

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Tiedekunta – Faculty Humanistinen tiedekunta	Laitos – Department Historian ja etnologian laitos
Tekijä – Author Jutta Soininen	
Työn nimi – Title Tarpeita terveydenhuollossa. Unitarian Service –komitean avustusmatkat Saksaan, Italiaan ja Suomeen vuonna 1948.	
Oppiaine – Subject Yleinen historia	Työn laji – Level Pro gradu –tutkielma
Aika – Month and year 17.4.2014	Sivumäärä – Number of pages 103
Tiivistelmä – Abstract <p>Unitarian Service- komitea on unitaarien Yhdysvalloissa vuonna 1940 perustama kristillinen avustusjärjestö, joka on toteuttanut useita avustusmatkoja Eurooppaan toisen maailmansodan jälkeen. Useat matkat keskittyivät ruoka- ja vaateavun lisäksi kohdemaiden terveydenhuoltojärjestelmään tutustumiseen ja siinä esiintyneiden puutteiden ja epäkohtien kohentamiseen. Vuonna 1948 järjestö toteutti mittavat avustusmatkat Saksaan, Italiaan ja Suomeen, joiden terveydenhuolto-olot ja avustustyöntekijöiden niistä esittämät havainnot ovat tässä tutkimuksessa tarkastelun keskiössä. Avustusmatkoilta kirjoitettujen raporttien avulla tutkimuksessa tarkastellaan sitä, kuinka avustusmatkoille lähteneet yhdysvaltalaislääkärit kuvailevat kohdemaiden konkreettisia terveydenhuolto-oloja, sairaaloiden varustetasoa ja lääkäreiden ammattitaitoa, sekä potilas-lääkärisuhteita. Matkoja tarkastellaan myös lääketieteen traditioiden murroksen ilmentäjänä, sillä ne sijoittuvat aikakauteen, jolloin perinteinen germaaninen lääketieteen traditio korvaantui kansainvälisellä kentällä angloamerikkalaisella lääketieteen perinteellä. Lisäksi tutkielmassa tarkastellaan tiedon sosiaalisen rakentumisen prosesseja ja sitä kuinka ja mistä lähtökohdista raporteissa esiintyvät havainnot on tuotettu. Tutkimus operoi perinteisen lääketieteen oppihistorian ja lääketieteen sosiaalishistorian alueilla. Transnationaalisen toimijuuden piirteitä tarkastellaan avustustyöntekijöiden harjoittaman laajan kansainvälisen avustustyön kautta. Lääketieteen sosiaalishistoria ja tiedon rakentumisen sosiaaliset prosessit taustoittavat lääketieteen oppihistorian alueelle sijoittuvia havaintoja kohdemaiden lääkäreiden toimintatavoista ja kohdemaiden terveydenhuolto-olojen tilanteesta. Avustusmatkojen aikaan valtava resurssipula leimasi kaikkien kohdemaiden terveydenhuollon tilaa ja puutteellisesta välineistöstä varsinkin anestesian ja aseptiikan saralla raportoitiin laajasti. Pula potilaspaikeista ja kaikesta sairaalavälineistöstä vaikeutti varsinkin Saksassa ja Italiassa riittävän ja potilaan kannalta tyydyttävän terveydenhuollon harjoittamista. Suurimassa osassa sairaaloita vallitsi tilanne, jossa pystyttiin keskittymään vain aivan välttämättömimpien toimenpiteiden hoitamiseen eikä luottamuksellisen potilas-lääkärisuhteen luomiseen tai esimerkiksi psykkisten sairauksien hoitoon pystytty kiinnittämään huomiota. Poikkeuksiakin löytyi ja kaikista kohdemaista löytyi myös hyvin varusteltuja klinikoita ja joidenkin lääketieteen osa-alueiden vahvaa erikoisosaamista. Lääketieteen tradition murrokseen ei suoranaisesti otettu kantaa, mutta siihen liittyvistä havainnoista raportoitiin kuitenkin paljon. Eurooppalaisen lääketieteen perinteen suurimmiksi eroiksi angloamerikkalaiseen verrattuna nostettiin tietynlaiset asenne-erot niin potilaita, kollegoita kuin opiskelijoitakin kohtaan. Suomi toimi kohdemaista selkeimpänä lääketieteen tradition murroksen ilmentäjänä, sillä se kävi juuri avustusmatkan aikaan läpi prosessia, jossa vankka germaanisen lääketieteen harjoittamisen perinne oli korvautumassa angloamerikkalaisella. Suomi erosi muista kohdemaista myös terveydenhuolto-olojen osalta, sillä toisin kuin muissa kohdemaissa, toisen maailmansodan jäljet eivät olleet enää vahvasti havaittavissa ja lääketiede oli ehtinyt avustusmatkaan tullessa kehittymään monilta osin modernille ja kansainvälisestikin vertailtuna korkealle tasolle. Raporteista välittyvän tiedon rakentumisessa suurin rooli näytti olleen sillä, millä klinikoilla avustustyöntekijät vierailivat. Eri erikoislääkärit saattoivat muodostaa toisistaan voimakkaasi poikkeavia mielipiteitä kohdemaiden terveydenhuollosta ja sen tulevaisuudesta riippuen siitä, keitä kohdemaiden erikoislääkäreitä he tapasivat. Pienimmistä yksityiskohdista, kuten sairaalavälineistön kunnosta, oltiin kaikissa raporteissa yksimielisiä. Tutkielmassa tarkastellaan myös avustusmatkojen vaikutuksia kohdemaiden terveydenhuololle, sekä kohdemaiden yliopistojen roolia ja merkitystä lääketieteen ja terveydenhuolto-olojen kehittämisessä avustusmatkojen jälkeen.</p>	
Asiasanat – Keywords terveydenhuolto, kristillinen avustustyö, lääketieteen historia, lääketieteen sosiaalishistoria, lääketieteen traditiot, medical missions, tiedon sosiaalisen rakentumisen prosessit, Unitarian Service –komitea, transnationaalisuus	
Säilytyspaikka – Depository	
Muita tietoja – Additional information	

Jutta Soininen

Tarpeita terveydenhuollossa

Unitarian Service -komitean avustusmatkat Saksaan, Italiaan ja Suomeen vuonna 1948

Pro gradu -tutkielma

Jyväskylän yliopisto

Historian ja etnologian laitos

Sisällysluettelo

1. Johdanto	1
2. Kristillisen avustustyön monet toimijat ja tavoitteet.....	19
2.1 Unitaariuniversalistit	22
2.2. Lääkärit avustustyöntekijöinä	25
3. Kohdemaiden yhteiskunnallinen tilanne luo selitystaustaa terveydenhuolto-oloille.....	28
3.1. Pahasti vaurioitunut Saksa	28
3.2 Eriarvoisuuksien Italia.....	32
3.3 Positiivisesti yllättänyt Suomi.....	36
4. Avustusmatkat lääketieteen tradition murroksen ilmentäjinä.....	40
4.1 Kansainvälisen johtoaseman menettänyt Saksa	42
4.2 Vahvojen auktoriteettien Italia	49
4.3 Pohjoismaiseen yhteistyöhön nojannut Suomi.....	53
5. Kohdemaiden terveydenhuollon tila avustusmatkojen aikana.....	57
5.1 Yleinen varustetaso ja aseptiikka	57
5.2 Kirurgiset toimenpiteet ja vaatimaton anestesiaosaaminen.....	63
5.3 Viileän asiallinen lääkäri persoonattoman potilaan palveluksessa.....	67
6. Matkojen vaikutukset kohdemaiden terveydenhuollolle.....	72
6.1 Yliopistojen tärkeä rooli tulevaisuuden kehityksessä.....	74
7. Päätäntö.....	80
Lähdeluettelo.....	92

1. Johdanto

Unitarian Service- komitea on unitaarien Yhdysvalloissa vuonna 1940 perustama kristillinen avustusjärjestö, joka on toteuttanut useita avustusmatkoja Eurooppaan toisen maailmansodan jälkeen. Matkojen tarkoituksena on ollut humanitäärisen avun vieminen maihin, joissa sodan tuhot olivat heikentäneet elinoloja. Useat matkat keskittyivät ruoka- ja vaateavun lisäksi kohdemaiden terveydenhuoltojärjestelmään tutustumiseen ja sen epäkohtien ja puutteiden kohentamiseen. Vuonna 1948 järjestö toteutti mittavat avustusmatkat Saksaan, Italiaan ja Suomeen, joiden terveydenhuolto-olot ja avustustyöntekijöiden niistä esittämät havainnot ovat tässä tutkimuksessa tarkastelun keskiössä.

Avustusmatkoilta kirjoitettujen laajojen, yksityiskohtaisten raporttien pohjalta tutkimuksessa on tavoitteena tarkastella vapaaehtoisina avustustyöntekijöinä toimineiden yhdysvaltalaislääkäreiden toimia kohdemaissa ja avustusmatkojen aikana tehtyjä havaintoja ja arvioita Saksan, Italian ja Suomen terveydenhuoltojärjestelmän ja lääketieteen tilasta. Kansainvälisellä kentällä avustustyötehtävissä toimineiden lääketieteen ammattilaisten toiminta ja työskentely ovat siis tutkimuksen keskiössä. Valtiosta riippumattoman avustusjärjestön edustajat toimivat matkoilla eräänlaisina terveydenhuolto-olojen arvioijina ja kohdemaiden terveydenhuoltoon vahvasti puuttuvina toimijoina pyrkiessään tuomaan avustusmatkojen kautta uusinta lääketieteellistä tietoa kohdemailhin ja pyrkiessään saattamaan kansainvälisten kontaktien kautta kollegansa uusimmista terveydenhuollon käytänteistä tietoisiksi. Tätä vapaaehtoista, valtiollisista hallituksista riippumatonta kansainvälistä avustustyötä tehdessään yhdysvaltalaislääkärit saivat vahvan roolin kansainvälisen terveydenhuollon kentän toimijoina alueella, joka on usein mielletty valtiollisten toimijoiden vastuualueelle kuuluvaksi.¹

Kyseinen järjestö on näiden kolmen tarkasteltavan maan lisäksi toteuttanut avustusmatkoja 1940- luvun aikana lukuisiin muihinkin Euroopan maihin, mutta tutkimuksessa tarkasteltaviksi nämä kolme valikoituivat moniulotteisen ja mielenkiintoisen roolinsa vuoksi toisen maailmansodan häviäjävaltioina.² Lisäksi niiden kuuluminen erilaisten lääketieteen traditioiden piiriin antaa monipuolisemmat lähtökohdat terveydenhuoltojärjestelmien

¹ Porter, 1999, 121-122, 128, 156, 163.

² Erfurth, 1979, 16, Thibaut, 1978, 238.

tarkastelulle kuin tapauksessa, jossa kaikki kohdemaat voitaisiin katsoa samanlaisen lääketieteen tradition omaaviksi.

Jokaiselle avustusmatkalle osallistuneet avustustyöntekijät ovat kirjoittaneet raportit kukin tahoillaan, ja raporteissa kuvaillaan paitsi matkojen kulkua, myös kohdemaiden katukuvaa ja yleisiä elinoloja, sekä tietenkin kaikista mittavimmin kohdemaiden terveydenhuollon tilaa, sairaaloiden varustetasoa, lääkäreiden tapoja toimia ja arvioita lääkäreiden ammattitaidosta. Näiden raporttien toimiessa tutkimuksen alkuperäislähteinä, on tutkimuskysymyksiksi asetettu kysymykset siitä miten avustustyöntekijöinä toimineet lääkärit kuvaavat kohdemaiden oloja ja mitä kohdemaiden terveydenhuollon ja lääketieteen tilanteesta raportoidaan. Kysymykset siitä, millä tasolla konkreettisten sairaalaolojen ja potilastyön, erilaisten lääketieteen osa-alueiden ja lääkäreiden ammattitaidon raportoitiin olleen, on asetettu tarkastelun alaisiksi. Lisäksi tutkimuskysymyksenä toimivat se, millaisena lääkäreiden suhtautumista potilaisiin ja potilas-lääkärisuhdetta kuvataan, sekä se, miten raporteissa esiintyvät havainnot ja tieto kohdemaiden tilanteista ovat rakentuneet ja mistä lähtökohdista tietoa kohdemaiden terveydenhuollon tilanteesta muodostetaan.

Tutkimus operoi lääketieteellisen perinteen ja sen murroksen kentällä ja toimii esimerkkinä laajasti tunnustetusta ilmiöstä, jossa perinteinen germaaninen lääketieteen traditio korvaantui kansainvälisellä kentällä toisen maailmansodan jälkeen angloamerikkalaisella traditiolla. Tämän vuoksi yhtenä tutkimuskysymyksenä toimii myös se, kuinka selvästi yhdysvaltalaislääkärit tunnistivat murroksessa olleen lääketieteen kentän tilanteen ja minkä verran tämäntyyppisellä avustustyöllä oli merkitystä angloamerikkalaisen lääketieteen tradition siirtämisessä Eurooppaan. Tavoitteena on myös tarkastella sitä, minkä verran lääketieteen traditioiden eroihin ylipäättään kiinnitettiin avustusmatkoilla huomiota ja miellettiinkö mahdolliset toimintatapaerot lääketieteen erilaisista traditioista johtuviksi.

Ajallisesti tutkimus rajoittuu vuosiin 1945–1949, joka käsittää ajan toisen maailmansodan päättymisestä viimeisiin Unitarian Service- komitean kirjoittamiin kyseisiä avustusmatkoja koskeviin raportteihin. Päähuomio keskittyy kuitenkin vuoteen 1948, jolloin avustusmatkat kaikkiin kolmeen kohdemaahan toteutettiin. Lääketieteellisen tradition murrokseen keskittyvää tutkimuskysymystä tarkasteltaessa on kuitenkin luonnollisesti otettava huomioon jo edeltävälle vuosisadalle ajoittuvia tapahtumia taustojen laajemmaksi kartoittamiseksi.

Katseita on luotava 1940- luvun näkökulmasta myös tulevaisuuteen, jotta matkojen vaikutuksia kohdemaiden terveydenhuoltoon pidemmällä aikavälillä on mahdollista hahmotella.

Rakenteellisesti tutkimus pyrkii etenemään edellä esitettyjen tutkimuskysymysten sanelemassa järjestyksessä siten, että pohdinnat raporteissa esiintyvien havaintojen lähtökohdista kulkevat jatkuvasti tarkastelun rinnalla. Esimerkiksi havaintoja lääketieteellisten käytänteiden tasosta pyritään jatkuvasti peilaamaan tutkimuskirjallisuuden tarjoamaan tietoon aiheesta. Käytännöllisemmälle, kohdemaiden terveydenhuollon konkreettisiin oloihin syventyvälle tasolle tutkimus etenee vasta kahdessa viimeisessä käsittelyluvussa, jotta raporteissa esitetyt, paikoin viiltävänkin lohduttomat kuvaukset aiheesta tulisivat paremmin ymmärretyksi omassa kontekstissaan eivätkä saisi osakseen liioitellun kauhistelevaa huomiota. Moniulotteiset, lääketiedettä paljon laajemmalle yhteiskunnalliselle tasolle ulottuvat taustat ja syyt kohdemaiden vaikeille terveydenhuollollisille oloille pyritään esittelemään aiemmissa luvuissa.

Tutkimuksen alkuperäislähteinä toimivat raportit löytyvät Harvardin yliopiston internetkirjastosta. Ne ovat kirjoituskoneella kirjoitettua tekstiä digitoituna ja sisältävät varsinaisten raporttien lisäksi paljon matkoja koskevia lehtileikkeitä ja valtavat määrät kirjeenvaihtoa, jota on käyty eri tahojen välillä avustusmatkoja suunniteltaessa. Aineisto sisältää myös paljon tietoa matkoja edeltäneistä vaate- ja ruokalähetyksistä, sekä asiakirjoja jotka kertovat, millaista avustustyötä Unitarian Service -komitea on tehnyt kohdemaissa jo ennen tässä tutkimuksessa tarkasteltavia, lääketieteeseen kohdistuneita matkoja.

Kunkin matkan kohdalla luettavissa on ensin virallisen raportin luonnos, joka on koostettu jokaisen matkalle osallistuneen henkilön tahoillaan kirjoittamista raporteista. Lopulliseen viralliseen raporttiin luonnoksia on kuitenkin muokattu jonkin verran siten, että avustustyöntekijöiden kärkkäimmät ja voimakkaimmat negatiiviset kommentit on jätetty pois. Samoin on tehty suurimmalle osalle poliittiseen tilanteeseen puuttuvia kommentteja, ja esimerkiksi Suomea koskevien raporttien kohdalla Neuvostoliittoon kohdistuva kritiikki on poistettu kokonaan. Näiden luonnosten ja viimeisen version erot ovat erityisen kiinnostavia ja tulevat saamaan tutkimuksessa huomiota. Osa raporteista on kokoelmia matkoihin liittyneistä

asiakirjoista, kuten kirjeenvaihdosta ja kohdemaita koskevista infolehtisistä, joita lähetettiin kaikille matkoille osallistuneille lääkäreille etukäteen. Lisäksi nämä raportit sisältävät kaikki perustiedot avustusmatkoja koskien, kuten listoja matkoille osallistuneista henkilöistä, matkojen aikatauluja ja niiden aikana pidettyjen luentojen aiheita ja käsikirjoituksia. Näille raporteille ei ole nimetty yksittäisiä kirjoittajia ja komitea on otsikoinut kokoelmat usein "Basic Report" -nimellä. Kyseisenlaiset raportit on lähdeluettelossa nimetty samalla termillä, loppuista raporteista käy sen sijaan ilmi niiden kirjoittajat sekä heidän ammatilliset tittelinsä raporttien kirjoittamisen aikaan. Lähdeluettelossa nämä on koottu samojen otsikoiden alle, sillä tietyn raporttinumeron alle on digitoitu aina useamman kirjoittajan raportit peräjälkeen. Kyseessä ei kuitenkaan ole yhdessä kirjoitettuja raportteja, vaan kunkin lääkärin omat raportit löytyvät vain saman sarjanumeron ja komitean antaman otsikon alta.

Koska jokaisen kohdemaan kohdalla avustustyöntekijät, noin kymmenkunta lääketieteen ammattilaista, on kirjoittanut raportit tahoillaan, voi niissä esiintyviä havaintoja pitää varsin luotettavina tilanteissa, joissa jostain tietystä asiasta tai ilmiöstä raportoidaan kaikissa raporteissa samansuuntaisesti. Raportteja lukiessa on kuitenkin otettava huomioon se seikka, ettei niiden tarjoamaa tietoa kohdemaiden terveydenhuoltojärjestelmistä ja niiden kaikista piirteistä voi pitää suoraan totena, vaan on otettava huomioon raportissa esiintyvien mielipiteiden subjektiivisuus ja raporttien kirjoittamisen taustalla vaikuttaneet mahdolliset tavoitteet ja intentiot, joita kirjoitetulle tekstille ja sen tarjoamalle tiedolle on kirjoittaessa asetettu.

Vaikka suurin osa avustusmatkoille lähteneistä ja raportit kirjoittaneista lääkäreistä ei kokenut ongelmalliseksi arvioida kohdemaiden terveydenhuollon tilannetta, nostettiin joissain raporteissa esiin myös erehtymisen mahdollisuudet ja se, etteivät lääkärit ehtineet matkojen aikana vierailta riittävän monissa kohteissa muodostaakseen kattavan ja luotettavan kuvan kohdemaiden tilanteesta. Vaikka suurimassa osassa raportteja sävy on ehdottoman auktoriteettinen ja kirjoittajat selvästi uskovat kuvailevansa yksiselitteistä totuutta vallitsevista olosuhteista, on joistain raporteista havaittavissa myös epäilyksiä omien havaintojen paikkaansa pitävyydestä, kuten oheinen kirurgian professori Robert D. Drippsin lainaus osoittaa:

”This will be a difficult report to write, for I do not believe we know enough about Italian medical theory or practise to speak authoritatively. It is almost impossible to gain more than a superficial, often biased impression when one visits six large cities in a relatively short time which was available for us.”³

Vaikka havainnot yksilötasolla tarkasteltuna jäävät kyseisenlaisten avustusmatkojen kohdalla kiistämättä vajaiksi ja ovat helposti ennakkoluuloisia tai värittyneitä, ovat raportit tutkimuksen kannalta erittäin käyttökelpoisia, sillä niitä lukiessa saa hahmotettua usean lääketieteen ammattilaisen mielipiteen raportoiduista aiheista. Tällöin monen yksilön mielipiteestä saa muodostettua kokonaisuuden, josta monin paikoin, etenkin tietyistä havainnoista ja aiheista samansuuntaisesti raportoituna, voi muodostaa varsin luotettaviakin päätelmiä. Tutkimuksen kohdalla on kuitenkin tärkeää muistaa, ettei tavoitteena ole raporttien perusteella selvittää kohdemaiden terveydenhuollon olojen absoluuttista tilaa, vaan nimenomaan sitä, kuinka sitä raporteissa kuvataan ja miten kyseisten raporttien tarjoama tieto suhteutuu aiempaan tutkimukseen aiheesta.

Tämän vuoksi tutkimuskirjallisuus on raporttien rinnalla erittäin tärkeässä roolissa ja sitä on käytetty apuna aikakontekstin hahmottamisessa, lääketieteen kehityksen tarkastelussa lääketieteellisten yleisteosten avulla ja siinä, että raporteista välittyvän tiedon taustalle on saatu luotua aiemman tutkimuksen tarjoamaan tietoon pohjautuvat raamit kohdemaiden terveydenhuollon tilanteesta.⁴

Lääketieteen ja terveydenhuollon historioita on kirjoitettu paljon ja suurimpaan osaan niistä kuuluu luonnollisena osana myös terveydenhuollon olojen ja käytänteiden tarkastelu ja niissä mahdollisesti ilmenevät erot, niin aikakausien kuin maantieteellisten paikkojenkin välillä. Suurimmassa osassa lääketieteen yleisteoksista tyydytään kuitenkin vain esittelemään lukuisat erilaiset käytänteet ja toimintatavat erittelemättä niiden syitä tai taustoja. Laajat yleisteokset tarjoavat tarkkaa ja teoreettista tietoa lääketieteestä kunakin aikana, mutta esimerkiksi sotien kaltaisten yhteiskunnallisten murroskohtien vaikutukset lääketieteelle

³ ”Tästä tulee vaikea raportti kirjoittaa, sillä en usko meillä olevan riittävästi tietoa Italian lääketieteellisestä teoriasta ja käytännöstä voidaksemme puhua aiheesta auktoritatiivisesti. On lähes mahdotonta kerätä muuta kuin pinnallista ja paikoin yksipuolista ja ennakkoluuloistakin tietoa aiheesta, mikäli, kuten meidän tapauksessamme, aikaa on verrattain vähän kuudessa suuressa kaupungissa vierailemiseen.” Tri. Robert. D. Dripps, bMS16103/26(1) 27.

⁴ esim. Westad, 2001, Weindling, 1989, Weindling, 1991, Porter, 1999, Mettler, 1947, Cooter & Pickstone, 2000.

jäävät niistä puuttumaan. Esimerkiksi tämänkin tutkimuksen kohdalla ne pystyvät kertomaan, minkälaiseen lääketieteeseen ja terveydenhuoltoon oltaisiin kohdemaissa periaatteessa pystytty sen ajan tietotaidon ja olemassa olleiden lääkkeiden ja välineistön puolesta, mutta esimerkiksi juuri sodan taakseen jättämää valtavaa resurssipulaa ja sen vaikutuksia terveydenhuoltoon ne eivät ota huomioon, minkä vuoksi kattavaa tutkimusta kohdemaiden terveydenhuollosta on mahdotonta tehdä ilman lääketieteen sosiaalishistorian hyödyntämistä perinteisen lääketieteen oppihistorian rinnalla.

Toisen maailmansodan vaikutuksia lääketieteen kehitykselle on tarkasteltu paljon ja etenkin Saksan osalta erilaisten väestönsiirrot ja niiden vaikutukset eurooppalaiselle lääketieteelle on huomioitu tutkimuksessa myös lääketieteen näkökulmasta. Kansainvälinen yhteistyö ja osaamisen ja uusien ajatusten yllirajainen leviäminen on siis ollut tarkasteltuna toisen maailmansodan aikakontekstissa jo aiemmassa tutkimuksessa, tosin lähtökohtana ei ole tämän tutkimuksen tavoin ollut yllirajainen avustustyö, vaan esimerkiksi natsi-ideologian pakottama muuttoliike.⁵ Myös natsivallan merkitys saksalaiselle lääketieteelle ja lääketieteellisen rotuajattelun sosiologiset vaikutukset on laajasti huomioitu aiemmassa tutkimuksessa⁶, mikä on ollut tärkeää tälle tutkimukselle Saksan kansainvälisessä vertailussa radikaalisti muuttuneen lääketieteellisen tilanteen taustoja ja syitä hahmottaessa.

Etenkin 1990- luvulla ja 2000- luvun alussa on tehty paljon tutkimuksia, joissa terveyden ja sairauden käsitteet on pyritty linkittämään yhä tiiviimmin kulttuuriin ja tarkastelemaan terveyden konseptia ja siinä esiintyviä eroja eri kulttuureista ja yhteisöistä käsin⁷. Esimerkiksi ruumiin sosiaalisen käsityksen eroavaisuudet ja ruumiiseen ja sen hyvinvointiin liitetyt kulttuurisidonnaiset uskomukset ja odotukset ovat olleet laajasti tarkastelun kohteena tuoden sosiaalisia ja kulttuurisia näkökulmia mukaan lääketieteellisten käsitteiden ja ilmiöiden tarkastelemiseen. Erilaisten kontekstien erojen tarkastelu on tuonut vahvasti mukaan vertailevan tutkimuksen lääketieteen sosiaalishistoriaan, mutta se näyttää enimmäkseen keskittyneen yksittäisten käsitteiden ymmärtämisen eroihin ja kulttuuristen kontekstien ja niiden vaikutusten hahmottamiseen.

⁵ Ks. Esim. Weindling, 2009, Pross, 2009, Villiez, 2009.

⁶ Ks. Esim. Kater, 1983, Tooze, 2006, Smaje, 2000, Pross, 2009.

⁷ Ks. Esim, Dorling, 2004, Dressler, 2004, Freund et al. 2003, McElroy & Jezewski, 2003, Williams et al. 2000, Curren & Stacey, 1991, McLachlan, 1997.

Se sijaan tutkimuksia, joissa tietyn kansallisuuden edustajat tarkkailisivat ja kommentoisivat toisen valtion lääketieteellistä tilaa ja oloja, ei ole tehty paljoa. Se, että tässä tutkimuksissa tarkasteltavien maiden terveydenhuolto tulee arvioiduksi nimenomaan maahan saapuvien vieraiden näkökulmasta, antaa tutkimukselle monipuolisen näkökulman tarkastella paitsi itse kohdemaita, myös sitä, mitä yhdysvaltalaislääkäreiden mielipiteet ja kommentit kertovat sen hetken yhdysvaltalaisesta terveydenhuollosta ja lääketieteen kansainvälisen kentän tilasta 1940- luvun lopulla. Lisäksi tutkimus lääketieteen historian kentällä näyttää aiemmin keskittyneen laajasti erilaisten valtiollisten toimijoiden tarkasteluun tehden tutkimuksista usein selkeästi kahden tai useamman valtion välisiä vertailevia kansainvälisiä tutkimuksia, joissa valtiollisten toimijoiden ja esimerkiksi kansallisten terveydenhuoltopalveluiden järjestämistä vertaillaan toisiinsa⁸. Lynn Payer⁹ on tarkastellut kulttuurierojen vaikutuksia lääketieteen harjoittamiseen ja lääkäreiden toimintaan ja ottanut tarkastelunsa vertailukohteiksi Yhdysvallat, Ranskan, Iso-Britannian ja Länsi Saksan. Vaikka tutkimuksessa sivutaan myös lääketieteen eri traditioiden vaikutusten ja muutosten tarkastelua, on sen näkökulma kuitenkin tiukemmin kansallisten kulttuurien ja niiden ominaispiirteiden tarkastelussa. Lisäksi tutkimus on varsin populaari, ja kuten Payer itsekin toteaa, ennen kaikkea journalistin näkökulmasta kirjoitettu¹⁰. Vaikka asetelma saattaa kuulostaa hyvin samantyyppiselle kyseisen tutkimuksen kanssa, keskittyy Payer lopulta kuitenkin pääasiassa juuri kulttuurin käsitteen ja kulttuurierojen merkityksen tarkasteluun.

Vaikka kristillisen avustustyön vaikutuksia terveydenhuoltoon ja hyvinvointiin on tutkittu paljon, tutkimusta, jossa Saksa, Italian ja Suomen terveydenhuoltojärjestelmiä ja niiden tilaa toisen maailmansodan jälkeen tarkasteltaisiin tästä näkökulmasta, ei mitään ilmeisimmin ole aiemmin tehty. Lisäksi vaikuttaa siltä, ettei tutkimuksessa käytettäviä raportteja ole aikaisemmin juurikaan hyödynnetty historiantutkimuksen alkuperäislähteinä.

Avustusmatkat saivat kaikissa kohdemaissa paljon mediahuomiota, niistä kirjoiteltiin laajasti paikallisiin lehtiin, ja avustustyöntekijöitä haastateltiin radioon.¹¹ Matkoista uutisoitiin myös yhdysvaltalaisissa lehdissä, joskin paikoin harhaanjohtavasti. Esimerkiksi bostonilainen *The Boston Sunday Globe* uutisoi kuuden bostonilaislääkärin lähtevän Saksaan auttamaan nälkiintyneitä ja puutteessa eläviä lapsia. Raporttien perusteella nämä kuusi lääkäriä eivät

⁸ Ks. Esim. Payer, 1996.

⁹ Payer, 1991.

¹⁰ Payer, 1991, 19.

¹¹ bMS16103/13(4) 13, 44-51 bMS16103/33(7) 38 bMS16103/26(2) 66.

kuitenkaan yhtä lastenlääkärinä lukuun ottamatta tutustuneet lainkaan paikallisten lasten elinoloihin, vaan kiersivät tutustumassa omien erikoisalojensa klinikoihin ja tiedekuntiin.¹² Italiaan suuntautunut matka noteerattiin laajan mediahuomion lisäksi myös paavin taholta ja avustustyöntekijät kutsuttiin paavin vieraiksi Vatikaaniin.¹³ Kaikki nämä mediakytkökset on luettavissa raporteista sinne talletettujen lehtileikkeiden lisäksi litteroitujen radiohaastatteluiden ja virallisissa yhteyksissä pidettyjen puheiden ansiosta.

Terveystieteiden keskittyvien tutkimuskysymysten ja runsaasti lääketieteellistä ammattisanastoa sisältävän alkuperäisaineiston vuoksi lääketieteen historia on valikoitunut tärkeimmäksi lähestymistavaksi tutkimuksessa. Lääketieteen historia pitää kuitenkin sisällään monia eri ulottuvuuksia, joita sovelletaan tässä tutkimuksessa paitsi rinnakkain, myös toisiinsa sulautuen. Nämä ovat perinteinen lääketieteen oppihistoria ja lääketieteen sosiaalishistoria, sekä lääketieteellisen tiedon sosiaalisen rakentumisen prosessien tarkastelu.

Perinteinen lääketieteen oppihistoria on lääketieteeseen tieteenä nojaavaa, laajojen yleisteosten kautta lääketieteen kehitystä esittelevää tiedettä, jonka voi katsoa operoivan yhtäläillä itse lääketieteen kuin historian kentällä. Koska lääketiede tieteenalana, ja sen myötä terveydenhuolto, olivat kokeneet paljon muutoksia lyhyessä ajassa 1940- luvulle tultaessa¹⁴, on lääketieteen historia tärkeä lähestymistapa tutkittaessa terveydenhuoltojärjestelmien kehitystä ja muutoksia. Perinteinen lääketieteen oppihistoria keskittyy tarkastelemaan lääketiedettä konkreettisesta, lääketieteellisten toimenpiteiden ja käytänteiden tasolle typistetystä näkökulmasta, joka tarjoaa tietoa siitä, kuinka lääketieteelliset toimintamallit ovat kehittyneet, milloin merkittäviä lääketieteellisiä uudistuksia on tapahtunut ja kuinka uusimmat lääketieteelliset innovaatiot ovat levinneet. Potilas ei lääketieteen oppihistoriassa saa suurta roolia, vaan hänen tehtävänä on ikään kuin toimia tarkastelun keskiössä olevien lääketieteellisten ongelmien ja niiden ratkaisukeinojen tapahtuma-alustana.

Perinteinen lääketieteen oppihistoria toimii tässä tutkimuksessa tärkeänä lähestymistapana, sillä työn yhtenä tavoitteena on tarkastella kohdemaiden terveydenhuoltojärjestelmien eri piirteitä ja peilata niitä tilanteeseen, joka samaan aikaan vallitsi Yhdysvalloissa, jonka ainakin avustusmatkoille lähteneet lääkärit mielsivät raporttien mukaan olevan 1940- luvulla

¹²bMS16103/14(1) 128.

¹³Tri. Edward L. Pratt, bMS16103/26(1) 38.

¹⁴ Ks. esim. Mettler, 1947, 890-891, Porter, 1997, 608.

lääketieteellisen kehityksen kärjessä.¹⁵ Kun konkreettiset sairaalaolot ja lääkäreiden toimintatavat ja käytänteet ovat tutkimuskohteina, on niitä tärkeää taustoittaa lääketieteen oppihistorian avulla. Laajat, usein lääkäreiden laatimat lääketieteen oppihistorian yleistökset toimivat tärkeinä lähteinä kartoittaessa esimerkiksi sitä, johtuivatko avustusmatkojen aikaan sairaaloissa havaitut puutteet tietämättömyydestä ja siitä, etteivät kaikki lääketieteelliset innovaatiot olleet lainkaan levinneet kohdemaihin, vai esimerkiksi toisen maailmansodan aiheuttamasta sekasorrosta ja resurssipulasta. Vertailemalla esimerkiksi kirurgisia käytänteitä Yhdysvalloissa ja kohdemaissa tarkastelujakson aikana ja vertaamalla niitä sotaan edeltäneeseen tilaan saadaan rakennettua melko kattava kuva siitä, kuinka paljon sota oli tehnyt tuhojaan kohdemaiden terveydenhuollolle ja miten sitä oli mahdollista tulevaisuudessa parantaa.

Koska matkojen tarkoituksena oli lääketieteen uusimpien innovaatioiden tuominen kohdemaihin ja lopulta käytännön potilastyöhön, otetaan raporteissa paljon kantaa siihen, millä tasolla tietyt lääketieteen erikoisosaamisalueet ja toisaalta perushoito kohdemaiden sairaaloissa olivat. Yhdysvaltalaislääkäreiden raporteissa välittyviä mielipiteitä kohdemaiden jälkeenjääneisyydestä ja alkeellisuudesta on tässä työssä pyritty suhteuttamaan lääketieteen oppihistorian tarjoamaan tietoon siitä, millä tolalla raporteissa mainitut osa-alueet todella ovat olleet. Lääketieteen oppihistoria ei kuitenkaan yksin riitä lähestymistavaksi, sillä ajankohdan huomioon ottaen tutkittavia ilmiöitä on tarkasteltava myös laajemmasta, yhteiskunnallisesta näkökulmasta, joka suhteuttaa terveydenhuoltoon liittyvät kysymykset osaksi suurempaa kokonaisuutta. Esimerkiksi juuri tietyt puutteet sairaaloiden varusteissa ja toimintatavoissa eivät mahdollisesti johtuneet lääketieteen oppihistorian tarjoamista selityksistä, siis tutkimuksen, tiedon ja lääketieteen uusimpien innovaatioiden tiedostamisen puutteesta, vaan puhtaasti yhteiskunnallisista seikoista. Näin ollen sekä lääketieteen oppihistorian rinnalle tarvitaan toisenlaisia näkökulmia lääketieteen historian menetelmän sisältä, jotta tutkittavia ilmiöitä voidaan tarkastella kattavasti.

1940- luvulta lähtien terveydenhuollon historiaa tarkastellessa tautien sosiaaliset ja biologiset ulottuvuudet on usein tutkimuksessa nostettu lääketieteellisen ulottuvuuden rinnalle. Kulkutautien ja erilaisten sairauksien tilastollisten, sosiologisten, psykologisten ja

¹⁵ bMS16103/13(1) 4, 18, bMS16103/13(3) 92, 95.

poliittisten ulottuvuuksien ymmärtämisen tärkeys on tiedostettu¹⁶ ja lääketieteellisiä ilmiöitä ja terveydenhuollon käytänteitä on alettu 1940-luvun lopulta lähtien tarkastella myös laajemman, muillekin kuin lääketieteen kentälle sijoittuvan näkökulman, lääketieteen sosiaalishistorian avulla. Potilaallisen ulottuvuuden lisäksi lääketieteen sosiaalishistoria on tuonut tarkastelun alle ihmisen kokonaisvaltaisemmin sosiaalisena yksikkönä. Siinä, missä lääketieteen oppihistoria on kiinnostunut potilaista ja siitä, millä tavoin heitä kunakin aikakautena on hoidettu, tarkastelee lääketieteen sosiaalishistoria niin potilaan kuin hänen terveydellisten ongelmienkin laajempia taustoja ja sitä, miten ja miksi sosiaalinen olento on päätyntä potilaaksi.¹⁷ Lääketieteen sosiaalishistorialle lääketieteellinen ulottuvuus onkin tavallaan vain yksi piirre, yksi näkökulma tarkastella sosiaalisia olentoja ja heidän toimiaan. Taustalla vaikuttaa vahvana ajatus siitä, että mitä menneisyydessä on tapahtunut, on hyvin merkityksellistä nykyhetken kannalta.¹⁸ Siinä, missä lääketieteen oppihistoria tarkastelee keinoja ja käytänteitä lääketieteellisten ongelmien ratkaisemiseksi nykyhetkessä, on lääketieteen sosiaalishistoria kiinnostuneempi itse ongelmien syistä ja taustoista.

