

**This is an electronic reprint of the original article.
This reprint *may differ* from the original in pagination and typographic detail.**

Author(s): Kontturi, Saara-Maija

Title: Suomen varhaisen piirilääkärilaitoksen tavoitteet ja niiden toteutuminen

Year: 2015

Version:

Please cite the original version:

Kontturi, S.-M. (2015). Suomen varhaisen piirilääkärilaitoksen tavoitteet ja niiden toteutuminen. *Hippokrates*, 32, 41-63.

All material supplied via JYX is protected by copyright and other intellectual property rights, and duplication or sale of all or part of any of the repository collections is not permitted, except that material may be duplicated by you for your research use or educational purposes in electronic or print form. You must obtain permission for any other use. Electronic or print copies may not be offered, whether for sale or otherwise to anyone who is not an authorised user.

Suomen varhaisen piirilääkärilaitoksen tavoitteet ja niiden toteutuminen

Johdanto

Ajanjakso myöhäiseltä 1600-luvulta 1800-luvulle saakka oli Euroopassa yleisesti sairaanhoidon institutionalisoitumisen ja valtiollisen haltuunoton aikaa.¹ Pohjois-Euroopan maissa kehitys noudatti melko yhtenäistä kaavaa, mutta muutokset tapahtuivat eri tahtiin: Ruotsin valtakunnassa ja siihen kuuluneessa Suomessa sairaanhoidollinen järjestäytyminen tapahtui verrattain myöhään. 1700-luvulle saakka sairastuneet alamaiset olivat pitkälti omillaan vaivojensa kanssa. Koulutettujen lääkäreiden palkkaaminen katsottiin tarpeelliseksi, kun 1700-luvun puolivälin väestölaskennoissa paljastui valtakunnan väestöllinen heikkous: kuluneen ja menneen vuosisadan sodat ja tautiepidemiat olivat vaatineet veronsa. Lääkäreiden toivottiin edistävän väestönkasvua.

Collegium Medicum eli valtiollinen lääkintäkollegio perustettiin Ruotsissa vuonna 1663, ja sen tehtäväksi tuli ohjata ja säädellä kaikkea valtakunnan terveydenhoidollista toimintaa. Käytännössä sairaanhoito siirtyi täysin valtion valvontaan. Samaa nimeä kantava kollegio perustettiin myös esimerkiksi Saksojen alueella Brandenburg-Preussin ruhtinaskunnassa vuonna 1685. Samalla alueen piirilääkärit ja kaupunginlääkärit, joita oli ollut jo 1400-luvulta lähtien, siirtyivät valtion alaisuuteen². Ruotsissa kehitys meni toisin päin ja instituutio syntyi ennen lääkäreitä: piirilääkärinvirkoja ehdotettiin vuoden 1688 lääkintäjärjestyksessä, mutta ensimmäiset piirilääkärit saatiin vasta 1700-luvun puolella. He olivat alusta alkaen Collegium Medicumin valvonnassa. Vuonna 1738 piirilääkäreitä oli 12, kaikki Ruotsin emämaan puolella.³

Suomeen piirilääkärilaitos tuli vuonna 1749, jolloin piirilääkäri Barthold Rudolf Hast aloitti toimintansa Pohjanmaalla. Lääkäriverkosto kasvoi hitaasti erityisesti Suomen puolella, eikä kaikkia asetettuja virkoja saatu heti täytettyä. Koulutettuja lääkäreitä oli vähän, eikä Suomi valtakunnan syrjäisempänä kolkkana houkuttellut ruotsalaisia lääkäreitä. Piirilääkäri oli 1700-

¹ Spary 2011, 86.

² Porter 2002, 21.

³ Johnsson 1928, 8; Kallioinen 2009, 190–193.

luvulla ja 1800-luvun alussa usein ainoa yliopistokoulutettu lääkäri monen kymmenen tuhannen asukkaan alueella⁴. Piirilääkäreiltä odotettiin ennen kaikkea alueensa terveydentilan yleistä valvontaa, kuten kulkutautiraportointia ja tautien leviämiseen vaikuttavien olosuhteiden havainnointia. Heillä oli toiminta-alueinaan piirit, etenkin alussa usein läänit, joissa heidän tuli säännöllisesti matkustella ja tarkkailla asukkaiden terveyttä.⁵ Piirilääkäreiden lisäksi Suomessa toimi muutamia kaupunginlääkäreitä ja lasaretinlääkäreitä.⁶

Käsittelen artikkelissa Suomen varhaisten piirilääkäreiden työnkuvaa heille annettujen ohjeiden ja heidän käytännön toimintansa perusteella. Kiinnitän erityisesti huomiota siihen, miten työhön kohdistetut odotukset toteutuivat lääkäreiden todellisissa työtehtävissä. Professionaalinen lääkärikunta oli vastikään syntynyt, ja se haki vielä muotoaan. Lääkärityön teorian ja käytännön erot kertovat monipuolisesti niistä haasteista, jotka olivat pitkään koko valtakunnan kattavan lääkäritoiminnan tiellä. Kyse oli terveydenhoidon murrosvaiheesta, jossa siirryttiin vähittäin epävirallisten parantajien ja kotihoiton hallitsemalta parantamisen kentältä kohti valtiojohtoista, organisoitua ja privilegioitua lääkäritoimintaa.

Käytän lähteinäni piirilääkäreiden Collegium Medicumille laatimia vuosikertomuksia. Niiden avulla luon vertailukohtaan tutkimuskirjallisuuden tarjoamiin lääkäreiden ohjesääntöihin ja myöhemmässä tutkimuksessa heidän työstään muodostettuun kuvaan. Varsinainen tarkasteluajanjakso ulottuu vuodesta 1749 vuoteen 1827. Vuonna 1827 lääkintäjärjestelmä koki muutoksia: lääkintäkollegiosta tuli Lääkintöylihallitus, ja sen toimintaa ja velvollisuuksia täsmennettiin⁷. Samana vuonna sattui Turun palo, jossa hävisivät myös vuosikertomukset vuosilta 1809–1826. Vuosilta 1769–1809 kertomuksia on vähäisesti, joten hyödynnän myös tutkimuskirjallisuutta piirilääkärilaitoksen 1800-luvun vaiheista sekä Ruotsin lääkäreiden kertomuksia yhteisen lääkintäkollegion ajoilta siltä osin kuin ne tukevat tutkimustehtävää ja tarjoavat vertailupohjaa.

Vuosien 1769–1809 vuosikertomukset Ruotsin ja Suomen lääkäreiltä ovat saatavilla digitoituna Ruotsin valtionarkiston SVAR-verkkopalvelusta. Vuosikertomuksissa lääkärit raportoivat virkatehtävistään ja terveyttä ja elinoloja koskevista havainnoistaan toiminta-alueellaan. Niitä

⁴ Pesonen 1980, 7.

⁵ Kallioinen 2009, 191–192.

⁶ Kotivuori 2005.

⁷ Pesonen 1980, 135–140.

luettaessa on syytä pitää mielessä, että he luultavimmin halusivat esittää työnsä mahdollisimman hyvässä valossa suojellakseen mainettaan, ja tällöin virkavelvollisuuksien laiminlyönnit jäivät raporteissa herkästi pimentoon. Kuitenkin vuosikertomusten painotuksista on pääteltävissä, mihin heidän toimintansa etupäässä kohdistui ja miten paljon he omistautuivat heille tärkeiksi määriteltyihin velvollisuuksiin.

Piirilääkärilaitoksen haasteet eivät johtuneet ainoastaan lääkäripulasta. Lääkäritoiminnan kysyntä ja tarjonta eivät aina kohdanneet. Lääkärillä saattoi olla vaikeuksia vastata kaikkeen hoidon tarpeeseen, ja toisaalta lääkärin tarjoama apu ei välttämättä kelvannut sille kansanosalle, joka sitä määrällisesti eniten tarvitsi, eli rahvaalle. Tarkastelemalla lääkärikunnan kykyä vastata kansan hoidon tarpeeseen saadaan myös yleiskuva varhaisen piirilääkärilaitoksen merkityksestä. Ensisijaisesti lääkäritoimintaa arvioidaan aikakauden realiteettien näkökulmasta, mutta tiedostaen, että ajan lääketieteen mahdollisuudet vaikuttaa ihmisten terveydentilaan olivat rajalliset, ainakin väestön tasolla. Merkitystä on siten etsittävä ennen kaikkea lääkäreiden subjektiivisesta ja suggestiivisesta vaikutuksesta paranemiseen sekä kansan luottamuksen vähittäisestä saavuttamisesta: piirilääkärit osaltaan loivat sen perustan, joka myöhemmin mahdollisti valtiojohtoisen terveydenhoidon aseman kansan ensisijaisena hoidontarjoajana.

Piirilääkärityön määritykset

Ruotsin vuoden 1756 valtiopäivien määräykset asettivat piirilääkäritoiminnalle kunnianhimoiset tavoitteet. Piirilääkärinvirka tuli perustaa jokaiseen lääniin, ja heidän palkkseen määrättiin 300 hopeataalaria sekä matkarahaa 100 hopeataalaria. Piirilääkärin kuului hoitaa sairastuneita köyhiä veloituksetta ja keskittyä erityisesti tarttuvien tautien taltuttamiseen. Lastenhoidon ohjeistamisella tähdättiin suuren lapsikuolleisuuden alentamiseen. Lisäksi heidän tuli tutkia ja kuvata alueensa luonnonhistoriaa ja raportoida toiminnastaan vuosittain lääkintäkollegiolle.⁸ Piirilääkärit saivat koulutuksensa kotimaisissa ja ulkomaisissa yliopistoissa, ja virassa toimimisen edellytyksenä oli lääketieteen tohtorin tutkinto. Käytännössä monet kuitenkin aloittivat virassa jo ennen tohtoriksi valmistumistaan⁹.

