaisen tiedemaailman sopeuduttava, minkä se varsin ketterästi tekikin. 1950-luvulla yhdistys sai yhä näkyvämmän edunvalvojan roolin. Tässä roolissa se kantoi huolta tuberkuloosilääkärien ammatillisista intresseistä, erikoisalan koulutustarpeista, sen statuksesta ja itsenäisyydestä.

Vuosien 1946–1947 kokouksissa esiteltiin uusia tutkimuksen ja hoidon menetelmiä. Nils Riska esitelmöi keuhkojen kerroskuvauksesta (”Planigrafiska erfarenheter på Östanlids sanatorium”) ja professori Urpo Siirala bronkoskopiasta eli keuhkoputkien tähyttämistä.⁷⁹ Professori Erik Hedvall Uppsalan yliopistosta kävi Suomessa esittelemässä uutta leikkausmenetelmää, jossa rintakehä avattiin ilmarintahoitoa haittaavien kiinnikkeiden katkaisemiseksi (aiemmin kiinnikkeitä oli leikattu pienen aukon kautta). Menetelmä ei saavuttanut suurta suosiota, mutta sitä kuitenkin käytettiin.⁸⁰

Yksi uutuus oli kuitenkin ylitse muiden: uudet, spesifit tuberkuloosilääkkeet. Modernin tuberkuloosikemoterapian voi katsoa saaneen alkunsa siitä, kun ukrainalaissyntyinen amerikkalaistutkija Selman Waksman (1888–1973) ilmoitti vuonna 1944 streptomysiini-nimisen aineen tuhoavan tuberkuloosibakteereita. Sekä streptomysiiniä että toista lupaavaa tuberkuloosilääkettä, para-

⁷⁹ Vuosikertomus 1946; Perret 1988, 29.

⁸⁰ Vuosikertomus 1946; Perret 1988, 29.

aminosalisylihappoa (PAS), testattiin kliinisesti vuonna 1944. Lääkekokeet nousivat uudelle tasolle, kun British Medical Research Council vuonna 1947 rahoitti ensimmäisen kontrolloidun kliinisen tutkimuksen. Tutkimusta johti Sir John Crofton. Kaksoissokkotutkimuksessa verrattiin toisiinsa kahta keuhkotautia sairastavaa ryhmää. Toiselle annettiin streptomysiiniä ja toinen jätettiin vaille hoitoa. Koe varmisti streptomysiinin tehon. Tutkimuksen seuraavassa vaiheessa yhdelle potilasryhmälle annettiin pelkkää streptomysiiniä, toiselle pelkkää PAS:a ja kolmannelle molempia lääkkeitä. Tutkimus osoitti kahden lääkkeen yhdistelmän tehoavan parhaiten ja hillitsevän resistenttien bakteerien kehittymistä.⁸¹ Vuoden 1952 aikana esiteltiin jälleen uusi tuberkuloosilääke, isoniatsidi (INH). Kun kahteen aiempaan lääkkeeseen oli vielä aluksi suhtauduttu varauksella, tämä La Roche -lääkeyhtiön valmistama isoniatsidi otettiin innostuneesti vastaan. Suomessa INH:n käyttö aloitettiin marraskuussa 1952. Se osoittautui niin sanotuista ensimmäisen asteen tuberkuloosilääkkeistä tehokkaimmaksi ja oli myös hyvin siedetty.⁸²

Yleishoitoon ja aikaisempiin lääkintäyrityksiin verrattuna uusien lääkkeiden teho oli ilmiömäinen, ja niiden käyttöönotto laski tuberkuloosikuolleisuutta selvästi ja nopeasti.⁸³ Niiden käytössä oli kuitenkin myös ongelmansa. Ensinnäkin, hoitajakso oli pitkä ja raskas. Toiseksi, lääkkeet olivat aluksi hyvin kalliita, ja moni varaton potilas jäi siitä syystä lääkitsemättä. Kolmanneksi, streptomysiini ei imeytynyt ruuansulatuskanavasta, joten se piti injektoida. PAS puolestaan otettiin suun kautta rakeina, joiden nieleminen oli potilaista epämiellyttävää. Lisäksi päiväannos oli suuri. Neljänneksi, sekä streptomysiinillä että PAS:illa oli runsaasti sivuvaikutuksia, isoniatsidilla sen sijaan vähemmän.⁸⁴ Suurin ongelma oli kuitenkin lääkeresistenssi, joka tarkoittaa organismin, tässä tapauksessa tuberkuloosibasillin, vastustuskykyä antibiootille.⁸⁵ Tuberkuloosilääkkeille resistenttien potilaiden hoidossa käytettiin niin sanottua pelastavaa kemoterapiaa,

⁸¹ Tala 1988, 36–37.

⁸² Vuosikertomus 1952; Perret 1988, 29.

⁸³ Perret 1988, 31.

⁸⁴ Tala 1985, 25–33, Repo ja Riska 1970, 1270–1272.

⁸⁵ Härö 1992, 186;

http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=ltt02916&p_teos=ltt&p_osio=108&p_selaus=

jossa muiden – yleensä huomattavasti myrkyllisempien – lääkeaineiden avulla yritettiin saada potilas leikkauskelpoiseksi.

Lääkkeillä pystyttiin saavuttamaan erinomainen hoitotulos, jos niitä osattiin käyttää oikein. Pienikin virhe saattoi kuitenkin aiheuttaa kohtalokkaita seurauksia. Potilaan motivointi oli lääkehoidon onnistumisen kannalta elintärkeää. Aina se ei onnistunut: parantolalääkärinä Tiurun sairaalassa 1973–1986 (ja kandina 1969) toiminut Tari Haahtela kertoo, kuinka parantolan ikkunoiden alta löytyi keväisin kasoittain lääkkeitä, joita potilaat olivat talven aikana heittäneet ulos ikkunasta. Kun potilaan oireet alkoivat helpottaa pian lääkehoidon aloittamisen jälkeen, hänestä saattoi tuntua turhalta jatkaa lääkitystä kahden vuoden ajan.⁸⁶

Ei siis ihme, että tuberkuloosin lääkehoito oli 1940-luvun lopulla ja 1950-luvun alussa Suomen tuberkuloosilääkäriyhdistyksen kokousten yleisimpiä keskustelunaiheita. Vuoden 1948 maaliskuussa esitelmöitiin tuberkuloosin diagnostiikasta ja hoidosta, esimerkiksi streptomysiinin käytöstä rauhas- ja miliaarituberkuloosin hoidossa.⁸⁷ Hannu Hahti piti vuoden 1949 vuosikokouksessa esitelmän tuberkuloosin kemoterapeuttisesta hoidosta. Seuraavana vuonna bakteriologi Elias Brander esitelmöi resistenssin määrittämisestä kemoterapian yhteydessä. Brander, joka lähestyi tuberkuloosia laboratoriotutkijan eikä klinikon näkökulmasta, tarjosi keuhkolääkäreille vuosien varrella useinkin uusia näkökulmia mykobakteereihin.⁸⁸

Vuonna 1952 PAS:n kehittäjä, ruotsalainen Jörgen Lehman (1898–1989), kutsuttiin Tuberkuloosilääkäriyhdistyksen kunniajäseneksi. Vastikään perustetulla Työterveyslaitoksella järjestettiin samana vuonna esitelmätilaisuus, jossa puhuivat Lehman ja Bo Carstensen.⁸⁹ Syyskokouksessa Ruotsin tuberkuloosin vastustamisyhdistyksen sihteeri John Lundqvist kertoi maailmalla isoniatsidista saaduista kokemuksista sen pohjalta, mitä oli kuullut Rio de Janeirossa aiemmin

⁸⁶ Tari Haahtelan haastattelu 23.10.2013 Helsinki; ks. Myös Crofton 1958, 1559.

⁸⁷ Vuosikertomus 1948.

⁸⁸ Vuosikertomus 1949; Perret 1988, 29.

⁸⁹ Vuosikertomus 1951.

samana vuonna pidetyssä kansainvälisessä konferenssissa. Suomalaisia osanottajia ei Rion kokouksessa ollut.⁹⁰

⁹⁰ Vuosikertomus 1952; Perret 1988, 29; Tala 1988, 37; Repo ja Riska 1970, 1270.

2.2 Edunvalvonnan painopisteitä

Vuoden 1948 tuberkuloosilaki oli merkittävin yksittäinen säädös suomalaisen tuberkuloosityön historiassa. Monet yhdistyksen jäsenet olivat mukana sen valmistelussa. Tuberkuloosilääkäriyhdistykseltä pyydettiin luonnollisesti myös lausuntoa laista ja sitä seuraavasta asetuksesta. Vuonna 1948 yhdistys järjesti Lääkäriliiton kehotuksesta ylimääräisen kokouksen, jonka tarkoituksena oli käynnistää neuvottelut uudesta tuberkuloosilaista. Pitkällisen keskustelun jälkeen yhdistys valitsi joukostaan neuvottelijan, joka lähetettiin puheenjohtajan ja sihteerin kanssa sisäasiainministeriöön esittelemään yhdistyksen näkemyksiä.⁹¹ Jo vuonna 1944 oli lakia valmistelemaan asetettu komitea, jonka puheenjohtajana toimi Savonen. Komitea laati vuonna 1947 valmistuneen mietinnön, jonka pohjalta säädettiin uusi, vuoden 1949 alussa voimaan tullut tuberkuloosilaki.⁹²

Tuberkuloosityöstä tuli lain myötä ennen kaikkea kuntien asia. Vastaava kehitys tapahtui 1900-luvun kuluessa myös mielenterveyshoidon puolella, jossa valtion rooli pieneni ja kuntien vastaavasti kasvoi. Maa jaettiin tuberkuloosipiireihin, joissa jokaisessa oli oltava keskusparantola ja tuberkuloositoimisto. Parantolan tehtävä oli antaa hoitoa, kun taas tuberkuloositoimisto vastasi ennaltaehkäisevästä työstä ja avohoidosta. Vuoden 1927 asetus oli mahdollistanut järjestelmällisen tuberkuloosityön. Aikaisemmin tuberkuloosityö oli jakautunut siten, että ennaltaehkäisevä työ oli järjestöjen harteilla ja varsinainen taudin parantaminen kuntien vastuulla. Uuden lain myötä tuberkuloosityön kaksijakoisuus hävisi. Laki määräsi, että tuberkuloosityö oli nyt yksin kuntien vastuulla. Tuberkuloosityötä valvomaan perustettiin uusi tuberkuloositarkastajan virka, jota Savonen hoiti vuosien 1952–1953 välisen ajan virkaa tekevänä. Tämän jälkeen viran sai hoitaakseen Sakari Härö, joka sai samalla haltuunsa läjäpäin muistioita. Niiden pohjalta hän kirjoitti vuosikymmeniä myöhemmin teoksensa *Vuosisata tuberkuloosityötä Suomessa* (1992). Yhdistysten kannalta uusi laki oli merkittävä

⁹¹ Vuosikertomus 1948.

⁹² Härö 1992, 180.

muutos entiseen. Esimerkiksi STVY ei enää vastannut huoltotyöstä, jota se oli 40 vuotta hoitanut.⁹³

Vuosi 1954 oli yhdistykselle muutoksen ja uudistumisen vuosi. Suomen parantolalääkäriyhdistys ja Suomen tuberkuloosihuoltolääkärien yhdistys lopettivat toimintansa, ja niiden varat ja osa niiden tehtävistä siirtyi Tuberkuloosilääkäriyhdistykselle. Toimintansa lopettaneet yhdistykset olivat valvoneet tuberkuloosilääkärien ammatillisia etuja, ja edunvalvonta sai nyt suuremman roolin Tuberkuloosilääkäriyhdistyksen toiminnassa.⁹⁴ Eräänlaista uudistumista yhdistyksen sisällä tapahtui jo edeltävänä vuonna (1953), kun yhdistyksen johtokunta oli siitä eteenpäin hallitus.⁹⁵

Uudessa tilanteessa yhdistyksen sääntöjen koettiin kaipaavan uudistamista.⁹⁶ Hallitus alkoi keskustella sääntömuutoksesta vuonna 1954, ja uudet säännöt hyväksyttiin seuraavana vuonna. Muutokset selkeyttivät yhdistyksen toimintaa.⁹⁷ Alkuperäisten sääntöjen mukaan yhdistyksen oli tarkoitus toimia yhdyssiteenä tuberkuloosin kanssa työskentelevien lääkäreiden välillä, olivatpa he erikoistuneet tuberkuloosin tai eivät. Uusien sääntöjen mukaan yhdistyksen tehtävä oli toimia tieteellisten ja käytännöllisten tuberkuloosikysymysten parissa toimivien lääkäreiden yhdyssiteenä ja valvoa jäsenistönsä etuja ja oikeuksia. Yhdistyksen tuli myös edistää tuberkuloosityötä järjestämällä kokouksia sekä keskustelu- ja esitelmätilaisuuksia, antamalla lausuntoja ja tekemällä esityksiä viranomaisille ja muille lääkəriyhdistyksille. Lisäksi yhdistyksen tuli edustaa suomalaista tuberkuloosilääkärikuntaa kotimaassa ja ulkomailla.⁹⁸ Edunvalvontaan liittyvistä kysymyksistä kokouksissa olivat eniten esillä palkkaus, erikoisalan asema ja tuberkuloosilääkärien (sittemmin keuhkolääkärien) määrä.

1950-luvulla lääkärit uskoivat palkkojensa jääneen jälkeen muiden toimihenkilöiden palkoista. Tuberkuloosilääkärit katsoivat olevansa erityisen

⁹³ Härö 1992, 180 – 183.

⁹⁴ Vuosikertomus 1954.

⁹⁵ Vuosikertomus 1953.

⁹⁶ Vuosikertomus 1954.

⁹⁷ Vuosikertomus 1954.

