

JYU DISSERTATIONS 372

Saara-Maija Kontturi

Lääkärikunnan synty

Suomen lääkärit n. 1750–1850



UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ
FACULTY OF HUMANITIES AND
SOCIAL SCIENCES

JYU DISSERTATIONS 372

Saara-Maija Kontturi

Lääkärikunnan synty
Suomen lääkärit n. 1750–1850

Esitetään Jyväskylän yliopiston humanistis-yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi yliopiston Historica-rakennuksen salissa H320
huhtikuun 23. päivänä 2021 kello 12.

Academic dissertation to be publicly discussed, by permission of
the Faculty of Humanities and Social Sciences of the University of Jyväskylä,
in building Historica, hall H320 on April 23, 2021 at 12 o'clock noon.



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO
UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

JYVÄSKYLÄ 2021

Editors

Jari Eilola

Department of History and Ethnology, University of Jyväskylä

Timo Hautala

Open Science Centre, University of Jyväskylä

Copyright © 2021, by University of Jyväskylä

Permanent link to this publication: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-8603-2>

ISBN 978-951-39-8603-2 (PDF)

URN:ISBN:978-951-39-8603-2

ISSN 2489-9003

ABSTRACT

Kontturi, Saara-Maija

The Birth of the Physician Profession: Physicians in Finland c. 1750–1850

Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2021, 125 p.

(JYU Dissertations

ISSN 2489-9003; 372)

ISBN 978-951-39-8603-2 (PDF)

In this dissertation, I have studied the development and professionalization of physicians in Finland from the middle of the 18th century to the middle of the 19th century. The basis of the research is a prosopography database about physicians in the area of Finland during 1749–1856. I have also used annual reports from the physicians. The dissertation consists of five articles and an introduction, which has a separate database analysis and an article analysis, combining article results with the database and previous research.

The dissertation examines the development of physician system in interaction with societal events, cultural and social development as well as patients and the local community. In previous research, the professionalization of physicians has been timed mostly based on single criteria of profession, for example with the number of physicians and their professional organization. However, these traditional criteria are not as relevant in the context of Sweden and Finland, where the development was much more state-driven than in many other European countries. Thus, it can be argued that the professionalization of physicians started earlier than has been traditionally estimated, and there were characteristics of a profession right from the first physicians. Even though the number of physicians rose slowly, many societal events, political decisions, reforms in education and closure of the profession raised physicians' professional and social status. Especially the first decades of the 19th century were crucial for the development of physician system with the wartime, transfer of rule and reforms followed by the increase in Finnish physicians' own autonomy. In the end, the physicians also needed the trust of their patients to seal their position in the field of health care: how they represented themselves as competent professionals, especially in comparison to other official and unofficial operators in health care.

Keywords: physicians, professionalization, 18th century, 19th century, prosopography

TIIVISTELMÄ

Kontturi, Saara-Maija

Lääkärikunnan synty. Suomen lääkärit n. 1750–1850

Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2021, 125 s.

(JYU Dissertations

ISSN 2489-9003; 372)

ISBN 978-951-39-8603-2 (PDF)

Tässä väitöstutkimuksessa olen selvittänyt Suomen lääkärikunnan kehitystä ja professionalisoitumista 1700-luvun puolivälistä 1800-luvun puoliväliin. Tutkimuksen perustana on prosopografisen menetelmän mukaisesti koottu lääkäritietokanta vuosien 1749–1856 aikana virassa toimineista lääkäreistä Suomen alueella. Lisäksi olen hyödyntänyt lääkäreiden vuosikertomuksia. Tutkimus koostuu viidestä artikkelista sekä johdanto-osuudesta. Johdanto-osuudessa ovat erillisinä tietokannan analyysi sekä artikkelianalyysi, jossa yhdistän artikkelien tulokset tietokannan ja aiemman tutkimuksen tuloksiin.

Väitöskirja tarkastelee ammattikunnan kehitystä ja professionalisoitumista vuorovaikutuksessa valtion ja yhteiskunnallisten tapahtumien, kulttuurisen ja sosiaalisen kehityksen sekä potilaiden ja paikallisyhteisön kanssa. Aiemmassa tutkimuksessa lääkäreiden professionalisoitumisen ajankohtaa on tarkasteltu lähinnä yksittäisillä profession kriteereillä, esimerkiksi lääkärimäärillä ja ammatillisella järjestäytymisellä, joita ei Ruotsin ja Suomen kontekstissa voi pitää yhtä relevantteina kuin muualla, koska kehitys tapahtui hyvin valtiojohtoisesti. Näillä perusteilla voidaan katsoa lääkäreiden professionalisoitumisen alkaneen jo aiemmin kuin on perinteisesti tulkittu, ja profession piirteitä oli jo ensimmäisistä lääkäreistä lähtien. Vaikka lääkärimäärien kasvu oli hidasta, useat ajanjakson yhteiskunnalliset tapahtumat, poliittiset päätökset, koulutuksen uudistukset ja ammattikunnan rajaamiseen tähtäävät toimenpiteet nostivat lääkäreiden ammatillista ja sosiaalista asemaa. Erityisesti 1800-luvun ensimmäiset vuosikymmenet olivat ammattikunnan kehityksessä merkittäviä sota-ajan, vallan vaihtumisen ja Suomen lääkäreiden oman päätäntävällän kasvun myötä tehtyjen uudistusten ansiosta. Lopulta lääkärit tarvitsivat kuitenkin asemansa lujittamiseksi potilaiden luottamuksen puolelleen, ja siinä heidän oma toimintansa oli ratkaisevaa: miten he loivat itsestään kuvaa pätevinä ammatillisina erityisesti suhteessa muihin hoidontarjoajiin, sekä virallisiin että epävirallisiin.

Avainsanat: lääkärit, professionalisoituminen, 1700-luku, 1800-luku, prosopografia

Author's address Saara-Maija Kontturi
Department of History and Ethnology
University of Jyväskylä
saara-maija.kontturi@jyu.fi

Supervisors Jari Eilola
Department of History and Ethnology
University of Jyväskylä

Kustaa Vilkuna
Department of History and Ethnology
University of Jyväskylä

Reviewers Heini Hakosalo
Department of History
University of Oulu

Minna Harjula
Department of History
University of Tampere

Opponent Heini Hakosalo
Department of History
University of Oulu

ESIPUHE

Niin on tämäkin päättymättömältä tuntunut tarina saatu päätökseen. Väitöskirjajataivaaltani on hyvin kuvannut poliittisessa päätöksenteossa tuttu lause ”mitään ei ole päätetty ennen kuin kaikki on päätetty”. Tutkimus koki vuosien aikana monta muodonmuutosta. Niin taisin kokea minäkin ihmisenä.

Dosentti Jari Eilola on ollut väitöskirjani pääohjaajana korvaamaton. Yhteinen taipaleemme alkoi jo kandidaatintutkielmani aikoihin, jolloin hän ehdotti tutkimusaiheekseni lääkäreitä, ja sille tielle jäin. Jaria on ollut aina helppo lähestyä tyhmienkin kysymysten kanssa, ja tärkeimmät vastaukset ovat tulleet niihin kysymyksiin, joihin ei ole niin helppo vastata. Kiitos ennen kaikkea henkisestä tuesta. Toinen ohjaajani professori Kustaa Vilkuna on tarjonnut väitöskirjatyön ohjaamisen ohella akateemisen polkuni varrella tärkeitä mahdollisuuksia kartuttaa kokemustani. Oivaltavat kommentit ja neuvot ovat pitäneet tutkimustani oikeilla raiteilla, ja rento, salliva ohjausote yhdistettynä oikein ajoitettuun kannustukseen on sopinut hyvin epätahtiseen työskentelytyyliini.

Kiitän esitarkastajiani professori Heini Hakosaloa ja dosentti Minna Harjulaa tarkkanäköisistä ja asiantuntevista kommentteista esitarkastusvaiheessa. Kiitos myös professori Petri Karoselle tärkeästä avusta ja yhteistyöstä tutkimuksen aikana. Lukuisat eri yhteistyökumppanit seminaarien, artikkelikokoelmien ja muiden projektien yhteydessä ansaitsevat omat kiitoksensa, olen oppinut jokaiselta jotakin, josta on ollut hyötyä matkan varrella.

Tutkimustyöni ovat taloudellisesti mahdollistaneet Jyväskylän yliopistolta, Svenska Litteratursällskapetilta ja Jenny ja Antti Wihurin rahastolta saamani työskentelyapurahat. Kiitän Historian ja etnologian laitosta myös työtilan järjestämisestä tutkimustyön ajaksi sekä muiden tutkimuksen puitteiden tarjoamisesta. Laitoksen Terveys ja hyvinvointi- sekä Early Modern Morals -tutkimuskeskitymien toiminta on ollut olennaisessa roolissa tukemassa tutkimustyötäni.

Kiitän yhteisesti laitoksen väkeä monista hyödyllisistä ja myös ei niin hyödyllisistä keskusteluista erityisesti Historian kahvihuoneessa. Erityiskiitos laitosjohtajille Heli Valtoselle ja Jari Ojalalle, jotka ovat luoneet laitokselle kannustavan ja lämpimän ilmapiirin. Parhaimmat muistoni jatko-opinnoista osuvat aikaan, jolloin työskentelin Historian huoneessa H123 – kiitos sen väelle. Taimien kasvattamisen ja ajan olemuksesta keskustelun lomassa saimme aikaiseksi myös hyvän työilmapiirin, tieteellistä keskustelua ja vertaistukea. Kiitokset erityisesti Miikalle ja Mikolle varhaisaamujen herättävistä keskusteluista ja Konstalle tuesta ja käsikirjoituksen kommentoinnista. Myös naapurihuoneen Petterille kiitos väsymättömästä tsemppaamisesta ja opponoinnista samankaltaisten tutkimusaiheiden parissa.

Yksi tärkeimmistä väitöskirjan tekemisen oppitunneista oli, että elämässä on paljon tärkeämpiäkin asioita kuin väitöskirja. Lopuksi kiitän sukulaisiani ja ystäviäni, jotka ovat kannustaneet silloinkin kun usko on meinannut loppua. Monet tutkimusta eteenpäin vieneet sysäykset ja oivallukset koettiin suvun maiseissa Kaikurannassa. Kiitos FT Timo Siroselle ”tieteellisen kummisedän” roo-

lissa annetusta avusta. Kiitos äidilleni ja veljelleni perheineen tuesta, kannustuksesta ja kiinnostuksesta työtäni kohtaan. Isäni ei lyhyeksi jääneen elämänsä aikana saanut nähdä väitöstäni, mutta Jyväskylän yliopiston entisenä opiskelijana ja sittemmin opettajana hän olisi varmasti kannustanut minua eteenpäin. Kiitos tuesta ja kanssakulkemisesta Johannalle, Tiialle ja Eeville. Tämän työn valmistuminen kertoo myös yhden elämänvaiheen tarinan. Sen lopetus on alku jollekin uudelle.

Jyväskylässä 28.3.2021
Saara-Maija Kontturi

KUVIOT

| | | |
|---------|---|----|
| KUVIO 1 | Virassa toimineiden lääkäreiden määrä suhteessa väkilukuun 1750–1857..... | 39 |
| KUVIO 2 | Täytettyinä olleet virat kymmenen vuoden välein laskettuna..... | 54 |

TAULUKOT

| | | |
|------------|--|----|
| TAULUKKO 1 | Virassa toimineiden lääkäreiden määrä ja väkiluku 1750–1857..... | 38 |
| TAULUKKO 2 | Läänijaon 1747–1776 aikaisten alueellisten lääkärinvirkojen määrä..... | 42 |
| TAULUKKO 3 | Läänijaon 1776–1831 aikaisten alueellisten lääkärinvirkojen määrä..... | 43 |
| TAULUKKO 4 | Läänijaon 1831 jälkeisten alueellisten lääkärinvirkojen määrä..... | 45 |
| TAULUKKO 5 | Lääkäreiden sosiaalinen tausta..... | 60 |

KARTAT

| | | |
|----------|---|----|
| KARTTA 1 | Vuoden 1760 alueelliset lääkärimäärät | 43 |
| KARTTA 2 | Vuoden 1780 alueelliset lääkärimäärät | 44 |
| KARTTA 3 | Vuoden 1800 alueelliset lääkärimäärät | 44 |
| KARTTA 4 | Vuoden 1820 alueelliset lääkärimäärät | 45 |
| KARTTA 5 | Vuoden 1840 alueelliset lääkärimäärät | 46 |
| KARTTA 6 | Vuoden 1857 lääkärimäärät..... | 46 |

SISÄLLYS

ABSTRACT

TIIVISTELMÄ

ESIPUHE

KUVIOT, TAULUKOT JA KARTAT

SISÄLLYS

| | | |
|-------|---|-----|
| 1 | JOHDANTO..... | 11 |
| 1.1 | Lääkärit tutkimuskohteena | 12 |
| 1.2 | Lääkärikunnan järjestäytyminen ja professionalisoituminen | 15 |
| 1.3 | Tutkimustehtävä ja rajaukset | 25 |
| 1.4 | Lähteet | 31 |
| 1.5 | Menetelmät | 33 |
| 2. | TIETOKANTA-ANALYYSI: LÄÄKÄRIKUNTA 1749–1856 | 37 |
| 2.1 | Lääkärimäärät Suomessa 1749–1856 | 37 |
| 2.1.1 | Lääkäreiden lukumäärät vuosikymmenittäin | 37 |
| 2.1.2 | Lääkärimäärät alueittain | 42 |
| 2.2 | Lääkärinvirat ja virkajakauma | 47 |
| 2.3 | Uran kulku: koulutus ja virkapolku | 55 |
| 2.4 | Sosiaalinen asema | 59 |
| 3. | ARTIKKELIANALYYSI | 62 |
| 3.1 | Professionalisointiprosessi: vuorovaikutus ja tulkinnat..... | 62 |
| 3.1.1 | Yhteiskunnallisten muutosten vaikutukset professionalisoitumiseen..... | 63 |
| 3.1.2 | Ammattikunnan sulkeminen | 67 |
| 3.2 | Tieteellisyys ja tartuntataudit lääkäreiden aseman vahvistajina..... | 75 |
| 3.3 | Potilasluottamus ja lääkäriprofession ulkoinen validaatio | 83 |
| 4. | PÄÄTÄNTÖ: LÄÄKÄRIKUNNAN SYNTY 1749–1856..... | 94 |
| | YHTEENVETO (SUMMARY)..... | 101 |
| | LÄHTEET | 109 |
| | KIRJALLISUUS | 110 |
| | ALKUPERÄISET JULKAISUT | |

1 JOHDANTO

Terveiden hoitaminen ja sen yhteisöllinen järjestäminen kiteytyvät kahteen kysymykseen: kuka osaa ja kuka saa parantaa. Kyse on ollut taidosta, joka on useimmissa ihmisyhteisöissä rajattu tietyille ihmisille ja joka on vaatinut jonkinlaista oppineisuutta, joko perimätietoa, kokemusta tai virallista koulutusta. Sairastaminen on aina ollut ihmisen elämässä läsnä, mutta sen ympärille kehittyneet uskomukset, merkitykset ja sen hallintaan keskittyvät toimenpiteet ovat vaihdelleet, kuten myös niiden merkitys ihmisyhteisöissä.¹

Tämä on tutkimus Suomessa 1749–1856 toimineista lääkäreistä. Se koostuu viidestä artikkelista, joissa jokaisessa käsitellään lääkäritoimintaa ja lääkäriammattikunnan muotoutumista, tietokanta-analyysistä sekä artikkelit yhdistävästä analyysiosuudesta. Tutkimus ottaa integroivan, vuorovaikutuksellisen näkökulman Suomen lääkärikunnan kehitykseen ja professionalisoitumiseen. Tarkoituksena on tuoda yhteen fragmentaarinen lähdemateriaali, aiemmin hyödyntämättömiä näkökulmia ja toisistaan irrallisina tarkasteltuja kehityksen osa-alueita.

Tutkimuksen lähdepohjan muodostavat prosopografisin menetelmin koamani tietokanta Suomen alueella aikavälillä 1749–1856 toimineista lääkäreistä sekä lääkäreiden laatimat vuosikertomukset. Tietokantaa on hyödynnetty artikkelien kirjoittamisessa, ja teen siitä myös erillisen analyysin. Tietokanta-analyysi ja artikkelit yhdistävät laadullisia ja määrällisiä menetelmiä. Kvantitatiivinen osuus keskittyy tilastointiin: lääkäreiden määrät eri aikoina, virkajakauma ja sen muutokset, keskimääräiset opiskelu-, ura- ja virkavuodet sekä alueelliset lääkärimäärät. Artikkelianalyysissä keskityn artikkelien, kvantitatiivisen tietokantaaineiston ja tutkimuskirjallisuuden yhdistämiseen laadullisin menetelmin siten, että erilaiset lääkärikunnan kehittymisen ja professionalisoitumisen näkökulmat tulevat näkyviksi vuorovaikutteisena prosessina yhteiskunnallisten tapahtumien, kulttuuristen ja sosiaalisten muutosten sekä potilaiden kanssa.

¹ Freidson 1970, 3; Hakosalo 2012, 28.

1.1 Lääkärit tutkimuskohteena

Perinteisesti on tulkittu, että kimmoke Ruotsin valtakunnan valtiollisen terveydenhoidon järjestämiselle oli ennen kaikkea väestöpoliittinen. Tilanteeseen herättivät vuoden 1749 väestölaskennat, joissa paljastui valtakunnan väestön heikko tila: kuluneen ja edeltäneen vuosisadan tautiepidemiat, nälänhädät ja sodat olivat verottaneet väestöä rankasti. Aikakauden merkantilistisen ajattelun mukaisesti väestö oli valtion voimavara ja kansainvälisessä kilpailussa pärjäämisen mittari. Väestönkasvuun voitiin vaikuttaa kuolleisuutta, erityisesti imeväiskuolleisuutta vähentämällä, ja tähän liikkeelle lähtenyt sairaanhoidon järjestäminen tähtäsi.² Samansuuntaista poliittista tahtoa oli myös muualla Euroopassa. Useat historioitsijat ovat arvioineet, että 1700-luku oli yleisesti vedenjakaja lääketieteen professionalisoitumisessa.³

Kari Pitkäsen mukaan valtiollinen merkantilistinen motiivi selittää lähinnä 1700-luvun alkupuolen väestönkasvumyönteistä ilmapiiriä: myöhemmin, 1700-luvun jälkipuolella ja vielä 1800-luvulla etenkin Suomessa prioriteettina oli maaseudun väestön kasvu ja sen myötä maatalouden tuottavuuden kasvattaminen ennemmin kuin sotaväestön tai väkiluvun kasvattaminen. Suurta väestötiheyttä pidettiin myös sivistyneen valtion merkinä, jolloin väestönkasvu kytkeytyi kansalliseen ajatteluun ja oman maan kulttuurisen pääoman korottamiseen.⁴ Dorothy ja Roy Porter ovat tuoneet esiin valistusajan humanitaarisen ajattelun merkitystä uudenlaisen auttamisenhalua ja vastuunottoa korostavan kulttuurin kehityksessä⁵. Ajanjaksolle osuu Ranskan suuri vallankumous 1789, jonka myötä oikeus terveyteen määriteltiin yhdeksi modernin demokraattisen valtion piirteeksi: virallisesti terveydenhoito asetettiin valtion vastuulle 1791. Kyse oli kuitenkin molempia osapuolia sitovasta sopimuksesta, sillä vastaavasti kansalaisen odotettiin kantavan vastuuta omasta terveydentilastaan. Kansalaisesta oli näin tullut oma poliittinen ja taloudellinen yksikkönsä, osana yhteisöä. Käytännössä julistus jäi kuitenkin vielä pitkäksi ajaksi toteutumatta missään myöhäisen valistusajan valtiossa.⁶

Suomen lääkärinkunnan tarina alkaa kuitenkin jo ajalta ennen kuin Suomessa toimi yhtään varsinaista lääkäriä. Vuonna 1663 Ruotsin valtakunnassa toimineet yksityiset, ulkomailla koulutetut lääkärit perustivat lääkärinkollegion, *Collegium medicorumin*. Se sai oikeudekseen valvoa Tukholman lääkäreitä ja muita terveystaloiden toimijoita. Vuosien 1680 ja 1688 lääkintöasetuksissa kollegion valvontaoikeudet laajennettiin koko valtakuntaan, ja sen nimeksi vakiintui *Collegium Medicum*. Myös Suomi kuului *Collegium Medicumin* valvonnan alaisuuteen, mutta Suomessa ei ollut varsinaista virallista lääkäritoimintaa ennen 1700-luvun puoliväliä; siihen saakka ainoa koulutettu lääkäri oli Turun Akatemian lääketie-

² Sandblad 1979, 3; Pitkänen 1988; Willner 2005, 36; Kuuse & Dahlin 2006, 9.

³ Sumich 2013, 94; Beier 1987; Porter 1999, 54.

⁴ Pitkänen 1988.

⁵ Porter 1991; Porter 1999, 54.

⁶ Weiner 1970; Jordanova 1982; Porter 1999, 57.

teen professori. Ruotsissa sen sijaan oli toiminut piirilääkäreitä jo 1700-luvun alkupuolella. Suomen ensimmäinen piirilääkäri aloitti virassaan 1749 Pohjanmaalla, ja tästä vuodesta alkaa myös tämän tutkimuksen tutkimusajanjakso, sillä se merkitsi Suomen alueella konkreettisesti lääkärijärjestelmän syntyä.⁷

Seuraavalla vuosikymmenellä Suomeen nimitettiin lisää lääkäreitä: muutama piirilääkäri, kaupunginlääkäri ja lasaretinlääkäri. Lääkärimäärä pysyi kuitenkin vähäisenä 1800-luvulle asti. Lasaretti- eli lääninsairaaloiminta käynnistyi 1700-luvun jälkipuolella, joskin potilaspaiikat olivat niissä vähäiset. Varsinaisia sairaanhoitajia ei vielä ollut. Lääkäreiden lisäksi terveydenhoidon kentällä oli kuitenkin muita jonkin verran koulutettuja toimijoita: väliskäreitä eli haavalääkäreitä (myöhemmin kirurgeja), kättilöitä ja kylvettäjiä. Lisäksi papeilla oli joitakin lääkinnällisiä tehtäviä, ja osa heistä oli saanut lääketieteen koulutusta. Näiden ”virallisten” toimijoiden rinnalla ja osittain heidän kanssaan kilpailevina toimivat erilaiset epäviralliset kansanparantajat. Lääkärit veloitettiin työssään valvomaan epävirallista parantamistoimintaa ja tarvittaessa raportoimaan siitä kollegiolle.⁸

Professionäkökulma on kuitenkin vain yksi tämän tutkimuksen painopisteistä. Tutkimuksen kohteena ovat myös lääkärit itse ja heidän toimintansa. Varhaisia lääkäreitä on tutkittu melko vähän heidän toiminnastaan käsin, ja olemassa oleva tutkimus lääkäreistä on hyvin fragmentaarista. Se keskittyy lähinnä tiettyihin lääkäreihin ja lääkäriryhmiin (lähinnä piirilääkäreihin). Tutkimukseni tarkoituksena on koota lääkäreitä koskeva tieto yhdistellen alkuperäisiä ja sekundäärisiä lähteitä ja muodostaa näiden tietojen perusteella kokonaiskuva ammatikunnan varhaisvaiheista. Tässä apuna on erityisesti prosopografinen menetelmä, jossa fragmentaarisen aineiston jättämiä ”aukkoja” voidaan täydentää lasquemalla olemassa olevan tiedon perusteella keskimääräisyyksiä ja todennäköisyyksiä. Prosopografiassa kerätään tutkittavan ryhmän tiedot tietokantaan, tarkoituksena vastata johonkin ennalta määritettyyn tutkimusongelmaan, ja tehdään tietojen perusteella analyysi.⁹

Lääkärit ovat myös osa toista suurempaa kokonaisuutta, Suomen terveydenhuollon¹⁰ kehitystä. 1700-luvulla ja pitkälle 1800-luvulle asti lääkärit olivat

⁷ Hjelt 1891; Soininen 1943b, 496; Pesonen 1980, 10-16; Konttinen 1991, 100; Vauhkonen 1992, 191-193; Tiitta 2009, 16.

⁸ Kättilöitä Suomessa on tutkinut erityisesti Kirsi Vainio-Korhonen (Vainio-Korhonen 2012). Väliskäreistä ja kirurgeista on joitakin tutkimuksia, mm. Rintala 2006, Koskivirta 2009, Wolff 2020. Epävirallisista parantajista mm. Pänkäläinen 1938, Kopponen 1976, Pesonen 1980, Tuovinen 1984, Forsius 1988, Impola 2014. Pappien toiminnasta Suolahti 1919 sekä erityisesti lääkinnällisestä toiminnasta Pesonen 1971 ja Forsius 1988. Lääkäreiden ja epävirallisten parantajien välisestä kilpailuasetelmasta Ruotsissa mm. Ling 2004.

⁹ Verboven et al. 2007; Uotila 2014.

¹⁰ ”Terveydenhuolto” ei ole yksiselitteinen käsite menneisyyteen siirrettynä. Onni Vauhkonen on määritellyt terveydenhuollon tarkoittavan toiminnassa olevaa lääkintölaitosta ja toteutuneita terveyspalveluita. Se voidaan lisäksi jakaa kolmeen alakategoriaan, terveydenhoitoon (terveyden ylläpitämiseen), sairaanhoitoon (sairauden parantamiseen ja hallitsemiseen) ja kuntoutukseen. Etenkään 1700-luvun puolivälin kontekstissa ei voida vielä puhua järjestelmällisesti toteutuneista vaan pikemminkin aiotuista terveyspalveluista, mutta terveydenhuollon käsitteen käyttäminen tämän väitöskirjan analyysiosiossa on käsitteellisesti selkeämpää, ja sillä korostetaan valtiojohtoista toimintaa erotuksena muista toimijoista. Väitöskirjan artikkeleissa olen tapauskohtaisesti käyttänyt joko ”terveydenhuollon”

valtiollisen terveydenhoidon tärkeimpiä edustajia. Aiheeseen nivoutuu siten läheisesti myös yhteiskunnallinen kysymys terveydenhoidon vastuusta. Miten vastuu hoidon järjestämisestä siirtyi yksilöiltä, perheiltä ja paikallisyhteisöiltä valtiolle? 1900-luvulla on puhuttu terveyden yhteiskuntasopimuksesta: yksilön oikeudesta valtion järjestämään hoitoon ja toisaalta vastuusta oman terveytensä ylläpitämisestä¹¹. Väestöpolitiikka, merkantilismi ja kansainvälinen esimerkki selittävät osan prosessista, mutta nekin jättävät pois osan siitä, mitä tarvittiin järjestelmän menestymiseen. Ei siis ole sattumaa, että valtiollinen terveydenhoito alkoi kehittyä tänä ajankohtana, että se kehittyi sitä vauhtia kuin se kehittyi ja että se lopulta saavutti sen yhteiskunnallisen aseman, joka sillä nykyisin on. Michael Brown on todennut, että lääketieteen ja sen harjoittajien rooli sekä julki-set terveyspalvelut yhteiskunnassa ovat alkaneet kehittyä aivan erityisellä historiallisella hetkellä ja liittyvät siten erottamattomasti laajempiin yhteiskunnallisiin, kulttuurisiin ja poliittisiin prosesseihin¹².

Tutkimusajanjakson puoliväliin osuvat Suomen sota ja Suomen siirtyminen Venäjän hallitsijan alaisuuteen 1809. Tämä murroskohta on ollut keskeinen myös lääkärikunnan ja terveydenhuollon kehityksessä. Suomeen perustettiin 1812 oma *Collegium Medicum*, joka jatkoi Ruotsin kollegion toimintaperiaatteita ja jonka nimeksi tuli 1827 Lääkintöylihallitus.¹³ Kun johdossa olivat nyt suomalaiset lääkärit, heidän oma päätäntävaltansa ammattikunnan asioista kasvoi huomattavasti. Tämän seurauksena Suomen lääkärikoulutusta kehitettiin ja lääkäriävirkoja lisättiin.¹⁴ Tässä tutkimuksessa yksi keskeinen näkökulma onkin, miten vallan vaihtuminen vauhditti Suomen lääkärikunnan professiokehitystä. Jatkumo Ruotsin lääkärijärjestelmästä autonomisen Suomen omaan lääkärijärjestelmään luo laajempaa tarkastelupintaa professionalisoitumisen vaiheisiin.

Lääkärit toimivat valtion terveystoimittajien aikeiden toteuttajina ja loivat yhteyden ja vähitellen myös luottamuksen kansaan. Valtion tavoitteiden toteutuminen riippui paitsi terveydenhoitoon käytettävissä olevista resursseista, myös siitä, miten hyvin lääkärit ja heidän tarjoamansa hoito otettiin vastaan. Se vaati myös lääkäreiden ammatillisen toiminnan kehittymistä ja rajautumista, sillä se määritteli virallisen ja epävirallisen sekä sallitun ja kielletyn toiminnan väliset rajat. Lisäksi se vakiinnutti lääkäreiden aseman terveydenhoidon moninaisten toimijoiden kentällä sekä yhteiskunnassa, osaltaan luoden sen arvostuksen, joka ammattikunnalla nykyisin on.

tai "valtiollisen terveydenhoidon" käsitettä riippuen mm. siitä, viitataan sillä kehityksessä olevaan moderniin järjestelmään vai silloiseen terveydenhoidon tilanteeseen. Vauhkonen 1992, 189.

¹¹ Harjula 2015, 14.

¹² Brown 2011, 3.

¹³ Tiitta 2009, 17–18.

¹⁴ Pesonen 1980; Konttinen 1991; Kontturi 2020.

1.2 Lääkärikunnan järjestäytyminen ja professionalisoituminen

Professiolla tarkoitetaan yksinkertaistettuna suljettua tai rajattua ammattiryhmää, jonka etuja ja dominoivaa asemaa työmarkkinoilla suojellaan profession sisältä ja/tai sen ulkopuolelta. Professio voi siis itse ajaa etujaan, ja se saa usein valtiollista tukea sekä yhteiskunnallisen ja sosiaalisen erityisaseman. Lääkärit ovat esimerkki ”klassisista professioista”; yksi vanhimmista, tunnetuimmista ja tutkituimmista¹⁵. Nyky-yhteiskunnassa lääkärikunnan professiostatus on itsensänselvyys: se merkitsee laajaa, järjestäytyntä, etuaan valvovaa ammattikuntaa, jolla on takanaan laaja yhteiskunnallinen arvostus ja hyväksyntä¹⁶.

Professioksi ”korottaminen” antaa ammattikunnalle tietyn korkean merkityksen, uskottavuuden ja arvon. Onpa sitä pidetty jopa yksinomaan sosiaalisena statusleimana, joka liitetään joihinkin ammatteihin lähes mielivaltaisesti. Profession määrittelyssä on toisinaan lähdetty liikkeelle valitsemalla tiettyjä ammatteja professioiksi ja vasta sen jälkeen määrittelemällä niiden yhteiset professionaaliset piirteet, sen sijaan että olisi ensin määritelty, mitkä kriteerit tekevät profession. Muun muassa näistä syistä profession määritelmistä ei ole yksimielisyyttä, sillä määritelmät itsessään eivät ole arvoneutraaleja.¹⁷ Howard M. Vollmer ja Donald L. Mills pyrkivät välttämään dilemman jo 1960-luvulla luopumalla kokonaan valmiin profession käsitteestä ja keskittymällä sen sijaan professionalisoitumiseen prosessina, jossa on erilaisia vaiheita.¹⁸ Myös monet 2000-luvun professio-utkijat ovat tuoneet esiin professioiden ja muiden ammattikuntien tarkan erottelun epämielikkyyttä ja korostaneet sen sijaan yhteisiä piirteitä ja kehityskulkuja.¹⁹ Insinööriammattikuntaa Suomessa tutkinut Karl-Erik Michelsen on myös kirjoittanut professionalisoitumisen prosessiluontoisuudesta; on syytä välttää determinististä narratiivia, jossa ammattikunta vääjäämättä kehittyi kohti valmista professiota. Sen sijaan tulisi huomioida ympäröivien olosuhteiden ja yhteiskunnallisten muutosten dynaamisuus professioiden kehityksen kanssa.²⁰

Eräänä ensimmäisistä professioista Suomessa lääkäriprofession määrittely asettaa raameja myös muuhun professiotutkimukseen. Professioilla on myös ollut oma tärkeä osansa yhteiskunnan rakentumisessa, sillä ne ovat saavuttaneet – ja niille on myönnetty – erityisasemansa siksi, että ne usein tarjoavat vastauksia yleisiin, merkittäviin ongelmiin, joihin etsitään myös yhteiskuntatasolla ratkaisuja.²¹ Lääkäreiden tapauksessa kyse on ollut kaikkia yksilöitä koskevasta sairastamisen ja terveyden ongelmasta, alamaisten (myöhemmin kansan) terveydestä sekä niiden yhteisummana väestön ja valtion hyvinvoinnista.

¹⁵ Torstendahl 1990, 1; Valtonen et al. 2019, 2.

¹⁶ Pasternack & Saarni 2015, 11–12; Pasternack et al. 2017.

¹⁷ Freidson 1970, 3–4; Freidson 1986, 21.

¹⁸ Vollmer & Mills 1966, 1–2.

¹⁹ Esim. Evetts 2003, 397.

²⁰ Michelsen 1999, 6–7.

²¹ Freidson 1970, 22; Torstendahl 1990, 2–3; Gecas 1982; Valtonen et al. 2019, 1.

Suomalaisessa tutkimuskirjallisuudessa yleinen käsitys on ollut, että varsinainen lääkäriprofessio muotoutui vasta 1800-luvun jälkipuolella.²² Medikaalihistorian²³ tutkija Heini Hakosalon mukaan suomalaisesta ”lääkärikunnasta” voidaan puhua 1830-luvulta lähtien. Lääkärit perustivat tuolloin lääketieteellisen seuran *Finska Läkaresällskapetin*, johon kaikki viralliset lääkärit liittyivät²⁴. *Finska Läkaresällskapetia* on pidetty Suomen ensimmäisenä virkamiesjärjestönä. Sitä ennen oli tosin toiminut jo vuosina 1820–1827 lääketieteen opiskelijoiden perustama *Medicinska Sällskapet i Åbo*, jonka tarina päättyi Turun Akatemian siirtyessä Helsinkiin. *Finska Läkaresällskapet* perustettiin 1835 Lääkintöylihallituksen päätiirehtöörin Carl Daniel von Haartmanin aloitteesta, ja maan kaikki lääkärit liittyivät siihen. Heitä oli tuolloin 64.²⁵ Ensimmäinen suomenkielinen järjestö *Duodecim* perustettiin 1881, ja sen tarkoituksena oli edistää ja kehittää suomen kielen käyttöä lääkärintyössä. Se oli siis alun perin lähinnä aatteellinen järjestö, mutta sen merkitys muuttui vuosisadan vaihteen tienoilla enemmän suomalaiseksi lääkäriseuraksi.²⁶ Sairaalälääkärit perustivat oman järjestönsä 1901. Lääkärikunta oli 1800-luvun jälkipuolella ja erityisesti Duodecimin perustamisen myötä kielellisesti kahtia jakautunut, ja osittain tämän hajautumisen vuoksi haluttiin perustaa lääkärit yhdistävä liitto valvomaan kaikkien lääkäreiden etua ja valvomaan ammattikunnan sisäistä järjestystä. Vuonna 1910 perustettiin tätä varten *Suomen Lääkäriliitto*.²⁷

Väinö Luoma on pitänyt lääkäreitä virkamiesliikkeen edelläjääköijöinä,²⁸ mitä voidaan pitää merkinä ammattikunnan varhaisesta professionalisoitumisesta. Nämä määritelmät nojaavat kuitenkin voimakkaasti ammatilliseen itsejärjestäytymiseen, mikä on professiotutkimuksessa ollut vain yksi tapa määritellä professionalisoitumista. Muita määritelmiä ovat olleet muun muassa ammattikunnan yhteiskunnallinen status, koulutus, autonomisuus, yhteiskunnallinen suojele sekä kollegiaalisuus.²⁹ Koska profession määritelmät ovat itsessään epä-tarkkoja, vallitsevaa käsitystä Suomen lääkärikunnan professionalisoitumisen ajankohdasta ja erityispiirteistä voidaan haastaa ja tarkastella monista eri näkökulmista. Aiemmassa tutkimuksessa lääkärikunnan professionalisoitumisen ajankohta on otettu melko annettuna, pohtien hyvin vähän sitä koskevia määritelmiä ja teorioita. Joitakin yksittäisiä piirteitä, ensisijaisesti lääkärimääriä ja ammatillista järjestäytymistä, on pidetty melko yksioikoisesti ”valmiin” profession merkkeinä, ja toisaalta monet varhaiset profession piirteet on jätetty huomiotta (valtiollinen säätely, koulutusvaatimus).

²² Rinne & Jauhiainen 1988, 84; Konttinen 1991; Pasternack et al. 2017, 10.

²³ Hakosalo käyttää termiä ”medihistoria” perinteisen ”lääketieteen historian” korvaajana. Medikaalihistoria on suora suomennos termistä ”medical history”, joka Hakosalon mukaan on kattavampi ja neutraalimpi kuin lääketieteen historia, sillä se pitää sisällään muutkin kuin (lääke)tieteelliset terveyden ja parantamisen ilmiöt. Hakosalo 2012, 27.

²⁴ Hakosalo 2010, 1544.

²⁵ Edgren 2010, 9.

²⁶ Ignatius 2006, 16; Ignatius 2012; Aalto 2016, 36.

²⁷ Nyström 2010, 17–19; Aalto 2016, 42.

²⁸ Luoma 1962b, 10–11.

²⁹ Aalto 2016, 31.

Lääketieteen historian tutkimuksessa siirryttiin 1900-luvun puolivälissä enemmän professiotutkimuksen kentälle.³⁰ Professiotutkimus on tavattu jakaa ainakin kolmeen päävaiheeseen: ensimmäiseen, jossa profession edustajat itse tutkivat oman ammattikuntansa historiaa korostaen sen menestyksen hetkiä, sen vastareaktionä syntyneeseen toiseen vaiheeseen, jossa erityisesti sosiologian näkökulmasta haluttiin korostaa professionalisoitumisen valta- ja etupyrkimyksiä, sekä kolmanteen, jossa professiot haluttiin nähdä neutraalimmin osana laajempaa yhteiskunnallista ja sosiaalista kontekstia.³¹ Tätä jälkimmäistä edustaa myös 1990-luvulla alkunsa saanut suuntaus, jossa professiotutkimus sai uutta nostetta ja kansainvälisyyttä. Profession alettiin tutkia osana modernin valtion kehitystä. Olennaisia teemoja olivat siten asiantuntijuus ja sen seurauksena syntyvä monopoli luonnollisena valintaprosessina, ei niinkään säädeltyinä. Huomio siis siirrettiin kehityksen intentionaalisuudesta ja profession valta- ja kontrollipyrkimyksistä liberaalin yhteiskunnan valintaan legitimoida asiantuntijuuteen perustuva toiminta.³²

Lääkäreiden kirjoittama lääketieteen historia onkin itsessään osa lääkärinkunnan professionalisoitumiskehitystä, sen omakuvan ja statuksen muovaamista. Kuvaavaa on, että tässä tutkimuksessa kirjallisuutena käytetyn teossarjan kirjoittaja, lääkäri Otto Edvard August Hjelt on myös yksi tämän tutkimuksen tutkimuskohteista. Hjelt toimi lääkäriä 1800-luvun loppupuolella ja julkaisi teossarjansa *Svenska och finska medicinalverkets historia 1663–1812* vuosina 1891–1893.³³ Suuri osa Suomen terveydenhuollon tutkimuksesta onkin huomattavan vanhaa. Kokoavaa tutkimusta itse lääkäreistä ennen 1900-lukua ei ole tehty, ja lääkäreistäkin on tutkittu enimmäkseen piirilääkäreitä³⁴. Myös yksittäisiä lääkäreitä on tutkittu jonkin verran, mutta useita heistä lähinnä muiden ansioidensa kuin lääkärinammattinsa vuoksi, hyvänä esimerkkinä kansalliseepos Kalevalan laatija, lääkäriä toiminut Elias Lönnrot.³⁵ Kaupunki- ja maakuntahistoriateoksissa on terveydenhoidon osalta kirjoitettu jonkin verran lääkäreistä. Heini Hakosalo on tutkinut monipuolisesti terveyshistoriaa, lääkäreitä ja erityisesti naislääkäreitä 1800-luvun lopulla³⁶. Niilo Pesosen teos *Terveyden puolesta – sairautta vastaan* (1980) on edelleen kattavimpia yleisteoksia Suomen terveydenhuollon historiasta³⁷. Heikki Vuorinen on tutkinut piirilääkäreitä 1850- ja 1860-luvulla teoksessaan *Tautinen Suomi* (2006)³⁸. Esa Konttisen väitöskirja *Perinteisesti moderniin: professionen yhteiskunnallinen synty Suomessa* (1991) edustaa sosiologista professiotutkimusta. Konttinen tutkii väitöskirjassaan varhaisimpia professionaalisuutta, yhtenä niistä lääkäreitä³⁹. Myös Elianne Riska on tutkinut 1900-luvun naislääkäreitä

³⁰ Burnham 1998; Aalto 2016, 31.

³¹ Cocks & Jarausch 1990, 4.

³² Wrede 2010, 55.

³³ Hjelt 1891, 1892, 1892.

³⁴ Esim. Johnsson 1928, Vuorinen 2006.

³⁵ Mm. Heikkinen 1985, Anttila 1985.

³⁶ Mm. Hakosalo 2010, Hakosalo 2012, Hakosalo 2016.

³⁷ Pesonen 1980.

³⁸ Vuorinen 2006.

³⁹ Konttinen 1991.

ja professionalisoitumista sosiologian piirissä erityisesti kokemuksellisesta näkökulmasta⁴⁰. Tuoreempaa lääkäritutkimusta edustavat Samu Nyströmin toimittama kokoelma *Vapaus, terveys, toveruus: lääkärit Suomessa 1910–2010*⁴¹, Allan Tiitan vuoden 2009 teos *Collegium Medicum: Lääkintöhallitus 1878–1991*⁴², Jaakko Ignatiuksen teos *Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 1881–2006* (2012)⁴³ sekä Sari Aallon vuoden 2016 väitöskirja *Medisiinarit, ammattiin kasvaminen ja hiljainen tieto: suomalaisen lääkärikoulutuksen murroksen vuodet 1933–1969*, joka käsittelee lääkäreiden professionaalisen identiteetin omaksumista lääkärikoulutuksessa⁴⁴ sekä. Nämä edellä mainitut tutkimukset lääkäreistä on kuitenkin toteutettu pääosin tästä tutkimuksesta poikkeavilla aineistoilla, kuten hallinnon asiakirjoilla, lehtiaineistoilla ja biografisilla aineistoilla; pois lukien Heikki S. Vuorisen *Tautinen Suomi*, jonka aineistona ovat olleet niin ikään vuosikertomukset. Niiden sisällön analyysi painottuu kuitenkin enemmän niissä käsiteltyihin sairauksiin kuin lääkäreihin.

Kansainvälisessä historiantutkimuksessa lääkäreitä on toki tutkittu paljon, myös kulttuurisesta ja yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Erityisesti 1900-luvun jälkipuolelta lähtien tutkimuksen näkökulmat ovat siirtyneet entistä enemmän lääkäreiden vuorovaikutukseen yhteiskunnan, kulttuurin ja potilaiden kanssa, mihin tutkimusperinteeseen tämäkin tutkimus temaattisesti osuu. Monipuolista tutkimusta lääkäreistä ja medikaalihistoriasta ovat tehneet Roy Porter ja Dorothy Porter, joiden laajoista tuotannoista tässä tutkimuksessa on hyödynnetty erityisesti teoksia *Health, Civilization and the State. A History of Public Health from Ancient to Modern Times* (Dorothy Porter, 1999), *In Sickness and in Health: The British Experience 1650–1850* (Roy & Dorothy Porter, 1988) sekä *Patient's Progress. Doctors and Doctoring in Eighteenth Century England* (Roy & Dorothy Porter, 1989)⁴⁵. Tässä tutkimuksessa niin ikään käytetty Michael Brownin teos *Performing Medicine: Medical Culture and Identity in Provincial England, c. 1760–1850* käsittelee medikaalista kulttuuria Englannissa samalla ajanjaksolla⁴⁶. Englantiin sijoittuvat myös Christi Sumichin 1600-luvun lääkäreitä koskeva tutkimus *Divine Doctors and Dreadful Distempers: How Practicing Medicine Became a Respectable Profession* (2013) sekä Lucinda Beierin *Sufferers and Healers: The Experience of Illness in Seventeenth-Century England* (1987)⁴⁷. Tässä tutkimuksessa käytettyä prosopografista menetelmää hyödyntäen lääkäreitä on tutkittu myös M. Anne Crowtherin ja Marguerite W. Dupreen teoksessa *Medical Lives in the Age of Surgical Revolution* (2007), joka käsittelee laajasti Skotlannissa koulutettuja lääkäreitä 1800-luvulla⁴⁸.

Pohjoismaisesta lääkäritutkimuksesta tämän tutkimuksen kannalta relevantteina voidaan mainita erityisesti seuraavat. Sofia Ling tutkii teoksessaan *Kärringmedicin och vetenskap: Läkare och koacksalverianklagade i Sverige omkring 1779–*

⁴⁰ Mm. Riska 1988; Riska 2001; Riska 2010.

⁴¹ Nyström et al. 2010.

⁴² Tiitta 2009.

⁴³ Ignatius 2012.

⁴⁴ Aalto 2016.

⁴⁵ Porter & Porter 1988; Porter & Porter 1989; Porter 1999.

⁴⁶ Brown 2011.

⁴⁷ Sumich 2013; Beier 1987.

⁴⁸ Crowther & Dupree 2007.

1870 (2004) ruotsalaisten piirilääkäreiden ja parantajien välisiä suhteita vuosiker-
tomusainestolla⁴⁹. Myös Henrik Sandbladin *Världens nordligaste läkare: Medicinal-
väsendets första insteg i Nordskandinavien 1750–1810* (1979) käsittelee tässä tutki-
muksessa tutkittavaa ajanjaksoa ja osittain myös samaa maantieteellistä aluetta,
sillä Sandbladin erään keskeisen tutkimuskohteen, lääkäri Daniel Erik Naezénin
piiri ulottui myös nykyisen Suomen alueelle⁵⁰. Myös J. T. H. Connorin ja Stephen
Curtisin artikkelikokoelmassa *Medicine in the Remote and Rural North, 1800–2000*
(2015) käsitellään terveydenhoitoa ja lääkäreitä Pohjois-Euroopassa ja Pohjois-
Amerikassa⁵¹.

Eri professioiden tutkijat ovat korostaneet eri näkökulmia professioiden kehityk-
sessä. Profioiden itseintressiset monopoli-, etu- ja valtapyrkimykset, valtioint-
tressiset talous-, kilpailu- ja hallintapyrkimykset sekä asiakkaiden valtaa painot-
tavat ”luontaiset” valintanäkökulmat ovat kuitenkin kaikki osa professionalisoi-
tumisen ilmiötä, osatekijöitä, jotka vaikuttivat toinen toisiinsa. Tästä syystä teki-
joiden ja prosessin vuorovaikutuksellisuus on tärkeä teoreettinen tulokulma ai-
heeseen. Tässä selitän erilaisia suomalaisen ja kansainvälisen professiotutkimuk-
sen näkökulmia ja sitä, miten ne suhteutuvat lääkäreiden tutkimukseen.

Sosiologian tutkija Esa Konttinen on arvioinut erityisesti koulutuksen ja tie-
teen kehityksen sekä sosiaalisen aseman merkitystä Suomen lääkäreiden profes-
sionalisoitumisessa.⁵² Konttinen nojaa myös voimakkaasti kahteen suuren pro-
fessionalisoitumisen tutkimisen linjaan: angloamerikkalaiseen ja kontinentaali-
seen. Angloamerikkalaisessa eli Englannin ja Yhdysvaltojen mallin mukaisessa
kehityskulussa ammatilliset ryhmät ovat itse toimineet aktiivisesti profession ke-
hittämisessä ja sen etuoikeuksien suojelemisessa. Tähän toimintaan on kuulunut
mm. koulutukseen vaikuttaminen ja ammatillisen maineen vahvistaminen, ja sen
tarkoituksena on ollut sekä ammattitoiminnan monopolisointi että profession
edustajien yhteiskunnallisen aseman korottaminen. Tätä mallia on kutsuttu
myös ”professionalisaatioksi alhaalta päin”, *professionalization from below*. Valtion
rooli mallissa kaventuu ammatillisten ryhmien toiminnan legitimoijaksi; yhteis-
kunta ei ole ollut profession kehityksessä aktiivinen tai alulle paneva. Kontinen-
taalisessa mallissa kehitys on tapahtunut toisin päin, ”ylhäältä” (*from above*).
Malli on erityisesti Saksan ja Ranskan professionaalisten kehityskulkujen mukai-
nen. Profioiden kehitys on ollut ensisijaisesti ja alkujaan valtion käsissä: pro-
fession rajaukset, pätevyysvaatimukset ja koulutuksen sisältö määriteltiin yl-
häältä päin, ja profession virat olivat usein julkisia. Professionaaliset järjestöt syn-
tyivät ja vahvistivat toimintaansa vasta myöhemmin 1800-luvulla. Angloamerik-
kalaisessa mallissa profession kehitystä ulkopuolisena ohjaavana tekijänä on ol-
lut valtion sijasta ammatilliset markkinat.⁵³

⁴⁹ Ling 2004.

⁵⁰ Sandblad 1979.

⁵¹ Connor & Curtis 2015.

⁵² Konttinen 1991.

⁵³ Konttinen 1991, 15–17.

Tämän teorian viitekehityksessä Suomessa sekä 1800-luvun suuriruhtinaskunnassa että Ruotsin valtakunnan osana varhaisten professioiden kehitys on ollut selvästi kontinentaalisen mallin mukaista eli valtiojohtoista. Heini Hakosalo on kirjoittanut lääkäreiden ja yhteiskunnan välisestä ”sopimuksesta”, jossa lääkärit sitoutuvat palvelemaan yhteiskunnan ja potilaiden tarpeita ja yhteiskunta turvaa lääkäreiden toimintamahdollisuudet⁵⁴. Samalla ammattikunta sitoutuu noudattamaan yhteiskunnan yhteisiä arvoja ja toimintaperiaatteita, ja siten professionaalisuus heijastelee myös niitä odotuksia, joita yhteiskunnalla ja hoidon vastaanottajilla on lääkäreitä kohtaan⁵⁵.

Byrokration suurempi rooli Suomessa ei kuitenkaan poissulje ammatillisten ryhmien ja ammatinharjoittajien omaa toimintaa. Vesa Vuolio on korostanut sosiologian tutkimuksessaan suomalaisen lääkäriammattikunnan professionalisoinnin erityispiirteitä, joissa oli valtion roolin lisäksi nyansseja ammatikunnan sisäisestä edun ajamisesta; erityisesti 1800-luvun loppupuolen kunnanlääkärit tekivät niin joutuessaan tasapainoilemaan valtion ja kuntien intressien välillä. Toisaalta sosiologi Mikko Jauho on kritisoinut valtion ja lääkärikunnan vastakkainasettelun ”kehäpäätelmää”, jota myös Vuolio hänen mukaansa edustaa. Terry Johnssonin teoriaan nojaten Jauho esittää, että usein professiotutkimuksessa tarkastellaan tarpeettomasti valtiota ja professioita itsenäisinä, ”valmiina” toimijoina, jolloin valtio on professiosta irrallinen ja sen ulkopuolinen toimintaympäristön tekijä. Tällöin profession vahvuuden katsotaan *määrittävän* sen ”valmiilla” piirteillä, kuten järjestäytymisellä, monopolilla ja koulutuksella – ja toisaalta sen katsotaan omalla toiminnallaan vasta *tavoittelevan* näitä piirteitä. Tämän kehäpäätelmään sijasta valtiota ja professioita tulisi Jauhon mukaan tarkastella toisistaan riippuvaisina ja toisiinsa kytkeytyvinä.⁵⁶ Jauhon ajatusta voi jatkaa myös sillä, että siinä missä valtio ja professio eivät ole toisistaan irrallisia toimijoita, kumpikaan ei ole irrallisia myöskään vallitsevista sosiaalisista, kulttuurisista ja yhteiskunnallisista olosuhteista ja niiden muutoksista. Ne ovat kaikki osa profession kehityksen vuorovaikutusta, dialogia valtion, yhteiskunnan, asiakkaiden ja ammattiryhmien välillä.

Erityisesti Konttinen on korostanut lääkäriprofession kytkeytymistä mannermaiseen tyyliin valtioon ja johtaviin säätyryhmiin. Vanhan järjestyksen mukainen professio määrittyi sitä edustavan yläluokan itseisarvoisella statuksella, käytännössä syntyperällä ja varakkuudella. Vähitellen rinnalle tuli käsitys yksilöiden periaatteellisesta tasavertaisuudesta; muutos oli kuitenkin vähittäinen, ja professioissa se näkyi kilpailuna, jossa profession validaatio rakentui syntyperäisen statuksen lisäksi myös pätevyyden ja hankittujen ominaisuuksien avulla. Samanaikaisesti tiedeperustainen validaatio ja sen mahdollistaminen koulutuksen kehityksellä vahvistuivat sekä siihen perustuvien palveluiden kysyntä markkinoilla kasvoi. Vastakkain olivat siis Philip Elliottin määritelmän mukaisesti ”statusprofession” sekä ”ammatillinen professio”. Statusprofession eräänä tehtävänä oli ylläpitää edustamansa yläluokan statusta, kun taas ammatillinen professio sai

⁵⁴ Hakosalo 2010, 1550.

⁵⁵ Pasternack & Saarni 2015, 12.

⁵⁶ Vuolio 1995, 131–132; Jauho 2004, 86–87, 103.

arvostuksensa ammatillisella pätevyydellä tai sen varaan rakennetulla imagolla.⁵⁷ Lääkärikunnan voidaan katsoa edustaneen modernia, ammatillista professiota. Se oli saavuttanut asemansa hankituilla ominaisuuksilla (koulutus), ja ammatillisen profession määritelmän mukaisesti se perusteli asemansa pätevyydellä kilpailijoiden nähden (lääketieteen oletettu paremmuus kansanomaisiin käsitteisiin verrattuna).

Lääketieteen sosiologian tutkimusala edustanut Eliot Freidson on eräs kansainvälisesti tunnetuimmista terveysprofessionien tutkijoista, ja häneltä tunnetaan erityisesti hänen teoksensa *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Freidson korostaa lääkäriprofession pyrkimystä valta-asemaan terveydenhuollossa ammatillisen autonomian tavoittelun ohella. Valta rakentuu hänen näkemyksensä mukaan tieteen harjoittamisella ja ammatillisella arvovallalla, jota sekä lääkäriyhteisö että yksittäiset lääkärit kehittävät ja ylläpitävät⁵⁸. Freidson erottaa profession muista ammasteista ennen kaikkea sen perusteella, että sille on annettu oikeus hallita omaa työtään, ja tämän autonomisen aseman tulee olla tarkoituksella hankittu tai annettu, ei niinkään sattumaa.⁵⁹ Toisaalta Freidson korostaa sitä, että näennäisistä kriteereistä huolimatta lopulta merkitsevää ei tunnu olevan se, täyttääkö jokin ammattikunta tietyt profession kriteerit ja onko se taidoiltaan ja ominaisuuksiltaan kilpailijoiltaan parempi, vaan se, että sen yleisesti *uskotaan* olevan sellainen. Ajatus nojaa sosiologi Everett C. Hughesin näkemykseen, jonka mukaan viime kädessä ”mandaatin” ja hyväksynnän ammattikunnan autonomialle antaa yhteiskunta.⁶⁰ Tästä voidaan katsoa syntyvän profession oma tarve vaikuttaa maineeseensa ja sitä kautta asemaansa. Freidsonin mukaan profession määrittely tästä näkökulmasta – erityisasemana, jota yhteiskunnalliset arvot ja uskomukset ylläpitävät – vapauttaa profession määrittelyn eri ammattikuntien epäyhdenmukaisuuden yhteensovittamiselta, sillä muista kriteereistä tulee tällöin painoarvoltaan vähäisempiä.

Freidson on esittänyt, että tärkeää profession statuksen hankkimisessa ja ylläpitämisessä on myös yhteiskunnan niin sanotun eliitin – poliittisen, taloudellisen ja sosiaalisen – suosion ja tuen voittaminen puolelleen. Myös Konttinen on korostanut lääkäreiden professiokehityksessä ylimpien säätyjen tukea ammattikunnan sosiaalisen nousun taustalla. Toisaalta terveysalan professionille on ollut leimallista, että ne ovat tarvinneet tuekseen myös kansan hyväksynnän, ja se on ollut jopa ratkaisevassa roolissa terveysammattien professiokehityksessä. Kansa ilmaisee tukensa valitsemalla ammattikunnan edustajat konsultoitaviksi.⁶¹

Professiotutkimuksen ulkopuolella sama valitsemisen ja markkinoiden teema on näkynyt myös yleisesti medikaalihistorian tutkimuksessa. Kotihoidot, kansanparannus ja lääketiede nivoutuvat yhteen kokonaisuudessa, jota on nimetty muun muassa parantamisen pluralismiksi sekä markkinoiksi (*medical market*). Ne merkitsevät keskenään hieman eri asioita, mutta ne molemmat viittaavat

⁵⁷ Elliott 1972; Konttinen 1991, 22–23.

⁵⁸ Freidson 1970, 22; Wrede 2010, 51.

⁵⁹ Freidson 1970, 71–72.

⁶⁰ Hughes 1958, 78–80; Freidson 1970, 187.

⁶¹ Konttinen 1991, Freidson 1970.

tilanteeseen, jossa terveydenhoidon ja parantamisen kentällä on useita keskenään erilaisessa asemassa olevia toimijoita (hoidontarjoajia), joiden puoleen potilas voi kääntyä. ”Medical market” korostaa tilanteen kilpailuasetelmaa: toisen hoitomuodon ja hoidontarjoajan saavuttama arvostus voi olla pois joltakin toiselta, ja mitä enemmän toimijoita on ja mitä erilaisemmassa asemassa he ovat keskenään, sitä enemmän on kilpailua⁶². Pluralismi puolestaan tarkoittaa parantamisen moniarvoisuutta. Samantapaisia hoitoja saattoivat tarjota sekä epäviralliset että viralliset toimijat⁶³. Pluralistinen lähestymistapa huomioi terveydenhoidon kentän monimuotoisuuden ja häivyttää perinteisen medikaalihistorian tutkimuksen dikotomisuuksi ja tarvetta vastakkainasettelulle. Pluralismiakin voidaan kuitenkin kritisoida siitä, että äärimmilleen vietyinä se luo epärealistisen kuvan potilaiden täysin vapaista valinnanmahdollisuuksista ja lääkintäjärjestelmien absoluuttisesta samanarvoisuudesta.⁶⁴

Pluralismiin liittyy olennaisesti se, millaisena lääketieteen rooli esitetään menneisyydessä. Presentistinen tapa tarkastella historiaa hämärtää kontekstuaalisuuden: se, että lopputulos tiedetään – tässä tapauksessa biolääketieteen dominoiva asema länsimaissa – johtaa tarkastelemaan asioita siitä näkökulmasta, mitkä seikat johtivat nykytilanteeseen ja pitämään niitä parempina kuin niitä, jotka voidaan katsoa kilpaileviksi vaihtoehtoiksi tai ”harhapoluiksi”. Se voi myös harhauttaa pitämään lääketiedettä menneisyydessä suuremmissa roolissa ja arvossa kuin aikalaiset sitä pitivät, osaksi siksi, että se on nykyisin ensisijainen hoidontarjoaja, mutta myös siksi, että nykyisen johtoaseman ja institutionaalisen ja valtiollisen tuen vuoksi lähinnä lääketieteen näkökulma on jäänyt arkistolähteisiin. Lääketieteen rooli koko parantamisen kentällä oli kuitenkin hyvin pitkään marginaalinen, ja suuressa mittakaavassa se oli sitä vielä 1700- ja 1800-luvulla, kun otetaan huomioon, ettei suurin osa kansasta hyödyntänyt sen tarjoamaa hoitoa.⁶⁵ Erityisesti rahvas suosi omia parannuskeinojaan ja oman yhteisönsä epävirallisia parantajia, ja vanhemmassa lääketieteen historian kirjoituksessa on korostettu lääkäreiden ”kamppailua rahvaan epäluuloisuutta ja taikauskkoa vastaan”, missä narratiivissa lääkärit ovat saaneet ikään kuin ennenaikaisesti nykylääketieteen menestyksen suoman oikeutuksen pitää omia menetelmiään parempina kuin kansanparantajien ja taistella niiden puolesta.

⁶² Käsite ”medical marketplace” on peräisin 1980-luvulta useilta historiantutkijoilta, jotka käyttivät sitä melko samanaikaisesti ja osin toisistaan riippumatta. Lucinda Beierin väitöskirjan luvun otsikko vuodelta 1984 oli ”The Medical Marketplace”, ja vuonna 1985 Roy Porter kirjoitti esimodernin ajan ”medical market place” -ilmiöstä. Seuraavina vuosina myös useat muut tutkijat käyttivät samaa tai vastaavaa käsitettä kuvatessaan terveydenhoidon markkinanomaisuutta. Jenner & Wallis 2007, 1; Beier 1987; Porter 1985; Gijswijt-Hofstra et al. 1997, 1; Eilola 2009, 235.

⁶³ Kuuliala 2015, 82.

⁶⁴ Hokkanen & Kananoja 2017, 8–9; Ernst 2002.

⁶⁵ Dinges 2004, 218; Vuorinen 2006; Kontturi 2014; Kontturi 2015. Lääketieteen kehityksen tarkastelu ”vallitsevana” silloinkin, kun se ei vielä ollut sitä, liittyy myös ”vaihtoehtoiseen” eli kontrafaktuaaliseen historiantutkimukseen. Se korostaa historian sattumanvaraisuutta ja sitä, että toteumatta jääneet vaihtoehdot olivat aikalaisille yhtä todennäköisiä tulevaisuuksia kuin ne, jotka todella tapahtuivat, ja myös näiden toteutumattomien polkujen tarkastelu voi antaa arvokasta vertailukohtaa ja kontekstia siihen, mitä todella tapahtui. Jusila 2004, 16; Nordin 2015; Villstrand & Karonen 2017, 11.

David Wootton on sitä vastoin esittänyt, että virallinen lääketiede oli joka tapauksessa monopoliasemassa ja itse itsensä validoinut; sen ei tarvinnut todistaa paremmuuttaan suhteessa muihin hoidontarjoajiin, koska sillä oli takanaan valtion tuki ja virallistettu professio.⁶⁶ Näkemys on kuitenkin siinä mielessä ylyksinkertaistettu, että vaikka lakien ja säädösten puolesta lääketieteellä ja lääkäreillä olisi ollut etuoikeus ammattiinsa, käytännössä viimeisen sanan heidän työnsä merkityksestä ja uskottavuudesta antoivat potilaat. Missään nimessä virallinen lääketiede ja lääkäriammattikunta ei vielä 1800-luvullakaan ollut ainakaan Suomessa ”monopoli”, muuten sillä ei olisi ollut edes tarvetta yrittää hallita epävirallista, kilpailevaa parannustoimintaa. Myös tämä hallitsemisyritys itsessään voidaan nähdä paremmuuden todisteluna. Risto Rinne ja Arto Jauhiainen ovat käyttäneet tästä väliintulosta nimitystä ”valtiointerventio” kuvaamaan sitä, miten valtio ”otti haltuunsa” parantamistoiminnan valjastamalla lääkärit palvelemaan valtion tavoitteita ja säätelemällä ja rajoittamalla muuta toimintaa⁶⁷.

Eliot Freidsonin näkemys on, että prosessissa oli paljon vähemmän tietoista vallankäyttöä kuin on monesti haluttu ajatella: että lopulta tarvittiin potilaiden valinta hakeutua lääkäreiden luokse, ja tämä tapahtui osittain luonnostaan, kun kansanomaiset käsitykset vähitellen muuttivat muotoaan enemmän virallisen lääketieteen ja lääkäreiden edustamien ajatusten mukaisiksi. Näin lääkäreiden ja eri kansanosien välinen sosiaalinen ja kulttuurinen kuilu kapeni, mikä madalsi kynnystä hakea apua juuri lääkäriltä.⁶⁸ Tämä näkökulma on etenkin Suomen kehitykseen sopivampi sen vuoksi, että epävirallisen parantamistoiminnan kitkemisessä ei käytetty erityisen kovia otteita, vaan toimintaa usein katsottiin läpi sormien⁶⁹. Tästä syystä tässä tutkimuksessa korostetaan juuri potilaiden valintaa ja sitä, miten siihen päädyttiin. Niin kauan kuin potilailla säilyi vapaus valita hoidontarjoajien välillä (ja se on säilynyt nykypäivään asti), lääkäreiden ammatillisen aseman määrittely oli myös heidän käsissään.

Tässä tutkimuksessa hyödynnän ennen kaikkea edellä mainittujen Eliot Freidsonin ja Everett C. Hughesin näkemyksiä profession piirteistä ja professionalisoitumisesta. Freidson myöhempanä tutkijana on viitannut paljon Hughesiin, ja molemmat korostavat ammattikunnan asiakkaiden valtaa ja merkitystä profession määrittelyssä, samoin sitä ilmapiiriä ja kulttuuria, joka muodostuu profession ympärille validoimaan sen toiminnan. Professio ei lopulta ole fakta tai kiinteä status; se on uskomusperusteinen konstruktio, jota monet sosiaaliset ja kulttuuriset tekijät yhtäaikaisesti kannattelevat. Tämä ajatusrakennelma sopii erityisen hyvin Suomen varhaisen lääkärikunnan tutkimiseen niillä esitiedoilla, joita aiemmasta tutkimuksesta on jo selvinnyt. Tiedossa nimittäin on, että 1) puit-

⁶⁶ Wootton 2006, 146 – 147.

⁶⁷ Rinne & Jauhiainen 1988.

⁶⁸ Freidson 1970, 73–75.

⁶⁹ Toimintaan puututtiin yleensä lähinnä silloin, kun sen katsottiin tunkeutuvan lääkäreiden toiminta-alueelle tai olevan potilaille haitaksi. Toisinaan kuitenkin epävirallisten parantajien menetelmät osoittautuivat tehokkaiksi, jolloin ne saivat myös lääkäreiden hyväksynnän, ja lääkärit saattoivat jopa omaksua parantajilta näitä hyviksi todettuja menetelmiä. Virallisen ja epävirallisen parantamisen rajat olivat siis häilyvät ja eräänlaista sekoittumista tapahtui molempiin suuntiin. Ling 2004, 232–241; Kontturi 2014, 19–20.

teet lääkäriprofessionille luotiin jo varhain, mutta käytännön toteutus laahasi pe-
rässä; 2) vielä silloinkin, kun lääkäritoiminnasta oli tarjontaa, sille ei aina ollut
kysyntää; 3) lääkäritoimintaa on perinteisesti tarkasteltu merkittävämmässä roo-
lissa kuin se todellisuudessa oli terveystarkkinoilla 1700- ja 1800-luvun alku-
puolella sekä 4) lääkäritoiminnan varhaiset rakenteet luotiin vahvasti valtiollisin
intressein ja ylhäältä päin ammattikunnan oman järjestäytymisen sijasta.

Toisaalta juuri nämä varhaiset puitteet – profession sulkeminen ja ohjailu
valtion taholta alusta alkaen – ovat olleet Suomen lääkärikunnan kiinnostavia
erityispiirteitä, joita voidaan tarkastella varhaisen professionalisoitumisen merk-
keinä. Potilaiden hyväksyntä on siis yksi tärkeä tutkimuksen teoreettinen näkö-
kulma, mutta ei suinkaan ainoa profession määritelmä. Myös Freidson on pai-
nottanut ulkoisen hyväksynnän ohella profession myönnettyä autonomiaa ja
sen rajaamista.⁷⁰ Myös nämä teoreettiset painopisteet olen valinnut sen perus-
teella, mitä Suomen varhaisista lääkäreistä tiedetään aiemman tutkimuksen pe-
rusteella: valtio säätelä lääkäritoimintaa jo ennen kuin varsinaisia lääkäreitä oli
Suomen alueella, akateemisesti koulutetut lääkärit nostettiin alusta alkaen mui-
den toimijoiden yläpuolelle, ja lääkärit itse sekä säätelivät omaa ammattikun-
taansa että osallistuivat poliittiseen päätöksentekoon *Collegium Medicumin* väli-
tyksellä.

Edellä käsitellyistä professioteorioista voidaan nostaa vahvimpina profes-
sionalisoitumiseen kytkeytyvinä teemoina seuraavat:

- autonomia: ammattikunnan mahdollisuudet vaikuttaa omaan työhönsä ja asemaansa
- status: ammattikunnan arvovaltaisuus, luokka ja julkinen maine
- valta: ammattikunnan yhteiskunnallinen vaikuttavuus
- ammatillinen järjestäytyminen: etuja turvaavat järjestöt
- valtiollinen säättely: ammattikunnan toimintamahdollisuuksien turvaaminen
- sulkeminen: ammattikunnan jäsenten rajaaminen tiettyjen ominaisuuksien, esimerkiksi koulutuksen tai syntyperän perusteella
- ammatti-identiteetti: muista toimijoista erottautuminen, ammattietiikka ja -kulttuuri, ammattiin kasvaminen ja yhteenkuuluvuuden tunne
- vastaanotto: asiakaskunnan hyväksyntä ja suosio kilpailijoihin nähden

Näitä profession kriteereitä on, kuten todettu, vaikeaa ja kenties myös epätarkoi-
tuksenmukaista yrittää asettaa tärkeysjärjestykseen, eikä yksikään niistä ole yk-
sinään ainoa tai pakollinen valmiin profession kriteeri. Eri tutkijat ja teoreettiset
painopisteet ovat asettaneet eri kriteereitä tärkeämmiksi kuin toiset. Tarkoituk-
sena ei myöskään ole (Freidsonin varoitusten mukaisesti) itsetarkoituksellisesti
päättää, että lääkärit olivat professio jo tiettyinä ajankohtana, ja sitten etsiä tälle
väitteelle tukea määrittelemällä professio sopivilla kriteereillä. Sen sijaan tarkoi-
tus on osoittaa varhaisesta lääkäritoiminnasta piirteitä, joita aiemmassa tutki-
muksessa on pidetty professionalisoitumisen merkkeinä, ja asettaa tämän tiedon

⁷⁰ Freidson 1970.

valossa professiokehityksen vaiheet ja mahdollinen ajankohta uudelleen tarkasteluun. Näkökulma siis painottaa prosessia, vaihteellisuutta ja vuorovaikutuksellisuutta.

