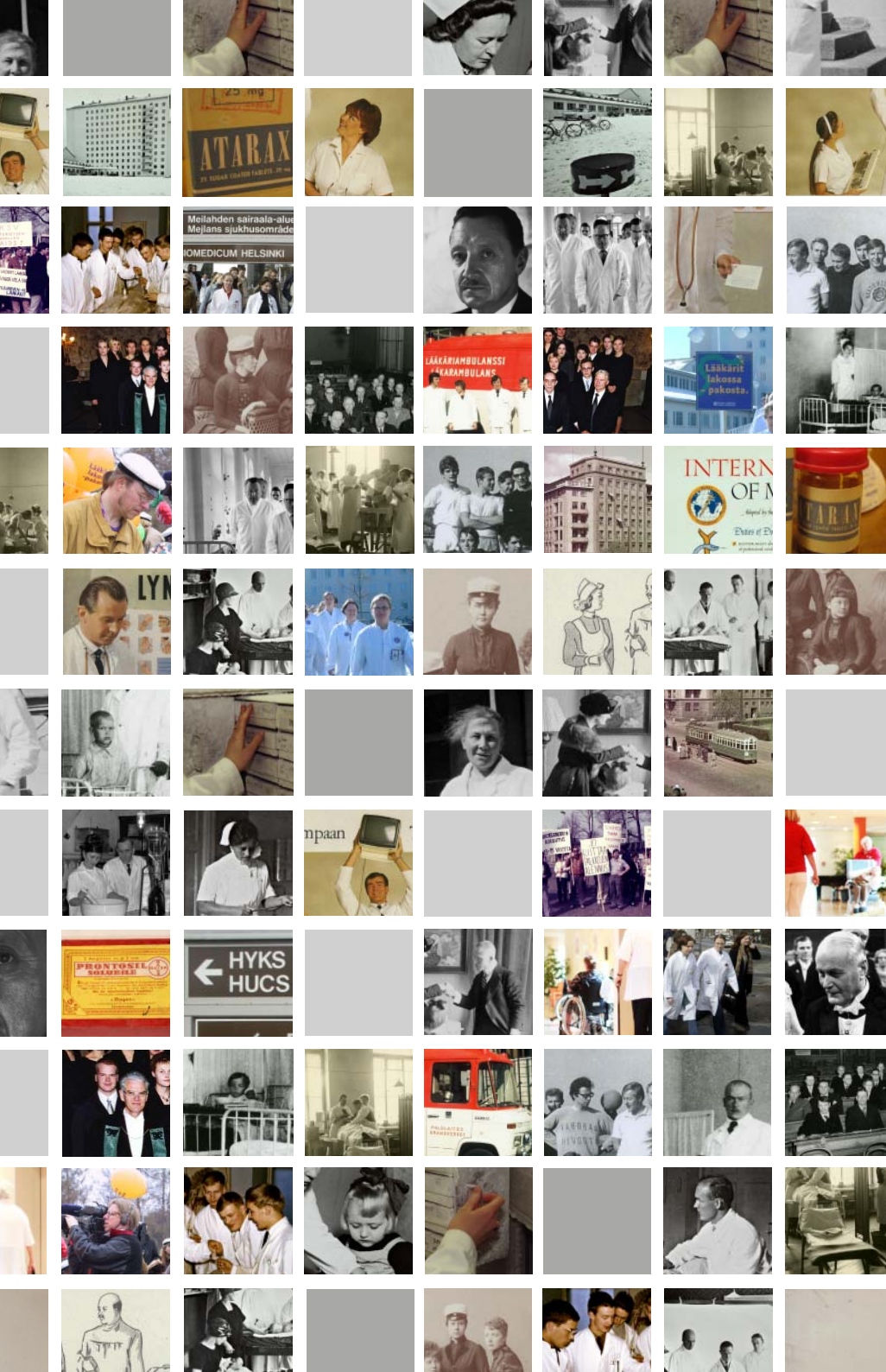




Sari Aalto, Oona Ilmolahti,
Ilkka Levä ja Samu Nyström

100 TARINAA NUORELLE LÄÄKÄRILLE

Näin syntyi Suomen terveydenhuolto

Hyvä Lukija,

Suomen tie terveydenhuollon kärkimaaksi on ollut värikäs. Matkaan mahtuu lääketieteen huimia edistysaskelia ja yhteiskunnallista tahtoa, mutta ennen kaikkea poikkeuksellista omistautumista lääkäreiltä. Nuori lääkäri liittyy ammattikuntaan, jolla on ollut olennainen rooli itsenäisen Suomen ja sen hyvinvoinnin rakentajana. Lääkärin asema yhtenä maan arvostetuimpana ammattina ei ole sattumaa.

Yksi esimerkki kertoo kaiken: eliniän odote on Suomessa pidentynyt 100 vuodessa lähes 35 vuodella.

Jotta edeltäjien luomaa asemaa osaa vaalia, on hyvä tietää, miten kansakunnan suhde lääkäreihin on muovautunut, miksi terveydenhuollon rakenteet ovat mitä ovat ja miten työolot ovat vuosikymmeninä muuttuneet.

Tämä julkaisu kertoo, miten Suomen terveydenhuolto on sadassa vuodessa kehittynyt. Terveydenhuoltomme merkkipaaluista ja suurista hetkistä kertova sarja ilmestyi alun perin Suomen 100-vuotisen itsenäisyyden kunniaksi Lääkärilehdissä vuonna 2017.

Toteutamme sarjan nyt painetun ja sähköisen julkaisun yhdistelmänä.

Tähän painettuun julkaisuun on valikoitunut sarjan sadasta artikkelista 30. Lopuista löytyy otsikko. Niihin liittyvät artikkelit löytyvät verkossa osoitteesta www.laakariliitto.fi/satatarinaa.

Sarjan ovat kirjoittaneet historioitsijat Sari Aalto, Oona Ilmolahti, Ilkka Levä ja Samu Nyström. Heiltä ilmestyi jo vuonna 2010 historiateos Vapaus, terveys, toveruus: Lääkärit Suomessa 1910-2010.

Nelikolle suuri kiitos Suomen koko lääkäriprofessiota rikastuttaneesta työstä.

Pekka Nykänen

Vastaava päätoimittaja
Lääkärilehti

Painopaikka PunaMusta, 2018

Taitto Tuula Kakko

1 1917: Max Oker-Blom ja Suomen Yleinen Lääkäriliitto

Syyskuussa 1917 Suomen suuriruhtinaskunnan lääkärit olivat kokoontuneet Suomen Yleisen Lääkäriliiton yleiseen kokoukseen Helsinkiin. Yleisillä lääkärikokouksilla oli jo vuosikymmenien perinteet, mutta järjestävä taho, Lääkäriliitto, otti vasta ensimmäisiä askeleitaan.

Kokouksessa ja illanvietossa pöydissä puhuttiin ruotsia ja suomea, mikä kertoi lääkäreiden yhteisöllisyyden uudesta heräämisestä: kieliriitojen jakama ammattikunta oli saanut uuden yhteisen järjestön.

Vuonna 1910 perustettu Lääkäriliitto henkilöityi vahvasti puheenjohtajaansa, hygienian ja koululääketieteen pioneeriin **Max Oker-Blomiin**. Hän oli jo pitkään puhunut ammattikunnan kollegiaalisuuden tärkeydestä sekä osallistunut aktiivisesti liiton perustamisvaiheisiin.

Nuorella liitolla ei aluksi ollut toimihenkilöitä, joten puheenjohtaja toimi yhdistyksen kasvona niin ammattikunnan sisällä kuin myös suhteissa viranomaisiin ja muihin neuvottelutahoihin.

Vuoden 1917 yleisessä kokouksessa riitti keskustelunaiheita, joiden käsittelyä Oker-Blom johti paneutuneesti. Suomalainen yhteiskunta oli muutoksen kourissa. Lääkärikunta halusi osallistua aktiivisesti modernin yhteiskunnan rakentamiseen ja varmistaa samalla, että am-

mattikunnan näkemykset ja edut huomioitaisiin suurissa yhteiskunnallisissa uudistuksissa.

Kokouksessa puhuttiin terveydenhuoltoalan kysymyksistä, mutta väliajoilla ja illanvietossa keskustelujen aiheena oli varmasti myös suuriruhtinaskunnan tilanne. Venäjän väliaikainen hallitus horjui, sota itärintamalla sujui huonosti, ja Suomessa yhteiskuntaryhmät olivat ajautumassa yhä pahempiin keskinäisiin riitoihin. Horisontista lähestyi tummia pilviä.

Jo kokouksen aikana Max Oker-Blom oli tuntenut itsensä hieman huonovointiseksi, ja vähän kokouksen jälkeen hän kaatui sairastuolelle. Pari viikkoa myöhemmin lehdet julkaisivat suru-uutisen: Lääkäriliiton ensimmäinen puheenjohtaja oli kuollut.

Oker-Blom jäi historiankirjoihin paitsi koululääketieteen, hygienian ja seksuaalivalistuksen pioneerina, myös suomalaisen lääkärikunnan yhdistäjänä.

SAMU NYSTRÖM

Verkossa www.laakariliitto.fi/satatarinaa



2 Yleiset kokoukset lujittivat kollegiaalisuutta

3 1917-1918: Lääkärit ja Suomen itsenäistyminen

Suomen itsenäistyessä lääkäreitä oli noin 600. Maailmansodan aika oli jo valmiiksi venyttänyt Suomen terveydenhuollon resurssit äärimmilleen, ja pian itsenäistymisjulistuksen jälkeen maa ajautui sisällissotaan.

Lääkärikunnan sympatiat olivat valkoisten puolella, ja monet pyrkivätkin avustamaan valkoisten toimintaa mahdollisuuksien mukaan. Terveydenhuollon tehtävät pyrittiin kuitenkin hoitamaan puolueettomasti.

Punaiset tunsivat suurta epäluuloa lääkäreitä kohtaan, mikä johti paikoin vakaviinkin selkkauksiin ja jopa murhiin. Lääkäriliiton vastalauseiden jälkeen punainen hallitus antoi lopulta julistuksen, jossa kiellettiin lääkäreiden ampuminen ja työrauhan häiritseminen.

Sodan päätyttyä maan lääkärikunta sai kannettavakseen 80 000 punavangin terveydenhuollon. Nälkä ja taudit olivat tappava yhdistelmä, joka johti kesällä 1918 vankileirikatastrofiin. Leirien 80 lääkäriä saattoivat vain vedota viranomaisiin ja päättäjiin elintarviketilanteen parantamiseksi – aliravitsemus ei ollut lääkkeillä parannettavissa.



Kuva Yliopistomuseo

Sotasairaalan arkea Vilnassa. Richard Faltin kollegoineen hoitaa haavoittuneen kasvoja sermin takana vasemmalla, ja äärimmäisenä oikealla on nähtävissä Faltinin kehittämä "lentokone", pahvilasta operoidun käden kannattelemista varten. Keskellä on meneillään pleurapunktio. Keskellä hoidetaan Faltinin "elefanttia" – tämä potilaalle annettu nimitys tuli Faltinin kehittämästä kasvokirurgisesta vetolaitteesta.

ESPANJANTAUTI OSOITTAUTUI SISÄLLISSOTAAKIN TAPPAVAMMAKSI

Vankileirikatastrofin ollessa pahimmillaan saapui Suomeen vielä espanjantaudiksi kutsuttu influenssapandemia. Sairaalat ja vastaanotot täyttyivät äärimmäiseen. Tauti osoittautui sisällissotaakin tappavammaksi, eivätkä lääkäritkään olleet siltä turvassa.