⁹⁸ Muutosilmoitus yhdistysrekisteriin 17.8.1954; SKLY pöytäkirja 1/1928; Vuosikertomus 1955.

syvässä palkkakuopassa.⁹⁹ Inflaatio oli sodan jälkeisinä vuosina korkea, mikä oli johtanut tulojen reaaliarvon pientymiseen. Veroasteikkoa pyrittiinkin laskemaan, mutta verotus oli kuitenkin sekavaa ja erosi aloittain. Lääkärit kokivat olevansa kohtuuttoman verorasituksen alaisina.¹⁰⁰ Lokakuussa 1955 yhdistys asetti erityisen palkkajaoston, jonka tavoitteena oli yhtenäistää eri alojen palkkausta.¹⁰¹ Kaksi vuotta myöhemmin sovittiin yhteisestä palkkaluokkien ja päivystyskorvausten korottamiseen perustuvasta linjasta. Suunnitelmaa laadittaessa pyrittiin säilyttämään entinen palkkaluokkien porrastus ja aikaansaamaan yhdenmukaiset palkkaolot reuma-, mielisairaala- ja tuberkuloosialoille. Yhdistyksen hallitus näki ratkaisun väliaikaisena ja suunnitteli ottavansa asian uudelleen esiin aluesairaalarajajärjestelyjen toteuttamisen yhteydessä. Se katsoi, että ellei epäoikeudenmukaisiin palkkaoloihin tulisi muutosta, painostustoimet voisivat olla tarpeen. Yhdistyksessä nähtiin, että palkkakysymyksen ratkaisu kasvattaisi alan lääkärimäärää.¹⁰²

Toinen 1950-luvulla paljon keskusteltu kysymys oli nimenomaan lääkärimäärä. Tuberkuloosilaki (1948), laki yleisestä lääkärihoidosta (1951), mielisairaalamlaki (1952) ja keskussairaalamlaki (1948) toivat lisää lääkärinvirkoja ja laajensivat yksittäisten lääkärin tehtäväkenttää. Vuonna 1955 julkistetun komiteanmietinnön mukaan lääkärin määrä oli sodan jälkeen kasvanut, mutta oli edelleen kansainvälisesti katsoen pieni. Suomessa oli 5,5 lääkärinä 10 000 asukasta kohden. Ruotsissa vastaava luku oli 7,3, Norjassa 9,8 ja Tanskassa kaksinkertainen eli 11,1. Euroopan maista vain Puolassa ja Jugoslaviassa oli vähemmän lääkäreitä suhteessa väestöön. Suomessa lääkärit olivat lisäksi voimakkaasti keskittyneet etelän suuriin kaupunkeihin. Maaseudulla ja pienillä paikkakunnilla, etenkin pohjoisessa, lääkäreitä oli hyvin vähän. Lapin ja Oulun lääneissä oli alle 3 lääkärinä 10 000 asukasta kohden.¹⁰³

Yhdistystä kiinnosti luonnollisesti ennen kaikkea keuhkolääkärin määrä. Vuonna 1955 Suomessa oli yhteensä 2337 lääkärinä. Heistä erikoistuneita oli 884 ja

⁹⁹ Vuosikertomukset 1955 – 1957.

¹⁰⁰ Levä 2010, 267.

¹⁰¹ Vuosikertomus 1956, liite 1.

¹⁰² Vuosikertomus 1957.

¹⁰³ Lääkärin lukumäärän lisäämistä selvittävän komitean mietintö 1955, 1 – 17

keuhkosairauksiin erikoistuneita 117. Keuhkolääkärit muodostivat siis 5 prosenttia lääkäri työvoimasta ja 13,2 prosenttia erikoislääkäreistä. Keuhkolääkäreiden määrä oli kaiken kaikkiaan melko hyvä verrattuna moneen muuhun alaan. Esimerkiksi naistentautien lääkärimäärä oli noin 3,5 prosenttia lääkärien kokonaismäärästä.¹⁰⁴

Tilanne ei siis numeroiden valossa ollut erityisen synkkä. Keuhkolääkäreiden ongelma kuitenkin korostui siksi, että erikoisalan tulevaisuus ei 1950-luvun alussa näyttänyt kovin valoisalta. Tuberkuloosilääkärien keski-ikä oli korkea ja poistuma suuri, kun taas uusia tulokkaita oli vähän. Esimerkiksi vuonna 1952 keuhkosairauksien erikoislääkärien oikeudet myönnettiin vain yhdelle henkilölle. Eräs syy tulokkaiden vähyyteen oli se, että parantolatyötä, jota suurin osa keuhkolääkäreistä edelleen teki, ei koettu tieteellisesti kiinnostavaksi. Håkan Poppius, joka toimi vuosina 1954 – 1956 lääkärinä Pietarsaaren parantolassa, muistelee 1950-luvun parantolalääkärin työn vähemmän hohdokasta puolta: parantolalääkärien keinot rajoittuivat lähinnä tartunnan rajoittamiseen. Tehokas lääkehoito oli vielä uutta eikä sitä osattu kunnolla hyödyntää, kun esimerkiksi bakteeriresistenssiä ymmärrettiin vielä heikosti. Hoitotulokset paranivat hitaasti. Parantolalääkärit olivat myös ammatillisesti eristyksissä; monilla muilla aloilla lääkäreiden keskinäinen vuorovaikutus oli intensiivisempää. Poppius havainnollistaa työn rutiiniluontoisuutta toteamalla, että "kierron aikana lääkärin tehtäviin kuului toivottaa potilaille hyvää huomenta ja kertoa kuinka paljon päivän aikana oli levättävä ja oltava raikkaassa ulkoilmassa". Yhdistys ei Poppiuksen mukaan käytännössä juuri kyennyt lievittämään parantolalääkärien ammatillista eristyneisyyttä. Esimerkiksi Pietarsaaren parantolassa oli vuonna 1954 yhteensä 200 potilaspaikkaa ja kolme lääkäriä. Päästäkseen yhdistyksen kokoukseen olisi pitänyt ottaa lomaa, järjestää itselleen sijainen ja kustantaa matka Helsinkiin. Tieteellistä keskustelua seurattiin siksi lähinnä kirjallisuutta lukemalla. Pietarsaassaakin luettiin ahkerasti *American Journal of Tuberculosis* -lehteä, tarvittaessa sanakirjan avulla (englannin taito kun oli vielä harvinainen).¹⁰⁵

¹⁰⁴ Lääkärien lukumäärän lisäämistä selvittävän komitean mietintö 1955, 1 – 17.

¹⁰⁵ Håkan Poppiuksen haastattelu 22.10.2013 Helsinki.

Kaavio 1. Vuosina 1932–1954 keuhkosairauksiin erikoistuneet lääkärit¹⁰⁶



1950-luvulla koettiin yleisesti, että tuberkuloosi muodosti itsenäiselle erikoisalalle liian kapean pohjan. Tuberkuloosilääkäriyhdistyksen tavoitteena oli säilyttää alan asema itsenäisenä laajana erikoisalana, mutta laajentaa se samalla kattamaan kaikki keuhkosairaudet. Tämä keskeinen tavoite myös saavutettiin.

Käytännön ongelmaksi jäi alan erikoistumispaikkojen niukkuus. Tuberkuloosihoidolaitoksia kyllä oli paljon, mutta vain hyvin pieni osa niistä soveltui erikoistumispaikoiksi. Vuonna 1955 keuhkosairauksien alalla oli yhteensä 10 koulutuspaikkaa. Määrä ei ole kovin suuri jos sitä vertaa erikoislääkärien koulutuspaikkojen kokonaismäärään, joita oli yhteensä 206 paikkaa.¹⁰⁷ Yhdistys koetti vuosien ajan saada tilanteeseen kohennusta.

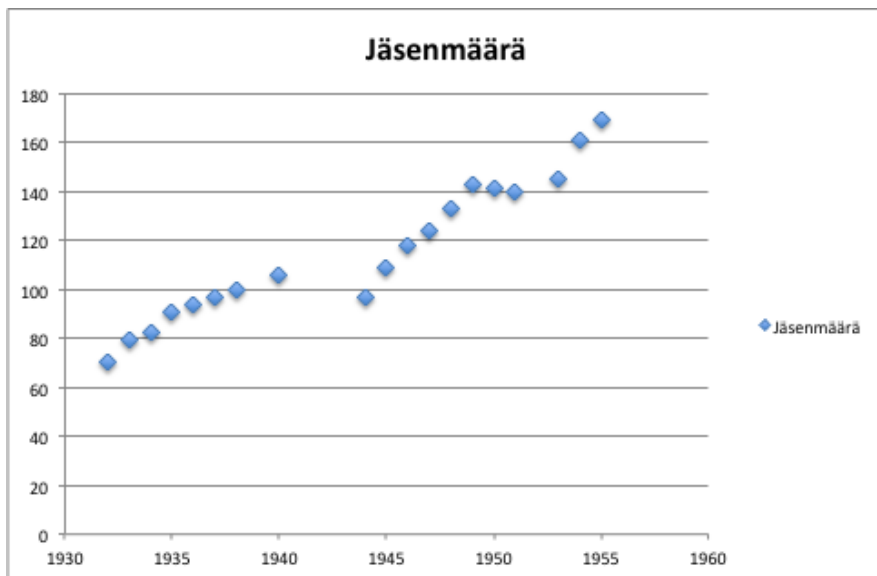
Alan imago-ongelmista huolimatta Tuberkuloosilääkäriyhdistyksen jäsenmäärä kasvoi vuosina 1928–1955 selvästi (kaavio 2). Jäsenten määrä oli jatkuvasti suurempi kuin keuhkosairauksien erikoislääkärien määrä, koska jäseneksi hyväksyttiin myös lääkärit, jotka työskentelivät keuhkosairauksien parissa ilman muodollista erikoistumista. Sota-ajalta jäsenmäärästä ei ole tietoa. Kuten alla

¹⁰⁶ Lääkärien lukumäärän lisäämistä selvittelevän komitean mietintö 1955, 16.

¹⁰⁷ Lääkärien lukumäärän lisäämistä selvittelevän komitean mietintö 1955, 27.

olevasta kaaviosta näkyy, jäsenmäärä kasvoi sodan jälkeisinä vuosina notkahtaakseen taas 1950-luvun alkupuolella.

Kaavio 2. Suomen Tuberkuloosilääkäriyhdistyksen jäsenmäärän kehitys vuosina 1928–1955¹⁰⁸



¹⁰⁸ SKLY Vuosikertomukset 1928–1955.

2.3 Uudistumisen merkkejä 1950-luvun jälkipuoliskolla

12.5.1958 on yksi yhdistyksen historian merkittävimmistä päivistä. Tuolloin Suomen Tuberkuloosilääkäriyhdistyksen nimi muuttui muotoon Suomen Keuhkolääkäriyhdistys ry – Finlands lungläkarföreningen (englanniksi *Finnish Society of Respiratory Medicine*). Yhdistyksen 30. toimintavuosi oli juuri päättynyt, ja yhdistyksen puheenjohtajana toimi Varsinais-Suomen parantolan ylilääkäri, professori Hannes Salmenkallio. Nimen muutos symboloi yhdistyksen toiminnan painopisteen muutosta tuberkuloosista laajempaan kirjoon keuhkosairauksia.

Kansainvälinen yhteistyö jatkui ja tiivistyi 1950-luvun jälkipuoliskolla. Turussa järjestettiin 19. pohjoismainen keuhkolääkärikongressi, jonka merkittävin kansainvälinen vieras oli yhdistyksen ruotsalainen kunniajäsen Jörgen Lehman. Vuosikertomuksen mukaan Lehmanin osallistuminen antoi tilaisuudelle ”erityistä arvokkuutta”. Vuoteen mahtuivat myös pohjoismainen radiologikongressi, Lontoon tuberkuloosikongressi ja kolmas kansainvälinen röntgenpienoiskuvauskongressi.¹⁰⁹ Syyskuussa 1958 Suomessa vieraili Kansainvälisen tuberkuloosiunionin kemoterapiakomitean puheenjohtaja, professori John Crofton Edinburghista. Hän oli osan ajasta yhdistyksen vieraana. Crofton piti Turussa esitelmän, jota saapui kuuntelemaan keuhkolääkäreitä kaikkialta Suomesta. Esitelmä julkaistiin myöhemmin *Lääkärilehdessä*.¹¹⁰ Eero Tala kirjoitti yhdistyksen 60-vuotisjuhlapöytäkirjaan, että tapahtuma oli merkkipaalu suomalaisen tuberkuloosikemoterapian historiassa. Sitä se varmasti olikin, sillä olihan Crofton alansa ehdoton pioneeri. Talan mielestä sir John oli hänelle myönnetyn Severi Savonen –mitalinsa ansainnut.¹¹¹

Keuhkolääkäriyhdistys pyrki osaltaan vastaamaan kasvavaan täydennyskoulutuksen tarpeeseen. Vuonna 1959 se järjesti yhdessä Lääkintöhallituksen ja Tuberkuloosin vastustamisyhdistyksen kanssa ensimmäiset

¹⁰⁹ Vuosikertomus 1958; Perret 1988, 30; ks. myös Sillastu 2007,323.

¹¹⁰ Vuosikertomus 1958.

¹¹¹ Tala 1988, 37.

keuhkolääkärien opintopäivät. Esitelmää pitivät muun muassa Sakari Härö, vanha tuttu Severi Savonen ja Jorma Pätiälä. Esitelmien aiheet koskivat edelleen lähinnä tuberkuloosia: tuberkuloositilannetta ja sen tulevaisuutta sekä tuberkuloosin lääkehoitoa. Opintopäiville osallistui yhteensä 101 keuhkosairauksien alalla toimivaa lääkäriä. Yhdistyksen vuosikertomuksen mukaan tapahtuma oli tarpeellinen ja osoitti, että jatkokoulutusta kaivattaisiin jatkossakin. Saman vuoden marraskuussa Pätiälä johti Lääkäripäivien ohjelmaan kuulunutta keuhkoluentosarjaa, joka niin ikään keräsi paikalle paljon kiinnostuneita.¹¹² Vuoden 1959 opintopäivät aloittivat yhdistyksen osallistumisen täydennyskoulutukseen.

1950-luvun jälkipuoliskoa leimaa myös tieteellisen tutkimuksen virkistyminen. Eräs esimerkki tästä on kliinisen fysiologian ja keuhkolääketieteen suhteen tiivistyminen. Håkan Poppius näki tämän kehityksen läheltä ollessaan stipendiaattina Yhdysvalloissa ja Helsingissä Laakson sairaalan apulaislääkärinä. Hän korostaa, että keuhkojen tutkimus oli aina ollut yksi osa teoreettista fysiologiaa, mutta että siitä tuli sittemmin erityisen merkittävä osa kliinistä fysiologiaa. Keuhkolääkärit tarvitsivat fysiologisia tutkimusmenetelmiä muun muassa arvioidessaan, oliko potilas leikkauskelpoinen tai kuinka pahasti tauti oli invalidisoinut potilaan. Keuhkolääketieteen ja kliinisen fysiologian liitto oli erityisen tiivis Yhdysvalloissa. Poppius kertoo, että American Thoracic Societyn tapaamisissa 1950-luvulla esiteltiin samalle yleisölle sekä keuhkolääketieteellistä että fysiologista tutkimusta. Amerikkalaisen fysiologin Julius Comroen teoksella *The Lung : Clinical Physiology and Pulmonary Function Tests* (1956) oli käänteentekevä merkitys. Teoksen julkaiseminen katkaisi keuhkomediinin kauan jatkuneen tieteellisen ja intellektuaalisen eristyneisyyden, ja siitä tuli pitkäksi aikaa keuhkolääkärien raamattu. Teos oli tosin niin vaikeaselkoinen, että sen sanottiin olevan käännetty kaikille muille kielille paitsi englanniksi. Teos pakotti keuhkolääkärit kertaamaan fysikaalisen kemian ja fysiikan oppeja. Poppiuksen mukaan se oli piristysruiske, jota Suomessakin tarvittiin.¹¹³ Hän oli itse juurruttamassa tätä uutta tutkimussuuntausta Suomeen. Hän oli kehittämässä

¹¹² Vuorikertomus 1959; Perret 1988, 30.