1.3 Tutkimustehtävä ja rajaukset

Tämä tutkimus ja siihen kuuluvat viisi artikkelia tarkastelevat lääkäriammattikunnan muotoutumista ja professionalisoitumista erilaisista näkökulmista. Professionalisoitumisessa vaikuttavat monet aktiiviset ja passiiviset, vuorovaikutteiset prosessit profession ja sen yksittäisten jäsenten, yhteisön sekä yhteiskunnan välillä. Nämä kaksi professionalisoitumisen tärkeää ulottuvuutta – valtiollinen säätely ja ammattikunnan jäsenten oma ammatillinen toiminta – tulevat siten artikkeleissa käsitellyiksi. Molemmat tarkentavat sekä makro- että mikrotasolla sitä, mitä käytännössä tapahtui lääkärikunnan historiassa: miten lääkäritoiminta, lääkärinvirat ja ammattikunta kehittyivät ja eriytyivät. Koska Suomessa 1700- ja 1800-luvulla lääkäreiden oma toiminta ammatillisen asemansa vahvistamisessa oli ennen kaikkea käytännön työhön ja sosiaaliseen sekä ammatilliseen asemaan painottuvaa pikemminkin kuin ammatillista järjestäytymistä, tämä on se professionalisoitumisen puoli, jota tässä tutkimuksessa on painotettu.

Käytän tässä tutkimuksessa sanoja ”professionalisoituminen” ja ”professiokehitys” kuvaamaan sitä prosessia, jossa varhainen lääkäritoiminta oli tutkitavalla ajanjaksolla. En ota sillä kantaa siihen, olivatko lääkärit kyseisessä vaiheessa ”virallisesti” määriteltävissä valmiiksi professioksi vai ei, vaan sanavalinnalla itsessään kiinnitän huomiota prosessin monitulkintaisuuteen, vaihteellisuuden ja vuorovaikutuksellisuuden. Sen tarkoitus on osoittaa kehityksen kohti valmista professiota käynnistyneen, sillä osa profession yleisistä kriteereistä täyttyi lääkärikunnalla alusta alkaen.

Tutkimuksen toisessa osassa, tietokanta-analyysissä, selvitän lääkäreiden virkajakaumaa, uran keskimääräistä kulkua, koulutusta sekä lääkäreiden syntyperää ja sosiaalisia taustoja. Lääkäreistä muodostuu kvantitatiivinen kokonaiskuva. Osa ammattikunnan kehitystä oli se, miten tietty virka ja erilaisten virkojen eriytyminen toisistaan määrittivät ammattikuntaa ja sen sisäistä dynamiikkaa – ja miten eri virat vastasivat erilaisiin yhteiskunnallisiin tarpeisiin. Mistä syntyi tarve erilaisille lääkärinviroille? Miksi niitä hoidettiin usein samanaikaisesti? Mitä virkoja hoidettiin tyypillisesti tietyssä uran vaiheessa ja mitkä olivat arvoisempia ja halutumpia kuin toiset? Keskiössä ovat siis lääkäreiden toiminta ja lääkäreiden urat ammattikunnan kehityksen näkökulmasta, eivät niinkään lääkärit henkilöinä. Lisäksi analysoin koulutuksen todellista merkitystä: koulutus oli teoriassa eräs profession tärkeimmistä kriteereistä, mutta mikä rooli sillä todella oli lääkäritoiminnan rajaamisessa? Muun muassa näitä kysymyksiä tarkastelemalla piirtyvät ammattikunnan rajat, niiden muutokset ja erityisesti niiden häilyvyys: millaisissa tilanteissa säännöistä tehtiin poikkeuksia?

Kolmannessa osassa, artikkelianalyysissä, käyn läpi viittä lääkäreitä koskevaa artikkeliani ja niiden yhteisiä teemoja eri näkökulmista. Kytken artikkelien

aiheet tietokanta-analyysiin ja aiempaan tutkimukseen. Artikkeleista kolme ensimmäistä (Kontturi 2021b, Kontturi 2015, Kontturi 2020) keskittyvät lääkärikunnan kehitykseen laajassa mittakaavassa ja suhteessa yhteiskuntaan. Siten ne muodostavat läpileikkauksen professiokehityksen kerroksista yksilö- ja yhteiskuntatasolla. Kaksi jälkimmäistä artikkelia (Kontturi 2019 ja Kontturi & Eilola 2014) ottavat tarkasteluun yksittäisiä lääkäreitä tarkemmin rajatuissa kokonaisuuksissa. Molemmissa artikkeleissa tutkimuksen kohteina on kaksi lääkäriä, heidän verkostoitumisensa ja sosiaalinen asemansa yhteisössään. Ajallisesti molemmat artikkelit keskittyvät 1700-luvun lopulle. Artikkelit Kontturi & Eilola on toteutettu yhteistyössä Jari Eilolan kanssa siten, että kumpikin on tutkinut artikkelia varten yhden lääkärin kummisuhteita ja kirjoittanut niitä käsittelevät osuudet, ja artikkelin teoriatausta ja päätelmät on koottu yhdessä.

Artikkeleiden järjestys on valittu palvelemaan näkökulmaa, joka siirtyy laajemmista kokonaisuuksista, lääkäriammattikunnan yleispiirteistä ja valtion vaikutuksen tasolta professiokehityksen "juuritasolle": yksittäisten lääkäreiden näyttämään esimerkkiin sitä, miten he itse edistivät oman ammattikuntansa asemaa ja mainetta. Keskeisenä teemana artikkelianalyysissä on professionalisoinnin vuorovaikutuksellisuus: se, miten ammattikunnan sisäiset ja ulkopuoliset tekijät vaikuttivat toisiinsa. Vaikka "valmiin" professiostatuksen saavuttamisen ajankohdasta voidaan esittää erilaisia tulkintoja, on selvää, että tällä noin sadan vuoden ajanjaksolla professionalisointikehitys käynnistyi, vahvistui ja sen aikana luotiin perusta nykymuotoiselle lääkäriprofessiolle. Tavoitteena on selvittää, millaisia prosesseja taustalla vaikutti ja miten ne toimivat yhdessä kohti sitä asemaa, joka lääkäriprofessiolle nykyisin on.

Seuraavassa taulukossa on lueteltu artikkelit järjestyksessä, niiden viitteet, nimet, teemat ja ajalliset ja maantieteelliset rajaukset.

| |
|--|
| <p>1. Kontturi 2021b: Rajanvedot ja tulkinnat lääkäriammattikunnan historiassa (Teoksessa: Kananoja, Kalle (toim.), <i>Terveyden poluilla. Menetelmälliset haasteet terveystehdässa</i>. Vuonna 2021 ilmestynvä teos.) <u>Teemat</u>: professio, lääkärimäärät, lääkäriyden määrittely, prosopografia <u>Rajaukset</u>: Suomen alueen lääkärit 1750–1850</p> |
| <p>2. Kontturi 2015: Suomen varhaisen piirilääkärilaitoksen tavoitteet ja niiden toteutuminen (Hippokrates 32:2015) <u>Teemat</u>: piirilääkäreiden ammatillinen asema ja työnkuva, odotukset ja käytännön työ, potilasluottamus <u>Rajaukset</u>: Suomen alueen lääkärit 1750–1827</p> |
| <p>3. Kontturi 2020: Lääkärikunnan ja valtiollisen terveydenhoidon kehitys 1800-luvun alkupuolella (Teoksessa: Einonen, Pii & Voutilainen, Miikka (toim.), <i>Suomen sodan jälkeen. 1800-luvun alkupuolen yhteiskuntahistoria</i>. Tampere: Vastapaino.) <u>Teemat</u>: valtion ja vallan vaihtumisen rooli lääkärikunnan kehityksessä <u>Rajaukset</u>: Suomen alueen lääkärit 1809–1850</p> |
| <p>4. Kontturi 2019: Reports on Encounters of Medical Cultures: Two Physicians in Sweden's Medical and Colonial Connections in the Late Eighteenth Century (Teoksessa: Hokkanen, Markku & Kananoja, Kalle (toim.), <i>Healers and Empires in Global History. Healing as Hybrid and Contested Knowledge</i>. Cambridge: Palgrave.) <u>Teemat</u>: lääkärin asema yhteisössään, koulutus ja tieteellisyys, verkostoituminen, kansainvälisyys <u>Rajaukset</u>: kansainvälinen (Ruotsin valtakunnan lääkärit maailmalla), 1700-luvun loppu</p> |
| <p>5. Kontturi & Eilola 2014: Varhaiset piirilääkärit kummeina: mikrohistoriallinen näkökulma (Genos 4/2014) <u>Teemat</u>: lääkärin asema paikallisyhteisössä, verkostoituminen <u>Rajaukset</u>: Porin ja Turun kaupungit (paikallisyhteisö), 1700-luvun loppu</p> |

Tutkimuksen ajallinen rajausta on noin sadan vuoden ajanjakso vuodesta 1749 vuoteen 1856. Luonteva aloitusvuosi on 1749, jolloin perustettiin Suomen alueen ensimmäinen piirilääkärinvirka Pohjanmaalle. Ennen tätä ei varsinaisesti ole Suomen alueen lääkäreiden osalta tutkittavaa: joitakin ulkomailta tulleita kiertäviä lääkäreitä on Suomessa mahdollisesti toiminut, mutta heistä ei ole säilynyt riittävästi lähteitä. Turun Akatemiassa oli ollut lääketieteen professori jo 1600-luvulta, mutta hän ei ollut varsinainen virkalääkäri, ja Turusta valmistui ensimmäinen kokonaan siellä koulutettu lääkäri vasta 1742⁷¹.

Terveydenhuollolle vuosi 1856 oli monessa mielessä aikakauden päätös ja myös sopiva tutkimuksen rajaamisen vuosi. Seuraavana vuonna 1857 nimittäin tehtiin merkittäviä uudistuksia lääkärijärjestelmään: piirilääkärinvirkokojen määrä lähes tuplaantui, ja koulutusta kehitettiin. Lääkäriopintojen erikoistuminen alkoi.⁷² Myöskin Krimin sodan päätyttyä 1856 lääkärikuntaa oli jälleen järjestettävä uudelleen, mikä näkyi suuressa vaihtuvuudessa sotilaslääkäreiden viroissa sodan aikana ja sen jälkeen.⁷³ Laajemmin on arvioitu, että 1800-luvun jälkipuoliskolla käynnistyi myös lääkäriprofession ekspansio sekä nykymuotoinen terveydenhuolto osana modernisoituvaa yhteiskuntaa. Merkittävimpiä uudistuksia olivat muun muassa kunnallisen terveydenhuollon ja kunnanlääkärijärjestelmän perustaminen piirilääkärijärjestelmän rinnalle: ensimmäinen kunnanlääkäri palkattiin 1882⁷⁴. Näin ollen aika ennen 1800-luvun puoliväliä näytetään lääkäriprofession ja terveydenhuollon synnyn esinäytöksenä, ajankohtana, jolloin perusta nykymuotoiselle professionille ja terveydenhuollolle asetettiin.

Lääkärítietokannassa on 241 lääkärää, mutta ei ole syytä olettaa, että tässä lukumäärässä ovat mukana aivan kaikki aikavälillä 1749–1856 toimineet lääkärit. Tietyt olosuhteet ovat voineet saada aikaan sen, ettei lääkäristä ole jäänyt merkintöjä käytössä olleisiin lähteisiin, erityisesti muista maista tulleista kiertävistä lääkäreistä, jotka eivät olleet opiskelleet Suomessa tai Ruotsissa, sekä välskärिताustaisista lääkärinvirassa toimineista henkilöistä, joista kaikki eivät olleet akateemisesti koulutettuja. Myös armeijan lääkäreissä suuri vaihtuvuus, lyhyet viranhoidot ilman virkaan pätevöittävää koulutusta ja viranhoitajien menehtyminen sota-aikana ennen yhtäkään varsinaista tutkintoa tai virkaa ovat olleet tilanteita, jolloin lääkärinä toiminut henkilö on saattanut jäädä pois lähteistä. Kuitenkin kun ottaa huomioon, että osa myös näistä noin 250 lääkäristä oli virassa

⁷¹ Ensimmäinen kokonaan Turun Akatemiassa opiskellut lääkäri Johannes Ekelund julistettiin kuitenkin lääketieteen tohtoriksi vasta 1.10.1743. Venäjän miehittyä Suomen Ekelund määrättiin lääkäriksi Pietarin sotilassairaalaan. Armeijan lääkärinä hän sairastui kenttäkuumeeseen ja menehtyi siihen vain muutaman vuoden kuluttua valmistumisestaan 1746, 34-vuotiaana. Hän ei siis ehtinyt toimia lääkärinvirassa Suomessa. Kouvalainen et al. 2007, 3.

⁷² Synnytysooppi ja lastentaudit erotettiin omaksi professuuriksi 1857. Samana vuonna perustettiin myös valtiolääketieteen professuuri. Myöhemmin 1870-luvulla perustettiin silmätautiopin, sukupuolitautiopin, ihotautiopin ja kirurgian ylimääräisen professorin virat. Erikoistuminen jatkui vielä 1800-luvun loppupuolella siten, että anatomia ja fysiologia erotettiin eri professuureiksi 1882 ja 1890-luvun alussa perustettiin vielä lastentautiopin, hygienian ja naistentautiopin ylimääräisen professorin virat. 1892 aloitettiin myös hammaslääketieteen opetus. Pesonen 1980, 9; Klinge et al. 1989; Forsius 1995; Aalto 2016, 37.

⁷³ Lääkärítietokanta 1749–1856.

⁷⁴ Rinne & Jauhiainen 1988, 84.

vain hyvin lyhyen ajan tai kenties vain nimitettynä virkaan ottamatta sitä koskaan vastaan, on perusteltua esittää arvio, että aikavälillä 1749–1856 ehti toimia Suomen alueella noin 250–300 lääkäriä. Myöskään kaikista viroista, opintomatoista ja tutkinnoista ei luonnollisesti ole jäänyt merkintää. Erityisesti lyhyet viranhoidot ilman virkanimitystä ovat helposti jääneet merkitsemättä. Ansioluetteloista nämä merkinnät pääosin löytyvät, mutta ansioluetteloiden puuttuminen ennen vuotta 1827 aiheuttaa sen, että tätä ennen toimineiden lääkäreiden vaiheista on huomattavasti vähemmän luotettavaa tietoa.

Artikkelissa Kontturi 2021b olen määritellyt tarkemmin ne perusteet, joilla olen ottanut henkilöt mukaan tietokantaan tai jättänyt sieltä pois. Nämä kriteerit voidaan tiivistää seuraavasti:

1. Henkilön on pitänyt toimia lääkärinä tai olla nimitettynä lääkärinvirkaan aikavälillä 1749–1856.
2. Henkilön on pitänyt toimia lääkärinä tai olla nimitettynä virkaan nykyisen Suomen alueella ainakin väliaikaisesti.
3. Virka tai sen sijaisuus on pitänyt olla nimikkeeltään ”lääkäri” eikä esimerkiksi kirurgi tai välskäri.⁷⁵

Keskeistä on tutkia rajauksen perusteella sitä, kenet katsottiin päteväksi hoitamaan lääkärinvirkaa, kenet voitiin (virallisista profession määritelmistä huolimatta) lukea mukaan ”lääkäreihin”. Tämä rajaus liittyy keskeisesti paitsi profession sulkemisen käsitteeseen⁷⁶, myös lääkärikunnan muodon hakemiseen: millaisia virkoja lääkärit hoitivat, millaiseksi heidän uransa muodostui sekä millaisia muutoksia viroissa ja urissa tapahtui ajanjaksolla. Tuloksia on siis tarkoitus suhteuttaa myös ympäröiviin yhteiskunnallisiin tapahtumiin. Tässä huomio kiinnittyy ammattikunnan kehityksen vuorovaikutuksellisuuteen. Profession ei kehity omassa itsenäisessä kuplassaan vain omien jäsentensä tai edes valtiollisen ohjauksen seurauksena, vaan suhteessa kulttuurisiin, sosiaalisiin ja yhteiskunnallisiin suuntauksiin ja tapahtumiin.

Lisäksi rajaus koskee Suomessa toimineita lääkäreitä, koska tutkimuksen kohteena on ennen kaikkea nykyisen Suomen lääkärikunnan alkuvaiheet. Tämä rajaus ei ole ollut itsestään selvä valinta, sillä tutkimusajanjaksolla Suomi oli vuoteen 1809 osana Ruotsin valtakunnan lääkärijärjestelmää, ja siitä eteenpäin Venäjään kuuluvana suuriruhtinaskuntana. Nämäkin vaiheet ja vaikutukset on otettu artikkeleissa huomioon; *Reports on Encounters of Medical Cultures* sekä *Varhaisen piirilääkärilaitoksen tavoitteet ja niiden toteutuminen* käsittelevät enemmän Ruotsin valtakunnan lääkärijärjestelmää, kun taas *Lääkärikunnan ja valtiollisen terveydenhoidon kehitys 1800-luvun alkupuolella* pureutuu siihen, miten vallanvaihdos vaikutti Suomessa lääkärikunnan ja koko terveydenhuollon kehitykseen.

⁷⁵ Kontturi 2021b.

⁷⁶ Profession sulkemisella tarkoitetaan ammattikuntaan pääsyn rajaamista tiettyjen ominaisuuksien, kuten koulutuksen perusteella. Ks. Artikkelianalyysi, luku 3.1.2.

Rajaus ”ruotsalaisiin” ja ”suomalaisiin” lääkäreihin Ruotsin vallan aikaa koskevassa tutkimuksessa on kuitenkin osin keinotekoinen, sillä he olivat osa samaa lääkärijärjestelmää ja heitä koskivat samat säännöt. Eräät lääkärit myös tekivät osan urastaan Ruotsissa ja osan Suomessa. Näin ollen kahta Ruotsissa toiminutta lääkäriä käsittelevä artikkeli *Reports on Encounters of Medical Cultures* jää lääkäreiden osalta Lääkärítietokannan rajauksen ulkopuolelle, mutta ilmiö itsessään (lääkäreiden ammatillinen ja tieteellinen matkustelu) kytkeytyy laajempaan tieteelliseen ja ammatilliseen kehitykseen, jotka edistivät koko lääkäriprofession asemaa. Myös suomalaiset lääkärit tekivät opintomatkoja erityisesti 1800-luvun puolella.

Papeilla ja väliskäreillä oli erinäisiä lääkinnällisiä tehtäviä, mutta heitä ei kuitenkaan voi vastuualueidensa osalta rinnastaa lääkäreihin, joiden tehtävänä oli sisätautien hoitaminen ja laajojen ihmisryhmien terveyden valvominen ja edistäminen. Pääasiallisesti papiston tehtäviin kuului kulkutautien aikainen tiedottaminen, taudin leviämisen ehkäiseminen ja sairastuneiden hoito.⁷⁷ Väliskäreitä eli haavalääkäreitä oli ollut 1600-luvulta lähtien. Koska väliskäreiden ja lääkäreiden ammattikunnat, taustat, koulutus, virkatehtävät ja ryhmäintressit erosivat toisistaan niin selvästi, heitä on syytä käsitellä tässä tutkimuksessa erillisinä, joskin limittyneinä ammattiryhminä.⁷⁸ Ero oli erityisen selvä 1700-luvulla, jolloin väliskäreiden ja kirurgien käsityöläisyys ja lääkäreiden akateemisuus olivat vielä leimallisia piirteitä ja ammattikuntien välillä oli selviä ristiriitoja. Ammattikuntien katsotaan yhdistyneen vuonna 1797, jolloin *Collegium Medicum* otti kirurgi-yhdistys *Societas chirurgican* alaisuuteensa ja kirurgian yhdeksi lääketieteen osa-alueeksi⁷⁹. Silti koulutus- ja virkavaatimukset olivat yhä erilaiset. Tähän haluttiin muutos vuoden 1836 lääkintökollegion kirjelmässä keisarille. Siinä ehdotettiin kirurginkoulutuksen muuttamista siten, että ne vastaisivat lääkärinopintoja ja antaisivat mahdollisuuden päästä myös lääkärinvirkoihin. Ehdotus hyväksyttiin sellaisenaan, ja uusi asetus annettiin 28.6.1836.⁸⁰ Ammattikuntien erillisyyden jatkumisesta kertoo kuitenkin se, että kirurgit pysyivät 1800-luvun alkupuolella-kin pääosin kirurgin tehtävissä: oli poikkeuksellista, että pelkästään kirurgian maisterin tutkinnon suorittanut pääsi lääkärinvirkaan. Nekin, jotka pääsivät, suorittivat tyypillisesti myöhemmin lääketieteen tohtorin tutkinnon.⁸¹

Näihin seikkoihin nojaten tietokanta ja tutkimusaineisto eivät kata väliskärien ja kirurgien ammattikuntaa. Lääkärítietokannassa on huomioitu ainoastaan ne väliskärit, jotka jossakin uransa vaiheessa etenivät virkoihin, jotka oli varattu vain *Collegium Medicum*in valtuuttamille ja hyväksymille lääkäreille. Mukana ovat kuitenkin vapaata lääkärintointa harjoittaneet eli yksityiset lääkärit virkälääkäreiden lisäksi. Käytännössä useimmat yksityislääkärit olivat jossakin vaiheessa toimineet myös palkallisissa viroissa, joko ennen yksityispraktiikkaa, sen jälkeen tai samaan aikaan. Yksityisen lääkärin status määrittyi kuitenkin sillä, että lääkäri sai ansionsa pelkästään potilaiden maksamista palkkioista. Etenkin

⁷⁷ Suolahti 1919; Pesonen 1971; Forsius 1988, 264–266.

⁷⁸ Kontturi 2021b.

⁷⁹ Rintala 2006.

⁸⁰ Pesonen 1980, 217–218.

⁸¹ Lääkärítietokanta 1749–1856.

1700-luvulla ja 1800-luvun alussa oli tavallista, että lääkäri piti virkansa ohella yksityispraktiikkaa⁸².

Kun tutkitaan lääkärijärjestelmän syntyä terveydenhuollon kehityksen näkökulmasta, sotilaslääkäreiden rooli muuttuu toisenlaiseksi erityisesti sota-aikoina, jolloin lääkäreinä toimi useita virkaan pätemättömiä henkilöitä. Sotilaslääkäreiden ja sotilaslääkärivirkojen sisällyttäminen tutkimukseen on kuitenkin tärkeää, sillä vaikka virka oli toisinaan pakon sanelema sodan eikä niinkään terveydenhuollon tarpeisiin, se toimi usein ponnahduslautana muihin lääkärinvirkoihin sodan päätyttyä. Sodassa ollut lääkäri oli jo kokenut lääkäri, vaikka ei olisi vielä ollut loppuun asti koulutautunut. Sotilaslääkäriys on siten kiinteä osa ammattikunnan professiokehitystä.

1.4 Lähteet

Lääkäreitä koskevaa lähdemateriaalia on runsaasti, mutta sitä on hyödynnetty verrattain vähän. Tämän tutkimuksen perustana oleva lääkäritietokanta on koostettu useista erilaisista primääreistä ja sekundäärisistä lähteistä. Näistä merkittävimpiä ovat olleet lääkäreiden alkuperäiset ansioluettelot, matrikkelit, biografiat sekä kirjallisuuden lääkäriluettelot. Lisäksi tutkimusta tukevat soveltuvin osin lääkäreiden vuosikertomukset aikaväliltä 1769–1856.

Noin kolmasosalta kaikista lääkäreistä on säilynyt alkuperäinen ansioluettelo. Ne kuuluvat Kansallisarkiston ansioluettelokokoelmaan, jonka laatiminen aloitettiin vuodesta 1827.⁸³ Muutaman 1700-luvun lopulla toimineen lääkärin ansioluettelo löytyy Ruotsin Riksarkivetin *Collegium Medicumin* arkiston vuosikertomuskokoelmasta, koska 1798 tehtiin kartoitus kaikista valtakunnassa toimineista lääkäreistä ja kirurgeista. Ansioluetteloiden perusteella saadaan tietoja lääkäreiden koulutuksesta ja viroista, kunnianosoituksista hyvästä työskentelystä sekä virkamatkoista ja väliaikaisista viranhoidoista, kuten toisen lääkärin sijaisamisesta. Nämä ovat arvokkaita tietoja lääkäreiden toiminnan, uran ja työnkuvan hahmottamisessa.

Koska kaikille lääkäreille ei ole laadittu ansioluetteloita tai ne eivät ole säilyneet, tietoja on täydennettävä matrikkeleista ja biografioista. Lääkäreitä koskevia tietoja on saatu pääasiassa Yrjö Kotivuoren *Ylioppilasmatrikkelista* sekä Gunnar Johnssonin biografiakokoelmasta *Suomen piirilääkärit 1749–1927*. Muutamista lääkäreistä on myös artikkeli Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran biografiakeskuksen *Kansallisbiografiassa*. Lisäksi tutkimuskirjallisuudessa mainitaan satunnaisesti lääkäreitä, joista ei ole säilynyt tietoja sellaisiin lähteisiin, joita tässä tutkimuksessa on käytetty.

Ehdottomasti laajin lääkäreitä koskeva primääriaineisto on lääkäreiden, enimmäkseen piirilääkäreiden laatimat vuosikertomukset, joita on säilynyt 1700-

⁸² Esimerkiksi kaupunginlääkäri Otto Olof Berndt Rosenströmin tuloista vain neljäsosa oli palkkaa vuodesta 1792 lähtien, loput tulivat maksukykyisiltä potilailta maksuna hoidosta. Parland-von Essen 2010, 98; Kontturi 2015, 98.

⁸³ ALK.

luvun jälkipuolelta lähtien. Tutkimusta varten on tallennettu ja merkitty ylös kaikki aikavälin lääkäreiden raportit, mutta niitä on käytetty tutkimuksessa vain satunnaisesti, silloin kun aineistosta on noussut esiin tutkimuskysymyksiin vastaavaa materiaalia. Vuosikertomukset tuleekin nähdä tutkimusta tukevana aineistona. Ennen vuotta 1809 laadituista kertomuksista suurin osa löytyy Ruotsin valtionarkistosta. Vuosilta 1810–1826 kertomuksia ei ole juuri säilynyt, sillä Suomeen arkistoidut kertomukset tuhoutuivat muun arkistomateriaalin mukana Turun palossa 1827. Näihin kuuluivat mm. Lääkintöhallituksen arkiston istuntojen pöytäkirjat, diaarit, matrikkelit sekä saapuneet kirjeet ja lähetettyjen kirjeiden jäljennökset.⁸⁴ 1700-luvulta säilyneitä Suomen lääkäreiden kertomuksia on kuitenkin huomattavasti vähemmän kuin 1800-luvulta, ja myös 1700-luvulta on paljon vuosia, joilta niitä ei ole säilynyt lainkaan. 1800-luvulla kertomusten määrä kasvaa runsaasti lääkärimäärän kasvun mukana, ja myös raportointi on selvästi ollut systemaattisempaa. 1850-luvun puoliväliä kohti kertomuksia on ollut kymmeniä vuosittain.

Vuosikertomukset ovat pääosin piirilääkäreiden raportteja *Collegium Medicumille*, myöhemmin Lääkintöylihallitukselle. Virallisia ohjeita vuosikertomusten laatimisesta annettiin ohjesääntöjen yhteydessä, mutta tästä huolimatta vuosikertomukset ovat harvoin yhteneväisiä keskenään edes samalta ajalta⁸⁵. Tyyppillistä kuitenkin on, että 1700-luvun ja 1800-luvun alun kertomuksissa kuvataan tarkasti myös ympäristön ja sään olosuhteita, sillä humoraalipatologisen käsityksen mukaisesti säällä oli vaikutusta niin tautien leviämiseen kuin kehon muuttumiseen otolliseksi sairastumiselle. Näitä kuvauksia on myös myöhemmissä 1800-luvun kertomuksissa, mutta ei yhtä systemaattisesti. Kautta linjan kertomuksissa kerrotaan kuitenkin piirilääkärin toiminta-alueen tarttuvista taudeista, toisinaan myös tarkemmin yksittäisten potilaiden hoidosta (erityisesti 1700-luvun lopun ja 1800-luvun alun kertomuksissa, jolloin potilaiden hoito kuului selvemmin piirilääkäreiden työhön). Lisäksi usein mainitaan sukupuolitautitilanne, rokonistus- ja rokotustilanne, lasarettien tilanne sekä apteekkitarkastukset, jotka olivat piirilääkärin vastuulla.

Vuosikertomukset ovat hedelmällisiä lähteitä, mutta niitä ei tule pitää kaiken kattavina kuvauksina lääkärin työstä. Sen lisäksi, että ne ovat verrattain suppeita – koko vuoden toimintaa kuvataan muutamalla käsin kirjoitetulla sivulla – ne eivät ole välttämättä olleet oikea kanava joidenkin ammattiin ja virkatehtäviin liittyvien ongelmien puimiseen, vaikka eräät lääkärit niin tekivätkin. Onkin järkevää olettaa, että kertomuksista jätettiin paljon pois: lääkärin oli aina edullista tuoda oma toimintansa esiin positiivisessa ja velvollisuudentuntoisessa valossa ja jättää kertomatta työhönsä liittyvistä hankaluuksista. Toisaalta eräät lääkärit käyttivät vuosikertomuksia nimenomaan valitusten kanavana: yleisimpiä valituksen aiheita olivat huono korvaus työstä, liikkumisen vaivalloisuus ja pitkät välimatkat. Lisäksi kertomuksia laativat lähinnä piirilääkärit, mikä jättää ulkopuolelle kaikki muut lääkäriyhmät. Vaikka lääkärit toimivat samojen oppien mukaisesti potilastyössä, heidän toimenkuvassaan on ollut virkakohtaisia eroja.

⁸⁴ Pesonen 1980, 141; Tiitta 2009, 24.

⁸⁵ Vuorinen 2006, 16; Gustafsson 2010; Kontturi 2014, 11–12.

1.5 Menetelmät

Tutkimuksen kivijalkana on alkuperäislähteistä (ansioluettelot, vuosikertomukset) sekä sekundäärisistä lähteistä (matrikkelit, biografiat, tutkimuskirjallisuus) laadittu tietokanta, johon tässä tutkimuksessa viitataan lääkäritietokantana (1749–1856). Tietokantaa varten olen ohjelmoinut itsenäisen C#-sovelluksen, joka mahdollistaa yksittäisiä lääkäreitä koskevien tietojen tallentamisen, hakujen tekemisen ja hakutulosten tiedostoon kirjoittamisen. Haun voi tehdä vapaana sanahakuna sekä nimen, viran, kuolinvuoden, syntymävuoden, toimintapaikan, tutkinnon, yliopiston tai siviilisäädyn mukaan. Alla tietokannan mukainen lääkäritietonäkymä. Esimerkkinä kuvassa käytetty lääkäri Adolf Reinhold Boucht tietoja. Virat, tutkinnot ja julkaisut ovat lääkärikohtaisia tietueita, jotka sisältävät nimen, toiminta- tai suorituspaikan sekä ajankohdan.

Lääkäriin tiedot

Tiedosto Ohje Tietoja

Henkilötiedot

Lääkäriin nimi: Adolf Reinhold Boucht

Synnyinpaikka: Hollola

Syntymäaika: 11.09.1779

Kuolinaika: 03.08.1826

Suhteet

Isä: Mathias Boucht, Hollolan piirin nimismies

Äiti: Ulrica Björksten

Puoliso 1:

Puoliso 2:

Naimaton

Virat

- 72 Piirilääkäri, Häme, 1805
- 73 Synnytyslaitoksen lääkäri ja sen opettaja
- 74 Pääkaupunginlääkäri, Helsinki, 1819

Lisää Muokkaa Poista

Tutkinnot

- 102 Ylioppilas, 1798
- 103 Filosofian kandidaatti, 1802
- 104 Lääketieteen kandidaatti, 1804
- 105 Lääketieteen lisensiaatti, 1805
- 106 Lääketieteen tohtori, 1817

Lisää Muokkaa Poista

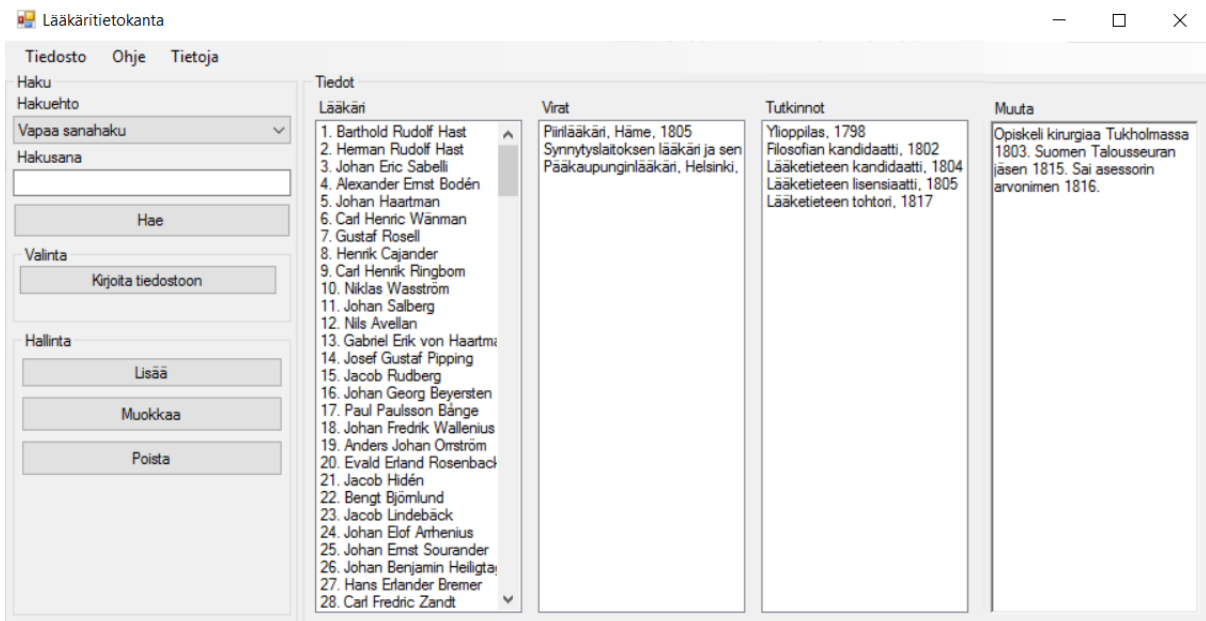
Julkaisut

Lisää Muokkaa Poista

Muuta

Opiskeli kirurgiaa Tukholmassa 1803. Suomen Talousseuran jäsen 1815. Sai asessorin arvonimen 1816.

Tallenna Peruuta



Tietokanta kuuluu prosopografiseen menetelmään, jossa tutkitaan jonkin toimijaryhmän yhteisiä piirteitä. Toimijaryhmä on tutkijan ennalta määrittelemä, samoin tutkimuskysymykset, joihin pyritään tietojen keruulla vastaamaan. Tiedot kerätään tietokantaan, jonka avulla tietoja koostetaan ja analysoidaan. Tutkimuskohteiden ei ole tarvinnut tiedostaa kuuluneensa tähän tutkittavaan ryhmään, vaan se voi olla jossain määrin keinotekoinen, tutkijan tutkimusta varten konstruoima. Olennaista on, että tutkittavilla on jokin yhdistävä tekijä, jonka avulla heistä voidaan tutkia yleisiä piirteitä – itse prosopografiassa kiinnostus kohdistuu nimenomaan yleistettäviin ominaisuuksiin poikkeusten tai yksilöiden sijasta, vaikka näitäkin voidaan käsitellä muiden menetelmien yhteydessä.⁸⁶

Menetelmään kuuluu myös tietokannasta tehtävä analyysi. Prosopografiassa on yhtymäkohtia kollektiivibiografiaan, ja niitä on pidetty myös osittain samana menetelmänä, mutta analyysi erottaa prosopografian kollektiivibiografiasta, joka voi olla esimerkiksi vain elämäkertaluettelo. Lisäksi prosopografiassa on tavallisesti tarkemmin rajattu tutkimustavoite, ja sitä varten tutkittavista henkilöistä valitaan vain tiettyjä tietoja, kun taas biografinen tutkimus pyrkii usein henkilöiden koko elämäkerran hahmottamiseen. Prosopografiassa olennaista on henkilöitä yhdistävien, tutkimustehtävään liittyvien tietojen kerääminen.⁸⁷

Prosopografia voidaan nähdä yhdenlaisena ratkaisuna ongelmaan, johon historiantutkimuksessa usein törmätään: kuinka suuria yleistyksiä hajanaisesta tai suppeasta tutkimusaineistosta voidaan tehdä?⁸⁸ Lääkäreitä koskeva lähdemateriaali on fragmentaarista, eikä kaikista lääkäreistä löydy samoja tietoja, mutta useimmista voidaan selvittää ainakin olennaisimmat tiedot eli nimi, syntymä- ja kuolinaika, tutkinnot ja virat. Eräistä lääkäreistä tiedetään vain nimi, kaikista ei edes sitä; tiedetään esimerkiksi vain, että alueella X on toiminut tuntematon lää-

⁸⁶ Stone 1971, 46; Keats-Rohan 2007, 141; Uotila 2014a, 34.

⁸⁷ Uotila 2014a, 34; Uotila 2014b, 244–245.

⁸⁸ Verboven et al. 2007, 36.

käri tietyllä aikavälillä. Tämä tieto riittää prosopografiseen tietokantaan kirjaamiseen, sillä olennaista on vain se, että henkilö on ollut olemassa ja hänen tiedetään kuuluneen tutkittavaan joukkoon. Tarvitaan vain yksi tilastoitava ominaisuus, henkilön nimen ei tarvitse olla tiedossa. Tarkoituksena on paikata näitä puutteellisia tietoja luomalla yleistyksiä niiden viiteryhmän jäsenten avulla, joista tiedetään enemmän.⁸⁹ Tässä tutkimuksessa yhteinen nimittäjä kaikille tietokantaan päätyneille henkilöille on jossakin lääkärinvirassa toiminen Suomen alueella, kuten edellä on selitetty⁹⁰.

Lääkäreistä on merkitty tietokantaan heidän koko nimensä, syntymäaika ja -paikka, kuolinaika, tutkinnot ja niiden suoritusajat ja -paikat, virat ja niiden toimijat ja -paikat, vanhempien nimet ja isän ammatti/ sosiaalinen asema, mahdollisten puolisoitten nimet sekä mahdolliset lyhyet sijaisuudet, viranhoidot, opintomatkat ja kunnianosoitukset. Näiden tietojen perusteella voidaan vastata spesifeihin kysymyksiin, kuten montako virkaa lääkärin uralla tyypillisesti oli, minkä ikäisenä valmistuttiin ja päästiin ensimmäiseen virkaan, kuinka pitkiä virkakaudet olivat ja niin edelleen. Tutkimuskysymysten ennalta asettaminen on näin ollen olennainen osa prosopografista menetelmää: tietokantaan kerätään tietoja, joiden perusteella voidaan vastata näihin kysymyksiin.⁹¹

Tietojen kerääminen on menetelmän työläin ja aikaa vievin vaihe, ja tutkimuksen laajuudesta riippuen sen saattaa joutua jakamaan useille vuosille.⁹² Tietokanta voidaan laatia monella tapaa, esimerkiksi manuaalisesti tai tietokoneella erilaisin ohjelmin, ja niitä voi olla myös useita.⁹³ Tätä tutkimusta varten olen toteuttanut tietokannan tutkimuksen tarpeisiin erikseen ohjelmoituna sovelluksena, joka mahdollistaa datan keräämisen ja koostamisen mielekkäällä ja käytännöllisellä tavalla – tietoja voidaan helposti muuttaa myöhemmin, voidaan tehdä poistoja ja lisäyksiä, ja hakutoiminnot takaavat nopean ja käytännöllisen tietojen koostamisen. Tietokannan ohjelmointi on vienyt oman aikansa, mutta säästänyt aikaa tietojen keruu- ja analysointivaiheessa.

Prosopografia on siis hyvin tutkijalähtöinen menetelmä: tutkija määrittelee tutkimansa viiteryhmän, ominaisuudet joiden perusteella siihen kuulutaan, tietokannan toteuttamistavan, tutkimuskysymykset sekä niiden pohjalta tiedot, jotka kirjaa tietokantaan. Professionitutkimukseen sovellettuna prosopografia tarjoaa mahdollisuuden tarkastella erityisesti profession rajoja. ”Lääkäreihin” kuulumisen on siis paitsi tutkijalähtöinen tulkinta siitä, kenet otetaan mukaan tutkimukseen, myös ammattikunnan määrittelyn kysymys.⁹⁴ Erilaiset ammatti- ja toimijaryhmät ovatkin olleet tyypillisesti prosopografisen tutkimuksen kohteena,⁹⁵ ja prosopografia menetelmänä on ollut enemmän pinnalla viime vuosina, näistä esimerkkeinä Merja Uotilan prosopografinen väitöstutkimus käsityöläisistä 2014

⁸⁹ Smythe 2007, 129.

⁹⁰ Ks. 1.3. Tutkimustehtävä ja rajaukset.

⁹¹ Stone 1971; Verboven et al. 2007, 39.

⁹² Verboven et al. 2007, 48.

⁹³ Verboven et al. 2007, 57.

⁹⁴ Kontturi 2021b.

⁹⁵ Mm. Jukka Korpela on tutkinut antiikin lääkäreitä prosopografian avulla jo vuoden 1987 väitöskirjassaan. Korpela 1987.

sekä Mikko Hiljasen prosopografiaa hyödyntänyt väitöstutkimus suomalaisista kirkkoherroista osana valtionrakennusta 2019⁹⁶.

Lääkärit ovat prosopografian näkökulmasta melko tarkkarajainen toimijaryhmä ja siten helpompi tutkimuskohde, mutta heidänkään rajaamisensa ei ole ongelmatonta. Tutkimusrajauksissa mainittujen rajausten lisäksi on tehtävä päätöksiä siitä, kuka lasketaan lääkäriksi ja mikä lasketaan viranhoidoksi. Lääkärit eivät ole olleet yhtenäinen ryhmä, vaan esimerkiksi sotilaslääkäreiden toimintakenttä poikkesi hyvin paljon muista lääkäreistä, jotka olivat yleisen terveydenhoidon palveluksessa. Lisäksi ajanjaksolla oli viran sijaisuuksia ja esimerkiksi lääkärin apulaisena toimineita henkilöitä; heidänkin kohdallaan on tehtävä päätös, lasketaanko heidät mukaan lääkärikuntaan, jos heillä ei ole muita ansioita, joiden perusteella päätöstä tehdä.

Prosopografian ei tarvitse eikä usein pidäkään olla tutkimuksen ainoa menetelmä.⁹⁷ Tässä tutkimuksessa prosopografian mukainen tietokanta on tutkimuksen perusta, mutta sen pohjalta tekemäni analyysi yhdistelee laadullisia ja määrällisiä menetelmiä. Aluksi olen laskenut tietokannan tiedoista kvantitatiiviset tulokset. Olen täydentänyt ja havainnollistanut tuloksia kvalitatiivisin menetelmin nostamalla esimerkkejä, hakemalla yleisiä linjoja lääkäreiden toiminnasta ja taustoitamalla ja vertaamalla kirjallisuudella. Kahdessa artikkelissa on myös mikrohistoriallinen ote niiden kummankin keskittyessä kahden lääkärin toimintaan.

Myös vuosikertomuksia olen tulkinnut pääosin laadullisen analyysin menetelmin. Olen käynyt läpi tarkasti ja systemaattisesti vuosikertomukset vuosilta 1769-1809, mutta vuodesta 1827 vuoteen 1856 pintapuolisemmin aineiston valtaavan laajuuden vuoksi. Osa näistäkin vuosikertomuksista on päässyt lähempään tarkasteluun jonkin edustavan tapausesimerkin ansiosta. Jokainen kertomus on kuitenkin käyty läpi ja luetteloitu, joten kokonaiskuva aineistosta on syntynyt. Vuosikertomuksia voi pitää siinä mielessä edustavina lähteinä, että niissä erottuvat nopeasti toistuvat ja poikkeukselliset ilmiöt, jotka tässä tutkimuksessa olen nostanut esiin esimerkkeinä vuosikertomuksista. Jokainen esimerkkitapaus kertoo jotakin, ja niiden yleistettävyyden on hyvä erityisesti toistuvien ilmiöiden kohdalla. Näin voi olettaa siitäkin syystä, että laatimisharjojen muutosten ja niiden epäyhtenäisen noudattamisen vuoksi vuosikertomusten takana on paljon sellaista, mitä niissä ei välttämättä mainita; jos yksi tai varsinkin useampi lääkäri nostaa esiin jonkin asian, on todennäköistä, että se koskee monia muitakin, vaikka muut eivät mainitsisi siitä.

Tutkimuksen eettisyyden osalta on huomioitava hyvä tieteellinen käytäntö sekä tutkimuskohteiden yksilöllisyyttä ja ihmisarvoa kunnioittava käsittely. Vaikka tutkimusaineisto on satoja vuosia vanhaa, siinä esiintyvät henkilöt, ensisijaisesti lääkärit ja heidän potilaansa, pyrin kuvaamaan mahdollisimman vääristelemättöminä, oikeudenmukaisesti ja aikansa sosiaaliset ja kulttuuriset olosuhteet huomioiden. Lääkäreiden vuosikertomuksissa potilaista kerrotaan hyvin henkilökohtaisia tietoja, mutta näitä potilaskertomuksia tässä tutkimuksessa ei yksityiskohtaisesti käydä läpi.

⁹⁶ Uotila 2014; Hiljanen 2019.

⁹⁷ Verboven et al. 2007, 47.

2 TIETOKANTA-ANALYYSI: LÄÄKÄRIKUNTA 1749–1856

Tässä tutkimuksen toisessa osassa analysoin tietokannan tulokset monesta eri näkökulmasta. Yhdistän lääkäreiden uran kulun, virkajakauman, lääkärimäärien ja niiden alueellisen jakautumisen sekä sosiaalisen aseman tarkastelun kokonaisuudeksi, joka havainnollistaa ammattikunnan kehitystä ja professionalisointia ajanjaksolla. Nämä osa-alueet osoittavat lääkäriammattikunnan mitattavissa olevia ominaisuuksia ja niiden muutoksia pääasiallisesti ammattikunnan sisältä päin, ottaen kuitenkin huomioon yhteiskunnallisia tapahtumia ja päätöksiä, jotka olivat muutosten taustalla. Tarkempaa analyysia ja sitomista yhteiskunnalliseen ja kulttuuriseen kontekstiin teen kolmannen luvun artikkelianalyysissä yhdistäen siihen myös tietokanta-analyysin tuloksia.

2.1 Lääkärimäärät Suomessa 1749–1856

2.1.1 Lääkäreiden lukumäärät vuosikymmenittäin

Tässä luvussa tarkastelen lääkäreiden lukumäärää Suomessa sekä sen vaihtelua eri ajanjaksoilla. Olen tehnyt tilastot laskemalla elossa olleiden ja jossakin virassa toimineiden lääkäreiden määrä tietynä vuotena, kymmenen vuoden välein.

Suhteutan lääkärimääriä väkiluvun kasvuun, mutta tarkoituksena ei ole asettaa menneisyyden lääkärimääriä modernin terveydenhuollon kanssa vertailukelpoisiksi sillä oletuksella, että kaikki asukkaat olivat lääkäreiden potentiaalisia asiakkaita. Sen sijaan lääkäreiden suhteuttaminen väkilukuun heijastelee lääkäreiden suhteellista osuutta väestöstä ja heidän asemaansa toiminta-alallaan. Lääkäreitä on laskettu aiemmassa tutkimuksissa monin eri tavoin. Laskemisen ongelmana on ensisijaisesti ollut lukujen huono vertailukelpoisuus. Aina ei ole

selvennetty, millä perusteilla lääkäreitä on laskettu – ketkä on luettu mukaan lääkäreihin ja miksi.⁹⁸

Olellainen ero eri laskentatavoissa on teoreettinen ja toteutunut lääkärimäärä. Voidaan siis laskea olemassa olleiden lääkärinvirkojen määrää (riippumatta siitä toimiko niissä joku vai ei) tai koulutettujen lääkäreiden määrää (riippumatta siitä toimivatko he lääkärinvirassa vai eivät). Virassa toimineiden lääkäreiden laskeminen kuvaa kuitenkin toteutuneita lääkärimääriä, sillä se ottaa huomioon virkojen täyttämättä jättämisen ja päällekkäiset virat (yksi lääkäri hoiti useampaa virkaa), mutta toisaalta määrien heilahtelut ovat näin laskien rajumpia, koska samalla vuosikymmenellä saattoi olla hetkellisesti lääkäripula, mutta jo muutaman vuoden päästä paremmin täytetyt virat. Siten yksi otantavuosi voi antaa tilanteesta todellisuutta heikomman tai paremman kuvan. Jokainen näkökulma kuitenkin vastaa johonkin olellaiseen kysymykseen ja jokainen jättää jotakin ulkopuolelleen, joten niitä yhdistelemällä saadaan kokonaisvaltaisin kuva lääkärimäärien kehityksestä.

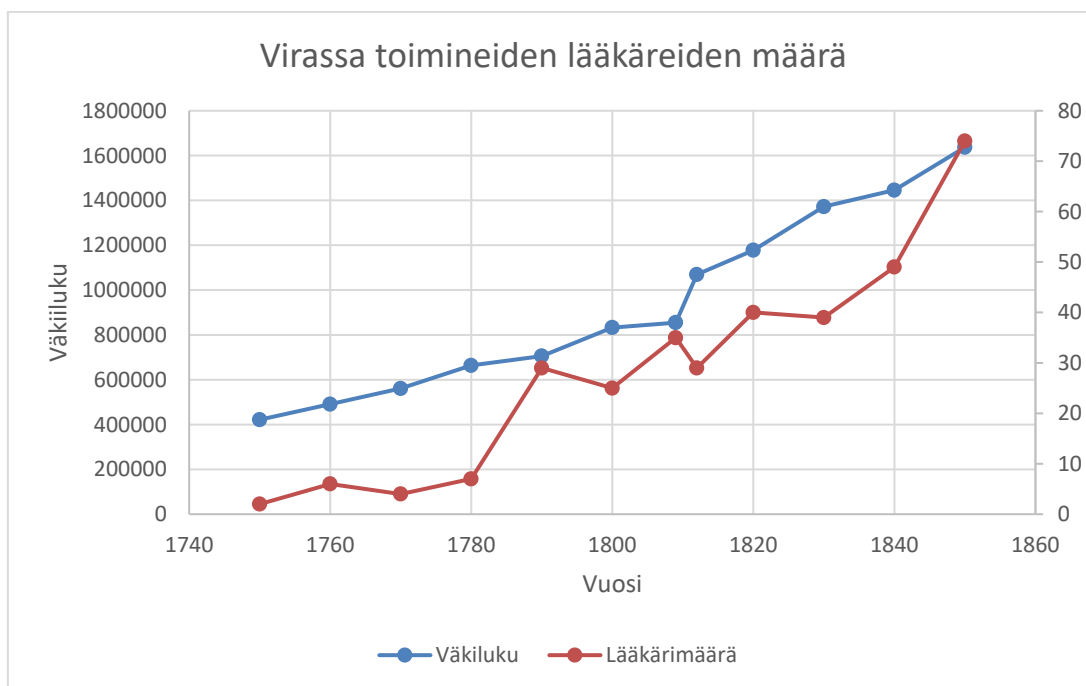
Tässä käsittelyluvussa esitettävät tiedot perustuvat tietokantaan eli kunkin vuonna virassa toimineiden lääkäreiden määrään. Tapauksissa, joissa ei ole ollut varmaa tietoa lääkärin kuolemasta, eläkkeelle siirtymisestä, johonkin muuhun työhön siirtymisestä tai muutosta ulkomaille, mutta ei myöskään tietoja myöhemmistä viroista, olen olettanut lääkärin jatkaneen uraansa kuolemaansa saakka ja laskenut hänet mukaan virassa olleisiin lääkäreihin. Toisaalta joidenkin lääkäreiden virkatiedot voivat olla puutteelliset, jolloin heidän aiemmista tai myöhemmistä viroistaan ei ole säilynyt tietoja ja he ovat saattaneet olla virassa tietokantaan tallennettuja vuosia aiemmin tai myöhemmin. Luvut ovat siten arvioita, mutta perustuvat saatavilla oleviin tietoihin lääkäreiden viroista.

TAULUKKO 1 Virassa toimineiden lääkäreiden määrä ja väkiluku 1750–1857.⁹⁹

| Vuosi | Lääkärimäärä | Väkiluku |
|-------|--------------|-----------|
| 1750 | 2 | 421 537 |
| 1760 | 6 | 491 067 |
| 1770 | 4 | 560 984 |
| 1780 | 7 | 663 887 |
| 1790 | 29 | 705 623 |
| 1800 | 25 | 832 659 |
| 1809 | 35 | 854 785 |
| 1812 | 29 | 1 069 261 |
| 1820 | 40 | 1 177 546 |
| 1830 | 39 | 1 372 077 |
| 1840 | 49 | 1 445 626 |
| 1850 | 74 | 1 636 915 |
| 1857 | 74 | 1 694 447 |

⁹⁸ Kontturi 2021b.

⁹⁹ Lääkärítietokanta 1749–1856; Nieminen 1999.



KUVIO 1 Virassa toimineiden lääkäreiden määrä suhteessa väkilukuun 1750–1857. Kuviossa erottuvat erityisesti lääkäreiden suhteellisen määrän nopea kasvu sota-aikoina ja pudotukset niiden jälkeen (1790 ja 1809). Lisäksi on nähtävissä suhteellisen määrän merkittävä kasvu 1700-luvun lopusta lähtien sekä erityisesti 1800-luvun puolivälissä. 1700-lukua leimaa hidas kasvu.¹⁰⁰

Vuotta 1749 on perinteisesti kuvattu Suomen ensimmäisen alueellisen virkälääkärin nimittämisen vuotena ja siten Suomen lääkärikunnan tarinan alkuna. Barthold Rudolf Hast nimitettiin Pohjanmaan piirilääkäriksi 1749. Hast ei ollut arvatavasti ensimmäinen lääkärintoimintaa harjoittava henkilö Suomessa, mutta ensimmäinen piirilääkäri hän oli, ja hänestä voidaan katsoa alkaneen järjestelmällisemmän lääkäreiden nimittämisen ja myös varsinaisen piirilääkärijärjestelmän, joka oli Suomessa olemassa 1900-luvun puoliväliin saakka. Eräiden lähteiden mukaan Hast olisi toiminut lääkärinä Etelä-Suomessa jo ennen tätä piirilääkärinvirkaa vuodesta 1747 lähtien. Hän otti kuitenkin vastaan hänelle tarjotun piirilääkärinviran synnyinseudullaan: Hast oli Pohjanmaan maavälskärin Herman Henrik Hastin poika ja siten luonnollinen valinta virkaan tilanteessa, jossa Suomessa syntyneitä lääkäreiksi koulutettuja ei juuri ollut.¹⁰¹ Hast oli saanut lääkärikoulutuksensa Upsalassa, ei Turussa. Hän oli valmistunut 1747 lääketieteen tohtoriksi ja palannut Suomeen.¹⁰²

¹⁰⁰ Lääkärیتietokanta 1749–1856, Nieminen 1999.

¹⁰¹ Armas Luukon mukaan Hast nimitettiin 1747 Etelä-Suomen lääninlääkäriksi, ja hän asettui asumaan Helsinkiin. Kahta vuotta myöhemmin hänelle kuitenkin tarjottiin virkaa synnyinseudullaan Pohjanmaalla, ja hän otti viran vastaan, vaikka se oli heikommin palkattu. Luukko 1979, 232. Armas J. Alanen puolestaan kirjoittaa Hastin olleen ennen piirilääkäriksi ryhtymistään Suomen kenraalikuvernementinlääkäri, mistä virasta hän samoin perustein kuin Luukko kirjoittaa, ”rakkaudesta synnyinseutuaan kohtaan”, siirtyi Vaasaan. Alanen viittaa tässä maaherra Gustav Abraham Piperin kirjeeseen kuninkaalle sekä valta-neuvoston pöytäkirjaan. Alanen 1948, 322.

¹⁰² Lääkärیتietokanta 1749–1856.

Hast ei kuitenkaan ollut ainoa lääkäri edes vuonna 1749, sillä Helsingissä rykmentinlääkäriä ja Viaporin lääkäriä aloitti vuonna 1749 Carl Fredrik Zandt, joka oli valmistunut edellisenä vuonna lääketieteen tohtoriksi.¹⁰³ Zandt on siten ensimmäinen toistaiseksi tiedossa oleva Suomen rykmentinlääkäri. Tätä ennen armeijan ”lääkärit” olivat olleet käytännössä välskäreitä ja olivat pääasiallisesti vielä pitkään 1700-luvun lopulle¹⁰⁴. Onni Vauhkonen mukaan Suomessa on ollut myös 1740-luvulla nk. hallintolääkäri virka, *gouvernementsfysikus*,¹⁰⁵ ja oppinut lääkäri oli myös jo 1600-luvulta asti Turun Akatemian lääketieteen professorin virassa, vaikka hän ei toiminut varsinaisissa terveydenhuollon tehtävissä. Vuonna 1750 perustettiin piirilääkäri virka myös Uudenmaan ja Hämeen piiriin, mutta tämä virka saatiin täytettyä vasta 1751.¹⁰⁶

Vuonna 1760 lääkäreiden määrän nousu selittyy ennen kaikkea piirilääkäreiden virkojen lisäämisellä. Viranhaltijat oli saatu Pohjanmaan lisäksi Uudellemaalle, Poriin ja Hämeeseen. Turkuun oli myös perustettu Suomen ensimmäinen lääninsairaala 1759, jonka lääkärin virkaa ryhtyi hoitamaan Johan Haartman.¹⁰⁷ Vuonna 1770 virassa olleiden lääkäreiden määrä oli vain neljä, kun vuonna 1760 se oli ollut kuusi. Laskua selittää täyttämätön Hämeenlinnan piirilääkäri virka sekä Johan Gabriel Bergmanin kolmen viran hoito. Bergman näet toimi Turussa vuonna 1770 piirilääkäriä, kaupunginlääkäriä että lasaretinlääkäriä, kun vielä vuonna 1760 Turun lääkärinvirat oli jaettu kahden lääkärin kesken. Uusia virkoja ei myöskään ollut perustettu; seuraavat piirinlääkäri virat tulivat vasta 1773 Ouluun sekä 1774 Savoan ja Mikkeliiin. Vuonna 1775 Suomen alueella oli 8 piirilääkäri virkaa, mutta vain osa niistä oli täytettynä.¹⁰⁸

Tilanne ei olennaisesti muuttunut vuoteen 1780 mennessä. Ahvenanmaalle oli perustettu yksi uusi piirilääkäri virka ja Helsinkiin 1776 kaupunginlääkäri virka, joka kuitenkin jäi tyhjäksi jo kahden vuoden päästä kaupunginlääkäri Paul Paulsson Bängen kuoltua. Tämän jälkeen 1700-luvun lopulla piirilääkäri virkoja perustettiin huomattavasti hajanaisemmin: 1781 Tornioon (Länsipohjan alueelle¹⁰⁹) ja 1795 Heinolaan. Yksi kaupunginlääkäri virka perustettiin 1787 Ouluun.

Vuoden 1790 lääkärimäärän voimakasta nousua selittävätkin ennen kaikkea sodanaikaiset sotilaslääkäri virat: vuonna 1790 virassa olleista 29:stä lääkäristä noin kaksi kolmasosaa toimi sotalääkäriä. Lääkäreiden määrä laski jälleen sodan päätyttyä, mutta muutamia virkoja perustettiin lisää, ja ennen kaikkea armeijan lääkärit järjestäytyivät uudelleen. Vuoden 1800 lääkäreiden joukossa (25) olikin jo useampi rykmentin- ja pataljoonanlääkäri, piirilääkäreitä oli 12 ja muita

¹⁰³ Lääkäritietokanta 1749–1856.

¹⁰⁴ Hjelt 1893, 173; Lindén & Taipale 1982, 122–123.

¹⁰⁵ Vauhkonen 1992, 200.

¹⁰⁶ Johnsson 1927.

¹⁰⁷ Pesonen 1980, 8.

¹⁰⁸ Johnsson 1927; Lääkäritietokanta 1749–1856.

¹⁰⁹ Länsipohja ulottui nykyisen Ruotsin alueelta nykyisen Suomen Lapin länsiosan alueelle.

lääkäreitä 8.¹¹⁰ Tuoreena virkana oli Heinolaan vuonna 1800 perustetun lasaretin lääkäri¹¹¹.

1800-luvun alussa perustettiin piirilääkärintirka myös Karjalaan ja Kajaa-niin, joskin jälkimmäiseen saatiin lääkäri vasta 1823. Vuosien 1808–1809 aikana lääkäreiden määrä jälleen tilapäisesti kasvoi sodan vuoksi, ja vaillinaisesti kou-lutetuista opiskelijoista tehtiin kenttälääkäreitä. Kuitenkin sodassa myös meneh-tyi, sairastui ja jäi vangiksi merkittävä osa lääkäreistä, ja osa ennen sotaa virassa olleista rykmentinlääkäreistä jättäytyi pois armeijan palveluksesta vedoten esi-merkiksi muihin virkoihinsa. Sodan alussa armeijan palveluksessa oli viisi ryk-mentinlääkäriä ja 20 alilääkäriä. Myöhemmissä sodan vaiheissa myös sota-aluei-den siviililääkäreitä ja ruotsalaisia lääkäreitä tuli apuun. Vastaavasti lääkäreitä myös pakeni Ruotsiin.¹¹² Sodan ja vallan vaihtumisen jälkeen vallitsi taas lääkä-ripula, ja virkoja oli vaikea saada täytettyä. Entisille Ruotsin armeijan rykmentin-lääkäreille etsittiin tietoisesti uudet tehtävät. Lisäksi vuonna 1811 perustettiin merkittävästi lisää lääkärintiroja, kun piirilääkärintirkkojen määrää nostettiin 13:sta 20:een. Jokaisessa läänissä oli nyt vähintään kaksi piirilääkärintiroa. Virko-jen täyttymisen hitaus näkyy kuitenkin siinä, että verrattuna vuoden 1800 lääkä-rilukuun (25) ja vuoden 1809 sodan aikaiseen lääkärintilukuun (35) vuoden 1812 lääkärintimäärä (29) oli vielä hyvin alhainen.

Tilanne kuitenkin muuttui 1810-luvun kuluessa niin, että vuonna 1820 vi-rassa olleita lääkäreitä oli jo neljäkymmentä. Virkoja tuli lisää kymmenkunta (pii-riilääkärintirat Viipuriin, Haminaan, Käkisalmeen, Sortavalaan ja Savonlinna-n sekä kaupunginlääkärintirat Kuopioon, Uusikaarlepyyhyn, Poriin ja Kokkolaan). 1810-luvun uusia virkoja seurasi lääkärintimäärien kehityksessä jälleen hiljainen ajanjakso, ja lääkärintimäärä pysyi kutakuinkin samana 1830-luvulle asti. Vuoden 1830 toteutunut lääkärintimäärä olikin 39, kun vuonna 1820 se oli ollut 40. Piirilää-kärintirkoja ei perustettu, mutta kaupunginlääkärintirkoja tuli neljä lisää: 1823 Loviisaan, 1826 Kristiinankaupunkiin ja Pietarsaaren sekä 1828 Raumalle.¹¹³

Piirilääkärintiroissa muutokset olivat kaiken kaikkiaan ajanjaksolla 1819–1853 vähäisiä ja koskivat lähinnä piirien jakoa ja järjestämistä; esimerkiksi Hei-nolan piirilääkäri siirrettiin Mikkeliin 1840, ja Heinolaan tuli jälleen oma piirilää-käri 1844.¹¹⁴ 1830-luvulla tuli vielä kaksi uutta kaupunginlääkärintirkaa, 1832 Raaheen ja 1833 Viipuriin, ja vuonna 1840 aloitti kaupunginlääkäri Haminaassa¹¹⁵. Vuoden 1840 toteutunut lääkärintimäärä, 49, oli kymmentä lääkäriä suurempi kuin vuoden 1830 lääkärintimäärä, mikä vähäisten uusien virkojen ohella kertoo siitä, että uusien virkojen perustamisen sijasta keskityttiin täyttämään jo olemassa ole- via virkoja. Näin lääkäreiden päällekkäisten virkojen hoitaminen väheni, kun vastuu viroista voitiin jakaa tasaisemmin lääkäreiden kesken.

¹¹⁰ Lääkäritietokanta 1749–1856.

¹¹¹ Lasaretin rakennustyöt valmistuivat jo 1798, mutta ensimmäinen potilas sinne otettiin tiettävästi vasta 1800. Forsius 1982, 117.

¹¹² Lindén & Taipale 1982, 130–131.

¹¹³ Lääkäritietokanta 1749–1856.

¹¹⁴ Johnsson 1928.

¹¹⁵ Lääkäritietokanta 1749–1856.

1850-luku ja 1860-luvun alku merkitsivät suuria uudistuksia lääkärijärjestelmään ja terveydenhuoltoon. Piirilääkärinvirkojen määrä kaksinkertaistettiin 1856, ja koulutusta uudistettiin. 1850-luvun lääkärijärjestelmän murroksessa näkyy selvästi lääkärikuntaa alusta asti leimannut odotusten ja käytännön välinen kiulu. Vuoden 1850 todellinen lääkärimäärä on sama luku kuin vuoden 1857 lääkäreiden määrä, vaikka vuonna 1857 piirilääkärin virkojen määrä kaksinkertaistettiin. Jos kaikki uudet virat olisi saatu heti täytettyä, todellinen lääkärimäärä olisi siis noussut lähemmäs 100:a lääkäriä. Kuitenkin vasta 1860-luvun alussa virat alkoivat olla täytettyinä¹¹⁶. Luonnollinen selitys on se, että vaikka koulutusta uudistettiin samoihin aikoihin ja lääketieteen opiskelijoitakin oli enemmän, vielä ei ollut valmiiksi riittävän suurta lääkärireserviä täyttämään uusia virkoja, vaan jouduttiin odottamaan muutamia vuosia uusien lääkäreiden kouluttautumista. Lisäksi Krimin sota oli osaltaan vähentänyt lääkärimäärää 1850-luvun puolivälissä.

2.1.2 Lääkärimäärät alueittain

Tässä luvussa käyn läpi lääkäreiden alueellista jakaumaa ja sen muutoksia ajanjaksolla. Näihin lukuihin ei ole laskettu ei-alueellisia lääkäreitä, kuten sodan aikaisia armeijan lääkäreitä tai ylimääräisiä lääkäreitä, joilla ei ollut välttämättä pysyvää residenssiä. Tästä syystä luvut poikkeavat edellisen luvun lääkärimäärästä ja niillä havainnollistetaan ensisijaisesti alueellista lääkärimäärän muutosta.

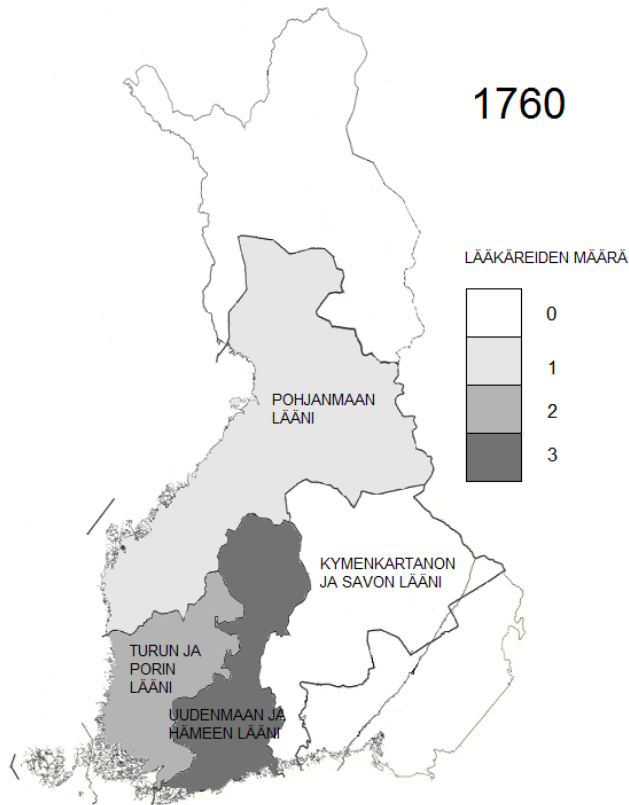
Olen laskenut lääkärimäärät lääneittäin. Olen valinnut tämän lähestymistavan sen vuoksi, että aluksi lääkäripiirit olivat käytännössä läänejä. Vaikka läänijako muuttui jaksolla kaksi kertaa (1776 ja 1831), läänit olivat kuitenkin pysyvimpiä alueellisia ja selkeimpiä hallinnollisia kokonaisuuksia. Vaikka piirilääkäripiiritkin jaettiin myöhemmin pienemmiksi, käytännössä lääkärijakoakin tarkasteltiin lääneittäin: kuinka monta piiriä kussakin läänissä oli. Erityisesti karttoja lukiessa on kuitenkin otettava huomioon, että läänijako vaikuttaa välillisesti absoluuttiseen lääkärimäärään riippuen siitä, mihin lääniin esimerkiksi isommat kaupungit kuuluivat. Näennäinen muutos alueellisissa lääkärimäärissä voi selittyä myös sillä, että tietty suuremman lääkäritiheyden alue kuuluikin uuden läänijaon myötä toiseen lääniin. Kuitenkin kartoista on havaittavissa selviä alueellisia painotuksia lääkäreiden määrissä, ja niitä käyn tässä luvussa läpi.

TAULUKKO 2 Läänijaon 1747–1776 aikaisten alueellisten lääkäri virkojen määrä¹¹⁷

| 1747–1776 | 1750 | 1760 | 1770 |
|------------------------------|------|------|------|
| Pohjanmaan lääni | 1 | 1 | 1 |
| Turun ja Porin lääni | 0 | 2 | 2 |
| Uudenmaan ja Hämeen lääni | 1 | 3 | 1 |
| Kymenkartanon ja Savon lääni | 0 | 0 | 0 |

¹¹⁶ Vuorinen 2006, 15.

¹¹⁷ Lääkärیتietokanta 1749–1856.



Kartta 1 Vuoden 1760 alueelliset lääkimäärät

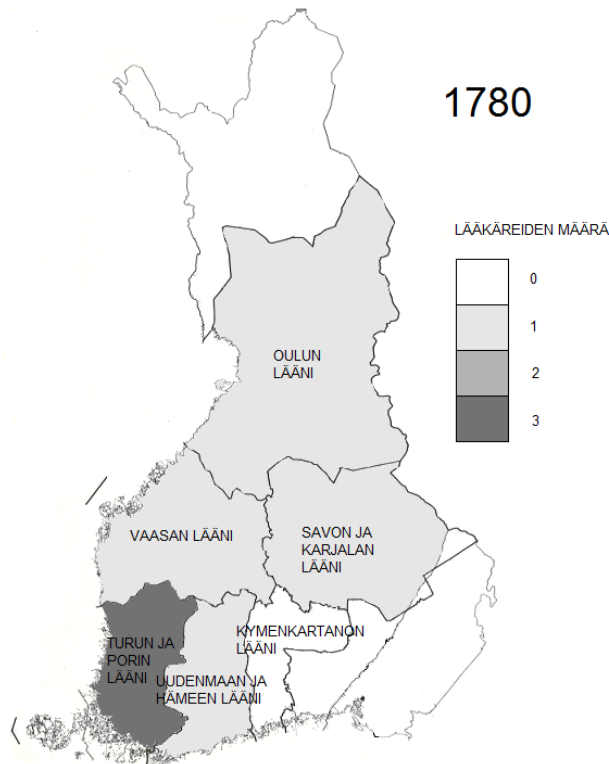
Vuoden 1760 kartasta on nähtävissä harvojen lääkäri virkojen keskittyminen etelään. Lääkäreitä oli eniten tiheimmän asutuksen alueella, ja vaikka ensimmäinen piirilääkäri virka perustettiin Pohjanmaalle, sinne ei ollut perustettu muita virkoja 1760-luvulle tultaessa. Idässä ja pohjoisessa lääkäreitä ei ollut vielä lainkaan.