⁸ Hjelt 1891, 159–160.

⁹ Johnsson 1927.

Ensimmäinen piirilääkäreiden ohjesääntö oli vahvistettu jo vuonna 1744. Siinä annettiin ohjeita yksityiseen lääkärintoimeen, jota pidettiin vielä tässä vaiheessa luontevana osana piirilääkärin työtä. Lisäksi ohjeistettiin virkamatkoja, joita oli tehtävä vähintään kahdesti vuodessa suurimpiin kaupunkeihin ja vähintään kerran vuodessa maaseudulle, jonne suuntautuvista matkoista tuli ilmoittaa maaherralle. Lisäksi piirilääkärin kuului kerran vuodessa tarkastaa apteekkien ja sairaaloiden toiminta.¹⁰ Apteekkitarkastukset kustannettiin yleisistä varoista, ja piirilääkäreitä kehoitettiin tarkastamaan apteekit muiden alueelle suuntautuvien virkamatkojen yhteydessä.¹¹ Lääkärit arvioivat tarkastuksissa apteekkien lääketarjonnan suhteessa alueen menekkiin.¹² Vaasan piirilääkärillä Barthold Rudolf Hastilla oli poikkeuslupa pitää omaa apteekkia lääkärintoimensa ohella. Näin haluttiin taata lääkkeiden saatavuus myös vähäväkisemmillä seuduilla. Muualla apteekkitoiminta oli tiukasti lääkäreistä erillään, mutta silti heidän valvonnassaan. Apteekkarit vastustivat pitkään lääkäreiden valtaa toimensa harjoittamisessa.¹³

Vuoden 1766 uudessa piirilääkäreiden ohjesäännössä painotettiin piirilääkärin velvollisuutta matkustaa piirissään, ottaa selvää sen asukkaiden terveydentilasta ja auttaa sairastuneita parhaansa mukaan. Vuonna 1774 ohjesääntö jälleen uusittiin, ja siinä korostettiin yleiseen terveydenhoitoon suuntautuvia toimenpiteitä, kuten köyhien hoitoa ja rokonistutuksia isorokkoa vastaan.¹⁴ Tärkeää oli myös tarkkailla tautiepidemioita ja ilmoittaa niistä lääkintäkollegiolle. Piirilääkärit saattoivat puuttua epidemioihin ohjeistamalla kansaa tautien leviämistä ja hoidosta ja jakamalla epidemia-alueille lääkkeitä.¹⁵ Lisäksi heidän tuli raportoida epidemioihin sekä yleisesti alueen sairastamiseen vaikuttavista tekijöistä, esimerkiksi ajan käsitysten mukaisesti säästä, ympäristöstä ja elintavoista. Lääkäreiden saama oppi perustui humoraalipatologiaan eli käsitykseen kehon neljästä nesteestä. Jos nesteet olivat epätasapainossa esimerkiksi sään vaihtelun vuoksi, ihminen sairastui, ja tasapainoa korjaamalla hänet voitiin parantaa. Tähän perustuivat esimerkiksi runsas oksennus- ja ulostuslääkkeiden käyttö ja suonensisäiset. Humoraalipatologian lisäksi oli kuitenkin syntynyt jo 1700-luvulla useita muita teorioita, joilla

¹⁰ Hjelt 1892, 13.

¹¹ Pesonen 1980, 80.

¹² Kontturi 2014, 16.

¹³ Muiluvoori 2005, 49–50.

¹⁴ Hjelt 1892, 16–19; Tuominen 1976, 292.

¹⁵ Hirvonen 1967, 166.

sairauksia selitettiin, mutta pääsääntöisesti ne sulautettiin osaksi ajan lääketieteellistä selitysjärjestelmää sen sijaan, että ne olisivat haastaneet vallalla olevia teorioita.¹⁶

Piirilääkärin tehtäviin kuuluivat myös ruumiinavaukset. Kaikki lääkärit eivät raportoineet niistä, mutta eräät tekivät niitä säännöllisesti, kuten Porin piirilääkäri Bengt Björnlund ja Vaasan Herman Rudolf Hast. Björnlund raportoi lähes joka vuosi ruumiinavauksista. Niitä tehtiin erityisesti rikos- ja itsemurhatapauksissa, mutta myös sairauteen kuolleen kuolinsyy selvittämiseksi.¹⁷ Piirilääkäreillä oli usein myös kirurgian tutkinto tai vähintäänkin kirurgista kokemusta ja verrattain hyvä ihmisanatomian tuntemus: heidän vastuulleen tulivat vaikeat leikkaukset, jos paikallisen kirurgin osaaminen katsottiin riittämättömäksi.¹⁸ Moni oli myös toiminut välskärinä, kirurgina tai kenttälääkärinä ennen piirilääkärin virkaa. Esimerkiksi Bengt Björnlundin luokse tulivat usein sellaiset potilaat, joilla oli jokin fyysinen vamma. Hän oli toiminut aiemmin kenttälääkärinä, ja hänen kirurginen osaamisensa oli ajan lääkarille poikkeuksellista.¹⁹ Välskäreiltä ja kirurgeiltakin vaadittiin yhä useammin 1700-luvun jälkipuoliskolla yliopistotutkintoa sekä neljän vuoden harjoittelu-aikaa, joten käytännössä erot lääkäreiden ja kirurgien tuskien olivat suuria (eivätkä välttämättä aina lääkärin eduksi).²⁰ Piirilääkäreiden privilegioitua osaamisaluetta olivat sisätaudit, joiden hoitoon muut heidän piirinsä toimijat (ml. kirurgit) eivät saaneet puuttua silloin, kun piirilääkäri oli saatavilla.²¹

Ohjeet ja käytäntö

Piirilääkärityön laajavaikutteisia tavoitteita on korostettu niin heille annetuissa ohjeissa kuin myöhemmässä tutkimuksessa. Piirilääkärin tehtäväksi määriteltiin ennen kaikkea toiminta-alueensa terveyden yleinen valvonta. Aiempi piirilääkäreitä koskeva tutkimus on käyttänyt tätä ohjeistusta todisteena piirilääkärityön vähäisestä merkityksestä, perusteena se, ettei yksi lääkäri ole voinut vaikuttaa merkittävästi niin suuren alueen yleiseen terveydentilaan. Esimerkiksi K. O. Lindeqvist esittää *Hämeenlinnan kaupungin historiassa*, että lääkäritoiminta oli pääasiassa

¹⁶ Porter 1995, 406–408; Kontturi 2014, 79–84.

¹⁷ Kontturi 2014, 16–17, 72.

¹⁸ Pesonen 1980, 211–212; Kontturi 2014, 39.

¹⁹ Forsius 2003; Kontturi 2014, 64.

²⁰ Koskivirta 2009, 287.

²¹ Ling 2004, 34; Koskivirta 2009, 279, 286.

ohjeiden ja määräysten antamista kulkutautien levitessä.²² Toiminta-alueet olivatkin erityisesti alussa suuria, kokonaisia läänejä. Esimerkiksi Daniel Erik Naezénin alue ulottui Ruotsin Västerbottenilta Suomen Pohjois-Pohjanmaalle ja käsitti laajimmillaan noin 2/5 koko Ruotsin valtakunnan maapinta-alasta²³. Pohjanmaan piiri puolestaan ulottui Vaasasta Lappiin saakka ennen kuin Oulun piiri erotettiin siitä vuonna 1773. Piirilääkärin työnkuvaa on kuitenkin arvioitu heidän omasta toiminnastaan käsin niin vähän, että heidän toteutuneista virkatehtävistään ja niiden osuudesta heidän työnkuvassaan ei ole pystytty muodostamaan todenmukaista kuvaa.

Vuosikertomuksista selviää, että piirilääkärityö oli ohjeistuksia ja aiemmassa tutkimuksessa arvioitua käytännönläheisempää.²⁴ Ennen piirilääkäreitä Suomessa oli toiminut koulutettuja väliskäreitä (myöhemmin kirurgeja), ja 1700-luvulla perustettiin myös jokunen kaupunginlääkärin ja lasaretinlääkärin virka, mutta käytännössä viimeksi mainittuja hoitivat usein piirilääkärit varsinaisen virkansa ohella, toisinaan ilman erillistä korvausta. Turun piirilääkäri Johan Gabriel Bergman oli yhtä aikaa peräti kolmessa virassa piirilääkärinä, kaupunginlääkärinä ja lasaretinlääkärinä, ja samassa tilanteessa oli myöhemmin myös Axel Fredrik Laurell Kuopiossa vuosina 1810–1815. Myös esimerkiksi aiempi Kuopion piirilääkäri Anders Johan Ståhl sekä Heinolan piirilääkärit David Gabriel Stark ja Anders Johan Lille toimivat piirilääkärin viran ohella lasaretinlääkärinä.²⁵ Monessa virassa toiminen oli tavallista erityisesti lääkärijärjestelmän alkuvuosikymmeninä, ja maan harvojen lääkäreiden ylityöllistäminen kertookin konkreettisesti vallinneesta lääkäripulasta. Vertailun vuoksi mainittakoon, että vastaavassa järjestelmässä Baijerissa nimitettiin lääkäri jokaiseen yli 200 maaseutu- ja kaupunkipiiriin 1800-luvun alussa²⁶. Myös pätevyysvaatimuksista jouduttiin toisinaan joustamaan: esimerkiksi väliskäri Johan Friedrich Geisse sai hoitaakseen myös piirilääkärin viran Kuopiossa 1777 ja myöhemmin Karjalassa, kun muita hakijoita virkaan ei ollut,²⁷ ja kuten jo mainittu, moni piirilääkäri aloitti virassaan jo ennen tohtoriksi valmistumistaan²⁸.

