

Lääkärit asiantuntijatehtävissä

Henkivakuutus, lääkärintyön materiaaliset käytännöt ja ammattikunnan muodonmuutos

Mikko Jauho

Abstrakti

Artikkeli käsittelee lääkäreiden asiantuntijatehtävien lisääntymisen vaikutusta heidän työkäytäntöihinsä ja ammattikunnan asemaan. Lähestymistapa on historiallinen tapaustutkimus, jonka kohteena on henkivakuutustoiminta Suomessa 1870-luvulta toiseen maailmansotaan. Lääkäreille muodostui portinvartija-asema uusien henkivakuutusten myöntämisessä. Heidän suorittamansa tarkastuksen pohjalta arvioitiin voitiinko hakijalle myöntää vakuutus ja millä ehdoin. Toimenpide poikkesi periaatteiltaan lääkäreiden perinteisistä terapeuttisista tehtävistä. Vakuutusyhtiöt pyrkivät eri tavoin kehittämään vakuutustarkastusta suuntaan, joka takaisi tuotetun tiedon luotettavuuden ja objektiivisuuden. Lääkäreiden huolenaiheet koskivat puolestaan tarkastuksista maksettavia korvauksia ja yhtiöille luovutetun tiedon vaikutuksia lääkärin ja potilaan välisen suhteen luottamuksellisuuteen. Artikkelikuva, miten molempien osapuolten kysymyksiin vastasi tarkastuskäytännön formalisointi. Sen ytimessä oli tarkastuslomake. Yhtäältä lomake ohjasi ja yhdenmukaisti lääkäreiden toimintaa. Toisaalta lääkäreille maksetut korvaukset ja oikeutus tietojen luovutukseen kytkettiin siihen. Näin lomake toimi materiaalisena välityksenä, jonka avulla eri osapuolten intressit sopeutettiin toisiinsa. Samalla lääkäreiden asema muuttui: asiantuntijatehtävä yhdenmukaisti heidän työtään ja kytki heidät yhtiöiden hallintobyrokra-tiaan. Artikkelikuva avaa uuden näkökulman lääkärin ammattilliseen historiaan, jota yleensä on tarkasteltu sosiaalipoliittisten keskustelujen, lainsäädännöllisten uudistusten tai etupoliitiikan merkeissä.

ASIASANAT: Henkivakuutus, hoitosuhde, lääkärintarkastukset, lääkärintyö, materiaaliset käytännöt, professiot.

Se patriarkaalinen aika, jolloin käytännöllinen lääkäri sai kahdenkesken hoidokkaansa kanssa järjestyä työnsä ja menettelynsä, aika, jolloin hän

säännön mukaan oli yksityisten sairastensa kunnioittama ystävä ja hyväntekijä, perhelääkärinä 'perheittä' luottamusmieheksi, tuo onnellinen aika on

yhteiskunnan uudenaikaisen kehityksen mukana ja vuoksi vähitellen miltei täydellisesti kadonnut, varsinkin suurissa teollisuusmaissa. Tahtomattaan lääkäri nyt tulee ehtimiseen tekemisiin sosiaalisen lääketieteen eri puolien kanssa, jotka asettavat hänelle aivan uusia velvollisuuksia. Nämä uudet suhteet ja uudet toimialat ovat kyllä itsessään mitä mieltäkiinnittävämpiä; mutta ne ovat kaikkialla tuottaneet lääkärikunnalle sekä moninaisia vaikeuksia että mitä ikävimpiä seurauksia, jopa siihen määrin, että lääkärin ennen niin korkea arvo on niitten mukana melkoisesti laskenut. Jo silloin kun yhteiskunta toimitti köyhimmille jäsenilleen maksuttoman lääkärinhoidon, rupesi siellä täällä tuntumaan kiusallista kahnasta hoidettavan ja lääkärin suhteissa. Vielä enemmän haihtuivat entiset kahdenkeskiset, sydämelliset välit, kun ensimmäinen työväenvakuutuslaki astui voimaan. Silloin, samoin kuin yleensäkin vakuutuslääketieteen alalla toimiessa, alkoivat 'kolmannen miehen' oikeudet yhä voimakkaammin vaatia huomioonottamista – eivätkä useatkaan lääkärit olleet tarpeeksi valmistuneet uusiin oloihin. (Karvonen 1913, 579-580.)

Näin aloitti "syfilodermatologian professori" ja vakuutusyhtiö Suomen johtokunnan lääkärijäsen J. J. Karvonen esitelmänsä Suomen Lääkäriseuran yleisessä kokouksessa vuonna 1913. Hänen aiheensa olivat tapaturmavakuutusyhtiöille kirjoitettavat lääkärindistukset, jotka olivat yksi kokouksen puolesta tusinasta keskustelukysymyksestä. Tapaturmavakuutuslaki oli säädetty vuonna 1895, ja jo sitä ennen lääkäreiden asiantuntemusta oli hyödynnetty yksityisessä henkivakuutustoiminnassa.

1800- ja 1900-lukujen vaihteen vakuutustoiminta on esimerkki lääkäreiden uudenaikaisista asian-
tuntijatehtävistä, joissa nämä antoivat asiakkaitaan lausunnon hallinnollista tarvetta varten. Eri vakuutusmuotojen lisäksi lausuntoja tarvittiin muun muassa oikeustapauksia, oppilaitoksiin

pyrkimistä ja sotilaspalveluksesta vapautusta varten. Lausuntojen laatiminen poikkesi lääkäreiden perinteisestä tehtävästä, joka keskittyi potilaiden parantamiseen (ks. Horstman 2001, 74-80). Lääkärintyön vakiintuneen kliinisen kehityksen rinnalle syntyi uudenaikainen hallinnollinen kehitys (ks. Dodier 1998), eikä näiden yhteensovittaminen ollut ongelmattonta. Lääkärin asema portinvartijana erilaisiin etuisuuksiin muutti hänen suhdettaan potilaisiin. Omien ja potilaiden intressien lisäksi lääkärin oli otettava huomioon vakuutusyhtiöiden myöntävien "kolmansien tahojen" toiveet, joko yhteiskunnan tai yritysten. Hallinnolliset tehtävät vahvistivat lääkäreiden statusta, mutta myös altistivat heidät ulkoiselle valvonnalle.

Tehtävät muokkasivat lääkäreiden työkäytäntöjä yhtenäisempään suuntaan kaventaen yksittäisen ammatinharjoittajan autonomiaa. Kyse oli lääkärin kannalta polttavasta asiasta, mistä kertoo Karvosen esiin tuoma huoli uhkaavasta arvonalennuksesta.

Kysymykset ovat edelleen ajankohtaisia. Lääkäreiden hallinnolliset tehtävät ovat yhä lisääntyneet, ja heidän työnsä ulkoinen valvonta kasvanut. Nykyään lääkärit työskentelevät pääsääntöisesti isoissa byrokraattisissa instituutioissa, ja heidän toimintaansa säätelevät standardoidut hoitosuositukset, potilasluokittelujärjestelmät ja kustannus-hyötylaskelmat. Kliinisen työn autonomiaa vastaan asettuu joukko suosituksia ja linjauksia, jotka usein nousevat hoitotyölle ulkoisista taloudellis-hallinnollisista päämääristä. (Timmermans & Berg 2003.) Standardit ja luokittelujärjestelmät muodostavat huomaamattoman infrastruktuurin, joka ohjaa ammatillisia työkäytäntöjä ja inhimillistä vuorovaikutusta yleensä (Bowker & Star 1999).

Artikkeli lähestyy tätä ongelmakenttää historiallisesti. Yksityinen henkivakuutus, joka sai alkunsa Suomessa 1800-luvun puolivälissä ja kasvoi

merkittäviin mittoihin vuosisadan vaihteeseen mennessä, oli varhainen yhteys, jossa lääkäreiden uusia hallinnollisia tehtäviä muotoiltiin. Lääkäreiden usein jännitteistä suhdetta sosiaalivakuutukseen, erityisesti sairausvakuutuksen kehitykseen Suomessa on tutkittu aikaisemmin (Kauttu & Kosonen 1985; Niemelä 2004; Nyström 2010). Koska henkivakuutus edelsi Suomessa ensimmäisiä sosiaalivakuutusmuotoja, se määritteli lääkärityön hallinnollista kehystä vakuutustoiminnassa. Lisäksi toisin kuin Stefan Timmermanns ja Marc Berg (2003, 13) ovat esittäneet, varhaisen henkivakuutustoiminnan yhdenmukaistava vaikutus ulottui yli lääkärityön ulkoisten edellytysten (esim. vaadittavat kvalifikaatiot, käytettävät instrumentit) varsinaisiin työkäytäntöihin, lääkärityön sisältöön. Myös tämä tekee siitä suotuisan tutkimuskohteen.

Lähestyn aiheitani kahdesta suunnasta. Yhtäältä tarkastelen henkivakuutusyhtiöiden suhdetta lääkäreihin. Yhtiöt tarvitsivat lääkäreitä tekemään tarkastuksia uusille asiakkaille vakuutus päätöksen pohjaksi. Yhtiöiden intressissä oli tarkastustoiminta, joka tuotti mahdollisimman luotettavaa ja yhdenmukaista tietoa. Niiden mielestä lääkärit eivät kuitenkaan ymmärtäneet tarkastuksen tavoitteita eivätkä omaa asemaansa objektiivista tietoa tuottavana puolueettomana asiantuntijana: liian usein he laativat ylimalkaisia, huolimattomia ja virheellisiä tarkastuslausuntoja tai ryhtyivät asiakkaidensa edusmiehiksi.

Toisaalta tarkastelen lääkäreiden reaktioita laajenevan henkivakuutustoiminnan aiheuttamiin vaatimuksiin. Lääkärikunnan näkökulmasta keskeiset pulmat koskivat potilaan ja lääkärin välistä suhdetta sekä taloudellisia kysymyksiä. Ensinnäkin lääkärit näkivät periaatteellisen ristiriidan lääkärin ja potilaan välisen suhteen luottamuksellisuuden ja potilastietojen henkivakuutusyhtiöille luovuttamisen välillä. Toiseksi he keskustelivat siitä, mikä oli sopiva korvaus heidän työstään.

Henkivakuutustarkastukset olivat merkittävä lisätulonlähde, josta kaikilla lääkäreillä oli mahdollisuus päästä osallisiksi. Niinpä luottamuksellisuuden ja korvaustasojen määrittely kosketti periaatteessa koko ammattikuntaa.