¹¹³ Håkan Poppiuksen haastattelu 22. 10. 2013 Helsinki.

vuonna 1966 Laakson sairaalaan avattua keuhkosairauksien klinikkaa, johon hän sai vapaat kädet sairaalan ylilääkäriltä Kaino Kivikanerolta. Laboratoriosta kehittyi kansainvälisestikin merkittävä kliinisyfysiologinen yksikkö, ja keuhkofunktio tutkimuksesta tulikin 1960-luvulla keskeinen osa keuhkosairauksien diagnostiikkaa ja hoitoa.¹¹⁴

Sodan päättyminen toi mukanaan lääketieteellisiä edistysaskelia ja niiden myötä tuberkuloosityö alkoi helpottaa. Ensimmäiset tuberkuloosilääkkeet ja rokotukset tulivat käyttöön. 1950-luvun aikana yhdistyksen rooli kasvoi. Yhdistys muutti nimensä koskemaan kaikkia keuhkosairauksia ja otti vastuuta jäseniensä edunvalvonnasta. Alan uudistuminen toi mukanaan tarpeen lääkäreiden jatkokoulutautumiselle ja tähän yhdistys päätti vastata.

¹¹⁴ Perret 1988, 30; Håkan Poppiuksen haastattelu 22. 10. 2013 Helsinki; ks. myös Björkstén 1996, 90.

3. 1960-luvun alusta tuberkuloosilain kumoamiseen

Niin pikkuhiljaa huomattiin, ett' keuhkotauti voitettiin. Nyt astmat, keuhkokroonikot jo uudet täyttää tilastot.¹¹⁵

Tässä luvussa tarkastellaan aikaa, jolloin tuberkuloosista tuli yksi muista keuhkosairauksista. Ajanjaksoa leimaa keuhkolääketieteen eräänlainen identiteettiongelma. Tuberkuloosin jäädessä taka-alalle, mikä oli keuhkolääkärin toimenkuva?

3.1 Keuhkolääketieteen uudet painopisteet

Vuonna 1961 yhdistyksen puheenjohtajaksi valittiin Jorma Pätiälä (1912–1983), joka oli vuodesta 1955 saakka toiminut Helsingin yliopiston tuberkuloosi- ja keuhkosairausopin professorina. Pätiälän puheenjohtajakausi kesti vuoteen 1970. Sitä leimasi kasvava kansainvälisyys ja aktiivinen seminaaritoiminta.

1970- ja 1980-luvuilla puheenjohtajina toimivat Risto Elo (1970–1973), Eero Tala (1973–1976), Kari Alanko (1976–1979), Keijo Kokkola (1979–1982) ja Pähr-Einar Hellström (1982–1985). Kokkola oli puheenjohtajaksi tullessaan dosentti ja Sairaalaliiton hallintoylilääkäri. Hän oli Lääkäriliiton valtuuskunnan jäsen ja toimi myös Lääkintöhallituksen asettamassa keuhkosairauksien hoitojärjestelyjä suunnittelevassa toimikunnassa. Hänen seuraajansa Hellström oli dosentti ja Meltolan sairaalan johtava lääkäri.¹¹⁶ Yhdistyksen puheenjohtajiksi valittiin yleensä henkilöitä, joilla oli sekä akateemisia ansioita (useimmat olivat dosentteja) että hallinnollista kokemusta.

Tuberkuloosi siirtyi 1960-luvulla keuhkolääketieteen keskiöstä sen marginaaliin. Tuolloin otettiin käyttöön niin sanotut toisen asteen tuberkuloosilääkkeet. Tehokkaan lääkehoidon vaikutus näkyi selvästi tuberkuloosikuolleisuudessa: kun tautiin oli Suomessa vuonna 1930 kuollut 8771 ihmistä, vuonna 1970 siihen kuoli

¹¹⁵ SKLY:n 60-vuotisjuhlia varten sanoitettu laulu

¹¹⁶ Vuosikertomukset 1981 – 1982; Perret 1988, 33.

enää 383.¹¹⁷ Parantoloista kaikkosivat vähitellen potilaat huonokuntoisia kroonikoita myöten. Toisaalta tuberkuloosia oli maassamme edelleenkin enemmän kuin muissa Pohjoismaissa, ja Keuhkolääkäriyhdistys – kuten myös Tuberkuloosin vastustamisyhdistys ja Lääkintöhallitus – varoitteli pitkin 1970-lukua unohtamasta tuberkuloosin uhkaa. 1980-luvulla vuosikymmenien aikana rakennettu valtava koneisto lopulta purettiin, päätepisteenä tuberkuloosilain kumoaminen 1987. Tuberkuloositilanteen parantuessa keuhkolääkärien kiinnostus suuntautui yhä enemmän myös muihin keuhkosairauksiin, ja samalla keuhkolääketieteen kosketuspinta muihin lääketieteen erikoisaloihin kasvoi. Tämän suuren murroksen ajan yhdistys puolusti valppaasti keuhkolääketieteen asemaa itsenäisenä erikoisalana ja vastusti sen sulauttamista sisätauteihin suppeana erikoisalana.

Lääkäriliitto oli aloittanut säännöllisen täydennyskoulutuksen pian sodan jälkeen. Vuodesta 1949 lääkärin tärkein täydennyskoulutustapahtuma olivat Lääkäripäivät. Tapahtumaa oltiin toki järjestetty jo 1930-luvulta lähtien jatkokurssien nimellä, mutta vuodesta 1949 lähtien Lääkäripäivistä tulivat jokavuotiset.¹¹⁸ Myös Keuhkolääkäriyhdistyksen kaltaiset erikoisalayhdistykset tehostivat täydennyskoulutustaan. Vuoden 1969 Lääkäripäivien yhteydessä pidettiin Jorma Pätiälän johdolla keuhkosairauksien erikoiskurssi. Vuoden kuluessa keskusteltiin Sisätautiyhdistyksen kanssa yhteisten jatkokoulutuspäivien järjestämisestä. Tapahtuma järjestettiin seuraavana vuonna, yhtenä teemana kliininen fysiologia.¹¹⁹ Sisätautilääkärin kanssa tehtiin yhteistyötä myös vuosina 1978 ja 1979, jolloin järjestettiin kolmipäiväiset keuhkosairauksia käsittelevä koulutustapahtuma.¹²⁰ Toisinaan aiheet olivat spesifimpiä: Lääketiede 81 – tapahtuman osana yhdistys piti kurssin "krooniset obstruktiiviset keuhkosairaudet ja niiden hoito-ongelmat".

Sodanjälkeinen vuosikymmenen osoitti kouriintuntuvalla tavalla kansainvälisen tieteellisen yhteistyön välttämättömyyden. Suomalaiset olivat sotavuosina jääneet

¹¹⁷ Perret 1988, 31.

¹¹⁸ Aalto 2010, 99.

¹¹⁹ Vuosikertomus 1969.

¹²⁰ Vuosikertomukset 1978 – 1979.

jälkeen lääketieteen kehityksestä, niinpä he lähtivät sodan jälkeen tarmokkaasti kuromaan viivettä umpeen. Tämä edellytti suhteiden luomista anglosaksiseen maailmaan. Kliinisen toiminnat mallit ja uudet tutkimusmenetelmät tulivat suoraan Iso-Britannista ja Yhdysvalloista.¹²¹ Pohjoismainen yhteistyö, joka ei sodan aikanaan täysin katkennut, oli suomalaisen tuberkuloosityön ja – tutkimuksen kannalta elintärkeää. Ilman sitä eivät BCG-joukkorokotukset, tuberkuloosin seulontatutkimukset tai uusien lääkkeiden käyttöönotto olisi toteutuneet niin nopeasti ja siinä muodossa kuin ne toteutuivat.¹²²

Pätiälä, joka oli itsekin kansainvälisesti tunnettu tutkija, vei yhdistyksen toimintaa kansainvälisempään suuntaan. Esimerkiksi vuonna 1960 yhdistys kutsui Suomeen kaksi merkittävää kansainvälistä vierasta. Toinen heistä oli saksalainen Gerhard Domagk (1895 – 1964), joka oli vuonna 1939 saanut Nobelin lääketieteen palkinnon prontosilin, ensimmäisen sulfavalmisteen, lääkinnällisten ominaisuuksien osoittamisesta. Hän esitelmöi vierailunsa aikana tuberkuloosin lääkehoidosta. Toinen vieras oli britti J.R. Bignall, joka puhui yhdistykselle keuhkokarsinoomasta ja kroonisesta bronkiitista.¹²³ Vuoden 1962 syyskokouksessa dosentti Aleksander Nauman Puolasta esitelmöi tuberkuloosityöstä kotimaassaan. Samana vuonna Lundissa järjestettiin Pohjoismainen Keuhkolääkärikongressi, jonka varapresidenttinä Pätiälä toimi ja jossa suomalaiset muutenkin olivat voimakkaasti läsnä.¹²⁴ Lundin kokoukseen osallistui 30 yhdistyksen jäsentä. Erkki Larmola toimi siellä sosiaalisia tuberkuloosiongelmiä käsittelevän symposiumin puheenjohtajana.¹²⁵

Keuhkolääkäriyhdistys järjesti 23. pohjoismaisen keuhkolääkärikongressin Helsingissä 6.–8. kesäkuuta 1966. Osanottajia tuli yli odotusten, lähes 250. Vieraita tuli myös Pohjoismaiden ulkopuolelta: professori Theodore Noehren saapui Buffalosta Yhdysvalloista. Vuosikertomuksen mukaan kongressi oli kaikin puolin – jopa sään suhteen – onnistunut. Suurimmat kiitokset tapahtuman järjestämisestä sai Håkan Poppius avustajineen. Naistoimikuntaa kiitettiin viihtyisän ilmapiiriin

¹²¹ Poppius 1988, 39.

¹²² Härö 1992, 144.

¹²³ Perret 1988, 30.

¹²⁴ Vuosikertomukset 1961 – 1962; Helsingin yliopiston opettaja- ja virkamiesluettelo 1918 – 2000.

¹²⁵ Vuosikertomus 1962.

luomisesta. Pari viikkoa kongressin jälkeen yhdistys järjesti Noehrenin toivomuksesta tutustumismatkan Leningradiin. Mukaan lähti 17 yhdistyksen jäsentä. Elokuun lopulla järjestettiin Amerikan keuhkolääkärien kansainvälinen kongressi, johon osallistui peräti 20 yhdistyksen jäsentä. Vuosikertomuksessa mainitaan, että professori Olavi Peräsalo (1913 – 1966) piti kongressissa viimeiseksi jääneen esitelmänsä.¹²⁶

Vuonna 1967 pidettiin Suomen tuberkuloosin vastustamisyhdistyksen 60-vuotisjuhla. Juhlan yhteydessä STVY järjesti yhdessä Keuhkolääkäriyhdistyksen kanssa kansainvälisen tieteellisen seminaarin, johon kutsuttiin 25 vaikutusvaltaista edustajaa eri puolilta Eurooppaa. Yksi heistä oli Maailman terveysjärjestön Euroopan tuberkuloosiosaston johtaja Johs Holm. Kaiken kaikkiaan osallistujia oli satakunta. Samana vuonna Amsterdamissa järjestettiin Kansainvälisen Tuberkuloosiunionin 19. kongressi. Kongressi herätti yhdistyksessä suurta mielenkiintoa ja siihen osallistuikin yhteensä noin 40 jäsentä.¹²⁷

1980-luvulla Keuhkolääkäriyhdistys teki Ruotsin (Svensk Lungmedicinsk Förening), Norjan (Norsk Forening for Lungmedisin) ja Tanskan (Dansk Pneumologisk Selskab) sisaryhdistysten kanssa yhteistyötä spesialiteetti- ja koulutusasioissa ja kongressien järjestelyssä. Vuonna 1981 perustettiin uusi kansainvälinen keuhkoalan järjestö European Society of Pneumology / Societas Europaea Pneumologica (SEP). SEP:n ensimmäinen kongressi järjestettiin Edinburghissa vuonna 1983. Kongressissa korostettiin, miten paljon keuhkoalalla on rajapintaa muiden lääketieteen erikoisalojen kanssa.¹²⁸

¹²⁶ Vuosikertomus 1966.

¹²⁷ Vuosikertomus 1967.

¹²⁸ Perret 1988, 32.

3.2 Spesialiteettikysymys ja keuhkosairauksien uudet näkymät

Kysymys erikoisalalan määrittelystä, sen rajoista ja erikoiskoulutuksesta, oli luonnollisesti yhdistyksen kannalta erittäin keskeinen. Yhdistyksen linjasta ei ollut epäselvyyttä: tuberkuloosilääketieteestä keuhkolääketieteeksi laajentunut erikoisala piti säilyttää itsenäisenä, laajana erikoisalana. Tämä edellytti paitsi alan professuureja myös riittävää määrää erikoistumispaikkoja. Jorma Pätiälä jätti keuhkosairauksien professuurinsa vuonna 1977. Hänen seuraajakseen nimitettiin Håkan Poppius vuonna 1981.¹²⁹

Jorma Pätiälä edusti vuonna 1965 Keuhkolääkäriyhdistystä valtioneuvoston asettaman spesialiteettineuvottelukunnan ja Lääkäriliiton spesialiteettineuvottelukunnan välisissä neuvotteluissa, joissa pyrittiin saamaan suomalaiset erikoistumisvaatimukset yhteispohjoismaisen linjan mukaisiksi.¹³⁰

Vuonna 1972 Lääkäriliiton spesialiteettilautakunta ehdotti keuhkolääketieteen erikoisalalan muuttamista sisätautialan suppeaksi spesialiteetiksi. Tämä olisi tarkoittanut, että keuhkolääkäriksi erikoistuminen olisi vaatinut sekä täydellisen sisätautien koulutuksen että kaksivuotisen lisäkoulutuksen keuhkoalalla. Tämä olisi pidentänyt keuhkolääkärien erikoistumiskoulutusta huomattavasti. Keuhkolääkäriyhdistyksen hallitus luonnollisesti vastusti ehdotusta.¹³¹ Hallitus korosti vastauksessaan spesialiteettilautakunnalle, ettei keuhkosairauksia voinut pitää sisätautien suppeana spesialiteettina. Alalla oli Suomessa vankka historiallinen perinne, vaikka parantolalaitos olikin pitänyt sen eristyksissä muusta sairaalajärjestelmästä.

Olkoonkin että tuberkuloosityö kohdistui vain yhteen sairauteen, se oli erittäin laaja-alaista: siihen kuului ennaltaehkäisyä, sairaalahoitoa, avohoitoa ja jälkihoitoa. Lisäksi siinä jouduttiin huomioimaan epidemiologisia ja sosiaalisia näkökohtia tavalla, joka vasta myöhemmin yleistyi muilla sairaalahoidon aloilla. Vastaavanlaista järjestelmää ei ollut käytössä millään muulla erikoisalalla,

¹²⁹ Helsingin yliopiston opettaja- ja virkamiesluettelo 1918 – 2000.