Raporteissakin lääketieteen sosiaalishistorialliset ulottuvuudet tulevat hyvin esiin avustustyöntekijöiden arvioidessa paitsi sodan aiheuttamaa yleistä sekasortoa ja puutetta kohdemaissa, myös tuberkuloosin kaltaisten kulkutautiepidemioiden taustoja ja kohdemaiden valtiollisia toimia niiden taltuttamiseksi.¹⁹ Lääketieteeseen ja terveydenhuoltoon keskittymisen lisäksi Unitarian Service -komitea toteutti myös laajempaa, ruoka- ja muuhun humanitäärisen apuun ja laajempaan kansanterveydellisen tilan kohentamiseen keskittyntä avustustyötä. Nämä tarkoitukselliset ja tavoitteet suuntautuvat yleisemmin sosiaalishistorian kuin lääketieteen historian alueelle. Esimerkiksi ruoka- ja vaateavun antamiseen keskittyntä tavoitteita ja niiden lähetyksiin liittyviä asiakirjoja ja kirjeenvaihtoa on siten tarkasteltava sosiaalishistoriallisesta ja lääketieteen sosiaalishistorian näkökulmasta. Sosiaaliset rakenteet ja osittain lääketieteen ja terveydenhuollon ulkopuolelle rajoittuvat yhteiskunnalliset piirteet, kuten ravitsemustilanne ja elinolot saavat raporteissa verrattain paljon huomiota, joten sosiaalishistoriallisen ulottuvuuden huomiotta jättäminen olisi tutkimuksen kannalta perusteetonta.

¹⁶ Porter, 1999, 634.

¹⁷ Galdston, 1984, viii-ix.

¹⁸ Stieglitz, 1949, 78.

¹⁹ bMS16103/13(5) 66, bMS16103/13(6) 54, bMS16103/25(14) 44, 54.

Lisäksi raporteissa on otettu tarkasteluun puhtaasti lääketieteellisten huomioiden rinnalle lääketieteen sosiaalishistorian kentälle ulottuvia kysymyksiä. Yhtenä esimerkkinä toimii avustustyöntekijöiden laajan huomion kiinnittäminen lääkäreiden ja potilaiden väliseen suhteeseen ja sen vertaaminen tuon ajan yhdysvaltalaisiin käytäntöihin. Avustustyöntekijät esittävät raporteissa laajasti huolensa kohdemaiden lääkäreiden puutteellisesta taidosta kohdata potilaat psykofyysisinä kokonaisuuksina ja vajavaisesta kyvystä toimia työssään ennemmin potilas- kuin ratkaisukeskeisesti.²⁰ Kuten aihetta tarkemmin käsittelevä alaluku osoittaa, pitivät yhdysvaltalaislääkärit potilaan ja lääkärin välistä luottamuksellista suhdetta hyvin tärkeänä ja käyttivät sen arvioimiseksi paljon aikaa kohdemaissa. Terveystuolto-olojen tarkkailu ei siis rajoittunut tiukasti vain lääketieteellisten seikkojen alueelle, vaan myös sosiaaliset suhteet olivat matkojen aikana tarkastelun alla.

Vaikka lääketieteen sosiaalishistoria lähestymistapana on tärkeä ja olennainen taustoitettaessa sitä, miksi lääketiede tieteenalana on kunakin aikana juuri sillä tasolla kuin on, on lääketieteen historia tämän tutkimuksen kannalta kenties suuremmissa roolissa siksi, että suurin osa tiedosta lääketieteen ammattilaisten raportoimia ammattisanastoa käyttäen ja vertailuja tehden aikakauden standardien mukaan. Käytännössä nämä lääketieteen ja terveydenhuollon historian eri ulottuvuudet kuitenkin sulautuvat toisiinsa ja raportteja lukiessa ne on otettava jatkuvasti huomioon. Lääketieteen sosiaalishistorialliset seikat taustoittavat usein oppihistoriallisia huomioita ja auttavat selittämään tiettyjä puutteita esimerkiksi sairaalavälineistössä ja lääkäreiden toimintatavoissa. Puhtaasti lääketieteellisestä näkökulmasta tarkasteltuna raportit antavat monin paikoin lohduttoman kuvan kohdemaiden tilanteesta, kuten oheiset otteet alkuperäisaineistosta osoittavat:

“Surgical asepsis of operating rooms is very poor.”²¹

”On July 7th I witnessed operations. The asepsis was very poor; rubber gloves were rarely worn and no facemasks were worn by $\frac{3}{4}$ of the 20 or more persons in the operating room, including Professor Geissendörfer who performed four operations. The two operating

²⁰ bMS 16103/26(1), 15, 36.

²¹ ”Leikkaussalien kirurgia-aseptiikka on erittäin kehnou.” Tri. Herman De Wilde, bMS16103/26(1) 48.

assistants and the instrument nurse wore masks but not covering the nose. Caps were not worn.”²²

Puutteita tietyissä käytänteissä ja varustetasossa on kuitenkin helppoa ymmärtää kun lääketieteen oppihistorian rinnalla tarkastellaan olosuhteita ja tutkimuskysymyksiä lääketieteen sosiaalhistorian näkökulmasta. Aseptiikan kaltaisten osa-alueiden voi helpommin ymmärtää joissain sairaaloissa olleen raporttien toteamalla huonolla tasolla kun ottaa huomioon toisen maailmansodan jälkeisen vaikean yhteiskunnallisen tilanteen esimerkiksi Saksassa avustusmatkan aikaan. Valtavan resurssipulan ja yleishyödykkeiden puutteen vaikutukset sairaaloiden toimintaan ja sairauksien hoitoon ja kuriin saamiseen ovat olleet väistämättömiä ja näin ollen perinteiset lääketieteen oppihistorialliset ongelmat saavat selityspohjaa lääketieteen sosiaalhistorian avulla. Myös eri kulkutautien leviämisen syynä ei voida nähdä lääketieteellisen osaamisen puutteita tai epätietoisuutta lääketieteen opillisissa asioissa, vaan valtava resurssipula laajemmassa yhteiskunnallisessa merkityksessä vaikutti suoraan terveydenhuollollisiin piirteisiin ja sai aikaan sen, että opillisesti jo tuohon aikaan nujerrettavissa olleet taudit koettelivat kohdemaita;

”There has been a lack of food stuffs, linen, soap, fuel, drugs, laboratory supplies and equipment in all hospitals with slight local variations as to one or the another of these items. The plight of hospitals, however, affects most seriously the treatment of tuberculosis, which once again has become a real pestilence.”²³

Näin ollen lääketieteellisiä ongelmia kyseisellä ajalla kyseisissä maissa ei voida tarkastella irrallaan yleisestä yhteiskunnallisesta tilanteesta, vaan sairauksien ja kulkutautien levinneisyyden ja hoitokäytänteiden ymmärtämiseksi on tarkasteltava lääketieteen sosiaalhistorian tarjoamien mahdollisuuksien kautta niiden laajempia sosiaalisia ulottuvuuksia.

Kyseisenlainen tutkimus on poikkikansallista historiantutkimusta, jota usein nimitetään

²² Heinäkuun seitsemäntenä päivänä olin seuraamassa leikkauksia. Aseptiikka oli erittäin kehoa; kumihanskoja ei juuri ollut käytössä ja ¼ noin 20 tai useammasta leikkaussalissa olleesta henkilöstä, mukaan lukien neljä leikkausta suorittanut professori Geissendörfer, ei käyttänyt hengityssuojaimia. Kaiksi leikkaussaliavustajaa ja välinehoitaja käyttivät suojaimia, mutta ne eivät peittäneet nenää. Päähineitä ei ollut käytössä.” Tri. Dallas B. Phemister, bMS16103/13(7) 18.

²³ “Ruokatarvikkeista, petivaatteista, saippuasta, polttoaineesta, lääkkeistä, laboratoriotarvikkeista ja välineistöstä on ollut pulaa kaikissa sairaaloissa pieniä paikallisia eroja sisältäen. Sairaaloiden ahdinko on kuitenkin kaikkein eniten vaikuttanut tuberkuloosin hoitoon ja siitä on jälleen kerran tullut todellinen kulkutauti.” Erwin W. Straus, bMS16103/13(7) 93.

transnationaaliseksi historiantutkimukseksi. Transnationaalisuus on jotain perinteisiä sosiaalisia ja poliittisia rajoja koettelevaa ja ne ylittävää. Se on vastine tai vastakohta valtiollisille rajoille, ei mitään yhtä yksiselitteistä, vaan jotain joka läpäisee valtiorajojen lisäksi kulttuurisia, sosiaalisia ja poliittisia rajoja. Vain yhteen valtioon keskittyvän, kapea-alaisenakin usein pidetyn tutkimuksen sijaan se laajentaa tutkimuksen perspektiiviä laajalle, poikkikansalliselle tasolle.²⁴

Transnationaaliset suhteet keskittyvät siis ei-valtiollisten toimijoiden suhteiden tarkasteluun ja kuten tämän tutkimuksen kohdalla, transnationaalinen toimijuus ylittää usein monia rajoja; transnationaalisuus ei ole vain kansallisvaltioiden välistä kanssakäymistä, vaan valtiollisten rajojen lisäksi ylitetään usein uskonnollisia, aatteellisia ja toimintatapaeroja paljastavia rajoja ja toimitaan muiden kuin valtiollisten kontaktien tai kansainvälisten valtiosuhteiden kautta.²⁵ Niinpä tässäkin tutkimuksessa toimijuutta määrittelee ennen kaikkea asiantuntijuus ja esimerkiksi kansainväliset, kollegiaaliset kontaktit valtiollisen kansalaisuuden jäädessä vähäpätöisempään rooliin. Unitarian Service –komitea toteuttaa avustusmatkoillaan laajaa, useille eri alueille suuntautuvaa avustustoimintaa, jonka tehtävänä on seurata ja arvioida kohdemaiden terveydenhuollon ja lääketieteen tilaa paitsi konkreettisella potilastyön, myös esimerkiksi yliopistollisen tutkimustyön tasolla. Komitean tavoitteena on auttaa toisen maailmansodan jälkeistä Eurooppaa vaikeassa tilanteessa kartoittamalla terveydenhuolto-oloja ja mahdollisuuksia niiden parantamiseen. Kohdemaat ovat ikään kuin toiminnan luonnetta ja suuntaa määrittäviä pienempiä yksityiskohtia, jotka tuovat avustustyöhön ja siitä raportointiin eroja ja vivahteita. Avustustyön lähtökohtana ei siitä huolimatta ole ollut kohdemaat itsessään, vaan kansainvälisten kollegiaalisten kontaktien uudelleenelvyttäminen ja asiantuntijahavaintojen- ja lausuntojen tekeminen niiden maiden terveydenhuolto-oloista, joihin avustusmatkat suuntautuivat²⁶.

Transnationaalisuutta tutkimuksessa edustaa myös se, että mitään tarkasteltavista maista ei ole otettu ikään kuin tarkastelun lähtökohdaksi, johon toisia maita vertailtaisiin, vaan tarkoituksena on tarkastella terveydenhuollosta raportointia, joka saa uusia ja erilaisia piirteitä riippuen siitä, missä kontekstissa, tässä tapauksessa siis missä kohdemaassa, sitä

²⁴ Juneja & Pernau, 2009 105, 110.

²⁵ Fleischmann et. al. 2013, 10.

²⁶ bMS16103/13(1) 4, 15, 18. bMS16103/25(19), 48.

tarkastellaan. Vaikka raporttien lähtökohtana näyttää usein olleen kohdemaiden vertailu Yhdysvaltoihin ja avustusmatkojen aikaan siellä vallinneeseen tilanteeseen, on asetelma tutkimuksessa kuitenkin toisenlainen; Yhdysvallat luo tutkimukselle vain taustaa raporttien luojien kotimaana ja auttaa siten ymmärtämään heidän mielipiteitään ja havaintojaan, mutta tarkoituksena ei ole verrata kohdemaiden tilannetta Yhdysvaltoihin, vaan lähinnä tarkastella sitä, millä tasolla niiden terveydenhuoltojärjestelmät teoriassa olisivat voineet olla 1940-luvun tietämyksen ja jo saavutettujen lääketieteellisten innovaatioiden tarjoamat mahdollisuudet huomioon ottaen ja peilata sitä kohdemaiden yhteiskunnalliset tilanteet huomioon ottaen siihen, mikä tilanne todellisuudessa oli toisen maailmansodan häviäjävaltioissa.

Transnationaalisia kontakteja oli lääketieteessä luotu jo paljon ennen toista maailmansotaa seurannutta avustusjärjestöjen toiminnan aktiivisinta aikaa. Kansainväliset kontaktit lääkäreiden välillä olivat tiivistyneet jo tieteellisen vallankumouksen myötä ja ylirajaista kansainvälistä yhteistyötä tehtiin laajasti, minkä ansiosta uusimmat tieteelliset innovaatiot levisivät valtioiden välillä.²⁷ Yhteisissä ylirajaisissa lääketieteellisissä projekteissa toimijoiden kansallisuus ikään kuin häivyttyy ammatillisen roolin ollessa pääosassa. Tutkimuksen tarkastelemien avustusmatkojen kohdallakaan raporttien kirjoittajat toimivat ensisijaisesti ammatillinen identiteetti edellä arvioiden kollegojensa toimia ja toimintaympäristöjä kansallisuuksien saadessa vähemmän merkitystä.

Tässä tutkimuksessa yksi konteksti, jota ei voi kuitenkaan jättää huomioimatta on se, kuinka ns. ”vieraat” kuvaavat vieraan maan oloja. Teoriat sosiaalisesta konstruktivismista ovat toimineet taustalla kun raporteista on pyritty hahmottamaan sitä, miksi avustustyöntekijät kirjoittavat havainnoistaan niin kuin kirjoittavat ja sitä, mitkä taustavaikuttajat ja mahdolliset tavoitteet ovat ohjanneet heitä havainnointi- ja kirjoitusprosessissa. Esimerkiksi Ludmilla Jordanovan artikkelia lääketieteellisen tiedon sosiaalisesta rakentumisesta²⁸ on käytetty apuna pyrittäessä hahmottamaan sitä, kuinka lääketieteellisen tiedon muodostaminen on moniulotteinen, sosiaalinen prosessi ja sen pohjalta muodostettu tieto sosiaalisesti ja kulttuurisesti rakennettua.

²⁷ Neill, 2012, 25-26.

²⁸ Jordanova, 1995.

Lääketieteellisen tiedon sosiaalisen rakentumisen prosessin kannalta olennaista on myös erilaisten kielellisten piirteiden yhteneväisyys ja sanojen samanlainen ymmärtäminen. Terveyden, sairauden ja lääketieteen kaltaiset termit eivät ole helposti määritettävissä ja tutkimuksen kannalta haasteellista onkin yrittää pohtia, tarkoittivatko ne yhdysvaltalaisille ja kohdemaiden lääkäreille samoja asioita. Se, mitä esimerkiksi raporttien kirjoittajat mielsivät lääketieteen tai terveyden termien sisältävän on olennaista raporteissa esiteltyjen havaintojen ymmärtämisen kannalta.²⁹ Vaikka termien yksityiskohtaisia sisältöjä tai merkityksiä kullekin matkoihin liittyneelle lääkärille on mahdotonta selvittää, on asia kuitenkin otettava huomioon yritettäessä muodostaa mielikuvaa siitä, kuinka matkoja ja kohdemaita koskeva lääketieteellinen tieto on rakentunut ja kuinka yhdysvaltalaiset avustustyöntekijät ovat muodostaneet käsityksensä kohdemaiden tilanteista sellaisiksi, minkälaisina ne raporteista välittyvät. Raportteja lukiessa on pyritty pohtimaan, mitkä sosiaaliset prosessit tai kielelliset vuorovaikutussuhteet ovat voineet vaikuttaneet siihen, että avustustyöntekijät ovat muodostaneet kohdemaiden terveydenhuollon tilasta juuri sen kuvan, joka raporteista on luettavissa.

Kuten esimerkiksi Deborah Luptonkin huomauttaa, terveys, sairaus, terveydenhuolto ja sairaudet on kaikki mielletävä sosiaalisesti rakentuneina käsitteinä ja niiden tarkastelemiseksi ja ymmärtämiseksi niiden sosiaaliset ja kulttuuriset merkitykset ja taustat on tunnustettava ja otettava huomioon.³⁰ Myös Arthur Kleinman korostaa jo 1970- luvun lopulla tekemissään tutkimuksissa sitä, kuinka terveydenhuoltoa ja sen järjestämistä on mahdotonta tarkastella ilman että se mielletäisiin sosiaalisesti ja kulttuurisesti rakentuneeksi. Näin ollen terveydenhuoltoon liittyvän tiedon sosiaalisen rakentumisen prosessit on niinkään pyrittävä tarkasti huomioimaan terveydenhuoltoa tutkittaessa ja varsinkin terveydenhuoltoa koskevaa vertailevaa tutkimusta tehtäessä.³¹ Se, kuinka terveys, sairaus tai terveydenhuolto mielletään, on aina sosiaalisesti ja kulttuurisesti konstruoituunutta, eikä esimerkiksi juuri terveyttä ja terveydenhuoltoa voida pitää universaaleina käsitteinä, jotka tarkoittaisivat yksiselitteisesti samaa kaikille ihmisille ja pitäisivät sisällään samanlaiset määritelmät kaikkialla. Sen sijaan lääketiedettä ja terveydenhuoltoa koskeva tieto on aina sosiaalisten prosessien myötä rakentunutta ja

²⁹ Hokkanen, 2007, 18-19.

³⁰ Lupton, 2003, 50.

³¹ Kleinman, 1978, 29-31.

varsinkin tutkimusta tehtäessä on otettava huomioon, että erilaisten sosiaalisten prosessien seurauksena terveydenhuoltoon liittyvät käsitteet voivat sisältää erilaisia konnotaatioita.³²

Tämän tutkimuksen osalta huomio vaikuttaa voimakkaimmin siihen, että arvioita kohdemaiden tilanteista tiedostetaan tehtävän yhdysvaltalaislähtöisesti, mikä tutkimuksen teon kannalta tarkoittaa sitä, että raporteissa esitetyt näkemykset on pyritty suhteuttamaan mahdollisimman huolellisesti lääketieteen oppihistorian ja tutkimuskirjallisuuden tarjoamaan tietoon kohdemaiden lääketieteen ja terveydenhuollon tilanteista. Raporttien on läpi tutkimuksen tiedostettu tarjoavat vastauksia vain tutkimuskysymyksiin siitä, kuinka yhdysvaltalaiset kohdemaiden oloja kuvaavat ja minkälaisista asioista raportoidaan. Samalla taustaa havainnoille on pyritty luomaan juuri tutkimuskirjallisuutta apuna käyttäen, jolloin raporteista välittyvät havainnot ovat saaneet selitystaustaa yhteiskunnallisten piirteiden tarkastelun kautta ja näin ollen esimerkiksi osa raporteissa esiintyvistä, terveydenhuolto-oloja kurjiksi ja alkeellisiksi kuvaavista havainnoista on saanut selityksensä toisen maailmansodan jälkeensä jättämästä ahdingosta.

Raportteja tarkasteltaessa on otettava jatkuvasti huomioon se, että terveyden ja sairauden käsitteet ja niihin liittyvät konnotaatiot ovat vahvasti sidoksissa juuri sen hetken kulttuuriin ja elinympäristöön, jossa kulloinkin eletään.³³ Näin ollen yhdysvaltalaislääkäreiden näkemys kohdemaiden terveydenhuolto-oloista voi monin paikoin poiketa paikallisten lääkäreiden näkemyksestä. Etenkin pienempien yksityiskohtien, kuten esimerkiksi välineiden koon tai petivaatteiden puhtauden kohdalla on helposti havaittavissa se, kuinka hyvistä lähtökohdista tulevilla lääkäreillä on ikään kuin varaa kiinnittää huomiota niinkin yksittäisiin seikkoihin kun taas kohdemaiden lääkärit pyrkivät vain hoitamaan suuret linjat kuntoon ja selviytymään välttämättömmimmistä.³⁴ Totaalisen tuhon, joka oli kohdannut Saksan lähes kaikkia sairaaloita ja Italiankin sairaaloista suurinta osaa, jälkeen pienimpiin yksityiskohtiin ei kerta kaikkiaan voitu kiinnittää huomiota eikä niiden mitä luultavimmin mielletty liittyvät olennaisena osana potilaiden hoidon laatuun. Sen sijaan yhdysvaltalaiset, jotka sotaan osallistumisesta huolimatta olivat pystyneet säilyttämään sairaaloissaan sitä edeltäneen tason ja yhä kehittymään lääketieteen saralla myös sotavuosien aikana, mielsivät myös tämänkaltaisten asioiden liittyvän tiiviisti ja tärkeänä osana käytännön potilastyöhön.

³² Freund et. al. 2003, 96.

³³ Ks. Esim. Singer, 2004, Freund et. al. 2003 126-133, 147-153.

³⁴ bMS16103/25(14) 52, bMS16103/13(7) 63.

Varsinkin potilas-lääkärisuhteessa erilaiset kulttuuritaustat vaikuttavat yhä edelleen vahvasti siihen, kuinka potilas-lääkärisuhde mielletään ja minkälainen suhde pyritään luomaan tai millaiseksi se koetaan. Eroja ei löydy vain eri kansallisten kulttuurien väliltä vaan myös niiden sisältä; esimerkiksi hoitotilanteessa potilas voi usein kokea hänen ja lääkärin välisen suhteen toisin kuin lääkäri samassa tilanteessa.³⁵ Näin ollen raporteissa usein esiintyvä tilanne, jossa kolmas, eri kulttuuritaustan omaava osapuoli arvioi potilaan ja lääkärin välistä suhdetta, on kiistatta ongelmallinen. Yhdysvaltalaislääkärit voivat toki yrittää eläytyä kohdemaiden lääkäreiden asemaan ja verrata näiden toimintatapoja siihen, kuinka olettaisivat itse vastaavassa tilanteessa toimivansa, mutta se ei tarkoita sitä, etteikö olemassa olisi mahdollisuus, että yhdysvaltalaislääkäreiden oma toiminta potilaiden kanssa voisi näyttäytyä ulkopuoliselle arvioijalle eri tavoin kuin miten lääkärit itse tilanteen kokisivat. Siksi esimerkiksi arviot kohdemaiden lääkäreiden tylyydestä tai ratkaisulähtöisyydestä potilaslähtöisyyden sijaan on suhteutettava tähän ja otettava huomioon se, että kyseessä on vain yhdysvaltalaislääkäreiden arvio tilanteesta, eikä sitä voida ottaa yksiselitteisenä totena. Se, mikä näyttäytyy tylyytenä raportin kirjoittajille ei välttämättä ole ollut sitä kohdemaan lääkäreille tai heidän potilaillensa.

Tästäkin huolimatta terveydenhuoltoa ja lääketiedettä on mahdollista tarkastella objektiivisesti, vaikka arvioiden tekijät ja arvioinnin kohteena olevat tulisivat erilaisista lähtökohdista. Esimerkiksi kivun kokemukset, vaikkakin henkilökohtaisia ja tulkinnanvaraisia, ovat aitoja ja kaikkialla kiistatta toistuvia.³⁶ Lääketieteen oppihistorian avulla on mahdollista selvittää, kuinka terveydenhuoltojärjestelmien olisi periaatteessa ollut mahdollista toimia ottaen huomioon alalla jo saavutetut kehitysaskleet ja olemassa olleen tiedon esimerkiksi sairauksien parhaista hoitotavoista tai leikkauskäytänteistä.

Tutkimuksen tavoitteena on alkuperäislähteistä ilmenevien havaintojen pohjalta selvittää, kuinka yhdysvaltalaislääkärit kohdemaiden oloja kuvasivat ja suhteuttaa nämä raportoinnit laajempaan, raporteissa pääosin pimentoon jäävään avustusmatkojen aikaan vallinneeseen, laajempaan yhteiskunnalliseen tilanteeseen, jotta raporteissa esiintyvät arviot kohdemaiden terveydenhuollon tilanteesta saisivat tarvitsemaansa selitystaustaa, eivätkä jäisi vain yhdysvaltalaisista lähtökohdista tehdyiksi arvioiksi. Raporteista on pyritty poimimaan kaikki avustustyöntekijöiden arviot ja havainnot kohdemaista, mutta samalla ikään kuin antaa niille

³⁵ Helman, 2007, 121-122, Kleinman, 1978, 27.

³⁶ Freund et. al. 2003, 196.

painoarvoa vain yhdysvaltalaisien avustustyöntekijöiden arvioina ja kykenevinä vastaamaan ainoastaan kysymyksiin siitä, kuinka avustustyöntekijät kohdemaiden oloja kuvaavat. Raporteista välittyvät havainnot ja arviot on sitten pyritty sovittamaan lääketieteen oppi- ja sosiaalishistorioiden tarjoamiin tietoihin ja peilaamaan havaintoja tätä pohjaa vasten. Samalla on jatkuvasti pohdittu tutkimuskysymystä siitä, kuinka raporteissa esiintyvä tieto on rakentunut ja mistä lähtökohdista arviot esitetään.

Näin kaikista lääketieteen historian ulottuvuuksista tai osa-alueista tulee yhdessä hyödynnettynä kyseiseen tutkimukseen sovellettavissa oleva tutkimusmetodi, jonka avulla on mahdollista huomioida kaikki tutkimuskysymyksiin sisältyvät ulottuvuudet. Tämä mahdollistaa sen, että tarkasteluun voidaan ottaa lääketieteen oppihistorian kautta ymmärrettävien konkreettisten tietojen, käytänteiden ja varusteiden taso, siihen taustalla vaikuttaneet syyt lääketieteen sosiaalishistorian kautta ja se, että raporteissa esitetyt havainnot ja mielipiteet ovat yhdysvaltalaisista lähtökohdista esitettyjä ja sosiaalisesti konstruoituja ja voisivat vaihdella, mikäli matkoille olisi esimerkiksi lähetetty eri erikoisaloille erikoistuneita lääkäreitä tai mikäli avustustyöntekijät olisivat vierailleet eri paikoissa kuin missä nyt vierailivat ja tavanneet kohdemaissa eri paikallislääkäreitä, jolloin tiedon sosiaalisen rakentumisen prosessi olisi edennyt toisin ja johtanut toisiin johtopäätöksiin.

2. Kristillisen avustustyön monet toimijat ja tavoitteet

Kristinusko ja avustustyö ovat aina liittyneet tiiviisti toisiinsa. Terveysthuollon nimissä on perustettu lukuisia järjestöjä, organisaatioita ja ruohonjuuritason toimijoita, joiden tavoitteena on ollut auttaa hädässä olevia ja kohentaa heidän elinolojaan. Tässä työssä kristilliset avustusjärjestöt ja lääketiede ovat lähentyneet ja lopulta kietoutuneet tiiviiseen yhteistyöhön. Ajoittaisista aatteellisista ja toiminnallisista erimielisyyksistä huolimatta ne ovat onnistuneet kehittymään yhdessä ja luomaan välilleen vankan siteen avustustyön harjoittamisessa. Kuten kyseisen tutkimuksen tarkastelemissa tapauksissa, monet lääketieteelliset innovaatiot ja uudet toimintatavat ovat rantautuneet ensimmäistä kertaa kohdemaihin nimenomaan kristillisten avustustyöntekijöiden mukana.³⁷ Kuten myöhemmistä kappaleista käy ilmi, myös Unitarian Service- komitean avustusmatkoille lähettämät lääkärit onnistuivat jokaisessa kohdemaassa tuomaan jotain uutta lääketieteen saralle ja esittelemällä uusimpia innovaatioita esimerkiksi leikkaustekniikoissa he edesauttoivat uusimpien käytänteiden jalkautumista lopulta käytännön potilastyöhön.

Toisen maailmansodan jälkeen kristillisten avustusjärjestöjen jo 1800- luvun lopulla kasvuun lähtenyt määrä³⁸ lisääntyi edelleen ja niistä tuli tärkeä toimija kylmän sodan värityksellä kansainvälisen politiikan kentällä. Avustusjärjestöt ottivat suuren roolin sodan tuhojen korjaamisessa ja sodasta kärsineiden maiden elinolojen kohentamisessa. Laajoja, monen eri tahon voimavaroja yhdistäviä kansanterveyden edistämiseen keskittyneitä kampanjoita oli Yhdysvaltojen johdolla järjestetty jo ainakin 1920 -luvulta lähtien, jolloin Rockefeller Foundationin organisoima, monia eri tahoja, kuten maanviljelyä, terveydenhuoltoa ja koulutusta hyödyntänyt kampanja koukkumatojen torjumista vastaan käynnistyi³⁹. Laajat kansanterveyden edistämiseen pyrkineet kansainväliset projektit kuitenkin lisääntyivät huomattavasti toisen maailmansodan jälkimainingeissa. Avustusjärjestöjen suuri määrä, aktiivisuus Euroopan jälleenrakentamisessa ja halu yhdistää ja eheyttää maailmaa osaltaan osoittaa, ettei ajatus maailmanyhteisöstä ollut toisesta maailmansodasta ja kylmästä sodasta huolimatta kokonaan kadonnut. 1900- luvun kristilliselle avustustyölle tyypillistä oli kireästä kansainvälisestä tilanteesta huolimatta se, etteivät itse avustustyötä harjoittaneet kokeneet

³⁷Porterfield, 2005, 5, 141.

³⁸Porterfield, 2005, 144.

³⁹Serling, 2010, 42.

toimineensa oman valtiollisen kansallisuutensa edustajina ja auttavansa toisten kansallisvaltioiden apua tarvitsevia, vaan tietynlainen maailmankansalaisuuden ajatus oli humanitäärisessä avustustyössä vahvasti läsnä. Maantieteellisistä rajoista piittaamattomat tavoitteet ja pyrkimykset autettavien elinolojen parantamiseksi, sekä kristinuskon universaalit arvot häivyttivät avustustyössä valtiollisia rajoja ja tekivät avustustyöntekijöistä asiantuntijuus ja työtehtävä edellä kansainvälisellä kentällä työskennelleitä, transnationaalisia toimijoita.⁴⁰

Kylmä sota kuitenkin vaikeutti monin paikoin kansainvälisten avustusjärjestöjen toimintaa. Esimerkiksi Neuvostoliitosta, Bulgariasta ja Romaniasta lähetettiin useiden eri avustusjärjestöjen edustajia pois ja avustushankkeita jouduttiin lopettamaan, kun avustustyöntekijöitä syytettiin kohdemaiden vakoilusta ja sabotoinnista.⁴¹ Myös kyseisen tutkimuksen tarkastelemisissa tapauksissa kireä kansainvälisen politiikan tilanne oli selvästi huomattavissa Saksaan kohdistuneen avustusmatkan kohdalla kun Neuvostoliiton miehityssektorille ei Berliiniä lukuun ottamatta avustustyöntekijöiden halusta ja kiinnostuksesta huolimatta saatu lupaa järjestää sairaalavierailuja tai luentoja. Vaikka varsinaiset vierailut suuntautuivat Länsi-Saksaan, oli myös Neuvostoliiton vyöhykkeellä työskenteleviä lääkäreitä kuitenkin kutsuttu osalle yhdysvaltalaisen pitämistä luennoista. Esimerkiksi Berliinissä järjestettyihin opetustilaisuuksiin otti osaa Neuvostoliiton vyöhykkeen sairaaloissa ja yliopistoissa työskennelleitä lääkäreitä. Neuvostoliiton vyöhykkeellä sijainneisiin Berliinin yliopistoon ja yliopistolliseen sairaalaan avustustyöntekijät pääsivät myös vierailemaan. Avustusmatkoihin olennaisena osana kuuluneet luennot järjestettiin kuitenkin Iso-Britannian vyöhykkeellä sijainneessa Robert Koch -sairaalassa, eikä yliopistollisessa sairaalassa kuten muualla.⁴²

Kristillistä avustustyötä on myös kritisoitu monin tavoin asettaen samalla sen motiivit kyseenalaisiksi. On laajasti tunnustettua, että avustustyötä on usein käytetty vain länsimaisen kulttuurin levittämisen välineenä ja tehokkaana tapana kerätä vaikutusvaltaa. Avustustyöhön lähtemiseen vaikuttavat syytkin on usein mainittu pohjimmiltaan itsekeskeisiksi; päällimmäisenä on kritisoitu vaikuttavan avustustyöntekijän halu turvata hyvien tekojen

⁴⁰ Fleischmann et. al. 2013, 11, 18.

⁴¹ Iriye 2002, 40, 41, 52.

⁴² bMS16103/13(1) 5, 45-46, 52, 60, bMS16103/14(1) 77.

kautta itselleen pelastus ja ikuinen elämä.⁴³ Usein perinteisessä kristillisessä avustustyössä hengellinen ja konkreettinen auttaminen on jouduttu asettamaan kilpailevaan asemaan ja esimerkiksi rahoituksen niukkuuden estäessä kaikkien apua vaativien ulottuvuuksien kohentamisen, on hengellisen puolen ruokkiminen asetettu etusijalle. Lääketieteellistenkin avustusmatkojen yhteydessä avustustyöntekijöiden roolia ensisijaisesti ”uskonnollisina opettajina” on korostettu ja siihen rooliin keskittymisen tärkeyttä painotettu.⁴⁴

Unitaarien harjoittama avustustyö poikkeaa perinteisestä kristillisestä avustustyöstä monin paikoin unitaarisuskontoon liittyvien oppikohtien takia ja on siksi jo sinänsä tarkastelunarvoista. Koska unitaarit eivät usko esimerkiksi juuri usein avustustyön motivaattorina pidettyyn ikuiseen elämään tai heidän avustustyöhönsä ei liity opillista ulottuvuutta, on avustusmatkojen taustoja haettava muualta kuin perinteisessä kristillisessä avustustyössä. Unitaarien ei ole tarvinnut tehdä valintoja tällaisten ulottuvuuksien välillä, vaan terveydenhuoltoon keskittyneillä avustusmatkoilla on keskitytty todella vain terveydenhuoltojärjestelmään tutustumiseen ja sen kohentamiseen opillisten ja hengellisten tavoitteiden puuttuessa. Seuraava alaluku koettaa valottaa unitaarisuskonnon eroja kristinuskon valtavirrasta ja sitä kautta sitä, kuinka heidän harjoittaman avustustyön kohdalla on pohdittava tarkasti, kuinka perusteltua sitä lopulta on nimittää kristilliseksi avustustyöksi.

⁴³Porterfield, 2005, 122-124, 157.

⁴⁴Porterfield, 2005, 142-143.

2.1 Unitaariuniversalistit

Nykyisin unitaariuniversalismissa yhdistyneet unitarismi ja universalismi ovat alun perin kaksi erillistä aatetta kristillisessä teologiassa. Sanaa unitarismi käytettiin ensimmäisen kerran jo vuonna 1569 kuvaamaan uskontoa, joka kiistää kristinuskolle tyypillisen kolminaisuusopin. Unitarismien tunnuspiirteenä onkin kautta aikojen säilynyt Jeesuksen jumalallisuuden kiistäminen.⁴⁵ Jeesuksen asemaa profeettana ja opettajana unitaarit eivät kiistä, mutta neitseellisen syntymän, ihmetekojen ja ylösnousemuksen kiistäminen erottaa heidät kristinuskon valtavirrasta.⁴⁶

Universalismin ydinajatuksena on puolestaan ajatus siitä, että Jumala kaikessa hyvyydessään pelastaa lopulta kaikki ihmiset, eikä kenenkään kohtaloksi koidu kadotukseen joutuminen⁴⁷. Esimerkiksi varsinaista lähetystyötä universalistit eivät ole koskaan harjoittaneet, sillä heidän uskomuksensa mukaan Jumala pelastaa pakanatkin joka tapauksessa, oli heitä käännytetty uskoon tai ei. Sen sijaan hyväntekeväisyystoiminta on sekä universalisteilla että unitaareilla ollut varsin avokäteistä jo 1800- luvun alusta alkaen.⁴⁸

Unitarismien ja universalismin kehitystä on lähes mahdotonta tarkastella toisistaan erillisinä, sillä jo 1700- luvulla suurin osa unitaareista mielsi itsensä samalla myös universalisteiksi. Myös universalistit alkoivat vähitellen hyväksyä unitarismien osaksi omaa ajatteluaan ja kun vuonna 1825 unitaarien kattojärjestöt perustettiin sekä Yhdysvalloissa että Lontoossa, olivat unitarismi ja universalismi jo käytännössä sulautuneet toisiinsa. Kuitenkin kun Unitarian Service- komitea perustettiin vuonna 1940, kesti 20 vuotta ennen kuin vuonna 1945 perustettu Universalist Service- komitea yhdistyi siihen. Vaikka järjestöt tekivät 1940- luvulta lähtien yhteistyötä keskenään, on mielenkiintoista huomata niiden säilyneen niinkin pitkään erillään vaikka sekä yhdysvaltalaisien että englantilaisten universalistien sanotaan sulautuneen unitaareihin jo 1800- luvun alkuvuosikymmeninä.⁴⁹ Tämän tutkimuksen kohdalla on tärkeää pitää koko ajan mielessä, että vaikka avustustyöntekijöistä puhutaan

⁴⁵Leitzinger, 1997, 38.

⁴⁶Church, 110.

⁴⁷Church, 126.

⁴⁸Leitzinger, 1997, 55, 72.

⁴⁹Leitzinger, 1997, 48, 50, 62 www.uusc.com

yhdistymisen virallisen ajankohdan vuoksi vain unitaareina, sisältyi myös universalismi olennaisesti järjestön aatteisiin, joskin raporteissa uskonnolliset opinkohdat ja järjestön periaatteiden huomiointi saavat hyvin vähän, useimpien kirjoittajien kohdalla ei lainkaan huomiota. Raporttien kirjoittajien kohdalla voisikin kenties mieluiten ajatella heidän edustavan unitaareja korkeammalla ja laajemmalla järjestötasolla, Unitarian Service –komitean edustajina ja alaisina, kun taas yksilötasolla heidän toimijuutensa määrittyy ennen kaikkea lääketieteen ammattilaisuuden kautta.