Osoitan artikkelissa, miten tarkastuskäytännön formalisointi tarjosi molemmille osapuolille yhteisen pohjan ongelmien ratkaisemiseksi. Yhtiöiden näkökulmasta tämä formalisointi kiteytyi kolmeen tekijään: tarkastussääntöihin, tarkastuslomakkeisiin ja mittausvälineisiin. Niiden avulla tarkastuksen painopiste siirtyi tarkastuslääkärin subjektiivisista kyvyistä objektiivisesti tuotettuihin tietoihin. Muutoksen ytimessä olivat lomakkeet, sillä ne samanaikaisesti strukturoivat tarkastuksen tekemistä ja määrittivät mitä asioita tarkastuksessa tuli mitata. Lääkäreiden pulmiin puolestaan vastattiin, kun lomakkeista tehtiin juridinen asiakirja, jonka allekirjoitus oikeutti tietojen luovutuksen, ja tarkastustaksa kytkettiin lomaketyyppiin yhtiöiden kanssa tehdyllä sopimuksella. Näin ollen eri osapuolten intressit ja huolenaiheet henkivakuutuksessa sopeutettiin toisiinsa lomakkeiden välityksellä.

Henkivakuutustoimintaan liittyvät hallinnolliset tehtävät ovat osa lääkäriammattikunnan historiaa Suomessa, jolle on ollut ominaista jännite ammatillisen autonomian turvaamisen ja virallisen aseman vakiinnuttamisen välillä (Konttinen 1991; Vuolio 1991). Artikkelini avaa tähän historiaan uuden näkökulman. Sosiaalipoliittisten keskustelujen, lainsäädännöllisten uudistusten tai ammatillisen etupolitiikan sijaan kohdistan huomioni lääkärityön *materiaalisiin* käytäntöihin. Käytännöllä tarkoitan sosiaalisesti jaettuina vakiintuneita tekemisen tapoja, joita yksittäinen toimija uusintaa tekemisen prosessissa. Materiaalisia ne ovat siksi, että tekeminen – käytännön aktualisointi – vaatii tyypillisesti välineitä, jotka ovat oleellinen osa käytäntöä. (Eri näkökulmista Dant 2005; Lehtonen 2008; Shove, Pantzar & Watson

2012.) Käsittelemäni käytäntö on vakuutustarkastus, jonka kulkua ja sisältöä tarkastuslomakkeet strukturoivat ja sääntelivät. Tutkin miten vakuutusyhtiöt ja lääkärit yhdessä muokkasivat sen käytännöksi, joka koostuu joukosta materiaalisesti välittyneitä vakiintuneita toimintatapoja. Ilmiö sijoittuu lääkärintyön kehityksen ytimeen, sillä tarkastustoiminnan uudistaminen vaikutti myös muihin, vakuutustoimintaan liittymättömiin lääkärintarkastuksiin. Nykyään erilaisten lomakkeiden täyttäminen, lausuntojen antaminen tai diagnostisten mittausten tekeminen ovat rutiniinomainen osa lääkärintyön arkea (Davis 1981; Reiser 1978). Uuden käytännön vakiinnuttamisen myötä lääkäreiden ammatillinen asema muuttui. Sellainen ilmitasolla neutraali tekninen väline kuin vakuutustarkastuslomake kytki sen täyttäjän vakuutusyhtiöiden hallinnollisiin tavoitteisiin, yhdenmukaistaen ja ”objektivoiden” hänen työtään sekä altistaen sen ulkoiselle valvonnalle ja sääntelylle. Näin lääkärintyön sisältöihin vaikuttavat uudistukset ja ammattikunnan aseman kehitys kietoutuvat yhteen.

Tutkimus perustuu lääketieteellistä asiantunte-
musta vakuutustoiminnassa käsittelevään histori-
alliseen teksti- ja arkistoaineistoon. Keskeiset
yhteydet ovat vakuutustarkastukseen kiteytyvä
riskienvalinta, jota käsitelivät pääasiassa yhtiö-
lääkärit, ja lääkärikunnan sisäiset keskustelut
henkivakuutustoimintaan liittyvistä ammatillisista
ongelmista. Lääkäreiden näkemykset löytyvät
ammattilehdistä ja Lääkäriliiton yleiskokousten
pöytäkirjoista. Yhtiöiden edustajien näkemyksiä
olen etsinyt vakuutustoimintaa koskevista aika-
laisteoksista, ohjekirjoista ja oppaista sekä henki-
vakuutusta koskevista kirjoituksista lääkäreiden ja
vakuutusammattilaisten ammattilehdissä. Lisäksi
olen käynyt läpi vakuutushakemuskavakkeita,
vakuutusyhtiöiden toimielimien pöytäkirjoja sekä
yhtiöiden henkilökunnalleen lähettämiä kierto-
ja ohjekirjeitä, joita säilytetään Elinkeinoelämän
Keskusarkistossa, Helsingin yliopiston kirjaston

pienpainatekokoelmassa sekä yhtiöiden Pohjola
(Suomi-yhtiön ja Salaman seuraaja) ja Retro (Var-
man seuraaja) tiloissa.

Artikkeli muodostaa tapaustutkimuksen, jossa
ajallisesti ja paikallisesti rajatun ilmiön huolelli-
sen tarkastelun pohjalta vedetään yleisempiä joh-
topäätöksiä. Osoitan, miten rajattuun ongelmaan
kehitetty tekninen ratkaisu toi mukanaan merkit-
täviä ja pysyviä seurauksia lääkärintyölle. Ana-
lyysia on ohjannut kaksi periaatetta. Ensinnäkin
aineistossa esiintyvien toimijoiden lausumia on
tarkasteltu suhteessa näiden asemaan henkiva-
kuutustoiminnan toimijaverkostossa (käsitteestä
esim. Law 2007). Toiseksi toimijoiden intentioi-
den ohella huomio kiinnitetään niihin materiaa-
lisiin toimintaympäristöihin ja välineisiin, jotka
välittävät eri ryhmien toimintamahdollisuuksia
ja keskinäisiä suhteita. Esimerkiksi standardoi-
tujen lomakkeiden käyttöönotto muokkaa niitä
yhteyksiä, joissa ne otetaan käyttöön. Niinpä lo-
makkeiden kaltaiset välineet eivät ole ainoastaan
neutraaleita apukeinoja inhimillisten toimijoiden
määrittämien tavoitteiden saavuttamiseksi, vaan
niillä on oma aktiivisuutensa. Tässä mielessä niitä
voi pitää toimijoina, joilla on oma ”voimansa”.

Tutkittava aika rajoittuu 1800-luvun lopusta toi-
seen maailmansotaan, painottuen vuosisadan
vaihteeseen. Aloitan lyhyellä katsauksella hen-
kivakuutustoiminnan kehitykseen Suomessa ja
lääketieteen tehtäviin henkivakuutuksessa. Niistä
keskeisin oli tuottaa tietoa uusien vakuutettavien
valintaa varten. Henkivakuutuslääketieteen asi-
antuntijat korostivat, miten tämä poikkesi lääkä-
reiden perinteisistä tehtävistä. Rivilääkäreiden
koulumiseksi uuteen tehtävään vakuutusyhtiöt
kohdistivat huomionsa tarkastuskäytäntöön.
Toisessa pääjaksossa kuvaan tämän uudistustyön
kolme keskeistä ulottuvuutta: tarkastussäännöt,
lomakkeet ja mittaukset. Kolmas pääjakso kes-
kittyy lääkäreiden huolenaiheisiin henkivakuu-
tustoiminnassa. Kuvaan lääkärikunnan ja yhti-

öiden keskusteluja tarkastuksista maksettavista korvauksista ja potilaita koskevien luottamuksellisten tietojen luovuttamisesta vakuutusyhtiöille. Yhteenvetojaksossa esitän, miten henkivakuutustarkastuksen uudistaminen muutti lääkärintyön käytäntöä ja lääkäriammattikunnan asemaa. Pohdin myös syitä sille, miksi eri osapuolten intressien yhteensovittaminen henkivakuutuksessa tapahtui ilman suurempia ristiriitoja.

Henkivakuutus ja lääketiede

Ensimmäiset Suomessa toimivat henkivakuutusyhtiöt olivat ulkomaisia ja tarjosivat vakuutuksia kaupunkien varakkaammalle väestölle. Näiden kanssa kilpailemaan perustettiin vuonna 1874 ensimmäinen kotimainen vakuutusyhtiö, Kaleva. Tärkeänä motiivina oli vakuuttamisessa kertyvien pääomien ohjaaminen kotimaisen elinkeinoelämän kehittämiseen. Seuraava kotimainen yhtiö, vuonna 1890 perustettu Suomi laajensi hankintaa maaseudun suomenkieliseen työväestöön. Siitä irtautui kielipoliittisista syistä vuonna 1910 kolmas yhtiö, Salama. Nämä kolme suurta hallitsivat kotimaisia henkivakuutusmarkkinoita ennen toista maailmansotaa. Niiden lisäksi henkivakuutuksia tarjosi tuona aikana kahdeksan muuta yhtiötä, joista osan vaikutus alalla jäi lyhytaikaiseksi. Alkuaikojen usein kiivaankin kilpailun syrjäytti vähitellen kasvava yhteistoiminta, jonka osoituksia olivat muun muassa Suomen Vakuutusyhdistyksen ja yhtiöiden yhteisen jälleenvakuutusyhtiön Varman perustaminen vuosina 1911 ja 1921. Kansallisen elinkeinopolitiikan ohella henkivakuutusaatetta kannatteli ajatus kansan kasvattamisesta omavaraisuuteen ja säästäväisyyteen. Aktiivisen markkinoinnin tuloksena vakuutusten määrä kasvoi tasaisesti lukuun ottamatta sota- ja sitä seurannutta pula-aikaa. (Eskelinen 1978; Lyytinen 1991; Rinne 1966.) Heikki Eskelinen (1978, 127) on arvioinut, että noin joka neljännellä suomalaisella oli jonkinlainen henkivakuutus 1920-luvun alku-

vuosina. Kyse oli siis merkittävästä säästämisen ja sosiaalisen turvan muodosta.