Vankileirikatastrofi, espanjantauti, sisällissodan kokemukset ja pelko sodasta Neuvosto-Venäjän kanssa saivat maan hallituksen laatimaan lain lääkärin palveluvelvoitteesta. Parin vuoden

ajan lääkintöhallituksella oli oikeus määrätä lääkäreitä tarpeelliseksi katsomiinsa työtehtäviin.

Lääkäriliiton ensimmäinen itsenäisesti Suomessa järjestetty yleinen kokous pidettiin vuonna 1919. Tuolloin jouduttiin toteamaan, että raskaat vuodet olivat harventaneet ammattikunnan rivejä niin voimakkaasti, että liiton haudausapukassaa uhkasi vararikko. Pahin näytti kuitenkin olevan jo takanapäin, ja synkimät uhkakuvat väistyivät uuden vuosikymmenen alkaessa.

SAMU NYSTRÖM

Verkossa www.laakariliitto.fi/satatarinaa



4 Ensimmäinen maailmansota, kirurgian kehitys ja Richard Faltin



5 Tiedonantoja vuonna 1917: todistamisen taakka



6 Lääkäriliiton kollegiaalisuuslausunto

"Jokaisen Liiton jäsenen tulee tointansa harjoittaessaan pitää mielessään sen ylevä tarkoituspäri ja noudattamalla vakavaa ja arvokasta käytöstäpää uurastaa ammattikuntansa kunnian ja arvon edistämistä sekä osoittaa toimiveliää kohtaan asianmukaista hienotunteisuutta."

Näin kuuluivat Lääkäriliiton vuonna 1917 hyväksymän kollegiaalisuuslausannon alkusanat. Lausunto oli tarkoitettu ohjaukseksi jäsenille "arvonmukaisen hengen ja hyvän toveruuden" ylläpitämiseksi. Se sisälsi ohjeita vaito-olovelvollisuudesta, toisen lääkäriin poti- laan hoitamisesta, konsultaatioista ja palkkioista.

Kollegiaalisuusohjeiden syntyyn liit- ti vilkas keskustelu. Lääkäriliitossa oli alusta alkaen ollut kunnia- ja sovinto-

tuomioistuin. Sen tehtävänä oli käsitel- lä tapaukset, joissa lääkäri oli käyttäyty- nyt huonosti tai lääkärit olivat keske- nään joutuneet sovittamattomiin risti- riitoihin.

Pian ilmeni tarvetta kirjallisille oh- jeille, jotka toimisivat ohjenuorana tuo- mioistuimelle. Tällaisia eettisiä ohjeis- toja oli hyväksytty aiemmin monissa maissa.

OSA LÄÄKÄREISTÄ VASTUSTI OHJEITA

Kun Lääkäriliitossa keskusteltiin ohjeista ensimmäisen kerran vuonna 1913, osa lääkäreistä vastusti niiden hyväksymistä. Heidän mielestään arvonmukaisen käy- töksen olisi pitänyt olla itsestään selvää jokaiselle lääkärille, "herrasmiehelle". Kysymys oli hiljaisen tiedon välittymises- tä kasvavassa ammattikunnassa.

Ohjeita puolsivat ne, jotka kokivat, että traditioiden välittäminen oli vaikeu- tunut opiskelijamäärien kasvaessa. Li- säksi lääkärien keskinäinen kilpailu oli lisääntynyt. Maailmansodan kuohut ja Suomen aseman muutos kuitenkin muuttivat lääkärien näkemyksiä.

Kollegiaalisuuslausunto hyväksyttiin vuonna 1917, sillä sen koettiin takaa- van hyvien perinteiden jatkumisen murrosaikana.

Lääkäriliitto on siis sadan vuoden ajan muotoillut ammattikunnan näke- mystä lääkärin etiikasta. Kollegiaali- suusohjeiden painopiste on aikojen ku- luessa muuttunut, mutta ydinajatuksen- na on koko ajan ollut edistää lääkärien yhteistyötä potilaiden hyväksi.

SARI AALTO

Verkossa www.laakariliitto.fi/satatarinaa

7 Lääkärien seuroja ja yhdistyksiä – 1910-luvun uutuutena erikoislääkäriyhdistykset



8 Tienraivaajat – ensimmäiset naislääkärit Suomessa

Hyvän kollegiaalisuuden on katsottu edistävän lääkärien yhteistyötä jokapäiväisessä sairaalatyössä. Kuva on potilasosastolta Helsingin lastensairaalasta 1920-luvulta. Kuvan keskellä on ylilääkäri Arvo Ylppö.

Kuva: Yliopistomuseo/Orionin arkisto

9 Matolääkkeitä ja kiväärinpuhdistus- ainetta: Ensimmäiset lääketehaat ja parannusta arvovallalla

Syyskuussa 1917 lääketehdas Medican suomenkieliset proviisorit perustivat oman tehtaansa, Orionin. Samana vuonna kuoli ensimmäisen suomalaisen lääketehdaan perustaja, apteekkari **Albin Koponen**, joka oli perustanut Nurmijärvelle vuonna 1898 muun muassa matolääkkeitä valmistaneen tehtaan. Orionin ensimmäisiä tuotteita olivat makeuttamisaine dulsiini, ammoniakki, lysoli sekä kiväärinpuhdistusaine.

Vaikka Suomessa oli maan itsenäisyydessä lääketehdaita, oli lääkärin työ vielä pääosin oireiden lievittämistä, ja patenttilääkkeisiin suhtauduttiin epäillen. Lääkärin tärkeimpiä lääkinnällisiä apuvälineitä olivat arvovalta, myötätunto, erilaiset mikstuurat sekä konjakki ja pirtu.

Lääke vaikutti sitä paremmin, mitä pahemmalta se maistui, ja useat lääke-sekoitukset kulkivat jonkun tietyn lääkärin nimellä. Sukupuolitauteihin oli

käytössä salvarsani- ja vismuttiruiskeet sekä hopeasuoloja, malariaan kiinni. Ei ole ihme, etteivät lääkärit halunneet luopua oopiumin ja heroinin määräämisestä.

Terapeuttiset mahdollisuudet paraniivat huomattavasti, kun 1920-luvulla käyttöön tuli Suomessa insuliini ja 1930-luvulla ensimmäinen sulfavalmistete, ”punainen Prontosil”. ”Terapeuttinen vallankumous” odotti kuitenkin vielä hetken tuloaan.

OONA ILMOLAHTI

Suomen ensimmäinen lääketehdas oli Albin Koposen muun muassa matolääkkeitä valmistanut laboratorio Nurmijärvellä.

Kuva: Nurmijärven museo



10

1922: Suomen ensimmäiset lastenneuvolat

Ajatus järjestelmällisestä pienten lasten hoitoon suunnatusta neuvolatoiminnasta löi itsenä läpi länsimaissa 1800-luvun lopulla ja 1900-luvun alussa. Suomeen vaikutteet saapuivat Saksan ja Ruotsin kautta.

Neuvolatoiminnan ensiaskeleet otettiin vuonna 1904, kun Maitopisaryhdistys avasi Helsingissä ensimmäisen maidonjakeluun ja neuvontaan tarkoitetun toimipisteen.

Varsinainen neuvolatoiminta aloitettiin Mannerheimin lastensuojeluliiton Lastenlinnassa vuonna 1922. Uudenlaisen toiminnan takana oli **Arvo Ylppö**, joka oli perehtynyt lasten terveydenhuoltoon Saksassa.

Pian neuvoloita perustettiin yksityisten yhdistysten toimesta eri puolille Suomea. Kunnalliseksi toiminnaksi neuvolat tulivat vasta vuonna 1944 annetun lain jälkeen, ja koko maan kattava neuvolajärjestelmä valmistui vuonna 1949.

SAMU NYSTRÖM

Verkossa www.laakariliitto.fi/satatarinaa

11 1927: Terveystieteiden laaki
–34 vuoden selvityksien ja neuvottelujen tulos



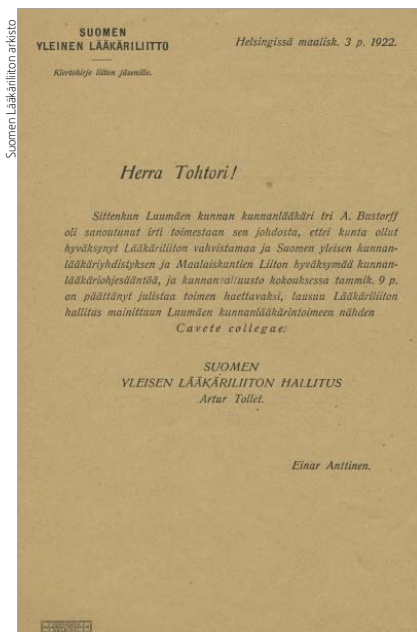
12 Metsän ympäröivät
kunnansairaalat kirurgian
keskuksina

Äitejä neuvolassa vanhassa Lastenlinnassa Helsingin Kalliossa, keskellä Arvo Ylppö. Toisella linjalla sijainneeseen puutaloon perustettiin Suomen ensimmäinen äitien "neuvontasema" vuonna 1922.

Kuva: Helsingin yliopistomuseo



Cavete collegae! Vuoden 1921 kunnanlääkäriohjesääntö ja varhainen edunvalvonta



Eräs alkuaikojen merkellisimmistä tapauksista sai alkunsa syksyllä 1921, kun Luumäen kunnan hallitus hylkäsi kunnanlääkärinä toimineen Anders Bustorffin palkankorotuspyynnön. Kunta ei suostunut hyväksymään kunnanlääkäri-ohjesääntöä, ja Lääkäriliitto asetti viran haku-kieltoon. Bustorffilta vaadittiin hätätyötä, jota hän ei suostunut tekemään kiistan aikana. Lopulta vuonna 1925 Luumäki poistettiin hakukiellosta sillä perusteella, että Bustorff oli toiminut asiassa väärin. Tapaus osoitti, miten vaikeaa liiton oli ajoittain toimia selkeästi ja johdonmukaisesti. Liitto kuitenkin valvoi lääkärin omaa toimintaa hakukieltojen aikana tiukasti.

”Eikä hän tavallinen kuolevainen ihminen voi millään tavoin kaikissa suhteissa täyttää kaikkien kuntansa mahtavien itsekkäisiä, useimmiten luonnottomia ja kovin alkeellisesta käsityskannasta johtuvia vaatimuksia, joka seikka puolestaan jo voi johtaa siihen, että hän uudistusvaaleissa tulee sivuutetuksi tai muutoin joutuu kärsimään asemansa epävakaisuuden takia.”

Näin kuvattiin Lääkäriliiton ensimmäisessä yleisessä kokouksessa kunnanlääkärin asemaa paikallisyhteisössä. Kunnanlääkäri-instituutio oli peräisin 1800-luvulta.

Ohjesääntöä kunnanlääkäreille ryhdyttiin luomaan jo 1902, kun havaittiin, että joissain kunnanlääkäripiireissä ohjeena olivat vain viranomaisilta saapuneet kirjeet. Seuraavan kerran asiaan palattiin vuonna 1912 liiton perustamisen jälkeen. Osa kunnista otti tuolloin laaditun ohjesäännön käyttöön, mutta laajamittaisesti sitä ei vielä ryhdytty noudattamaan.

Lopulta liiton yleisessä kokouksessa 1921 hyväksyttiin kunnanlääkärin ohjesääntö, jonka vahvistivat vasta-perustettu Kunnanlääkäriyhdistys, Maalaiskuntien liitto ja Lääkäriliitto. Ohjesäännössä vähimmäispalkan suuruudeksi määriteltiin 12 000 markkaa (3 400 euroa). Vastaanottomatkoista

tuli saada erillinen korvaus, ja virkaan kuuluivat luontoisetuina vapaa asunto ja lämmitys.