²² Lindeqvist 1926, 455; Hirvonen 1967, 166; Wirilander & Salomaa 2000, 479.

²³ Sandblad 1979, 92.

²⁴ Kontturi 2014, 14.

²⁵ Johnsson 1927, 37, 108, 112, 113.

²⁶ Stolberg 2002, 123.

²⁷ Koskivirta 2009, 291.

²⁸ Johnsson 1927.

Jo useiden samanaikaisten virkojen vuoksi monet piirilääkärit käyttivät paljon aikaa potilaiden kontaktihoitoon. Lääkäreiden kertomuksissa juuri potilaiden hoito korostuu muiden virkatehtävien rinnalla. Kulkutaudeista raportoimisen lisäksi lääkärit kertovat tyypillisesti muutamista potilaista, joiden hoitoon ovat keskittyneet. Kyseessä on voinut olla pidempiaikainen hoitosuhde tai lääketieteellisesti kiinnostava tapaus. Esimerkiksi Turun piirilääkäri Johan Gabriel Bergman kertoi hoitaneensa 15-vuotiaasta poikaa ja iäkästä miestä useiden kuukausien ajan näiden kuolemaan saakka.²⁹ Bergman oli tosin myös lasaretin lääkäri, ja lasarettiolosuhteet tarjosivat paremman mahdollisuuden pitkäaikaisiin hoitosuhteisiin. Hoitosuhteet eivät kuitenkaan rajoittuneet vain niihin tapauksiin, joista lääkärit raportoivat yksityiskohtaisesti. Eräät piirilääkärit kertovat hoitaneensa kymmeniä tai satoja potilaita vuoden aikana.³⁰ Vaikka ”hoitaminen” on voinut tarkoittaa vain lääkkeiden antamista, on selvää, että niin suurilla potilasmäärillä kontaktihoito vei merkittävän osan piirilääkäriin työajasta.³¹

Kenties merkittävin syy suuriin potilasmääriin oli se, että maksukykyiset potilaat joutuivat maksamaan hoidostaan, ja lääkärielle tarjoutui siten mahdollisuus lisätuloihin kiinteän palkkansa lisäksi. Palkkaus oli ongelmallista, sillä piirilääkäreiden mukaan suuri osa siitä meni joka tapauksessa viranhoidokuluihin, jolloin se oli pikemminkin kulukorvaus kuin palkkio tehdystä työstä. Lääkärit valittivat tämän tästä palkan pienuudesta ja siitä, ettei sitä jäänyt kattamaan elämisen (ja luultavasti elintason ylläpitämisen) kustannuksia.³² Mitä varakkaammalla alueella piirilääkäri toimi, sitä useamman potilaan oletettiin voivan maksaa hänelle hoidostaan. Köyhillä potilailla tuli olla todistus maksukyvyttömyydestään oikeutuksena ilmaishoittoon,³³ ja varattomammilla alueilla piirilääkärit saivatkin selvästi suurempaa palkkaa kuin virkaveljensä. Esimerkiksi vuonna 1811 määrättiin Karjalan, Savon ja Tornion piirilääkäreille 500 hopearuplan vuosipalkka, kun taas useimmat eteläisen ja läntisen Suomen piirilääkäreistä saivat vain 300 hopearuplan vuosipalkan.³⁴

Alueellisten erojen huomioimisesta huolimatta lääkäreiden yksityispraktiikkaan keskittyminen muodostui myöhemmin ongelmaksi. Lääkintöhallitus antoi 1824 lausunnon lääkintälaitoksen

²⁹ SVAR ÅFP1 Johan Gabriel Bergman 1780.

³⁰ SVAR ÅFP3 Johan Almän 1800; ÅFP4 Simon Landberg 1805.

³¹ Kontturi 2014, 14.

³² Kontturi 2014, 28.

³³ Sandblad 1979, 95.

³⁴ Pesonen 1980, 54.

tilanteen parantamisesta. Siinä todettiin piirilääkäreiden keskittyvän etupäässä potilaiden hoitamiseen ja jättävän sen vuoksi yleisen terveydenhoidon toimenpiteet vähemmälle huomiolle. Lääkintöhallitus esitti uuden johtosäännön laatimista piirilääkäreille, ja se hyväksyttiin viisi vuotta myöhemmin. Piirilääkäreiden palkkausta parannettiin, ja esimerkiksi ruumiintarkastuksista määrättiin maksettavaksi korvaus riippumatta siitä, saatiinko korvausta tuomioistuinten osoittamilta tahoilta.³⁵

Yleisen terveydenhoidon toimenpiteiden toissijaisuus voi selittyä osittain niiden epämääräisyydellä. Konkreettisia toimenpiteitä olivat esimerkiksi rokottamiset ja lääkkeiden jakaminen, mutta terveystilanteen tarkastus ja kansan neuvonta saattoivat jäädä helposti teoreettiselle tasolle tai ylimalkaisiksi. Kun tarkastellaan piirilääkäreiden roolia kulkutautiepidemioiden aikana, heistä välittyy kuva sivusta tarkkailijoina ja raporttoijina. Usein riitti vain epidemiasta ilmoittaminen: monet tartuntatautikuvaukset ovat pelkkiä mainintoja, eikä niiden yhteydessä kerrota toimenpiteistä. Todennäköisesti lääkäri ei havainnut ja hoitanut kaikkia epidemioita itse vaan sai kuulla niistä yhteistyössä toimineilta tahoilta, kuten seurakunnilta. Kulkutautitilanteen kartoittaminen saattoi olla lääkärin tärkeimpiä tehtäviä, mutta tuskin eniten aikaa vieviä. Kaikki epidemiat, etenkin lievät katarrikuumeet tai kaulataudit, eivät vaatineet toimenpiteitä³⁶. Tietyt epideemiset ja vaaralliset pidetyt taudit, kuten isorokko, punatauti, tulirokko ja hermokuume³⁷ vaativat usein joko lääkkeiden lähettämistä tai lääkärin matkustamista epidemia-alueelle potilaita hoitamaan ja lääkkeitä jakamaan.

Lääkkeiden lähettämistä on pidetty käytännössä harvinaisena toimintatapana,³⁸ mutta vuosilta 1769–1809 on runsaasti raportteja lääkkeiden lähettamisestä punatauti-, lavantauti-, isorokko- ja tulirokkoepidemioiden aikana. Punatautiepideemia levisi Johan Gabriel Bergmanin mukaan Tukholmasta Ahvenanmaalle marraskuussa 1779, ja hän lähetti alueelle lääkkeitä, jotka jakoi väliskäri Sundbeck maksua vastaan tai varattomille kulkutautirahaston varoista. Myöhemmin oli

³⁵ Pesonen 1980, 159.

³⁶ ”Katarrikuume” ja ”kaulatauti” olivat aikalaisnimityksiä erilaisille hengitystieoireisille taudeille. Esim. SVAR ÅFP3 A. M. Sjöborg 1801.

³⁷ *Nervfeber*, tulkittu yleensä lavantaudiksi tai pilkkukuumeeksi. Kontturi 2014, 47.

³⁸ Hirvonen 1967, 166; Wirilander & Salomaa 2000, 479.

esiintynyt myös kuumetautia, joka oli Bergmanin mukaan talttunut lääkkeillä seitsemän päivän aikana.³⁹

Hoidon kysyntä ja tarjonta

Eri lähteistä koottu kuva piirilääkäreihin kohdistetuista odotuksista on ristiriitainen: milloin tarjottu hoito ei kelvannut, milloin sillä ei voitu vastata kaikkeen kysyntään. Esimerkiksi Hämeenlinnassa “piiri oli niin laaja, ettei hän [lääkäri] voinut antaa apua milloin tarvittiin”, ja toisaalta “kansa oli välinpitämätön” eli sille ei kelvannut hoito⁴⁰. Pikkuvihan jälkeen käynnistettiin Suomen lääneissä keräykset piirilääkärien palkkaamisen kustantamiseksi, ja ensimmäisenä varat sai kerättyä Pohjanmaa, jossa piirilääkäri aloitti 1749. Seuraavalla vuosikymmenellä kansa rahoitti myös Hämeenlinnan, Turun ja Porin piirilääkäreiden virat. Hämeenlinnassa piirilääkäriin kohdistetut odotukset eivät täyttyneet: lääkäri katsottiin hyödyttömäksi, hänen palkkansa maksamisesta kieltäytyttiin ja vaadittiin lääkärin vaihtamista. Palkanmaksuvelvollisuus siirtyikin kruunulle, ja piirilääkäri vaihtui. Vuodesta 1772 alkaen palkanmaksuvelvollisuus siirtyi yleisesti valtiopäivien päätöksellä kruunun vastuulle.⁴¹ Kansan halukkuus maksaa itse lääkärinviran kustannukset osoittaa, että ainakin tietty osa kansasta (myös rahvaasta) odotti saavansa juuri koulutetun lääkärin hoitoa ja muodosti näin kysynnän lääkäritoiminnalle.