¹³⁰ Vuosikertomus 1965.

¹³¹ Ibid.

suppeista spesialiteeteista puhumattakaan.¹³² Johtokunta vakuutti yhdistyksen olevan valmis rakentamaan keskusteluun keuhkosairauksien koulutus- ja erikoistumiskysymyksistä. Tämä nimenomainen spesialiteettineuvottelukunnan ehdotus oli kuitenkin huonosti harkittu ja huonosti perusteltu.¹³³ Tämä ei ollut ensimmäinen eikä viimeinen kerta, kun yhdistys otti kantaa erikoistumismääräyksiin ja kamppaili pitääkseen alan omana erikoisalanaan.

Tupakka ja keuhkosityöpä

Tämä tupakan vaaroja koskeva osio on tässä eräänlaisena esimerkkinä siitä, mitä kaikkea keuhkosairauksien alalle tuona aikana kuului.

Toisen maailmansodan aikana tupakointi oli yleistynyt niin, että 1950-luvulle tultaessa esimerkiksi valtaosa englantilaisesta aikuisväestöstä tupakoi. Myös haitat alkoivat näkyä. Esimerkiksi Englannissa keuhkosityövistä aiheutuneet kuolemat ylittivät 1950-luvulla ensimmäistä kertaa tuberkuloosikuolemien määrän. Epäilyjä tupakoinnin ja keuhkosityövän välisestä yhteydestä oli esitetty jo 1930-luvulla, kun tämän aiemmin harvinaisen sairauden havaittiin yleistyneen. Saksassa julkaistiin 1940 tapaus-verrokkitutkimus, jossa tupakoinnin lisääntyminen liitettiin keuhkosityövän yleistymiseen. Muutamaa vuotta myöhemmin saksalainen tupakoinnin vaaroja tutkinut, Hitlerin rahallisesti tukema instituutti (Wissenschaftliches Institut zur Erforschung der Tabakgefahren) tutki joukon (109) keuhkosityöpäpotilaita ja havaitsi, että lähes kaikki tupakoivat.¹³⁴

Vuonna 1947 British Medical Research Council pyysi Bradford Hilliä ja Edward Kennawayta tutkimaan, aiheutuiko keuhkosityövän lisääntyminen tupakoinnista. Ryhmään liittyi vielä fysiologi Richard Doll. Tutkimuksen suunnittelun ongelmana oli, että 90 prosenttia Britannian aikuisista miehistä tupakoi, joten oli vaikea pelkästään verrata tupakoivia ja tupakoimattomia. Tutkijat päättivät ottaa huomioon paitsi tutkittavien iän, sukupuolen, kotipaikan, yhteiskuntaluokan,

¹³² Kirje Spesialiteettilautakunnalle 1972.

¹³³ Ibid.

¹³⁴ Witschi 2001, 4

työhistoriaan ja mahdollisen altistuminen ilmansaasteille myös sen, miten paljon ja kuinka pitkään he olivat tupakoineet.¹³⁵

Tutkimus käynnistyi vuonna 1948. Doll sopi 20 lontoolaisen sairaalan kanssa, että nämä toimittavat tutkijoille tiedot keuhkosityöpöpotilaistaan. Tiedot saatuaan hän järjesti sosiaalityöntekijöitä haastattelemaan näitä potilaita ja verrokkiryhminä käytettyjä vatsa- ja suolistosyöpöpotilaita. Kun kyselyn tulokset analysoitiin, selvisi, että 99,7 prosenttia keuhkosityöpään sairastuneista ja 95,8 prosenttia verrokkiryhmästä tupakoi. Tulokset alkoivat näyttää mullistavilta vasta kun tutkittavat jaettiin neljään ryhmään sen mukaan, kuinka paljon he tupakoivat. Osa poltti yhden savukkeen vuorokaudessa, osa jopa 50. Tutkimus osoitti, että tupakoinnin määrällä oli selvä yhteys sairastumisriskiin. Tupakoinnin ja tappavan sairauden yhteyteen oli vaikea uskoa osin siksi, että tupakointi oli niin yleistä, lähes universaalia. Medical Research Councilin johtaja sir Harold Himsworth ohjeistikin Hilliä ja Dollia viivästyttämään tulostensa julkaisua kunnes niihin tulisi vahvistusta muualta. Vähän myöhemmin amerikkalainen tutkimus päätyi samansuuntaisiin johtopäätöksiin ja Doll ja Hill julkaisivat tutkimustuloksensa *British Medical Journalissa* vuonna 1950.¹³⁶

Hillin tutkimusryhmä jatkoi aiheen parissa. Seuraavassa tutkimuksessaan he lähestyivät asiaa toisesta suunnasta ja kysyivät, mihin tupakoijat kuolivat. Hill valitsi tutkimuskohteeksi 60 000 lääkäriä, joilta hän yksinkertaisesti kysyi, polttivatko he ja kuinka paljon. Kahden ja puolen vuoden aikana 40 000 vastanneesta oli 789 kuollut, heistä 36 keuhkosityöpään. Suurin osa keuhkosityöpään kuolleista oli polttanut paljon.¹³⁷ Näyttöä siis oli, vaikka vaikutusmekanismit eivät vielä olleet tiedossa. Mitään välitöntä vaikutusta tupakoinnin yleisyyteen näillä ensimmäisillä tutkimuksilla ei myöskään ollut. Tieto tupakoinnin vaarallisuudesta alkoi kuitenkin levitä yleiseen tietoisuuteen 1950-luvun aikana.

Vuonna 1977 astui Suomessa voimaan laki toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi, niin sanottu tupakkalaki. Laki kielsi tupakan mainonnan, muun

¹³⁵ Le Fanu 2012, 59–63.

¹³⁶ Le Fanu 2012, 61–64.

¹³⁷ Le Fanu 2012, 65–67.

myynninedistäminen sekä tupakan myynnin alle 16-vuotiaille. Edelleen siinä kiellettiin tupakointi julkisten laitosten vastaanotto-, odotus-, ja kokoustiloissa ja kouluissa. Vaikka lakia ei noudatettu tarkasti, se auttoi vähentämään tupakointia joissakin ryhmissä. Esimerkiksi tupakoivien yliopisto-opiskelijoiden osuus väheni 10 prosenttiin. Jostain syystä peruskoululaisten, varsinkin tyttöjen, tupakointi kuitenkin yleistyi. Suomi oli tässä tilastossa Euroopan kärkimaa. Yhdistyksen kannalta tärkein pykälä oli se, jossa varattiin rahaa tupakoinnin haittojen ehkäisemiseen, tutkimukseen ja seurantaan sekä valistustoimintaan. Summan suuruudeksi määrättiin vähintään puolen prosentin osuus tupakkaveron vuotuisesta tuotosta. Taloudellisista syistä johtuen suunnitelma ei toteutunut, mikä sai kansanterveysjärjestöt protestoimaan.¹³⁸

Tuberkuloosista astmaan ja muihin keuhkosairauksiin

Jo 1970-luvun alussa oli nähtävissä, että uusien tuberkuloositapausten määrä oli lähtenyt laskuun. Esimerkiksi Tiurun sairaalassa, entisessä Tiuruniemen parantolassa, oli vuonna 1969 tuberkuloottisia varten yhteensä seitsemän 25–30 potilaan osastoa. Vuonna 1986 jäljellä oli enää puolikas osasto. Tuberkuloosipotilaiden harvetessa parantoloissa hoidettiin rinnakkain tuberkuloosia ja muita keuhkosairauksia, ja niihin otettiin myös reuma- ja ihotautipotilaita.¹³⁹

Myös tuberkuloositoimistoissa huomattiin tuberkuloositilanteen helpottuminen ja alettiin kiinnittää kasvavassa määrin huomiota muihin ilmiöihin. Vuonna 1969 Lahden tuberkuloositoimiston lääkäri Kirsti Mäkipaja piti Keuhkolääkäriyhdistyksen kokouksessa esitelmän pienoiströntgenkuvauksesta. Esitelmän jälkeen tuberkuloosihuoltoloissa tehdyissä röntgentutkimuksissa alettiin kiinnittää enemmän huomiota keuhkosyövän etsimiseen ja sydämen muutoksiin.¹⁴⁰

¹³⁸ Laki toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi (693/1976); ks. myös Järvinen 1999, 45–46.

¹³⁹ Tari Haahtelan haastattelu 23.10.2013 Helsinki.

¹⁴⁰ Perret 1988, 32.

Tuberkuloosin esiintyvyyden laskiessa obstruktiiviset keuhkosairaudet eli astma ja keuhkoahauma nousivat keuhkolääkärin prioriteettien listalla. Jälkimmäiset saivat enemmän huomiota kuin ne olivat saaneet vaikea tuberkuloositilanteen aikana, mutta niiden määrässä myös tapahtui todellista lisäystä. 1970-luvun aikana astmasta tuli yleinen keskustelunaihe yhdistyksen kokouksissa. Kokouksissa käsiteltiin muun muassa farmakologisia kysymyksiä ja astmalääkkeiden kliinistä tehoa. Keuhkosairauksien ja allergologian yhteistyö tiivistyi vuosikymmenen aikana. Vuonna 1976 yhdistys järjesti yhdessä Suomen allergologi- ja immunologiyhdistyksen ja Suomen ihotautilääkäriyhdistyksen kanssa yhteisen symposiumin.¹⁴¹ Rasitusastma oli myös yksi Lääketiede-79 tapahtuman teemoista.

Vuoden 1984 kevätkokouksessa puhutti ympäristön vaikutus keuhkosairauksiin. Kokouksen esitelmät julkaistiin samana vuonna Suomen tuberkuloosin vastustamisyhdistyksen vuosikirjassa. Tari Haahtelan arvion mukaan ilmansaasteiden vaikutuksia vähäteltiin aluksi. Näytön saaminen ilmansaasteiden vaikutuksesta terveyteen kesti vuosia, koska oireet saattoivat olla epäspesifejä ja yllätyksellisiä. Lääkärit eivät olleet perehtyneet veden ja ilman saasteisiin tai ravinnossa käytettäviin lisäaineisiin. Ympäristölääketiede oli ylipäätään uusi asia.¹⁴²

¹⁴¹ Vuosikertomukset 1970–1976; Perret 1988, 32.

¹⁴² Vuosikertomus 1984; Haahtela 1984 5–6.

3.3 Toisen asteen lääkitys ja tuberkuloosilain kumoaminen

1960-luvulla yhdistyksessä keskusteltiin innolla uusista tuberkuloosilääkkeistä. Vuoden 1969 syyskokouksessa Nils Riska piti esitelmän aiheesta "Etambutoli, kapreomysiini ja rifampisiini aikaisemmin parantumattoman tuberkuloosin hoidossa". Riskan esittelemät lääkkeet olivat niin sanottuja toisen asteen tuberkuloosilääkkeitä. Rifampisiini (RMP), josta nyt puhuttiin ensimmäisen kerran yhdistyksen kokouksissa, oli (ja on) erittäin tehokas tuberkuloosilääke, joka auttoi jaloilleen myös parantumattomina pidettyjä potilaita. Sitä myös siedettiin hyvin: ainoana sivuvaikutuksena oli hyvin lievä ohimenevä maksavaurio. Etambutoli (EMB) oli systemaattisen tutkimustyön tuloksena syntynyt täysin synteettinen tuberkuloosilääke. Kapreomysiini (CAP) osoittautui sekin tehokkaaksi erityisesti iäkkäämpien potilaiden kohdalla.¹⁴³

Tehokkaan tuberkuloosin lääkehoidon perustaksi oli jo 1950-luvulla tullut yhdistelmä-lääkitys eli vaikutukseltaan erilaisten lääkeaineiden hoidollinen yhdistäminen. Se mahdollisti koko bakteeripopulaation, myös jollekin tietylle lääkkeelle resistenttien bakteerien, tuhoamisen. Sir John Croftonin johdolla tehdyt lääkekokeet osoittivat, miten hoidot suunnitellaan niin, että resistenssiä syntyi mahdollisimman vähän.¹⁴⁴ Myös kortisonilla oli paikkansa tuberkuloosihoidossa, vaikka kortisonihoito yksinään aiheutti inaktiivisen tuberkuloosin aktivoitumisen tai tilanteen pahenemisen. Kortikosteroideista oli hyötyä, jos samaan aikaan käytettiin erittäin tehokasta tuberkuloosilääkitystä. Ne hillitsivät tuberkuloosin aiheuttamia tulehdusreaktioita, vaikka eivät varsinaisesti nopeuttaneetkaan paranemista.¹⁴⁵

Lääkevalikoiman kasvaessa ja yhdistelmä-lääkityksen kehittyessä "tekniset" esteet lääkehoidon onnistumiselle vähenivät. Suurimmaksi ongelmaksi muodostuikin usein potilas itse. Hänen saattoi olla vaikea ymmärtää kaksikin vuotta kestävästä raskaasta lääkityksen tarpeellisuutta, kun oireet vähenivät jopa muutaman viikon kuluttua hoidon aloittamisesta. Pitkä lääkitys aiheutti lähes aina myös

¹⁴³ Repo ja Riska 1970, 1272–1276.

¹⁴⁴ Vuosikertomus 1969; Tari haahTELan haastattelu 23.10.2013 Helsinki; ks. myös Perret 1988, 31.

¹⁴⁵ Repo ja Riska 1970, 1276–1277.

sivuvaikutuksia ja rajoitti potilaan elämää.¹⁴⁶ Aina parantuminen ei ollut potilaalle itselleen hyvä uutinen. Håkan Poppius kertoo, että monet pitkään hoidossa olleet kroonikot pelkäsivät turvallisen parantolaympäristön jättämistä. Pahasti laitostuneilla kroonikkopotilailla ei enää ollut parantolan ulkopuolella sosiaalisia suhteita eikä kotia johon palata.¹⁴⁷ Poppius muistaa eräänkin potilaan, joka oli vuosia ollut suljettuna parantolan seinien sisään. Hän oli ollut täysin resistentti aikaisemmille tuberkuloosilääkkeille ja häneltä oli poistettu toinen keuhko tuloksetta. Toisen asteen lääkkeiden ansiosta hän alkoi parantua, mutta hän pelkäsi parantolan, ainoan kotinsa, jättämistä niin, että teki itsemurhan parantolan puutarhassa.¹⁴⁸

Tehokkaan lääkehoidon löytyminen oli kiistatta merkittävä askel tuberkuloosityön historiassa. Se ei silti välittömästi tyhjentänyt parantoloita tuberkuloosipotilaista. Lääkkeillä hoidetut potilaat saattoivat olla puoliterveinä parantoloissa jopa kahden vuoden ajan. Tässä suhteessa käänne tapahtui oikeastaan vasta kun Henrik Riska julkaisi vuonna 1973 väitöskirjansa sairaalavalvontaan perustuvasta tuberkuloosin avohoidosta. Hänen hoitomalliinsa kuului lyhyt sairaalavaihe, jonka jälkeen säännöllistä lääkitystä jatkettiin avohoidossa. Potilaat saivat itse hakea viikon lääkeannoksen lähimmältä terveydenhoitajalta. Sairaalassa potilas kävi enää vain tarkastuksissa, joilla seurattiin hänen kliinistä tilaansa ja kontrolloitiin mahdollisia sivuvaikutuksia. Riska esitteli malliaan vuonna 1971 yhdistyksen vuosikokouksessa Meilahden sairaalassa, ja se herätti runsaasti keskustelua myös vuonna 1972 järjestetyssä tuberkuloosilääkehoidon kokouksessa Turussa. Mallia alettiin pian soveltaa niin kotimaassa kuin ulkomaillakin. Lisäksi opittiin, että lääkitystä ei tarvittu niin pitkään kuin oli aiemmin luultu: taudin parantamiseksi ja resistenssin välttämiseksi riitti puolen vuoden hoito. Avohoitomalli laski parantolahoidon kustannuksia ja lievensi potilaille koituvia taloudellisia ja sosiaalisia haittoja. Yhdessä tehokkaan lääkehoidon kanssa malli nopeutti parantoloiden hoitokapasiteetin vapautumista muille keuhkosairauksille.¹⁴⁹

¹⁴⁶ Repo ja Riska 1970, 1277.