TAULUKKO 3 Läänijaon 1776–1831 aikaisten alueellisten lääkäri virkojen määrä¹¹⁸

| 1776–1831 | 1780 | 1790 | 1800 | 1812 | 1820 | 1830 |
|---------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Oulun lääni | 1 | 2 | 3 | 6 | 4 | 4 |
| Vaasan lääni | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 3 |
| Savon ja Karjalan lääni | 1 | 2 | 3 | 3 | 5 | 3 |
| Kymenkartanon lääni | 0 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 |
| Uudenmaan ja Hämeen lääni | 1 | 1 | 4 | 6 | 10 | 7 |
| Turun ja Porin lääni | 3 | 4 | 9 | 8 | 8 | 7 |
| Viipuri* | | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 |

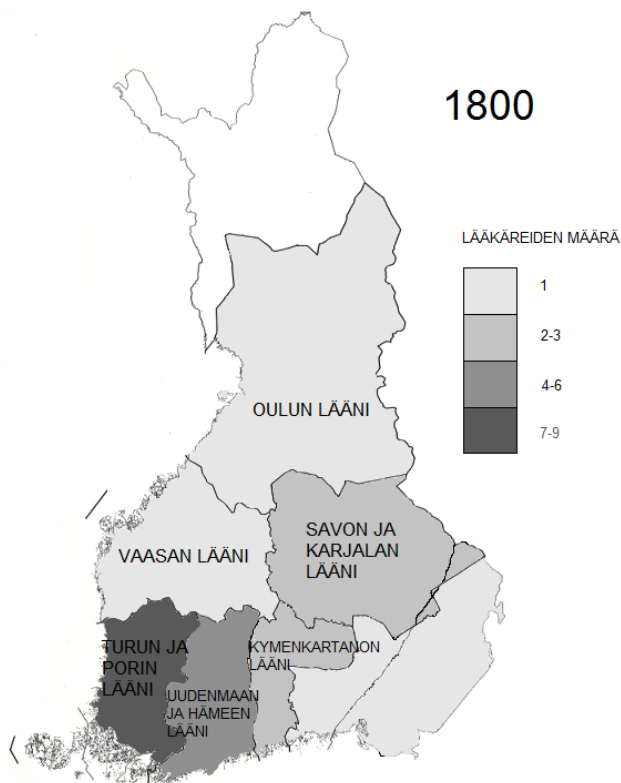
*Uusi Viipurin lääni syntyi vasta 1812 kun Vanha Suomi liitettiin Suomen suuriruhtinaskuntaan, mutta alueella toimi lääkäreitä jo ennen sitä.

¹¹⁸ Lääkärilitietokanta 1749–1856.



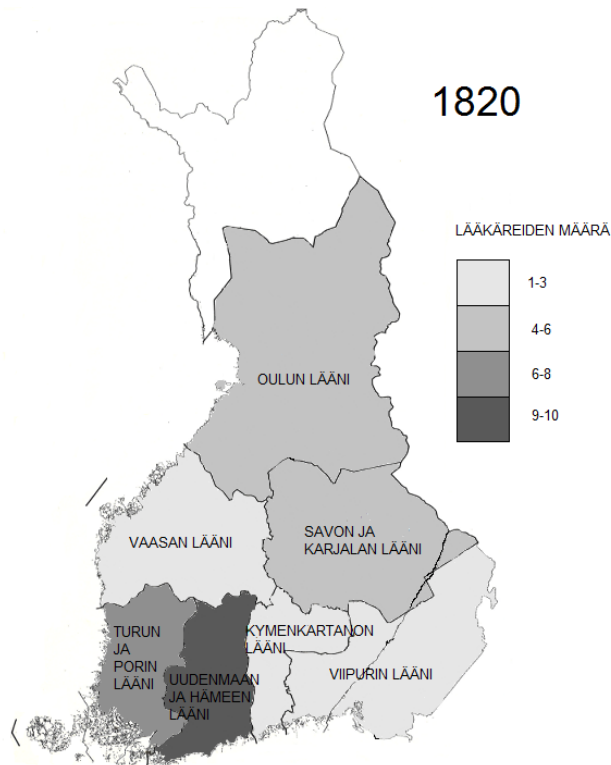
Kartta 2 Vuoden 1780 alueelliset lääkimäärät

Vuoden 1776 uuden läänijaon ja uusien lääkärinturvojen perustamisen jälkeen vuonna 1780 tilanne oli muun maan osalta tasaisempi – lääkäreitä oli yksi lääniä kohti – mutta Turun ja Porin läänin alueella lääkäreitä oli kolme ja Kymenkartanon läänissä ei yhtään.



Kartta 3 Vuoden 1800 alueelliset lääkimäärät

Vuonna 1800 lääkimäärä oli jo olennaisesti kasvanut ja alueelliset erot selvempiä. Lääkäritiheys oli edelleen suurin etelässä ja lännessä (7–9 Turussa ja Porissa, 4–6 Uudenmaan ja Hämeen läänissä), mutta tässä vaiheessa oli jo saatu enemmän lääkäreitä (2–3) myös maan keski- ja itäosiin. Oulussa ja Vaasassa lääkäreitä oli vain yksi. Savon ja Karjalan läänin sekä Kymenkartanon läänin lääkimäärää nostivat erityisesti kaupunginlääkäreiden nimittäminen näiden alueiden kaupunkeihin.



Kartta 4 Vuoden 1820 alueelliset lääkärimäärät

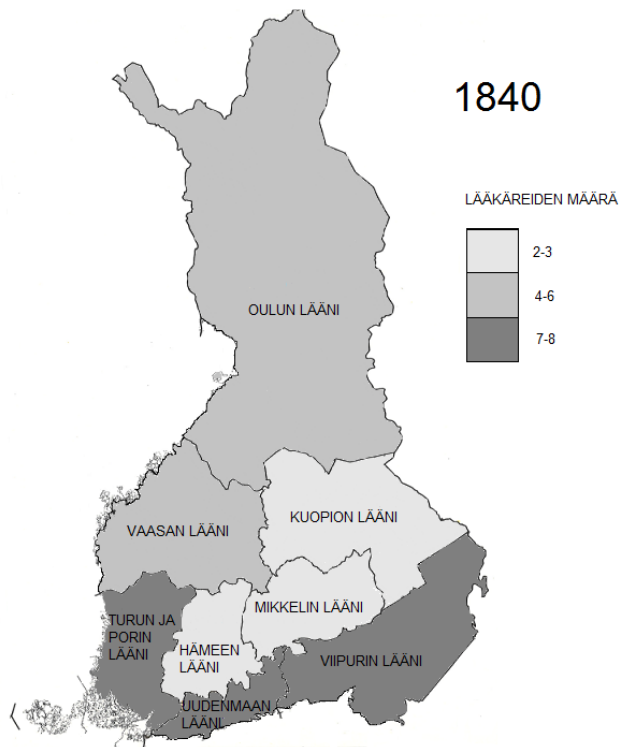
Vuonna 1820 erot lääkärimäärissä läänien välillä olivat suuria. Eniten oli Uudenmaan ja Hämeen läänissä (9–10), toiseksi eniten Turun ja Porin läänissä (6–8). Sen sijaan Vaasan ja Kymenkartanon läänissä lääkäreitä oli vain 1–3 ja Savon ja Karjalan läänissä sekä Oulun läänissä 4–6 lääkäriä. Huomattavaa oli erityisesti se, että siinä missä lääkärimäärät kasvoivat muualla, Vaasassa ja Kymenkartanon läänissä ne pysyivät alhaisina. Oulun läänissä lääkärimäärää nostivat Oulun ja Tornion kaupunkien alueelle keskittyvät lääkärintvirat, muuten pohjoisin

osa Suomea oli käytännössä ilman lääkäriä. Erona vuoteen 1800 on myös Viipurin läänin liittäminen suuriruhtinaskuntaan sekä pääkaupungin vaihtuminen Turusta Helsinkiin, mikä teki Uudenmaan ja Hämeen läänistä suurimman lääkäritiheyden läänin Turun ja Porin läänin sijasta.

TAULUKKO 4 Läänijaon 1831 jälkeisten alueellisten lääkärintvirkojen määrä¹¹⁹

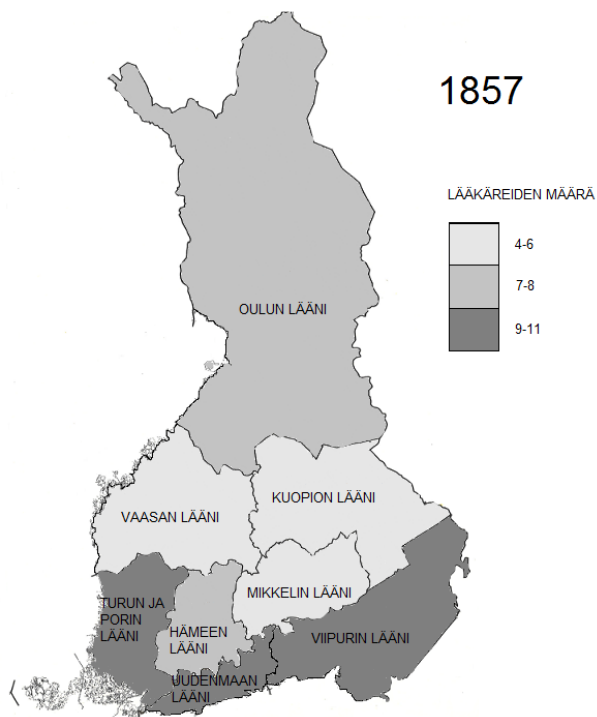
| 1831–1857 | 1840 | 1850 | 1857 |
|----------------------|------|------|------|
| Oulun lääni | 6 | 6 | 8 |
| Vaasan lääni | 5 | 6 | 5 |
| Kuopion lääni | 2 | 3 | 5 |
| Mikkelin lääni | 2 | 4 | 4 |
| Turun ja Porin lääni | 8 | 13 | 11 |
| Hämeen lääni | 2 | 7 | 7 |
| Uudenmaan lääni | 8 | 11 | 9 |
| Viipurin lääni | 7 | 7 | 10 |

¹¹⁹ Lääkärیتietokanta 1749–1856.



Kartta 5 Vuoden 1840 alueelliset lääkimäärät

Vuoden 1831 läänijako seuranneen vuosikymmenen aikana huomattavaa lääkimäärän kasvua tapahtui vain Viipurin läänissä. Lääkäreitä oli edelleen eniten (7-8) Turun, Porin ja Uudenmaan alueella, mutta niiden lisäksi myös Viipurin läänissä, kun aiemmin lääkäreitä oli ollut hyvin vähän maan itäisissä osissa. Nyt myös Vaasan läänissä ja Oulun läänissä lääkimäärä nousi keskitasolle (4-6), kun taas maan keskiosissa Kuopion, Mikkelin ja Hämeen läänissä lääkimäärä jäi alhaiseksi (2-3).



Kartta 6 Vuoden 1857 lääkimäärät

Vuosi 1857 ylittää varsinaisen tarkasteluajanjakson, mutta havainnollistaa muutosta piirilääkärinvirkojen kaksinkertaistamisen jälkeen. Vaikka kaikki uudet virat eivät vielä täyttyneet, erot lääkimäärissä läänien välillä eivät olleet enää niin suuria. Kaikissa lääneissä oli vähintään 4 ja enintään 11 lääkäriä. Suurin lääkitiheys (9-11) oli edelleen eteläisimmissä lääneissä, toiseksi suurin (7-8) Hämeen ja Oulun lääneissä, ja alhaisin (4-6) Vaasan, Kuopion ja Mikkelin lääneissä.

2.2 Lääkäri virat ja virkajakauma

Edellä olen tehnyt selkoa lääkärimääristä ajanjaksolla, niiden muutoksista ja alueellisesta vaihtelusta. Tässä luvussa käyn läpi lääkäreiden virkoja, tietyissä viroissa toimineiden lääkäreiden määrää, virkajakaumaa ja sen muutosta ajanjaksolla. Edellisestä luvusta poiketen lasken lääkäreiden sijasta virkoja – yksi lääkäri saattoi hoitaa uransa aikana useamman kerran samaa lääkäri virkaa, esimerkiksi kaupunginlääkäri virkaa eri kaupungeissa, ja lääkäriillä saattoi olla useita virkoja samanaikaisesti. Virkojen laskeminen lääkäreistä erillisinä havainnollistaa siten paremmin virkajakaumaa ja sen muutoksia. Erilaisten virkojen voidaan katsoa vastanneen erilaisiin terveydenhoidollisiin ja yhteiskunnallisiin tarpeisiin. Siksi niiden eriytyminen ja yleistyminen kertovat ammattikunnan merkityksen muutoksesta.

Eri virkojen määrä ajanjaksolla¹²⁰

| | |
|--|-----|
| Piirilääkäri | 182 |
| Sotilaslääkäri | 180 |
| Kaupunginlääkäri | 99 |
| Lasarettinlääkäri | 58 |
| Linnanlääkäri | 38 |
| Ylimääräinen lääkäri | 32 |
| Terveyslähteen lääkäri | 8 |
| Yksityinen lääkäri | 5 |
| Kolerälääkärit | 5 |
| Kehruuhuoneen lääkäri | 3 |
| Karanteenilääkäri | 2 |
| Vesiparannuslaitoksen lääkäri | 2 |
| Ojennuslaitoksen lääkäri | 2 |
| Valtiosihteerin lääkäri | 2 |
| Köyhäinlääkäri | 1 |
| Saimaan kanavarakennuksen lääkäri | 1 |
| Suomen passitoimiston ylimääräinen lääkäri | 1 |
| Rautatielääkäri | 1 |

Lääkäreitä yhteensä: 241

Yllä listatut virat ovat Suomessa tehtyjä virallisia virkanimityksiä. 241:sta lääkäristä ainakin 182 toimi jossakin vaiheessa uraansa piirilääkäri virassa tai tehtävissä piirilääkäri apulaisena, sijaisena tai virkaa tekevänä piirilääkäriinä. Piirilääkäri virkaa voidaankin pitää koko aikakauden ammattiryhmälle leimallisenä¹²¹. Piirilääkärit olivat yleisesti paremmin koulutettuja ja palkattuja kuin

¹²⁰ Lääkäritietokanta 1749–1856.

¹²¹ Hakosalo 2010, 1544.

useimmat muut lääkärit, lukuun ottamatta rykmentinlääkäreitä ja kaupunginlääkäreitä, joilla oli kutakuinkin samat pätevyysvaatimukset ja ammatillinen status. Piirilääkäreillä oli muita lääkäreitä enemmän vastuuta ja erilaisia työtehtäviä, ja heidän toimintaansa ohjailtiin eniten ohjesääntöjen muodossa. Vuoden 1744 ohjesäännössä määriteltiin piirilääkärin toimenkuvaan valtakunnan asukkaiden sairaanhoito kiinteää palkkaa vastaan, myös köyhien ilmaishoito. Jos piirilääkärin asuinpaikkakunnalla oli sairaala, hänen tuli hoitaa myös sen potilaita. Hänen tuli seurata tartuntatautilannetta ja epidemioiden puhjetessa jakaa neuvoja ja lääkkeitä. Lisäksi hänen tuli tehdä apteekkitarkastuksia sekä matkustaa piirinsä kaupungeissa ja kylissä hoitamassa sairaita ja neuvomassa.¹²² Piirilääkäreiltä odotettiin myös vuosittaista raportointia piirinsä terveystilanteesta, ja raporteissa tuli mainita erityisesti epidemioista, sukupuolitautitilanteesta sekä mahdollisesta haitallisesta puoskaritoiminnasta.

Myöhemmissä ohjesäännöissä piirilääkäreiden velvollisuuksien painotukset muuttuivat. Vuoden 1774 ohjesäännössä määriteltiin piirilääkäreiden *ensisijaiseksi* tehtäväksi sairaiden hoito. Myös ohjesäännössä asetettu julkisista varoista maksettava palkka korosti lääkäreiden yleistä sairaanhoitovelvollisuutta, sillä sitä vastaan heidän oli hoidettava maksukyvyttömiä potilaita.¹²³ Seuraava ohjesääntö piirilääkäreille annettiin vasta 1832. Lääkintöylihallituksen virkaa tekevä pääjohtaja Johan Törngren alkoi valmistella uutta ohjesääntöä vuonna 1829 katsottuaan voimassa olevan ohjesäännön vallinneen tilanteen tarpeisiin vanhentuneeksi. Uudessa ohjesäännössä määriteltiin piirilääkäreiden tärkeimmäksi tehtäväksi piirinsä yleinen terveydenhoito ja sen valvonta yksittäisten potilaiden hoidon sijasta; tätä vastuuta siirrettiin siten muille lääkäreille. Muutoksen taustalla oli ennen kaikkea koleran tulo Suomeen 1830, jolloin ymmärrettiin yleisten terveydenhoidon toimenpiteiden tärkeys sekä alueellisten tekijöiden merkitys sairastumisessa. Lääkäreitä kehoitettiin tarkkailemaan näitä alueellisia tekijöitä, jotka lisäsivät sairastapauksia. Käytännössä tavoitetta oli kuitenkin edelleen vaikea toteuttaa, kun hoitoa tarvitsevia oli enemmän kuin hoidontarjoajia, joten piirilääkärit hoitivat myös uuden ohjesäännön jälkeen hyvin paljon sairaita.¹²⁴ Sairaanhoidon ohella heillä oli kuitenkin kaikkina aikoina valvonta- ja raportointitehtäviä. Heidän tuli kiertää toimintapiirinsä kylissä, tehdä apteekki- ja lasarettitarkastuksia, sukupuolitautitilanteen sekä tartuntatautiepidemioiden kartoitusta sekä huolehtia rokonistutuksista ja rokotuksista. Heidän tuli myös tarkkailla epävirallisten parantajien toimintaa ja tarvittaessa raportoida niistä vuosikertomuksissa.

Sotilaslääkärin virkoihin on laskettu kaikki armeijan sisäiset ja sodanaikaiset virat, vakinaiset, väliaikaiset ja avustavat. Tavallisimpia virkoja olivat sotilas-sairaaloitten lääkärit, kenttälääkärit, laivaston ja meriekipaasin lääkärit, rykmentinlääkärit, prikaatinlääkärit, pataljoonanlääkärit sekä sotakoulun/sota-akatemian lääkärit. Sotilaslääkäreiden viroissa eroteltiin ali- ja ylilääkärit. Esimerkiksi

¹²² Hjelt 1892, 13.

¹²³ Hjelt 1892, 18.

¹²⁴ Soinen 1943b, 499; Pesonen 1980, 159–164.

rykmentinlääkäriin velvollisuutena oli palkata itselleen avustajiksi kolme alilääkärinä¹²⁵. Moni sotilaslääkäreistä oli toiminut myös jonkin yksikön väliskärinä tai kirurgina, mutta näitä virkoja ei ole laskettu lääkäriin virkoihin, kuten edellä on selvitetty. Kustaa III:n sodassa (1788–1790) ilmeni tarvetta uusille sotilaslääkäreille, samoin Suomen sodassa (1808–1809) sekä Krimin sodassa (1853–1856). Tällöin avustaviksi sotilaslääkäreiksi värvättiin hyvinkin nuoria opiskelijoita, jotka eivät olleet välttämättä edes ylioppilaita.¹²⁶ Sotilaslääkäriin viroille oli tyypillistä, että ne aloitettiin jo opintojen aikana ja niiden jälkeen siirryttiin muihin virkoihin. Usein lääkäriin ensimmäinen virka oli juuri sotilaslääkäriin. Näin oli myös muulloin kuin sodan aikana, mikä kertoo siitä, että sotilaslääkäriin virkoja pidettiin käytännön kokemusta tarjoavina, usein väliaikaisina vaiheina lääkäriin uralla. Tästä syystä niissä oli myös nopea vaihtuvuus sota-aikojen ulkopuolellakin.¹²⁷

Lasaretinlääkäreihin on laskettu lääninsairaaloissa, hospitaaleissa, veneeristen tautien sairaaloissa sekä muissa vastaavissa laitoksissa toimineet lääkärit sotilaslasetteja lukuun ottamatta. Lasareteissa lääkäreiden vastuulla oli joitakin kymmeniä potilaita vuodessa, kerrallaan muutamasta pariin kymmeneen. Lääkäreitä oli tavallisesti yksi per lasaretti.¹²⁸ Palkkaus oli samaa luokkaa kuin piirilääkäreillä: vuonna 1798 Hämeenlinnan lääninsairaalan lääkäriin palkka oli 83 riikintaalaria piirilääkäriin palkan ollessa 100 riikintaalaria. Vuonna 1802 lääninsairaalan lääkäriin palkka nostettiin niin ikään 100 riikintaalariin.¹²⁹ Lasaretinlääkäriin työtä on jokseenkin muistuttanut linnanlääkäriin eli vankilalääkäriin työ, ja hyvin usein linnanlääkäri oli samanaikaisesti lasaretinlääkäri.¹³⁰

Kaupunginlääkäreitä, joita kutsuttiin alun perin nimellä *stadsphysicus* saksalaisten esikuviansa mukaan, nimitettiin useisiin Ruotsin kaupunkeihin ennen kuin ensimmäinenkään aloitti Suomessa. Varhaisessa vaiheessa virkaa ei eroteltu piirilääkäriin tehtävistä, vaan piirilääkäriin oletettiin toimivan myös residenssi-kaupunkinsa kaupunginlääkäriin.¹³¹ Kaupunginlääkäriin virka syntyi osittain reaktiona valitukseen piirilääkäriin saavuttamattomuudesta. Vaikka piirilääkäri asui kaupungissa, hän oli usein virkamatkoilla, ja tiheästi asutussa kaupungissa (jossa hoidolle oli muutenkin enemmän kysyntää säätyjakauman vuoksi) hän oli sekä kysytty että harvoin saatavilla. Tästä syystä perustettiin kaupunginlääkäriin virat Turkuun, Helsinkiin, Poriin ja Ouluun jo 1700-luvun loppupuolella.¹³² 1800-luvun ensimmäisillä vuosikymmenillä perustettiin kaupunginlääkäriin virka myös Kokkolaan, Kristiinankaupunkiin, Raumalle, Pietarsaareen, Haminaan ja Raaheen. Heidän tuli huolehtia viran nimen mukaisesti kaupunkien asukkaiden terveydestä.¹³³ Kuten piirilääkäreiden aiemmin, kaupunginlääkäreiden palkkaamisen saattoivat hoitaa kaupungin asukkaat itse silloin, kun kaupun-

¹²⁵ Pesonen 1980, 47.

¹²⁶ Lääkärítietokanta 1749–1856.

¹²⁷ Lääkärítietokanta 1749–1856.

¹²⁸ Pesonen 1980, 92–96.

¹²⁹ Hjelt 1893, 100.

¹³⁰ Lääkärítietokanta 1749–1856.

¹³¹ Hjelt 1892, 133, 135.

¹³² Hjelt 1892, 174–192; Forsius 1982, 107.

¹³³ Pesonen 1980, 264.

gissa ei vielä ollut lääkäriä. Raumalla esitettiin 1826 kaupunginlääkäriin palkkaamista 600 ruplan palkalla, joka oli määrä kerätä maksukykyisiltä keskinäisen sopimuksen tai maistraatin päätöksen mukaan.¹³⁴ Kaupunginlääkäreistä erotettiin pääkaupunginlääkäriin virka. Kaupunginlääkäriin palkka oli ainakin 1700-luvulla sama kuin piirilääkärillä, 300 taalaria,¹³⁵ mikä viittaisi siihen, että se miellettiin likipitään saman tasoiseksi viraksi. Kaupunginlääkäriin virka oli kuitenkin huomattavasti paikallisempi kuin piirilääkäriin: häneltä ei odotettu samaan tapaan matkustelua ja hallinnollisia tehtäviä niin kuin piirilääkäriltä.

Köyhäinlääkäriin vastuulla oli köyhien hoito ”niin maalla kuin kaupungissa”¹³⁶, luultavimmin sellaisten köyhien, jotka olivat oikeutettuja ilmaiseen hoitoon köyhyytensä perusteella¹³⁷. Köyhäinlääkärillä täytyi siis olla valtion maksama kiinteä palkka. Tiedossa olevista ajanjakson köyhäinlääkäreistä enemmistö toimi Tukholmassa: Suomesta tiedossa on ainoastaan Rauman ja Hämeenlinnan köyhäinlääkärit¹³⁸. Tukholmassa oli ollut köyhäinlääkäreitä ainakin jo 1770-luvulla. Raumalla ensimmäiseksi köyhäinlääkäriksi valittiin 1820-luvulla lääketieteen kandidaatti Adolf Fredrik Pettersson. Hän oli toiminut aikaisemmin pataljoonankirurgina ja Helsingin kaupunginlääkäriin Otto Olof Berndt Rosenströmin oppipoikana.¹³⁹ On kuitenkin epävarmaa, ottiko Pettersson tämän viran vastaan. A. R. Alhon mukaan hän olisi joidenkin lähteiden mukaan ollut haluton siihen, mutta Yrjö Kotivuoren mukaan hän todella toimi virassa.¹⁴⁰ Hämeenlinnan köyhäinlääkäriinä toimi vuodesta 1827 alkaen Berndt Fredrik Åkesson.¹⁴¹ On kuitenkin luultavaa, että Suomessa toimi ainakin 1800-luvulla köyhäinlääkäreitä muissakin kaupungeissa.

Köyhäinlääkäreiden vastakohtana voidaan pitää yksityislääkäreitä sikäli, että he veloittivat kaikkia potilaitaan hoidosta ja tästä syystä valikoivat itse potilaansa. Yksityispraktiikkaa saattoivat pitää muutkin virkalääkärit varsinaisen virkansa ohella¹⁴². Aiemmassa tutkimuksessa on arveltu, että pääkaupungissa eikä välttämättä koko Suomessa olisi ollut varsinaisia yksityislääkäreitä ennen 1800-luvun loppua,¹⁴³ mutta lääkäritietokannan aineistossa on muutamia henkilöitä, jotka ovat toimineet yksityislääkäreinä jäätyään jostakin virasta pois. Vuonna 1947 lääketieteen tohtoriksi valmistunut lääkäri Anton Lindhin ainoa tunnettu pysyvämpi toimi oli yksityisenä lääkäriin Porvoossa, ja tämän ohella hän hoiti ainakin muiden lääkäreiden sijaisuuksia¹⁴⁴. Samuel Roos jätti piiri- ja kaupunginlääkäriin virat 1840 ja siirtyi yksityislääkäriin toimien ainakin Vehmaalla ja Mynämäellä. Karl Matias Forsberg on tietävästi toiminut Helsingissä

¹³⁴ Alho 1946, 119.

¹³⁵ Forsius 2001.

¹³⁶ Alho 1946, 120. Siteerattu apteekkari S. J. Nybergin testamenttia.

¹³⁷ Sandblad 1979, 95; Pulma 1985, 37–40, 202–208.

¹³⁸ Lääkäritietokanta 1749–1856.

¹³⁹ Lääkäritietokanta 1749–1856.

¹⁴⁰ Alho 1946, 120; Kotivuori 2005.

¹⁴¹ ALK Åkesson; Lääkäritietokanta 1749–1856.

¹⁴² Pesonen 1980, 159; Kontturi 2015, 98.

¹⁴³ Soinen 1937, 1113; Kauttu & Kosonen 1985.

¹⁴⁴ Lääkäritietokanta 1749–1856; Kotivuori 2005; Heikkinen 1985, 129.

yksityisenä lääkärinä joko 1850-luvun loppupuolella tai 1860-luvun alkupuolella. Johan Modin toimi vuosina 1816–1818 yksityisenä lääkärinä Turun saaristossa.¹⁴⁵

Ylimääräisiä lääkäreitä on ollut kaiken kaikkiaan 32, joista suurin osa on ollut Lääkintöylihallituksen, *Collegium Medicum*in tai yleisesti Suomen ylimääräisiä lääkäreitä. Kaikki tiedossa olevat ylimääräisen lääkärin virat on annettu vuodesta 1828 lähtien, suurin osa 1830- ja 1840-luvulla. On mahdollista, että nimitystä on alettu käyttää vasta Lääkintöylihallituksen aikakaudella, mutta myös ansioluetteloiden saatavuus vasta vuodesta 1827 alkaen voi olla selitys sille, ettei aikaisemmista ylimääräisistä lääkäreistä ole tietoa. 1700-luvulla ja 1800-luvun alussa oli todennäköisempää, että viratta jäänyt (tai jättäytynyt) lääkäri toimi yksityisenä lääkärinä.¹⁴⁶

Kaikki virattomat lääkärit eivät kuitenkaan 1800-luvullakaan olleet ylimääräisiä lääkäreitä, joten nimitykseen liittyi oletettavasti muitakin velvollisuuksia. Ylimääräinen lääkäri nimitettiin tavallisesti Lääkintöylihallitukseen, mikä viittaisi siihen, että he olivat mukana hallinnollisissa tehtävissä. Ajanjaksolla on ollut myös kaksi lääkäriä, jotka on nimetty ”ylimääräisiksi lääkäreiksi Suomessa”. Ylimääräinen lääkäri saattoi kuitenkin olla myös esimerkiksi sotilassairaalassa tai passitoimistolla. Ylimääräiset lääkärit, kuten muutkin lääkärit, hoitivat lyhytaikaisia tehtäviä, kuten sijaisuuksia ja avustavia tehtäviä ympäri maata.¹⁴⁷ Esimerkiksi Josef Joakim Alcenius oli virallisesti nimetty Lääkintöylihallituksen ylimääräiseksi lääkäriksi 1829 hänen toimiessaan 1830-luvun alkupuolella Oulun virkaa tekevänä piirilääkärinä, ilman piirilääkärin virkanimitystä.¹⁴⁸ Johan Ernst Sourander nimettiin Lääkintöylihallituksen ylimääräiseksi lääkäriksi 1841, ja ennen nimitystään Porin kaupunginlääkäriksi 1842 hän ehti avustaa Heinolan piirilääkäriä punatautiepidemian aikana sekä toimia virkaa tekevänä piirilääkärinä Käksälässä syksystä 1841 seuraavaan kevääseen.¹⁴⁹ Ylimääräisiä lääkäreitä pidettiin myös eräänlaisena lääkärireservinä siltä varalta, että akuuttia tarvetta viranhoidajille ilmenisi: Lääkintöylihallituksen pääjohtaja Johannes Agapetus Törn gren esitti vuoden 1831 koleraepidemian hoitamisessa ilmenneiden puutteiden vuoksi, että ylimääräisten lääkäreiden määrää nostettaisiin kolmesta kahdeksaan.¹⁵⁰

Kaiken kaikkiaan ylimääräisinä lääkäreinä oli peräti 10 sellaista lääkäriä, jotka valmistuivat vasta myöhemmin lääketieteen tohtoreiksi, yleensä yhden tai kahden, korkeintaan viiden vuoden kuluttua ylimääräiseksi lääkäriksi nimittämisestä. Kyse ei siis ollut määritelmällisesti valmistumisen jälkeisestä tilapäisvirasta, joskin se, että ylimääräistä lääkärin virkaa seurasi yleensä vuoden tai korkeintaan muutaman kuluessa varsinainen virka (tavallisesti piirilääkärinä) kertoo siitä, että se on mielletty väliaikaiseksi. Luultavasti ylimääräisen lääkärin virka oli pikemminkin ensimmäisten lääkärintehtävien ja vakinaisten virkojen välinen siirtymävirka: koska useimmilla lääkäreillä oli jo ennen ylimääräiseksi

¹⁴⁵ Lääkäritietokanta 1749–1856.

¹⁴⁶ Lääkäritietokanta 1749–1856.

¹⁴⁷ ALK Avellan & Beläjeff; Lääkäritietokanta 1749–1856.

¹⁴⁸ Lääkäritietokanta 1749–1856; Heikkinen 1985, 110.

¹⁴⁹ ALK Sourander; Lääkäritietokanta 1749–1856.

¹⁵⁰ Pesonen 1980, 158.

lääkäriksi nimittämistä kokemusta joistakin lääkärintehtävistä (virkanimityksellä tai ilman), on mahdollista, että tietyn määräaikaisen viran tai viranhoidon päättyessä heidät nimitettiin ylimääräisiksi lääkäreiksi siihen saakka, kunnes he saivat jonkin muun viran. Näin käytännön lääkärintyön kokemus pätevoitti kantamaan lääkärin tittelä, vaikka opinnot olivat vielä kesken. Toisaalta ylimääräisiä lääkäreitä ei nimitetty vain lääkäreiden oman uran edistämiseksi, vaan virkanimitykset lähtivät myös valtion tarpeesta, kuten vuoden 1831 koleraepidemian aikaisena tarpeena.

Koleralääkärin virka oli poikkeuksellinen siinä mielessä, että se oli akuuttista tarpeesta syntynyt ja se oli suunnattu vain yhden taudin hoitamiseen ja sen leviämisen ehkäisemiseen. Koleralääkäreitä nimitettiin erityisesti vuoden 1831 ja vuosien 1848–1849 epidemioiden aikana. Taudin herättämästä pelosta kertoo se, että koleralääkäreitä nimitettiin ikään kuin varmuuden vuoksi: ansioluetteloissa on kerrottu määräyksistä siirtyä jonkin alueen kolera- tai muuhun sairaalaan valvomaan tilannetta pelkästään ”siltä varalta, että tautia ilmenisi”.¹⁵¹

Suomessa oli 1700-luvun lopulla noin kaksikymmentä virallista terveyslähdetä eli ”runnia” (*hälsökällor, hälsobrunnar*),¹⁵² joissa ainakin osassa toimi oma lääkäri. Lisäksi oli lukuisia epävirallisia, hoitamattomia lähteitä. 1700-luvulla ja 1800-luvun alussa terveyslähteen lääkäri tai intendentti¹⁵³ oli ainakin Kupittaaan lähteellä Turussa, Gregoriuksen terveyslähteellä Kiuruvedellä, Naantalissa, Oulussa, Kangasalla, Raumalla, Rantasalmella sekä ”Muruen” terveyslähteellä. Vuonna 1734 annettiin kuninkaallinen määräys, että virallisen terveyslähteen intendenttinä saattoi toimia vain koulutettu lääkäri. Tätä varten lääkäreiden oli osoitettava riittävät tiedot mineraalivesistä *Collegium Medicumille*. Piirilääkärijärjestelmän levitessä vakiintui käsitys siitä, että terveyslähteet kuuluivat juuri piirilääkäreiden toimialaan.¹⁵⁴ Toisaalta terveyslähteen ollessa kaupungin alueella sen intendenttinä toimi kyseisen kaupungin kaupunginlääkäri, esimerkiksi Turussa Kupittaaan terveyslähteen lääkärinä toimi Turun kaupunginlääkäri.¹⁵⁵ Lisäksi lääkärit ottivat lähteitä ensi kertaa käytäntöön monilla paikkakunnilla, kuten esimerkiksi Bengt Björnlund Porissa ja Kangasalla sekä David Gabriel Stark Rantasalmella. Terveyslähteiden lääkäreiden lisäksi terveysvesien alalla toimi vesiparannuslaitosten lääkäreitä, joita virkoja oli 1800-luvulla ainakin kaksi, Turussa ja Helsingissä. 1819 Helsingin vesiparannuslaitoksen lääkärin virkaan nimitettiin Anders Johan Orrström, joka toimi virassa vuoteen 1839 saakka. Gustaf Rosell aloitti Turun vesiparannuslaitoksen lääkärinä vuonna 1835.¹⁵⁶

¹⁵¹ Lääkäritietokanta 1749–1856.

¹⁵² Heikkinen 1999, 80–81.

¹⁵³ Biografioissa käytetään molempia nimityksiä, mutta luultavasti terveyslähteen lääkäri ja sen intendentti (merkitykseltään tarkastaja, johtaja, valvoja) ovat olleet käytännössä sama virka. Juha Koskinen käyttää intendentistä myös toista nimitystä, kaivolääkäri. Lähteellä oli myös erikseen kuratori eli hoitaja, yleensä maanomistaja, jonka vastuulla oli intendentin hankkiminen. Koskinen 1999, 13.

¹⁵⁴ Koskinen 1999, 10, 14–15.

¹⁵⁵ Pesonen 1980, 34.

¹⁵⁶ Lääkäritietokanta 1749–1856.

Muihin lääkäriin virkoihin kuului 1800-luvulla eriytyneiden yritys- ja laitoslääkäreiden ryhmä. Pienilläkin taloudellisen ja yhteiskunnallisen toiminnan yksiköillä saattoi olla oma lääkäriinsä. Näitä lääkäriin virkoja olivat esimerkiksi ruukin ja tehtaiden lääkärit, rautatielääkäri, synnytyslaitoksen lääkäri, varahovilääkäri, Saimaan kanavarakennuksen lääkäri, kehruuhuoneen lääkäri, ojennuslaitoksen lääkäri, orpokodin (ylimääräinen) lääkäri sekä valtiosihteerin viraston ja Suomen passitoimiston (ylimääräinen) lääkäri. Risto Rinne ja Arto Jauhiainen nimittävät kehräämönlääkäreitä ”ensimmäisiksi työpaikkalääkäreiksi”,¹⁵⁷ ja kyseisissä viroissa lääkäreiden potilaskohderyhmä olikin huomattavan rajattu verrattuna muihin virkoihin. Kaikki yllä mainitut virat ovat kuitenkin olleet harvinaisia ja yksittäisiä. Vaikka nämä nimikkeet esiintyvät yleisimmissä viroissa toimineiden lääkäreiden virkaluetteloissa harvoin, on mahdollista, että muista harvinaisemmissa viroissa toimineista lääkäreistä on yksinkertaisesti säilynyt vähän tai ei lainkaan tietoa, varsinkin jos he eivät ole toimineet uransa aikana muissa lääkäriin viroissa.

Lääkäreiden alkuperäisissä ansioluetteloissa on eroteltu varsinaiset virat sekä virat, joita on hoidettu väliaikaisesti ilman virkanimitystä. Usein väliaikainen viranhoito on tapahtunut Lääkintöylihallituksen määräyksestä esimerkiksi varsinaisen viranhaltijan sijaisuutena tai tämän avustajana. Näiden viranhoidojen pituus vaihteli muutamasta viikosta vuosiin. Selonteko virallisen virkanimityksen ja väliaikaisen viranhoidon välillä ei ole kuitenkaan tarkkarajaista. Eri lähteissä virkanimityksiä ei ole välttämättä erotettu sijaisuuksista ja viranhoidoista. Usein viranhoito ilman virkanimitystä ei myöskään muodostanut minkäänlaista käytännön eroa: lääkäri voitiin määrätä hoitamaan jotakin virkaa ja hän sai nimityksen siihen vasta vuotta tai paria myöhemmin, mutta hänen käytännön työnsä tuskin muuttui.

Määräykset lyhytaikaisiin virkoihin tulivat Lääkintöylihallitukselta tai maaherralta. Lyhytaikaiset virat voitiin määrätä hoidettaviksi hyvinkin kaukana lääkäriin varsinaisen viran toimialueesta. Matrikkeleista ja biografiasta lyhytaikaisista viroista löytyy tietoa niukasti, ja suurin osa niistä on merkitty ylös vain ansioluetteloihin, joita puolestaan ei ole laadittu tai säilynyt kaikista lääkäreistä. Ansioluetteloiden perusteella voidaan kuitenkin olettaa, että lähes kaikki lääkärit tekivät lyhytaikaisia viranhoidoja uransa aikana. Lääkäriin uraa leimasi siis liikkuvuus ja matkustelu, vaikka hänellä olisi ollut vakaan residenssin virkoja esimerkiksi kaupunginlääkäriin tai lasaretinlääkäriin. Lyhytaikaisia virkoja voitiin tehdä sekä ilman varsinaista virkanimitystä tai niiden ohella. Jos lääkäriin oli jo virka, hän ei yleensä saanut erillistä korvausta jonkin toisen tehtävän samanaikaisesta hoitamisesta.¹⁵⁸

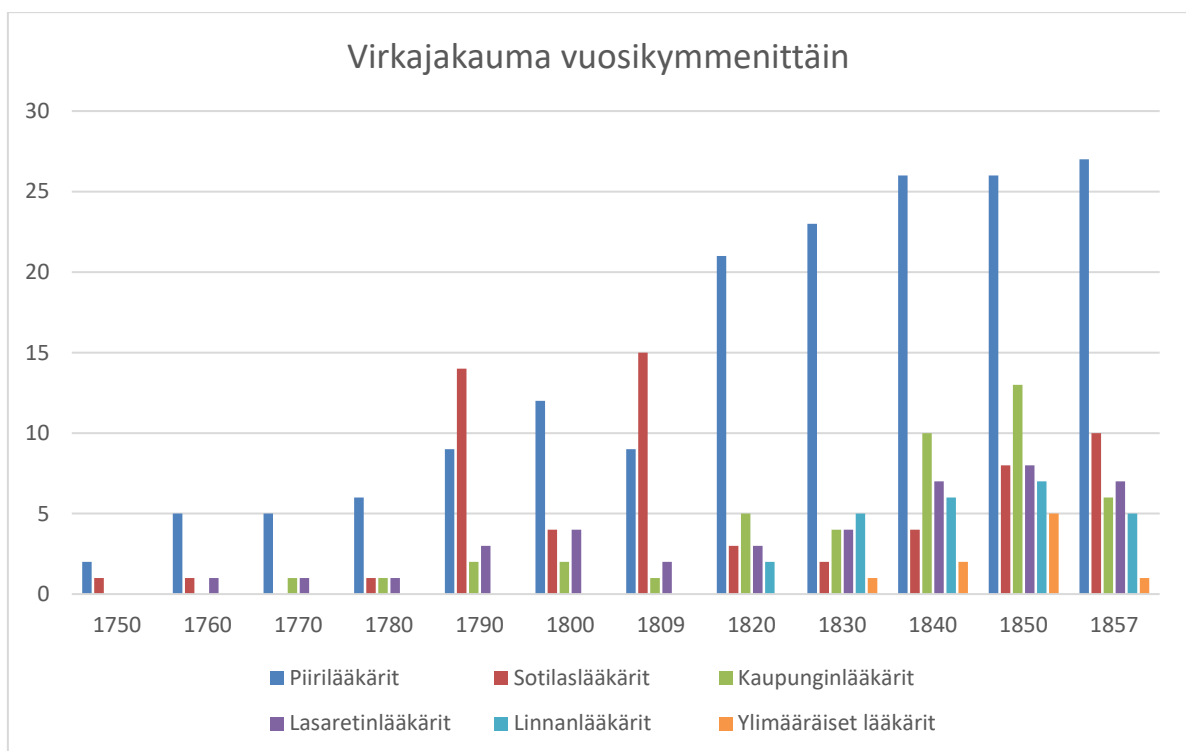
Virkojen päällekkäisyys oli tavallista etenkin 1700-luvulla. Tietyt virat yhdistyivät muita useammin. Linnanlääkäri oli yleensä myös lasaretinlääkäri, ja muutamat varhaisvaiheiden lääkärit 1700-luvulla joutuivat hoitamaan samanai-

¹⁵⁷ Rinne & Jauhiainen 1988, 82.

¹⁵⁸ Esimerkiksi Johan Gabriel Bergman hoiti 1760-luvulla Turun piirilääkäriin, lasaretinlääkäriin ja kaupunginlääkäriin virkaa. Lääkäritietokanta 1749–1856.

kaisesti kolmeakin virkaa, piirilääkäriin, lasaretinlääkäriin ja kaupunginlääkäriin.¹⁵⁹ Osin tämä johtui siitä, että lääkärivirrat eivät olleet vielä niin eriytyneitä: piirilääkäri katsottiin herkemmin vastuulliseksi myös residenssikaupungistaan ja alueen lasaretista. Suurempi syy oli kuitenkin lääkäreiden vähäinen määrä ja resurssien säästäminen sisällyttämällä useita tehtäviä samaan virkaan. Toisaalta tietyt lääkärivirrat sulki toisensa pois. Rauman apteekkarin S. J. Nybergin mukaan köyhäinlääkäri ei voinut toimia samaan aikaan kaupunginlääkäriä, sillä kaupunginlääkäri ”ainoastaan täydentää ja huomioi ... Köyhäinlääkärielle määrättyjä ehdottomia velvollisuuksia ja tehtäviä”.¹⁶⁰

KUVIO 2 Täytettyinä olleet virrat kymmenen vuoden välein laskettuna.¹⁶¹



Kuvio 2 kuvaa virkajakaumaa vuodesta 1750 vuoteen 1857 noin vuosikymmenittäin – poikkeuksena vuosi 1809, joka oli vedenjakajavuosi ja sodan viimeinen vuosi. Yhden vuoden luvut eivät anna tarkkaa kuvaa koko vuosikymmenen tilanteesta, joka saattoi muuttua hyvinkin nopeasti, mutta ne kuvaavat pitkällä aikavälillä tapahtunutta muutosta tavallisimmissa lääkärirovioissa. Piirilääkäreiden osuus pysyy hallitsevana ja kasvaa merkittävästi 1800-luvun puoliväliä kohti. Vaikka sotilaslääkäreinä toimineita lääkäreitä oli määrällisesti lähes yhtä paljon kuin piirilääkäreitä, virkojen vähyys sekä lyhytaikaisuus lääkäreiden uralla näkyy sotilaslääkäreiden vähäisenä määränä muulloin kuin sota-aikoina (1790 ja 1809). Myös näiden virkojen määrä kuitenkin kasvaa 1800-luvun puoliväliä kohti.

¹⁵⁹ Lääkärیتietokanta 1749–1856; Kontturi 2015.

¹⁶⁰ Alho 1946, 120.

¹⁶¹ Lääkärیتietokanta 1749–1856.

Seuraavaksi suurimpana ryhmänä erottuvat kaupunginlääkärit, joiden määrä pysyy muutamassa lääkäriässä ennen merkittävää nousua 1820-luvulta alkaen. Lasarettinlääkäreiden ja linnanlääkäreiden osuus pysyy niin ikään alhaisena 1830-luvulle asti.

1830-luvulta 1850-luvulle piirilääkäreiden määrä pysyi melko tasaisena, mutta muiden lääkäreiden osuus kaikista lääkäreistä kasvoi. Erityisesti kaupunginlääkäreiden, sotilaslääkäreiden, lasarettinlääkäreiden sekä linnanlääkäreiden määrä suhteessa piirilääkäreiden määrään kasvoi. Kaupunginlääkäriinvirkojen määrä kasvoi kuitenkin huomattavasti enemmän kuin muiden virkojen. Tämä kertoo siitä, että uusien lasarettien ja muiden lääkäriille mahdollisten toimintaympäristöjen perustaminen oli tällä ajanjaksolla vähäisempää kuin alueellisten virkojen perustaminen kaupunkikeihin ja lääkäripiireihin. Kaupungissa asuvaa ja piirissä kiertelevää lääkäriä pidettiin siis edelleen parhaiten terveydenhuollon tarpeisiin vastaavana lääkäritoiminnan muotona. Kaupunginlääkärit olivatkin tavallaan piirilääkäreiden toiminnan täydentäjiä – heitä oli alun perin palkattu piirilääkäriin huonon tavoitettavuuden vuoksi.

Pienempien yksiköiden lääkärit, yksityislääkärit sekä köyhäinlääkärit pysyivät edelleen määrältään vähäisinä ja yksittäisinä. Kuitenkin poikkeustilanteet, kuten sota, siirsivät lääkäritarpeen muualle ja muuttivat lääkärijakaumaa merkittävästi: sota-aikana sotilaslääkäreiden määrästä tuli hallitseva ja muiden lääkäreiden osuus pieneni, myös siksi että osa lääkäreistä jätti siviilivirkansa sodan vuoksi.

2.3 Uran kulku: koulutus ja virkapolku

Lääkärikoulutuksen vaatimukset vaihtelivat ajanjaksolla. Lääkäreiden koulutukseen kuului 1700-luvulla ylioppilastutkinnon jälkeen lääketieteen kandidaatin, maisterin ja lisensiaatin tutkinnot ja niiden huippenuksena lääketieteen tohtorin arvo, ja joissakin tapauksissa myös filosofian kandidaatin ja maisterin tutkinnot. Monilla lääkäreillä oli myös kirurgian maisterin tutkinto.¹⁶² 1800-luvulla tutkinnon kaksivaiheisuus alkoi näkyä selvemmin, ja vuodesta 1828 lähtien se oli jo vaatimus: lääketieteen opinnot edellyttivät filosofian kandidaatin tutkintoa, ja monet suorittivat myös filosofian maisterin tutkinnon. Lääkärit opiskelivat vuosina 1833–1852 ammattiinsa keskimäärin 13 vuotta.¹⁶³

Ensimmäiseen viralliseen lääkäriinvirkaan päästiin noin 30-vuotiaana. Ensimmäisen viran aikaan lääkärit olivat kuitenkin hyvin erilaisissa elämäntilanteissa: osa oli kandidaatteja tai maistereita, osa lisensiaatteja ja osa tuoreita tohtoreita, osa oli toiminut jo opiskeluaikana (avustavissa) lääkärintehtävissä. Osa oli voinut tehdä jo pitkän uran välskärinä tai kirurgina ja päästä kokemuksen myötä lääkäriinvirkoihin myöhemmällä iällä, 40 ja 60 ikävuoden välillä.

¹⁶² Lääkäritietokanta 1749–1856.

¹⁶³ Klinge et al. 1989, 374; Konttinen 1991, 155.

Keskimäärin lääkärin uralla oli kolme tai neljä virkanimitystä lääkärinvirkoihin, ja ne saattoivat olla myös päällekkäisiä. Määrät vaihtelivat suuresti vain yhdestä virasta jopa kymmeneen. Tyypillisenä voidaan pitää yhdestä neljään lääkärinvirkaa uran aikana: noin 70 prosenttia lääkäreistä kuuluu tähän ryhmään.

Virkojen järjestyksessä lääkärin uralla oli paljon vaihtelua, mutta tiettyjä toistuvia polkuja on havaittavissa. Jos lääkäri toimi välskärinä tai sotilaslääkärinä, nämä virat sijoittuivat tyypillisesti uran alkuvaiheeseen tai opintojen ajalle. Varhaisempia virkoja olivat myös lasaretin- ja linnanlääkärin virat sekä ylimääräisen lääkärin virat.¹⁶⁴ Piirilääkärin, kaupunginlääkärin ja rykmentinlääkärin virat olivat korkeimpia lääkärinvirkoja koulutus- ja pätevyysvaatimusten sekä palkkatason suhteen, ja tästä syystä niitä voidaan pitää lääkäriuran huipentumina (pois lukien viran ulkopuoliset arvonimet ja kunnianosoitukset). Usein lääkäreillä oli kuitenkin niiden jälkeenkin muita matalampaa koulutusta vaativia tai heikommin palkattuja virkoja. Toisaalta juuri piirilääkärin virka oli leimallisesti ”elämäntyö”, vuosikymmenien mittainen virka.

Erityisesti piirilääkärin virkaan päästiin tavallisesti vasta lääketieteen tohtorin arvon jälkeen tai lääketieteen lisensiaattina, ja teoriassa tohtorin arvo olikin lääkärinviran hoitamisen vaatimuksena. Näin oli jo 1700-luvulta lähtien, mutta vaatimus uusittiin myös 1828 yliopiston muuttaessa Helsinkiin, joskin siinä muodossa, että jokaisen lääkärin oli hankittava tohtorin arvo puolustamalla itse kirjoittamaansa väitöskirjaa ja saamalla se hyväksytyksi. Poikkeuksia oli kuitenkin niin paljon, että käytännössä vaatimus näyttää jääneen melko vähäpätöiseksi. Yksi syy on se, että tohtorin arvo oli tuolloin toisenlainen kuin nykyisin: lisensiaatin tutkintoon tuli käydä tietyt opinnot läpi, mutta tohtorin arvoon riitti käytännössä lyhyen väitöskirjan puolustaminen.¹⁶⁵ Yleensä tohtorin arvo saatiin melko pian lisensiaatin tutkinnon jälkeen, toisinaan muutaman vuoden kuluessa, mutta on monia tapauksia, joissa on jääty odottamaan verrattain harvoin järjestettyjä promootioita (esimerkiksi 1832 ja 1840). Onkin todettu, että käytännön ero lisensiaatin ja tohtorin välillä oli tuolloin hyvin pieni,¹⁶⁶ eikä joustaminen pätevyysvaatimuksissa siis ollut suuri myönnytys lääkärin todellisen oppineisuuden tai kokemuksen kustannuksella.

Tämäkään ei kuitenkaan selitä kaikkia tapauksia, sillä monet lääkärit pääsivät lääkärinvirkoihin jo ennen lisensiaatin tutkintoa. Käytännön tarve meni usein sääntöjen ohitse, ja lääkäreiden hätiköity palkkaaminen virkoihin ennen valmistumista kertoo myös vaikeuksista saada virat täytettyä. Niistä piirilääkäreistä, joiden tutkintovuodet tiedetään, noin neljäsosa oli toiminut piirilääkärinä ilman lääketieteen tohtorin arvoa. Useimmat olivat tutkintonsa loppuvaiheilla ja valmistuivat parin vuoden sisään, mutta merkittäväällä osalla kesti useita vuosia saada tohtorin arvo, ja osa ei saatavilla olevien tietojen mukaan koskaan saanutkaan sitä. Ainakin kahdella heistä tämä johtui siitä, että he kuolivat pian lisensiaatin tutkintonsa jälkeen eivätkä ehtineet saada tohtorin arvoa, mutta he ehtivät

¹⁶⁴ Lääkäritietokanta 1749–1856.

¹⁶⁵ Soininen 1943a, 451–452.

¹⁶⁶ Klinge et al. 1989, 375.

kuitenkin toimia piirilääkäri virassa.¹⁶⁷ Myös noin viidennes kaupunginlääkäreistä aloitti virassaan ennen lääketieteen tohtorin arvoa, vaikka heiltä vaadittiin samaa pätevyyttä kuin piirilääkäreiltä¹⁶⁸. Muihin lääkäri virkoihin oli kuitenkin helpompi päästä vähemmälläkin koulutuksella. Esimerkiksi rykmentinlääkäriä toimittiin tavallisesti jo kandidaatin tai maisterin tutkinnon jälkeen. Lasaretinlääkäreistä vain 60 % oli tohtoreita.¹⁶⁹

Lääkäri virkoihin oli mahdollista päästä myös "välskäri väylää" pitkin - epävirallisesti välskäri tai kirurgin kokemuksella ja vuodesta 1799 lähtien myös virallisesti kirurgian maisterin koulutuksella. Johan Friedrich Geisse palkattiin Kuopion piirilääkäriksi vuonna 1777. Geissella ei ollut lääkäri koulutusta. Hän oli toiminut ainoastaan välskäriinä, eikä tuolloin vielä ollut mahdollista suorittaa lääkäri oikeuksia tarjoavaa kirurgian maisterin tutkintoa.¹⁷⁰ Geisse onkin tässä mielessä hyvin poikkeuksellinen lääkäri virkaan päässyt henkilö. Uudistuksen jälkeenkin välskäri väylä oli käytännössä harvinainen. Johan Söderberg ehti toimia useissa kirurgin viroissa jo ennen kuin valmistui vuonna 1804 kirurgian maisteriksi. Hän ryhtyi virkaa tekevän piirilääkäri tehtäviin Raahessa 1811 ja sai tähän virkaan virallisen nimityksen vuonna 1814. Zacharias Topelius vanhempi pääsi köyhäinlääkäriksi Tukholmassa kirurgian maisterin koulutuksella, mutta hän sai myöhemmin lääketieteen tohtorin arvon. Carl Adolf Dahlgren oli kirurgian maisterin koulutuksella piirilääkäri sijainen tai apulainen Torniossa sekä myöhemmin lasaretinlääkäri ja kenttälääkäri Suomen armeijassa. Lars Petter Annersten teki monipuolisen uran vain kirurgian maisterin koulutuksella: hän eteni pataljoonan alilääkäri virasta linnan- ja lasaretinlääkäriksi ja virkaa tekeväksi piirilääkäriksi. Monien kirurgian maisterina lääkäri viroissa toimineiden lääkärien kohdalla on kuitenkin epävarmaa, ovatko he todellisuudessa olleet vain kirurgian maistereita vai eikö heidän muista tutkinnoistaan ole säilynyt tietoa. Joka tapauksessa välskäri väylää hyödyntäneet lääkärit ovat olleet yksittäisiä. Tavallisempaa oli, että aiemmin välskäri tai kirurgin viroissa toiminut ryhtyi opiskelemaan myös lääketiedettä ja pääsi jo opiskeluaikoinaan lääkäri virkoihin, kuten muutkin lääketieteen opiskelijat ja alempia tutkintoja suorittaneet.¹⁷¹

Myös lääkäri virkaan pätevä saattoi toimia välskäriinä. Johan Herman Cargerin ensimmäinen virka oli kaupungin välskäriinä Oulussa 1804. Hän oli kuitenkin lukenut itsensä lääketieteen tohtoriksi jo 1801. Seuraavana vuonna hän suoritti kirurgian maisterin tutkinnon ja ryhtyi Oulun apulaispiirilääkäriksi. Useimmiten lääkäri kuitenkin katsottiin välskäri tai kirurgin virkaan ylikoulututtuneeksi: kerran lääkäri virkoihin päästyään lääkärit eivät yleensä palanneet pelkästään välskäri tai kirurgin tehtäviin. He saattoivat kuitenkin toimia välskäriinä lääkäri virkansa ohella, kuten Johannes Agapetus Törngren toimiessaan kaupunginlääkäriinä ja kaupungin välskäriinä.¹⁷²

¹⁶⁷ Lääkäritietokanta 1749-1856.

¹⁶⁸ Pesonen 1980, 33.

¹⁶⁹ Lääkäritietokanta 1749-1856.

¹⁷⁰ Koskivirta 2009.

¹⁷¹ Lääkäritietokanta 1749-1856.

¹⁷² Lääkäritietokanta 1749-1856.

Keskimääräinen virka kesti 10 vuotta. Keskiarvoa kuitenkin nostavat hyvin pitkäkestoiset virkaurat, joita oli huomattavan paljon: noin kolmasosa kaikista viroista kesti yli kymmenen vuotta. Hyvin lyhyet virat olivat kuitenkin yleisimpiä: tyypillisin viran kesto oli vajaasta vuodesta kahteen vuoteen. Tämänpituiset virat muodostavat noin viidesosan kaikista viroista. Yli 30 vuoden virkoja voidaan pitää harvinaisina. Tietävästi vain 13 lääkäriä työskenteli samassa virassa yli 30 vuotta. Vain kaksi teki samaa virkaa ainakin 50 vuoden ajan. Pisin tunnettu virka oli Wilhelm Granlundilla, joka työskenteli Hämeen piirilääkärinä 56 vuotta. Erityisen pitkän uran piirilääkärinä teki myös Bengt Björnlund Porissa. Hän jäi eläkkeelle oltuaan virassa 50 vuotta. Björnlund ehti toimia muutaman vuoden sotilaslääkärinä ennen nimitystään, mutta Granlundilla kyseinen virka jäi ainoaksi viralliseksi. Sen lisäksi hän teki lyhytaikaisesti joitakin viranhoitoja ennen virkanimitystä ja pitkän piirilääkäri virkansa aikana.¹⁷³

Pitkät virat olivat tyypillisesti piirilääkärin virkoja: myös Jyväskylän Wolmar Schildt, Uudenkaupungin Jakob Niklas Cumenius sekä Oulun Kristian Herman Carger tekivät yli 40-vuotisen uran piirilääkärinä, ja useat muut toimivat virassa yli 30 vuoden ajan. Niistä viroista, joiden kesto tiedetään, yli 30 vuotta kestänyt muu kuin piirilääkärin virka oli vain August Magnus Liliuksella, joka toimi Hämeenlinnan lasarettilääkärinä ja linnanlääkärinä 31 vuotta.¹⁷⁴ Suurempi vaihtuvuus muissa viroissa johtui oletettavasti siitä, että näistä viroista pyrittiin eteenpäin uralla. Piirilääkärin virka oli tässäkin mielessä uran huippu, sillä sen jälkeen ei ollut mahdollista saada korkeampaa lääkäri virkaa (käytännön työssä). Toisaalta lyhytkestoisissa viroissa erottuvat erityisesti sotilaslääkärin virat, joiden tarve riippui armeijan kulloisestakin vahvuudesta ja siitä, oliko meneillään sotatila. Lyhyiksi jääneet virat ovat tyypillisesti olleet opintojen aikaisia siirtymävirkoja tai sodanaikaisia tilapäisvirkoja. Sota-aikoina vaihtuvuus oli luonnollisesti suurinta, kun lääkäreitä menehtyi ja jouduttiin tekemään siirtoja. Esimerkiksi Krimin sodan aikana pataljoonan- ja rykmentinlääkäreiden virkanimitykset olivat tyypillisesti muutaman kuukauden mittaisia.¹⁷⁵

Pitkälle 1800-luvulle jatkuneen lääkäripulan vuoksi lääkäreiden työttömyys oli käytännössä olematonta. Ylimääräiset lääkärit ilman muuta virkaa ovat osoitus siitä, että toimipaikattomille lääkäreillekin oli osoitettavissa nimike, työtehtäviä ja lyhytaikaisia viranhoitoja. Jos lääkäri lopetti virassa, hän teki sen yleensä siirtyäkseen toiseen virkaan, keskittyäkseen vain yhteen virkaan tai lopettaakseen uransa kokonaan, ja uusi virka löytyi yleensä jo edellisen viran aikana tai hyvin pian sen jälkeen. Selvä enemmistö viranvaihtoista tehtiin saman vuoden aikana, eli lääkäri siirtyi lähes suoraan tehtävästä toiseen.¹⁷⁶

¹⁷³ Lääkärیتietokanta 1749–1856.

¹⁷⁴ ALK Wilhelm Granlund; Lääkärیتietokanta 1749–1856. Granlundin virka-aika jatkui tarkasteluajanjakson ulkopuolelle vuoteen 1879.

¹⁷⁵ Lääkärیتietokanta 1749–1856.

¹⁷⁶ Lääkärیتietokanta 1749–1856.

2.4 Sosiaalinen asema

Heikki Waris on tutkinut lääkäreiden ja apteekkarien sosiaalisia taustoja 1810-1852. Vuosina 1810-1828 lähes puolet lääkäreistä ja apteekkareista tuli oppisäädyistä. Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että noin puolet tästä ryhmästä olivat maalaisseurakuntien kirkkoherrojen poikia. Merkittävä osa oli myös ylempien ja alempien virkamiesten poikia (16 %) sekä liike-elämän edustajien poikia (16 %). ”Ruumiillisen työn tekijöitä” oli yhdeksän prosenttia.¹⁷⁷ Toisella tarkastelujaksolla 1828-1852 näiden alempien säätyryhmien osuus väheni selvästi ja virkamiesten osuus kaksinkertaistui, mikä Esa Konttisen mukaan kertoo ammatikunnan kasvaneesta statuksesta. Tämä kehitys jatkui myös vuosisadan puolivälin jälkeen.¹⁷⁸

Vuosina 1857-1865 toimineita piirilääkäreitä tutkinut Heikki S. Vuorinen on todennut, että tässä vaiheessa piirilääkärit olivat taustoiltaan hyvin yhtenäisiä: kukaan ei ollut talonpoikaistaustainen, kaikki olivat opiskelleet Suomessa, lähes kaikki (paitsi kaksi) myös olivat syntyneet Suomessa ja väestötasolla suhteellisen moni syntynyt kaupungissa. Kolme neljäsosaa heistä oli oppineiston ja sivistyneistön poikia (lähinnä pappien, upseerien, lääkäreiden, juristien), joka viides porvariston (mm. kauppiaiden, apteekkarien, käsityöläismestarien ja laivurien) poikia.¹⁷⁹

Sven-Erik Åströmin mukaan suurin osa Pohjanmaalta 1700-luvun jälkipuolen ja 1800-luvun alkuvuosien lääkäreiksi opiskelemaan ryhtyneistä oli talonpoikien ja porvariston poikia.¹⁸⁰ Valmistuneiden lääkäreiden määrässä tämä jakauma ei kuitenkaan enää näy, vaan talonpoikaistaustaisten lääkäreiden osuus pysyy kautta tarkastelujakson hyvin alhaisena. Aloitetut opinnot eivät aina johdaneet tutkintoon, ja vähävaraiset jättivät opinnot todennäköisimmin kesken opintojen keston ja kalleuden vuoksi. Opintojen aikainen köyhyys vaivasi useimpia varattomista taustoista tulevia opiskelijoita, eivätkä Turun yliopiston stipendit riittäneet kattamaan elämisen kuluja.¹⁸¹ Vuoden 1828 tutkintovaatimusten muutosten jälkeen lääketieteen tohtorin tutkinnon suorittaminen tuli maksamaan opiskelijalle keskimäärin 1500 hopearuplaa, mikä vastasi noin kolmea piirilääkäriä vuosipalkkaa. Talonpoikien yliopistoon pääsy myös vaikeutui vuodesta 1828 eteenpäin, jolloin senaatin päätöksellä triviaalikoulut menettivät oikeuden lähettää oppilaitaan yliopistoon.¹⁸²

Lääkärیتietokantaan kirjatuiista 241 lääkäristä 163:n isän sosiaalinen tausta ja/tai ammatti on tiedossa, ja tämän perusteella lääkäreiden sosiaalinen jakauma oli seuraavanlainen vuosina 1749-1856:

¹⁷⁷ Waris 1940, 258-261.

¹⁷⁸ Konttinen 1991, 156-157.

¹⁷⁹ Vuorinen 2006, 17.

¹⁸⁰ Åström 1950, 187.

¹⁸¹ Hjelt 1907, 29, 38; Heikkinen 1985, 15-16; Konttinen 1991, 157.

¹⁸² Konttinen 1991, 133.

TAULUKKO 5 Lääkäreiden sosiaalinen tausta¹⁸³

| Asema | Lkm | Suhteellinen osuus |
|-------------------------------|-----|--------------------|
| Oppineisto ja virkamiehet | 48 | 29 % |
| Kirkonmiehet | 47 | 29 % |
| Kauppias tai porvari | 30 | 18 % |
| Käsityöläinen | 19 | 12 % |
| Talonpoika | 10 | 6 % |
| Lääkäri, välskäri tai kirurgi | 9 | 6 % |
| Upseeri | 6 | 4 % |
| Muut | 2 | 1 % |
| Tapauksia yhteensä | 163 | |

Tulokset tukevat aiempaa käsitystä siitä, että lääkärit olivat ennen kaikkea pappeja, virkamiesten ja muun oppineiston poikia. Kolmasosa tarkasteluajanjakson lääkäreistä oli kirkonmiesten poikia ja yhtä suuri osa ylempien ja alempien virkamiesten sekä muun oppineiston (pääasiassa opettajien) poikia. Virkamiesten taso vaihteli: valtio- ja hovineuvoksia, sihteereitä ja kirjureita, maanmittareita ja veronkantajia, muutamia tuomareita ja assessoreita, nimismiehiä sekä jokunen kruununvouti.

Seuraavaksi suurin ryhmä oli porvariston ja talonpoikaissäädyn ja sen väli- maaston ryhmät: kauppiaat, käsityöläiset, muut työläiset sekä tilalliset. Porvaristoon kuuluivat myös apteekkarit, joita oli muutamia. Aatelisten osuus jää pieneksi. Ajanjaksolla kuuden lääkärin isän tiedetään olleen upseeri. Myös yksittäisten lääkäreiden asema nousi heidän uransa aikana. Erityisesti professoriksi tai assessoriksi nimittäminen nosti lääkärin arvoluokkaa rankijärjestyksessä ylemmäs, samaan luokkaan ratsumestarien ja rykmentinkapteenien kanssa.¹⁸⁴ Muutamia lääkäreitä aateloitiin elämänsä aikana,¹⁸⁵ mutta varsinaisten eliittisukujen pojat ohjattiin yleensä sotilasuralle tai oikeustiedettä opiskelemaan. Näin ollen ammattikunta oli vähemmän houkutteleva sekä köyhemmälle talonpoikaistolle että ylimmälle säätyläistölle. Tilanne kuitenkin muuttui ammattikunnan statuksen eduksi 1800-luvun aikana. Lääkäriammattin arvoluokkaa nostettiin 1800-luvulla: vuosisadan alussa lääkärit kuuluivat vielä vänrikin alapuolelle, vuonna 1827 piiri- ja rykmentinlääkärit korotettiin kapteenin arvoluokkaan.¹⁸⁶

Lääkärin ammatti ei ollut vielä 1700-luvulla ja 1800-luvun alkupuolella erityisen periytyvä, mikä näkyy siinä, että vain noin kuusi prosenttia lääkäreiden isistä oli ollut terveystalouden ammattilainen (lääkäri, välskäri tai kirurgi – apteekkarit tai muita ammattikuntia en ole laskenut mukaan). Virka siis toisinaan pe-

¹⁸³ Lääkäritietokanta 1749–1856.

¹⁸⁴ Muiluvuori 2005, 63.

¹⁸⁵ Uransa aikana aateloitiin Gabriel Erik Haartman (aatel. von Haartman), Alexander Collan (aatel. von Collan), Johannes Agapetus Törnngren sekä Nils Abraham Ursin (aatel. af Ursin). Lääkäritietokanta 1749–1856.