Tutkimuskirjallisuudessa ei kuitenkaan ole riittävästi selvennetty, miltä taholta kysyntä tuli ja miten se käytännössä ilmeni. Minkä lääkäritoiminnan puutteeseen kansa tarkalleen ottaen oli tyytymätön ja mistä se kieltäytyi? Koska yhtä aikaa ei ole voinut olla sekä hoidon ylitarjontaa että liikakysyntää, vastausta on haettava valtiojohtoon, kansan ja sen eri ryhmien erilaisista vaatimuksista. Kruunun näkökulmasta piirilääkäreihin kohdistettu ”kysyntä” oli se hoidon tarve, joka ilmeni sairastuneessa (ja siten väkimäärän kasvua hidastavassa) väestönosassa; Epidemioiden aikaan ja suuren lapsikuolleisuuden jatkuvasti vallitessa näin muodostunut kysyntä oli suurta ja lääkärille mahdotonta hoitaa yksin. Kuitenkin hoidon tarve itsessään oli huomattavasti vähäisempi, kun otetaan huomioon suurten kansanosien haluttomuus ottaa vastaan

³⁹ SVAR ÅFP1 Johan Gabriel Bergman 1780.

⁴⁰ Lindeqvist 1926, 455.

⁴¹ Jaakkola 1958, 538; Tuominen 1976, 289–290; Forsius 2000.

tarjottu hoito. Kansan ”kysyntä” muodostui tällöin vain siitä verrattain pienestä joukosta, pääasiassa säätyläisistä, jotka suostuivat piirilääkärin hoidettavaksi.

Johan Gabriel Bergman kertoi punatautiepideemiasta, joka sai kahdeksan menehtyneen jälkeen Eckerön seudun asukkaat pyytämään häneltä lääkkeitä. Lääkkeillä oli Bergmanin mukaan toivottu vaikutus epidemiaan, ja kylän asukkaat maksoivat mielellään lääkkeiden kustannukset.⁴² Kuvauksesta saa käsityksen, että asukkailla oli oman hoidonsaantinsa toteutumisessa aktiivinen rooli. Wirilanderin ja Salomaan mukaan kansalaisten oma aktiivisuus lääkkeiden pyytämisessä oli jopa ratkaisevaa: lääkärit toimivat vain silloin, kun sitä erikseen pyydettiin⁴³.

Potilaiden todellista säätyjakaamaa on vaikea tutkia siksi, että lääkärit eivät useinkaan maininneet potilaidensa säätyä tai ammattia. Toisinaan potilaista käytettiin nimityksiä kuten talonpoika (*bonde*), vaimo (*hustru*), säätyläinen (*ståndsperson*), renki tai piika (*dräng, piga*) tai jotakin ammattinimikettä. Myös torppareista on yksittäisiä mainintoja, joten potilaita tuli myös rahvaasta.⁴⁴ Lääkäreiden mukaan rahvas ei kuitenkaan muodostanut ainakaan suhteellisesti suurinta osuutta heidän potilaistaan, sillä he valittivat tämän tästä rahvaan ennakkoluuloisuudesta ja vastahakoisuudesta. Piirilääkäri Johan Henrik Olinin mukaan rahvas hakeutui lääkärin hoitoon vain vakavan taudin iskiessä⁴⁵.

Rokonistutus- ja rokotusjournaalit kertovat vuosikertomuksia enemmän potilasjakaumasta.. Toisaalta juuri niissä rahvaan ja säätyläisten suhtautumiserot korostuvat: erityisesti rokonistutuksiin rahvas suhtautui niin kielteisesti, ettei niitä suostuttu ottamaan vastaan edes ilmaiseksi⁴⁶. Rokonistutus oli rokotuksen esimuoto, jossa isorokon tartunta-ainetta laitettiin ihoon tehtyyn haavaan ja saatiin siten aikaiseksi isorokon lievempi muoto, joka antoi kuitenkin immuniteetin varsinaista tautia vastaan.⁴⁷ Rokonistutusraporteissa selvästi suurin osa istutuksen saaneista oli säätyläisten lapsia. Esimerkiksi Ruotsin puolella toiminut piirilääkäri Carl M. Blom istutti vuosina 1769–1771 rokon 50 lapseen, jotka olivat kaikki säätyläisiä⁴⁸.

⁴² SVAR ÅFP1 Johan Gabriel Bergman 1780.

⁴³ Wirilander & Salomaa 2000, 479.

⁴⁴ Esim. SVAR ÅFP1 Bengt Björnlund 1771 & Johan Gabriel Bergman 1780, SVAR ÅFP2 Fredrik Vilhelm Radloff 1798.

⁴⁵ SVAR ÅFP5 Joh. Henr. Olin 1808.

⁴⁶ Esim. SVAR ÅFP4 Pehr Albert Acksell.

⁴⁷ Kallioinen 2009, 56.

⁴⁸ SVAR ÅFP1 Carl M. Blom 1771.

Rokonistutusten vastustaminen ei siis ole suoraan rinnastettavissa rahvaan yleiseen suhtautumiseen lääketieteeseen, sillä siinä kulminoituivat riskit: oli eri asia pyytää lääkäriltä hoitoa jo olemassa olevaan tautiin kuin pyytää lääkäriä tartuttamaan mahdollisesti vaarallinen tauti itseensä tai lapseensa. Silloin tällöin joku kuoli myös istutusrokoon. Vaikka riski oli huomattavasti pienempi kuin varsinaisessa isorokkotartunnassa ja vaikka luonnolliselta tartunnalta välttyminen oli hyvin epätodennäköistä, istutettua rokkoa pidettiin itse aiheutettuna kuolemanriskinä.⁴⁹ Toisaalta se voitiin katsoa Jumalan tahdon uhmaamiseksi. Rokotusten ja rokonistutusten väliin jättäminen ei myöskään ollut välttämättä niiden vastustamista, vaan se saattoi johtua käytännön ongelmista: kaikki eivät kyenneet matkustamaan rokotettaviksi.⁵⁰

Piirilääkärit selittivät rahvaan ennakkoluuloja erityisesti kohtalouskolla, ja tätä selitystä on korostettu myös myöhemmässä tutkimuksessa.⁵¹ Esimerkiksi Porin piirilääkäri Bengt Björnlund väitti rahvaan uskovan, että ne kuolivat, joille niin oli tarkoitettu, ja ne, jotka saivat elää, selviäisivät ilman hoitojakin.⁵² Se, että tällainen käsitys on päässyt syntymään ja vallalle, saattaa kuitenkin johtua osittain lääkäreiden tarpeesta selittää, miksi heidän hoitonsa ei kelvannut ja löytää syy juuri rahvaan asenteista ja “takapajuisuudesta”. Tosiasiassa rahvas ei välttämättä ollut niin välinpitämätöntä ja taika- tai kohtalouskoista kuin on väitetty, sillä heillä oli tunnetusti omia hoitokeinojaan ja monet heistä turvautuivat kansanparantajien apuun⁵³. Selitykset saattoivatkin olla puhtaasti käytännöllisiä: itsehoito oli aina saatavilla ja maksutonta. Lisäksi kylän parantaja saattoi olla lähempänä ja paremmin tavoitettavissa, hän oli kenties potilaalle tutumpi ja helpommin lähestyttävä. Toisaalta maineikkaan parantajan luokse voitiin matkustaa kaukaakin,⁵⁴ kauemmas kuin lähimmän piirilääkärin luokse, mikä kertoo luottamuksen puutteesta lääkäreitä ja lääketiedettä kohtaan. Jo lääkärit itse esittivät selitykseksi herravihaa: piirilääkärit edustivat yleensä säätyläisiä, varakkaampaa virkamiesväkeä, johon suhtautuminen oli asenteellista⁵⁵. Vaikka lääkärit tarjosivat hoitoa köyhille ilmaiseksi, pelättiin, että maksua voitaisiin siitä huolimatta pyytää jälkikäteen.⁵⁶ Jos piirilääkärit yrittivätkin saavuttaa parempaa luottamusta rahvaan keskuudessa, se ei juuri välity heidän raporteistaan. Vaikka yksittäiset piirilääkärit

⁴⁹ Lipkowitz 2003, 2329.

⁵⁰ Hakkarainen & Sinisalo 2012, 151.

⁵¹ Vuorinen 2006, 96..

⁵² Forsius 2003.

⁵³ Esim. SVAR ÅFP2 Lars Meden 1798; SVAR ÅFP5 C. A. Dahlgren 1807.

⁵⁴ Impola 2014, 76–79.

⁵⁵ Vuorinen 2006, 95.

