

Katsaus lääkäriprofession kehitykseen Suomessa

Lääkäri, yhteiskunta ja yhteisö

Suomalaisen lääkärikunnan historian voidaan katsoa alkavan 1830-luvulta. Perusterveydenhuollon näkökulmasta historia jakautuu neljään jaksoon: piirilääkäriin aikaan (1832–1900), kunnanlääkäriin aikaan (1900–72), terveyskeskuslääkäriin aikaan (vuodesta 1972 eteenpäin) ja – kuten näyttää – keikkalääkäriin aikaan (vuosituhannen vaihteesta eteenpäin). Koulutuksen, menetelmien ja potilasaineksen lisäksi on jaksosta toiseen siirryttäessä merkittäviä muutoksia kokenut myös lääkärin yhteiskunnallinen asema.

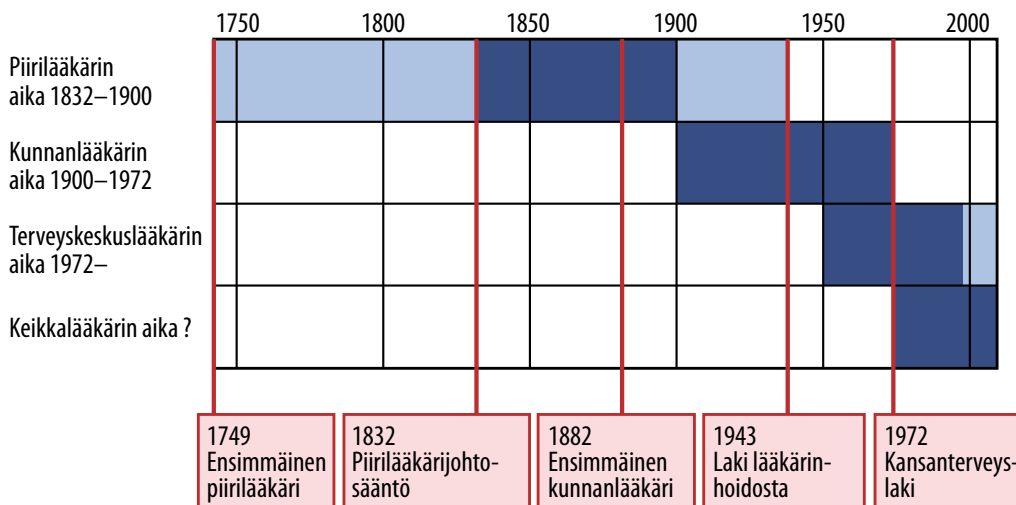
Suomessa on ollut akateemisesti koulutettuja lääkäreitä noin kahden ja puolen sadan vuoden ajan. Määrä pysyi pitkään hyvin pienenä. Lääkärikunnasta voidaan puhua 1830-luvulta eteenpäin, jolloin lääkäreitä oli maassa kuutisenkymmentä ja he perustivat ensimmäisen valtakunnallisen yhdistyksensä. Lääkärikunnan historia voidaan jaksottaa sen mukaan, kuka sen edustajista antoi sille ”kasvot” eli kenen kanssa kansalainen todennäköisimmin joutui tekemisiin. Suomalaisen lääkärikunnan historiassa erottuvat näin piirilääkäriin aika (1832–1900), kunnanlääkäriin aika (1900–72), terveyskeskuslääkäriin aika (vuodesta 1972) ja keikkalääkäriin aika (vuosituhannen vaihteesta eteenpäin) (KUVA 1). Eräs vaiheita erottava seikka on lääkärikunnan muuttuva yhteiskunnallinen asema (merkityksessä position, ei merkityksessä status). Sitä määrittävät lääkärin suhde yhteiskuntaan ja yhteiskuntaa edustaviin instituutioihin, paikallisyhteisöön, työyhteisöön ja potilaisiin. Määritelmän valossa historiallista taustaa vasten näyttää lääkärin yhteiskunnallinen asema olevan parhaillaan-kin murroksessa.

Piirilääkäri – lääkäri keisarin armosta

Piirilääkärit muodostivat 1800-luvulla lääkärikunnan näkyvimmän osan. Ensimmäinen Suomen maaperällä työskennellyt piirilääkäri aloitti Vaasassa 1749. Enimmillään, vuosina 1883–1936, piirilääkäreitä oli 53. Virat lakkautettiin 1943, jolloin niiden tilalle tuli yhdeksän hallinnollista lääninlääkäriin virkaa. Piirilääkäriin aika – se aika, jolloin juuri piirilääkäri oli ammattikunnan henkilöitymä – päättyi kuitenkin jo vuosisadan vaihteessa, kun kunnanlääkärien määrä ylitti piirilääkärien määrän. Piirilääkärien määrä suhteessa väestöön oli mitättömän pieni, mutta suhteessa maan lääkärikuntaan se oli 1800-luvulla ja vielä 1900-luvun alussakin huomattava (TAULUKKO 1).