Unitaareja ja universalisteja alusta asti voimakkaasti yhdistänyt ajatus oli utilitarismi⁵⁰, johon pyrkiminen selittää suurelta osin myös heidän harjoittamaansa laajaa hyväntekeväisyystoimintaa. Kun pyrkimyksenä on mahdollisimman suuri määrä hyvää mahdollisimman monelle, tuntuu hyväntekeväisyystyö luontevalta kanavalta pyrkiä tavoitteeseen. Koska universalismiin sisältyy kuitenkin vahva ajatus kaikkien pelastumisesta ovat hyvien tekojen tekemisen motiivit olleet mitä ilmeisimmin tässä elämässä, eikä niillä ole pyritty turvaamaan kuolemanjälkeistä elämää, kuten usein kristinuskossa.

Unitaariuniversalismi korostaa ajatusta vapaasta uskosta ja siitä, että jokaisen tulisi saada harjoittaa hengellisyyttä omalla tavallaan ja omista lähtökohdistaan ilman tiukkoja teologisia oppeja. Uskonto mielletään ennen kaikkea henkilökohtaiseksi asiaksi, ja sen sitomista tiukkoihin, ylhäältä tuleviin oppeihin tai aatteisiin vierastetaan. Kristillisen kirkon valtavirrasta unitaarit ovat jo kauan erottuneet korostamalla järjen, vapauden ja valistuksen voimaa ja karttaneet uskonnon ja moraalien asettamista yksin tiukkoihin raameihin.⁵¹ Niinpä avustus- ja hyväntekeväisyystyöhönsäkään ei ole sisällynyt opetuksen ulottuvuutta, vaan apua on annettu ennemmin utilitarismin lähtökohdista. Tarvetta opetukselle ja käännyttämiselle hengellisessä mielessä ei ole ollut, sillä Jumalan on uskottu pelastavan lopulta kaikki, uskonnosta riippumatta. Sen sijaan esimerkiksi kyseisessä tutkimuksessa tarkasteltavien avustusmatkojen aikana opetusta lääketieteen uusimpiin käytäntöihin ja käännytystyötä terveydenhuoltojärjestelmien kehittämiseksi modernimpaan suuntaan yhdysvaltalaisen johdolla, on harjoitettu laajasti.

⁵⁰Leitzinger, 1997, 44, 50.

⁵¹Leitzinger, 1997, 76, Church 116.

Unitaarien nimittämisessä kristilliseksi avustusjärjestöksi on siis omat ongelmansa, mikäli kristillistä avustustyötä halutaan määritellä motivaation ja tavoitteiden lähtökohdista. Lisäksi on mielenkiintoista huomata, että vaikka ulkopuoliset mieltävät unitaarit usein kristilliseksi avustusjärjestöksi, yli puolet heistä ei nykyään pidä itsestään tai kirkkoaan kristillisenä.⁵² Unitarian Service- komitean kohdalla kristillisuus oli kuitenkin yksi tärkeä elementti 1940-luvulla. Varsinkin järjestön suunnitellessa avustusmatkoja ja ollessa yhteyksissä paikallisiin toimijoihin käytännönjärjestelyjä tehdessään, oli uskonnollinen ulottuvuus selvästi esillä. Myös esimerkiksi Jumala mainittiin usein ja hänen siunaustaan matkoille toivottiin laajasti, mikä puoltaa kristillisen ulottuvuuden läsnäoloa järjestössä ja sen tekemässä hyväntekeväisyystyössä. Varsinkin komitean lähettämistä ruoka – ja vaateavustuksista kiitettäessä kristillisyyden korostaminen oli tavallista, kuten oheisesta esimerkistä käy ilmi:

Unitarian Service –komitean lähettämän ruoka-avustuspaketin vastaanottanut Dr. Gustav H. Blanke Unitarian Service –komitealle osoitetussa kirjeessä 6.7.1948:

"...We also take your present as a proof that Christianity is not just a religious doctrine and tradition, but an active social force which is driven forward by a spirit of charity which does not seem to know of national, religious or racial boundaries."⁵³

Toisaalta varsinkin lääketieteellisten avustusmatkojen kohdalla korostettiin usein, kuinka niiden tarkoitus oli edesauttaa tieteen kehitystä ja luoda kansainvälisiä suhteita lääketieteen saralla, eikä matkoilla ollut poliittisia tai uskonnollisia tarkoituksia. Selvänä erona useisiin muihin hyväntekeväisyyttä harjoittaviin kristillisiin järjestöihin unitaareissa oli siis se, että he keskittyivät avukseen konkreettisiin, maallisiin toimiin hengellisen avunannon ja käännytystyön sijaan.

Tämän piirteen myötä tutkimus saakin mielenkiintoisen ulottuvuuden ja tekee Unitarian Service -komitean hyväntekeväisyystyön tarkastelemisenarvoiseksi jo sinällään. Komitean harjoittama avustustyö ei kristillisestä taustastaan huolimatta suuntautunut ainakaan kolmen tarkastellun avustusmatkan kohdalla lainkaan uskonnollisiin tai hengellisiin seikkoihin, eikä

⁵²Leitzinger, 1997, 61.

⁵³"Lahjanne osoittaa myös, kuinka kristinusko ei ole ainoastaan uskonnollinen oppi ja perinne, vaan aktiivinen sosiaalinen vaikuttaja, jota ajaa eteenpäin armollisuus ja hyväntekeväisyys, joka ei tunne kansallisia, uskonnollisia tai etnisiä rajoja." bMS16103/14(3) 2.

niistä raportoitu puhuttaneen lainkaan kohdemaiden lääkäreiden kanssa. Saksaan, Italiaan ja Suomeen tehtyjen avustusmatkojen aikana keskityttiin terveydenhuollon oloihin tutustumiseen, yliopistoissa luennoimiseen ja kontaktien luontiin kansainvälisten kollegojen välille, kuten myöhemmät käsittelyluvut osoittavat.

2.2 Lääkärit avustustyöntekijöinä

Matkoilla yhdysvaltalaislääkärit keskittyivät tarkastelemaan muun muassa lääketieteellisen tutkimuksen tilaa, sairaaloiden varustetasoa ja sitä, millä tasolla kukin operatiivinen lääketieteen osa-alue kohdemaassa oli. Tietoa ja neuvoja oli tarkoitus viedä perille kiertelemällä sairaaloissa ja puuttamalla epäkohtiin, järjestämällä seminaareja ja kursseja ja luennoimalla lääketieteen uusimmista saavutuksista, jotka Yhdysvalloissa olivat jo käytössä, mutta joista kohdemaissa ei vielä ollut tietoa.⁵⁴

Saksaan suuntautunut avustusmatka toteutettiin tarkastelluista matkoista ensin, heinäsyyskuussa 1948 ja siihen osallistui 14 yhdysvaltalaisista avustustyöntekijää, joista 12 oli lääketieteen ammattilaista ja kaksi toimi sihteereinä ja hoiti erilaisia matkaan liittyneitä hallinnollisia tehtäviä. Kuten jokaisen avustusmatkan kohdalla, matkalle lähteneet lääkärit olivat lukuisille eri aloille erikoistuneita erikoislääkäreitä, jotka usein hoitivat myös yliopistollisia virkoja, kuten oman erikoisalojensa professuureja. Mukaansa Yhdysvalloista avustustyöntekijät ottivat alan uusimpia tutkimustuloksia ja julkaisuita, sekä sairaalavälineistöä.⁵⁵

Matkan tavoitteet olivat varsinaisen lääketieteellisen tiedon vaihdon lisäksi varsin mahtipontiset:

"We sincerely hope that this Mission will be received in the spirit of goodwill, and that the lecture program and the informal contact between American and German professors will become not only a permanent cultural link, but also a practical contribution to the

⁵⁴bMS16103/13(1) 4, 18.

⁵⁵bMS16103/13(1) 5, 45-46, 52, 60, bMS16103/14(1) 77.

demonstration of democracy at work and thus will also become a contribution to a better understanding among the nations to world peace.”⁵⁶

Italiaan lähti niin ikään omien erikoisalojensa huippuja, kuten lastenlääkäreitä, farmakologeja, suukirurgia ja neurokirurgia Yhdysvaltain eri yliopistoista, yhteensä 11 lääkäriä ja 2 hallinnollista työntekijää. Luentoja pidettiin samantyyppisistä aiheista kuin Saksassakin lääketieteen erikoisaloille suuntautuneiden luentojen vuorotellen yleisempien aiheiden, kuten aseptiikan kanssa.⁵⁷

Matka Suomeen järjestettiin elokuussa 1948 ja sillekin osallistui kymmenkunta lääkäriä ja sihteeri.⁵⁸ Osa yhdysvaltalaisista lääkäreistä kirjoitti raporteissaan tienneensä jo ennen matkaa suomalaisen lääketieteen korkean tason ja korosti, että matkan tarkoitus ei ollut yksisuuntainen, yhdysvaltalaisilta suomalaisille siirtyvä tieto, vaan yhdysvaltalaiset olivat myös oppimassa suomalaisilta lääkäreiltä. Kuitenkin sotavuosien keskeytys oli suomalaisten taakkana, yhdysvaltalaiset kun olivat sodasta huolimatta voineet keskeytyksellä jatkaa tutkimustaan ja tieteenalan kehitystä.⁵⁹

Unitaarit käsitteenä aiheuttivat paikoin kohdemaissakin hämmennystä ja heitä pyrittiin määrittelemään nimenomaan kolminaisuusopin kieltämisen kautta. Esimerkiksi Kreikassa, jonne komitea niin ikään organisoi matkan, Unitarian Service –komitea olisi käännetty mediassa ”Anti-Trinitarian” –komitana, mikäli matkan tulkki ei olisi kertonut parempaa käännoästä.⁶⁰

Vaikka raportit päätyivät kertomaan lopulta paljon muustakin kuin kohdemaiden lääketieteellisestä tilanteesta ja avustustyöntekijät pyrkivät puuttumaan myös kohdemaiden yhteiskunnallisten ja poliittisten tilanteiden arviointiin ⁶¹, oli tarkoitus matkojen suunnitteluvaiheessa toinen. Esimerkiksi Italian matkasta vastannut lääkäri O. F Hedley ja

⁵⁶“Toivomme vilpittömästi, että tämä avustusmatka otetaan vastaan hyvässä hengessä ja että luennot ja vapaamuotoiset kontaktit yhdysvaltalaisen ja saksalaisten professorien välillä auttavat paitsi muodostamaan pysyvän, kulttuurisen yhdyskunnan, toimivat myös osoituksena demokraattisesta työstä käytännössä ja edesauttavat ymmärrystä eri valtioiden välillä maailmanrauhan suhteen.”Lainaus Saksan matkaa koskevan ”Basic Reportin” alusta, kirjoittajaa ei henkilöity, bMS16103/13(1) 14.

⁵⁷bMS16103/25(15) 6, 23-27.

⁵⁸bMS16103/33(7) 57.

⁵⁹bMS16103/32(5) 162-163.

⁶⁰bMS16103/25(17) 39.

⁶¹esim. bMS16103/32(5) 204.

komitean lääketieteellisten projektien johtaja Erwin Kohn keskustelivat kirjeiden välityksellä siitä, kuinka matkojen olisi pyrittävä pysymään poliittisten aspektien yläpuolella, johon matkojen lääketieteellinen tarkoitus antoi hyvät edellytykset (Kohn Hedleylle 8.12.1947):

"I fully share your views that this teaching mission should be kept above political consideration and as difficult as you say it is, I hope it can be done since we are dealing in one of the few non-controversial fields in international relations, namely, medicines."⁶²

Terveystieteiden järjestäminen ja lääketieteellinen parantaminen olivat tutkimuksen tarkastelemalle ajanjaksolle tullessa jo siirtyneet kristillisiltä toimijoilta ammattilaislääkäreiden vastuulle ja terveydenhuollon järjestäminen ainakin periaatteessa valtiollisten toimijoiden vastuulle.⁶³ Maailmansotien välisellä ajalla julkiset terveydenhuoltojärjestelmät olivat alkaneet syntyä Euroopan eri valtioissa ja esimerkiksi terveysministeriöitä perustettiin 1910- ja 1920- luvulla lukuisiin Euroopan valtioihin⁶⁴. Toisen maailmansodan jälkeen tilanne olikin mielenkiintoinen, sillä vaikka lääketiede oli professionalisoitunut ja järjestäytynyt valtiovetoiseksi, tarvittiin sen järjestämiseen jälleen vapaaehtoisten, usein kristillisten, hyväntekeväisyystahojen apua. Avustusmatkalle lähteneet lääkäritkin edustivat tavallaan kahta eri leiriä; toisaalta he olivat ammattikuntansa edustajia ja kirjoittivat raporttinsa ammatillisesta näkökulmasta, mutta samalla olivat kuitenkin myös vapaaehtoisesti kristillisellä avustusmatkalla.

Välillä yhdysvaltalaislääkäreitä olikin hankalaa asettaa hyväntekeväisyystyöntekijän tai vapaaehtoistyöntekijän rooliin ja tasapainoilla heidän ammatillisen roolinsa ja vapaaehtoisten avustustyöntekijän roolinsa välillä. Raporteissa omaa roolia ja toimijuutta ei juurikaan käsitelty tai nostettu esiin, mutta avustusmatkojen jälkeen käyty kirjeenvaihto lääkäri R.W Gerardin ja komitean johdon assistentti Shirley Fullerin välillä osoittaa, että, vähintään huumorimelellä osa lääkäreistä oli kuitenkin tiedostanut ulottuvuutensa myös kristillisenä hyväntekijänä:

"I hope I shall be able to see you and the other apostoli."⁶⁵

⁶² "Jaan näkemyksesi siitä, että tämän matkan tulisi olla opetusmatka ja kaikkien poliittisten seikkojen yläpuolella. Kuten sanoit, vaikeaa se tulee olemaan, mutta toivon, että se onnistuu, sillä toimimme yhdellä harvoista ei-kiistellyistä kentistä kansainvälisten suhteiden saralla, nimittäin lääketieteeseen." bMS16103/25(6) 29.

⁶³ McLahlan, 1997, 235-237.

⁶⁴ Weindling, 2000, 39-40.

⁶⁵ "Toivon näkeväni sinut ja muut apostolit pian." bMS16103/25(5) 3.

3. Kohdemaiden yhteiskunnallinen tilanne luo selitystaustaa terveydenhuolto-oloille

3.1. Pahasti vaurioitunut Saksa

Kokonaisvaltaista tuhoa, joka Saksassa vallitsi toisen maailmansodan jälkeen, on hankalaa selittää tai käsittää. Maassa vallitsi laaja humanitäärinen kriisi kun äärimmäinen nälänhätä vaivasi suurinta osaa väestöstä ja joidenkin arvioiden mukaan puolet oli menettäneet kotinsa pommituksessa. Nälän lisäksi kylmyys oli suuri uhka selviytymiselle.⁶⁶ Sotavuodet olivat saaneet aikaan valtavaa tuhoa, joka heijastui elämän jokaiselle osa-alueelle⁶⁷.

Ruoka oli kortilla ja vaikka niukinta, vuonna 1945 säädettyä päivittäisannosta oli avustusmatkaan mennessä pystytty kasvattamaan, vielä vuonna 1949 ruokapula oli Saksassa suuri ongelma ja varsinkin työssäkäyvät ihmiset valittivat ruokakuponkien olevan täysin riittämättömiä turvaamaan riittävän ravinnonsaannin.⁶⁸ Myös kulkutaudit vaivasivat ja esimerkiksi lavantauti oli suuri ongelma. Epidemioiden leviämisestä syytettiin kirkkoa, joka ei paikallisten terveysviranomaisten neuvoista huolimatta ollut suostunut estämään pyhiinvaeltajien kokoontumista, jonka vuoksi epidemia oli päässyt valloilleen.⁶⁹ Pula kaikesta näkyi myös selvästi myös sairaaloiden potilaskannassa; avustusmatkan aikaan vuonna 1948 saksalaisissa sairaaloissa esimerkiksi kehiteltiin hoitokeinoja nälkäädeeman parantamiseksi⁷⁰.

Kohdemaista Saksassa kokonaisvaltainen avuntarve olikin selkeimmin nähtävissä, ja sodan tuhot leimasivat yhteiskunnallista tilannetta radikaaleimmin. Ruoan lisäksi kaikista elämän perushyödykkeistä, kuten asunnoista, oli pulaa⁷¹. Varsinaisten lääketieteeseen kohdistuneiden avustusmatkojen lisäksi Unitarian Service -komitea oli toteuttanut mittavia humanitäärisiä avustusprojekteja osana kansainvälistä kristillisten avustusjärjestöjen liittoumaa, CRALOGia. Saksaan lähetettiin mittavaa ruoka- ja vaateapua ja esimerkiksi

⁶⁶ Tooze, 2007, 672.

⁶⁷ Rotfeld & Stütze, 1991, 9.

⁶⁸ Fulbrook, 2005, 89.

⁶⁹ bMS16103/13(3) 86-87

⁷⁰ bMS16103/13(6) 27 Nälkäädeemalla tarkoitetaan tilaa, jossa nestettä alkaa kertyä kehoon pitkän aliravitsemuksen seurauksena.

⁷¹ Ahonen, 2003, 24.

orpokoteja ja nuorille tarkoitettuja yömajoja tuettiin lähettämällä rahaa ja lääkkeitä. Laaja humanitääriin avustustyö tulee niinkään esiin komitean kokoamista raporteista, jonne on kerätty runsaasti aiheeseen liittyvää kirjeenvaihtoa.⁷²

Talvi ja kylmyys aiheuttivat huolta ja vuoden 1947-48 talven jäätymiskuolemien ja nälkäkuolemien vuoksi seuraavaa talvea pelättiin pahasti. Apua talvea varten pyydettiin jo hyvissä ajoin mainiten, ettei edes leudosta talvesta selvittäisi ilman apua. CRALOG toteuttikin mittavan Winter Food Programmin, jonka avulla Berliiniin saatiin lähetettyä lukuisia ruokapaketteja. Berliinissä ruokaohjelman apu kohdistui etenkin vanhuksiin, joita organisaation omien arvioiden mukaan oli 18,6 prosenttia Berliinin väestöstä (yli 60 v). Tavoitteena oli saada avun perusteella päivittäinen ruoka-annos jaettua 100 000 vanhukselle, yli 60 -vuotiaita oli yhteensä 600 000. Muita ruoka-ohjelman avunsaajia olivat raskasta työtä tekevät ja opiskelijat. Myös vammautuneet, joita oli raporttien mukaan 116 000, kuuluivat ohjelman piiriin. Berliinin lapsista huolehti raporttien mukaan Ruotsin Punainen Risti.⁷³

Apu oli kaikessa laajuudessaan hyvin monipuolista. CRALOGin kokouksessa keskusteltiin esimerkiksi ohiolaisesta maanviljelijästä, joka oli lähtenyt Saksaan organisoidakseen maanviljelijöitä demokraattisiin ryhmiin. Palattuaan kotiin paikalliset olivat erittäin kiinnostuneita hänen matkastaan ja halukkaita auttamaan hädässä olevia saksalaisia. Niinpä ohiolaiset keräsivät ruokalähetyksiä, jotka CRALOGin kautta lähetettiin Saksaan.⁷⁴

Koululaisille myös lähetettiin joululahjoja, todennäköisesti lähinnä karkkia ja suklaata. 1940-luvun pulavuosina saksalaislapsille kerrottiin joulupukin köyhtyneen, eivätkä erään opettajan mukaan pienimmät lapset voineet kuvitellakaan, että joulupukki olisi joskus ollut rikas.⁷⁵

Saksaan kohdistuneen avustustyön volyyymi oli valtava. Kaksi ja puoli vuotta CRALOGin aloittamien toimitusten jälkeen Saksaan oli viety 110 000 000 paunan ja 50 000 000 dollarin edestä ruokaa, lääkkeitä, vaatteita. Ainakin 5 miljoona ihmistä sai osansa ruokalähetyksistä ja ainakin miljoona lasta pääsi lasten ruokaohjelman piiriin. Joka kuudennen arveltiin

⁷² bMS 16103/12(9)

⁷³ bMS16103/12(9) 59-60.

⁷⁴ bMS16103/12(9) 121-122.

⁷⁵ bMS16103/12(9) 110.

pukeutuneen CRALOG:n toimittamiin vaatteisiin. Se oli paljon enemmän kuin mihinkään muuhun Euroopan valtioon vapaaehtoisten avustusjärjestöjen toimittamat lähetykset.⁷⁶

Saksan läntisillä miehitysvyöhykkeillä vuonna 1948 toteutettu valuuttauudistus lisäsi entisestään vaikeaa yhteiskunnallista tilannetta.⁷⁷ Valuuttauudistuksen raportoitiin aiheuttavan suuria vaikeuksia kaikille ikäryhmille. Frankfurtissa saksalaisprofessorin raportoitiin maininneen sen negatiiviset vaikutukset etenkin akateemisille nuorille, joiden rahatilanteen raportoitiin monin paikoin olleen kestävämpänä. Esimerkiksi Frankfurtissa osan puutteesta katsottiin johtuvan nimenomaan valuuttauudistuksen aiheuttamasta taloustilanteen muutoksesta. Toisaalta valuuttauudistus oli tuonut kauppoihin lisää valikoimaa, joka ennen uudistusta oli arvottomalla rahalla ollut mahdotonta hankkia. Esimerkiksi harjojen, kirjoitusvälineiden ja kengännauhojen ilmestymisestä kauppoihin raportoitiin ja huomautettiin useiden ihmisten ymmärtävän valuuttauudistukseen kohdistuneesta kritiikistä huolimatta, ettei hyödykkeitä voinut olettaa pystyä ostettavan arvottomalla valuutalla. Toisaalta valuuttamuutos vaikeutti elämää huomattavasti, sillä esimerkiksi Saksan Punaisen Ristin laajojen hankkeiden toteuttamisesta ei tiedetty kun valuuttauudistus oli vienyt kaikki hankkeen rahat. Myös esimerkiksi Münchenissä toimiva laboratorio oli rahoitusvaikeuksissa raporttien mukaan nimenomaan valuuttauudistuksen vuoksi.⁷⁸

Mielenkiintoista on, kuinka raporteissa arvosteltiin paikoin kovinkin sanankääntein sitä, miten äärimmäisen kurjissa oloissa eläneet ihmiset eivät ottaneet avustustyöntekijöiden mielestä tarpeeksi vastuuta itse itsestään ja elinolojen kohentamisestaan. Osan kritisoitiin valittaneen turhasta, esimerkiksi täysin turvallisen veden vaarallisuudesta ja odottaneen liiaksi julkisen vallan, esimerkiksi kaupungin, hoitavan kaiken kuntoon. Osa avustustyöntekijöistä oli sitä mieltä, että asukkaat olisivat voineet oma-aloitteisuudellaan ja yhteistyöllään kohentaa elinolojaan sen sijaan, että olisivat jääneet rypemään niihin ja valittamaan niistä. Miten tämä sitten olisi ollut mahdollista yhteiskunnallisen tilanteen ja

⁷⁶ bMS 16103/12(9) 48-49.

⁷⁷ Tsvetkova, 2013, 73.

⁷⁸ Tri. Otto Krayner, bMS16103/13(3) 26, 28 - 29, 35, 85.

suurinta osaa väestöstä koskettaneen ahdingon huomioon ottaen mahdollista hoitaa, se jää raporteissa epäselväksi.⁷⁹

Saksan tilanne oli tietenkin sodan jälkeen erikoislaatuinen myös sen vuoksi, että se oli jaettu eri miehitysvyöhykkeisiin, joita hallitsivat miehittäjähallinnot.⁸⁰ Neuvostoliiton sektorilla sijainnut Berliini oli niinkään jaettu miehitysvyöhykkeisiin Iso-Britannian, Yhdysvaltain ja Ranskan hallitessa kaupungin läntisiä ja eteläisiä osia ja Neuvostoliiton suurinta osaa pääkaupungin historiallisesta keskustasta ja itäisistä ja koillisista alueista⁸¹. Berliinissä miehitys oli raporttien mukaan havaittavissa parhaiten; sähköt toimivat vain osan aikaa päivästä ja julkinen liikenne toimi huonosti. Jatkuvasti yli lentäneet lentokoneet muistuttivat vallitsevasta tilanteesta, johon kaupungin ja koko maan jako neljään miehitysvyöhykkeeseen toi oman sävynsä.⁸²

Saksan jako eri miehitysvyöhykkeisiin huomioitiin laajasti myös raporteissa, joissa kurjia oloja kuvailtaessa muistettiin aina mainita, millä miehitysvyöhykkeellä kulloinkin operoitiin:

”We were unhappy in the French Zone because the people were so unhappy and the conditions so unnecessarily difficult (no hot water, except on Saturday afternoons, 2.20 for a bath then, no toilet paper, no towels etc.)⁸³

Yhdysvaltalaisen miehitysvyöhykkeen oloja kuvattiin puolestaan positiivisin sanankääntein:

”The people of the streets of Heidelberg looked better dressed and fed than anywhere else we have been. The shops are full of things and people are buying, as much as they can, for prices are high. The American occupation is very benign, compared with the French, but one can't expect them to love any occupying forces.”⁸⁴

Paikoittain osasta raporteista välittyi selvä Yhdysvaltalaisen miehitysvyöhykkeen

⁷⁹ Tri. Otto Krayner, bMS16103/13(3) 33-34.

⁸⁰ Pasley, 1972, 60.

⁸¹ Ahonen, 2003, 7.

⁸² bMS16103/14(1) 77.

⁸³ ”Emme olleet tyytyväisiä Ranskan vyöhykkeellä, sillä ihmiset olivat siellä niin onnettomia ja olosuhteet tarpeettoman vaikeat (ei kuumaa vettä muulloin kuin lauantai-iltapäivisin klo: 2.20 kylpyä varten, ei vessapaperia, ei pyyhkeitä jne).Tri. Carl F. Schmidt, bMS16103/13(5) 66.

⁸⁴ ”Heidelbergin katukuvassa näkyneet ihmiset näyttivät paremmin pukeutuneilta ja ravituilta kuin missään muualla olemme nähneet. Kaupat ovat hyvin varusteltuja ja ihmiset ostavat niin paljon kuin korkeilla hinnoilla voivat. Yhdysvaltalainen miehitys on hyvin suopea ranskalaiseen verrattuna, mutta heidän ei voida olettaa pitävän mistään miehittäjävallasta.”bMS16103/13(5) 70.

tarkoituksenmukainen kehuminen, kuten hallinnollisena assistenttina mukana olleen Erdwin D. Broomen raportista parhaiten huomaa: "Since we were now back in the American Zone, problems of food, gasoline, and like, no longer existed."⁸⁵

Totaalisella tuholla, joka sodan jälkeen vallitsi Saksassa, eittämättä olikin vahva psykologinen merkitys. Kun lähes kaikki sosiaalinen elämä oli kuollutta, kaupungit raunioina, kansa liikekannalla ja ruokaa vähän, oli tulevaisuuteen vaikeaa suhtautua optimistisesti.⁸⁶ Rankat sotakokemukset olivat materiaalistien tuhojen lisäksi tehneet tuhojaan myös ihmisten psyykelle.⁸⁷

Eräs avustustyöntekijä esittikin oman tulkintansa Saksan epävarmasta tilanteesta todeten:

"Many Germans, when they look at a tree, wonder how soon they will be hung from it."⁸⁸

3.2. Eriarvoisuuksien Italia

Saksan tavoin myös Italian yhteiskunnallinen tilanne oli sodan loppumisen jälkeen erityisen vaikea. Hävitys ja kokonaisvaltainen tuho varsinkin Saksan miehittämässä pohjoisessa oli sodan päättyessä suuri, perheet hajallaan ja valtiovalta heikko. Maa olisi kaivannut pikaista, järjestäytyntä jälleenrakennusta, mutta lyhytaikaiset, hajanaiset hallitukset seurasivat toisiaan, eikä valtiovalta kyennyt aloittamaan tehokasta jälleenrakennusta. Ulkopuolisen avun merkitys olikin Italialle suuri, sillä jatkuvasti vallasta ja suurimman puolueen asemasta kilpaileville poliittisille voimille tavallisen kansan terveydenhuollosta ja muista oloista huolehtiminen jäi toissijaiseksi tehtäväksi.⁸⁹

Sodan hävitys oli mittavaa. Taisteluiden jäljet olivat tehneet elämän hankalaksi etenkin kaupungeissa, joissa pommitukset olivat raunioittaneet taloja ja tehneet niissä asumisen erityisen vaikeaksi varsinkin yöaikaan, jolloin ikkunattomat asunnot muuttuivat erittäin

⁸⁵"Kun olimme takaisin Yhdysvaltain vyöhykkeellä, ruokaan ja polttoaineeseen liittyviä ongelmia ei enää ollut." Matkan assistentti Edwin C. Broome, bMS16103/14(1) 89.

⁸⁶Fulbrook, 2001, 179.

⁸⁷Ahonen, 2003, 1.

⁸⁸Katsoessaan puuta monet saksalaiset miettivät, kuinka pian he tulevat itse roikkumaan siitä."Tri. William L. Wallace, bMS16103/13(7) 53.

⁸⁹Mammarella, 1998, 53, 61-65.

kylmiksi.⁹⁰ Vielä loppuvuodesta 1946 yhteiskunnallinen tilanne oli hyvin epävakaa ja esimerkiksi Pohjois-Italiassa mellakoitiin poliisivoimia vastaan. Myös laaja työttömyys ja tyytymättömyys hajanaiseen ja alati muuttuvaan talouspolitiikkaan sai tehdastyöläiset paikoittain mellakoimaan.⁹¹

Kuten muissakin sodan häviäjävaltioissa, myös Italiassa oli toteutettava laajoja reformeja niin talouden kuin sosiaalistenkin olojen vakauttamiseksi. Rinta rinnan niin poliittiset instituutiot kuin kulttuuriset näkymätkin oli muovattava uudelleen samalla kun konkreettisen hävityksen aiheuttamia vaurioita yritettiin paikata.⁹² Juuri tässä avustusjärjestöillä oli suuri rooli, sillä toisin kuin valtiolla, heillä oli resursseja paikata tarvikepulaa niin kodeissa kuin sairaaloissakin.

Muuten niin vahvan katolisen kirkon rooli näytti kyseisellä ajalla jäävän avustustyössä huomattavan pieneksi. Sodanjälkeisinä vuosina sen rooli oli ennemminkin saarnaava ja opettavainen, se pyrki luomaan harmoniaa toisistaan paikoin hyvin kaukana olleiden eri poliittisten ryhmittymien ja niiden kannattajien välille ammattilaisten huolehtiessa yhä enemmän terveydenhuoltoon suuntautuneista tehtävistä.⁹³

Eräs kansanterveyteen huomattavan alentavasti vaikuttanut tekijä oli nälänhätä, joka oli jo sodan loppuvuosina 1944–1945 tiputtanut italialaisten keskimääräistä kalorinsaantia merkittävästi. Kun vielä vuonna 1940 keskimääräinen kalorinsaanti oli ollut 2795, oli se vuoteen 1945 mennessä pudonnut 1733 kaloriin. Myös terveydenhuoltojärjestelmän ylläpito oli käytännössä mahdotonta heti sotaa seuranneina vuosina mittavien infrastruktuuristen tuhojen vuoksi. Kun sota oli tuhonnut 80 % sähkötolpista, 60 % kaduista, 70 % satamista ja rautatieverkostosta, oli jatkuvasta tarvikepulasta kärsivien sairaaloiden varustaminen lähes mahdotonta. Myös itse sairaaloista 40 % oli tuhoutunut sodassa.⁹⁴ Raporttien mukaan erot pohjoisen ja etelän välillä olivat suuria. Siinä, missä ruokapulasta tai huonosta hygieniasta ei pohjoisen kaupungeissa raportoitu, todettiin tilanteen olevan etelässä toinen ja Napolin

⁹⁰Ginsborg, 1989, 72-73.

⁹¹Mammarella, 1998, 97.

⁹²Castronovo, 1976, ix.

⁹³Castronovo, 1976, 193.

⁹⁴Mammarella, 1998, 83-84.

hygienia- ja ravintotilannetta kuvattiin ”pelottavaksi”⁹⁵. Toisaalta kyseessä voi olla vain erot raportointitavoissa; siinä, missä Pohjois-Italiassa vierailleet avustustyöntekijät keskittyivät enemmän terveydenhuollollisten piirteiden kuvaamiseen, raportoivat etelässä vierailleet myös yleisimmistä sosiaalisista oloista. Tämä on hyvä esimerkki tiedon sosiaalisen rakentumisen prosessista ja siitä, kuinka prosessin edetessä eri tavoin, voi sen kautta luotu tieto vaihdella. Muutamien lääkäreiden raporttien lukemisen perusteella voisi saada kuvan hyvinvoivasta Pohjois-Italiasta, vaikka tutkimuskirjallisuuden mukaan olot olivat sielläkin varsin huonot. Osa sen sijaan vertaili raporteissaan tilannetta pohjoisen ja etelän, sekä eri sosiaaliluokkien välillä, eikä tehnyt laajoja, koko maata tai kansaa koskevia yleistyksiä näkemänsä perusteella:

”The well-to-do can get any quantity or quality of food they desire, but the average person has difficulties in obtaining adequate amounts, except in the country-districts, and I think that the supply in the North is greater than in the South, which seems reasonably poverty-stricken.”⁹⁶

Italiassa suurimmaksi ongelmaksi koettiin nimenomaan maan taloudellinen tilanne. Italian taloushistoriaa tarkasteltaessa juuri vuodet 1948- 1953 kuvataan usein erityisen vaikeina⁹⁷. Esimerkiksi monien raporteissa mainittujen puutteiden uskottiin johtuvat ennemmin rahasta, kuin siitä, ettei välineistöä olisi Italiassa ollut saatavilla, mikäli sen hankkimiseen olisi ollut varaa ⁹⁸.

Köyhyyden ja eriarvoisuuden lisääntymisen koettiin kaikissa raporteissa olevan erittäin huolestuttavaa ja taloudellisen tilanteen kohentuminen nähtiin välttämättömänä, jotta terveydenhuollossa esiintyneet puutteet saataisiin korjattua. Tarkimmin taloustilannetta ja sen aiheuttamia tulevaisuuden uhkakuvia pohti Harvardin yliopiston lääketieteen professori Chester M. Jones, joka kirjoitti raporttiinsa näin:

⁹⁵Tri. Chester M. Jones, bMS16103/25(14) 46.

⁹⁶”Hyvin toimeentulevat pystyvät hankkimaan haluamaansa ruokaa haluamissaan määrin, mutta keski-vertoihmisillä on vaikeuksia, maaseutua lukuun ottamatta, saada ruokaa riittävä määrä. Uskon riittävyyden olevan pohjoisessa parempi kuin etelässä, joka vaikuttaa jääneen köyhyyden jalkoihin.” Tri. Chester M. Jones, bMS16103/25(19) 66.

⁹⁷esim. Procacci, 1982, 554.

⁹⁸bMS 16103/26(1) 23.

”In Italy, as in Greece, one fact stood out which was of social and economical importance and that was that there still are a goodly number of very wealthy people, there is no middle-class and extreme poverty is common. From what I could see, there was little evidence that the very well-to-do had the habit of contributing generously either of time or of money to helping out the situation, with the result that unless economic conditions in Italy improve, the basis towards discontent and a leaning towards Communism is easily recognized. Such a situation, of course, is immediately reflected to the health of the country and the practise of medicine.”⁹⁹

Vaikka lääketieteen saralla avustusmatkat toivat lopulta Italiaan muutamia käytännön potilastyötä ratkaisevasti helpottaneita ja parantaneita uudistuksia, avun laajaa, yhteiskunnallista merkitystä tule kuitenkin ainakaan Italian kohdalla liioitella. Vielä 1950 – luvun puoliväliin saakka Italia säilyi hyvin köyhänä ja agraarisena, ja varsinkin etelän maaseutu oli elinolosuhteiltaan alkeellinen pienine asumuksineen, jotka ihmiset ja eläimet saattoivat jakaa. Myös kaupungit olivat köyhiä ja elinolosuhteet niissä poikkesivat monien muiden eurooppalaisten metropolien elinolosuhteista. Vielä vuonna 1951 12,9% väestöstä oli täysin lukutaidotonta ja 46,3% osittain lukutaidotonta. Yliopistoissa opiskeli 3,4% väestöstä ja vain 1% heistä valmistui. Lapsikuolleisuus säilyi verrattain korkeana, samoin infektioitautien osuus kuolemanaiheuttajina. Kansanterveyteen heikentävästi vaikuttivat vielä 1950 –luvulla 1940 –luvun puolesta välistä asti jatkunut ruokapula ja se, että vain 10% väestöstä oli kylpyhuone.¹⁰⁰

Tuberkuloosi oli sodan jälkeen vakava ongelma varsinkin lapsilla ja suuri osa lastentautien sairaaloiden potilaspaikoista täyttyi tuberkuloosipotilaista. ¹⁰¹ Sen sijaan tietyillä alueilla vielä 1930- luvulla riehunut ¹⁰², aiemmin jopa Italian kansantaudiksi¹⁰³ kutsuttu malaria oli uusien hoitomuotojen avulla saatu kuriin. Tuberkuloosiinkin oli sodan jälkeen kehitelty Italiassa uusia hoitokeinoja, mutta ne eivät vielä vuonna 1948 olleet taltuttaneet epidemiaa. Myös polio

⁹⁹ ”Kreikan tavoin Italiassa eräs sosiaalisesti ja taloudellisesti merkittävä asia, joka nousi esiin oli se, kuinka siellä edelleen on suuri määrä erittäin varakkaita ihmisiä, mutta keskiluokkaa ei ole lainkaan ja äärimmäinen köyhyys on yleistä. Sen verran, mitä näkemäni perusteella pystyn tulkitsemaan, vaikutti siltä, etteivät erittäin hyvin toimeentulevat ihmiset juurikaan pyrkinet myötävaikuttamaan tilanteeseen lahjoittamalla rahaa tai aikaa. Tämän seurauksena pohja tyytymättömyydelle ja mahdollinen kallistuminen kommunismiin on hyvin selvästi nähtävissä, mikäli taloudellinen tilanne ei parane. Tällainen tilanne heijastuu luonnollisesti maan terveydentilaan ja lääketieteen harjoittamiseen. välittömästi.” Tri. Chestre M. Jones, bMS16103/25(19) 65.