Tämän jälkeen kunnat piti vielä saada hyväksymään ohjesääntö. Yleensä kunnat suostuivatkin – usein tosin vasta liiton asettaman hakukiellon eli ”Cavete collegae” (Varokaa kollegat) -julistuksen ja pitkällisten neuvottelujen jälkeen. Kunnanlääkäriyhdistyksen kymmenvuotiskokouksessa 1930 havaittiin, että 80 prosenttia kaikista kunnista oli hyväksynyt ohjesäännön.

ILKKA LEVÄ

Verkossa www.laakariliitto.fi/satatarinaa

14 Palkattomien virkojen ongelma

15

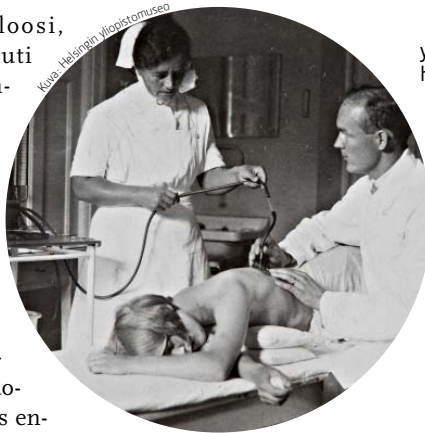
Katala kansantauti tuberkuloosi ja kehitysmaa nimeltä Suomi

Keuhkotuberkuloosi, lentävä keuhkotauti oli pelätty kansantauti, joka tappoi maailmansotien välisenä aikana jopa 10 000 suomalaista vuodessa. Tuberkuloosi oli yleisin yksittäinen kuolinsyy maailmansotien välisessä Suomessa. Se oli myös ensimmäinen sairaus, johon kehitettiin oma specialiteetti.

Hoitomuotona oli pitkälti parantolahoito, joka perustui yleiskunnon kohottamiseen. 1920-luvulla parantolalääkärit alkoivat korostaa myös kirurgisen hoidon mahdollisuuksia.

Yleisin tuberkuloosin aktiivinen hoitotapa oli ilmarintahoido ei typetys. Toimenpiteitä suoritettiin parantoloissa, ja vuodesta 1922 niitä tehtiin myös poliiklinisesti.

Menetelmään Pariisissa ja Wienissä paneutunut **Väinö Perkki** (ent. **Berg**) kertoi aloittaneensa poliklinisen ilmarintahoidon, koska hän halusi tarjota edes jotain mahdollisuuksia epätoivoisille potilaille, jotka olivat menettämässä uskonsa lääkärinapuun.



Ilmarintahoido eli typetys oli yleinen keuhkotuberkuloosin hoito 1900-luvun alkupuolella. Hoidon tarkoituksena oli laittaa sairas keuhko lepotilaan laskemalla keuhkopussiin ilmaa. Se oli käyttökelpoinen tapauksissa, joissa toinen keuhko oli terve.

Tuberkuloosin kirurginen hoito, kuten torakoplastia (rintakehän muovausleikkaus) levisi Suomessa hitaammin – vuonna 1930 niitä oli tehty vasta viitisenkymmentä.

KUOLLEISUUS LASKI MUISSA Pohjoismaissa

Nummellan parantolan ylilääkäri **Axel von Bonsdorff** vetosi Lääkäriliiton Aikakauslehdessä marraskuussa 1924 nuoriin lääkäreihin, jotta nämä suuntautuisivat tuberkuloosin hoitamiseen.

Finska Läkarssällskapetin kokouksessa oli vastikään todettu, että maan sairaanhoito-olosuhteet kertoivat maan yleisestä kulttuuritasosta, eikä Suomen tilanne

näyttänyt kehuttavalta. Suurin häpeäpilkku oli tuberkuloosi: muissa Pohjoismaissa systemaattinen taistelu tautia vastaan oli jo saanut kuolleisuusluvut laskuun. Maahan oli asetettu tuberkuloosikomitea, joka painotti, että taudin ehkäisyyn tarvitaan riittävästi rahoitusta sekä osaavia tuberkuloosilääkäreitä ja sosiaalihygieeniseen työhön koulutettuja sairaanhoitajattaria.

Kirjoituksensa lopuksi von Bonsdorff totesi, että tämän vihollisen hävittämisen saattoi tuntua mahdottomalta, mutta tiede oli todistanut toisin. Lääkärin velvollisuudentunnosta riippui, miten taistelussa tulisi käymään.

Vuonna 1927 vahvistettiin tuberkuloosiasetus. Sen myötä taudin ehkäisytölle saatiin lainsäädännöllinen perusta – siihen saakka taistelu kansantautia vastaan oli ollut yhdistysten ja yksittäisten aktiivien varassa.

OONA ILMOLAHTI

Verkossa www.laakariliitto.fi/satatarinaa



16 Erimielisyyksien aika: Lääkärit kielikiistoissa



17 Lääkärit sairausvakuutusta kaatamassa 1929

18

Lääkärinvalasta lakisääteisiin velvollisuuksiin

”Täten minä kunniani ja omantuntoni kautta vakuutan, että minä lääkärintointia harjoittaessani aina olen pitävä mielessäni tämän toimen korkeata tarkoitusta ja että minä tunnollisesti ja parhaan ymmärryksen mukaan olen täyttävä kaikki ne velvollisuudet, jotka minulle lääkärinä kuuluvat.”

Näin kuului lääkärinvakuutus, jonka suomalaiset lääketieteen lisensiaatit vuosina 1925–1978 vannoivat lääkintöhallituksen edessä laillistamisen yhteydessä.

Vakuutus korvasi aiemmin voimassa olleen lääkärinvalan, jonka juuret ulotuivat aina antiikin Hippokrateen valaan. Ruotsissa lääkärit olivat vannoneet lääkärinvalan Collegium Medicumin edessä. Tämä valaperinne jatkui myös Suomen suuriruhtinaskunnassa ja sittemmin itsenäisessä Suomessa.

Lääkärinvala oli symboli, joka korosti yliopistokoulutettujen lääkärien asemaa suhteessa muihin parantajaryhmiin. Keskeistä oli ammattikunnan oma valvonta, jonka rinnalle tuli vähitellen valtion säättely. Lakitasolla säädökset oikeudesta harjoittaa ammattia koottiin ensimmäisen kerran yhteen asetukseen vuonna 1890.

LAKI LÄÄKÄRINTOIMEN HARJOITTAMISESTA 1925

Laki lääkärintoimen harjoittamisesta vuodelta 1925 korvasi tämän asetuksen sekä erillisen asetuksen naisten oikeudesta harjoittaa lääkäriammattia vuodelta 1914. Muutos ei ollut suuri: lääkintöneuvosten edessä tuoreet lisensiaatit otettiin ammattikunnan jäseniksi, ja vannomalla vakuutuksen he sitoutuivat lääkärien eettiseen perintöön ja lakisääteisiin velvollisuuksiin.

Vuoden 1925 laissa määriteltiin, kenellä oli oikeus toimia lääkärinä Suomessa. Laillistaminen säilyi lääkintöhallituksen tehtävänä, jonka valvovaa roolia korosti mahdollisuus poistaa lääkäriä oikeudet tietyissä tapauksissa. Lääkärit olivat lääkintöhallituksen alaisia ja velvollisia noudattamaan sen määräyksiä.

Osa lain velvoitteista liittyi lääkärikunnan eettiseen perinteeseen. Lääkäri oli esimerkiksi velvollinen antamaan apua sitä pikaisesti tarvitsevalle ottamatta huomioon sitä, pystyikö potilas maksamaan hoidostaan.

Salassapitovelvollisuudesta taas säädettiin rikoslaissa. Itsenäisen Suomen ensivuosisikymmeninä vahvistettiin näin kehitystä, jossa lääkärikunnan aieman itsesäättelyn piiriin kuuluneista velvollisuuksista alettiin säätää lakitasolla.

SARI AALTO

19

Ensimmäinen naisprofessori Laimi Leidenius

Laimi Leidenius (s. 1877) valmistui lääketieteen lisensiaatiksi vuonna 1908. Pian hän väitteli tohtoriksi ja sai samana vuonna 1913 oikeuden toimia synnytysten ja naistentautien erikoislääkärinä. Leidenius työskenteli yksityissairaaoloissa, toimi apulaisopettajana sekä teki tutkimustyötä ja opintomatkoja.

Vuonna 1930 hänet nimitettiin Helsingin yliopiston synnytysten ja naistentautien professorin virkaan. Leidenius oli Suomen ensimmäinen varsinaiseksi professoriksi nimitetty nainen ja Pohjoismaiden ensimmäinen lääketieteen naisprofessori.

Opetus- ja lääkärintyönsä ohella Leidenius oli yhteiskunnallisesti aktiivinen. Kun Leidenius kuoli vuonna 1938, Medisiinari-lehden muistokirjoituksessa todettiin hänen persoonassaan yhdistyneen ”tieteenharjoittajan tyyni asiallisuus -- miellyttävään lämminsydämisyyteen ja vaatimattomuuteen”.

SARI AALTO

22

Lääkärit ennakkoluuloja vastaan – vuoden 1936 rokotuslaki



Laimi Leidenius vanhan kättilöopiston edustalla Tehtaankadulla 1920-luvulla, jolloin hän toimi klinikan apulaisopettajana. Vuonna 1934 valmistui Meilahteen uusi naistenklinikka, jonka suunnitteluun Leidenius professorina osallistui.

Verkossa www.laakariliitto.fi/satatarinaa

20 Ammattikunta valvoo
pätevyyttään



21 Maalaislääkärien
ammattitaidon
ylläpitämisen haasteet
ja ensimmäiset
jatkokurssit

Vaikka isorokko oli vuosisadassa saatu rokotusten avulla Suomesta melkein häviämään, eivät ennakkoluulot rokottamista kohtaan olleet 1900-luvun alussa hävinneet. Lääkärien mukaan etenkin Länsi- ja Lounais-Suomessa vastustettiin rokotuksia, ja koska laiminlyönnistä annetut sanktiot olivat mitättömiä, oli rokottamattomien määrä kasvanut. Vielä vuonna 1936 Kainuussa koettiin paikallinen isorokkoepidemia.

Vuoden 1937 alusta tulivat voimaan uusi rokotuslaki ja -asetus. Laki laillisti ihonsisäisen rokotustavan, joka mahdollisti joukkorokotukset. Aikaisemmin rokote oli istutettu ihohaavaan. Lain toivottiin saavan kansan lopulta tajuaamaan, ettei rokotus ollut välttämätön paha, vaan elintärkeä toimenpide isorokon tuhoja vastaan.

Kunnallisena rokottajana toimi nyt kättilön sijaan pääosin lääkäri. Liiton Aikakauslehdessä kirjoittanut **Arvo Ylppö** piti tätä tärkeänä, koska vain lääkäri saattoi arvioida kontraindikaatioiden mahdollisuuden. Näin vältettiin mahdollisista komplikaatioista syntyvät kohut, jotka antaisivat vettä ”rokotuksen vastustajain muutoinkin jo liian hyvällä rytinällä ja vauhdilla käyvään myllyyn”.

OOONA ILMOLAHTI



Vuoden 1936 rokotuslain jälkeen Suomessa siirryttiin ihonsisäiseen rokotustapaan.

23 Väestöpolitiikka ja lapsettomuus



24 Yliopiston sisäänpääsyrajoitukset tulivat ensin lääketieteeseen



25 Taistelu syöpää vastaan keskittyy: yhdistys, sädehoitolaitos ja radiumkanuuna

26 543210 – ja vastaanottojonot lyhenivät hetkeksi

29 WMA ja WHO 1946 – kansainvälinen yhteistyö tiivistyi sodan jälkeen

Käytäväkuva Lapinlahden mielisairaalaista. Eugeniin perustein tehdyillä steriloinneilla oletettiin pystyttävän estämään kansakunnan degeneroitumista ja sitä kautta myös rajoittamaan pitkäaikaishoidon kustannuksien kasvua.



