

# LÄÄKÄRIN SANKARUUS JA SUKUPUOLI

## Varpu Löyttyniemi

Viime syksynä valmistuneessa väitöstutkimuksessaan Kristina Eriksson tarkasteli ruotsalaisia lääkäreitä sukupuolen näkökulmasta. Hän havainnoi ja haastatteli lääkäreitä työssä ja työn lomassa. Kun puhe oli lääkärin pukeutumisesta, yksi haastatelluista naislääkäreistä kertoi esimiehensä valistaneen häntä näin:

Nainen ei koskaan saa väitellä kukikkaassa leningissä. Ja mieluiten nainen ei pidä esitelmöidäkään kukallisessa mekossa, vaan päällä on joko yksivärinen puku tai housut ja jakku tai vastaavaa.

Kuitenkin myös kukat luentosalin pöydällä kuuluvat väitöskäytäntöön – eivätkö *ne* häiritse itse asiaa?

Kristina Eriksson valitsi tietoisesti sukupuolen näkökulmaksi lääkäriyteen. Vastoin yleistä ajatusta ammatillisuuden, erityisesti lääkärin ammatillisuuden, sukupuolettomuudesta hän lähti tutkimaan, millaisia merkityksiä sukupuoli saa ja millaisia sukupuolittuvia merkityksiä erilaiset ilmiöt pukeutumisesta alkaen saavat lääkärin työn ja tieteen käytännössä. Erikssonin keskeinen väite on, että käsitys lääkäristä näennäisesti sukupuolettomana saa rinnalleen toisen, kulttuurissa jaetun kuvan ei-lääkäristä, eräänlaisesta epälääkäristä, ja tämä ei-lääkärin mielikuva on nainen ja naisellinen. Kukkamekko väittelevän lääkärin yllä on epäammatillisuuden ja epätieteellisyyden merkki, ja samanaikaisesti se pukee lääkärin tavalla, joka on naisellisista naisellisin. Mekossa kukat rikkovat lääkärin ja väittelijän sukupuolettomuuden illuusion. Pöydälle ne voi asetella turvallisemmin.

Myös omassa väitöskirjassani sukupuoli on keskeinen näkökulma lääkäriyteen. Kristina Erikssonin tavoin olen jo alkujaan olettanut, että sukupuolella on merkitystä, eikä tarkoitukseksi ole niinkään todistaa näkemystä oikeaksi, vaan pohtia sitä, millaisia puolia lääkärinä olemisesta ja elämisestä sukupuolen näkökulma kääntää esiin. Kukista väitöstilanteesta voisi yhtä hyvin väittää, että ne kuuluvat juhlaan kuin juhlaan tai että niillä on naisellinen sävy. Sukupuolen tutkijalle sama asia yleisemmin tarkoittaa, että sukupuoli kulttuurisina merkityksinä on ambivalentti, se on toisin sanoen yhtä aikaa läsnä ja poissa, se on yhtä aikaa päivänselvä ja epämääräinen. Sukupuoli on tästä syystä tutkimuskohteena yhtä kiehtova kuin se on vaikea lähestyä.

Tutkimuksessani haastattelin nuoria lääkäreitä, joista suurin osa on syntynyt 1960–1970-luvun taitteessa. He ovat kasvaneet tasa-arvoajatteluun. Pohjoismaissa tasa-arvon ideologia kääntyy työelämään sukupuolineutraaliuden normiksi: tasa-arvo työelämässä ei ehkä toteudu niinkään naisten ja miesten välillä, vaan sukupuolettomien ihmisten ja yksilöiden välillä. Sukupuoli on kuitenkin monisyisempi ilmiö kuin vain ihmisruumiiden anatominen ero, jonka voisi piilottaa lääkärin valkoisen takin alle. Monien aikamme ajattelijoiden mukaan sukupuoli on keskeinen ajatteluamme, kokemistamme ja tuntemistamme jäsentävä jako, eräänlainen perusero, johon muut eronteot rinnastuvat. Aktiivinen/passiivinen, järki/tunne, itsenäisyys/riippuvuus, voima/haavoittuvuus, objektiivinen/subjektiivinen ovat tällaisia kahtiajakoja. Vaikka usko tasa-arvoon on tehnyt aiem-