Lääketieteellinen asiantuntemus oli mukana kotimaisessa henkivakuutustoiminnassa alusta lähtien. Yhtiöt sisällyttivät johtokuntiinsa lääkäriä, joka oli tyypillisesti ammattikunnan korkearvoinen jäsen, esimerkiksi professori. Nämä hoitivat työtään sivutoimisesti ja toimivat samalla yhtiöiden ylilääkäreinä. (Pellinen 1993.) Hollantilaisista henkivakuutuslaitosta tutkineen Klasien Horstmanin (2001, 35-36) mukaan lääketieteen tehtävä oli legitimoida uutta liiketoiminta-alaa, joka oli alkutaipaleellaan kiistelty ja kritisoitu. Sitä syytettiin vedonlyönnistä ihmishengillä, eikä se sopinut kristillisen sallimuksen periaatteisiin (ks. myös Zelizer 1983). Varhaiset yhtiöt olivat tyypillisesti tarjonneet epäedullisia vakuutusehtoja ja olleet huonosti hoidettuja, minkä seurauksena asiakkaat olivat menettäneet paitsi rahansa, myös luottamuksensa vakuutuksiin. Lääketieteeseen perustuva vakuutettavien valinta loisi kestävämmän pohjan yritystoiminnalle.

Aluksi kun vakuutetut olivat harvalukuisia ja peräisin suppeasta sosiaalisesta piiristä, uusien vakuutuksien myöntäminen perustui enemmän hakijan taustaan ja maineeseen kuin tutkittuihin tunnuspiirteisiin. Hakijoita arvioi koko johtokunta, ja lääkäriellä oli pikemminkin konsultin kuin portinvartijan rooli, vaikka esimerkiksi Kaleva vaati lääkäriinlausunnon kaikilta hakijoilta (Eskelinen 1978, 28). Nämä lausunnot koskivat kuitenkin ensisijaisesti vallitsevaa terveydentilaa, eivät tulevaa ”elämänproгноosia” (ks. Bonsdorff 1919, 47).

Tilanne muuttui, kun vakuutuksia alettiin tarjota uusiin väestökerroksiin ja koko maahan. Hakuprosessi piti systematisoida, mikä lisäsi lääketieteen tehtäviä. Samaan suuntaan vaikutti vakuutusmaksujen porrastaminen. Kun aikaisemmin vakuutus joko myönnettiin tai evättiin,

osa ”huonoista hengistä” sai sen nyt korkeammin vakuutusmaksuin. Tämä oli järkevää, koska hylätyt vakuutuksenhakijat aiheuttivat turhaa työtä ja olivat siten kustannustekijä. Myöhemmin monet näistä ”erikoisvastuista” keskitettiin Varmaan. Lääketieteen tehtävä oli arvioida kunkin hakijan yhtiölle aiheuttama riski tai ”vastuuvaara” (Louhivuori 1937, 30), joka toimi hinnoittelun perustana. Horstmanin (2001, 35–36) mukaan lääketiede legitimoit tätä uutta, demokraattisempaa vakuutusideologiaa, jonka mukaan vakuutus oli avoin kaikille sosiaaliseen asemaan katsomatta, kunhan tietyt kriteerit täyttyivät.

Tehtävien lisääntyminen näkyi sekä keskustoisuudessa että kentällä. Yhtiöt eriyttivät johtokunnan lääkärijäsenen ja ylilääkärin tehtävät. Molemmat olivat edelleen tyypillisesti peräisin ammattikunnan ja terveyshallinnon johtopaikoilta. Tämä kaksoisrooli takasi yhtiöiden ja lääkärinkunnan läheiset suhteet. Kentällä vakuutusarkastusten kysyntä kasvoi, ja niistä pääsi osalliseksi suuri osa lääkärinkuntaa vapaan lääkärivalinnan hengessä. Toisin kuin monissa muissa maissa, Suomessa ei ollut erityisiä tarkastuslääkäreitä, vaikka yhtiöt pitivätkin listoja sopivista lääkäreistä tai boikotoivat sellaisia, joiden lausunnot olivat osoittautuneet epäluotettaviksi. Uusien vakuutettavien valitsemisen ohella lääkärin arvioivat asiakkaiden terveydentilan, kun nämä halusivat saattaa rauenneen vakuutuksen uudelleen voimaan tai saada vapautuksen vakuutusmaksuista pysyvän työkyvyttömyyden takia, sekä määrivät vakuutetun kuolinsyyn ennen vakuutuskorvauksen maksamista. Lääkärin tarkastus auttoi seulomaan ”hyvät henget” huonoista, mutta myös kuolinsyytiedot olivat tärkeitä riskien tulevan hinnoittelun kannalta.

Henkivakuutuksen hakuprosessi vakiintui 1900-luvun alussa seuraavaan muotoon: Yhtiöiden palveluksessa olevat asiamiehet markkinoivat vakuutuksia mahdollisille asiak-

kaille. Uusi asiakas sai asiamieheltä kehotuksen hakeutua lääkärintarkastukseen sekä yhtiön maksusitoumuksen, mikäli kyseessä oli lääkärintarkastusta vaativa vakuutus. Lääkäri kokosi vakuutettavasta yhtiön vaatimat taustatiedot sekä suoritti varsinaisen tarkastuksen, joka päättyi lausuntoon hakijan vakuutuskelppoisuudesta. Ilman tarkastusta myönnettiin pieniä vakuutuksia sekä ns. karensivakuutuksia, jotka astuivat voimaan vasta tietyn ajan kuluttua. Tämän ajateltiin lieventävän lääkärintarkastuksen poistamisesta yhtiöille aiheutuvaa taloudellista riskiä. Näissä tapauksissa vakuutusasiamies kirjasi ylös lyhyen terveystieteen. Lopuksi hakemus tuli lähettää suljetussa kirjekuoressa yhtiön keskustoisuuteen arviointia varten.

Yhtiölääkärit toivat toistuvasti esiin, miten henkivakuutusarkastus erosi perinteisistä hoitotehtävistä. Näin asian muotoili Salaman ylilääkäri, myöhemmin myös Lääkintöhallituksen pääjohtajana toiminut Akseli Koskimies vuonna 1915:

Syytä on lääkärin [...] aina muistaa että hän ei henkivakuutustutkimusta tehdessään toimi sanan varsinaisessa merkityksessä lääkärinä, jonka edessä on tautiin apua hakeva sairas, joka täydellä luottamuksella ja avomielisesti antaa kaikki taudin selville saamiseksi tarvittavat sekä entisyyttänsä että nykyistä tilaansa koskevat tiedot, vaan toimii hän henkivakuutusarkastusta tehdessään lausuntoa antavana asiantuntijana, jonka tutkittavana silloin on useinkin aivan tuntematon, terveydentodistusta tavoitteleva henkilö, joka luonnollisesti useissakin tapauksissa tekeytyy, vaikkapa tietämättään tahtomattaankin, niin terveeksi kuin mahdollista, pitää entiset sairautensa vähäpätöisyyksinä, joista ei kannata puhua, kaunistellen ja kuvaillen ne turhanpäiväisiksi pikkuseikoiksi. (Koskimies 1915, 556.)

Erot koskivat niin lääkärintarkastuksen tavoitetta, tutkittavaa henkilöä kuin lääkäriltä vaadittavan

lojaalisuuden suuntaakin. Tarkastuksessa ei ollut kysymys sairauden toteamisesta ja hoitosuunnitelman laatimisesta, vaan se keskittyi ”vakuuttettavan elämänprognosin, elämänpituuden arvostelemiseen ja määräämiseen” (emt., 551). Vallitsevan terveydentilan tutkimisen sijaan lausunnon painopiste oli odotettavissa olevan elinajan arvioinnissa ja siihen vaikuttavien tekijöiden tunnistamisessa. Niinpä tarkastettavat erosivat tavallisista potilaista. Yleensä he kokivat itsensä terveiksi, ja jos he kärsivät jostain sairaudesta, heillä oli intressi olla paljastamatta sitä tarkastavalle lääkärille. Lääkäri ei ollut enää ensisijaisesti potilaan luotettu, vaan hänen tuli epäillä tarkastettavien sa rehellysyyttä ja huomioida myös vakuutuksen myöntävän yhtiön tarpeet. Henkivakuutusasiantuntijat pitivät pulmallisena, jos ”tarkastuslääkäri on asettunut tarkastettavan asianajajaksi, vaikka hänen pitäisi toimia yhtiön palkkaamana, täysin puolueettomana ammattimiehenä” (Karvonen 1923, 148).

Yhtiölääkäreiden mukaan rivilääkäreiltä puuttui ymmärrystä vakuutustarkastuksen tavoitteista. Lomakkeita täytettiin huolimattomasti, minkä johdosta hakemusten käsittely vaikeutui ja viivästyi. Tyypillisiä virheitä olivat hakijan antamiin tietoihin luottaminen ja siten tietojen varmistamiseksi tehtävän perusteellisen tutkimuksen laiminlyöminen, avoimeksi jätetyt ristiriidat hakijan antamien tietojen ja tutkimuksessa tehtyjen löydösten välillä, puutteellisesti täytetyt tiedot sekä arviot hakijan vakuutuskelpoisuudesta, jotka eivät nojanneet tutkimuksessa esiin tulleisiin tietoihin.

Lääkärintarkastuksen kehittäminen

Yhtiölääkäreiden toistuva tarkastuslääkärien velvollisuuksien täsmentäminen sekä valituslausuntojen laadusta kertovat siitä, ettei hallinnollisten tehtävien omaksuminen käynyt lääkä-

reiltä ongelmitta. Niinpä lääkäreitä tuli koulia uusiin tehtäviinsä. Sekä vakuutuslääkärit että muut lääkärikunnan jäsenet toivat esiin tarpeen lisätä vakuutuslääketieteen opetusta (Karvonen 1922; Koskimies 1917; Palmén 1933a; 1933b; ReijoWaa-ra 1908), ja lääkäriseurat tekivät toistuvasti tätä koskevia aloitteita yliopiston suuntaan (Finska Läkaresällskapet 1914, 124–135; Suomen Yleinen Lääkäriliitto 1917; 1920, 83, 107; 1933, 354–358). Vaikuttimena olivat ensisijaisesti sosiaalivakuutuslainsäädännön lääkäreille luomat uudet ”sosiaalilääketieteelliset” (Koskimies 1916) tehtävät, mutta koulutuksen ajateltiin hyödyttävän myös henkivakuutustoimintaa. Käytännössä opetus säilyi pitkään vaatimattomana. Sulevi Pellisen (1993, 21–22) mukaan se koostui yksittäisistä luentokursseista, jotka käsittelivät henki- ja tapaturmavakuutusta ja lääkärintodistusten laadintaa, kunnes todistuksia ja lääkintälainsäädäntöä käsittelevä kurssi sisällytettiin lääketieteen syventäviin opintoihin vuodesta 1936 lähtien (ks. myös Soininen 1942, 14).