¹⁰⁰ Mammarella, 1998, 191-192.

¹⁰¹ bMS16103/25(14) 44, 54.

¹⁰² Caprotti, 2006, 147-153.

¹⁰³ Snowden, 2006, 16.

oli levinnyt laajalle ja vaikka Roomaan oli perustettu polion hoitoon erikoistunut sairaala, olisi taudin taltuttamiseksi kuitenkin tarvittu enemmän resursseja.¹⁰⁴

Vaikka epidemiat ovat nyt jo vuosia sitten talttuneet, kertoo tuberkuloosin nujertamisen vaikeudesta se, että vielä vuonna 2001 tautia esiintyi Italiassa. Sairastuneiden määrä tosin oli pudonnut rajusti 1940- luvusta; 7,5 ihmistä 100 000 kohti sairastui tuberkuloosiin vuonna 2001.¹⁰⁵

3.3. Positiivisesti yllättänyt Suomi

Saksaan ja Italiaan verrattuna Suomen kansanterveydelliset olosuhteet olivat paikoin varsin erilaiset. Vakavia kulkutautiepidemioita ei ollut, eikä väestö- ja materiaalisista menetyksistä huolimatta sota ollut ajanut Suomen terveydenhuoltojärjestelmää suureen ahdinkoon. Sairaalat olivat säilyneet sodassa verrattain hyvässä kunnossa, koska esimerkiksi joihinkin Saksan kaupunkeihin verrattuna kaupungit eivät olleet kohdanneet kovinkaan mittavaa tuhoa¹⁰⁶. Olihan Suomellakin toki ollut sodan jälkeen mittavia ongelmia ratkaistavanaan; kansanterveydellisestä näkökulmasta yhtenä suurimpana yli 400 000 karjalaisevakon uudelleenasettaminen Suomeen¹⁰⁷. Lisäksi n. 86 000 oli kuollut ja lähes 60 000 pysyvästi haavoittunut sodassa, josta maksettavana oli vielä varsin mittavat sotakorvaukset¹⁰⁸. Huhtikuussa 1945 päättynyt Lapin sota oli lisännyt miestappioita entisestään kun 774 oli kaatunut, 262 kadonnut ja 2904 haavoittunut¹⁰⁹. Myös ruokatilanne oli vaikea ja esimerkiksi vuonna 1945 keskimääräinen kalorinsaanti asukasta kohden oli todella alhainen.¹¹⁰

Yleisesti yhteiskunnalliset olot Suomessa saivat kuitenkin raporteissa osakseen hämmästeleviä kiitoksia. Sodasta ei näkynyt kaduilla merkkejäkään, päinvastoin niitä kehuttiin moderneiksi ja hyvin organisoiduiksi. Autot ja raitiovaunut kuuluivat olennaisena osana katukuvaan, ihmiset olivat hyvin pukeutuneita ja kaupat hyvin varusteltuja. Suomen

¹⁰⁴ bMS16103/25(19) 64–66.

¹⁰⁵ WHO, 2003, 62.

¹⁰⁶ Paasivirta, 1992, 304.

¹⁰⁷ Scehchtman, 1946, 389-390.

¹⁰⁸ Kirby, 1979, 148-149.

¹⁰⁹ Myllyniemi, 1982, 413.

¹¹⁰ Barona, 2012, 191.

kestämistä sotakorvausten aiheuttaman paineen alla kauhisteltiin ja ihmeteltiin, kuinka oli mahdollista, että sotakorvauksista huolimatta Suomi vaikutti vauraalta. Tiukasti tilanteeseen kantaa ottaneet kommentit ja ylipäättään kaikki ajan kansainvälisen politiikan tilanteeseen tai Neuvostoliittoon viitanneet kommentit oli kuitenkin poistettu lopullisista raporteista. Ennen matkaa kun oli päätetty olla ottamatta kantaa poliittiseen ilmapiiriin ja olla puhumatta politiikkaa.¹¹¹

Juuri ennen Suomeen kohdistunutta avustusmatkaa komitea oli järjestänyt vastaavanlaisen matkan Puolaan, joten monet piirteet ja havainnot vertautuivat usein kaikkeen Puolassa nähtyyn, sillä matkojen kokoonpano avustustyöntekijöiden osalta oli paria lääkäriä lukuun ottamatta sama. Näin myös arviot suomalaisesta kansallisidentiteetistä. Kyseinen pätkä oli kuitenkin jätetty lopullisesta virallisesta raportista kokonaan pois:

”The attitude of the Finnish colleagues was friendly from the very beginning. However, they were definitely far more reserved than our colleagues in Poland. We did not interpret this reserve as less friendly reception than the one enjoyed in Poland, however, we considered this initial reserve as a national characteristic of the Finns.”¹¹²

Suomea koskevassa aineistossa oli paljon viitteitä sotaan ja Neuvostoliittoon, sekä arvioita Suomen pärjäämisestä naapurimaan ikeessä ja pohdintoja Venäjän asettamista paineista Suomea kohtaan. Kaikki nämä viittaukset oli kuitenkin jätetty lopullisista raporteista pois ja lopulliset raportit sisälsivätkin vain enimmäkseen puhtaita lääketieteellisiä arvioita vailla kirjoittajien omia mielipiteitä vallitsevasta yhteiskunnallisesta, taloudellisesta tai poliittisesta tilanteesta. Esimerkiksi kaikki raportoinnit anti-neuvostoliittolaisesta ilmapiiristä oli luonnoksissa merkattu punakynällä sulkuihin ja aihetta käsittelevät osiot on jätetty lopullisista raporteista pois, kuten esimerkiksi alla olevalle lainaukselle oli tapahtunut:

¹¹¹bMS16103/32(5) 162, 204, bMS16103/33(7) 32.

¹¹² ”Suomalaiset kollegat olivat erittäin ystävällisiä heti alusta alkane, vaikkakin heissä oli havaittavissa huomattavasti enemmän varautuneisuutta kuin puolalaisissa kollegoissamme. Emme kuitenkaan tulkinneet tätä vähemmän ystävälliseksi vastaanotoksi kuin mistä Puolassa nautimme, vaan pidimme tätä alun varautuneisuutta suomalaisten kansallisena piirteenä.” bMS16103/32(4) 34.

”Much anti-Russian feeling is manifest, practically no animosity to the Germans, a strong, friendly feeling towards England and America and gratefulness tinged with a touch of jealousy to Sweden.”¹¹³

Myös raportoinnit sotakorvauksien raskaudesta oli jätetty kokonaan pois virallisista raporteista:

”The Russians put tremendous pressure on this little country. For example, some ships that are being built by the Finns to be handed over to the Russians as part of the reparations payment are graded by the Russians as only one-fifth of their actual cost to the Finns.”¹¹⁴

Suomea koskevassa aineistossa oli selkeimmin nähtävissä se, kuinka maan olot, niin yleisen yhteiskunnallisen tilanteen, kuin terveydenhuollonkin saralla, vertautuivat kirjoittajien aiempiin havaintoihin, eivätkä tulleet tavallaan arvioiduiksi omista lähtökohdistaan, vaan aina verrattuna muihin. Tämä selittää varmasti osaltaan sitä, miksi Suomen tilanne nähtiin niin positiivisessa valossa kaikissa raporteissa, vaikka terveydenhuoltoon liittyvissä kysymyksissä puutteita löytyikin. Kun avustusmatka oli samalla lääkärikokoonpanolla tehty juuri ennen Suomeen saapumista Puolaan, näyttäytyivät Suomen olot varmasti positiivisina Puolan vaikean tilanteen huomioonottaen. Kun lopullisista raporteista vielä jätettiin pois tarkat huomiot Neuvostoliitto-suhteen leimallisuudesta aikakaudelle, antoivat ne lopulta tutkimuskirjallisuuteen verrattuna varsin silotellun ja paikoin liioitellunkin positiivisen kuvan Suomesta.

Myös sillä, missä paikoissa avustustyöntekijät vierailivat, oli Suomen kohdalla aivan erityisen suurta merkitystä. Esimerkiksi tuberkuloositilanne oli Suomessa avustusmatkojen aikaan vaikea ja kuolleisuus säilynyt verrattain korkeana (yli 2 kuollutta 1000 asukasta kohti). Tauti ei kuitenkaan muista kohdemaista poiketen saanut raporteissa lainkaan huomiota, sillä avustusmatkalaiset eivät vierailleet matkan aikana yhdessäkään tuberkuloosiparantolassa,

¹¹³”Venäläisvastainen ilmapiiri on silminnähtävää. Saksalaisia kohtaan ei ole havaittavissa vihamielisyyttä, voimakkaan ystävällisiä tuntemuksia puolestaan Englantia ja Yhdysvaltoja kohtaan on havaittavissa, samoin kuin kiitollisuutta, johon on yhdistynyt hieman kateutta, Ruotsia kohtaan.” Tri. Edward D. Chamberlain, bMS16103/32(5) 202-205, 219.

¹¹⁴”Venäläiset asettavat tämän pienen maan valtavan paineen alle. Esimerkiksi suomalaisten sotakorvauksina valmistamien laivojen kohdalla venäläiset luokittelevat ne vain viidesosan arvoisiksi siitä, mitä ne todellisuudessa maksavat suomalaisille.”Tri. Edward D. Chamberlain, bMS16103/32(5) 204.

eivätkä näin ollen kohdanneet pääasiassa niihin sijoitettuja tuberkuloosipotilaita todennäköisesti ollenkaan. Vaikka kulkutautiepidemioista ei Suomen kohdalla raportoitu, säilyi esimerkiksi juuri tilanne tuberkuloosin kanssa todellisuudessa yhtenä Euroopan vaikeimpana aina 1950 -luvulle saakka.¹¹⁵

Toki Suomen tilannetta tarkastellessa myös positiiviset asiat ja verrattain korkealle kivunnut kehitys ansaitsevat tulla myös kiitellyiksi ja huomioiduiksi. Kuten seuraava alaluku osoittaa, oli Suomen korkea taso lääketieteen saralla monilla yhdysvaltalaislääkäreillä tiedossa jo ennen Suomeen saapumista ja Suomi harjoittanut ansiokasta yhteistyötä jo pitkään Ruotsin kanssa, mikä mahdollisti Suomen terveydenhuollon nousun verrattain korkealle tasolle sodasta huolimatta. Korkea taso terveydenhuollollisissa kysymyksissä oli varmasti omiaan kiinnittämään huomiota positiivisiin seikkoihin ylipäättään, mikä auttoi avustustyöntekijöitä luomaan varsin myönteisen kuvan Suomesta.

¹¹⁵ Kallioinen, 2009, 102.

4. Avustusmatkat lääketieteen tradition murroksen ilmentäjinä

Sodan takia kansainvälisestä tiedeyhteisöstä eristyksissä olleet ja lääketieteen uusimmasta kehityskulusta paitsi jääneet kohdemaat eivät suinkaan olleet aina olleet Yhdysvaltoja jäljessä lääketieteen saralla. Varsinkin germaanista lääketieteen perintöä voidaan pitää syynä siihen, miten ja miksi angloamerikkalainen lääketiede pääsi ylipäätään kehittymään modernille tasolle.¹¹⁶ Avustusmatkojen aikaan germaaninen lääketieteen perintö oli kuitenkin 1800-luvun ja 1900-luvun alkujen kultakauden jälkeen alkanut murtua ja toisen maailmansodan aikaan angloamerikkalainen oli syrjäyttänyt sen kansainvälisellä kentällä, mistä avustusmatkatkin toimivat konkreettisenä ja tradition murrosta hyvin ilmentävänä esimerkkinä.

Matkojen yhtenä tärkeimpänä tarkoituksena avustustyöntekijöiden itsensä mukaan olikin elvyttää sodan ajan katkoksissa ollut kansainvälinen yhteistyö lääketieteen saralla. Kontaktit maiden välillä olivat sodan aikana olleet poikki, eivätkä uusimmat keksinnöt ja tutkimustulokset olleet tavoittaneet Euroopan valtiota sodan aikaan. Matkoilla haluttiin kartoittaa sitä, kuinka pahasti terveydenhuoltojärjestelmät olivat sodan aikana kärsineet ja saattaa ne taas yhdysvaltalaisen kehityskärjen saavutuksista tietoisiksi.¹¹⁷

Jo 1890-luvulta saakka Yhdysvalloissa oli vallinnut ajatus oman vaikutusvallan levittämisestä rajojen ulkopuolelle ja siitä, että nykypäivän yhdysvaltalaiset innovaatiot ja tavat olisivat maailman tulevaisuus ajatuksenaan: "Today's America is the world of tomorrow."¹¹⁸ ja myös muut yhdysvaltalaiset avustusjärjestöt olivat tehneet Unitarian Service -komitean medical mission -matkoja vastaavaa työtä jo ennen toista maailmansotaa. Ensimmäisen maailmansodan jälkeen Yhdysvalloissa korvattiin keskieurooppalaiseen perinteeseen nojannut lääketieteellinen koulutus uusilla, omilla malleilla, joita oli erilaisten opetusmatkojen avulla pyritty tuomaan Eurooppaankin jo 1920-luvulla. Jo tällöin ajateltiin, että sota oli heikentänyt eurooppalaisten maiden mahdollisuuksia olla lääketieteellisen kehityksen kärjessä ja että Yhdysvalloissa oli tuorein tieto aiheesta.¹¹⁹

Avustustyöntekijät uskoivat avustusmatkoja suunnitellessaan niiden hyödyttävän kohdemaita

¹¹⁶ Ramsden, 2011, 229.

¹¹⁷ bMS16103/13(1) 15, bMS 16103/25(19), 48.

¹¹⁸ Westad, 2005, 21. "Tämän päivän Amerikka on huomisen maailma."

¹¹⁹ Weindling, 2000, 45.

paitsi konkreettisella tasolla, myös lähentävän Yhdysvaltojen ja kohdemaiden välisiä ammatillisia yhteistyösuhteita ja kohentavan kohdemaiden työmoraalia yhdysvaltalaisen esimerkin avulla. Matkojen kaksisuuntaista luonnetta korostettiin niitä suunniteltaessa ja loppuraportteja kirjoitettaessa jatkuvasti, ja vaikka suuresta osasta raporteista välittyikin selkeä kuva siitä, kuinka yhdysvaltalaislääkärit pitivät lääketieteellistä tietoaan ja tapojaan kohdemaita korkeammalla tasolla, eivät he halunneet esittäytyä kohdemaiden lääkäreille vain yksipuolisina opettajina, vaan kollegoina, jotka vastavuoroisesti itse olivat matkoilla oppimassa.¹²⁰

Hyvänä esimerkkinä tästä toimii esimerkiksi raportointi anestesiasta ja siihen liittyvistä kehitysehdotuksista. Vaikka lopulta raporteissa eniten kehitysehdotuksia annettiin nimenomaan anestesiaan liittyvissä asioissa, ei matkoja suunniteltaessa näytetty ajattelevan, että anestesia olisi sellainen lääketieteen osa-alue, jossa yhdysvaltalaisien tulisi antaa kohdemaiden lääkäreille perusteellista ja perustasoista tietoa, päinvastoin. Syynä ei kuitenkaan ollut se, etteikö perustavanlaatuisessa tiedossa olisi uskottu oleva puutteita, sen sijaan luennon aiheet ja otsikot nostettiin korkeammalle tieteelliselle tasolle kohteliaisuussyistä. Raporteista ei selviä, mitä Italiaan matkannut anestesiologian professori Robert D. Dripps alun perin suunnitteli aiheesta luennoivansa, mutta nähtyään suunniteltujen luentojen otsikot, kehotti matkan järjestelyistä vastannut Erwin Kohn häntä muuttamaan luentojensa otsikot ja muuttamaan ne sisältämään spesifimpää ja ammattimaisempaa tietoa:

”After what we have seen in the field of anesthesiology in a number of European countries in the past, there is no doubt about it at all that even elementary knowledge on modern anesthesia is lacking in Europe. However, we know how touchy our colleagues abroad are and since they requested that the lectures be given strictly on the professional level, titles of such general nature may offend some of their sensitivities. I am certain of your understanding the point I am making and I would greatly appreciate your considering these titles in the light of this information.”¹²¹

¹²⁰bMS16103/13(1) 4, 18.

¹²¹ Kuten olemme useiden maiden kohdalla nähneet, ei ole epäilystäkään siitä, etteikö perustavanlaatuisesta tiedosta anestesian saralla olisi puutteita Euroopassa. Kuitenkin tiedämme kuinka herkkiä ulkomaiset kollegamme ovat ja koska he ovat toivoneet luentoja tiukan ammattimaiselta tasolta, saattavat näin yleisellä tasolla liikkuvat otsikot loukata heidän tunteitaan. Olen varma, että ymmärrät mitä tarkoitan, ja arvostaisin erittäin paljon, jos harkitsisit otsikointia uudelleen tämän information valossa. bMS16103/25(3) 44.

Esimerkiksi Saksan kohdalla avustusmatkojen aikana luodut kontaktit avustustyöntekijöihin olivat sodan jälkeen saksalaisten ensimmäisiä kontakteja toisiin lääkäreihin, jotka eivät olleet miehittäjävaltojen toimijoita.¹²² Saksalaislääkäreiden kerrottiin kiitellen vuolaasti sitä, että vuosien eristyksen jälkeen heidät oli matkan avulla saatettu taas osaksi kansainvälistä tiedeyhteisöä.¹²³

4.1 Kansainvälisen johtoaseman menettänyt Saksa

Saksassa uskonnollisten ja hyväntekeväisyysryhmittymien toimiminen terveydenhuollon saralla ei ollut uutta ennen toisen maailmansodan päättymistään. Jo 1800-luvulla suuri osa sairaanhoitajista oli kristillisten avustusjärjestöjen tai seurakuntien kautta sairaaloihin työllistyneitä. Vaikka 1800-luvun lopussa myös yksityisten ammatinharjoittajien määrä lisääntyi ja valtiolliset tahot alkoivat ottaa yhä enemmän vastuuta terveydenhuollon järjestämisestä, oli avustusjärjestöillä yhä suuri rooli ja vastuu terveydenhuollon kehityksessä Saksassa. Sekä kristilliset vapaaehtoiset, että julkishallinnolliset toimijat mahtuivat toimimaan samalla kentällä ja esimerkiksi vapaaehtoisjärjestöjen määrä jatkoi kasvuaan 1800-luvun lopussa, vaikka lääketiede kehittyi huomattavasti ja valtio kasvatti jatkuvasti rooliaan hyvinvoinnin tuottajana.¹²⁴

Saksassa oli 1800-luvulta alkaen alettu käyttää valtiovaroja yliopistojen ja sairaaloiden kohentamiseen ja siellä saavutettiinkin 1870-luvulla lääketieteessä kansainvälinen johtoasema, jonka saksalaiset pitivät aina ensimmäisen maailmansodan loppuun saakka. Tänä Saksan johtoaikana, jota joissain lähteissä nimitetään myös yleisesti lääketieteen kulta-ajaksi, farmakologia, bakteriologia, anatomia ja yleinen fysiologia kehittyivät paljon Saksassa tehdyn tutkimustyön ansiosta. Tutkimuksen ja uudet innovaatiot johtivat klinikkatyön ja kirurgian kehittymiseen laajalla kansainvälisellä tasolla.¹²⁵

Kirurgian saralla saksalaiset olivat 1800-luvun alkupuoliskolla olleet ranskalaisten ohella edelläkävijöitä. Jo tuolloin lukuisat yhdysvaltalaiset vastavalmistuneet lääkärit matkustivat

¹²² bMS16103/14(1) 66.

¹²³ Tri. Edwin Broome, bMS16103/14(1) 92, Tri. William Wallace, bMS16103/13(7) 59, 74.

¹²⁴ Weindling, 1991, 191.

¹²⁵ Major, 1954, 846-847.

Ranskaan tai Saksaan oppiakseen kirurgiaa aikansa huipuilta, kuten Saksassa opiskelleelta Theodor Billothialta, jota kuvailtiin ”kirurgian Kolumbukseksi”¹²⁶.¹²⁷ Saksan yliopistot miellettiin ylivertaisiksi vielä 1890 -luvulla ja edelleen yhdysvaltalaiset lääkärit matkustivat Saksaan oppiin, mikäli heillä oli siihen taloudelliset mahdollisuudet. Saksasta hankituilla opeilla perustettiin esimerkiksi Harvardiin Yhdysvaltain ensimmäinen fysiologian laboratorio ja Baltimoreen 1800 -luvun lopussa lääketieteellinen tiedekunta, josta tuli virstanpylväs amerikkalaisen lääketieteen siirtyessä uuteen aikakauteen.¹²⁸ Vaikutteiden hakeminen Saksasta oli yleistä ja esimerkiksi lukuisat lääketieteen opiskelijat hakeutuivat oppiin nimenomaan Saksaan sen ylivertaisen maineen ansiosta¹²⁹.

Vuoteen 1948 tultaessa tilanne oli siis kääntynyt täysin pääläelleen kun yhdysvaltalaiset lääkärit matkustivatkin opetusmatkalle Saksaan ja paikoin kauhistellen raportoivat sieltä löytämistään puutteista ja epäkohdista. Yhdysvaltalaiset avustustyöntekijät kokivat olleensa lähes jokaisella lääketieteen osa-alueella saksalaisia paljon edellä ja mainitsivat usein, että saksalaisen lääketieteen nostamiseksi uudelleen maailman kärkeen vaadittaisiin tulevaisuudessa saksalaisten matkustamista oppimatkoille Yhdysvaltoihin tai Iso-Britanniaan.¹³⁰

Mielenkiintoista on se, että Saksaan kohdistuneen matkan aikana luentoja pidettiin erittäin yksinkertaisista ja lääketieteen perusteisiin liittyvistä asioista, kuten puhtaudesta ja sen parantamisesta.¹³¹ Näiden perusasioita koskeneiden luentojen ei raportoitu saaneen suuria suosiosoitoksia tai herättäneen keskustelua, kuten monien lääketieteen erikoisaloille suuntautuneiden luentojen kerrottiin tehneen. On toki hieman ristiriitaista, että maahan, johon aiemmin on tultu oppimaan bakteriologian ja kirurgian kaltaisia erikoisosaamisalueita, tultiin vain muutama vuosikymmen myöhemmin luennoimaan puhtauden tärkeydestä lääketieteessä ja muista samankaltaisista lääketieteen itsestäänselvyyksistä. Toisaalta hygieniassa selvästi oli puutteita, sillä tuberkuloosi- ja ripulitautipotilaiden kaltaiset, ehkäistävässä olevista tartuntataudeista kärsineet potilaat täyttivät esimerkiksi Münchenissä

¹²⁶Porter, 1997, 598.

¹²⁷Mettler, 1947, 889.

¹²⁸Major, 1954, 850-851.

¹²⁹Ramsden, 2011, 229.

¹³⁰Ks. Esim. Tri. Francis D. Lukens, bMS16103/13(6) 104.

¹³¹bMS16103/13(3) 59.

puolet lastensairaalan paikoista¹³².

Lääketiede ei mitä todennäköisimmin voinut olla vuonna 1948 niin huonolla tai alkeellisella tasolla kuin raporteissa aika ajoin annettiin ymmärtää, sillä avustustyöntekijät esimerkiksi tapasivat matkoilla Yhdysvalloista ja eri puolilta Skandinaviaa Saksaan saapuneita lääketieteen vaihto-opiskelijoita.¹³³ Toisaalta toinen maailmansota oli aiheuttanut sen, että hävitys Saksassa oli totaalinen. Kun taloudellinen, sosiaalinen ja poliittinen tilanne oli epävakaa ja paikoin katastrofaalinen¹³⁴, on helppoa ymmärtää, ettei Saksalla ollut resursseja säilyä lääketieteellisen kehityksen kärjessä tai olla tietoisia sen uusimmasta kehityksestä. Puutteet välineistössä ja toimintatavoissa johtuivat kuitenkin luultavasti toisen maailmansodan aiheuttamasta ahdingosta, eikä siitä, että lääketieteellinen tieto tai motivaatio kehittyä olisi hävinnyt Saksasta.

Yksi tärkeä yksittäinen tekijä, joka teki avustusmatkojen aikaan Saksan terveydenhuollon olot haastaviksi, olikin valtava resurssipula. Resurssipula ei koskenut vain lääkkeitä tai lääketieteellisiin toimenpiteisiin tarvittavaa välineistöä, vaan kaikkea mahdollista. Saksaan suuntautuneen matkan aikana esimerkiksi Berliinin yliopistollisesta sairaalasta varastettiin kolme kirjoituskonetta, minkä vuoksi potilaiden rekisteröinti muuttui erittäin haastavaksi.¹³⁵ Avustustyöntekijät kokivatkin, että matkasta oli paljon hyötyä ja että sen avulla Saksaan saatiin vietyä paljon sellaista tietoa, jota siellä ei vielä ennen matkaa ollut.¹³⁶ Yhdeksi ongelmaksi koettiin kuitenkin se, että saksalaisten tulevaisuus oli niin epävarma.¹³⁷ Kehitys- ja uudistustyötä oli vaikeaa aloittaa epävakaa tilanteessa.

Saksalaisen lääketieteen kukoistus ei ollut kuitenkaan rajoittunut vain 1800- ja 1900 -lukujen vaihteeseen, vaan vielä 1930 -luvulla saksalainen lääketiede oli kuitenkin ollut kansainvälisesti vertailtuna varsin korkealla tasolla ja esimerkiksi tutkimuksen teolla oli suuri rooli lääketieteen kentällä. Lääketieteellisten julkaisujen määrä oli erittäin korkea ja esimerkiksi vain vuoden 1937 aikana painettiin 1000 lääketieteellistä kirjaa. Lisäksi pediatria,

¹³² bMS16103/13(7) 75.

¹³³ bMS16103/13(3) 127.

¹³⁴ Leffler & Westad, 2007, 58.

¹³⁵ bMS16103/13(3) 60.

¹³⁶ bMS16103/13(4) 14.

¹³⁷ bMS16103/13(3) 56

gynekologia ja kirurgia alkoivat erityy yhä tarkemmin omiksi erikoisaloikseen. Natsihallinnon myötä lääketiede oli uuden edessä, mutta kehittyi edelleen.¹³⁸

Sillä, että arviointitavasta riippuen noin puolet saksalaislääkäreistä työskenteli sotavuosina rintamalla, oli luonnollisesti mittavia seurauksia siviiliväestön hoitoon ja terveydenhuollon kehitykseen ylipäätään. Jatkuva pula ja vajuus lääkäreistä kotirintamalla, jäljelle jääneiden lääkäreiden valtaisa työmäärä ja yhä vanhempien lääkäreiden työskentely klinisen työn parissa johti lääketieteen standardien heikentymiseen. Väsyneet, usein itseään alkoholilla ja huumeilla lääkinnöiden lääkäreiden toimintatavat kirvoittivat potilailtaan kovaa kritiikkiä. Diagnoosit olivat usein pielessä, lääkärit työskentelivät kiirehtien ja huolimattomasti ja olivat kykenemättömiä kantamaan työhönsä liittyvää vastuuta korkean ikänsä tai ylikuormittuneisuutensa vuoksi. Työtaakka olikin valtava, esimerkiksi vuonna 1940 Baijerin alueella työskenteli yksi silmälääkäri 150 000 potilasta kohti.¹³⁹ Tämä oli erityisen hankalaa sotavuosina, jolloin pommitusten takia nimenomaan silmälääkäreille olisi ollut valtavasti tarvetta silmävammojen ollessa yksi yleisimmistä pommitusten aiheuttamista ruumiinvaurioista¹⁴⁰. Ei siis ollut ihme, että kyseisenlaisessa tilanteessa entisen mallimaan asema tippui alhaisemmalle tasolle.

Omat ongelmansa toisen maailmansodan aikana ja sen jälkeen aiheutti myös saksalaislääkäreiden vaikea keskinäinen tilanne kun osa oli valjastanut ammattitaitonsa kansallissosialismin palvelukseen ja rotuhygienian toteuttamiseen. Yliopistoilla natsitaustan omaavat professorit olikin vuoteen 1948 mennessä pääasiassa hyllytetty, mitä yhdysvaltalaiset työntekijäpulan koettelemassa yliopistomaailmassa toisinaan myös kyseenalaistivat.¹⁴¹ Joidenkin arvioiden mukaan 45% lääkärikunnasta olisi aluksi liittynyt natsipuolueeseen¹⁴², mutta lääkäreiden osuus natsipuolueen jäsenistä oli kuitenkin romahtanut sodan alettua 1939 ja jäsenmäärät tippuivat sodan edetessä.¹⁴³ Tästä huolimatta mittava joukko kansainvälisestikin tunnettuja omien erikoisalojensa spesialisteja oli työskennellyt esimerkiksi keskitysleireillä ja hyödyntänyt ammattitaitoaan

¹³⁸ Proctor, 1988, 5, 70, 82.

¹³⁹ Kater, 1983, 135, 137.

¹⁴⁰ Friedrich, 2002, 370.

¹⁴¹ Esim. Tri. David Cogan, bMS16103/13(8) 11-12, 30-31.

¹⁴² Barona, 2012, 164.

¹⁴³ Kater, 1983, 135.

eugeniikkaohjelmien toteuttamiseen ja erilaisiin ihmiskokeisiin ja toteuttanut laajoja sterilisaatio- ja eutanasiaprojekteja.¹⁴⁴ Tätä loppujen kollegoiden oli erittäin vaikeaa hyväksyä ja lääketieteellisen ammattitaidon hyödyntäminen niin brutaaleihin tarkoituksiin koettiin häpeällisenä ja lääkärikuntaa rappioittavana, sekä merkkinä saksalaisen lääketieteen ja lääkärikunnan taantumuksesta.¹⁴⁵ Natsihallintoa ei kuitenkaan voida pitää syypäänä lääketieteen taantumukseen, sillä esimerkiksi lääketieteellisten julkaisujen määrää tarkasteltaessa Saksa oli 1930 -luvulla yhä johtoasemassa kansainvälisesti vertailtuna ja natsi-ideologialle tärkeät osa-alueet, kuten genetiikka ja gynekologia kehittyivät vahvoiksi lääketieteen erikoisosaamisalueiksi. Lääketieteen ja terveydenhuollon taantuminen tapahtui siis ennemminkin sodan seurauksena, sillä vielä aivan sotaa edeltävinä vuosina Saksassa oli harjoitettu uraauurtavaa lääketieteellistä tutkimusta, eikä lääketieteellisen osaamisen taantumisesta ollut merkkejä, vaikka se natsihallinnon myötä olikin valjastettu erilaisten tarkoituksien käyttöön.¹⁴⁶

Myös erilaisten psyykkisten sairauksien tutkimiseen oli 1930 -luvulla kiinnitetty runsaasti huomiota ja psykologia oli yksi tieteenaloista, jonka voidaan katsoa kehittyneen natsihallinnon aikana.¹⁴⁷ Raporteissa paljon huomiota saanut mielenterveysongelmiin puuttumattomuus ja psykiatrien poissaolo avustusmatkojen aikaan oli siis niinkään merkki toisen maailmansodan mukanaan tuomasta taantumasta saksalaisessa lääketieteessä. Kyseessä ei tämänkään piirteen kohdalla voinut olla vain välinpitämättömyys aihealuetta kohtaan, tietoinen valinta tai tietämättömyys, vaikkei raporteissa tätä tuotukaan esille.¹⁴⁸ Sen sijaan, että saksalaiset eivät olisi tiedostaneet myös psyykkisten sairauksien olemassaoloa ja hoitomahdollisuuksia, oli tämänkin piirteen kohdalla kyse mitä todennäköisimmin hankalasta tilanteesta ja resurssipulasta, joka pakotti tekemään vain välttämättömimmän ja sen, mihin vaikeassa tilanteessa pystyttiin.

Tämä johtopäätös on helppo tehdä siksi, että niinkään psykiatrian saralla Saksa oli toiminut edelläkävijänä jo 1800 -luvun jälkipuoliskolla. Tilanne oli kuitenkin myös tällä lääketieteen osa-alueella kääntynyt pääläelleen sotavuosina, sillä siinä missä 1800 -luvun lopulla Saksassa oli perustettu satoja psykiatrisia sairaaloita ja muista maista poiketen psykiatrit integroitu

¹⁴⁴ Duin, 1992, 142-143, Barona, 2012, 164-168..

¹⁴⁵ Pross, 2009, 536.

¹⁴⁶ Proctor, 1988, 5, 76, 82.

¹⁴⁷ Proctor, 1988, 5.

¹⁴⁸ Esim. Tri. Peter Pineo Chase bMS16103/12(14) 55

yliopistojen lääketieteellisiin tiedekuntiin, ei 1940 -luvun lopulla psykiatrisia sairauksia raporttien mukaan juuri hoidettu, vaan lääkärit keskittyivät konkreettisten ruumiillisten vaivojen hoitoon. Myös 1900 -luvun alkupuolella Saksassa oli tehty uraauurtavaa psykiatriantutkimusta, joten arviot tietämättömyydestä psyykkisen puolen hoidon tärkeydestä tuntuvat perusteettomilta.¹⁴⁹

Mielenkiintoinen piirre on myös se, kuinka psykiatrian, kuten monien muidenkin lääketieteen erikoisalueiden, osaaminen valui Saksasta muualle Eurooppaan Saksasta paenneiden juutalaislääkäreiden mukana 1930 -luvun lopulla. Esimerkiksi Iso-Britanniaan virtasi paljon saksalaisia lääkäreitä, jotka toivat tietonsa ja osaamisensa mukanaan ja osaltaan auttoivat kohdemaitaan kehittämään lääketieteen tasoa kotimaansa taantuessa.¹⁵⁰

Tämä on huomionarvoinen ilmiö, sillä se tavallaan osoittaa, kuinka saksalaiset lääkärit itse olivat jo vuosikymmen avustusmatkoja aiemmin toimineet yhdysvaltalaisen avustustyöntekijöiden roolissa kansainvälisellä lääketieteen kentällä; viemässä uusimpia ajatuksia ja virtauksia kotimaastaan kohdemaihin.¹⁵¹ Myös italialaisia lääkäreitä virtasi jonkin verran ainakin Iso-Britanniaan 1930- luvulla fasistihallinnon pakottamina.¹⁵² Lääketieteen harjoittamisen kenttä oli lyhyessä ajassa muuttunut radikaalisti kun työstään oli ensiksi syrjäytetty runsaasti juutalaislääkäreitä, joiden toimia hoitamaan oli noussut uusia naislääkäreitä. Tilanne eli vielä pitkään sodan päätyttyäkin kun rintamalla palvelleet lääkärit palasivat takaisin siviilielämään.¹⁵³

Meneillään ollut murros vaikutti varmasti osaltaan siihen, että yhdysvaltalaislääkärit kokivat omat tietonsa ja käytäntönsä yliverkaisiksi ja arvostelivat paikoin rankoinkin sanankääntein kohdemaiden tapoja suorittaa lääketieteellisiä operaatioita ja terveydenhuoltojärjestelmien tilaa ylipäättäen. Jotain avustustyöntekijöiden omaamista ennakoasenteista ja oman tiedon yliverlaiseksi mieltämisestä kertoo se, että esimerkiksi Saksan anatomiantutkimusta kuvailtaessa sen raportoitiin olleen ”antiikkisella tasolla”.¹⁵⁴ Saksan entisen johtoaseman ja pitkät lääketieteelliset perinteet huomioon ottaen on mielenkiintoista havaita, että minkään niin perustavaa laatua olevan lääketieteen osa-alueen raportoitiin olleen niin alhaisella

¹⁴⁹ bMS16103/12(14) 55, Shepherd, 2009, 461-162.

¹⁵⁰ Shepherd, 2009, 464-465.

¹⁵¹ Shepherd, 2009, 464-465.

¹⁵² Weindling, 2009, 500-501.

¹⁵³ Proctor, 1988, 129-130, 147-148.

¹⁵⁴ Tri. Friedrich Wasserman, bMS16103/13(5) 9.

tasolla.

Euroopassa vallinneet pitkät perinteet lääketieteessä ja varsinkin Saksan edesmennyt johtoasema kuitenkin myös paikoin tunnustettiin raporteissa. Myös yhdysvaltalaisen lääketieteen koulutusjärjestelmän mainittiin raporteissakin syntyneen saksalaisen perinteen pohjalta. Kahden sodan aiheuttamat vahingot eurooppalaiselle ja varsinkin saksalaiselle terveydenhuollolle miellettiin kuitenkin selvästi vakavammiksi kohdemaissa kuin Yhdysvalloissa, jossa tutkimus oli keskeytyksettä päässyt edistymään sodista huolimatta.¹⁵⁵

Eroja avustustyöntekijät löysivät paitsi konkreettisissa toimintatavoissa ja välineistössä ja sen puutteissa, myös ajattelutavoissa, jotka tulivat esiin varsinkin yliopistovierailuiden yhteydessä. Yhdysvaltalaislääkäreiden mielestä angloamerikkalaisen ja perinteisen mannermaisen lääketieteen ero piilikin pitkälti asenteissa; siinä missä esimerkiksi amerikkalaiset luennoitsijat vastasivat vaikean kysymyksen kohdatessaan ”En tiedä”, oli germaanisen lääketieteen perinne raporttien mukaan paljon auktoriteettisempaa ja luennoitsijoiden oman tietämättömyyden rajallisuuden tunnustaminen oli raporttien mukaan saksalaislääkäreille aluksi erittäin hämmentävä ja mullistava kokemus.¹⁵⁶ Jäykkä ja auktoriteettinen asetelma professorien ja muun henkilökunnan, sekä opiskelijoiden välillä ei kiinnittänyt ainoastaan avustustyöntekijöiden huomiota, vaan Yhdysvaltain sotilashallinnon virkamiehetkin olivat ottaneet tilanteen muuttamisen ja professorien vankan auktoriteettiaseman murtamisen ja vastuun ja vallan siirtämisen useammille eri tahoille tavoitteekseen oman miehitysvyöhykkeensä yliopistojen uudistuksia suunnitellessaan¹⁵⁷.