¹⁴⁷ Håkan Poppiuksen haastattelu 22.10.2013.

¹⁴⁸ Henrik Riskan haastattelu 21.10.2013 Helsinki.

¹⁴⁹ Henrik Riskan haastattelu 21.10.2013 Helsinki; Vuosikertomus 1972; ks. myös Jernström 1980, 202.

Tuberkuloosilain kumoaminen

Tuberkuloosikoneiston alasajo – parantoloiden, huoltotoimistojen, piirien – alkoi 1970-luvulla ja päättyi 1980-luvulla. Tuberkuloositutkimukset ja hoito olivat olleet potilaalle maksuttomia vuodesta 1961 lähtien. Vuonna 1967 Lääkäriliitto pyysi Keuhkolääkäriyhdistykseltä lausuntoa valmisteilla olevasta uudesta sairaalalaista. Luonnokseen sisältyi kohta, jonka mukaan tuberkuloosipotilaan tai sellaiseksi epäillyn hoito ja tutkimukset muuttuisivat jälleen maksullisiksi. Yhdistyksen johtokunnan mielestä tämä olisi merkinnyt taka-askelta tuberkuloosityössä ja vaarantanut siinä saavutetut tulokset. Yhdistyksen kanta oli, että tuberkuloosin hoito ja tutkimus piti ehdottomasti säilyttää maksuttomina.¹⁵⁰

Vuonna 1967 tuli voimaan laki (laki tuberkuloosin vastustamistyön järjestämisestä eräissä tapauksissa), joka mahdollisti tuberkuloosikuntainliiton yhdistämisen keskussairaalakuntainliittoon tarvittaessa myös vastoin asianomaisten kuntien tahtoa. Kuntainliitolle siirtyivät tällaisessa yhdistymisessä sekä tuberkuloosiliiton varat että sen tehtävät.¹⁵¹ 1980-luvulle tultaessa kahdeksan tuberkuloosipiiriä oli yhdistetty keskussairaalakuntainliittoihin, ja ennen pitkää yhdistettiin muutkin.¹⁵²

Vuoden 1981 alkupuolella Lääkintöhallitus asetti asiantuntijatyöryhmän selvittämään keuhkosairauksien tutkimuksen, hoidon ja lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämistä, myös tuberkuloosipotilaiden hoidosta vapautuvien sairaansijojen ja henkilöstön käyttöä. Työryhmällä oli vahva side Keuhkolääkäriyhdistykseen. Siihen kuuluivat muiden muassa professorit Eero Tala ja Jorma Pätiälä. Asiantuntijaryhmän suosituksesta työryhmän jäseneksi kutsuttiin myös professori Håkan Poppius.¹⁵³

Tuberkuloosityötä vuodesta 1948 ohjannut tuberkuloosilaki kumottiin vuonna 1986. Sen jälkeen tuberkuloosi rinnastui lainsäädännössä muihin

¹⁵⁰ Vuosikertomus 1967.

¹⁵¹ Laki tuberkuloosin vastustamistyön järjestämisestä eräissä tapauksissa 198/1967, 1.6. 1967.

¹⁵² Sairaalahoidon hallitus 28.10.1981, liite 1, asia 7.

¹⁵³ Keuhkosairauksien asiantuntijatyöryhmän mietintö 1982, 1–5.

tartuntatauteihin, joista säädettiin ennen kaikkea tartuntatautilaissa.¹⁵⁴ Tuberkuloosipiirit lakkautettiin ja niiden jäljellä olevat tehtävät siirtyivät keskussairaaloille. Kun myös parantolakuntainliitot lakkautettiin, kunnilla ei enää ollut varaa ylläpitää parantoloita. Suurin osa niistä otettiin muuhun käyttöön. Tuberkuloosin hoito siirtyi yleissairaaloihin, joko keskussairaaloihin tai yliopistollisiin keskussairaaloihin. Joihinkin parantoloihin sijoitettiin yliopistojen keuhkoklinikoita. Osa tuberkuloositoimistoista muuttui poliklinikoiksi. Järjestelmän alasajo oli nopeaa ja suuri määrä ihmisiä joutui työttömiksi. Parantolat olivat olleet laajoja yhteisöjä, jotka vaikuttivat monella tavoin myös ympäröivän yhteisön elämään. Parantolajärjestelmän hajottaminen ei siis koskenut ainoastaan potilaita ja lääkäreitä.¹⁵⁵ Paikoin parantoloiden sulkemista vastustettiin kansalaiskomiteoin ja adressein.

Tuberkuloosilain kumoaminen seurauksineen herätti joskus epäilyksiä myös asiantuntijapiireissä. Varsinkin Suomen tuberkuloosin vastustamisyhdistyksen ylläpitämän tuberkuloosirekisterin lopettaminen koettiin yhdistyksessä lyhytnäköiseksi toimenpiteeksi, sillä rekisterin jatkaminen olisi tehnyt lakimuutosten vaikutusten arvioinnin helpommaksi. Uuden tilanteen etuja oli se, että se mahdollisti selkeän työnjaon terveyskeskusten suorittaman ennaltaehkäisyn ja erikoislääkäritasoisien taudin diagnostiikan ja hoidon välillä.¹⁵⁶ Ja kun keuhkolääkärien toiminnan painopiste siirtyi parantoloista yleissairaaloihin, heidän yhteistyönsä muiden lääketieteen osa-alueiden kanssa tiivistyi.¹⁵⁷

Uudet tehokkaat tuberkuloosilääkkeet vähensivät tuberkuloositapauksia ja parantolat alkoivat tyhjentyä potilaista. Aikakauden aikana yhdistys joutui puolustamaan alansa erikoisala-asemaa oikeastaan ensimmäistä kertaa. Oli pelkoa, että keuhkolääketiede olisi jäämässä liian suppeaksi alaksi. Tuberkuloositilanteen helpottaminen sai aikaan tuberkuloosilain kumoamisen.

¹⁵⁴ 583/1986 tartuntatautilaki 25.7. 1986; ks. myös Sillastu 2007, 316.

¹⁵⁵ Henrik Riskan Haastattelu 21.10. 2013 Helsinki.

¹⁵⁶ Tammivaara 1988, 11.

¹⁵⁷ Håkan Poppiuksen haastattelu 22.10. 2013 Helsinki.

4. Tuberkuloosin jälkeen

1990-luvulla suljettiin viimeisetkin keuhkotautiparantolat ja keuhkosairauksien hoito integroitiin muiden sisätautipotilaiden hoidon kanssa. Integraation suurin etu keuhkolääkärien kannalta oli mahdollisuus intensiivisempään yhteistyöhön muiden tieteenalojen edustajien kanssa. Keuhkosairauksien hoidon ja tutkimuksen siirtyminen yliopistosairaaloihin tieteellisti alaa. Samaan suuntaan vaikutti myös näyttöön perustuvan lääketieteen nousu (*evidence-based medicine*) 1990-luvulla. Integraatiokehitykseen sisältyi keuhkolääkärien näkökulmasta myös uhkia: lääkäriyöttömyys ja keuhkolääkärien siirtyminen muille aloille, erikoistumispaikkojen väheneminen ja – kenties suurimpana – pelko erikoisalanelkeen identiteetin ja itsenäisen aseman menettämisestä. Keuhkolääkäriyhdistys puuttui peliin erityisen tarmokkaasti silloin kun se katsoi, että alan mittavat uudelleenjärjestelyt uhkasivat keuhkolääketieteen asemaa itsenäisenä erikoisalana. Tällainen tilanne syntyi Oulussa 1980-luvun lopussa. Oulun kiistassa oli kyse myös toisesta yhdistykselle tärkeästä kysymyksestä, alan koulutustarjonnasta.

4.1 Virat ja erikoistumiskoulutus

Keuhkolääkärit arvioivat 1980-luvun lopulla, alan suurimman institutionaalisen murroksen jälkimainingeissa, vakavasti alansa tilaa ja tulevaisuutta. Tuberkuloosilääkäriyhdistyksen 60-vuotisjuhlaa vietettiin maaliskuussa 1988 Helsingissä. Juhlimisen lomassa puhuttiin ajankohtaisista ongelmista, ennen kaikkea koulutuksen järjestämisestä ja virkojen tulevaisuudesta.¹⁵⁸ Olemassa olevien virkojen ja klinikoiden ei katsottu riittävän vastaamaan alan kasvaviin ja monipuolistuviin tarpeisiin. Keuhkolääkärien tehtäväkenttä laajeni jatkuvasti. 1980-luvun lopulla siihen kuuluivat esimerkiksi allergisten sairauksien hoito ja tutkimus, kroonisen happihoidon arvioiminen, granumatoottisten ja muiden infiltratiivisten keuhkosairauksien tutkimus ja niiden hoitoon liittyvät erikoistoimenpiteet sekä syöpädiagnostiikka. Syövän hoitoon kuuluivat

¹⁵⁸ Toimintakertomus 1988.

leikkauskelpoisuuden arviointi, sytostaattihoidot ja saattohoito. Tuberkuloosikaan ei ollut vielä täysin hävinnyt.¹⁵⁹

Tilanteen arviointi jatkui, kun Lääkintöhallitus esitti vuonna 1988 Keuhkolääkäriyhdistykselle lausuntopyynnön koskien alan virka- ja koulutustarpeita. Yhdistys vastasi selvityksellä, joka otsikoitiin ”Keuhkosairaudet vuonna 2000”. Se kertoo, millaisena yhdistys näki alan tulevaisuuden. Selvitys korosti alan laajuutta. Se muistutti, että jo 20 vuotta ennen tuberkuloosilain kumoamista tuberkuloositoimistoissa ja keuhkosairaaloissa oli alettu hoitaa kasvavassa määrin myös muita keuhkosairauksia kuin tuberkuloosia. Tuberkuloosin arvioitiin häviävän kokonaan vuoteen 2000 mennessä. 1980-luvun lopussa suurin osa keuhkolääkärin työstä koski obstruktiivisia keuhkosairauksia, joiden määrä tulisi muun muassa tupakoinnin takia edelleen lisääntymään. Niiden hoito oli yhdistyksen arvion mukaan vielä huonosti järjestetty. Työperäiset sairaudet, erityisesti asbestialtistuksesta johtuvat, tulisivat olemaan ongelma 2000-luvulle saakka. Samoin astma tulisi yleistymään ja uniapnean hoito ja tutkimus oli vasta kehittymässä.¹⁶⁰

Vuonna 1988 Suomessa oli 150 keuhkosairauksien erikoislääkärin virkaa. Sosiaali- ja terveysministeriö arvioi, että keuhkolääkärien tarve Suomessa oli yksi lääkäri 30 000 henkilöä kohden. Lääkintöhallituksen arvion mukaan se oli yksi lääkäri 24 000 henkilöä kohden. Sosiaali- ja terveysministeriön arvion mukaan lääkärintarve suhteutettuna väkilukuun oli 165 ja Lääkintöhallituksen mukaan 206. Keuhkolääkäriyhdistys kannatti Lääkintöhallituksen esittämää korkeampaa arviota. Yhdistys perusteli kantaansa muun muassa sillä, että 1980-luvun lopussa keuhkolääkäreistä 38 prosenttia oli naisia ja että heidän osuutensa oli kasvamassa. Äitiyslomat, aviomiehen työstä johtuva paikkakuntasidonnaisuus ja lasten hoito saivat suuren osa naispuolisista keuhkolääkäreistä hakeutumaan ensisijaisesti Etelä-Suomeen. Lisäksi monissa keskussairaalapiireissä oli vähennetty keuhkolääkärien virkoja. Nämä seikat aiheuttivat alalla virkavajetta. Olemassa olevista viroistakin oli osa täyttämättä ja osa oli täytetty lyhytaikaisilla

¹⁵⁹ Tammivaara 1988, 10–11.

¹⁶⁰ Lausunto Lääkintöhallitukselle, Keuhkosairaudet vuonna 2000, 3.11.1988

sijaisuuksilla tai muodollisesti epäpäteville lääkäreille. Täyttämättömät virat olivat Pohjois-Suomessa. Toisin sanoen olemassa olevia virkoja oli vähän ja niitä oli hajanaisesti. Keuhkosairaudet 2000 -lausunnossa arvioitiin, että koulutuksen järjestäminen pohjoisessa voisi olla keino lisätä alueelle jäävien lääkäreiden määrää.¹⁶¹

Kysymys erikoislääkärien määrästä ja sijoittumisesta kytkeytyi luonnollisesti kysymykseen koulutustarjonnasta. Keuhkotautien erikoiskoulutusta antavia yksiköjä oli vuonna 1988 sekä Kuopiossa, vanhassa Tarinanharjun parantolassa (dosentti Erkki O. Terho), että Tampereen Pikonlinnassa (Antero Muittari). Yliopistosairaaloista vain Tampere ja Oulu olivat ilman keuhkosairauksien professuuria ja klinikkaa. Yhdistys painottikin vuoden 1988 Keuhkosairaudet 2000 -lausunnossaan, että Tampereelle ja Ouluun tarvittiin professorit. Alalla oli suuri poistuma eläköitymisen vuoksi, ja koulutuksen puute aiheutti vajetta keuhkosairauksien erikoislääkäreissä erityisesti Pohjois-Suomessa.¹⁶² Kun Tampere vuonna 1990 otti vastaan määräaikaisen lahjoitusprofessorin vuosille 1992–96, pahimmaksi ongelmaksi jäi Oulu, jossa oli yliopistollinen sairaala mutta ei keuhkotautien professuuria eikä klinikkaa.