Piirilääkäriin yhteiskunnallista asemaa määrittä suhde valtioon, kruunuun. Hän oli vakinainen valtion virkamies, keskusvallan edustaja maakunnassa. Hän oli vannonut uskollisuudenvalan keisarille ja saanut nimityksensä keisarilliselta senaatilta, ja hänen työtään valvoivat lääkintöhallitus (vuoteen 1878 lääkintötoimen ylihallitus) ja kuvernööri, siis keisarin edustaja läänissä. Virka toi mukanaan virkapalkan, virkapuvun, erilaisia etuja sekä merkittävää ammatillista valtaa ja vastuuta. Suuriruhtinaskunnassa kaikilla vähänkin merkittävillä virkamiehillä oli rankiasema, joka vastasi keisarillisen armeijan sotilas-arvoa. Rankiasemalla mitaten piirilääkäri koki 1800-luvun kuluessa huiman arvonnousun: hän nousi vänrikin tietämiltä everstiluutnantin rankiin, luokkaan VII (Soininen 1943).

Vuoden 1832 piirilääkärijohtosääntö heijastaa piirilääkäriin asemaa kruunun palvelijana. Piirilääkäriin päätehtävä oli vähentää kuolleisuutta, etenkin kulkutautikuolleisuutta, ja si-



KUVA 1. Suomen lääkärikunnan vaiheet keskeisten edustajien mukaan.

ten edistää kansakunnan vaurastumista. Vallitsevan merkantilistisen talousajattelun mukaan kansakunnan mahti ja vauraus oli riippuvainen työkykyisen väestön määrästä. Aseina kulkutauteja vastaan olivat rokottaminen (isorokko), eristäminen (kolera ja muut kulkutaudit) sekä yleisen hygienian edistäminen. Samalla piirilääkäri tuotti keskusvallan käyttöön hyödyllistä tietoa väestöstä ja sen terveyteen mahdollisesti vaikuttavista seikoista.

Paikallisyhteisössä piirilääkärillä oli erottuva ja korkea asema. Hän erottui virka-asemansa, sosiaalisen asemansa ja koulutuksensa nojalla paitsi rahvaasta myös muista säätyläisistä. 1800-luvun piirilääkärin sosiaalinen status oli jo lähtökohtaisesti suhteellisen korkea: hänen isänsä oli useimmiten pappi tai virkamies, siis ylempää keskiluokkaa (Johnsson 1928). Varsinaisen eliitin – sotilas- ja virka-aatelin, suurmaanomistajien ja korkeimpien virkamiesten – pojat sen sijaan hakeutuivat yleensä joko upseerinuralle tai oikeustieteelliseen tiedekuntaan. Talonpoikaisesta taustasta ponnistavalle lääketieteellistä luontevampi valinta taas oli teologinen tai filosofinen tiedekunta, joissa koulutus oli lyhyempi ja siis halvempi. Papin ja opettajan virkoja oli sitä paitsi tarjolla huomattavasti enemmän kuin lääkärinvirkoja.

1800-luvun piirilääkäri, jolla oli takanaan 10–15 vuoden akateeminen koulutus, erottui ympäristöstään myös oppineisuudellaan. Piirilääkäri oli nimenomaan oppinut, ei pelkkä ammattimies. Medisiinariksi pääsi vasta suoritettuaan filosofian maisterin tutkinnon, johon vuosisadan alkupuolella sisältyi kuulustelu kaikissa filosofisen tiedekunnan aineissa (paitsi itämaisissa kielissä) ja vuosisadan jälkipuolella luonnontiedettä ja kieliä. Oppinut lääkäri puhui monessakin merkityksessä eri kieltä kuin etupäässä oppimattomat potilaansa.

