

**Länsimainen terveydenhuolto Lounais-Afrikassa
vuosina 1920–1939**

Jenni Kärki
Joensuun yliopisto
Yleinen historia
Pro gradu -tutkielma
Elokuu 2007

Sisällysluettelo

1 Johdanto	3
1.1 Lounais-Afrikka Kansainliiton mandaattivaltioksi	3
1.2 Terveysthuolto Lounais-Afrikassa ennen 1920-lukua	5
1.3 Tutkimustehtävä ja lähteet	6
1.4 Tutkimusperinne	9
2 Terveysthuoltopolitiikan lähtökohdat	14
2.1 Terveysthuolto-osaston perustaminen ja sen tavoitteet	14
2.2 Terveysthuollon rakenne	20
3 Siirtomaahallinnon organisoima terveysthuolto Lounais-Afrikassa	24
3.1 Alueellisesti eriarvostavaa terveysthuoltoa	24
3.2 Sairaalapalvelut	28
3.3 Terveysthuoltohenkilökunta	41
4 Yksityiset terveysthuoltopalveluiden tuottajat	46
4.1 Lähetyseurojen terveysthuoltotyö Lounais-Afrikassa	46
4.2 Suomen Lähetyseuran terveysthuoltotyö Ambomaalla	52
4.3 Kaivostyövoiman terveysthuolto	61
5 Ennaltaehkäisevä terveystyö	68
5.1 Ennaltaehkäisevän työn alkuvaiheet	68
5.2 Elin- ja asuinolosuhteiden kehittämistoimet	71
6. Lopuksi	77
Lähteet	
Kartta	

1 Johdanto

1.1 Lounais-Afrikka Kansainliiton mandaattivaltioksi

Lounais-Afrikka, joka sijaitsee Afrikan mantereen lounaisrannikolla Etelä-Afrikan ja Angolan välissä. Nykyisin alue tunnetaan nimellä Namibia. Eurooppalaiset alkoivat asuttaa Lounais-Afrikkaa 1700-luvun alusta lähtien. Kaupankäynnin myötä maahan saapuivat kauppiat, tutkimusmatkailijat ja lähetystyöntekijät. Suurimman eurooppalaisen väestöryhmän muodostivat saksalaiset. Lounais-Afrikan siirtomaahallintoaika alkoi virallisesti vuonna 1884, tuolloin saksalaiset onnistuivat kauppamies Adolf Lüderitzin johdolla neuvottelemaan paikallisen väestön kanssa sopimuksen, joka antoi Saksalle oikeudet toteuttaa Lounais-Afrikan rannikkoalueella Saksalle hyödyllistä kolonialistista politiikkaa. Saksa julisti Oranjejoen ja Angra Pequenan välisen alueen protektoraatiksi ja täten alueesta tuli Saksan ensimmäinen siirtomaa.¹

Ensimmäinen maailmansota antoi Iso-Britannian siirtomaalle, Etelä-Afrikalle, tilaisuuden hyökätä Saksan siirtomaahan Lounais-Afrikkaan. Etelä-Afrikka onnistui valtaamaan alueen jo vuonna 1915, mikä johti saksalaisvallan päättymiseen alueella. Maailmansodan päätyttyä vuonna 1919 voittajavaltiot kokoontuivat laatimaan rauhansopimusta Pariisiin, jossa langetettiin tuomiot häviäjämaille. Saksan ollessa yksi sodan häviäjistä, se joutui luopumaan siirtomaanomistuksistaan. Lounais-Afrikan kansainvälispoliittisesta asemasta syntyi ristiriitaisia näkemyksiä ja umpikujan ratkaisemiseksi luotiin mandaattisysteemi, jonka mukaan siirtomaat alistettiin voittajavaltion valvontaan. Kansainliiton tehtäväksi tuli mandaattorin toteuttaman hallinnon valvonta, jonka myötä mandaatin hallitsijat veloitettiin vuosittain lähettämään selonteko Kansainliiton pysyville mandaattikomisssiolle (*Permanent Mandate Commission*).²

Lounais-Afrikka luokiteltiin C-luokan mandaatiksi, jonka hallinta oli Etelä-Afrikalla. C-luokan mandaatti merkitsi aluetta, jota tulee hallita mandaattivallan lakien mukaan, mikä johtuu sen vähäisestä väkimäärästä, pienestä koosta, tai sen läheisestä sijainnista mandaattivaltaan nähden. Mandaattisopimus antoi Etelä-Afrikalle laajan hallinnollisen ja lainsäädännöllisen vallan mandaattialueeseen. Siten Lounais-Afrikasta tuli Etelä-Afrikan maantieteellinen jatke, joka tuotti vientituotteita emämaan kysynnän mukaisesti. Sopimus kuitenkin kielsi sotilastukikohtien perustamisen alueelle, kuten myös kaikki toimet alueen liittämiseksi Etelä-Afrikkaan.³

¹ Esim. Dreschler 1988, 140-141; Katjavivi 1988, 5-7,11.

² Töttemeyer 1978, 43.

³ Wellington 1967, 262-265.

Kansainliiton tavoitteena oli estää saksalaisen kolonialismin ja sen valkoista siirtolaisuutta suosivan luonteen jatkuminen Lounais-Afrikassa. Toisaalta Etelä-Afrikan liittovaltion tehtäväksi tuli edistää sosiaalista hyvinvointia mandaattialueensa parhaaksi. Etelä-Afrikalle ja Kansainliitolle syntyikin näkemyseroja siitä miten mandaattimääräyksiä oli tulkittava. Yhteisymmärrystä ei saavutettu muun muassa paikallisväestön asemasta tai siitä kuuluiko ylin vallankäyttö Etelä-Afrikan hallinnolle vai Kansainliitolle. Etelä-Afrikka katsoi, että Lounais-Afrikassa tuli soveltaa isäntämaan hallintoa ja lainsäädäntöä sellaisenaan.⁴ Käytännössä tämä merkitsi sitä, että Etelä-Afrikan liittovaltio jatkoi maassa saksalaisten toteuttamaa kolonialista politiikkaa. Maassa suosittiin valkoista väestöä afrikkalaisen väestön kustannuksella.⁵ Valkoisten siirtomaalaisten maahanmuuton edistämistä jatkettiin. Lisäksi halpakorkoiset lainat ja viljelymaan jakaminen saksalaisille ja valkoisille eteläafrikkalaisille edesauttoivat valkoisen siirtolaisuuden jatkuvuutta.⁶

Afrikkalaisväestön hallintoa poliisivyöhykkeellä tehostettiin 1920-luvulla perustamalla reservaatteja (*native reserves*). Poliisivyöhykkeellä tarkoitetaan Lounais-Afrikan etelä- ja keskiosien siirtomaahallinnon poliisin valvomaa aluetta, jonne ulottui siirtomaahallinnon hallintokoneisto. Maan pohjoisosa, Ambomaa ja Itä-Capriivi sijaitsivat poliisivyöhykkeen ulkopuolella. Toimenpiteen esikuvana oli vastaava Etelä-Afrikassa säädetty laki vuodelta 1913. Pääosin reservaatit sijaitsivat maan etelä- ja keskiosissa ja koostuivat vajaasta kymmenestä prosentista koko maan pinta-alasta, vaikka afrikkalaisten väkimäärä muodosti noin 90 % maan väestöstä.⁷ Hallintovalta Lounais-Afrikassa muotoutui alueellisesti vaihtelevaksi, koska poliisialueen ulkopuoliset alueet Ambomaa, Kavango ja Kaokoveld jäivät suurelta osin mandaattihallinnon ulkopuolelle, vaikka väestöllisesti se edusti Lounais-Afrikan merkittävintä osaa.⁸

Lounais-Afrikan kehitys on liittynyt siirtomaahallinnon muotoutumiseen ja sen luomiin poliittistaloudellisiin muutoksiin. Etelä-Afrikan siirtomaapolitiikka Lounais-Afrikassa voidaan jakaa kolmeen eri ajanjaksoon: ensimmäistä kutsutaan eristämisen kaudeksi (1915–1948), toista apartheidin kaudeksi (1948–1977) ja kolmatta sisäisen siirtokunnan kaudeksi (1977–1991).⁹ Pääosin tässä tutkimuksessa perehdytään maailmansotien väliseen aikaan sijoittuneeseen eristämisen kauteen.

⁴ Töttemeyer 1978, 43.

⁵ Emmett 1988, 233.

⁶ Wellington, 1967, 273.

⁷ Katjavivi 1988, 14.

⁸ Katjavivi 1988, 3. Kartta.

⁹ Davenport 2000, 270-271, 388, 459; Thompson 1990, 154, 187, 221.

Eristämisspolitiikan ydinajatus oli valkoisen paremmuus afrikkalaisiin nähden. Valkoisten täytyi voida hallita afrikkalaisia sekä päättää, mikä heille oli hyväksi. Eristämisspolitiikan kaudelle oli tyypillisiä Etelä-Afrikan hallituksen aggressiiviset yritykset luoda ihanteelliset olot pääoman karttumiselle. Reservaattien perustaminen afrikkalaisille oli keskeinen osa tätä politiikkaa, sillä ne toimivat työvoimareservinä. Lisäksi niistä saatiin halpaa työväkeä kaivoksiin, rautateille, maataloille ja teollisuusyrityksiin. Lainsäädäntö oli eriarvostamisen politiikan tärkein yksittäinen työkalu. Lainsäädännölliset toimet olivat se tukipilari, johon koko järjestelmä nojasi ja jonka avulla Lounais-Afrikasta muodostui epätasa-arvoinen yhteiskunta maailmansotien välisenä aikakautena. Eurooppalaiset olivat yhteiskunnan huipulla niin taloudellisesti, poliittisesti kuin sosiaalisestikin.¹⁰ Suurin osa afrikkalaisista asutti maaseutua ja eli vaatimattomissa olosuhteissa vailla poliittisia vaikutusmahdollisuuksia. Etelä-Afrikan toteuttaman siirtomaapolitiikan oli kuitenkin huomioitava Kansainliiton vaikutus, ja liittovaltion oli edistettävä Lounais-Afrikan asukkaiden sosiaalisia olosuhteita.¹¹ Kansainliiton vaatimusten myötä sai alkunsa myös terveydenhuollon sektorin kehittäminen.

1.2 Terveydenhuolto Lounais-Afrikassa ennen 1920-lukua

Varhaisimmat koloniaaliset terveystalvet olivat Afrikassa suunnattu siirtomaaviranomaisille ja siirtomaan sotajoukoille.¹² Kuitenkin jo 1800-luvulla siirtomaaviranomaisten taholta oli huomattu, ettei eurooppalaisten sotilaiden ja siviilien terveydestä saatu takeita ellei alueen alkuperäisasukkaiden terveyteen kiinnitetty huomiota.¹³ Eri siirtomaista saatujen kokemusten myötä, terveystalvet ulotettiin alkuperäisväestön keskuuteen erilaisten massarokotuskampanjoiden kautta, joiden avulla torjuttiin tauteja kuten isorokkoa ja ruttoa. Lisäksi lähetyssurat toimivat siirtomaahallinnon rinnalla keskeisenä terveystalvetuiden tarjoaja. Yleisesti ottaen trooppisten sairauksien hoito ennen 1900-lukua oli haasteellista lääkkäreille tautien tuntemuksen ollessa vielä vähäistä, mikä luonnollisesti rajoitti diagnoosin varmuutta.¹⁴

Lounais-Afrikkaan länsimainen lääketiede tuli 1800-luvun puolivälissä, kun ensimmäiset lähetystyöntekijät saapuivat maahan Ambomaata myöten. Lähetystyöntekijät hoitivat afrikkalaisia

¹⁰ Silvester et al. 1998, 18-19, 25.

¹¹ Töttemeyer 1978, 43.

¹² Vaughan 1991, 36.

¹³ Arnold 1988, 14.