¹⁸⁶ Konttinen 1991, 152–153.

riytyi pojalle, mutta oli hyvin harvinaista, että se olisi jatkunut kolmannessa polvessa. Varsinaisia lääkärisukuja ei siis vielä ollut päässyt juuri muodostumaan, mikä kertoo osaltaan ammattikunnan nuoruudesta. Ainoastaan Hastin ja Haartmanin ja suvuista voidaan tällä ajanjaksolla sanoa, että lääkärintyöllä oli selvää jatkumoa sukupolvelta toiselle. Suomen ensimmäisen piirilääkärin Barthold Rudolf Hastin isä oli ollut Pohjanmaan maavälskäri Herman Henrik Hast, ja hänen pojastaan Herman Rudolf Hastista tuli myös piirilääkäri.¹⁸⁷ Turun kaupunginlääkäri Gabriel Erik von Haartman oli Turun piirilääkärin ja ”Suomen lääketieteen isän” Johan Haartmanin serkun poika¹⁸⁸. Gabriel Erik von Haartmanin pojasta, lääkäri Carl Daniel von Haartmanista taas tuli yksi *Finska Läkaresällskapetin* perustajista.¹⁸⁹

Muissa suvuissa ammatin tai toimialan periytyminen on rajoittunut kahteen sukupolveen tai hypännyt sukupolvia yli. Oulun piirilääkäri Kristian Herman Cargerin poika Johan Herman Carger ehti uransa aikana toimia monissa eri lääkärintyöpaikoissa Oulussa. Myös Tornion piirilääkärinä lyhyen aikaa toimineen Carl Nordbladin isä oli Gävlen piirilääkäri Eric Nordblad. Haminan piirilääkärin Adolf Ericssonin isä oli toiminut Norrköpingin kaupunginkirurgina. Hämeenlinnan piirilääkäri Johan Benjamin Heiligtåg oli kirurgimestarin poika, myöhempi saman piirin lääkäri Carl Fredrik Zandt puolestaan oli apteekkarin poika.¹⁹⁰

Lähisuvun yhteyksien lisäksi lääkäreiden vanhemmilla saattoi olla kaukaisempia sukulaissuhteita lääkäreihin ja terveydenhoidon alan toimijoihin. Saarijärven piirilääkärinä toiminut Lars Johan Prytz oli tunnetun turkulaisen apteekkarin Lars von Mellin tyttären Hedvig Maria von Mellin poika, ja hänen vanhempansa tunsivat hyvin Turun piirilääkärin Johan Gabriel Bergmanin, Bergman oli nimittäin Prytzin veljen kummisetä.¹⁹¹ Lisäksi Prytz oli jo aiemmin mainitun Carl Daniel von Haartmanin serkku: myös Carl Daniel von Haartmanin äiti Fredrika Lovisa von Mell oli Lars von Mellin tytär eli Lars Johan Prytzin äidin sisar.¹⁹²

Sukulaisten ja erityisten lähisukulaisten ammatin voi sanoa ohjanneen ammatinvalintaa ainakin siinä, millaiset mahdollisuudet lääkäreillä oli opiskeluun. Lääkäriammattilla ei ollut suoraan syntyperäistä asemaa, vaan ammattiin pääsi kuka tahansa, joka pystyi käymään läpi pitkät opinnot ylioppilastutkinnosta lääketieteen tohtorin tutkintoon.

¹⁸⁷ Luukko 1979.

¹⁸⁸ Kontturi & Eilola 2014, 232.

¹⁸⁹ Pesonen 1980, 89.

¹⁹⁰ Lääkärítietokanta 1749–1856.

¹⁹¹ Kotivuori 2005; Kontturi & Eilola 2014, 232.

¹⁹² Kotivuori 2005.

3 ARTIKKELIANALYYSI

Kolmannessa luvussa käsittelen artikkeleiden muodostamaa temaattista kokonaisuutta suhteessa aiempaan kirjallisuuteen, tietokantaan ja johdannossa läpikäytyihin asioihin. Aiheet on jaoteltu alaluvuittain kolmeen eri kokonaisuuteen, joista kukin käsittelee useamman artikkelin teemoja. Kaikki kytkeytyvät jollain tapaa pääteemoihin eli lääkärikunnan kehitykseen ja professionalisoitumiseen.

Ensin käsittelen profession ja lääkärikunnan määrittelyyn liittyviä kysymyksiä, jotka toistuvat jokaisessa artikkelissa. Toisessa alaluvussa käyn läpi sitä, miten tarttuvat taudit, niiden tieteellistäminen ja niiden hallinta tarjosivat lääkäreille mahdollisuuden nostaa asemaansa ja merkitystään. Kolmas alaluku kytkeytyy edelliseen käsitellen lääkärin asemaa yhteisössään sekä potilasluottamuksen ja kansan hyväksynnän saavuttamista.

3.1 Professionalisoitumisprosessi: vuorovaikutus ja tulkinnat

Kuten aiemmin todettu, perinteisesti professionalisoituminen on ajoitettu 1800-luvun jälkipuolelle ensisijaisesti lääkäreiden oman ammatillisen järjestäytymisen sekä merkittävän lääkärimäärän kasvun vuoksi. Lääkäritoiminnassa oli kuitenkin profession piirteitä jo 1700-luvulta lähtien, sillä ammatti oli valtiollisesti säädelty jo ennen kuin varsinaisia viran edustajia oli Suomessa. Valtiollinen *Collegium Medicum* oli asettanut ammatissa toimimisen ehdoksi akateemisen lääketieteen koulutuksen, ja muuta parantamistoimintaa valvottiin. Valtion virat oli tarkoitettu akateemisesti koulutetuille lääkäreille, jotka nostettiin muita terveydenhoidon toimijoita korkeampaan asemaan.

Tässä luvussa haen erilaisia näkökantoja lääkäreiden professionalisoitumiseen artikkelien, kirjallisuuden sekä tietokannan pohjalta. Tuon esiin ne monet yhteiskunnalliset, valtiolliset ja kulttuuriset seikat, jotka vaikuttivat lääkäreiden professiokehitykseen sekä pohdin niiden pohjalta professionalisoitumisen vaihteita.

3.1.1 Yhteiskunnallisten muutosten vaikutukset professionalisoitumiseen

Muun muassa Risto Rinne ja Arto Jauhiainen ovat maininneet lääkärikunnan Suomessa olleen vuonna 1809 vallan vaihtuessa niin suppea, ettei kyse ollut vielä professiosta¹⁹³. Lääkärimääriä voidaan tutkia osana lääkärijärjestelmän leviämistä Suomessa, mutta professionalisoitumisen asteen määrittelyssä niiden rooli on monimutkaisempi¹⁹⁴. Ei ole olemassa mitään yksiselitteistä lukumäärää, joka ammattikunnan pitäisi saavuttaa ollakseen professio. Professionalisoitumista on perusteltua tarkastella jatkumona, joka alkoi jo osana Ruotsin lääkärikuntaa. Suomen alueella lääkäreitä oli harvakseltaan ennen vuotta 1809, mutta tuolloin he eivät muodostaneet omaa ammattikuntaansa, vaan olivat osa Ruotsin lääkärijärjestelmää ja siten sen professiokehityksen tasolla. 1770-luvulla Suomen alueella lääkäreitä oli alle kymmenen, mutta koko Ruotsin valtakunnassa yli 40¹⁹⁵. 1700-luvun loppua kohden Suomen alueen lääkäreiden määrä nousi n. 30:een, kun koko Ruotsissa lääkäreitä oli arviolta noin satakunta.¹⁹⁶ Suomen alueen lääkärit olivat tuolla hetkellä siis osa huomattavasti suurempaa kokonaisuutta, eivät itsenäinen lääkärikuntansa. Lääkärimäärien kasvu oli edellytyksenä ammattikunnan omalle järjestäytymiselle ja sen aseman lujittumiselle terveydenhoidossa, mutta muiden profession kriteerien kannalta sillä oli Suomessa melko vähäisesti merkitystä, sillä suuri osa profession kriteereistä täyttyi jo ennen kuin lääkäreitä toimi viroissa. Näitä olivat valtiollinen säätely, valvottu koulutus vaatimuksena virkaan pääsyyllä sekä ainakin osittain autonominen asema *Collegium Medicum* muodossa.

Esimerkiksi Englannissa lääkäreiden professionalisoitumisessa on katsottu keskeiseksi vuoden 1858 *Medical Act*, jonka myötä perustettu *General Medical Council* koostui lääkäreistä ja muodosti perustan profession itsesäätelylle. Sen tuli huolehtia ammattikunnan säätelystä valtion puolesta, valvoa koulutusta ja pitää yllä rekisteriä virallisista ammatinharjoittajista. Ivan Waddington on kirjoittanut, että juuri ammatillinen autonomia ja itsesäätely ovat modernin profession keskeisiä piirteitä ja tärkeitä professionalisoitumisprosessin vaiheita, viitaten muun muassa Eliot Freidsoniin sekä sosiologisen professiotutkimuksen painotuksiin 1900-luvun jälkipuolella.¹⁹⁷ Tässä valossa *Collegium Medicum* rooli nousee korkealle Suomen lääkärikunnan professionalisoitumisasteen määrittelyssä. Ruotsin *Collegium Medicum* ei ollut ainutkertainen: oma *Collegium Medicum* perustettiin myös 1685 Berliiniin, johdossaan neljä hovilääkäriä sekä kaksi lääketieteen

¹⁹³ Rinne & Jauhiainen 1988, 78.

¹⁹⁴ Kontturi 2021b.

¹⁹⁵ Hjelt 1892, 50; Kuuse & Dahlin 2005, 166.

¹⁹⁶ Arvio Ruotsin kokonaislääkärimäärästä 1800-luvun alussa on hyvin epätarkka ja perustuu laskelmiin useista eri lähteistä. Piirilääkäripiirejä oli vuonna 1805 40, mutta koska piirilääkärit muodostivat vain osan koko lääkärikunnasta (Annelie Drakmanin arvion mukaan viidesosasta kolmasosaan kaikista lääkäreistä) on kohtuullista olettaa, että muiden lääkäreiden yhteismäärä on noussut lähelle 100:aa. Vuonna 1850 lääkäreitä oli jo yhteensä n. 400. Bergstrand 1963, 60; Kuuse & Dahlin 2005, 166; Drakman 2018, 39.

¹⁹⁷ Waddington 1990, 688; Horner 2000, 411; Crowther & Dupree 2007, 1.

professoria.¹⁹⁸ Sillä oli vastuullaan samankaltaisia tehtäviä kuin Ruotsin kollegiolla, ja se asetti lääkärikunnan valtiolliseen valvontaan.

Lääkintökollegion intressit olivat siis hyvin valtiolliset, mutta ruotsalaisen ja myöhemmin suomalaisen lääkäriammattikunnan vahva kytkös valtion suojeleluun tarkoitti sitä, että myös lääkärit hyötyivät kollegion valvonnasta. Se edusti siten myös varhaisinta ammattikunnan edunvalvontaa rajaamalla muita toimijoita pois lääkäritoiminnan alueelta sekä suomalla lääkäreille omaa päätäntävaltaa.

Collegium Medicum oli siis ensimmäinen lääkäritoimintaa valvova yhteiskunnallinen elin, joskaan se ei ollut ammattijärjestö, kuten ei vielä myöskään vuonna 1835 perustettu *Finska Läkaresällskapet*. Se oli alkuvaiheissaan enemmän tiedeseura, joskin sen toiminta muuttui koskemaan myös ammattikunnan ja terveydenhuollon asioita myöhemmin samalla vuosisadalla¹⁹⁹. Siihen kuitenkin kuuluivat kaikki lääkärit, ja alkuvaiheistaan lähtien se osaltaan lisäsi lääkäreiden keskinäistä kollegiaalisuutta ja vahvisti heidän ammatti-identiteettiään, joten sitä voidaan pitää vaiheena kohti edunvalvontaan tähtäävää ammatillista järjestäytymistä. Lääkäreiden suomenkielinen tiedeseura *Duodecim* perustettiin 1881 ja ensimmäinen varsinainen ammattiliitto, Suomen Lääkäriliitto vasta seuraavalla vuosisadalla 1910²⁰⁰.

Collegium Medicum ja myöhemmin Lääkintöylihallitus sen sijaan osallistui ammattikunnan itsesäätelyyn: kollegion johdossa olivat lääkärit itse, ja sillä oli valtaa vaikuttaa yliopistojen tarjoamaan koulutukseen sekä laillistaa koulutetut lääkärit toimimaan lääkärintoimissa. Tässä nousevat esiin myös valtiojohtoisuus sekä koulutuksen ja päätäntävallassa olevien lääkäreiden rooli professionalisoinnissa.²⁰¹ Kuitenkin kollegiossa vaikuttivat vain sen jäsenlääkärit, ei koko ammattikunta, joten kyse oli rajatumasta ammattikunnan etujen ajamisesta kuin ammattijärjestöissä. Lisäksi kollegio oli valtiovallalle alisteinen, ei yksin päätösvaltainen.

Ruotsin valtakunnan osana Suomen alue oli saanut terveydenhuollon järjestämisessä sekundäärisen ja perifeerisen aseman: enimmäkseen Ruotsin yliopistoissa koulutetut, ruotsinkieliset lääkärit eivät mielellään asettuneet hoitamaan virkaa Suomessa, ja Suomessa koulutettuja lääkäreitä oli liian vähän. Virkoja ei edes perustettu samaa tahtia kuin Ruotsin puolella, missä oli ollut useita piirilääkäreitä jo 1700-luvun alkupuolelta lähtien, kun Suomessa ensimmäinen aloitti vasta 1749 ja seuraavalla vuosikymmenelläkin heitä oli vain muutama.²⁰² Lääkärimäärä kasvoi hitaasti 1700-luvun ajan, joskin kriisitilanteet nostivat määrää. Tietokanta-analyysissä korostuvat erityisesti sotatilanteet ja vallan vaihtuminen vuonna 1809. Nämä murrosvaiheet edistivät lääkärikunnan kehitystä muutenkin kuin lääkärimääriä nostamalla.

¹⁹⁸ Broman 1996, 52.

¹⁹⁹ Hjelt 1885; Tigerstedt 1910; Krogius 1935; Bonsdorff 1960; Oker-Blom 1985; Edgren 2010; Aalto 2016, 36.

²⁰⁰ Luoma 1962b, 10–11.

²⁰¹ Konttinen 1991; Aalto 2016, 35; Kontturi 2020.

²⁰² Tuominen 1976, 455; Lindeqvist 1926, 455; Wirilander & Salomies 2000, 476; Kontturi 2015, 104; Kontturi 2020.

Jo Kustaa III:n sodassa sotalääkäreiksi jouduttiin värväämään lääkäriopiskelijoita ja sitäkin kokemattomampia nuorukaisia, joista osa jäi sodan jälkeen Suomeen harjoittamaan lääkärintointia. Suomen sodassa ilmiö toistui, ja sota ja sen seuraukset vaikuttivat terveydenhuollon järjestämiseen niin lyhyellä kuin pitkällä tähtäimellä. Aluksi terveydenhuollon resurssit siirrettiin lähes kokonaan palvelemaan sodankäynnin tarpeita, ja useista aiemmin siviilivirkkaa toimittaneista lääkäreistä tuli armeijan kenttälääkäreitä, pataljoonanlääkäreitä sekä rykmentinlääkäreitä. Kenttälääkäreiksi koulutettiin jälleen hyvin nuoria ja kokemattomia nuorukaisia, jopa ylioppilaita. Osa lääkäreistä kuitenkin siviilivirkansa turvin kieltäytyi palveluksesta, ja osa pakeni sotaa Ruotsiin. Lääkäreitä oli tässä tilanteessa liian vähän sekä sodan tarpeisiin että tavallisten virkojen täyttämiseen. Sodassa moni menetti henkensä tai joutui vangiksi, ja sodan päätyttyä lääkärimäärä Suomen alueella oli romahtanut.²⁰³

Suomen omaa lääkintökollegiota alettiin järjestää vallan vaihtumisen jälkeen, ja 1812 perustettiin virallisesti Suomen *Collegium Medicum*, joka toimi hallituskonseljin talousyksikön alaisuudessa.²⁰⁴ Terveydenhuollon todettiin olevan kokonaisuudessaan vaikeassa tilanteessa, kun sodassa menetettyjen lääkäreiden lisäksi myös tulevat lääkärit, lääkäriopiskelijat, olivat suurissa määrin vetäytyneet Ruotsiin.²⁰⁵ Välittöminä toimenpiteinä perustettiin uusia piirilääkärinvirkoja ja kaupunginlääkärinvirkoja sekä nostettiin syrjäseutujen lääkäreiden palkkoja.²⁰⁶ Erityisesti jouduttiin järjestämään uudelleen armeijan lääkäreitä. Aiemmille Ruotsin armeijan rykmentinlääkäreille osoitettiin suosiolla uudet virat piirilääkäreinä tai linnanlääkäreinä.²⁰⁷

Artikkelin Kontturi 2020 luvut lääkärimäärästä poikkeavat tietokanta-analyysin lääkärimäärästä, koska perustettujen virkojen määrä oli jatkuvasti suurempi kuin todellinen lääkärimäärä. Tämä johtui paitsi virkojen päällekkäisyydestä (yksi lääkäri hoiti useampaa virkaa), myös vaikeuksista saada virkoja täytettyä, erityisesti syrjäseuduilla. Artikkelissa Kontturi 2020 olen todennut vallan vaihtumisen kuitenkin vaikuttaneen olennaisesti siihen tahtiin, jolla lääkärinvirkoja lisättiin ja lääkärijärjestelmää kehitettiin. Keisarin myötämielisyydellä ja viranomaisen oman päätäntävallan kasvulla saavutettiin suurempi lääkärikattavuus ja tasaisempi alueellinen jako nopeammin kuin olisi ollut oletettavaa Ruotsin vallan jatkuessa.²⁰⁸ Samoin lääkäreiden alueellinen jakautuminen muuttui tasaisemmaksi, kuten myös tietokanta-analyysissä totesin. Erityisesti Viipurin läänin lääkärimäärä nousi 1830-luvulta lähtien.²⁰⁹ Suurempi ja tasaisempi lääkäritiheys vahvisti lääkäriverkostoa ja lääkäreiden tavoitettavuutta, lujittaen ammattikunnan asemaa.

Esa Konttisen mukaan osasy syy lääkäreiden määrän hitaaseen nousuun oli se, että ammattikunta jäi taloudellisten resurssien jaossa toissijaiseksi. Tämä johtui

²⁰³ Kontturi 2020, 328.

²⁰⁴ Tiitta 2009, 17–18.

²⁰⁵ Pesonen 1980, 31; Heikkinen 1985, 39.

²⁰⁶ Pesonen 1980, 54; Kontturi 2020, 332.

²⁰⁷ Kontturi 2020, 333–334.

²⁰⁸ Kontturi 2020, 339–342.

²⁰⁹ Ks. tietokanta-analyysi; Kontturi 2020, 336.

siitä, että lääkärikunta oli yhteiskunnan johtavien ryhmien intressialueen ulkopuolella. Ammatti oli uusi, eikä se alkuun kiinnostanut aatelista tai edes ylempien virkamiesten poikia. 1800-luvun alkupuolella tilanne kuitenkin muuttui, ja lääkäreiden rankiluokitusta nostettiin sekä Suomessa koulutettujen lääkäreiden määrä kasvoi. Opetuksen uudistukset olivat osaltaan nostamassa ammattikunnan tasoa ja houkuttelevuutta.²¹⁰ Tämä oli osin myös pakon sanelemaa, sillä kun yhteydet Ruotsiin vallan vaihtumisen seurauksena heikkenivät, Suomen omaa lääkärikoulutusta oli kehitettävä. 1700-luvulla Turusta valmistui hyvin vähän lääkäreitä, mutta vallan vaihtumisen jälkeen suurin osa lääkäreistä oli jo saanut koko koulutuksensa Turussa, vuodesta 1827 eteenpäin Helsingissä.²¹¹ Vuonna 1828 tutkintovaatimuksia uudistettiin siten, että jo aiemmin asetettu vaatimus lääkäreiden tohtorintutkinnosta vahvistettiin, ja tutkinnosta tehtiin kaksivaiheinen: ennen lääketieteen opintoja tuli suorittaa filosofian kandidaatin tutkinto. Lääkärikoulutus kesti uudistuksen myötä keskimäärin 13 vuotta, kansainvälisesti vertaillen ennätyksellisen pitkään.²¹²

Lääkärit olivat näiden muutosten taustalla. Yliopistokoulutuksen yleinen arvostus nousi 1800-luvulla, mutta sen lisäksi opetuksen uudistuksia vaativat lääketieteellisen tiedekunnan sekä *Collegium Medicum* johdossa olevat lääkärit. Pyrkimysten toteutuminen oli kuitenkin keisarin ja kenraalikuvernöörin varassa, ja Suomen oman hallituskonseljin viranomaiset suhtautuivat monessa käänteessä lääkärijärjestelmän ja terveydenhuollon uudistuksiin huomattavasti vastahakoisemmin kuin keisari.²¹³

Myös 1830-luvun alun koleraan uhka sai terveydenhuollon ja lääkärijärjestelmän rattaat liikkeelle. Varsinaisia koleralääkäreitä nimitettiin ensimmäisen kerran, lääkäreitä uudelleen sijoitettiin väliaikaisesti koleralääkärin tehtäviin ja uusia ylimääräisiä lääkäreitä palkattiin koleraan varalle.²¹⁴ Kolera oli vain yksi niistä tekijöistä, jotka vaikuttivat 1800-luvun alkupuolella vahvistuneeseen yleiseurooppalaiseen suuntaukseen, jossa keskityttiin entistä enemmän yleisiin terveydenhuollon toimenpiteisiin. Erityisesti koleraan oli havaittu leviävän helpommin tietyillä alueilla, mistä oli tehty päätelmä, että elinolosuhteita ja terveysoloja valvomalla ja niihin vaikuttamalla voitiin ehkäistä ja hillitä tautien leviämistä. Sen seurauksena julkaistiin Suomessa vuoden 1832 terveydenhoidon ohjesääntö, jossa keskityttiin yleisiin terveyden valvontatoimenpiteisiin.²¹⁵ Erityistä tässä ohjesäännössä oli piirilääkäreiden ohjaaminen potilaiden hoidosta kohti julkisia valvontatehtäviä, valistusta, tarkastusten tekemistä ja raportointia. Tämän myötä piirilääkäreiden virkamiesmäisyys korostui entisestään, ja heille annettiin myös niin ammattikunnan sisällä kuin yleisesti terveydenhoidon toimijoiden keskuudessa uutta valtaa. Piirilääkärit olivat siihenkin saakka olleet ammattikunnan leimallinen lääkäriyryhmä, mutta heidän asemansa lääkärihierarkian huipulla lujittui ja määritteli myös yleisemmin ammattikunnan asemaa.

²¹⁰ Konttinen 1991, 154; Kontturi 2020, 338.

²¹¹ Kontturi 2019, 59; Kontturi 2020, 339.

²¹² Konttinen 1991, 154–155.

²¹³ Konttinen 1991, 154; Kontturi 2020, 331.

²¹⁴ Lääkäritietokanta 1749–1856; ks. tietokanta-analyysi.

²¹⁵ Pesonen 1980, 163–164.

Sodan aiheuttama terveydenhuollon tilapäinen romahdus sekä oman hallinnon järjestäminen vallan vaihduttua pakottivat lääkärijärjestelmän uudistumaan nopeasti. 1800-luvun ensimmäiset vuosikymmenet olivat siten ammattikunnan kehityksessä ratkaisevia: virkojen lisääminen, koulutuksen uudistaminen, palkkojen korottaminen, rankiluokituksen nostaminen sekä yleinen sivistyksen ja yliopistokoulutuksen arvostuksen nousu vahvistivat lääkäreiden professionaalista ja yhteiskunnallista asemaa. Lisäksi Suomen lääkäreiden oma päättävä valta ammattikunnan ja terveydenhuollon asioissa kasvoi huomattavasti Suomen oman *Collegium Medicum*in perustamisen myötä.²¹⁶

3.1.2 Ammattikunnan sulkeminen

Max Weber on alun perin kehittänyt niin sanotun sosiaalisen sulkemisen käsitteen (*social closure*), jolla professio rajaa jäseniään ja suojelee asemaansa. Sitä ovat sittemmin kehittäneet muut sosiologit, kuten Frank Parkin, Randall Collins, Raymond Murphy ja Charles Tilly. Parkinin määritelmän mukaan sulkemisessa pyritään maksimoimaan tietyn ryhmän edut rajoittamalla sen resurssien saatuutta ja mahdollisuuksia rajatulle joukolle, joka täyttää tietyt kriteerit. Parkin määrittelee myös kaksi sulkemisen muotoa, poissulkemisen (*exclusion*) sekä valtauksen (*usurpation*).²¹⁷ Murphyn määritelmän mukaan kyseessä on prosessi, jossa ryhmä monopolisoi edut itselleen sulkemalla mahdollisuudet toisilta, sen määritelmän mukaan sen itsensä alapuolisilta ryhmiltä.²¹⁸ Myös Tillyn ja Collin sin määritelmissä korostuvat ”ylemmäksi” itsensä määrittelevän ryhmän valta haalia itselleen edullisia resursseja ja ylläpitää valtaa ja pätevyyttä osoittavia ominaisuuksia, kuten koulutusta.²¹⁹

Uudemmassa professiotutkimuksessa on siirrytty yhä enemmän tulkintoihin, jossa vältetään tarkkojen rajojen asettamista ”professioille” ja ”ei-professioille”. Etenkin sulkemisen käsite on ollut perinteisesti melko kapea.²²⁰ Prosessiluontoisuutta korostaessa huomio kiinnittyy alusta asti mukana olleisiin piirteisiin ja niiden vahvistumiseen erityisesti 1800-luvun alkupuolella. Lääkäreiden tehtäviä määriteltiin entistä tarkemmin, mikä oli osoitus lääkäreiden työnkuvan jäsentymisestä ja erottamisesta muista toimijoista. Erityisesti uusi vuoden 1832 ohjesääntö määritteli lääkäreiden toimialueet entistä tarkemmin, ja muun muassa raportoinnille annettiin selvemmat ohjeet.²²¹

Risto Rinne ja Arto Jauhiainen ovat perustelleet Suomen lääkärinkunnan professionalisoitumisen ajoitusta ennen kaikkea monopolisoitumisella. He ovat todenneet, että lääkärinkunnassa oli jo vallan vaihtuessa 1809 selviä professionaalisia ominaisuuksia: akateeminen koulutus sekä valvova ja valtion alaisuudessa toimiva organisaatio *Collegium Medicum*. Kuitenkin lääkärimäärä oli vielä liian

²¹⁶ Kontturi 2020.

²¹⁷ Parkin 1979, 44, 54.

²¹⁸ Murphy 1988, 88.

²¹⁹ Collins 1975; Tilly 1998.

²²⁰ Harrits 2014, 2.

²²¹ Kontturi 2021b.

pieni, jotta ammattikuntaa olisi voinut kutsua professioksi, ja ennen kaikkea toiminta ei ollut monopolisoitunut eikä ammattikunta sulkeutunut, mikä näkyi esimerkiksi pappien värväämisessä lääkintätehtäviin.²²²

Myös profession sulkeutuminen on kuitenkin vain yksi professionalisoinnin kriteeri ja lisäksi hankalasti määriteltävissä. Lääkärityön kaltaisissa tehtävissä toimi paljon muitakin ryhmiä, ja nämä ryhmät jatkoivat toimintaansa myös lääkäriprofession rinnalla sen myöhemmissä vaiheissa tai siihen integroituen (kirurgit). Kuitenkin lääkäreille oli selvää, että nämä ryhmät eivät kuuluneet heidän joukkoonsa, ja tämä pyrittiin osoittamaan erilaisin keinoin. Lääkäriammattikunnan sulkeminen alkoi jo *Collegium Medicum*in perustamisen yhteydessä 1600-luvun loppupuolella. Kollegion perustivat 1663 neljä tukholmalaista lääkäriä: kuningatar Kristiinan entinen henkilölääkäri Gregoire Francois Du Rietz, Kaarle X Kustaan entinen henkilölääkäri Bernhard Below, Tukholman kaupunginlääkäri Zacharias Wattrang sekä amiraliteetin lääkäri Peter Schallerus (Gripflicht). Kaikki olivat ulkomailla syntyneitä ja koulutuksensa saaneita.²²³ Kollegion jäseniksi kutsuttiin kaikki tutkinnon suorittaneet lääkärit. Samalla pyrittiin valvomaan ruotsalaisten lääkäreiden koulutusta ja ammatinharjoitusta. Ensimmäisiä toimenpiteitä oli rajoittaa ulkomaalaisten lääkäreiden maahanpääsyä.²²⁴

Toimenpiteet pyrittiin kuitenkin laajentamaan kaikkeen terveydenhoidon alan toiminnan valvontaan. Kollegion sääntöihin oli kirjattu kiellettävät sekä valvottavat toiminnan alat. Sallittuihin, mutta valvottaviin toimijoihin kuuluivat välskärit (kirurgit), apteekkarit, kylvettäjät, kättilöt, okulistit, tyrien ja rakkokivien leikkaajat, ryytikauppiat ja materialistit. Kiellettyihin toimijoihin kuuluivat kouluttamattomat kansanparantajat, epäviralliset kiertelevät lääkärit sekä erilaiset kulkukauppiat ja ”puoskarit”.

Kollegion linjaukset herättivät vastustusta muissa ammattiryhmissä, erityisesti apteekkarien ja kirurgien keskuudessa. Turussa käytiin 1750-luvulla suoranaista valtataistelua lääkäreiden, apteekkarien ja kirurgien toimintakentästä ja asemasta.²²⁵ Lääkäreillä ei ollut lupaa pitää apteekkia eivätkä apteekkarit voineet toimia lääkäreinä; poikkeus oli Vaasassa toiminut Barthold Rudolf Hast, joka sai erikoisluvan lääkäriä apteekin pitämiseen.²²⁶ Muutoin apteekkaritoimi oli alistettu *Collegium Medicum*in valvontaan vuoden 1688 lääkintäasetuksessa. Käytännössä tämä tarkoitti apteekkien määrien säätelyä, lupien myöntämistä uusien perustamiselle sekä niiden toiminnan tarkastamista.²²⁷

Vuosikertomusten valossa näyttää siltä, että lääkärit tarttuivat jopa hana-kammin muiden virallisten toimijoiden kuin epävirallisten parantajien toimintaan. Rokottajista on useita mainintoja. Jacob Sundiuksen kertomuksessa Jämsän

²²² Rinne & Jauhiainen 1988, 78.

²²³ Hjelt 1891, 5–6, 14–15, 28, 72; Muiluvuori 2005, 31.

²²⁴ Hjelt 1891, 25–27, 49–50; Muiluvuori 2005, 31.

²²⁵ Muiluvuori 2005.

²²⁶ Muiluvuori 2005, 49.

²²⁷ Muiluvuori 2005, 39.

rokottaja Nyström saa kehut ”uutterana rokottajana”, kun taas Keuruun rokot-
taja Storberg oli ”aivan päinvastainen”.²²⁸ Rokottajista raportoinnissa korostuu-
kin rokottajien vertailu, jopa eräänlainen kilpailu siitä, kuka rokotti eniten. Johan
Eric Sabelli ehdotti vuosikertomuksessaan 1830 Vaasan rokottaja Sundholmille
kunnianosoitusta siitä hyvästä, että tämä oli rokottanut piirissä eniten. Rokottaja
Achtman puolestaan sai maininnan siitä, että oli ollut toimessaan epäluotet-
tava.²²⁹ Myös Anders Jakob Hjertman kertoo erään piirinsä rokottajan saaneen
nuhtelut puutteellisesta panoksestaan ja toisen puolestaan kunniamaininnan hy-
västä työstä.²³⁰

Myös apteekkarien pätevyyttä kyseenalaistettiin. Esimerkiksi Heinolan pii-
rilääkäri Anders Johan Lille kirjoittaa Mikkeliin palkatusta apteekkari Strengistä,
joka oli todettu tutkinnon suorittaneena päteväksi farmaseutin tehtäviin, mutta
Lillen mielestä Strengin suorittama tutkinto (*studiosus examen*) ei ollut sama asia
kuin maisterintutkinto, mistä syystä hän ei voinut arvioida, oliko tämä todella
pätevä tehtäväänsä vai ei.²³¹ Oli kuitenkin luonnollista, että vuosikertomuksissa
rokottajien ja apteekkarien pätevyys tuli useimmin esiin, koska apteekkitarkas-
tukset ja rokottaminen kuuluivat piirilääkäreiden säännölliseen työnkuvaan. Sa-
malla kyse oli kuitenkin ammattikunnan valvontaoikeuden ja siten valta-aseman
osoittamisesta.

Välskäreitä ja kirurgeja ei valvottu yhtä kriittisesti, mutta heidänkin toimin-
tansa oli lääkäreille alisteista, ja heidät mainitaan usein lääkäreiden avustajina.
Välskäreihin ja kirurgeihin liittyikin eniten epäselvyyttä ammattikunnan sulke-
misessa. Artikkelissa Kontturi 2021b olen analysoinut, kuinka ajanjaksolla 1750-
1850 kirurgeista, aiemmin erillisestä, jopa kilpailevasta ammattikunnasta, tuli vä-
hitellen osa lääkärikuntaa. Virallisesti yhdistyminen tapahtui 1797, mutta käy-
tännön tasolla erillisyys jatkui vielä pitkään.²³² Myös Charlotta Wolff kuvaa ar-
tikkelissaan lääkäriammattikunnan ja välskäri-kirurgiammattikunnan välisten
suhteiden muutoksia 1700-luvun loppupuolella ja 1800-luvun alussa. Hän toteaa
ammattikuntien rajojen olleen jatkuvasti yhteenlimittyneet; tällä jaksolla ne tuli-
vat vielä lähemmäs toisiaan, mutta erillisyys näkyi esimerkiksi erilaisessa koulu-
tuksessa vuoteen 1862 asti.²³³

Välskärit olivat olleet lääkärintyötä vastaavissa tehtävissä jo vuosisatoja.
Välskäreitä edelsivät keskiajalta lähtien parturit, ulkomailta tulleet käsityöläiset,
jotka parran- ja hiustenleikkuun lisäksi hoitivat haavoja ja tekivät kirurgisia toi-
menpiteitä. Ensimmäiset viralliset parturit olivat armeijan ja kuninkaiden palve-
luksessa. Parturiammattikunta järjestäytyi 1500-luvun lopulla, kun kuusi tukhol-
malaista parturia ja heidän kisällinsä perustivat Parturikillan 1571. Siitä kehittyi
vähitellen kirurgiseura *Societas chirurgica*, joka virallistettiin 1685. Partureita alet-

²²⁸ KA LAV Jacob Sundius 1831.

²²⁹ KA LAV J. Sabelli 1830.

²³⁰ KA LAV A. Hjertman 1830.

²³¹ KA LAV Anders Johan Lille 1831.

²³² Kontturi 2021b.

²³³ Wolff 2020.

tiin kutsua välskäreiksi. Nimitys (r. *fältskär*, sananmukaisesti kenttäleikkaus) ker-
toi armeijan omineen ammattikunnan omaan käyttöön.²³⁴ Välskärit olivat kui-
tenkin käytännössä pitkään järjestäytymättömiä. Ammatinharjoittajien taustat ja
koulutus vaihtelivat suuresti. Viralliset tutkintovaatimukset esitettiin vasta 1686.
Tässä vaiheessa valtakunnan yliopistoissa opetettiin vain lääketiedettä: kirurgiaa
alettiin opettaa Tukholmassa vuonna 1756, Turussa vasta 1784.²³⁵ Välskärit kou-
luttikin ammattikuntalaitos 1700-luvun lopulle saakka. Vuoden 1799 välskärei-
den ohjesäännön ansiosta välskäreille tarjoutui mahdollisuus suorittaa kirurgian
maisterin tutkinto, joka antoi heille vastaavat lääkäri-oikeudet kuin lääketieteen
tohtorilla.²³⁶

Lääkärit valittelivat välskäreiden puutteellisesta ammattitaidosta ja tun-
keutumisesta lääkäreiden toiminta-alueelle. Sisätautien hoitaminen oli rajattu
lääkäreiden erioikeudeksi, ja välskäreiden tuli pitäytyä ulkoisten vammojen hoi-
dossa. Kuitenkin muun muassa Johan Haartman arvosteli ”puolikoulutettuja”
ja ”ylpeitä” välskäreitä, jotka salaa hoitivat myös sisätauteja ja valmistivat lääk-
keitä. Professori Nils Rosén vertasi välskäreitä muurareihin, jotka kuvittelivat
olevansa yhtä päteviä kuin arkkitehdit (lääkärit), ja myös Haartman kuvasi väls-
käreiden kyllä osaavan käytännön työn, mutta ymmärryksen lääketieteestä ole-
van heikkoa.²³⁷

Kaikilla näillä keinoilla lääkärit pyrkivät osoittamaan välskäreille heidän
paikkansa ja korottamaan omaa asemaansa. Haartman toimi aktiivisesti myös
lääkäreiden etujen puolesta, sillä hän katsoi suureksi epäkohdaksi sen, että väls-
käreiden taloudellinen asema oli usein parempi kuin lääkäreiden ja kirurgiseu-
ralla oli yksinvalta uusien kirurgien nimittämisessä. Välskäreiden tulotason pa-
remmuus johtui pitkälti siitä, että 1700-luvun välskärit tekivät vielä parturointia,
mikä toi heille lisätuloja. Lisäksi välskäreiden toimenpiteet olivat korkeammin
hinnoiteltuja kuin lääkäreiden. Haartman katsoi kirurgikoulutuksen lisäämisen
lääkärinkoulutukseen tarpeelliseksi, jotta paremmin koulutetut välskärit voisivat
myöhemmin syrjäyttää heikommin koulutetut. Haartmanin toimet ja sukulaisia
ja tuttavien suosivat virkanimitykset Turun lääketieteellisessä tiedekunnassa joh-
tivat lopulta uudistettuun tiedekuntaan, jossa muun muassa kirurgia ja farmasia
olivat lääketieteellisen tiedekunnan sisällä.²³⁸ Tässäkin korostui lääkäreiden ote
muista ammattikunnista.

Lisäksi kirurgian maistereita valmistui Suomessa hyvin vähän. Vuoden
1836 asetuksen voimassaoloaikana (1836–1862) valmistui vain yhdeksän kirur-
gian maisteria. Vuonna 1862 annettiin keisarillinen määräys kirurgian kandidaa-
tin ja maisterin tutkintoihin valmistavan koulutuksen lakkauttamisesta.²³⁹ Kus-
taa III:n sodassa 1788–1790 palvelukseen oli otettu vajavaisesti koulutettuja väls-
käreitä, jotka sodan päätyttyä alkoivat harjoittaa lääkärintointia. *Collegium Medi-*

²³⁴ Forsius 2003; Rintala 2006, 15.

²³⁵ Rintala 2006, 15, 31.

²³⁶ Rinne & Jauhiainen 1988, 71–73.

²³⁷ Muiluvuori 2005, 64–65.

²³⁸ Muiluvuori 2005, 65–66; Rintala 2006, 15, 53, 57.

²³⁹ Pesonen 1980, 218.

cum huolestui näiden henkilöiden ammattitaidosta ja pyysi määräystä, ettei välskärin virkaan saisi palkata ketään ilman kirurgiyhdistyksen todistusta vaadittavien tutkintojen suorittamisesta. *Societas chirurgica* katsoi näiden välskäreiden ammattitaidon enimmiltä osin riittäväksi. Tapaus ei jäänyt ainoaksi kahnaukseksi lääkintökollegion ja kirurgiyhdistyksen välillä. Kirurgiyhdistys pyrki saman tasoiseksi yhteiskunnalliseksi elimeksi kuin *Collegium Medicum*, kuitenkin siinä onnistumatta. Lopulta *Collegium Medicum* alisti kirurgien ammattikunnan valvontaansa, ja kirurgien koulutus pyrittiin tieteellistämään asettamalla sille seuraavat vaatimukset: vähintään 15 vuoden ikä, kirjoitus- ja laskutaito sekä teologian ja vieraiden kielten, erityisesti latinan pohjatiedot. Lisäksi vaatimuksiin kuului vähintään kolme vuotta mestarivälskärin apulaisena.²⁴⁰

Ammattikuntien erillisuus ja toisaalta limittyneisyys ei ollut ominaista vain Ruotsille ja Suomelle. Myös esimerkiksi uuden ajan Englannissa kirurgeja ja apteekkareita pidettiin lääkäreistä erillisinä ammattikuntina, ja etenkin lääkärit itse katsoivat olevansa näiden yläpuolella. Lääkärit olivat huolissaan apteekkarien ja kirurgien tunkeutumisesta oman toimintansa alueelle, molempia ammattikuntia säädeltiin ulkopuolelta, ja molemmilla oli oma sisäinen järjestyksensä. Tosiasiassa molemmissa oli kuitenkin huomattavaa limittyneisyyttä lääkärinammatin kanssa. Christi Sumich huomauttaa, että tästä johtuen apteekkarit ja kirurgit olivat erilaisessa kilpailukategoriassa lääkäreiden kanssa kuin muut toimijat, esimerkiksi epäviralliset parantajat.²⁴¹

Hyvin samankaltainen tilanne oli Ruotsissa ja Suomessakin. Aluksi ammatillinen limittyminen tapahtui kirurgien ja apteekkarien välillä, erityisesti maaseudulla, mutta myöhemmin se laajeni myös lääkäreihin.²⁴² Kuten artikkelissa Kontturi 2021b olen osoittanut, käytännössä muutamat lääkärit toimivat apteekkareina, vaikka lääkäreitä oli teoriassa kielletty harjoittamasta apteekkarintointia intressiongelmien vuoksi. Tällöinkin käytännön tarve on voittanut muodolliset rajoitteet.²⁴³

Myöskään kirkonmiesten sekoittuminen lääkäriammattikuntaan ei ollut vain Ruotsille ja Suomelle ominaista. Englannissa ryhdyttiin 1600-luvulla aktiivisiin toimiin pappien sulkemiseksi lääkäritoiminnan ulkopuolelle.²⁴⁴ Suomessa papit olivat joutuneet perehtymään sairauksiin jo vuodesta 1749 laadittuja kuolteiden ja haudattujen luetteloita varten. Luetteloita käytettiin väestötietojen tilastointiin, ja niihin merkittiin kuolinsyyt. Pappien tuli myös seurata kulkutautitilannetta ja ilmoittaa siitä maaherralle, piirilääkärille tai suoraan lääkintökollegiolle.²⁴⁵ Vuoden 1774 piirilääkäreiden ohjesäännössä pappien tehtäväksi annettiin myös lääkärin kulkutautialueille lähettämien lääkkeiden jakaminen. 1700-luvun loppupuolella papeilla oli tärkeä rooli myös rokonistutusten²⁴⁶ antamisessa ja

²⁴⁰ Pesonen 1980, 212–213.

²⁴¹ Sumich 2013, 81.

²⁴² Pasternack et al. 2017, 51–52.

²⁴³ Kontturi 2021b.

²⁴⁴ Sumich 2013, 88.

²⁴⁵ Suolahti 1919; Pesonen 1971.

²⁴⁶ Rokonistutuksella tarkoitetaan isorokkoviruksen keinotekoista tartuttamista käteen tehdyn haavan kautta. Seurauksena oli lievempi tartunta, joka antoi immuniteetin varsinaiselle taudille.

kansan mielipiteen kääntämisessä niille suotuisaksi. Erityisesti Pohjanmaalla yhteistyössä Barthold Rudolf Hastin kanssa toiminut Anders Chydenius ja Pietarsaarelainen pappi Zachrias Galenius tunnetaan toimeliaina rokonistuttajina: Chydenius taivutteli kansaa rokonistutusten puolelle, ja Galenius istutti rokon yli 2600 henkilöön. Chydeniuksen ohella monet muutkin papit Pohjanmaalla istuttivat rokkoa erityisen paljon muuhun maahan verrattuna.²⁴⁷

Papit on jätetty Lääkärیتietokannan ulkopuolelle, mutta muista lääkäri-istoista heitä löytyy. *Finska Läkaresällskapetin* jäseniin kuului pappeja aina perustamisvuodesta 1835 alkaen. Kuitenkin rajanvetona oli jälleen lääketieteen tohtorin tutkinto: jäsenlistassa on vain pappeja, jotka olivat suorittaneet lääkäritutkinnon, riippumatta siitä toimivatko he missään vaiheessa lääkärinä. Limittyminen tapahtui toisinkin päin, nimittäin eräät lääkäritkin ryhtyivät myöhemmällä uralaan papeiksi. Kuten artikkelissa Kontturi & Eilola 2014, aiemmassa tutkimuksessa sekä tietokanta-analyysissä on todettu, suuri osa ajanjakson lääkäreistä oli kirkonmiesten poikia.²⁴⁸

Muissa Pohjoismaissa lääkäriammattikunnan kehityksessä ja erityisesti suhteessa muihin toimijoihin oli paljon samankaltaisuuksia. Lääkäreiden ja kansanparantajien välistä suhdetta Ruotsissa 1800-luvun jälkipuolella tutkinut Sofia Ling on todennut suhteen olleen todellisuudessa paljon kiello- ja kilpailuasetelmaa monimutkaisempi. Toiminta, erityisesti haitallinen, piti kieltää ja sitä tuli valvoa, mutta jossain määrin sille annettiin myös elintilaa ja mahdollisuuksia täyttää valtion järjestämän terveydenhuollon puutteita. Lingin mukaan tässä oli kyse erityisen tasapainon hakemisesta: jossain määrin lääkärit hyväksyivät terveydenhoidon kentän pluralismia ja monimuotoisuutta, mutta samalla kuitenkin puolustivat virallisten lääkäreiden etuoikeuksia. Tämä tasapainottelu oli jopa Ruotsin lääketieteen professionalisaatiolle ja tieteellistymiselle leimallista, ja siinä pyrittiin asettamaan hallittavia rajoja sallitulle ja kielletylle toiminnalle. ”Puoskari”-syytöksen alle joutuivat todennäköisesti ne toimijat, jotka väittivät kykenevänsä parantamaan niitä sairauksia, joiden kanssa lääkäreilläkin oli haasteita. Tällöin kyse oli lääketieteen auktoriteetin haastamisesta. Sen sijaan toimijat, jotka vahvistivat lääketieteellistä käsitystä sairauksien hoidosta ja joiden voitiin katsoa toiminnallaan auttavan lääkäreitä, tulivat todennäköisemmin hyväksytyiksi. Lingin mukaan lääkärit harvoin käyttivät heille suotua valtaa estää muita toimijoita astumasta reviirilleen.²⁴⁹

Yksi selvimmistä osoituksista tästä on, että Ruotsin ja Suomen lääkäreiden raporteissa 1700-luvun puolivälistä 1800-luvun alkuun ja myös tästä eteenpäin Suomen lääkäreiden raporteissa ilmoitukset ”puoskareista” ovat hyvin harvinaisia, eivätkä silloinkaan aina negatiivisia. Ne ovat linjassa Lingin havainnon kanssa siinä, että kriittisimpään sävyyn kerrotaan parantajista, joiden toiminta katsotaan haitalliseksi tai lääkärin toiminta-alueelle tunkeutuvaksi, ja muihin

²⁴⁷ Pesonen 1971.

²⁴⁸ Edgren 2010, 124; Kontturi & Eilola 2014; Hakosalo 2010, 1545; Konttinen 1991; ks. tietokanta-analyysi.

²⁴⁹ Ling 2004, 235–236.

suhtaudutaan pääosin neutraalisti tai jopa myötämielisesti, jos potilaat kokivat saaneensa apua parantajalta.²⁵⁰

Tanskassa kansanparantajien hoitoon hakeutuminen kiellettiin lailla 1794, mutta tämä ei estänyt toimintaa eikä ihmisiä hyödyntämästä sitä. Kuten Ruotsissa ja Suomessa, virallisia lääkäreitä oli vähän ja ”lääkäripula” tunnistettiin myös julkisesti. Tanskassa kuitenkin koettiin, että lääkärit hoitivat ensisijaisesti paremmassa asemassa olevia potilaita parempien palkkioiden takia, ja tämän vuoksi köyhemmät sairaut jäivät heitteille. Tässä asetelmassa kansanparantajat olivat edullisempi ja helpommin tavoitettava vaihtoehto.²⁵¹ Ruotsissa ja Suomessa tilanne oli toinen köyhäinlääkäreiden sekä piirilääkäreiden ilmaishoitovelvollisuuden vuoksi. Tanskassa, kuten Ruotsissa ja Suomessakin, käytäntö oli kuitenkin yleensä hyvin erilainen kuin ohjeistus. Parantajia voitiin pitää jopa hyödyllisinä terveydenhoidon apuhenkilöinä, ja heidän toimintaansa puututtiin hyvin harvoin, käytännössä lähinnä silloin kun selvää vahinkoa oli aiheutettu potilaalle (esimerkiksi tämän kuolema) tai raportoituna oli erityisen virkaintoinen henkilö.²⁵²

Norjassa julkisen terveydenhuollon järjestämisen katsotaan käynnistyneen kunnolla 1800-luvulla, jolloin sinnekin perustettiin piirilääkärijärjestelmä. Norjan lääkärijärjestelmä kehittyikin vuosisadan aikana huimaa vauhtia; kun vuosisadan alussa heitä oli noin 100, sen lopussa heidän määränsä oli kymmenkertaisesti tuhtaan, vaikka väestömäärä oli samassa ajassa vain kaksinkertaistunut. Suhteellinen lääkärimäärä kasvoi siis huomattavaa vauhtia verrattuna Ruotsin tai Suomen tahtiin.²⁵³

Sulkemisessa oli siis tärkeää paitsi rajoittaa ja valvoa muita toimijoita, myös vaikuttaa käsityksiin siitä mikä oli ”oikeaa” lääkintäkulttuuria. Tämä palveli nimenomaan lääkäreiden ammatillisen toiminnan tarpeita. Myös lääkäreiden koulutus valmisteli heitä tähän prosessiin. Everett Hughes on kirjoittanut lääkäreiden koulutuksesta prosessina, jossa maallikot perehdytetään maallikkolääkintäkulttuurin parista omaksumaan ammattilaisten tieteellistynyttä ja teknistä lääkintäkulttuuria. Hughes korostaa tätä maallikkolääkintäkulttuuria prosessin lähtökohtana, mutta sen lopputulema vaihtelee; vaikka vaatimukset lääkärikoulutukselle ovat usein olleet standardoidut, jossain vaiheessa lääkäri tuo myös oppimaansa osaksi maallikkojen lääkintäkulttuuria. Tässä vaiheessa hänen oma roolinsa on muuttunut, ja myös yleisessä lääkintäkulttuurissa tähän lääkärin rooliin kohdistuu tiettyjä odotuksia.²⁵⁴

Lääkärikoulutuksessa tehtiin lääkäreitä, ja lääkärikoulutus, tohtorin tutkinto, oli teoriassa edellytyksenä lääkärinä toimimiselle. Kuitenkin artikkelissa Kontturi 2021b olen todennut, että lääkäriyden kriteerit olivat varsin häilyvät ja tilannesidonnaiset. Kuinka tärkeä loppuun käyty tieteellinen koulutus todella oli ammattikunnalle ja sen maineelle? Ketä voitiin kutsua lääkäriksi? Miten tämä liittyi ammattikunnan sulkemiseen?

²⁵⁰ Kontturi 2014, 19–21.

²⁵¹ Bonderup 2001, 77–81.

²⁵² Bonderup 2001, 82–83.

²⁵³ Connor & Curtis 2015, 123.

²⁵⁴ Hughes 1958, 119.

Tietokanta-analyysin tulosten perusteella näyttää siltä, että vaatimus tohtorin arvo jäi lopulta melko teoreettiseksi. Korkeimmin koulutetussa lääkiriryhmässä, piirilääkäreissä, oli virkaan ryhtyessä lääketieteen tohtoreita vain neljä viidestä. Lääkärیتietokannan lääkäreitä yhdistävä tekijä on lääkärinvirassa toimiminen, mutta merkittävällä osa heistä ei ollut tohtoreita. Syitä oli useita: tohtorin arvo oli käytännön tasolla melko pieni muutos lisensiaatin tutkinnon päälle, ja yleensä lisensiaatteina aloittaneet hankkivat tohtorin arvon myöhemmin, mutta joissakin tapauksissa arvo jäi uupumaan ja virkoihin päästiin jo varhaisemmassa opintojen vaiheessa.²⁵⁵ Ennenaikaisia virkanimityksiä tehtiin myös lääkäripulan paikkaamiseksi, mutta lääkärit saivat siinä myös työkokemusta jo ennen valmistumista, eräänlaisen työharjoittelun, josta kuitenkin usein tuli heidän pysyvä virkansa.

Artikkelissa Kontturi 2021b olen tarkastellut lääkäriyden määrittelyä sekä nykytutkijan että aikalaisten näkökulmasta, profession rajaamisen viitekehityksessä. Kysymys siitä, kuka on ja oli lääkäri, on kaikkea muuta kuin yksiselitteinen. Edellä mainitut lääkäreihin limittyvät ammattiryhmät ovat vain yksi esimerkki rajaamisen haasteista: lääkereinä toimi myös henkilöitä, joilla ei ollut virallisesti virkaan pätevöittävää koulutusta eivätkä he välttämättä koskaan hankkineetkaan sellaista. Kuitenkin myös lääkärikoulutuksen saaneiden henkilöiden kesken oli hajanaisia toimijoita; 1800-luvun puolella toimi muutamia yksityislääkäreitä, jotka eivät olleet valtion tarjoamassa virassa, ja käytännössä armeijan lääkärit olivat vain armeijan käytössä, eivät julkisen terveydenhoidon piirissä. Esimerkiksi sodanaikaiset lääkärit olivat myös hyvin väliaikaisissa viroissa, osa heistä ei palannut lääkärintehtäviin, mutta he ovat toimineet lääkärin nimikkeellä. Jos vielä asetetaan rajauskriteeriksi ”suomalaisuus”, on määriteltävä se, pitääkö olla syntynyt ja/tai koulutettu Suomessa vai riittääkö se, että on toiminut Suomessa virassa.²⁵⁶

Kaikki nämä rajatapaukset ovat tavalla tai toisella osa lääkärikuntaa ja sen muotoutumista. Profession raamit vuotivat niin kauan kuin lääkäreitä oli vähemmän kuin virkoja, sillä se pakotti hyväksymään virkoihin henkilöitä virallisten kriteerien ulkopuolelta. Toisaalta virassa toimiminenkaan ei ollut ainoa kriteeri lääkärikuntaan kuulumiselle, sen osoittivat myös lääkäriseuroihin hyväksytyt, lääkärikoulutuksen saaneet mutta viroissa toimimattomat henkilöt²⁵⁷. Professionalisoitumisen näkökulmasta koulutuksen merkitys oli siis suuri, mutta terveydenhuollon tarpeiden näkökulmasta käytännöllisyys ratkaisi, ja se määritteli lääkäriyden toisella tavalla. Professionalisoitumista tarkastellessa onkin syytä huomioida, miltä taholta asiasta kysytään. Lääkärit itse olivat tarkkoja ”oikeista” lääkäreistä ja siten määrittelivät professiota sisältä päin, mutta yhteiskunnan näkökulmasta heidän joukkoonsa kuului laajempi kirjo eri taustoista tulevia henkilöitä, ja heidän yhteenkuuluvuuttaan määritteli heidän toimenkuvansa, ei niinkään heidän statuksensa tai koulutuksensa.

²⁵⁵ Kontturi 2021b; Ks. tietokanta-analyysi.

²⁵⁶ Kontturi 2021b.

²⁵⁷ Kontturi 2021b.

3.2 Tieteellisyys ja tartuntataudit lääkäreiden aseman vahvistajina

Akateemisuus ja tieteellisyys erottivat lääkärit muista parantamisen piirissä olleista toimijoista, ja riippuen katsantokannasta, sitä voidaan pitää professionalisoitumiskehityksessä sekä heidän vahvuutenaan että heikkoutenaan. Yhtäältä korkeakoulutus ja tieteellinen maailmankuva etenkin tutkittavan ajanjakson alussa kasvatti kuilua potilaiden ja lääkäreiden välillä; heillä oli toisistaan poikkeavat näkemykset paitsi sairauksista ja niiden hoidosta, myös yleisesti hyvistä elintavoista.²⁵⁸ Toisaalta lääketieteen kehitys ajanjakson aikana toi käyttöön ensimmäisiä laajamittaisia, tehokkaita toimenpiteitä (merkittävimpänä rokotukset), jotka tekivät virallisesta lääketieteestä kilpailukykyisemmän suhteessa kotihoitoihin ja epävirallisiin parantajiin. Lisäksi lääketiede oli itsessään instituutio, joka käytti valtaa valtiollisen terveydenhoidon muodossa. Mitä järjestelmällisemmin lääketiede tutki ja hoiti sairauksia ja mitä enemmän sen tulokset valtavirtaistui-
vat, sitä vankemman aseman lääkärit saavuttivat toimintakentällään.

Valistus ja hyödyn aikakausi kuitenkin nostivat tieteen asemaa ja vahvistivat myös lääkäreiden asemaa yhteiskunnassa. Valistuksen aikana Euroopassa oli kehittynyt voimakas kiinnostus statistiikkaan ja tilastoihin, joilla voitiin tehokkaasti koota ja välittää tietoa. Tilastot valjastettiin myös lääketieteen ja väestönkasvun edistämisen välineiksi. Esimerkiksi rokonistutus- ja rokotustilastoja voitiin käyttää argumentoinnissa menetelmien tärkeyden puolesta.²⁵⁹ Elina Maaniitty on tarkastellut näitä teemoja osana lääkäreiden professionalisoitumiskehitystä, joka näiden piirteiden perusteella alkoi jo 1700-luvulta lähtien: ne rakensivat paitsi lääkäreiden yhteiskunnallista merkitystä väestö- ja kansanterveyskysymysten pohtijoina ja ratkaisijoina, myös lääkäreiden ammatinkuvaa ja asiantuntijuutta. Lääkäreiden yhteenkuuluvuutta ja kollegiaalisuutta edistivät myös lääketieteelliset julkaisut ja tieteellinen keskustelu.²⁶⁰ 1700-luvun loppua kohden nämä tieteelliset kausijulkaisut kasvattivat merkitystään, ja esimerkiksi *Vetenskaps-Akademiens Handlingar* -journaalissa julkaistiin usein väestö- ja terveysasioihin liittyviä julkaisuja. Myös lääkärikirjojen kirjoittaminen pyrki siirtämään lääketieteellistä tietoa yhä laajempien väestöryhmien tietoisuuteen. Nämä kirjat alkoivat yleistyä erityisesti 1700-luvun jälkipuolella.²⁶¹

Myös lääkäreiden työstään raportoiminen itsessään edustaa tapaa rakentaa työn merkitystä ja edistää ammatin sisäistä sekä tieteellistä keskustelua. Vuosikertomuksissa toisinaan viitattiin muiden lääkäreiden kirjoituksiin ja teoretisoi-

²⁵⁸ Esim. Vuorinen 2006.

²⁵⁹ Johannisson 1988; Maaniitty 2020.

²⁶⁰ Maaniitty 2020.

²⁶¹ Ensimmäisiä lääkärikirjoja Suomessa oli Johan Haartmanin vuonna 1759 julkaistu *Tydelig Underrättelse Om de Mäst Gångbara Sjukdomars Kännande och Motande, Genom Lätta och Enfalliga Hus-Medel; Samt et litet Res- och Hus-Apothek; Dem til tjenst /som ej hafva tilfalle at rådfråga Läkare*. Teos oli osoitettu nimensä mukaisesti erityisesti niille, joilla ei ollut mahdollisuutta päästä lääkärin hoidettavaksi sairauden iskiessä, ja niinpä se tarjosi hoitokeinoiksi myös helposti saatavilla olevia lääkeaineita. Forsius 2988, 171; Maaniitty 2020.

tiin tautien alkuperää, erotusdiagnostiikkaa ja hoitokeinoja. Eräänlaista tieteellistä keskustelua käytiin siis myös vuosikertomusten välityksellä. Esimerkiksi artikkelin Kontturi 2019 tutkimuksen kohteena oleva lääkäri Samuel Fahlberg viittasi muihin lääkäreihin pohtiessaan Karibianmeren saarilla esiintyneitä tauteja: keltakuume oli yleistynyt saarilla, ja alueen lääkärit olivat tunteneet itsensä voimattomiksi sen edessä, sillä tavanomaiset hoitokeinot eivät olleet tepsineet. Fahlberg löysi eräiden tunnettujen lääkäreiden teoksista uusia, toimivampia lääkkeitä, joilla tautia oli hänen mukaansa saatu paremmin taltutettua.²⁶² Tavallista olikin, että epävarmuuden iskiessä lääkärit konsultoivat kollegoitaan ja lukivat muiden lääkäreiden kirjoituksia aiheesta, kuten teki myös esimerkiksi Johan Adolph Léven pohtiessaan, voiko isorokko sairastuttaa myös sisäelimet²⁶³. Myös Johan Ascholin viittasi vuoden 1840 kertomuksessaan kaupunginlääkäri Grönlundin muistiinpanoihin.²⁶⁴

Lääkärit olivat siis perillä toistensa kirjoituksista ja hyödynsivät niitä omassa työssään. Aikana, jolloin ammatillinen järjestötoiminta ei vielä ollut niin suuressa roolissa ja välimatkat omissa piireissään ja kaupungeissaan toimivien lääkäreiden välillä olivat suuria – erityisesti syrjäseuduilla – lääkäreiden keskinäinen kirjeenvaihto ja erilaiset julkaisut olivat merkittäviä tapoja pysyä perillä tieteellisestä keskustelusta ja viedä omaa tieteenalaa eteenpäin²⁶⁵. Sellaisia olivat myös yhteinen lääketieteen kieli latina ja latinankielinen tautinimistö; näiden hallitseminen erotti lääkärit akateemisesti kouluttamattomista terveystieteen toimijoista ja vahvisti heidän ammatti-identiteettiään ja yhteenkuuluvuuttaan. Vuosikertomuksissa latinaa käytti vain osa lääkäreistä, mutta 1700-luvun raporteissa sitä esiintyy useammin kuin 1800-luvulla. Esimerkiksi Barthold Rudolf Hast käytti lähes kaikista sairauksista latinankielistä nimeä²⁶⁶.

Virginia Berridge, Alex Mold ja Martin Gorsky esittävät teoksessa *Public Health in History* (2011), että Euroopan nykymuotoinen terveydenhuolto alkoi kehittyä vastauksena kaupungistumisen mukanaan tuomille terveysongelmille. Kaupunkiloissa tiheä asuminen ja puutteellinen jäteveden käsittely tekivät epidemioista yleisempiä ja rajumpia kuin maaseudulla.²⁶⁷ Toisaalta Suomessa kaupungistuminen ei ollut erityisen voimakasta vielä 1800-luvun alkupuolella, vaan suurin osa ihmisistä asui maaseudulla. Taustalla oli siis muita yhteiskunnallisia tekijöitä ja motiiveja. Teoria olettaakin, että terveydenhuollon järjestäminen oli reagointia jo ilmenneisiin ongelmiin. Useat historioitsijat ovat pitäneet tautiepidemioita terveydenhuollon kehittämisen liikkeellepanevina voimina. Erityisesti kolera on saanut maineen tautina, jonka aiheuttaman huolen ansiosta sanitaatiojärjestelmiä

²⁶² Kontturi 2019, 69.

²⁶³ SVAR ÄFP4 Johan Adolphus Léven 1801.

²⁶⁴ KA LAV Ascholin 1840.

²⁶⁵ Ks. myös Maaniitty 2020.

²⁶⁶ SVAR ÄFP1 Barthold Rudolf Hast 1771.

²⁶⁷ Berridge et al. 2011, 34.

kehitettiin²⁶⁸. Korrelaatio yhteiskunnallisten vaikutusten ja tautien kanssa ei kuitenkaan ole yksiselitteinen, eikä varsinkaan tautien tappavuutta voi suoraan pitää niiden yhteiskunnallisten seurausten ainoana mittarina. Pääsääntöisesti se, miten voimakkaasti tautiin reagoitiin ja millaisia yhteiskunnallisia toimenpiteitä siitä seurasi, määräytyi pitkälti taudin herättämän pelon, ei niinkään sen aiheuttamien kuolemien perusteella. Muun muassa Roy Porter on tuonut esiin, että terveydenhoidon ”kognitiivisen järjestyksen” mukaan taudista kärsiviä ei häiritse niinkään taudin oireisto tai kivun määrä, vaan odotusten vastainen sairastuminen – minkä on osoittanut historiassa se, että monia vaikeita ja kuolettaviakin sairauksia ei pelätty, koska niitä pidettiin asiaankuuluvina²⁶⁹.

Tarttuvat taudit olivat kuitenkin yhteinen, laaja ja pelätty ongelma niin valtion kuin yksittäisen kansalaisen näkökulmasta. Tärkeä elementti lääkäreiden aseman vahvistumisessa oli yleinen arvio siitä, miten hyvin he onnistuivat työssään ja julkisissa yrityksissään tarttua yhteisiin ongelmiin. Valtiollinen terveydenhoito pyrki luonnollisesti tarttumaan ongelmaan systemaattisemmin kuin yksittäiset epäviralliset parantajat, mikä tarjosi sairastaville ainakin luottoa siihen, että valtio yritti tehdä asialle jotakin. 1700-luvun alun merkantilistiseen väestöajatteluun liittyi optimismi terveyden- ja sairaanhoidon kyvystä pelastaa sairastuneet kuolemalta²⁷⁰. Tämä näkyy niin lääkäreiden kuin lääkintökollegion raporteissa. Jälkimmäisissä arvioitiin, että liki 75 prosenttia sairauksiin kuolleista olisi voitu pelastaa hoidolla.²⁷¹ Piirilääkärit kertoivat toistuvasti epidemioista, joissa uhriluku olisi heidän mukaansa jäänyt pienemmäksi, jos sairastuneet vain olisivat saaneet lääkkeitä tai hakeutuneet lääkärin hoidettavaksi.²⁷² Tämä optimismi suli kuitenkin käytännön haasteiden mukanaan tuomaan pessimismiin: lääkärit joutuivat lopulta voivottelemaan kaikkien auttamisen mahdottomuutta, varsinkin valtiollisen terveydenhoidon rajallisilla resursseilla.²⁷³

Koleran tulo Suomeen 1831 aiheutti mittavat toimenpiteet. Tautia osattiin odottaa ja sen leviämistä seurattiin, ja jo ennen epidemian puhkeamista oli ohjeistettu levittämään tietolehdistä kolerasta koskien muun muassa taudin oireita, leviämistapaa ja varotoimenpiteitä sairastumisen ehkäisemiseksi. Myöhemmin toimenpiteet laajenivat kolera-alueiden eristämiseen, erillisten komiteoiden perustamiseen ja kaupunkien alueiden jakamiseen viranomaisten valvontaan. Jokaiselle tällaiselle valvonta-alueelle asetettiin mahdollisuuksien mukaan myös lääkäri. Komiteoiden tuli valvoa varovaisuustoimenpiteiden noudattamista. Lääkäreiltä odotettiin taudin seurantaa, tutkimuksia sen luonteesta ja leviämisestä ja varotoimenpiteiden hyödyllisyydestä. Kansalle jaettiin myös muita suomen- ja ruotsinkielisiä painettuja ohjeita kolerapotilaiden käsittelystä.²⁷⁴

²⁶⁸ Porter 1999, 2.

²⁶⁹ Porter 1985, 184.

²⁷⁰ Kari Pitkäsén mukaan ajattelu koskee nimenomaan lähinnä 1700-luvun alkua, ks. johdanto, s. 13.

²⁷¹ Johannisson 1989, 328.

²⁷² Kontturi 2014, 92; Kontturi 2015.

²⁷³ Kontturi 2015, 100.

²⁷⁴ Pesonen 1980, 148–154; Forsius 1982, 363–364; Paasikivi 2016, 33.

Ei ainoastaan tauti ja sen pelko herättänyt levottomuutta. Muualla Euroopassa koleratoimenpiteitä, erityisesti karanteeneja, vastustettiin liian ankarina tai hyödyttöminä. Peter Baldwin on kirjoittanut, että osissa Eurooppaa etsittiin aktiivisesti ”syntipukkeja” koleraepidemioille, ja osansa syytöksistä saivat myös lääkärit, joiden pelättiin pahimmillaan liittoutuvan viranomaisten kanssa ja haluavan myrkyttää alemmat luokat, tai vähintäänkin pyrkivän kasvattamaan valtaansa liioittelemalla koleraan vaaroja ja tekemällä siten itsestään korvaamattomia.²⁷⁵ Suomessa kolera ja sen vastustustoimenpiteet eivät ilmeisesti aiheuttaneet laajoja väkivaltaisuuksia, mutta taudista levitettiin kyllä samankaltaisia, joskin lievempiä huhuja, kuten pelkoa siitä että kyseessä oli vain lääketieteen sala-juoni. Huhut osaltaan kertoivat syvemmästä epäluottamuksesta lääkäreitä ja lääketiedettä kohtaan.²⁷⁶ Jossain määrin koleratoimenpiteet saattoivatkin heikentää lääkäreiden asemaa, ainakin paikallisesti alueilla, joissa toimenpiteet olivat mitavampia ja huhut pääsivät leviämään.

Toisaalta ainakin lääkäreiltä itseltään tuli myös vastakkaisia arvioita. Esimerkiksi Hämeenlinnan virkaa tekevä piirilääkäri Nils Reinhold Holstius kirjoittaa vuosikertomuksessaan vuodelta 1831 siitä, miten papiston mukaan terveytilanne seurakunnissa on ollut poikkeuksellisen hyvä, ja papit haluavat laittaa tämän nimenomaan koleraan liittyvien ohjeistusten ansioksi, sillä niiden myötä rahvas olisi saatu kiinnittämään enemmän huomiota terveyden säilyttämiseen²⁷⁷. Kolera joka tapauksessa ravisteli terveydenhoidon rakenteita, aiheutti nopeita uudistuksia ja pakotti epidemia- ja karanteenialueiden asukkaat tekemisiin valtiollisen terveydenhoidon kanssa. Seuraukset lääkäreiden aseman ja maineen kannalta ovat voineet olla alueellisesti niin positiivisia kuin negatiivisia riippuen siitä, miten tautiin on suhtauduttu ja miten torjunnan on katsottu onnistuneen, vai onko torjuntatoimenpiteitä pidetty vain tarpeettomina ihmisten alistamisen ja rajoittamisen välineinä. Konkreettisesti koleraepidemia johti myös piirilääkärin toimenkuvan uudelleenmäärittelyyn vuoden 1832 uudessa ohjesäännössä, kun katsottiin tarpeelliseksi ohjata terveydenhoidon resursseja kansan yleiseen terveydentilaan ja vastaavien epidemioiden hallintaan. Julkiseen terveydenhoitoon keskittyminen yksittäisten potilaiden hoitamisen sijasta lisäsi piirilääkäreiden virkamiesmäisyyttä ja julkista valtaa²⁷⁸.

Isorokon kukistamista on pidetty lääketieteen historian varhaisena menestystarinana. Isorokko aiheutti eräänä 1700- ja 1800-luvun merkittävimpänä tappajana huolta, mutta lähinnä valtion tasolla: suuri osa imeväis- ja lapsikuollei-

²⁷⁵ Baldwin 2005, 62–64; Paasikivi 2016, 68–69.

²⁷⁶ Paasikivi 2016, 75.

²⁷⁷ KA LAV Holstius 1832; Forsius 1982, 365.

