

Virkaa tekemässä – lääkäri naiset 1900-luvun alun Suomessa

■ Heini Hakosalo

Naiset ovat hoitaneet ja parantaneet kautta aikojen, mutta akateemisen lääketieteen kentällä nainen on suhteellisen uusi ilmentys. Suomalaisten naisten lääkärikoulutuksen ajanlasku on tapana aloittaa vuodesta 1871, jolloin Rosina Heikel (1842–1929) sai luvan seurata opetusta Keisarillisen Aleksanterin-yliopiston lääkeopillisessa tiedekunnassa. Heikel oli poikkeustapaus monessa suhteessa.

Ajanlaskun voisikin hyvällä syyllä aloittaa myös vuodesta 1888, jolloin naisten säännöllinen ja yhdenmukainen lääkärikoulutus Suomessa alkoi. Olisimme itse asiassa voineet viettää naisten lääkärikoulutuksen 120-vuotisjuhlaa kuluneena kesänä, sillä ensimmäiset naispuoliset tutkinto-opiskelijat Karolina Eskelin ja Ina Rosqvist kirjoittivat nimensä lääketieteellisen tiedekunnan matrikkeliin kesällä 1888. Automian aikana tiedekuntaan ehti kirjoittautua yhteensä 227 naista, joista 141 opiskeli hammaslääkäriksi ja 86 lääkäriksi. Luonnostelen seuraavassa eräänlaisen ryhmäkuvan jälkimmäisistä. Seuraan heidän reittejään lääketieteen kentälle ja kerron, millaisen paikan he saivat – tai ottivat – tällä kentällä.

Reitti aukeaa

Suomessa Aleksanterin (sitemmin Helsingin) yliopiston lääketieteellinen tiedekunta oli ainoa väylä lääketieteen kentälle vuoteen 1943 saakka, jolloin Turun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta perustettiin. Ensimmäinen nainen kirjoittautui Aleksanterin-yliopistoon vuonna 1870. 1870-luvun naisylioppilaat olivat yksittäisiä kurioositeetteja, 1880-luvulla he jo muodostivat pienen, mutta kiinteän ja erikoislaadustaan tietoisien ryhmän. 1890-luvulla naisopiskelijoi-

den määrä alkoi nousta, ja etenkin osakuntien auettua naisille (1897) he integroituvat paremmin muuhun opiskelijapopulaatioon. Vuonna 1894 uusista opiskelijoista oli naisia 11,5 prosenttia, vuonna 1904 jo 28,8 prosenttia¹. Kasvu näkyi myös lääkeopillisessa tiedekunnassa, joskaan ei yhtä selvästi kuin historiallis-kielitteellisessä tiedekunnassa. Kasvun välitön syy oli toisen asteen oppilaitosten määrän kasvu. Kun yliopistoon valmistavia oppilaitoksia oli ollut 16 vuonna 1885, niitä oli 58 vuonna 1904. Suurin osa uusista oppilaitoksista oli yhteiskouluja. Vuodesta 1901 alkaen naisten ei myöskään enää tarvinnut anoa erikoislupaa ylioppilastutkinnon suorittamiseen. Tutkinnon hyväksytyt suorittaminen antoi opiskelupaikan missä tahansa tiedekunnassa. Vaikka naisten anomuksia ei ollut hylätty enää pariinkymmeneen vuoteen, yhtäläisten opinto-oikeuksien myöntämisellä oli suuri periaatteellinen ja symbolinen merkitys.

Millaisia naisia lääkärioppiin hakeutui? Taulukko seuraavalla sivulla kuvaa ryhmän (valmistuneitten) jäsenten sosio-ekonomista taustaa isän ammatin perusteella. Vaikutelma on yllättävän heterogeeninen – ryhmään mahtui sekä maan johtavien sukujen että työväenluokkaisten perheiden kasvateja (aivan kokonaan ilman sosiaalista tai taloudellista pääomaa pitkiin ja kalliisiin lääketieteen opintoihin ei tosin voinut ryhtyä). Painotus on kuitenkin selkeästi ylemmissä yhteiskuntaluokissa. Ammattinimikkeistä useimmin esiintyy merikapteeni, joita isien joukossa oli viisi. Jaottelu on kieltämättä joiltain osin turhan karkea: sosiaaliset ja ennen

1 Redogörelse för Kejsarliga Alexanders-Universitet i Finland under läsåren 1902–1905. Helsingfors: Weilin & Göös, 1905, 44–45.

ELIITTI: huippuvirkamiehet (arvoluokat 4–6), suurmaanomistajat ja aatelisupseerit	11
YLEMMÄT VIRKAMIEHET, UPSEERIT JA KORKEAMPI PAPISTO (arvoluokassa 7–8)	7
VIRKAMIEHET, UPSEERIT JA PAPIT (akateeminen koulutus ja/tai paikka arvoluokissa 9–10)	12
ALEMMAT VIRKAMIEHET (jonkinlainen muodollinen koulutus ja/tai jonkinlainen virka-asema, mutta ei ylempää akateemista tutkintoa eikä omaa nimikettä arvojärjestyksessä)	9
VIRKAJÄRJESTELMÄN ULKOPUOLELLA OLEVAT SÄÄTYLÄISET (esim. kauppiaat ja merikapteenit)	17
MAANVILJELIJÄT	8
KÄSITYÖLÄISET JA TYÖVÄESTÖ	4
EI TIETOA ISÄN AMMATISTA TAI ASEMASTA	5

Naislääkärien sosiaalinen tausta isän ammatin tai arvon perusteella 1888–1917.

kaikkea taloudelliset erot esimerkiksi kauppiaiden, maanviljelijöiden tai käsityöläisten joukossa saattoivat olla suuria.