¹⁴ Vaughan 1991, 36-37, 39-40, 56.

lähetyksasemilta käsin. Vuonna 1914 Reinin ja Roomalaiskatolisen kirkon lähetyksseuroilla oli yhteensä 35 lähetyksasemaa Lounais-Afrikassa.¹⁵ Suomen Lähetyksseuralla oli Lounais-Afrikan Ambomaalla yksi sairaala ja useita lähetyksasemia.¹⁶ Saksan siirtomaahallinnon aikana siirtomaahallinnon lääkäri- ja sairaalapalvelut olivat pääasiallisesti tarkoitettu eurooppalaisväestön käyttöön. Ennen ensimmäisen maailmansodan alkua Lounais-Afrikan suurimmissa kaupungeissa oli joko siirtomaahallinnon terveysasema tai sairaala, joissa työskenteli yhteensä 25 lääkäriä ja 27 Punaisen Ristin sairaanhoitajaa.¹⁷

Länsimaisen lääketieteen rinnalla perinteiset kansanparannuskeinot elivät voimakkaina Lounais-Afrikassa. Afrikkalaisessa kulttuurissa sairaudet yhdistettiin usein noituuteen ja vainajahenkiin. Yleisesti uskottiin, että noudattamalla perinteisiä uskonnollisia säädöksiä säästyi monelta vahingolta ja sairaudelta. Vuosisatojen ajan lounaisafrikkalaiset olivat jättäneet terveydellisen hyvinvointinsa perheen ja suvun antaman hoivan varaan. Kuitenkin, jos sairastui vakavammin, käännyttiin kansanparantajien puoleen, joilla oli merkittävä ja arvostettu asema yhteisöissä. Kansanparantajien hoitotavat pohjautuivat perinteisiin hoitomenetelmiin ja olivat läheisessä yhteydessä afrikkalaiseen kulttuuriin.¹⁸

1.3 Tutkimustehtävä ja lähteet

Vielä ennen ensimmäistä maailmansotaa suurin osa afrikkalaisista turvautui perinteisiin kansanparannuskeinoihin sairauden puhjetessa. Siirtomaahallinnon terveydenhuollon piiriin kuuluivat eurooppalaiset asukkaat ja pieni osa afrikkalaista työväestöä. Oman panoksensa terveydenhuollon palveluihin toivat lähetyksseurat, jotka harjoittivat pienimuotoista sairaudenhoitoa lähetyksasemillaan. Lähtökohdan tutkimukselleni antaa ensimmäisen maailmansodan jälkeiset muutokset. Maailmansota muutti tilanteen siten, että Lounais-Afrikan hallitusvalta muuttui saksalaisesta eteläafrikkalaiseen, jonka toimintaa valvoi Kansainliitto. Kansainliiton vaatimuksien myötä myös alueen sosiaalisia oloja tuli kehittää ja tämä merkitsi maan terveydenhuoltopolitiikan uudistamista.

¹⁵ Wellington 1967, 223.

¹⁶ Peltola 1958, 161–163.

¹⁷ Wellington 1967, 223–224.

¹⁸ Ojala 1990, 9-12.

Tutkin Kansainliiton mandaattihallinnon vuosiraporttien kautta länsimaisen terveydenhuollon historiaa vuosien 1920–1939 aikana. Tarkoituksena on selvittää millaisen organisaation puitteissa terveydenhuoltopolitiikkaa toteutettiin Lounais-Afrikassa. Maailmansotien välinen aikarajaus perustuu siihen, että Kansainliitto oli tuolloin mandaattihallintoa valvova elin, jonka aikana vakiintuivat länsimaisen terveydenhuollon rakenteet Lounais-Afrikkaan. Tutkin millaisin suunnitelmin uutta terveydenhuoltopolitiikkaa lähdettiin toteuttamaan ja toisaalta miksi tietynlaista politiikkaa on harjoitettu. Maan taloudellinen tila ja yhteiskunnan arvot sanelevat usein terveydenhuoltopolitiikan reunaehdot. Selvittämällä terveydenhuoltopolitiikan taustoja voidaan nähdä selvemmin, mitkä tekijät Lounais-Afrikassa ohjasivat terveydenhuoltopolitiikan suunnan muotoutumista.

Kartoittamalla Lounais-Afrikan terveydenhuolto-organisaatio selviää miten käytännössä terveydenhuoltopalvelut maassa toteutuivat, kenelle ne oli suunnattu ja kenen toimesta. Mielenkiintoista on nähdä ulottuiko Etelä-Afrikan toteuttama eristämispolitiikka myös terveydenhuoltopolitiikkaan. Lähtöoletta Kansainliiton taholta oli kuitenkin se, että Etelä-Afrikan liittovaltion täytyi järjestää tasa-arvoiset terveydenhuoltopalvelut sekä eurooppalaisille että afrikkalaisille kansalaisille. Kartoitan lisäksi terveydenhuoltopalveluiden laatua ja esittelen millaisissa puitteissa potilaita hoidettiin. Länsimaisen lääketiede melko uutena terveydenhoitomuotona luonnollisesti koki vastoinkäymisiä. Selvitän lisäksi, millaisia ongelmia länsimaisen lääketieteen toteuttaminen niin organisointitasolla kuin ihmisten keskuudessa kohtasi.

Lähetysseurojen asema oli merkittävä länsimaisen lääketieteen esittelijänä jo ennen ensimmäistä maailmansotaa. Siirtomaahallinnon terveydenhuoltopolitiikan kehittyessä 1920-luvulla, pääasiallinen vastuu lounaisafrikkalaisten terveystalvuluista oli hallituksella. Luvussa 4 käsittelen millaiseksi muodostu lähetysseurojen rooli terveystalvuluiden tuottajina maailmansotien välisenä aikakautena. Lisäksi luvussa 4.2 tarkastelen Ambomaan terveydenhuolto-olosuhteita tarkemmin. Olen valinnut Ambomaan, Lounais-Afrikan pohjoisosan, terveydenhoitopalvelut lähempään tarkasteluun siitä syystä, että noin 50 % Lounais-Afrikan väestöstä asui maan pohjoisosassa, mikä samalla muodosti merkittävän siirtotyövoimareservin Lounais-Afrikalle. On kiinnostavaa tarkastella sitä miten siirtomaahallinto organisoii sen tärkeimmän työvoimareservinlähteen terveystalvulu. Siirtomaavirkamiehet ymmärsivät kuitenkin, että terveydenhuolto yleisesti ottaen lisäsi väestön hyvinvointia, millä oli vaikutuksensa maan talouden kasvukykyyn.

Maailmansodan jälkeisessä Afrikassa ennaltaehkäisevä terveydenhuolto nousi varteen otettavaksi terveydenhoitomuodoksi parantavan terveydenhuollon rinnalle. Tärkeimpinä terveyttä edistävinä toimina pidettiin hygienian, sanitaation ja asumisolosuhteiden parantamista. Elinolosuhteiden kehittäminen ymmärrettiin toimiksi, joiden tavoitteena oli terveyden ylläpito ja tautien ennaltaehkäisy. Tarkastelen sitä, keskityttiinkö Lounais-Afrikassa enemmän ehkäisevään terveyden- vai sairaanhoitoon. Lisäksi keskityn selvittämään mitä ennaltaehkäiseviä toimia Lounais-Afrikassa tehtiin väestön hyvinvoinnin lisäämiseksi ja miten asukkaiden elinolosuhteita parannettiin. Lähdeaineiston pohjalta on kuitenkin vaikea luoda täysin kattavaa kuvaa kaikista hygieniasta, sanitaatio- ja asumisolosuhteisiin liittyvistä toiminnoista, koska mainintoja asiasta esiintyy vähän, eivätkä tilastot selvennä asiaa säännöllisesti. Tarkoitukseni ei olekaan kirjoittaa yksityiskohtaista selvitystä elinolosuhteiden kehityksestä, vaan pikemminkin tutkia sitä osana siirtomaahallinnon toimia ennaltaehkäisevän terveydenhuollon piirissä.

Päälähteitä tutkimuksessani ovat Kansainliiton mandaattihallinnon raportit vuosilta 1920–1939, *Annual Reports of South West Africa (MR)*, jotka Etelä-Afrikka teki vuosittain Lounais-Afrikasta ja lähetti siirtomaaministeriöön. Näihin asiakirjoihin on raportoitu kaikkien yhteiskunnan alojen vuosikertomukset. Raporteissa on tietoa verotuksesta, väestöstä, paikallishallinnosta, työvoiman rekrytoinnista, maataloudesta ja esimerkiksi koulutuksesta sekä vankiloista. Keskityn pääasiassa tutkimaan terveydenhuoltoa käsittelevää jaksoa, jonka on laatinut siirtomaahallinnon lääkäriviranomaisen tiedoista, joita paikalliset viranomaiset lähettivät vastuualueistaan. Raportit tarjoavat tietoa Lounais-Afrikan yleisestä terveystaloudesta, terveydenhuollon organisaatiosta ja tautien leviämisestä. Tarkastelen raporteista etenkin Lounais-Afrikan terveydenhuollon organisoimisen ja rakenteen kannalta olennaisia kohtia.

Tutkielmani aineistoa hallitsee virkamieskeskeisyys, koska lähdeaineisto koostuu siirtomaahallinnon alaisten virkamiesten tuottamista vuosiraporteista. Raporttien antama vaikutelma pohjautuu siten viranomaisten käsityksiin, eikä esimerkiksi afrikkalaisten asukkaiden käsityksiin. Raporteista heijastuva kuva terveydenhuollon tilasta ja toiminnoista on hallinnollisten virkamiesten laatima ja perustelema. Siten ne antavat vain yhden viranomaistoimintaan painottuvan näkökannan, johon ovat johtaneet virkamiesten omat syyt ja arvotukset. Osittain tiedot saattavat olla parhain päin esitettyjä kuvauksia Lounais-Afrikan terveydenhuoltopolitiikasta. Lähteitä tulkittaessa on oltava kriittinen etenkin siksi, koska raportit lähetettiin Kansainliittoon mandaattihallinnon toiminnan tarkkailemiseksi. Raportit esittävät lähinnä vuoden aikana eri yhteiskunnan alojen näkyvämpiä

tuloksia tai kuvaavat niiden ongelmakohtia. Raporttien aiheenkäsittelyn tasapuolisuutta voi epäillä, mutta virheellisten tietojen kirjaamiseen viranomaisilla tuskin oli tarvetta.

Vuosiraporttien aineisto koostuu pääasiassa tilastotiedoista sekä yleisluontoisista huomautuksista, jotka kuvaavat vuoden keskeisiä teemoja. Raportit ovat rakenteeltaan melko kaavamaisia ja samat aihepiirit toistuvat vuosittain lähes samassa järjestyksessä. Raporttien sisältö ja pituus vaihtelevat suuresti vuosien ja aihepiirien mukaan. Yleisesti ottaen aineiston sisältö ei ole kovin yksityiskohtainen, sillä sen on tarkoitus tuoda esiin muun muassa terveydenhuollon sektorin päälinjat. Toisaalta sisällön vaihtelevuus ja suppeus luo ongelmia terveydenhuollon toiminnan kehityksen seurannassa ja kokonaisuuden luomisessa, koska tiettyä aihetta saatetaan käsitellä yhtenä vuotena laajastikin ja seuraavina vuosina vain maininnan tasolla. Toisinaan muutoksien tai suunnitelmien taustat ja mahdollinen toteutus saattavat jäädä helposti epäselviksi.