Useimmilla 1800-luvun piirilääkäreillä ei ollut varsinaista työyhteisöä. Kaupungeissa asuvilla piirilääkäreillä saattoi olla paikkakunnalla yksi kollega, kaupunginlääkäri, mutta useimmat piirilääkärit pitivät kollegoihin yhteyttä lähinnä kirjeitse. Täydennyskoulutus rajoittui kirjallisuuden kierrättämiseen ja lukemiseen. Valtakunnallisten lääkariseurojen Finska Läkarsällskapetin (perustettu 1835) ja Duodecimien (perustettu 1881) kokouksiin etäällä Helsingistä asuvat piirilääkärit pääsivät harvoin. Lähimpiä yhteistyökumppaneita olivat yleensä papit, jotka vastasivat väestökirjanpidosta ja antoivat rahvaalle terveysneuvontaa, sekä rokottajat, joita piirilääkäri ohjeisti ja valvoi. Piirilääkärin vastuulla oli myös kättilöiden, sairashuoneiden

TAULUKKO 1. Piirilääkärikunnan kehitys 1750–1940 (Johnsson 1928, Tilastokeskus 1971).

Vuosi	Väkiluku	Lääkäreitä	Piirilääkäriin- virkoja	Piirilääkärien osuus lääkäri- kunnasta (%)
1750	421 537	2	1	50
1800	832 659	noin 20	8	40
1850	1 636 915	noin 75	26	34,6
1900	2 712 562	373	53	14,2
1910	3 115 197	523	53	10,1
1920	3 364 807	657	53	8
1930	3 667 067	1 000	53	5,3
1940	3 695 600	1 378	45	3,2

ja apteekkien valvominen sekä oikeuslääketieteellisten ruumiinavausten tekeminen.

Potilassuhteiden laatu vaihteli huomattavasti piirilääkäriin asemapaikan, kiinnostuksen ja rahantarpeen mukaan. Piirilääkärijohtosääntö asetti potilastyön selkeästi toissijaiseen asemaan suhteessa yleiseen terveydenhuoltoon: sairaita sai hoitaa vain silloin ja siinä määrin kuin ensisijaiset virkatehtävät sallivat. Varatomat potilaat tuli hoitaa ilmaiseksi, muilta sai periä palkkion. Piirilääkäriillä saattoi kyllä olla tiiviitä ja pitkiä potilassuhteita paikkakuntansa asukkaisiin, mutta piiriin etäisempien kolkkien asukkaat eivät välttämättä koskaan tavanneet lääkäriään. Eräs talonpoikaissäädyn pohjalais-edustaja esimerkiksi valitti vuosien 1877–78 valtiopäivillä, että piirilääkäri nähtiin pitäjässä vain silloin, kun tappelussa oli tullut ruumiita, joille piti toimittaa oikeuslääketieteellinen ruumiinavaus (Tiitta 2009).

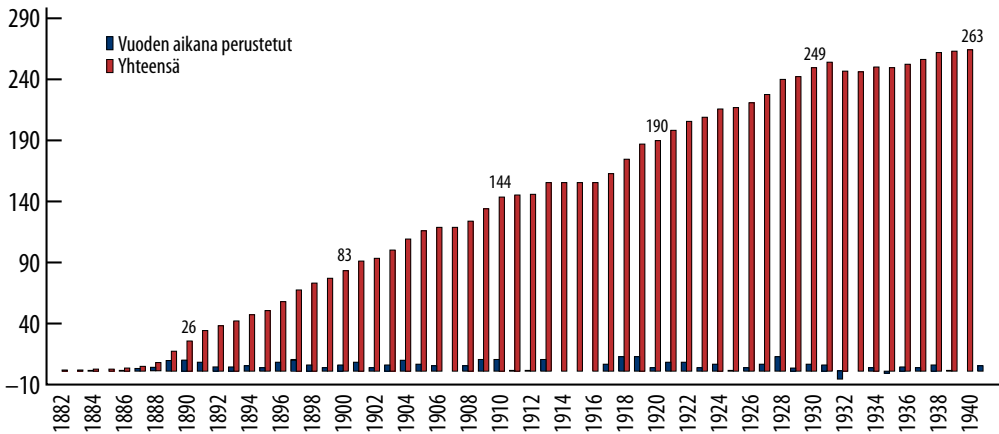
Kunnanlääkäri – paikallisyhteisön palvelua vuorokauden ja viikon ympäri

Kunnanlääkärilaitoksen kehitys alkoi 1880-luvulla: ensimmäinen kunnanlääkäri palkattiin Viitasaarelle 1882 ja toinen Juvalle 1884. Kysessä on suomalaisiksi erikoinen instituutio, sillä se kasvoi paikallistason aloitteesta ja pitkälti sen toimesta; se pikemminkin syntyi kuin perustettiin. Kunnanlääkärit vastasivat aitoon kysyntään, kuten kunnanlääkärien määrän kasvu osoittaa (KUVA 2 ja TULUKKO 2).