27

Eugeniikalla kansa terveeksi ja sote-menot pieniksi? Steriloimislaki 1935

Darwinin luonnonvalintaa ja evoluutiota koskevien ajatuksien läpimurron jälkeen ryhdyttiin yleisesti miettimään niiden soveltamista yhteiskunnallisten ongelmien ratkaisemiseen. Ajatukset kansallisen perimän degeneraatiosta saivat paljon huomiota 1800-luvun loppuun ja 1900-luvun alun Euroopassa ja Yhdysvalloissa.

Perusajatuksena oli selittää yhteiskunnallisia ongelmia yksilöiden perinnöllisillä ominaisuuksilla, jolloin ratkaisu ongelmiin oli yksinkertainen: epätoivottuja ominaisuuksia omaavien yksilöiden suvunjatkuminen oli estettävä.

Ajatus itsessään ei ollut uusi. Esimerkiksi Pohjoismaissa oli jo 1600-luvulta saakka kielletty tiettyjä perinnölliseksi koettuja sairauksia ja vaivoja po-

tenteiden avioliitot. Nyt luonnontieteet tuntuivat tarjoavan entistä tehokkaampia keinoja: steriloinneilla voitaisiin estää epätoivottua perimää omaavien yksilöiden lisääntymisen.

Näin voitaisiin vähentää tulevaisuuden laitoshoitotarvetta

ja samalla monia laitoshoidossa olleita voitaisiin päästää takaisin siviiliin.

LAITTOMIA KOKEILUJA

Suomalaisessa lääkärikunnassa rotuhygienia- ja sterilointikysymykset kiinnostivat lähinnä erilaisten huolto- ja rangaistuslaitoksien lääkäreitä. Ensimmäiset aloitteet kaatuivat lääkärikokouksissa kannatuksen puutteeseen, jolloin sterilointeja ryhdyttiin laittomasti kokeilemaan eräissä hoitolaitoksissa.

Vastaavia kokeita tehtiin muuallakin Euroopassa, ja vähitellen eri maissa säädettiin aborttia ja sterilointeja koskevia lakeja, joissa oli huomioitu uusien rotuhygieenisten oppien mukaiset tavoitteet. Synkimpiä pykälä lakeihin kirjattiin Saksassa.

Lopulta vuonna 1935 eduskunta hyväksyi lähes yksimielisesti uuden steriloinnislain, joka sisälsi määräykset vapaaehtoisesta ja pakollisesta steriloinnista ja kastroimisesta. Toimenpiteiden indikaatioiden tuli olla joko eugenisosiaalisia tai lääketieteellisiä.

Laki pakkosteriloinneista oli voimassa vuoteen 1970 saakka. Pakkosterilointimääräys annettiin kaikkiaan yli 4 000 suomalaiselle.

SAMU NYSTRÖM

"Elettiin sotavuotta 1943. Olin saanut määräyksen ilmoittautua Varsinais-Suomessa sijaitsevan sotasairaalan päälikkölääkärille. ... Kun marssimme sisään, professori katsoi meitä kerran, tarttui molemmin käsin päähänsä, käveli edestakaisin ja parahti epätoivoisena: Herrajumala, minä olen pyytännyt tänne lääkäreitä, ja minulle lähetetään kaksi lasta!"

Kertoja, 23-vuotias nainen, päätyi professorin oven taakse ainoana koulutuksenaan sisämedisiinan propedeuttinen kurssi ja kirurgian ensimmäinen kurssi. Niiden avulla piti ryhtyä toimimaan sotasairaalan kirurgina.

Esimerkki kertoo sodan tilanteesta. Kaikki lääkärivoimat oli valjastettava käyttöön, jotta maassa saatiin pyöritettyä sotilaiden ja haavoittuneiden, sotavankien, invalidien sekä siirtoväestön ja muiden siviilien hoito.

Pula-aika heikensi vastustuskykyä, taudit liikkuivat, hygieniolot olivat puutteelliset, ja lääkärien tehtävänä oli kaiken tuhon keskellä "pelastaa mitä pelastettavissa on", kuten Lääkäriliiton puheenjohtaja **William Kerppola** sodan jälkeen totesi.

Sodan jälkeen oli järjestettävä sotainvalidien huolto. Maa oli täynnä miehiä, joilla oli amputoituja raajoja, selkädinvammoja, traumatisoituneita mieliä

ja lääkeriippuvuuksia. Sukupuolitaudit olivat sodan jälkeen lisääntyneet, samoin tuberkuloosi, kun moni parantola oli otettu sotilaskäyttöön tai jäänyt rajan taakse.

Sota siis vei lääkärin työkenttää aimoannoksen taaksepäin. Onneksi lääketie-

teen käsityöläisille oli luvassa myös helpotusta. Käyttöön alkoi tulla uusia lääkkeitä, joiden terapeuttiset vaikutukset tuntuivat suorastaan yliluonnollisilta.

OONA ILMOLAHTI



Kuva: F. Frenling / Museovirasto

Lääkäri tutkii jatkosodan aikana maaseudulle turvaan siirrettäviä lapsia. Sota toi naislääkäreille myös uusia mahdollisuuksia mieslääkärien ollessa pääosin kiinni rintamalla.



Ensimmäinen uusi keskus-sairaala valmistui Joensuuhun 1953. Pohjois-Karjalan keskussairaala oli 12-kerroksinen näkyvä lupaus tulevasta: Suomessa oltiin siirtymässä "sairaalahiltonien" aikaan.

Helsingin yliopiston usso

30 "Hiltonien" synty – keskussairaalaraki 1943

Sairaalakysymys herätti suuria tunteita juuri itsenäistyneessä tasavallassa. Sairaaloita ja sairaalapaikkoja oli eurooppalaisittain hävettävän vähän, eivätkä olemassa olleet sairaalat vastanneet ajan vaatimuksia.

Vallitsevasta asiantilasta vallitsi suuri yksimielisyys – sairaalajärjestelmä vaati si pikaista uudistamista ja suuren mittaluokan ratkaisuja.

Tähän yksimielisyys sitten loppuikin. Eduskunnassa, kunnanvaltuustoissa, lääkintöhallituksessa ja lääkärin järjestöissä kiivailtiin vuodesta ja vuosikymmenestä toiseen siitä, minkälaisia sai-

raaloita, minne ja kenen rahoilla maahan pitäisi rakentaa. Valtio ja kunnat pallottelivat kustannusvastuuta, ja samalla alueet kilpailivat mahdollisista uusista sairaaloista.

Lääkärinkunta jakautui kahteen leiriin. Sairaallalääkärit kannattivat suuria keskussairaaloita ja kunnanlääkärit pieniä paikallisia sairaaloita.

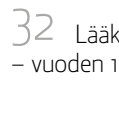
Pitkien kiistojen jälkeen keskussairaalaraki hyväksyttiin eduskunnassa 20.4.1943. Lain mukaisen keskussairaalaverkoston valmistumiseen meni vielä vuosikymmeniä.

SAMU NYSTRÖM

Verkossa www.laakariliitto.fi/satatarinaa



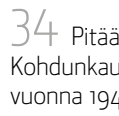
31 Toinen tiedekunta
Turkuun 1943



32 Lääkärinkoulutus modernisoidaan
– vuoden 1945 uudistukset



33 Nuorten Lääkärin
Yhdistyksestä tiukka
edunvalvoja



34 Pitääkö terveitä tutkia?
Kohdunkaulansyövän joukkotutkimus
vuonna 1946

35 Ensimmäinen penisilliiniruiske käynnisti uuden aikakauden

Helsingin Sisätautiklinikalla annettiin vuonna 1945 arvovaltaisen yleisön läsnä olleessa maan ensimmäinen penisilliinipistos. Ihmeaineen oli muistitiedon mukaan lahjoittanut Lääkintöhallitukselle penisilliinitutkija **Howard Florey**, joka Duodecimin kutsusta oli vierailut Suomessa.

Toisen maailmansodan jälkeen lääkärin työn ydin alkoi muuttua suorastaan järjestyttävällä tavalla. Lääkäri oli tottunut työssään keskittymään oireiden lievittämiseen ja joutunut usein toteamaan parantamiskeinojensa rajallisuuden potilaiden, usein lasten, menehtyessä esimerkiksi aivokalvontulehdukseen, kurkkumätään, tulirokkoon ja laitosinfektioihin.

Muutoksen keskeisimpiä tekijöitä olivat antibiootit sekä uudet rokotteet. Calmette-rokotukset aloitettiin vuonna 1941 ja kurkkumätärokotukset vuonna 1943 – seuraavalla vuosikymmenellä vuorossa olivat hinkuyskä, tetanus, polio ja sikotauti.

Penisilliini tuli lääkärin vapaaseen käyttöön 1950-luvun alussa. Siihen

saakka Yhdysvalloista tuotavaa ainetta oli käytetty lähinnä sairaaloissa. 1950-luvun puolivälissä penisilliiniruiskeen rinnalle saatiin tabletit.

TERAPEUTTINEN VALLANKUMOUS

Ensimmäinen lasten tuberkuloositapaus hoidettiin Lastenkliniikalla streptomysiinillä alkukesästä 1947. Lääkettä saatiin Suomeen Unicefin avustuksella. Unicefiltä saatiin myös muun muassa penisilliiniä synnynnäistä syfilistä sairastavien äitien ja lasten hoitoon.

Lääkärit pääsivät uusien lääkkeiden myötä todemmin kuin koskaan palvelemaan elämää: pelastamaan ihmishenkiä.

Jo vuoden 1949 jatkokoulutuspäivillä sisätautilääkäri **Niilo Saksela** kuitenkin varoitti lääkäreitä terapeuttisen vallankumouksen vaaroista kuten resistenssi-ongelmista. Saksela korosti, että sulfonamidi- tai antibioottihoidon sai aloittaa vain selvin indikaatioin.

– Niiden määrääminen kaikkiin lieviin ”kylmetymisiin” ja ”influenssoihin” on täysin tuomittavaa, hän totesi.

Saksela korosti, ettei lääkärin tehtävä ollut vain hyödyntää lääkkeitä työssään, vaan myös tehdä voitavansa niiden väärinkäytön ehkäisemiseksi.

OONA ILMOLAHTI



Terapeuttinen vallankumous muutti lääkärin oireiden lievittäjästä parantajaksi. Kuolemaan johtavat infektioaudit vaikuttivat hetken jopa voitetuilta – tämä optimistinen ajatus osoitettiin valitettavasti melko pian vääräksi.

36 Kunnanlääkäripalveluja
kaikille – laki yleisestä
lääkärinhoidosta 1939/1943

37 Lääkärien jatkokoulutuspäivät
säännöllistyivät



38 Vaalitaistoa
Lääkäriliitossa



39 Lääkäriliiton
ensimmäinen
toiminnanjohtaja

40 Lääkärikunnan eettinen
kipupiste – aborttilaki 1950

41

Etiikka lääkäreiden arvostuksen perustana

”Lääkäri palvelkoon kanssaihmissiään ihmisrakkauden käskyjen mukaisesti ja osoittakoon käyttäytymisessään ja toiminnassaan olevansa tehtävänsä edellyttämän luottamuksen ja kunnioituksen arvoinen.” (Lääkärin eettiset ohjeet 1956)

Suomessa lääkärikunnan sodanjälkeisen aatteellisen uudelleenarvioinnin murrosvuosi oli 1956. Silloin Lääkäriliitto hyväksyi ”Lääkärin eettiset ohjeet” ja kollegiaalisuuden periaatteita käsiteltiin runsaasti.