Saksalaisia professoreja verrattiin raporteissa toisiinsa juuri vanhan auktoriteettiaseman ja lähestyttävyyden mukaan:

”Bauer, perhaps due to the traditional spirit of Heidelberg, has more of the unapproachable ”Herr Professor” about him than Geissendöfferer.”¹⁵⁸

Avustusmatkalaisten tapa viettää paljon aikaa opiskelijoiden kanssa oli heidän mukaansa saksalaisista outoa, sillä siellä professoreiden varautuneisuus oli tavallista, eikä vapautuneita

¹⁵⁵ bMS16103/14(1) 92, bMS16103/13(7) 59, 74.

¹⁵⁶ Tri. Sidney M. Greenberg, bMS16103/12(14) 34.

¹⁵⁷ Tsvetkova, 2013, 80.

¹⁵⁸ ”Bauer, kenties Heidelbergin perinteisestä ilmapiiristä johtuen, on Geissendöffereriä huomattavasti vaikeastilähestyttävämpi ’Herra Professori’.” Tri. Otto Krayer, bMS16103/13(4) 5.

kontakteja opiskelijoiden ja professoreiden välille usein syntynyt.¹⁵⁹ Toisaalta esimerkiksi saksalaisten kirurgien asenne työntekoa kohtaan sai kiitosta verrattuna amerikkalaisiin:

”I haven’t seen here the prima donna type of surgeons met with too often in our hospitals.”¹⁶⁰

Tieteen uusimmalla aallonharjalla pysyminen vaikutti toisaalta olleen myös vahvasti yksilösidonnaista. Esimerkiksi joidenkin keskitysleireillä olleiden siirtolaislääkäreiden raportoitiin kyselleen uusimpien tutkimusten perään ja vaikuttaneen olleen teorian tasolla täydellisen tietoisia alan uusimmista keksinnöistä.¹⁶¹

Ongelma piili raporttien mukaan pitkälti uusien lääkäreiden koulutuksessa ja yliopistojärjestelmässä, joka ei ollut ajan tasalla. Yhdeksi suurimmista ongelmista koettiin se, että Saksan yliopistojen lääketieteellisistä tiedekunnista puuttui kokonaan ohjaajina ja apulaisprofessoreina toiminut nuori, koulutettu henkilökunta. Tämä puutos aiheutti sen, että ylityöllistetyt professorit joutuivat resurssipulan pakottamina luopumaan tutkimustyöstä, sillä kaikki heidän aikansa kului valtavan opiskelijamäärän opettamiseen.¹⁶²

Kuten myöhemmät luvut osoittavat, oli lääketieteellisten tiedekuntien saattaminen tilanteeseen, jossa tutkimustyölle oli aikaa ja opiskelijoille paremmat ja kattavammat opiskelumahdollisuudet käytännön harjoitteiden avulla, avustustyöntekijöiden mukaan erittäin tärkeää terveydenhuollon tilan parantamiseksi. Ennen tutkimustyön elpymistä Saksan palautuminen takaisin vanhaan asemaansa, maailman kärkeen lääketieteen saralla, ei ollut mitenkään mahdollista.

Kun opiskelijat eivät päässeet käytännössä kokeilemaan opiskelemiaan asioita tai harjoittelemaan toimenpiteiden tekoa potilaiden kanssa, näyttäytyi tulevaisuus myös sen suhteen jämähtäneeltä, jäykältä ja kaavoihin kangistuneelta. Vaikka teoriapuolella Saksalla oli vankat ja kattavat perinteet lääketieteessä, näytti moderni, innovatiivinen käytännön taso ja tutkimuksen tekoa ruokkiva ilmapiiri ja resurssit puuttuvan avustusmatkojen aikaan kokonaan.

¹⁵⁹ Tri. Friedrich Wasserman, bMS16103/13(5) 7.

¹⁶⁰ ”En ole tavannut täällä niitä meidän sairaaloissamme liian usein tavattavia, prima donna –tyylisiä kirurgeja.” Tri. Peter Pineo Chase, bMS16103/12(14) 58.

¹⁶¹ bMS16103/12(14) 42.

¹⁶² bMS16103/13(4) 80, bMS16103/13(5) 9.

4.2 Vahvojen auktoriteettien Italia

Italiallakin oli pitkät perinteet lääketieteessä, mutta toisin kuin Saksalla, sen kulta-aika oli kaukana keskiajalla ja renessanssissa.¹⁶³ Yhdysvaltalaisetkin myönsivät, että he olivat kiinnittäneet kautta aikojen enemmän huomiota renessanssi-ajan Italian lääketieteeseen kuin siihen, mitä nykytutkimus siellä oli ja olivat enemmän tietoisia italialaisen lääketieteen muinaisista saavutuksista kuin nykytilanteesta. Esimerkiksi Bolognan ja Salernon yliopistojen kansainvälisestäkin merkittävä johtoasema 1200 -luvulla¹⁶⁴ oli varmasti laajasti tiedossa, mutta kehityskulku nykypäivää kohti tultaessa vieraampaa.¹⁶⁵

Mielenkiintoinen piirre on, että samalla tavalla kuin Saksa oli 1890 -luvulla toiminut lääketieteen kansainvälisellä kentällä eräänlaisena pioneerina ja uranuurtajana eurooppalaisen lääketieteen kehityksessä, oli Italiassa ollut samankaltainen rooli juuri keskiajan ja varhaismodernin ajan murrokseen sijoittuvalla renessanssiajalla. Aikakaudelle tyypillisenä piirteenä kirkko ja lääketiede olivat vahvasti kytköksissä toisiinsa ja Italiassa vahvan katolisen kirkon rooli terveydenhuoltopalveluiden tarjoajana säilyi vahvana monta vuosisataa.¹⁶⁶ Kuten muuallakin Euroopassa, vastuu terveydenhuollon järjestämisestä oli kuitenkin viimeistään maailmansotien välissä siirtynyt selvemmin kirkolta maallisten toimijoiden ja lopulta valtion vastuulle.¹⁶⁷ Katoliset terveyssisaret pikku hiljaa syrjäyttäneet ammattilaisraanhoitajat olivat raporttien mukaan ammattitaitoisia¹⁶⁸.

Toisin kuin Saksan kohdalla, italialaiselle lääketieteelle toisella maailmansodalla oli useita edistäviä ja kehittäviä vaikutuksia. Vielä 1900 -luvun alussa etenkin maaseudulla oli tyypillistä, että lääketieteellistä apua sairaille tarjosivat erilaiset virallisesti kouluttamattomat parantajat. Vaikka joitain toimia terveydenhuollon järjestämiseksi ja esimerkiksi erilaisten terveydellisten valistusprojektien toteuttamiseksi oltiin valtiotasolla pantu käytäntöön, oli esimerkiksi bakteriologiatietous vielä 1900 -luvun kahtena ensimmäisenä vuosikymmenenä heikkoa etenkin maaseudulla. 1930 -luvun kuluessa yhtenäistä, kansallista terveydenhuoltojärjestelmää alettiin aiempaa tehokkaammin hahmotella kun fasistihallinto

¹⁶³ Horden, 2011, 41.

¹⁶⁴ Horden, 2011, 42, 44.

¹⁶⁵ bMS16103/25(14) 43, bMS16103/25(19) 53.

¹⁶⁶ Rütten, 2011, 60-61.

¹⁶⁷ Cook, 2011, 202-203.

¹⁶⁸ Tri. Chester M. Jones, bMS16103/25(14) 44.

pyrki purkamaan paikallisviranomaisten vaikutusvaltaa yhtenäistääkseen valtiota. Samalla tavoitteeksi asetettiin mahdollisuudet kerätä tutkimustietoa demograafisesta ja terveydellisestä kehityksestä, mikä vaati terveydenhuoltojärjestelmän yhtenäistämistä ja potilaiden ohjaamista maaseuduillakin paikallisten parantajien luota laillistettujen lääkäreiden vastaanotoille. Vaikka tavoitteet olivat humanitäärisen työn sijaan vahvan kansakunnan luomisessa, edesauttoivat uudistukset terveydenhuollollisia oloja esimerkiksi sillä tavoin, että ihmisiä hoidettiin yhä useammin ammattitaitoisten, koulutettujen lääkäreiden vastaanotoilla.¹⁶⁹

Toisen maailmansodan aikaiset kontaktit ja sodan jälkeen Italiaan viety apu toivat mukanaan uusia lääkkeitä ja hoitomuotoja ja vuonna 1945 käytännön potilastyössä oli käytössä lukuisia sellaisia lääkkeitä, joita ei vain vuosikymmen aiemmin oltu käytetty lainkaan. Lääketiede ammattimaistui nopeasti juuri sotavuosien aikana ja sen päätyttyä sairaaloihin oli omaksuttu uusia tärkeitä hoitokeinoja kun erilaiset rokotteet, uudet antibiootit ja sulfonamidit otettiin käyttöön. Joskin ainakaan sulfonamidijauheet eivät olleet käytössä kaikkialla, sillä niiden puutteesta raportoitiin joidenkin vierailtujen sairaaloiden kohdalla¹⁷⁰. Myös esimerkiksi lääkkeet kurkkumätää ja jäykkäkouristusta vastaan saapuivat Italiaan sodanjälkeisten avustusten mukana ja vanhat, vielä 1930 -luvulla käytössä olleet hoitomuodot, kuten tietynlaisen ruokavalion noudattaminen ja peräruiskeet korvaantuivat uusilla lääkkeillä. Sodan aikaan haavoittuneita sotilaita ja siviiliväestöä varten avatut sairaalat jatkoivat usein toimintaansa julkisina sairaaloina kasvattaen näin potilaspaikkojen määrää sotaa edeltäneeseen tilanteeseen verrattuna.¹⁷¹

Italiaan kohdistuneen matkan raporteista oli huomattavissa vahvoja ennakkoluuloja eurooppalaisia lääkäreitä ja varsinkin kirurgeita kohtaan. Mielipiteitä ei suoranaisesti kirjoitettu auki, mutta kohdatessaan ennakkoluuloistaan poikkeavan kollegan, paljastivat raportit paljon kirjoittajiensa taustalla piilevistä ennakkoasenteista ja siitä, kuinka eurooppalaiset kirurgit yritettiin tavallaan sovittaa samaan muottiin. Paras esimerkki tästä lienee raportti, jossa kuvaillaan Firezen yliopiston kirurgian professoria, Antonio Comolia:

¹⁶⁹ Whitaker, 2003, 356-357.

¹⁷⁰ Tri. Herman De Wilde, bMS16103/26(1) 47.

¹⁷¹ Whitaker, 2003, 358.

"In Florence Professor Antonio Comoli is an able individual. He is interested in research, is a careful worker and has the qualities of conservatism and humility, which are rare in the European surgeon."¹⁷²

Myös Italia toimi esimerkkinä siitä, kuinka perinteisessä mannermaisessa lääketieteen perinteessä auktoriteetit jyräsivät, eikä heidän asemaansa ollut tapana kyseenalaistaa. Tämä oli selvä ero angloamerikkalaiseen tapaan verrattuna ja auktoriteettien liian vankka asema ja sen negatiiviset vaikutukset koko lääketieteen kehitykselle saivat lukuisissa raporteissa osakseen kovaa kritiikkiä:

"Unfortunately the chief surgeon is the absolute ruler in many clinics. No one dares to question him; his word is final. He is often pathologically self-centered and obsessed with his own importance. Such an attitude is passed to younger men, and in anesthesia, this attitude leads to indifference to the patient and the belief that "anything is good enough." It is an unhealthy frame of mind, for it tends to eliminate self-questioning and progress. Some of these men are hypnotized by their own voices, they do not realize, until faced with inescapable facts that they can learn something from others."¹⁷³

Vaikka vanhan, latinalaisen lääketieteen tradition tunnuspiirteitä ja vaikutuksia on huomattavasti vaikeampaa hahmotella kuin esimerkiksi germaanisen, määritellään Italian lääketiede kuitenkin usein juuri tähän, latinalaisen tradition omaavien maiden ryhmään yhdessä Ranskan ja Espanjan kanssa. Tämän tradition kansainväliset vaikutukset ovat levinneet paljon germaanista lääketieteen traditiota aiemmin ja eri syistä; löytöretkien kautta Etelä-Amerikkaan.¹⁷⁴ Tradition linjoja ja sen omaavien maiden lääketieteen muutoksia on kuitenkin vaikeaa hahmotella avustusmatkojen ajankohtaan tultaessa. Pitkät perinteet ja Galenokseen ja Hippokrateeseen nojanneet perinteiset tavat harjoittaa lääketiedettä ovat vallinneet kauan¹⁷⁵, mutta avustusmatkojen aikaan Italiassa vaikutti vallinneen tilanne, jossa

¹⁷² "Firenzessä professori Antonio Comoli on varsin kykenevä yksilö. Hänen kiinnostuksensa tutkimusta kohtaan, huolellinen työntekotapansa ja konservatiiviset ja nöyrät piirteensä ovat harvinaisia eurooppalaiselle kirurgille." Tri. Robert D. Dripps, bMS16103/26(1) 28.

¹⁷³ "Valitettavasti johtava kirurgi on absoluuttinen johtaja monilla klinikoilla. Kukaan ei uskalla kyseenalaistaa häntä; hän saa aina viimeisen sanan. Hän on usein patologisen itsekkeinen ja ehdottoman vakuuttunut omasta tärkeydestään. Tämä asenne siirtyy nuoremmillekin lääkäreille ja johtaa anestesiassa välinpitämättömyyteen potilasta kohtaan ja ajatukseen siitä, että "mikä vain on kyllin hyvää." Se on epäterve ajattelutapa, joka ei jätä tilaa itsekriittisyydelle tai kehitykselle. Osa näistä miehistä on hypnotisoituneita omista äänistään, eivätkä he ymmärrä, ennen kuin väistämättömien faktojen edessä, että he voisivat oppia jotain toisilta." Tri. Robert D. Dripps, bMS16103/26(1) 30.

¹⁷⁴ Payer, 1992, 18.

¹⁷⁵ Joutsivuo, 2006, 116, Horden, 2011, 41.

modernia lääketieteellistä tietoa oli kohtuullisen hyvin saatavilla, mutta resurssipula esti terveydenhuollon kipuamisen yhdysvaltalaislääkäreitä tyydyttävälle tasolle.

Kuten yllä olevat lainauksetkin osoittavat, kiinnittivät avustustyöntekijät myös Italian kohdalla paljon huomiota terveydenhuollon konkreettisten piirteiden lisäksi myös lääkäreiden asenteisiin ja ajattelutapojen eroihin Yhdysvaltoihin verrattuna. Lääketieteen traditiot ja niiden merkitys selvästi tiedostettiin, kun raporttien kirjoittajilla oli esimerkiksi mielessään kuva ”eurooppalaisesta” kirurgista ominaispiirteineen. Juuri erilainen suhtautuminen kollegoihin, opiskelijoihin ja potilaisiin, sekä erilaiset asenteet näyttivät olleen raporteissa niitä, jotka paljastivat eroja kansainvälisten kollegojen välillä. On kuitenkin otettava huomioon raportoinnin yksisuuntainen rooli asiaa tarkasteltaessa; yhdysvaltalaislääkärit määrittelivät itse auktoriteettinsa ja asenteensa omaa osaamistaan kohtaan italialaislääkäreistä poikkeaviksi, mutta kuinka ulkopuoliset kollegat heidät olisivat työssään nähneet, mikäli heillä olisi ollut vastaavanlainen mahdollisuus päästä tarkkailemaan yhdysvaltalaislääkäreitä ja -professoreja potilas- ja opetustyössään? Erot maiden välillä voisivat toisesta näkökulmasta näyttäytyä hyvinkin toisenlaisina. Lukuisissa raporteissa usein esiintyvien kehotukset, joiden mukaan kohdemaiden lääkäreitä ja opiskelijoita tulisi saada Yhdysvaltoihin oppimatkoille, osoittavat, että avustustyöntekijöiden mielestä angloamerikkalaisella lääketieteellä olisi ollut kohdemaille paljon annettavaa.¹⁷⁶

4.3 Pohjoismaiseen yhteistyöhön nojannut Suomi

Suomessa vallitsi avustusmatkan aikaan mielenkiintoinen tilanne, sillä saksalainen ja ranskalainen perinne, joihin lääketieteessä oli pitkään nojattu, oli kohdemaista selkeimmin korvautumassa angloamerikkalaisella, mistä kieli englanninkielisen tutkimuksen suuri määrä verrattuna muihin kohdemiin, sekä lääkäreiden hyvä englanninkielentaito.¹⁷⁷ Germaaniset perinteet olivat myös edelleen nähtävissä, vaikka sittemmin olikin tukeuduttu Ruotsin ja angloamerikkalaisen maailman suuntaan, kuten Edward Chamberlain raportissaan luonnehti:

”Medicine in Helsinki is characterized by its state of development of morphologic medicine, which shows primarily German and French influence with more recent influences from

¹⁷⁶ bMS16103/13(6) 104, bMS16103/32(5) 169.

¹⁷⁷ bMS16103/32(5) 211.

Sweden, England and America. During the past few years English has replaced German as the scientific language as evidence by the large proportion of doctors who speak English and the large number of English language textbooks and journals available.¹⁷⁸

Tiivis pohjoismainen yhteistyö oli selvästi nähtävillä; erilaisia laitteita ja röntgen- ja neurologisia välineitä oli tullut esimerkiksi Ruotsista ja Tanskasta ja erikoislääkärit olivat olleet Tukholmassa opissa. Tiivistä yhteistyötä Tukholmaan pidettiin raporteissa yhtenä tärkeimmistä tekijöistä suomalaisen lääketieteen verrattain korkealle tasolle, sillä Tukholma oli avustustyöntekijöiden mukaan yksi sen hetken johtavista paikoista uusimman lääketieteellisen tiedon ja tutkimuksen saralla.¹⁷⁹ Tukeutumista Ruotsiin kiiteltiin laajasti, sillä yksin Suomen olisi yhdysvaltalaislääkäreiden arvioiden mukaan ollut vaikeaa, jos ei mahdotonta, kehittyä modernille tasolle. Eugene B. Ferris Jr. ja Edward Chamberlain luonnehtivat esimerkiksi tilannetta näin:

”One factor in maintaining Finnish medicine at its remarkably high level is the frequent contacts which the Finnish medical profession has with Stockholm, where standards and knowledge in the field of medicine are fully as high as anywhere in the world. We noted abundant evidence of very frequent contacts between the Finnish physicians and the physicians and medical institutions of Sweden.”¹⁸⁰

”The Finns, having so clearly a Western culture and yet being on the outskirts of it, seem very realistic in their acceptance of the need for a close relation with other Western Nations, especially Sweden and their realization that their small country cannot be self-sufficient. At least this seems true in respect of medicine and their apparent lack of their false sense of pride in respect to these matters was indeed refreshing.”¹⁸¹

¹⁷⁸ “Helsingin lääketiedettä luonnehtii sen kehitystaso morfologisessa lääketieteessä, joka osoittaa Saksan ja Ranskan vaikutuksia maan lääketieteelle. Uusimpia vaikutteita virtaa Ruotsista, Englannista ja Yhdysvalloista. Englanti on muutaman viime vuoden aikana syrjäyttänyt saksan tieteellisenä kielenä, mistä todisteena on suur englantia puhuvien lääkäreiden joukko ja lukuisat englanninkieliset kirjat ja aikakausjulkaisut.”Tri. Eugene B. Ferris, bMS16103/32(5) 211.

¹⁷⁹ bMS16103/32(5)168-169, 188, 195.

¹⁸⁰ “Yksi tekijä, jonka ansiosta suomalainen lääketiede voi säilyä korkealla tasollaan, ovat suomalaislääkäreiden säännölliset kontaktit Tukholmaan, jossa lääketiede on aivan yhtä korkealla kuin missä vain maailmassa. Huomasimme suomalaisten lääkäreiden ja Ruotsin lääketieteellisten instituutioiden välillä runsaasti usein toistuvia kontakteja. Tri. Edward Chamberlain,”bMS16103/32(5) 195.

¹⁸¹ “Suomalaiset, jotka kuuluvat selvästi läntiseen kulttuuriin, mutta ovat kuitenkin sen laitapuolella, vaikuttavat suhtautuvan hyvin realistisesti siihen, että tarvitsevat tiiviitä suhteita muihin länsivaltioihin, etenkin Ruotsiin, samoin kuin siihen, etteivät voi pienenä maana tulla toimeen omillaan. Tämä näyttää pätevän ainakin lääketieteen saralla ja oli

Vaikka Suomessakin lukuisat lääkärit olivat saavuttaneet vankan ja arvostetun aseman kollegoidensa keskuudessa ja esimerkiksi Arvo Ylpön ansiot kansainvälisestikin vertailtuna tunnustettiin¹⁸², ei Suomen kohdalla raportoitu lainkaan jäykistä, vahvoille auktoriteeteille perustuvista hierarkioista.

Jostain syystä, todennäköisesti suureksi osaksi juuri tiiviiden Ruotsin kontaktien ansiosta, Suomi ei ollut kyennyt ainoastaan säilyttämään lääketieteellistä tasoaan sodan aikana, vaan myös kehittymään sodan jälkeen avustusmatkan ajankohtaan tultaessa.¹⁸³ Vaikka yhteyksiä Ruotsiin pidettiin raporteissa Suomen kannalta edullisina ja murros germaanisesta lääketieteen traditiosta kohti angloamerikkalaista oli mitä ilmeisimmin alkanut juuri Ruotsin myötävaikutuksesta, tuli osasta raporteja myös ilmi se, kuinka yhdysvaltalaisen lääketieteen miellettiin olleen Ruotsiakin paremmalla tasolla. Suomen tuon ajan ainoa neurokirurgi, Tri. Aarne Snellman, oli esimerkiksi saanut Rockefeller-säätiöltä stipendin, joka oikeuttaisi hänelle 2 kuukauden vierailuun Tukholmassa. Raporteissa kuitenkin uskottiin, että suurempi hyöty saataisiin, mikäli stipendiä korotettaisiin niin, että oleskelu voitaisiin muuttaa puolivuotiseksi oleskeluksi ja siirtää se Yhdysvaltoihin.¹⁸⁴ Snellman ei kuitenkaan uransa aikana päätenyt Yhdysvaltoihin, vaan haki oppinsa Ruotsista ja Englannista.¹⁸⁵

Lääketieteellisten traditioiden erot ja menneisyys siis tiedostettiin ja tunnustettiin ja kansainvälisten kontaktien hahmottelemiseksi kohdemaissa käytettiin avustusmatkoilla aikaa. Erilaisista mentaliteeteista raportoiminen konkreettisten sairaalalojen lisäksi osoittaa, kuinka avustustyöntekijät halusivat tarkkailla terveydenhuolto-oloja myös laajemmasta näkökulmasta ja hahmotella eroja angloamerikkalaisen lääketieteen tradition ja germaanisesta lääketieteen tradition välillä. Suomi toimi murroksen ilmentäjänä parhaiten, ja onkin kohdemaista ainoa, jonka voi katsoa selkeästi siirtyneen angloamerikkalaisen lääketieteen tradition vaikutuspiiriin. Sen sijaan eroja saksalaisen ja yhdysvaltalaisen lääketieteen harjoittamisessa on yhä selvästi nähtävillä. Esimerkiksi leikkauskäytänteissä on havaittavissa perustavanlaatuisia toimintatapaeroja; yhdysvaltalaislääkärit päätyvät helpommin ja

virkeä huomata, ettei heiltä löydy tarpeetonta ylpeyttä tällä saralla.”Tri. Eugene B. Ferris, bMS16103/32(5) 210.

¹⁸² bMS16103/32(5) 166

¹⁸³ bMS16103/32(5) 171.

¹⁸⁴ Tri. Leo M. Davidoff, bMS16103/32(5) 169.

¹⁸⁵ Vapalahti, 2007.

huomattavasti useammin kirurgiseen operaatioon ja suorittavat ne usein laajempina kuin saksalaiset kollegansa samanlaisissa tapauksissa.¹⁸⁶

¹⁸⁶ Payer, 1991, 126.

5. Kohdemaiden terveydenhuollon tila avustusmatkojen aikana

5.1. Yleinen varustetaso ja aseptiikka

Sota oli kohdellut toisia yliopistoja ja niiden sairaaloita rankemmalla kädellä kuin toisia. Esimerkiksi Berliinissä ja Frankfurtissa sodan tuhot olivat vielä selvästi näkyvissä avustusmatkan aikaan. Sen sijaan pienillä paikkakunnilla, jotka myös olivat kärsineet pommituksista, jälleenrakennus oli paikoin jo hyvässä vauhdissa. Esimerkiksi Freiburgin yliopistosta oli tuhoutunut 80 %¹⁸⁷ mutta jo avustusmatkan aikaan sitä oli jälleenrakennettu ahkerasti ja sinne oli rakennettu kokonaan uusi kirurginen osasto, joka vastasi avustustyöntekijöiden mukaan modernin yliopistollisen klinikan vaatimuksiin ja jonka he ennustivat tulevaisuudessa kehittyvän yhdeksi maailman johtavista sairaaloista.¹⁸⁸

Toisinaan pommituksista johtuneen tilojen puutteen vuoksi sairaaloita oli rakennettu myös alkuperäiseltä tarkoitukseltaan täysin muihin rakennuksiin, kuten kouluihin. Sairaaloina nämä oli kuitenkin saatu avustustyöntekijöiden mukaan paikoin toimimaan olosuhteisiin nähden hyvin. Kuitenkin esimerkiksi Frankfurtissa toimi pommisuojaan sodan aikana rakennettu, yhä toiminnassa oleva sairaala, joka oli pieni ja huonosti valaistu, mutta joutui silti muiden tilojen puuttuessa jatkamaan siellä toimintaansa. Varsinkin lapsia oli sodan aikaan haluttu hoitaa muualla kuin kaupungissa, joissa oli pommitusten takia hoidettu vain kaikkein akuuteimpia potilaita. Kaupunkien ulkopuolelle oli rakennettu väliaikaisia sairaaloita, jotka ainakin lastentautien osalta olivat vielä vuonna 1948 aktiivisessa toiminnassa.¹⁸⁹

Suomessa sairaaloiden kärsimistä tuhoista sodassa ei raportoitu, sen sijaan todettiin, että sairaalat olivat vanhuudestaan huolimatta puhtaita ja hyvin hoidettuja. Laboratoriot olivat kuitenkin näissä vanhemmissa sairaaloissa vanhentuneita ja varustetasoltaan vaatimattomia.¹⁹⁰ Sen sijaan Suomen uudet sairaalat, kuten rakenteilla ollut Meilahden sairaala, saivat osakseen ylistäviä kommentteja:

”The new hospitals, however, are something out of this world!”¹⁹¹

¹⁸⁷bMS16103/13(3) 124.

¹⁸⁸Ks. esim. Tri. Friedrich Wasserman, bMS16103/13(5) 15.

¹⁸⁹bMS16103/13(7) 17, 73, bMS16103/13(6) 57.

¹⁹⁰bMS16103/32(5) 165.

¹⁹¹”Uudet sairaalat sen sijaan ovat jotain uskomatonta!”Tri. Leo M. Davidoff, bMS16103/32(5) 166.

Uudet sairaalat olivat avustustyöntekijöiden mielestä arkkitehtonisesti onnistuneita kokonaisuuksia ja niissä harjoitettiin modernia lääketiedettä modernein välinein. Rakenteilla olleeseen Meilahden sairaalakompleksiin oli juuri valmistunut Lastenkliniikka ja Naistentautien sairaala, Korva- nenä ja kurkkutautien poliklinikka oli rakenteilla ja kirurginen sairaala suunnitteilla. Varsinkin edistyksellinen Lastenkliniikka ja siellä pediatrian professorina työskennellyt Arvo Ylppö saivat osakseen valtavaa ihailua ja klinikkaa kutsuttiin jopa lastentautiopin ihmemaaksi.¹⁹²

Vaikka myös vanhemmat Suomen sairaalat olivat raporttien mukaan hyvin varusteltuja ja toimivia, oli niiden kapasiteetti väkilukuun suhteutettuna riittämätön, varsinkin lastentautien alueella ja Helsingin ulkopuolella. Paikoin myös sairaalavälineistö oli Suomessa vanhentunutta, ja esimerkiksi neulojen kokoa kauhisteltiin. Puutteita oli myös joistain peruslääkkeistä, ja matkan jälkeen esimerkiksi Lastenkliniikalle tilattiin penisilliiniä Yhdysvalloista.¹⁹³

Saksassa oli puolestaan paikoin puutetta kuuman veden, pyyhkeiden ja wc-paperin kaltaisista hyödykkeistä, mikä eittämättä vaikutti osaltaan myös sairaaloiden tilanteeseen. Koska potilaspaikoista oli suurta pulaa, oli todella sairaat, kuolemaisillaan olleet ja infektiosairauksista kärsineet potilaat sijoitettu vähemmän sairaiden kanssa samaan tilaan, minkä amerikkalaiset kokivat yhdeksi suurimmista eroista maiden välillä. Yhdysvalloissa ainakin suurimmat sairaalat olivat tarkasti jaotelleet potilaansa vaivan, sukupuolen ja iän perusteella eri osastoille 1900 -luvun alusta lähtien¹⁹⁴. Eri osastojen puuttuminen ei kuitenkaan voinut johtua saksalaislääkärien tietämättömyydestä, sillä jo 1860 -luvulla potilaiden jaottelu iän ja diagnoosin mukaan oli aloitettu, sekä infektiosairauksista kärsivien potilaiden eristämisen tärkeys tiedostettu myös Saksassa.¹⁹⁵

Toisaalta kovin terveitä potilaita ei saksalaisissa sairaaloissa edes ollut, sillä paikkojen vähäisyydestä johtuen vain vakavimmin sairaat pääsivät ylipäättään sairaalahoitoon.¹⁹⁶ Kaiken kaikkiaan sota oli aiheuttanut suurta katoa potilaspaikkoihin, vain neljäsosa sotaa edeltävästä

¹⁹²“This pediatric wonderland.”Tri. Leo M. Davidoff, bMS16103/32(5) 166.

¹⁹³bMS16103/32(5) 117, 224, 227.

¹⁹⁴Adams, 2008, 116.

¹⁹⁵Cooter, 1992, 129.

¹⁹⁶bMS16103/13(5) 66, bMS16103/13(6) 26.

sairaalapaikkamäärästä oli käytettävissä.¹⁹⁷

Vaikka yleisiltä olosuhteiltaan osa sairaaloista saattoi olla yleisiä yhdysvaltalaisia sairaaloita paremmalla tasolla, oli tartuntojen leviämisen ehkäisemiseen kiinnitetty verrattain vähän huomiota. Vaikka tartuntataudeista kärsivät oli toisinaan sijoitettu omiin kerroksiinsa, ei potilaita yhdysvaltalaislääkäreiden mielestä eristetty tarpeeksi, eikä henkilökunnan toimiin infektio- ja muiden osastojen välillä kiinnitetty tarpeeksi huomiota.¹⁹⁸

Tuberkuloosi oli yleinen ja saippuan puute, sekä muu yleinen huono hygienia johti siihen, että helposti taltutettavissa olevan tartuntataudit, kuten erilaiset ihosairaudet, vaivasivat laajasti. Eräs avustustyöntekijä mainitsi, ettei hän nähnyt vieraillessaan sairaalassa yksiäkään puhtaita lakanoita.¹⁹⁹ Tarkkoja lukuja juuri vuoden 1948 tuberkuloositapauksista ei löytynyt, mutta vuosien 1945–1946 välillä Saksassa kirjattiin 56 780 tuberkuloositartuntaa, joista 23 600 johti kuolemaan.²⁰⁰

Selityksiä sille, miksi asiat joissain sairaaloissa oli hoidettu niin puutteellisesti, on vaikeaa löytää. Tiedon puutteesta ei voinut olla kyse, sillä vastaavasti muissa, esimerkiksi Berliinin lastensairaalassa, tilanne oli hoidettu esimerkillisesti eristämällä infektiopotilaat kunnolla ja kiinnittämällä tarkkaa huomiota näiden hoitoon ja muiden potilaiden tartuntojen ehkäisemiseen. Toisaalta esimerkiksi joidenkin sairaaloiden kohdalla vuodepaikoista ja henkilökunnan vaatteista raportoitiin olleen niin suurta pulaa, ettei eristäminen tai vaatteiden vaihtaminen infektoituneiden ja ei-infektoituneiden potilaiden hoitamisen välillä ollut mahdollista.²⁰¹

Avustustyöntekijöiden laajasti kauhisteleva tilanne, jossa pitkäaikaissairaat ja infektio-taudeista kärsineet potilaat oli pitänyt sijoittaa sijoittamista samoihin huoneisiin ja se, että lastenosastot puuttuivat useista sairaaloista kokonaan, johtui mitä todennäköisimmin sodan aiheuttamasta tilanteen muutoksesta eikä siitä, ettei asioista olisi tiedetty. Jo 1800 – luvun lopun Saksassa infektio-potilaat oli nimittäin ensimmäistä kertaa alettu sijoittaa omille

¹⁹⁷Fulbrook, 2005, 90.

¹⁹⁸bMS16103/13(7) 62.

¹⁹⁹Tri. William L. Wallace, bMS16103/13(7) 63.

²⁰⁰Fulbrook, 2005, 89.

²⁰¹bMS16103/13(7) 66, 71.

osastoillensa, samoin kuin lapset ja odottavat äidit.²⁰² Pediatria, eli lastentautioppi, oli myös kehittynyt omaksi lääketieteen erikoisalakseen jo 1800 -luvun lopulla ja alan ensimmäiset maailmankuulut ekspertit olivat saksalaisia ja ranskalaisia.²⁰³

Koska sota oli Saksassa vähentänyt potilaspaiikkoja huomattavasti, olivat kaikki toiminnassa olevat sairaalat ylikuormitettuja. Potilaita piti kotiuttaa nopeasti lyhyen tarkkailun jälkeen ja esimerkiksi psyykkisissä sairauksissa siirtää eri hoitolaitoksiin jo silloin kun kokonaisarviointi oli vielä kesken. Aiemmin mainittujen puutteiden lisäksi sairaaloissa raportoitiin olleen pulaa lääkkeistä, henkilökunnasta, vaatteista, ruoasta, välineistä ja laboratoriotarvikkeista.²⁰⁴ Pula kaikesta näkyi myös potilaskannassa; vielä vuonna 1948 sairaaloissa oli hoidettavana potilaita, joiden sairaalaan tulosityy oli äärimmäisen nälän aiheuttama nälkäödeema²⁰⁵.

Myös yleinen hygieniataso Saksassa oli Yhdysvaltain standardeilla heikko. Yhdysvalloissa jo vuonna 1889 keksittyjen ja laajasti käyttöön otettujen²⁰⁶ kumihanskojen käyttö kirurgisissa toimenpiteissä ei ollut yleistä, eikä leikkaussalihenkilökunta käyttänyt päähineitä. Kasvot peittävät maskit olivat käytössä vain osalla, eivätkä nekään peittäneet nenää.²⁰⁷

Hygienian ja terveydenhuollon tärkeys oli otettu erityisesti huomioon natsivallan ajan Saksassa ja esimerkiksi työntekijöiden terveydestä ja hygieenisistä työoloista huolehtiminen sälytettiin tiiviisti työnantajien vastuulle. Asian edistämiseksi oli perustettu oma organisaationsakin, Schönheit der Arbeit, jonka tehtävänä oli kehittää työpaikkojen, pääasiassa tehtaiden hygieniatasoa esimerkiksi kiinnittämällä huomiota lattioiden ja saniteettitilojen siisteyteen.²⁰⁸ Tämän vuoksi raporteissa esitetyt arviot siitä, että puutteet hygieniatoissa ja sairaaloiden aseptiikassa, on mielletävä yhdysvaltalaislääkäreiden omiksi, kärjistetyiksi arvioiksi sen sijaan, että niitä voitaisiin pitää yksiselitteisen todenperäisinä. Toisaalta on mielenkiintoista, miksi esimerkiksi infektiosairauksista kärsivien potilaiden eristämistä toisista ei harjoitettu enempää, vaikka se ainakin joissain sairaaloissa olisi tilojen puolesta ollut mahdollista. Vaikka välineiden ja tarvikkeiden puute selittää esimerkiksi sen,

²⁰²Weindling, 1991, 190.

²⁰³Mettler, 1947, 260, 750-752, Cooter, 1992, 126, 129, 132.

²⁰⁴bMS16103/13(7) 93.

²⁰⁵bMS16103/13(6) 27.

²⁰⁶Duin, 1992, 91.

²⁰⁷bMS16103/13(7) 18.

²⁰⁸Kirk, 2007, 89-90.

ettei hanskoja tai sairaalahenkilökunnan vaatteita pystytty jokaisen potilaan kohdalla vaihtamaan, olisi aseptiikkaan voitu panostaa kuitenkin esimerkiksi käsiä pesemällä.