Kunnanlääkärilaitoskin kehittyi kuitenkin valtion – lääkintöhallituksen ja senaatin – suojeluksessa ja kontrollissa. Julkisista varoista taattiin peruspalkka ja merkittävät luontaisedut, ja kilpailua karsimalla huolehdittiin siitä, että maksavia potilaita riitti jokaiselle, usein liaksikin asti. Lääkintöhallitus allekirjoitti kunnanlääkäriin virkamääräyksen, ja viranomaiset ohjailivat työtä kiertokirjein. Lainsäädännön piiriin kunnanlääkäriin työ tuli vasta 1943, kun 1939 säädetty laki yleisestä lääkärihoidosta viimein tuli voimaan.

Kunnanlääkäriin suhde julkiseen sektoriin oli ambivalentti: hänen työntantajansa oli kunta, joka valitsi ja tarvittaessa erotti lääkäriin ja joka määritteli lääkäriin taksat – lääkäriin mielestä yleensä liian pieniksi (Kauttu ja Kosonen 1985). Kunnanlääkäri nautti viran tuomasta statuksesta, virkapalkasta ja lopulta myös irtisanomissuojasta ja eläketurvasta. Kunta antoi vastaanottotilan ja yleensä asunnonkin. Toisaalta kunnanlääkäri oli vapaa ammatinharjoittaja. Suuri osa hänen tuloistaan tuli suoraan potilailta tutkimuksista, resepteistä, lausunnoista ja toimenpiteistä. Hän kustansi omat instrumenttinsa ja palkkasi sijaisensa ja vastaanottoapulaisensa. Ammatillinen autonomia ei järjestelyssä merkittävästi vaarantunut, koska valtion tai kunnan harjoittama kontrolli ulottui työn sisältöön vain poikkeuksellisesti.

Kunnanlääkäri ei ollut samassa määrin valtionvallan etäinen ja ylhäinen edustaja kuin 1800-luvun piirilääkäri. Hänen virka-asemansa oli vaatimattomampi ja epämääräisempi,



KUVA 2. Kunnanlääkəripiirien määrä 1882–1941 (Lavonius 1959).

ja väestön yleinen koulutustaso oli noussut. Lääkärıkoulutus oli lyhentynyt ja ammatillistunut ja opiskelijat olivat keskimäärin peräisin sosioekonomisesti alemmista ryhmistä. Kun lääkäriksi opiskelevien määrä 1900-luvun alussa alkoi lisääntyä, yhä useampi medisiinari puhui suomea, tuli kaupunkien ulkopuolelta ja talonpoikais- tai käsityöläisperheestä (Vuolio 1992). Vielä 1960-luvulla kunnanlääkäreistä useampi oli peräisin maanviljelijä- ja työläiskodeista verrattuna sairaalalääkäreihin ja tutkijoihin (Kauttu ym. 1983). Toisaalta lääkärikoulutuksen luonnontieteellistyminen loitonsi lääkärin ja keskivertopotilaan ajattelutapoja toisistaan ja lisäsi lääkärin arvovaltaa.

Kunnanlääkärin suhde paikallisyhteisöön oli erikoislaatuinen. Toisaalta hänen työnsä oli erittäin itsenäistä ja toisaalta hän palveli yhteisöä ympäri vuorokauden, viikon jokaisena päivänä. Potilaita ja sairaskäyntejä saattoi tulla milloin tahansa. Lääkäri tarvitsi kunnasta poistumiseen valtuuston puheenjohtajan luvan, ja pitempien poissaolojen ajaksi hänen oli hankittava itselleen sijainen tai sovittava avustaja naapurikunnan lääkärin kanssa.

Kunnanlääkäri oli arvostettu mutta myös tiukan sosiaalisen kontrollin alainen. Hänet tunsivat kaikki. Sekä pahimmat epäonnistumiset että näyttävimmät onnistumiset tulivat pian tunnetuiksi. Kunnanlääkärin perhe eli samantapaisessa lasikuvussa kuin papin perhe:

asunto oli puolijulkista tilaa, ja perheen edesottamuksia seurattiin tarkkaan. Sosiaalisessa hierarkiassa kunnanlääkäri tuli heti rovastin jälkeen, ja kunnallisvaltuuston ja terveyslautakunnan itseoikeutettuna jäsenenä hän oli niin halutessaan myös merkittävä kunnallinen valankäyttäjä.