Toinen tie lääkäreiden koulimiseen oli lääkärintarkastuksen kehittäminen. Horstman (2001) on kuvannut, miten henkivakuutusyhtiöt pyrkivät kehittämään tarkastuskäytäntöä sellaiseen muotoon, joka mahdollisimman hyvin tuki niiden tarvitseman tiedon tuotantoa. Tässä hän erottaa kolme ulottuvuutta: *tarkastussäännöt*, *lomakkeet* ja *mittaukset*, joita voi soveltaa myös kotimaiseen kehitykseen.

Tarkastussäännöt

Tarkastussäännöt koostuivat ohjeista, joiden tarkoitus oli sujuvoittaa lääkärintarkastusta, säädellä siihen osallistuvien toimijoiden suhteita ja siten edesauttaa vakuutusten myyntiä. Taustalla vaikutti tieto, että monet pitivät lääkärintarkastusta vastenmielisenä tai turhana (K H T 1916, 22–23). Hakijalta vaadittiin käytännössä ainoastaan, että tämä vastasi totuudenmukaisesti esitettyihin kysymyksiin. Lääkärin tehtävät määriteltiin tarkemmin. Tarkastukseen saapuneen hakijan ei

saanut antaa odottaa, jottei vakuutushakemuksen jättäminen raukeaisi. Tarkastus tuli tehdä hyvin valaistussa ja lämmitetyssä tilassa, sillä hakijan piti riisuutua tarkastuksen aikana. Toimenpiteen aikana läsnä ei saanut olla muita henkilöitä, paitsi jos hakija oli alaikäinen. Tämän vuoksi tarkastus tuli mielellään suorittaa lääkärin vastaanotolla, ei hakijan kotona. Joka käänneessä hakijaa tuli kohdella kunnioittavasti, ja vaikka lääkäri epäiliskin vilppiä hakijan antamissa tiedoissa, tätä ei saanut kertoa hakijalle. (Esim. Koskimies 1915; Versicherungs-Gesellschaft Rossija 1908.)

Hakijan oletettiin allekirjoittavan yhtiöltä saamansa maksumääräyksen lääkärintarkastusta varten vakuutusasiamiehen läsnä ollessa. Tarkastuksen lopuksi hakija allekirjoitti vakuutushakemuksen varmistaen samalla antamansa tiedot oikeiksi. Vertaamalla allekirjoituksia lääkäri saattoi vakuuttua hakijan henkilöllisyydestä. (Vakuutusfolklorean kuuluivat tarinat, jossa tarkastettu ja vakuutettu osoittautuivat myöhemmin eri henkilöiksi.) Allekirjoitus myös teki hakemuksesta ja siinä annetuista tiedoista juridisesti sitovia. Yhtiöt korostivat, että vakuutusvilppi oli rikos, joka aiheuttaisi sopimuksen raukeamisen ja vakuutusmaksujen menettämisen. Sen varmistamiseksi, että hakija ymmärsi hakemuksen sisällön, lääkärin tuli välttää latinankielisiä lääketieteellisiä termejä (Koskimies 1915; Soininen 1942). Lopuksi annetut vastaukset tuli lukea ääneen hakijalle. Tämän kerrottiin usein johtavan korjauksiin ja täsmennyksiin annetuissa tiedoissa. (Koskimies 1915, 561.)

Tarkastuksen lopuksi lääkäri kirjasi lomakkeeseen arvionsa hakijan vakuutuskelppoisuudesta. Se tuli salata sekä hakijalta että asiamieheltä. Ensiksikin annetut tiedot olivat luottamuksellisia, joskus myös arkaluontoisia. Toiseksi yhtiön lopullinen arvio saattoi poiketa lausunnosta, minkä takia oli turha luoda asiamiehelle odotuksia välityspalkkiosta ja tarkastettavalle vakuutus sopimuksesta. Yhtiöiden mukaan tämä heikentäisi asiamiehen

ja lääkärin välejä, vähentäisi näiden auktoriteettia hakijan silmissä sekä saisi tämän pettymään henkivakuutukseen. (Koskimies 1915; Louhivuori 1937, 284-285.)

Tarkastussäännöt muodostavat ensimmäisen askeleen tarkastuskäytännön yhdenmukaistamisessa, jolla yhtiöt tavoittelivat tarkkoja ja luotettavia tietoja hakijoista. Säännöt pyrkivät vakioimaan lääkärintarkastuksen fyysisen suorituspaikan, joskin tämä oli käytännössä vaikeaa moninaisten työolosuhteiden johdosta. Samoin ne määrittivät lääkärin ja tarkastettavan välistä vuorovaikutusta. Yhteisenä tavoitteena oli yhdenmukaistaa lääkäreiden toimintaa ja vähentää näin yksittäisen lääkärin henkilökohtaisten ominaispiirteiden tai persoonallisten työtapojen vaikutusta tarkastustulokseen, mikä saattoi häiritä tulosten objektiivisuutta ja vertailukelpoisuutta. Säännöt määrittivät myös tarkastukseen kuuluvia kriittisiä toimenpiteitä, allekirjoitusta ja loppulausuntoa. Hakijan lomakkeeseen piirtämä materiaallinen merkki takasi tämän identiteetin ja teki dokumentista juridisen asiakirjan.

Lomakkeet

Lääkärintarkastuksen varsinaisen sisällön määrsivät tarkastuslomakkeet, jotka olivat toinen keino kehittää lääkärintarkastusta. Lääkärien tarkastuskertomukset olivat aluksi vapaamuotoisia, kunnes yhtiöt alkoivat suosia lomakkeita 1890-luvulta lähtien. Yhtiöt sopivat yhtenäisistä lomakkeista vuonna 1926 (Soininen 1942, 14), ja jo tätä ennen erot eri yhtiöiden lomakkeiden välillä olivat pieniä. Lomakkeita oli kahta perustyyppiä, suppea pieniä vakuutuksia varten ja laaja suurille. Myös korvaushakemuksia, asiamieslausuntoja ja muita toimenpiteitä varten oli omat lomakkeensa.

Tarkastuslomakkeessa oli kaksi osaa, joista ensimmäinen koostui hakijan antamista taustatiedoista (anamneesi) ja jälkimmäinen lääkärin tutkimuksista (status). Laajassa lomakkeessa mo-

lemmille oli varattu kaksi sivua, joissa esitettiin joukko tarkoin muotoiltuja kysymyksiä harkitussa järjestyksessä. Esimerkiksi vuonna 1926 käytössä olleessa lomakkeessa taustatietoja olivat ensinnäkin henkilön nimi, ikä, ammatti ja perhesuhteet. Iän ja sukupuolen määrittäminen oli tärkeää, koska vakuutusmaksut perustuivat ennen kaikkea niihin. Myös ikä vaati standardointia (ks. Treas 2009): henkivakuutuksen alkuvaiheessa keskusteltiin siitä, tulisiko se merkitä viimeisimmän vai lähimmän syntymäpäivän mukaan (Engeström 1894). Ammatti oli keskeinen riskitekijä vakuutusyhtiöiden silmissä, minkä vuoksi vaaralliseksi katsottujen ammattien edustajille määrättiin korotettu maksu. Perhesuhteissa kiinnitettiin huomiota siviilissäytyyn sekä lasten lukumäärään ja terveyteen. Keskenmenot sekä ennen aikojaan menehtyneet lapset kuolinsyineen tuli listata. Alkoholinkäyttöä koskeva kysymys kartoitti henkilön elintapoja. Asialle pantiin suuri paino, mikä näkyi esimerkiksi Suomi- ja Kaleva-yhtiöiden toteutumatta jääneissä suunnitelmissa perustaa oma vakuutusluokka täysraittiille 1900-luvun alussa.

Laaja huomio kohdistui henkilön sairaushistoriaan. Lomakkeet kävivät läpi suuren joukon sairauksia tai oireita, joilla katsottiin olevan vaikutusta hakijan elinajanodotteeseen. Erytishuomion kohteena oli tuberkuloosi, joka oli henkivakuutusyhtiöiden eniten pelkäämä tauti 1900-luvun alussa (esim. Karvonen 1915, 7–14). Se surmasi poikkeuksellisen paljon nuoria ihmisiä ja aiheutti näin helposti tappioita yhtiöille. Naisilla kiinnitettiin huomiota naistentauteihin, kuukautisiin sekä synnytyshistoriaan, miehillä puolestaan mahdolliseen vapautukseen asevelvollisuudesta. Hakijan tuli listata myös aikaisemmat lääkärikäynnit sekä hoitajaksot sairaaloissa tai muissa laitoksissa. Terveystilan lisäksi tieto kertoi siitä, kenen puoleen voitiin kääntyä, jos yhtiö tarvitsi lisätietoja hakijasta. Lisäksi tiedusteltiin hakijan vanhempien ja muiden sukulaisten sairaushistoriaa.

Tiedot kertoivat ”sukurasituksen” vaikutuksesta hakijan odotettavissa olevaan elinaikaan, vaikka yhtiöt eivät pitäneetkään tuberkuloosia ja muita keskeisiä tauteja tiukasti ottaen perinnöllisinä.

Taustatiedot kerättiin hakijaa haastatteleamalla. Lomakkeen toisessa osassa lääkäri raportoi tekemänsä terveystarkastuksen tulokset. Lomake koostui seikkaperäisestä kysymyspatterista, joka kävi systemaattisesti läpi tarkastettavan kehon. Yleisvaikutelman ohella hänen tuli luonnehtia eri elimien toimintaa, osin mittauksiin perustuen (ks. alla). Tutkimus loi lisävalaistusta lomakkeen statusosassa kerättyyn informaatioon paljastaen mahdollisen vilpin tai puutteellisuudet hakijan antamissa tiedoissa. Tarkastuslääkärin piti myös kertoa, oliko hän hoitosuhteessa hakijaan ja miten hyvin hän tunsu tämän. Lopuksi hänen tuli vielä arvioida hakijan antamien tietojen luotettavuutta tekemänsä tutkimuksen valossa sekä luokitella hakijan terveydentila joko täysin edulliseksi, vähemmän edulliseksi tai epäilyttäväksi.