Raporttien tekstiosuutta selventävät tilastot, jotka koskevat pääosin potilasmääriä, tautien yleisyyttä ja määrärahojen budjetoitua. Raportteihin liittyvät tilastoihin ei voi aina kuitenkaan luottaa. Tämä koskee muun muassa väestölukuja ja potilasmääriä. Tilastoissa ilmenee selviä huolimattomuuteen perustuvia laskennallisia virheitä, koska samassa sarakkeessa olevien lukujen yhteenlaskettu summa ei aina täsmää tai samaa asiaa kuvaava luku saattaa esiintyä erilaisena tekstin yhteydessä tai toisessa taulukossa. Tämän vuoksi yksittäisille luvuille ei voi antaa kovin suurta painoarvoa. Epätarkoissa tilanteissa olen pyrkinyt varmistamaan luvut myöhempien vuosien raporteista, koska monissa raporteissa vertaillaan aikaisempien vuosien lukuja. Raportit ovat käyttökelpoisia tutkimukseni kannalta, koska tarkoituksena on hahmottaa terveydenhuoltopolitiikan päälinjoja. Tilastointiin liittyvistä ongelmista huolimatta vuosiraporttien luvuista voi tehdä päätelmiä lukujen suurusluokasta ja siten muodostaa suurempia kehityslinjoja.

1.4 Tutkimusperinne

Afrikan nykyiset sosiaaliset ja taloudelliset ongelmat ovat lisänneet Afrikan tutkimuksen merkitystä. Siirtomaa-ajan ja sen jälkeinen talous- ja sosiaalishistoria ovat kohonneet merkittäviksi Afrikan historiakirjoituksen teemoiksi. Afrikan maiden siirtomaahistoriallisen kehityksen tarkastelulla on etsitty selityksiä Afrikan nykyisten sosiaalisten ja taloudellisten ongelmien taustoihin. Pyrkimys ymmärtää afrikkalaisten kolonialistisen ajan kokemuksia, nostivat esiin afrikkalaisten kokemuksia sosiaalisesta elinympäristöstä. Tämän myötä myös terveydenhuoltoon ja

lääketieteeseen liittyvä historiantutkimus on Afrikassa lisääntynyt. Yleisesti ottaen terveyteen kytkeytyvät ongelmat Afrikassa ovat jättäneet jälkensä maan sosiaalishistoriaan ja siihen liittyviin tutkimuksiin: paikalliset taudit, köyhyys, nälänhädät, aliravitsemus, maailmanlaajuiset epidemiat, kuten AIDS, ovat kiinnostaneet tutkijoita.¹⁹

Länsimaisen terveydenhuollon historiaa on tutkittu sosiaalishistorian puolella viimeisten vuosikymmenien ajan, ja yksi suosituimmista tutkimusaihepiireistä on ollut siirtomaa-ajan terveydenhuolto ja länsimaisen lääketieteen vieminen alkuperäisväestön keskuuteen. Monet teokset ovat kuvauksia 1800-luvulta modernin lääketieteen alkuvaiheista. Länsimaisten tutkijoiden kiinnostusta aiheeseen on nostanut se, että lääketieteen rooli muodostui tärkeäksi välineeksi Afrikan siirtomaiden valloittamisessa 1800 ja 1900 -luvulla. Länsimaisen lääketieteen tulo osaksi alkuperäisyhteisöjä on paljolti lähetyssseurojen sairaanhoitotyön tulosta, ja tämä on lisännyt myös lähetyssseurojen sairaanhoitotyön tutkimista.²⁰ Tutkin terveydenhuollon organisaatiota Lounais-Afrikassa ja tämän perusteella tutkielmani voidaan lukea osaksi Afrikan sosiaalishistorian tutkimusta.

Muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta Afrikan historian tutkimuksen aineisto 1500-luvulta 1800-luvulle koostuu pääasiassa matkakertomuksista ja päiväkirjamerkinnöistä, joita ovat kirjoittaneet tutkimusmatkailijat, kauppiat, sotilaat ja lähetysoöntekijät. On oletettavaa, että päiväkirjamerkinnät eivät anna totuudenmukaisinta kuvausta aikakaudesta, koska kirjoittajat julkaisivat matkakertomuksiaan monista eri syistä ja saattoivat värittää tekstiä oman edun mukaisesti.²¹ Monia kirjoituksia leimaa lisäksi niiden uskonnollisävytteinen sisältö, mikä näkyy teksteissä negatiivisina ja moralisoivina kuvauksina paikallisista ja heidän kulttuuristaan.²² Kuitenkin lähetysoöntekijöiden päiväkirjat antavat kiinnostavan ja tärkeän arkitilanteisiin liittyvän näkökannan siirtomaahallintoaikaan edeltävästä jaksosta.

Monissa teoksissa terveydenhuoltoa käsitellään yleisluontoisesti koko Afrikkaa tai johonkin toiseen Afrikan maahan liittyen. Tutkimuskohdealueeni, Lounais-Afrikan, osalta sosiaalishistoria on jäänyt vähemmälle huomiolle. Maata käsittelevä tutkimuskirjallisuus painottuu lähinnä sen poliittisiin ja siirtomaataloudellisiin rakenteisiin. Lounais-Afrikan maailmansotien väliseen terveydenhuoltoon ja lääkintäpalveluihin liittyvää tutkimuskirjallisuutta on saatavilla niukasti. Koska terveydenhuollon

¹⁹ Kuhanen 2005, 10–11.

²⁰ Vaughan 1991, 4–10.

²¹ Rotberg 1970, 1–11.

²² Kuhanen 2005, 25.

historiaa on tutkittu toisista brittiläisistä siirtomaavaltioista, ja Lounais-Afrikka liittyy hallinnollisilta käytännöiltään suurempaan kokonaisuuteen, voi brittiläisten siirtokuntien terveydenhuollon tutkimuksia pitää myös tutkimuksina Lounais-Afrikasta. Länsimaisen terveydenhuollon saapuminen ja juurtuminen Afrikkaan on kuitenkin ollut prosessiltaan samankaltaista eri Afrikan maissa. Monet siirtomaavallan ajan Länsi- ja Itä-Afrikkaa käsittelevät tutkimukset, jotka selittävät esimerkiksi modernin lääketieteen ympärille kehittynyttä organisaatiota ja paikallisen väen suhtautumista länsimaiseen terveydenhuoltoon, koskettavat myös Lounais-Afrikkaa.

Oman työni kannalta keskeisiä tutkimusperinteeseen liittyviä kirjoja ovat siirtomaavallan aikoihin sijoittuvat länsimaisen terveydenhuollon historiaa kartoittavat teokset. David Arnoldin toimittama teos *Imperial Medicine and Indigenous Societies* käsittelee monipuolisesti kolonialistisen ajan terveydenhuollon historiaa ja sen vaikutuksia eri osissa maailmaa. Työssä arvioidaan perusteellisesti siirtomaahallitusten todellisia syitä toteuttaa länsimaista terveydenhuoltoa alusmaissaan. Toinen aiheeni kannalta keskeinen teos on Länsi-Afrikkaan paneutuneen tutkijan Rita Headrickin *Colonialism, Health and Illness in French Equatorial Africa, 1885–1935*. Hän on käsitellyt länsimaisen terveydenhuollon historiaa Ranskan afrikkalaisissa, päiväntasaaja-alueen, alusmaissa. Headrickin tutkimus on lähellä työtäni, sillä päähuomio siinä on kolonialistinen terveydenhuolto-organisaation selvittämisessä, jonka kautta hän tuo esille sosiaalisia, kulttuurisia ja maantieteellisiä syitä siirtomaa-aikaiselle terveydenhuoltopolitiikalle.

Megan Vaughanin teos *Curing Their Ills; Colonial Power and African Illness* kertoo lähetystyöntekijöiden, paikallisten heimopäälliköiden- ja väestön sekä hallintoviranomaisten välisestä ristipaineesta terveydenhuollon toteuttamisprosessissa brittiläisessä Itä-Afrikassa. Erityisesti lähetystyöntekijöiden roolia terveydenhuoltotoimissa Vaughan käsittelee melko laajasti, mikä on oman työni kannalta olennaista, sillä lähetysseuroilla oli suuri rooli Lounais-Afrikan terveydenhuollon toteuttajina. Teos valaisee selkeästi länsimaisen terveydenhuollon juurtumista afrikkalaisyhteisöön ja kuvaa hyvin sitä prosessia, mitä länsimaisen lääketieteen tuojat kävivät paikallisten heimopäälliköiden ja alkuperäiskansan luottamuksen voittamiseksi. Teos johdattaa hyvin aiheeseen ja antaa laajan lähdemateriaalin myötä luotettavan kuvan brittiläisestä siirtomaasta modernin lääketieteen vastaanottajana.

Työssäni olen käyttänyt paljon Jan Kuhasen väitöskirjaa *Poverty, Health and Repruduction in Early Colonial Uganda*, joka valaisee Afrikan köyhyys- ja terveysongelmaa historian näkökulmasta,

Ugandan tarjoaman esimerkin kautta. Vaikka teos ei ole tutkimus Lounais-Afrikasta, olen käyttänyt sitä paljon tuomaan esille siirtomaa-aikaisen terveydenhuollon ympärillä käytyä kansainvälistä keskustelua, jota Kuhanen on myös teoksessaan hyvin selvittänyt ja esitellyt. Kolonialistista terveydenhuoltoa ja sen suhdetta tauteihin tarkastellaan eri näkökulmista esimerkiksi Pattersonin ja Hartwigin johdantoluvussa teoksessa *Disease in African History*. Tutkimuksessa käsitellään pääasiassa Afrikan kolonialistiseen kauteen keskittyviä eri tautien leviämisen ja hallintaan liittyviä kysymyksiä.

Siirtomaahallinnon aikainen terveydenhuollon tutkimus on jäänyt Lounais-Afrikan osalta ainakin toistaiseksi melko vähäiseksi. Aihepiiri ei ole kuitenkaan jäänyt täysin tutkimuksen ulkopuolelle. Veijo Notkolan ja Harri Siiskosen teoksesta *Fertility, Mortality and Migration in Sub-Saharan Africa* käy ilmi myös Lounais-Afrikan terveydenhuollon rakenteisiin liittyviä asioita. Toinen Lounais-Afrikan siirtomaavallan aikaan sijoittuva terveydenhuoltoon liittyvä artikkeli on Marion Wallacen kirjoittama *A Person is Never Angry for Nothing. Women, VD and Windhoek*. Artikkelissa selvitetään afrikkalaisten valvontaan kytkeytyviä kysymyksiä, joita osittain toteutettiin naisten kohdalla sukupuolitautitarkastusten kautta. Lounais-Afrikan itsenäistymisen jälkeistä terveydenhuollon rakennetta on tarkasteltu myöhemmissä teoksissa, mutta viittaukset kolonialistiseen kauteen jäävät niissä yleensä niukoiksi.

Lounais-Afrikan terveydenhuollon historiasta Agnes van Dyk on kirjoittanut historiikin eikä siten edusta vakuuttavinta tieteellistä tutkimusta, vaikka teos käsittelee terveydenhuoltoa ja sen rakenteita nykypäivään asti. Siirtotyöläisyyttä ja kaivosteollisuuden työ- ja asuinolosuhteita on käsitelty Robert J. Gordonin teoksessa *Mines, Masters and Migrants. Life in a Namibian compound*. Lounais-Afrikan Ambomaan osalta Matti Peltolan *Suomen lähetysseuran Afrikan työn historia* on yksityiskohtainen teos ja käyttökelpoinen tutkimukseni kannalta, kun olen selvittänyt suomalaisten tekemän lähetystyön vaiheita. Lisäksi Suomessa on kirjoitettu paljon Suomen Lähetysseuran raportteihin pohjautuvaa terveydenhuollon kartoitusta, joista selvinnee lähetystyöntekijöiden rooli länsimaisen terveydenhuollon toteuttajina. Työssäni olen käyttänyt muun muassa Elina Ojalan pro gradu-työtä *Selma Rainio (1873–1939) Afrikan lääkilähetysten perustajana ja vaikuttajana Ambomaalla*. Myös tutkimukset, jotka valottavat paikallisen väestön suhtautumista länsimaiseen terveydenhuoltoon ovat keskeisiä selvittäessä terveydenhuollon juurtumisprosessia afrikkalaisyhteisöihin. Käyttämistäni lähetystyöntekijöiden kirjoittamista muistelmista tärkeitä ovat sekä Aino Soinin että Inkeri Tauben muistelmateokset, jotka valaisevat aikalaisten silmin lähetystyön arkea Ambomaalla. Lounais-Afrikan historiaa tutkiessani tärkeimmäksi teoksiksi ovat

nousseet John F. Wellingtonin *South West Africa and its Human Issues* ja Peter Katjavivin teos *A History of Resistance in Namibia*.