Säätyläistausta merkitsi kulttuurista ja sosiaalista pääomaa, mutta ei taannut vaurautta. Taloudellisten vaikeuksien kanssa kamppaili esimerkiksi Karolina Eskelin, joka oli menettänyt isänsä lapsena ja äitinsäkin teini-iässä. Koulunkäyntiään hän rahoitti muun muassa työskentelemällä kauppa-apulaisena, ja opintojaan varten hän otti lainaa, mikä hänen opiskelijatoverinsa Alma Söderhjelm in mukaan oli naiselle ”erittäin epätavallista”². Joidenkin avuksi tulivat stipendit. Nimenomaan naismedisiinareille suunnattuja stipendejä jaettiin keskisuuresta Rosina Heikelin rahastosta ja pienemmästä Aurora Ekmarkin rahastosta. Alma Hjeltin stipendejä saivat ensisijaisesti opettajiksi ja toissijaisesti lääkäreiksi opiskelevat naiset. Tarkasteltavan ryhmän naiset saivat satunnaisesti myös muita stipendejä, sellaisia joiden vastaanottajan sukupuolta ei lahjoituskirjassa määritely.

Suorien todistajanlausuntojen puutteessa on vaikea sanoa, mikä ryhmän yksittäisiä edustajia motivoi lääkärinuralle. Motivoituneita he joka tapauksessa olivat, sen puolesta puhuu monikin seikka. Ensimmäiset naisopiskelijat joutuivat uhmaamaan yleistä mielipidettä ja usein myös pettämään sukunsa odotukset. Siinä missä keski- tai yläluokkaisen miehen ilman muuta edellytettiin opiskelevan ja tekevän uraa, samaan yhteiskuntaluokkaan kuuluvan naisen varmin

tie säädynmukaiseen elämään ja yhteisön arvostukseen kulki sopivan naimakaupan eikä opintojen kautta. Vaikka Suomessa yleisesti ottaen arvostettiin akateemista koulutusta, suhtautuminen opiskelemaan naiseen saattoi oppisäädyksikin olla kielteinen tai varovainen. Nainen, joka 1800-luvulla valitsi akateemiset opinnot, sai varautua kummasteluun, jopa pilkkaan.

Opiskelemaan mielivä nainen joutui vaikean ja kauaskantoisen valinnan eteen myös siinä mielessä, että uran ja perhe-elämän yhdistämisen katsottiin olevan naiselle mahdotonta. Myös varhaiset naisopiskelijat itse olivat taipuvaisia hyväksymään tämän näkemyksen. Ajan myötä kyllä osoittautui, ettei kohtalokasta valintaa aina ollutkaan pakko tehdä. 1900-luvulle tultaessa yhä usempi akateemisen koulutuksen saanut nainen avioitui. Ryhmän 73:sta lääketieteen lisensiaatista ainakin 36 avioitui ja vähintään 20:lla oli myös lapsia. Vain harvoin avioliitto päätti uran kokonaan. Avioitumisen ja etenkin lasten saannin jälkeen lääkärintyölle kyllä saattoi jäädä vähemmän aikaa. Hammaslääkärikoulutuksen ilmiömästä suosiota suomalaisten naisten keskuudessa selittää epäilemättä osaltaan se, että hammaslääkärin työ oli helpompi yhdistää perinteiseen perheenäidin rooliin kuin lääkärin työ.

Varhaisten mediisiinarinaisten korkeaan motivaatioon viittaavat myös ne konkreettiset esteet, joita he olivat joutuneet ylittämään yliopistoon päästäkseen. Etenkin 1800-luvun puolella tyttöjen oli vaikea saada yliopistoon valmistavaa koulutusta. Kuilu tyttökoulun opintomäärän ja ylioppilastutkinnon suorittamiseen vaaditta-

2 Söderhjelm (1930): 108-09.



Professori Johan Wilhelm Runeberg opetuskierrolla Uudessa klinikassa Helsingissä helmikuussa 1893. Henkilöt vasemmalta: kandidaatti Gustaf Sandström, ylihoitaja Fanny Tigerstedt, sairaanhoitaja Julia Sjöstedt, professori Johan Wilhelm Runeberg, kandidaatti Ina Rosqvist, kandidaatti Oskar Arvid Boije, lisensiaatti Jarl Alarik Hagelstam, lisensiaatti Maximilian Oker-Blom, lisensiaatti K.R. Sievers, kandidaatti Lars Ringbom, kandidaatti Alexander Lönnqvist ja kandidaatti Albert Björkman. Ina Rosqvist valmistui lääketieteen lisensiaatiksi vuonna 1896, toisena naisena Suomessa. Kuva kuuluu Helsingin yliopistomuseo Arppeanumin kokoelmiin.

van tietomäärän välillä oli jotenkin kurottava umpeen. Osa teki sen tyttökoulun jatkoloukilla, osa omin päin. Monet suorittivat ylioppilastutkinnon yksityisesti. Sekä mies- että naismedisiinarit olivat valikoitua ja koeteltua joukkoa myös siinä mielessä, että he olivat ennen lääketieteelliseen tiedekuntaan kirjoittautumistaan opiskelleet luonnontieteitä fyysis-matemaattisessa osastossa (myöhemmin tiedekunnassa). Naismedisiinarien korkeasta motivaatiosta kertoo myös heidän hyvä opintomenestyksensä.

Medisiinari muiden joukossa

Opintovaatimukset olivat Aleksanterin-yliopistossa samat sukupuolesta riippumatta. Naisopiskelijat eivät pyytäneet eivätkä saaneet opinnoissaan erivapauksia tai -oikeuksia, mistä muodostui heille myös ylpeydenaihe.