²⁷⁸ Niilo Pesonen on toisaalta huomauttanut, että uuden ohjesäännön tulokset jäivät lopulta melko vähäisiksi, kun sairaanhoidon tarve kasvoi entisestään ja piirilääkäreitä jouduttiin edelleen käyttämään tähän tarkoitukseen. Hänen mukaansa tämä johti vähitellen piirilääkäripiirien lisäämiseen väestön sairaanhoidon tarpeen täyttämiseksi (Pesonen 1980, 164). Voidaan kuitenkin kyseenalaistaa, miten suuri yhteys näillä tapahtumilla oli toisiinsa, sillä vuoden 1832 jälkeen piirilääkäripiirejä lisättiin merkittävästi vasta 1857, sitä ennen tuli vain yksittäisiä uusia piirejä. Lisäksi uusi linjaus tehtävistä on luultavasti vähintäänkin painottanut lääkäreiden työtä eri tavalla ja vaikuttanut lääkäreiden julkiseen asemaan.

suudesta johtui isorokosta. Isorokon tiedostettiin hidastavan merkittävästi väestönkasvua.²⁷⁹ Useiden lääkäreiden mukaan rahvas oli kuitenkin oppinut pitämään isorokkoa välttämättömänä pahana, jota vastaan ei kannattanut kamppailla, ainakaan Jumalan tahdon vastaisesti. Tämä näkyy myös siinä, miten rokotuksia ja niitä edeltäneitä rokonistutuksia vastustettiin rahvaan parissa, erityisesti ennen kuin rokotusten turvallisuudesta ja toimivuudesta alkoi olla enemmän näyttöä.²⁸⁰

Rokonistutus tehtiin siirtämällä isorokon tartunta-ainetta terveen henkilön käsivarteen ja aiheuttamalla tälle siten isorokon lievempi muoto, joka kuitenkin antoi immuniteetin varsinaista tautia vastaan. Menetelmä oli Ruotsissa ja Suomessa käytössä 1700-luvulta rokotusten aloittamiseen saakka eli 1800-luvun alkuvuosiin. Vaikka kuolleisuus rokonistutuksiin oli noin kahden prosentin ja kuolleisuus isorokkoon keskimäärin 30 prosentin luokkaa, isorokkoon sairastuminen jätettiin mieluummin sattuman varaan²⁸¹. Vasta turvallisemmat rokotukset, jotka eivät enää saaneet aikaan rokotetun sairastumista, alkoivat vähitellen muuttaa käsityksiä. Siitä huolimatta isorokko alkoi harvinaistua Suomessa vasta 1800-luvun loppua kohden: rokotuskattavuuden nostamisen tiellä olivat ennakkoluulojen lisäksi käytännölliset syyt, kuten ongelmat rokotusten jakamisessa, säilytyksessä ja immuniteetin kestossa. Rokonistutusten vaikutus isorokkokuolleisuuteen on arvioitu pieneksi, sillä ne toteutettiin yleensä hyvin paikallisesti, eikä kaikille lapsille saatu laitettua rokonistutusta. Lisäksi istutetun rokon saanut saattoi levittää tautia eteenpäin.²⁸² Yksittäiset lääkärit olivat kuitenkin erityisen ahkeria rokonistuttajia ja luultavasti vaikuttivat jonkin verran alueensa isorokkokuolleisuuteen. Myös ruotsalaisen lääkärin Samuel Fahlbergin toiminta St. Barthelémyn siirtomaasaarella oli esimerkki systemaattisesta rokonistutuspolitiikasta. Yhdessä kolmen muun lääkärin kanssa Fahlberg antoi rokonistutuksen kaikille saaren noin 5000 asukkaalle, minkä arvioitiin pelastaneen hengen suurelta osalta saaren väestöä²⁸³. Saaren tapainen suljettu yhteisö oli poikkeuksellinen ympäristö rokonistutusten toteuttamiseen ja sellaisena erityisen tehokas: se mahdollisti paremman kontrollin ja systemaattisen toteutuksen kuin Ruotsissa, jossa ihmiset asuivat hajallaan eivätkä rokonistutukset ja rokotukset olleet pakollisia.²⁸⁴

Myös ”veneerisen taudin”, ainoan tunnetun sukupuolitaudin eli kupan pelko perustui enemmän taudin kulttuurisiin ja sosiaalisiin merkityksiin kuin sen tappavuuteen. Taudilla oli voimakas sosiaalinen stigma.²⁸⁵ Tästä syystä kupaa pelkäsi myös kansa, jopa siinä määrin, että lääkärintarkastuksissa veneerisen taudin varalta käytiin oma-aloitteisesti, mikä oli poikkeuksellista aikakautena,

²⁷⁹ Sköld 2005, 134–135.

²⁸⁰ KA LAV Maroni 1830; Hakkarainen & Sinisalo 2012, 151; Kontturi 2015, 101–102.

²⁸¹ Lipkowitz 2003, 2329.

²⁸² Björkstén 1908; Hakkarainen & Sinisalo 2012, 151; Kontturi 2015, 101–102.

²⁸³ Hildebran 1956.

²⁸⁴ Kontturi 2019, 70.

²⁸⁵ Sumich 2013, 176; Baldwin 2012. Suomalaisessa tutkimuksessa kupasta mm. Hjelt 1892, 299–329; Pesonen 1980, 24–26, 14, 237–241, 658–660; Forsius 1988, 189–195; Häkkinen 1995; Forsius 2005; Turpeinen 2012; Vainio-Korhonen 2018.

jolloin lääkärin tykö hakeuduttiin hyvin vastahakoisesti. Veneerisen taudin seuranta oli otettu lääkintäohjesääntöihin jo 1700-luvulla, ja piirilääkäreiden tuli raportoida oman alueensa sukupuolitautilanteesta vuosikertomuksissaan. Ilmoituskynnys oli kuitenkin korkea, mistä syystä 1800-luvulla alettiin järjestää systemaattisia sukupuolitautiltarkastuksia. Syyniin joutuivat tietyt liikkuvat ja leimatut väestönosat: prostituoidut, sotilaat ja kerjäläiset. Tarkastuksissa selvisi pian, että veneerinen tauti oli todellisuudessa melko harvinainen: esimerkiksi vuosina 1857–1862 prostituoiduille tehdyissä tarkastuksissa vain noin neljällä prosentilla todettiin tartunta. Myöhemmin tarkastuksia tehtiin kokonaisille kylille, ja myös niissä taudin todellinen levinneisyys osoittautui hyvin pieneksi. Usein tapauksia oli vain muutama tai ei lainkaan.²⁸⁶ Samaa tarinaa kertovat jo 1700-luvun ja varhaisen 1800-luvun lääkäreiden raportit: useimmissa sukupuolitauti on vähintään mainittu, ja näistä maininnoista suurin osa on muotoa ”veneristä tautia ei ole esiintynyt alueella”.²⁸⁷

Vaikka tauti ei siis ollut erityisen laajalle levinnyt aiheuttaakseen merkittävää kuolleisuutta, se muodosti suuren sosiaalisen ongelman, ja siten sen hillitsemiseen haluttiin käyttää paljon aikaa ja resursseja. Monista yrityksistä huolimatta lääkäreillä ympäri Eurooppaa oli kuitenkin vaikeuksia hoitaa tautia. Keinot olivat usein hyvin samankaltaisia kuin epävirallisilla parantajilla, jolloin lääkäreille muodostui entistä suurempi tarve korottaa oma toimintansa muiden toimijoiden yläpuolelle oppineisuudellaan ja tieteellisyydellään. Kупpa tarjosikin lääkäreille mahdollisuuden vahvistaa omaa asemaansa rakentamalla teorioita taudin synnystä ja leviämisestä.²⁸⁸

Artikkelissa Kontturi 2019 käsitelty Fredric Schulzénin raportti tieteelliseltä opintomatkalta Lontoossa 1798 koskee lähes pelkästään uutta kupan hoitomuotoa ja sen testaamista, mikä osoittaa aiheen tärkeyden tieteellisessä keskustelussa. Vaikka koetulokset typpihappohoidosta olivat ristiriitaiset, Schulzén toivoi hoitomuodon voivan olla hyödyksi myös kotimaassaan Ruotsissa, sillä kuten Schulzén totesi, kupasta oli vaikea päästä eroon ja tavallisesti käytetty elohopeahoito oli potilaille itsessäänkin haitallinen. Typpihappohoito olisi voinut onnistuessaan korvata elohopean, mutta innostuksestaan huolimatta Schulzén huomautti, että lisää kokeita tarvittaisiin vielä ennen kuin sitä voitaisiin ottaa käyttöön Ruotsissa.²⁸⁹ Tietävästi typpihappohoitoa kuitenkin käyttivät vain yksittäiset lääkärit Euroopassa sen jälkeen, kun kohu sen ympärillä oli laantunut.²⁹⁰

Vastaavia opintomatkoja tehtiin useita 1700-luvun lopulla ja 1800-luvun alkupuolella. Carl von Linné oli aloittanut jo 1700-luvun alkupuolella tieteellisen matkustamisen tradition, jossa hän lähetti opiskelijoitaan ympäri maailmaa keräämään tietoa erityisesti luonnontieteiden aloilta. Näiden tietojen arveltiin olevan hyödyksi kotimaan viljelyssä ja tuotannossa, mikä antoi matkoille paitsi tieteellisen, myös taloudellisen merkityksen. Ruotsin on katsottu suurvaltakautensa jälkeen pyrkineen vahvistamaan asemaansa tieteen avulla. Tämä näkyi

²⁸⁶ Forsius 2005.

²⁸⁷ SVAR ÅFP1-6; KA LAV 1827-1856.

²⁸⁸ Sumich 2013, 157-158, 176.

²⁸⁹ Kontturi 2019, 73.

²⁹⁰ Harrison 2009, 36-37.

myös maan siirtomaapolitiikassa, joka jäi aluevaltauksiltaan vähäpätöiseksi, mutta tieteellisen matkustelun ajateltiin tuovan Ruotsille taloudellisen edun lisäksi kansainvälistä mainetta ja valtaa siirtomaapolitiikassa.²⁹¹ Von Linnén opiskelijat loivat Eurooppaan ”luonnontieteiden akselin”, tuttavuuden väylän, jota pitkin myös lääkärit ja lääkäriopiskelijat pääsivät myöhemmin opintomatkaille Eurooppaan.²⁹² Nämä matkat olivat merkittäviä lääkäreille itselleen, mutta myös kotimaan lääketieteelle mahdollisuutena siirtää tietoa ja lujittaa lääketieteen asemaa.²⁹³

Useat 1700-luvun ruotsalaiset lääkärit olivatkin lääketieteen osaamisen ohella luonnontieteilijöitä, niin myös Karibianmerellä toiminut Samuel Fahlberg. Hän kirjoitti lääkäriraporttinsa ohella St. Barthelémyn saarelta alueen luonnontieteiden historiasta ja ilmastosta sekä piirsi karttoja.²⁹⁴ Molemmat lääkärit olivat yhteydessä nk. koloniaaliseen lääketieteeseen, jota on tutkimuksessa pidetty erityisenä hybridisoituneena järjestelmänä, sekoituksena länsimaista lääketiedettä ja paikallisten omaa parantamiskulttuuria (tai useita eri parantamiskulttuureita, kuten St. Barthelémyn saarella)²⁹⁵. Schulzénin raportoima typpihappohoito oli peräisin Britannian Intian siirtomaan lääkäriltä Helenus Scottilta, ja Fahlberg kertoi raporteissaan myös St. Barthelémyn orjien omasta lääkintäkulttuurista. Fahlbergin suhtautuminen rinnakkaisiin lääkintäkulttuureihin oli raporttien perusteella neutraalin utelias; hän jäi tiedonvälittäjän rooliin. Hänen raporttinsa kertovat kuitenkin rivien välissä myös siitä, millaisia haasteita ruotsalainen lääkintäkulttuuri kohtasi vieraassa ympäristössä ja vieraiden lääkintäkulttuurien rinnalla, kaukana kotimaan vaikutuspiiristä.²⁹⁶

Schulzénin ja Fahlbergin matkat olivat monilta osin poikkeuksellisia. Lääkäreiden matkustelu tapahtui 1700-luvulla tavallisesti opintojen aikana, ja monet lääkärit saivatkin oppinsa Euroopan yliopistoissa, mutta sekä Schulzén että Fahlberg lähtivät matkaan valmiina lääkäreinä. Fahlberg ei lähdeytään enää koskaan palannut Ruotsiin, mutta Schulzén sai matkastaan hyödyn ulkomaan kokemukseensa palatessaan Ruotsiin myöhemmin. Tämän tyyppiset ”tieteellisessä tarkoituksessa” tehdyt matkat alkoivat olla tavallisempia syitä lääkäreiden matkustelulle vasta 1800-luvun puolella.²⁹⁷ Ne toki olivat myös lääkäreille keinoja täydentää osaamistaan ja eräs tapa vahvistaa lääketieteen asemaa. Schulzenin raportointi Lontoosta osoittaa erityistä halua pitää kotimaa Euroopan lääketieteellisen kehityksen tasalla ja mukana keskustelussa: hän ilmaisee suoraan toivovansa, että raportit ovat hyödyllisiä kotimaan lääketieteelle ja miellyttävät myös *Collegium Medicumia*. Schulzénilla oli toki myös henkilökohtainen motiivi osoittaa

²⁹¹ Koerner 1999; Sörlin 2000, 64; Sörlin 2008, 118–119, 125; Skott 2014, 251; Hodacs 2016, 90; Nyberg 2016, 78–79.

²⁹² Schulzenheim, von (Schultz, Schulzen, von Schulzen), Svenskt biografiskt lexikon. Verkkojulkaisu.

²⁹³ Kontturi 2019, 57.

²⁹⁴ Kontturi 2019, 66.

²⁹⁵ Lääkintäkulttuurien hybridisaatiosta mm. Hokkanen & Kananoja 2017; Kananoja 2019.

²⁹⁶ Kontturi 2019, 59.

²⁹⁷ Kontturi 2019, 59.

oman matkustelunsa hyödyllisyys, sillä hän toivoi *Collegium Medicumilta* rahoi-
tusta sen jatkamiselle.²⁹⁸

1800-luvun puolella tehtyihin tieteellisiin matkoihin lääkärit ottivat erik-
seen virkavapaata. Erityisen yleisiä ne eivät olleet: tiedossa on yksittäisiä tapauk-
sia.²⁹⁹ Johan Ernst Sourander teki tieteellisen matkan Englantiin ja Ranskaan vuo-
sien 1840 ja 1841 aikana. Hän lähti matkalle samana vuonna kuin valmistui lää-
ketieteen ja kirurgian tohtoriksi. Matkan jälkeen hän siirtyi hyvin pian takaisin
lääkärintehtäviin Suomessa. Sourander kustansi matkansa itse.³⁰⁰ Myös Frans Jo-
han Rabbe lähti tieteelliselle matkalle jo uransa varhaisessa vaiheessa, vielä en-
nen tohtorintutkintoa. Hän valmistui lääketieteen lisensiaatiksi 1831 ja lähti mat-
kalle Tanskaan samana vuonna. Seuraavana vuonna hän valmistui lääketieteen
tohtoriksi ja pääsi kaksi vuotta myöhemmin Oulun piirilääkärin virkaan.³⁰¹ Johan
Ascholin matkusti jo ennen varsinaisia lääketieteen opintoja, filosofian maisterin
tutkintonsa jälkeen. Hän valmistui maisteriksi 1827 ja lähti matkalle Tanskaan,
Saksaan ja Ruotsiin. Hän palasi 1828 ja aloitti lääketieteen opinnot, joista sai li-
sensiaatin tutkinnon 1831 ja tohtorin tutkinnon 1832. Vuonna 1831 hän pääsi Vii-
puriin virkaa tekeväksi piirilääkäriksi ja sai seuraavana vuonna virallisen nimi-
tyksen virkaan.³⁰²

Carl Daniel von Haartmanin matkojen tarkoitus tiedetään tarkemmin. Vuo-
sina 1815–1816 hän matkusti Euroopassa tutustumassa lääketieteellisiin koulu-
ihin. Hänen reittinsä kulki Ruotsin, Tanskan, Saksan, Hollannin ja Ranskan kautta
Englantiin ja Skotlantiin. Matka oli von Haartmanin opintojen aikainen: matkan
jälkeen hän valmistui lääketieteen lisensiaatiksi 1816 ja tohtoriksi 1817, jolloin
hän sai myös viran Turun kaupunginlääkärinä.³⁰³

Constantin Stevenin ja Emanuel Indreniuksen matkat sijoittuivat hieman
myöhäisempään uran vaiheeseen. Constantin Steven valmistui lääketieteen ja ki-
rurgian tohtoriksi 1847 ja pääsi samana vuonna tarkkampungapataljoonan ensim-
mäiseksi lääkäriksi. Vuonna 1851 hän lähti tieteelliselle matkalle Saksaan ja Rans-
kaan ja palasi seuraavana vuonna, jolloin sai myös nimityksen Käkisalmen piiri-
lääkäriksi.³⁰⁴ Emanuel Indrenius oli toiminut muutaman vuoden pataljoonan yli-
lääkärinä ennen kuin lähti matkalleen vuonna 1850. Matkan määränpää ei ole
tiedossa, mutta hänen tiedetään palanneen vasta 1857, joten matka oli lääkärei-
den ulkomaanmatkojen mittapuulla poikkeuksellisen pitkäkestoinen.³⁰⁵ Indre-
nius lähti matkaan samana vuonna kuin hänet nimitettiin Turun lääninlasaretin
lääkäriksi, ja hän lopetti tässä virassa virallisesti vasta 1873. Näin ollen jonkun on
täytynyt olla hänen sijaisenaan vuodet 1850–1857. Christian Ferdinand Melart oli
jo kokeneempi lääkäri lähtiessään tieteelliselle matkalle Tanskaan, Saksaan ja

²⁹⁸ Kontturi 2019, 59–65.

²⁹⁹ Lääkärítietokanta 1749–1856.

³⁰⁰ ALK Johan Ernst Sourander.

³⁰¹ ALK Frans Johan Rabbe.

³⁰² ALK Johan Ascholin.

³⁰³ Lääkärítietokanta 1749–1856.

³⁰⁴ ALK Constantin Steven.

³⁰⁵ ALK Emanuel Indrenius.

Ruotsiin 1822. Hän oli toiminut sotilaslääkärinä vuodesta 1814 ja piirilääkärinä vuodesta 1819.³⁰⁶

Vaikka tieteelliset matkat tehtiin tavallisesti uran alussa, niille ei ole yhtä yhteistä selittäjää. Sekä yleiset että yksilölliset motiivit painoivat vakaakupissa, ja onkin puhuttu sekä vetävistä että työntävistä tekijöistä.³⁰⁷ Työntäviä tekijöitä voivat olla esimerkiksi huono työtilanne kotimaassa, mutta Suomessa tämä syy ei ollut merkittävä, sillä virkoja oli jatkuvasti enemmän kuin lääkäreitä, eikä virran saaminen jäänyt kiinni ulkomaisen kokemuksen tuomasta lisäedusta – korkeintaan se saattoi auttaa uralla korkeampiin asemiin. Vetävien tekijöiden, esimerkiksi matkustelun houkuttelevuuden ja henkilökohtaisen tiedonjonon, voi siis olettaa olleen merkittävämpiä.³⁰⁸ Kuitenkin matkustelu loi pohjaa kansainväliselle tieteelliselle verkostoitumiselle ja toi mukanaan vaikutteita Euroopan ja muun maailman lääketieteestä.

3.3 Potilasluottamus ja lääkäriprofession ulkoinen validaatio

Kuten Eliot Freidson on todennut teoksessaan *Profession of Medicine*, ”lääketieteen praktiikan menestys riippuu kansan valinnasta konsultoida sitä; valintaa ei voi pakottaa, se täytyy ansaita”. Tarvittiin hyviä tuloksia houkuttelemaan potilaita tämän vaihtoehdon pariin, ja Freidsonin mukaan hyvät tulokset syntyivät vasta kun vakaa ja käytännöllinen työn rakenne oli saavutettu.³⁰⁹ Everett Hughes on käsitteellistänyt yhteiskunnallisten sopimusten merkitystä ammatin harjoittamisessa. Nämä sopimukset ovat usein hiljaisia, kulttuurisia ja sosiaalisia järjestyksiä. Hän on käyttänyt näistä sanoja lupa (*license*) sekä valtuutus (*mandate*), viitaten niillä ennen kaikkea lainsäädännön ulkopuolella tapahtuvaan hyväksyntään, jossa ammattikunnalle annetaan lupa työskennellä sellaisen tiedon parissa, joka on muilta toimijoilta salattua tai rajattua.³¹⁰

Voidaan puhua myös yleisesti profession validaatiosta, hyväksynnästä, joka kattaa sekä profession ulkopuolisen että sen sisäisen suhtautumisen Hughesin määrittelemään mandaattiin. Lääkäreiden täytyi itse validoida oma toimintansa erilaisin keinoin, mutta he tarvitsivat hyväksynnän myös ulkopuolelta. Ammattikunnan status kytkeytyy sekä lääkärin ammatilliseen että sosiaaliseen asemaan. Mitä arvostetumpi, luotetumpi ja helpommin tavoitettava lääkäri oli yksilönä yhteisössään, mitä enemmän hänen katsottiin olevan osa sitä eikä sen ulkopuolella, ja sitä pienempi kynnys oli kääntyä hänen puoleensa. Kehitys ei luonnollisesti ole ollut näin suoraviivainen, mutta aiemmat tutkimukset puolta-

³⁰⁶ ALK Christian Ferdinand Melart.

³⁰⁷ Dhondt 2012.

³⁰⁸ Kontturi 2019, 56.

³⁰⁹ Freidson 1970, 21.

³¹⁰ Hughes 1958, 78–79; Wrede 2010, 50.

vat sitä, että hoidon vastaanottamisen tiellä olivat tyypillisesti kulttuuriset ja sosioekonomiset kuilut³¹¹. Näiden kuilujen kaventuessa myös lääkäreiden asema vahvistui.

Suomessa lääkärikunnan arvostus kytkeytyi vielä 1700-luvun lopulla ja 1800-luvun alussa voimakkaasti statukseen, ja sen heikko asema johtui osittain siitä, ettei sillä ollut yhteyttä johtaviin yhteiskuntaryhmiin: aateliset eivät hakeutuneet lääkäreiksi, ja yliopistokoulutusta ei vielä arvostettu tarpeeksi profession pätevyuden ja arvon mittarina. Lääkäreiden asemaa ei ollut määritelty virallisessa rankiluokituksessa vielä 1800-luvun alussa, mutta epävirallisesti heidät luokiteltiin vänrikkien alapuolelle. Vuonna 1817 keisari Aleksanteri I määräsi piiri- ja rykmentinlääkäreiden arvon korotettavaksi kapteenin arvoluokkaan. Seuraavan kerran arvoa nostettiin 1860, jolloin piirilääkärit korotettiin majurin arvoluokkaan. Samalla, kun yliopistokoulutuksen ja tieteen arvostus yleisesti nousi ja lääkärikunnan yhteiskunnallista statusta tietoisesti nostettiin 1800-luvun aikana, lääkärinammattin houkuttelevuus kasvoi, mikä ennestään kasvatti sen arvostusta – ja toisin päin. Ilman johtavien säätyjen tukea lääkäriprofession kehitys joutui nojautumaan erityisen paljon yliopiston ja tieteen arvovaltaan.³¹²

Esa Konttisen mukaan arvostuksen nousu oli näiden tietoisien korotustoimenpiteiden lisäksi myös osaksi sattumaa. Näitä tekijöitä olivat esimerkiksi lääketieteen edustajien aateloinnit (yhteensä viisi akatemian entistä tai silloista professoria) suuriruhtinaskunnan ensimmäisten kymmenen vuoden aikana, kahden professuurin perustaminen lahjoitusvaroin Turun Akatemiaan 1700-luvun lopussa sekä professori Gabriel Erik von Haartmanin poliittinen toiminta ja pääsy vaikutusvaltaiseen yhteiskunnan johtoasemaan. Konttinen nostaa esiin myös Haartmanin avioliiton kautta syntyneen sukulaissuhteen Carl Erik Mannerheimiin.³¹³

Tietokanta-analyysin tulokset mukailevat aiemman kirjallisuuden tuloksia lääkäreiden sosiaalisesta asemasta. Vaikka status kohosi jonkin verran tutkimusajanjaksolla, kautta linjan 1700-luvun puolivälistä 1800-luvun puoliväliin lääkäreitä tuli pappien, oppineiden, ylempien virkamiesten ja toisinaan porvareiden, kauppiaiden ja käsityöläisten pojista – vain harvoin muista sääty- ja ammattiryhmistä.³¹⁴ Yhteiskunnallinen status oli kuitenkin vain yksi lääkäreiden arvostuksen mittari. Lääkäriin asemalla oli merkitystä paikallisesti, sillä hänen asemansa yhteisössään määritteli hänen suhdettaan potilaisiin. Kahden eri lääkärin kummissuhteiden tarkastelu artikkelissa Kontturi & Eilola 2014 osoittaa lääkäreiden asemaa yhteisössään, kyseisessä tutkimuksessa kahdessa kaupungissa, Turussa ja Porissa³¹⁵. Kummissuhteet olivat avioliittojen ohella tapoja solmia suhteita ja

³¹¹ Esim. Vuorinen 2006, 95; Sumich 2013.

³¹² Soinin 1938, 214–216; Konttinen 1991, 96, 152, 158; Kauranen 1999, 66.

³¹³ Konttinen 1991, 154, 158.

³¹⁴ Ks. tietokanta-analyysi.

³¹⁵ Turku ja Pori muodostavat varsin erilaiset yhteisöt kummissuhteiden vertailulle niin kaupunkien laajuuden kuin asukaskunnan perusteella. Ammattijakauma oli niissä hyvin toisenlainen, mutta molemmat heijastelevat kaupunkiyhteisöä, jonka jäsen piirilääkäri lähes poikkeuksetta oli.

verkostoitua. Kummeiksi pyydettiin perinteisesti sukulaisia tai ystäviä, mutta myös yhteisön merkkihenkilöitä. Käytännöt kuitenkin vaihtelivat suuresti Euroopan eri maissa eri aikoina. Tutkimuksessa ne on tavattu jakaa ensinnäkin intensiivisiin ja ekstensiivisiin kummissuhteisiin sen mukaan, valittiinko kummit lähipiiristä vai sen ulkopuolelta, sekä toiseksi vertikaalisiin ja horisontaalisiin kummissuhteisiin sen mukaan, luotiinko kummissuhteet omasta sosiaalisesta vertaisryhmästä vai sen ylä- tai alapuolelta. Horisontaalisissa kummissuhteissa kummi ja kummilapsen vanhemmat tulivat samasta sosiaalisesta ryhmästä, vertikaalisissa suhteissa kummiksi pyydettiin sosiaaliselta asemaltaan ylempänä olevaa henkilöä.³¹⁶ Kummissuhteet osoittavat myös lääkäreiden ”todellista” asemaa yhteisössään: millaisten ryhmien kanssa he olivat eniten tekemisissä ja mitkä ryhmät olivat riittävän läheisiä kummissuhteiden solmimiseen?³¹⁷

Tutkittujen lääkäreiden Bengt Björnlundin ja Johan Gabriel Bergmanin kummissuhteet olivat sekä vertikaalisia että horisontaalisia. Bergmanilla suuri osa oli solmittu sosiaaliselta asemaltaan vertaisten kesken, Björnlundilla kummissuhteet olivat enimmäkseen sosiaaliselta statukseltaan alempien perheiden kanssa solmittuja. Kuitenkaan kuilut eivät olleet erityisen suuria: piirilääkäri kuului ylempään virkamiehistöön, ja muiden oppineiden, virkamiesten ja papiston jälkeen lähin viiteryhmä oli porvaristo.³¹⁸ Kummissuhteissa näkyvät voimakkaasti myös eri terveystalouden toimijoiden väliset suhteet. Bergmania ja Björnlundia kummeiksi pyytäneissä oli selvästi erottuva joukko apteekkareita, välskäreitä ja näiden sukulaisia. Erityisesti useat kummissuhteet apteekkari Lars von Mellin perheestä osoittavat hänen olleen hyvissä väleissä Bergmanin kanssa.³¹⁹ Bergmanin yhteys von Melliin on osa kiintoisaa verkostoa lääkäri- ja apteekkarisukujen välillä. Bergman ryhtyi kummiksi von Mellin pojalle, ja von Mellin tyttärenpoika Lars Johan Prytzistä tuli myöhemmin lääkäri. Myös von Mellin toinen tytär nai lääkäri Gabriel Erik von Haartmanin, ja heidän pojastaan Carl Daniel von Haartmanista tuli niin ikään lääkäri.

Luonnollisesti kummissuhteet heijastavat myös sitä sosiaalista ympäristöä, jossa lääkäri asui, ja ne valikoituivat näin ollen tietyistä ammatillisista ja sosiaalisista ryhmistä. Esimerkiksi Porissa ylemmät ammattiryhmät olivat korostuneesti kauppiaita ja aatelisia upseereita, ja tämä näkyi myös Björnlundin kummissuhteissa, jotka oli solmittu enimmäkseen vertikaalisesti näihin ryhmiin. Myös pienemmässä kaupungissa ja syrjäseuduilla lääkäreiden kummissuhteet oletettavasti solmittiin mahdollisimman läheltä lääkärin omaa sosiaalista ryhmää, mutta koska tätä viiteryhmää oli näillä seuduilla yksinkertaisesti vähemmän, ne ovat todennäköisesti olleet monilla alueilla vielä korostuneemmin vertikaalisia.

Sosiaalisessa asemassa täytyy huomioida myös lääkäreiden välinen yksilöllinen vaihtelu, kuin myös lääkärin oman aseman vaihtelu. Esimerkiksi piirilääkäri tai rykmentinlääkäri oli sosiaaliselta statukseltaan korkeammalla kuin vaik-

³¹⁶ Ericsson 2000, 273, 276; Fagerlund 2000, 348; Tadmor 2001, 214; Kotilainen 2008, 234; Berteau et al. 2012, 453, 455–462; Alfani et al. 2012, 482–483, 489–491.

³¹⁷ Kontturi & Eilola 2014, 226.

³¹⁸ Kontturi & Eilola 2014, 231–232.

³¹⁹ Kontturi & Eilola 2014, 232.

kapa lasaretinlääkäri. Tämä näkyi konkreettisesti myös kummissuhteissa: Björnlundia pyydettiin selvästi useammin kummiksi kauppiasperheistä hänen toimiessaan piirilääkärinä, kun taas asessoriksi nimittämisen jälkeen pyynnöt tulivat pääsääntöisesti korkeamman statuksen perheistä³²⁰. Kummissuhteet eivät olleet yksi yhteen potilassuhteiden kanssa, mutta heijastelevat myös lääkäreiden vuosikertomuksista havaittavaa potilaiden sääty- ja ammattijakaumaa. Talonpoikia ja rahvasta oli yksilöllisessä hoitosuhteessa lääkärin kanssa huomattavasti harvemmin kuin ylempien sääty- ja ammattiryhmien edustajia.

Sivistys arvona oli 1800-luvulla nousemassa; vuosisadan alkupuolella murros oli vasta aluillaan. Hyödyn aikakaudella luonnontieteiden arvostus nousi, mutta se ei siirtynyt välittömästi lääketieteen eikä varsinkaan praktiikan arvostukseen. Yläluokka oli kulttuurisesti ja sosiaalisesti vastaanottavaisempi lääketieteelle, mikä näkyi konkreettisesti suhtautumisessa rokonistutuksiin. 1700-luvun rokonistutuslistoissa muut kuin säätyläisten lapset loistavat poissaolollaan, ja lääkäreiden valituksen rahvaan vastahakoisuudesta edes ilmaiseen rokonistutukseen olivat toistuvia.³²¹ Kuitenkaan edes yläluokka ei pelastanut lääkäreiden arvovaltaa. Eliot Freidson on todennut varhaismodernin ajan Englannista, että vaikka lääkäreiden palveluja käyttivät ensisijaisesti ”eliittiin” kuuluvat, edes he eivät olleet täysin uskollisia lääkäreille, vaan hekin valitsivat tämän tästä epäviralliset parantajat³²².

Muun muassa David Harley on puhunut parantamisesta sosiaalisena konstruktiona: hoitaminen ja paraneminen ovat ennen kaikkea kokemus, jonka edellytyksenä on potilaan luottamus ja odotus tilansa kohenemisestä.³²³ Paranemissa tärkeä ulottuvuus oli siis myös koettu parantuminen ja oireiden helpottaminen, jota on vaikea jäljentää kyseisen aikakauden ja kulttuuripiirin ulkopuolella.³²⁴ Roger French on esittänyt, että keskiajan ja uuden ajan lääkärit itse asiassa ”onnistuivat” työssään aikalaisnäkökulmasta, sillä he kykenivät täyttämään yhteiskunnan heille asettamat odotukset. Tässä onnistuttiin ainakin osin juuri siksi, että he itse loivat nämä odotukset.³²⁵ Lääkärit täyttivät heille asetetut vaatimukset, koska nämä vaatimukset olivat senaikaiseen terveydenhoitoon ja sairauskäsityksiin sidottuja, eivät nykyterveydenhuollon mukaisia³²⁶. Christi Sumich kuvaa lääkärinkunnan ”parhaaksi aseeksi” kilpailijoitaan vastaan sitä, että heillä oli koulutuksen suoma moraalinen auktoriteetti ja ennen kaikkea kyky vakuuttaa kansa siitä, että heillä todella oli sellainen.³²⁷

Olennaista lääkärin työn ja aseman määrittelyssä oli siis parantamisen performanssi,³²⁸ uskomusjärjestelmä, jonka hän jakoi potilaan kanssa. Ajanjakson alussa harva potilas todellisuudessa jakoi uskomukset ainakaan lääkärin kanssa, niin usein rahvaan ”vastahakoisuudesta” valitettiin, mutta 1800-luvun

³²⁰ Kontturi & Eilola 2014, 235, 236.

³²¹ Kontturi 2015, 102–103.

³²² Freidson 1970, 20.

³²³ Harley 1999, 414.

³²⁴ Kontturi 2015, 107–108.

³²⁵ French 2003, 1; Sumich 2013, 8.

³²⁶ Kontturi 2015.

³²⁷ Sumich 2013, 11.

³²⁸ Parantamisen performanssista esim. Porter 2003.

kuluessa yhä useammat lääkärit olivat toiveikkaita kansan luottamuksen saavuttamisesta. Tämä näkyi erityisesti suhtautumisessa rokotuksiin, jotka 1800-luvun alkuvuosina syrjäyttivät rokonistutukset. Rokonistutuksiin oltiin suhtauduttu hyvin epäluuloisesti, mutta rokotusten riskit olivat pienemmät, ja paikallisesti saatiin hyviäkin rokotuskattavuuksia kansan saadessa konkreettisia esimerkkejä rokotusten toimivuudesta. Esimerkiksi Zacharias Topelius iloitsi vuoden 1828 kertomuksessaan, että rahvaalla alkoi olla parempi luotto lääkäreihin, erityisesti rokotusten kohdalla.³²⁹

Lääkäreiden professionalisoitumista voidaan tarkastella myös sillä kulttuurisella ja sosiaalisella vallalla, joka ulotettiin sairastamisen ja parantamisen ilmiöön. Tarvitaan potilas, sairas, jota lääkäri voi hoitaa – ja lääkäri asemansa suomalla tiedolla ja taidolla asettaa potilaalle sairauden kriteerit. Olennaista oli se, miten sairastamisen ja parantamisen kokemus sidottiin vähitellen juuri lääkäreiden edustaman lääketieteen piiriin. Lääketieteen virallisten toimijoiden suhde kansanomaisiin hoitokeinoihin, epävirallisiin parantajiin ja muihin kilpaileviin lääkintäkulttuureihin oli samalla lääkäreiden oman position hakemista. Tässä asemoitumisessa lääkäreiden oli tärkeää paitsi rajata ammattikuntaansa erottelemalla muut toimijat itsestään, myös rakentaa itsestään kuvaa osaavina parantajina, joilla oli hallussaan ”oikea” tieteellinen tieto sairauksien hoidosta.

Myös vuosikertomusten retoriikassa voi nähdä taustalla olevia oletuksia lääkäreiden tarjoamien hoitokeinojen paremmuudesta ja hoidon merkityksestä potilaan paranemisen kannalta. Lääkärin intervention nähtiin tyypillisesti olevan potilaan eduksi lopputuloksesta riippumatta: jos potilas parani, se oli hoidon ansiota, jos hän menehtyi, sen usein katsottiin johtuvan siitä että hän hakeutui hoitoon liian myöhään, ja hoito vähintäänkin lievitti hänen oireitaan ennen väistämätöntä kuolemaa.³³⁰ Tähän vaikuttivat myös taustalla olevan tautiteorian, joita voitiin tapauskohtaisesti soveltaa selittämään hyvinkin erilaisia tapauksia: jos jokin selitysmalli ei pätenyt ja hoito tepsinyt, kokeiltiin jotakin muuta. Tapa tulkita paranemista oli näin ollen hyvin anteeksiantava lääkäreiden ammattitaidon punnitsemien suhteen.³³¹ Vuosikertomuksissa lääkäreillä oli monia tapoja korostaa tärkeyttään ja juuri heidän tarjoamansa hoidon tarvetta. Tavallisia olivat esimerkiksi ilmaisut, joissa lääkäreiden väliintulo nousi taudinkulussa ratkaisevaksi: turhilta kuolemilta olisi vältytty, jos lääkärin tykö olisi hakeuduttu ennen kuin oli liian myöhäistä, epidemia laantui lääkkeiden ansiosta, vaikeilta jälkitaudeilta olisi vältytty jos apua olisi kysytty ajoissa.³³²

Potilaat eivät luonnollisesti olleet yhtenäinen joukko, mutta lääkärin vastaanotolle hakeutuminen oli melko säännönmukaista tietyistä ryhmistä. Jo aiemmin on todettu, että suurin osa potilaista oli säätyläisiä. Hoitoon hakeutumisessa

³²⁹ KA LAV Z. Topelius 1828; Kontturi 2015.

³³⁰ Kontturi 2014; Kontturi 2015, 105. Olen kirjoittanut aiheesta myös artikkelissa ”Läkande, botande och bilden av den kompetenta medicinaren i de finländska läkarnas årsberättelser 1767–1856.” Kontturi 2021a.

³³¹ Kontturi 2015, 108.

³³² KA LAV P. Lundmark 1808; KA LAV S. M. Schjerfbeck 1827; KA LAV Johan Modin 1829; Kontturi 2021a.

oli siis jokin tai useampikin asia, joka erotti rahvaan säätyläisistä. Vaikka on vaikeaa arvioida myöskään säätyläisten kokonaisluottamusta lääkäreihin, rahvaan puuttuminen potilaista sekä lääkäreiden valitukset rahvaan hoidosta kieltäytymisestä todistavat eron olleen suuri – etenkin kun ottaa huomioon, että rahvas oli selvästi suurin kansanryhmä. Jo aiemmassa tutkimuksessa esitetyt syyt ovat moninaiset, ja turvallisinta onkin olettaa, että hoidosta kieltäytymiseen vaikuttivat monet seikat samanaikaisesti. Kaikkia ei voida kuitenkaan pitää yhtä merkittävänä tai uskottavana kuin toisia. Selitykset vaihtelevat käytännöllisistä asenteelisiin.

Muun muassa Christi Sumich on korostanut käytännöllisyysnäkökulmaa asenteellisten syiden sijasta. Hyödyllinen käsite tätä mallintaessa on niin sanottu turvautumisen hierarkia, jota on käytetty kuvaamaan sitä järjestystä, jonka mukaisesti ihminen haki apua sairastuessaan. Prosessi alkaa oireiden tunnistamisella ja arviolla hoitoon hakeutumisen tarpeesta. Tämän jälleen potilas tyypillisesti arvioi omat kykynsä tehdä oireille jotakin ja vertaa niitä oman vertaisryhmänsä jäsenten kokemuksiin. Vasta tämän jälkeen, jos oireet eivät hellitä tai huoli tilanteesta kasvaa, sairastunut pohtii, kenen puoleen olisi hyödyllisintä ja käytännöllisintä kääntyä. Etenkin menneisyydessä on ollut varsin tavallista, että prosessi on pysähtynyt jo tässä kohdalla, kun hoitoon hakeutuminen on todettu liian vaivalloiseksi suhteessa vaivan vakavuuteen; apua on haettu vasta viimeisessä hädässä. Syy vaivalloisuuteen on hyvin usein ollut ennen kaikkea maantieteellinen, kun lääkäri oli vain kaukaa tavoitettavissa.³³³

Myös Suomessa käytännöllisiksi syiksi on esitetty lääkärin etäisyyttä ja heikkoa saatavuutta³³⁴. Lääkäri asui yleensä kaupungissa, ja siten hän oli helpommin saatavilla säätyläisille, joita oli kaupungeissa suhteellisesti enemmän kuin maaseudulla. Toisaalta esimerkiksi piirilääkäri oli työtehtäviensä puolesta usein matkoilla eikä siten kotipaikastaan tavoitettavissa. Lisäksi etäisyys ei riittä selittämään hoidosta kieltäytymistä silloin, kun lääkäri erikseen matkusti kylään vuosittaiselle käynnilleen, joskin läänien kaukaisimpien kolkkien asukkaat olivat tällöinkin hyvin etäällä. On kuitenkin kiistatonta, että syrjäseuduilla asuville lääkäri oli vähintäänkin niin *harvoin* saatavilla, että syntyi helposti asenne, ettei lääkärin puoleen kääntyminen kannattanut – silloinkaan, kun se olisi ollut mahdollista.

Toinen käytännöllinen selitys on kielimuuri³³⁵. Suomenkielinen rahvas ei osannut ruotsia, jota lääkärit yleensä puhuivat äidinkielenään. Selitystä monimutkaistaa kuitenkin se, että lääkärit valittelivat rahvaan vastahakoisuutta myöskin Ruotsissa, jossa lääkärit ja rahvas puhuivat samaa kieltä³³⁶. Kielimuuri ei myöskään selitä tilanteita, joissa lääkärit ovat tarjonneet palveluja ilman kielellistä kommunikaatiota tai suomenkielisen henkilön, esimerkiksi papin välityksellä:

³³³ "Turvautumisen hierarkia" on antropologi Lola Romanucci-Rossin luoma käsite, ja sitä kuvaa M. Pelling teoksessa *Medical Conflicts in Early Modern London: Patronage, Physicians, and Irregular Practitioners, 1550–1640*. Myös mm. Stobart 2006; Sumich 2013, 20.

³³⁴ Esim. Vuorinen 2006, 156; Hakosalo 2010, 1546.

³³⁵ Vuorinen 2006, 23–24; Maaniitty 2020.

³³⁶ Kontturi 2015.

rahvas kieltäytyi myös ottamasta vastaan rokotteita ja jaettuja ilmaislääkkeitä sekä noudattamasta annettuja neuvoja.³³⁷

Lääkäreillä oli omat käsityksensä rahvaan syistä kieltäytyä hoidosta ja neuvoista, ja nämä syyt olivat usein asenteellisia. Arno Forsius on suomentanut Porin piirilääkäriin Bengt Björnlundin kuvauksen rahvaan asenteista:

"Se miksi Suomessa kuolee ihmisiä suhteellisesti enemmän kuin Ruotsissa, voi heillä johtua nurinkurisesta elämänjärjestyksestä ja elämäntavoista, sopimattomasta ruoasta, aivan liian runsaasta saunomisesta, oleskelusta pirttien kuumuudessa ja savussa, kylmetymisestä niiden [saunan ja pirtin] välillä ym. Lasten hoidon laiminlyönti vaikuttaa epäilemättä siihen paljon, kun heidän hintelät ruumiinsa uupuvat niin paljon kylpemisestä, savusta ja kuumuudesta; [sekä] myöskin sen vuoksi, että heidän hoitoansa vaivojen aikana laiminlyödään tai heitä kohdellaan ja hoidetaan järjettömästi ja epäinhimillisesti. Ennustukset ja ennakkoluulot, jotka liittyvät kohtaloon, vaikuttavat myös vähemmän edullisesti lasten hoitoon, sillä uskotaan, että se kuolee, jolle kuolema on määrätty, ja että se, jolle elämä on aiottu, selviytyy sairaudesta ilman hoitokeinoja."³³⁸

Björnlundin kuvauksessa rahvas saa syyt niskoilleen niin välinpitämättömydestä, laiminlyönnistä, "järjettömydestä" kuin kohtalo- ja taikauskosta. Rahvasta syyllistävä sävy oli erityisen yleinen 1700-luvulla, mutta esiintyy varsin tiuhaan myös 1800-luvun raporteissa: esimerkiksi Evald Erland Rosenbackin mukaan rokottamattomien suuri määrä oli rahvaan "ajattelemattomuuden" syytä, ja toisessa kertomuksessa hän puolestaan moittii sitä, että alueella esiintyneen tulirokon kuolleisuus oli noussut poikkeuksellisen suureksi "vanhempien välinpitämättömyyden" vuoksi. Sven Petter Berg puolestaan kuvaa rahvasta "itsepin-taiseksi" lääkärin neuvojen noudattamisen suhteen.³³⁹ Myös Jyväskylän piirilääkäri Wolmar Schildt toi esiin samanlaisia ongelmia vuonna 1857. Hänen mukaansa kansa piti omasta huolimattomuudestaan johtunutta lapsen sairastumista tai kuolemaa Jumalan tarkoittamana. Kyseessä oli Schildtin mukaan väärä käsitys Jumalan sanasta³⁴⁰.

Kohtalousko, erityisesti uskonnollinen, saattaa kuitenkin todella selittää osittain kansan hoidosta kieltäytymisen ja erityisesti eron rahvaan ja säätyläisten välillä kun otetaan huomioon, että käsitykset tulivat todennäköisesti saarnastuolista asti. Pappeja pidettiin Jumalan sanansaattajina, ja kun he usein saarnoissaan viittasivat tauteihin, nälänhätiiin ja sotiin Jumalan rangaistuksina, rahvas omaksui kohtalomaisen käsityksen eikä nähnyt taudinkulkuun puuttumista tarpeellisena – kaikkihan oli jo ennalta määrätty. Saarnoja on pidetty aikakauden "massamediana", jossa tiedotettiin yhteiskunnallisia asioita ja muun muassa jaettiin terveydellisiä ja lääkinnällisiä neuvoja, mutta myös vaikutettiin yleisesti alamaisten uskonnollisiin ja yhteiskunnallisiin käsityksiin.³⁴¹ Papistokaan ei ollut käsityksissään yhtenäistä: osa heistä saattoi puhua sairauksiin puuttumisen puolesta, osa olla luottavaisempia "Jumalan järjestykseen". Tämä näkyi erityisesti papiston käsityksissä rokonistutuksista ja rokotuksista. Sotatuomari Adolf

³³⁷ Kontturi 2014; Kontturi 2015.

³³⁸ Forsius 1997.

³³⁹ Kontturi 2015, 102–103; Kontturi 2021ba.

³⁴⁰ Vuorinen 2012, 96.

³⁴¹ Wirilander & Salomies 2000, 480.

Johan Geitel teki rokotuksia Hämeessä 1800-luvun alussa, ja hän havaitsi, että rahvaan lisäksi rokotuksia vastustivat kiivaasti myös papit: rokotusmatkalla kukaan pappi ei ollut antanut rokottaa lastaan, ja osa heistä oli jopa saarnannut rokotuksia vastaan. Siinä missä talonpojat ottivat esimerkkiä papistosta, säätyläiset ottivat rokotuksia auliimmin.³⁴²

Selitystä ei voi kuitenkaan yliyksinkertaistaa. Saarnastuolista käsin jaetut neuvot (ja siten myöskään käsitykset tautien kohtalomaisuudesta tai parannettavuudesta) eivät useinkaan tavoittaneet kaikkia. Esimerkiksi Elias Lönnrot toi esiin terveysvalistuksen ongelmina sen, että kauempana asuvat eivät vaivautuneet paikalle kuuntelemaan saarnaa sekä sen, että ohjeet muistettiin väärin³⁴³. Kohtaloukko ei myöskään riitä kaikilta osin selitykseksi, koska silloin rahvaalla ei olisi ollut myöskään omia hoitokeinojaan, joista lääkärit niin ikään usein mainitsivat.³⁴⁴ Myös papistolla oli lääkinnällisiä tehtäviä, ja on todennäköistä, että juuri siinä kansan luottamus mitattiin. Papeilla voitiin nähdä olevan jumalallinen mandaatti sairauden kulkuun puuttumiseen, mutta lääkäriltä tämä mandaatti puuttui, ja hänet nähtiin herkemmin vain myrkkijensä kanssa puuhastelevana kirjanoppineena. Hengellisyyden puuttuminen lääkärin hoidosta saattaa selittää myös kansanparantajien puoleen kääntymistä, sillä monet heistä väittivät toimivansa Jumalan nimissä tai rahvaan yhteisten maagis-uskonnollisten käsitysten mukaisesti³⁴⁵.

Vielä kohtaloukkoa painoarvoltaan suurempia selityksiä ovatkin sosioekonominen kuilu sekä lääkintäkulttuurien yhteentörmäys. ”Herraviha” on mainittu selitykseksi jo lääkäreiden omissa kuvauksissa³⁴⁶. Vaikka köyhät saivat hoidon ilmaiseksi, siihenkään ei välttämättä luotettu, vaan hoidosta voitiin uskoa perittävän kuitenkin maksua³⁴⁷. Pyydettiinhan maksua ainakin varakkaammilta potilailta, ja se on voinut vaikuttaa lääkäreistä saatuihin mielikuviin maksullisina hoidontarjoajina. Etenkin 1700-luvun puolella lääkärit myös itse pitivät yllä juoppaa itsensä ja rahvaan välillä: vaikka rahvaan kurjia oloja kohtaan osoitettiin vuosikertomuksissa toisinaan myötätuntoa (tai ehkä pikemminkin sääliä), monet heistä kuvasivat rahvaan tapoja ja uskomuksia myös oudoksuen tai jopa halveksuen, vieraannuttavasti³⁴⁸. Tässä voidaan katsoa tapahtuneen ainakin osittain muutosta 1800-luvun edetessä, sillä rahvaan luottamuksen saavuttamisesta tulee vuosikertomuksissa toistuva teema, jota lääkärit pohtivat myös aiempaa syvällisemmin. Nämä suhtautumiserot ovat toisinaan liittyneet myös yksittäisten lääkäreiden persoonallisuuteen ja henkilökohtaisiin taustoihin, eivät pelkästään asenneilmapiiriin. Eräät lääkärit saivatkin kiitosta juuri kansanomaisuudesta ja rahvaan todellisuuden ymmärtämisestä – tästä on tullut tunnetuksi esimerkiksi Elias Lönnrot³⁴⁹.

³⁴² Björkstén 1902, 86, 136; Forsius 1982, 185.

³⁴³ Vuorinen 2012, 95.

³⁴⁴ Kontturi 2015, 102.

³⁴⁵ Impola 2014, 58–59.

³⁴⁶ Vuorinen 2012, 95.

³⁴⁷ Kallioinen 2009, 59.

³⁴⁸ Kontturi 2015, 103.

³⁴⁹ Anttila 1985, 226.

Sivistyksellinen ero on ollut paitsi ryhmien välinen kuilu, myös käytännöllinen asia, joka vaikutti hoidon tarpeeseen. Jo 1700-luvulla monenlaiset lääkäreiden kirjoittamat lääkintäoppaat olivat suomalaisissa kodeissa suhteellisen yleisiä, mutta niitä oli luonnollisesti vain lukutaitoisilla eli pääasiallisesti säätyläisillä.³⁵⁰ Sitä myöten säätyläisillä oli jo kirjoista saatu ensikosketus lääketieteeseen, ja luottamus siihen kehittyi helpommin kuin rahvaalle, jolle lääketiede pysyi etäisenä sekä maantieteellisesti (lääkärin kaukaisuus), sosiaalisesti (lääkäri edusti eri kansanryhmää) että kulttuurisesti (ei kokemusta lääketieteestä). Toisaalta myös kaikelle kansalle tarkoitettuja ohjeita ja lääkärikirjoja alettiin julkaista yhä enemmän 1700-luvun loppupuolelta lähtien, osa myös suomeksi. Näitä olivat esimerkiksi Turun piirilääkärin Johan Gabriel Bergmanin kirjanen isorokosta *Neuwo, Yhteiselle Kansalle hyödytyxexi ja Ojennusnuoraxi, kuinka tawalliset kulku- ja tarttuwaiset taudit oikein ja wäähällä kustannuxella taitawat estetyxi ja paratuxi tulla. Ensimmäinen Kappale, Rupulista* sekä ensimmäinen suomenkielinen lääkärikirja *Maan-Miehen Huone- ja Koti-Aptheeki, eli Tieto ja Neuwwo tarpeellisimmistä Lääkityxistä, Wasasa 1788*. Jälkimmäinen levisi laajaan käyttöön,³⁵¹ mikä kertoi siitä, että tämänkaltaisille kirjoille oli myös kulttuurisesti uutta tilaa ja tilausta. Kirjoissa on todennäköisesti viehättänyt paitsi niiden vaivattomuus, myös niiden omaehtoisuus: neuvoa voitiin katsoa silloin, kun sitä koettiin tarvittavan, ja se oli aina saatavilla.

Kansanparantajien hoitokeinoissa oli toisinaan samoja elementtejä kuin lääkäreiden hoidossa, mutta tilanne koitui kansanparantajien eduksi: he olivat paremmin saatavilla sekä kansalle tutumpia kuin lääkärit, jotka eivät olleet rahvaan silmissä ”yksi meistä”.³⁵² Tällaisessa tilanteessa, kun hoito oli samankaltaista mutta sitä tarjosivat erilaiset tahot, lääkäreillä ei siis välttämättä ollut tarjottavanaan mitään *uutta*, joka olisi kyennyt kilpailemaan tutumpien ja luotetumpien hoidontarjoajien kanssa.³⁵³ Yhteisön jäsenyys on ollut luottamuksessa luultavasti hyvinkin suuri elementti, sillä se selittää myös sen, miksi niin parantajat kuin papit olivat luotetumpia kuin lääkärit: he elivät kansan keskuudessa ja jakoivat ainakin osittain saman kulttuurin ja elämäntyylin. Maaseudulla matkailleva piirilääkäri sen sijaan ei ollut yhteisön jäsen vaan vierailija, ulkopuolinen. Lääkäri oli yhteisönsä jäsen vain kaupungissa.³⁵⁴

Kaikki nämä seikat vaikuttivat siihen, ettei rahvaalle ollut päässyt muodostamaan lääkärin puoleen kääntymisen traditiota, jolloin hoitoon hakeutumattomuuden ilmiö piti itse yllä itseään, vaikka hoitoa oli ollut tarjolla pitkään. Voidaan esittää, että kierre saatiin katkaistua vähitellen positiivisten kokemusten kumulaatiolla, lääketieteen kehityksellä, yksittäisten kansanomaisten lääkäreiden avustuksella, lääkäreiden saatavuuden paranemisella ja sanan kiertämi-

³⁵⁰ Lucinda Beier on esittänyt, että jo 1600-luvun Englannissa lukutaitoinen osa rahvasta luki myös lääkärikirjoja ja osasi siten itse hoitaa itseään. 1700-luvun aikana lääkäri- ja terveysoppaiden määrä kasvoi Euroopassa räjähdysmäisesti, mikä osoitti uudenlaisen henkilökohtaisen terveyskulttuurin syntyä. Beier 1987; Porter & Porter 1988; Porter & Porter 1989; Wear 1987; Porter 1999; Stobart 2006.

³⁵¹ Forsius 1988, 171.

³⁵² Ling 2004.

³⁵³ Ryymin 2018.

³⁵⁴ Laine & Ahokas 2018.

sellä. Tähän kehitykseen tarvittiin tiettyjä katalysaattoreita: lääkäriverkoston tihenemistä, työnkuvan muutosta, onnistuneita hoitokokemuksia, henkilöitä ja tapahtumia, jotka edistivät myönteistä käsitystä lääkäreistä hoidontarjoajina. Tarvittiin osaavia ja inhimillisiä lääkäreitä, tilanteita, joissa he pääsivät näyttämään ammattitaitoaan sekä potilaita, jotka kertoivat heistä eteenpäin. Niin kauan kuin etenkin piirilääkäreiden, suurimman lääkäriyhmän, työkuva keskittyi yleisiin terveydenhoidon toimenpiteisiin, hallintotehtäviin ja virkamatkoihin, suhde kansaan pysyi etäisempänä. Toisaalta lääkäreiden virkojen pituus vaikutti myös potilassuhteiden pituuteen. Siellä missä sama lääkäri toimi samalla alueella vuosia ja jopa vuosikymmeniä, oli oletettavaa, että paikalliset tunsivat hänet paremmin ja luottivat häneen enemmän.

Etenkin rokotukset edistivät tätä kehitystä. Onkin väitetty, että professionaalinen lääketiede käytti isorokkorokotuksia keinona lujittaa asemaansa yhteiskunnassa, osana laajempaa medikalisaatiota³⁵⁵. Samasta syystä niitä (ja erityisesti niiden pakollisuutta) myös vastustettiin: pelättiin, että pakollisuuden salliminen yhdessä asiassa johtaisi aina vain uusiin yksilön itsemääräämisoikeutta loukkaaviin pakollisiin toimenpiteisiin ”yhteisen hyvän” mandaatilla³⁵⁶. Olipa tämä valankäyttö ollut tarkoituksellista tai ei, sillä oli kiistattomasti vaikutuksensa lääketieteen asemaan. Erityisesti Suomessa on perusteltua väittää, että laajamittaisten rokotusten toimeenpano loi valtiolliselle terveydenhoidolle uusia väyliä, joita pitkin tavoitettiin myös ihmisiä, jotka eivät tavallisesti olisi olleet tekemisissä virallisen lääketieteen kanssa. Erityisesti tämä tapahtui muiden kuin lääkäreiden suorittamien rokonistutusten ja rokotusten välityksellä. Vaikka on vaikea osoittaa, kuinka paljon rokotusten ottamiseen vaikutti se, kuka niitä jakoi, rokottajina toimineet papit ja lukkarit olivat tunnetusti lähempänä kansaa ja luotetumpia kuin lääkärit. On mahdollista, että rokotus – jonka ottamista milloin voimakkaasti suositeltiin, milloin lahjottiin siihen ja lopulta, 1880-luvulla, pakotettiin siihen – oli monelle ensimmäinen ja kenties ainoaksi jäänyt kontakti valtiolliseen terveydenhoitoon. Siten se toimi erilaisten lääkintäkulttuurien kättelynä ja oli osaltaan perustamassa traditiota, jossa virallisen lääkärin puoleen kääntyminen oli varteenotettava vaihtoehto. Näin oli etenkin siitä syystä, että rokotus oli yksi ensimmäisistä ja vaikuttavimmista performansseista, joilla lääketiede pääsi näyttämään kykynsä vastustaa tappavia sairauksia.

Myös aiemmin mainitut koleran vastustustoimet ovat tuoneet lääketiedettä lähemmäs niitäkin ihmisiä, joilla ei välttämättä ollut aiempaa kokemusta lääkäreistä ja heidän palveluistaan. Lääkärit osallistuivat kolera-alueiden valvontaan, niiden tutkimiseen ja niistä raportointiin ja seurasivat toimenpiteiden noudattamista ja tehokkuutta. Kuten todettu, niiden vaikutus onkin voinut olla kahtalainen – siinä missä ne ovat tehneet lääkäreitä ja heidän toimintatapojaan enemmän tutuiksi, ne ovat voineet lisätä myös kielteistä suhtautumista lääkäreitä ja lääketiedettä kohtaan, jos toimenpiteet ovat olleet ankaria ja koleran pelko saanut muotoja, joissa on huhupuhein haluttu etsiä tilanteelle syyllisiä.

³⁵⁵ Bhattacharya & Brimnes 2009, 7.

³⁵⁶ Baldwin 2012.

Niin ikään lääkkeiden jakaminen on oletettavasti ollut niin sanottua matan kynnyksen apua. Tämä lääkäreiden toiminnan muoto on tutkimuksessa jäänyt jokseenkin muiden työtehtävien varjoon, ja onpa sen väitetty olleen ohjeistuksista huolimatta harvinaistakin³⁵⁷. Kuitenkin läpi tutkimusajanjakson vuosikertomuksissa toistuvat tiheään lääkäreiden maininnat lääkkeistä, joita jaettiin epidemian aikana kaikille tarvitseville, köyhille ilman kustannuksia. Erityisesti sukupuolitauti- ja punatautiepidemioiden aikana lääkkeiden jakaminen nähtiin tarpeelliseksi. Tämä lyhyt kontakti jäi potilassuhteen osalta etäiseksi, mutta tarjosi yksinkertaista ja helposti vastaanotettavaa apua hetkellä, jolloin arvaamaton sairaus uhkasi yhteisöä – se saattoi olla myös viimeinen apu silloin, kun muut keinot oli todettu riittämättömiksi ja epidemia levisi toimenpiteistä huolimatta. Useiden lääkäreiden raporttien mukaan juuri lääkkeiden jakamisen jälkeen epidemiat tuntuivat rauhoittuvan³⁵⁸. Se ei välttämättä ollut aina vain lääkäreiden itsevarman optimismin tai lumevaikutuksen ansiota, sillä lääkkeiden jakamisen yhteydessä syntyneet kohtaamiset olivat myös tilaisuuksia antaa neuvoja taudin välttämiseksi. Esimerkiksi sairastuneiden eristämisen tärkeys ymmärrettiin monien tarttuviksi osoittautuneiden tautien kohdalla. Mitä enemmän kohtaamisia lääkäreiden ja kansan välillä syntyi, sitä enemmän lääkäreillä oli mahdollisuuksia kertoa myös toimenpiteistä, jotka ihmiset saivat itse todeta luotettaviksi ja hyviksi.

Rahvaan luottamus oli asia, johon kiinnitettiin erityisesti 1820- ja 1830-luvulla huomiota, niin usein siitä vuosikertomuksissa kirjoitettiin. Rahvasta syyllistävien valitusten joukosta nousee tässä vaiheessa useita ilahtuneita raportteja saavutetusta luottamuksesta, rökotuskattavuuden noususta ja hoidon myönteisestä vastaanotosta³⁵⁹. Niin negatiivisten kuin myönteisten kohtaamisten toistuminen kertomuksissa kertovat asian suuresta painoarvosta ja siitä, että terveydenhuollon tavoitteiden onnistumisen ymmärrettiin riippuvan siitä, että työ ja sen vastaanottaja kohtasivat.

Sama koski lääkäreiden ammattikuntaan: saavuttaakseen vahvemman aseman toimintakentällään heidän oli vakuutettava suurin ja vastahakoisin väestönosa siitä, että heidän menetelmänsä olivat sekä muiden tarjoamia että heidän itsensä hyödyntämiä paremmat (ja käytännöllisemmät). Tämä muutos edellytti kokonaisen lääkintäkulttuurin muutosta kotihoitojen ja lähiparantajien ensisijaisuudesta siihen, että lääkärin konsultaatio tuli mieleen ensimmäisenä tai edes toisena vaihtoehtona. Sen saavuttaminen tapahtui vähitellen monien ammattikunnan sisäisten, yhteiskunnallisten, kulttuuristen, tieteellisten ja sosiaalisten muutosten vuorovaikutuksessa. 1800-luvun alkupuolella tätä lääkäriprofession viimeistä luottamuslausetta ei ollut vielä täysin saavutettu, mutta lääkärit olivat jo luoneet itselleen vankan aseman koko maan kattavan lääkäriverkoston, valtion tukeman tieteellisen koulutuksen, aktiivisen rökotustoiminnan, valistustyön ja köyhille tarjotun ilmaisen hoidon muodossa.

³⁵⁷ Hirvonen 1987, 166.

³⁵⁸ Esim. SVAR ÅFP1 Johan Gabriel Bergman 1780; SVAR ÅFP5 C. Nordblad 1806; SVAR ÅFP5 G. J. Ström 1806.

³⁵⁹ Esim. KA LAV Z. Topelius 27.1.1828; KA LAV Anders Jakob Hjertman 4.2.1828; KA LAV Johan Herman Carger 26.12.1829; KA LAV J. Sabelli 12.12.1830.

4 PÄÄTÄNTÖ: LÄÄKÄRIKUNNAN SYNTY 1749–1856

Tämän tutkimuksen aiheena on ollut Suomen lääkärinkunnan synty ja professionalisoituminen. Tutkimuksessa olen yhdistänyt viiden artikkelin analyysin prosopografisin menetelmin koostettuun tietokantaan ja sen analyysiin ja muodostanut kokonaiskuvan vuosina 1749–1856 Suomessa toimineista lääkäreistä. Aiempi tutkimus ajanjakson lääkäreistä on ollut hajanaista ja keskittynyt lähinnä tiettyihin lääkäreihin ja lääkäriryhmiin. Tavoitteena on ollut koota lääkäreitä koskeva materiaali yhteen ja esittää uusia näkökulmia aiemmin melko yksioikoisesti tarkastellusta professiokehityksestä.

Lääkäreiden professionalisoitumista eli ammattikunnan rajaamista ja sen toiminnan ja etujen suojelua on tyypillisesti tarkasteltu vain tietyin profession kriteerein, kuten lääkäreiden määrällä ja ammatillisella järjestäytymisellä, vaikka etenkin uudempi tutkimus painottaa professionalisoitumisen vuorovaikutteisuutta ja monitahoisuutta yksittäisten kriteerien tuijottamisen sijasta. Suomen lääkärinkunnassa oli profession piirteitä jo sen ensivuosisista 1700-luvun puolivälistä lähtien, olihan se syntynyt osana Ruotsin lääkärijärjestelmää, joka oli alusta asti valtiollisen lääkintökollegion *Collegium Medicum* suojaama ja valvoma. Lisäksi lääkäreiltä odotettiin jo tuolloin akateemista koulutusta, ja muuta parantamistoimintaa valvottiin ja rajattiin lääkäreiden eduksi.

Ruotsin malli edustikin voimakkaasti valtiojohtoista professiokehitystä, ja lääkäreiden oman ammatillisen järjestäytymisen rooli jäi huomattavasti pienemmäksi kuin monissa muissa Euroopan maissa. Ruotsissa ”professio oli ennen lääkäreitä”, siksikin että virkoja perustettiin koko 1700-luvun ja Suomessa myös 1800-luvun alussa enemmän kuin lääkäreitä oli niitä täyttämään. Lääkäripula – joka määrittyi ennen kaikkea virkojen täyttämättömyydellä, ei niinkään teoreettisella lääkäritarpeella – leimasikin koko ajanjaksoa, ja se johtui ennen kaikkea koulutuksen puutteellisuudesta ja vaikeudesta saada lääkäreitä syrjäseuduille. Turun Akatemiassa oli ollut lääketieteen opetusta sen perustamisesta 1640 lähtien, mutta ensimmäinen siellä kokonaan koulutettu lääkäri valmistui vasta 1742. Vielä 1700-luvun lopulla monet lääkärit olivat saaneet koulutuksen Euroopan yliopistoissa.

Lääkärimäärät nousivat koko ajanjaksolla asteittain ja verrattain hitaasti. 1700-luvun puolivälissä lääkäreitä oli vain muutama, vuosisadan vaihteessa noin 30. Sota-ajat nostivat lääkimäärää väliaikaisesti, mutta Euroopan mittakaavassa Suomen alueella oli hyvin alhainen lääkitiheys koko tutkittavan ajanjakson, ja ennen vuotta 1809 myös suhteessa nykyisen Ruotsin alueeseen. Tämän jälkeen lääkäreiden suhteellinen osuus väestössä nousi, lääkärinvirkoja perustettiin huomattavasti enemmän ja lääkäreiden palkkausta parannettiin erityisesti syrjäseuduilla. Näiden toimenpiteiden ansiosta myös lääkäreiden alueellinen jakautuminen tasapainottui: aiemmin hyvin etelä- ja länsipainotteinen lääkitiheys alkoi jakautua tasaisemmin koko maahan, ja erityisesti itään saatiin enemmän lääkäreitä.

Myös lääkäreiden virkajakaumassa tapahtui muutoksia. Piirilääkärit olivat koko tarkasteluajanjakson suurin lääkiryhmä, mutta heidän suhteellinen osuutensa lääkäreistä kasvoi entisestään 1820-luvulta lähtien siten, että he edustivat yli 50 prosenttia kaikista lääkäreistä. Piirilääkärinvirka oli paitsi lääkärikunnalle leimallinen, myös korkein lääkärinvirka, mikä näkyi myös heidän verrattain korkeimmassa koulutuksessaan muihin lääkäreihin nähden. Myös kaupunginlääkäreiden määrä, vaikka pysyisikin alhaisena verrattuna piirilääkäreihin, kasvoi 1820-luvulta lähtien. Samoin uusien lasarettien perustamisen myötä lasarettinlääkäreiden osuus kasvoi 1700-luvun lopulta 1800-luvun ensimmäisille vuosikymmenille. Muuttuva virkajakauma kertoi myös lääkirintyön muuttuvasta luonteesta: paikallinen saatavuus oli entistä tärkeämpää, ja kaupunginlääkärit osalltään korvasivat sitä puutetta, jonka piirilääkärin tavoittamattomuus toisinaan aiheutti. Piirilääkäreitä ohjattiinkin 1832 eteenpäin entistä enemmän hallinnollisiin tehtäviin ja pois potilaiden hoitamisesta, mikä korosti kontaktihoidon tärkeyttä muissa lääkirintehävissä.

Kaikkien lääkäreiden tutkiminen osana lääkärikunnan kehitystä on tärkeää siksikin, että lääkärit harvoin olivat uransa aikana vain yhdessä virassa, vaan monet heistä hoitivat useita näitä tehtäviä uransa aikana, myös päällekkäisinä virkoina. Jopa jossain määrin erillinen sotilaslääkäreiden ryhmä (armeijan palveluksessa työtehtävät ja palvelun kohteet poikkesivat suuresti muista lääkäreistä) oli kiinteä osa ammattikuntaa siinä mielessä, että sotilaslääkärin virka kuului tyypillisesti lääkärin uraan nuoruuden ja opintojen aikaisena virkana tai sodan aikaisena virkana. Näin sotilaslääkärin virka oli ikään kuin ponnahduslauta lääkirintyön kokemukseen myös monille sellaisille, joilla ei olisi ollut muuten pääsyä ammattikuntaan.

Ammattikunnan sulkemiseen liittyy sen rajaaminen tietyin kriteerein, esimerkiksi koulutuksen perusteella. Syntyperällä ei ollut lääkäriksi opiskelussa erityisen suurta merkitystä: ammattikunta ei ollut vielä periytyvä, vaan sen edustajat tulivat muista ammatti- ja säätyryhmistä, pääasiallisesti pappien, virkamiesten, oppineiden ja porvariston pojista. Varallisuus kuitenkin saneli jonkin verran kalliisiin opintoihin ryhtymistä. Lääkärinvirkoihin pääsyn edellytyksenä oli akateeminen lääkirinkoulutus, lääketieteen tohtorin arvo. Tämä vaatimus ei läheskään aina toteutunut, vaan virkoihin otettiin myös lääkäreitä, joista osa ei välttä-

mättä koskaan saanut tohtorin arvoa. Jopa eräät välskärिताustaiset henkilöt toimivat toisinaan lääkärintoimissa. Kirurgien ja lääkäreiden ammattikunnat yhdistyivät nimellisesti 1797, mutta erillisyyttä jatkui pitkään käytännön tasolla ja myös koulutuksessa, vaikka välskärit ja kirurgit toimivat lääkärintoimissa ja päinvastoin. Kokonaan ammattikuntien voidaan katsoa yhdistyneen vasta 1862, kun erillinen kirurgian maisterin koulutus lakkautettiin. Tämä kertoi yhtäältä siitä, että ammattikunnan sulkeminen ei ollut vielä erityisen voimakasta. Myös pappien ja apteekkarien ammattikuntien limittyneisyys lääkäreiden kanssa kertoi ammattikunnan vuotavista rajoista.