2 Terveydenhuoltopolitiikan lähtökohdat

2.1 Terveydenhuolto-osaston perustaminen ja sen tavoitteet

Lounais-Afrikka oli valloitettu maa. Uusien vallanpitäjien myötä jouduttiin maan siirtomaahallinnossa pohtimaan sodanjälkeisiä uudistussuunnitelmia. Lounais-Afrikan siirtomaaviranomaisille aikakausi Versailles'n rauhansopimuksen jälkeen oli vaikea: hallinnon organisointi maassa, jonka yhteiskuntajärjestys sodan ja vallanvaihdon seurauksena oli sekava ja maan taloudellinen tilanne heikko, vaati kovia ponnisteluja uusilta siirtomaaisänniltä. Rahan oli riitettävä useisiin menoluokkiin. Maatalous ja teollisuus olivat tärkeimmät painopistealueet, mutta Kansainliiton vaatimuksesta myös hyvinvointipalveluita oli kehitettävä, ja tästä lähti liikkeelle terveydenhuolto-osaston kehittämistoimet.²³

Syyt terveydenhuoltosektorin kehittämiseen eivät varmasti olleet yksiselitteisiä. Siirtomaaraporteista vastausta tilanteeseen ei suoranaisesti löydy, mutta muun muassa Rita Headrick on teoksessaan arvioinut vastaavanlaista tilannetta ranskalaisten siirtomaaviranomaisten näkökulmasta. Näissä kannanotoissa käy ilmi, että osa perusterveyspalveluiden puolestapuhujista korosti siirtomaahallinnon ”isäroolia” ja viranomaisten taholta tietoisesti haluttiin parantaa afrikkalaisten elinolosuhteita. Osa taas oli huolissaan Kansainliiton mielipiteestä ja mahdollisesti siirtomaahallitsemistavan tuomitsemisesta, toiset kantoivat huolta siirtomaaväestön riittävästä määrästä.²⁴ Samantyyppisiä perusteluja voisi olettaa Lounais-Afrikan siirtomaaisänniltä. Mandaattihallintokauden alussa Etelä-Afrikan hallintotapa oli Kansainliiton tarkan valvonnan alla, väestön tuki siirtomaahallinnolle oli tärkeää ja erityisesti taloudellisten paineiden alla korostui kysymys terveen työväestön riittävydestä.

Vuonna 1919 perustettu siirtomaahallinnon terveydenhuolto-osasto (*Public Health Branch*) oli vastuussa terveydenhuoltopalveluiden uudistamisesta. Teoreettisella tasolla kehitysprosessi alkoi suunnitelmalla laajentaa länsimaisen terveydenhuollon asiakaspiiriä, johon oli tarkoitus sisällyttää kaikki Lounais-Afrikan väestönosat. Pyrkimyksenä oli tarjota sekä eurooppalaisille että afrikkalaisille perusterveydenhuollon palvelut.²⁵ Keskeisenä muutoksien liikkeellepanijana toimi vuonna 1920 voimaan tullut mandaattisopimus, jonka mukaan huoltajavallan velvoitteena oli kaikin

²³ MR 1923, 10.

²⁴ Headrick 1994, 3.

²⁵ MR 1921, 22–23.

tavoin edistää alueen asukkaiden hyvinvointia ja sosiaalista edistystä.²⁶ Mandaattisopimuksen mukaisesti terveydenhuollon uudistuksiin ryhdyttiin pikaisesti. Periaatteena oli luoda Kansainliiton asettamien tavoitteiden mukainen terveydenhuolto, koko maan kattava terveydenhuoltojärjestelmä.

Aikakauden lääketieteellinen keskustelu vaikutti Lounais-Afrikan terveydenhuoltopalveluiden suunnan muotoutumiseen. 1800-luvun lopulta lähtien brittiläisissä trooppisten alueiden alusmaissa lääketieteellisen keskustelun aiheina oli muun muassa kaksi rinnakkaista näkökulmaa: hoitava ja ennaltaehkäisevä terveydenhoito. Parantava lääketiede keskittyi troopillisten tautien lääketieteelliseen tutkimukseen ja hoitavien lääkkeiden kehittämiseen. Ennaltaehkäisevä lääketiede kohdisti puolestaan huomionsa sanitaatio-olosuhteiden, hygienian ja ylipäättänsä ihmisten elinolosuhteiden kehittämiseen sekä valistustyöhön koskien perinteisten hoitotapojen vaarallisuutta ja tehottomuutta.²⁷

Lounais-Afrikassa terveydenhuoltotyötä lähdettiin toteuttamaan Etelä-Afrikan Unionissa vuonna 1919 laaditun kansanterveyslain (*Public Health Act*) pohjalta. Laki ulotettiin sovellettuna Lounais-Afrikkaan vuonna 1920.²⁸ Maassa alkoi hidas mutta tasainen kehitys kohti kattavampia terveyspalveluja. Laki sisälsi terveydenhuollon tavoitteet, määritteli henkilökunnan; sen tehtävät, vastualueet ja pätevyysvaatimukset, ja antoi toimintaohjeita epidemioiden puhkeamisen varalle ja käytännön neuvolatoimintaan. Lain mukaan tavoitteena oli luoda sekä hoitava että ennaltaehkäisevä terveydenhuoltojärjestelmä Lounais-Afrikkaan. Kaikki lääkintätoimi oli terveydenhuolto-osaston valvonnan alla ja tarvittaessa paikallisilla viranomaisilla oli auttamisvelvollisuus. Tämän tyyppisiä tilanteita olivat muun muassa vaarallisten epidemioiden puhkeamistilanteet.²⁹

Kansainliitolle osoitetuissa siirtomaaraporteista näkyy, että siirtomaahallinnon tavoitteena oli edistää Lounais-Afrikan väestön elinolosuhteita ja luoda perusterveyspalvelut heidän käyttöönsä. Terveydenhuoltoa käsittelevissä suunnitelmissa oli huomioitu siirtomaan taloudelliset realiteetit. Taloudellisista ongelmista huolimatta siirtomaaraporteista tulee esille melko kattavat terveydenhuoltopalveluiden toteuttamissuunnitelmat. Siirtomaaministeriön asettamien terveydenhuollon tavoitteiden mukaisesti maan terveydenhuoltoa lähdettiin kehittämään sillä periaatteella, että väestön yleistä terveydentilaa edistettäisiin. Ensisijaiseksi tavoitteeksi asetettiin sairaaloiden ja terveysasemien perustaminen ja olemassa olevien sairaaloiden peruskunnan ja

²⁶ Wellington 1967, xxi, 264.

²⁷ Kuhanen 2005, 244-245.

²⁸ MR 1920, 2.

²⁹ MR 1925, 98-100.

varustelutason kohentaminen pikemminkin kuin sairaalapaikkojen lisääminen. Tuolloin perusterveydenhuollon palvelut olisivat väestön tavoitettavissa ja maalla olisi edes valmiudet antaa hoitoa niin eurooppalaisille kuin afrikkalaisille potilaille. Lisäksi tavoitteisiin sisältyi terveystalouden ulottaminen maaseudulle.³⁰ Siirtomaaraporteista ilmi käyvistä sairaaloiden korjaussuunnitelmista on jo huomattavissa, että lähtökohdat terveydenhuollon palveluiden tuottamiseen olivat kovin kehittymättömät.³¹ Sairaaloiden kunnostaminen ja varustaminen tuli maksamaan paljon, joten suurin osa kokonaismäärärahoista kului sairaaloiden perusvalmiuteen saattamiseen.

Vaikka hyvinvointiajattelu löysi paikkansa Lounais-Afrikan viranomaisten keskuudessa, taustalla vaikutti ensisijaisesti tavoite kansantulon kasvattamisesta. Väestön yleisen hyvinvoinnin lisäksi, työntekijöiden terveys oli turvattavana. Pyrkimyksenä olikin pitää työikäinen väestö työkykyisenä, jotta heistä saatava taloudellinen hyöty olisi mahdollisimman suuri siirtomaahallinnolle. Tämän tyyppinen ajattelutapa oli maailmanlaajuisesti hyvin yleinen siirtomaaviranomaisten keskuudessa, koska siirtomaiden taloudellinen menestys oli emämaalle ensisijaisen tärkeää³². Sekä työväestön terveydentilan että maan taloudellista kasvun tavoitetta tuki siirtomaahallinnon asettama *Master's and Servant's Proclamation* vuodelta 1920. Lain päämääränä oli taata työntekijöiden hyvinvointi ja samalla tehostaa afrikkalaisten työpanosta. Maassa toimivien työnantajien oli muun muassa kustannettava työtapaturman tai sairauden sattuessa, sairaalakulut ja maksettava työntekijälle palkka ensimmäisen sairauskuun ajalta.³³

Vaikkakin Kansainliiton vuoden 1920 asetusten mukaisesti siirtomaahallinnon terveydenhuolto-osaston virallisena tavoitteena oli terveystalouden tasa-arvoistaminen eli laajentaminen kaikkien väestöryhmien ulottuville, tosiasiallisesti ensisijainen tarkoitus oli kuitenkin luoda eurooppalaiselle väestölle kattavat terveystaloudet ja taata eurooppalaisten terveys. Ja siten tämän tavoitteen myötä oli huolehdittava myös afrikkalaisten terveydestä. Tähän liittyy siirtomaahallinnon suunnitelma aloittaa ennaltaehkäisevä terveydenhoitotyö afrikkalaisten keskuudessa.³⁴ Lounais-Afrikan terveydenhuoltoa kehitettiin epäsuoran hallintotavan mukaisesti, mikä tarkoitti vastuun jakamista paikallisviranomaisille, koska siirtomaahallinnolla ei ollut resursseja organisoida koko maan terveydenhuoltoa. Paikallisten viranomaisten vastuulle annettiin saniteetti- ja hygieniaoajien

³⁰ Esim. MR 1921, 22; MR 1922, 61-65.

³¹ MR 1921, 22.

³² Arnold 1988, 15.

³³ MR 1922, 63.

³⁴ MR 1921, 13.

kehittäminen maaseutualueilla ja kaupungeissa, jotta myös afrikkalaisten keskuudessa saataisiin kohennettua yleistä terveydentilaa.³⁵ Siirtomaahallinnon oli lisättävä käytännön toimenpiteitä, jotta vakavien tautien puhkeaminen ja leviäminen saataisiin ehkäistyä. Näin ollen kehittämistoimiin sisältyivät muun muassa vesihuolto, saniteettitilojen rakentaminen ja yleisesti ottaen kaikki hygieniaan liittyvä valistus.³⁶ Konkreettisten terveystalouksien ulottaminen maaseudulle jäi vielä 1920-luvulla pääosin lähetyssseurojen toiminnan varaan. Kuitenkin siirtomaahallinnon toimesta huoltoyhteyksiä maaseudulle parannettiin, mikä merkitsi lääkkeiden ja hoitoavun nopeampaa perillepääsyä.³⁷ Liikkuva terveydenhuolto tuli olemaan yksi tulevaisuuden kehittämiskohteista laajassa, mutta harvaanasutussa maassa.