Vakuutusasiantuntijat korostivat, että tarkastuslausunnossa tuli selkeästi erottaa objektiiviset tosiasiat subjektiivisista mielipiteistä. Hakijan antamat tiedot ja hänen tulkintansa omasta terveydentilastaan sekä tarkastuslääkärin havainnot ja hänen näistä tekemänsä päätelmät tuli kaikki pitää erillään. Näin vakuutusyhtiön keskustointito tai joku muu ulkoinen arvioija kykenisi tarvittaessa muodostamaan itsenäisen näkemyksen hakijasta. (Esim. Palmén 1933b, 193.)

Myös lomakkeet yhdenmukaistivat tarkastuskäytäntöä. Niiden tehtävä oli tehostaa hakijoiden valintaa, turvata tiedonsaanti ja saattaa informaatio helposti käsiteltävään muotoon. Lomakkeet kertoivat, mihin tarkastustilanteessa tuli kiinnittää huomiota, toimien näin muistiapuna ja varmistuen täydelliset tiedot keskustointia varten. Niiden rakenne loi tarkastustilanteeseen luontevan järjestyksen minimoiden esimerkiksi ajan,

jonka tutkittava joutui olemaan vaatteita tarkastuksessa. Vaikka lääkäri periaatteessa oli vapaa täyttämään lomakkeen omalla tavallaan, yhtiöt katsoivat tehokkaimmaksi noudattaa laadittua kysymysjärjestystä. Näin lomakkeet määrivät sen, miten lääkärin tuli suorittaa tarkastus. Ne toimivat materiaalisena välityksenä, jotka ohjasivat lääkäreiden toimintaa yhtiöiden toivomaan muottiin.

Mittaaminen

Lomakkeet määrittivät myös sen, mitä asioita tarkastuksessa tuli mitata. Vakuutusyhtiöt liittivät varhaisessa vaiheessa erilaiset fyysiset mittaukset osaksi hakijoiden terveystarkastusta. Tärkeimmät mitattavat asiat olivat ruumiinrakenne (pituus, paino, kehonympäryys eri kohdin), virtsan ominaispaino ja koostumus, pulssi sekä verenpaine. Myös sydänääniä ja keuhkoja tuli kuunnella, mutta havainnot ei ilmoitettu numeerisesti.

Ruumiinrakennetta mitattiin vakuutustarkastuksissa koko tutkimusajan vaihtelevin tavoin. Aivan varhaisissa lomakkeissa ei kysytty painoa, vaan pyydettiin luonnehtimaan henkilön ruumiinrakennetta sekä antamaan tarvittaessa tiedot pituudesta ja vatsan ympärystä. Laajassa lomakkeessa 1920-luvulla kysyttiin painon ja pituuden lisäksi kaulan, rintakehän (ulos ja sisään hengitetäessä) ja vatsan ympärysmittaa. Suppeammassa kaavakkeessa tarkat lukemat vaadittiin vain, mikäli henkilön ruumiinrakenne poikkesi normaalista tai mikäli suvussa oli todettu tuberkuloosia. Tässä mielessä yhtiöt siis luottivat lääkäreiden arvioihin, eivätkä vaatineet niiden tueksi numeerista informaatiota. Henkivakuutustoiminnan on osoitettu vaikuttaneen kansainvälisesti merkittävästi siihen, että miehille ja naisille muodostettiin painoindeksit eri ikäluokissa (Czerniawski 2007; Porter 2000, 239–241).

Virtsatutkimuksen avulla etsittiin merkkejä munuaissairaudesta ja diabeteksestä. Valkuaisainejäämät viittasivat edelliseen, sokeri jälkimmäi-

seen. Virtsan tutkimus oli vakiotoimenpide aina 1930-luvulle asti, minkä jälkeen se jäi pois suppeista lomakkeista. Tutkimusten ongelmana olivat monet kilpailevat analyysimenetelmät, minkä vuoksi myös käytetty menetelmä tuli ilmoittaa (esim. Karvonen 1925). Ulkomailta tiedetään, että yhtiöt myös pyrkivät aktiivisesti standardoimaan analyysimenetelmiä (Davis 1981; Horstman 1997; 2001, 85–92).

Sydämen kuntoa kartoitettiin aluksi pulssin avulla. Sitä koskevat lukuarvot korvautuivat 1920-luvun alussa verenpainetta koskevalla kysymyksellä. Verenpaineen normaaliarvot perustuivat yhdysvaltalaisen henkivakuutusyhtiöiden kokoamille aineistoille. Yhtiöt vaikuttivat myös voimakkaasti verenpainemittareiden kehitykseen ja standardointiin. (Davis 1981; Porter 2000; Rothstein 2003, 66–72.) Verenpainemittausten hitaasta yleistymisestä Suomessa kertoo se, että vakuutuslääkärit esittelivät niitä laiminlyötynä uutuutena ja ohjeistivat lääkärikuntaa niiden oikeaan tekniikkaan vielä 1920-luvun lopussa (Becker 1928; Karvonen 1927).

Henkivakuutusasiantuntijat korostivat, että ”alamittaisuus” oli ilmoitettava numeerisesti ”epämääräisten laadullisten määreiden” sijaan (Karvonen 1915, 7). Jos lääkäri epäili poikkeamaa normaalista tai piilevää tautisuutta, hänen tuli tarttua mittanauhaan (Koskimies 1915, 565) tai mitata verenpaine (Karvonen 1927). ”Tiedot tutkittavan rakenteesta ja ravitsemustilasta olisi annettava mieluummin täsmällisin numeroin kuin yksilöllisesti vaihtelevina arvosteluina ’vahva,’ ’keskikertainen,’ ’heikko’ jne.,” jolloin numeroarvoja voitiin verrata vastaaviin keskiarvoihin (Palmén 1944, 82).

Mittaukset olivat kolmas tapa yhdenmukaistaa vakuutustarkastusta. Ne tuottivat standardoitua objektiivista tietoa, joka oli helposti siirrettävissä ja vertailtavissa yli ajan ja paikan. Luotettavuuden merkitys muuttui tarkastajan subjektiivisesta ominaisuudesta metodisesti suoritettun tarkas-

tuksen tunnuspiirteeksi (Horstman 2001, 76–77). Mittauksissa tiedon laatu ei enää riippunut tarkastettavan totuudellisuudesta tai tarkastajan taidoista, vaan sen takasi lahjomaton mittalaite. Näin lääkäreistä tuli ”koneenkäyttäjiä”, joiden tehtäviä mittausvälineet määrittivät. Samalla lailla kuin tarkastustilan ominaisuudet ja lomakkeen rakenne, mittausvälineet toimivat materiaalisina välityksinä, jotka muokkasivat lääkärintyötä.

Vakuutustarkastuksen kehittämisen kolmesta ulottuvuudesta keskeisessä asemassa olivat lomakkeet, sillä ne yhtäältä strukturoivat tarkastusta (mihin kiinnitetään huomiota ja missä järjestyksessä) sekä toisaalta määrittivät, mitä asioita tarkastuksessa tuli mitata. Yksinkertainen materiaallinen väline alkoi ohjata lääkäreiden toimintaa. Yhdessä uudistukset yhtenäistivät lääkärintarkastuskäytäntöä, kouluivat lääkärikuntaa uusiin tehtäviin, vähensivät tulosten riippuvuutta yksittäisen lääkärin ominaisuuksista, korostivat objektiivisen tiedon merkitystä ja popularisoivat menetelmiä tällaisen tiedon tuottamiseen. Näin tarkastuskäytännön kehittäminen vastasi yhtiöiden esiin nostamiin ongelmiin, jotka koskivat tarkastuksen tuottaman tiedon laatua ja tarkastavien lääkäreiden kompetenssia.

Lääkäreiden suhde henkivakuutusyhtiöihin

Tarkastuskäytännön kehittäminen ei herättänyt suurta keskustelua tai julkilausuttua vastustusta lääkärinkunnassa. Lääkärikokousten keskustelukysymysten perusteella heidän keskeiset huolenaiheensa olivat tarkastuksista maksettavat korvaukset sekä henkivakuutuksen vaikutus potilaan ja lääkärin välisen suhteen luottamuksellisuuteen.

Tarkastuspalkkiot

Korvausasia oli lääkäreille tärkeä, sillä ennen ensimmäisen maailmansodan aiheuttamaa lamaa ja rahan arvon alenemista tarkastuksista maksetta-

vat korvaukset muodostivat merkittävän osan näiden toimeentulosta (Palmén 1937, 180). Tuolloin korkein tarkastustaksa (20 mk) oli kaksi kertaa niin suuri kuin korkeampi lääkäritaksa (10 mk). Alhaisemman tarkastus- ja matalamman vastaanottotaksan suhde oli vielä parempi (10:1-5 mk). (Saltzman 1933.) Palkkaa pidettiin hyvänä varsin helposta työstä (Alanen 1933).

Palkkiokysymyksen sitomiseen lomakkeisiin vaikutti keskeisellä tavalla kiista, joka syntyi yhtiöiden ottaessa käyttöön pieniä vakuutuksia varten uudenlaisen 5 mk:n lomakkeen vuodesta 1901 alkaen. Tätä ennen käytössä oli ollut kaksi korvaustasoa, 10 ja 20 mk, vakuutussummasta riippuen. Hyvin pienistä vakuutuksista hakija joutui maksamaan itse osan lääkärintarkastuksesta, minkä lisäksi myönnettiin karenssivakuutuksia ilman lääkärintarkastusta. (Saltzman 1933; Seppänen 1911.)

Uudessa lomakkeessa lääkäri arvioi ainoastaan ruumiinrakenteen ja ulkonäön sekä tarkisti sydämen ja keuhkojen kunnon. Yhtiöiden näkökulmasta nämä toimenpiteet kattoivat keskeiset taudit. (Suomen Yleinen Lääkäriliitto 1913.) Yhtiöt halusivat tarjota sosiaalisista syistä vakuutuksia myös pienituloisille. Tavallinen henkivakuutus antoi paremman suojan kuin näiden suosima karenssivakuutus, koska se astui voimaan heti. Pienet vakuutukset kuitenkin tuottivat huonosti, koska niiden hankintakustannukset olivat suhteellisen korkeat. Tämän takia lääkärinpalkkiota piti yhtiöiden mielestä laskea. Mikäli taksaa ei hyväksyttäisi, ne siirtyisivät suosimaan karenssivakuutuksia, minkä uskottiin kaventavan lääkäreiden leipää. (Kahelin 1911; Kaslin 1902; Seppänen 1911; Suomen Yleinen Lääkäriliitto 1913.)