Työyhteisön ja etenkin ohjaavien kollegoiden puute oli ongelma varsinkin aloittaville kunnanlääkäreille, joilla usein oli tukenaan vain kirjansa tai parhaassa tapauksessa kokenut sairaanhoitaja. Sairaala oli usein kaukana, ja sairaalalääkärien ja kunnanlääkärien suhteissa oli jännitteitä. Etenkin 1900-luvun alkupuolella monen miespuolisen kunnanlääkärin ainoa työtoveri oli hänen vaimonsa, joka teki, usein palkatta, vastaanottoapulaisen tai sairaanhoitotyötä. Kunnansairaalamuutosten laajeneminen toi kunnanlääkärin arkeen koulutetut sairaanhoitajat, ja sodan jälkeen rakennetuissa terveystaloissa ottivat lääkärin lisäksi vastaan myös kunnankätilä ja terveydenhoitaja. Kun osa kunnista sodan jälkeen palkkasi toisenkin lääkärin, kunnanlääkärin työtaakka keveni ja yksinäisyys helpotti, mutta samalla hänen yhteistyötaitonsa saattoivat joutua koetukselle.

Leimallista kunnanlääkärin työlle olivat pitkät ja kiinteät potilassuhteet. Henkilököhtäinen vastuu potilaista oli suuri. Hoitosuhde saattoi jatkua vuosikymmeniä ja kattaa useita saman perheen sukupolvia. Kotikäynnit tutus-

TAULUKKO 2. Kunnanlääkimäärä v. 1882–1970 (Suomen virallinen tilasto: Lääkintöhallituksen kertomus 1882–1970, Tilastokeskus 1971).

Vuosi	Lääkäreitä	Kunnanlääkäreitä	Kunnanlääkärien osuus lääkäriskunnasta (%)
1882	n. 160	1	0,6
1890	236	26	11
1900	373	52	14
1910	523	144	27
1920	657	189	29
1930	1000	247	25
1940	1379	271	20
1950	1997	347*	17,3
1960	2915	–	–
1970	4798	450	9,3

*Luvussa ovat mukana myös kaupunginlääkärit

tuttivat lääkärin potilaan asuinoloihin ja perheeseen. Potilaan elinympäristön tuntemus auttoi taudinmäärityksessä ja kompensoi siten jonkin verran maalaisvastaanottojen diagnostisen välineistön puutteellisuutta (Lavonius 1959, Kauttu ym. 1985, Pasternack ym. 2006, Kunnanlääkärin työ ja elämä, julkaisematon aineisto).

Terveyskeskuslääkäri ja tasa-arvoinen terveyskansalaisuus

Toisen maailmansodan jälkeisessä Euroopassa terveystaloutta alettiin pitää kansalaisoikeutena ja koulutuksen ohella tärkeimpänä yhteiskunnallisen kehityksen mittarina. Ihanteena oli tasa-arvoinen ja kattava järjestelmä, joka joustavasti saattaisi lääketieteen uudet saavutukset kansalaisten ulottuville. Monet katsoivat, että tämä voitiin saavuttaa parhaiten (tai ainoastaan) verovarjoilla ja valtion ohjauksessa. Lääkärikunnan enemmistö vastusti yleensä sellaisia uudistuksia, jotka lisäsivät julkista rahoitusta ja valvontaa (Webster 2000).

Vaikka julkisen sektorin rooli alkoi suomalaisessakin terveydenhuollossa korostua jo sodan aikana ja sen jälkeen, ratkaiseva askel kohti kattavaa julkista perusterveydenhuoltoa otettiin kansainvälisesti katsoen myöhään, vuonna 1972 voimaan tulleen kansanterveyslain myötä. Uudistus oli osa paitsi kansain-

välisestä kehitystä myös maata ravistelevaa rajua yhteiskunnallista ja taloudellista rakennemuutosta. Radikaalin uudistuksen välttämättömyyttä alleviivasivat osaltaan 1960-luvulla julkaistut kansainväliset vertailut, joissa Suomi sijoittui monissa suhteissa (esimerkkeinä lääkäri- ja sairaansijatiheys, keski-ikäisten miesten ja naisten kuolleisuus) erittäin huonosti (Harjula 2007, Tiitta 2009).

Kansanterveyslaki korvasi kunnanlääkärin terveyskeskuslääkärillä, terveysaseman terveyskeskuksella ja kunnansairaalan terveyskeskuksen vuodeosastolla. Uudistus vaikutti myös lääkärin yhteiskunnalliseen positioon: se muutti perusterveydenhuollossa toimivan lääkärin suhdetta yhteiskuntaan, paikallisyhteisöön ja potilaisiin.