Mandaattikauden alkuvuosina siirtomaaraporteista on luettavissa perusterveydenhoitoon liittyvää keskustelua, jossa on viitattu afrikkalaisten heikkoon perusterveydentilaan ja keuhkoihin asuinympäristöoloihin.³⁸ Vuodesta 1921 lähtien asuinalueiden hygienia- ja sanitaatiokysymykset on teoreettisella tasolla liitetty perusterveydenhuollollisiin kysymyksiin. Siirtomaaraporttien mukaan viranomaiset lupasivat tilanteen parantamiseksi kiinnittää asiaan huomiota.³⁹ Vähittäisiä uudistuksia tehtiin välittömästi, mutta siirtomaahallitsijat olivat nähtävästi sitä mieltä, että vaatimattomat perusterveydenhuoltopalvelut olivat riittävät afrikkalaisväestön terveyden takaamiseksi. 1920-luvun alun uudistuksien jälkeen ei kovinkaan suuria muutoksia terveydenhoidon palveluiden saatavuuteen ja tasoon, suunnitelmista huolimatta, kuitenkaan kyetty tekemään. Jo vuoden 1922 raportissa tehtävän myönnetään olevan taloudellisesti vaikea, sillä Lounais-Afrikka oli pinta-alaltaan suuri ja sen väestö oli levittäytynyt asumaan laajalle alueelle. Kuitenkin siirtomaaministeriön mukaan terveydenhuollon kehittäminen oli pitkälinen prosessi ja maan taloudellisen tilanteen antaessa myötä, kehitys terveydenhuollon sektorilla jatkuisi. Toisaalta osa sairaaloiden kustannuksista rahoitettiin yksityiseltä pohjalta. Näin ollen toimintasuunnitelmia ei täysin voitu lyödä lukkoon, sillä suunniteltujen uudistusten toteuttamiseen ei välttämättä ollut mahdollisuuksia.⁴⁰

Kiinnostavan vertailunäkökohdan Lounais-Afrikan terveydenhuollon rakenteiden kehitysprosessille antaa Pekka Räisäsen pro gradu-tutkielma *Kenian terveydenhuollon organisaatio ennen toista maailmansotaa*. Työ on kuvaus länsimaisen terveydenhuoltotyön alkuvaiheista Keniassa. Vertailun

³⁵ MR 1922, 64.

³⁶ MR 1921, 22.

³⁷ Esim. MR 1923, 10.

³⁸ MR 1922, 65.

³⁹ MR 1921, 22.

⁴⁰ MR 1922, 61-65.

tekee sinänsä hankalaksi se, että Kenia oli jo ennen ensimmäistä maailmansotaa Iso-Britannian alusmaa. Lähtökohtaisesti Kenian terveydenhuollon palvelut ja organisaatio olivat asteen verran paremmalla tasolla kuin Lounais-Afrikassa, koska terveydenhuoltopalveluiden perusta oli luotu ennen ensimmäistä maailmansotaa. Kuitenkin maan terveydenhuollonpalvelut olivat pääasiallisesti suunnattu eurooppalaisten käytettäväksi ja olivat määrällisesti vähäisiä.⁴¹

Molemmissa maissa tavoitteena oli laajentaa terveydenhuoltopalvelut kaikkien väestönsien saataville ja tätä tavoitetta lähdettiin toteuttamaan Etelä-Afrikan kansanterveyslain pohjalta. Lähtökohtaisesti maiden tavoitteet olivat samansuuntaisia, mutta johtuen Kenian siirtomaahistoriasta ja erityisesti ensimmäisen maailmansodan antamista kokemuksista, maan rahalliset panostukset terveydenhoitoon olivat isommat verratessa vuosittaisia terveydenhuollon määrärahoja siirtomaahallinnon kokonaisbudjettiin. Keskimäärin vuosien 1923–1931 terveydenhuollon budjetti oli 7,1 % kokonaisbudjetista⁴², kun se Lounais-Afrikassa oli noin 2 % vuosien 1923–1927 aikana ja nousi 2,5:a % 1927–1930.⁴³ Kenian tilannetta selittää osittain ensimmäisen maailmansodan kokemukset, mitkä osoittivat lääkintä- ja terveystalouden merkityksen Kenialle. Sotatoimissa kenialaisia kuoli 6000, mutta erilaisiin tauteihin menehtyi sotavuosina noin 40 000 kenialaista. Havaittiin, että siirtomaan kehittäminen ei onnistu ilman alkuperäisväestön terveydenhuollon kehittämistä. Toisaalta sota-aika oli osoittanut Keniassa sen, että terveydenhuolto-organisaatiota ja sen toimintaa oli uudistettava, erityisesti ennaltaehkäisevään suuntaan.⁴⁴ Lounais-Afrikassa sodan jälkeiset muutokset terveydenhuollon saralla tapahtuivat hitaammin, ja taloudelliset tekijät ohjasivat voimakkaasti terveydenhuoltoapuolen suunnan muotoutumista hoitavan terveydenhuollon puoleen.

Terveydenhuollon kehittäminen nousi ensimmäisen maailmansodan jälkeen keskeiseksi temaksi siirtomaapolitiikkojen poliittisissa puheissa. Hallinnollisella tasolla terveydenhuollon kehittämisen nähtiin olevan osoitus siirtomaaisäntien hyväntahtoisuudesta ja lojaaliudesta alusmaan asukkaita kohtaan. Headrick on arvioinut teoksessaan siirtomaaviranomaisten virallisia motiiveja terveydenhuollon laajentamisinnokkuuteen. Headrickin mukaan afrikkalaisille kohdistetut terveydenhuollon palvelut toimivat osittain myös siirtomaahallinnon propagandavälineenä. Uuden hallitsijan tavoitteena oli terveydenhuollon palveluiden sitoa afrikkalaiset uuteen

⁴¹ Räisänen 1991, 34.

⁴² Räisänen 1991, liite 4.

⁴³ MR 1923, 10; MR 1929, 16; MR 1930, 22.

⁴⁴ Räisänen 1991, 28.

hallintojärjestelmään.⁴⁵ Patterson & Hartwig korostavat terveydenhuollon laajentamiseen liittyviä poliittisia päämääriä. Länsimainen terveydenhuolto loi eurooppalaisille mahdollisuuden tuppautua hienovaraisesti afrikkalaisten arkielämään erinäisten terveyteen liittyvien tempauksien, esimerkiksi sanitaatio- ja rokotuskampanjoinnin, avulla.⁴⁶ Myös Arnold painottaa terveydenhuollon keskeistä roolia siirtomaahallinnon ideologiassa: tarkoituksena oli voittaa afrikkalaisten sympatiat uuden siirtomaaisännän puolelle.⁴⁷ Molemmat tutkijat ovat sitä mieltä, että länsimainen lääketiede toimi erinomaisena eurooppalaisten ja afrikkalaisten kohtaamisväylänä, jonka myötä afrikkalaisten ennakkoluulot uusia siirtomaaviranomaisia kohtaan vähenisivät. Palveluiden vastapainoksi viranomaiset vastaavasti halusivat, että afrikkalaiset sopeutuisivat asumaan reservaateissa ja olisivat siirtomaahallituksen käytettävissä muun muassa työvoimareservinä.⁴⁸ Lounais-Afrikan afrikkalaisten suhtautuminen uusiin siirtomaaisäntiin ei ollut kovin suopeaa, koska kokemukset Saksan hallintoajasta eivät olleet jättäneet miellyttävää kuvaa eurooppalaissyntyisistä hallitsijoista.⁴⁹ Arnold korostaa artikkelissaan myös sitä, että lääketieteen avulla peiteltiin ja oikeutettiin monia koloniaalisen hallinnon epäkohtia.⁵⁰ Kuitenkin pääosin terveydenhoito toimi myös Lounais-Afrikassa hyvänä eurooppalaisten ja afrikkalaisten kohtaamisväylänä.

Terveydenhuolto-osion raporttien kautta tulee ilmi Lounais-Afrikan siirtomaaisäntien poliittiset tavoitteet, joiden tarkoituksena oli yhtenäistää siirtomaata. Afrikkalaiset asutettiin omiin reservaatteihinsa, kiinteille asuinsijoille, mikä merkitsi afrikkalaisväestölle liikkuvasta elämäntavasta luopumista. Toisaalta pysyvät asuinsijat hyödynsivät terveydenhuoltopuolta siten, että epidemioiden leviäminen saatiin paremman valvonnan alle. Lisäksi vähitellen kunnostetut huoltoyhteydet mahdollistivat siirtomaaviranomaisille afrikkalaisväestön tehokkaamman valvonnan: afrikkalaiset käyttivät nyt siirtomaaviranomaisille tuttuja teitä.⁵¹

Muun muassa Silvesterin, Wallacen ja Hayesen artikkeli selittää Etelä-Afrikan harjoittamaa reservaattipolitiikkaa sillä, että siirtomaaviranomaiset kokivat afrikkalaisen elämäntavan kaaoksenomaisena ja pyrkivät luomaan järjestystä erinäisten rajoitteiden avulla.⁵² Siirtomaaviranomaisten valvontapolitiikkaa tuki vuonna 1932 Windhoekissa säädetty määräys, jonka mukaan alueen kaikille afrikkalaisille suoritettaisiin pakollinen sukupuolitautitarkastus. Muun

⁴⁵ Headrick 1994, 400.

⁴⁶ Patterson & Hartwig 1978, 17–18.

⁴⁷ Arnold 1988, 16.

⁴⁸ Arnold 1988, 16; Headrick 1994, 400.

⁴⁹ Wellington 1967, xix.

⁵⁰ Arnold 1988, 3, 16.

⁵¹ MR 1920, 13.

⁵² Silvester et al. 1988, 47.

muassa Lounais-Afrikan sosiaalihistoriaan paneutunut tutkija Marion Wallace näkee tarkastuksien olevan kansainvälisesti pinnalle nousseen pelon seurausta, jossa uskottiin avioliiton ulkopuolisten sukupuolisuhteiden lopulta johtavan yhteiskuntarakenteen hajoamiseen. Sukupuolitaudit, kuten kuppa ja tippuri, olivat osoitus tämän kehityksen kasvusta. Perusteita säädökselle ei sinänsä ollut, sillä sukupuolitauditartunnat eivät prosentuaalisesti olleet 1930-luvun vaihteessa nousseet. Wallacen mukaan tarkastuksien avulla pyrittiin saada Windhoekin alueella asuvat afrikkalaiset naimattomat naiset paremman valvonnan alle, samalla tavoin kuin muuta maan väestöä kontrolloitiin reservaattijärjestelmän ja passilakien avulla. Pakollisten tarkastusten syyt eivät siis olleet seurausta poikkeuksellisen korkeista tartuntamääristä, vaan siirtomaaviranomaiset kokivat naimattomien naisten lisäävän moraalitonta ilmapiiriä yhteiskunnassa. Tämä edelleen uhkasi eurooppalaisväestön terveyttä ja rodullista puhtautta.⁵³ Rahoitusongelmista johtuen, siirtomaaviranomaiset suorittivat pakollisia sukupuolitauditarkastuksia kuitenkin vasta vuonna 1939.⁵⁴ Siirtomaahallinnon terveydenhuoltopoliittikka valvonnallaan osaltaan tuki siirtomaahallinnon poliittisia pyrkimyksiä, joiden tarkoituksena oli luoda maasta yhtenäinen, kontrolloitu ja helposti hallittavissa oleva territorio.

Siirtomaahallinnon työvoimapoliittisia tavoitteita tukee näkökanta, jossa afrikkalaisväestön terveyttä ei kuitenkaan pidetty samantekevänä Lounais-Afrikassa. Tämä ei ollut yllättävää, sillä usein modernin lääketieteen ensisijaisena tavoitteena oli edistää työväestön hyvinvointia siirtomaiden lääkäripalveluiden avulla ja taata terve työväki teollisuuden käytettäväksi. Afrikkalaiset olivat kuitenkin suurin työvoimareservi eurooppalaisten harjoittamassa teollisuudessa.⁵⁵ Erityisesti kaivostyöntekijät huomioitiin heille kohdistettujen terveystalvelujen määrässä⁵⁶. Olipa kyseessä poliittiset tavoitteet, edistysaskeleet lääketieteessä tai vain tietoinen vastuu afrikkalaisväestön terveydestä, muutos Saksan protektoraatista Kansainliiton mandaattialueeksi mahdollisti hitaan, mutta tärkeän prosessin käynnistymisen Lounais-Afrikassa.