Lääkäreiden mielestä uudesta lomakkeesta saatu korvaus oli työmäärään nähden liian pieni. ”Kunnon ja omantunnon kautta” annettu kokonaisarvio hakijan vakuutuskelppoisuudesta edellytti

henkilön perusteellista tutkimista. Tunnontarkalle lääkärielle tulos oli ”puoli palkka täydestä työstä” (Suomen Yleinen Lääkäriliitto 1912, 4). Uudet lomakkeet myös vaikuttivat varsinkin maaseutulääkäreiden toimeentuloon, kun hakijat alkoivat suosia halvempia vakuutuksia. Lääkäreiden mielestä joko korvauksia tuli nostaa tai hakijaa koskeva yleisarvio kytkeä tiukasti lomakkeen sisältöön ja sitova loppulausunto poistaa. Kiinteitä taksoja sinänsä ei vastustettu, sillä maksujen periminen köyhemmän väen keskuudessa oli usein hankalaa tai kiusallista. (Kahelin 1911; Kaslin 1902; Seppänen 1911; Suomen Yleinen Lääkäriliitto 1911.)

Kiista ratkaistiin Suomen Lääkäriliiton ja yhtiöiden yhteisessä komiteassa, joka löi lukkoon joukon palkkioita ohjaavia periaatteita. Lomakkeita oli eri laajuisia. Suppeimmassa oli ainoastaan kuvaus yleistilasta, ja loppulausunto perustui esitettyihin kysymyksiin. Tarkastuksesta maksettava korvaus kytkettiin tehtyyn työhön, ei haettavan vakuutuksen kokoon, joka saattoi edelleen vaihdella yhtiöiden välillä. Työmäärää puolestaan ohjasivat lomakkeet. Lääkäriin palkkio tuli vakuutusyhtiöiden huolehdittavaksi. Vastavasti lääkärit veloitettiin varmistamaan hakijan henkilöllisyys vertaamalla tämän asiamieheltä saamassa maksukuitissa olevaa nimikirjoitusta hakemuskäytöksen allekirjoitukseen. Asian merkityksestä lääkäreille kertoo se, että sopimuksen hyväksymistä varten kutsuttiin koolle Lääkäriliiton ylimääräinen yleinen kokous vuonna 1912. (Suomen Yleinen Lääkäriliitto 1912.)

Sääntelyn kytkeminen lomakkeisiin ei poistanut lääkäreiden ja yhtiöiden intressiristiriitaa, mutta ohjasi sen kysymykseksi lomakkeiden sovel-lusalaista ja korvaustasoista. Niinpä lomakkeet toimivat materiaalisena välityksenä, joka järjesti lääkärinkunnan ja vakuutusyhtiöiden taloudelliset suhteet. Jatkossa keskustelu keskittyikin palkkioihin, joita tarkastettiin useaan otteeseen. Korotukset eivät kuitenkaan vastanneet inflaatiota,

ja niiden yhteydessä yhtiöt nostivat myös säännöllisesti sekä ilman lääkärintarkastusta myönnettävien että laajaa lomaketta edellyttävien vakuutusten alarajaa. (Bonsdorff 1919; Savonen 1919; Suomen Yleinen Lääkäriliitto 1920, 123-125; 1925, 111.) Niinpä jo 1930-luvulla voitiin todeta henkivakuutustarkastusten merkityksen lääkäreiden taloudessa vähentyneen (Palmén 1937, 180).

Kiista suppeista lomakkeista vaikutti myös lääkäreiden työkäytäntöihin: lomakkeet ohjasivat lääkäreitä vastaamaan mekaanisesti esitettyihin kysymyksiin kokonaisvaltaisen kliinisen harkinnan sijaan, vaikka yhtiölääkärit varoittivatkin tästä (Koskimies 1915, 556). Lisäksi periaate, jonka mukaan yhtiöt vastasivat tarkastuspalkkioista, oli tärkeä asiakassuhteiden kannalta. Perinteisesti lääkärit olivat laskuttaneet palveluksistaan asiakkaan varakkuuden mukaan, mikä vähävaraisten kohdalla tarkoitti usein maksusta luopumista. Nyt tästä usein kiusallisesta kaupanteosta voitiin päästä lopullisesti eroon henkivakuutuksessa.

Hoitosuhteen luottamuksellisuus

Toinen lääkäreitä kiihdyttänyt asia henkivakuutustoiminnassa oli luottamuksellisten tietojen luovuttaminen kolmannelle osapuolelle. Pulma oli tarkastustoiminnan ytimessä. Lisäksi erityisongelmana olivat tilanteet, joissa vakuutusyhtiö tiedusteli potilasta koskevia tietoja sellaiselta lääkäriltä, joka ei ollut tarkastuslääkäri. Tähän turvauduttiin silloin, kun tarkastus jätti avoimia kysymyksiä tai oli aihetta olettaa, että hakijan antamat tiedot eivät olleet luotettavia. Hankalaan välikäteen joutuivat varsinkin niin sanotut perhelääkärit, jotka olivat perheiden palkkaamia luottolääkäreitä. (Fagerlund 1889, 98-100; Finska Läkäresällskapet 1892, 103-116.)

Kysymys luottamuksellisuudesta ei koskenut ainoastaan henkivakuutusta. Virkalääkäri oli veloitettu ilmoittamaan tietoonsa tulevat tarttuvataudit sekä laatimaan potilaistaan kuolintodistuk-

sen, joka julkisti tämän – mahdollisesti arkaluontoisen (esim. sukupuolitauti) – kuolinsyy. Nämä tilanteet sekä potilastietojen käyttö tutkimustarkeoituksissa eivät herättäneet isompaa keskustelua lääkärikunnassa. (Esim. Fagerlund 1889; Koskimies 1941.) Pulmallisempana lääkärit pitivät velvollisuutta todistaa oikeudessa riitajutuissa, jotka koskivat heidän potilaitaan. Tämä johti toisinaan konflikteihin yksittäisten lääkäreiden ja oikeuslaitoksen välillä (esim. Warén 1927). Lääkäreiden mielestä heille olisi pitänyt antaa samanlainen vaitiolo-oikeus kuin asianajajilla tai vähintään mahdollisuus harkintaan, milloin jättää kertomatta luottamuksellisia potilastietoja. (Palmén 1936; Ryömä 1912.)

Lääkärin salassapitovelvollisuus oli kirjattu myös lainsäädäntöön. Vuonna 1889 annetun rikoslain 38. luvun kolmannessa pykälässä todettiin rangaistavaksi ammatinharjoittamisessa kuullun tai havaitun yksityisen tai perheen salaisuuden luvaton ilmaiseminen. Salassapitovelvollisuus mainittiin myös vuonna 1925 annetussa laissa lääkärintoimen harjoittamisesta. Lääkärikunta huomioi asian periaatteellisella tasolla lääkärivallassa 1900-luvun alussa, sen korvanneessa lääkäri-vakuutuksessa vuonna 1925 sekä kollegiaalisissa säännöissä, jotka julkaistiin ensi kertaa vuonna 1917. (Ilmolahti 2010, 396.)

Kollegiaalisten sääntöjen kaltaiset eettiset periaatteet luottavat siihen, että ammattikunnan jäsenet noudattavat ohjeita sisäsyntyisestä velvollisuudentunteesta ilman ulkoista pakkoa. Ne perustuvat siis ensisijaisesti toimijoiden subjektiivisille ominaisuuksille, eivät formalisoituun järjestelmään, joka valvoo objektiivisten kriteereiden toteutumista. Varhaiset kollegiaaliset säännöt sisälsivät myös henkivakuutusta koskevia ohjeita. Ne kielsivät toisia lääkäreitä haittaavien sopimusten solmimisen vakuutusasiamiesten kanssa sekä vakuutustarkastusten tekemisen kollegan toimialueella ilman lupaa. (Suomen Yleinen Lääkäri-liitto 1917, 375-404.)

Kysymys henkivakuutustarkastuksessa lääkärin tietoon tulleiden tietojen luovuttamisesta ratkaistiin kuitenkin toisella tavalla. Siinä ei nojattu yksittäisen lääkärin harkintaan, vaan tietojen luovuttaminen sidottiin osaksi siihen käytettävää lomaketta. Näin lomake toimi materiaalisena välityksenä kiistanalaisen kysymyksen järjestämisessä. Luottamuskyseminen jäsenyksi eri lailla lomakkeen kahdessa osassa. Anamneesiosassa vakuutuksen hakijan tulkittiin itse paljastavan luottamuksellisesti yhtiölle salaiset terveyspulmansa, jotka lääkäri ainoastaan kirjasi ylös. Lääkäri puolestaan vastasi statusosion tutkimustuloksista, joissa ei kuitenkaan ollut kysymys hakijan lääkärille luottamuksellisesti luovuttamista tiedoista vaan lääkärin itsenäisesti tekemistä havainnoista. (Oker-Blom 1911, 117, 223; Ryömä 1912, 621.) Allekirjoituksellaan hakija vakuutti antamansa tiedot oikeiksi sekä valtuutti yhtiön tekemään tarvittaessa lisätiedusteluja hänen terveydentilastaan muiden häntä hoitaneiden lääkäreiden keskuudessa (Louhivuori 1937, 281). Lääkäreiden näkökulmasta järjestely ratkaisi luottamuksellisuuden ja asiantuntijalausuntojen laatimisen välisen dilemman. Ratkaisua helpotti myös se, että perhelääkäri-instituutio heikkeni 1900-luvun alkuvuosikymmeninä (Ilmolahti 2010, 391; Oker-Blom 1911, 181).