Lääkärikoulutus eteni kolmen tutkinnon kautta. Aluksi suoritettiin fyysis-matemaattisessa tiedekunnassa joko filosofian kandidaatin tutkinto tai kevyempi lääketieteellis-filosofinen tutkinto (medikofili). Se vaati useimmilta aikaa vuodesta kahteen vuoteen. Medikofili sisälsi kielikokeet vieraassa kielessä (latinassa, saksassa, ranskassa tai englannissa) ja äidinkielenä sekä tentit kemiassa, fysiikassa, eläintieteessä ja kasvitieteessä. Latina ei naisten onneksi ollut pakollista, kuten historiallis-kielitieteellisessä osastossa ja monissa ulkomaisissa lääkärikouluissa. Koska tyttökouluissa ei opiskeltu latinaa eikä klassisiin lukioihin otettu tyttöjä, latinasta muodostui helposti naisille kompastuskivi. Esi-

merkiksi Venäjällä naisten lääkärikurssin opiskelijamäärä notkahti, kun latina vuonna 1879 tuli niiden opintovaatimuksiin³.

Medikofili avasi tien lääketieteelliseen tiedekuntaan ja varsinaisiin lääkäriopintoihin. Kandidaatintutkintoa varten opiskeltiin anatomiaa, fysiologiaa, lääkeopillista kemiaa ja farmakologiaa. Anatomia oli keskeinen oppiaine, mutta sen opiskelua vaikeuttivat 1800-luvun lopussa ja 1900-alussa erinäiset käytännön ongelmat. Anatomiasali oli kylmä, sen ilmaa peitti sakea tupakansavu ja alituisen ruumispuolan vuoksi yhden ruumiin ympärillä parveili usein enemmän kuin sallitut viisi opiskelijaa. Osa opiskelijoista joutui tyytymään heikkolaatuisiin preparaatteihin. Vaikka ongelmat olivat jaettuina, ratkaisun löytäminen saattoi olla helpompaa miehille. Monet miesopiskelijat (esim. vuonna 1904 peräti 20) tekivät leikkelymatkan ulkomaille, yleensä Saksaan. Naisten kynnys matkustaa yksin oli korkeampi kuin miesten, eikä myöskään saksalaisten yliopistojen naiskielteinen maine houkutelut matkaan.

Kandidaatintutkinnon jälkeen opiskelun painopiste siirtyi Helsingin yleisen sairaalan klinikoihin. Lisensiaattiopintoihin sisältyi propedeuttinen kurssi, yleistä patologiaa sekä klinikkapalvelua sisätautien, kirurgian, sukupuolitautilien, lastentautien, silmätautien, obstetris-gynekologisessa klinikassa sekä psykiatrian klinikassa. Kussakin klinikassa palveltiin 2–4 kuukautta. Lisensiaatintutkinnossa tentittä-

3 *Deutsche medicinische Wochenschrift* 23.12.1882.

vät aineet olivat 1900-luvun alussa sisätautioppi, kirurgia, lapsenpäästöoppi ja gynekologia, oftalmologia, patologinen anatomia, hygienia, oikeuslääkeoppi, pediatria, dermatologia ja syfidiologia, psykiatria sekä uutuutena bakteriologia ja serologia. Tenteistä piti suoriutua vuoden sisällä. Opiskelija pukeutui tenttiä varten parhaimpiinsa ja meni tapaamaan tentaattoria, usein tämän kotiin, jossa hän kahvikupposen äärellä vastaili tenttikysymyksiin. Sekä kandidaatin- että lisensiaatintutkinnon kruunasi publiikki, noin tunnin mittainen julkinen kuulustelu ja todistusten jako. Kuulustelu saattoi olla koettelemus, vaikka hylätyksi tulemisen mahdollisuus olikin lähinnä teoreettinen.

Naismediinarien valmistumisluvut viittaa vaa siihen, että he tulivat tiedekuntaan hakemaan ammattia, eivät yleisivistystä. Vuosina 1888–1917 aloittaneista 86 naisesta 73 valmistui lääketieteen lisensiaatiksi. 12 tiedekuntaan kirjoittanutta keskeytti opintonsa ennen kandidaattintutkintoa – osalla näistä naisista saattoi olla tähtäimessä hammaslääkärin pikemminkin kuin lääkärin ammatti – ja lisäksi yksi opiskelija kuoli kandidaattintutkinnon suorittamisen jälkeen. Keskeyttämisiä oli opintojen pituuteen ja kalleuteen nähden vähän. Naisten opinnot sujuivat jokseenkin samaan tahtiin tai jopa hieman nopeammin kuin miesten: ryhmän naiset opiskelivat lääketieteellisessä tiedekunnassa keskimäärin 8 vuotta ja 6 kuukautta, kun satunnaisotannalla tiedekunnan matrikkelistä valitun samankokoisen miesryhmän valmistuminen kesti 8 vuotta 10 kuukautta. Naisten arvosanat olivat selvästi keskimääräistä parempia, etenkin jakson alkupuolella.

Amanuenssipalvelu Helsingin yleisen sairaalan klinikoissa muodosti eräänlaisen sillan opintojen ja ammatinharjoituksen välillä. Klinikan johtaja valitsi mieleisensä amanuenssin ja ilmoitti valinnastaan sairaalahallitukselle. Amanuenssi saattoi joutua apulaislääkärin juoksupojaksi tai -tytöksi ja jäädä vähälle ohjaukselle, mutta toisaalta kausi saattoi myös osoittautua hyödylliseksi: se tarjosi mahdollisuuden täydentää opintojen aikana saatuja tietoja ja taitoja, kerätä ansioita, solmia tuttavuuksia, kenties

päästä kliinisen tutkimusaiheen jäljille. Sairaalan hierarkiassa amanuenssi oli pikkutekijä, mutta hän oli yhtä kaikki julkisen vallan käyttäjä. Amanuenssikaudet merkittiin ansioluetteloon, ja Helsingin yleisen sairaalan amanuenssilla oli paikkansa myös suuriruhtinaanmaan rankijärjestelmässä (10. luokka, sama kuin esimerkiksi luutnantilla tai kruununnimismiehellä). Pienen palkan lisäksi hän sai sairaalalta asunnon, lämmityksen ja pakan kynttilöitä. Amanuenssit vaihtuivat tiuhaan. Amanuenssikausi Helsingin yleisessä sairaalassa kesti yleensä kuukaudesta puoleen vuoteen, kun esimerkiksi Karoliinisessa instituutissa Tukholmassa kauden vähimmäispituus oli lukukausi.