Tämä rajojen häilyvyys on myös laajempi sekä professiotutkimukseen että prosopografiseen menetelmään liittyvä haaste: kuinka määritellään lääkäri, koulutuksen, toiminnan, virkanimityksen vai muiden kriteerien perusteella? Jokainen näistä kriteereistä osoittautuu jollain tapaa riittämättömäksi lääkäriyden määrittelyssä, sillä niistä poikkeavien yksilöiden voidaan kuitenkin jollain toisella kriteerillä katsoa kuuluneen ammattikuntaan. Lääketieteen tohtorin arvo ei ollut riittävä kriteeri, koska osa lääkäreinä toimineista ei ollut tohtoreita eikä edes yliopistokoulutettuja. Rajaus jää lopulta myös melko tutkija- ja tutkimusaihelähettöiseksi: kriteerien painoarvo riippuu siitä, mitä lääkäreistä tutkitaan. Tässä tutkimuksessa painopiste on ollut lääkäritoiminnassa ja ammattikunnan kehityksessä, joten on ollut mielekäästä rajata lääkärit kaikkiin niihin, jotka ovat toimineet lääkärintoimissa tai olleet vähintään nimitettyinä sellaiseen. Kuitenkin 241:n lääkäristä koostuvan aineisto on riittävän laaja mahdollistaakseen luotettavien yleistysten tekemisen koko ammattikunnasta, vaikka yksittäisiä henkilöitä olisi jäänyt pois rajausperusteiden tai puuttuvien lähteiden vuoksi. Virkaan nimittäminen kertoo lopulta enemmän kriteerien tärkeysjärjestyksestä: käytännön tarve meni virallisten vaatimusten ohitse, ja siten kriteerit palvelivat ensisijaisesti terveydenhuollon tarpeita, vasta sen jälkeen lääkäriammattikunnan suojelua. Myös tämä osaltaan kertoo lääkärikunnan kehityksen valtio- ja yhteiskuntajohtoisuudesta. Lääkärit olivat ennen kaikkea valtion palveluksessa.

Tämä toi ammattikunnalle myös selvää hyötyä. *Collegium Medicum* valtiollisena, mutta lääkäreiden hallinnoimana kollegiona varmisti etujen, kuten koulutuksen ja ammattiprivilegioiden keskittymisen lääkäreille. Tämä kertoi professionalisoitumisen jo alkaneen. Toisaalta ammattikunnan rajojen vuoto kertoi siitä, että tätä tehtävää ei aina hoidettu lääkäreiden edun mukaisesti, vaan poikkeuksia tehtiin. Kuitenkin *Collegium Medicum*in rooli nousi entisestään 1800-luvulla, kun Suomen siirryttyä 1809 Venäjän alaisuuteen Suomeen perustettiin oma *Collegium Medicum*, josta 1827 tuli Lääkintöylihallitus. Tällöin ammattikunnan asiat keskitettiin sen omille johtaville lääkäreille, lääketieteen professoreille, jotka olivat myös kollegion johdossa ja saivat osallistua ammattikuntaa koskevaan päätöksentekoon muun muassa koulutuksen ja virkojen osalta. Varsinaisia ammattijärjestöjä ei vielä 1800-luvun alkupuolella ollut, vuoden 1835 *Finska Läkaresällskapet* oli lähinnä tiedeseura, mutta kollegio edusti jo osaltaan ammattikunnan edunvalvontaa. Kollegio oli toki muun hallinnon ja viime kädessä keisarin alaisuudessa, mutta päätäntävalta suomalaisten lääkäreiden asioista oli siirtynyt yhä enemmän suomalaisille lääkäreille itselleen. Esitykset piti hyväksyttäväksi keisarilla,

mutta ammattikunnan onneksi keisari oli ehdotusten suhteen hyvin suopea ja halusi edistää suuriruhtinaskunnan terveydenhuollon kehittämistä. Tämä osaltaan joudutti ammattikunnan kehitystä ja professionalisoitumista, kun uusia virkoja ja koulutuksen uudistuksia saatiin aikaan nopeammin kuin Ruotsin alaisuudessa.

Ammatillisen järjestötoiminnan ollessa vielä heikkoa ammattikunnan sisäinen professionalisoitumiskehitys tiivistyi ennen kaikkea lääkäreiden itsensä asemoimiseen suhteessa muihin toimijoihin sekä kansaan. Tämä asemoituminen näkyi sekä asenteissa että käytännön työssä ja heijastuu myös lääkäreiden vuosikertomuksista. Lääkintätoimen alan valvonta koski paitsi apteekkareita, välskäreitä ja kirurgeja, myös epävirallisia parantajia, joista lääkäreiden tuli raportoida *Collegium Medicumille* väärinkäytösten sattuessa. Muiden toimijoiden valvomisessa ja toiminnan rajoittamisessa voidaan katsoa olleen kaksi tavoitetta: lääkäreiden ammatillisen aseman turvaaminen ja lääketieteen auktoriteetin vahvistaminen. Tässä mielessä suhtautumistapa muihin toimijoihin riippui pitkälti siitä, miten paljon sen katsottiin haastavan lääkäreiden auktoriteettia tarjoamalla hoitoja tai kilpailevia palveluja. Näin ollen ne parantajat, joiden toiminnan katsottiin olevan virallisen lääketieteen mukaista ja jopa hyödyllistä terveydenhoidon kannalta, saivat yleensä jatkaa toimintaansa, ja huomiota kiinnitettiin lähinnä niihin parantajiin, jotka avoimesti haastoivat lääketiedettä tai tarjosivat haitallisia palveluja.

Suhtautuminen muihin virallisiin toimijoihin ja lääkäreiden ammattikuntaan limittyviin ammattikuntiin, ensisijaisesti välskäreihin ja apteekkareihin, oli tutkimusmateriaalin valossa jopa riitaisempaa kuin kansanparantajiin, jotka olivat kenties lääkäreiden silmissä turvallisen kaukana ollakseen todellinen uhka valtion suojelemalle ammattikunnalle. Sen sijaan välskäreillä ja apteekkareilla oli pääsy valtiollisiin ammattikuntaa määritteleviin resursseihin siinä missä lääkäreilläkin: koulutukseen, lääkintökollegion valvontaan, valtion virkoihin sekä maksavaan asiakaskuntaan. Näin ollen lääkärit joutuivat korostuneesti vetämään rajoja oman toimintansa ja näiden toimijoiden välillä korostamalla korkeampaa koulutustaan sekä puuttamalla herkästi epäpäteviksi katsottujen henkilöiden toimintaan. Yksittäiset lääkärit ottivat välskäreitä ja apteekkareita suoranaiseksi silmätikuikseen, ja eri ammattiryhmien välillä voitiin käydä alueellisesti ankaraakin kilpailua toiminnasta ja asiakkaista.

Muita toimijoita korkeampi akateeminen koulutus oli yksi erottautumisen keino. Tiede tarjosi lääkäreille keinot jäsentää ja hakea ratkaisuja julkisiin ongelmiin, kuten tarttuviin ja pelättyihin tauteihin. Se mahdollisti myös tiedon jakamisen foorumin, lääkäreiden yhteistyökentän ja sivistykseen perustuvan ammatti-identiteetin, joiden perusteella lääkärit tarjosivat itsestään kuvaa pätevinä, oppineina ja auktorisoituina toimijoina. Täydennystä oppiin ja kotimaiseen lääketieteeseen haettiin myös ulkomailta opintomatkojen muodossa. Kansantajuistetut lääkärikirjat ja muut julkaisut levittivät lääketieteellistä tietoa koko kansan pariin, ja sen pyrkimyksenä oli tavoittaa myös etäisimmät ja epäluuloisimmat kansanosat, joille oli myös vaikeinta hakeutua lääkärin hoitoon.

Potilasluottamuksen saavuttaminen olikin lopulta lääkärintyön ja professionalisoitumisen viimeinen kerros: lääketieteen dominoivaa asemaa terveydenhoidon kentällä ei voitu saavuttaa, ennen kuin lääkäristä oli vähitellen tullut ensisijainen vaihtoehto sairauden kohdatessa. Tämä lääkintäkulttuurin muutos ei tapahtunut hetkessä, sillä sen tiellä oli monia käytännöllisiä ja kulttuurisia esteitä. Vielä lääkärimäärien noustessakin 1800-luvun alkupuolella rahvas kääntyi edelleen tyypillisemmin kotihoitojen ja omien parantajien puoleen, eikä luottamus ollut itsestään selvää muissakaan sääty- ja ammattiryhmissä. Valtion tuki ammattikunnan kehittämisessä mahdollisti kuitenkin lääkäriprofession kehityksen tästä kulttuurisesta seinämästä huolimatta, ja kun lääketieteen kehitys lopulta tarjosi konkreettisia ratkaisuja rokotusten ja muun matalamman kynnyksen avun muodossa, kontaktit lääkäreiden ja kansan välillä lisääntyivät ja loivat uusia tottumuksia, hoidonväyliä ja lopulta onnistuneiden hoitokokemusten myötä uudenlaista luottamusta.

Koska profession kriteerit ovat olleet yleisesti professiotutkimuksessa kiisteltäviä ja erityisesti "valmiin" profession määritelmät hyvin häilyviä, on viisasta korostaa ilmiön monitulkintaisuutta, vaihteellisuutta ja dynaamisuutta suhteessa yhteiskunnallisiin ja kulttuurisiin muutoksiin. Yleisistä tutkimuksissa mainituista piirteistä voidaan kuitenkin koostaa kokonaiskuva siitä, missä vaiheessa tutkittava ammattikunta alkoi täyttää näitä kriteerejä. Professionalisoitumiskehityksen erityispiirteet eri maissa vaikuttivat väistämättä siihen, millaisesta näkökulmasta niiden professionalisoitumista voidaan tulkita ja mitkä kriteerit niissä painottuvat.

Suomen lääkärikunnan kehityksessä valtion, koulutuksen ja instituutioiden suuri rooli ohjaa tarkastelemaan profession kriteerien täyttymistä ensisijaisesti näistä näkökulmista, lääkäreiden oman aktiivisuuden ammatillisessa järjestäytymisessä jäädessä vähemmälle huomiolle. Esimerkiksi Keski-Euroopassa, jossa lääkäreiden professionalisoituminen tapahtui hyvin ammattikuntajohtoisesti lääkäreiden omalla järjestäytymisellä, painottuvat puolestaan nämä kriteerit. Suomessakin lääkäreiden omalla toiminnalla oli merkitystä, mutta se painottui eri asioihin: muista toimijoista erottautumiseen, ammatti-identiteetin ja pätevän imagon rakentamiseen ja potilasluottamuksen saavuttamiseen.

Profession piirteitä oli ollut jo 1700-luvulla, Suomen kontekstissa käytännössä alusta alkaen, koska osana Ruotsin lääkärijärjestelmää professiokehitys oli jo pidemmällä kuin on totutusti ajateltu – olihan 1700-luvun puolivälissä Suomessa vain muutama virkalääkäri, mutta he olivat tuolloin osa Ruotsin suurempaa lääkärikuntaa. Kuitenkin *Collegium Medicum*in valvonta, koulutusvaatimukset ja tiedeyhteisö olivat jo profession piirteitä, kuten myös 1700-luvun jälkipuolella korostuneet lääkäreiden roolit terveysvalistajina ja myös yhteiskunnallisesti merkittävänä virkamiehinä.

Sota-aika, vallan vaihtuminen ja niitä seuranneet muutokset, kuten Suomen oman lääkintökollegion perustaminen ja sen myötä Suomen lääkäreiden oman

päättäjävallan kasvu edesauttoivat professionalisoitumista, jopa siinä määrin, että on perusteltua esittää Suomen lääkäreiden saavuttaneen jo 1820-luvulla useimmat keskeiset professionaalisen ammattikunnan kriteerit. Välittömät uudistukset keskittyivät virkojen lisäämiseen, yleiseen terveydenhuollon tilanteen kehittämiseen sekä lääkärikoulutuksen kehittämiseen, mutta myös institutionaalisisella ja yhteiskunnallisella tasolla lääkäreiden aseman kehitykselle luotiin paremmat edellytykset. Virkojen määrää oli nostettu jo 1812, mutta kaikki uudet virat alkoivat olla täytettyinä vasta 1820-luvulla. Lääkärimäärät olivat edelleen pieniä suhteessa väestöön, mutta puhuttiin kuitenkin jo kymmenistä lääkäreistä: vuonna 1820 heitä oli 40. Akateeminen koulutus, teoriassa lääketieteen tohtorin arvo, oli ollut ammattikunnan rajaamisen keino, mutta tämä melko löyhäksi jäänyt kriteeri alkoi saada suurempaa painoarvoa vasta, kun Suomessa loppuun asti koulutettuja lääkäreitä alkoi olla tarpeeksi täyttämään kaikkia virkoja. Koska yhteydet Ruotsiin katkesivat eikä ruotsalaisia lääkäreitä enää tullut täyttämään Suomen virkoja, Suomen omaa lääkärikoulutusta oli kehitettävä, minkä ansiosta suurin osa lääkäreistä oli 1800-luvun puoliväliin mennessä kokonaan koulutettu Suomessa. Vuoden 1828 koulutus uudistus rajasi ja määritteli entistä tarkemmin lääkärikoulutusta ja ammatinharjoittamisen opintovaatimuksia, ja vaatimus lääketieteen tohtorin arvosta sai uutta painoarvoa. Lisäksi piirilääkäreiden toimenkuvaa määriteltiin tarkemmin vuoden 1832 ohjesäännössä, ja heitä ohjattiin entistä enemmän hallinnolliseen työhön. Myös rankiluokituksen nostaminen, lääkäriverkoston tihentäminen sekä lääkäreiden parempi palkkaus syrjäseuduille kohottivat lääkäreiden ammatillista asemaa.

Samaan ajankohtaan ajoittuvat myös lääkäreiden toistuvat raportit rahvaan luottamuksen saavuttamisesta niin rokotuksissa kuin yleisesti hoidon tarjoamisessa. Vaikka ongelmia terveydenhoidon järjestämisessä oli edelleen, sävyero 1700-luvun jälkipuolen ja sodan jälkeisten vuosien epätoivoon on selvä. Koleraan uhka toi terveydenhoidolle uuden pelotteen 1830-luvun alussa, ja sen leviämisen estämiseksi aloitetut rajoitus- ja karanteenitoimenpiteet ja koleralääkäreiden nimittäminen sekä muokkasivat lääkärijärjestelmää että lisäsivät ihmisten kontaktia lääkäreihin ja valtiolliseen terveydenhoitoon. Toimenpiteet aiheuttivat jossain määrin myös vastustusta ja epäluuloa lääkäreitä kohtaan, mutta nostivat kuitenkin tulevina vuosina terveydenhoidon ja lääkäreiden asemaa, kun toimenpiteitä jatkettiin muiden koleraepidemioiden aikana ja piirilääkäreiden työnkuvaa määriteltiin entistä enemmän koskemaan julkista terveydenhoitoa.

Myös 1850-luvun ja 1860-luvun alun uudistukset olivat keskeisiä lääkäreiden professiokehityksessä. Ammattikunta lujittui piirilääkärin virkojen kaksinkertaistamisesta, koulutuksen uudistuksista, erikoistumisalojen eriytymisestä sekä kirurgien lopullisesta integroimisesta lääkärikuntaan. Ammatillisia järjestöjä ei vielä ollut eikä monopoliasemaa terveystalustoilla saavutettu, mutta lääkäreiden asema hoidontarjoajina oli jo lujittunut merkittävästi paitsi valtion tukeman järjestelmän, myös hiljalleen kansan parissa kasvavan luottamuksen ansiosta. Jatkotutkimuksessa olisi hyödyllistä selvittää erityisesti tämän dynamiikan muutoksia tutkimusajanjaksoa seuraavien vuosikymmenten aikana: miten koulutuksen uudistukset, kunnanlääkärijärjestelmän perustaminen sekä

naislääkäreiden kouluttamisen aloittaminen muuttivat ammattikunnan ja professionalisoitumiskehityksen dynamiikkaa, myös suhteessa vuosisadan jälkipuolen yhteiskunnallisiin ja kulttuurisiin (esimerkiksi kielipoliittisiin) seikkoihin. Tärkeä tutkimusaihe olisi myös erityisesti välskäreiden ja kirurgien ammattikunnan professiokehitys ja vähittäinen yhteenliittyminen lääkärikunnan kanssa: miten ammattikuntien välisistä kiistoista ja kilpailusta päästiin kohti yhteistyötä, ammattikuntien limittymistä ja lopulta niiden yhdistymistä?

Suomen lääkärikunnan professionalisoitumista voidaan ajatella prosessina, joka ponnisti monista ammattikunnan sisäisistä ja ulkoisista tekijöistä – valtiollisesta säätelystä, asenneilmapiiristä, kulttuurisesta muutoksesta, lääkintäkulttuurien kilpailusta ja tasapainottelusta, yhteiskunnallisten kriisien katalysaattoreista ja lopulta yksittäisten lääkäreiden kumuloituvista kohtaamisista potilaidensa kanssa. Lääkäreiden määrän kasvu kulttuuristen ja sosiaalisten muutosten, yhteiskunnallisten tapahtumien ja väestöpoliittisten linjausten seurauksena nosti vähitellen lääkärit potentiaalisiksi hoidontarjoajiksi, jolloin heille myös tarjoutui mahdollisuus määritellä sairauksia ja niiden hoitamista kansankulttuurisista tavoista poiketen. Syntyi hoidon verkosto, jossa lääkäristä tuli ajan myötä helpommin kohdattava hahmo myös epäluuloisemmille väestöryhmille, ja näistä onnistuneista kohtaamisista lääkärit kirjoittivat mielellään osoituksena luottamuksen saavuttamisesta. Näin sidottiin vähitellen sairastamisen ja parantamisen kokemus lääketieteen piiriin.

SUMMARY

The Birth of the Physician Profession: Physicians in Finland c. 1750–1850

Introduction

This study explores the development of the physician system and the professionalization of physicians in Finland from 1749 to 1856. It consists of an analysis of five peer-reviewed articles with different perspectives on professionalization and an analysis of a comprehensive physician database that has been developed for the purposes of this study. The aim is to bring together fragmented source material about physicians and to offer new viewpoints for the study of their professionalization process.

Traditionally, specific criteria have been used to study the professionalization of physicians in Finland: mainly professional organizations and the number of physicians. However, more recent studies have focused on the interactivity and complexity of professionalization and have viewed it as more of a process than a goal with strict endpoints. This study takes this interactive approach to professionalization and aims to present new evidence and arguments for the timing and criteria of the professionalization of physicians in Finland. All the articles reviewed herein deal with the development of the physician system, the definition of physicians, the work of physicians and their relationships with patients, their peers, and other actors in the field of healthcare, both official and unofficial.

In the 18th century, Finland was still part of Sweden, where the organization of healthcare started in the late 17th and early 18th centuries with the founding of *Collegium Medicum* (medical college) and the appointment of the first district physicians. While Sweden had several physicians in the early 18th century, the first official physician in Finland was not assigned to office until 1749. Later on in 18th century, other physicians were appointed, including town physicians, hospital physicians, and military physicians, but the numbers were still low. Finland maintained this secondary position in the development of the physician system during the Swedish reign, which ended in 1809 with the Russian conquer. This transfer of rule was a crucial event in the development of the physician system, and it is an important lens through which I will consider this process.

The theoretical framework guiding this study comes from sociological profession studies and medical history, with a particular emphasis on cultural and social factors. There has been some study of the first physicians in Finland, although most of the research has been done before the latter half of the 20th century, is very fragmented and mainly focuses on certain physicians (district physicians and certain famous physicians). There has been a lot of research on physicians in sociological profession studies, as their profession is one of the first, most recognized, and most established professions. In this study, I draw on the professional theories of sociologists Eliot Freidson and Everett Hughes, who both emphasize the choice of customers, which would be patients in the case of physicians, to validate the status of the profession.

As the criteria of a profession are not solid but are rather debatable and subject to changes, even in profession studies, it is important to draw attention to the process rather than the endpoint. Many modern profession studies take this approach. Because of this viewpoint, determining the point at which the physician profession was “finished” is less relevant than determining when the professionalization process started and how it was affected by societal events and cultural changes, although the timing of the professionalization can be re-evaluated based on criteria that are more relevant in the context of Sweden and Finland. In order to define these, the following common criteria for professions can be considered: 1) autonomy, 2) status, 3) power, 4) professional organization, 5) state regulation, 6) professional closure, 7) professional identity, and 8) public reception. None of these are mandatory to define a profession, and it is difficult and perhaps unnecessary to assign them an order of importance, as different researchers and theoretical focuses have prioritized different criteria. Instead, my aim is to pinpoint the characteristics of professional development from the early physician system, to outline the periods of professionalization, and to re-evaluate its most important moments.

Sources and methods

The physician database is comprised of primary and secondary sources, including the original curricula vitae of physicians, biographies, registers, and research literature about physicians. The database makes use of prosopography, a method that “fills the gaps” created by fragmentary source material and makes it possible to generalize about a pre-determined group of actors and their characteristics – in this case, physicians. By analyzing this database, I am constructing a comprehensive, overarching picture of physicians in Finland from 1749 to 1856. The physician database contains information on 241 physicians, including their demographic information, their education, and their offices. Although I have tried to include every physician working during this period in the database, it is reasonable to assume that some may have been missed. The database is an independent program created specifically for the needs of this research, and it makes it possible to search, add, modify, and compile data in an easy and reliable manner.

I am also using physicians’ annual reports as a supportive source material to study representative cases and identify important themes related to their professionalization. These reports offer many useful possibilities for research, as they contain physicians’ own descriptions of their work. The reports were sent to *Collegium Medicum*, which meant that the physicians were inclined to write about their work in a positive, dutiful manner. There were some guidelines provided to physicians regarding what the reports should contain, but during the period in question, they differed in length, content, and style depending on the reporting physician. As such, they also reveal the individual personalities of and differences of perspectives in physicians, and it is possible to read additional information between lines.

The source materials that were chosen for analysis all shed light on various aspects of the professionalization process. The analysis begins with the bigger

picture by considering the role of the state and the organizational and general healthcare levels. Then the physician system is analyzed by investigating common characteristics of physicians, their work, their status, and their careers. Finally, individual physicians are analyzed through their writings and their professional and social relations.

I used specific inclusion criteria when selecting physicians for the database. First, they must have been working as a physician or been assigned to a physician's office during 1749-1856. Second, this must have happened, even temporarily, in the area of modern day Finland. Third, the offices in question must have had "physician" included in their names and not other medical occupations, such as surgeon. Surgeons are not included in the database, with the exception of those who later proceeded to work in physicians' offices. This is because the occupations had a very separate history and differed distinctly from each other in practice: physicians were academically educated in universities, whereas surgeons were essentially craftsmen; only physicians had the privilege to practice internal medicine. Surgeons and physicians also had separate colleges before the end of the 18th century, when *Societas chirurgica* was joined with *Collegium Medicum*. Theoretically, this indicated an integration of the professions, although they were still educated separately, and surgeons were rarely given the duties of a physician. In 1836, education for surgeons was reformed so that they would also be qualified to work in physicians' offices. However, even though the degree of Master of Surgery now qualified holders to work in physicians' offices, only nine people ever graduated with this degree, and it was rare to find a surgeon working in a physician's office until the late 19th century. In 1862, the degree was discontinued, and surgery was included in physician education. Arguably, this was the point at which the two professions were integrated.

Physician numbers, offices, and social status

Based on the database I have compiled, I counted the number of physicians practicing every 10 years and noted their geographical division. The number of physicians – which is often compared to the population overall and expressed as the number of citizens per physicians – is not a simple tool to use in historical research. It is not an all-encompassing criterion for a profession, nor is it comparable with modern-day physician numbers and the organization of healthcare, and it is not always comparable with physician numbers in earlier research. This is because the way "physicians" are defined and counted has not always been made clear in previous research. It is also not reasonable to assume that all people were potential customers of state healthcare (as is mostly the case today in Western states), as it is known from earlier research that the majority of people did not want to or could not receive treatment from official physicians. This is why studying physician numbers is a useful tool only in specific contexts – in this research, it is useful to demonstrate the growth of the physician system in relation to societal and cultural contexts and the number of physicians relative to the population.

There are also several numbers to count: the actual number of physicians, the number of physicians' offices (vacant or filled), and the number of physicians

in the offices. All these numbers indicate different things about the physician system, including how many physicians could be educated; how many physician offices could be founded; how many of them could or wanted to settle in Finland, especially during the Swedish rule; and which offices were easier or harder to fill. The database analysis revealed that the physician number rose very slowly during the 18th century. Before the Russo-Swedish War 1788-1790, there was usually less than 10 physicians at a time in the whole Finland. This number rose to around 25 in 1800. The physician count started to grow more rapidly after the transfer of rule to Russia and the foundation of Finland's own *Collegium Medicum*. In 1820, there were already 40 physicians, and in 1850, 74 physicians.

The absolute physician count was low in relation to vacant offices throughout the period, but especially during the first half of the late 18th century: then it was very common for physicians to work in several physicians' offices at the same time as, for example, a district physician, a town physician, and a hospital physician. Town physicians were appointed partly because the district physician was often unavailable in towns because of their traveling duties in their district. These offices became somewhat more separate during the 19th century as many more town physicians were appointed, but some offices, like those in hospitals and prisons, were still commonly taken care of by the same physician. District physicians and military physician offices were the most prevalent (182 and 180), followed by town physicians (99) and hospital physicians (59), then prison physicians (38), and finally additional physicians (32). Some less common offices (less than 10) were mineral spring physicians, private physicians (although not actually an office), cholera physicians, quarantine physicians, physicians of the poor, and some private institute physicians.

The division of offices and how that changed reflects the changing healthcare needs during the period. Naturally, the number of military physicians rose during wartimes (the Russo-Swedish War 1788-1790, the Finnish War 1808-1809, and the Crimean War 1853-1856) when most physicians and even medical students were hired to assist in war efforts. Wartimes and their aftermath also caused additional turbulence in the physician system, as many physicians were lost either to death or because they fled to other countries. When cholera came to Finland in the early 1830s, cholera physicians were appointed, and as a result of the pandemic, more resources were allocated to public healthcare; for example, district physicians were advised to focus on their public duties rather than treating individual patients. This also meant that the need for other physicians focusing on the treatment of patients increased.

The social status of physicians aligned with previous research, with most physicians being sons of clergymen, officials, and scholars. The second largest group was comprised of sons of bourgeoisie, merchants, and artisans. A minority (< 10%) were sons of peasants, physicians or surgeons, and military officers. As a newer profession, it was still rare for the occupation of physician to be passed down from father to son.

Professional criteria, professional closure, and societal events in professionalization

As mentioned, the physician count has sometimes been used as a meter for the professionalization rate of Finnish physicians, indicating that physicians were a “full profession” only later in the 19th century. However, it is reasonable to consider the background of the Swedish rule: Finland’s physician system developed as a continuum that started as part of the Swedish physician system, and thus, despite having a lower physician number than the western part of the kingdom, it was in the same phase of professionalization as the rest of the Swedish physician system. Even though the rise in the number of physicians was essential to the development of the physician system and to its organization, other criteria were more relevant for the profession in Finland. Many criteria for the profession were already in place in the middle of the 18th century: state regulation, education as a requirement for being a physician, and a partly autonomic status in the form of *Collegium Medicum*.

After the annexation of Finland by Russia in 1809, ties were cut to Sweden, but the ways of the Swedish *Collegium Medicum* were preserved and continued in Finland’s own *Collegium Medicum*, founded in 1812. This college was run by Finnish physicians, which gave them more power to influence the Finnish physician system. They made proposals to the senate and eventually to the emperor, who often approved of developing healthcare in Finland. As a result, the number of physicians rose significantly in the following decades. More offices were founded, especially in the more remote parts of Finland, which had suffered from a lack of physicians for years and even decades, and physicians taking these offices were given a better salary to compensate for there being fewer paying customers than in the more population-dense and wealthier parts of Finland. Physicians’ education was also reformed in the first half of the 19th century, and many more physicians were now fully educated in Finland. This was an essential change, as previously, they often graduated from Swedish or other European universities. Thus, the occupation of physicians also became more attractive to the upper class. There was also a general trend of increased appreciation for university education. The arrival of cholera in the 1830s also prompted changes in the system in the form of cholera physicians and a re-definition of the duties of existing physicians.

All these events – the change in power, the wartime turbulence and physician losses, the subsequent establishment of new offices, reformations in education, and the cholera crisis – all contributed to massive changes in the professionalization process of physicians in the early 19th century. Latent changes were also happening in the background. The professional organization of physicians was not yet strong in Finland. Based on the theoretical framework of profession studies, the physician profession developed according to the continental model; it was very state-driven instead of developing based on the organization and activities of physicians themselves. *Finska Läkaresällskapet* was founded in 1835, but it was more of a scientific association at this point. However, this does not mean

the physicians did not do anything to advance their professionalization themselves. They had to compete with other actors in the field of healthcare – some of whom were officially approved by the state and some of whom were unofficial healers – who were often more consulted and better trusted among the common people. The vaguest demarcations were between physicians and surgeons and priests and apothecaries. The role of surgeons was explained above, but priests and apothecaries, although they were, in theory, very separate from physicians, also overlapped somewhat with physicians. Priests collaborated with physicians, for example, by reporting the sick and informing people of epidemics. Apothecaries had the privilege of selling medicine but were not allowed to treat the sick, whereas physicians were at least officially prohibited from keeping an apothecary. There were exceptions, however, as some physicians were known to have kept an apothecary. Physicians were also required to supervise other agents in healthcare and report wrongdoings. They did so, although not very diligently. Unofficial healers were rarely mentioned in the reports, and when they were, the tone was not always condemning. Unofficial healers often gained the approval of physicians if their activity was not considered harmful to the patients or violating the privileges of physicians. This reveals that there was less rivalry in the field than has often been supposed.

However, there were some significant clashes of interest between physicians and surgeons and apothecaries, with physicians citing a “lack of expertise” for these practitioners more often than for unofficial healers in reports and other sources. This is likely due to the fact that they had access to the same resources as physicians: education, state offices, surveillance and protection by *Collegium Medicum*, and paying customers. Thus, they were professionally closer to physicians and were a bigger threat to the status of physicians than unofficial healers.

All these rules and their exceptions point towards the closure of the profession³⁶⁰ but also the vagueness of its boundaries. One element in this is also the requirement of academic education and specifically the degree of a medical doctor. Even though in theory only doctors in medicine were allowed to be physicians, in practice, the degree bore little difference to medical licentiate, requiring only the defense of a short dissertation. Many physicians had already received their first position by as a licensiate or even earlier during their studies. In addition, even some surgeons without official certification were allowed to be physicians in areas where more educated physicians were not available for the office. Thus, the rules allowed some flexibility, and accommodating healthcare needs surpassed the requirement to exclude people who did not have the specified qualifications from the profession. This is also indicative of the system being state driven rather than driven by the interests of the physicians themselves.

Implementation of science and the corresponding changes in health culture

Academic education was both an advantage and a hindrance for physicians. On the one hand, developments in medicine resulted in some clearly effective

³⁶⁰ Excluding people from the profession with certain criteria, such as education, gender, or origin.

measures, such as smallpox vaccinations, which gradually increased public trust in medicine. On the other hand, it also deepened the chasm between medicine and folk (medical) culture. As long as most people did not want the treatments physicians were offering, their profession had not achieved dominance. To gain the public's trust, physicians had to offer better solutions for very public problems – epidemics. These solutions were sought also internationally. Physicians were sent on scientific journeys to learn new trends in medicine and to bring this information back to their home country. While this was also intended to remain competitive with other nations, it emphasized the special status of physicians as well.

Science was a tool physicians used to differentiate themselves from “quacks,” and in their writings, they presented themselves as educated, competent experts in an effort to elevate their professional image and credibility. The rhetoric used in physician reports also displays this attitude: physicians often attributed the recovery of patients and subsidence of epidemics to their own interventions and blamed the common people for acting irresponsibly by refusing their treatment and advice. This blame was also symptomatic of the gap between “upper class” physicians and the common people. The reasons for this gap were many. Some were practical, such as distance and availability of physicians, and some were cultural, such as socio-economic differences and established health culture. In addition to prejudices against physicians, it was simply not customary to consult a physician, as there were also home remedies and other healers available. It was only in the early 19th century that physicians took the mistrust of the common people seriously enough to point it out repeatedly in their reports. At this point, they really wanted to gain the trust of the people, and according to their own reports, they sometimes made great strides in this regard. This may have been due in part to their own actions and a change in their attitudes towards the common people, but it also resulted from increased contact between physicians and the general public due to an increase in physician numbers, vaccinations, epidemic control, and cholera measures.

Conclusion: The professionalization of physicians in Finland

The professionalization of Finnish physicians from the middle of the 18th century to the middle of the 19th century was an interactive process. As a continuum from the Swedish physician system, physicians in Finland already fulfilled some important criteria for professions in the 18th century: academic education, state regulation, and organizational autonomy. However, crucial steps were taken in the decades following the Finnish War and annexation by Russia in 1809. Reforms in the physician system and education, the increased autonomy of Finnish physicians, the founding of new offices, better salaries, social appreciation, and a more balanced geographical distribution of physicians all helped to establish a steadier physician system.

In addition to these changes, the professionalization process was tied to the changing medical culture and the definition of physicians' social and profes-

sional status in their communities and among other healthcare providers. Physicians had to define their relationships with their patients, gain their trust, and differentiate themselves from rival professions and unofficial healers. They strived to achieve this by presenting themselves as competent experts and successful healers, as well as by creating more opportunities to show people the effective methods of medicine, such as vaccinations. With the accumulation of more positive encounters, physicians slowly built their reputations and gained trust among the people, and gradually they became a more viable option for care. This enabled them to define diseases and their treatment according to their own medical culture and to tie the experience of sickness and healing to medicine, the physician system, and state healthcare.

KIRJALLISUUS

- Aalto, Saari (2016), *Medisiinarit, ammattiin kasvaminen ja hiljainen tieto. Suomalaisen lääkärikoulutuksen murroksen vuodet 1933-1969*. Helsingin yliopiston väitöskirja. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-2656-6>, viitattu 2.10.2010.
- Alanen, Armas J. (1948), *Etelä-Pohjanmaan historia IV: 1 Isostavihasta Suomen sotaan 1700-1808*. Vaasa: Etelä-Pohjanmaan historiatoimikunta.
- Alfani, Guido, Gourdon, Vincent & Vitali, Agnese (2012), "Social Customs and Demographic Change: The Case of Godparenthood in Catholic Europe." *Journal for Scientific Study of Religion* 51(3): 482–504.
- Alho, A. R. (1946), "Rauman kaupunginlääkärit 1800-luvulla". Teoksessa: Nikkilä, Eino & Valonen (toim.), *Satakunta: kotiseututkimuksia v. 12*. Helsinki: Satakuntalainen osakunta, 118–145.
- Anttila, Aarne (1985), *Elias Lönnrot. Elämä ja toiminta*. Helsinki: SKS.
- Baldwin, Peter (2012), *Contagion and the State in Europe, 1830-1930*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Beier, Lucinda (1987), *Sufferers and Healers. The Experience of Illness in Seventeenth-Century England*. Bowling Green: Bowling Green State University Popular Press.
- Bergstrand, Hilding (1962), "Läkarkåren och provinsialläkarväsendet". Teoksessa: Wolfram Kock (toim.), *Medicinalväsendet i Sverige 1813–1962*. Tukholma: Nordiska bokh, 116–117.
- Berteau, Camille, Gourdon, Vincent & Robin-Romer, Isabelle (2012), "Godparenthood: Driving Local Solidarity in Northern France in the Early Modern Era. The example of Aubervilliers Families in the Sixteenth-Eighteenth Centuries." *The History of Family* 17(4): 452–467.
- Bhattacharya, Sanjoy & Brimnes, Niels (2009), "Introduction. Simultaneously Global and Local. Reassessing Smallpox Vaccination and Its Spread, 1789–1900", *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 83 (1), 1–16.
- Berridge, Virginia, Mold, Alex & Gorsky, Martin (2011), *Public Health in History*. Maidenhead: McGraw-Hill Education.
- Björkstén, J. I. (1908), *Vaccinationens historia i Finland I*. Helsinki: Helsingfors Centraltryckeri.

- Bonderup, Gerda (2001), "Danish Society and Folk Healers 1780-1825".
Teoksessa: Jutte, Rober, Eklöf, Motzi & Nelson, Marie C. (toim.), *Historical Aspects of Unconventional Medicine*. EAHMH Publications, 73–85.
- Bonsdorff, Berten von (1960), *Finska Läkaresällskapet 125 år. Historik 1935–1960*.
Finska Läkaresällskapetets Handlingar, Band 104, Nr 2.
- Broman, Thomas H. (1996), *The Transformation of German Academic Medicine, 1750-1820*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Brown, Michael (2011), *Performing Medicine. Medical Culture and Identity in Provincial England, c. 1760–1850*. Manchester, New York: Manchester University Press.
- Burnham, John C. (2005), *What Is Medical History?* Cambridge & Malden: Polity Press.
- Connor, J. T. H & Curtis, Stephen (2015), *Medicine in the Remote and Rural North, 1800–2000*. Lontoo: Taylor & Francis Ltd.
- Crowther, M. Anne & Dupree, Marguerite W. (2007), *Medical Lives in the Age of Surgical Revolution*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dhondt, Pieter (2012), "Transnational currents in Finnish medical education (c. 1800–1920), starting from a 1922 discourse." *Paedagogica Historica: International Journal of the History of Education*, 48:5, 692–710.
- Dinges, Martin (2004), "Social History of Medicine in Germany and France in the Late Twentieth Century. From the History of Medicine towards a History of Health". Teoksessa: Huisman, Frank & Warner, John Harley (toim.), *Locating Medical History*. Baltimore: The John Hopkins University Press, 209–236.
- Drakman, Annelie (2018), *När kroppen slöt sig och blev fast. Varför oderlåtning, miasmateori och klimatmedicin övergavs vid 1800-talens mitt*. Acta Universitatis Upsaliensis 49.
- Edgren, Johan (2010), *Finska Läkaresällskapet 175 år*. Keuruu: Otava. [https://www.fl.s.fi/Site/Data/884/Files/FLS_Histrik_lowNY2\(1\).pdf](https://www.fl.s.fi/Site/Data/884/Files/FLS_Histrik_lowNY2(1).pdf), viitattu 2.10.2020.
- Eilola, Jari (2009), "Moral Transgression and Illness in the Early Modern North", *Asclepio*, Vol. 61 (1): 219–242.

- Elliott, Philip (1972), *The Sociology of Professions*. London: Macmillan.
- Kouvalainen, Kauko, Dahl, Matti, Iisalo, Eila, Heinonen, Jaana, Henriksson, Marit (toim.) (2007), *Johannes Ekelundin, ensimmäisen Suomessa kokonaan koulutetun lääkärin väitöskirjat Kupittaaan lähteestä ja Epideemisestä katarrikuumeesta*. Oulu: Oulun yliopistopaino.
- Ericsson, Tom (2000), "Godparents, Witnesses, and Social Class in Mid-Nineteenth Century Sweden." *The History of Family* 5(3): 273–286.
- Evetts, Julia (2003), *The Sociological Analysis of Professionalism. Occupational Change in the Modern World*. *International Sociology* 18(2), 395–415.
- Ernst, Waltraud (2002), "Introduction". Teoksessa: *Plural Medicine, Tradition and Modernity, 1800–2000*. Toimittanut W. Ernst. London: Routledge, 1–9.
- Fagerlund, Solveig (2000), "Women and Men as Godparents in an Early Modern Swedish Town." *The History of Family* 17(4): 452–467.
- Freidson, Eliot (1970), *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: University of Chicago Press.
- Freidson, Eliot (1986), *Professional Powers. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago ja Lontoo: The University of Chicago Press.
- Freidson, Eliot (1994), *Professionalism Reborn. Theory, Prophecy and Policy*. Chicago: The University of Chicago Press.
- French, Roger (2003), *Medicine Before Science. The Rational and Learned Doctor from the Middle Ages to the Enlightenment*. New York: Cambridge University Press.
- Forsius, Arno (1982), *Sosiaali- ja terveydenhuollon kehitys Hollolassa ja Lahdessa vuoteen 1865*. Hämeenlinna: Karisto.
- Forsius, Arno (1995), "Lääkärien koulutus Helsingin Aleksanterin yliopistossa 1828-1918". *Suomen Lääkärilehti* 31: 3379.
- Forsius, Arno (1997), "Björnlund, Bengt". Kansallisbiografia-verkkojulkaisu. *Studia Biographica* 4. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 1997–. Viitattu 3.10.2020.
- Forsius, Arno (2003), "Parturit, välskärit ja kirurgit Ruotsissa ja Suomessa". <http://www.saunalahti.fi/arnoldus/kirurgi2.html>, viitattu 22.11.2019.

- Forsius, Arno (2004), "Suomen terveydenhuollon murros 1880-luvulla." <http://www.saunalahti.fi/arnoldus/terv1880.html>, viitattu 22.3.2019.
- Forsius, Arno (2005), "Kuppatauti terveydenhuollon ongelmana Suomessa." <http://www.saunalahti.fi/arnoldus/kuppaend.html>, viitattu 24.9.2020.
- Forsius, Arno (2008), "Hast, Rudolf (1724–1784)". *Kansallisbiografia-verkkojulkaisu*. Studia Biographica 4. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 1997–, <http://www.kansallisbiografia.fi/kb/artikkeli/6042/>, viitattu 19.8.2019.
- Gecas, Victor (1982), "The Self-Concept." *Annual Review of Sociology* 8: 1, 1–33.
- Gijswiit-Hofstra, M., Marland, H. & De Waard, H. (1997), "Introduction: Demons, Diagnosis and Disenchantment". Teoksessa: Gijswiit-Hofstra, M., Marland, H. & De Waard, H. (toim.), *Illness and Healing Alternatives in Western Europe*. Lontoo: Routledge, 1–13.
- Gustafsson, Tony (2010), "Mellan pliktuppfyllelse och berättarglädje: En genreanalys av provinsialläkarrapporter från 1800-talets första hälft". Teoksessa Gustafsson Chorell, Torbjörn & Bondestam, Maja (toim.), *In bara huden. Medicinhistoriska studier tillägnade Karin Johannisson*. Nora: Nya Doxa, 27–44.
- Hakkarainen, Susanna & Sinisalo, Henna (2012), "Tappava tauti, pelätty pelastaja – isorokon ja rokotuksen historiaa". Hippokrates: Suomen Lääketieteen Historian Seuran vuosikirja (29), 139–166.
- Hakosalo, Heini (2010), "Lääkäri, yhteiskunta ja yhteisö". *Duodecim* 2010;126:1544–51.
- Hakosalo, Heini (2012), "Lääketieteellisten käsitteiden historia – esimerkkitapaus 1800-luvun aivotutkimuksesta." Teoksessa: Honkasalo, Marja-Liisa & Salmi, Hannu (toim.), *Terveyttä kulttuurin ehdoilla. Näkökulmia kulttuuriseen terveytutkimukseen*. Turku: k&h, 27–57.
- Hakosalo Heini (2016), "Coming together: Early Finnish medical women and the many levels of historical biography". Teoksessa: Haldorsdottir, Erla Hulda, Kinnunen, Tiina, Leskelä-Kärki, Maarit & Possing, Birgitte (toim.), *Biography, Gender, and History: Nordic Perspectives*. Turku: k&h, 209–230.
- Halmesvirta, Anssi (1998), *Vaivojensa vangit. Kansa kysyi, lääkärit vastasivat – histori allinen vuoropuhelu 1889-1916*. Jyväskylä: Atena.

- Harjula, Minna (2015), *Hoitoonpääsyn hierarkiat. Terveyskansalaisuus ja terveyspalvelut Suomessa 1900-luvulla*. Tampere: Tampere University Press.
- Harley, David (1999), "Rhetoric and the Social Construction of Sickness and Healing". *The Society for the Social History of Medicine* 12(3): 407–35.
- Harrison, Mark (2009), "Medical Experimentation in British India: The Case of Helenus Scott". Teoksessa: Ebrahimnejad, Hormoz (toim.), *The Development of Modern Medicine in Non-Western Countries: Historical Perspectives*. London: Routledge, 23–41.
- Harrits, Gitte Sommer (2014), "Professional Closure Beyond State Authorization". *Professions & Professionalism* vol. 4 (1), 2014.
- Heikkinen, Antero (1991), *Terveiden ja ilon tähden. Herrasväki liikkeellä Suomessa 1700- ja 1800-luvuilla*. Historiallisia tutkimuksia 160. Helsinki: Suomen Historiallinen Seura.
- Heikkinen, Reijo (1985), *Korpihohtorin jalanjäljillä*. Oulu: Kustannusosakeyhtiö Pohjoinen.
- Hietala, Marjatta 1992, *Tietoa, taitoa, asiantuntemusta. Helsinki eurooppalaisessa kehityksessä 1875–1917*. 1, Innovaatioiden ja kansainvälistymisen vuosikymmenet. Historiallinen arkisto 99 (1). Helsinki: Suomen historiallinen seura, Helsingin kaupungin tietokeskus.
- Hiljanen, Mikko (2019), *Suomalaiset kirkkoherrat Ruotsin valtion rakentajina 1550-luvulta 1610-luvulle*. Jyväskylän yliopiston väitöskirja.
- Hirvonen, Leo (1987), *Lääketieteen historia*. Hanko: Recallmed Oy.
- Hjelt, Otto E. A. (1885), *En återblick på Finska Läkaresällskapets femtioåriga verksamhet*. Helsinki.
- Hjelt, Otto E. A. (1891), *Svenska och finska medicinalverkets historia 1663–1812*. Första delen. Helsinki: Helsingfors Central-Tryckeri.
- Hjelt, Otto E. A. (1892), *Svenska och finska medicinalverkets historia 1663–1812*. Andra delen. Helsinki: Helsingfors Central-Tryckeri.
- Hjelt, Otto E. A. (1893), *Svenska och finska medicinalverkets historia 1663–1812*. Tredje delen. Helsinki: Helsingfors Central-Tryckeri.
- Hjelt, Edv. (1907), *Tilastollisia tietoja opiskelevasta nuorisosta Suomen yliopistossa 1867–1905*. Helsinki: Edlundin kirjakauppa.

- Hodacs, Hanna (2016), "Local, Universal, and Embodied Knowledge: Anglo-Swedish Contacts and Linnaean Natural History". Teoksessa: Manning, Patrick & Rood, Daniel, *Global Scientific Practice in and Age of Revolutions, 1750-1850*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 90-104.
- Hokkanen, Markku & Kananoja, Kalle (2017), "Kiistellyt tiet terveyteen. Parantamisen monimuotoisuus ja lääkinällinen hybridisaatio globaalihistoriassa." Teoksessa: Hokkanen, Markku & Kananoja, Kalle (toim.), *Kiistellyt tiet terveyteen. Parantamisen monimuotoisuus globaalihistoriassa*. Helsinki: SKS, 7-82.
- Horner, J. Stuart (2000), "Autonomy in the Medical Profession in the United Kingdom. An Historical Perspective." *Theoretical Medicine* 21, 409-423.
- Hughes, Everett C. (1958), *Men and their Work*. New York: The Free Press of Glencoe.
- Huisman, Frank & Warner, John Harley (2004), "Medical Histories". Teoksessa: Huisman, Frank & Warner, John Harley (toim.), *Locating Medical History*. Baltimore: The John Hopkins University Press, 1-30.
- Häkkinen, Antti (1995), *Rahasta – vaan ei rakkaudesta. Prostituutio Helsingissä 1867-1939*. Helsingin yliopiston väitöskirja.
- Ignatius, Jaakko (2006), "Ne kaksitoista – Duodecim-seuran perustajat." *Duodecim* 2006; 122: 15-8.
- Ignatius, Jaakko (2012), *Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 1881-2006. I osa*. Helsinki: Duodecim.
- Ilmonen, Kaj (2002), "Luottamus paikallisiin instituutioihin ja sosiaalisiin verkostoihin." Teoksessa: Ruuskanen, Petri (toim.), *Sosiaalinen pääoma ja hyvinvointi. Näkökulmia sosiaali- ja terveysaloille*. Keuruu: PS-kustannus, 136-159.
- Impola, Petteri (2014), "Minä poltan hänet kautta seitsemäntuhannen perkeleen". *Taikuus, noituus ja kansanusko Ylä-Satakunnassa 1623-1750*. Jyväskylän yliopiston pro gradu-tutkielma.
- Jauho, Mikko (2004), "Valtion rakentaminen, lääkärikunnan ammatillistuminen ja valistuneen maallikon synty." Teoksessa: Henriksson, Lea & Wrede, Sirpa (toim.), *Hyvinvointityön ammatit*. Helsinki: Gaudeamus, 84-109.

- Johannisson, Karin (1988), *Det mätbara samhället. Statistik och samhällsdröm i 1700-talets Europa*. Tukholma: Nordstedt.
- Johannisson, Karin (1989), "Why Cure the Sick? Population Policy and Health Programs within 18th-Century Swedish Mercantilism". Teoksessa: Brändström, Anders & Tedebrand, Lars-Göran (toim.), *Society, Health and Population during the Demographic Transition*. Tukholma: Almqvist and Wiksell International, 323–330.
- Johnsson, Gunnar (1928), *Suomen piirilääkärit 1749-1927. Kokoelma lyhyitä elämäkertoja*. Suomen Sukututkimusseuran julkaisuja VI. Helsinki: Suomen Sukututkimusseura.
- Jussila, Osmo (2004), *Suomen suuriruhtinaskunta: 1809–1917*. Helsinki: WSOY.
- Kallioinen, Mika (2009), *Rutto ja rukous. Tartuntataudit esiotellisen ajan Suomessa*. Jyväskylä: Atena.
- Kananoja, Kalle (toim.) (2019), *Healers and Empires in Global History. Healing as Hybrid and Contested Knowledge*. Cambridge: Palgrave.
- Kauranen, Kaisa (1999), *Rahvas, kauppahuone, esivalta. Katovuodet pohjoisessa Suomessa 1830-luvulla*. Helsinki: Suomen Historiallinen Seura.
- Kauttu, Kyllikki & Kosonen, Tapani (1985), *Suomen lääkäriliitto 1910–1985*. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto.
- Keats-Rohan, K. S. B. 2007, "Biography, Identity and Names. Understanding the Pursuit of the Individual in Prosopography". Teoksessa: Keats-Rohan, K.S.B. (toim.), *Prosopography Approaches and Applications. A Handbook*. Oxford: University of Oxford, 139–181.
- 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.
- Klinge, Matti & Knapas, Rainer & Leikola, Anto & Strömberg, John (1989), *Helsingin yliopisto 1640–1990. 2. osa: Keisarillinen Aleksanterin yliopisto 1808–1917*. Toim. Knapas, Rainer. Helsinki: Otava.
- Koerner, Lisbet (1999), *Linnaeus: Nature and Nation*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Konttinen, Esa (1991), *Perinteisesti moderniin. Professionien yhteiskunnallinen synty Suomessa*. Tampere: Vastapaino.

- Konttinen, Esa 1993, "Professionäkökulman lupaus". Teoksessa: Konttinen, Esa (toim.), *Ammattikunnat, yhteiskunta ja valtio. Suomalaisten professioiden kehityskuvia*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 7–15.
- Kontturi, Saara-Maija & Eilola Jari (2014), "Varhaiset piirilääkärit kummeina. Mikrohistoriallinen näkökulma." *Genos* 4/2014, 226–239.
- Kontturi, Saara-Maija (2014), *Parantajat ja tieteentekijät. Piirilääkärit Ruotsin valtakunnassa 1700-luvun lopulta 1800-luvun alkuun*. Jyväskylän yliopiston pro gradu-tutkielma.
- Kontturi, Saara-Maija (2015), "Suomen varhaisen piirilääkärilaitoksen tavoitteet ja niiden toteutuminen". *Hippokrates* 32, 91–115.
- Kontturi, Saara-Maija (2019), "Reports on Encounters between Medical Cultures: Two Physicians in Sweden's Medical and Colonial Connections in the Late Eighteenth Century. Teoksessa: Hokkanen, Markku & Kananoja, Kalle (toim.), *Healers and Empires in Global History. Healing as Hybrid and Contested Knowledge*. Cambridge: Palgrave, 55–79.
- Kontturi, Saara-Maija (2020), "Lääkärikunnan ja valtiollisen terveydenhoidon kehitys 1800-luvun alkupuolella". Teoksessa: Einonen, Piia & Voutilainen, Miikka (toim.), *Suomen sodan jälkeen. 1800-luvun alkupuolen yhteiskuntahistoria*. Tampere: Vastapaino, 321–348.
- Kontturi, Saara-Maija (2021ba), "Läkande, botande och bilden av den kompetenta medicinaren i de finländska läkarnas årsberättelser 1769–1856." *Historisk Tidskrift för Finland* 4/2020, 497–516.
- Kontturi, Saara-Maija (2021b), "Rajanvedot ja tulkinat lääkäriammattikunnan historiassa." Vertaisarvioitu artikkelikäsikirjoitus teokseen Kananoja, Kalle (toim.), *Terveyden poluilla. Menetelmälliset haasteet terveyshistoriassa*.
- Kopponen, Tapio (1976), *Parantajat: kertomuksia kansanlääkäreistä*. Helsinki: SKS.
- Korpela, Jukka (1987), *Das Medizinalpersonal im antiken Rom : eine sozialgeschichtliche Untersuchung*. Suomalainen tiedeakatemia.
- Koskinen, Juho (1999), "Terveyslähde ja kaivuhuone Helsingin Töölössä 1758–1793". *Hippokrates* 16, 10–32.
- Koskivirta, Anu (2009), "Parantaja, kuolinsyöntutkija 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.

Kotilainen, Sofia (2008), *Suvun nimissä. Nimenannon käytännöt Sisä-Suomessa 1700-luvun alusta 1950-luvulle*. Bibliotheca Historica 120. Helsinki: SKS.

Kotivuori, Yrjö (2005), *Ylioppilasmatrikkeli 1640–1852* (verkkójulkaisu). <http://www.helsinki.fi/ylioppilasmatrikkeli>

Krogius, Ali (1935), *Finska Läkaresällskapetets historia 1835–1935*. Helsinki.

Kuuliala, Jenni (2015), "Vammaisuus ja myöhäiskeskiajan lääketieteen sosiaalhistoria ihmekertomusten valossa". *Hippokrates* 32, 63–89.

Kuuse, Jan & Dahlin, Bengt (2005), *Öppen vård i Mittenälvsborg då, nu och sedan, med fokus på Lerum. Del I: Provinsiällkartiden*.
http://www.bengtdahlin.se/HoSStoryn1/filer_del_1/hela_projektet.pdf,
viitattu 29.9.2020.

Laine, Esko & Ahokas, Minna (toim.) (2018), *Hyödyllisen tiedon piirit. Tutkimuksia papistosta, rahvaasta ja tiedon rakentumisesta 1700-luvulla*. Helsinki: SKS.

Lavonius, Herman (1959), *Kunnanlääkärilaitoksen 75-vuotishistoria*. Vaasa: Vaasa Oy:n Kirjapaino.

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

Lindeqvist, K. O. (1926), *Hämeenlinnan kaupungin historia. 2. osa, 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.

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

Luoma, Väinö (1962a), *Valtion virkamiesten järjestäytyminen Suomessa I. Johdanto & Virkamiesliikkeen tulkintakaava*. Turku: Uuden Auran Oy:n kirjapaino.

Luoma, Väinö (1962b), *Valtion virkamiesten järjestäytyminen Suomessa II. Virkamiesliikkeen yleiskehitys, kokonaistuminen ja tukeutuminen*. Turku: Uuden Auran Oy:n kirjapaino.

- Luukko, Armas (1979), *Vaasan historia II: 1721–1808*. Vaasa: Vaasan kaupunki.
- Maaniitty, Elina (2021), "Befolknings- och folkhälsofrågornas framväxt och läkarnas förändrade yrkesbild i Sverige på 1700-talet." *Historisk Tidskrift för Finland* 4/2020, 441–469.
- Marttila, Juuso (2014), *Työ teollistumisen ja arjen rajapintana: Strömforsin ja Ramnäsin rautaruukkiyhteisöt 1880–1950*. Helsinki: Työväen historian ja perinteen tutkimuksen seura.
- Michelsen, Karl-Erik (1999), *Viides sääty. Insinöörit suomalaisessa yhteiskunnassa*. Vammala: Vammalan kirjapaino.
- Muiluvuori, Jukka (2005), *Apteekkareita, lääkkeitä ja professoreita. Yliopiston Apteekki Suomessa 1800- ja 1900-luvulla*. Porvoo: WSOY.
- Nieminen, Mauri (1999), *Väestötilastoja 250 vuotta. Katsaus väestötilaston historiaan vuosina 1749-1999*. Vantaa: Tummavuoren Kirjapaino.
- Nordin, Svante (2015), "Ödets fingrar." *Axess* 8, 64–65.
- Nyberg, Kenneth (2016), "Linnaeus' Apostles and the Globalization of Knowledge, 1729-1856". Teoksessa: Manning, Patrick & Rood, Daniel (toim.), *Global Scientific Practice in an Age of Revolutions, 1750–1850*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 73–80.
- Nyström, Samu (2010), "Suomen Lääkäriliitto sata vuotta". Teoksessa: Nyström, Samu (toim.), *Vapaus, terveys, toveruus. Lääkärit Suomessa 1910–2010*. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino, 16–51.
- Oker-Blom, N. (1985), *Finska Läkaresällskapet 1835–1985*. Helsinki: Ky Printaco Kb.
- Olakivi, Antero (2017), "Terveiden ammattilaiset. Professiososiologisia näkökulmia". Teoksessa: Karvonen, Sakari, Kestilä, Laura & Mäki-Opas Tomi (toim.), *Terveys sosiologian linjoja*. Gaudeamus: Tallinna, 107–124.
- Paasikivi, Sofia (2016), *Waikioita Waiwoja Watasta. Kolera ja siitä käyty keskustelu 1800-luvun Turussa*. Turun yliopiston pro gradu -tutkielma.
<https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/123211/gradukulttuuri/historiaPaasikivi.pdf?sequence=2&isAllowed=y>, viitattu 25.3.2021.
- Parland-von Essen, Jessica (2010), *Ammatti, avioliitto ja arvostus. Helsinkiläinen eliitti 1740–1820*. Helsinki: Schildts.

- Pasternack, Amos & Saarni, Samuli (2015), "Professio – lääkäri ja yhteiskunta." Teoksessa: *Lääkäriksi*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 11–21.
- Pasternack, Amos, Puustinen Raimo, Hallamaa Jaana (toim.) (2017), *Lääkäriprofessio. Professionaalisuus lääkärin työssä*. Helsinki: Duodecim.
- Pelling, Margaret (2003), *Medical Conflicts in Early Modern London. Patronage, Physicians and Irregular Practitioners, 1550–1640*. Oxford: Clarendon Press.
- Pesonen, Niilo (1971), "Papiston osuus maamme lääkintähuollossa 1700–1800-luvulla". Eripainos Suomen Lääkärilehden numeroista 8 ja 9/1971.
- Pesonen, Niilo (1980), *Terveiden puolesta – sairautta vastaan. Terveiden- ja sairaanhoito Suomessa 1800- ja 1900-luvulla*. Porvoo: WSOY.
- Pitkänen, Kari (1988), *Väestötutkimus ja yhteiskunta. Suomalaisen väestötutkimuksen historia 1700-luvulta noin vuoteen 1950. Suomen Väestötieteen Yhdistyksen Julkaisuja 11*. Helsinki: Suomen Väestötieteen Yhdistys.
- Porter, Dorothy (1999), *Health, Civilization and the State. A History of Public Health from Ancient to Modern Times*. New York & London: Routledge.
- Porter, Dorothy & Porter, Roy (1988), *In Sickness and in Health. The British Experience 1650–1850*. London: Fourth Estate.
- Porter, Dorothy & Porter, Roy (1989), *Patient's Progress. Doctors and Doctoring in Eighteenth Century England*. Cambridge: Polity Press.
- Porter, Roy (1985), "The Patient's View: Doing Medical History from below". *Theory and Society*, vol. 14 (2), 175–198.
- Porter, Roy (1991), "Cleaning up the Great Wen: Public Health in Eighteenth Century London". Teoksessa: Bynum, W. F. ja Porter, Roy (toim.), *Living and Dying in London: Medical History Supplement No. 11*. London: Wellcome Institute, 61–75.
- Porter, Roy (2003), *Flesh in the Age of Reason: The Modern Foundations of the Body and Soul*. New York & Lontoo: W. W. Norton & Company.
- Pulma, Panu (1985), *Fattigvård i frihetstidens Finland. En undersökning om förhållandet mellan centralmakt och lokalsamhälle*. Historiallisia Tutkimuksia 129. Helsinki: Suomen Historiallinen Seura.

- Pälve, Heikki (2013), "Etiikka ja professio". Teoksessa: Saarni, Samuli (toim.), *Lääkärietiikka*. Lahti: Suomen Lääkäriliitto. Teos löytyy sähköisessä muodossa osoitteesta https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1273/laakarini_etiikka_2013.pdf, viitattu 17.5.2018.
- Pänkäläinen, Antti (1938), *Kansanparantajia*. Porvoo & Helsinki: WSOY.
- Rinne, Risto & Jauhiainen, Arto (1988), *Koulutus, professionaalituminen ja valtio. Julkisen sektorin koulutettujen reproduktioammattikuntien muotoutuminen Suomessa*. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunta, julkaisusarja A:128, 1988. Turku: Turun yliopiston kasvatustieteiden laitos.
- Rintala, Aarne E. (2006), "Turun 1700-luvun kirurgit". *Hippokrates* 23, 13–69.
- Riska, Elianne (1998), "The Professional Status of Physicians in the Nordic Countries". *The Milband Quarterly*, vol. 66, Supplement 2: The Changing Character of the Medical Profession, 133–147.
- Riska, Elianne (2001), "Restoring the Balance: Women Physicians and the Profession of Medicine, 1850–1995." *Journal of Health Politics, Policy and Law* 26(6), 1406–1409.
- Riska, Elianne (2010), "Women in the Medical Profession: International Trends." Teoksessa E. Kuhlmann, & E. Annandale (toim), *Handbook of Gender and Healthcare*. Palgrave Macmillan, 389–404.
- Ryymän, Teemu (2018), "The Dynamics of the Medical Marketplace in Norway, c. 1850–2010." *Esitys European Social Science History-konferenssissa* 4.4.2018.
- Samuel Fahlberg, <https://sok.riksarkivet.se/sbl/artikel/14963>, *Svenskt biografiskt lexikon* (teksti & kuvitus Ingegerd Hildebrand), viitattu 19.10.2020.
- Sandblad, Henrik (1979), *Världens nordligaste läkare. Medicinalväsendets första insteg i Nordskandinavien 1750–1810*. Motala: Borgström Tryckeri AB.
- Savolainen, Raimo (1996), *Keskusvirastolinnakkeista virastoarmeijaksi. Senaatin ja valtioneuvoston alainen keskushallinto Suomessa 1809–1995*. Helsinki: Oy Edita AB, 49–50.
- Schulzenheim, von (Schultz, Schulzen, von Schulzen), släkt, <https://sok.riksarkivet.se/sbl/artikel/6564>, *Svenskt biografiskt lexikon* (teksti & kuvitus Lars-Olof Skoglund), viitattu 29.9.2020.

- Skott, Christina (2014), "Expanding Flora's Empire: Linnaean Science and the Swedish East India Company". Teoksessa: Aldrich, Robert & McKenzie, Kirsten, *The Routledge History of Western Empires*. London: Routledge, 238–254.
- Sköld, Peter (2005), "Kampen mot kopporna. Preventivmedicinens genombrott." Teoksessa: Sundin, Jan, Hogstedt, Christer, Lindberg, Jakob, Moberg, Henrik (toim.), *Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv*. Statens folkhälsoinstitut, 132–175.
- Soininen, Gunnar (1937), "Piirteitä Helsingin lääkärioloista 1700-luvun puolivälistä nykypäiviin". *Duodecim* 12/1937, 1127–1138.
- Soininen, Gunnar (1938), "Lääkärikuntamme jaoittelusta arvoluokkiin 1800-luvulla". *Duodecim* 3/1938, 214–226.
- Soininen, Gunnar (1943a), "Lääketieteen tohtorin arvosta Suomessa." *Duodecim* 10/1943, 443–454.
- Soininen, Gunnar (1943b), "Lääninlääkärilaitoksemme esihistoriaa." *Duodecim* 11/1943, 495–454.
- Smythe, Dion C. (2007), "A Whiter Shade of Pale: Issues and Opportunities in Prosopography". Teoksessa: Keats-Rohan, K.S.B. (toim.), *Prosopography Approaches and Applications. A Handbook*. Oxford: University of Oxford, 127–137.
- Stone, Lawrence (1971), "Prosopography", *Daedalus* 100 (1), 45–79.
- Stobart, Anne (2006), *Household Medicine in Seventeenth-Century England*. Bloomsbury Academic.
- Sumich, Christi (2013), *Divine Doctors and Dreadful Distempers. How Practicing Medicine Became a Respectable Profession*. Amsterdam, New York: Rodopi.
- Suolahti, Gunnar (1919), *Suomen papisto 1600-luvulla*. Porvoo: Werner Söderström Oy.
- Sörlin, Sverker (2000), "Ordering the World for Europe: Science as Intelligence and Information as Seen from the Northern Periphery". Teoksessa: MacLeod, Roy (toim.), *Nature and Empire: Science and the Colonial Enterprise*. Chicago: University of Chicago Press, 51–70.

- Sörlin, Sverker (2008), "Globalizing Linnaeus – Economic Botany and Travelling Disciples", *Tijdschrift voor Skandinavistiek* 2, 118–119.
- Tadmor, Naomi (2001), *Family and Friends in Eighteenth-Century England: Household, Kinship, and Patronage*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tiitta, Allan (2009), *Collegium medicum. Lääkintöhallitus 1878–1991*. Helsinki: THL.
- Torstendahl, Rolf (1990), "Introduction: Promotion and Strategies of Knowledge-Based Groups." Teoksessa Torstendahl, Rolf & Burrage, Michael, *The Formation of Professions*. London: SAGE Publications, 1–10.
- Turpeinen, Oiva (1986), *Nälkä vai tauti tappoi? Kauhunvuodet 1866–1868*. Helsinki: SHS.
- Turpeinen, Oiva (2012), *Kuppa. Kuninkaan ja kerjäläisen vitsaus. Amanita*.
- Tuominen, Jorma et al. (1976), *Hämeen historia III, 2. nide. Vuodesta 1721 noin vuoteen 1879*. Hämeenlinna: Karisto.
- Tuovinen, Jane (1984), *Tietäjistä kuppareihin: kansanparannuksesta ja parantajista Suomessa*. Porvoo, Helsinki, Juva: WSOY.
- Uotila, Merja 2014a, *Käsityöläinen kyläyhteisönsä jäsenenä. Prosopografinen analyysi Hollolan käsityöläisistä 1810–1840*. Jyväskylä studies in humanities 237. <https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/44611>, viitattu 20.11.2015.
- Uotila, Merja 2014b, "Tavallisuuden tavoittelua. Prosopografia elämäkerrallisen tutkimuksen välineenä". Teoksessa: *Historiallinen elämä. Biografia ja historiantutkimus*. Toim. Hakosalo, Heini, Jalagin, Seija, Junila, Marianne & Kurvinen, Heidi. SKS: Helsinki, 240–256.
- Vainio-Korhonen, Kirsi (2012), *Ujostelemattomat. Kättilöiden, synnytysten ja arjen historiaa*. Helsinki: WSOY.
- Vainio-Korhonen, Kirsi (2018), *Musta-Maija ja Kirppu-Kaisa. Seksityöläiset 1800-luvun alun Suomessa*. Helsinki: SKS.
- Valtonen, Heli & Annola, Nygård, Vilen (2021b), "Professionaaliset identiteetit yhteisöllisyytenä ja erontekoina". Artikkelinä vuonna 2021 ilmestyvässä teoksessa: *Suomalaisen yhteiskunnan historia II*, Vastapaino.
- Vauhkonen, Onni (1992), "Yleiskatsaus Suomen lääkintälaitoksen ja terveydenhuollon kehitysvaiheisiin 1600-luvulta 1970-luvulle."

Teoksessa: *Terveysthuollon historia*. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö, 187–292.

Vaskilampi, Tuula (1922), "Talcott Parsons ja sairaan rooli". Teoksessa: Ulla Ashorn et al. (toim.), *Yhteiskunta ja terveys. Klassisia teoreettisia näkökulmia*. Helsinki: Gaudeamus, 61–76.

Verboven, Koenraad, Carlier, Myria & Dymolyn, Jan 2007, "A Short Manual to the Art of Prosopography". Teoksessa: Keats-Rohan, K.S.B. (toim.), *Prosopography Approaches and Applications. A Handbook*. Oxford: University of Oxford, 35–69.

Villstrand, Nils Erik & Karonen, Petri (2017), "Tirkistysaukkohistoriaa vai avoimia tulevaisuuksia?" Teoksessa: Villstrand, Nils Erik & Karonen, Petri (toim.), *Kulkemattomat polut. Mahdollinen Suomen historia*. Helsinki: Gaudeamus, 7–20.

Vuolio, Vesa (1995), *Lunastettu vapaus. Kunnanlääkärin ammatillisen autonomian muotoutuminen*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

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

Vuorinen, Heikki S. (2006), *Tautinen Suomi 1857–1865*. Tampere: Tampere University Press.

Waddington, Ivan (1990), "The Movement Towards The Professionalisation Of Medicine". *British Medical Journal*. 301 (6754): 688–90.

Waris, Heikki (1940), *Yliopisto sosiaalisen kohoamisen väylänä: tilastollinen tutkimus säätykierrosta Suomessa 1810–67*. Kustantaja tuntematon.

Wear, Andrew (1987), "Interfaces: Perceptions of Health and Illness in Early Modern England". Teoksessa: Porter, Roy ja Wear, Andrew (toim.), *Problems and Methods in the History of Medicine*. London: Routledge, 230–255.

Willner, Sam (2005), "Hälso- och samhällsutveckling i Sverige 1750–2000." Teoksessa: Sundin, Jan, Hogstedt, Christer, Lindberg, Jakob, Moberg, Henrik (toim.), *Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv*. Statens folkhälsoinstitut, 35–79.

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

- Wolff, Charlotta (2021), "Kirurgerna och förnyelsen av läkarvetenskapen i Finland." *Historisk Tidskrift för Finland* 4/2020, 470–496.
- Wootton, David (2006), *Bad Medicine. Doctors Doing Harm since Hippocrates*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Wrede, Sirpa (2010), "Everett C. Hughesin ammattiensosiologia ja professiotutkimuksen perinne". Teoksessa: Ashorn, Ulla, Henriksson, Lea, Lehto, Juhani & Nieminen, Paula (toim), *Yhteiskunta ja terveystieteet. Klassisia teoreettisia näkökulmia*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 45–60.
- Åström, Sven-Erik (1950), *Ståndsamhälle och universitet. Universitetsbesöken som socialt fenomen i Österbotten 1722–1808. En socialhistorisk undersökning*. Centraltryckeri.



ALKUPERÄISET JULKAISUT

I

RAJANVEDOT JA TULKINNAT LÄÄKÄRIAMMATTIKUNNAN HISTORIASSA: MITÄ LÄÄKÄRIMÄÄRIEN LASKEMINEN KERTOO?

Kontturi, S-M. 2021

Käsikirjoitus

Pyydä artikkelin kopiota tekijältä.