Raportit puutteellisesta aseptiikasta ovat mielenkiintoisia siksikin, että vielä 1800 -luvun lopussa Saksa oli ollut aseptiikan kehityksen mallimaa ja Saksan bakteriologian korkea osaaminen oli aluksi nimenomaan kehittänyt maailmanlaajuisesti kirurgista aseptiikkaa suurin harppauksin parempaan suuntaan. Kun bakteriologian uusien oivallusten kautta aseptiikan merkitys oli havaittu ja huomiota oli alettu uudella tavalla kiinnittää leikkaushaavojen hoitoon ja hygieniaan leikkauksen aikana esimerkiksi leikkausvaatteiden muodossa, oli leikkausten jälkeisistä tulehduksista tullut 1890 -luvulle tultaessa enemmän poikkeus säännön sijaan. Vielä 1800 -luvun alussa pahat tulehdukset olivat seuranneet käytännössä kaikkia kirurgisia toimenpiteitä.²⁰⁹ Tarkan huomion kiinnittäminen aseptiikkaan ja sen puutteisiin ei toisaalta ollut yllättävää, sillä 1940 - ja 50 -luvuilla Yhdysvalloissa elettiin aikaa, jolloin kehon ulkopuoliseen hygieniaan kiinnitettiin valtavasti huomiota ja esimerkiksi likaiset ympäristöt, vaatteet, puhdistamattomat haavat ja huono henkilökohtainen hygienia miellettiin suurimmiksi uhkiksi terveydelle.²¹⁰

Toisinaan toisaalta myös hienoista leikkaussaleista ja sairaalaloista raportoitiin ja esimerkiksi Heidelbergissä röntgenkuvamahdollisuudet ja leikkaussalit olivat avustustyöntekijöiden mukaan Yhdysvaltoja paremmat.²¹¹ Kovimmin sanankääntein raporteissa arvosteltuja saksalaisia sairaaloita vaivasikin siis todennäköisesti ennen kaikkea valtava resurssipula. Tämä otettiin kuitenkin raporteissa huomioon erittäin harvoin, tai pikemminkin yhtä poikkeusta lukuun ottamatta ei koskaan. Vaikeille oloille ei pyritty löytämään selitystä laajalti huomioitujen ankarien yhteiskunnallisten olojen kautta, eikä havaituille puutteille herunut ymmärrystä sodan aiheuttamiin tuhoihin peilaten. Seuraavanlaisia, Berliinin tilannetta kuvaavia kommentteja olisi raporteista odottanut löytävän useammin kuin kerran, mutta sen sijaan muut raportit tyytyivät vain kauhistellen kuvaamaan havaittuja oloja sen kummemmin pyrkimättä etsimään selityksiä niille. Tämä esimerkki oli lukuisten raporttien joukossa ainoa, joka antoi tilaa sairaaloista ja lääkäreistä riippumattomille syille alkeellisten terveydenhuollon olojen selittäjänä:

²⁰⁹Mettler, 1947, 892, 893, Porter 1997, 597.

²¹⁰Martin, 2000, 126-127.

²¹¹Tri. Dallas P. Phemister, bMS16103/13(7) 30.

”General hospital equipment is run down or lacking; laboratory equipment is inadequate and research is not a conspicuous part of hospital work. All of this is natural and understandable consequence of the hardship and destruction of what this city has experienced.”²¹²

Välineistön suhteen italialaisissa sairaaloissa ei ollut merkittäviä puutteita liiemmin hoidon kuin opetuksenkaan näkökulmasta. Vaikka tuberkuloosi oli iso ongelma, sen taltuttamiseksi oli tartuttu todella toimeen; kaksi isoa tuberkuloosisairaala oli perustettu Roomaan ja Napoliin ja niissä annettiin avustustyöntekijöiden mukaan laadukasta hoitoa.²¹³

Yleinen aseptiikka sai kuitenkin Italiassakin paljon moitteita, sillä yksinkertaisista toimenpiteistä, kuten puhdistavan sulfonamidi -jauheen laittamisesta haavoille, ei vierailuissa sairaaloissa tiedetty. Puutteellista tilannetta aseptiikan suhteen arvosteltiin tiukoinkin sanankääntein:

” In certain clinics one wonders if asepsis has been heard of.”²¹⁴

Leikkaussalien aseptiikka oli niin ikään avustustyöntekijöiden mukaan kehnoa ja ”Surgical asepsis in operating rooms is very poor.” -tyyppiset kommentit toistuivat kaikissa raporteissa.²¹⁵

²¹² ”Yleinen sairaalavälineistö puuttuu kokonaan tai on käytetty loppuun, laboratoriovälineistö on puutteellista, eikä tutkimus kuulu huomattavana osana sairaalatyöhön. Kaikki tämä on luonnollista ja ymmärrettävää seurausta siitä tuhosta ja niistä vastoinikäymisistä, joita tämä kaupunki on joutunut kohtaamaan.” Tri. Francis D. W. Lukens, bMS16103/13(6) 104.

²¹³ bMS16103/25(19) 61.

²¹⁴ ”Joillain klinikoilla miettii, onko aseptiikasta koskaan edes kuultu.” Tri. Herman De Wilde, bMS16103/26(1) 47.

²¹⁵ ”Kirurginen aseptiikka leikkaussaleissa on erittäin huonoa.” bMS16103/26(1) 48.

5.2 Kirurgiset toimenpiteet ja vaatimaton anestesiaosaaminen

Kehnoa aseptiikkaa enemmän avustustyöntekijöitä kuitenkin järkytti kaikkien kohdemaiden leikkaussaleissa se, kuinka huonosti anestesia oli käytössä ja kuinka paljon vaativia leikkauksia hoidettiin paikallispuudutuksessa. Tämä oli yhdysvaltalaisen mielestä valitettavaa, sillä se pakotti kirurgit toimimaan ripeästi ja suoriutumaan vaativistakin leikkauksista mahdollisimman lyhyessä ajassa, mikä esti hiomasta yksityiskohtia huolella. Tilanteen vakavuutta kuvailtiin eniten Italiaan suuntautuneen avustusmatkan kohdalla, mutta tilanne vaikutti raporttien perusteella olevan sama kaikissa kohdemaissa.²¹⁶

On mielenkiintoista huomata, miten yleistä anestesian puuttuminen raportoitiin olleen kohdemaiden leikkauskäytännöissä, vaikka sitä käytettiin menestyksekkäästi jo 1840 -luvulla Yhdysvalloissa kun ensimmäisten potilaiden kaulasta poistettiin kasvaimia näiden ollessa tajuttomia eetterin vaikutuksesta.²¹⁷ Kirurgisten toimenpiteiden käytännöksi anestesia vakiintui laajasti 1800 -luvun lopulla.²¹⁸ Anestesian kohdalla kyse siis todennäköisesti olikin siitä, että tarvittavia välineitä ja aineita, kuten eetteriä ei kohdemaissa ollut saatavilla. Siitä tuskin oli kyse, ettei anestesiasta olisi tiedetty kunnolla tai että sen käytön puuttuminen olisi ollut vakiintunut tapa jo ennen sotaa, vaikka avustustyöntekijät selvästi mielsivät tilanteen vakiintuneena käytäntönä ja tiedon puutteena resurssipulasta johtuneen pakon sijaan. On vaikeaa kuvitella, että esimerkiksi 1800 -luvun lopun kirurgian mallimaassa Saksassa ei olisi tiedetty anestesian tekniikoista ja hyödyistä.

Toisaalta anestesiaan varmasti myös suhtauduttiin vähemmällä mielenkiinnolla ja intohimolla kuin Yhdysvalloissa. Saksassa vähemmästä huomiosta ja kiinnostuksesta anestesiaa kohtaan kieli leikkauskäytäntöjen lisäksi se, ettei anestesia ollut oma alansa lääketieteellisissä tiedekunnissa, toisin kuin Yhdysvalloissa. Lisäksi pelkästään anestesiaalääkäreinä toimivia henkilöitä ei ollut, esimerkiksi Heidelbergin yliopistollisessa sairaalassa anestesiaan erikoistunut lääkäri oli samaan aikaan yksin myös gynekologian, kirurgian ja farmakologian

²¹⁶Ks. esim. Tri. Edward Howes, bMS16103/25(14) 50, bMS 16103/26(1) 15.

²¹⁷Major, 1954, 752, 754.

²¹⁸Mettler, 1947, 218-219.

erikoislääkäri. Sen sijaan bakteriologiassa toimi samaan aikaan neljä erikoislääkäriä.²¹⁹

Käytännön työssä puutteet anestesiassa ilmenivät siten, että leikkausten aikana puudutusta tai varsinkaan nukutusta ei usein käytetty, verenpainetta ei valvottu eikä potilasta laitettu tiputukseen, kuten Yhdysvalloissa oli tapana. Myös verensiirrot olivat harvinaisia kaikissa kohdemaissa. Tilanteen kohentamiseksi jo valmistuneiden lääkäreiden haluttiin ymmärtävän anestesian hyödyt paitsi potilaalle myös lääkärille itselleen; kun potilas olisi puudutettuna tai nukutettuna, voisi leikkaukset hoitaa rauhassa ilman hätiköintiä. Lisäksi opiskelijat toivottiin tulevaisuudessa saatavan tietoiseksi anestesian monista ulottuvuuksista ja näin kiinnostuneiksi erikoistumaan siihen, jotta anestesia saataisiin kehittymään tutkimuksellisella tasolla ja sitä kautta myös sairaaloissa.²²⁰

Suomen kohdalla kirurgiassa, kuten muissakin sairaalaloissa, tilannetta verrattiin usein Puolaan, jossa Suomen avustusmatkalla työskennelleet lääkärit olivat toteuttaneet pidemmän avustusmatkan juuri ennen Suomeen saapumistaan. Puolaan verrattuna Suomen eduksi kirurgian saralla listattiin potilastapausten parempi valmistelu ja toimivampi laboratoriotyö, sekä pyrkimykset potilaan nestetasapainon tarkkailuun. Sen sijaan itse kirurgisesta työstä annetut kommentit eivät olleet mairittelevia; ”The surgery in general is just as primitive.”²²¹ Tämä kommentti oli kuitenkin poistettu lopullisesta raportista ja esiintyi vain virallisen loppuraportin luonnoksessa.

Vaikka Suomen joissain leikkausyksiköissä oli tyydyttäviä anestesiavälineistöjä, puuttui niissäkin lääkäreiltä uusimmat tiedot esimerkiksi epiduraalipuudutuksesta ja sen antamisesta. Koko maassa oli vain yksi anestesiaerikoislääkäri, joka hänkin pystyi keskittymään avustustyöntekijöiden arvioiden mukaan anestesiahoitoon vain 75 % työajastaan. Toinen anestesiaerikoislääkäri oli erikoistumassa.²²²

Suomessa oli avustusmatkan aikaan vain yksi neurokirurgiaa erikoisalanaan harjoittava lääkäri. Suuri osa siis tehtiin yleiskirurgien voimin. Vaikka muu välineistö ja puitteet onnistuneen neurokirurgian harjoittamiseen olivat raporttien arvioiden mukaan kunnossa,

²¹⁹bMS16103/14(9) 14-15.

²²⁰Tri. Dallas P. Phemiser, Tri. Benjamin H. Robins, bMS16103/13(7)18, 35,38.

²²¹”Kirurgia yleisesti on avian yhtä primitiivistä (kuin Puolassa)” Tri. Robert Elman, bMS16103/32(5) 174.

²²²Tri. Leo M. Davidoff, bMS16103/32(5) 188.

anestesiaalääkäri tai -hoitaja puuttui tilanteista kokonaan ja suurin osa leikkauksista hoidettiin paikallispuudutuksessa. Myös verensiirrot olivat vähäisempiä kuin mihin Yhdysvalloissa oli totuttu. Neurokirurgi itse, Tri. Snellman, sai kiitosta teknisistä taidoistaan, mutta ei ollut raporttien mukaan täysin tietoinen kaikista uusimmista leikkaustekniikoista, mikä aiheutti toisinaan leikkausajan turhaa pitkittämistä ja tarpeettoman runsasta verenhukkaa potilaalle.²²³

Yleisesti erikoistumisen suhteen Suomessa vallitsikin ristiriitainen tilanne. Erikoishoidon saaminen oli vuonna 1948 mahdollista vain Helsingissä, eikä edes Turussa toteutettu esimerkiksi ortopedisiä tai neurokirurgisia operaatioita, vaikka siellä toimi yliopistollinen sairaala. Tämä oli hankalaa ja lisäsi Helsingin kuormaa ja taakkaa tarpeettomasti. Toisaalta kirurgeja oli verrattain vähän ja heidän työpanostaan yleisemmissä operaatioissa ja yleislääketieteen tasolla tarvittiin.²²⁴ Se, että kirurgeja oli niin vähän, vaikeutti tiettyjen erikoisalojen kehitystä, sillä erikoislääkärit joutuivat suorittamaan myös paljon yleislääketieteellisiä operaatioita. Kun esimerkiksi ortopedejä oli vain kaksi koko maassa, joutuivat he vastaamaan myös yleisemmästä kirurgiasta ja sen opetuksesta yliopistoissa ja näin ollen ortopedia ei päässyt kehittymään niin korkealle tasolle kuin olisi ollut mahdollista, mikäli siihen olisi täysillä pystytty keskittymään. Myös omaksi erikoisalakseen matkan aikana vasta eriytyvässä ollut neurokirurgia lepäsi yhden lääkärin harteilla, mikä oli avustustyöntekijöiden mukaan erittäin valitettavaa.²²⁵

Ristiriitaiseksi tilanteen teki se, että vaikka erikoislääkäreiden puutteesta raportoitiin, moitittiin samalla myös lääkäreiden liikaa erikoistumishalukkuutta yleislääketieteen kustannuksella. Tämän kritisoiin johtaneen siihen, että yleinen työ potilaiden hyväksi jäi paikoin jalkoihin kun erikoisalojensa huiput halusivat toteuttaa vain omien alojensa operaatioita ja kehittää omia erikoisalojaan. Eräässä raportissa moitittiinkin:

”They built hospitals around specialties, diseases or just men instead of taking care of the sick.”²²⁶

²²³ bMS16103/32(5) 167-168.

²²⁴ bMS16103/32(5) 181.

²²⁵ Tri. Leo M. Davidoff, Tri. James E.M. Thomson, bMS16103/32(5) 168-169, 184.

²²⁶ ”Sairaaloita rakennetaan erikoisalojen, tautien tai jopa lääkäreiden ympärille sairaista huolehtimisen sijaan.” bMS16103/32(5) Tri. Robert Elman, 177–178.

Italiassakin erikoistuminen eri osa-alueille oli yleistä, joskin sielläkin se oli toteutettu eri tavoin kuin Yhdysvalloissa. Kirurgiassa oltiin erikoistuneita ortopediaan, urologiaan ja plastiikkakirurgiaan, mutta jotkut erittäin vaativat kirurgian erikoisalajat, kuten neurokirurgia, olivat yleiskirurgien vastuulla, minkä yhdysvaltalaiset kokivat ongelmalliseksi. Prosessi neurokirurgien ammattikunnan syntyä ja neurokirurgian eriytymiseksi omaksi erikoisalaksi oli kuitenkin alkanut.²²⁷

Saksassa joillekin erikoisaloille, kuten gynekologialle, varatut tilat olivat monissa sairaaloissa suuremmat ja parempikuntoiset kuin Yhdysvalloissa. Gynekologialla oli Saksassa suuri painopiste potilaspaiikkojen määrässä katsottuna ja vaikka olot paikoin muuten olivat vaatimattomat, oli sen opetukseen ja siihen erikoistuneeseen kirurgiaan loistavat olosuhteet.²²⁸ Gynekologia vaikutti lääketieteen osa-alueelta, jossa saksalaiset olivat edelleen huipulla ja jossa he, huolimatta kansainvälisten kontaktien puutteesta, olivat edistyneet viimeisen 10 vuoden aikana myös yhdysvaltalaislääkäreiden näkökulmasta. Vaikka kirurgiassa muuten oli puutteita anestesian ja aseptiikan suhteen, oli erilaisten gynekologisten syöpien leikkaamisessa onnistuttu kehittymään niin, että niiden paranemisprosentti oli saatu esimerkiksi Yhdysvaltoja paremmaksi.²²⁹ Lääketieteen voimakas kehittyminen gynekologian ja naistentautien saralla erikoistuminen erityisesti naisten syöpien hoitamiseen selittyy pitkälti kansallissosialismin ihanteiden kautta. Se, että naistentautien hoidon kehittämiseen oli panostettu myös sotavuosien aikana juontaa juurensa natsi-ideologian tavoitteisiin arjalaisten naisten pitämisestä riittävän hyvinvoivina voidakseen täyttää tehtävänsä synnyttäjinä ja äiteinä. Vaikka etenkin 1920-luvulla naisten rooli myös kodin ulkopuolisina työntekijöinä oli kasvanut, oli heille kuitenkin varattu rooli pääasiassa arjalaisten jälkeläisten tuottajina ja kasvattajina.²³⁰ Naiset oli tärkeää pitää terveinä ja elinvoimaisina, jotta heidän oli mahdollista tuottaa mahdollisimman paljon jälkeläisiä.²³¹ Tätä tavoitetta vasten on helppoa ymmärtää, miten naistentauteihin ja uusien hoitomuotojen löytämiseen ja esimerkiksi hedelmällisyystutkimuksen tekemiseen²³²

²²⁷Tri Edward L. Howes, bMS16103/26(1) 14-15, Tri. Arthur R. Elvidge, bMS16103/26(1) 24.

²²⁸bMS16103/13(8) 53.

²²⁹esim bMS16103/13(8) 54, bMS16103/13(7) 10.

²³⁰Kirk, 2007, 150-151.

²³¹Proctor, 1988, 120.

²³²Proctor, 1988, 121.

keskityttiin myös sotavuosina, vaikka useat muut lääketieteen osa-alueet ja perusterveydenhuolto jäivät samaan aikaan vähälle huomiolle ja vaille kehitystä. Muutoin erikoistuminen ei kirurgian saralla ollut yleistä, vaan kirurgit hoitivat kaikenlaisia leikkauksia.²³³

Toinen maailmansota luo vankkaa selitystaustaa lähes kaikille kohdemaista raportoiduille epäkohdille. Veripankin lisäksi niin kirurginen anestesia leikkauksen aikana potilaalle annettavien nesteiden osalta kuin erilaisten vammojen uudet hoitomuodotkin olivat kehittyneet voimakkaasti juuri sodan aikaan ja välittömästi sitä seuranneina vuosina.²³⁴ Verrattuna kohdemaihin Yhdysvallat oli ollut aivan erilaisessa tilanteessa siinä suhteessa, ettei sota ollut heikentänyt sen mahdollisuuksia hyödyntää näitä uusimpia lääketieteen kehitysaskelia myös käytännön potilastyössä, päinvastoin. Välittömästi toisen maailmansodan jälkeen Yhdysvalloilla oli ollut mahdollisuudet sijoittaa suuria summia lääketieteellisen tutkimuksen tekoon, sen huippuunsa kehittämiseen ja sitä kautta vankan kansainvälisen johtoaseman saavuttamiseen ja säilyttämiseen. Samalla kun kohdemaat kamppailivat mittavien valtiontaloudellisten ongelmien kanssa, oli Yhdysvaltojen teollinen tuotanto ja kansantalous huimassa kasvussa.²³⁵ Tätä taustaa vasten on ymmärrettävää, että kohdemaiden tilanteet näyttäytyivät paikoin hyvinkin alkeellisina avustustyöntekijöiden silmissä.

5.3 Viileän asiallinen lääkäri persoonattoman potilaan palveluksessa.

Sen lisäksi, että lääketiede oli bakteriologiassa tehtyjen löydösten ansiosta kehittynyt nopeasti 1900 -luvulle tultaessa, oli kehitystä tapahtunut avustusmatkoihin mennessä myös potilaan ja lääkärin välisessä suhteessa. Luottamus lääkäriin oli kasvanut kun etenkin lääketieteen harjoittaminen oli alkanut kehittyä enemmän ensisijaisesti ihmisten auttamiseksi bisneksen sijaan. Vielä 1890 -luvulla ajoittain vallinnut ristiriita potilaan edun ja lääkärin elannonsaannin välillä, mutta 1920 -luvulla voimaanastuneet kiellot mainonnasta, sekä kannustus vähävaraisten potilaiden ilmaishoitoon myös yksityispraktiikoilla edesauttoivat potilas-lääkärisuhteen kehittymistä luottamuksellisemmaksi, sekä lääkäreiden

²³³ esim bMS16103/13(8) 54, bMS16103/13(7) 10.

²³⁴ Tilney, 2011, 97.

²³⁵ Starr, 1982, 335-336.

näkemistä ensisijaisesti auttajina bisneksentekijöiden sijaan. Viimeistään toisen maailmansodan jälkeen lääketiede ja lääketieteellinen osaaminen ymmärrettiin joksikin paljon suuremmaksi, kuin vain hyödykkeeksi, jota ostaa ja myydä.²³⁶ Tästä huolimatta lääkäreiden suhtautuminen potilaisiin poikkesi paljon Yhdysvaltojen ja kohdemaiden välillä. Varsinkin Italian ja Saksan kohdalla raportoitiin paljon lääkäreiden kyvyttömyydestä kohdata potilaat ihmisinä ja ymmärtää heidät psykofyysisinä kokonaisuuksina. Eniten kritisoitiin saksalais- ja italialaislääkäreiden tapoja toimia tiukan ratkaisukeskeisesti potilaslähtöisyyden sijaan. Tämän raportoitiin vaikuttaneen negatiivisesti potilaan luottamukseen lääkäriä kohtaan ja raporttien perusteella lääkärin ja potilaan välisen suhteen ei voida katsoa olleen joka paikassa yksiselitteisen hyvä ja molemminpuolisesta luottamuksesta nauttiva. Varsinkin Italian kohdalla raportoitiin laajasti suoranaisesta pelosta lääkäreitä kohtaan.²³⁷

Yhtenä suurimpana erona Yhdysvaltojen ja kohdemaiden välillä nähtiin se että lääkärit, etenkin kirurgit, toimivat kohdemaissa enemmän ratkaisu-, kuin potilaslähtöisesti. Esimerkiksi potilaan yleiseen hyvinvointiin kirurgisten operaatioiden aikana katsottiin kiinnitettävän vähemmän huomiota kuin Yhdysvalloissa. Potilas-lääkärisuhteen raportoitiin olleen viileän asiallinen, eikä potilasta huomioitu raporttien mukaan riittävästi psykofyysisenä kokonaisuutena, mikä näkyi esimerkiksi siinä, ettei potilaan tai hänen läheistensä tunteisiin kiinnitetty avustustyöntekijöiden mukaan riittävästi huomiota.²³⁸

Italialaisia lääkäreitä kritisoitiin siitä, että potilaita ei kohdeltu ensisijaisesti ihmisinä, mikä tuli ilmi esimerkiksi siitä, ettei heitä puudutettu synnytyksen ja nielurisaleikkauksen kaltaisissa toimenpiteissä, joissa se olisi ollut mahdollista ja toivottavaakin. Paikallispuudutusta annettaessa ei yhdysvaltalaiskritiikin mukaan siinäkään kiinnitetty huomiota potilaan ihmisarvoon, vaan esimerkiksi epiduraalipuudutuksia saatettiin epäonnistumisen jälkeen uusia karskilla neulalla useita kertoja välittämättä toimenpiteen epämiellyttävyydestä.²³⁹

Potilaiden kohtelua inhimillisinä olentoina ja heidän ihmisarvonsa korostamista penättiin laajasti. Esimerkiksi lastentautien puolella ihmeteltiin kylmää ja virallista potilas-

²³⁶ Wilde, 2010, 8.

²³⁷ bMS16103/13(8) 53-54, bMS16103/13(7) 10, bMS 16103/26(1) 15, 36, bMS16103/25(14) 52, bMS 16103/26(1) 15.

²³⁸ Tri. Howes, bMS 16103/26(1) 15.

²³⁹ Tri. Roberts Dripps, bMS16103/25(14) 52.

lääkärisuhdetta ja sitä, miksei potilaiden perheisiin tai heidän tunteisiinsa kiinnitetty lainkaan hoidon yhteydessä. Raporteissa valiteltiin sitä, että sairastumisen ja sairauksien psykologiset ulottuvuudet jätettiin kokonaan huomioimatta.²⁴⁰ Toisaalta varsinkin Saksan kohdalla on huomioitava natsivallan aikana tapahtuneet rikokset, joiden toteuttajina lääkärit usein toimivat²⁴¹. Lääketieteen ja lääkäreiden ammattitaidon valjastaminen kyseisenlaisiin hirmutekoihin ei voi olla vaikuttamatta laajemmin potilaiden epäluottamukseen lääkäreitä kohtaan, mikäli tapahtumat olivat jo vuoden 1948 aikana ihmisten tiedossa.

Suomessa yhtenä syynä siihen, miksei potilaiden kanssa jutusteluun ja esimerkiksi juuri perheisiin tutustumiseen käytetty aikaa, oli mitä todennäköisimmin valtava lääkäripula ja sen aiheuttama kiire potilastyössä. Suomessa oli vuonna 1948 1750 lääkäriä, joista 500 työskenteli Helsingissä. Kapasiteetti oli avustustyöntekijöiden mielestä väkilukuun suhteutettuna aivan liian pieni.²⁴² Suomen lääkäripulaan oli tuonut omat haasteensa myös sodan aluemenetyksistä johtunut siirtoväen muuttoliike.²⁴³ Siirtoväen asutus oli aiheuttanut haasteensa monelle elämän eri osa-alueelle, niin myös terveydenhuollolle. Esimerkiksi maaseudulla jo muutenkin paha terveydenhuoltohenkilökunnan vaje oli saanut aivan uudet mittasuhteet.²⁴⁴

Julkisten ja yksityisten sairaaloiden potilaat olivat verrattain epätasa-arvoisessa asemassa, sillä esimerkiksi puudutusta käytettiin kuitenkin esimerkiksi nielurisaleikkauksissa yksityispotilaille.²⁴⁵ Siinä missä potilaat joutuivat joissain tapauksissa epätasa-arvoiseen asemaan riippuen siitä, hoidettiin heitä yksityisen vai julkisen terveydenhuollon piirissä, olivat terveydenhuollon olot epätasa-arvoiset myös kaupunkien ja maaseudun välillä. Esimerkiksi Suomessa maaseudun ja kaupungin välillä oli suuria eroja sen suhteen, minkä verran ihmiset kuuluivat terveydenhuoltojärjestelmän piiriin. Esimerkiksi synnytykset hoidettiin kaupungeissa aina sairaaloissa, kun taas maaseudulla lähes poikkeuksetta kotona, joskin usein kättilön avustuksella.²⁴⁶ Synnytyksen siirtyminen kokonaan sairaaloissa

²⁴⁰ Tri. Edward L. Pratt, bMS16103/26(1) 35-36.

²⁴¹ Seidelman, 2000, 332-333.

²⁴² Tri. Leo M. Davidoff, Tri. Samuel Z. Levine, bMS16103/32(5) 165, 224.

²⁴³ Virrankoski, 2001, 929.

²⁴⁴ Avikainen & Hetemäki, 1989, 51- 53.

²⁴⁵ Tri. Herman De Wilde, bMS16103/26(1) 48.

²⁴⁶ bMS16103/32(5) 224.

hoidettaviksi tapahtui hitaasti ja vasta 1950 -luvun lopussa lähes kaikki lapset syntyivät kotien sijaan sairaaloissa²⁴⁷

Epätasa-arvoisuuden ei puolestaan voida katsoa Suomen sisällä kadonneen edes nykypäivään tullessa. 10.2.2014 ilmestyneessä Helsingin Sanomissa julkaistiin laaja artikkeli siitä, kuinka Suomen eri kunnissa toteutetaan tasoltaan ja tehokkuudeltaan hyvin eritasoista hoitoa. Tampereen yliopiston terveystaloustieteen professori Pekka Rissanen totesi artikkelissa, kuinka esimerkiksi kaikki leikkausjonot olisi mahdollista purkaa nykyresursseilla mikäli kaikki sairaalat saavuttaisivat keskivertosairaaloiden tason. Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen tutkimusprofessori Unto Häkkinen puolestaan nosti artikkelissa esille toisistaan rajustikin eri kuntien välillä poikkeavat hoitomenettelyt esimerkiksi leikkauksia seuraavien kuntoutusjaksojen kohdalla. Syitä eroaviin käytäntöihin ja niiden myötä eroavaan tehokkuuteen ei tiedetä. Varmaa kuitenkin on, että tehokkuutta ja tasa-arvoa Suomen sairaaloissa voitaisiin lisätä rutkasti ja se vaatisi enemmän keskittymistä potilaaseen ja potilastyöhön muiden työtehtävien sijaan.²⁴⁸

Yhtenä syynä viileään asennoitumiseen potilasta kohtaan voi olla sota-ajan vaikutukset lääkäreiden asennoitumisessa. Kuten aiemmista käsittelyluvuista kävi ilmi, oli varsinkin Saksan lääkärikunnasta suuri osa valjastettu sodan vaatimiin tehtäviin rintamille. Useiden vuosien työskentely rintamalääkärinä vaikutti mitä todennäköisimmin siihen, kuinka lääkärit kohtasivat potilaansa sodan päätyttyä avustustyöntekijöiden heitä tarkkaillessa. Sota-ajan lääkärintyölle on ominaista juuri viileän asiallinen suhtautuminen potilaaseen kun pitkäaikainen hoitosuhde lääkärin ja potilaan välillä jää usein puuttumaan ja potilaita kohdataan vain lyhyiden hetkien ajan vailla mahdollisuuksia ottaa potilaiden yksilölliset toivomukset ja tarpeet huomioon. Sota-ajan lääketieteellä on ollut potilaita lääkäreistä voimakkaasti erottava ja näiden välistä suhdetta viilentävä voima kun lääkäreille ei esimerkiksi ole usein selvinnyt, kuinka heidän hoitamilleen potilaille on lopulta käynyt ja potilaita on hoidettu ikään kuin liukuhihnatyönä tiettyjen lääkäreiden keskittyessä hoitamaan tiettyjä toimenpiteitä lukuisille potilaille kokonaisvaltaisen, yhteen potilaaseen kattavasti keskittyvän hoidon sijaan.²⁴⁹ On helppoa kuvitella, että pitkään rintamilla työskennelleiden

²⁴⁷ Aromaa et. al, 1999, 178.

²⁴⁸ HS 10.2.2014, A 13.

²⁴⁹ Bourke, 2000, 592.

lääkäreiden asennoituminen potilaisiin on kokenut muutoksen, ja tämä asennemuutos on kiinnittänyt avustustyöntekijöiden huomion.

Toisaalta raportoidut havainnot ovat mielenkiintoisessa ristiriidassa sen kanssa, mitä lääketieteen sosiaalihistoriassa yleisesti usein ajatellaan potilaan ja lääkärin välisestä suhteesta ja erityisesti potilaan vaikutusvaltaisesta ja vähintäänkin tasavertaisesta asemasta lääkäriin nähden. Tiukka hierarkkisuus ja lääkärin voimakas auktoriteettiasema ei suinkaan ole yksiselitteisesti tai aina leimannut lääkäri-potilassuhdetta, vaan se on usein nähty ikään kuin palvelussuhteena, jossa lääkäri on palveluntarjoaja ja potilas vaikutusvaltainen asiakas, jolla on mahdollisuus hankkia tarvitsemansa palvelu myös toisaalta, mikä pakottaa lääkärin kiinnittämään tarkkaa huomiota toimintaansa ja potilaan tyytyväisyyteen. Ilmeisesti Yhdysvalloissa tämäntyyppinen, tasa-arvoisempi ja kaksisuuntainen potilas-lääkärisuhde oli sodan jälkeenkin voimissaan, sillä raporteissa kiinnitettiin niin paljon huomiota varsinkin Saksan ja Italian täysin toisentyypisiin asetelmiin lääkärin ja potilaan välillä. Potilaan vaikutusvalta lääkäreiden ammattiuraan ja esimerkiksi lääkäripelon negatiiviset vaikutukset lääkärikunnalle itselleen eivät olleet Saksassa ja Italiassa nähtävissä, mikä todennäköisesti johtui juuri terveydenhuoltoa vaivanneesta resurssipulasta niin lääkäreiden, sairaalapaikkojen kuin välineidenkin suhteen. Kyseisenlaisessa tilanteessa potilaat eivät omanneet valinnanvapauden kautta samanlaista vaikutusvaltaa, joka potilas-lääkärisuhteeseen perinteisesti liitetään.²⁵⁰

²⁵⁰ Porter, 1985, 189-190.

6. Matkojen vaikutukset kohdemaiden terveydenhuollolle

Vaikka kristillisillä avustusjärjestöillä oli toisen maailman sodan jälkeen suuri rooli terveydenhuollon muovaamisessa, ei niiden yksittäistä työpanosta tule liioitella. Toisen maailmansodan jälkeen tiedostettiin yhä yleisemmin, kuinka avustusjärjestöt eivät yksin voineet vastata koko suuresta taakasta ja valtiolliset tahot alkoivat ottaa yhä enemmän vastuuta esimerkiksi sairaaloiden pyörittämisestä.²⁵¹ Tässä tutkimuksessa tarkastelluilla avustusmatkoilla oli paljon positiivisia vaikutuksia kohdemaiden sairaaloihin avustustyöntekijöiden mukanaan tuomien lääkkeiden, välineiden ja uusien ideoiden myötä, mutta perusteellisempi uudistustyö jäi avustusmatkalaisten poistuttua sairaaloiden itsensä vastuulle.

Terveyden merkitys kansalla ja valtiolle myös tunnustettiin toisen maailmansodan jälkeen yleisesti ja kun maat pääsivät jaloilleen, ottivat valtiolliset toimijat yhä suurempaa roolia terveydenhuoltojärjestelmien kohentamisessa. Tiedostettiin, että huonosti voiva tai terveydenhuoltoa vaille jäävä kansa oli tehoton. Terveen, hyvinvoivan ja tehokkaan kansan taakse tarvittiin valtiollista tukea. Vaikka avustusmatkoilla oli ollut paikoin positiivisia ja valtioiden oloja kehittäneitä vaikutuksia, antoi esimerkiksi Saksassa terveydenhuollon todellinen modernisaatio odottaa pitkään itseään matkojen jälkeen. Vasta 1970 -luvulla vihdoin koettiin rakettimainen nousu terveydenhuollon saralla kun uudet, modernit sairaalat seurasivat toisiaan ja valtio valjastettiin lainsäädännön avulla vastuulliseksi sairaaloiden kunnosta ja varustetasosta.²⁵²

Vaikka komitea itse halusi myös korostaa lääketieteellisten avustusmatkojen ainutlaatuisuutta, ainutkertaisuutta ja pioneeriasemaa, käy Saksaan suuntautuneella avustusmatkalla mukana olleen lääkärin raportista ilmi, ettei järjestö ollut ainoa taho, joka tuohon aikaan toteutti kyseisenlaisia matkoja. Ryhmä nimittäin tapasi Iso-Britannian hallituksen Saksaan lähettämiä Lontoon yliopiston työntekijöitä, jotka kiersivät kolme kuukautta Länsi-Saksaa tutustuen paikallisten yliopistojen lääketieteellisiin tiedekuntiin.²⁵³

²⁵¹Webster, 2000, 132.

²⁵²Porter, 1997, 632, 655.

²⁵³bMS16103/13(3) 15.

Avun välittäminen ja perille saattaminen ei myöskään ollut aina yksinkertaista, sillä varsinkin Saksan kohdalla raportoitiin siitä, etteivät saksalaislääkärit olleet valmiita vastaanottamaan apua. Varsinkin muutaman viinilasillisen jälkeen saksalaiset esittivät raporttien mukaan mielipiteensä siitä, kuinka he olivat vain resurssien ja rahan suhteen jäljessä, mutta henkisesti kokivat yhä olevansa lääketieteessä angloamerikkalaista maailmaa edellä;

"The Germans have lost ten years of scientific work and are at present retarded. Their greatest failure is that they do not know that they are behind. They are somewhat like Rip Van Winkle when he first woke up. There are great exceptions to this but most Germans will tell you, particularly after a few glasses of wine that other countries are ahead of them purely by virtue of material possessions but that intellectually they still lead."²⁵⁴

Kaikista lieventävistä asianhaaroista huolimatta avustusmatkoilla oli todellista konkreettista hyötyä kohdemaiden terveydenhuoltoon ja esimerkiksi kansalliset veripankit ovat mitä ilmeisimmin syntyneet osittain kyseisten avustusmatkojen myötävaikutuksella. Esimerkiksi Saksassa veripankkia ei ennen avustusmatkaa ollut missään sairaalassa ²⁵⁵ ja avustustyöntekijät luennoivat laajasti sen merkityksestä ja tärkeydestä kirurgiassa.

Suomessa veripankki oli käytössä, mutta se toimi eri periaatteella kuin Yhdysvalloissa. Verenluovuttajia etsittiin tarpeen vaatiessa aina potilaan lähipiiristä sen sijaan, että vapaaehtoisia verenluovuttajia olisi hyödynnetty laajemman veripankin kartoittamiseksi. Tästä vapaaehtoiseiin verenluovutuksiin perustuvasta veripankista suomalaiset olivat avustustyöntekijöiden mukaan erittäin kiinnostuneita kuulemaan lisää ja työskentelemään sellaisen luomiseksi. Vuonna 1948 nykymuotoinen SPR:n ylläpitämä vapaaehtoiseiin verenluovutuksiin perustuva veripankki perustettiin Suomessa.²⁵⁶

Myös intubaatio oli toimenpide, josta kohdemaissa ei avustustyöntekijöiden mukaan oltu kuultu. Siitä tuli veripankin lisäksi konkreettinen esimerkki siitä, kuinka avustusmatkoilla

²⁵⁴ "Saksalaiset ovat menettäneet kymmenen vuotta tieteellisestä työstä ja ovat tällä hetkellä jääneet jälkeen. Heidän suurin puutteensa on, etteivät he tiedä olevansa jäljessä. Poikkeuksiakin löytyy, mutta suurin osa saksalaisista puhuu, varsinkin muutaman viinilasin jälkeen, kuinka muiden maiden etumatka johtuu vain materialistisesta ylivoimasta, ja henkisesti he kuitenkin edelleen johtavat."Tri. William Wallace, bMS16103/13(7) 53.

²⁵⁵ bMS16103/13(7) 14-15.