Kiistaa puitiin yleisjulkisuudessa jo vuonna 1987. Oululainen sanomalehti *Kaleva* haastatteli 19.9.1987 julkaisemassaan artikkelissa Keuhkolääkäriyhdistyksen puheenjohtajaa Ritva Tammivaaraa. Tammivaaran mielestä keuhkosairauksien hoito oli Oulussa taantunut jo 20 vuotta. Keuhkopotilaita saattoi yliopistosairaalassa hoitaa kuka tahansa sisätautilääkäri. Koska tällaisella lääkäriellä ei ollut erikoistumiskoulutusta eikä hän osallistunut yhdistyksen tarjoamaan täydennyskoulutukseen, hän ei tuntenut uusimpia keuhkosairauksien tutkimus- tai hoitomenetelmiä. Tammivaara muistutti, että Oulun seudulla oli erityistä tarvetta erikoistuneelle keuhkolääketieteelliselle osaamiselle, koska miesten keuhkosityöpä ja lasten astma olivat siellä 15 prosenttia yleisempiä kuin muualla maassa. Samaan aikaan astman ja keuhkoputkentulehduksen ilmaislääkkeitä määrättiin alueella vähemmän kuin muualla maassa, vaikka

¹⁶¹ *ibid.*

¹⁶² Vuosikertomus 1989.

tehokkaan lääkityksen tarve oli astman tapauksessa yleisesti tunnustettu.¹⁶³ Tammivaara antoi ymmärtää, että keuhkolääkäreiden marginalisoinnilla Oulussa oli laajamittaisia taloudellisia ja terveydellisiä seurauksia.

¹⁶³ Kaleva 19.9.1987.

4.2 Ongelmallinen Oulu

Oulu saa tässä yhteydessä niin paljon huomiota, koska siellä keuhkosairauksien itsenäinen asema oli vaarassa. Oulun voi siis katsoa toimivan esimerkkinä siitä kuinka tulosjohtaminen tuli osaksi terveydenhuoltoa. Oulussa käytiin 1980- ja 1990-lukujen vaihteessa pitkällinen kiista erikoisalojen rajoista ja asemasta. Yhdistys oli kiistassa aktiivinen toimija. Lyhyesti sanoen kyse oli siitä, että tuberkuloosilääketieteen vanhojen rakenteiden purkaututtua alueella keuhkolääketiede – ja lääkärit ja potilaat – uhkasi jäädä lapsipuolen asemaan. Oulun yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa ei ollut keuhkolääketieteen professuuria eikä erillistä keuhkosairauksien klinikkaa, vaan keuhkosairaudet hoidettiin sisätautien klinikassa osin muualla kuin keuhkosairauksien osastolla ja osin muiden kuin keuhkosairauksien erikoislääkärien toimesta. Sisätautiklinikassa oli 19-20 sisätautiapulaislääkärin virkaa, mutta ei yhtään keuhkosairauksien erikoistumisvirkaa. Yhdistyksen mukaan tilanne vaaransi keuhkosairauksien hoidon Pohjois-Suomessa ja kiristi ilmapiiriä keuhkosairauksien ja sisätautien välillä.¹⁶⁴

Tilanne kärjistyi edelleen, kun Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin liittovaltuusto joulukuussa 1993, pahimpaan lama-aikaan, päätti lakkauttaa Päivärinteen sairaalan ja siirtää sen tehtävät ja potilaat yliopistosairaalan sisätautiklinikalle. Yhdistyksen johtokunta kirjelmöi Lääkäriliitolle Oulun monista epäkohdista: kun Päivärinteellä oli ollut keuhkosairaille 80 paikkaa, niitä oli OYKS:n keuhko-osastolla vain 28. Osa keuhkopotilaista joutui erikoistumattomien apulaislääkärien hoitoon. Keuhkosairauksien osastoa johti vielä väittelemätön keuhkosairauksien erikoislääkäri, ja osa potilaista oli erikoistumattoman sisätautien apulaislääkärin hoidossa. Ja samaan aikaan keuhkosairauksista väitellyt erikoislääkäri lajitteli potilasarkistossa sairaskertomuksia, totesi johtokunta tuottuneena. Monet keuhkolääkärit kokivat itsensä ylikuormittuneiksi, mikä näkyi myös Lääkäriliiton toimeenpanemassa jäsenkyselyssä.¹⁶⁵

¹⁶⁴ Tammivaara 1988, 11.

¹⁶⁵ Kirje Suomen Lääkäriliitolle 11.10.1993.

Kiistassa oli kyse paitsi alueen potilaiden ja keuhkolääkärien eduista myös erikoisalalan asemasta suhteessa sisätauteihin. Ei siis ihme, että yhdistys reagoi voimakkaasti ja käytti erilaisia vaikutuskanavia. Se keskusteli Oulun tilanteesta Sosiaali- ja terveysministeriön ylijohtaja Kimmo Lepon kanssa, kirjoitti Lääkäriliiton terveystieteelliselle valiokunnalle ja teki valituksen Terveystieteiden oikeusturvakeskuksessa toimivalle lääkärintoimen neuvottelukunnalle. Yhdistyksen hallitus vetosi monenlaisiin argumentteihin: ensiksi, kaikissa muissa keskussairaaloissa ja yliopistollisissa sairaaloissa oli itsenäinen keuhkosairauksien yksikkö. Toiseksi, EU-direktiivi määritteli keuhkosairaudet itsenäiseksi erikoisalaksi. Kolmanneksi, tartuntatauteja koskeva lainsäädäntö sisälsi keskussairaaloiden keuhkosairauksien ylilääkäreille ja yksiköille omia erityisvelvoitteita. Helsingin esimerkki osoitti, että taloudelliset-hallinnolliset seikat, joihin Oulussa vedottiin, eivät olleet esteenä asian ratkaisemiselle. Helsingin yliopistollisessa keskussairaalassa sisä- ja keuhkotaudit toimivat itsenäisinä yksikköinä suuremman tulosalueen sisällä ilman, että jälkimmäistä oli alistettu edelliselle. Lääkäriliiton terveystieteellinen valiokunta asettui ainakin yhdessä asiassa selkeästi yhdistyksen kannalle: keuhkosairauksien yksiköistä vastaavien henkilöiden tuli olla asianomaisen alan erikoislääkäreitä.¹⁶⁶

Oulun yliopiston rehtorille oli esitetty SKLY:n toimesta jo vuonna 1990, että keuhkoalan järjestöt ja lääketeollisuus voisivat lahjoittaa lähivuosina yliopistolle määräaikaisen keuhkotautiopin professuurin. Rahaa oli tässä vaiheessa koossa kaksi ja puoli miljoonaa markkaa, ja uusiakin lahjoittajia oli luvassa. Lahjoituksen ehtona oli, että yliopisto jatkaisi professuurin rahoittamista vähintään viisi vuotta lahjoitusprofessuurin päättymisen jälkeen. Talon – erityisesti sisätautiklinikan – sisältä tuleva vastarinta ja talouslama hidastivat prosessia. Yhdistys piti keuhkolääketieteen asiaa esillä Oulussa järjestämällä siellä vuoden 1994 kevätkokouksensa, jossa käsiteltiin obstruktiivisia keuhkosairauksia, niiden diagnostiikkaa ja hoitoa. Kokouksen toisena päivänä osallistujat tutustuivat Oulun yliopistollisen keskussairaalan keuhkosairauksien alan toimintaan. Oulu sai

¹⁶⁶ Vuosikertomus 1992; myös Kaleva 16.10.1992.

lahjoitusprofessorinsa 1995. Sitä hoiti aluksi virkaa tekevänä dosentti Vuokko Kinnula.¹⁶⁷

Koko maata ajatellen koettiin 1990-luvun jälkipuoliskolla sekä edistysaskelia että takaiskuja. Turun yliopiston keuhkosairausopin professori lakkautettiin Eero Talan jäätyä eläkkeelle. Professorin lakkauttaminen koettiin yhdistyksen piirissä takaiskuna. Lakkautus tehtiin siitä huolimatta, että viran jatkamiseksi oli jo tarvittavat varat, eikä lakkauttamispäätöksessä kuultu yhdistyksen mielipidettä. Turkuun perustettiin kuitenkin keuhkosairausopin ja kliinisen allergologian professori, jota hoitamaan valittiin Erkki Terho. Helsingin yliopistollisessa keskussairaalassa toimeenpannussa organisaatiouudistuksessa muodostettiin sisätautien blokki, jonka sisällä sisätaudit ja keuhkotaudit toimivat itsenäisinä tulosyksikköinä, joilla kummallakin oli omat ylilääkäriinsä ja koulutuspaikkansa. Sisätautien blokin tulosjohtaja toimi keuhkolääkäri Lauri A. Laitinen. Yhdistys oli tähän järjestelyyn tyytyväinen: se takasi keuhkosairauksiin erikoistuville joustavan mahdollisuuden tarvittavan sisätautikoulutuksen saamiseksi. Sisätauteihin erikoistuvat puolestaan saivat keuhkoalan ”reunakoulutusta”.¹⁶⁸

Vuosituhannen vaihteessa

1980-luvun lopulta alkaen tutkimustyön ja tutkimustiedon rooli keuhkolääkärin työssä kasvoi, ja se näkyy myös yhdistyksen toiminnassa. Toiminta oli 1990-luvulla tieteellisesti ja kansainvälisesti suuntautunutta, vaikka lamasta johtuvat julkisen terveydenhuollon resurssileikkaukset varjostivat ilmapiiriä.¹⁶⁹ Keuhkolääkäriyhdistys järjesti ahkerasti koulutustilaisuuksia, usein yhdessä muiden yhdistysten kanssa. Suomessa tehtiin kansainvälisestikin merkittävää keuhkosairauksien alan tutkimusta. Yhdistys otti lisää vastuuta tutkimuksen kehittämisestä ja tutkimustiedon levittämisestä. Se järjesti vuodesta 1984 Progress Report -nimeä kantavia kokouksia, joissa esiteltiin mahdollisimman laajasti keuhkoalalla tehtävää suomalaista tutkimustyötä. Kokouksen yhteydessä järjestettiin apurahakilpailu, jolla innostettiin nuoria tutkijoita ja valmistettiin

¹⁶⁷ vuosikertomus 1994.

¹⁶⁸ Ibid.

¹⁶⁹ Ibid.

heitä kansainvälisiä esiintymisiä varten. Progress Report –tapaamiset pidettiin Helsingissä, ja niiden kustannuksista vastasi Boehringer-Ingelheim –lääkeyhtiö.¹⁷⁰ Osa tutkimustuloksista vietiin nopeastikin kansanterveystyön käytäntöön yhteistyössä järjestökentän ja viranomaisten kanssa. Suuret, pitkälti julkisin varoin rahoitettavat toimenpideohjelmat, joissa kohteena oli yksi sairaus – esimerkiksi astma, uniapnea ja allergiat – ja keinoina valistus, tukitoimet ja hoitokäytäntöjen ajanmukaistaminen, olivat luonteenomaisia vuosituhannen vaihteen suomalaiselle kansanterveystyölle.

4.3 Hit early and hit hard – astman hoidon menestystarina

Vaikka astman syitä ja luonnetta oli ymmärretty pitkään huonosti, siihen oli yleensä liitetty kaksi piirrettä: kohtaukset, joihin liittyy hengityksen vinkuminen ja jotka voivat kestää minuuteista jopa tunteihin sekä toisaalta krooninen hengenahdistus.¹⁷¹ 1950-luvulla astma ei vielä ollut yleinen sairaus: sekä lasten että aikuisten sairastuvuus oli suomalaisissa tutkimuksissa 0,5–1 prosenttia. Astman uskottiin johtuvan lisämunuaisten vajaatoiminnasta ja olevan perinnöllinen. Sitä hoidettiin pääasiassa steroidihormoneilla, joiden oli havaittu lievittävän oireita. 1960-luvun alussa kehitettiin astman hoitoon uusi menetelmä, jota kokeiltiin myös Suomessa: Glomektomia-nimisessä leikkauksessa poistettiin kaulan molemmiin puolin oleva hermokimppu, *glomus caroticus*, jonka uskottiin säätelevän veren hiilidioksidipitoisuutta. Vielä 1960-luvullakin oli tavallista, että uusia hoitomuotoja otettiin käyttöön ilman perusteellista testaamista.¹⁷²

1960-luvulla tuberkuloosipotilailta vapautuneille paikoille suorastaan tulvi astmapotilaita. Johtava suomalainen astmatutkija Tari Haahtela kertoo, että heitä otettiin osastoille joskus heppoisinkin perustein. Kun paikkoja oli vapaana, potilaat voitiin helposti ottaa parin viikon seurantaan. Lääkärin kannalta tällä oli positiivisia seurauksia, sillä suuret potilasmäärät kartuttivat tietoa sairaudesta ja

¹⁷⁰ Tammivaara 1988, 11.

¹⁷¹ Drazen 2013, 4.

¹⁷² Björkstén 1996, 87–88.

kehittivät osaamista: "Lääkärinä kehittyi niin, että pystyi jo potilashuoneen ovelta toteamaan potilaan keuhkofunktion"¹⁷³

Vuonna 1985 alan johtavassa julkaisussa *American Review of Respiratory Journalissa* julkaistu tutkimus käynnisti astman hoidon perustavanlaatuisen uudistamisen. Tutkittavana oli ollut kahdeksan Tiurun sairaalassa hoidettua astmapotilasta, joista kaksi oli vastikään sairastunut tautiin. Haahtela otti heistä näytepalat ja yhdessä Lauri Laitisen ja Matti Heinon kanssa tutki näytepalat elektronimikroskoopilla. Tutkimus osoitti, että potilailla oli selkeä (*full blown*) tulehdus keuhkojen limakalvoilla. Päätelmä oli, että astma oli primäärisesti tulehduksellinen reaktio eikä, kuten aikaisemmin oli ajateltu, keuhkoputkien lihaksiston ongelma. Hengityksen vinkuminen ja hengenahdistus olivat vain funktionaalisia seurauksia tulehduksesta. Havainnolla oli välittömiä terapeutisia implikaatioita: Kun astmaa hoidettiin pelkästään keuhkoputkia avaavalla lääkityksellä, kuten tuohon aikaan oli tapana, puututtiin vain oireeseen eikä taudin primääriseen syyhyn. Olennaista oli lääkittää astmaattista tulehdusta ja tehdä se nopeasti.¹⁷⁴ "Hit early and hit hard", tiivistä Haahtela uuden astman hoidon kantavan periaatteen.

Haahtela ja hänen työtoverinsa alkoivat välittömästi suunnitella tutkimuksen toista vaihetta, interventiotutkimusta, jossa seurattaisiin hiljattain astmaan sairastuneita. Potilaat arvottiin kahteen ryhmään, joista toinen ryhmä sai perinteistä keuhkoputkia avaavaa lääkitystä. Toiselle ryhmälle annettiin ensilinjan lääkkeeksi inhaloitavaa kortikosteroidia, joka rauhoitti tulehdusta. Tulokset olivat dramaattisia: kortikosteroidia saaneen ryhmän keuhkofunktio oli parempi ja kestävämpi kuin keuhkoputkia avaavaa lääkitystä saaneilla. Tulos vahvisti tulehduksen hoitamisen ensisijaisuutta. Tutkimus kesti kaksi vuotta, mitä seurasi vielä vuoden mittainen seurantajakso. Jokaista potilasta seurattiin siis yhteensä kolme vuotta. Tulokset julkaistiin *New England Journal of Medicinessä* ja ne mullistivat astman hoidon maailmanlaajuisesti.¹⁷⁵

¹⁷³ Tari Haahtelan haastattelu 23.10.2013 Helsinki.