⁵⁶ Kallioinen 2009, 59.

osoittivat myötätuntoa rahvaan kurjia oloja kohtaan, useimmat suhtautuivat rahvaan elintapoihin, ”taikauskaisuuteen” ja ”välinpitämättömyyteen” oudoksuen, ylimielisesti tai halveksivasti. Juopaa pidettiin luultavasti yllä molemmin puolin.⁵⁷

Rahvaan edustusosuus piirilääkäreiden raporteissa merkitsee kuitenkin sitä, että osa rahvaasta suhtautui lääkäreihin muita ennakkoluulottomammin tai ainakin hyödynsi heidän tarjoamaansa hoitoa viimeisenä vaihtoehtona. Piirilääkäreiden valitusten perusteella voidaan silti olettaa, että osuus oli pieni. Kun tämä ja edellä mainitut seikat otetaan huomioon, säätyläisten suuri osuus potilaiden joukossa näyttää realisoituvan huomattavasti arvioitua pienempänä kysyntänä. Kaikki säätyläisetkään eivät välttämättä hakeutuneet piirilääkärin tai muun lääkärin hoitoon, vaikka heillä olisi ollut mahdollisuus. Näin ollen on tarpeetonta arvioida lääkäreiden työtaakkaa, vastuuta ja velvollisuuksien toteutumista suoraan heidän toiminta-alueensa asukasmäärän ja etäisyyksien perusteella, kuten perinteisesti on tehty. Mielekkäämpää olisi arvioida sitä, millainen heidän alueensa säätyjakauma oli ja millaisia vaihtoehtoisia hoidontarjoajia alueella oli kilpailemassa potilaista piirilääkärin kanssa. Potilaiden näkökulmasta piirilääkäri nimittäin saattoi kyetä vastaamaan tarkalleen siihen kysyntään, joka hänelle asetettiin – silloin, kun se oli asenteellisista tai käytännöllisistä syistä kohtuullisen pientä. Tämä ei kuitenkaan riittänyt siihen tavoitteeseen, joka piirilääkäreille oli asetettu, eli kansan yleisen terveydentilan kohentamiseen. Tätä aihetta käsitellään seuraavassa luvussa.

Piirilääkäreiden merkitys

Lääkäritoiminnan haasteet eivät johtuneet vain virassa olevien lääkärin vaikeuksista täyttää heille asetettuja odotuksia. Tavoitteet olivat ylimitoitettut suhteessa resursseihin, ja käytännössä tämä näkyi siinä, miten vaikeaa joihinkin virkoihin oli löytää lääkäreitä. Esimerkiksi Hämeenlinnan, Haminan, Käkisalmen, Sortavalan ja Savonlinnan piirit olivat jossakin vaiheessa, yleensä aivan viran perustamisen jälkeen, vailla piirilääkäreitä⁵⁸. Lääkäreitä koulutettiin liian vähän erityisesti Suomessa, ja ruotsalaiset lääkärit eivät olleet innokkaita asettumaan Suomeen⁵⁹. Jo kieli saattoi olla este: vuoden 1757 kuninkaan kirjeessä vaadittiin Suomeen tuleville

⁵⁷ Kontturi 2014, 25–26.

⁵⁸ Johnsson 1927.

⁵⁹ Tuominen 1976, 289.

lääkäreille suomen kielen taitoa. Eräät niistäkin ruotsalaisista lääkäreistä, jotka saatiin palkattua Suomeen, valittivat puutteellisia työskentelyolosuhteita, keuhkoa toimeentuloa ja rahvaan kielteistä suhtautumista hoitoon ja neuvoihin.⁶⁰

Piirilääkärilaitoksen organisoinnin puutteista kertoo myös se, miten samankaltaisia ongelmia oli vastaavissa järjestelmissä muualla Euroopassa. Esimerkiksi Baijerissa 1800-luvun alkupuolella lääkäreitä syytettiin maksukykyisten potilaiden suosimisesta köyhien potilaiden ilmaishoidon kustannuksella. Tietoisien valikoinnin lisäksi ongelmana oli se, että lääkäreiden oli usein mahdotonta matkustella niin paljon kuin laajempi köyhien hoito olisi edellyttänyt, sillä samalla muut virkatehtävät olisivat jääneet tekemättä.⁶¹

Ei siis ole ihme, että piirilääkäreillä on arvioitu olleen vain vähäinen merkitys kansan yleiseen terveydentilaan, jonka kohentamista varten heidät oli palkattu. Toisaalta näistä velvollisuuksista johtuen kansa saattoi kokea, ettei lääkäristä ollut heille mitään konkreettista hyötyä, kuten Hämeenlinnassa kansan kieltäytyessä piirilääkärin palkan maksamisesta. Piirilääkäri saattoi olla hankalasti tavoitettavissa matkustelunsa vuoksi,⁶² ja maaseudulla piti joko odottaa piirilääkärin saapumista lähiseudulle tai matkustaa itse hänen luokseen, mikä ei ollut monille sairastuneille mahdollista.

Keskittyipä lääkäri siis yleisen terveydenhoidon toimenpiteisiin tai potilaiden kontaktihoitoon, kaikki eivät olleet hänen toimintaansa tyytyväisiä. Piirilääkäri saattoi joutua tasapainoilemaan yksityishoidon kysynnän ja laajamittaisempien virkavelvollisuuksien välillä. Hän saattoi harjoittaa enemmän yksityispraktiikkaa kuin häneltä toivottiin osin itsekkäistä syistä, mutta oliko potilaiden kontaktihoito todellisuudessa pois jostakin muusta? Olisivatko yleisen terveydenhoidon tavoitteet toteutuneet paremmin, jos lääkärit olisivat ohjeistuksen mukaisesti keskittyneet vain ennaltaehkäisemään tauteja, epidemioita ja lapsikuolleisuutta? Wirilanderin ja Salomaan mukaan juuri ohjeistukset tekivät etenkin järjestelmän alkuvaiheessa piirilääkäreiden toiminnasta passiivista ja estivät heitä keskittymästä konkreettisiin toimenpiteisiin⁶³. Toisaalta edellä on jo osoitettu, että ohjeet ja käytäntö eivät välttämättä vastanneet toisiaan moninaisista

⁶⁰ Lindeqvist 1926, 455; Wirilander & Salomies 2000, 476.

⁶¹ Stolberg 2002, 122–123.

⁶² Lindeqvist 1930, 331.

⁶³ Wirilander & Salomaa 2000, 479.

syistä, joten ohjesääntöjen ja toteutuneiden virkatehtävien syy-yhteyksistä on vaikea saada varmuutta.

Vuosikertomuksissa lääkäreiden raportointi on optimistista ja onnistumisia korostavaa, ja voitot taudeista saavutettiin heidän mukaansa niin yksittäisten sairastuneiden kuin laajojen epidemioiden kanssa. Epidemia-alueille lähetetyt lääkkeet rauhoittivat kulkutaudit, rajutkin hoitotoimenpiteet paransivat potilaan. Lääkäreiden oman arvion mukaan heidän toimintansa oli tärkeää. Tavallisesti he katsoivat epidemian laantumisen juuri antamiensa lääkkeiden ansioksi. Jos taas lääkkeet jäivät lähettämättä tai vastaanottamatta, he saattoivat todeta, että epidemia olisi luultavasti jäänyt lievemmäksi, jos sairastuneet olisivat saaneet lääkkeitä.⁶⁴ Heidän mukaansa rahvas suhtautui niin välinpitämättömästi lastensa terveyteen, ettei ottanut vastaan hoitoa tai neuvoja, jotka olisivat voineet pelastaa lapsen hengen⁶⁵. Lääkäreiden neuvot saattoivat kuitenkin todellisuudessa jäädä vähäisiksi tai vaikeasti toteuttaviksi. Piirilääkäreiden terveysvalistusvelvollisuutta alettiin painottaa vasta myöhemmin 1800-luvulla, ja tämä näkyy 1700-luvun ja 1800-luvun alun raporteissa siinä, että kansalle annetuista neuvoista kirjoitettiin hyvin vähän. Silloinkin, kun neuvoja annettiin, tieto kulkeutui tavallisesti kansan korviin papiston saarnastuolin kautta, sillä pappeihin luotettiin olennaisesti enemmän kuin lääkäreihin.⁶⁶ Toisaalta eräät lääkärit pyrkivät tavoittamaan lukutaitoisen kansanosan sanomalehtien ja julkaisujen avulla. Esimerkiksi Johan Gabriel Bergman ja Barthold Rudolf Hast kirjoittivat erillisiä julkaisuja ja lehtikirjoituksia, joissa antoivat neuvoja yleisten tautien hoitoon.⁶⁷

Silloin harvoin, kun lääkärit pohtivat, miksi jollakin alueella esiintyi jotakin tautia enemmän kuin muualla, syyt liittyivät lähinnä ympäristöön, vain harvoin elintapoihin. Lääkärit seurasivat ja raportoivat alueidensa säästä hyvinkin tarkoilla kuvauksilla, joissa he kertoivat esimerkiksi lämpötilasta, sateen määrästä ja tuulen voimakkuudesta. Säällä uskottiin olevan selvä yhteys sairastumiseen. Johan Gabriel Bergman esimerkiksi arveli, että ukkonen, sade ja tuuli olisivat vuonna 1779 heikentäneet tyypillisesti kesäaikaan leviäviä ”saariston kuumeita”. Elintapakuvaukset keskittyvät rahvaaseen. Bergman yhdisti suomalaisen rahvaan

⁶⁴ Esim. SVAR ÅFP1 Johan Gabriel Bergman 1780; ÅFP2 Jonas Halenius 1798; ÅFP5 C. Nordblad 1807 & G. J. Ström 1808.