2.2 Terveystalveluun rakenne

Terveystalveluun palveluiden muutossuunnittelua varten, vuonna 1919 perustettiin siirtomaahallinnon alainen terveystalveluun osasto, jonka vastuulla olivat terveystalveluun

⁵³ Wallace 1998, 80-83.

⁵⁴ MR 1939, 114.

⁵⁵ MR 1924, 77-81.

⁵⁶ Aiheesta lisää osiossa 4.3.

palvelut, niiden laatu, organisointi ja toteutus Lounais-Afrikassa. Terveystenhoito-osaston johtoon asetettiin maan korkein lääkitäviranomainen (*medical officer*), jona toimi vuosina 1920–1929 *Dr. Fourie*. Vuodesta 1929 lähtien johdossa toimi *Dr. F.C.S. Hinsbeeck*, kunnes hän palasi takaisin kotimaahansa Englantiin, vuonna 1936. Hänen virkansa täytti *Dr. B. Vivier*.⁵⁷ Lääkitäviranomaisen tehtävänä oli valvoa ja raportoida Lounais-Afrikan vallitsevista terveydenhuollon olosuhteista. Raportointia varten tehtiin vuosittain ympäri maata ulottuvia tarkastusmatkoja, joiden aikana kierrettiin eurooppalaisten asuma-alueilla, afrikkalaisten reservaatteissa ja teollisuustyömailla. Lisäksi lääkitäviranomainen toimi Windhoekin afrikkalaisille suunnatun sairaalan johtajana ja tarvittaessa vastasi siirtomaahallinnon afrikkalaisväestöjen sairaaloiden toiminnasta.⁵⁸

Terveystenhoito-osaston suurin vastuu oli perussairaalapalveluiden tuottaminen sekä eurooppalaisille että afrikkalaisille. Siirtomaahallinnon organisoima terveydenhuoltojärjestelmä toimi pääasiallisena hoitopalveluiden tuottajana 1920-luvun jälkeen. Siirtomaahallinnon vastuu alusmaansa väestön terveydenhuollosta merkitsi valtavaa työtaakkaa siirtomaaviranomaisille. Viranomaistyön aukkokohtien paikkaamiseen tarvittiin lisäapua, johon eri lähetystyöjärjestöt koettiin sopiviksi ja luotettaviksi. Lounais-Afrikassa lähetysseurat täydensivät siirtomaahallinnon sairaalapalveluita omilla sairaaloillaan ja terveysasemillaan. Erityisesti maaseudulla lähetystyöntekijöiden rooli terveyspalveluiden tarjoajina, niin perusterveydenhuollon kuin äitiys- ja neuvolapalveluiden, oli merkittävä sotien välisenä aikakautena.⁵⁹

Perussairaalamallin luominen aloitettiin Lounais-Afrikassa vuonna 1920 julkaistun asetuksen (*Hospital and Charitable Institutions Ordinance*) pohjalta. Asetus määritteli tarkat toimintaohjeet siirtomaahallinnon- ja eri hyväntekeväisyysjärjestöjen sairaalapalveluille. Asetuksen mukaan jokainen kunta, jossa oli vähintään yksi valtioavusteinen sairaala (*State-Aided Hospital*) nimettiin viralliseksi sairaala-alueeksi (*Hospital District*). Virallisen sairaala-alueen johtoon tuli asettaa alueellinen sairaalalautakunta (*Hospital Board*), johon kuului joko kuusi tai kaksitoista jäsentä. Sairaalalautakunta oli vastuussa alueensa valtionavusteisista sairaalapalveluista, valtionavustuksista, yksityissairaaloiden valvonnasta ja yleisesti ottaen koko alueen hoitopalveluiden kehittämisestä. Sairaalalautakuntien vastuu oli tarjota sairaalapalveluita kaikille alueen väestöryhmille. Näiden palveluiden rahoittamiseksi lautakunta sai vuosittain varoja siirtomaahallinnolta, potilasmaksuista ja

⁵⁷ MR 1937, 71.

⁵⁸ MR 1921, 22; MR 1923, 11.

⁵⁹ Esim. MR 1922, 61–62.

vapaaehtoisten lahjoituksista. Siirtomaahallinto oli myös velvollinen perustamaan uusia, virallisia sairaala-alueita, jos alueen rekisteröityneistä maanomistajista vähintään 25 vaati sitä. Vuoden 1921 jälkeen Lounais-Afrikassa oli yhteensä viisi virallista sairaala-alueita ja tilanne pysyi samana seuraavan kymmenen vuoden ajan.⁶⁰

Sairaalapalveluiden organisoinnin lisäksi terveydenhuolto-osaston vastuualueisiin kuuluivat ennaltaehkäisevien hoitojen, kuten massarokotuskampanjan toteutus ja valvonta- ja tarkastustehtävien suorittaminen maaseutu- ja kaupunkialueilla. Terveys- ja lääkintäpalveluiden tuottamisessa, lääkintäviranomaisen apuna olivat siirtomaahallinnon piirilääkärit, jotka olivat osa-aikaisia lääkintäviranomaisia. Tarkastustehtävistä ja muun muassa sanitaatio-olosuhteista vastasivat paikalliset viranomaiset, *Urban Local Authorities*, kaupunkialueilla ja maaseudulla, *Village Manage Board*. Paikallisviranomaiset olivat keskeinen osatekijä asuma-alueiden perusterveystiedon leviämässä.⁶¹

Arvioitaessa terveydenhuollon asemaa koko Lounais-Afrikan siirtomaahallinnon kentässä, vaikuttaa siltä, että terveydenhuollon asema koko siirtomaahallinnon menoluokkien kentässä on huomioitu.⁶² Siirtomaahallinnon vuosittaisista budjettitaulukoista näkee, että teollisuuteen ja maatalouteen panostettiin rahallisesti siirtomaahallinnon taholta paljon. Teollisuuden ja maatalouden tukitoimilla uskottiin kehitettävän parhaiten maan taloudellista kasvua. Koulutukseen, liikenneyhteyksien kehittämiseen ja rakentamiseen ohjattiin myös varoja, ja ne nousivat määrältään terveydenhuoltoon nähden ensisijaiseksi.⁶³ Hämmästyttävää on kuitenkin se, että koulutukseen ohjatut määrärahat olivat nelinkertaiset terveydenhuoltoon verrattuna, vaikka Lounais-Afrikassa ei entuudestaan ollut kattavaa terveydenhuoltojärjestelmää.⁶⁴ Prosentuaalisesti taloudellinen panostus terveydenhuoltoon oli melko pieni vuosien 1923–1930 kokonaisbudjetin summia vertaillen, noin 2-3 %.⁶⁵ Ongelmaksi nousi se, että Lounais-Afrikan kokonaisbudjetti ei ollut kovin iso, joten panostukset terveydenhoitoonkin jäivät osittain näkymättömäksi, koska maan terveydenhoidollinen lähtötaso oli alhainen. Huomioitavaa on kuitenkin, että monet asuin- ja viemäri- ja rakentamiseen liittyvät uudistukset rahoitettiin eri määrärahoista, vaikka uudistuksilla oli terveydelliset vaikutuksensa.

⁶⁰ MR1922, 61-62; van Dyk 1997, 43.

⁶¹ MR 1922, 64. Aiheesta lisää osiossa 5.

⁶² MR 1923, 10.

⁶³ Esim. MR 1923, 10; MR 1924, 14; MR 1927, 24; MR 1929, 16.

⁶⁴ MR 1923, 10. Koulutus: £ 77 070, terveydenhuolto: £ 17 750.

⁶⁵ MR 1923, 10; MR 1929, 16; MR 1930, 22.

Siirtomaahallinnon päämääränä oli kehittää Lounais-Afrikasta valtio, jonka tuotosta pääsisivät nauttimaan sekä afrikkalaiset että eurooppalaissyntyiset asukkaat. Periaatteena oli käyttää Lounais-Afrikan luonnonvaroja ja työvoimaa niin, että Lounais-Afrikan elinolosuhteet kasvaisivat nousevan kansantulon myötä. Työväestön merkittävyys nousi tässä esille: taloudellinen tuotto ja maan hyvinvoinnin kasvattaminen oli mahdollista vain, jos kaivosteollisuus ja maatalous saataisiin pyörimään mahdollisimman tehokkaasti. Talouden perustan loi riittävä työntekijäreservi, joka pääasiallisesti muodostui afrikkalaisista työntekijöistä. Lounais-Afrikalle ja sen siirtomaaisännille parhaiten rahaa toi tuottava kaivosteollisuus ja maan sisäinen maanviljely. Molemmat alat tarvitsivat tervettä työvoimaa. Toisaalta vähäinenkin panostaminen terveydenhoitoon oli myös siirtomaahallinnon taholta tärkeää pitkällä aikavälillä. Vaikuttaa siltä, että ensimmäisen maailmansodan jälkeen yleinen ilmapiiri Afrikassa eri siirtomaahallitsijoiden keskuudessa suosi paikallisen väestön elinolosuhteiden huomioonottamista. Tämänäyttävät ajatukset levisivät myös Lounais-Afrikkaan ja nostivat alkuperäisväestön keskiöön hyvinvointiin liittyvissä keskusteluissa.

3 Siirtomaahallinnon organisoima terveydenhuolto Lounais-Afrikassa

3.1 Alueellisesti eriarvostavaa terveydenhuoltoa

Tutkimusmatkailijoilta, lähetystyöntekijöiltä ja kauppiailta periytynyt mielikuva eurooppalaisten ylempiarvoisuudesta toisiin kansallisuuksiin nähden näkyi myös siirtomaahallinnon toteuttamassa politiikassa. Siirtomaahallintoaikana näkökulma heijastui emämaiden hallitsemistapaan ja eriarvostavaa politiikkaa harjoitettiin yhteiskunnan eri saroilla.⁶⁶ Valkoisen väestön ylemmyys afrikkalaisväestöön nähden teki eurooppalaisten terveydenhuollollisen aseman väistämättä myös paremmaksi muuhun väestöön nähden, joskin eurooppalaiset joutuivat panostamaan myös afrikkalaisten terveydenhuoltoon Kansainliiton asettamien ehtojen myötä.⁶⁷

Lounais-Afrikan siirtomaaviranomaisten velvoitteena oli tarjota koko maan väestölle terveyspalveluja. Resurssien vähyden vuoksi siirtomaahallinnon ylläpitämät sairaalapalvelut keskittyivät kaupunkeihin, joissa ne tavoittivat paremmin eurooppalaissyntyiset asukkaat. Vuonna 1920 suljettujen sotilassairaaloiden tilalle perustettiin neljä siirtomaahallinnon ylläpitämää, eurooppalaisväestölle suunnattua sairaalaa, jotka sijaitsivat Windhoekin, Lüderitzin, Outjon ja Grootfonteinin kaupungeissa. Resurssipulasta johtuen sairaalapalveluita sekä eurooppalaissyntyisille että afrikkalaisille jouduttiin yhdistämään saman rakennuksen alle, ja siten Lüderitzin sairaalassa annettiin hoitoa myös alkuperäisväestölle.⁶⁸ Vuonna 1928 eurooppalaisväestön sairaaloiden määrä nousi viiteen, kun Walvis Bay sai alueelleen oman sairaalan.⁶⁹ Afrikkalaisväestön sairaalapalvelut sijoituivat Windhoekin, Keetmanshoopin, Omarurun ja Karibibin kaupunkeihin.⁷⁰ Karibibin sairaala suljettiin jo vuonna 1925, koska Windhoekin ja Omarurun sairaalat koettiin kattavan tämän alueen terveydenhuollolliset tarpeet.⁷¹ Siirtomaahallinnon ylläpitämissä ja rakennuttamissa sairaaloissa afrikkalaiset saivat käydä pääasiallisesti ilmaiseksi.⁷² Huomattavaa on, että eurooppalaiset ja afrikkalaiset saivat hoitopalvelunsa eri sairaaloissa, vaikka mikään laki ei velvoittanut siirtomaaviranomaisia

⁶⁶ Esim. Arnold, 1988, 39.