¹⁷⁴ Tari Haahtelan haastattelu 23.10.2013 Helsinki.

¹⁷⁵ Tari Haahtelan haastattelu 23.10.2013 Helsinki.

Vuonna 1976 astmaa sairasti arviolta yhden prosentin verran aikuisista, kun vuonna 1995 taudin esiintyvyys oli lähes viisi prosenttia. Alle 5-vuotiaiden keskuudessa astmapotilaiden määrä jopa yhdeksänkertaistui vuosien 1986 ja 1997 välisenä aikana.¹⁷⁶ Astmasta oli tullut merkittävä kansanterveydellinen – ja kansantaloudellinen – ongelma, johon uusi astmatutkimus tarjosi ratkaisuja. Keuhkolääkäriyhdistys lähestyi yhdessä muiden alalla toimineiden yhdistysten kanssa Sosiaali- ja terveysministeriötä valtakunnallisen astmaohjelman aikaansaamiseksi.¹⁷⁷ Tällainen ohjelma, laatuaan maailman ensimmäinen, käynnistettiin jo vuonna 1994.¹⁷⁸ Joissain suhteissa ohjelmassa rakennettiin vanhan tuberkuloosityön mallin päälle. Aikaisessa vaiheessa aloitetulla lääkeshoidolla ja opastetulla omahoidolla onnistuttiin, kuten tuberkuloosinkin tapauksessa, merkittävästi vähentämään sairaalahoidon tarvetta. Myös astman hoidossa alettiin luoda ohjattua omahoitojärjestelmää. Aluksi vastuun astman hoidosta ottivat yleislääkärit. Maahamme luotiin kattava verkosto, johon kuului astmavastuulääkäreitä ja -hoitajia. He eivät välttämättä hoitaneet potilaita henkilökohtaisesti, vaan toimivat tiedon välittäjinä. Farmaseutit antoivat opastusta omahoitoon apteekkeissa.¹⁷⁹

Vuosien 1994–2006 astmaohjelma oli monessa suhteessa menestys. Astman yksilölle ja yhteiskunnalle aiheuttama taakka pieneni. Työkyvyttömyyseläkkeiden määrä ja sairaalahoidon tarve suhteessa astmaatikkojen määrään pienenivät 80 prosenttia. Tällä hetkellä Suomen astmatilanne on maailman paras siinä mielessä, että alle 60-vuotiaiden astmakuolleisuus on pienin maailmassa. Toisin kuin tuberkuloosiaikana, jolloin Suomi pikemminkin seurasi kansainvälisiä trendejä, astman hoidossa Suomi on ollut kärkimaa ja toiminut mallina muille. Kun astmaohjelman tulokset vuonna 2006 julkaistiin, skeptikot epäilivät, että menetelmä ei toimisi alhaisemman elintason maissa.¹⁸⁰ Tämä oletus osoittautui vääräksi. Maailman terveysjärjestön (WHO) brasilialainen osastopäällikkö Alvaro Cruz ajoi Suomen mallin mukaisen astmaohjelman läpi Bahian osavaltiossa

¹⁷⁶ Astmaohjelma 1994–2004 seurantaraportti 1998, 10 – 14.

¹⁷⁷ Kirje sosiaali- ja terveysministerille, 15. Toukokuuta 1992; ks. myös Astmaohjelma 1994–2004 1994, 16.

¹⁷⁸ Tari Haahtelan haastattelu 23.10. 2013 Helsinki.

¹⁷⁹ *ibid.*

¹⁸⁰ Tari Haahtelan haastattelu 23.10. 2013 Helsinki.

Salvadorin kaupungissa. Viiden vuoden kuluessa alueen astmahoidon tarve romahti, mikä viittasi siihen, että Suomen astmaohjelma on yleistettävissä.¹⁸¹ "Tehokkaat hoidot voivat saada aikaan sen, että sairaaloita ei enää tarvita. Tämän pitäisi pohjimmiltaan olla sairaanhoidon tavoite", toteaa astmaohjelman tieteellinen pääarkkitehti Tari Haahtela vuonna 2013.¹⁸²

Muut ohjelmat

Astmaohjelmasta tuli tietyssä mielessä myös uuden, laman jälkeisen kansanterveystyön malli. Omat kansalliset ohjelmansa saivat keuhkohtaumatauti (1996–2003), uniapnea (Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002–2012) ja allergia (Kansallinen allergiaohjelma 2008–2018).

1990-luvulle tultaessa keuhkohtaumataudista oli tullut merkittävä kansanterveysongelma. Sairautta esiintyi runsaasti ja sen hoitokustannukset olivat suuret. Vuonna 1998 Suomessa arvioitiin olevan 400 000 kroonista keuhkoputkitulehdusta sairastavaa henkilöä. Heistä puolella oireiden arvioitiin olevan keuhkohtauman aiheuttamia. Tupakoinnin ja keuhkohtauman välinen kytkös oli vahvistunut. Aiemmin ajateltiin, että keuhkohtaumaan sairastui vain noin joka viides tupakoitsija. Suomessa, Ruotsissa ja Virossa toteutettu laaja epidemiologinen projekti osoitti kuitenkin, että tautia esiintyi luultua enemmän. Ruotsissa julkaistu tutkimus arvioi, että jopa puolet tupakoitsijoista oli vaarassa sairastua.

Sosiaali- ja terveysministeriö suunnitteli vuosina 1996–97 keuhkohtaumatautiin kohdistuvan valtakunnallisen ohjelman yhteistyössä Hengitys ja terveys -yhdistyksen (Suomen tuberkuloosin vastustamisyhdistyksen seuraaja) kanssa. Se pantiin toimeen vuosina 1998–2003. Ohjelman tavoitteena oli vähentää taudin ilmaantuvuutta, ylläpitää sairastuneiden kuntoa ja vähentää taudista johtuvaa sairaalahoidon tarvetta, jälkimmäistä 25 prosentilla. Sairalahoidon vähentämisen tarve korostui, koska 1990-luvun puolivälissä esitettyjen arvioiden mukaan hoidontarve jopa kaksinkertaistuisi vuoteen 2020 mennessä. Ohjelman osana oli

¹⁸¹ Tari Haahtelan haastattelu; ks. Myös Cruz 2011, Asthma in Undererved Populations.

¹⁸² Tari Haahtelan haastattelu 23.10. 2013 Helsinki.

terveydenhuollon ammattilaisten systemaattinen koulutus. Jo ennen ohjelman julkistamista vuonna 1997 pidettiin ensimmäiset keuhkohtaumapäivät. Sitten Hengitys ja terveys järjesti yhdessä sairaanhoitopiirien ja aluetyöterveyslaitosten kanssa useita koulutustilaisuuksia. Vuosien 1997 ja 2003 välisenä aikana järjestettiin yhteensä 260 eri keuhkohtaumaa käsittelevää koulutustilaisuutta, joihin osallistui yhteensä 10 265 terveydenhuollon ammattilaista.¹⁸³

Ohjelman kuluessa suomalaisen aikuisväestön tupakointi, keuhkohtaumataudin suurin aiheuttaja, väheni jonkin verran. Kun vuonna 1997 30 prosenttia suomalaisista miehistä ja 20 prosenttia naisista tupakoi, vuonna 2003 vastaavat luvut olivat laskeneet 26 ja 19 prosenttiin. Myös taudista johtuvat sairaalapäivät vähenivät. Vuosien 1997 ja 2001 välillä hoitajaksojen määrä väheni 3,6 prosenttia ja hoitopäivien määrä jopa 18 prosenttia. Hoitotaksot myös lyhenivät merkittävästi. Kuolleisuuden lasku oli vaatimattomampaa. Kuolleisuus, joka oli vuodesta 1970 lähtien pysytellyt noin tuhannessa henkilössä vuosittain, alkoi vuoden 1998 jälkeen hieman pienentyä.¹⁸⁴

Seuraavan täsmäiskun kohde oli uniapnea. Sitä sairasti 2000-luvun alussa arviolta 150 000 suomalaista, joten sillä on myös suuri taloudellinen merkitys. Hoitamattomana tauti saattaa lisätä kuolleisuutta, tapaturmia ja sydän- ja verisuonitauteja.¹⁸⁵ Oireyhtymää pidettiin vielä 1960-luvun aikana vain ylipainoisten sairautena. Myöhemmin tätä käsitystä korjattiin. HYKS:ssä uniapneahoito aloitettiin kesäkuussa 1987. Hoitosuositukset perustuivat kerran kuukaudessa kokoontuvan työryhmän kannanottoihin. Työryhmä oli monialainen: siihen kuului keuhkosairauksien lisäksi neurologian, kliinisen neurofysiologian, radiologian, korva- nenä ja kurkkutautien sekä plastiikkakirurgian edustajia. Uniapnea on yksi niistä sairauksista, joiden hoidossa ja tutkimuksessa monialainen yhteistyö on välttämätöntä.¹⁸⁶

¹⁸³ Pietinalho ja Kontula 2004, 3300.

¹⁸⁴ Pietinalho ja Kontula 2004, 3299–3300.

¹⁸⁵ Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002–2012, 16.

¹⁸⁶ Partinen ja Poppius, Uniapnean diagnosointi ja hoito 1998, 421–425.

Uniapnea-ohjelma käynnistyi siten, että Hengitys ja terveys -yhdistys kokosi Sosiaali- ja terveysministeriön suostumuksella työryhmän valmistelemaan uniapnean ehkäisy- ja hoito-ohjelmaa. Työryhmän puheenjohtajana toimi myös SKLY:n puheenjohtajana (1994 – 1996) toiminut HUS:n toimitusjohtaja Lauri Laitinen. SKLY antoi oman lausuntonsa ohjelman sisällöstä.¹⁸⁷ Ohjelman tavoitteina olivat tietenkin uniapnean ilmaantuvuuden vähentäminen ja mahdollisimman monen potilaan parantaminen. Tärkeää oli myös pyrkiä säilyttämään sairastavien työkyky mahdollisimman hyvänä ja ehkäistä yhteiskunnalle sairaudesta johtuvia kustannuksia. Tavoitteiltaan uniapneaohjelma oli siis lähellä astmaohjelman tavoitteita. Astmaohjelman tapaan siinäkin painotettiin varhaista diagnosoitua. Painonhallinta oli tärkeä osa uniapnean ehkäisemistä ja hoitoa.¹⁸⁸ Tätä ohjelmaa ei kuitenkaan koskaan toteutettu.

Vuonna 2008 tuli allergiaohjelman käynnistämisen vuoro. Allergiatietoutta oli 2000-luvulla kasvattanut suomalaisten tekemä Karjala-tutkimus. Tutkimuksessa selvitettiin siitepölyallergian esiintyvyyttä Venäjän Karjalassa, 100 kilometriä Suomen rajalta, ja verrattiin sitä suomalaisiin lukuihin. Tutkimus osoitti, että Venäjän Karjalassa siitepölyallergiaa esiintyi vain parilla prosentilla väestöstä, kun vastaava luku Suomen puolella oli yli 20 prosenttia. Ero vahvisti näkemystä allergioista sellaisina immuunipuolustuksen häiriöinä, joiden syyt palautuvat modernisaatiokehitykseen. Allergiat olisivat siis luonteeltaan elämäntapa- ja ympäristösairauksia. Suuri kysymys oli, olivatko häiriöt vielä korjattavissa.¹⁸⁹

Allergiaohjelma oli kaksisuuntainen. Yhtäältä haluttiin hoitaa vakavimmat allergia- ja astmaoireet entistä varhaisemmassa vaiheessa ja entistä paremmin. Toisaalta haluttiin korostaa, että lieviin allergiaoireisiin ei kannattanut kiinnittää liikaa huomiota. Tarvittiin eräänlainen asenteellinen muutos. Esimerkiksi ruokavaliota ei kannattanut kokonaan muuttaa. Tämä aiheutti vääristynyttä suhtautumista ruokailun merkitykseen. Allergiaoireet voitiin hallitusti saada kuriin altistamalla aiheuttaville tekijöille sopivassa määrin. Tietysti vakavat allergiset vaivat täytyi priorisoida. Testauksen laatua pyrittiin parantamaan ja oireita hoitamaan

¹⁸⁷ Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002–2012, 13.

¹⁸⁸ Antti Saarisen sähköpostihaastattelu; Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002–2012, 4.

¹⁸⁹ Kansallinen allergiaohjelma 2008–2018 – aika muuttaa suuntaa 2008, 3–4.

tehokkaalla lääkityksellä. Tärkeä oli kuitenkin pyrkiä vahvistamaan immuunijärjestelmää niin kutsutulla siedätyshoidolla. Allergiaohjelman myötä lanseerattiin uusi käsite, ”allergiaterveys”. Termi sisälsi ohjelman koko sisällön. Siinä yhdistyivät sekä itse sairaus että terveys. Termillä pyrittiin korostamaan uutta sairauskäsitystä. Allergiaa pidettiin enemmänkin ihmisen ominaisuutena kuin sairautena. Allerginen henkilö kykeni elämään täysipainoista elämää. Kuten aikaisemmissa ohjelmissa, myös allergiaohjelmassa järjestöjen rooli oli olennainen. Yhdistykset sitoutuivat ohjelman noudattamiseen sekä tarjoamaan koulutusta, neuvontaa, tiedotusta ja vertaistoimintaa. Yhdistykset toimivat myös vahvoina taustavaikuttajina ohjelman synnyssä. Eri yhdistysten voimin toimitettiin allergiaohjelman ensimmäinen ehdotus sosiaali- ja terveystieteille jo vuonna 2006.¹⁹⁰

Uudessa allergiaohjelmassa oli keskeisintä, ettei lievien allergiaoireiden takia liikaa vältetty erilaisia asioita, kuten ruokia, jotka olivat joskus varhaislapsuudessa aiheuttaneet oireita. Ajatuksena oli lisätä allergisen henkilön sietokykyä allergiaoireita aiheuttaville asioille. Tässä on suuri ero 1960 – 1970 luvulla muodostuneelle käytännölle, jossa tehtiin pitkiä listoja vältettävistä asioista lähinnä allergiatestien perusteella. Toki vaikeita allergiaoireita aiheuttavia asioita oli edelleen vältettävä. Suomalainen allergiaohjelma oli kansainvälisesti alansa ensimmäinen, jossa otettiin huomioon koko allergian kirjo. Ohjelma liitettiin osaksi WHO:n kroonisten sairauksien torjuntaohjelmaa. Kuten astmaohjelma, myös allergiaohjelma voi siis toimia mallina muissakin valtioissa. Ohjelma julkaistiin myös eurooppalaisessa *Allergy* -lehdessä, jossa sen sanomana oli: ”Uusi aika on koittanut”.¹⁹¹

Viimeisen 20 vuoden aikana lääketieteessä tuli olennaiseksi perusteellisempaan tieteelliseen näyttöön perustuvat hoidot. Aikaisemmin oli käytössä vielä kokemusperäisiä hoitomuotoja. Näyttöön perustuvan lääketieteen nousun seurauksena Duodecim-seura alkoi laatia ja julkaista niin kutsuttuja käypä hoito - suosituksia, jotka perustuivat laajaan tieteellisten artikkeleiden arviointiin.