Ryhmän naisilla ei ainakaan tilastojen valossa näytä olleen vaikeuksia päästä amanuensseiksi. Ina Rosqvist nimitettiin amanuenssiksi pediatriseen klinikkaan tammikuussa 1894, ja sen jälkeen lähes kaikki naisopiskelijat palvelivat yhdessä tai useammassa klinikassa. Naispuolisia amanuensseja palveli vuosina 1894–1917 kaikissa yliopiston klinikoissa. Karoliininen instituutti erosi Helsingistä kummassakin suhteessa. Ensinnäkin naispuolisten amanuenssien määrä pysyi Karoliinisessa instituutissa pienenä: vuosina 1888–1917 naiset hoitivat 4,3 prosenttia puolivuotisista amanuenssikausista, kun heidän osuutensa opiskelijoista oli 7,3 prosenttia. Toisekseen naisten amanuenssikaudet keskittyivät tiettyihin klinikoihin selvemmin kuin Helsingissä. Tukholmassa naisamanuenssiin törmäsi suurimmalla todennäköisyydellä naistentautien ja synnytysten klinikassa, kun taas kirurgian klinikkaan ei vuosina 1888–1917 nimetty yhtään naista. Naisamanuenssien puuttuminen kirurgian klinikasta on silmiinpistävä, sillä klinikka oli iso ja työllisti paljon amanuensseja. Karoliinisissa instituutissa joko professorit tai opiskelijat tai molemmat ilmeisesti katsoivat, ettei kirurgia ole naisten alaa.

Suomessa kirurgian klinikassa palveli monia naisia, ja myös yleisen sairaalan ensimmäinen naispuolinen apulaislääkäri – Karolina Eskelin – nimitettiin juuri kirurgian klinikkaan kesäkuussa 1897. Nimityksessä ei sinänsä ole mitään outoa: Eskelin oli menestynyt loistavasti opinnoissaan, palvellut klinikassa amanuenssina ja

väitellyt kirurgian alaan kuuluvasta aiheesta. Aikansa yhteydessä nimitys on kuitenkin mielenkiintoinen. Se viittaa siihen, ettei kirurgiaa Helsingissä ainakaan vielä pidetty leimallisesti miesten omana erikoisalana. Sitä paitsi kyseessä oli valtion virka, eikä aivan vähäpätöinenkään, aikana jolloin naisten virkakelpoisuus oli erittäin kiistanalainen asia. Vertailun vuoksi voi mainita, että kun Berliinin yliopiston opetus-sairaalaan nimitettiin ensimmäisen naispuolinen vapaaehtoinen (siis palkaton) apulaislääkäri vuonna 1903, tapaus uutisoitiin Englannissa saakka⁴. Eskelin hoiti apulaislääkärin virkaa vain 5 kuukautta, minkä jälkeen hän anoi virkavapautta ulkomaille suuntautuvaa opintomatkaa varten eikä enää palannut virkaansa.

Keisarillinen Aleksanterin-yliopisto oli varhaisille naisopiskelijoille vieraanvarainen paikka: naiset kulkivat esteettä ja jokseenkin yhtä jalkaa miesten kanssa luentosalien, anatomiasalin ja klinikoiden läpi, mittauttivat tietojaan ja taitojaan tenteissä ja kuulusteluissa hyvällä menestyksellä ja astuivat esteettä opintoja ja työelämää yhdistävälle sillalle. Vieraanvaraisuudesta puhuttaessa täytyy kuitenkin painottaa sanaa *vieras*: varhaiset naisopiskelijat olivat tietoisia poikkeuksellisuudestaan ja kokivat yliopistolla ja opetussairaalassa myös vierauden ja ulkopuolisuuden tunteita. Siitä pitivät huolen jo akateemisen kulttuurin vuosisatojen aikana leimallisen maskuliinisiksi muovautuneet toimintamallit, tavat, rituaalit, ilmaukset ja symbolit. Myös naisten marginaalinen rooli osakunnissa sekä samaa sukupuolta olevien akateemisten auktoriteettien ja esikuvien puute hidastivat heidän integroitumistaan akateemiseen kulttuuriin.

Laillistettu lääkäri etsii työtä

Lisensiaatintutkimuksen suorittamista seurasi – joskus jo samana päivänä – lääkärinvalan vannominen ja laillistaminen Lääkintöhallituksessa. Naisten matkassa oli tällä kohtaa ylimääräinen mutka, sillä vuosina 1897–1914 naispuolinen

lääketieteen lisensiaatti sai lääkärinoikeudet vasta kun oli anonut ja saanut vapautuksen sukupuolestaan. Rosina Heikel ei vannonut lääkirinvalaa, mutta hänen seuraajansa vakuuttivat uskollisuutta ensin keisarille ja keisarivallan kaaduttua lailliselle esivallalle. 1910-luvun valakaava korosti huomattavasti voimakkaammin lääkärin roolia laillisen yhteiskuntajärjestyksen ylläpitäjänä kuin hänen rooliaan parantajana. Lääkäri vakuutti tahtovansa ”hengellä ja verellä puolustaa keisarillista valtaa ja ajoissa ilmaista ja tiedoksi saattaa, jos havaits[i] jotakin olevan tekeillä sen muuttamiseksi tai lakkauttamiseksi, sekä myöskin totella ja noudattaa voimassa olevia lakeja ja asetuksia”. Etäisiä kaikuja Hippokraateen valasta voi kuulla valakaavan lopussa, jossa lääkäri vakuuttaa, ettei paljasta mitään sellaista, ”joka lain tai erityisistä määräyksistä ja hyvän tavan mukaan pitää salassa pitää”. 1920-luvulla viittaus lääkärin rooliin vallankaappausyritysten ehkäisijänä jäi pois, ja lääkäri lupasi jokseenkin ilmeisesti pitää mielessään toimensa ”korkean tarkoituksen” ja täyttää parhaansa mukaan ”kaikki velvollisuutensa”.