⁶⁷ Wellington 1967, 264.

⁶⁸ MR 1920, 22.

⁶⁹ MR 1929, 87.

⁷⁰ MR 1921, 22.

⁷¹ MR 1924, 76.

⁷² MR 1921, 22.

tuottamaan niitä erikseen. Eriarvoisuuspolitiikkaa toteutettiin maassa Etelä-Afrikan mukaisesti, mutta myös ilman lainsäädännöllistä pakkoa.⁷³

Todennäköisesti sinne minne siirtomaahallinnon organisoima terveydenhuolto ulottui, oli sen tuoma apu aina tarpeen. Ongelmana olikin siirtomaahallinnon terveydenhuoltopalveluiden rajallinen ulottuvuus. Siirtomaahallinnon terveydenhuoltopolitiikalle oli hyvin kuvaavaa terveystalouden alueellinen jakautuminen; kaikki siirtomaahallinnon ylläpitämät afrikkalaisten sairaalat olivat sijoittuneet poliisivyöhykkeen sisäpuolelle, kaupunkien läheisyyteen. Näillä alueilla asui kuitenkin alle 50 prosenttia afrikkalaisesta väestöstä ja heistäkin suurin osa kaupunkiasutuksen ulkopuolella reservaateissa. Palvelut olivat näin ollen pääsääntöisesti rajoittuneet niin sanotuille virallisille asuma-alueille.⁷⁴ Maan pohjoisosaan Ambomaahan, jota asuttivat lähes 100 000 ambomaalaista, ei siirtomaahallinnon ylläpitämiä sairaalapalveluita ulotettu.⁷⁵ Pohjoisessa sairaanhoidosta vastasivat pääosin lähetystyöntekijät, joille siirtomaahallinto tosin jakoi vuosittain raha-avustuksia ja lääkkeitä.⁷⁶ Siirtomaahallinnon sairaaloiden sijoittuminen kaupunkiin vaikeutti maaseudulla asuvien afrikkalaisten pääsyä sairaalaan: välimatkat olivat pitkiä, tiet huonokuntoisia ja autoliikenne vähäistä.

Sairaalapalveluiden sijoittuminen maantieteellisesti yksipuolisesti, merkitsi myös ammattiaan harjoittavien lääkäreiden epätasaista alueellista jakautumista. Lääkärit olivat keskittyneet varakkaimmille asuinalueille, sinne missä maksavia asiakkaita riitti. Eurooppalaiset olivat epäilyksettä parhaimmassa asemassa terveydenhuoltojärjestelyiden osalta. Olihan eurooppalaisilla mahdollisuus myös hyödyntää yksityisesti toimivien lääkäreiden hoitopalveluita.⁷⁷ Sairaalapalveluiden keskittämistä eurooppalaisten asuttamille kaupunkialueille voidaan pitää tyypillisenä siirtomaahallinnon päätöksenä, koska vuosittaiset määrärahat terveydenhoidolle olivat kovin rajalliset, mutta tästä huolimatta eurooppalaisväestön terveys oli taattava.

Terveydenhoitopalveluiden keskittyminen hallinnollisiin keskuksiin nosti automaattisesti eurooppalaiset, mutta myös kaupunkien liepeillä asuvat afrikkalaiset terveystalouden keskiöön. Tämä asetti myös maan etniset ryhmät eriarvoiseen asemaan. Lounais-Afrikan väestö oli kuitenkin levittäytynyt asumaan eri puolille valtavaa maata. Suurin osa afrikkalaisista asui poliisivyöhykkeen

⁷³ Silvester et al. 1998, 36.

⁷⁴ MR 1921, 22; MR 1922, 61.

⁷⁵ MR 1925, 20–21.

⁷⁶ Peltola 1958, 191; Aiheesta lisää osiossa 4.

⁷⁷ MR 1924, 75–76.

ulkopuolisissa reservaateissa, jotka oli yhdistetty poliisivyöhykkeeseen siirtotyön kautta. Toisaalta taas monikaan poliisivyöhykkeellä sijaitsevista afrikkalaisten reservaateista ei sijainnut kaupunkien läheisyydessä. Osa afrikkalaisista jatkoi asumista myös reservaattien ulkopuolisilla alueilla, jonne siirtomaahallinnon taholta hoito- ja sairaalapalveluita ei joko ulotettu lainkaan tai vain pienimuotoisesti.⁷⁸

Siirtomaahallinnon terveystaloudelliset tavoitteet eurooppalaisten lisäksi parhaiten afrikkalaisten kansojen ja eurooppalaisten väliin sijoittuvat värilliset, rehobothit. He asuivat Rehobothin kaupungin liepeillä ja edustivat noin kahta prosenttia Lounais-Afrikan väestöstä.⁷⁹ Terveystaloudellisesti heidän asemaansa voi pitää melko hyvänä Lounais-Afrikan mittakaavassa, sillä reservaatti sijaitsi maan pääkaupungin ja sen terveystaloudellisten palveluiden läheisyydessä. Lisäksi Tsesin, Okombahen, Otjohorongon ja Berseban reservaatit sijaitsivat joko Keetmanshoopin tai Omarurun kaupunkien vieressä, missä oli siirtomaahallinnon alkuperäisväestön sairaalat.⁸⁰ Välimatka kaupunkien ja reservaattien välillä nousi kuitenkin kymmeneen kilometriin, joten äkillisten sairaustapausten kohdalla hoitoapu oli usein liian kaukana. Kaupunkien läheisyydessä sijainneita reservaatteja voi kuitenkin pitää terveystaloudellisten palveluiden saatavuuden kannalta kohtuullisina asuinsijoina sen aikaisissa olosuhteissa. Kaupunkialueiden sairaalat pysyivät myös paremmin lääketieteellisessä kehityksessä mukana ja tarjosivat laadukkaampaa hoitoa kuin monet lähetykseurojen pienklinikat. Kehittyneempien liikenneyhteyksien ansiosta sairaalat saivat nopeasti täydennystä lääkintä- ja sairaanhoitovälinevarastoihin ja lisäksi lääketieteelliset uutiset kulkeutuivat nopeammin kaupunkialueiden sairaaloihin.

Yleisesti ottaen siirtomaahallinnon taloudellinen tilanne rajoitti terveystaloudellisten palveluiden laajentamista kaikkien väestönosien saataville. En kuitenkaan usko, että siirtomaaviranomaiset tarkoituksenmukaisesti asettivat afrikkalaisia kansoja eriarvoiseen asemaan, vaan tuottavuusnäkökulma saneli tilanteelle ehdot. Siirtomaahallintoa tuotannollisesti parhaiten hyödyttävät asukkaat pääsivät osaksi järjestelmän terveystaloudellisten palveluiden. Siirtomaahallinnon työvoimapolitiittinen ajattelu johti siihen, että tietyt alueet Lounais-Afrikassa nousivat erityiseen asemaan terveystaloudellisten palveluiden saatavuudessa ja laadussa. Näin ollen esimerkiksi Ambomaa olisi voinut nousta siirtomaahallinnon terveystaloudellisten palveluiden suhteen merkittäväksi alueeksi, koska Ambomaa oli Lounais-Afrikan alueista väkirikkainta ja suuri osa siirtotyöväestöstä

⁷⁸ MR 1922, 61; Kartta.

⁷⁹ Wellington 1967, 130, 155–157.

⁸⁰ Kartta.

rekrytoitiin Ambomaalta tai Ambomaan kautta.⁸¹ Arvioitaessa ambomaalaisten terveydenhuoltopalveluita, sen asema tosin nousee huomattavasti ainoastaan siitä syystä, että eri lähetyseurojen aktiivinen verkosto loi kattavia ensihoitopisteitä ympäri Ambomaata. Siirtomaahallinto huomioi kyllä valtavan työvoimareservin ja palkkasi alueelle vuonna 1928 kaksi siirtomaahallinnon lääkintäviranomaista työvoimatarkastuksien tekoa varten. Tämä mahdollisti nuorten työkuntoisten miesten terveydentilan seuraamisen.⁸² Vaikka alueelle kohdistettiin siirtomaahallinnon taholta terveydenhuoltopalveluita lääkintäviranomaisten työn muodossa, suurimman hyödyn palveluista saivat yksinomaan työikäiset miehet, jotka olivat taloudellisia tulonlähteitä siirtomaaviranomaisille. Naisten, lasten ja vanhusten hoitopalvelut olivat Ambomaallakin lähetyssasemien terveydenhoitohenkilökunnan käsissä.

Heikoimmassa asemassa siirtomaahallinnon terveydenhuollon palveluiden osalta olivat Lounais-Afrikan sani-yhteisöt, joista suurin osa eli perinteisin muodoin hajaantuneina ympäri maata. Sani-yhteisön jäseniä yritettiin myös saada reservaatteihin asumaan, ja osa heistä sopeutuikin elämään muun yhteiskunnan kanssa. Suurin osa saneista jatkoi liikkuvaa elämää asutuskeskittymien ulkopuolella elättäessään itsensä metsästyksellä ja keräilyllä, eivätkä siirtomaahallinnon terveydenhuollon palvelut olleet sanien ulottuvissa.⁸³ Todennäköisesti siirtomaahallinnolla ei ollut erityisiä intressejä tarjota terveydenhuollon palveluita saneille, koska niiden panos siirtomaahallinnon taloudelle tulisi olemaan vaatimaton.

Siirtomaaviranomaisten kiinnostus järjestelmän ulkopuolisiin asukkaisiin ei ollut mittava, sillä prosentuaalisesti niiden määrä oli pieni ja mahdollinen taloudellinen hyöty siirtomaahallinnolle vähäinen. Pääasiallisesti siirtomaaviranomaiset näkivät asian niin, että virallisille asuinalueille keskitetyt terveyspalvelut palvelisivat parhaiten siirtomaahallintoa hyödyntävää väestöä. Reservaattiyhteisöjen ulkopuolella asuvat afrikkalaiset jäivät automaattisesti ilman terveyspalveluita, elleivät he vapaaehtoisesti hakeutuneet reservaatteissa oleviin lääkintäpisteisiin. Terveydenhuollon rakenteet eivät Lounais-Afrikassa suoneet eurooppalaisille ja afrikkalaisille samanarvoisia mahdollisuuksia huolehtia terveydestään. Eroavaisuuksia on muun muassa sairaanhoitopisteiden määrässä, varustetasossa ja lääkäri-potilas-suhteessa: kommunikaatio-ongelmat rajoittivat hoidon laatua.

⁸¹ Esim. MR 1928, 110.

⁸² MR 1929, 71.

⁸³ MR 1936, 67

3.2 Sairaalapalvelut

Siirtomaahallinto vuokrasi sekä eurooppalais- että afrikkalaisväestön sairaalarakennukset ja välineistön sairaalan toiminnasta vastaaville viranomaisille (*Hospital Board*). Sairaaloiden kulut maksettiin siirtomaahallinnon tuilla, verovaroilla, potilasmaksuilla ja yksityisten henkilöiden lahjoitusten avulla.⁸⁴ Afrikkalaisväestön sairaaloiden huonoa kuntoa arvioitiin lähes vuosittain. Sairaalarakennukset oli pystytetty saksalais miehityksen aikana, ja ne olivat huonosti suunniteltuja, alkeellisia afrikkalaismajoja. Sairaala ei muodostunut yhdestä rakennuksesta vaan monista pienistä mudasta ja oljista rakennetuista sairasmajoista. Sairaaloissa oli muutamia vuoteita, mutta suurin osa potilaista makasi olkimattojen päällä.⁸⁵ Toisaalta afrikkalaiset potilaat kokivat matot miellyttävimpänä, koska kotioloissaankin he olivat tottuneet olkipatjoihin. Vuoteista he pelkäsivät putoavansa.⁸⁶

Afrikkalaisten sairaaloita kunnostettiin ja uusittiin heti siirtomaakauden alussa. Siirtomaaraporteista ilmenee usean eri vuoden kohdalla siirtomaahallinnon myöntäneen varoja sairaaloiden saneerauksia ja varustetason kohentamista varten.⁸⁷ Sairaalamuutosten määriä ei siirtomaaraporteista käy ilmi kuin yksittäisten vuosien kohdilla. Vuonna 1922 siirtomaahallinnon sairaaloissa afrikkalaisten sairasmuutosten määrä oli 115⁸⁸ ja vuonna 1923 120⁸⁹. Sairaalamuutosten määrä on todennäköisesti pysynyt suhteellisen samansuuruisena, koska sairaaloiden tilaajennuksista ei raporteissa ole mainittu. Potilasmäärien kasvu kuitenkin jatkui⁹⁰. Siirtomaahallinnon rahat käytettiin afrikkalaisten huonokuntoisten sairaaloiden kunnostamiseen pikemminkin kuin laajentamiseen.