²⁵⁶ bMS16103/32(5) 167, 180-181.

kohdemaihin tuotu uusin lääketieteellinen tieto hyödytti lopulta käytännön potilastyötä.²⁵⁷ Jo matkojen aikana avustustyöntekijät mainitsivatkin tulevaisuuden kannalta tärkeimmiksi tavoitteiksi veripankkien ja niiden myötä helpottuva verenluovutuksen, anestesian ja intubaation ottamisen käyttöön.²⁵⁸

Unitarian Service- komitean avustusmatkan kestivät verrattain vähän aikaa, esimerkiksi Italiaan ja Suomeen tehdyt matkat vain viikon. Lyhyessä ajassa saatiin kuitenkin jaettua paljon tietoa ja materiaalia ja käynnistettyä juuri veripankin ja intubaation kaltaisia suuria uudistuksia. Sillä, että matkat keskittyivät todella konkreettiseen ja käytännölliseen avustustyöhön uhraamatta aikaa hengelliselle tai uskonnolliselle käännytystyölle, oli varmasti suurta merkitystä matkojen tehokkuudelle. Lukuisten kristillisten avustusjärjestöjen joukossa Unitarian Service- komitea erottuikin juuri sillä, että sen organisoimia avustusmatkoja toteuttivat lääketieteen huippuammattilaiset, jotka hengellisen avustustyön sijaan keskittyivät konkreettisiin uudistuksiin ja parannuksiin apua kaipaavien terveydenhuoltojärjestelmien ajan tasalle saattamiseksi.

6.1. Yliopistojen tärkeä rooli tulevaisuuden kehityksessä

Tulevaisuuden kuvia hahmotellessaan ja kohdemaiden lääketieteen ja terveydenhuollon tilan paranemista ja kehittymistä kaavaillessaan avustustyöntekijät kiinnittivät suurta huomiota yliopistoihin ja korostivat niiden tärkeää roolia ja merkitystä. Lääkäreiden koulutuksen tasoon ja esimerkiksi koulutettavien lääkäreiden määrään tuli avustustyöntekijöiden mukaan kiinnittää huomiota jokaisessa kohdemaassa, jotta käytännön työ olisi saatu toivottavalle tasolle. Myös tutkimuksen elpymiseen oli heidän mielestään kiinnitettävä runsaasti huomiota ja ohjattava paljon resursseja, jotta kliinisen tutkimustyön kautta käytännön potilastyötä olisi tulevaisuudessa mahdollista kehittää. Useat puutteet yliopistoelämässä eivät jääneet avustustyöntekijöiltä huomaamatta ja jälleen epäkohdissa oli paljon yhtäläisyyksiä

²⁵⁷bMS16103/13(6) 106.

²⁵⁸bMS16103/13(8) 80.

kohdemaiden välillä. Kuten lähes kaikkien muidenkin epäkohtien kanssa, suurin syy ongelmiin oli resurssien, lähinnä rahan ja tarvittavan välineistön, puutteessa.

Yhteistä kaikille Saksaa ja Italiaa koskeville raporteille oli se, että ongelmat professoreiden iästä nostettiin esiin. Erittäin vanhojen professoreiden ei katsottu olevan riittävän innokkaita ja kykeneviä nostamaan laitoksensa uuteen kukoistukseen, vaan heille toivottiin nuoria, motivoituneita ja kyvykkäitä korvaajia. Ongelmaksi muodostui kuitenkin usein, varsinkin Yhdysvaltain miehitysvyöhykkeellä, potentiaalisten nuorten johtajien väitetyt kytkökset kansallissosialistisiin liikkeisiin. Sodan päätyttyä lukuisat ihmiskokeita harjoittaneet ja esimerkiksi keskitysleireillä työskennelleet lääkärit olivat palanneet virkoihinsa yliopistoilla tai saaneet uusia professuureja hoidettavakseen, mutta Yhdysvaltain miehityshallinto oli pian aloittanut mittavat denatsifikaatiotoimet kansallissosialistisen henkilökunnan pois kitkemiseksi.²⁵⁹ Osassa raporteja otettiin kantaa sen puolesta, ettei menneisyyden annettaisi liiaksi tulla nykyisyyden tielle: ”It is the general opinion of most of my informants that these denatification laws have been applied too strictly for the welfare of Universities.”²⁶⁰

Raportit ovat erityisen mielenkiintoisia siksi, että denatsifikaatiotoimet olivat nimenomaan Yhdysvaltain miehittäjähallinnon projekti, eikä ainakaan laajasti saksalaisten yliopistojen sisältä lähtevää.²⁶¹ Tilanteen muutos olisi siis todennäköisesti vaatinut asennemuutosta myös Yhdysvaltalaiselta hallinnolta, eikä johtunut ainakaan kokonaisuudessaan siitä, etteivätkö saksalaiset itse olisi hyväksyneet joukkoonsa kansallissosialistisia kytköksiä omanneita kollegoitaan.

Suhtautuminen natsikytköksiä omanneisiin professoreihin vaihteli kuitenkin myös yliopistoittain. Siinä missä osa piti tiukkaa kuria ja nollatoleranssia kyseenalaisen menneisyyden omanneiden henkilöiden palkkaamiseen, raportoivat avustustyöntekijät varsinkin Ranskan miehitysvyöhykkeellä tilanteen oleva toinen ja esimerkiksi Mainzin uutta yliopistoa rakennettaessa ranskalaisten kerrottiin palkanneen lukuisia natsitaustaisia henkilöitä yliopiston toimintaa organisoidessaan.²⁶²

²⁵⁹ Seidelman, 2000, 326-327.

²⁶⁰ ”Monien tietolähteideni mukaaan näitä denatsifikaatiolakeja on sovellettu yliopistojen hyvinvoinnin näkökulmasta liian tiukasti.” Tri. David Cogan, bMS16103/13(8) 11-12, 30-31.

²⁶¹ Tsvetkova, 2013, 79.

²⁶² Tri. Friedrich Wasserman, bMS16103/13(5) 14-15.

Usein, vaikka intoa tutkimuksen tekemiseen olisi ollutkin, olivat vaikeat käytännönolot työn tiellä. Esimerkiksi Saksassa nuoren assistentin, joka olisi halunnut pyhittää vapaa-aikaansa tutkimuksen tekoon, tilannetta kuvailtiin olevan liian väsynyt ja nälkäinen harjoittaakseen tuloksellista ja aktiivista tutkimustyötä.²⁶³

Saksan kohdalla yhdeksi suurimmista ongelmista koettiin se, että yliopistojen lääketieteellisistä tiedekunnista puuttui kokonaan ohjaajina ja apulaisprofessoreina toiminut nuori, koulutettu henkilökunta. Resurssipulassa tämän ammattiryhmän saavuttaminen nähtiin myös tulevaisuudessa mahdottomaksi, minkä yhdysvaltalaiset uskoivat haittaavan sekä yliopistojen, että alan tutkimuksen kehittymistä, sillä professorit joutuivat kohtuuttoman opetustaakan alle.²⁶⁴

Saksalaisopiskelijoilla oli muutenkin erilainen tausta opinnoissaan ja yliopisto-opetus sodan jäljiltä sekainen ja järjestymättä kun sotavuosina lääketieteenopiskelijoita oli tarvittu palveluksessa ja heille oli suotu sen varjolla poissaoloja ja myönnytyksiä opinnoissaan.²⁶⁵ Nyt rauhan tultua järjestyt ja rauha opetukseen olisi tullut taas palauttaa, mutta se ei ollut helppoa riittämättömin resurssein, vanhojen professorien johdolla muun opetushenkilökunnan puuttuessa. Myös professorien korkean iän mukanaan tuoma perinteikkyyys, konservatiivisuus ja pitkien traditioiden sinnikäs vaaliminen vaikutti siihen, ettei yliopistoja oltu sodan päätyttyä pystytty uudistamaan tavalla, joka olisi miellyttänyt yhdysvaltalaisia.²⁶⁶

Yliopistoilla oli myös pulaa ruumiista, jotka olisivat olleet tärkeitä anatomianopetuksessa. Tähän mainittiin syyksi se, ettei valtiollisista mielisairaaloista saatu enää entiseen tapaan ruumiita opetuskäyttöön, sillä mielisairaaloiden johtajat halusivat saavuttaa jälleen ihmisten pohjalukemissa olleen luottamuksen natsivallan jälkeen, jolloin mielisairaita oli armomurhattu. Myös koe-eläimistä oli pulaa, sillä koe-eläiminä käytettyjä koiria, kissoja ja jäniksiä oli jouduttu käyttämään niin paljon ruoaksi.²⁶⁷

Vaikka esimerkiksi anatomian alueella kaikki tiedot ja lähestymistavat olivat avustustyöntekijöiden mukaan ajan tasalla, piili ongelmana vanhanaikaiset tavat välittää niitä opiskelijoille. Sen sijaan, että asioita olisi opiskeltu käytännössä esimerkiksi laboratorioita ja

²⁶³ Tri. Howard Taylor, bMS16103/13(8) 79.

²⁶⁴ bMS16103/13(4) 80, bMS16103/13(5) 9.

²⁶⁵ Kater, 1983, 127.

²⁶⁶ Tsvetkova, 2013, 3.

²⁶⁷ bMS16103/13(5) 9, 48, 53.

pienryhmätyöskentelyä hyödyntäen, tapahtui Saksassa ja Italiassa kaikki opetus massaluennomalla, minkä avustustyöntekijät kokivat erittäin suureksi ongelmaksi.²⁶⁸

Italian kohdalla avustustyöntekijät pitivät positiivisena yllätyksenä sitä, etteivät italialaislääkärit ja -opiskelijat olleet kiinnostuneita ainoastaan käytännön lääkäriä työtä koskevista luennoista, vaan kiinnostusta osoitettiin paljon myös teoreettisempaa ja tutkimuksellista tietoa kohtaan. Valitettavasti kuitenkin hankalan taloudellisen tilanteen takia rahaa tutkimukselle oli käytännössä mahdotonta saada. Lisäksi valtavat opiskelijamäärät verottivat professoreiden aikaa ja jaksamista kohtuuttoman paljon ja näin ollen tutkimuksen teolle ei jäänyt mahdollisuuksia.²⁶⁹

Myös koulutuksessa teoreettiseen laboratoriotyöhön käytettiin vain vähän aikaa ja resursseja, eikä se sisällynyt esimerkiksi kemian opiskeluun lainkaan. Laboratoriotyöstä kokemusta saivat vain opiskelijat, jotka valitsivat biokemiaa (40%) ja mikrobiologiaa (25% opiskelijoista) valinnaisina aineina ja nämäkin vain muutamia tunteja viikossa. Bakteriologian professorin Alwin M. Pappenheimerin mukaan Yhdysvalloissa kyseistä määrää laboratoriotyötä olisi pidetty täysin riittämättömänä.²⁷⁰ Hän tiivistä italialaisen yliopistoelämän ongelmat lääketieteen saralla omassa raportissaan näin:

”Inadequate of salaries for professors, insufficient funds for research, lack of appreciation of the importance of the basic and preclinical science and finally a lack of an effective administration branch.”²⁷¹

Saksan tavoin Italiassakin suuri ongelma oli se, että yliopistoissa koulutettiin aivan liikaa lääkäreitä. Raporteissa esitettyjen arvioiden mukaan opiskelijoiden määrää olisi tullut karsia viidesosaan nykyisestä. Liian suuri opiskelijamäärä oli perimmäinen syy kaikkiin ongelmiin; se esti käytännön potilas- ja laboratoriotyön harjoittamisen opiskeluvaiheessa ja pakotti massaluentoihin, sekä vei niin paljon professorien ja muun henkilökunnan resursseja, että valtavan opiskelijamäärän kaitseminen oli pois tehtävältä tutkimukselta.²⁷²

²⁶⁸ bMS16103/13(5) 10.

²⁶⁹ Tri. Alvin M. Pappenheimer, bMS16103/26(1) 4-5.

²⁷⁰ bMS16103/26(1) 6.

²⁷¹ ”Riittämättömät professorien palkat, riittämättömät varat tutkimukselle, peru- ja prekliinisen työn arvostuksen puute, sekä toimivan hallintokoneiston puuttuminen.” Tri. Alvin M. Pappenheimer, bMS16103/26(1) 11.

²⁷² bMS16103/25(14) 43.

Lääkäreiden koulutuksen suhteen Suomessa oli muihin kohteisiin verrattuna päinvastainen ongelma; lääkäreitä ei koulutettu väestömäärään nähden riittävästi.²⁷³

Eräänä parannusehdotuksena Suomen tulevaisuutta varten esitettiin myös se, että nuoria miehiä saataisiin houkutelua enemmän tutkimuksen pariin. Nyt yksityisvastaanottojen pitäminen yliopistotyön ohessa nähtiin ainakin Robert Elmanin mukaan turhan houkuttelevana vaihtoehtona, eikä käytännön työn kehityksen kannalta välttämätöntä tutkimustyötä oltu kiinnostuneita tekemään niin paljon kuin olisi ollut tarvis.²⁷⁴ Myös se, että Helsingille saataisiin vartenotettava kilpailija, oli yhdysvaltalaislääkäreiden mukaan tärkeää tulevaisuudessa. Nyt kilpailun puute juuri pre-kliinisten alojen saralla, kuten biokemiassa tai anatomian ja fysiologian kaltaisilla osa-alueilla oli johtanut siihen, että tehtävä tutkimus oli liian riippuvaista yksittäisten henkilöiden, laitosjohtajien, mielenkiinnosta ja tutkimusintresseistä, eikä laajempaa tutkimuskenttää päässyt syntymään.²⁷⁵

Osa kirjoittajista näki Turussa paljon potentiaalia ja toivoi resurssien ohjautuvan sinne, jotta Turusta saataisiin Helsingin rinnalle paitsi vartenotettava kilpailija lääketieteelliselle tiedekunnalle, myös monipuolinen ja lääketieteen eri erikoisaloille suuntautunut sairaala. Esimerkiksi neurokirurgisissa ja ortopedisissä vaivoissa potilaan lähettäminen aina Helsinkiin oli aikaa vievää ja kallista ja lisäsi ennestään kuormitetun Helsingin potilastaakkaa. Turkuun toivottiin saatavan lisää henkilökuntaa, sekä mahdollisuudet pre-kliinisten laboratorioden perustamiseen, jotta potilaiden hoito olisi täysipainoisesti voitu hoitaa ilman riippuvaisuutta Helsingistä.²⁷⁶

Opiskelijamäärien tasaaminen, tutkimustyön elpyminen ja kilpailun lisääminen koettiin siis suurimmiksi ongelmiksi lääketieteen saralla yliopistoelämässä ja näiden seikkojen saamista kuntoon toivottiin käytännön potilastyön parantamiseksi. Esimerkiksi se, etteivät lääketieteen opiskelijat päässeet riittävästi, paikoin lainkaan, kosketuksiin potilaiden kanssa opiskeluaikana tai harjoittelemaan oppimiaan asioita käytännössä, oli avustustyöntekijöiden mielestä suuri ongelma, johon tulisi tulevaisuudessa kiinnittää huomiota²⁷⁷.

²⁷³ bMS16103/32(5) 213.

²⁷⁴ bMS16103/32(5) 178.

²⁷⁵ bMS16103/32(5) 212.

²⁷⁶ bMS16103/32(5) 179-181.

²⁷⁷ Tri. Robert D. Dripps, bMS16103/26(1) 35.

Tulevaisuuden suhteen oltiin kuitenkin myös toiveikkaita. Esimerkiksi Italian kohdalla raporteissa kirjoitettiin lukuisia seuraavanlaisia kommentteja:

“Since the liberation from Fascism, many of the scientists have experienced their first real freedom – of thought – as well as of action. With proper direction, Italy should soon move ahead and contribute to the world’s knowledge as they did in the past.”²⁷⁸

Raporttien pohjalta välittyi sellainen kuva, että yliopistojen kohdalla avustustyöntekijät tyytyivät lähinnä tarkastelemaan ja kauhistelemaan kohdemaiden tilannetta sen sijaan, että he olisivat neuvoneet kohdemaiden yliopistohenkilökuntaa tai esitelleet Yhdysvaltojen, selvästi paremmaksi kokemaansa mallia järjestää tutkimusta ja opetusta. Tämä on mielenkiintoista, sillä lukuisat muut tutkimukset osoittavat kuinka nimenomaan yliopistojen kautta pyrittiin lisäämään omaa vaikutusvaltaa ja istuttamaan omia ajattelutapoja ja käytänteitä Eurooppaan, erityisesti Saksan kohdalla.²⁷⁹

Vaikka raporteista välittyi usein voimakkaita mielipiteitä siitä, että Yhdysvaltojen tapoja ja käytänteitä pidettiin kohdemaita parempina, pyrittiin niitä muun tutkimuksen tarjoamaan tietoon peilattuna istuttamaan kohdemaihin yllättävän vähän. Matkojen tarkoituksena vaikuttikin kyseisten avustusmatkojen kohdalla olleen ennemmin tarkkailu ja raportointi kuin suurten muutosten käynnistäminen tai yhdysvaltalaisien tapojen istuttaminen kohdemaihin. Joitain konkreettisia ohjeita ja suosituksia kuitenkin annettiin; ne koskivat pääasiassa opiskelijamäärien rajoittamista ja luentotapojen muuttamista²⁸⁰. Toki on huomattava, että yliopistoelämän uudistaminen ja Yhdysvaltojen vaikutusvallan lisääminen uusien menettelytapojen jalkauttamisen kautta tapahtuikin pääasiassa valtiollisten toimijoiden taholta²⁸¹, joten on ymmärrettävää, että tarkastellun kaltaiset avustusmatkat todella keskittyivät tarkkailuun, havainnointiin ja molemminpuoliseen ajatusten vaihtoon sen sijaan, että niillä olisi ollut laajempia piilotettuja tavoitteita lujittaa Yhdysvaltain otetta Saksasta tai muista Euroopan valtioista.

²⁷⁸ “Fasismista vapautumisen jälkeen monet tieteen harjoittajat ovat ensi kertaa kokeneet vapauden, niin ajatusten kuin toiminnankin saralla. Oikeanlaisella ohjauksella Italian pitäisi pasta eteenpäin ja kontribuoida yleiseen tietoon, kuten tekivät menneisyydessä.” Tri. Robert D. Dripps, BMS16103/26(1) 30.

²⁷⁹ Ks. Esim. Tsvetkova, 2013, Stephen, 2006, Scott-Smith & Krabbendam, 2003.

²⁸⁰ Tri. Robert D. Dripps, BMS16103/26(1) 35, Tri. Paul White, BMS16103/25(14) 43.

²⁸¹ Tsvetkova, 2013, 77.

7. Päättäntö

On selvää, että kun Unitarian Service –komitea toteutti matkansa vuonna 1948 Saksaan, Italiaan ja Suomeen, olivat kohdemaat avun tarpeessa. Lääketieteelliseen parantamiseen on perinteisesti liitetty kolme aspektia, joiden kaikkien tulee täytyä, jotta potilaan hoitoa ja paranemista fyysisistä sairauksista tai vammoista voidaan pitää onnistuneena. Nämä ovat teoreettinen, fysiologiaan ja biokemiaan perustuva tutkimustieto, jonka pohjalta käytännön toimenpiteet ja esimerkiksi lääkemääräykset suoritetaan, sekä lisäksi potilaan ja lääkärin väliseen kommunikointiin sisältyvä symbolisempi parantamisen tapahtuma, jossa lääkärin tulee ottaa huomioon potilaan psykologinen puoli ja hoidon merkitys psyykelle pelkän fysiologian sijaan. Sen lisäksi sosiaaliset ulottuvuuden liittyvät tiiviisti potilastyöhön sekä potilaan taustan että hoidon sosiaalisten seuraamusten kautta.²⁸² Kun kohdemaiden kohdalla ainakin teoreettisen taustan vaatima tutkimustyö oli vajavaista ja lisäksi suureksi osaksi potilaan psyykkiset ja sosiaaliset ulottuvuudet jäivät ainakin yhdysvaltalaislääkäreiden mukaan vaille huomiota, on kokonaisvaltainen ja tehokas potilastyö jäänyt avustusmatkojen aikaan kohdemaissa toteutumatta. Kuten jo useaan kertaan todettu, varsinkin Saksassa vallitsi tilanne, jossa pystyttiin hoitamaan vain aivan välttämättömin, itse potilastoimenpide, ja sekin yhdysvaltalaisarvioiden mukaan usein vajavaisesti.

Terveydenhuollon tila on siis monien eri osien ja osa-alueiden summa, eikä minkään valtion terveydenhuoltojärjestelmän kukoistukseen tai rappioon ole yhtä yksittäistä tai yksiselitteistä syytä. Lääketieteen saattaminen käytännön potilastyössä sille tasolle, jolla sen on teoriassa mahdollista olla, vaatii uusimpien tutkimustulosten tuntemisen ja tutkimustyön harjoittamisen, sekä kansainvälisten kontaktien ja niiden tarjoaman tiedonvaihdon lisäksi vakaita yhteiskunnallisia oloja ja sitä, että ravinnon ja asumusten kaltaiset perustarpeet on taattu kaikille. Kohdemaiden esimerkit osoittavat, ettei esimerkiksi millekään lääketieteen erikoisalueille, tai edes esimerkiksi psyykkisten sairauksien kaltaisiin alueisiin ole mahdollista puuttua, mikäli terveydenhuoltoa yritetään toteuttaa liian pienillä resursseilla kyeten keskittymään vain aivan välttämättömimpään. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, etteikö erikoisalueosaamista löytyisi tai etteikö esimerkiksi juuri psyykkisten sairauksien olemassaolosta, hoitokeinoista tai hoidon tärkeydestä tiedettäisi. Raportit tarjosivat kattavan ja tarkasti eri osa-alueille paneutuvan kuvan kohdemaiden terveydenhuollosta, mutta niissä

²⁸² Kirmayer, 2004, 33.

ei kertaakaan annettu tilaa pohdinnoille siitä, miksi kohdemaissa toimittiin kuten toimittiin ja esimerkiksi miksi tietyt asiat jätettiin tekemättä. Tämä vaikuttaa hieman perusteettomalta, sillä se antaa raporttien lukijalle helposti kuvan, ettei kohdemaissa olisi omattu tietoa asioista ja että niissä oltaisiin 1940-luvun lopulla toimittu kuten toimittiin tietoisesti ja vapaasta tahdosta, eikä hankalien tilanteiden pakottamina, kuten todellisuudessa oli. Toisaalta raporttien tavoitteeksi mainittiin ainoastaan lääketieteen harjoittamisen ja terveydenhuollon tilan tarkka kuvaaminen, mitä raportit onnistuneesti tekevätkin. Sen sijaan kaikki politiikkaan liittyvä kirjoittaminen oli pyritty jättämään raporteista pois, mikä varmasti osaltaan selittää raporttien tapaa kuvata vain vallitsevia tilanteita syiden ja taustojen ruotimisen jäädessä vähemmälle. Maininnat esimerkiksi Saksan kohdalla lääkäreiden taatusti omanneesta tiedosta ja vain vuosikymmenten takaisista menestysvuosista olisivat kuitenkin auttaneet ymmärtämään saksalaislääkäreitä myös raporttien perusteella ennemmin olosuhteiden uhreiksi kuin takapajuisiksi ja tietämättömiksi, kuten nyt usean raportin kohdalla tapahtui. Se, oliko yhdysvaltalaislääkäreillä itsellään tietoa siitä, mihin kohdemaiden lääkärit olisivat erilaisissa olosuhteissa pystyneet, jää raporteista selviämättä, sillä niissä ei oteta lääkäreiden ja heidän ammattitaitonsa osalta kantaa muuhun kuin nykytilanteeseen, siis raporttien kirjoitusajankohtaan vuonna 1948. Joidenkin kyvykkäiden lääkäreiden kohdalla raporteissa toivottiin heille mahdollisuutta päästä Yhdysvaltoihin harjoittamaan ammattiaan, mutta näissäkin tapauksissa lähtökohtana oli se, että heidät koettiin potentiaalisina oppijina, jotka voisivat ammentaa Yhdysvalloissa saamaansa uutta tietoa kohottaakseen ammattitaitoaan yhä edelleen ja tuodakseen sen myöhemmin tuliaisena kotimaahansa. Sen sijaan mahdollisuuksia tilanteista, joissa kohdemaiden lääkärit tulisivat Yhdysvaltoihin rikastuttaakseen tietotaidollaan Yhdysvaltojen lääketieteellistä tietämystä, ei raporteissa hahmoteltu juuri lainkaan, vaikka avustusmatkoilla solmittujen kontaktien myötä tällaisellekin olisi taatusti ollut potentiaalia, kuten esimerkiksi saksalaispsykologien muuttoaalto Iso-Britanniaan ja sen mukanaan tuomat positiiviset vaikutukset paikalliselle psykkisten sairauksien hoidon kehitykselle ovat osoittaneet²⁸³.

Kansainvälisten kontaktien merkitys ja sen pitkä tausta tuli tutkimuksen kohdalla esiin laajasti, mutta lopulta hyvin pienten yksityiskohtien kautta. Varsinkin yhdysvaltalaisen ja saksalaisten välisen yhteistyön kohdalla kyseessä näyttää olleen vuosisatoja jatkunut kehä, jossa toinen osapuoli on toiminut vuorotellen opettajana ja toinen opetettavana. Esimerkiksi

²⁸³ Shepherd, 2009.

kumihanskojen kaltaisen pienen, mutta erittäin merkityksellisen keksinnön taustat ovat mielenkiintoiset. Niiden keksijänä pidetään Yhdysvaltain kirurgian isäksikin kutsuttua William Steward Halstedia, joka kehitti ne suojatakseen terveydenhuoltohenkilökunnan käsiä kirurgisten operaatioiden aseptiikan parantamiseen vaadituilta sterilointiaineilta, lähinnä kloriitilta. Bakteriologiaan ja aseptiikkaan liittyvän osaamisensa ja ajatuksen siitä, että sterilioivia aineita oli ylipäättään leikkausten yhteydessä käytettävä, hän oli puolestaan saanut Saksassa ja Itävallassa viettämiensä oppivuosien aikana.²⁸⁴ Nyt, muutama vuosikymmen myöhemmin, tietoa aseptiikan tärkeydestä ja kumihanskojen käytön välttämättömyydestä tuotiin yhdysvaltalaislääkärien johdolla takaisin Saksaan. Kansainväliset kontaktit lääketieteessä siis ainakin pyrkivät konkreettisten parannusten saavuttamiseen käytännön potilastyössä, olkoonkin, että Saksan kohdalla kumihanskojen käytön puute ei luultavasti johtunut tietämättömyydestä, kuten avustustyöntekijät tuntuvat olettaneen.

Vaikka yhdysvaltalaisilla kieltämättä oli monella alueella hallussaan uusin tutkimustieto ja moderneimmat käytänteet, eivät kohdemaat varmasti olleet ainakaan tiedoiltaan niin alkeellisella tasolla kuin raporteissa paikoin annettiin ymmärtää. Tietyt puutteet esimerkiksi anestesian ja aseptiikan saralla johtuivat mitä todennäköisimmin enemmän resurssien kuin tiedon ja osaamisen puutteista. On mielenkiintoista, kuinka alkeellisella tasolla yhdysvaltalaiset raportoivat varsinkin saksalaisten olleen, vaikka vielä 1800- luvun lopulla Saksassa oli tehty maailman edistyksellisintä kirurgiaa, jolla oli suuria vaikutuksia koko modernin lääketieteen kehitykseen.²⁸⁵ Myös osa matkalle osallistuneista lääkäreistä oli ollut valmistumisensa jälkeen 1900- luvun alussa töissä Saksassa, Erwin Straus jopa Berliinin yliopiston professorina.²⁸⁶ Siksi onkin mielenkiintoista huomata, että kehityskaari oli kääntynyt lyhyessä ajassa niin pääläelleen, että yhdysvaltalaiset lääkärit, jotka aluksi olivat hakeneet oppia Saksasta, olivat vain vajaat 50 vuotta myöhemmin tuomassa sitä Yhdysvalloista Saksaan.

Tästä näkökulmasta raportit eivät ottaneet kantaa lääketieteen eri traditioihin ja niiden murrokseen, vaikka kyseiset avustusmatkat selvästi toimivat melko tehokkaanakin keinona tuoda uusimpia, angloamerikkalaisen tradition toimintatapoja ja -ajatuksia kohdemaihin, tai ainakin esitellä niitä kohdemaiden lääkärikollegoille. Suurempi lääketieteen tradition murros

²⁸⁴ Duin, 1992, 90-91.

²⁸⁵ Major, 1954, 846-847.

²⁸⁶ bMS16103/13(1) 37, bMS16103/13(7) 87.

kansainvälisellä kentällä ja germaaniseen lääketieteen perintöön nojanneiden maiden, kuten Suomen hiljattainen siirtyminen kohti angloamerikkalaista lääketiedettä ei ehkä näyttäytynyt niin selvästi aikalaisille, vaikka esimerkiksi englanninkielisen tutkimuksen saatavuuteen ja englanninkielisten kirjojen määrään suomalaisissa yliopistoissa kiinnitettiin avustusmatkoilla huomiota. Raporteissa eri traditiot näyttäytyivät eniten erilaisten ajatustapojen havainnointina ja esimerkiksi juuri professorien ja kirurgien vahva auktoriteettiasema ja viileäksi ja hierarkkiseksi mielletyt potilas-lääkärisuhteet Italian ja Saksan kohdalla olivat esimerkkejä Yhdysvaltojen tavoista ja tottumuksista poikkeavista lääketieteen ja terveydenhuollon harjoittamisen tavoista. Tässä raportit esittelivät kuitenkin vain toisen osapuolen, yhdysvaltalaisen näkemyksen, joten mielipiteet esimerkiksi Saksan ja Italian auktoriteettivetoisesta yliopistoelämästä ja kirurgiasta on nähtävä nimenomaan yhdysvaltalaisen tekemänä arvioina. Suurimmaksi rajoitukseksi tutkimuksen edessä osoittautuikin raporttien kattavuudesta huolimatta niiden mahdollisuudet esitellä asiat vain avustustyöntekijöiden näkökulmasta, sillä ulkomaisten kollegojen kommentaareista tai suhtautumisesta yhdysvaltalaisen vierailuihin kirjoitettiin raporteissa hyvin vähän.

Konkreettisten sairaalaolojen ja esimerkiksi sairaaloiden varustetasoon liittyvät tutkimuskysymykset löysivätkin parhaiten vastauksensa alkuperäislähteistöstä. Kohdemaiden terveydenhuollon tila, siinä ilmenneet puutteet ja avustustyöntekijöiden tekemät havainnot kohdemaiden ja Yhdysvaltojen eroista lääketieteen harjoittamisen saralla saivat raporteissa huomattavasti eniten huomiota ja terveydenhuollon tarkastelu ja parannusehdotuksien esittäminen mainittiinkin monessa raportissa matkojen päätarkoituksiksi.²⁸⁷

Vaikka yleisten yhteiskunnallisten olojen tavoin kohdemaiden terveydenhuollollisilla oloilla oli joitain keskinäisiä eroja, toistuivat tietyt piirteet kaikissa kohdemaissa. Yhteistä oli myös se, kuinka yhdysvaltalaiset lääkärit raportoivat kohdemaiden olevan monin paikoin alkeellisella tasolla lääketieteen harjoittamisessa verrattuna Yhdysvaltoihin ja siihen, millä tasolla lääketieteen ja kansallisen terveydenhuollon olisi heidän mielestään tullut olla avustusmatkojen aikaan. Vaikka sairaalat olivat kärsineet sodasta eri alueilla vaihtelevasti, yhteistä lähes kaikille sairaaloille oli niiden ylikuormittuneisuus suuren potilastaakan alla ja tästä johtunut valitettava tilanne, jossa potilaita ei voitu tarpeeksi eristää omille osastoilleen.

²⁸⁷ bMS16103/13(1) 4, 15, 18. bMS16103/25(19), 48.

Erilaisesta sairaalavälineistöstä oli pulaa käytännössä kaikissa sairaaloissa ja niissäkin, joissa välineitä oli paremmin kuin toisissa, olivat ne usein vanhanaikaisia.

Vaikka kaikissa sairaaloissa oli myös osaavia erikoislääkäreitä ja henkilökunnan ammattitaitoa keuhuttiin paikoin vuolaastikin, oli kaikille kohdemaille yhteistä se, etteivät uusimmat innovaatiot puudutuksen, nukutuksen ja aseptiikan saralla olleet vielä jalkautuneet käytännön potilastyöhön. Myös erikoisalojen järjestäytyminen oli yhdysvaltalaisesta näkökulmasta vielä kesken, sillä välillä laajoja erikoisaloja lepäsi vain yhden lääkärin harteilla ja taas toisaalta samat lääkärit saattoivat yhtä aikaa hoitaa monen eri osa-alueen erikoislääkärin virkaa.

Merkittäviä eroja raportointiin aiheutti kuitenkin tietyille erikoisaloille tutustuminen toisten jäädessä vähemmälle huomiolle, sekä se, missä kaupungeissa ja sairaaloissa avustustyöntekijät vierailivat. Samaan aikaan tehdyttä matkalta saattoi kahdelle eri lääkärille muodostua toisistaan poikkeavat mielikuvat koko kohdemaan terveydenhuoltojärjestelmän tilasta riippuen siitä, missä he olivat vierailleet ja keiden erikoislääkäreiden toimia tarkastelleet. Pienemmistä ja yksityiskohtaisemmista piirteistä, kuten juuri yleisestä varustetasosta tai aseptiikasta raportoitiin kuitenkin aina samoin tavoin kaikissa raporteissa, mikä loi vaikutelman siitä, että pienistä ja hyvin konkreettisista asioista kohdemaiden terveydenhuollossa oltiin yksimielisiä, kun taas suuremmat ja abstraktimmat asiat, kuten lääkäreiden asenteet tai terveydenhuoltojärjestelmien tulevaisuudennäkymät, kuvattiin raporteissa eriävin tavoin.

Mielenkiintoista on myös se, että varsinkin jokaisessa raportissa Saksan oloja tarkasteltiin niin puhtaasti kirjoittajien omista, yhdysvaltalaisista lähtökohdista. Jos sodan runteleman maan oloja verrattiin jatkuvasti terveydenhuollon sen hetken johtavan maan Yhdysvaltain oloihin, on ymmärrettävää, että olot näyttäytyivät usein kurjina ja negatiivisina, joskin jotkin sairaalat saivat osakseen myös positiivista raportointia huolimatta siitä, että niitä verrattiin yhdysvaltalaisiin sairaaloihin. On vaikeaa ymmärtää, miksei kohdemaiden oloja pyritty tarkastelemaan ikään kuin niiden omista lähtökohdista, jolloin pienten parannustenkin suunnittelu olisi kenties ollut helpompaa kun niitä olisi voitu alkaa toteuttaa kohdemaiden sen hetkisestä tilanteesta lähtien, pyrkiessä pieniin parannuksiin, jotka varmasti olisivat auttaneet paljon terveydenhuoltotyön arkea. Kun tavoitteeksi avustustyöntekijöiden

näkökulmasta nostettiin kirkkain Yhdysvaltain tasolle niin tutkimuksessa kuin käytännötyössäkin, on työnsarkaa varmasti näyttänyt olleen hirvittävästi ja olot näyttäneet siitäkin näkökulmasta alkeellisina ja kurjina.

Esimerkiksi erittäin yleinen tapa kuvailla saksalaissairaaloitten varustetasoa, yleisiä oloja ja toimintatapoja oli raporteissa seuraavanlainen: "The equipment of the clinic appears, by comparison with that of American clinics, to be adequate."²⁸⁸ Myös esimerkiksi lääketieteen opiskelijoita arvioitiin kokonaisuutena verraten heitä yhdysvaltalaisiin opiskelijakollegoihin: "The German student is an indescribably appealing person, superficially unsophisticated as compared with his American counterpart, but unquestionably far more deeply experienced"²⁸⁹.

Niinpä on otettava huomioon, että raporteista välittyi nimenomaan yhdysvaltalaisien lääkäreiden näkemys kohdemaiden tilanteista ja tämä näkemys on muodostunut sellaiseksi kuin on pitkälti myös heidän oman kotimaansa vuoksi, sen tilanteeseen peilaten.

Raporteista oli siis selkeästi erotettavissa se, kuinka niistä välittyvän tiedon rakentumiseen on vaikuttanut yksilöiden merkitys; tiettyjen erikoislääkäreiden tai professorien tapaaminen kohdemaissa on ohjannut raporttien kirjoittajia paikoin laajoihinkin yleistyksiin paikallisen lääketieteen tilasta, yhteiskunnallisesta tilanteesta tai esimerkiksi avoimuudesta yhdysvaltalaisia ja heidän tarjoamaa apuaan kohtaan. Koska yhdysvaltalaislääkärit viettivät kohdemaissa aikaa eri paikallislääkäreiden kanssa, välittyi esimerkiksi Saksaa koskevista raporteista hyvinkin ristiriitaista tietoa siitä, kuinka onnistuneesti yhdysvaltalaisien apu ja parannusehdotukset otettiin Saksassa vastaan. Vain osan saksalaislääkäreistä tavanneet yhdysvaltalaiset raportoivat suuresta kiinnostuksesta ja innokkuudesta yhdysvaltalaisien tarjoamaa apua kohtaan:

"There was some discussion after both lectures, but it seemed unimportant in relation to the tremendous applause the lectures had evoked. This was a forceful and spontaneous

²⁸⁸ "Klinikoiden varustelu vaikutti yhdysvaltalaisiin klinikoihin verrattuna olevan riittävää." Tri. David Cogan, bMS16103/13(8) 27.