Lisäksi ilmestyi ensimmäinen aihetta käsittelevä kirja lähes 50 vuoteen, professori **A. J. Palménin** Lääkärin etiikka. Tähän eettiseen käänteeseen vaikutti sekä kansainvälisiä että kotimaisia tekijöitä.

Toisen maailmansodan kokemukset, etenkin saksalaisten lääkäreiden toiminta, olivat johtaneet lääkärin etiikan uudelleenarviointiin kansainvälisesti. Huomio siirtyi kollegiaalisuudesta potilaan asemaan ja oikeuksiin.

Maailman Lääkäriliitto WMA hyväksyi vuonna 1948 Geneven julistuksen eli lääkärin valan ja seuraavana vuonna

Lääkärin etiikan säännöskokoelman. Suomeksi nämä tekstit käännettiin juuri vuonna 1956.

POTILAS KESKIÖSSÄ

Suomessa eettiseen uudelleenarviointiin sysäsivät kokemukset lääkärikunnan julkisuuskuvan huonontumisesta, kollegiaalisuussääntöjen rikkomukset ja ammattikunnan kasvu.

Sodan jälkeisenä aikana Lääkäriliiton toiminta oli painottunut taloudelliseen edunvalvontaan, ”materialismiin”. Sen vastavoimana – ja osittain myös oikeutajana – oli tärkeää korostaa etiikkaa ja kutsumuksen merkitystä, ”aatteellisuutta”. Yhteinen käsitys etiikasta ja toimintatavat loivat yhteisöllisyyttä ja ulospäin kuvaa yhtenäisestä lääkärikunnasta.

Ohjeisiin koottiin ammattikunnan ”jo vuosituhansien aikana tunnustamia eettillisiä velvoituksia”. Niissä käsiteltiin lääkärin suhdetta potilaisiin ja toimintaa hoitotilanteissa. Ylin tavoite oli terveyden säilyttäminen ja saavuttaminen.

Tärkeintä oli potilaiden luottamus ja lääkärin ammattitaidon jatkuva kartuttaminen. Kansainvälisten esimerkkien mukaisesti lääkärin rooli määrittyi potilastyöstä käsin ja esille nousivat myös potilaan oikeudet.

SARI AALTO



42 Lääkäriliiton
ensimmäinen
taidehankinta:
Kuppari Kaisa

Kansainvälinen
lääkärien eettinen
koodisto hyväksyt-
tiin Maailman
lääkäriliiton
kokouksessa
vuonna 1949.



Tähän taloon Aleksis Kiven kadun ja Harjukadun kulmaan Helsingin Sörnäisissä – lähes näköetäisyydellä nykyisestä Lääkäriliiton toimitalosta – muodostettiin maan ensimmäinen lääkärin yhteisvastaanotto vuonna 1958. Samana vuonna taloon avattiin myös upouusi Elannon myymälä.

43 Perhelääkärin kuolema? Pelottavat yhteisvastaanotot

Vuonna 1958 Helsingissä toteutettiin ennen näkemätön uudistus. Kaksitoista kaupungin aluelääkärä siirtyivät toimimaan saman katon alle, kun Helsingin Sörnäisiin, Harjukatu seitsemään, muodostettiin kokeiluluontoinen yhteisvastaanotto. Tämä sai Helsingin yksityispraktikoissa aikaan vastalauseiden myrskyn ja näyttävän protestikokouksen.

Uuden toimintamuodon pelättiin tuhoavan ”perinteisen” perhelääkäri-instituution ja aiheuttavan haittaa potilaslääkäri-suhteelle. Yksityispraktikot peläsivät myös perinteisen toimintamuodon

tonsa puolesta ja kokivat uuden ”poliklinikan” epärealistiseksi kilpailuna. Lopulta Lääkäriliitossa todettiin, ettei kyse ollut poliklinikasta, vaan ryhmävastaanotosta. Tästä huolimatta uusi vastaanottomuoto herätti suuria epäluuloja.

YHTEISET LAITTEET HELPOTTIVAT TYÖTÄ

Seuraavalla vuosikymmenellä yhteisvastaanotot alkoivat vähitellen yleistyä. Monet joutuivat myöntämään, että toiminnan keskittämistä oli myös apua; yhteiset laitteet, työvälineet, vastaanottoapulaiset, toimistotilat ja konsultointi-

mahdollisuudet helpottivat jokapäiväistä työtä.

Uusi vastaanottomuoto mahdollisti praktikoinnin myös nuorille lääkäreille, jotka eivät aikaisemmin olleet uskaltaneet omin päin aloittaa praktiikkaa sairaalatyön ohella.

Myös kunnanlääkäriyhdistys taipui vuonna 1968, kymmenen vuotta Harjukadun vastaanoton perustamisen jälkeen, kannattamaan yhteisiä terveydenhuoltokeskuksia. Tällöin yhteisvastaanottoja oli jo perustettu useita kymmeniä ympäri maata. Lopulta aluksi radikaaleilta tuntuneet ryhmävastaanotot muodostuivat terveydenhuollon perustointimuodoksi.

OONA ILMOLAHTI

44

Voiko mieltä lääkittää? Psykykenlääkkeet ja mielisairaanhoidon mullistus

1950-lukua on kutsuttu mullistavaksi mielisairaanhoidon osalta, koska käyttöön alkoi tulla erilaisia lääkevalmisteita, tärkeimpänä psykoosilääke klooripromatsiini ja erilaiset rauhoittavat lääkkeet.

Laitoshoidossa olevien potilaiden kannalta merkittävää oli lobotomian ja insuliinishokkihoidon käytön jääminen vähitellen uusien lääkkeiden myötä pois – tämä tapahtui kuitenkin viiveellä ja vaikutti vasta 1960-luvulla, jolloin lobotomian käyttö Suomessa väheni huomattavasti.

Saman vuosikymmenen alussa tulivat käyttöön myös antidepressiiviset psykostimulantit, joita alkoi tulla markkinoille valmiste toisensa jälkeen. Nyt voitiin ensi kerran lääkittää masennusta, mutta uusien lääkkeiden tulva sai monen lääkärin ymmälleen ja haittavaikutukset olivat huomattavia.

EI ONNENPILLEREIKSI

Lääkärilehdessä asia oli esillä yllättävän vähän – ehkä siksi,

Mielisairaanhoitoon vaikuttavat mullistavasti 1950- ja 1960-luvun taitteessa uudet sekä vakaviin että lievempiin mielenterveyden häiriöihin tarkoitetut lääkkeet.



Kuva Helsingin yliopistomuseo

että kyse oli yksittäisen erikoisalan kysymyksestä. Psykyken sairauksista kirjoitettiin 1950-luvulla lähinnä siinä mielessä, että ne olivat ”hermostuneen ajan” vuoksi yleistymässä – syy löytyy todennäköisesti ainakin osittain diagnostiikan muutoksista.

Psykiatri **Sakari Turunen** kirjoitti vuonna 1960, että uusista lääkkeistä huolimatta ”sähkösockkikoje tulee vielä kauan kuulumaan psykiatrin työvälineisiin”, eivätkä lääkkeet koskaan voi korvata psykoterapiaa. Seuraavana vuonna neurologi **Erkki Kivalo** totesi Lääkärilehdessä, että vaikka hoitomahdollisuudet olivat uusien lääkkeiden myötä parantuneet, ei psykykenlääkkeitä saisi käyttää onnenpillereinä, joilla kuitattiin kaikki jokapäiväiset huolet.

1970-luvun taitteeseen tultaessa nostettiin Lääkärilehdessä esille diatsepaamien runsas käyttö potilas-lääkärisuhteen oikotienä. Lääkäri hoiti vain orgaanisen vian ja antoi lääkkeen huolehtia terapiasta. Keskustelu psykykenlääkkeiden hyödyistä ja haitoista sekä indikaatioista oli puoli vuosisataa sitten pitkälti samankaltaista kuin 2010-luvulla.

OONA ILMOLAHTI

Verkossa www.laakariliitto.fi/satatarinaa



45 Erikoistuminen
yleistyy



46 Ennen käytettiin aivoja, nyt antibiootteja – villi 1950-luku ja lääkekaupan valvonnan tarve



47 Lääkäreitä tarvitaan – tiedekunta Ouluun

48 Medisiinaritäreys 1963 –tempaus kansanterveyden hyväksi

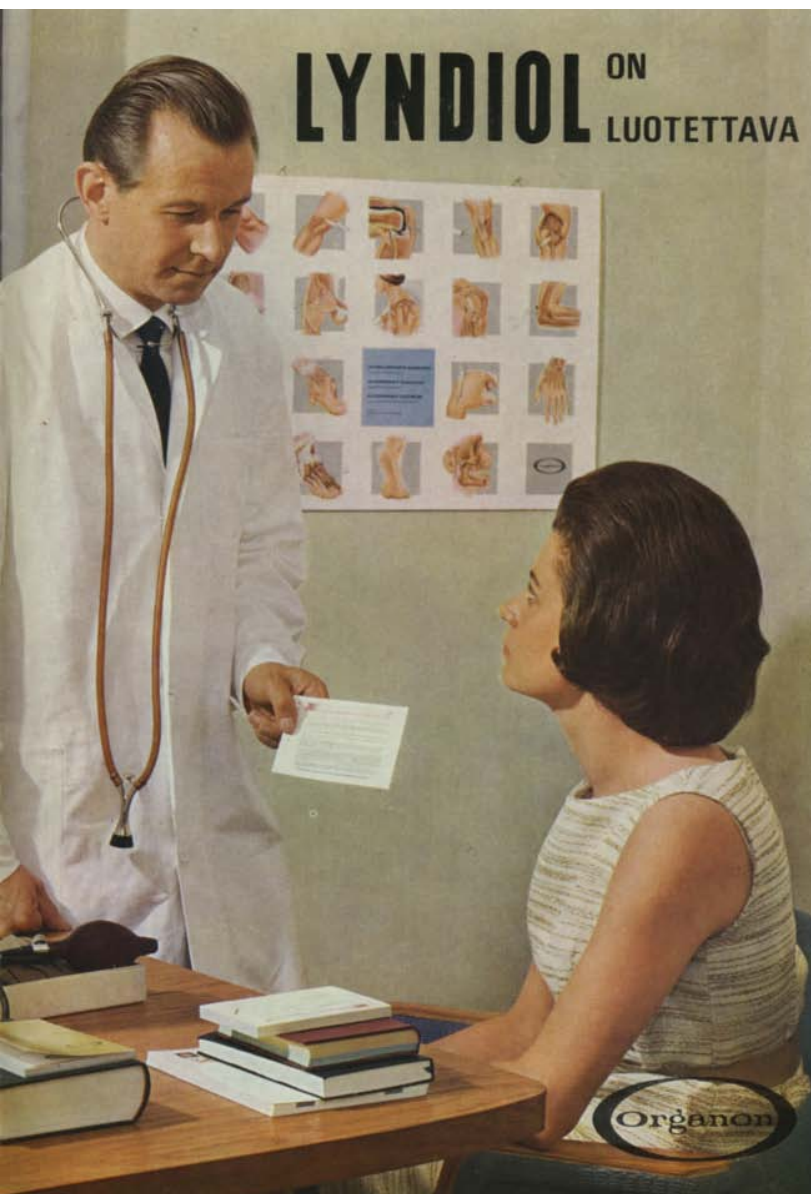


49 ”Neljäs tiedekunta” – lääkärioppia ulkomailta

50 Sairaalaalääkärin palkkataistelu 1961

51 Sydänkirurgian ja tehohoidon kehitys 1960-luvulla

52 Lääkärikunnan sosialisova pinnarilaki vai tarpeellinen uudistus – sairausvakuutuslaki 1963



53 E-pilleri – vapautta ja sivuvaikutuksia

1960-luku ”vapautti” naiset, eikä vähiten ehkäisy pillerin vuoksi. Samalla menetelmä kuitenkin sitoi heidät hormonaaliseen raskaudenehkäisyyn sivuoireineen.