⁶⁵ SVAR ÅFP1 Lars Montin 1771; SVAR ÅFP5 Adolph Punson 1807.

⁶⁶ Wirilander & Salomies 2000, 480.

⁶⁷ Forsius 1997; Forsius 2000.

reumatismataipumuksen heidän tapansa kulkea paljasjaloin syksyisin ja talvisin.⁶⁸ Bengt Björnlund puolestaan totesi rahvaan ”ylettömän viinanjuonnin” vaikuttaneen haitallisesti terveyteen ja olleen osallisena myös monissa murhissa.⁶⁹ Näissäkin tapauksissa piirilääkäreiden neuvot, jos niitä oli annettu, jäivät mainitsematta.

On arvioitu, että rokonistutuksilla oli hyvin vähäinen ja paikallinen vaikutus, ja rokotuksetkin alkoivat tuottaa tulosta vasta myöhemmin 1800-luvulla.⁷⁰ Kun esimerkiksi sairastuneiden eristäminen oli harvinainen ja hankalasti toteutettava toimintatapa,⁷¹ lääkärit saattoivat tarjota kansalle melko vähän hyödyllisiä neuvoja. Hygienian merkitystä ei sinänsä ymmärretty, vaikka esimerkiksi miasmateoria johdatti suosituksen jo oikeille jäljille: *miasma* eli saastunut ilma, joka aiheutti sairastumisen, yhdistettiin likaisiin oloihin ja mätänemiseen⁷². Miasmateoriolla ei kuitenkaan ollut vahvaa asemaa suomalaisten ja ruotsalaisten lääkäreiden sairauskäsityksissä. Siitä oli raporteissa vain muutamia mainintoja, ja niissäkin sitä pidettiin vain yhtenä mahdollisena selityksenä.⁷³ Miasmateoriolla saattoi kuitenkin olla osansa siinä, että tauteihin kuolleiden ruumiiden ymmärrettiin voivan levittää tauteja edelleen. Ruumiin mätänemisen voitiin katsoa aiheuttavan ilman saastumisen⁷⁴. Johan Lorenz Westberg raportoi punatauti-epidemiasta, johon menehtyi niin paljon väkeä, ettei ”ollut sellaista sunnuntaita, ettei jotakuta olisi haudattu”. Kansa oli tottunut hautaamaan vainajansa juuri sunnuntaisin, ja kun ruumiit joutuivat odottamaan hautausta, niiden huomattiin tartuttavan edelleen. Tästä syystä annettiin poikkeuksellisesti määräys, että ruumis piti haudata viimeistään seuraavana päivänä kuolemasta.⁷⁵

Yksittäisten potilaiden hoidossa kysymys lääkäreiden hyödyllisyydestä on mutkikkaampi. Jos luotetaan lääkäreiden omaan sanaan, heidän hoitonsa oli tehokasta ja yleensä paransi potilaan, mutta tätä paranemista ei voi selittää nykylääketieteellä. Osa lääkeaineista oli jopa myrkyllisiä tai muuten haitallisia, eikä useimpien muidenkaan tehoa pystyttyä todentamaan nykyisissä

⁶⁸ SVAR ÅFP1 Johan Gabriel Bergman 1780.

⁶⁹ SVAR ÅFP1 Bengt Björnlund 1806.

⁷⁰ Kallioinen 2009, 58–64.

⁷¹ Kontturi 2014, 32.

⁷² Porter 1999, 10, 79.

⁷³ SVAR ÅFP2 Fredrik Wilhelm Radloff 1797; ÅFP5 J. L. Westberg 1807 & E. M. af Rosenschöld 1807.

⁷⁴ Porter 1999, 10, 79.

⁷⁵ SVAR ÅFP5 J. L. Westberg 1807.

tutkimuksissa⁷⁶. Tärkeämpi kysymys onkin, miten paraneminen määriteltiin ja miten hoito itsessään edisti sitä. Lääkärit raportoivat myös nykynäkökulmasta parantumattomien sairauksien parantamisesta, ja erityisesti näissä tapauksissa on syytä uskoa, että hoidolla oli potilaalle lumelääkinnän kaltaista arvoa. Vuosikertomuksissa potilaan ääni on heikosti esillä, mutta monissa tapauksissa lääkäri perustaa arvionsa potilaan paranemisesta tämän omaan kuvaukseen oireiden katoamisesta. Tämä viittaa siihen, että potilaat, jos eivät täysin parantuneetkaan, vähintäänkin kokivat oireidensa helpottaneen saatuaan hoitoa. Lääkkeiden hoitovaikutus ei menneisyydessä – kuten ei nykyisinkään – perustunut pelkästään lääkkeen absoluuttiseen, muista tekijöistä riippumattomaan tehoon. Hoitaminen on kulttuurinen kokonaisuus, jossa lääkkeen teho korreloi suoraan sen kanssa, kuinka paljon hoidon vastaanottaja luottaa hoidon tarjoajaan ja hänen menetelmiensä tehokkuuteen. Tästä luottamuksesta syntyy hoidon sosiaalinen, kulttuurinen ja psykologinen ulottuvuus, jota on mahdotonta jäljittää aikakauden ja kulttuuripiirin ulkopuolella.⁷⁷ Vaikka nykyaikaisissa mittauksissa ei saavutettaisi samoilla keinoilla samoja tuloksia kuin menneisyydessä, se ei tarkoita, etteivät yksittäiset potilaat olisi voineet hyötyä hoidosta.

Toisaalta myös luontainen parantuminen katsottiin herkästi hoidon ansioksi. Esimerkiksi ”venerisen taudin” eli käytännössä kupan ”paraneminen” on saattanut kuulua sille tyypilliseen taudinkulkuun, jossa oireelliset ja oireettomat kaudet vaihtelivat ja saattoivat saada potilaan ja lääkärin uskomaan, että myöhemmin palannut oireilu oli jo eri tauti.⁷⁸ Suggestiivinen tapa tulkita potilaan paranemista lääkärin käyttämien menetelmien eduksi johti siihen, että vaikka humoraaliteoriaan perustuvassa lääkintäjärjestelmässä nähtiin puutteita, siitä ei luovuttu vaan sitä ”korjailtiin” milloin milläkin rinnakkaisella teoriolla.⁷⁹ Lääkärit jäivät harvoin neuvottomiksi sairauden edessä, eivätkä he joko tunnustaneet tai ymmärtäneet hoitovirheitä. Jos yksi menetelmä osoittautui tehottomaksi, kokeiltiin jotakin toista. Joihinkin tauteihin oli vakiintunut omat lääkkeet ja hoitokeinot, mutta pääasiallisesti käytettiin samoja kehon nesteitä poistavia lääkkeitä diagnoosista riippumatta.⁸⁰ Näin ollen lääkärin ei tarvinnut punnita kovin

⁷⁶ Kontturi 2014, 42.

⁷⁷ Kleinman 1980, 319–332; Moerman 2002, 43–45; Kontturi 2014, 90.

⁷⁸ Kontturi 2014, 88–91.

⁷⁹ Kontturi 2014, 77–79.

⁸⁰ Kontturi 2014, 37.

perusteellisesti omaa ammattitaitoaan, sillä alati muuttuvat ja sovellettavissa olevat teorit tarjosivat aina kulloiseenkin tilanteeseen sopivan ratkaisun.

Potilaan mahdollista kuolemaa ei selitetty puutteellisella tai vääränlaisella hoidolla, vaan osaa sairastuneista pidettiin menetettyinä tapauksina, joiden kohtaloon ei olisi voinut vaikuttaa minkäänlaisella hoidolla. Tästä huolimatta lääkärit pyrkivät ainakin lievittämään potilaiden oireita heidän kuolemaansa saakka. Myös tautien parantumattomuus oli lähes vieras käsite: taudeilla katsottiin olevan dynaaminen luonne ja selvästi havaittava kehityskaari, johon niin hoito kuin hoitamattomuus vaikuttivat joko parantumista edistävästi tai potilaan kuntoa heikentävästi, ja taudinkulku päättyi joko paranemiseen tai kuolemaan. Ainoastaan lasareteissa havaittiin yksittäisiä potilaita, joiden tila oli kroonistunut – muiden tila oli vuosittaisissa potilaslistauksissa joko parantunut, paranemaan päin, heikentynyt tai kuollut.⁸¹

Piirilääkäreiden toiminnassa oli kuitenkin merkkejä heräilevästä empiriasta, sillä he vertailivat eri lääkeaineiden tehoa ja kritisoivat joidenkin perinteisten hoitomenetelmien käyttöä tehottomina tai haitallisina, ainakin tiettyjen sairauksien hoidossa. Yksi näistä menetelmistä oli yleisesti käytetty suonenisku. Esimerkiksi Barthold Rudolf Hast totesi sen enemmän haitalliseksi kuin hyödylliseksi mätäkuumeen hoidossa⁸². Myös oksennuslääkkeet saivat kritiikkiä⁸³. Siitä huolimatta uudetkin lääketieteelliset käsitykset kasautuivat päällekkäisiksi, rationaalisen päättelyn muovaamiksi teoriakokonaisuuksiksi. Vasta 1800-luvun lopun mikrobiologiset löydöt saivat lääketieteen luopumaan humoraalipatologiasta. Samalla käynnistyi prosessi, jonka seurauksena lääketiede saavutti valta-asemansa kansalaisten ensisijaisena hoidontarjoajana. Piirilääkärit ehtivät kohtaamastaan vastustuksesta ja epäluuloista huolimatta vakiinnuttaa asemansa sillä noin sadan vuoden ajanjaksolla, jonka aikana heidän toimintansa laajeni koko Suomeen ja yhä pienemmille toiminta-alueille. Vaikka kansanomaiset hoitokeinot elivät pitkään rinnalla (ja elävät yhä), valtiollisen lääkäritoiminnan privilegiointi ja piirilääkäritoiminta olivat perustana 1882 alkaen syntyneelle kunnanlääkärijärjestelmälle, 1940-luvulla piirilääkärit korvanneelle lääninlääkärijärjestelmälle sekä 1970-luvulla perustetulle terveyskeskusjärjestelmälle.