paa helpommaksi ajatella, että nainen voi olla yhtä järkevä ja itsenäinen kuin mieskin, tunteellisuuden ja epäitsenäisyyden symbolinen yhteys naisiseen säilyy, samoin kuin säilyy niiden vähempiarvoisuus suhteessa vastinpareihinsa. Ei ehdottomana ja ristiriidatta nytkään, mutta silti tunnustettavasti. Kun esimerkiksi 1990-luvun alussa kirjoitettiin lääkärien työttömyydestä *Nuori lääkäri* -lehdessä, työttömyyden syyksi esitettiin ”tunteenomaiset” koulutuspoliittiset päätökset. Näkemykseni mukaan nuorten lääkäreiden epätasa-arvo ei koske ehkä niinkään – ainakaan pelkästään – miehiä ja naisia, vaan se koskee feminiinistä ja maskuliinista, naisiseen ja miehiseen vihjaavia merkitysmaailmoja. Tarkastelen seuraavaksi sitä, mitä tämä merkitysmaailmojen epätasa-arvo tarkoittaa lääkärin ja lääkärin uran kannalta.

1980-luvun puolivälissä keskusteltiin lääkärinkunnan naisistumisen seurauksista. Lääkäriliitto tuki ainakin epävirallisesti asiaa pohtineen työryhmän ehdotusta perustaa Helsingin yliopistoon lääketieteen opiskelijoille mieskiintiöt ammattikunnan liiallisen naisistumisen pysäyttämiseksi. Perusteluina esitettiin esimerkiksi se, että suuret erikoisalot sisätaudit ja kirurgia olivat sekä fyysisesti että suuren päivystysvelvollisuuden vuoksi naiselle liian raskaita, ja naisistuminen johtaisi näillä aloilla ennen pitkää lääkäripulaan. Ei siis sanottu suoraan, että lääkärin kuuluisi olla vahva ja mies, vaan kuvattiin epäilyttävä, ainakin osaan lääkärin työstä soveltumaton – nainen.

Kuulostaisi oudolta, jos lääkärinkunnan naisistumisesta yhä huolehdittaisiin naisen heikkomuuden vuoksi. Silti fyysinen voima ja haavoittumattomuus määrittävät yhä sankarilääkäriä. Sankarilääkäri, tai myyttinen lääkäri, kuten nimitän tätä sankaria väitöskirjassani, on eräänlainen lääkärin peruskertomus. Sankaruus ei ole välttämättä yksittäisen lääkärin oman identiteetin ihanne ja uran tavoite, vaan se on identiteetin ja uran jaettu odotus, jota myöten tai jota vastaan kukin lääkäri identiteettiään rakentaa. Myyttinen sankarilääkäri on paitsi haavoittumaton myös rationaalinen, vakaa, nopea liik-

keissään ja päätöksissään. Hän toimii ja parantaa, ei pyörittele eikä huolella harkitse. Sankarilääkärin ominaisuudet ovat juuri niitä, jotka kulttuurissamme mielletään maskuliiniseksi ja jotka on helpompi liittää mieheen. Koska nainen ja mies, naisellinen ja miehinen, ymmärretään toisensa poissulkevana vastakohtina, tulee naissukupuolesta ja feminiinisestä merkitysmaailmasta ristiriitaisia lääkäri-identiteetin kannalta. Kyse ei ole vain naisten ristiriidasta, vaan feminiiniseksi määrittävät inhimillisen olemisen ulottuvuudet – tunteet, aistimellisuus, oman ruumiin haavoittuvuus ja mielen harkitsevuus – ovat kyseenalaisia mieslääkärinten kohdalla. Ne hiehtävät ja hankaavat, jos ne yrittää sijoittaa sankarilääkäriin.

Erikoisaloista sankarilääkäriys kristallisoituu kirurgiassa. Pearl Katz, joka on tutkinut pohjoisamerikkalaista kirurgikulttuuria, kokoo sankariin länsimaisessa kulttuurissa ylipäätään liitettyjä piirteitä ja toteaa niiden kaikkien sopivan myös kirurgiin. Sankarit ovat kilpailun voittajia, he ovat itsevarmoja, optimistisia ja itsetietoisia, vahvoja yksilöitä, jotka toimivat rohkeasti ja päättäväisesti vaikeissa tilanteissa. He ovat itsenäisiä, itseriittoisia, karskeja individualisteja, oman tiensä kulkijoita. Tai kuten eräs haastattelemani lääkäreistä kuvaa, kirurgit ovat aggressiivisiä ja itsevarmoja kavereita. Itse asiassa koko länsimaisen kulttuurimme kertomusperinne vihjaa ehkä kirurgin sankaruutta. Tarinan sankarin tunnistaa siitä, miten hän käy voittoa taisteluun pahaa vihollista vastaan arkielämästä erillisissä tiloissa, aivan kuten kirurgi käy voittoa taisteluaan sairautta vastaan leikkaussalissa.