Kun lääkäriinaisten urapolkuja alkaa hahmottaa, ensimmäiseksi syntyy vaikutelma laajasta hajonnasta lääketieteen kentällä. Ryhmän edustajia löytyy lähes kaikilta terveydenhuollon sektoreilta, myös paikoista joista naisia ei 1900-luvun alussa välttämättä odottaisi tapaavansa: kolera-alueilta, vankileireiltä, sotasairaloista, rautateiltä ja jopa suojeluskunnista. Myös maantieteellisesti hajonta on suuri. Ryhmän jäseniä työskenteli paitsi kotoisissa erämaissa myös kaukaisissa maailmankolkissa: esimerkiksi Karolina Eskelin ja Alfild Heideman tekivät lääkärityötä Yhdysvalloissa, Helmi Heikinheimo ja Aino Ahde työskentelivät lähetyslääkäreinä Kiinassa ja Selma Rainio Afrikassa. Kaukomailla lääkärit joutuivat kosketuksiin paitsi uuden kielen ja kulttuurin myös uudenlaisten tapausten kanssa. Esimerkiksi Aino Ahde näki ensimmäiset kolera- ja paiseruttopotilaansa Kiinassa 1932⁵.

Ryhmän naislääkärit hajaantuivat lääketieteen

4 *British Medical Journal* (I/1903): 58.

5 Aino Ahteen kirje Anni Seppäselle, Jangtsevirralla 6.9.1932. Anni Seppäsen kokoelma. Kansalliskirjasto.

kentällä laajalle, mutta eivät sentään aivan tasaisesti. Tarkemmin katsoen risteilevien urapolkujen keskeltä alkaa erottua toisaalta painoalueita, toisaalta alueita joille naisten urapolut eivät yllä.

Kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu, että varhaiset lääkärintaiset usein raivasivat itselleen oman toiminta-alueen tai ekolokeron (*niche*) naisten ja lasten tautien hoitajina ja että he hoitivat naisia ja lapsia nimenomaan perusterveydenhuollossa pikemminkin kuin sairaalatai erikoislääkäreinä. 1900-luvun alun Suomeen tämä malli sopii vain osittain.

Suomessa, toisin kuin esimerkiksi Yhdysvalloissa, erikoistuminen ei ainakaan tässä vaiheessa muodostanut merkittävää pullonkaulaa naisten uralla. Täällä erikoistuminen ei tosin myöskään taannut arvostettua sairaala-affiliaatiota. Lähes puolet (47,7 %) tutkittavan ryhmän lääkärintaisista ilmoittautui ainakin yhden alan erikoislääkäriksi. Osalla nimike oli tosin peräisin ajalta ennen valtakunnallisten erikoistumiskriteerien käyttöönottoa. Ennen vuotta 1922 kuka tahansa lääkäri saattoi periaatteessa ilmoittautua erikoislääkäriksi, joskin käytännössä hän tarvitsi sellaisena esiintymiseen kollegoidensa (vähintäänkin hiljaisen) suostumuksen. Vuosina 1922–31 myös pääkaupungin ulkopuolella nojattiin Helsingin lääkäriyhdistyksen määrittelemiin erikoistumiskriteereihin, joiden mukaan erikoistumiseen tarvittiin mm. kahden vuoden palvelu yliopiston klinikassa. Vuonna 1931 erikoisoikeuksien myöntäminen siirtyi Lääkäriliitolle ja vaatimukset täsmentyivät.

Naisten- ja lastentaudit sekä synnytykset työllistivät monia suomalaisia naislääkäreitä. Painotus näkyy jo amanuenssvaiheessa: eniten naisamanuensseja palveli lastentautien klinikassa, toiseksi eniten sisätautiklinikassa. Kolmanneksi eniten heitä oli naistentautien ja synnytysosastoilla. Naispuolisten erikoislääkärien joukossa suurimman ryhmän muodostivat lastenlääkärit (8), seuraavaksi suurimman keuhkolääkärit (6), ja kolmantena tulivat naistentautien ja synnytysten erikoislääkärit (5). Myös monet ei-erikoistuneet omistautuivat naisille ja lapsille, esimerkiksi synnytys- tai koululääkäreinä. Toisaalta ei-erikoistuneiden joukossa oli myös monia, jot-

ka työskentelivät tuberkuloosiparantoloissa tai mielisairaaloissa. Naisten ja lasten hoitaminen ei siis ollut mikään itsestään selvä tai poissulkeva valinta varhaisille suomalaisille naislääkäreille.