Terveyskeskuslääkäri oli yksiselitteisesti julkisen sektorin palveluksessa oleva viranhaltija. Monien lääkärin mielestä uudistuksen ongelmat kiteytyivätkin juuri vapaan ammatinharjoittajan aseman menettämiseen. Mukana seurasi muita ongelmia: lisää byrokratiaa, itsenäisyyden kaventumista ja ansiotason lasku. Uuden järjestelmän edut – inhimilliset työajat, paremmat tilat ja laitteet, laajentuneet yhteistyömahdollisuudet – eivät kaikkien mielestä riittäneet kompensoimaan haittoja, ja monet kunnanlääkärit siirtyivät 1972 tai pian sen jälkeen yksityiselle sektorille tai eläkkeelle.

Terveyskeskuslääkäri ei ollut samalla tavalla

kiinni paikallisyhteisössä kuin kunnanlääkäri, eikä hänellä myöskään ollut siinä samanlaista itsestään selvää erikoisasemaa. Lääkäreitä oli huomattavasti enemmän kuin kunnanlääkäri-kaudella. Lääkarien määrä kasvoi 1970-luvun kuluessa noin 4800:sta noin 9000:een. Vaikka kasvu oli nopeaa, Suomen lääkäritiheys oli 1970-luvun lopussa edelleen Pohjoismaiden pienin. Vuosikymmenen alussa se oli ollut Euroopan pienimpiä. Akateemisen koulutuksen yleistyessä lääkarien sosioekonominen tausta ja koulutustaso tulivat lähemmäksi keskivertokansalaista. Lääkäri ei myöskään enää ollut automaattisesti kunnallinen päätöksentekijä, kun terveyslautakunnat korvautuivat selvemmin poliittisin perustein valittavilla terveydenhoitolautakunnilla. Riisuttuaan takkinsa virkaajan päätteeksi terveyskeskuslääkäri oli yksi kuntalainen muiden joukossa.

Eräs uudistuksen julki lausutuista tavoitteista oli moniammatillisten työyhteisöjen luominen. Terveyskeskuksiin keskitettiin paitsi laitteita ja välineitä, joihin yksittäisillä kunnanlääkäreillä ei ollut ollut mahdollisuutta tai halua investoida, myös erilaisia terveydenhuollon ammattilaisia. Vaikka kaikkein kauneimmat visiot yhteistyöstä eivät arjessa aina olisi toteutuneetkaan, vakiintuneiden työyhteisöjen rakentuminen myös perusterveydenhuoltoon merkitsi selkeää muutosta suhteessa kunnanlääkäriin suhteellisen yksinäiseen arkeen.

Siirtymä kunnanlääkäriin ajasta terveyskeskuslääkäriin aikaan mullisti myös potilas-lääkärisuhteen. Tasa-arvon ja tehokkuuden kääntöpuolena olivat kasvottomuus ja hoitovastuun hämärtyminen. Kunnanlääkäriin harjoittaman ”community medicine” rinnalla terveyskeskuslääkäri vaikutti vaikeasti saavutettavalta ja persoonattomalta. Lääkäriin puheille pääsi vain ajanvarausjärjestelmän ja välikäsien kautta, ja kotikäynnit jäivät historiaan. Potilaskontaktit muuttuivat sattumanvaraisiksi, ja tehokkuusvaatimukset lyhensivät vastaanottoaikoja. Tilannetta yritettiin korjata 1980 ja 1990-lukujen vaihteessa lanseeratulla omalääkärijärjestelmällä, jonka monet hahmottivat nimenomaan korjausliikkeenä kunnanlääkärijärjestelmän suuntaan (Keränen 1980).

Keikkalääkäri – asiantuntemusta ilman sitoumuksia

Keikkalääkäreiksi nimitetään sekä sellaisia yksityisiä lääkäreitä, jotka hoitavat ammatinharjoittajina lyhytaikaisia työsuhteita tai tehtäviä julkisessa tai yksityisessä organisaatiossa, että vuokralääkäreitä, jotka ovat työvoimaa vuokraavan yrityksen palkkalistoilla. Lukumäärä ei kenties vielä oikeuta nostamaan keikkalääkäreitä lääkärikunnan näkyvimmiksi nykyedustajiksi, mutta mediassa he saavat usein edustaa lääkärikuntaa ja siinä puhaltavia uusia tuulia.