¹⁹⁰ Kansallinen allergiaohjelma 2008–2018 – aika muuttaa suuntaa 2008, 4–5.

¹⁹¹ Kansallinen allergiaohjelma 2008–2018 – aika muuttaa suuntaa 2008, 3.

Merkittävimmistä keuhkosairauksista kuten keuhkohtaumasta, uniapneasta, keuhkokuumeesta ja keuhkosityövästä laadittiin omat käypä hoito –suositukset.¹⁹² Ne ovat tieteelliseen tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia, joissa käsitellään terveyteen, sairauksien hoitoon ja ehkäisyyn liittyviä asioita. Niiden pohjalta laadittiin suosituksia hoitopäätösten pohjaksi. Suositusten tuottamista tuki ja koordinoi Duodecimissa erityinen käypä hoito -yksikkö, ja työn rahoitti pääasiassa Sosiaali- ja terveysministeriö. Toteutus perustui Duodecimin ja erikoislääkäriyhdistysten väliseen laajaan yhteistyöverkostoon. Hoitosuosituksia tehtiin erityisesti sairauksista, jotka olivat kansanterveydellisesti merkittäviä, joiden hoitokäytännöissä oli vaihtelua ja joihin liittyvää uutta tietoa kaivattiin kentällä. Erikoislääkäriyhdistykset kuten SKLY vastasivat suositusten laatimisesta käypä hoito -toimituksen kanssa.¹⁹³

Erikoistumisen kolmas ja yhä meneillään oleva vaihe voidaan nähdä alkaneen 1950-luvulta. Virallisten erikoistumisopintojen lujittuminen ja laillistuminen, tutkimuksen valtava lisääntyminen, uusien kliinisten testaamismenetelmien keksiminen, teknologiset saavutukset ja erilaiset kansainväliset standardit ovat Weiszin mukaan meneillään olevan vaiheen tunnuspiirteitä.¹⁹⁴

1980-luvulta lähtien keuhkolääketiede kohtasi alana suuria haasteita. Keuhkolääketieteen kenttä laajeni ja alan kasvava tarve ei vastannut vallinnutta tilannetta. Yhdistys ottikin voimakkaasti kantaa tilanteen parantamiseksi. Oulu nousi keskustelussa keskiöön. Astman hoidossa Suomesta tuli maailmassa mallimaa. Astmaohjelman toimivuus sai osakseen kansainvälistä huomiota. Samankaltaista mallia alettiin soveltaa myös useiden muiden sairauksien hoidossa.

¹⁹² Antti Saarisen sähköpostihaastattelu.

¹⁹³ Hoitosuositustyöryhmien käsikirja 2012, 5–7.

¹⁹⁴ Weisz 2006, 16.

Johtopäätökset

Keuhkosairauksilla oli alana pitkään heikko maine. Se ei ollut tieteellisesti kukoistavaa ja ei siten houkuttanut lääkäreitä erikoistumaan. Monia vanhoja lääkäreitä nimitettiin keuhkolääkäreiksi heikoin perustein ja luonnollinen poistuma oli suurta. Vanhat lääkärit olivat ensisijaisesti tuberkuloosilääkäreitä. Keuhkolääkärin toimenkuva laajeni vasta kun alalle alkoi tulla nuoria lääkäreitä. Keuhkolääketiede alkoi tieteellisesti nousta vasta, kun kontaktit muuhun lääketieteeseen syntyivät 1960-luvun alusta. Samalla keuhkosairauksien maine lääketieteen alana koheni. Parantoloissa käytännön työ oli koulutusta ja hoidollisesti tuberkuloosityö oli menestystarina. Tämä pätee niin tubikuolleisuuteen kuin sairastuvuuteen, immuniteettiriskiä ja hoidon tuloksiin. Tuberkuloosityön onnistuminen ei johtunut niinkään tieteellisistä läpimurroista vaan valmiudesta ottaa oppia ulkomailta ja soveltaa olemassa olevaa tietoa maamme erityisoloihin. Tuberkuloosityö olikin menestys myös organisaatorakenteen kannalta. Lopulta tehokkaan lääkehoidon myötä muutos tapahtui nopeasti ja tuberkuloosiongelma saatiin ratkaistua. Vaikka tuberkuloosityö oli siis tieteellisesti katsottuna heikkoa, se oli hoidollisesti ajateltuna menestystarina.

Keuhkosairauksien suurin haaste oli saada riittävästi näkyvyyttä erottuakseen suurempien ja houkuttelevampien erikoisalojen, kuten sisätautien (ja erityisesti sen suppean erikoisalan kardiologian) ja kirurgian joukosta. Keuhkolääkäreistä alkoi hiljalleen olla jopa pulaa ja myös eräät muut pienet alat, kuten korva- ja kurkkutaudit sekä silmätaudit houkuttelevat enemmän parempien yksityisen sektorin markkinoiden ansiosta. Keuhkolääkärien tuli itsenäisesti ja yhdistyksensä kautta korostaa ammattitaitoaan merkittävinä erityisosaajina ja tiettyjen yleisten sairauksien, kuten astman, uniapnean ja keuhkokuumeen, asiantuntijoina. Tuberkuloosin merkitys on ratkaisevasti pienentynyt viimeisen 40 vuoden aikana. Ensi vaiheessa tuberkuloosin vastaiselta työltä vapautunutta kapasiteettia siirtyi paljon astman ja allergioiden tutkimukseen ja hoitoon. 1990-luvun ja 2000-luvun aikana nousi uniapnea merkittäväksi osaksi keuhkosairauksien yksiköiden toimintaa. Aluksi tuberkuloosiin nähden ”uusia” keuhkosairauksia hoidettiin ja

tutkittiin paljon sairaaloiden osastoilla. Kun kapasiteettia vihdoinkin vapautui muille keuhkosairauksille, astmapotilaat kansoittivat potilasosastoja. Valtaosa heistä oli todella sairaita, koska astmaa ei vielä tunnettu ja hoitokin oli huonoa.

Tuberkuloosiongelman päihittämisessä olennaista oli valmius ottaa oppia ulkomailta. Astman kohdalla tilanne oli päinvastainen: Suomi nousi edelläkävijäksi astman tutkimuksessa ja hoidossa. Tuberkuloosinvastustamistyössä ei ollut tarvetta eikä käytännön hyötyä olla tieteellisen skeptinen, vaan oli tehtävä se, mitä piti tehdä. Ongelmia ratkaistiin järjestelmällisellä toiminnalla ja laajalla valistustyöllä, kun taas tieteellinen toiminta perustuu kokeelliselle metodille ja systemaattiselle epäilylle. Tuberkuloosityön keulahahmot eivät olleet siis siinä mielessä varsinaisia tiedemiehiä.

Suomen tuberkuloosilääkäriyhdistys ja myöhemmin keuhkolääkäriyhdistys oli ainoa vahva kollegiaalinen yhdysside erillään olevien parantoloiden ja sairaaloiden välillä. Keuhkolääkäreiden piirissä yhdistystä on aina pidetty suuressa arvossa ja sen toimintaan on mielellään osallistuttu. Yhdistyksen merkitys yhdyssiteenä on saattanut vähentyä erikoisalojen integraation myötä, mutta se on silti edelleen voimissaan. Keuhkosairauksilla oli kuitenkin havaittavissa eräänlainen identiteettiongelma. Tällä tarkoitan sitä, että jos esimerkiksi astmaa hoiti allergologi ja keuhkosityöpää onkologi, niin mitä enää jäi keuhkolääkäreille? Keuhkohtaumatauti ja harvinaiset keuhkokudossairaudet eivät riittänyt tälle erikoisalalle. Keuhkolääkärien erikoisalan roolin määrittämisessä SKLY:n merkitys korostui.

Yhdistyksellä oli jäsenistölleen suuri merkitys yhdistävänä tekijänä. Yhdistys oli alusta asti akateemisesti orientoitunut ja sen hallituksen tehtävänä oli pyydettyä lausuntojen antaminen. Ministeriöt olivat kiinnostuneita SKLY:n antamista lausunnoista ja tärkeinä pitämässään kysymyksissä SKLY olikin halukas ottamaan osaa keskusteluihin.

Tutkimuksessani esiin nousseen valtakunnallisen astmaohjelman menestyksen synnyttämät useat muut ohjelmat vaatisivat mielestäni tarkempaa perehtymistä ja olisivat oiva pohja uudelle tutkimukselle.

Aloittaessani tämän tutkimuksen tekemistä Suomen Keuhkolääkäriyhdistystä tai sen roolia alan kehityksessä ei ollut aiemmin kunnolla tutkittu. Tutkimukseni oli osa projektia, jossa kartoitettiin yhdistyksen historiaa sen 85-vuotisen historian ajalta.

Lähteet ja tutkimuskirjallisuus

I Painamattomat lähteet

Keuhkosairauksien asiantuntijatyöryhmän mietintö 1982, 1 – 5.

Kirje Spesialiteettilautakunnalle 1972.

Lausunto Lääkärinhallitukselle 1988: Keuhkosairaudet vuonna 2000. Suomen Keuhkolääkäriyhdistys.

Sairaalaliiton hallitus 28.10.1981, Liite 19, asia 1.

Sairaalahoidon hallitus 28.10.1981, Liite 1, asia 7.

SKLY:n vuosikertomukset ja pöytäkirjat 1928 – 1989.

II Painetut lähteet

1. Lähde- ja asiakirjajulkaisut

Cruz, Alvro A. 2011: Asthma In Underserved Populations, World Allergy Congress 5.12.2011, Cancun.

Laki tuberkuloosin vastustamistyön järjestämisestä eräissä tapauksissa 1.6. 1967 (198/1967). Suomen asetuskokoelma 1967. Helsinki.

Tartuntatautilaki 25.7. 1986 583/1986, Suomen Säädoskokoelma vuodelta 1986. Helsinki.

Tala, Eero 1988: *"Tuberkuloosin tutkimus ja hoito ajan kuvastimessa"* Suomen Keuhkolääkäriyhdistys 60-vuotisjuhlakokous s. 35 – 38. Toimittaneet Pentti Tukiainen ja Kari KK Venho. Suomen Keuhkolääkäriyhdistys.

Tammivaara, Ritva 1988: *"Puheenjohtajan tervehdys"*, Suomen Keuhkolääkäriyhdistys 60-Vuotisjuhlakokous s. 9 – 15. Toimittaneet Pentti Tukiainen ja Kari KK Venho. Suomen Keuhkolääkäriyhdistys.

Perret, Louis 1988: *"Suomen Keuhkolääkäriyhdistys 1928 – 1988"*, Suomen Keuhkolääkäriyhdistys 60-Vuotisjuhlakokous s. 9 – 15. Toimittaneet Pentti Tukiainen ja Kari KK Venho. Suomen Keuhkolääkäriyhdistys.

3. Lehdet

Crofton, John 1958, *"Keuhkotuberkuloosin kemoterapiasta"*. Suomen Lääkärilehti.

III Haastattelut

Henrik Riskan Haastattelu. Helsinki. 21. 10. 2013.

Håkan Poppiuksen haastattelu. Helsinki. 22. 10. 2013.

Tari Haahtelan haastattelu. Helsinki 23.10.2013.

Antti Saarisen sähköpostihaastattelu.

IV Sähköiset lähteet

Biografiakeskus: Estlander, Jakob August.
<http://www.kansallisbiografia.fi/pc124152.oulu.fi:8080/kb/artikkeli/3189/>
Luettu 17.12.2013

Kalima, Tauno 1928: Keuhkotuberkuloosin kirurginen hoito ja sen tulokset.
http://www.terveysportti.fi/d-htm/articles/1928_9_648-692.pdf. Luettu 17. 12. 2013.

Helsingin yliopiston opettaja- ja virkamiesluettelo 1918 – 2000.
<http://www.helsinki.fi/keskusarkisto/virkamiehet/laaketiede/laakistdktuberkuloosi.htm>. Luettu 17. 12. 2013.

Tala, Eero & Poppius Håkan 1988: ”Tuberkuloosista keuhkosairausoppiin”.
http://www.terveysportti.fi/d-htm/articles/1988_6_355-357.pdf. Luettu 17. 12. 2013.

Witschi, Hanspeter 2001, ”Profiles in Toxicology, A Short History of Lung Cancer”.
<http://toxsci.oxfordjournals.org/content/64/1/4.full>. Luettu 17. 12. 2013.

Tala, Eero 1970 ”Keuhkosairaudet muuttuvassa maailmassa”.
http://www.terveysportti.fi/d-htm/articles/1970_19_1111-1115.pdf. Luettu 17. 12. 2013.

V Tutkimuskirjallisuus

Björkstén, Fred 1996: *Allergologia Suomessa 1765 – 1996*. Allergiatutkimussäätiö, Jyväskylä.

Härö, Sakari 1992: *Vuosisata tuberkuloosityötä Suomessa: Suomen Tuberkuloosin vastustamisyhdistyksen historia*. Suomen tuberkuloosin vastustamisyhdistys, Helsinki.

Ignatius, Jaakko 2012: *Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 1881 – 2006*, Duodecim, Helsinki.

- Jauho, Mikko 2007: *Kansanterveysongelman synty*. Tutkijaliitto, Helsinki.
- Jernström, Frank 1980: *Liitossa Terveiden hyväksi, Puolivuosisataa sairaanhoitoa Meltolassa*. Ekenäs Tryckeri ab, Tammisaari.
- Le Fanu James 2012: *The Rise and Fall of Modern Medicine, revised edition*. Basic Book, New York.
- Magner Lois N. 2011: *A History of Medicine*. Informa Healthcare, London.
- Sillastu, Heinart 2007: *Yhteistyön vuodet*. Filha ry, Tartto.
- von Bonsdorff, Bertel 1975: *The History of Medicine In Finland*. Societas Scientarium Fennica, Helsinki.
- Bynum, Helen 2012: *Spitting Blood the history of tuberculosis*, Oxford University press, Iso-Britannia.
- Timmermann, Carsten 2014: *A History of Lung Cancer The Recalcitrant Disease*, Pelgrave Macmillan, New York.
- Weisz George 2006: *Divide And Conquer – a Comparative History of Medical Specialization*, Oxford University Press New York.
- Freidson Eliot 1988: *Profession of Medicine – a Study of the Sociology a applied knowledge*, The University of Chicago Press, Yhdysvallat.
- Freidson, Eliot 2001: *Professionalism the third logic on the practice of knowlede*, University of Chicago Press, Yhdysvallat.