Ensimmäiset ehkäisy pillerit tulivat Suomen markkinoille vuonna 1962. Lääkärin suhtautuminen oli kaksijakoista. Toisaalta menetelmä helpotti lääkäreitä piinannutta aborttikysymystä, toisaalta ensimmäiset pillerit aiheuttivat runsaasti sivuvaikutuksia, ja voimakkaiden hormonien kirjoittaminen terveille ihmisille tuntui vaikealta. Jotkut myös epäroivät niiden myöntämistä naimattomille naisille.

Lääkärit ajautuivat e-pillereiden puolustajiksi osin lehdistön skandaalinhakuisten kirjoitusten vuoksi. Ammattikuntaa ärsytti se, että monet jättivät tehokkaan ehkäisykeinoon pelottelun vuoksi käyttämättä.

Myös vuonna 1970 voimaan tullut liberaali aborttilaki asettui tietyllä tavalla pillereiden kilpailijaksi. Tämä sai lääkärit kehottamaan mieluummin pillereiden kuin abortin käyttämiseen.

OONA ILMOLAHTI

Ehkäisy pillerimainos Lääkärilehdessä vuonna 1964.

Verkossa www.laakariliitto.fi/satatarinaa



54 Seksuaalikevät 1965 ja Medisiinari-lehti

55 Dialyysihoito ja munuaisensiirrot

56

Ragnar Granit – lääkärinobelisti

Vuonna 1967 lääketieteen Nobel-palkinto myönnettiin näön fysiologiaa koskevista tutkimuksista kolmelle henkilölle, joista yksi oli suomalais-ruotsalainen **Ragnar Granit** (1900–1991).

Granit oli syntynyt Korppoossa ja opiskellut lääketiedettä Helsingin yliopistossa. Vuosina 1937–1940 hän toimi yliopiston ruotsinkielisenä fysiologian professorina.

Sodan aikana kansainvälinen yliopistotutkija Granit siirtyi kuitenkin Tukholmaan. Vuodet 1945–1967 hän toimi Karoliinisen instituutin fysiologian professorina.

Granitista tuli Ruotsin kansalainen; tuolloin kaksoiskansalaisuudet eivät olleet mahdollisia.

Merkittävä osa Granitin Nobel-palkintoon johtaneista tutkimuksista sai kuitenkin alkunsa 1930-luvulla Helsingin ja Oxfordin yliopistoissa. Sitten vuonna 1985 Granit sai Suomessa akateemikon arvonimen, ja hänet on haudattu Korppooseen.

SARI AALTO



Professori Ragnar Granit ottaa vastaan Nobel-palkinnon Ruotsin kuningas Kustaa Adolfilta.

Verkossa www.laakariliitto.fi/satatarinaa

57 Publish or perish?
Ensimmäiset Lääketieteen päivät 1967



58 Sydänambulanssi
toi lääkärit kaduille ja
koteihin

59 Miten lääkärin tulee kohdella
potilasta?

60

Taistelu opintouudistuksesta

1970-luvulla toteutettiin lääketieteen koulutuksen modernisoimiseksi laaja opintouudistus. Taustalla oli lääketieteen nopea kehitys, opetuksen liiallinen sairaala- ja erikoisalapainotteisuus sekä pyrkimykset yhdenmukaistaa lääkärikoulutusta Pohjoismaissa.

Uudistukseen vaikuttivat myös opetusministeriön yliopistoille asettamat suunnittelu- ja modernisointivaatimukset sekä pyrkimys lyhentää opintoaikoja.

Valtakunnallinen, professori **Niilo Hallmanin** johtama LOT-toimikunta jatkoi Helsingin tiedekunnan aloittamaa uudistusta. Tavoitteeksi asetettiin suunnitelmallinen ja koordinoitu koulutus, joka lähtisi yhteiskunnan terveyspoliittisista tarpeista.

Mietinnössä vuodelta 1971 esitettiin, että kaikki lääkärit erikoistuisivat. Peruskoulutuksen jälkeen lääkäri pystyisi toimimaan vain apulaislääkärinä. Täydet oikeudet saisi erikoistumisen jälkeen.

Malli ei lopulta vuosien väännön jälkeen toteutunut, kun pakollisesta erikoistumisesta piti kustannussyistä luopua.

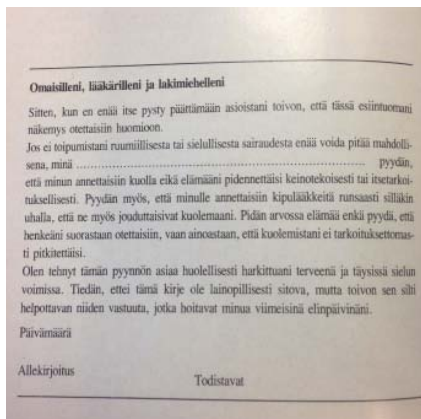
61 Vallankumous
perusterveydenhuollossa
– kansanterveyslaki 1972

62 Terveyttä kaikille!

63 Ensimmäiset yleislääketieteen
erikoislääkärit



64 Kuopio ja
Tampere – koulutusta
lisätään jälleen



Lääkärilehdessä julkaistiin vuonna 1975 Rauno Heikinheimon luonnosteleva hoitotahtolomake, joka oli Suomessa tiettävästi ensimmäinen laatuaan. Sen esikuvana oli World Medical Journalissa esitelty ”A Living Will” -testamentti-kaava.

65

Testamentti viimeisiä elinpäiviä varten – ensimmäinen hoitotahtolomake 1975

Tehohoidon kehittyminen mutkisti lääkärin suhdetta kuolemaan. Aihe puhutti ammattikuntaa myös 1970-luvulla, jolloin potilaan oikeudet alkoivat nousta laajamittaisemmin esille.

Eräs keskustelun moottoreista oli lääkäri **Irma Kerppola-Sirolan** vuonna 1974 julkaisema teksti isänsä, professori **William Kerppolan** kuolemasta. Kirjoituksen viesti oli, että ainoastaan hoitavan lääkärin arvostama kollega sai kuolla ilman nesteitä, antibiootteja ja tehohoitoa.

Ajatus elämän varjelemisesta viimeiseen saakka oli iskostettu syvälle lääkärin ammatti-identiteettiin, mutta tästä huolimatta monet kokivat, että keskittyminen kuoleman kanssa taisteluun ei aina vastannut potilaan parasta.

Vaikka asialla oli epäilyjänsä, ryhdyttiin potilaan oikeuksien toteutumista pohtimaan myös potilaan laatiman ”eutanasiatestamentin” pohjalta. Tamperelainen vanhuksia hoitanut ylilääkäri **Rauno Heikinheimo** julkaisi vuonna 1975 Lääkärilehdessä ensimmäisen hoitotestamenttiluonnoksen, joka pohjautui World Medical Journalissa julkaistun esikuvaan.

Lääkintöhallitus antoi vuonna 1982 terminaalihoito-ohjeen, jonka mukaan

elintoimintoja ei tulisi pitkittää ainoastaan tarjolla olevien hoitomahdollisuuksien vuoksi.

OONA ILMOLAHTI



66 Noninvasiivisen
diagnoosiikan läpimurto
ja tietokonetomografian
hidas tie Suomeen



67 Laki lääkärin toimen
harjoittamisesta
uudistetaan – yli 50
vuoden jälkeen

68 Ydinsodan pelko ja lääkärin
sosiaalinen rooli

69 Luonnonmukaisuuden ihanne
– vaihtoehtohoidot ja lääketiede

70 Ensimmäiset ”koeputkilapset” ja
lääketieteen etiikka

71 AIDS, auttajat ja ahdistus

"Se on erittäin raskasta se hoitaminen, sen katsominen, sen näkeminen kuinka toinen heikkenee ja vähitellen hän kerta kaikkiaan hiipuu pois, kuihtuu käsiin ilman että ... voit tehdä hänelle mitään todella ... parantavaa."

Sirkka-Liisa Valle Lauantaisauna-ohjelmassa 12.10.1985

Kesän suurin lehtiutinen oli vuonna 1983 Suomessa pelottava: kotimaassa oli diagnosoitu ensimmäinen AIDS-tapaus. Uudesta kuolemaan johtavasta taudista ei tiedetty vielä juuri mitään. Viruksen löytäminen seuraavana vuonna paljasti AIDSin olevan virusinfektion loppuvaihe, ja ensimmäiset suomalaiset vasta-ainetestit tehtiin Auroran sairaalassa syksyllä 1984.

Lääkärilehden alkuvuodesta 1987 ilmestyneessä HIV-teemanumerossa kerrottiin, että vuoden 1986 loppuun mennessä vasta-aineita oli löytynyt 135 suomalaisen verestä.

Aika oli raskasta etenkin homoseksuaalisille miehille, "kansa" oli kauhuissaan ja hoitohenkilökunta uupui. Pelot ja ennakkoluulot jylläsivät. Vaadittiin pakkotestauksia, eristämistä, pelättiin massiivista epidemiaa. Kun



Tuomiokirkon portaille sytytettiin AIDS-päivänä joulukuussa 1996 kynttilöitä tautiin menehtyneiden muistoksi. Tuolloin kahdeksatta kertaa vietetyn kansainvälisen teemapäivän oli lanseerannut Maailman terveysjärjestö WHO.

tautia alkoi myös Suomessa löytyä heteroseksuaaleilta, huolestuivat myös ne, jotka olivat pitäneet tautia vain "vähemmistön ongelmana".

ALUKSI SUOJAUTUMISTA LIIOITELTIIN
AIDS ja muut 1980-luvun uudet tartuntataudit ja tartuntatautiepidemiat palauttivat parantamaan tottuneet lääkärit takaisin todellisuuteen, jossa oli kestettävä se, että potilasta oli hoidettava ilman tietoa ja parannuskeinoa.

Myös oma tartuntariski oli jälleen hyväksyttävä. Aluksi suojautumista liioi-

teltiin, ja potilaan ja lääkärin välissä oli aina vähintään kumihansikas.

Ensimmäisen diagnoosin tehnyt ihon- ja sukupuolitautilien erikoislääkäri **Sirkka-Liisa Valle** henkilöityi pian "AIDS-lääkäriksi", jonka tehtävänä oli tiedottaa ja valistaa. Myös Lääkintöhallituksen vuonna 1985 asettama työryhmä pyrki korostamaan stigman poistamista, ja AIDS-tukikeskuksen perustaminen 1986 tarjosi anonyymiteetin testattaville sekä tukea ja apua diagnoosin saaneille.

OONA ILMOLAHTI

72 Suomen ensimmäinen sydämensiirto

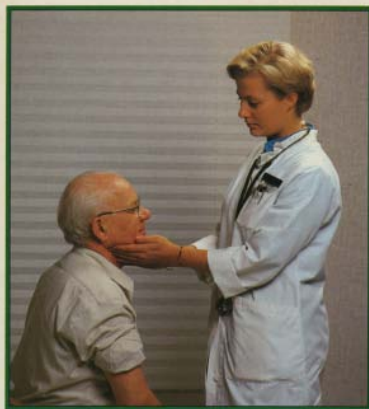
73 Lääkärikunnan tulevaisuus naisvoittoinen

74 Keskussairaalaprojektin viimeinen lenkki valmistui 1988



75 Irti masennusvuosien kuristusotteesta – lääkärilakko 1984

Yhdessä terveyden puolesta



Potilas-lääkärisuhde perustuu lääketieteelliseen osaamiseen, keskinäiseen luottamukseen, hoidon jatkuvuuteen ja ihmisläheisyyteen.