Keikkalääkäriin synnyttivät 1900-luvun viimeisten vuosikymmenten taloudellispoliittiset suhdanteet, jotka johtivat julkisen sektorin kurjistumiseen ja julkisen ja yksityisen sektorin rajojen uudelleen määrittämiseen. Virkojen statuksen ja suhteellisten ansioiden lasku, epävarmuus ja itsenäisyyden menetys koetteli monia julkisella sektorilla työskenteleviä ammattiryhmiä, mutta toisin kuin vaikkapa palomiehet tai armeijan kantahenkilökunta lääkärit saattoivat halutessaan suhteellisen helposti siirtyä julkiselta sektorilta kokonaan tai osittain yksityiselle.

Keikkalääkäriillä on radikaalisti erilainen suhde yhteiskuntaan kuin 1970-luvun terveyskeskuslääkäriillä. Siinä missä ainakin idealistisin osa 1970-luvun lääkärikuntaa mielsi itsensä yhteiskunnan palvelijoiksi ja otti viran syrjäseudulla vastaan ”solidaarisuudesta” (Pasternack ym. 2006), vuokralääkäriin tavoite on saada julkisesta sektorista irti mahdollisimman suuri taloudellinen hyöty ilman pitkäaikaisia sitoumuksia. Tietysti jo 1900-alussa kandidaateilla oli tapana käydä ”kunnassa tienaamassa”, mutta he tekivät niin tietoisina siitä, että kyse oli väliaikaisratkaisusta. Lähes jokaisen tavoitteena oli vakituinen virka.

Myös keikkalääkäriin suhde työyhteisöön eroaa terveyskeskuslääkäriin suhteesta. Lyhyiden työsuhteiden vuoksi keikkalääkäri jää usein ulkopuoliseksi työyhteisössä eikä yksikön työtapojen omaksumiseen välttämättä jää aikaa (Pasternack ym. 2007). Ammatillisen koheesion kannalta voi myös osoittautua ongelmalliseksi, että keikkalääkäri saattaa saada samasta tehtävästä suuremman palkkion kuin

pidemmälle koulutettu ja kokeneempi virkälääkäri. Osa virkalääkäreistä kokeekin, että vuokralääkärjärjestelmä on romuttanut perinteisen, oikeudenmukaisen palkkahierarkian (Hanhela 2009).

Keikkalääkäriin – erityisesti vuokralääkäriin – suhde paikallisyhteisöön ja potilaisiin eroaa sekään aiemmasta: hän tulee yhteisöön yleensä sen ulkopuolelta eikä halua olla sen jäsen eli ottaa vastaan paikkakunnalla kenties vapaina olevaa virkaa. Ulkopuolisuutta korostaa monessa tapauksessa se, että vuokralääkäri ei maksa veroja kuntaan, jossa hän työskentelee. Keikkalääkäriin potilassuhteet ovat lyhyitä ja satunnaisia – tässä suhteessa ero kunnanlääkäriin toimenkuvaan ei voisi olla suurempi.

Lopuksi

Suomalaisen lääkärin historia on pitkälti virkälääkäriin historiaa. Lääkärit on koulutettu valtion yliopistoissa suoraan valtion virkoihin tai valtion subventioimiin kuntien virkoihin. Ensimmäiset itsensä yksityispraktiikalla elättävät lääkärit ilmaantuivat suurimpiin kaupunkeihinkin vasta 1900-luvun alussa, ja vielä vuonna 1980 heidän osuutensa lääkärikunnasta oli vain 6 % (Keränen 1980).

Valtio on tarjonnut lääkäreille koulutuksen, taannut peruspalkan ja statuksen ja osallistunut kilpailun karsimiseen sekä lääkärikunnan rajoilta että sen sisältä. Toisin kuin useimmilla muilla virkamiehillä lääkäreillä on aina – jopa julkista sektoria suosineella 1970-luvulla – ollut mahdollisuus kasvattaa ansioitaan yksityisellä sektorilla. Millään muulla ns. vapaalla ammattikunnalla ei myöskään ole ollut saman-

laisia mahdollisuuksia vaikuttaa koulutuspaikkojen määrään ja sitä kautta ammattikunnan kokoon ja tulotasoon.

Profession määritelmään kuuluu olennaisena ajatus hiljaisesta sopimuksesta profession ja yhteiskunnan välillä: professio sitoutuu palvelemaan yhteiskuntaa ja yhteisöä tavalla, joka ylittää tavallisille palkkatyöläisille asetettavat minimivaatimukset, ja yhteiskunta sitoutuu suojelemaan professiota kilpailulta (esimerkiksi rajoittamalla koulutuksen volyymin ja valvomalla praktiikan harjoittamista) ja myöntää sille merkittävää ammatillista autonomiaa (esimerkiksi koulutuksellisten kriteerien määrittämisessä ja sisäisessä valvonnassa). Viime kädessä sopimus perustuu molemminpuoliseen luottamukseen.