⁸¹ SVAR ÅFP2 J. Engström 1800; ÅFP3 Erik Acharius 1800; Kontturi 2014, 91.

⁸² SVAR ÅFP1 B. Rud. Hast 1771; Kontturi 2014, 38. Mätäkuume (*röfieber*) on yksi nykykäytöstä kadonneista tautinimityksistä. Sen on katsottu viitanneen ainakin pilkkukuumeeseen ja lavantautiin. Vuorinen 2002, 199, 321.

⁸³ SVAR ÅFP5 E. M. af Rosenschöld 1807.

Lopuksi

Piirilääkäreiden ohjesäännöissä alettiin 1700-luvun lopulla ja 1800-luvun alussa painottaa enenevässä määrin viran yleiseen terveydenhoitoon liittyviä työtehtäviä. Näin haluttiin lisätä väestönkasvua, kohentaa kansan terveydentilaa ja vähentää lapsikuolleisuutta. Motiivina ei siis ollut niinkään yksittäisten potilaiden terveydenhoito sellaisena kuin se nykyisin käsitetään kansalaisten oikeudeksi, ja tästä syystä lääkäreitä yritettiin ohjata yksityispraktiikasta kohti laajamittaisempaa, ennaltaehkäisevää toimintaa.

Käytännössä piirilääkärityö oli kuitenkin pitkälti juuri potilaiden hoitoa, suurilta osin siksi, että lääkärit saattoivat ansaita siten lisätuloja maksukykyisten potilaiden ollessa velvoitettuja kustantamaan hoitonsa itse. Palkasta osa meni viranhoitokuluihin, ja se oli monen lääkärin mielestä sellaisenaan riittämätön. Palkankorotuksista huolimatta lääkäreiden laajamittainen yksityishoito jatkui, ja heiltä alettiin odottaa entistä enemmän keskittymistä yleisen terveydenhoidon toimenpiteisiin, kuten virkamatkoihin, kulkutautiseurantaan, sairaanhoidon valvontaan, rokottamiseen ja kansan neuvomiseen. Luultavasti nämä toimenpiteet jäivät kuitenkin muiden virkatehtävien varjoon, jos eivät tärkeydessä niin ainakin siinä, miten paljon aikaa ne veivät.

Piirilääkäreihin kohdistetuissa odotuksissa oli ristiriitaisuuksia. Valtiojohto odotti heidän pystyvän vaikuttamaan yleisesti piirinsä terveystilanteeseen, kun taas osa kansasta toivoi heiltä konkreettisia toimenpiteitä ja sairastuneiden hoitoa. Silti piirilääkärin apu ei aina kelvannut, vaikka sitä olisi ollut tarjolla: erityisesti rahvas suhtautui lääkäreihin lääketiedettä ja valtiota edustavina virkamiehinä ennakkoluuloisesti. Epäluuloisuus korostui suhtautumisessa rokonistutuksiin ja rokotuksiin, joiden pelättiin olevan vaarallisia tai maksullisia. Rokotukset voitiin jättää ottamatta myös käytännön syistä, ja esimerkiksi lääkärin tavoitettavuus vaikutti siihen, kuinka herkästi hänen puoleensa käännyttiin. Piirilääkäri teki virkamatkoja, mutta yhteen paikkaan hän ehti ehkä vain kerran vuodessa, ja muulloin hän saattoi olla kymmenien tai satojenkin kilometrien päässä.

Piirilääkärit tekivät joitakin havaintoja kansan elintavoista ja niihin liittyvästä sairastelusta, kuten heiltä odotettiin, mutta raporteista ei ole pääteltävissä, että he olisivat ainakaan 1700-luvulla tai

1800-luvun alussa tehneet minkäänlaista laajamittaista terveysvalistusta. Kansan ohjeistaminen saattoi jäädä epäkonkreettiseksi toteutettavissa olevien ja toimivien neuvojen puutteessa. Niillä voitiin kenties puuttua elintapoihin, kuten liialliseen alkoholinkäyttöön, mutta kulkutautiepidemioiden aikaan lääkärit luottivat lähinnä lääkkeiden jakamiseen.

Sairauksien hoidossa piirilääkäreillä oli vankka luotto omaan osaamiseensa, jota pidettiin alan toimijoiden keskuudessa parhaimpana. Piirilääkärillä tuli olla anatomista ja kirurgista osaamista, ja heidän erikoisalaansa olivat sisätaudit. Lääkärit arvioivat työssä onnistumistaan optimistisesti: jos heidän hoitamansa potilas parani, he uskoivat antamansa hoidon ja erityisesti lääkkeiden auttaneen. Jos potilas kuolikin, sitä ei pidetty epäonnistuneen hoidon syynä; sen sijaan hoitamattomuus oli lääkäreiden mukaan usein syynä kuolemaan. Toisaalta potilaat kertoivat itse lääkärille oireidensa helpottaneen hoidon myötä, myös sellaisissa sairauksissa, jotka eivät olleet parannettavissa aikalaiskonstein. Paranemisen ja oireiden lieventymisen subjektiivinen tulkinta mahdollisti sen, että lääkintäjärjestelmän puutteita ei tunnustettu ennen mikrobiologian esiintuloa 1800-luvun lopulla, tai jos tunnustettiin, ne korvattiin vain uusilla kokeellisesti testaamattomilla teorioilla. Hoidon väestölliset vaikutukset olivat vähäiset, mutta yksittäiset potilaat saattoivat hyötyä hoidosta: olennaista ei ollut välttämättä se, mitä lääkkeitä he saivat ja kuinka tehokkaita ne yksinään olivat, vaan paranemista edisti jo se, että he luottivat lääkäriin ja saamaansa hoitoon.

Vuosikertomusten perusteella voi sanoa, että vaikka piirilääkärin työ oli pitkälti havainnointia ja havainnoista raportointia, toimenpiteissään he luottivat tekoihin sanojen sijasta ja mieluummin hoitivat potilaita itse kuin valistivat, miten sairauksilta vältytään ja miten niitä hoidetaan. Potilasvastaanotto on säilynyt piirilääkäreiden ajoilta periaatteeltaan samankaltaisena: piirilääkärit ottivat potilaita vastaan, kuuntelivat ja tutkivat heidän oireitaan, tekivät diagnoosinsa ja hoitivat tai helpottivat potilaan oloa parhaan kykynsä (ja saatavilla olevien lääkeaineiden) puitteissa. Myös lääkärintyöhön ja lääketieteen valta-asemaan liittyvät keskustelunaiheet ovat periytyneet nykypäivään. Edelleen puhutaan siitä, miten esimerkiksi keskussairaalan lääkäreiden tapa pitää myös omaa praktiikkaa vaikuttaa heidän työhönsä. Kriittinen rokotuskeskustelu, jossa rokotuksen pieniä riskejä pidetään itse tartuntataudin aiheuttamaa riskiä ongelmallisempina, on sekin säilynyt hämmästyttävän muuttumattomana 1700- ja 1800-luvulta tähän päivään. Piirilääkärilaitoksen haasteet ja tavoitteet heijastelevat siten historiallisesti niitä kysymyksiä,

joita edelleen pohditaan pyrittäessä paitsi tarjoamaan inhimillistä ja yksilöä huomioivaa hoitoa, myös valvomaan ja edistämään kansanterveyttä.

Summary

The Early Finnish District Physician System: The Goals And How They Were Met

This article deals with Finland's early district physicians' work in relation to the guidelines they were given by the state. District physicians were a part of the 18th century Swedish state administration's plan to promote population growth by reducing the death rate. The first district physician started in Finland in 1749, and a few posts followed the next decade. The system encountered many challenges during the 18th and 19th century. The aim to offer a solution to lethal epidemics proved hard to accomplish, as the physician offices were filled slowly and one physician usually had a huge district, at first as big as a province, as his responsibility area. Another problem was that the common people were reluctant to turn towards advocates of medicine in cases of sickness or injury. They had their own remedies and trusted healers.

There were many contradictions between the guidelines of the physician's duties and their actual work. In the first state directive in 1744 the district physicians' duty was first and foremost treating the sick, with the poor common people free of charge and more wealthy patients required to pay, but this was to change later. In the 19th century, the physicians' habit of holding a private practice alongside their communal health surveillance was seen as a problem: it was distracting them from their more important tasks. The main reason the physicians had to (or at least were willing to) have a private practice was that they felt their wages were insufficient and they had to earn extra money by treating patients who were able to pay for the care.