²⁸⁹ "Saksalaiset opiskelijat ovat sanoinkuvaamattoman viehättäviä, yhdysvaltalaisiin kollegoihin verrattuna hieman sivistymättömiä, mutta ehdottomasti kokeneempia." Tri. Howard Taylor, bMS16103/13(8) 47.

expression of the great interest the medical profession of Berlin had taken in our coming and our presence.”²⁹⁰

“Professor Klainschmidt thanked the Unitarian Service Committee and the members of the Mission for the gifts and lectures. From the great applause it was obvious that the students, as well as the faculty, had greatly appreciated the opportunity of listening to us.”²⁹¹

Sen sijaan toiset, eri lääkäreiden kanssa Saksan sairaaloissa kierrelleet ja myös iltaa viettäneet yhdysvaltalaislääkärit kokivat, että Saksalaiset eivät olleet valmiita vastaanottamaan yhdysvaltaisten tarjoamaa apua.²⁹²

Tiedot avun vastaanottamisesta rakentuivat siis samalla matkalla olleiden avustustyöntekijöiden kohdalla täysin erilaisiksi riippuen siitä, milloin ja keiden paikallisten lääkäreiden kanssa he olivat aikaansa viettäneet. Sosiaaliset rakenteet ja kielellinen vuorovaikutus toimivat tiedon rakentumisen prosesseiden taustalla vieden ne kahteen hyvin erilaiseen suuntaan, mikä välittyi raporteista saman aiheen kahtena erilaisena kuvailuna.

Sosiaalisen prosessin suuren merkityksen tiedon rakentumiselle huomasi tutkimuksen aikana esimerkiksi siitä, kuinka eri erikoisalojen lääkärit kuvasivat raporteissaan saksalaisen terveydenhuollon tilaa toisistaan paljon poikkeavinkin tavoin. Esimerkiksi kirurgian erikoislääkärit näkivät raporteissaan kokonaistilanteen erittäin huonona ja kuvasivat sitä jopa lohduttomaksi, sillä kirurgia oli kenties erikoisala, joka oli 40 -luvun aikana kehittynyt nopeinten ja tästä kehityksestä varsinkin saksalaiset olivat jääneet paitsi. Kirurgiaan liittyi myös joitain erittäin tärkeitä ja oleellisina pidettyjä piirteitä, kuten puudutuksen ja anestesian käyttö, ja kun nämä piirteet jäivät, pääasiassa resurssipulan takia, puuttumaan, näyttäytyi koko lääketieteen kenttä helposti jälkeenjääneenä ja takapajuisena. Etenkin kirurgian kaltaisilla erikoisaloilla on otettava huomioon myös se, kuinka ne olivat erittäin yksilövetoisia²⁹³ ja esimerkiksi juuri kohdemaissa, joissa erikoislääkäreiden virkaa hoiti useimmiten vain yksi lääkäri, oli yleisen kuvan muodostaminen tällaisista aloista erittäin

²⁹⁰ Molempien luentojen jälkeen syntyi hieman keskustelua, mutta huomionarvoisempia ovat valtavat suosionosoitukset, joita luennot kirvoittivat. Tämä oli spontaani ja voimakas ilmaus Berliinin lääkärikunnan suuresta kiinnostuksesta saapumistamme ja läsnäoloamme kohtaan.” Tri. Otto Krayer, bMS16103/13(3) 58.

²⁹¹ ”Professori Klainschmidt kiitti Unitarian Service- komiteaa ja avustusmatkan osallistujia lahjoista ja luennoista. Valtavien suosionosoitusten perusteella oli selvää, että sekä opiskelijat että tiedekunnan henkilökunta olivat suuresti arvostaneet mahdollisuutta kuunnella meitä.” Tri. Otto Krayer, bMS16103/13(3) 75.

²⁹² Tri. William Wallace, bMS16103/13(7) 53.

²⁹³ Kneebone & Woods, 2014, 18.

riippuvaista yksittäisten ihmisten antamasta kuvasta niin taitojen kuin käytänteidenkin suhteen.

Sen sijaan pienemmät erikoisalat, jotka olivat säilyneet verrattain hyvällä tasolla myös kansainvälisesti vertailtuna, kuten silmätautien tutkimus ja hoito, saivat niiden ekspertit näkemään koko saksalaisen terveydenhuollon parempitasoisena ja kuvaamaan vieraillemiaan klinikoita esimerkiksi termeillä ”outstanding medical centers.”²⁹⁴ Kuitenkin nämä vierailut kohteet olivat vain pieniä osastoja niistä samoista sairaaloista, joita suurimmassa osassa raporttia kuvailtiin epäinhimillisen kurjaksi. Myös vierailtujen sairaaloiden keskinäinen arvottaminen vaihteli suuresti sen mukaan, minkä erikoisalan lääkäri oli raportin kirjoittajana. Lastenlääkärit, kirurgit ja yleislääkärit nostivat raporteissaan Berliinin ja Münchenin tilanteet ongelmallisiksi kehuen vuolaasti Freiburgia ja Heidelbergiä, kun taas matkalle osallistuneen silmätautien erikoislääkärin David G. Coganin vieraillessa Münchenissä, kehui sairaalaa vuolaasti ja kirjoitti sen jäävän arvokkuudessaan ja arvovaltaisuudessaan toiseksi vain Berliinille.²⁹⁵ Myös gynekologiaa tarkastelleet erikoislääkärit muodostivat erilaisia mielipiteitä koko saksalaisesta kirurgiasta kuin yleislääkärit ja kirurgit. Siinä, missä muut kauhistelivat kirurgian takapajuisuutta ja alkeellisuutta, raportoivat gynekologisia leikkauksia seuranneet erikoislääkärit: ”The surgical technique was, as usual in Germany, excellent”.²⁹⁶

Myös Italian kohdalla sosiaalisen tiedon rakentumisen prosessi oli selvästi havaittavissa, sillä se oli ainoa tarkastelluista avustusmatkoista, jonka aikana ryhmä hajaantui päiviksi eri kaupunkeihin. Etelä-Italiassa vierailleet lääkärit raportoivat ruokapulasta paljon laajemmin ja nostivat esiin erot paitsi maan pohjois- ja eteläosien välillä, myös eri sosiaaliluokkien välillä²⁹⁷. Esimerkiksi Dester M. Jones Harvardin yliopistosta analysoi italialaisten ruokatilannetta ja sen hankaluutta laajasti kun taas vain pohjoisessa vierailleen Paul D. Whiten mukaan aliravitsemusta oli erittäin vähän havaittavissa.²⁹⁸

Raporteissa esiintyneet havainnot ja kohdemaiden tilanteesta muodostettu tieto olivat siis erilaisten sosiaalisten prosessien tulos, jossa paitsi yksittäiset henkilöt, myös sairaalaosastojen kaltaiset paikat saivat suurta merkitystä. Vierailut toisiin sairaaloihin tai

²⁹⁴ Tri. David Cogan, bMS16103/13(8) 10.

²⁹⁵ Tri. David Cogan, bMS16103/13(8) 29.

²⁹⁶ ”Leikkauteknikka oli, kuten Saksassa tavallisesti, erinomaista.” bMS16102/13(8) 107.

²⁹⁷ Tri Howard Taylor, bMS16103/25(14) 46.

²⁹⁸ bMS16103/25(14) 44.

toisten lääkäreiden tapaaminen kohdemaissa olisi voinut johtaa hyvin erilaisiin raportoituihin johtopäätöksiin kohdemaiden terveydenhuollon tilasta. Lähtökohta tiedon tuottamiselle ja havaintojen tekemiselle oli monen kirjoittajan kohdalla selvästi kohdemaiden vertailu Yhdysvalloissa vallinneeseen tilanteeseen, kuten edellä esitetyt esimerkit osoittavat. Tutkimusta tehdessä korostuikin usein se, kuinka raporteissa esiintyviä havaintoja ja mielipiteitä oli jatkuvasti peilattava muun tutkimuksen tarjoamaan tietoon aiheesta, jotta raporteissa esiintyneet näkemykset tulivat ymmärretyiksi riittävän kattavassa kontekstissa. Yksiselitteistä tai suoranaista tietoa raportit eivät yksin kohdemaiden terveydenhuolto-oloista pystyneet tarjoamaan, mutta tutkimuskirjallisuuteen suhteutettuna ne auttoivat luomaan kattavan kuvan kohdemaiden terveydenhuollon tilanteesta yhdysvaltalaisten lääkäreiden näkökulmasta tarkasteltuna.

Raportit eivät juuri tarjonneet selityspohjaa niissä esiintyneille havainnoille, vaan syyt kohdemaiden paikoin heikkoihin terveydenhuolto-oloihin oli hahmoteltava tutkimuskirjallisuuden pohjalta. Raporttien perusteella olisi ollut mahdollista omaksua kauhistelevalta, paikoin syytteleväkin katsantotapa kohdemaiden terveydenhuollon tilannetta kohtaan, sillä ne tarjosivat tietoa käytännössä ainoastaan sen hetken tilanteesta vaille selitysten etsimistä lähimenneisyydestä tai lääketieteen ulkopuolelle ulottuvista, laajemmista yhteiskunnallisista näkökulmista. Tutkimukselliseksi haasteeksi osoittautuikin riittävän taustatiedon rakentaminen tutkimuskirjallisuuden pohjalta, jotta raporteissa esiintyneet havainnot eivät saaneet liian suurta painoarvoa tai päässeet luomaan kuvaa siitä, vaikeat tilanteet olisivat muodostuneet ikään kuin tyhjästä tai johtuneet yksistään lääketieteen kentälle sijoittuvista syistä ja selityksistä. Varsinkin Saksan kohdalla raporttien taustoittaminen osoittautui erityisen tärkeäksi, jotta raporteista välittyvää tilannetta oli mahdollista tarpeettomasti liioittelematta ymmärtää.

Huono ravintotilanne ja jo sotaa edeltänyt työväestön erittäin raskas työtaakka olivat aiheuttaneet sen, että aiemmin jo voitettut kulkutautiepidemiat ja ongelmat, kuten tuberkuloosi, erilaiset vitamiinien puutostilat ja psyykkiset sairaudet nostivat avustusmatkojen aikaan jälleen päätään ja muodostuivat todelliseksi ongelmaksi. Kun sotavuosien sekasorto ja niiden jälkeensä jättämä henkilöstöpula vielä vaikeuttivat lääkäreiden koulutusta ja tason ylläpitoa yliopistollisessa työssä, ei ole ihme, että esimerkiksi

Saksan terveydenhuollon tila oli rapistunut muutamassa vuodessa huipulta pohjalle.²⁹⁹ Tällaisten selittävien tekijöiden pohdinta ja esimerkiksi hahmotelmat siitä, että asiat olivat voineet olla ennen toisen maailmansodan alkua paremmin, jäivät aiempaan käsittelylukuun poimittua esimerkkiä lukuun ottamatta puuttumaan raporteista.

Sodan aikana Suomi oli muista kahdesta kohdemaasta poiketen pystynyt välttämään mittavan ja kokonaisvaltaisen romahduksen kansanterveydellisessä tilanteessaan. Toisin kuin Yhdysvallat, se ei kuitenkaan ollut varsinaisesti kehittynyt tai edistynyt lääketieteen ja terveydenhuollon saralla sotavuosien aikana, mutta heti niiden jälkeen kylläkin. Avustusmatkan aikaan vuonna 1948 sodan jäljistä oli jo suureksi osaksi toivuttu, mistä esimerkiksi juuri Lastenlinnan ja Naistenklinikan rakentamiset toimivat konkreettisena osoituksena. Saksassa ja Italiassa sota sen sijaan oli tehnyt mittavampaa ja laajemmin elämän eri osa-alueille vaikuttavaa tuhoa, mikä aiheutti vakavampia puutteita myös terveydenhuoltoon ja yleiseen kansanterveydelliseen tilanteeseen.³⁰⁰ Tämä oli selvästi huomattavissa myös raporteista konkreettisia sairaalaloja ja sairaaloissa esiintyneitä puutteita kuvailtaessa. Sen sijaan raporteissa ei pohdittu tai arvioitu syitä puutteellisille sairaalaloille tai otettu huomioon sitä, kuinka kohdemaiden terveydenhuollossa esiintyneitä ongelmia tulee suureksi osaksi tarkastella sodan väistämättöminä seurauksina.

Raportit osoittautuivat kuitenkin varsin kattaviksi alkuperäislähteiksi ja varsinkin Saksaa koskevan aineiston kohdalla raportteja löytyi jopa niin paljon, että niistä kumpuavien tietojen käsittelyn rajaaminen pro gradu -työn laajuiseksi oli haastavaa. Saksassa vallinneet olot saivatkin lopulta tutkimuksessa suhteessa eniten huomiota, eikä esimerkiksi Italian suhteen kaikista tarkasteltavista ilmiöistä ollut mahdollista hahmottaa yhtä kattavaa kuvaa raporttien ollessa vähäisempiä ja suppeampia.

Runsaan alkuperäislähteistön ansiosta olisi mahdollista jatkossa tarkastella ilmiötä laajemminkin ottamalla mukaan tarkasteluun vielä enemmän kohdemaita ja syventymällä tiedon sosiaalisen rakentumisen prosessin tarkasteluun vielä laajemmin. Lukuisten kohdemaiden mukaanotto tutkimukseen voisi tarjota myös mahdollisuuden tarkastella Unitarian Service -komitean ja kristillisen, lääketieteellisen avustustyön vaikutuksia laajemminkin Euroopassa ja esimerkiksi sitä, olivatko intubaation ja veripankin kaltaiset

²⁹⁹ Pross, 2009, 535.

³⁰⁰ Barona, 2012, 204.

kehitysaskeleet esimerkiksi sellaisia, jotka tulivat toisen maailmansodan jälkeen Eurooppaan juuri hyväntekeväisyystyön avulla. Vaikka tässä tutkimuksessa tarkasteltujen kolmen kohdemaan kohdalla avustusmatkat kestivät verrattain lyhyen aikaa, riittivät niiltä kirjoitetut raportit tarjoamaan kattavasti tietoa juuri kansainvälisten yhteyksien uudelleenluomisesta sodan jälkeen, kohdemaiden keskinäisistä, sekä niiden ja Yhdysvaltojen eroista niin käytännön potilastyön kuin ajattelutapojenkin saralla, tutkimuksellisen työn ja yliopistoelämän eroavaisuuksista, sekä uusimmista lääketieteellisistä innovaatioista, jotka avustusmatkojen aikaan olivat Yhdysvaltojen, mutteivät kohdemaiden käytössä. Laajentamalla tarkastelua useampaan kohdemaahan olisi mahdollista hahmotella ilmiöiden laajempia syy-seuraussuhteita ja sitä, kuinka toistuvaa kaavaa komitean toimet toisen maailmansodan jälkeisessä Euroopassa noudattivat. Myös lääketieteen ja sen eri traditioiden kehityksen ja muutosten tarkastelussa raportit voisivat toimia hedelmällisenä tutkimusaineistona.

Unitarian Service- komitea oli kiistämättä tehokas toimija avustustyön saralla toisen maailmansodan jälkeen tehden matkoja lukuksiin Euroopan maihin. Ruoka- ja vaateapu, sekä muut humanitääriset toimet korostuivat joillain matkoilla lääketieteeseen keskittymistä enemmän ja myös yleisen rauhanaatteen levittäminen oli matkoilla tärkeää. Matkoilla olikin tärkeä rooli juuri myös rauhanomaisten kansainvälisten suhteiden ja kansainvälisen yhteistyön elvyttämisessä.³⁰¹ Kuitenkin järjestö itse korosti raporteissaan matkojen ainutlaatuisuutta ja vaikutuksia kenties hieman liioitellusti. Toisinaan avustustyöntekijät tuntuivat tekevän myös melko hatarin perustein voimakkaita johtopäätöksiä työnsä tärkeydestä ja siitä, kuinka kiinnostuneita ja kiitollisia esimerkiksi saksalaiset olivat saamastaan avusta ja uudesta tiedosta. Mittarina avun ja uuden tiedon vastaanottamisen innokkuuden ja tärkeyden arvioimiseen kun käytettiin monta kertaa esimerkiksi juuri siitä, kuinka ”valtavia suosionosoituksia” jotkut heidän pitämänsä luennot saivat.³⁰²

Ainakin avustustyöntekijöiden itsensä voidaan kuitenkin todeta olleen varsin tyytyväisiä tekemiinsä matkoihin. Terveysthuollollisten seikkojen kehittämisen lisäksi avustustyöntekijöille itselleen oli tärkeää toimia myös erilaisten aatteiden ja ajatustapojen viejinä. Konkreettisten potilastyötä edistäneiden välineiden ja toimintatapojen esittelyn lisäksi toivottiin kohdemaihin jäävän matkojen jälkeen myös abstraktimpaa perintöä.

³⁰¹Jackson 1949, 446.

³⁰²bMS16103/13(3) 58, 75.

Lukuisista eri raporteista kaikkien kolmen kohdemaan kohdalla kummunneet mielipiteet kiteyttää seuraava Saksaan kohdistuneelta avustusmatkalta poimittu lainaus:

”Heubner commented that the greatest lesson they could learn from our visit was that Democracy is more than a political system; it’s a way of living that is manifested in our cooperation in research to an extent that the Germans have not yet attempted. Butendandt said that the Americans are more concerned with experimental data than with theoretical considerations. I regard these as the highest compliments we could receive.”³⁰³

³⁰³ ”Heubner kommentoi suurimman opin vierailultamme olleen sen, että demokratia on enemmän kuin poliittinen järjestelmä; se on elämäntapa, joka näyttäytyy esimerkiksi tutkimuksessamme esiintyvässä yhteistyössä, mikä on laajuudessaan saksalaisilla vielä kokematta. Butendan puolestaan sanoi yhdysvaltalaisen olevan enemmän kiinnostuneita kokeellisesta datasta kuin teoreettisista tutkimustiedosta. Mielestäni nämä ovat suurimmat kohteliaisuudet, jotka voimme saada”.Tri. Carl F. Schmidt, bMS16103/13(5) 37.

LÄHTEET

Alkuperäislähteet:

Unitarian Service Committee. Medical Missions. Records, 1942 - 1967: A Finding Aid. = USC

<http://oasis.lib.harvard.edu/oasis/deliver/deepLink?collection=oasis&uniqueId=div16103>

"Germany, Council of Relief Agencies Licensed for Operation in Germany (CRALOG), reports and correspondence, 1948." bMS16103/12(9).

Peter Pinoa Chase, Benjamin Kramer, Sidney M. Greenberg, Alexander M. Burges, "Germany, Displaced-Person Physicians Refresher Courses, includes photographs and clippings, 1948." bMS16103/12(14).

"Medical Mission to Germany, basic report, 1948." bMS16103/13(1).

"Medical Mission to Germany, basic report, 1948." bMS16103/13(2).

Otto Krayer (Associate Professor of Comparative Pharmacology and Head of the Department of Pharmacology, Harvard University), "Medical Mission to Germany, report, includes photographs, 1948." bMS16103/13(3).

Otto Krayer (Associate Professor of Comparative Pharmacology and Head of the Department of Pharmacology, Harvard University), Medical Mission to Germany, report, includes photographs, bMS16103/13(4).

Friedrich Wasserman (Professor of Anatomy, University of Chicago), Carl F. Schmidt (Professor of Pharmacology, University of Pennsylvania), Lyman C. Craig (Dr., Associate Member of the Rockefeller Institute for Medical Research) "Medical Mission to Germany, Volume 2, includes photographs, 1948." bMS16103/13(5).

John D. Edsall (Associate Professor of Biological Chemistry, Harvard Medical School), George Geble Hirst (Chief of the Division of Infectious Diseases, Public Health Research Institute, New York), Francis D. W. Lukens (Associate Professor of Medicine, Director of the George F. Cox Medical Research institute, University of Pennsylvania) , "Medical Mission to Germany, Volume 2, includes photographs, 1948." bMS16103/13(6).

Dallas P. Phemister (Professor Emeritus of Surgery and former Head of the Department of Surgery, University of Chicago), Benjamin H. Robbins (Professor of Anesthesiology, Head of Department of Anesthesiology, Vanderbilt University), William L. Wallace (Assistant Professor of Pediatrics, Harvard Medical School), Erwin W. Straus (Director of Professional Education and Research at Veterans Hospital, Lexington, formerly Professor of Extraordinarius of Psychiatry at the University of Berlin), "Medical Mission to Germany, Volume 3, includes

photographs", bMS16103/13(7).

David G. Cogan (Associate Professor of Ophthalmic Research, Harvard Medical School), Howard Taylor (Professor of Obstetrics and Gynecology and Head of Department of Obstetrics and Gynecology, Columbia University College) "Medical Mission to Germany, Volume 3, includes photographs, 1948." bMS16103/13(8).

Joseph F. Volker (Dean, Tufts College Dental School, Boston), Herman De Wilde (Instructor in Clinical Dentistry, Harvard Medical School), Edwin C. Broome, Executive Assistant of the Mission, "Medical Mission to Germany, Volume 4, includes photographs and clippings, bMS16103/14(1).

"Medical Mission to Germany, information bulletting and correspondence, 1948" bMS16103/14(3).

"Medical Mission to Germany, reports," bMS16103/14(9).

"Medical Mission to Greece and Italy, reports and correspondence between Dr. Robert D. Dripps and Edwin Kohn, Dorothy E. Snavely etc. 1948", bMS16103/25(3).

"Medical Mission to Greece and Italy, reports and correspondence between Dr. Ralph W. Gerard and Edwin Kohn, Dorothy E. Snavely etc. 1948", bMS16103/25(5).

Paul D. White (Clinical Professor of Medicine, Harvard Medical School), Chester M. Jones (Clinical Professor of Medicine, Harvard Medical School), "Medical Mission to Greece and Italy, information bulletins and correspondence", bMS15103/25(14)

"Medical Mission to Greece and Italy, basic report, 1948." bMS16103/25(15)

"Medical Mission to Greece and Italy, Volume 1, report, includes photographs, 1948." bMS16103/25(17)

Chester M. Jones (Clinical Professor of Medicine, Harvard Medical School), "Medical Mission to Greece and Italy, report, Volume 3, includes photographs, 1948." bMS16103/25(19).

Robert D. Dripps (Associate Professor of Surgery, University of Pennsylvania), Alvin M. Pappenheimer (Associate Professor of Bacteriology, New York University College of Medicine), Edward L. Howes (Associate Clinical Professor of Surgery, Columbia University College of Physicians and Surgeons), Arthur R. Elvidge (Assistant Professor of Neurosurgery, McGill University), Edward L. Pratt (Senior Fellow in Pediatrics, National Research Council, Yale University), Dr. Herman De Wilde (Instructor of Clinical Dentistry, Harvard Medical School), "Medical Mission to Greece and Italy, report, Volume 2." bMS16103/26(1).

"Medical Mission to Greece and Italy, report, Volume 3, includes clippings." bMS16103/26(2).

Leo M. Davidoff (Professor of Clinical Neurological Surgery, Columbia University College of Physicians and Surgeons), Edward D. Chamberlain (Professor of Radiology, Temple University, School of Medicine), Eugene B. Ferris (Associate Professor of Medicine, Department of

Internal Medicine, University of Cincinnati), Meyer Saklad (Director of Anesthesia, Rhode Island Hospital), Robert Elman (Professor of Clinical Surgery, University of Washington), James E. M. Thomson (President of the State Medical Society, Nebraska, the former President of American Academy of Orthopedic Surgeons), Samuel Z. Levine (Professor of Pediatrics and Head of Pediatrics, Cornell University Medical College), "Medical Mission to Poland and Finland, draft of report, includes photographs." bMS13103/32(5)

"Medical Mission to Poland and Finland, correspondence, memoranda, reports and schedules (mostly on Finland) 1948-1949." bMS16103/33(7)

Tutkimuskirjallisuutena käytetyt sanomalehdet:

Helsingin Sanomat 10.2.2014. Savolainen, Jaana, "Turhia töitä terveydenhuollossa."

Tutkimuskirjallisuus:

Adams, Annmarie (2008), *Medicine by Design: The Architect and the Modern Hospital*. University of Minnesota Press.

Ahonen, Pertti (2003), *After the Expulsion: Germany and Eastern Europe 1945 - 1990*. Oxford University Press.

Aromaa, Arpo, Koskinen, Seppo, Huttunen, Jussi (edit.) (1999), *Health in Finland*. Helsinki: National Public Health Institute. Ministry of Social Affairs and Health.

Avikainen Paula & Hetemäki Ilari (toim.) (1989), *Suomen Historia 8*. Espoo: Weiling & Göös.

Barona, Josep L. (2012), *From Hunger to Malnutrition. The Political Economy of Scientific Knowledge in Europe, 1918 - 1960*. Brussels: P.I.E. Peter Lang.

Bourke, Joanna, *Wartime*. Teoksessa: Cooter, Roger & Pickstone, John (edit.) (2000), *Medicine in the 20th Century*. Harwood Academic Publishers.

Calderone, Frank A (1948), "Understanding World Health - A School Responsibility." *Journal of Educational Sociology*, vol. 22, no. 1, 37-43. American Sociological Association.

Claire Brock (2013), "Risk, Responsibility and Surgery in the 1890s and Early 1900s." *Medical History*, 57, pp 317-337.

Caprotti, Frederico (2006), "Malaria and Technological Networks: Medical Geography in the Pontine Marshes, Italy, in the 1930s." *The Geographical Journal*, vol. 172, no. 2, 145-155. Blackwell Publishing.

Castronovo, Valerio (edit.) (1976), *L'Italia contemporanea 1945 - 1975*. Torino: Giulio Einaudi

Church, F. (2009), *The cathedral of the world: a universalist theology*. Boston: Beacon Press.

Chabob, Federico (1976). *L'Italia contemporanea 1918 - 1948*. Torino: Einaudi.

Cook, Harold (2011), *Medicine in Western Europe*. Teoksessa: Jackson, Mark (edit.) (2011), *The Oxford Handbook of the History of Medicine*. Oxford University Press.

Cooter, Roger and Pickstone, John (edit.) (2000), *Medicine in the 20th Century*. Hardwood Academic Publishers.

Cooter, Roger (1992), *In the name of the child, Health and Welfare*. London: Routledge.

Dorling, Danny (2004), "Healthy places, healthy spaces". *British Medical Bulletin* Vol. 69, pp. 101-114.

Dressler, William (2004), "Culture and the Risk of Disease." *British Medical Bulletin* Vol. 69, pp: 21-31.

Duin, Nancy (1992), *A History of Medicine; from pre-history to the year 2000*. London: Simon & Schuster.

Erfurth, Waldemar (1979), *The Last Finnish War, 1941 - 1944*. Washington: University Publications of America.

Fleischmann, Ellen, Grypma, Sonya, Marten, Michael, Okkenhaug, Inger Marie (eds.) (2013), *Transnational and Historical Perspectives on Global Health, Welfare and Humanitarianism*. Portal Books.

Friedrich, Jörg (2002), *Suuri palo. Liittoutuneiden pommitukset Saksassa 1940 - 1945*. München:Ullstein Heine List GmbH&Co.

Freund, Peter, McGuire, Meredith, Podhurst, Linda (edit.) (2003), *Health, Illness and the Social Body. A Critical Sociology*. Fourth Edition. New York: Prentice Hall.

Fulbrook, Mary (2005), *The people's state: East German Society from Hitler to Honecker*. London: Yale University Press.

Fulbrook, Mary (2001), *Twentieth-century Germany: politics, culture and society 1918 - 1990*. London, New York.

Galdston, Iago (1949), *Social Medicine. Its Derivations and Objectives*. London: Oxford University Press.

Ginsborg, Paul (1998), *Storia d'Italia 1943 - 1996: famiglia, società, stato*. Torino: Einaudi.

Haupt & Kocka (edit.) (2009), *Comparative and Transnational history, Central European approaches and new perspectives*. New York: Berghahn Books.

Helman, Cecile (2007), *Culture, Health and Illness*. Fifth Edition. London: Hodder Education.

Hokkanen, Markku (2007), *Medicine and Scottish Missionaries in the Northern Malawi Region*

1875 - 1930. Quests for Health in a Colonial Society. Edwin Mellen Press.

Horden, Peregrine (2011), *Medieval Medicine*. Teoksessa: Jackson, Mark (edit.) (2011), *The Oxford Handbook of the History of Medicine*. Oxford University Press.

Iriye, Aikira (2002), *Global Community. The role of International Organizations in the Making of Contemporary World*. University of California Press.

Jackson, Elisabeth H (1949), "Medical Missions to Europe." *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 27, no. 4, 445-448. Blackwell Publishing.

Jordanova, Ludmilla (2006), *History in practice*. London: Arnold.

Jordanova, Ludmilla (1995), "The Social Construction of Medical Knowledge", *Social History of Medicine*, 1995, vol 8, pp. 361-38.

Joutsivuo, Timo (2006), *New World, New Diseases, Challenged Ancients: French Disease and the Crisis of Medical Theory in Renaissance*. Teoksessa: Hämäläinen, Pekka (2006) (edit.), *When Disease Makes History. Epidemics and Great Historical Turning Points*. Helsinki University Press.

Kallioinen, Mika (2009), *Rutto ja rukous. Tartuntataudit esiteollisen ajan Suomessa*. Jyväskylä: Atena kustannus Oy.

Kater, Michael (1983), *The Nazi Party. A Social Profile of Members and Leaders 1919 - 1945*. Oxford: Basil Blackwell Publishing.

Kirby, David (1979), *Finland in the 20th Century*. London: C. Hurst & Company.

Kirk, Tim (2007), *Nazi Germany*. New York: Palgrave Macmillan.

Kirmayer, Laurence (2004), "The Cultural Diversity of Healing: Meaning, Metaphor and Mechanism." *British Medical Bulletin* Vol. 69, pp: 33-48.

Kneebone, Roger & Woods, Abigail (2014), "Recapturing the History of Surgical Practice Through Simulation-based Re-enactment." *Medical History*, 58, pp 106-121.

Kleinman, Arthur (1978), *Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems*. Teoksessa: Curren, Caroline, Stacey, Margaret (edit.) (1991), *Concepts of Health, Illness and Disease. A Comparative Perspective*. New York: Berg.

Leavell, Hugh (1984), *Social mean to Medicine*. Teoksessa: *Social Medicine. Its Derivations and Objectives*. London: Oxford University Press.

Leitzinger, Antero (toim) (1997), *Vapaa usko: unitaariuniversalistien ja kveekareiden ajatuksia*. Helsinki: Tummavuori.

Leffler, P. & Westad, A (edit.) (2010). *The Cambridge History of the Cold War, Vol. 3*. Cambridge University Press.

Lupton, Deborah (2003), *The Social Construction of Medicine and the Body*. Teoksessa: Albrecht, Gary, Fitzpatrick, Ray, Scrimshaw, Susan (edit.), *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London: Sage Publications.

McElroy, Ann & Jezewski, Mary Ann (2003), *Cultural Variation in the Experience of Health and Illness*. Teoksessa: Albrecht, Gary, Fitzpatrick, Ray, Scrimshaw, Susan (edit.), *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London: Sage Publications.

Major, Ralph H (1954), *A history of Medicine*, Vol. 2. Springfield.

Mammarella, Giuseppe (1998), *Italia contemporanea 1943 - 1989*. Bologna: Il Mulino.

Martin, Emily (2000), « Science and the new Culture of Health in the US. » Teoksessa: Williams, Simon, Gabe, Jonathan, Calnan, Michael (edit.) (2000), *Health, Medicine and Society. Key Theories, Future Agendas*. London: Routledge.

McLachlan, Malcom (1997), *Culture and Health*. Dublin : John Wilney & Sons.

Mettler, Cecilia (1947), *History of Medicine*. Philadelphia.

Myllyniemi, Seppo (1982), *Suomi sodassa 1939 - 1945*. Keuruu: Otava.

Neill, Deborah (2012), *Networks in Tropical Medicine. Internationalism, Colonialism and the Rise of a Medical Specialty, 1890 - 1930*. Stanford University Press.

Paasivirta, Juhani (1992), *Suomi ja Eurooppa 1939 - 1956*. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Pasley, Malcom (edit.) (1972), *Germany. A Companion to German Studies*. London: Methuen & Co.

Payer, Lynn (1996), *Medicine and Culture. Notions to Health and Sickness*. Holt Paperbacks.

Porterfield, Amanda (2005), *Healing in history of Christianity*. New York: Oxford University Press

Porter, Dorothy (1999), *Health, Civilization and the State. A History of Public Health from Ancient to Modern Times*. London: Routledge.

Porter, Roy (1999), *The Greatest Benefit to mankind. A Medical History of Humanity from Antiquity to the present*. London: Fontana Press.

Porter, Roy (edit.) (1988), *The Cambridge Illustrated history of Medicine*. New York: Cambridge University Press.

Porter, Roy (1985), "The Patient's View: Doing Medical History from Below." *Theory and Society*, Vol. 14, No. 2 pp. 175-198.

Procacci, Giuliano (1982), *Storia degli italiani*. Biblioteca Universle Laterza.

Proctor, Robert N (1988), *Racial Hygiene. Medicine under the Nazis*. Harvard University Press.

Pross, Christian (2009), "The Attitude of German Èmigré Doctors towards Medicine under National Socialism." *Social History of Medicine* Vol. 22, No. 3 pp. 531-552. Oxford Journals.

Rotfeld, Adam & Stütze, Walther (1991), *Germany and Europe in Transition*. Oxford University Press.

Ramsden, Edmund, (2011), *Science and Medicine in the United States of America*. Teoksessa: Jackson, Mark (edit.) (2011), *The Oxford Handbook of the History of Medicine*. Oxford University Press.

Rütten, Thomas (2011), *Early Modern Medicine*. Teoksessa: Jackson, Mark (edit.) (2011), *The Oxford Handbook of the History of Medicine*. Oxford University Press.

Schechtman, Joseph (1946), *European Population Transfers 1939 - 1945*. New York: Russel & Russel.

Scott-Smith, Gilles & Krabbendam, Hans (2003), *Cultural Cold War in Western Europe, 1945 - 1960*. London: OR.

Seidelman, William (2000), "The Legacy of Academic Medicine and Human Exploitation in the Third Reich." *Perspectives in Biology and Medicine* Vol. 43, No. 3 pp. 325-334.

Serling, David (eds.) (2010), *Imagining illness : Public Health and Visual Culture*. University of Minnesota Press.

Shepherd, Michael (2009), "The Impact of German Refugees on Twentieth-Century British Psychiatry." *Social History of Medicine* Vol. 22, No. 3 pp. 461-469. Oxford Journals.

Singer, Merrill (2004), "The Social Origins and Expressions of Illness." *British Medical Bulletin* Vol. 69, pp: 9-19.

Smaje, Chris (2000), *Medical Sociology and Racial Ideology*. Teoksessa: Williams, Simon, Gabe, Jonathan, Calnan, Michael (edit.) (2000), *Health, Medicine and Society. Key Theories, Future Agendas*. London: Routledge.

Snowden, Fank (2006), *Conquest of malaria: Italy, 1900- 1960*. Yale University Press.

Starr, Paul (1982), *The Social Transformation of American Medicine. The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry*. New York: Basic Books.

Stephan, Alexander (2006), *The Americanization of Europe: Culture, Diplomacy and anti-Americanism after 1945*. New York: Berghanh Books.

Stieglitz, Edward (1984), "The Integration of Clinical and Social Medicine". Teoksessa: Galdston, Iago (1949), *Social Medicine. Its Derivations and Objectives*. London: Oxford University Press.

Thibaut, Françoise (1979), *La Finlande*. Paris: Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence.

Tilney, Nicholas (2011), *Invasion of the Body: Revolutions in Surgery*. Cambridge Mass, London, Harvard University Press.

Tooze, Adam (2006), *The Wages of Destruction. The Making & Breaking of the Nazi Economy*. London: Penguin Books.

Tsvetkova, Nataliâ Aleksandrova (2013), *Failure of American and Soviet Cultural Imperialism in German Universities 1945-1990*. Leiden: Brill.

Vapalahti, Matti (2007), Snellman, Aarno (1893-1964). *Kansallisbiografia, Biografiakeskus*.

Virrankoski, Pentti (2001), *Suomen Historia 2*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy ja SKS.

Webster, Charles, *Medicine and the Welfare State 1930-1970*. Teoksessa: Cooter, Roger & Pickstone, John (2000), *Medicine in the 20th Century*. Harwood Academic Publishers.

Weindling, Paul (1989), *Population politics under Fascism: Germany, Italy and Spain Compared*. Teoksessa: Teitelbaum, M.S ja Winter, J (edit.), *Population and Resources in Western Intellectual Traditions*. Cambridge University Press.

Weindling, Paul (1991), *The Modernization of Charity In Nineteenth-Century France and Germany*. Teoksessa: Barry, Jonathan ja Jones, Colin (edit.), *Medicine and Charity Berofe the Welfare State*. Routledge.

Weindling, Paul (1993). *Health, race and German Politics between National Unification and Nazism, 1870-1945*. Cambridge University Press.

Weindling, Paul (2009), "Medical Refugees and the Modernization of British Medicine, 1930 - 1960." *Social History of Medicine* Vol. 22, No. 3 pp. 489-512. Oxford Journals.

Weindling, Paul, *Health and Medicine in Interwar Europe*. Teoksessa: Cooter, Roger & Pickstone, John (2000), *Medicine in the 20th Century*. Harwood Academic Publishers.

Westad, Odd Arne (2005), *The Global Cold War; Their world interventions and the making of our times*. Cambridge University Press.

Whitaker, Elizabeth (2003), "The Idea of Health: History, Medical Pluralism and the Management of the Body in Emilia-Romagna, Italy." *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 17, No. 3, pp. 348-375. American Anthropological Assosiation.

Wilde, Sally (2010). *The History of Surgery— Trust, Patient Autonomy, Medical Dominance and Australian Surgery, 1890 – 1940*. Finesse Press.

Williams, Simon, Gabe, Jonathan, Calnan, Michael (edit.) (2000), *Health, Medicine and Society. Key Theories, Future Agendas*. London: Routledge.

Von Villiez, Anna (2009), "The Emigration of Women Doctors from Germany under National Socialism." *Social History of Medicine* Vol. 22, No. 3 pp. 553-568. Oxford Journals.

World Health Organization (2003), Atlas of Health in Europe. WHO.

Zahedi, Farzaneh; Larijani, Bagher, (2009), “Common Principles and Multiculturalism”, Journal of Medical Ethics and History of Medicine, vol 2, 1-6.