Lääkärintyön muutokset

Henkivakuutusyhtiöt ja lääkärinkunta lähestyivät vakuutustarkastusta eri suunnista, ja niillä oli eri huolenaiheet. Yhtiöiden tavoitteena oli parantaa tarkastusten tuottaman informaation laatua, jota heidän mukaansa uhkasivat vilpilliset hakijat sekä taitamattomat tai puolueelliset tarkastuslääkärit. Lääkärikuntaa askarrutti yhtiöiden työstä maksama korvaus sekä potilastietojen luovuttamisen vaikutukset lääkärin ja potilaan väliseen suhteeseen. Nämä huolenaiheet kohtasivat lääkärintarkastuksen formalisoinnissa, jonka keskeinen väline oli tarkastuslomake. Se tarjosi materiaalisena

välityksen, joka mahdollisti eri osapuolten intressien sovittamisen toisiinsa henkivakuutuksessa.

Tarkastuskäytännön kehittämisedellä oli merkittäviä seurausvaikutuksia lääkärintyölle ja lääketieteelle. Se korosti objektiivisen tiedon merkitystä. Yhtäältä tämä koski lääkäriä, joka suoritti tarkastuksen. Lomakkeet määrittivät, missä järjestyksessä hakija oli tutkittava, tarkastuksen kuluessa vastattavat kysymykset sekä tehtävät tutkimukset. Tuotettu tieto yhdenmukaistui. Sen laatua ei enää varmistanut ensisijaisesti lääkärin tunnollisuus tai kyvykkyys, vaan ennen kaikkea tämän metodinen toimintatapa, puolueeton raportointi sekä lahjomattomat mittaukset. Mitä vähemmän tarkastava henkilö näkyi tuloksissa, sitä luotettavampi tarkastus oli. Lääkärin yksilöllisten taitojen merkitys väheni tiedon tuotannossa. Niinpä tarkastustoiminnan standardointi merkitsi myös lääkäreiden standardointia.

Toisaalta objektiivisuus koski lääketieteen katseen kohdetta. Henkivakuutuslääketiede panosti mittaamiseen ja korosti puolueettoman tosiasiatiedon merkitystä. Potilaan subjektiivisten tuntemusten sijaan huomion kohteeksi nousivat sairauden objektiiviset merkit, joita tuotettiin mittauksin. Toisin kuin 1800-luvun kliininen lääketiede, joka korosti kunkin potilaan ominaislaatua ja painotti hoitavan lääkärin henkilökohtaista kokemusta potilastyöstä, henkivakuutuslääketiede suuntautui normaaliarvoihin, joista poikkeamista käytettiin mittapuuna vakuutusriskien arvioinnissa. Niinpä henkivakuutustoiminta vaikutti osaltaan niin sanotun vuoteenvieruslääketieteen (*bedside medicine*, ks. Jewson 1976) katoamiseen, jota on yleensä selitetty lääketieteen koulutuksen yhdenmukaistamisen, sairaalalaitoksen nousun sekä lääketieteen tieteellis-teknisen kehityksen avulla. Standardoitujen lääkäreiden rinnalle tulivat yhä vahvemmin standardoidut taudit ja potilaat.

Vakuutustarkastuksen uudistusten seurauksena lääkärintyö altistui vahvemmin ulkoiselle val-

vonnalle. Minkä lääkärit voittivat taloudellisessa turvallisuudessa, sen he hävisivät autonomiassa. Lääkärikunta kytkeytyi henkivakuutusyhtiöiden hallintobyrokraatiin, joka koostui hierarkkisesta kenttäorganisaatiosta ja keskustoimistosta (vrt. Horstman 1997, 69–70; 2001, 93–98). Lomakkeiden avulla keskustoimisto saattoi periaatteessa ohjata tapahtumia kaukaisessa vastaanottohuoneessa: hallita lääkäreiden työtä etäisyyden päästä (ks. Miller & Rose 1990).

On todennäköistä, että nämä vaikutukset ulottuivat yli henkivakuutustoiminnan. Lääkärintyön arjesta Suomessa ei juuri ole historiallisia tutkimuksia (ks. kuitenkin Ilmolahti 2010; Kauttu, Reinilä & Voutilainen 1975). Oletettavasti kuitenkin mittausvälineet ja lomakkeiden käyttö yleistyivät lääkärinkunnassa henkivakuutuksen myötä, sillä merkittävä osa suomalaisesta lääkärinkunnasta teki vakuutustarkastuksia ja laati lausuntoja. Monet ammattikunnan keskeiset hahmot toimivat myös henkivakuutusyhtiöiden palveluksessa, mikä oli omiaan edesauttamaan vakuutuslääketieteen periaatteiden leviämistä lääkäreiden keskuudessa. Lääkäreiden hallinnolliset tehtävät lisääntyivät, kun eri sosiaalivakuutusmuodot syntyivät. Tehtyjen havaintojen ja toimenpiteiden kirjaaminen, perusteleminen ja rekisteröinti yhtiötä ja viranomaisia varten tulivat yhä merkittävämmäksi osaksi lääkärintyön arkea. Myös esimerkiksi tapaturmavakuutuksessa lääkäreiden korvauksista sovittiin keskitetysti, ne sidottiin työmäärään ja työkyvyttömyyslausunto toimi juridis-virallisena dokumenttina tehden lääkärit vastuuvollisiksi tekemistään tarkastuksista.

Kauaskantoisista vaikutuksista huolimatta lääkärit eivät kuitenkaan kritisoineet lomakkeiden käyttöönottoa ja tarkastuskäytännön formalisoimista. Lomakkeet tarjosivat ratkaisun myös heidän välittömiin henkivakuutusta koskeviin huolenaiheisiinsa. Yhtäältä ne määrittivät lääkäreiden saaman korvauksen. Lomakkeisiin kytke-

tyt taksat merkitsivät säännöllistä tuloa. Ne myös vapauttivat lääkärit hankalaksi koetusta tarkastusmaksujen määrittelystä ja perimisestä. Toisaalta lomakkeiden sisältämä hakijan allekirjoitus antoi hoitaneelle lääkärielle juridisen oikeutuksen luovuttaa luottamuksellisia potilastietoja (toiselle lääkärielle) vakuutusyhtiöön.

Syitä siihen, että uudistukset hyväksyttiin ilman suurempia protesteja, voivat olla henkivakuutustoiminnan luonne yksityisenä liiketoimintana ja vakuutuslääkäreiden kaksoisasema vakuutusyhtiöissä ja lääkäriseuroissa. Tapaturmavakuutus herätti paljon keskustelua ja osin voimakasta vastustusta lääkärikunnan keskuudessa, joka pelkäsi lisääntyvää valtiollista sääntelyä ja kassalääkäriin asemaa. Henkivakuutuksessa valtion rooli oli varsin pieni. Lääkärikunta saattoi sopia asioista suoraan vakuutusyhtiöiden kanssa. Sopimista helpotti se, että merkittävät vakuutuslääkärit olivat lähes poikkeuksetta johtavissa asemissa lääkäriseuroissa. Niinpä heillä oli erinomainen tilaisuus sovittelua eri tahojen intressejä.

Bruno Latour ja Steven Woolgar (1986) ovat kuvanneet laboratorion tilaksi, jonka tiukasti kontrolloitu järjestys mahdollistaa objektiivisuuden. Heidän analyysissään laboratorion työtapoja, organisaatiota ja laitteita tarkastellaan edellytyksinä tieteellisten objektien synnylle. Vastaavalla tavalla lääkärintarkastuksen uudistamisen voi katsoa pyrkineen muokkaamaan lääkärin vastaanottotilan eräänlaiseksi laboratoriodiksi, jossa tarkastettavan yksilön objektiiviset piirteet saattoivat nousta esiin. Kun lääkärin ja tarkastettavan suhde, tarkastukseen sisältyvät toimenpiteet ja suoritustila vakioidaan, havainnot kertovat ainoastaan tutkittavasta henkilöstä. Omassa analyysissäni olen painottanut sitä, miten vastaanottotilassa tehdyt toimenpiteet ja niitä varten kehitetyt apuvälineet muokkaavat lääkäreiden työkäytäntöjä. Samalla lailla kuin työskentelytilan materiaallinen järjes-

tys tuottaa tietynlaisia objekteja ja ”totuuksia”, se luo myös tietynlaisia työkäytäntöjä ja tutkijoita. Lääkäreiden vaaliman kliinisen työn autonomia-periaatteen voi nähdä taistelevan tätä vastaan, mutta sitä haastavat kasvavat hallinnolliset tehtävät ja lääkärintyötä määrittävät standardit ja suosituksukset.

Kirjallisuus

- ALANEN, AARNE. 1933. ”Henkivakuutustarkastuksista suoritettavista lääkäripalkkioista.” *Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehti* 12:4-5, 306-307.
- BECKER, GÖSTA. 1928. ”Kysymyksiä ja vastauksia. Korkeasta verenpaineesta ja sen hoidosta.” *Duodecim* 44:11, 893-896.
- BONSDORFF, ARTUR VON. 1919. ”Om arvodena för livförsäkringsundersökningar.” *Suomen Yleisen Lääkäriliiton tiedonantoja* B 1, 43-50.
- BOWKER, GEOFFREY C. & SUSAN LEIGH STAR. 1999. *Sorting Things Out. Classification and Its Consequences*. Cambridge, MA & Lontoo: MIT.
- CZERNIAWSKI, AMANDA M. 2007. ”From Average to Ideal. The Evolution of the Height and Weight Table in the United States, 1836-1943.” *Social Science History* 31:2, 273-296.
- DANT, TIM. 2005. *Materiality and Society*. Maidenhead: Open University Press.
- DAVIS, AUDREY B. 1981. ”Life Insurance and Physical Examination. A Chapter in the Rise of American Medical Technology.” *Bulletin of the History of Medicine* 55:3, 392-406.
- DODIER, NICHOLAS. 1998. ”Clinical Practice and Procedures in Occupational Medicine. A Study of the Framing of Individuals.” Teoksessa *Differences in Medicine*, toim. Marc Berg & Annemarie Mol. Durham: Duke University Press, 53-85.
- ENGESTRÖM, FR V. 1894. *Käsikirja henkivakuutus-asiamiehille Suomessa*. Tampere.
- ESKELINEN, HEIKKI. 1978. *Sata vuotta suomalaista henkivakuutustoimintaa. Vakuutusyhtiö Kaleva 1874-1974*. Espoo: Keskinäinen Vakuutusyhtiö Kaleva.
- FAGERLUND, L W. 1889. ”Är läkare berättigad att inför domstol, på anmodan af offentlig myndighet eller på begäran af enskildt lifvörsäkringsbolag yppa hvad han som läkare erfarit eller åt honom i denna hans egenskap blifvit anförtrödt?” *Finska Läkaresällskapet Handlingar* 31:9, 769-793.
- FINSKA LÄKARESÄLLSKAPET, FÖRHANDLINGAR VID ALLMÄNNA MÖTE 1891, 1914.
- HORSTMAN, KLASIEN. 1997. ”Chemical Analysis of Urine for Life Insurance. The Construction of Reliability.” *Science, Technology, & Human Values* 22:1, 57-78.