Suomessa pahimman pullonkaulan muodostivat julkiset virat. 1900-luvun alkupuolella ajateltiin yleisesti, että naiset eivät sovellu käyttämään hallinnollista tai juridista valtaa. Maassa, jota johtivat virkamiehet ja jossa lähes kaikki lääkärit saivat ainakin osan tuloistaan julkiselta sektorilta⁶, käsitys oli haitaksi naisten urakehitykselle. Virka-asema oli tärkeä silloinkin, kun virkapalkka ei riittänyt takaamaan säädynmuukaista elintasoja, sillä virka-asema määritteli olennaisesti sosiaalista asemaa. Voidaan turvallisesti olettaa, että 1900-luvun alun suomalaisessa järjestelmässä lähes jokaisen lääkärin ensisijaisena tavoitteena oli vakituinen (valtion) virka. Terveystieteiden virkahierarkian huipulla olivat lääkintöhallituksen johtaja ja lääkintöneuvokset, professorit ja valtion sairaaloiden johtajat. Seuraavana tulivat piirilääkärit ja muiden valtion laitosten johtajat. Kunnanlääkäri virat nousivat vuosisadan vaihteen jälkeen määrällisesti merkittäviksi, mutta kunnanlääkäri status ja palkkaehdot olivat pitkään epämääräiset.

Viralliset ohjeet ja säädökset heijastavat käsitystä naisen epäsovinnaisuudesta julkisen vallan käyttäjäksi. Naislääkäri sai 1900-luvun alussa luvan ”utan hinder af sitt kvinliga kön, söka samt efter skicklighet och förtjenst vinna befördran till assistentläkaretjenster vid allmänna sjukhuset i Helsingfors äfvensom till kommunalläkaretjenster på landet och sådana läkaretjenster i städerna, med hvilka är förenadt endast åliggande att handhafva sjukvården”. Viimeinen lause tarkoittaa, että naisen ei tule toimia virassa, johon kuuluu hallinnollista valtaa. Naislääkäri virkakelpoisuutta pohdittiin vuosikautia. Vuonna 1914 päädyttiin seuraavaan, edelleen varsin ambivalenttiin muotoiluun: ”Naislääkärit saattavat, samaten kuin mieslääkäritkin, hakea kaikkia avoinna olevia valtion lääkärinten virkoja, mutta virkaehdotusta

6 Vuonna 1910 maassa oli noin 500 lääkäriä sekä noin 400 päätoimista ja noin 100 sivutoimista virkaa (Kauttu & Kosonen 1985: 14).

laadittaessa ja virkaan nimitettäessä on kussakin tapauksessa harkittava, onko sopivaa, että avoimena olevaan virkaan nimitetään naislääkäri” (Suomen Senaatin Siviilitoimituskunnan päätös, koskeva naisten oikeutta harjoittaa lääkäriammattia Suomessa, 4 päivältä huhtikuuta 1914). Naisen voi siis valita julkiseen virkaan, mutta kannattaa miettiä kahdesti tekeekö sen.

Suomalaisen virkamiesjohtoisen valtakoneiston huippupaikoilla oli etupäässä juristeja. Ei siis ihme, että suurimmaksi järkäleeksi naisten urapolulla muodostui tuomiovalta. Ajatus naisesta tuomiovallan käyttäjänä oli monen miehen ja naisenkin silmissä lähtökohtaisesti absurdi, ja tämä näkyi myös käytännön ratkaisuisissa. Kun konsistori vuonna 1913 päätti olla avaamatta professuureja naisille, perusteena oli se tuomiovalta, jota professorit konsistorin jäsenenä käyttivät. Tai kun Agnes Sjöberg – ensimmäisenä suomalaisena naisena muuten – sai luvan sukupuolestaan huolimatta toimia eläinlääkärinä ja hakea alan virkoja, lupaan kirjattiin yksi poikkeus: jos Sjöberg sattuisi hakemaan ja saamaan lääkintöhallituksen eläinlääkintäasiain asessorin viran, hän ”ei saa tehdä tuomarin valaa eikä Lääk. hallituksen jäsenenä ottaa osaa sellaisten asioiden käsittelyyn, joissa tuomiovaltaa käytetään” (Valtioneuvoston päätös 18.1.1919). Tuomarinvalan vannominen tuli Suomessa naiselle mahdolliseksi vuonna 1926.

Naisen ja julkisen vallan ongelmallinen suhde näkyy myös ryhmän naisten toteutuneita urapolkuja seurattaessa. Ryhmässä on kyllä naisia, jotka toimivat esimerkiksi valtion sairaaloiden lääkäreinä, kunnanlääkäreinä ja piirilääkäreinäkin. Vakinaisen julkisen viran – etenkin valtion viran – saaminen näyttää kuitenkin keskimäärin olleen heille vaikeaa. Osa ryhmän naisista piipahteli julkisella sektorilla vain hoitamassa sijaisuuksia tai lomituksia. Merkintä tyyppiä ”vt kunnanlääkärinä 1 kk vuosittain 1921–30” ei ole lääkärinaisten nimikirjassa harvinainen. Useimmat näistä ikuisista lomittajista tekivät tietysti muutakin lääkärintyötä.

Sotien aikana julkinen terveydenhuolto tarvitsi lääkärinaisia kipeästi. Kun huomattava osa (80–85 %) mieslääkäreistä kutsuttiin asepalve-

lukseen⁷, naislääkäreitä komennettiin sotasairaaloihin ja hoitamaan miesten siviilivirkvoja. Komennuksia tuli sota-aikana tiuhaan tahtiin, ja ne saattoivat heittää lääkärin minne päin maata tahansa. Esimerkiksi helsinkiläisellä sisätautilääkäri Anni Seppäsellä oli sotien aikana 12 komennusta eri puolilla maata. Kollega Helmi Jaakkimainen kirjoitti hänelle vuonna 1941: ”Minä olen ollut ja olen sellainen Lääk. hallituksen juoksutyttö. Nyt pidän luentoja specialiteettina syöpälaiset ja odottelen taas komennusta.”⁸ Työtä riitti uupumukseen asti, mutta naisten sodanaikaisista kirjeistä välittyy myös tyytyväisyys siitä, että he saivat toden teolla hyödyntää koulutustaan ja tehdä kunnan lääkärintyötä. Vain harva heistä jäi sodanaikaisiin palkkiovirkoihinsa pysyvästi. Lääkintöhallitus ja Lääkäriliitto huolehtivat parhaansa mukaan, etteivät kotirintamalla työskentelevät lääkärit millään tavoin pääseet hyötymään rintamalla olevien kollegoidensa kustannuksella.