II

SUOMEN VARHAISEN PIIRILÄÄKÄRILAITOKSEN TAVOITTEET JA NIIDEN TOTEUTUMINEN

Kontturi, S.-M. 2015

Hippokrates, 32, 41–63.

Julkaistu Suomen lääketieteen historian seuran luvalla.

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, mutta vuosisadan puolivälin väestölaskentojen paljastettua valtakunnan väestökadon katsottiin tarpeelliseksi palkata koulutettuja lääkäreitä edistämään 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 houkutellettu ruotsalaisia lääkäreitä. Piirilääkäri oli 1700-luvulla ja 1800-luvun alussa usein ainoa yliopistokoulutettu lääkäri monen kymmenen tuhannen

¹ Spary 2011, 86.

² Porter 2002, 21.

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

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. Lääkärintyön 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 kotihoidon hallitsemalta parantamisen kentältä kohti valtiojohtoista, organisoitua ja privilegioitua lääkäritoimintaa.

Käytän lähteinäni piirilääkäreiden Collegium Medicumille laatimia vuosikertomuksia. Niiden avulla luon vertailukohdan 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.

Vuosikertomukset ovat saatavilla digitoituna Ruotsin valtionarkiston SVAR-verkkopalvelusta. Vuosikertomuksissa lääkärit raportoivat virkatehtävistään ja terveyttä ja elinoloja koskevista havainnoistaan toiminta-alueellaan. Niitä luettaessa on syytä pitää mielessä, että he luultavimmin

⁴ Pesonen 1980, 7.

⁵ Kallioinen 2009, 191–192.

⁶ Ylioppilasmatrikkeli 2005.

⁷ Pesonen 1980, 135–140.

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. Lähestymistapa on kulttuurinen, mutta lääketieteelliset tosiasiat huomioiva. Ensisijaisesti lääkäritoimintaa arvioidaan aikakauden realiteettien näkökulmasta, mutta tiedostaen, että ajan lääketieteellä ei ollut pääsääntöisesti tarjottavanaan kliinisesti tehokkaiksi todistettuja hoitomuotoja. Merkitystä on siten etsittävä ennen kaikkea lääkäreiden subjektiivisesta ja suggestiivisesta vaikutuksesta parantumisen kokemukseen 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 leviämisestä 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 perustui esimerkiksi runsas oksennus- ja ulostuslääkkeiden käyttö ja suoneniskut. Humoraalipatologian lisäksi oli kuitenkin syntynyt jo 1700-luvulla useita muita teorioita, joilla sairauksia selitettiin, mutta pääsääntöisesti

¹⁰ Hjelt 1892, 13.

¹¹ Pesonen 1980, 80.

¹² Kontturi 2014, 16.

¹³ Muiluvuori 2005, 49–50.

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

¹⁵ Hirvonen 1967, 166.

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 kuolinsyyn 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 lääkärielle poikkeuksellista.¹⁹ Välskäreiltä ja kirurgeiltakin vaadittiin yhä useammin 1700-luvun jälkipuoliskolla yliopistotutkintoa sekä neljän vuoden harjoittelu-aikaa, joten käytännössä erot lääkäreiden ja kirurgien tuskin 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

Piirilääkärintyön 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 piirilääkärintyön 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. Piirilääkäriin 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 piirilääkärintyö oli ohjeistuksia ja aiemmassa tutkimuksessa arvioitua käytännönläheisempää.²⁴ Ennen piirilääkäreitä Suomessa oli toiminut koulutettuja väliskäreitä (myöhemmin kirurgeja), ja 1700-luvulla perustettiin myös jokunen kaupunginlääkäriin ja lasaretinlääkäriin 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 piirilääkäriin, kaupunginlääkäriin ja lasaretinlääkäriin, 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 piirilääkäriin viran ohella lasaretinlääkäriin.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 välskäri Johan Friedrich Geisse sai hoitaakseen myös piirilääkäriin 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-vuotiasta 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 piirilääkärin työajasta.³¹

Kenties merkittävin syy suuriin potilasmääriin oli se, että maksukykyiset potilaat joutuivat maksamaan hoidostaan, ja lääkärille 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 ilmaishoitoon,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 raportoijina. 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 vaarallisina 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. Punatautiepidermia 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 täytyneet: lääkäri katsottiin hyödyttömäksi, hänen palkkansa maksamisesta kieltäydyttiin 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 valtiojohdon, 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 tarjottu hoito. Kansan

³⁹ SVAR ÅFP1 Johan Gabriel Bergman 1780.

⁴⁰ Lindeqvist 1926, 455.

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

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

Johan Gabriel Bergman kertoi punatautiepidemiasta, 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 säätyjakaumaa 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 lääkäritä hoitoa jo olemassa olevaan tautiin kuin pyytää lääkäreitä 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 kohtalouksella, ja tätä selitystä on korostettu myös myöhemmässä tutkimuksessa. Esimerkiksi Porin piirilääkäri Bengt Björnlund väitti rahvaan uskovan, että ne kuolivat, joille niin oli tarkoitettu, ja ne, jotka saivat elää, selviäisivät ilman hoitojakin.⁵¹ 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 kohtalouksista kuin on väitetty, sillä heillä oli tunnetusti omia hoitokeinojaan ja monet heistä turvautuivat kansanparantajien apuun⁵². 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,⁵³ 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 asenteellista⁵⁴. Vaikka lääkärit tarjosivat hoitoa köyhille ilmaiseksi, pelättiin, että maksua voitaisiin siitä huolimatta pyytää jälkikäteen.⁵⁵ 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 Forsius 2003; Vuorinen 2006, 96.

⁵² Esim. SVAR ÅFP2 Lars Meden 1798; SVAR ÅFP5 C. A. Dahlgren 1807.

⁵³ Impola 2014, 76–79.

⁵⁴ Vuorinen 2006, 95.

⁵⁵ 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.⁵⁶

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 lääkäriä. Esimerkiksi Hämeenlinnan, Haminan, Käkisalmen, Sortavalan ja Savonlinnan piirit olivat jossakin vaiheessa, yleensä aivan viran perustamisen jälkeen, vailla piirilääkäriä⁵⁷. Lääkäreitä koulutettiin liian vähän erityisesti Suomessa, ja ruotsalaiset lääkärit eivät olleet innokkaita asettumaan Suomeen⁵⁸. Jo kieli saattoi

⁵⁶ Kontturi 2014, 25–26.

⁵⁷ Johnsson 1927.

⁵⁸ Tuominen 1976, 289.

olla este: vuoden 1757 kuninkaan kirjeessä vaadittiin Suomeen tuleville lääkäreille suomen kielen taitoa. Eräät niistäkin ruotsalalaisista lääkäreistä, jotka saatiin palkattua Suomeen, valittivat puutteellisia työskentelyolosuhteita, kehnoa toimeentuloa ja rahvaan kielteistä suhtautumista hoitoon ja neuvoihin.⁵⁹

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. Tietoisen 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.⁶⁰

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,⁶¹ 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 toimenpiteisiin⁶². Toisaalta edellä on jo

⁵⁹ Lindeqvist 1926, 455; Wirilander & Salomies 2000, 476.

⁶⁰ Stolberg 2002, 122–123.

⁶¹ Lindeqvist 1930, 331.

⁶² Wirilander & Salomaa 2000, 479.

osoitettu, että ohjeet ja käytäntö eivät välttämättä vastanneet toisiaan moninaisista 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.⁶³ Heidän mukaansa rahvas suhtautui niin välinpitämättömästi lastensa terveyteen, ettei ottanut vastaan hoitoa tai neuvoja, jotka olisivat voineet pelastaa lapsen hengen⁶⁴. 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.⁶⁵ 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.⁶⁶

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 tarkkoilla 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

⁶³ Esim. SVAR ÅFP1 Johan Gabriel Bergman 1780; ÅFP2 Jonas Halenius 1798; ÅFP5 C. Nordblad 1807 & G. J. Ström 1808.

⁶⁴ SVAR ÅFP1 Lars Montin 1771; SVAR ÅFP5 Adolph Punson 1807.

⁶⁵ Wirilander & Salomies 2000, 480.

⁶⁶ Forsius 1997; Forsius 2000.

reumatismitaipumuksen heidän tapaansa kulkea paljasjaloin syksyisin ja talvisin.⁶⁷ Bengt Björnlund puolestaan totesi rahvaan ”ylettömän viinanjuonnin” vaikuttaneen haitallisesti terveyteen ja olleen osallisena myös monissa murhissa.⁶⁸ 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.⁶⁹ Kun esimerkiksi sairastuneiden eristäminen oli harvinainen ja hankalasti toteutettava toimintatapa,⁷⁰ lääkärit saattoivat tarjota kansalle melko vähän hyödyllisiä neuvoja. Hygienian merkitystä ei sinänsä ymmärretty, vaikka esimerkiksi miasmateoria johdatti suositukset jo oikeille jäljille: *miasma* eli saastunut ilma, joka aiheutti sairastumisen, yhdistettiin likaisiin oloihin ja mätänemiseen⁷¹. Miasmateorialla ei kuitenkaan ollut vahvaa asemaa suomalaisten ja ruotsalaisten lääkäreiden sairauskäsityksissä. Siitä oli raporteissa vain muutamia mainintoja, ja niissäkin sitä pidettiin vain yhtenä mahdollisena selityksenä.⁷² Myös tauteihin kuolleiden ruumiiden ymmärrettiin voivan levittää tauteja edelleen. 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.⁷³

Yksittäisten potilaiden hoidossa kysymys lääkäreiden hyödyllisyydestä on mutkikkaampi. Jos luotetaan lääkäreiden omaan sanaan, heidän hoitonsa oli tehokasta ja yleensä paransi potilaan, mutta kliinisesti tarkasteltuna se ei ole uskottavaa. Osa lääkeaineista oli jopa myrkyllisiä tai muuten haitallisia, suurin osa vain tehottomia⁷⁴. Tärkeämpi kysymys onkin, miten parantuminen määriteltiin ja miten potilas koki oireidensa helpottuneen lääkärin hoidossa. Luontainen parantuminen katsottiin herkästi hoidon ansioksi. Lääkärit kuitenkin raportoivat myös

⁶⁷ SVAR ÅFP1 Johan Gabriel Bergman 1780.

⁶⁸ SVAR ÅFP1 Bengt Björnlund 1806.

⁶⁹ Kallioinen 2009, 58–64.

⁷⁰ Kontturi 2014, 32.

⁷¹ Porter 1999, 10, 79.

⁷² SVAR ÅFP2 Fredrik Wilhelm Radloff 1797; ÅFP5 J. L. Westberg 1807 & E. M. af Rosenschöld 1807.

⁷³ SVAR ÅFP5 J. L. Westberg 1807.

⁷⁴ Kontturi 2014, 42.

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. Paranemisen kokemusta saattoi edesauttaa jo luottamus lääkäriin ja tunne siitä, että on hoidettavana, vaikka varsinaista kliinistä paranemista ei olisi tapahtunut. Toisaalta myös esimerkiksi ”veneerisen 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.⁷⁵

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 teorialla.⁷⁶ 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.⁷⁷ Näin ollen lääkärin ei tarvinnut punnita kovin perusteellisesti omaa ammattitaitoaan, sillä alati muuttuvat ja sovellettavissa olevat teoriat 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 –

⁷⁵ Kontturi 2014, 88–91.

⁷⁶ Kontturi 2014, 77–79.

⁷⁷ Kontturi 2014, 37.

muiden tila oli vuosittaisissa potilaslistauksissa joko parantunut, paranemaan päin, heikentynyt tai kuollut.⁷⁸

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 hoidossa⁷⁹. Myös oksennuslääkkeet saivat kritiikkiä⁸⁰. 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 1882 alkaen syntyneen kunnanlääkärijärjestelmän ja sitä 1970-luvulla seuranneen terveystieteellisen järjestelmän perusta.

Lopuksi

Piirilääkäreiden ohjesäännöissä alettiin 1700-luvun lopulla ja 1800-luvun alussa painottaa enenevissä 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.

⁷⁸ SVAR ÅFP2 J. Engström 1800; ÅFP3 Erik Acharius 1800; Kontturi 2014, 91.

⁷⁹ 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.

⁸⁰ SVAR ÅFP5 E. M. af Rosenschöld 1807.

Käytännössä piirilääkärintyö 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 tunnistettu ennen mikrobiologian esiintuloa 1800-luvun lopulla, tai jos tunnistettiin, ne korvattiin vain uusilla kokeellisesti testaamattomilla teorioilla. Koska kliinistä apua oli vain hyvin harvoista lääkeaineista, potilaan hoidosta saama hyöty oli rajallinen, mahdollisesti vain paranemisen kokemusta edesauttanut hoidettavana olemisen tunne.

Vuosikertomusten perusteella voi sanoa, että vaikka piirilääkärin työ oli pitkälti havainnointia ja havainnoista raportoimista, 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

Goals and Implementations of the First Finnish District Physicians

District physicians were a part of the 8th century Swedish state administration's plan to promote population growth by bringing down 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 the 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 their 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' first and foremost duty was 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 results on the population, such as performing vaccinations (and inoculations), observing epidemics, sending medicine and helping reduce child mortality. 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", 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 reducing mortality would have been impossible to attain with contemporary means.

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.

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.

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.

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.

Koskivirta, Anu (2009), "Parantaja, kuolinsyyntutkija 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.

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.

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

Pesonen, Niilo (1980), Terveyden puolesta – sairautta vastaan. Terveyden- 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), Tautinen historia. Tampere: Vastapaino. Vuorinen, Heikki (2006), Tautinen Suomi 1857–1865. Tampere: Tampere University Press.

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

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



III

LÄÄKÄRIKUNNAN JA VALTIOLLISEN TERVEYDENHOIDON KEHITYS 1800-LUVUN ALKUPUOLELLA

Kontturi, Saara-Maija 2020

Teoksessa Einonen, Piia; Voutilainen, Miikka (toim.)
Suomen sodan jälkeen : 1800-luvun alun yhteiskuntahistoria
(pp. 321–348). Tampere: Vastapaino

Pyydä artikkelin kopiota tekijältä.



IV

REPORTS ON ENCOUNTERS OF MEDICAL CULTURES : TWO PHYSICIANS IN SWEDEN'S MEDICAL AND COLONIAL CONNECTIONS IN THE LATE EIGHTEENTH CENTURY

Kontturi, S.-M. 2019

Teoksessa M. Hokkanen, & K. Kananoja (Eds.), *Healers and Empires in Global History : Healing as Hybrid and Contested Knowledge* (pp. 55–79). Cham: Palgrave Macmillan.

https://doi.org/10.1007/978-3-030-15491-2_3

Julkaistu Palgrave Macmillanin luvalla.



CHAPTER 3

Reports on Encounters of Medical Cultures: Two Physicians in Sweden's Medical and Colonial Connections in the Late Eighteenth Century

Saara-Maija Kontturi

In 1798, two Swedish physicians reported to Collegium Medicum, the Swedish state medical college, from a faraway land: the first one in London, the other one in the Swedish colony of St. Barthélemy in the Caribbean Sea. Although Swedish medical presence in such distant locations was exceptional at the time, the fact that the reports came in the same year is a coincidence. The locations and physicians had nothing to do with each other, but their experiences abroad share some common elements, which are interesting in the context of this book's themes: medical transnational networks between countries and continents, hybridisation and pluralism of medicine, and transferring ideas between different medical cultures. They also show Swedish medical and scientific activity outside the actual medical culture of the motherland, and especially in the colonial and Atlantic context, a point of view traditionally consigned to the margins of Swedish history.¹

S.-M. Kontturi (✉)
University of Jyväskylä, Jyväskylä, Finland
e-mail: saara-maija.kontturi@ju.fi

© The Author(s) 2019
M. Hokkanen and K. Kananoja (eds.), *Healers and Empires
in Global History*, Cambridge Imperial and Post-Colonial
Studies Series, https://doi.org/10.1007/978-3-030-15491-2_3

Having lost its status as a great power in the early eighteenth century, Sweden saw an opportunity in science. Swedish botanist Carl Linnaeus was one of the most famous naturalists at the time, known for developing and formalising the foundations of modern taxonomy. Linnaeus sent his students all over the world to spread his ideas and collect information. His policy is thought to have greatly influenced and encouraged early modern scientific travel in Europe. For example, Sir Joseph Banks, the famous British patron of science, was inspired by him and further promoted scientific travel. The journeys of Linnaeus' students (known as his apostles) continued for half a century. The students visited all five known continents and worked with several Swedish institutions, such as the East India Company.² The motives for these expeditions were more than just classifying species of plants and other organisms. It was thought that collecting foreign species might make homeland cultivation possible and reduce expensive imports. Linnaeus personally was very patriotic and cameralist in his endeavours, and this economic aspect made the expeditions possible, as it was in accordance with the mercantilist policy of the period.³

Linnaean travel shaped a tradition that was linked with the medical exchange of ideas and colonial interests later on, at the turn of the century. Sweden was actively seeking ways to extend its power and tried to enter the colonial competition, but as a latecomer, it was relatively left out, acquiring only few, small and short-lived colonies. From 1638 to 1878, Sweden had overseas colonies in Africa (only in the seventeenth century) and America. Most of these lasted under Swedish rule for only a few years. Territorial aspirations were secondary. Science was a tool of colonial power: scientific exploration in colonies was thought to strengthen Sweden's position and international influence, as well as bringing economic advantage with transfers and adaptations of foreign products to Sweden.⁴ Scandinavian colonial exploitation has often been portrayed as more subtle and humane than that of other European colonial powers. However, criticism of this perspective has pointed out that even though the Crown and some administrators encouraged peaceful means and questioned the racial justification of slavery, in practice Sweden participated in the slave trade and exploitation, and many colonial administrators shared the discriminating views that were thought to justify slavery.⁵ Also the scientific motivation for colonialism has been regarded as morally superior to those of other European powers, even though the scientific perspective, too, was clearly shadowed

by mercantilist ideology and economic profit. Moreover, Sweden benefited from what the other colonial powers had accomplished in the West Indies.⁶

Against this background, the travels of physicians Fredric Schulzen and Samuel Fahlberg were part of the greater phenomena of scientific travel, colonial medicine, and knowledge transfer, but also personal quests and opportunities for homeland medicine to explore and share information. The traditions of scientific travel had been long established: both Fahlberg's and Schulzen's cases demonstrate the method of travel, observation, and report by letter. Fahlberg's reports also show how words shaped the colonial habit of discovery, description, and finally exploitation of foreign materials. A specific "philosophy of travel" advised scientists to observe and write everything down in detail.⁷ It was also promoted by Linnaeus, who believed a scientist was also an observer of all fields and told his apostles to "ask about everything".⁸

In the following sections, the cases of Schulzen and Fahlberg are scrutinised as two exceptional colonial links connecting the West Indies and East Indies (via Britain) to Northern Europe. The focus of this analysis is on global networks and the interaction of physicians with the different medical systems between which they operated. It shows how Sweden participated in shaping and sharing medical information gained from the colonies outside Europe, impacting on how certain global diseases were managed and treated in their own sphere of influence, which extended from the Caribbean via London to Sweden. This chapter also contributes to the main themes of this book, hybridisation and pluralism of medical cultures (both between different cultures and between folk and official healers), as well as spatial connections and transfer of information between regions.

TWO PHYSICIANS IN GLOBAL MEDICAL NETWORKS

Fredric Schulzen (1770–1848)⁹ graduated from Uppsala as a doctor in medicine in 1797 and left for a scientific excursion in October of that year. The trip was a long one, lasting until 1804.¹⁰ His first destination was London, where he worked as an assistant in the library and museum of Sir Joseph Banks. Banks, President of the Royal Society of London, was a famous naturalist and botanist, also known for taking part in James Cook's first great voyage. Schulzen's appointment as Banks' assistant ended after three years, but he continued his studies in England

and Scotland until 1801.¹¹ This chapter is based on his 1798 report to Sweden about new potentially revolutionary findings in medicine in British India. His journal of the tour enlightens readers about the practicalities and reality of travelling for scientific purposes: his goals and how they were met, his financial situation while travelling, and above all else, his connection to East India and enthusiasm for new medical ideas transferred from there.

Schulzen was not the first Swedish assistant Banks had. There was a “natural history axis” between Uppsala and London from 1760 to 1810: Linnaeus’ apostles, naturalists Daniel Solander (1733–1782) and Jonas Carlsson Dryander (1748–1810), and botanist Adam Afzelius (1750–1837) had been Banks’ secretaries and librarians before Schulzen—Dryander and Afzelius even at the same time as Schulzen in 1798.¹² During his appointment in London, Schulzen met Dryander,¹³ at least, but his connection to Linnaeus’ other apostles is uncertain. Schulzen had studied in Uppsala,¹⁴ but he was not Linnaeus’ student, as the great naturalist had died in 1778. However, Schulzen benefited from the connection Linnaeus had created. Even if he was not a naturalist, the “natural history axis” paved the way for Schulzen, too, as Banks already knew the Uppsala students. Especially Solander, who came to London in 1760 and—against Linnaeus’ expectations—decided to stay in Britain, played a significant role in establishing a connection and trust between British and Scandinavian academics.¹⁵ There was, after all, a special kinship between natural history and medicine: several physicians of the eighteenth century besides Linnaeus were also natural historians, including another key figure in this chapter, Samuel Fahlberg. Dryander’s uncle Lars Montin was a physician and one of the most influential Swedish naturalists of the era, too.¹⁶

Some of Linnaeus’ students also had degrees in medicine, but the motives for their journeys were not medical. As such, Schulzen’s preconditions for travelling were somewhat different from theirs. In the eighteenth century, the Swedish Kingdom had a severe lack of official physicians. The cornerstones of medical development had been laid in the latter half of the seventeenth century with the foundation of Collegium Medicum and a proposal for regional physician’s offices, but it took decades, even centuries, before this was actually put into practice. Medicine was a new profession and not very appealing to students, and medical education in itself was insufficient, so there were not enough medical graduates. In the seventeenth and eighteenth centuries, the few

physicians in the whole kingdom were commonly of Central European origin (the Netherlands, France, Germany).¹⁷ Aspiring physicians sought a better medical education abroad. In the eighteenth century, Swedish medical students travelled abroad to study in universities such as Leiden, Utrecht, and Harderwijk in the Netherlands, Greifswald and Halle in Germany, and Reims in France, where they eventually graduated as doctors in medicine.¹⁸ In the nineteenth century, studying abroad was much less common.¹⁹ Swedish universities had developed enough to offer higher-quality education to the growing number of medical students, and there was no need to travel abroad to get a degree in medicine. Instead, study tours were done—by default—to acquire and share medical knowledge during one’s studies or at a more advanced stage in a physician’s medical career.²⁰

This was also the case with Schulzen. However, the true motives of medical scientific tours are hard to trace. An individual desire to see the world and get to know foreign colleagues cannot be ignored. According to several studies of students’ motives, the attraction of Western culture, humanism and the Enlightenment were indeed significant pull factors for academic mobility,²¹ and their importance only grew in the nineteenth century when the educational conditions improved. Even Linnaeus’ apostles are thought to have been partly motivated by “curiosity” or a “desire to explore the world,” with an emphasis on the students’ individual aspirations, not only the general good resulting from these expeditions.²²

Samuel Fahlberg’s case is somewhat different. He was sent to work as a physician in Sweden’s Caribbean colony, St. Barthélemy, in 1785. Thus, he is one of the farthest-travelled Swedish physicians of the eighteenth century. He wrote several reports to Sweden concerning epidemics, weather, and the natural history of the island. These journals have been used as sources for this chapter. His experiences and observations provide a window on cultural and environmental influences on European medicine, far from the actual sphere of influence of the motherland. They show the interaction between different medical systems and the challenges European medicine encountered in an unfamiliar environment. Schulzen and Fahlberg travelled for different reasons: Schulzen’s trip was temporary, although a lengthy one. Fahlberg settled down in the Caribbean West Indies permanently; leaving Sweden was a requirement for and purpose of his appointment, rather than a means for achieving something through it.

The aspiration for a colony physician's office is understandable in the overall European context. The experience gained from the East and West Indian colonies was valuable and respected among medical practitioners, and the physicians of the colonies were considered to have a significant effect on medicine in the homeland. Colonial medicine has a special position in the history of medicine in this regard. It forced European medicine to adjust its perceptions to a new environment and conditions and thus encouraged the observational method of developing medicine. Especially, it made medical practitioners consider the relationship between environment and disease. Colonial medicine was a hybridised system, even refined: it had to combine scientific methods with the learned traditions and folklore of a different, even conflicting system. As stated in the introduction to this book, conflict and hybridisation were not mutually exclusive. Colonial practitioners often declared themselves—directly or indirectly—independent from professional authorities, and the colonies attracted people who were independently inclined to start with, not to mention adventurous and ambitious, willing to promote their personal career or scientific interests.²³

REPORTING ON THE NEW CURE FOR VENEREAL DISEASE

In 1798 Schulzen, a newly-qualified doctor of medicine, sent a letter to Collegium Medicum from London:

since October last year I have been in London, where I have by all possible means aspired to educate myself with the situation in Medicine and Surgery; but to this day, as a stranger and newcomer, I have not fully reached my goal. My desire to deliver something worthwhile to the Royal College has thus been unmet. Despite these difficulties, I have acquainted myself with one person and another with a lot to give to medicine.²⁴

Schulzen's letter shows a clear indication of his motives for the trip: to be of use to medicine in his homeland. Despite having served as an assistant to Joseph Banks for some time and even having made some acquaintances, he had struggled to find his place in a new medical and professional environment. By this time, Schulzen was not aware of where the trip would take him or how long it would last. His route went through several countries, but most is known about his time in London.

During this time, Schulzen also had access to letters concerning medical observations, probably via Banks. These included letters from two surgeons, Bartlett and Sandford.²⁵ In his report, Schulzen pays special attention to one of these letters, which was sent directly to Banks. In 1796, with the contribution of Banks, the letter was published in the London-based medical journal *Annals of Medicine*.²⁶ The letter was written by—as Schulzen wrote—“Mr Scot from Bombay,” who claimed to have found a new cure for the venereal disease, syphilis.²⁷ In Europe, syphilis was generally considered a public and pernicious problem. Even though it was not usually lethal, it afflicted a remarkable percentage of the population; both its victims and the whole society suffering from it bore a heavy stigma. The usual preventive methods (quarantine, isolation) were typically impractical or ineffective because of the nature of the disease (long duration, often no visible signs or imminent threat of transmission). The stigma prevented the victims from seeking treatment, they were able to conceal the disease, and thus spread it further. Syphilis soon became a global problem.²⁸ As Schulzen wrote, there was a need for proper treatment; the customary mercury treatment was usually even more harmful than the disease itself.²⁹

By “Mr Scot”³⁰ Schulzen meant the Scottish physician Helenus Scott, the developer of nitric acid treatment,³¹ which had raised a “glimmer of hope” of a new efficient successor for mercury.³² Scott had been in India since 1782 as a member of the British East India Company. He was very young at the time, probably around 25 years of age (his exact birth date is unknown). One of his early appointments in India was as an apothecary in the East India Company’s hospital in Bombay, which offered him the opportunity to get in contact with indigenous practitioners and traders. Scott had sent his first letter to Banks in 1790, but the first one concerning the nitric acid treatment was sent in 1796.³³ This was the letter Schulzen was referring to in his journal.

Scott had been studying nitric acid for several years. Because nitric acid was not widely in use, he thought it appropriate to test it on himself first.³⁴ Indeed, referring to what he had read in Scott’s letter, Schulzen described how Scott had used nitric acid to treat his own liver problems and found it to have had similar effects to mercury, with fewer side effects. The article published in *Annals of Medicine* sparked immediate interest, and several trials were begun. In the Royal Naval Hospital in Plymouth, over 50 syphilis patients were treated with nitric acid, most of them “of the worst kind.” The treatment was deemed successful.

A surgeon in the hospital, Mr. Stephen Hammick, wrote a letter about the trials to the physician Thomas Beddoes, another prominent figure in science and medicine in late eighteenth-century Britain. Beddoes was enthusiastic about the findings and started to heavily promote further trials. A publication on the Plymouth hospital trial came out in 1797.³⁵

In autumn 1797, enthusiasm about the potentially revolutionary treatment was still high, with reportedly some 100 cases having been cured in trials. In 1798, the finding was attracting more than just praise and the tone of medical writings started to shift towards scepticism and criticism. Scott seemed to be let down by this, but in a letter of 1799 he was still offering an explanation for failed trials of the treatment: the amount of nitric acid used in the failed trials was too small. This letter was his last one concerning nitric acid treatment; in his later letters to Banks he focused on other medical subjects.³⁶

In his journal, Schulzen offered a few brief descriptions of nitric acid treatment. These referred to trials by other physicians and surgeons, including Beddoes, Bartlett, and Sandford. He cited the successful case of a 20-year-old woman, who had been cured within a month of nitric acid treatment. Schulzen pointed out that, according to Beddoes, nitric acid seemed to be beneficial for the primary symptoms of *Lues* (syphilis) and in some cases even in the secondary phase. Therefore, he argued, treatment should always be started with nitric acid before anything else. Furthermore, Schulzen wrote that in many cases, nitric acid seemed to increase appetite; this was reported with an asthmatic patient and some delicate women, “among whom lack of appetite is the most prevalent condition.” Bartlett had also successfully treated *Typhus Nervosa* with nitric acid.³⁷

Despite the apparent enthusiasm and praise for nitric acid treatment, Schulzen clearly wanted to appear critical and objective. He summed up some reports by Sandford “in order to give examples of a different kind of success.”³⁸ Case one, a young man, had been cured successfully within weeks. Case two, a 45-year-old man, had been more complicated: the treatment had caused him side effects, such as burning in the throat, stomach pain and flatulence, which had led to discontinuing the treatment. After a second trial and the same result, the man had been given opium to alleviate his symptoms. Case three, a 22-year-old man, had been cured with nitric acid and sent home from the hospital, but with a curious side effect: his face had become inflamed and bloated to the point that he had become almost unrecognisable.³⁹

After summing up these cases, Schulzen shifted back to Scott, who in a very recent letter had written that he was still continuing to use nitric acid with great success. This time, Scott had found that the treatment was effective both externally and internally, which, according to Schulzen, was a “fortunate situation, for admittedly certain patients are bothered by its effects on the stomach and bowel.”⁴⁰ Scott was recommending a bath with nitric acid blended in, from half an hour to an hour at a time. According to Harrison, Scott recounted the use of nitric acid baths in his last letter concerning nitric acid from 1799,⁴¹ but Schulzen was aware of the bath treatment even when writing his letter, signed 20 February 1798. It appears that Scott had written about the bath treatment even earlier on.

Schulzen was clearly aware of the inconsistent trial results and especially the conflicting response from physicians. He had heard of disappointing reports from some English hospitals: for example, in the Lock Hospital in London, the treatment had not met the expectations of physicians, having cured only some symptoms but not the disease altogether. Taking this into account, Schulzen wanted to wait for more trials, so that “some physicians become less excited about its recognition, and others less captivated by prejudice.”⁴² Only then could he provide more reliable information and conclude whether the treatment should be implemented or not.⁴³

Schulzen was one of several foreign physicians to seize on the findings: they continued to practice and develop the nitric acid treatment even after Scott himself had given up on it and moved on to other subjects.⁴⁴ However, Swedish physicians did not seem to adopt the use of nitric acid, at least not as a customary treatment alongside mercury; it was not mentioned in journals thereafter.

Scott caused a sensation with his findings at the time, but history remembers him mainly through the writings of others rather than his own publications—which were scarce. Harrison describes him as an almost forgotten figure in the history of medicine.⁴⁵ However, on a larger scale, Harrison argues that the colonies had a significant influence on British and European medicine. Traditionally this influence has been viewed as one-sided and coming from Britain to the colonies, but the colonies also fostered new practices, which spread to Britain and Europe. The British East India Company took pride in being independent from the motherland’s scientific and metropolitan authority. Many Indian-based therapies were brought to and practiced in Britain, and

Harrison also notes that colonial research on the natural history of disease and on morbid anatomy had a significant effect on European medicine. The different circumstances sparked new ideas and promoted empirical practice. As such, Harrison notes, the influence of the colonies was central rather than peripheral, and Scott is only one of numerous examples.⁴⁶ The case of Schulzen also demonstrates how medical networks connected colonies to motherlands, Europe and the North, through distinctive physicians and scientists. A famous name, Joseph Banks, connected Schulzen and Scott, two young and aspiring physicians, and helped transfer ideas from Bombay to Sweden. According to Harrison, there was also a Protestant connection between colonial practitioners and Danish and German missionaries, who further delivered new ideas to Northern Europe.⁴⁷

By the time of his letter, Schulzen was planning to stay in London until the end of the next year (1799). He emphasised that this was necessary in order to achieve “sufficient knowledge” in medicine and surgery. After that, he was planning to travel to Paris, but the costs of his trip were already exceeding his means. He ended his letter with a plea to Collegium Medicum to support his trip with a grant. He expressed that with “such a remarkable support in these costly conditions,” he would feel indebted and obliged to be of more use to his “beloved fatherland” in the future.⁴⁸ Schulzen signed his letter 20 February 1798. He would travel to Paris, but two years later than he originally thought; he first continued his studies in England and Scotland until 1801. He also travelled to Vienna and Berlin before returning home in 1804.⁴⁹ It is not known how he actually funded the rest of his trip, but his assignment as Banks’ assistant continued at least until 1800.

Scott was not the only physician with new ideas to end up in Schulzen’s reports. The other became one of the biggest names of the history of medicine. In 1798, Edward Jenner published his observations about the use of cowpox in inducing smallpox immunity, and Schulzen reported to Sweden about this “new inoculation”, later known as vaccination. He was the first one who sent the vaccination material to Sweden stored in glass, but this material was not used yet.⁵⁰ Schulzen returned to Sweden in 1804 and became a quarantine doctor in the Käsö quarantine station near Gothenburg. He held this office until 1847 and died the following year. During the course of his career, he also temporarily worked as a second city physician, military physician, and manager of a vaccine stock.⁵¹

The nitric acid treatment connected the East and West Indies in a curious way and showcases the transfer of information from an eastern colony to a western one. Scott brought the idea of nitric acid treatment from the East Indies to Britain via a letter to Banks. Another British doctor working in Liverpool, James Currie, trialled the treatment and suggested it be used in the West Indies, where some practitioners did so with success⁵²—and where the other physician discussed here, Samuel Fahlberg, was working while Schulzen was in London.

INTERACTION BETWEEN MEDICAL CULTURES IN ST. BARTHÉLEMY

Long before it had a Caribbean colony, Sweden was already actively trading in the Caribbean and felt it necessary to obtain its own island. Several attempts were made to negotiate and buy islands in the West Indies from European colonial powers, especially Tobago, but most of these plans failed. Tobago was seen as an ideal colony: its rich soil enabled the cultivation of raw materials such as sugar, coffee, and indigo, it was easy to defend, and in a favourable location. Aspirations for a colony finally bore fruit when France sold the West Indies island St. Barthélemy to Sweden in exchange for trading rights at Gothenburg in 1784. At the time of acquisition, Sweden was not aware of the island's potential and took a risk. In comparison to Tobago, St. Barthélemy was more of a compromise. The agricultural conditions were difficult: it was small, mountainous and unfertile, and there was no fresh water. Sweden was clearly disappointed in St. Barthélemy, demonstrated by the fact that it tried to acquire yet another island from Spain.⁵³

Upon arrival on the island in 1784 it became clear that cultivation there would bear no fruit. Other plans for the island were made swiftly. St. Barthélemy was expected to become a transit port for goods and the slave trade.⁵⁴ At first, the plan seemed successful. St. Barthélemy had a population of 739 in 1787, of which 458 were of European background (Swedes, French, English, and Dutch) and 281 were African. In 1800, the population of the island had exceeded 5000. The Swedish West India Company was founded and the capital city of Gustavia established, named in honour of the king, Gustaf III.⁵⁵ Gustavia was built from scratch, and the population growth came mainly from migrants from other Caribbean islands. This was a desired outcome and deliberate strategy, as opposed to the potential floods of migrants coming from the

motherland. Especially among Finnish peasants, there was great interest in emigrating to the New World, but it was promptly suppressed.⁵⁶

The Swedish government and the Swedish West India Company sought administrative personnel to send to the colony, with a preference for people who had some experience of the New World. A young Swedish surgeon, Samuel Fahlberg, had the advantage of having been in North America before in the service of Jean Francois de la Perouse, a French naval officer and explorer. Fahlberg was wounded in a battle with the English in Hudson's Bay and returned to Stockholm in 1784. That same year, he was selected as a government secretary and physician to St. Barthélemy.

Fahlberg had qualified as a surgeon in 1782 at the age of 24. His first appointment had been as a surgeon on a merchant ship, followed soon by service in de la Perouse's fleet. He had very little administrative experience when he was appointed as a physician to St. Barthélemy. Fahlberg gave up his position as government secretary only two years later and took the assignments of customs inspector and cashier instead. He also became a provincial doctor and acted as a surveyor and naturalist on the island.⁵⁷ However, he is best known for his work as a cartographer. He mapped St. Barthélemy and several surrounding islands with distinctive accuracy and aestheticism; his 1801 map of St. Barthélemy, *Charta öfver ÖN St BARTHELEMY*, is considered one of the most significant historical maps of the island.⁵⁸

Fahlberg described his arrival on the island in 1785:

Here to St Barthélemy we came on fifth of March —. This island is quite mountainous, all the peaks are growing different kinds of *Cacti*, *Opuntiae* and an immeasurable amount of stinging and poisonous rambling plants, so that getting through is almost impossible, at the very least extremely difficult and dangerous; which is one of the reasons why the island is so uncultivated. Furthermore, the only relief for the inhabitants' poverty is to grow cotton, the natural product of the island. There are approximately 80 residences and the population comes to 450 whites and 278 Negroes; all of them very uncultured and at times disorderly, since they have no proper administration; certainly, they have a so-called Commandant, appointed by themselves, but the French do not seem to have been very attentive to them. Surely, it seems that the island's favourable location and short distance from several other islands should make commerce here considerable ...⁵⁹

Fahlberg described the climate of St. Barthélemy as “healthy”. There was no fresh water and rain was scarce, so the inhabitants needed to get their water from the neighbouring islands, St. Eustatius and St. Christopher.⁶⁰ His daily weather accounts demonstrate the dryness of the island with few rainy days.⁶¹ Fahlberg noted that Europeans were unaccustomed to the climate and lifestyle of the islands and thus were susceptible to diarrhoea, pleurisy and rheumatic catarrh. They also felt uncomfortable in the heat and sought for relief in shade and cool gusts, sometimes undressed. Fahlberg thought these activities made them all the more vulnerable to the diseases. Another common condition was sunstroke, which often followed long periods spent in the sun in the countryside.⁶² Contemporary medicine took the general view that the constitution of Europeans had been shaped by the cold climate; diseases or conditions were not that different from those in Europe, but they were more severe in nature, especially for Europeans with their unaccustomed constitution.⁶³ Fahlberg also noted that because constitution and temperament varied from person to person, not all medicine was effective for everyone: even though they had the same illness, the effect of the medicine also depended on the patient’s constitution and temperament.⁶⁴

Natural susceptibility to certain diseases is also one of the reasons why Fahlberg systematically distinguished between European colonisers and African slaves. The Africans were thought to be prone to different diseases and were treated separately.⁶⁵ Fahlberg sorted out the cases of disease and death into white people and “people of colour”. For example, the cause of death *Trånsjuka* was only present in the mortality list of non-whites in a 1787 report.⁶⁶ *Trånsjuka* usually meant death by cachexia or atrophy, and it was often connected with gastrointestinal diseases.⁶⁷ Fahlberg also wrote that leg wounds and rotten sores were getting more common among the Africans, and that they blamed the soil for it: where they lived, the soil was calcareous, whereas elsewhere it was saline.⁶⁸

European medicine in the West Indies also had to come to terms with African medicine, sometimes resulting in conflict. The enslaved Africans held on to their own medicine and only accepted selected parts of the European medical tradition into their own.⁶⁹ Despite some European doctors’ contempt for African medicine, many others generally respected and even valued it. Africans and their “slave doctors” were thought to know more about the nature and treatment of tropical diseases—from which the Europeans suffered a great deal.⁷⁰ Cross-cultural medical

interaction, as defined in this volume, was thus happening simultaneously in both directions: conflict and contestation, but also accepting and even embracing some ideas, resulting in a form of hybridisation.

Fahlberg reported that syphilis was “very common, especially in the town” and that “among negroes in the countryside, venereal scabies is found every now and then.” According to Fahlberg, in treatment, “they use nothing else” besides the bark of the guaiac tree and mercury lotion applied to the venereal sore.⁷¹ Fahlberg’s choice of words can be interpreted in two ways: that the African slaves only accepted these particular treatment methods or that they did not consider any other treatment necessary. Whichever the explanation, it shows the independence and detachment of African from European medicine—they themselves chose what was best for them. Fahlberg also repeatedly wrote about African treatments in terms of what they *did* instead of what *was done* to them. For example, when describing the use of guaiac tree bark in his *Utdrag af Samlingar til Natural-Historien Öfver Ön St Barthelemi i Vest-Indien*,⁷² he wrote that the islanders cultivated it both for their own use and for sale outside the island, and the Africans used it to treat venereal disease grated and boiled.⁷³

The medicine practiced on the island was shaped by nature’s offerings. Fahlberg was very interested in the island’s flora and described their characteristics and uses in detail in his *Anmärkningur vid åtskilliga Vestindiska Trädarter* (Observations on Several West Indian Wood Species).⁷⁴ For example, in his 1787 report, he wrote that he had used *Bois de guajac* & *Bois de foires* to treat venereal disease.⁷⁵ He also described *Bois de guajac* (the guaiac tree) in *Anmärkningur vid åtskilliga Vestindiska Trädarter* and in *Utdrag af Samlingar til Natural-Historien Öfver Ön St Barthelemi i Vest-Indien*. In the former, he stated that when dried and consumed as a tea, it strengthened the stomach and purified the blood. It could be used by white and black people,⁷⁶ demonstrating that not every medicine was thought to be suitable for both.

The above examples show the actual position of Fahlberg in relation to the island’s medical culture. In his writings, Fahlberg objectively described what was customary among the islanders. Another example was his description of calabash (according to him, reminiscent of “our apple tree”). The inhabitants made a soup from it as “a good and guaranteed treatment for a prolonged and deeply-rooted diarrhoea.”⁷⁷ Above all, he was an observer and learner, respectful of the medical traditions of the island, both of the slaves and the free Europeans. His approving

and adopting attitude is also visible in his description of the castor oil plant (*Palma Christi*): an oil produced from it could be used to treat headache from the heat of the sun. According to Fahlberg, it brought good relief.⁷⁸ As Fahlberg was not the only medical practitioner with neutral or even positive attitudes towards differing medical cultures, his attitude can be regarded as a sign of exotification rather than contempt of the “foreign”, and of respect for the experience gained in different living environments—in essence, empiricism surpassing rationalism. It was a solid foundation for open interaction, rather than contest or conflict, between different medical cultures.

In his 1787 report, Fahlberg stated that neither smallpox nor severe fevers had appeared during the few years he had lived on the island.⁷⁹ Given that the small island was quite an isolated community and the population was not large in the first years of the colony, it is easy to understand why epidemics were few. But the fact that the island served as a transit port ensured that infectious diseases tried to make their way there every now and then. This and the growing population may have accounted for the increasing outbreaks of epidemics. Even though in 1798 Fahlberg still stated that St. Barthélemy was one of the healthiest islands in the West Indies, his report was much more concerned about epidemics by then, especially “the fevers so common in the hot climates.”⁸⁰ A specific disease was known to have affected the West Indies, which was first called *Maladie de Siam* and, in the English islands, *Bantam Fever*. In the last few years, especially from 1787 onwards, it had become more common in the English colonies and known as *Yellow Fever*, distinguished by yellowness of the skin. The disease had been very deadly in the beginning, causing violent convulsions and unnatural distortion of the body in patients who had died of the disease. The physicians of the West Indies felt powerless to combat it: the usual treatment, such as emetics and bloodletting, were found only to speed up death. According to Fahlberg, the works of several famous physicians, such as Chisholm, Duncan, Clark, and Rush, eventually offered some useful remedies, such as calomel, helping to counter the deadly effects of the disease.⁸¹

Smallpox, endemic worldwide and regarded as one of the most disastrous diseases of the time,⁸² had spared St. Barthélemy, but it was menacing the island in 1798. By the date of his report, 22 August 1798, Fahlberg had administered 185 inoculations—predecessors of vaccinations, smallpox immunity induced by human smallpox virus—to

“people of all colours,” ranging from one to 67 years of age. He also wrote that two French physicians and one English physician had together inoculated about 700 people.⁸³ Eventually, the whole population of the island was inoculated by these four physicians. According to the governor, Fahlberg had saved the lives of a great proportion of the island’s population, and in comparison with the other West Indies, Fahlberg was a pioneer of systematic inoculation.⁸⁴ Later, after the introduction of vaccination at the turn of the nineteenth century, effectively performed vaccinations would also become the norm in the West Indies. In the Danish-Norwegian West Indies, a strict vaccination policy was put into operation. Vaccinations differed from inoculations by the fact that they were performed with cowpox virus⁸⁵ instead of the human smallpox virus, which first led to problems with transporting the live virus to the West Indies; the virus did not survive alive for a long time, and it was not readily available in the way that smallpox was. In 1803, this changed: the virus was transported to the islands with living patients. A closed community enabled better social control over the vaccinations, with unvaccinated children banned from getting confirmed in church or attending school. Slaves were vaccinated, too, and if their children were left unvaccinated, their owners were fined. Inoculation was prohibited altogether.⁸⁶ Despite it causing immunity, its risks were imminent: usually one in every 100–200 inoculated people perished because of the milder smallpox that inoculation caused. Fahlberg reported five fatalities for over 700 inoculated people on the island.⁸⁷ Even though inoculations were not considered as safe and effective as vaccinations, a strict, controlled policy, made possible by the closed community of the colony, ensured much more extensive coverage than in the homeland, where inoculations were still voluntary and not accepted by the majority of people.⁸⁸

Fahlberg’s reports from St. Barthélemy demonstrate an awareness of the situation in other West Indian islands and co-operation with other physicians, especially French and English ones, who also dominated language policy in the West Indies. Gustavia, the capital of St. Barthélemy, was itself a lively town with a multicultural, multilingual and mobile population. Fahlberg was only one of the many migrants who travelled around other West Indian islands, where he even had some properties and family ties.⁸⁹ Fahlberg’s wife Elisabeth Sievers was from the neighbouring island of St. Eustatius, and his daughters lived during their adult years on another island, St. Martin.⁹⁰ It is no wonder that by the early

nineteenth century, the West Indies had started to develop into a set of islands with its own cultural and social identity.

After over 20 years spent in the Caribbean, it is easy to understand why Fahlberg's ties with his homeland were loosening. During the French Revolution and Napoleonic Wars, the political situation on St. Barthélemy was getting complicated, and the population was divided into pro-French and pro-British groups.⁹¹ Fahlberg was on good terms with the leader of the pro-British camp, and after his appointment as commander of a Swedish militia company, he tried to stop the privateering activities of the pro-French faction. His neutrality lost, Fahlberg was exiled to the neighbouring island, St Eustatius, in 1810. Fahlberg did not give up his political stand and even sent two letters to the Swedish government in 1811, advocating a declaration of neutrality under British protection for the island. Fahlberg was tried for conspiracy against the Swedish government and sentenced to death; however, the sentence was never carried out. Deprived of his positions and property, Fahlberg spent the period from 1810 to 1816 on St. Eustatius and 1816–1829 on St. Martin, where his two married daughters lived. In 1829, he returned to St. Eustatius, where he lived until his death on 28 November 1834. Right before his death, the Swedish government sent him a pardon under a general amnesty, but he did not live to see it.⁹²

The success of St. Barthélemy did not last either. In the 1840s, trade started to wane fast, in part because former Spanish colonies were now independent and free to choose their own trading partners. The economy of the island relied on slaves, and with the decision to abolish slavery and the emancipation of all 1800 slaves on the island in 1846, many of the island's planters went into bankruptcy. Mass emigration followed, and the overall economy of the island collapsed. The colony had become a burden to Sweden, to the point that in 1868, negotiations were started with the United States to sell the colony. Negotiations were later initiated with Italy, too, but neither country wanted the island. Only negotiations with France, its former owner, resulted in returning the island in exchange for 320,000 francs.⁹³

CONCLUSION

In 1782, Helenus Scott, a young British doctor, was sent to British India with the British East India Company. In 1784, another young doctor from Sweden, Samuel Fahlberg, was sent to the West Indies

to the Swedish Caribbean colony of St. Barthélemy. Scott reported on the new nitric acid treatment to Sir Joseph Banks in London in 1797. At the time, another Swedish physician, Fredric Schulzen, was working as Banks' assistant and relayed Scott's findings to Sweden. Yet another British physician, James Currie, reported about the same treatment to the West Indies, where Fahlberg was still working—and reported to Sweden in 1798, just as Schulzen had done. The physicians, connected by Banks, form an interesting circle of medical information between eastern and western colonies, three continents and different European countries, encompassing a surprisingly wide spatial and cultural sphere.

The two Swedish physicians discussed here were in many respects exceptions in the medical system of their day. Their contribution to medicine in Sweden was transferring ideas from both the East and West Indies, but perhaps even more significant was their work at their destination, especially in the case of Fahlberg, who made his lifework in the West Indies over the course of 24 years. Both physicians were young when they left Sweden: Schulzen was 27, Fahlberg only 24. Despite his age, Fahlberg had more practical experience; Schulzen had only graduated in the year when he left. Fahlberg's previous journey had given him outstanding experience overseas that ensured him a position as a colony physician, despite his lack of experience in medical practice. Schulzen could expect to benefit from his trip when returning to Sweden, but for Fahlberg, it was a permanent decision—whether he knew it then or not. After more than 20 years spent in the Caribbean, where his family had taken root, would he have returned to Sweden even if he had not been exiled?

Medical journeys were part of a greater phenomenon of international scientific travel in the Linnaean tradition. The homeland expected to benefit from physicians' mobility, so they were required to report even from a great distance. Fahlberg's descriptions of St. Barthélemy's habitat, agriculture and vegetation directly follow the Linnaean ideals of all-encompassing curiosity and knowledge in every field, especially the natural sciences. Medical interest is seen especially in Schulzen's report: he made it clear that he wanted to deliver useful new currents of medicine from Britain, especially because the trip was most likely—at least initially—funded by Collegium Medicum. Schulzen applied for further funding for his trip in the report, arguing that it would benefit his homeland. His report from London was also highly apologetic for not having been able to deliver more useful information earlier, although he

clearly believed his news on a new colonial-based treatment for venereal disease might prove revolutionary. Schulzen was a link between colonial practitioners, in this case another young physician, Scott, and Northern Europe—often considered peripheral and distant from Central European trends in medicine. The network of connections was created through the famous British patron of science, Sir Joseph Banks.

Despite conflicting results in trials, Schulzen considered nitric acid treatment interesting enough to report about it to Sweden. He wanted to believe this new treatment could work, as venereal disease had proven hard to get rid of and the traditional cures were heavy on the patients. Another factor that may have made him write the report was the sensation the new treatment had caused in Britain. In the end, nitric acid treatment did not become a prevailing method, but it continued to be used in the colonies and by some foreign practitioners who, like Schulzen, had spread the word outside Britain.

Colonial medicine was shaped by the interaction of differing cultures, countries, medical systems and demographic groups. This interaction could be conflicted, rivalrous, or peaceful coexistence, neutral observation, even curious and appreciative, thus resulting in hybridisation. All forms of interaction could be happening at the same time. In the West Indies, medical systems were affected in both ways. Interaction made possible a separate “West Indian medical culture”—a diverse hybrid of medicine from several European countries and the islanders, including African slaves with their own medicine. An even smaller medical circle was the island of St. Barthélemy itself, with its distinctive vegetation used by the free and enslaved inhabitants as medicine. Fahlberg’s reports date from the first year of his presence in the West Indies, which in part explains his role as an observer and learner. Yet his sympathy and curiosity towards the unfamiliar medical system come through his writings: he was approving of the cures the islanders had found useful. Even though some other parts of the West Indies saw conflict between European and African medicine, Fahlberg seems to have been one of the European medical practitioners who took a neutral or even positive stance towards different medical cultures. He was promoting hybridisation, learning, and coexistence rather than prohibition or control of unofficial systems.

Fahlberg’s later career was ruined by political convolutions, but his contribution to the colony of St. Barthélemy was significant in medical as well as in other respects, such as the natural history and mapping of the island. With his foreign colleagues, he saved the people of St. Barthélemy

from a devastating smallpox epidemic with the protection of extensive inoculation. He brought Swedish medicine to terms with the Caribbean climate, ecosystem, and way of life, combining his knowledge and experience as a physician with his awareness of new diseases and medical plants of the Caribbean. Fahlberg reported on his medical experiences and thoughts but did not bring them back to Sweden—his legacy was left mostly on the shores of St. Barthélemy.

NOTES

1. Lauri Tähtinen and Kalle Kananoja, ‘Atlantin historian haaste’, in *Pohjola, Atlantti, Maaailma: Ylirajaisen vuorovaikutuksen historiaa 1600–1900-luvuilla*, edited by Kalle Kananoja and Lauri Tähtinen (Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 2018), 28.
2. Kenneth Nyberg, ‘Linnaeus’s Apostles and the Globalization of Knowledge, 1729–1756’, in *Global Scientific Practice in an Age of Revolutions, 1750–1850*, edited by Patrick Manning and Daniel Rood (Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 2016), 78–79; Sverker Sörlin, ‘Globalizing Linnaeus—Economic Botany and Travelling Disciples’, *Tijdschrift voor Skandinavistiek* 29 (2008): 118–119.
3. Lisbet Koerner, *Linnaeus: Nature and Nation* (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1999); Sverker Sörlin, ‘Ordering the World for Europe: Science as Intelligence and Information as Seen from the Northern Periphery’, in *Nature and Empire: Science and the Colonial Enterprise*, edited by Roy MacLeod (Chicago: University of Chicago Press, 2000), 64; Sörlin, ‘Globalizing Linnaeus’, 125; Hanna Hodacs, ‘Local, Universal, and Embodied Knowledge: Anglo-Swedish Contacts and Linnaean Natural History’, in *Global Scientific Practice in an Age of Revolutions, 1750–1850*, edited by Patrick Manning and Daniel Rood (Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 2016), 90.
4. Sörlin, ‘Ordering the World’, 64, 69; Christina Skott, ‘Expanding Flora’s Empire: Linnaean Science and the Swedish East India Company’, in *The Routledge History of Western Empires*, edited by Robert Aldrich and Kirsten McKenzie (London: Routledge, 2014), 251.
5. Magdalena Naum and Jonas M. Nordin, ‘Introduction: Situating Scandinavian Colonialism’, in *Scandinavian Colonialism and the Rise of Modernity: Small Time Agents in a Global Arena*, edited by Magdalena Naum and Jonas M. Nordin (New York: Springer, 2013), 10.
6. Nyberg, ‘Linnaeus’s Apostles’, 79.
7. Sörlin, ‘Ordering the World’, 54.
8. Skott, ‘Expanding Flora’s Empire’, 240.

9. Lars-Olof Skoglund, 'Schulzenheim, von (Schultz, Schulzen, von Schulzen), släkt', *Svenskt biografiskt lexicon*, <https://sok.riksarkivet.se/sbl/artikel/6564>. Accessed 4 March 2017.
10. Otto E.A. Hjelt, *Svenska och finska medicinalverkets historia 1663–1812* (Helsinki: Helsingfors Central-Tryckeri, 1893), III: 695.
11. Skoglund, 'Schulzenheim, von'.
12. Hodacs, 'Local, Universal, and Embodied Knowledge', 91–93.
13. Skoglund, 'Schulzenheim, von'.
14. Skoglund, 'Schulzenheim, von'.
15. Sörlin, 'Globalizing Linnaeus', 134; Hodacs, 'Local, Universal, and Embodied Knowledge', 98.
16. Hodacs, 'Local, Universal, and Embodied Knowledge', 103.
17. Hjelt, *Svenska och finska medicinalverkets*, 675–701.
18. Hjelt, *Svenska och finska medicinalverkets*, 675–701.
19. Physician database 1749–1856 (Saara-Maija Kontturi, 2015–2017). Collection of data on Finnish physicians, compiled from several primary and secondary sources: CVs and journals of physicians, registers, biographies, and research literature.
20. Physician database 1749–1856.
21. Pieter Dhondt, 'A Difficult Balance Between Rhetoric and Practice: Student Mobility in Finland and Other European Countries from 1800 to 1930', in *Students, Staff, and Academic Mobility in Higher Education Account*, edited by Fred Dervin and Michael Byram (Newcastle: Cambridge Scholars Publishing, 2008), 51.
22. Nyberg, 'Linnaeus's Apostles', 85, 87.
23. David N. Livingstone, *Putting Science in Its Place: Geographies of Scientific Knowledge* (Chicago: Chicago University Press, 2003); Mark Harrison, *Medicine in an Age of Commerce & Empire: Britain and Its Tropical Colonies 1660–1830* (Oxford: Oxford University Press, 2010), 3–5.
24. "at sedan October månad förl. år varit wistande i London, hwarest jag tillika på möjeligaste sätt sökt underrätta mig om tilståndet I Medicine och Chirurgen; men såsom ännu främmande och nykommen har jag ej fullkomligen wunnit mit ändamål. Min längtan at få meddela något wärdigt Kongl. Collegii upmärksamhet har härigenom blifvit oupfulld. Dessa swårigheter åaktad har jag dock gjort mig bekant med en eller annan som tyckste lofva läkarekonsten mycken nytta." Riksarkivet, Stockholm, Collegium Medicum, Årsberättelser från provinsialläkare: 1796–1799 [hereafter, RA/CM, ÅFP], Fredric Schulzen 1798.
25. RA/CM, ÅFP Fredric Schulzen 1798.
26. Mark Harrison, 'Medical Experimentation in British India: The Case of Helenus Scott', in *The Development of Modern Medicine in Non-Western Countries: Historical Perspectives*, edited by Hormoz Ebrahimnejad (London: Routledge, 2009), 32.

27. RA/CM, ÅFP Fredric Schulzen 1798.
28. Peter Baldwin, *Contagion and the State in Europe, 1830–1930* (Cambridge: Cambridge University Press, 2005), 355–356.
29. RA/CM, ÅFP Fredric Schulzen 1798; Baldwin, *Contagion and the State*, 355.
30. The surname “Scott” has been sometimes spelled with only one “t”. Harrison, ‘Medical Experimentation’, 38.
31. Harrison, *Medicine in an Age of Commerce*, 158–168.
32. RA/CM, ÅFP Fredric Schulzen 1798; Harrison, ‘Medical Experimentation’, 32.
33. Harrison, ‘Medical Experimentation’, 27–28.
34. Harrison, ‘Medical Experimentation’, 30.
35. RA/CM, ÅFP Fredric Schulzen 1798.
36. Harrison, ‘Medical Experimentation’, 33–35.
37. RA/CM, ÅFP Fredric Schulzen 1798.
38. RA/CM, ÅFP Fredric Schulzen 1798.
39. RA/CM, ÅFP Fredric Schulzen 1798.
40. “...lycklig omständighet, då onkeligen somlige Patienter ganska mycket besväras af dess värkan på magen och tarmarne.” RA/CM, ÅFP Fredric Schulzen 1798.
41. Harrison, ‘Medical Experimentation’, 35.
42. “en del Practici blifvit mindre ifriga för dess beröm, och andre mindre intagne af fördom.” RA/CM, ÅFP Fredric Schulzen 1798.
43. RA/CM, ÅFP Fredric Schulzen 1798.
44. Harrison, ‘Medical Experimentation’, 36–37.
45. Harrison, ‘Medical Experimentation’, 23.
46. Harrison, ‘Medical Experimentation’, 24.
47. Harrison, ‘Medical Experimentation’, 25.
48. RA/CM, ÅFP Fredric Schulzen 1798.
49. Skoglund, ‘Schulzenheim, von’.
50. Skoglund, ‘Schulzenheim, von’.
51. Skoglund, ‘Schulzenheim, von’.
52. Londa Schiebinger, ‘Scientific Exchange in the Eighteenth Century Atlantic World’, in *Soundings in Atlantic History: Latent Structures and Intellectual Currents, 1500–1830*, edited by Bernard Bailyn and Patricia L. Denault (Cambridge, MA: Harvard University Press, 2009), 325.
53. Eric Schnakenbourg, ‘Sweden and the Atlantic: The Dynamism of Sweden’s Colonial Projects in the Eighteenth Century,’ in *Scandinavian Colonialism and the Rise of Modernity: Small Time Agents in a Global Arena*, edited by Magdalena Naum and Jonas M. Nordin (New York: Springer, 2013), 229–242; Holger Weiss, *Slavhandel och slaveri under*

- svensk flagg: Koloniala drömmar och verklighet i Afrika och Karibien 1770–1847* (Helsingfors: Svenska Litteratursällskapet, 2016), 51–57; Victor Wilson, *Commerce in Disguise: War and Trade in the Caribbean Free Port of Gustavia, 1793–1815*. Unpublished Ph.D. thesis, Åbo Akademi University (2016), 66.
54. Schnakenbourg, 'Sweden and the Atlantic', 238–239.
 55. Neil Kent, *A Concise History of Sweden* (Cambridge: University Press, 2008), 134–135.
 56. Wilson, *Commerce in Disguise*, 83–84.
 57. Dennis Reinhartz, 'The Caribbean Cartography of Samuel Fahlberg', in *History of Cartography*, edited by Elri Liebenberg and Imre Josef Demhardt (Berlin: Springer, 2010), 21–22.
 58. Reinhartz, 'The Caribbean Cartography', 25.
 59. "Hit til *St Barthelemy* kommo vi d. 5 Martii —. Denna Ö är ganska bergaktig, alla höjder öfverväxte med flere slags *Cactus, Opuntiae* och en oräknelig hop stickande och giftiga Tråd (a), at man dels ogörligt, dels med största svårighet och fara kand komma fram; hvilket är en af orsakerna at Öen är så litet upodlad; Därtill bidrager dock mäst Inbyggarnes fattigdom, som endast plantera något Bomull, hvilken är Öens naturliga product. Habitationer finnas ungefärligen 80 St och Folk-nummern stiger til 450 hvita och 278 Negrer; alla mycket ohyfsade och fins emellan oeniga, emedan de icke haft någon ordentlig styrelse; väl hafva de haft en så kallad Commendant, som varit utsedd af den sjelfve, men Frankrike synes ej hafva gjordt stor upmärksamhet på dem. Dock synes det som skulle Öens fördelaktiga belägenhet och ringa afstånd från flere andra Öar, göra handeln härstädes med tiden ansenlig ..." Samuel Fahlberg, 'Utdrag af Bref från Hr. SAMUEL FAHLBORG dat. St Barthelemi d. 14 Maji 1785, til Prof. Bergius' (1785).
 60. Samuel Fahlberg, 'Utdrag af Samlingar til Natural-Historien öfver Ön St Barthelemi i Vest-Indien', *Kungl. Vetenskapsakademiens Nya Handlingar* 7 (1786): 215–240, 248–254.
 61. Samuel Fahlberg, 'Observationer öfver Varmen, Vinden och Väderleken på Ön St Barthelemi i Vest-Indien', *Kungl. Vetenskapsakademiens Nya Handlingar* 8 (1787): 143–154.
 62. Fahlberg, 'Utdrag af Samlingar'.
 63. Niklas Thode Jensen, 'The Creolization of Medicine: Perceptions and Policies of Health and Medicine in the Danish-Norwegian West Indies, 1750–1850', in *Citizens, Courtrooms, Crossings: Conference Proceedings*, edited by Astri Andresen et al. (Stein Rokkan Centre for Social Studies, 2008), 162.
 64. Fahlberg, 'Observationer öfver Varmen'.

65. Jensen, 'The Creolization of Medicine,' 162.
66. Samuel Fahlberg, 'Mortalitets-Lista för Ön St Barthelemi, upsatt af Gouvernements-Medicus Hr. SAMUEL FAHLBERG, dat. den 23 April 1787'.
67. Heikki S. Vuorinen, *Tautinen historia* (Tampere: Vastapaino, 2002), 782.
68. Fahlberg, 'Mortalitets-Lista'.
69. Jensen, 'The Creolization of Medicine', 162–164.
70. Schiebinger, 'Scientific Exchange', 300.
71. Fahlberg, 'Mortalitets-Lista'.
72. "Excerpt of Collections on the Natural History of the St. Barthélemy Island in the West-Indies." Fahlberg, 'Utdrag af Samlingar'.
73. Fahlberg, 'Utdrag af Samlingar'.
74. Fahlberg, 'Utdrag af Samlingar'.
75. Fahlberg, 'Observationer öfver Varmen'.
76. Fahlberg, 'Utdrag af Samlingar'.
77. Fahlberg, 'Utdrag af Samlingar'.
78. Fahlberg, 'Utdrag af Samlingar'.
79. Fahlberg, 'Observationer öfver Varmen'.
80. Fahlberg, 'Utdrag af Samlingar'.
81. RA/CM, ÅFP Samuel Fahlberg 1798.
82. Baldwin, *Contagion and the State*, 244.
83. RA/CM, ÅFP Samuel Fahlberg 1798.
84. Ingegerd Hildebrand, 'Samuel Fahlberg'. Svenskt biografiskt lexicon (1956), <https://sok.riksarkivet.se/sbl/artikel/14963>. Accessed 27 June 2017.
85. Contemporary science called the vaccine virus cowpox virus; however, it has been known since 1930 that the virus differed from today's cowpox virus, and recent research has shown that at least some vaccines contained a virus more similar to today's horsepox. It is possible that both cowpox and horsepox (and possibly a pox that is not known today) were used interchangeably in vaccines. Livia Schrick, Simon H. Tausch, Woejciech P. Dabrowski, Clarissa R. Damaso, José Esparza, and Andreas Nitsche, 'An Early American Smallpox Vaccine Based on Horsepox', *The New England Journal of Medicine* 344 (2017): 1492–1492.
86. Jensen, 'The Creolization of Medicine', 164–165.
87. RA/CM, ÅFP Samuel Fahlberg 1798.
88. Saara-Maija Kontturi, *Parantajat ja tieteen tekijät: Piirilääkärit Ruotsin valtakunnassa 1700-luvun lopulta 1800-luvun alkuun*. Unpublished M.A. thesis, University of Jyväskylä (2014), 33.
89. Victor Wilson, 'Gustavia, Saint-Barthélemy, 1793–1815: Karibianmeren ruotsalainen vapaasatama', in *Pohjola, Atlantti, Maailma: Ylivirajaisen vuorovaikutuksen historiaa 1600–1900-luvuilla*, edited by Kalle Kananoja and Lauri Tähtinen (Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 2018), 114.

90. Reinhartz, 'The Caribbean Cartography', 24; Weiss, *Slavhandel och slaveri*, 72.
91. Hildebrand, 'Samuel Fahlberg'.
92. Reinhartz, 'The Caribbean Cartography', 24.
93. Kent, *A Concise History of Sweden*, 191–192.



V

**VARHAISET PIIRILÄÄKÄRIT KUMMEINA:
MIKROHISTORIALLINEN NÄKÖKULMA**

Kontturi, Saara-Maija & Eilola, Jari 2014

Genos 4/2014, 224–239

Julkaistu Suomen Sukututkimusseuran luvalla.

Varhaiset piirilääkärit kummeina

Mikrohistoriallinen näkökulma

Saara-Maija Kontturi & Jari Eilola

Piiirilääkärit olivat usein toiminta-alueillaan uusia tulokkaita, jotka saattoivat hyödyntää kummisuhteita yhteisöön integroitumiseen ja siinä verkostoitumiseen. He olivat kysytyjä kummeja niin vertaistensa kuin sosiaalisessa hierarkiassa alempana olevien keskuudessa. Artikkelissa tutkituilla kahdella piirilääkärillä kummilasten määrä kasvoi suureksi vuosikymmeniä kestäneen virkakauden aikana. Kummisuhteet ilmentävät toiminta-alueen säätyläisten ammattijakaumaa ja piirilääkäreiden virassaan ja yksityishenkilönä solmimia suhteita.

Tutkimme artikkelissamme piirilääkäreiden kummisuhteita 1700-luvun jälkipuoliskon suomalaisissa kaupungeissa.¹ Kummi-instituutiota on pidetty merkittävänä sosiaalisten suhteiden ja verkostojen luomisen keinona. Sen puitteissa on luotu useita sukupolvia, mutta myös perheiden välisiä sosiaalisia raja-aitoja ylittäviä suhteita. Kummisuhteet kertovat ihmisistä paitsi sosiaaliryhmiensä edustajina myös yksityishenkilöinä. Koska lapsen syntymä ja kaste olivat tärkeitä vanhemmille, kummeiksi pyydettiin sukulaisia, lähimpiä ystäviä tai muuten tärkeinä pidettyjä henkilöitä. Vaikka kummius ei edellyttänyt sukulaisuutta, se saattoi mahdollistaa sukuun kuulumattoman liittämisen suvun piiriin.²

Kohteeksi on valittu kaksi piirilääkärää, Porissa toiminut Bengt Björnlund ja Turussa työskennellyt Johan Gabriel Bergman. Molemmat tulivat residenssikaupunkeihinsa ulkopuolisina. He eivät pystyneet rakentamaan sosiaalista asemaansa syntyperän, maaomaisuuden tai sukulaisuussuhteiden varaan, kuten aateliset tai porvarit. Heillä oli virka, mutta he edustivat uutta ammattiryhmää, jolla ei välttämättä ollut selvää asemaa kaupungin hierarkioissa. Kummiiksi pyytämistä on pidetty merkinä siitä, että henkilö on hyväksytty yhteisön jäseneksi.³ Tästä syystä kummisuhteiden ja muiden verkostoitumis- ja integroitumiskeinojen tutkimus on nimenomaan piirilääkäreiden kohdalla kiinnostavaa. Millaisten ihmisten kanssa he seurustelivat ja keitä he pitivät vertaisinaan? Ketkä

taas kelpuuttivat piirilääkäreitä kummeikseen? Tässä mielessä kummisuhteet ja kummin valinta kertovat yhteisössä vallinneista sosiaalisista arvoista.⁴

Kahden piirilääkärin kummiverkostoista koostuva aineisto ei välttämättä tarjoa yleistettävää tietoa tai pitkiä kehityslinjoja, mutta siihen liittyy muita vahvuuksia. Mikrohistoria tutkii menneisyyden ihmistä tämän omista lähtökohdista käsin. Keskittymällä yksittäisten henkilöiden kummiverkostoitumiseen saadaan esille sellaisia ilmiöön liittyviä piirteitä, jotka saattaisivat hukkuu laajemmassa käsittelyssä.⁵ Näin etenkin kun molemmat tutkittavista lääkäreistä edustivat poikkeusta. Kummiuden on todettu olevan vastavuoroista, mutta Bergman oli naimaton ja Björnlundilla oli vain tytär, joten kummisuhteet jäivät pakosta yksipuolisiksi. Miten nämä seikat vaikuttivat lääkäreiden kummisuhteisiin? Yksittäisen henkilön tapa toimia ei perustu vain hänen henkilökohtaiseen tulkintaansa maailmasta, vaan se kertoo myös yhteisistä arvoista ja toimintatavoista.⁶ Laajempi konteksti, jossa lähteistä tehtyjä havaintoja tulkitaan, rakentuu kummiutta koskevasta tutkimuksesta.