- HORSTMAN, KLASIEN. 2001. *Public Bodies, Private Lives. The Historical Construction of Life Insurance, Health Risks, and Citizenship in the Netherlands 1880–1920*. Rotterdam: Erasmus Publishing.
- ILMOLAHTI, OONA. 2010. "Lääkärit ja lääketaidon kokemus." Teoksessa *Vapaus, terveys, toveruus. Lääkärit Suomessa 1910–2010*, toim. Samu Nyström. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto, 330–425.
- JEWSON, N D. 1976. "The disappearance of the sick-man from medical cosmology, 1770–1870." *Sociology* 10:2, 225–244.
- KAHELIN, K. 1911. "Eikö kotimaisten henkivakuutusyhtiöiden lääkäripalkkioita voitaisi saada yhdenmukaisiksi, ja ovatko Suomi-yhtiön maksamat lääkäripalkkiot katsottavat tyydyttäväiksi?" Alustus Suomen Yleisen Lääkäriliiton ensimmäisessä yleisessä kokouksessa.
- KARVONEN, J J. 1913. "Tapatuematodistuksista." *Duodecim* 29:11, 579–596.
- KARVONEN J J. 1915. *Yleinen henkivakuutuslääketiede*. Helsinki: Suomen Vakuutusyhdistys.
- KARVONEN J J. 1922. "Onko lääketieteen opetus yliopistossamme nykyään käytännössä toimivan lääkäriin kannalta tarkoitustaan vastaava?" *Duodecim* 38:1, 1–12.
- KARVONEN, J J. 1923. "Kuolleisuus ja kuolinsyyt Suomi-yhtiössä 1890–1915." Teoksessa *Vakuutustieteellisiä tutkimuksia*. Helsinki: Keskinäinen Henkivakuutusyhtiö Suomi, 61–229.
- KARVONEN J J. 1925. "Pari huomautusta virtsatutkimuksista." *Duodecim* 41:2, 86–89.
- KARVONEN J J. 1927. "Verenpaine ja henkivakuutus." *Duodecim* 43:5, 473–485.
- KASLIN, EDVIN. 1902. *Läkarearvodefrågan i Finland. En samling uttalanden*. Helsingfors.
- KAUTTU, KYLLIKKI, ANNA-MARIA REINILÄ & ANTERO VOUTILAINEN. 1975. *Kunnonlääkäriin työ ja elämä*. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto.
- KAUTTU, KYLLIKKI & TAPANI KOSONEN. 1985. *Suomen Lääkäriliitto 1910–1985*. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto.
- K H T. 1916. *Heti henkivakuutukseen!* Helsinki: Henkivakuutusyhtiö Suomi.
- KONTTINEN, ESA. 1991. *Perinteisesti moderniin. Professoiden yhteiskunnallinen synty Suomessa*. Tampere: Vastapaino.
- KOSKIMIES, AKSELI. 1915. "Henkivakuutustarkastuksesta ja muutamista siinä huomioon otettavista näkökohdista." *Duodecim* 31:11, 549–567.
- KOSKIMIES, AKSELI. 1916. "Mitä ovat sosiaalihygienia ja sosiaalimedisiina?" *Duodecim* 32:3, 133–147.
- KOSKIMIES, AKSELI. 1917. "Vakuutusmedisiinan opetuksesta." *Suomen Yleisen Lääkäriliiton tiedonantoja A* 2:7, 313–317.
- KOSKIMIES, AKSELI. 1941. "Lääkäriin vaihtolovelvollisuus." *Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehti* 20:1, 1–42.
- LATOURE, BRUNO & STEVE WOOLGAR. 1986. *Laboratory Life. The Construction of Scientific Facts*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- LAW, JOHN. 2007. "Actor Network Theory and Material Semiotics." Version of 25th April 2007. <http://www.heterogeneities.net/publications/Law2007ANTandMaterialSemiotics.pdf> (Luettu 28.8.2014).
- LEHTONEN, TURO-KIMMO. 2008. *Aineellinen yhteisö*. Helsinki: Tutkijaliitto.
- LOUHVUORI, O W. 1937. *Vakuutusoppi*. Helsinki: WSOY.
- LYYTINEN, EINO. 1991. *Pohjola-yhtiöt sata vuotta*. Helsinki: Pohjola-yhtiöt.
- MILLER, PETER & NIKOLAS ROSE. 1990. "Governing economic life." *Economy and Society* 19:1, 1–31.
- NIEMELÄ, HEIKKI. 2004. "Suomen sairausvakuutuksen synty." Teoksessa *Vakuuttava sosiaalivakuutus?*, toim. Katri Hellsten & Tuula Helne. Helsinki: KELA, 90–116.
- NYSTRÖM, SAMU. 2010. "Lääkärit ja terveyden politiikka." Teoksessa *Vapaus, terveys, toveruus. Lääkärit Suomessa 1910–2010*, toim. Samu Nyström. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto, 158–241.
- OKER-BLOM, MAX. 1911. *Lääkärintoimi ja sen etiikka*. Helsinki: Otava.
- PALMÉN, A J. 1933a. "Epäkohtia pakollisesta tapaturmavakuutuksesta johtuvan lääkäripalkkion suorituksesta." *Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehti* 12:1–2, 1–3.
- PALMÉN, A J. 1933b. "Lääkärintodistuksista ja niiden antamisesta." *Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehti* 12:4–5, 187–200.
- PALMÉN, A J. 1936. "Tuomioistuimille annettavista lääkärintodistuksista." *Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehti* 15:6, 260–267.
- PALMÉN, A J. 1944. *Lääkärintodistuksista. Ohjeita lääkärintodistusten laatimiseen*. Porvoo: WSOY.
- PALMÉN, EINAR. 1937. "Suomen Lääkäriliiton lausunto kollegiaalisuutta koskevista kysymyksistä." *Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehti* 16:4, 170–183.
- PELLINEN, SULEVI. 1993. *Ratkaiseva asiantuntija. Suomen Vakuutuslääkärien Yhdistys r.y. 50 vuotta 1943–1993*. Helsinki: Suomen Vakuutuslääkärien Yhdistys.
- PORTER, THEODORE M. 2000. "Life Insurance, Medical Testing, and the Management of Mortality." Teoksessa *Biographies of Scientific Objects*, toim. Lorraine Daston. Chicago: The University of Chicago Press, 226–246.
- REIJOWAARA, KONRAD. 1908. "Lääkärien suhteesta työkyvyttömyys- ja sairausvakuutuslainsäädäntöön." *Duodecim* 24:11–12, 329–332.
- REISER, STANLEY JOEL. 1978. *Medicine and the Reign of Technology*. Cambridge MA: Cambridge University Press.

- RINNE, TOIVO T. 1966. *Suomen Vakuustoittoa 1816-1966*.
Helsinki: Suomen Vakuutusyhtiöiden Keskusliitto.
- ROTHSTEIN, WILLIAM G. 2003. *Public Health and the Risk Factor. A History of an Uneven Medical Revolution*.
Rochester: University of Rochester Press.
- RYÖMÄ, HANNES. 1912. "Lääkärisalaisuudesta." *Duodecim* 28:12, 596-623.
- SALTZMAN, FREDRIK. 1933. "Läkararvodena för livsförsäkringsundersökningar." *Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehti* 12:4-5, 296-305.
- SAVONEN, SEVERI. 1919. "Kysymys henkivakuutustarkastusten palkkioista." *Suomen Yleisen Lääkäriliiton tiedonantoja* B 1, 51-57.
- SEPPÄNEN, WÄINÖ. 1911. "Eikö kotimaisten henkivakuutusyhtiöiden lääkäripalkkioita voitaisi saada yhdenmukaisiksi, ja ovatko Suomi-yhtiön maksamat lääkäripalkkiot katsottavat tyydyttäväiksi?" Alustus Suomen Yleisen Lääkäriliiton ensimmäisessä yleisessä kokouksessa.
- SHOVE, ELIZABETH, MIKA PANTZAR & MATT WATSON. 2012. *The Dynamics of Social Practice. Everyday Life and How It Changes*. Los Angeles: Sage.
- SOININEN, GUNNAR. 1942. "Henkivakuutustarkastuksista ja niitä koskevista lääkärintilauksista." *Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehti* 21:1, 13-27.
- SUOMEN YLEINEN LÄÄKÄRILIITTO, YLEISKOKOUKSEN PÖYTÄKIRJAT 1911, 1917, 1920, 1925, 1933.
- SUOMEN YLEINEN LÄÄKÄRILIITTO, YLIMÄÄRÄISEN YLEISKOKOUKSEN PÖYTÄKIRJAT 1912.
- TIMMERMANS, STEFAN & BERG, MARC. 2003. *The Gold Standard. The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*. Philadelphia: Temple University Press.
- TREAS, JUDITH. 2009. "Age in Standards and Standards for Age: Institutionalizing Chronological Age as Biographical Necessity." Teoksessa *Standards and Their Stories. How Quantifying, Classifying, and Formalizing Practices Shape Everyday Life*, toim. Martha Lampland & Susan Leigh Star. Ithaca: Cornell University Press, 65-87.
- VERSICHERUNGS-GESELLSCHAFT ROSSIIJA. 1908. *Instruktion für die Herren Vertrauensärzte*. St. Petersburg: Rossija.
- VUOLIO, VESA. 1991. *Lunastettu vapaus. Kunnanlääkärin ammatillisen autonomian muotoutuminen*. Jyväskylän yliopiston sosiologian laitoksen julkaisuja 49. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- WARÉN, ERKKI. 1927. "Eräs Korkeimman Oikeuden päätös koskeva lääkärintilauksittomuutta." *Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehti* 6:6, 169-176.
- ZELIZER VIVIANA A. 1983. *Morals and Markets. The Development of Life Insurance in the United States*. New Brunswick, NJ: Transaction Books.