SUOMEN LÄÄKÄRILIITTO FINLANDS LÄKARFORBUND

76

Virhe vai vahinko? Lakisääteinen potilasvakuutus 1987

Potilaan vahingoittamisen mahdollisuus on jokaisen lääkärin keskeinen pelko. Ennen 1940-lukua ei – tuolloin taitovirheiksi kutsutuista – hoitovirheistä juuri puhuttu, mutta toisen maailmansodan jälkeen asia aktualisoitui, ja vähitellen myös lehdistö alkoi uutisoida skandaalijuttuja aihepiiristä.

Myös Lääkäriliitto aktivoitui asiassa, ja vakuutusyhtiöiden kanssa tehty sopimus toi liiton jäsenille mahdollisuuden ottaa vahinkovakuutus syyskuusta 1946 lähtien.

Vuoden 1974 vahingonkorvauslaki toi järjestelmään niin sanotun isännän-vastuuperiaatteen. 1970-luvun lopulla (1978) vastuu- ja oikeusturvavakuutuksesta tuli Lääkäriliiton jäsenetu, ja siihen liitettiin vuoden 1984 alusta myös potilasvakuutus, joka kuitenkin koski ainoastaan yksityispraktiikassa aiheutuneita vahinkoja.

Helmikuussa 1984 sosiaali- ja terveysministeriön yhteyteen perustetulta poti-

lasvahinkolautakunnalta saattoi pyytää lausuntoa henkilövahingon korvattavuudesta.

Kansainvälisesti edistysellinen potilasvahinkolaki tuli Suomessa voimaan vuonna 1987. Sen ansiosta korvauksen saattoi saada myös ilman tuottamuksellisen virheen tai laiminlyönnin osoittamista, ja potilas haki korvausta suoraan vakuutusyhtiöltä, ei enää oikeusteitse vahingonkorvausoikeudesta.

Lääkäriliiton valtuuskunta oli jo vuonna 1978 hyväksynyt periaatteellisella tasolla ortopedi **Tapio Tervon** aloitteen korvattavuudesta myös hoitokomplikaatioista, joihin ei liittynyt tuottamuksellisuutta. Tervo oli myös mukana valmistelemassa potilasvahinkolakia.

OONA ILMOLAHTI

77 Terveyskeskuslääkäri – liukuhihnatyöläinen, perhelääkäri vai omalääkäri?

78 Kaikki valta keskusvirastoilta! Lääkintöhallitus lakkautettiin

79

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Kansainvälisesti ainutlaatuinen laki potilaan asemasta ja oikeuksista tuli Suomessa voimaan 1.3.1993 vahvistaen potilaan roolin potilas-lääkärisuhteen subjektina. Sen mukaan potilaalla oli oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä hoitoon pääsyyn. Jokaiseen



Sadassa vuodessa potilas on muuttunut hoito-toimenpiteiden kohteesta hoitosuhteen osapuoleksi. Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehdessä julkaistussa mainoksessa sairaalahenkilökunta keskustelee potilaan ohi. Vuonna 1992 hyväksytyssä laissa potilaan asemasta ja oikeuksista oleellista olivat potilaan itsemääräämisoikeus ja hänen oikeutensa sairautta ja hoitoa koskevaan tietoon.

terveydenhuoltoyksikköön oli nimitettävä potilasasiainmies. Laissa säädettiin myös potilaan tiedonsaanti- ja itsemääräämisoikeudesta.

Mitään sisällöllisesti uutta ja mullistavaa potilaslaki ei pitänyt sisällään, vaan valtaosa siihen kirjatuihin seikoista oli jo pitkälti käytännön tasolla hyväksyttyjä periaatteita. Mullistavaa asiassa oli se, että potilas-lääkärisuhteen etiikkaan liittyvät periaatteet kirjattiin auki lainsäädännön tasolla.

Maailman lääkäriliitto (WMA) oli jo vuonna 1981 hyväksynyt ”Potilaan oikeuksien julistuksen”, jossa aihetta lähestyttiin vielä pitkälti lääkärin työn etiikan näkökulmasta. Sopimusta päivitettiin Balilla vuonna 1995, jolloin suomalaiset lääkärit toivat siihen maan tuoreeseen potilaslakiin liittyviä näkökohtia.

HOIDON OBJEKTISTA HOITOSUHTEN SUBJEKTIKSI

Laki potilaan oikeuksista oli seurausta yhteiskunnan muuttumisesta. Potilas-suhde oli pitkään paternalistinen lääkäri-potilassuhde. Tie hierarkkisesta sääty-yhteiskunnasta yksilöä korostavaan oikeusyhteiskuntaan muutti vähä vähältä auttajan ja autettavan välistä suhdetta tasa-arvoisemmaksi – ja samalla myös monimutkaisemmaksi.

Lääkäriliitto alkoi 1970-luvulla kerätä tietoa potilaiden tyytyväisyydestä lääkärisuhteeseensa. Vastauksissa näkyi yhteiskunnan muutos. Vanhemmat ikäluokat kertoivat yleensä olevansa tyytyväisiä, nuoremmat eivät aina niinkään. Moni mielsi lääkärit kommunikointikyvyttömiksi reseptinkirjoitusautoma-

teiksi, jotka kohtelivat potilasta ainoastaan hoidon objektina.

Tiedon määrän lisääntyessä ja lääketieteen kehittyessä potilaiden odotukset olivat kasvaneet, eikä heidän ollut enää helppoa hyväksyä, jos välitöntä parantavaa hoitoa tai helpotusta ei ollutkaan tarjolla.

YHTEISYMMÄRRYKSEN TASO JA ARJEN REALITEETIT

Potilaslain eräs keskeinen potilaan subjektiviteettiä korostava piirre on potilaan oikeus päättää hoidostaan – ja myös kieltäytyä siitä. Tämä edellyttää riittävää tietoa omasta sairaudesta. Myös tämä huomioitiin laissa. Lääkärin tuli antaa tieto siinä muodossa, että potilaalla on mahdollisuus se ymmärtää.

Ihmisten välisessä kommunikaatiossa ymmärretyksi tuleminen on kuitenkin usein haastavaa, ja sekä lääkäri että potilas saattavat kokea, että oma kanta ei välity tai toisen sanoma jää epäselväksi. Vuorovaikutukseen käytettävissä olevan ajan niukkuus saattaa aiheuttaa sen, että yhteisymmärrystä ei ehdi muodostua.

Lain kirjaimen toteutumiseen vaikuttavat myös taloudellisten resurssien sanelemat realiteetit. **Taito Pekkarinen** kirjoitti Lääkärilehden 9/1994 pääkirjoituksessa hoitotakuujärjestelmän välttämättömyydestä päättäen juttunsa sanoihin:

”Puhuttiinpa potilaan oikeuksista mitä hyvänsä, näitä oikeuksia näyttää olevan tasan sen verran, miten kuntien ja sairaanhoitolaitosten talousvastaavat ne mieltävät.”

OONA ILMOLAHTI

80 Kenen terveydestä säästetään?
– 1990-luvun priorisointikeskustelu

81 Valta kunnille ja
korvamerkinnot pois 1993

82 Terveydenhuollon henkilöstön
sääntely samaan lakiin

83 Lääketieteen erityispestevyudet



Kliininen opetus on edelleen yksi lääkärikoulutuksen kulmakivi, jossa opiskelijat pääsevät myös itse suorittamaan toimenpiteitä. Kuvassa ovat lääketieteen opiskelijat Marianne Niittyvuopio ja Lauri Bolszak sekä kliininen opettaja Terhi Tapiainen (vas.) Oulun yliopistollisessa sairaalassa vuonna 2010.

84 Ongelmalähtöinen oppiminen lääkärikoulutuksessa

Lääketieteellisissä tiedekunnissa toteutettiin 1990- ja 2000-luvuilla laaja laadullinen ja pedagoginen uudistus, joka koski opintojen sisältöä ja opetusmenetelmiä. Tavoitteena oli luoda vahvempi pohja yleislääkärin työhön, kaventaa eri oppiaineiden välisiä raja-aitoja ja hallita kasvanutta tietomäärää.

Taustalla oli huomion kiinnittymisen yliopisto-opiskelijoiden oppimisprosessiin. Lääkärikoulutukseen tuotiin opiskelijakeskeinen opetus ja aktivoivat opetusmenetelmät. Tämä edellytti opettajakunnalta uusia pedagogisia valmiuksia.

Uudistuksen johtavaksi ajatukseksi tuli opintokokonaisuuksien integrointi ja ongelmalähtöinen oppiminen (problem-based-learning, PBL), joista oli Suomessa keskusteltu jo 1970-luvulla kansainvälisten esimerkkien pohjalta. Opetuksessa siirryttiin painottamaan kattavan tietomäärän sijaan peruskäsitteiden ja kokonaisuuksien ymmärtämistä ja tiedon kytkemistä aiemmin opittuun. Lisäksi uudet tietotekniset apuvälineet suuntasivat oppimista tiedon etsimisen ja kriittisen arvioinnin taitoihin.

Ensimmäisenä uuteen opetusohjelmaan siirryttiin Tampereella vuonna 1994, ja vuosikymmenen lopulla opin-

touduistuksia toteutettiin myös muissa tiedekunnissa. Opintojen eri vaiheita ja erikoisalajoja sekä teorian ja käytännön opetusta integroitiin elinryhmä- tai tautikohtaisiksi kokonaisuuksiksi. Niitä opiskeltiin pienryhmissä tuutoriopettajan johdolla ongelmalähtöisesti, jolloin opiskelijan itsenäinen tiedonhaku ja ryhmän keskustelu korostuivat.

Karttunutta tietoa testattiin säännöllisesti opintojen edetessä. Opetuksen laadun mittariksi nousivat käytännön lääkärin työssään tarvitsemat taidot, ja myös potilassuhteen harjoittelua lisättiin.

JATKUVAA KEHITYSTYÖTÄ

Opintouudistus ja PBL-menetelmä herättivät aluksi monenlaisia mielipiteitä. Tiedekunnissa katsottiin opetuksen motivoivan opiskelijoita paremmin ja kehittävän vuorovaikutustaitoja. Kriitikoiden mielestä opiskelijoiden tietopohja taas jäi hataraksi itsenäisissä ja vaihtelevantasoisissa pienryhmissä.

Laaja opintouudistus tuotti kuitenkin lääketieteellisiin tiedekuntiin kulttuurin, jossa opintoja tutkitaan ja kehitetään jatkuvasti. Moniin tiedekuntiin perustettiin tätä varten erilliset yksiköt.

SARI AALTO

85

Näyttöön perustuva lääketiede ja Käypä hoito -suositukset

Vuonna 1997 Aikakauslehti Duodecim julkaisi Gastroenterologiyhdistyksen laatiman Käypä hoito -suosituksen keuhkoiden hoidosta. Suositus oli ensimmäinen myöhemmin laajasti tunnetuiksi tulleista lääkäreille ja potilaille suunnatuista tietopaketeista.

Lääketieteellisen tiedon tulvassa ja atk-ajan alkumetreillä oli tarpeen laatia tieteellisesti verifioituja, asiantuntijoiden laatimia ohjeita käytännön lääkärintyön avuksi. Tavoitteena oli, että jokaisella lääkärillä ja potilaalla olisi käytettävissään sama tieto hoitopaikasta riippumatta.

1990-luvulla elettiin lama-aikaa, ja taloudelliset rajoitteet kiihdyttivät vaatimuksia näyttöön perustuvasta lääketeetästä. Käypä hoito -hanke käynnistyi oireellisesti vuonna 1993, jolloin pidettiin myös ensimmäinen priorisointikokous. Aiheen ajankohtaisuudesta kertoo myös, että ”Käypä hoito” oli vuoden 1994 Lääkäripäivien teemana.