Käytämme lähteenä Turun ja Porin seurakunnan digitoituja kirkonkirjoja. Turun seurakunnan syntyneiden ja kastettujen luettelosta on otettu huomioon Bergmanin virassaoloaika vuodesta 1766 vuoteen 1793, hänen kuolemaansa saakka. Björnlundin tarkastelujakso alkaa Porin seurakunnan syntyneiden ja kastet-

tujen luettelon vuodesta 1762 ja päättyy vuoteen 1810.

Björnlund ja Bergman esimerkkeinä ensimmäisistä piirilääkäreistä

Piirilääkärilaitoksen perustaminen ajoittuu Ruotsin suurvaltasiotien jälkeiseen aikaan, jolloin valtio huolestui väkiluvun romahduksesta ja ryhtyi toimenpiteisiin väestönkasvun lisäämiseksi. Yksi tärkeimmistä keinoista oli sairaanhoidon järjestäminen. Ennen piirilääkäreitä valtakunnassa oli toiminut välskäreitä, kirurgeja ja erilaisia epävirallisia parantajia. Piirilääkärit olivat ensimmäisiä järjestelmällisesti palkattuja yliopistokoulutettuja lääkäreitä. He olivat lääketieteen tohtoreita ja lääkintäkollegion, Collegium Medicumin, jäseniä. Collegium Medicum valvoi piirilääkäreiden ja muiden lääkintäalan toimijoiden toimintaa ja edellytti piirilääkäreiltä raportointia työstään.⁷

Piirilääkäreitä oli vaadittu palkattaviksi jo 1600-luvun lopulla, mutta vielä 1700-luvun alussa heitä oli vasta yhdeksän. Virat täyttyivät hitaasti seuraavalla vuosisadalla. Suomen ensimmäinen piirilääkäri aloitti virassaan 1749. Vuosisadan vaihteeseen mennessä Suomeen oli perustettu 13 lääkäripiiriä. Toiminta-alueet olivat suuria: useita kymmeniä tuhansia asukkaita kohti saattoi olla vain yksi lääkäri.⁸

Bengt Björnlund (1732–1815) toimi Porin piirilääkärinä 50 vuoden ajan. Hän oli ruotsalaissyntyinen ja opiskeli Upsalan ja Tukholman yliopistoissa. Hänestä tuli lääketieteen tohtori 1760, ja hän aloitti työnsä Porissa 1762. Anatomian opintojen ja kenttäsairaalan lääkärinä toimimisen ansiosta Björnlundin kirurgiset taidot olivat poikkeukselliset. Björnlundille myönnettiin 1782 asessorin arvonimi. Vuonna 1812 Collegium Medicum myönsi hänelle eron 80 vuoden iässä. Hän kuoli kolme vuotta myöhemmin. Björnlund oli avioliitossa Edla Holstin kanssa. Heille syntyi 1771 tytär Lovisa Margareta.⁹

Johan Gabriel Bergman (1732–93) oli Turun piirilääkäri 27 vuotta. Hän syntyi Porissa ja opiskeli ensin Turun akatemiassa, myöhemmin Upsalan yliopistossa. Hän opiskeli lääketieteen ohella muun muassa anatomiaa, lapsenpäästöä,

lääkeaineoppia ja luonnonhistoriaa. Hänet promovoitiin tohtoriksi 1768, noin kaksi vuotta sen jälkeen kun hän oli aloittanut piirilääkärinä Turussa. Hän toimi myös lasaretinlääkärinä, Kupittaaan terveyslähteen lääkärinä sekä kaupunginlääkärinä vuoteen 1776 saakka. Vuonna 1775 hän sai asessorin arvonimen. 1790-luvun alussa hänen terveytensä alkoi heiketä, ja hän kuoli 62 vuoden iässä 1793. Bergman oli naimaton.¹⁰

Kummi-instituutio 1700-luvulla

Olipa kysymys kaupunkiyhteisöstä tai vaikkapa jonkin ammattiryhmän muodostamasta yhteisöstä, se ei koostu yhdestä tiiviistä verkostosta, johon kaikki kuuluvat. Yhteisö rakentuu useiden erilaisten strategioiden ja joskus hyvinkin tilannekohtaisten ratkaisujen perusteella rakennetuista, osittain päällekkäisistä verkostoista. Yhteisön hajanainen luonne pakottaa jokaisen yhteisön jäsenen luomaan ja ylläpitämään aktiivisesti kontakteja sellaisiin informaationlähteisiin, resursseihin ja sosiaalisiin areenoihin, joista uskoo olevan hyötyä perheensä tai sukunsa aseman ylläpitämisessä.¹¹

Tutkimus on pitänyt kummiutta keinona integroitua yhteisöön, verkostoitua ja muodostaa pitkäaikaisia, joskus jopa sosiaaliset rajat ylittäviä perheiden välisiä siteitä. Kysymys on kuitenkin monimuotoisesta ilmiöstä, jonka käytäntöihin aika, kulttuuriympäristö ja paikalliset traditiot ovat vaikuttaneet vähintäänkin yhtä paljon kuin kirkollinen sääntely ja ohjeistus. Toisaalta kummi-instituution kyky sopeuttaa ja liittää erilaisia sosiaalisia siteitä ja suhteita ritualistiseen, julkiseen ja pyhään kaavaan selittää sen pitkäikäisyyttä.¹²

Tutkijat ovat jäsentäneet kummiutta eri akseleilla. On puhuttu intensiivisestä ja eksten-siivisestä kummiudesta sen mukaan valittiinko kummit pääasiassa oman suvun piiristä vai sen ulkopuolelta. Länsi-Euroopassa tapahtui 1700-luvun jälkipuolelta lähtien vähittäinen siirtyminen suvun piiriin rajautuvaan kummiuteen. Muutoksen nopeudessa ja sen tapahtumisajan-kohdassa on paljon alueellisia eroja.¹³

Siirtymän eksten-siivisistä intensiivisiin kummisuhteisiin on arveltu merkinneen muutosta kummisuhteen luonteesta: eksten-siivisessä

mallissa korostui vanhempien ja kummien väliset suhteet ja sosiaalisten suhteiden laajentaminen, kun taas intensiivisessä painottuu lapsen ja kummin välinen suhde. Käytäntöjä ei kuitenkaan pidä nähdä toisiaan poissulkevinä tai liian deterministisinä. Esimerkiksi eräillä alueilla Ranskassa kysymys kummissuhteen luonteesta oli sukupuolisensitiivinen. Tyttöjen kummit valittiin lähisuvusta, koska naisten katsottiin kuuluvan suvun ja perheen piiriin. Poikien kummit pyydettiin suvun ulkopuolelta, koska heille tahdottiin hankkia suojelijoita ja suhteita uraa varten.¹⁴

Porilaisten kauppiaiden verkostoitumista tutkinut Jarkko Keskinen korostaa ekstensiivisen kummiuden merkitystä 1700-luvun jälkipuoliskolla. Hänen mukaansa kummivalinnoilla ajettiin kaupunkiyhteisöissä perheen ja suvun etua ja asemaa. Kummi-instituutio loi perheille sosiaalista pääomaa tai verkostoresurssin, joka oli joko vanhempien, lapsen tai kummien hyödynnettävissä. Se oli avioliittoon verrattuna joustava verkostoitumisen ja aseman vahvistamisen muoto.¹⁵ Sitä se oli myös residenssikaupunkeihinsa ulkopuolisina tulleille Bergmanille ja Björnlundille.

Kummissuhteita on jaettu myös horisontaalisiin ja vertikaalisiin. Ensin mainitussa mallissa kummit pyydettiin vertaisten joukosta ja jälkimmäisessä oman sosiaalisen ryhmän yläpuolelta.¹⁶ Vertikaaliset suhteet on usein tulkittu yksioikoisesti lyhyen tähtäimen taloudellisen hyödyn tavoitteluksi: varakkaat antoivat arvokkaamman kummilahjan.¹⁷ Selvää yritystä hyötyä kummissuhteesta taloudellisesti ei kuitenkaan pidetty hyväksyttävänä.¹⁸ Joillekin vanhemmille suhteet olivat yrityksiä luoda tai säilyttää eräänlainen patron–klientti-suhde. Toiset toivoivat varakkaiden kummien statuksen kohottavan heidän omaansa.¹⁹ Vertikaalisuus ylöspäin toteutui tavallisesti vain kummiksi pyytäessä: alemmalta statukselta tulleeeseen kummipyyntöön voitiin vastata myöntävästi, mutta kummeiksi ei ollut tapana pyytää sosiaaliselta statukselta alempiarvoisia henkilöitä.²⁰

Kirkon mukaan kummi on vanhempien valitsema henkilö, joka edesauttoi lasta oppimaan kristinuskon pääkohdat ja osallistui muu-

hunkin kasvatukseen. Tehtävistä suoriutuminen edellytti kummiksi valitulta tiettyjä ominaisuuksia. Hänen täytyi olla täysi-ikäinen, kunniallinen, hurskas ja jumalinen luterilainen, jolla ei ollut rikoksia kontollaan.²¹ Kummius kuitenkin luiskahti jo varhain kirkollisten auktoriteettien kontrollista, ja sosiaalisia suhteita koskevat asiat osittain jopa syrjäyttivät kummien uskonnolliset tehtävät.²²

Ensimmäiset valtakunnallisesti yhtenäiset ohjeet kasteluetteloiden pitämisestä ja niihin kirjattavista asioista annettiin vuoden 1686 kirkkolaissa. Sen mukaan luetteloon tuli merkitä lapsen nimi, syntymä- ja kastepäivät sekä vanhempien ja kummien nimet.²³ Kirjaaminen tarkentui ja sen muodot vakiintuivat 1700-luvulla. Osittain kirjaamisesta vastanneiden henkilöiden tarkkuudesta johtuvia alueellisia eroja ja epäyhdenmukaisuuksia tavataan kuitenkin vielä 1900-luvun alussa.²⁴

Porin maistraatti havaitsi 1773, että kaupungin kirkonkirjojen ylläpito oli laiminlyöty lähes tyystin yhdeksän vuoden ajalta. Se määräsi merkitsemään asianmukaiset tiedot jälkikäteen, mutta tästä huolimatta vuosien 1763–71 kasteluetteloista puuttuvat kummitiedot muutamia perheitä lukuun ottamatta. Niinpä luetteloiden perusteella on mahdotonta saada kokonaiskuva uusien kummissuhteiden muodostumisesta tällä kaudella. Lisäksi aikalaisetkin tiedostivat, että jälkikäteen kerättyihin tietoihin jäi sekaannuksia lasten nimissä, määrissä ja syntymäajankohdissa.²⁵ Myös piirilääkäri Björnlundin ainoan lapsen, Lovisa Margaretan, syntymä osuu tälle jaksolle emmekä saa siksi tietää, keitä hänellä oli kummeinaan. Turun aineistossa vastaavia aukkoja ei ole. Vaikka mahdollisista puutteista on vaikea saada varmuutta, kirjaaminen on säännönmukaista.

Etenkin naisten nimien kirjaamisessa on henkilöiden identifiointia vaikeuttavia epäyhtenäisyyksiä. Toisinaan luetteloon on merkitty kummin kaikki nimet, toisinaan nähtävästi vain kutsumanimi. 1600-luvulla oli vielä yleisenä tapana, että naiset pitivät isänsä nimen avioutumisen jälkeen, mutta 1700-luvun jälkipuoliskolla tapa oli murtumassa. Parhaimmillaan kasteluetteloihin on merkitty molemmat suku-

nimet, mutta yleensä kuitenkin vain toinen. Ei voi myöskään automaattisesti olettaa, että peräkkäin merkitty mies- ja naiskummi olivat puoliset, vaikka nainen mainittaisiinkin rouvana. Usein myös avioparit mainittiin erillään; sekä Turun että Porin kirjoissa mieskummit luettiin usein ensin arvojärjestyksessä ja naiset heidän jälkeensä omana luettelonaan.

Piirilääkäreiden kummiverkostot

Bengt Björnlundin perhe solmi vuosina 1762–1810 kummissuhteet 50 lapseen, mikä tarkoittaa noin yhtä uutta kummilasta vuodessa. Johan Gabriel Bergman oli kummina 37 lapselle vuosina 1767–93, joten kummilapsia oli yksi vajaata vuotta kohden. Todellisuudessa jakauma ei ollut näin tasainen. Välissä saattoi olla vuosia, joiden aikana kummissuhteita ei solmittu lainkaan, ja joinakin vuosina niitä oli useita.

Björnlundin perheen vuosi 1777 oli ennätysellinen. Silloin solmittiin kummissuhteet kuuteen lapseen. Vilkkain vuosikymmen oli kuitenkin 1780-luku, jolloin perheenjäseniä pyydettiin 19 lapsen kummeiksi. Lukumäärä selittyy osittain sillä, että tytär Lovisa Margareta alkoi saada kummipyyntöjä täytettyään 15 vuotta. Bergmanin aktiivisin vuosi oli 1789, jolloin häntä pyydettiin neljän lapsen kummiksi.

Björnlundin perheen solmimien uusien kummissuhteiden määrä oli pieni 1760-luvulla ja se väheni uudelleen vuosisadan vaihteessa. Jakson alkua voi selittää sillä, että uusiin tulokkaisiin täytyi ensin tutustua ennen kuin heitä saattoi pyytää kummeiksi.²⁶ Toisaalta kyseessä voi olla puutteellisen kirjaamisen aiheuttama harha. Loppukauden hiljaisuus saattaa selittyä Björnlundien korkealla iällä.

Toisaalta Johan Bergmania pyydettiin viimeisinä elinvuosinaan terveyden heikentymisestä huolimatta kummiksi peräti seitsemälle lapselle. Bergman ei välttämättä pitänyt sairasteluun kohtalokkaana, sillä hän oli vasta noin 60-vuotias ja hänen terveytensä oli tiettävästi ollut aina heikko.²⁷ Ei ole tiedossa, vaikuttiko sairastelu 1780-luvun hiljaiseen kauteen. Vuosien 1783–88 aikana Bergman pyydettiin kuitenkin vain kahden lapsen kummiksi.

Toinen mahdollinen selitys Björnlundien

kummissuhteiden vähentymiselle saattaa löytyä epäonnistuneesta avioliittostrategiasta. Puolison valinta muuttui 1700–1800-luvulla vapaammaksi; suvun ja perheen vaikutusvalta väheni oman päätösvallan ja tunteiden korostuessa. Silti oltiin kaukana siitä, että osapuolet olisivat saaneet valita toisensa vanhemmistaan piittaamatta. Tyttären avioliitto merkitsi perheelle taloudellisten resurssien jakamista. Etenkin yhteiskunnan ylemmissä kerroksissa, joihin Björnlunditkin lukeutuivat, vanhemmat kontrolloivat puolisonvalintaa tarkasti, koska heillä oli omaisuus ja kunnia suojattavana.²⁸

SEURAN AUKIOLOAJAT

Suomen Sukututkimusseura on avoinna maanantaisin, tiistaisin ja torstaisin klo 10–12 ja klo 13–17 sekä keskiviikkoisin klo 14–19. Perjantaisin Seura on avoinna sopimuksen mukaan.

Seuran kirjasto on avoinna maanantaisin ja tiistaisin klo 13–17, keskiviikkoisin klo 14–19 ja seuraavina lauantapäivinä klo 11–15: 13.12., 10.1., 14.2., 7.3., 11.4., 9.5. ja 6.6. Kirjastossa on näinä lauantapäivinä joulukuusta huhtikuuhun tarjolla sukututkimusneuvontaa klo 12–14. Sukututkimusneuvontaa järjestetään Seurassa myös Tieteiden yönä torstaina 8.1. klo 18–20.

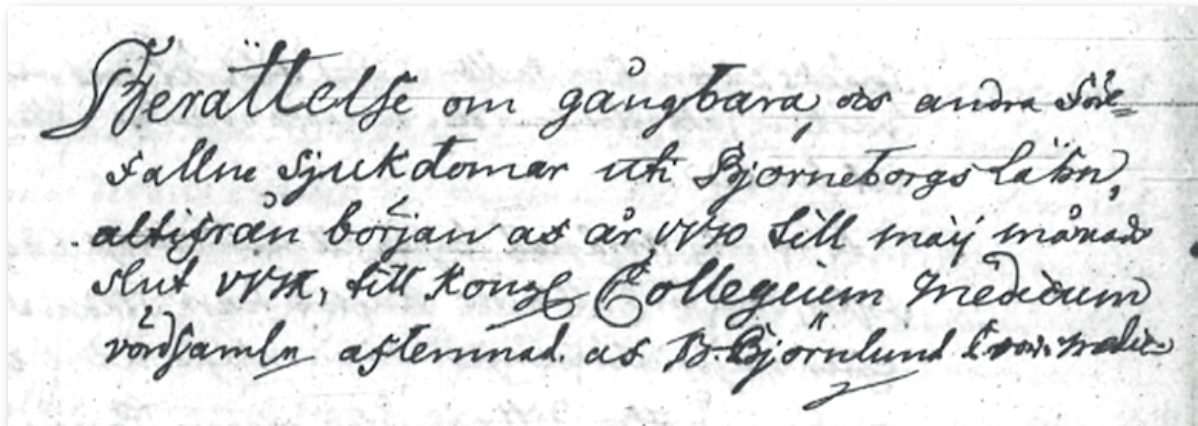
Seura on suljettu viikoilla 52 ja 8. Uudenvuoden aattona 31.1.2014 Seura suljetaan klo 17.00.

SAMFUNDETS NYA ÖPPETIDER

Genealogiska Samfundet i Finland är öppet måndagar, tisdagar och torsdagar kl. 10–12 och kl. 13–17 samt onsdagar kl. 14–19. På fredagar är Samfundet öppet enligt överenskommelse.

Samfundets bibliotek är öppet måndagar och tisdagar kl. 13–17, onsdagar kl. 14–19 samt följande lördagar kl. 11–15: 13.12, 10.1, 14.2, 7.3, 11.4, 9.5 och 6.6. Rådgivning för släktforskare (främst på finska) dessa lördagar kl. 12–14 fr.o.m. december t.o.m. april. Under Vetenskapens natt torsdagen 8.1 ordnas rådgivning kl. 18–20.

Samfundet är stängt under veckorna 52 och 8. På nyårsafton 31.1.2014 stängs Samfundet kl. 17.00.



Bengt Björnlundin ensimmäinen säilynyt vuosikertomus Collegium Medicumille vuodelta 1771. Björnlund säilytti koko pitkän virkakautensa ajan oman tyylinsä raportoida. **LÄHDE**

Lovisa Margareta Björnlund synnytti 1792 aviottoman lapsen, joka sai nimekseen Lovisa Albertina. Vaikka kummien valinnan lähisuvun piiristä on arvioitu yleistyneen 1800-luvulla, tässä vaiheessa oli harvinaista, että vastasyntyneen molemmat isovanhemmat olivat kummeina.²⁹ Aviottomat lapset olivat poikkeus, koska lähisukuun kuulumattoman oli usein kiusallista ryhtyä heidän kummeikseen. Tällöin kummivalinta kohdistui tavallisesti isovanhempiin, kuten kävi Lovisa Margaretan lapsen kohdalla: Edla Holst ja Bengt Björnlund ryhtyivät lapsenlapsensa kummiksi. Toisaalta aviottomien lasten heikompa asemaa pyrittiin kompensoimaan mahdollisimman monella kummilla, joiden myös haluttiin olevan mahdollisimman korkea-arvoisia.³⁰ Lovisa Albertinan kaksi muuta kummiä olivatkin sangen arvovaltaisia. Heistä toinen oli majuri ja paroni Arvid Adam Hastfehr.³¹ Toinen kummi oli varapormestari Johan Souranderin vaimo Anna, jonka esikoisen perheeseen Björnlundeilla oli kummissuhteita. Asessorin perheen arvovalta ja suhteet riittivät kuitenkin vain kahden kunnollisen kummin hankkimiseen.

Tapahtuma vaikutti selvästi Lovisa Margaretan kummissuhteisiin. Vuoden 1791 jälkeen häntä ei pyydetty kummiksi Porissa. Toisaalta katoaminen selittyy sillä, että hän avioitui 1793 coopwaerdie-kapteeni Fredrik Idmanin kanssa ja muutti asumaan tämän Takkula-nimiselle tilalle Huittisten Sammun kylään. Etenkin koulutettujen kauppalaivojen kapteenien status nousi 1700-luvun jälkipuoliskolla ja 1800-luvun

alussa. Idmankin oli ylioppilas ja suorittanut syvänmeren purjehduksen edellyttämän kapteenin tutkinnon. Porin taloudellinen kehitys lisäsi kapteenien kysyntää avioliittomarkkinoilla etenkin alemman porvariston keskuudessa. Kauppiasluokassa ja Björnlundin edustamien säätyläisten piirissä kapteenin kanssa avioituminen merkitsi yleensä alenevaa säätykiertoa, mutta Lovisa Margaretan tilanteessa vastikään leskeytynyt coopwaerdie-kapteeni Idman tuli pelastuksena.³²

Kaikki Björnlundin perheen 50 kummilasta eivät olleet piirilääkärin kummilapsia. Edla ja Bengt olivat molemmat 11 kertaa yksin kummeina, ja pariskuntana 16 kertaa. Lovisa Margaretaa pyydettiin ensimmäisen kerran kummiksi 1786, ja kummissuhteiden määrä kasvoi vuoteen 1788 mennessä kahdeksaan. Sen jälkeen hän oli vielä kummina kolme kertaa äitinsä ja kerran isänsä kanssa.

Solveig Fagerlund on esittänyt, ettei kummi-pyyntöä välttämättä osoitettu tietylle henkilölle, vaan koko perheelle, jonka sisällä päätettiin, kuka tai ketkä perhettä edustaisivat.³³ Björnlundien tapa jakaa kummiustehtäviä keskenään viittaa strategiaan, jossa kummiussuhteet jaettiin perheen sisällä määrällisesti jokseenkin tasan. Sama näkyy myös niissä tapauksissa, joissa oltiin kummeina usealle saman perheen lapselle. Kukin perheenjäsen oli vuorollaan arvostetun apteekkari Stengrundin tytärten kummeina perheen esikoisesta lähtien.

On oletettavaa, että Johan Gabriel Bergmanin naimattomuus ja lapsettomuus vaikuttivat

hänen kummilastensa suhteellisen suureen määrään. Bergman oli yhteisössään arvostettu, ja kun muita alan toimijoita oli vähän – Bergman toimi pitkään Turun ainoana lääkärinä – eikä Bergmanilla ollut perhettä, häntä pyydettiin kummiksi useammin kuin Bengt Björnlundia, joka jakoi tehtävät vaimonsa ja tyttärensä kanssa.

Yksittäisten perheenjäsenten ja perheettömien suosiminen kummeina avioparien sijaan näyttää olleen kaupunkilaisilmiö. Porvarisperheet, jotka tahtoivat kummisuhteiden avulla säilyttää ja vahvistaa perheensä asemaa paikallisyhteisössä tai tietyssä verkostossa, saattoivat hajauttaa kummien valintaa yhden avioparin sijasta mahdollisimman moneen perheeseen. Motiivina saattoi olla myös korkeassa yhteiskunnallisessa asemassa olevien kummien vähyys.³⁴ Vähälapsisille tai perheettömille kummisuus puolestaan tarjosi mahdollisuuden integroitua sosiaalisesti yhteisöön ja saada sieltä myös sellaista tukea, jota toiset hankkivat omien ja lastensa avioliittojen avulla.³⁵

Keitä piirilääkäreiden kummilapset olivat?

Kun tarkastellaan Björnlundin perheen kummilapsia (50) heidän isiensä ammattien mukaan, suurimmaksi ryhmäksi osoittautuvat porvarit (15). Käytännössä kaikki kuuluivat ylempään porvaristoon. Enemmistö oli kauppiaita, mutta tässä joukkoon on luettu myös apteekkari, pormestari Lars Sacklén ja varapormestari Kristian Johnsson. Toiseksi suurimman ryhmän muodostivat virkamiehet (11), joiden joukossa oli hovioikeuden advokaatti, notaari ja manttaalikomissaari. Pääosa joukosta oli kuitenkin tulli-inspektoreita, tullinhoitajia, tullikirjureita ja kontrollöörejä.³⁶ Kolmanneksi suurimpaan ryhmään kuuluivat papit ja opettajat (10). Neljännen ryhmän muodostivat Porin prikaatin palveluksessa olleet henkilöt (6), lähinnä aatelisiä upseereja, mutta mukana oli myös rykmentin varasotatuomari, välskäri ja rakuuna. Viimeiseen ryhmään kuului kolme käsityöläistä. Lisäksi kolmen isän status jäi selvittämättä epäselvän merkinnän vuoksi ja yksi oli merkitty tuntemattomaksi. Vaikka Björnlundeja kummiksi pyytäneet kuuluivat Porin korkeimpaan eliittiin, vertikaaliset kummisuhteet olivat hallit-

sevia. Horisontaalisia kummisuhteita solmittiin lähinnä aateliston, korkeamman virkamiehistön ja yliopistokoulutetun opettajakunnan kanssa.

Bergmanin kummilasten (37) vanhemmista selvästi suurin osa oli virkamiehiä (15). Näihin kuului muun muassa kaksi hovioikeuden asesoria, kaksi raatimiestä, kaksi kamreeria, kihlakunnantuomari ja hovioikeudenneuvos. Porvarit oli vasta toiseksi suurin ryhmä (9). Näiden lasten isistä kuusi oli kauppiaita, yksi apteekkari, yksi ylitirehtööri ja yksi pormestari. Akateemisten ammattien edustajia oli viisi, joista neljä oli professoreita ja yksi tähtitieteen observaattori. Merikapteeneja oli kaksi ja luutnantteja kaksi. Lisäksi kummilasten vanhemmissa oli urkuri, kaupunginvälskäri, lasarettinvälskäri, rusthollari ja nahanparkitsija. Viimeksi mainitut sekä porvarit solmivat Bergmanin kanssa vertikaalisia kummisuhteita: niissä Bergman ryhtyi sosiaaliselta statukseltaan alempien lapsen kummiksi. Enemmistö Bergmanin kummisuhteista oli kuitenkin horisontaalisia eli solmittu vertaisten kesken. Näihin kuuluivat ainakin virkamiehet, akateemiset ja upseerit. On kiinnostavaa, että Bergman ei ollut yhdenkään papin lapsen kummi, vaikka Björnlundilla ryhmä oli verrattain suuri. Björnlundilla myös porvaristo näkyi kummisuhteissa vahvimpana ryhmänä, kun taas Bergmanilla ylempiä virkamiehiä oli selvästi eniten.

Piirilääkäreiden residenssikaupungeissa asui joukko muita terveydenhoidon ammattilaisia. Porissa oli toiminut välskäreitä 1600-luvulta saakka, ja osalla heistä oli jo 1700-luvun puolivälin vaiheilla kuninkaallinen valtakirja ja tutkinto. Björnlundin uran alkupuolella kaupungin välskärinä oli Johan Adam Mäsberg. Kaupunginkirurgiksi nimitettiin 1783 Lars Larsson Hedberg. Porin rykmentillä oli oma välskäriinsä Jakob Lindebäck. Kaupungissa oli vuodesta 1773 oma apteekki. Se sai privilegiot 1681, kun apteekkia pitänyt Martin Stengrund suoritti tutkinnon Turun akatemiassa. Kaupungissa oli myös tutkinnon suorittanut kättilö Maria Mandelberg.³⁷

Turku oli yksi Suomen ensimmäisistä piirilääkäripiireistä, ja siellä oli 1757 aloittanut toimintansa ”Suomen lääketieteen isäksi” titu-

leerattu Johan Haartman. Hän vastasi myös kaupunginlääkäriin toimesta sen jälkeen kun viranhaltija Niklas Wasström kuoli. Bergman opiskeli Haartmanin johdolla lääketiedettä ja seurasi tätä piirilääkäriin virkaan. Hän hoiti myöhemmin myös kaupunginlääkäriin tointa. Kaupunkiin saatiin vasta 1775 toinen kaupunginlääkäri, Nils Avellan, joka kuoli jo viiden vuoden kuluttua. Virka täytettiin uudelleen kahden vuoden kuluttua, ja tällä kertaa siihen astui Johan Haartmanin serkun poika Gabriel Erik.³⁸ Turun akatemiolla oli oma apteekki, jonka ensimmäiseksi apteekkariksi tuli Lars Henrik von Mell 1756.³⁹

Edellä mainitut nimet näkyvät monessa käänteessä Bergmanin kummissuhteissa. Erityisen usein Bergmania pyysivät kummiksi apteekkariksi Lars von Mellin perheen jäsenet. Lars von Mell sai vaimonsa Hedvig Dorothea von Aakenin kanssa 1770 tyttären, Fredrika Lovisan, jonka kummiksi Bergman pyydettiin. Fredrika Lovisa meni naimisiin Gabriel Erik Haartmanin kanssa, ja Bergmanista tuli heidänkin lapsensa kummi 19 vuotta myöhemmin. Gabriel Erik Haartman oli tuolloin lääketieteen professori. Hänen isänsä, isoisänsä ja isoisoisänsä olivat kaikki olleet henkikirjureita, mutta hän päätti valita isoisänsä veljen sukuhaaran mukaisen ammatin lääketieteen parista. Tästä sukuhaarasta tuli muun muassa Johan Haartman, jonka oppilaana Bergman oletettavasti tunsikin Gabriel Erik Haartmanin ilman virkayhteyksiäkin.⁴⁰ Gabriel Erik Haartman aateloitiin von Haartmaniksi 1810, ja seuraavana vuonna hänestä tuli Collegium Medicumin puheenjohtaja.⁴¹

Bergman oli kummina myös Lars von Mellin kahden muun tyttären lapsille. Anna Charlotta oli avioliitossa professori Carl Niclas Helleniuksen kanssa. Vuonna 1790 he saivat tyttären, Sophia Albertinan, jonka kummiksi Bergmania pyydettiin. Isä Hellenius oli lääkäri ja luonnon tutkija, vuodesta 1780 alkaen professori. Hänet aateloitiin 1816, minkä myötä hänestä tuli von Hellens.⁴²

Kolmas tytär Hedvig Maria oli naimisissa kapteeni Anders Prystin kanssa. Bergmania pyydettiin kummiksi heidän 1792 syntyneelle pojalleen Lars Adolphille. Kapteeni Prystin sisar Charlotta Christina oli saanut miehensä luut-

nantti Adolph Magnus Gripenbergin kanssa 1781 pojan, Carl Adolphin, jonka kummi Bergmanista niin ikään tuli.

Kummissuhteista päätellen Bergman oli hyvissä väleissä apteekkariksi Lars von Mellin kanssa. Luonnollisesti jo viranhoito edellytti heiltä yhteistyötä. Bergman ja von Mell olivat myös kummeina lasaretin kirjanpitäjän Gabriel Colménin tyttäreille. Toisaalta Bergman tunsikin melko suurella todennäköisyydellä kaikkien von Mellin tyttärien aviomiehet jo entuudestaan: Haartmanin ja Helleniuksen lääkäri- ja akatemiapiireistä, kapteeni Prystin yhden aiemman kummilapsensa äidin veljenä. Kummipyyntö on tällöin saattanut tulla kumman tahansa vanhemman puolelta. Virkayhteyksien perusteella vaikuttaa siltä, että suurin osa kummissuhteista syntyi lapsen isän ammatin ja aseman kautta, mutta Bergmanin kummissuhteet viittaisivat siihen, että äideillä saattoi olla osansa etenkin tapauksissa, joissa kummiksi pyydetty tunsikin lapsen molemmat vanhemmat.

Von Mellien avioitumiskuviot ja niistä seuranneet kummissuhteet viittaavat varsin tiiviisiin verkostoihin terveyden alan toimijoiden kesken. Käsitystä tukee se, että Bergmanista tuli myös kahden väliskäriin lapsen kummi, kaupunginväliskäri Carl Gustaf Freuderin pojan 1780 ja lasaretinväliskäri Joachim Jacob Johnssonin pojan 1789. Moni Bergmania kummiksi pyytänyt henkilö olikin hänen kanssaan tekemisissä viran kautta. He saattoivat tulla aika ajoin hänen hoidettavinaan, mutta kummissuhde tuskin perustui yksinomaan lääkäri-potilas-suhteeseen. Tähän on vaikea saada varmuutta, sillä piirilääkärit eivät yleensä mainitse potilaita nimeltä raporteissaan. Kuitenkin suurin osa piirilääkäreiden toiminnasta keskittyi muiden säätyläisten piiriin, niin virassa kuin sen ulkopuolella. Rahvaan kanssa piirilääkäri oli tekemisissä lähinnä tehdessään virkamatkoja maaseudulle ja jakaessaan ilmaisia lääkkeitä, kuten häneltä vaadittiin. Rahvas ei tavallisesti hakeutunut omatoimisesti piirilääkäriin hoitoon ennakkoluulojensa vuoksi.⁴³

Björnlundilla oli kummissuhde vain kahteen terveydenhoidon ammattilaiseen. Näistä toinen oli rykmentin väliskäri Lindebäck, jonka 1800

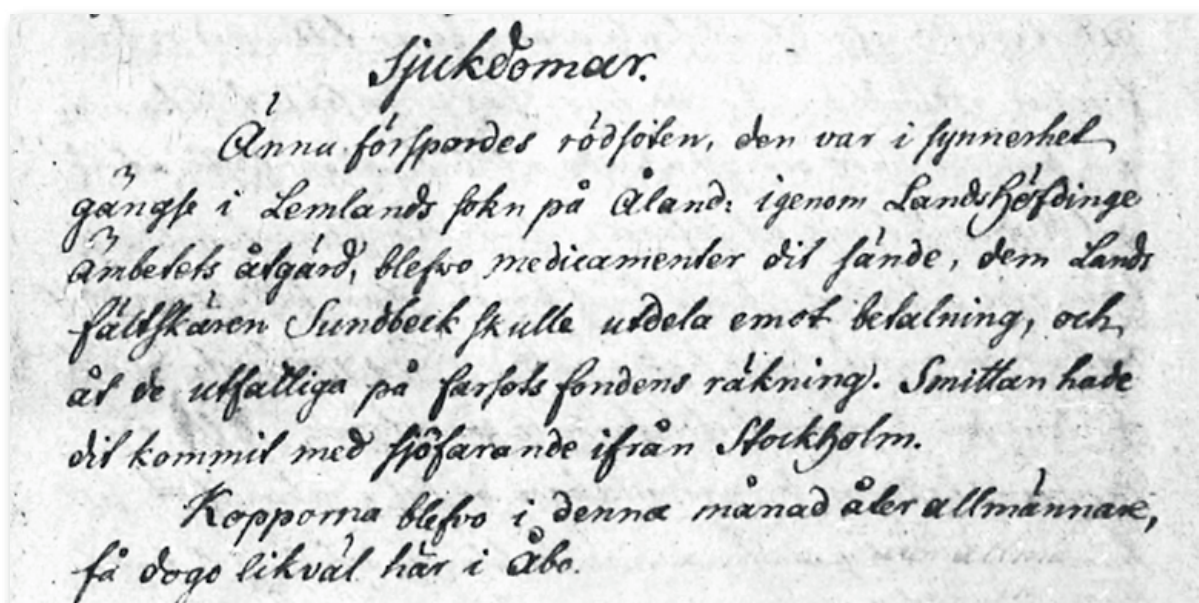
syntyneelle tyttärelle, Catharina Beatalle, hän ryhtyi kummiksi. Lindebäck olikin porilaisista statukseltaan lähimpänä Björnlundia, koska hänellä oli yliopistollinen tohtorintutkinto ja asessorin arvo viimeistään vuodesta 1804 lähtien. Toinen terveydenhoidon ammattilainen, johon Björnlundin perheellä oli kummisuhteita, oli apteekkari Stengrund, jonka esikoisen, 1778 syntyneen Johanna Elisabetin kummiksi Edla Holst kutsuttiin. Bengt Björnlund oli puolestaan seuraavana vuonna syntyneen Margareta Christinan kummi ja Lovisa Margareta 1786 syntyneen Beata Charlotan kummi.

Ammatillisten intressien ohella Stengrundia ja Björnlundia yhdistivät myös siteet kauppaneuvos Lars Sackléniin, yhteen Porin 1700-luvun jälkipuoliskon tärkeimmistä toimijoista. Sacklén oli koulutukseltaan lakimies, mutta teki päätyönsä Porin pormestarina (1750–91). Monikertaisena valtiopäivämiehenä hän pystyi vaikuttamaan kaupungin taloudellisen elämän kehittämiseen. Lisäksi Sacklén oli tehtailija.⁴⁴ Stengrund oli vuodesta 1777 lähtien naimisissa Sacklénin tyttären Anna Margaretan kanssa, joka jatkoi apteekin pitoa miehensä kuoleman (1795) jälkeen proviisorin avustuksella aina vuoteen 1810.⁴⁵ Bengt Björnlund ja Edla Holst olivat puolestaan Sacklénin 1773 syntyneen Adolph-pojan kummeja.⁴⁶

Myös Bergmanilla oli kummisuhteita Sacklénin sukuun, tarkemmin sanottuna Lars Sacklénin velipuoleen Claës Johan Sackléniin, joka tunnettiin vuodesta 1818 aateloituna Edelsköldinä. Claës Johan Sacklén toimi 1770-luvulla Turun hovioikeudessa auskultanttina, kanslistina ja varanotaarina. Vuonna 1782 hänestä tuli kaupunginsihteeri ja 1787 oikeusraatimies, jossa virassa hän oli, kun hänen poikansa Claës Otto syntyi 1791. Bergmanista tuli pojan kummi. Sacklén ehti monipuolisen uransa aikana toimia muun muassa Turun ja Porin lääninsihteerinä, Turun kunnallispormestarina, hallituskonseljin talousosaston jäsenenä ja valtiovaraintoimituskunnan päällikkönä.⁴⁷

Bergmanilla näyttää olleen yhteyksiä myös Sacklénin vaimon perheeseen. Sacklénin vaimo oli Helena Sophia Richter, jonka veli oli nahanparkitsija Jacob Christian Richter. Tämä sai vaimonsa Aurora Wegeliuksen kanssa 1785 lapsen, jonka kummiksi Bergman tuli. Myös kolmas Richter, Magdalena Catharina, pyysi Bergmania lapsensa kummiksi, mutta epäselväksi jää, miten hän oli sukua muille Richtereille. Magdalena Catharina Richterin aviomies oli merikapteeni Henrik Ståhlström.

Sacklén edustaa Bergmanin kummisuhteissa enemmistöä eli virkamiehiä. Suuri osa Bergmanin kummilasten isistä oli korkea-arvoi-



Johan Gabriel Bergman raportoi seikkaperäisesti ja kirjoitti monien piirilääkäreiden tavoin alueensa tautitilanteen kuukausittaisesta kehittymisestä. Kuvassa Bergman kertoo punataudin ja isorokon leviämisestä ja alueella jaetuista ilmaisiläkkeistä vuonna 1779. **LÄHDE**

sia talouden, hallinnon ja oikeuden virkamiehiä. Yksi tunnetuimmista oli Arndt Johan Winter, Turun ja Porin lääninkamreeri ja Suomen Talousseuran rahastonhoitaja. Winter toimi 1770-luvun puolivälistä alkaen peräti 38 vuoden ajan lääninkamreerina. Vuonna 1778 hän nai Margareta Lovisa Wernerin ja sai tämän kanssa kolme lasta, joista yksi oli Bergmanin kummilapsi, 1780 syntynyt Hedvig Margaretha. Winter jäi kahdeksan vuotta myöhemmin leskeksi.⁴⁸

Oikeuden virkamiehiä oli lääninrahaston hoitajan poika Otto Carlstedt, joka oli toiminut Turun hovioikeuden ylimääräisenä kanslistina, varasotatuomarina ja sotatuomarina vuodesta 1760. Vuonna 1777 Carlstedt sai asessorin arvonimen, ja samana vuonna syntyi hänen poikansa Arvid, jonka kummi Bergmanista tuli. Toinen Bergmania kummiksi pyytänyt asessori oli Karl Limnell, kirkkoherran poika, joka opiskeli Turussa tuomariksi ja toimi uransa aikana Turun hovioikeuden auskultanttina, kanslistina ja varanotaarina sekä laivaston sotatuomarina ennen kuin hänet nimitettiin asessoriksi. Myös Arvid Cederwald, joka oli sihteeri pyytäessään Bergmania poikansa kummiksi 1792, nimitettiin samana vuonna asessoriksi. Hänet aateloitiin 1809 von Cederwaldiksi.⁴⁹

Suurin osa Björnlundien kummiverkostosta löytyvistä pappismiehistä oli Porin triviaalikoulun opettajia. Vielä 1700-luvun alkupuolella tämän ryhmän edustajat kuuluivat pappissäädyn alimpaan kerrostumaan: opettajan pestiä pidettiin välietappina ennen varsinaiseen papin tehtävään siirtymistä. Vuosisadan jälkipuolella opettajiston status alkoi kuitenkin nousta, kun opettajan tehtävistä tuli pysyvämpiä ja palkkaus koheni.⁵⁰

Björnlundeilla oli vahvat kummisiteet Porin koulussa nousujohteisen uran tehneeseen Carl Fr. Johanssoniin. Hän toimi collegana, kun Lovisa Margareta Björnlund oli hänen poikansa Carl Christianin kummina 1788. Kahdeksan vuotta myöhemmin, kun Magdalena Christina Elisabetin kummiksi pyydettiin asessori Björnlundia, Johansson oli edennyt koulun konrehtoriksi (1795). Rehtoriksi hänet nimitettiin 1804. Lisäksi Björnlund oli sijaiskummina rehtori (1760–91) ja rovasti (1783) Fredrik Reinhold

Branderin lapselle everstiluutnantti Ernst Gustav von Willebrandin puolesta.

Valtaosa Porin papeista ja erilaisten akateemisten ammattien harjoittajista kuuluivat johonkin kauppiassukuun.⁵¹ Fredrik Brander käy tässä esimerkkinä. Suvulla oli 1700-luvulla kaupungin raadissa kolme edustajaa, joista kaksi toimi varapormestareina. Valtaosa suvusta hankki laajan koulusivistyksen, minkä Jarkko Keskinen arvelee selittävän, miksi siitä löytyy vain virkamiehistöön ja pappisammatteihin viikittyneitä, ei alempaan porvaristoon kuuluvia.⁵²

Kappalainen Johan Sourander – jonka lasten kummeina Björnlundit olivat 1780, 1783 ja 1787 – on toinen esimerkki papiston kuulumisesta kauppiassukuun. Itse asiassa Souranderit kuuluivat Porin kauppiasyhteisön ytimen muodostaneisiin sukuihin, joiden ympärille muut suvut rakensivat kontaktejaan.⁵³ Kappalaisen isä Johan Sourander vanhempi osallistui kaupungin hallintoon raatimiehenä ja varapormestarina. Souranderin nuorempi poika Erland jatkoi isänsä jalanjäljissä ja siirsi aikanaan perheen liiketoiminnan omien poikiensa ja vävyjensä hoidettavaksi.⁵⁴ Varapormestarin vaimo Anna Lönnroth oli suosittu kummi, johon myös Björnlund turvautui, kun hänen tyttärensä synnytti esikoisensa.

Turussa piirilääkäriä kummiksi pyytäneet oppisäädyn edustajat olivat korkea-arvoisempia kuin Porissa. Joukosta erottuu professorien Haartman ja Hellenius lisäksi Pehr Adrian Gadd, Turun akatemian kemian professori ja maatalouden tutkija. Gadd oli jo eläessään tunnettu myös ulkomailla, ja häntä on pidetty yhtenä 1700-luvun Ruotsin merkittävimmistä tiedemiehistä. Hänet nimitettiin 31-vuotiaana kemian ja talousopin ylimääräiseksi professoriksi 1758 ja 1762 varsinaiseksi professoriksi. 1760-luvulla hän oli akateemisen uransa huipulla. Näihin vuosiin ajoittuu myös hänen poikansa Adam Fridricin syntymä. Pojasta tuli Bergmanin kummilapsi. Gaddin vaimo oli piispa Jonas Fahleniuksen tytär Brita Sidonia, joka tuli tunnetuksi runoilijana.⁵⁵

Lars Olof Lefrén oli neljäs Bergmania lapsensa kummiksi pyytänyt professori. Lefrén pääsi talollisen poikana opiskelemaan Skaran

kouluun ja lukioon, myöhemmin Turkuun. Hänestä tuli 1772 kreikan ja heprean kielten professori ja 1784 kolmas teologian professori. Samana vuonna hänet vihittiin papiksi. Myöhemmin hän toimi myös akatemian rehtorina ja Turun tuomiokapitulin jäsenenä. Hän oli kielten professori saadessaan 1781 vaimonsa Johanna Sofia Leijonanckerin kanssa tyttären, Anna Elisabethin.⁵⁶ Bergmania pyydettiin tytön kummiksi.

Porissa ei ollut akatemiaa, mutta kaupungista löytyi kasarmi. Vaikka Porin rykmentin usein muualta tulleet aateliset upseerit etsivät lastensa kummit omasta piiristään, mukaan kelpuutettiin myös kaupunkilaisia. Bengt Björnlund ja Edla Holst kutsuttiin kapteeni ja ritari Berndt Johan Eneskjöldin ja tämän kolmannen puolison, vapaaherratar Catharina Charlotta De Carnallin pojan Carl Konstantinin kummeiksi 1767.⁵⁷ Tässä vaiheessa elämäänsä Eneskjöld asui Porin lähellä sijaitsevalla Lytteböen eli Lyttilän säterillä, johon suvulla oli ollut omistusoikeus vuodesta 1663 lähtien.⁵⁸

Björnlundin kummipoika Carl Konstantin seurasi isiensä tietä sotilasuralle 1777 ja eteni majuriksi. Hän oli mukana Anjalan liitossa, minkä vuoksi hänet tuomittiin 1790 maanpetoksesta kuolemaan, mutta armahdettiin. Carl Konstantin vietti loppuelämänsä Tukholmassa, missä hän avioitui kauppakollegion kamreerin tyttären Margaretha Maria Zellingin kanssa. Björnlund sai 1803 tiedon tämän kummilapsensa kuolemasta.⁵⁹

Björnlundin perheenjäseniä pyydettiin kummeiksi ylempään porvaristoon tai vielä korkeammalla oleviin perheisiin. Silti joukossa on muutamia kummilapsia käsityöläisperheistä. Vuonna 1793 Edla ja Bengt olivat maalari Johan Granin lapsen, 1794 kaakelimestari Mikael Henbergin lapsen ja 1800 räätälikisälli Abel Linderrin lapsen kummeina. Vielä 1795 Edla Holst oli rakuuna Matts Thomassonin lapsen kummina.

Tämä selittynee osittain sillä, että hyödynajan hengessä tapahtunut manufaktuurien perustaminen lisäsi porilaisten käsityöläisten määrää, kohotti näiden ammattitaitoa ja lisäsi heidän arvostustaan.⁶⁰ Björnlundeja kummeiksi pyytäneet käsityöläiset olivat arvostetuimmasta

päästä, ja heidän taidoilleen oli kysyntää säätyläisten parissa. Omistajansa statuksesta kertovat uudenlaiset uunit yleistyivät nopeasti 1700-luvun jälkipuolella. Etenkin saleihin tulevat uunit päällystettiin kaakeleilla, joita paikalliset mestaritkin valmistivat yksivärisinä. Kirkkomaalarit puolestaan toimivat usein koristemaalareina ja maalasivat kuviot tai maisemakuvat säätyläisten tapetteihin.⁶¹ Maalari Johan Granin asemasta kertoo se, että hänen poikansa kummeina oli piirilääkäriin lisäksi myös pormestari Mörtengren Eneskjöld-suvusta tulevan puolisonsa kanssa. Granilla oli myös varaa lähettää poikansa myöhemmin Turun akatemiaan opiskelemaan.

Bergmanilla kummilasten vanhempien korkea-arvoisesta akateemisesta ja hallinnollisesta seurasta erottuvat poikkeuksina erityisesti rusthollari Nils Wikman ja nahanparkitsija Jacob Christian Richter. Wikman tosin opiskeli ainakin jonkin aikaa Turun akatemiassa, ja hänestä tuli myöhemmin Vehmaan kihlakunnan kruunuvouti. Huomattava piirre kauppiaiden ja muiden porvarissäädyn edustajien kesken oli, että Bergman oli tavallisesti näiden lasten korkea-arvoisin kummi (mainittu ensimmäisenä). Ei kenties ole sattumaa, että Bergman ryhtyi viiden kauppiaan lapsen kummiin vain piirilääkäriin ollessaan, mutta asessorin arvonimen saatuaan vain yhden kauppiaan lapsen kummiin. Kummiudesta ei ollut tapana kieltäytyä, mutta kummin ja lapsen vanhempien välillä piti pääsääntöisesti olla jonkinlainen yhteys ennen kummiin pyytämistä.⁶² Käytännössä tämä on voinut tarkoittaa sitä, että kauppiaat katsoivat sopivaksi pyytää piirilääkäreitä kummiin, mutta vertikaalinen kummisuhde muuttui liian jyrkäksi Bergmanin noustua asessoriksi. Tämän viimeisen kauppiaan lapsi jäi myös Bergmanin viimeiseksi kummilapseksi. Kyseessä oli Christian Trappin ja tämän vaimon Anna Sophia Ludgrenin poika Christian, joka syntyi heinäkuussa 1793, vain muutama kuukausi ennen Bergmanin kuolemaa.

Piirilääkärit kummeina

Kummisuus oli tärkeää tässä artikkelissa käsiteltyjen piirilääkäreiden verkostoitumisessa, koska

molemmat lääkärit olivat tulleet kaupunki-yhteisönsä ulkopuolelta eikä kummallakaan ollut käytännössä mahdollisuuksia luoda siteitä omilla tai lastensa avioliitoilla. Oli pikemminkin niin, että Björnlundin tyttären saama avioton lapsi vaikutti haitallisesti myös perheen muiden jäsenten mahdollisuuksiin saada uusia kummisuhteita. Toisaalta kummisuus oli myös ikään sidottu asia: hyvin iäkkään kummin valitseminen ei ollut viisas verkostoitusstrategia. Naimattomuus taas teki Bergmanista erityisen kysytyn kummin, samoin kuin hänen pitkään jatkunut asemansa Turun ainoana lääkärinä. Häntä pyydettiin kummiksi vielä viimeisinä elinvuosinaan, sillä hän oli sairasteluun menetyessään vasta 61-vuotias.

Turku ja Pori poikkesivat monella tavalla toisistaan, ja erot näkyivät myös piirilääkäreiden kummisuhteissa. Turun akatemia ja hovioikeus hallitsivat selvästi Bergmanin suhteita. Björnlundien perheen kummilapset tulivat puolestaan Porin kauppiaskunnan ylimmistä kerroksista ja triviaalikoulun opettajakunnasta. Näyttääkin siltä, että oppineiston ollessa vähäistä kauppiaskunnasta muodostui piirilääkärin lähin viiteryhmä.⁶³ On myös selvää, ettei kauppiaskunnan alapuolella olevien kummeiksi asetuttu. Jos näin kävi, kyseessä oli poikkeuksellisen arvostettu käsityöläinen tai sitten yhteys löytyi jonkun kummilapsen äidin suvusta

(kuten Richtereiden kohdalla näyttää olleen). Myös piirilääkärin oman aseman vaihtelulla oli vaikutusta siihen, keiden lasten kummiksi häntä pyydettiin: erityisesti Bergmanin kohdalla oli selvää, että häntä pyydettiin kauppiasperheistä kummiksi useammin hänen ollessaan piirilääkärinä kuin myöhemmin asessorina.

Erityisesti ammatin kautta syntyneet verkostot vaikuttavat olleen sikäli tiiviitä, että monessa tapauksessa kummiksi pyydetty tunsi lapsen molemmat vanhemmat, ja näiden kautta solmittiin lisää kummisuhteita. Myös kokonaiset perheet pyysivät piirilääkärinä lastensa kummiksi jopa kahdessa polvessa, kuten von Mellien tapauksessa. Eri kummilasten vanhempien kesken näyttää olleen niin ikään yhteyksiä, ja näissä suhteissa Bergmanin ja Björnlundin verkostot kohtaavat: molemmat olivat kummina Sacklénien lapselle, ja nämä Sacklénit olivat veljeksiä keskenään. ■

Artikkeli on vertaisarvioitu.

Fil. maist. **Saara-Maija Kontturi** tekee Jyväskylän yliopiston historian ja etnologian laitoksella väitöskirjaa piirilääkäreiden professionalisoitumisesta 1750–1850. Fil. tri **Jari Eilola** työskentelee akatemiaturkijana Jyväskylän yliopiston historian ja etnologian laitoksella.

Early district doctors as godparents • District doctors began working in the Swedish realm in the eighteenth century. They had their own work district as their area of responsibility, in which they usually began as outsiders. This article takes a microhistorical look at the godparent relationships of two early district doctors working in Finland, as examples of networking within a new community. The objects of research are Johan Gabriel Bergman (1732–93) from Turku and Bengt Björnlund (1732–1815) from Pori. Both are interesting, not only for their length of service, but also for not having the opportunity to network in their places of residence by means of family relations. Bergman was a bachelor, and Björnlund had only one daughter. Godparent relationships created bonds that crossed the generations and the estates for district doctors. These bonds were made both vertically (doctors were asked to become godparents by members of lower social orders) and horizontally (among peers). Differences between the towns in their distribution of the estates and professions also affected the distribution of professions within the godparent relationships of the doctors. In Pori, Björnlund mainly had links with burghers, while for Bergman in Turku the relationships were mainly with clerks. Networks based on family and profession are clearly discernible in the godparent relationships; the parents of the doctors' godchildren were related to each other or had dealings with each other professionally. Björnlund divided his godparent duties with his wife and daughter, but the birth of his daughter's illegitimate child somewhat affected the tying of godparent relationships. Bergman was asked relatively often to be a godparent, essentially because of his bachelor status, and he became a godfather even in the last months of his life at around 60. Björnlund lived to over 80, and his godchildren numbered something close to his final count of years.

Viitteet

- 1 Kontturi on käynyt läpi kasteluettelot Turusta ja Eilola Porista.
- 2 Ericsson 2000: 273, 276; Tadmor 2001: 214; Berteau ym. 2012: 453; Alfani ym. 2012: 482–483.
- 3 Fagerlund 2000: 352; Kotilainen 2008: 234.
- 4 Ericsson 2000: 276.
- 5 Peltonen 2006: 155, 161, 166; Kotilainen 2008: 45–46.
- 6 Kotilainen 2008: 46–47.
- 7 Kontturi 2014: 1, 5–6.
- 8 Kontturi 2014: 6–7.
- 9 Forsius 2001.
- 10 Forsius 1997.
- 11 Kotilainen 2008: 229; Keskinen 2012: 82.
- 12 Fagerlund 2000: 348; Berteau ym. 2012: 453.
- 13 Fagerlund 2000: 348; Berteau ym. 2012: 455–462; Alfani ym. 2012: 489–491.
- 14 Ericsson 2000: 277, 280; Berteau ym. 2012: 462.
- 15 Keskinen 2012: 130, 132–133.
- 16 Kotilainen 2008: 234.
- 17 Lempiäinen 1965: 188.
- 18 Uotila 2013: 253.
- 19 Ericsson 2000: 284; Fagerlund 2000: 352, 354–355; Piilahti 2007: 236–237; Berteau ym. 2012: 456; Keskinen 2012: 132–133.
- 20 Uotila 2013: 253, 273.
- 21 Lempiäinen 1965: 176–177, 185–187; Fagerlund 2000: 348; Alfani ym. 2012: 486, 488.
- 22 Alfani ym. 2012: 486, 489; Berteau ym. 2012: 453.
- 23 Lext 1984: 86–88; Lempiäinen 1965: 196, 200–201; Piilahti 2007: 239; Kotilainen 2008: 29. Aineiston käsittelyn ongelmista muualla ks. esim. Fagerlund 2000: 350; Berteau ym. 2012: 456, 460–461.
- 24 Lext 1984: 89–91.
- 25 Keskinen 2012: 125–126.
- 26 Fagerlund 2000: 352; Kotilainen 2008: 234.
- 27 Forsius 1997.
- 28 Keskinen 2012: 94, 98.
- 29 Keskinen 2012: 148–152. Ks. myös Alfani ym. 2012: 489–491.
- 30 Kotilainen 2012: 318–320.
- 31 Anrep 1861: 204, Tab. 4. Hastfehr oli naimisissa serkkunsa vapaaherratar Ottiliana Hedvig Hastfehrin kanssa, jonka sisar oli puolestaan majuri ja ritari Bernd Johan Eneskjöldin toinen vaimo.
- 32 Ojala 1999: 320–327; Kaukiainen 2008: 170–171; Keskinen 2012: 97. Fredrik Idman (s. 1757) oli Huittisten kirkkoherra Nils Idmanin (nuoremman) ja Margareta Elisabet Rothoviuksen poika. *Ylioppilasmatrikkeli 1640–1852*: Fredrik Idman, nro 9250.
- 33 Fagerlund 2000: 354.
- 34 Keskinen 2012: 129–130.
- 35 Berteau ym. 2012: 459–460.
- 36 Nimikkeistä ks. Tamelander 1936.
- 37 Vainio-Korhonen 2012: 245; Ruuth & Jokipii 1958: 537, 663–665; Karsten 1933: 59.
- 38 Nikula 1970: 232–233.
- 39 Hjelt 1893: 714. Von Mell oli ennen Turkuun siirtymistään joitakin vuosia apteekkarina Porissa. Hänen ja akatemian välisenä yhteys-henkilönä toimi Johan Haartman. Karsten 1933: 30, 47.
- 40 Klossner 1956: 37.
- 41 Savolainen 2001; *Ylioppilasmatrikkeli 1640–1852*: Gabriel Erik Haartman, nro 9020.
- 42 Forsius 2000.
- 43 Kontturi 2014.
- 44 Ruuth & Jokipii 1958: 614–616; Karonen 2004: 86, 103–104, 111–114; Heino 2009; Keskinen 2012: 108, 144, 190, 192–194; Keskinen 2013: 209.
- 45 Karsten 1933: 59–60; Ruuth & Jokipii 1958: 665.
- 46 Kummisuhde ei kuitenkaan vaikuttanut Adolphin ammatinvalintaan. Hänestä tuli lasiruukin notaari ja hänen vanhemmasta veljestään lääkäri. Keskinen 2012: 209.
- 47 *Ylioppilasmatrikkeli 1640–1852*: Claes Johan Sacklén, nro 9409.
- 48 Teerijoki 2007.
- 49 *Ylioppilasmatrikkeli 1640–1852*: Arvid Cederwald, nro 8296. *Ylioppilasmatrikkelin 1640–1852* mukaan Limnell nimitettiin asesoriksi 1791, mutta hänen nimikkeensä on assessori jo vuoden 1789 kasteluettelossa (Karl Limnell, nro 8307).
- 50 Ruuth & Jokipii 1958: 654; Joutsivuo 2010: 137–138, 141–144, 153–154.
- 51 Keskinen 2012: 92, 98.
- 52 Keskinen 2012: 107.
- 53 Keskeisimpiä perheitä olivat Souranderien lisäksi Moliisit, Backmanit ja Branderit. Muita merkittäviä kauppiassukuja olivat Selinit, Thurmanit, Björkmanit, Kellanderit ja Indreniukset. Keskinen 2012: 102.
- 54 Keskinen 2012: 102, 106; Keskinen 2013: 210; Sourander 1934: 82–83, 96–98.
- 55 Niemelä 2000.
- 56 *Ylioppilasmatrikkeli 1640–1852*: Lars Lefrén, nro 7241.
- 57 Anrep 1858: 738, Tab. 5; Wasastjerna 1879: 339, Tab. 5.
- 58 Avellan 1907: 172–173.
- 59 Anrep 1858: 739, Tab. 8; Wasastjerna 1879: 340–341, Tab. 8.
- 60 Keskinen 2012: 92, 98, 189–190.
- 61 Heikkinen 2005: 30, 32; Tarna 2005: 98–99.

Muodin virtausten seuraamisen on sanottu olleen tärkeää niille suvuille, joilla ei ollut pitkää jalosukuisuuden perinnettä. Lagerstam 2005: 19.

62 Uotila 2013: 252–254.

63 Näin näyttää käyneen esimerkiksi Barthold Rudolf Hastille Vaasassa. Ks. Luukko 1979: 123–124, 215–217, 220.

Lähteet ja kirjallisuus

Alkuperäislähteet

Turun maakunta-arkisto

Porin kaupunki- ja maaseurakunnan arkisto

Kaupunkiseurakunnan syntyneiden kastettujen luettelot 1732–1810 (I C1: 3–5)

Turun tuomiokirkkoseurakunnan arkisto

Ruotsalaisen seurakunnan syntyneiden ja kastettujen luettelot 1756–1803 (I C2: 2)



ONKO SINUN KIRJASI VUODEN SUKUKIRJA 2014?

Vuoden Sukukirja -kilpailu on järjestetty vuodesta 1991 lähtien. Kilpailuun voidaan ilmoittaa vuonna 2014 ilmestynyt sukukirja, josta toimitetaan yksi kappale 30.1.2015 mennessä Suomen Sukututkimusseuran kirjastoon osoitteella Liisankatu 16 A, 00170 Helsinki.

Kilpailun tulokset julkistetaan Valtakunnallisella Sukututkimuspäivillä Salossa 14.3.2015.

Tiedusteluihin vastaa Seuran kirjastonhoitaja Vuokko Pärssinen-Tainio (kirjasto@genealogia.fi, puh. 010 387 7900).

ÄR DIN BOK ÅRETS SLÄKTBOK 2014?

Tävlingen Årets Släktbok har anordnats sedan år 1991. Till tävlingen kan anmälas de släktböcker som utkommit år 2014 och som senast 30.1.2015 levererats till Genealogiska Samfundets i Finland bibliotek, Elisabetsgatan 16 A, 00170 Helsingfors.

Resultatet kungörs under Släktforskardagarna i Salo 14.3.2015.

På förfrågningar svarar Samfundets bibliotekarie Vuokko Pärssinen-Tainio (kirjasto@genealogia.fi, tfn 010 3987 7900).

Kirjallisuus

Alfani, Guido, Vincent Gourdon & Agnese Vitali 2012: Social customs and demographic change: the case of godparenthood in Catholic Europe. *Journal for Scientific Study of Religion* 51(3): 482–504.

Anrep, Gabriel 1858: *Svenska adelns ättar-taflor, första afdelningen*. Stockholm: P. A. Norstedt & Söner.

—1861: *Svenska adelns ättar-taflor, andra afdelningen*. Stockholm: P. A. Norstedt & Söner.

Avellan, Niilo J. 1907: Tietoja muutamista entisen Ulvilan pitäjän maataloista. Teoksessa *Satakunta: Kotiseututkimuksia*, osa 1. Helsinki: Satakuntalainen Osakunta.

Berteau, Camille, Vincent Gourdon & Isabelle Robin-Romer 2012: Godparenthood: driving local solidarity in Northern France in the early modern era. The example of Aubervilliers families in the sixteenth–eighteenth centuries. *The History of Family* 17(4): 452–467.

Ericsson, Tom 2000: Godparents, witnesses, and social class in mid-nineteenth century Sweden. *The History of Family* 5(3): 273–286.

Fagerlund, Solveig 2000: Women and men as godparents in an early modern Swedish town. *The History of Family* 5(3): 347–357.

Forsius, Arno 1997: Bergman, Johan Gabriel (1732–1794). Teoksessa *Kansallisbiografia*. *Studia Biographica* 4. Helsinki: SKS. <<http://www.kansallisbiografia.fi/kb/artikkeli/5881/>> (luettu 22.8.2014).

—2000: Hellens, Carl Niclas von (1745–1820). Teoksessa *Kansallisbiografia*. *Studia Biographica* 4. Helsinki: SKS. <<http://www.kansallisbiografia.fi/kb/artikkeli/2589/>> (luettu 22.8.2014).

—2001: Björnlund, Bengt (1732–1815). Teoksessa *Kansallisbiografia*. *Studia Biographica* 4. Helsinki: SKS. <<http://www.kansallisbiografia.fi/kb/artikkeli/5890/>> (luettu 22.8.2014).

Heikkinen, Maire 2005: Kustavilaiset tapetit. Teoksessa *Suomen antiikkiesineet*, osa 2: *Kustavilaisuudesta empireen*. Porvoo: Weilin+Göös.

Heino, Ulla 2009: Kauppaneuvos Lars Sacklén (1724–1795). Teoksessa *Suomen talouselämän vaikuttajat*. Helsinki: SKS. <<http://www.kansallisbiografia.fi/talousvaikuttajat/?iid=7>> (luettu 21.8.2014).

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

Joutsivuo, Timo 2010: Papeiksi ja virkamiehiksi. Teoksessa *Huoneentaulun maailma. Kasvatus ja koulutus Suomessa keskiajalta 1860-luvulle*,

- toim. Jussi Hanska & Kirsi Vainio-Korhonen. Helsinki: SKS.
- Karonen, Petri 2004: *Patruunat ja poliitikot. Yritysjohtajat taloudellisina ja poliittisina toimijoina Suomessa 1600–1920*. Helsinki: SKS.
- Karsten, Walter 1933: *Farmacins historia i Finland*. Helsingfors: Farmaceutiska Föreningen.
- Kaukiainen, Yrjö 2008: *Ulos maailmaan! Suomalaisen merenkulun historia*. Helsinki: SKS.
- Keskinen, Jarkko 2012: *Oma ja yhteinen etu. Kauppiaiden keskinäinen kilpailu ja yhteistyö Porin paikallisyhteisössä 1765–1845*. Turku: Turun yliopisto.
- 2013: Perinteiden jatkajat. Sukupolvenvaihdos 1700–1800-luvun porilaisissa kauppiaisperheissä. *Genos* 84(4): 207–219.
- Klossner, A. R. 1956. *Turun lääninsairaalan vaiheita 1756–1856. Ensimmäiset sata vuotta*. Turku: Turun yliopisto.
- Kontturi, Saara-Maija 2014: Parantajat ja tieteen tekijät. Piirilääkärit Ruotsin valtakunnassa 1700-luvun lopulta 1800-luvun alkuun. Pro gradu -tutkielma, Suomen historia, historian ja etnologian laitos, Jyväskylän yliopisto. <<http://urn.fi/URN:NBN:fi:juu-201403141347>>.
- Kotilainen, Sofia 2008: *Suvun nimissä. Nimenannon käytännöt Sisä-Suomessa 1700-luvun alusta 1950-luvulle*. Bibliotheca Historica 120. Helsinki: SKS.
- 2012. Förtroende och andra former av symboliskt kapital i fadderskapsstrategier. *Historisk Tidskrift för Finland* 97(3): 295–326.
- Lagerstam, Liisa 2005: Kustavilaisuus. Teoksessa *Suomen antiikkiesineet, osa 2: Kustavilaisuudesta empireen*. Porvoo: Weilin+Göös.
- Lempiäinen, Pentti 1965: *Kastekäytäntö Suomen kirkoissa 1500- ja 1600-luvulla*. Suomen kirkkohistoriallisen seuran toimituksia 69. Helsinki: SKHS.
- Lext, Gösta 1984: *Studier i svensk kyrkobokföring 1600–1946*. Göteborg: Ekonomisk-historiska institutionen vid Göteborgs universitet.
- Luukko, Armas 1979: *Vaasan historia, osa 2: 1721–1809*. Vaasa: Vaasan kaupunki.
- Niemelä, Jari 2000: Gadd, Pehr Adrian (1727–1797). Teoksessa *Kansallisbiografia*. Studia Biographica 4. Helsinki: SKS. <<http://www.kansallisbiografia.fi/kb/artikkeli/2620/>> (luettu 24.8.2014).
- Nikula, Oscar 1970: *Turun kaupungin historia 1721–1809, ensimmäinen nide*. Turku: Turun kaupunki.
- Ojala, Jari 1999: *Tehokasta liiketoimintaa Pohjanmaan pikkukaupungeissa. Purjemerenkulun kannattavuus ja tuottavuus 1700–1800-luvulla*. Helsinki: SKS.
- Peltonen, Matti 2006: Mikrohistorian lajit. Teoksessa *Muistitietotutkimus. Metodologisia kysymyksiä*, toim. Outi Fingerroos, Riina Haanpää, Anne Heimo & Ulla-Maija Peltonen. Tietolipas 214. Helsinki: SKS.
- Piilahti, Kari-Matti 2007: *Aineellista ja aineetonta turvaa. Ruokakunnat, ekologis-taloudelliset resurssit ja kontaktinmuodostus Valkealassa 1630–1750*. Bibliotheca Historica 106. Helsinki: SKS.
- Ruuth, J. W. & Mauno Jokipii 1958: *Porin kaupungin historia, osa 2: 1558–1809*. Pori: Porin kaupunki.
- Savolainen, Raimo 2001: Haartman, Gabriel Erik von (1757–1815). Teoksessa *Kansallisbiografia*. Studia Biographica 4. Helsinki: SKS. <<http://www.kansallisbiografia.fi/kb/artikkeli/3472/>> (luettu 22.8.2014).
- Sourander, Bertil 1934: Släkten Sourander. Teoksessa *Suomen Sukututkimusseuran Vuosikirja* 26. Helsinki: Suomen Sukututkimusseura.
- Tadmor, Naomi 2001: *Family and Friends in Eighteenth-Century England: Household, Kinship, and Patronage*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tamela, Eino 1936: Tullimiesten virkanimityksistä Ruotsin vallan ajalla henkilöhistoriallisessa kirjallisuudessa. Teoksessa *Suomen Sukututkimusseuran Vuosikirja* 18. Helsinki: Suomen Sukututkimusseura.
- Tarna, Tauno 2005: Kaakeliuunit. Teoksessa *Suomen antiikkiesineet, osa 2: Kustavilaisuudesta empireen*. Porvoo: Weilin+Göös.
- Teerijoki, Ilkka 2007: Winter, Arndt Johan (1744–1819). Teoksessa *Kansallisbiografia*. Studia Biographica 4. Helsinki: SKS. <<http://www.kansallisbiografia.fi/kb/artikkeli/4510/>> (viitattu 24.8.2014).
- Uotila, Merja 2013: Kylän kummit. Käsityöläisten kummiverkostot maaseutuyhteisön sosiaalisten suhteiden heijastajina 1800-luvun alkupuolella. Teoksessa *Yhteisöllisyyden perintö. Tutkimuksia yhteisöistä eri vuosisadoilla*, toim. Jari Eilola & Laura-Kristiina Moilanen. Helsinki: SKS.
- Vainio-Korhonen, Kirsi 2012: *Ujostelemattomat. Kättilöiden, synnytysten ja arjen historiaa*. Helsinki: WSOY.
- Wasastjerna, Oskar 1879: *Ättar-taflor öfver den på Finlands Riddarhus introducerade adeln, osa 1: A–K*. Borgå: Utgivarens förlag.
- Ylioppilasmatrikkeli 1640–1852*, toim. Yrjö Kotivuori. Verkkojulkaisu 2005. <<http://www.helsinki.fi/ylioppilasmatrikkeli/>> (luettu 27.8.2014).