The state wanted the district physicians to focus on duties that had extensive and long-lasting effects on the population, such as performing vaccinations (and inoculations), observing epidemics, sending medicine and helping reduce child mortality. Thus less time could be dedicated to the contact treatment of individual patients. This might have been one of the reasons why the majority of the common people saw the district physicians as useless or downright untrustworthy. The physicians described the common people to be "indifferent, superstitious and suspicious", up to the point that they didn't want their children vaccinated even without cost. It was not always because of prejudice that the common people refused the treatment. The district physician may not have been easily available with all his travelling duties in the district, and he was obliged to visit a village only once per year if there were no significant epidemics.

Even if the district physicians had been able to meet both the people's and the state's expectations of their work, their goal of significantly reducing mortality would have been hard to attain with contemporary means. The medicine and remedies used were usually clinically inefficient or even harmful, causing violent physical reactions such as vomiting. Only vaccinations had the potential of eradicating one disease completely (smallpox), but this only happened gradually after extensive vaccinations could be implemented later in the 19th century.

In terms of individual patients, the question of the district physician's significance is more complicated. The physicians themselves had a high trust in their remedies and the rational theories behind them. Their belief system was built around the ancient humoral theory of balance between four bodily humours, and there were supportive theories filling the gaps caused by contradictions between theory and practical experience. According to the physicians' reports, nearly every patient either got well or died; "incurable" was an almost unknown term. The tendency to think that even natural recoveries of illness happened because of medical intervention accounted for the perseverance of humoral and supportive theories, despite their flaws. It is, however, reasonable to assume that the patients got therapeutic, placebo-like effects just from the experience of being cared after.

District physicians were one of the first officials of the medical profession and set the stage for later development and dominance of the state health care. The system was later replaced by municipal and county physicians and, eventually, the health centre system in the 1970s.

Lähteet

Alkuperäislähteet

Riksarkivet (Stockholm): Collegium Medicum

SVAR, Digitala forskarsalen <http://sok.riksarkivet.se/digitala-forskarsalen>

Årsberättelser från provinsialläkare: 1769–1779 (ÅFP1)

1796–1799 (ÅFP2)

1799–1801 (ÅFP3)

1801–1807 (ÅFP4)

1807–1808 (ÅFP5)

1809–1811 (ÅFP6)

Kirjallisuus

Forsius, Arno (1997), "Bergman, Johan Gabriel (1732–1794) – lääkäri". Teoksessa: Kansallisbiografia. Studia Bibliographica 4. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. <http://www.kansallisbiografia.fi/kb/artikkeli/5881/>, viitattu 11.9.2015.

Forsius, Arno (2000), "Hast, Rudolf (1724–1784) – Suomen ensimmäinen piirilääkäri". Teoksessa: Kansallisbiografia. Studia Bibliographica 4. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. Artikkelia päivitetty 15.8.2008. <http://www.kansallisbiografia.fi/kb/artikkeli/6042/>, viitattu 11.9.2015.

Forsius, Arno (2001), "Björnlund, Bengt (1732–1815) – piirilääkäri". Teoksessa: Kansallisbiografia. Studia Bibliographica 4. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. <http://www.kansallisbiografia.fi/kb/artikkeli/5890/>, viitattu 11.9.2015.

Hakkarainen, Susanna & Sinisalo, Henna (2012), "Tappava tauti, pelätty pelastaja – isorokon ja rokotuksen historiaa". Hippokrates: Suomen Lääketieteen Historian Seuran vuosikirja (29), 139–166.

Hirvonen, Leo (1987), Lääketieteen historia. Hanko: Recallmed Oy.

Hjelt, Otto E. A. (1891), Svenska och finska medicinalverkets historia 1663–1812. Första delen. Helsinki: Helsingfors Central-Tryckeri.

Kentän koodi muuttunut

Hjelt, Otto E. A. (1893), Svenska och finska medicinalverkets historia 1663–1812. Tredje delen. Helsinki: Helsingfors Central-Tryckeri.

Impola, Petteri (2014), "Minä poltan hänet kautta seitsemäntuhannen perkeleen". Taikuus, noituus ja kansanusko Ylä-Satakunnassa 1623–1750. Pro gradu, Suomen historia, historian ja etnologian laitos, Jyväskylän yliopisto. <https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/45947>, viitattu 2.7.2015.

Kentän koodi muuttunut

Jaakkola, Jalmari (1958), Porin historia I. Satakunnan varhaiskauppa ja Porin edeltäjät. Pori: Porin kaupunki.

Kallioinen, Mika (2009), Rutto & rukous. Tartuntataudit esiteollisen ajan Suomessa. Jyväskylä: Atena.

Kleinman, Arthur (1980), Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.

Muotoiltu: suomi

Kontturi, Saara-Maija (2014), Parantajat ja tieteentekijät. Piirilääkärit Ruotsin valtakunnassa 1700-luvun lopulta 1800-luvun alkuun. Pro gradu, Suomen historia, historian ja etnologian laitos, Jyväskylän yliopisto. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:jyu-201403141347>, viitattu 2.7.2015.

Kentän koodi muuttunut

Koskivirta, Anu (2009), "Parantaja, kuolinsyntyntutkija ja syyntakeeton murhaaja. Välskäri-kirurgi Geissen veriteko yhteisöllisen kriisin kuvastimessa". Teoksessa: Eilola, Jari (toim.), Makaaberin ruumis. Mielikuvia kuolemasta ja kehosta. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 272–323.

Kotivuori, Yrjö (2005) (toim.), Ylioppilasmatrikkeli 1640–1852. Verkkojulkaisu. <http://www.helsinki.fi/ylioppilasmatrikkeli>, viitattu 11.9.2015.

Lindeqvist, K. O. (1926), Hämeenlinnan kaupungin historia. 2, Kaupungin historia Ruotsin vallan aikana. Hämeenlinna: Hämeenlinnan kaupunki.

Lindeqvist, K. O. (1930), Hämeenlinnan kaupungin historia. 3. osa, Hämeenlinnan kaupungin historia vuosina 1809–75. Hämeenlinna: Hämeenlinnan kaupunki.

Ling, Sofia (2004), Kärringmedicin och vetenskap. Läkare och kvacksalverianklagade i Sverige omkring 1770–1870. Stockholm: Elanders Gotab.

Lipkowitz, Elise (2003), "The Physicians' Dilemma in the 18th-Century French Smallpox Debate". JAMA 290 (17), 2329–2330.

Moerman, Daniel (2002), Meaning, Medicine and the 'Placebo Effect'. Cambridge & New York: Cambridge University Press.

Muilluvuori, Jukka (2005), Apteekkareita, lääkkeitä ja professoreita. Yliopiston Apteekki 1755–2005. Helsinki: WSOY.

Pesonen, Niilo (1980), Terveiden puolesta – sairautta vastaan. Terveiden- ja sairaanhoito Suomessa 1800- ja 1900-luvulla. Porvoo: WSOY.

Porter, Roy (1995), “The Eighteenth Century”. Teoksessa: Conrad, Lawrence, Neve, Michael, Nutton, Vivian, Porter, Roy & Wear, Andrew, The Western Medical Tradition. 800 BC to AD 1800. Cambridge, New York, Oakleigh: Cambridge University Press, 371–475.

Porter, Roy (1999), The Greatest Benefit to Mankind. A Medical History of Humanity. New York & London: W. W. Norton & Company.

Porter, Dorothy (2002), “Health Care and the Construction of Citizenship in Civil Societies in the Era of the Enlightenment and Industrialisation”. Teoksessa: Grell, Peter, Cunningham, Andrew & Jütte, Robert, Health Care and Poor Relief in 18th Century and 19th Century Northern Europe. Aldershot: Ashgate, 15–31.

Sandblad, Henrik (1979), Världens nordligaste läkare. Medicinalväsendets första insteg i Nordskandinavien 1750–1810. Motala: Borgströms Tryckeri AB.

Spary, E. C. (2011), “Health and Medicine in the Enlightenment”. Teoksessa: Jackson, Mark (toim.), The Oxford Handbook of the History of Medicine. Oxford: Oxford University Press, 82–99.

Stolberg, Michael (2002), “Health Care Provision and Poor Relief in the Electorate and Kingdom of Bavaria”. Teoksessa: Grell, Peter, Cunningham, Andrew & Jütte, Robert, Health Care and Poor Relief in 18th Century and 19th Century Northern Europe. Aldershot: Ashgate, 112–135.

Tuominen, Jorma et al. (1976), Hämeen historia III, 2. nide. Vuodesta 1721 noin vuoteen 1879. Julkaissut Hämeen heimoliitto (Hämeen historiatoimikunta, puheenjohtaja Jorma Tuominen). Hämeenlinna: Karisto.

Vuorinen, Heikki S. (2002), Tautien historia. Tampere: Vastapaino.

Vuorinen, Heikki (2006), Tautien Suomi 1857–1865. Tampere: Tampere University Press.

Wirilander, Kaarlo & Salomies, Ilmari (2000), Savon historia III. Savo kaskisavujen kautena 1721–1870. Mikkeli: Savon säätiö.