Hankkeen taustalla oli Lääkäriseura Duodecim yhdessä erikoislääkäriyhdistysten kanssa, ja verkostossa oli mukana muun muassa Stakesin (THL:n) osana vuosina 1995–2016 toiminut Terveys-

huollon menetelmien arviointiyksikkö FinOHTA.

MYÖS HUOLI HERÄSI

Käypä hoito -suositukset herättivät lääkäreissä myös huolta. Suositusten tuleminen myös potilaiden käyttöön yhtä aikaa lama-ajan säästöpainien kanssa oli omiaan kiihdyttämään keskustelua lääkärin ammatin autonomiasta.

Suosituksia moitittiin liiallisesta voittavuudesta, diagnoosilähtöisyydestä sekä potilaiden ja hoitotilanteiden tasapäistämistä. Toisaalta myös ymmärrettiin, että asiantuntijoiden tuottama pätevä tieto oli apuväline, jonka tarkoitus oli helpottaa käytännön työtä, ei sanella hoitotilanteen kulkua.

OONA ILMOLAHTI



Työvärmuseo Westas

Lääkärin vastaanotto Ylöjärvellä 1990-luvulla. Vuodesta 1997 lähtien julkaistujen Käypä hoito -suositusten oli tarkoitus tarjota käytännön lääkärille selkeä, tieteellisesti validi tietopaketti yhden sairauden hoidosta jatkuvasti laajenevassa ja sirpaloituvassa lääketieteellisen tiedon tulvassa. Suosituksista tehtiin myös potilasversiot.

Verkossa www.laakariliitto.fi/satatarinaa

86 Ihminen vastaan bakteerit – antibioottien voittokulku ja 1990-luvun herääminen



87 Ylioppilasnäytelmistä lääkiksen spekkeihin

88

Lääketieteellinen
tutkimus ja
eettiset kysymykset

Lääketieteellisen tutkimuksen etiikassa on vuosikymmenien aikana siirrytty ammattikunnan itse kirjaamista ja valvomista periaatteista lain velvoituksiin. Vuonna 1964 Maaailman Lääkäriliitto hyväksyi Helsingin julistuksen säätelemään lääketieteellistä tutkimusta, jossa käytettiin ihmisiä koehenkilöinä.

Vuonna 1997 Euroopan neuvosto laati ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskevan yleissopimuksen, joka sitoi poliittisesti neuvoston jäsenmaita. Kaksi vuotta myöhemmin Suomessa annettiin laki lääketieteellisestä tutkimuksesta, joka perustui kyseiseen sopimukseen.

Lain tavoitteena on turvata tutkimushenkilön oikeudet ja asema, asettaa vähimmäisvaatimukset tutkimusten arvioinnille ja määrittää tutkimuksen edellytykset. Tärkeää on, että tutkimuksen terveydellinen tai tieteellinen hyöty on suurempi kuin koehenkilöön kohdistuvat riskit ja haitat.

Lain myötä jokaiseen yliopistolliseen sairaanhoitopiiriin oli asetettava eettinen toimikunta, jonka tehtäväksi tuli antaa lausuntoja alueella suoritettavista tutkimuksista.

SARI AALTO

Verkossa www.laakariliitto.fi/satatarinaa

89

Terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta



90

Reppu selässä keikalle:
toimistonomadit ja vuokralääkärin synty

91

Lääkärit lakossa – pakosta:
vuoden 2001 lääkärilakko

Jo vuoden 1998 kunnallisten virkaehtosopimusneuvotteluiden aikana ilmassa oli monenlaista turbulenssia lääkärin palkkauksesta. Liitto oli vastustanut tupoa, mutta hävinnyt muille liitoille Akavan sisällä. Liitto jätti lakkovaroituksen, mutta valtakunnansovittelija **Juhani Saloniuksen** johtamissa neuvotteluissa tilanne ratkesi, ja lakosta luovuttiin.

Lakkomallia koskevassa keskustelussa oli jo 1995 päädytty täsmälakkoon, jossa tärkeät avainalat lakkolisivat vuoronperään. Valtakunnansovittelija Saloniuksen mukaan malli omaksuttiin 1980-luvun eurooppalaisista terveydenhuoltoalan lakoista.

Vuoden 2000–2001 lääkärisopimus meni jäsenäänestykseen, jossa se hyväksyttiin. Jäsenkentässä alkoi olla lakkovalmiutta. Kuntapuolen sopimuksesta äänestettiin liiton hallituksessa. Äänet jakautuivat tasan 5–5, ja puheenjohtajan ääni ratkaisi sovun syntymisen.

Lakkopaine oli koko ajan olemassa, sillä päivystysvelvoite koettiin liian raskaaksi. Seuraavana keväänä tavoitteena oli nostaa lääkärin palkkaus pohjoismaiselle tasolle. Tavoitetta perusteltiin terveydenhuollossa tapahtuneella tuottavuuden nousulla. Joulukuussa 2000 päätettiin kiertomallilla toteutettavasta lakko-suunnitelmasta.

LAKOSTA TULI PITKÄ

Lakko alkoi maaliskuun 12. päivänä 2001. Virkariitalautakunta katsoi työtaistelun yhteiskuntavaaralliseksi ja kehotti liittoa joko luopumaan lakosta tai rajoittamaan sitä. Kiistat rajaamisesta saatiin kuitenkin sovittua ennen lakon alkua.

Salonius jätti sovintoesityksen toukuussa, mutta liitto hylkäsi tarjouksen. Lakko venyi kesän yli syksyyn. Kesällä lehdistössä kritisoitiin HUS:n sydänkirurgitilannetta. Myös lakkorajoista kiisteltiin.

Heinäkuussa valtakunnansovittelija teki esityksen välimieslautakunnasta, jonka päätökseen molempien osapuolten tulisi sitoutua. Liitto ehdotti sovitte-lautakuntaa. Samalla ilmoitettiin, että lakko voitaisiin keskeyttää lautakunnan työn ajaksi. Lakko jatkui, jos sovit-telu ei onnistuisi.

Lehdistössä lakko aiheutti villiintymistä. Lääkäreitä syyllistettiin potilaiden kohtaloista aiheuttaen painetta lopettaa lakko. Mediassa kritisoitiin myös sitä, ettei liitto suostunut rajaamaan sydänkirurgiaa lakon ulkopuolelle. Ehdotettiin jopa pakkolakia päättämään lakko. Lehdistössä myös kerrottiin pääministeri **Paavo Lipposen** kuvailleen lääkäreitä ”hukkakauran kylväjiksi”.

Sovintolautakunta pääsi lopulta sopimukseen 16. elokuuta 2001 saattaen näin päätökseen pitkällisen ja omituisia käänteitäkin saaneen lääkärilakon.

ILKKA LEVÄ



Lakkopäällikkö Heikki Pärnänen vappuna 2001. Media seurasi tiiviisti paitsi lakkoa myös lääkäreiden vapun viettoa.

Verkossa www.laakariliitto.fi/satatarinaa

92 Terveystenhuolto hankkeella kuntoon – Kansallinen terveysprojekti 2001



93 Lisää medisiinareita yliopistoihin



94 Parempaan
tietoaikaan

95 "Kuudes tiedekunta" ulkomailla
ja ulkomaiset lääkärit Suomessa

96 Hajaannuksen hallintaa ja
valinnanvapautta – terveydenhoitolaki
2010

97 Lääkäriksi kasvaminen



98 Tulevaisuuden
lääketiede tänään

*Auttaa, kun sanoi,
että auttaa.*

99

Potilassuhde 2017: konsumerismin ja kohtaamisen rajapinnalla

Viimeiset sata vuotta ja lääkärin työ. Miten on käynyt potilaalle? Neljä sotaa, vaikenemisen jättämiä ylisukupolvisia haavoja, rakennemuutoksen tuottamaa juurettomuutta. Optimismia, toivoa, edistysaskeleita, sairauksien voittamista – ja hyväksymistä. Ennaltaehkäisyä ja valistusta, voimaantumista. Tietotulva, totuuksia ja epätotuuksia, vaihtoehtoisten totuuksien aika.

Vuosituhanneen vaihteessa lanseerattu potilaan voimaannuttaminen (patient empowerment) tuntuu 2010-luvulla painottuneen konsumerismiin. 1990-luvulla lakiteitse toteutettu paternalistisen suhteen oikaisu tasa-arvoiseksi on monen mielestä internet-ajan myötä johtanut hirviömäiseen potilaskulutukseen, joka ahtaa itsensä täyteen tietoa ja saapuu sitten vastaanotolle esittämään erilaisia vaatimuksia. Potilaan on haluttu ottavan enemmän vastuuta omasta terveydestään ja hoidostaan, mutta samalla lääkärin autonomia on saanut kolauksia.

Toiveista ja vaatimuksista huolimatta aina ei vastausta ole. Raja psyyken ja sooman sairauksien välillä on yhä har-

maampi. Kehot oireilevat sisäilmasta, kemikaaleista. Ulkona ekologinen kriisi tulee suoraan iholle. Määrätäkö kävely metsässä, kädestä pitämistä, vaikeista asioista puhumista?

Ollapa parantajan puukko ja pontikkapullo – ja potilas, joka ei tiedä, mutta luottaa. Ota illalla lusikallinen ruskeaa nestettä, ehkä vielä lääkekonjakkia. Olo helpottaa. Lääkepullon päällä on juhallinen etiketti, farmaseutin koukeroisella salakirjoituksella pyhittämä. Auttaa, kun sanoi, että auttaa.

Spesialistilla on spesialistin katse, potilaalla eilisen, tämän päivän, ympäristön, perimän ja menneisyyden jättämät jäljet mielessään ja kehossaan. Pelko ja epävarma tulevaisuus saavat etsimään ja vaatimaan vastauksia. Ylenpalttisen tiedon aikakaudella kohtaamisesta on tullut yhä tärkeämpää.

OONA ILMOLAHTI

Potilas, lääkäri ja kohtaaminen silloin ennen.
Äiti tyttäreineen Lastenlinnassa
ylilääkäri Ylpön vastaanotolla vuonna 1921.



100 Sote

Suomalaisen hyvinvointivaltion ytimessä olevan sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän vanhimmat kerrokset periytyvät Ruotsin vallan ja autonomian ajoilta. Sukupolvien vaihtuessa kerroksia on tullut lisää ja jokainen polvi on pyrkinyt muokkaamaan rakenteet oman aikansa ihanteita vastaaviksi.

Kysymykset ovat olleet aina samoja: Kuinka käytettävissä olevilla resursseilla voidaan tuottaa mahdollisimman paljon terveyttä ja hyvinvointia? Mitkä ovat yhteisön ja mitkä yksilön velvollisuuksia, vapauksia ja oikeuksia? Järjestelmämuutoksista sopiminen on ollut usein kivuliasta ja hidasta, jolloin maalissa on jo ollut odottamassa uusi aika ja seuraava sukupolvi uusine ajatuksineen.

Nyt avainratkaisuina nähdään suuret järjestämisyksiköt (maakunnat), valinnanvapauden lisääminen ja digitaalisten palveluiden kehittäminen. Aika näyttää, löytyykö uudistuksen toteuttamiseen riittävästi poliittista voimaa ja yksimielisyyttä.

Uudet sukupolvet ovat kuitenkin jo kasvamassa – ja jos vanhat merkit pitävät paikkansa, ryhtyvät he aikanaan puuhaamaan uutta terveydenhuollon mullistavaa uudistusta, koska edellinen ratkaisu on käynyt heidän mielestään vanhanaikaiseksi.

SAMU NYSTRÖM



Sote-uudistuksen yhtenä pyrkimyksenä on hallita sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia väestön ikääntyessä ja huoltosuhteen heikentyessä.

Fotolia