Sopimus on viimeisen vuosikymmenen kuluessa rapautunut. Moni lääkäri torjuu ajatuksen lääkärinä yhteisön ja yhteiskunnan palvelijana todellisuudelle vieraana idealismina. Julkinen valta puolestaan rajoittaa ammattikunnan autonomiaa ulottamalla kontrollin lääkärityön sisältöön. Lääketieteellistä asiantuntemusta edellyttäviä päätöksiä – joista lääketieteen nopea kehitys tekee yhä komplisointuneempia – tekevät yhä useammin muut kuin lääkärit, yleensä joko taloudellisen tai hallinnollisen koulutuksen saaneet johtajat tehokkuuden ja kilpailukyvyn nimissä tai poliittisin perustein valitut luottamusmiehet demokration nimissä. Prosessi ei missään tapauksessa rajoitu Suomeen (Tallis 2004). Se näyttyy kuitenkin väistämättä rajuna maassa, jossa lääkärikunnan suhde julkiseen sektoriin on ollut poikkeuksellisen tiivis. ■

HEINI HAKOSALO, FT, tutkijatohtori (Suomen Akatemia)
Oulun yliopisto, historiatieteet
PL 1000, 90014 Oulun yliopisto

KIRJALLISUUTTA

- Hanhela HT. Lääkäripulan lääkäri pulassa. Duodecim 2009;125:808–9.
- Harjula M. Terveuden jäljillä. Suomalainen terveystieteiden tutkimuskeskus 2007.
- Johnsson G. Suomen piirilääkärit. Helsinki: Suomen sukulutkimusseura 1928.
- Kauttu K, Reinilä AM, Vuotilainen A. Kunnanlääkärin työ ja elämä. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto 1983.
- Kauttu K, Kosonen T. Suomen Lääkäriliitto 1910–1985. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto 1985.
- Keränen S. Lääkäri Suomessa. Helsinki: Kirjayhtymä 1980.
- Kunnanlääkärin työ ja elämä. Julkaisen aineisto. Kansalliskirjaston käsikirjoitusarkisto, temaattiset kokoelmat.
- Lavonius H. Kunnanlääkärilaitoksen 75-vuotishistoria. Helsinki: Suomen kunnanlääkäriyhdistys 1959.
- Pasternack A, Ruokonen T, Ståhl-Hindberg M, toim. Lääkärintyön muistoja. Läkärin. Helsinki: SKS ja Kustannus Oy Duodecim 2006.
- Pasternack A, Pelkonen R, Eskola K, Haahtela T, toim. Lääkäriksi. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2007.
- Soininen (ent. Johnsson) G. Lääninlääkärilaitoksemme esihistoriaa. Duodecim 1943;11:496–520.
- Suomen virallinen tilasto 11. Lääkintöhallituksen kertomus. Helsinki: Lääkintöhallitus 1882–1970.
- Tallis R. Hippocratic oaths: medicine and its discontents. London: Atlantic Books 2004.
- Tiitta A. Collegium medicum. Lääkintöhallitus 1878–1991. Helsinki: Lääkintöhallitus 2009.
- Tilastokeskus. Suomen tilastollinen vuosikirja. Helsinki: Tilastokeskus 1971.
- Webster C. Medicine and the welfare state. Kirjassa: Cooter R, Pickstone J, toim. Medicine in the 20th century. Amsterdam: Harwood Academic Publishers 2000, s. 125–40.
- Vuolio V. Lunastettu vapaus. Kunnanlääkärin ammatillisen autonomian muotoutuminen. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto 1992.

Summary

Physician, society and community – a review of the development of medical profession in Finland
The history of the Finnish medical profession can be considered to have begun in the 1830's. From the primary health care viewpoint, the history is divided into four periods: the era of the district doctor (1832 to 1900), the era of the municipal doctor (1900 to 1972), the era of the health care center doctor (from 1972 onwards) and – as it seems – the era of the locum doctor (from the beginning of the 21st century onwards). In addition to education, methods and patient material, the physician's social status has also undergone significant changes with the progress from one period to another.

SIDONNAISUUDET

HEINI HAKOSALO: Kirjoittajalla ei ole sidonnaisuuksia.