Tutkijana ja kansanvalistajana

Akateemisissa viroissa yhdistyivät julkinen valta ja tieteellinen auktoriteetti, joten ne olivat erittäin haluttuja ja arvostettuja. Lääketieteen virkoihin valituksi tuleminen edellytti sellaisia tieteellisiä ansioita, joita käytännössä saattoi hankkia vain suuressa sairaaloissa tai yliopiston laboratorioissa, ei yksityispraktiikassa. Akateemisen uran rakentaminen oli siis pitkäjänteinen hanke. Sen minimiedellytys oli väittelemine ja sen alin (monen kohdalla tietysti myös viimeinen) askelma oli dosenttuuri. Ryhmän naisista 11 väitteli lääketieteen ja kirurgian tohtoreiksi, ja dosentteja joukossa on viisi. Vakinaiseen professuuriin tästä ryhmästä eteni vain Laimi Leidenius, josta tuli Helsingin yliopiston lapsenpäästöopin ja naistentautien II professori vuonna 1930. Professorin arvonimen saivat lisäksi Zaida Erikson-Lihr (1955), Signe Löfgren (1956) ja Anni Seppänen (1965).

7 Kauttu ja Kosonen (1985): 112.

8 Helmi Jaakkimaisen kirje Anni Seppäselle, 23.7.1941. Anni Seppäsen kokoelma. Kansallisarkisto.

Muutkin kuin yllä mainitut ryhmän jäsenet osallistuivat tieteelliseen keskusteltuun, ts. julkaisivat alkuperäistutkimusta kotimaisilla tai kansainvälisillä foorumeilla. Useimpien julkaisuluettelo jäi kuitenkin lyhyeksi. Vaikka monilla ryhmän jäsenistä oli kiinnostusta ja kykyä tieteelliseen tutkimukseen, harvoilla oli mahdollisuutta tai intoa omistautua sille kokonaan. Ainoa ryhmän naisista, joka uransa alusta saakka johdonmukaisesti suuntautui lääketieteelliseen perustutkimukseen, oli lahjakas serologi Elsa Ryti. Rytissä olisi ollut aineista tiedemaailman tähdeksi, mutta hän kuoli vain 36-vuotiaana. Ryti kuoli Saksassa, württembergiläisessä keuhkotautiparantolassa, ei kuitenkaan tuberkuloosiin sinänsä vaan hoitotoimenpiteen komplikaatioihin. Ryti teki tutkimusta sananmukaisesti loppuun asti. Viimeisissä kirjeissään hän kertoo innostuneena koesarjasta jonka oli käynnistänyt parantolan jokseenkin alkeellisessä laboratoriossa⁹.

Alkuperäistutkimuksen ohella ryhmän jäsenet tuottivat vaikuttavan määrän suurelle yleisölle sekä esimerkiksi kättilöille, sairaanhoitajille ja opettajille suunnattua tieto- ja valistuskirjallisuutta. Naislääkärien oli ilmeisesti helpompi omaksua auktoriteettiasema suhteessa maallikoihin tai perinteisten naisammattien edustajiin kuin miesvaltaiseen tiedeyhteisöön. Monet yhdistivät kansanvalistajan roolinsa toimintaan erilaisissa yhdistyksissä, järjestöissä ja/tai politiikassa. Kansanterveystyön aktivisteihin kuuluivat esimerkiksi naisvoimistelun uranuurtaja Kaarina Kari, monipuolinen huoltotyön ammattilainen Rakel Jalas sekä maan ruotsinkielisen väestön mentaalihygienian vaalimiseen paneutunut ”sisä- ja hermolääkäri” Karin Spooft.

Naisten asemasta ammattikunnan sisällä saa jonkinlaisen käsityksen tarkastelemalla heidän asemaansa kollegiaalisissa elimissä. Suomessa oli kolme valtakunnallista lääkäriseuraa – vuonna 1835 perustettu Finska läkaresällskapet, vuonna 1881 perustettu Duodecim ja vuonna 1910 perustettu Lääkäriliitto – sekä joukko pie-

nempiä ja erikoistuneempia seuroja sekä paikallisyhdistyksiä. Naisten asema valtakunnallisissa seuroissa 1900-luvun alkupuolella muistuttaa heidän asemaansa osakunnissa: heidän jäsenyytensä hyväksyttiin itsestään selvästi (toisin kuin eräissä muissa maissa), mutta seurojen toiminnassa he jäivät sivuosaan, elleivät suorastaan statisteiksi. Naisia ei sotia edeltävänä aikana näkynyt seurojen johtotehtävissä, yleiskokousten alustajina eikä julkaisujen toimittajina. Seurojen historiikitkin ohittavat naisjäsenet satunnaisilla maininnoilla.

Vuosina 1888–1917 opintonsa aloittaneet naislääkärit hajaantuivat laajalle terveydenhuollon kentällä, mutta jotkut alueet osoittautuivat vaikeasti vallattaviksi. Vaikeinta ei ollut päästä vaarallisiin tai fyysisesti raskaisiin töihin vankileireille, sotasairaaloihin tai lähestyasemille vaan valtion vakituisiin virkoihin, etenkin sellaisiin joihin liittyi merkittävää hallinnollista tai tuomiovaltaa. Myöskään ammattikunnan sisäpiiriissä – valtakunnallisten lääkäriseurojen puheenjohtajien tai johtokunnan jäsenten joukossa, lääketieteellisten julkaisujen toimittajina tai lääkintöhallituksen johtopaikoilla – naisia ei sotia edeltävänä aikana näkynyt. Poikkeuksen muodostaa Laimi Leidenius, joka vakinaisena professorina toimiessaan (1930–38) käytti merkittävää ammatillista ja tieteellistä valtaa.