On vaikeampi mieltää sankariksi esimerkiksi terveyskeskuslääkäriä, jonka potilaan vaivat eivät useinkaan ole sankarillisesti parannettavissa ja joka kohtaa ongelmat arjen makuisina vyyhteinä vastaanotollaan. Terveyskeskuslääkärin työ ei tyypillisimmillään edellytä lääkäriltä itsevarmuutta ja päättäväisyyttä, vaan kykyä kohdata elämän monikerroksisuus. Lääkärit itse arvostavat terveyskeskustyön haasteellisuutta, mutta silti tuota työtä helposti arvioidaan

suhteessa sankarin normiin. Yleislääketiede näyttäytyy alana, joka on liian laaja ja epämääräinen hallittavaksi sankarin varmuudella. Sukupuolen näkökulmasta kirurgin ja yleislääkärin suhde on kuten miehen ja naisen, ei siksi, että kirurgi olisi aina mies tai yleislääkäri tyypillisesti nainen, vaan siksi, että toinen toimii lääkärin sankaruuden normina ja toinen – yleislääkäri jää normista kauemmaksi, jotenkin epämääräiseksi. Yleislääkärin erilainen, monitulkintaisuutta, epävarmuutta, viipyilemistä, henkilökohtaisuutta ja tavallisuutta vaaliva sankaruus jää tunnistamatta.

Entä sukupuoli ja ura? Kun lääketieteen opiskelijoiden mieskiintiötä ehdotettiin 80-luvulla, naisten fyysisen heikkomuuden lisäksi perusteluna oli naisten työuran oletettu epämääräisyys ja katkonaisuus. Sama ajatus naisesta ennustamattomuudesta on toistunut myöhemminkin selityksenä sille, miten vaikeaa on ennustaa tarvittavaa lääkärimäärää koulutuspoliittisesti. Uran katkoksilla viitataan pääasiassa perhevapaisiin – mutta miksi ne oikeastaan nähdään *naisten* mukanaan tuomana epävarmuutena? Lääkäreistäkin nainen tietysti synnyttää ja pitää äitiysloman. Silti elämänarvoista kysyttäessä sekä mies- että naislääkärit ilmoittavat tärkeimmäksi perheen. Sen voisi ajatella tarkoittavan lääkäri-*isienkin* kohdalla vanhempainlomia, hoitovapaita, osa-aikatyötä, tilapäisiä hoitovapaita lapsen sairastaessa – ja edelleen perheensisäisiä neuvotteluita ja kompromisseja työajasta ja -paikasta. Näin ei tyypillisesti kuitenkaan ajatella, vaan työn ja perheen yhteensovittamisen arkisten palapelien kokoajana nähdään nainen ja äiti.

Naistutkimuslistalla virisi hiljan keskustelu äidin työssäkäynnin vaikutuksista lapsen vointiin. Mieleeni jäi erään pitkään suomalaisessa sosiaalipolitiikassakin vaikuttaneen naisen kommentti: ”Voi näitä teemoja!” 1970-luvun päivähoitolain aikaisista keskusteluista alkaen on esitetty kysymys vanhempien – ja nimenomaan äidin – työssäkäynnin vaikutuksesta lapseen, kun tämän elämää nähneen ja aihetta koskevan tieteellisen tutkimuksen tuntevan kir-

joittajan mukaan keskustella pitäisi työn ja perheen yhteensovittamisen tarpeista ja ratkaisuisista.

Professionaalista uraa on perinteisesti tarkasteltu irrallaan perheen ratkaisuisista ja muista sitoumuksista. Väitöskirjatutkimuksessani myyttiseksi lääkäriksi nimittämäni sankari on paitsi vahva ja rationaalinen myös sellainen, joka sitoutuu ensisijaisesti työhön ja etenee uralla katkoitta. Myytti ei nytkään ole yksittäisen lääkärin oman identiteetin kyseenalaistamaton ihanne, mutta siitä poikkeavat ratkaisut joutuu perustelemaan. Päivi Arjama kirjoitti viime syksynä *Nuori lääkäri* -lehdessä otsikolla ”Kypsä aikuisten töihin”. Hän pohti lääkärin kyynistymisen uhkaa ja kollegoita, joista ”varsin suuri osa näyttää jatkuvasti polttavan kynttilää molemmista päistä, on niin paljon saavutettavaa, tutkittavaa, päivystettävää ja etuja valvottavana. Ja koskaan ei saa unohtaa jatkuvan kouluttautumisen merkitystä vaikka se tarkoittaisi sitä, että yhtään romaania et ehdi lukea tai elokuvaa nähdä.” Arjama kuvasi myös omaa ratkaisuaan, joka haastaa työlle antautumisen odotuksen – haastaminen on siis mahdollista eikä vaadi edes äitiyden näkökulmaa. Hän jatkoi:

Monta kulmaa on kohonnut, kun olen kertonut, että viimeisen vuoden aikana olen pitänyt paljon vapaata, istunut myöhäisiä riemukkaita iltoja ystävien seurassa, käynyt pikku matkoilla, nukkunut myöhään ja opetellut löhöilemään sängyssä telkkaria katsellen. [...] Kun yritän muistuttaa siitä kuinka sitä kyllä ehtii ennen eläkeikää olla töissäkin, vakuuttavat ihmiset kyllä ymmärtävänsä. Silmistä kuitenkin näkee, että kauhuissaan ovat. Olisinhan tällä aikaa ehtinyt jo tehdä puoli perusterveydenhuollon lisäkoulutusta tai jotain.

Kirjoituksen otsikko ”Kypsä aikuisten töihin” on monimielinen: työhön voi kypsyä kahdella tapaa. Ajattelen sen kuitenkin viittaavan myös jaettuun näkemykseen siitä, että lääkärinä aikuistumisen mitta on työn ja työhön käytetyn ajan määrä. Mitta voi olla ongelmallinen niin

mies- kuin naislääkärillekin, mutta perheelliselle naiselle siitä tulee ongelmallinen nimenomaan hänen sukupuolensa vuoksi. Kristina Erikssonin ajatuksia soveltaen: nainen tasapainoilee kahden erilaisen kypsyminen välillä – lääkärinä kypsyttään sitoutumaan työhön, kun taas naisena kypsyminen tapahtuu kohti äitiyden ensisijaisuutta. Länsimaisessa kulttuurissa naiseus ymmärretään äitiyden kautta ja lapsuus äidin läsnä- ja poissaolon kautta. Siksi puhe työn ja perheen yhteensovittamisesta luiskahattaa helposti puheeksi naisten uran katkoksista. Ongelmaksi muodostuu tällöin *sekä* naisen – jokaisen naisen – nimeäminen koulutus- ja työvoimapolitiittiseksi ongelmaksi *että* perhesitoutuneisuuden toisarvoisuus suhteessa suoraviivaiseen, katkottomaan uraan sukupuolesta riippumatta.

Väitän siis, että sukupuolesta tulee epätasa-arvoa ikään kuin kiertotietä. Miehet ja naiset, mieslääkärit ja naislääkärit, ovat yksilöinä tasavertaisia, mutta identiteetin ja uran valintoina arvokasta on maskuliininen. Tällöin jokaisen lääkärin on vaimennettava feminiinistä itses-

sään: lääkäri ei ole tasa-arvoinen edes itsensä kanssa. Toisaalta vähempiarvoinen feminiininen – toisin sanoen ne ilmiöt ja ominaisuudet, jotka mielletään naisellisina – assosioituvat kuitenkin naiseen mieli- ja kielikuvissa. Naisen on vältettävä näitä sukupuolensa merkkejä tullaakseen otetuksi vakavasti – vaikkapa sitten tohtoriksi väitellessään.

Jos frakki ei olisi ainoa normi, voisi ehkä helpommin esittää sen kysymyksen, jonka alussa siteeraamani ruotsalainen kirurgi esitti pohdittuaan ehdotonta kukkamekkoon pukeutumisen kieltoa: *Miksi ei saisi?*

*FT Varpu Löytniemen väitöskirja Auscultatio Medici: Kerrottu identiteetti, neuvoteltu sukupuoli tarkastettiin 14.5.2004 Tampereen yliopistossa. Väitöskirja on julkaistu sähköisenä Acta Electronica Universitatis Tampereensis -sarjassa (<http://acta.uta.fi>). Väitöskirjasta on ilmestynyt lisäksi SoPhin julkaisemana erillinen kirjaversio, johon on sisällytetty osajulkaisujen teemoja.*

varpu.loytniemi@uta.fi

## KIRJALLISUUS

...Eriksson, Kristina 2003: *Manligt läkarskap, kvinnliga läkare och normala kvinnor. Köns- och läkarskapande symbolik, metaforik och praktik*. Förlags Ab Gondolin, Stehag.

...Katz, Pearl 1999: *The Scalpel's Edge: The Culture of Surgeons*. Allyn and Bacon, Boston.

...Arjama, Päivi (2003): Kypsä aikuisten töihin. *Nuori lääkäri* 40(11):15–16.