Lopuksi

Kun uusi, jossakin merkittävässä suhteessa erilaiseksi koettu ryhmä haluaa lunastaa paikan jo vakiintuneella ammatillisella kentällä, sen on tärkeää löytää toimintatapoja, jotka eivät avoimesti uhkaa ammattikunnan vakiintuneiden jäsenten etuja tai identiteettiä. Yksi keino on raivata uudelle ryhmälle tilaa kentän vähemmän halutuilta laita-alueilta. Monissa maissa varhaisten naislääkärien omaksi tontiksi muodostui naisten ja lasten hoitaminen (perusterveydenhuollossa). Ammatillista elintilaa raivattiin muun muassa vetoamalla naispotilaiden erityistarpeisiin, joita mieslääkärit eivät jäännöksettä pysty täyttämään, ja perustamalla naisille omia lääkä-

9 Elsa Rytin kirje Anni Seppäselle, Schönberg–Neuenburg, 19.6.1931; Elsa Rytin kirje Anni Seppäselle, Schönberg–Neuenburg, 7.7.1931. Anni Seppäsen kokoelma. Kansallisarkisto.

rikouluja, joissa opetus painottui alusta saakka naisten ja lasten tauteihin. Suomessa tämänlaatuinen separatismi ei juuri saanut kannatusta.

Suomessa tontinraivausta tärkeämmäksi tuli toinen strategia, jota voisi nimittää vaikkapa takapäivystäjä-strategiaksi: naislääkärit lunastivat paikkansa terveydenhuollon kentällä 1900-luvun alussa muodostamalla hyvin koulutetun ja innokkaan lääkärireservin, joka täytti vähemmän halutut toimet, otti halukkaasti vastaan sijaisuuksia ja lomituksia ja auttoi vastaamaan kasvaneeseen lääkäritarpeeseen kriisien (epidemioiden ja sotien) aikana. Virkatyöltä vapautuvan ajan he käyttivät perheeseen, yksityispotilaisiin, valistustyöhön, järjestötoimintaan ja joskus politiikkaan. Ammatillisen tasa-arvokehityksen kannalta kummassakin strategiassa oli ongelmansa: omalta tontilta saattoi olla vaikea siirtyä muille lääketieteen alueille, ja takapäivystäjän taas oli vaikea kartuttaa ammatillisia ansioita ja toisinaan jopa ylläpitää kovalla työllä hankkimaansa ammattitaitoa.

Lähteitä ja kirjallisuutta

Varhaisten naislääkärien ryhmämuotokuvan perustana olevat tiedot ovat peräisin lääkärimatrikkeleista (1900–46), Aleksanterin-yliopiston lääkeopillisen tiedekunnan matrikkeleista ja pöytäkirjoista (1888–1917), yliopiston opiskelijaluetteloista ja vuosikirjoista (1888–1917), naislääkärien nimikirjoista (Lääkintöhallituk-

sen arkisto, Kansallisarkisto) sekä Helsingin yleisen sairaalan arkistosta (Kansallisarkisto). Karoliinista instituuttia koskeva vertailuaineisto on peräisin instituutin luetteloista (1888–1917). Lisäksi on hyödynnetty Anni Seppäsen kokoelmaa (Kansallisarkisto), Karin Spoofin kokoelmaa (Åbo Akademin arkisto) sekä Karolina Widerströmin kokoelmaa (Riksarkivet, Tukholma).

Bergstedt, Karl Anders (1907): *Medicinalväsendet i Finland*. Helsingfors: Lilius & Herzberg.

Dyhouse, Carol (2006): *Students: A Gendered History*. London & New York: Routledge.

Hakosalo, Heini (2006). ”Kivuton murros? Naisten oikeus akateemisiin opintoihin ja ammatinharjoitukseen autonomian ajan Suomessa”, *Historiallinen Aikakauskirja* 4, 397–407.

Keisarillisen Majesteetin Armollinen Arvojärjestys Suomen Suuriruhtinaanmaalle. Annettu Helsingissä, 15 p:nä Heinäkuuta 1897.

Kaattu, Kyllikki & Kosonen, Tapani (1985): *Suomen lääkäriliitto 1910–1985*. Helsinki: Suomen lääkäriliitto.

Oker-Blom, Nils (1985): *Finska Läkaresällskapet 1835–1985*. Helsingfors: Finska läkaresällskapet.

Parvio, Salme & Wegelius, Ruth (toim.) (1987): *Suomen Naislääkäriyhdistys r.y. – Finlands kvinliga läkare r.f. 1947–1987*. Helsinki: Suomen naislääkäriyhdistys.

Riska, Elianne & Wegard, Katarina (toim.) (1993): *Gender, Work and Medicine: Women and the Medical Division of Labour*. London: Sage, 1993.

Soininen, Gunnar (1956): *Suomalainen lääkäri-seura Duodecim 1881–1956*. Helsinki: Duodecim.

Susitaival, Paavo (1960): *Suomen lääkäriliitto – Finlands läkarförbund*. Helsinki: Suomen lääkäriliitto.

Söderhjelm, Alma (1930): *Min värld II*. Stockholm: Alb. Bonniers boktryckeri.

Tavast, Annakaisa (2007): ”Naislääkäreitä Duodecimin jäseninä 109 vuotta”, *Duodecim* 123, 1352–5.

Kirjoittaja on filosofian tohtori ja yliopistonlehtori Oulun yliopistossa.