Eurooppalaisten sairaalat koostuivat lähes poikkeuksetta yhdestä rakennuksesta ja olivat laadultaan korkeatasoisempia kuin afrikkalaisten sairaalat. Sairaaloissa sairasmuutostenä käytettiin kunnollisia sänkyjä ja mattoja. Sairassijojen määriä ei ole tilastoitu siirtomaaraportteihin. Eurooppalaisille tarkoitettujen sairaalarakennusten kunto oli mahdollisesti riittävä sen aikaisiin olosuhteisiin, sillä siirtomaaraporteissa hyvin harvakseltaan mainittiin sairaaloiden kunnostamisesta. Vuosikymmenen edetessä joitakin maltillisia parannuksia tehtiin sairaalarakennuksiin ja välineistöön. Valkoisten sairaaloille myönnettyt siirtomaahallinnon vuosittaiset avustukset eivät vuosikymmenen alun jälkeen

⁸⁴ MR 1921, 22.

⁸⁵ MR 1922, 62.

⁸⁶ Taube 1947, 285.

⁸⁷ Esim. MR 1922, 62.

⁸⁸ MR 1922, 62.

⁸⁹ MR 1923, 56.

⁹⁰ Taulukko 2.

enää kasvaneet. Siirtomaaraportissa lääkäriviranomainen mainitsee eurooppalaisten sairaaloiden olevan itsenäisesti toimeentulevia.⁹¹ Eurooppalaisten sairaaloiden riippumattomuus siirtomaahallinnon tuista johtuu siitä, että eurooppalaisten sairaalat olivat parempikuntoisia, joten sairaaloiden ylläpitokustannukset eivät olleet lähtökohtaisesti niin korkeat kuin afrikkalaisten sairaaloissa. Lisäksi eurooppalaissyntyiset potilaat olivat pääosin maksukykyisiä, joten sairaaloiden toiminta saatiin rahoitettua potilasmaksuilla.

Varustetaso oli molempien väestönsien sairaaloissa vaatimaton; Lounais-Afrikkaan saatiin ensimmäinen röntgenlaite vasta vuonna 1929.⁹² Näin ollen leikkausoperaatiot rajoittuivat vain näkyvien ongelmien, kuten paiseiden ja haavaumien, hoitamiseen. Olosuhteet kehittyivät huomattavasti vuonna 1930, kun Windhoekin kaupunkiin rakennettiin uusi klinikka, jossa oli kirurginen osasto, sairaanhoitajan vastaanottohuone ja sukupuolitaudeille oma osastonsa.⁹³ Eurooppalaisten sairaalapalveluiden tarjontaa voidaan pitää sekä laadullisesti että määrällisesti korkeatasoisempana. Heidän käytettävissään oli erikoislääkärien palveluita, kuten hammas- ja silmälääkärit.⁹⁴ Eurooppalaisväestön saama terveydenhoito verrattuna afrikkalaisten hoitoon voi sanoa olleen korkeatasoisempaa niin ulkoisista puitteiltaan kuin sisällölliseltä laadultaan. Headrick arvelee palveluiden laadullisten erojen johtuvan osakseen eurooppalaisten lääkehoidollisesta perinteestä; eurooppalaiset olivat kasvaneet kehittyneemmän lääkehoidon parissa ja tottuneet siihen. Lisäksi heillä oli mahdollisuus maksaa palveluista, joka viimeistään antoi oikeuden vaatia parasta mahdollista hoitoa ja takasi myös sen.⁹⁵

Vuonna 1929 pääkaupungissa, Windhoekissa, afrikkalaisasuinalueiden terveyspalveluiden tilaa kehitettiin palkkaamalla alueelle kiertävä sairaanhoitaja. Lisäksi pieniä apteekkeja (*dispensary*) rakennettiin läheisiin reservaatteihin, joissa sairaanhoitaja hoiti helpompia sairastapauksia, antoi terveysvalistusta ja tarvittaessa ohjasi potilaita jatkohoitoon Windhoekin afrikkalaisten sairaalaan. Siirtomaaviranomainen pahoittelee vuoden 1929 raportissa sitä, ettei Windhoekissa toimivaa sairaanhoitojärjestelmää ole onnistuttu toteuttamaan muissa maan suuremmissa kaupungeissa ja reservateissa.⁹⁶ Koko maan hyvinvointia ajatellen, ongelmaksi syntyi se, kun siirtomaahallinnon terveydenhuolto- ja sairaalapalvelut eivät vaatimattomallakaan tasolla ulottuneet siinä määrin kuin tarvetta olisi ollut afrikkalaisten asuinalueille.

⁹¹ MR 1925, 77; MR 1927, 68; MR 1929, 62.

⁹² MR 1929, 87.

⁹³ MR 1938, 59.

⁹⁴ Esim. MR 1923, 62.

⁹⁵ Headrick 1994, 391.

⁹⁶ MR 1929, 87.

Yksi vakavimmista puutteista siirtomaahallinnon terveydenhuollossa oli äitien- ja vastasyntyneiden lasten hoito. Neuvolatoiminta oli lähinnä eri lähetyseurojen ja yksityisten laitosten organisoimaa. Yksityisiä neuvolapalveluiden tarjoajia 1920-luvun alussa oli kaksi, joista molemmat sijaitsivat pääkaupungin Windhoekin liepeillä. Siirtomaahallinnon sairaaloista vain Windhoekin sairaala tarjosi erityistä äitiysneuvontaa odottaville äideille.⁹⁷ Teoreettisella tasolla siirtomaahallinnon suhtautuminen neuvolatoimintaan oli kuitenkin myönteistä, sillä se ymmärsi korkean syntyvyyden olevan menestyvän valtion edellytys. Tämä tavoite ei kuitenkaan näy kovin selvästi siirtomaahallinnon raporteissa konkreettisina tekoina vaan mainintoina neuvolatoiminnan merkityksestä. Kaikissa vuosien 1924–1939 raporteissa on mainintoja äiti- ja lapsityöstä, mutta kovin niukasti. Vaikka neuvolatoiminnalla on vaikutuksensa väestönkasvuun, siihen ei ole siirtomaahallinnon taholta tehty riittäviä panostuksia, ainakaan mitä saa Kansainliiton raporttien pohjalta selville. Neuvolatoiminta oli ensisijaisesti lähetyseurojen ja muiden yksityisten hyväntekeväisyysjärjestöjen vastuulla, jotka tosin toimivat yhteistyössä siirtomaahallinnon organisoiman sukupuolitautilien torjumiseen liittyvän kampanjoinnin kanssa. Sukupuolitautilien torjuntakampanjoissa neuvolat antoivat kaikille potilaille sukupuolitautilistusta ja hoitoa sitä tarvitseville. Lisäksi siirtomaahallinnon toimenpiteet äiti- ja lapsityön edistämiseen rajoittuivat lähinnä rahallisen avun jakamiseen niille instituutioille, jotka vastasivat neuvolatoiminnasta.⁹⁸

Suuntaus neuvolapalveluiden kasvavaan kysyntään alkoi näkyä vuodesta 1932 lähtien, kun saksalainen Punainen Risti perusti Lounais-Afrikkaan kolmannen neuvolatoimintaa tarjoavan hoitopisteen, jonka palvelut olivat maksuttomia.⁹⁹ Vaikka tilastoidut neivolakäynnit kasvoivat vuosi vuodelta, siirtomaahallinnon taholta panostukset neuvolatoimintaan jäivät edelleen vähäisiksi, sillä kaikki neljä uutta vuoteen 1939 mennessä perustettua neivolaa olivat vapaaehtoisjärjestöjen kustantamia ja organisoimia.¹⁰⁰ Vain Windhoekin afrikkalaisten asuinalueella toimi siirtomaahallinnon sairaanhoitaja, jonka potilastilastoista on nähtävissä, että raskaana olevia naisia hakeutui entistä enemmän sairaanhoitajan vastaanotolle. Vuonna 1929 sairaanhoitajan vastaanotolta äitiysneuvonta-apua haki 14 henkilöä, vuonna 1930 22 ja vuonna 1931 39.¹⁰¹ Äitiysneuvonnan suosio alkoi vähitellen kasvaa, mutta vieläkin vain pieni prosentti raskaana olevista naisista turvautui modernin lääketieteen apuun odotusaikana. Äitiyshoidossa paikallisväestön asennemuutos

⁹⁷ MR 1920, 25.

⁹⁸ Esim. MR 1920, 25; MR 1927 105.

⁹⁹ MR 1932, 97.

¹⁰⁰ MR 1939, 119.

¹⁰¹ MR 1931, 82.

oli hyvin hidasta ja lapsikuolleisuus pysyi korkealla.¹⁰² Tosin koska siirtomaahallinnon palkkaamia kiertäviä sairaanhoitajia oli sijoitettu vain muutamiin afrikkalaisten asutuskeskuksiin, ei suurimmalla osalla afrikkalaisista äideistä ollut mahdollisuutta turvautua siirtomaahallinnon organisoimaan sairaanhoitoapuun raskausaikana. Siirtomaahallinnon terveydenhuollon jättämää aukkoa saattoi joillakin alueilla olla paikkaamassa lähetyseuran poliklinikkatoiminta.

Poliisivyöhykkeen sairaala- ja neuvolapalveluita täydensivät Roomalaiskatolisen kirkon lähetyseuran ja muiden ulkomaalaisten hyväntekeväisyysjärjestöjen ylläpitämät sairaalapalvelut. Roomalaiskatolisen kirkon lähetystyö oli keskittynyt poliisivyöhykkeelle, jossa heillä oli kolme sairaalaa. Lisäksi useat heidän terveysasemansa palvelivat poliisivyöhykkeen syrjäisempien seutujen potilaita. Roomalaiskatolisen kirkon sairaalat hoitivat Swakopmundissa ja Gobasisissa sekä afrikkalaisia että eurooppalaisia potilaita. Sairaalat olivat kuitenkin sijoittuneet afrikkalaisasutuksen läheisyyteen, joten sairaalan potilaista valtaosa oli afrikkalaisia. Windhoekin sairaala oli taas suunnattu vain eurooppalaisväestölle. Sairaalat saivat rahoituksen osittain yksityisiltä lahjoittajilta, lähetyseuraltaan ja potilasmaksuista. Windhoekissa äitiysneuvontaa ylläpiti *Elizabethhaus*, joka sai toimintaansa rahoituksen saksalaiselta vapaaehtoisjärjestöltä. Lisäksi vuodesta 1927 lähtien yksityinen *The Kenelly Nursing Home*, jonka toimintaa osaltaan rahoitti Omarurun kunta. Äitiyspalvelut oli suunnattu kaikille Lounais-Afrikan väestönosille.¹⁰³ Siirtomaaraporteissa ei tehdä tarkempaa selontekoa erinäisten, yksityisten hyväntekeväisyysjärjestöjen palveluista.

Lounais-Afrikan terveydenhuoltosektorin vuosibudjetti nousi voimakkaasti vuosien 1924–1930 välisenä aikana. Vuosibudjetti vuonna 1924 oli £ 15405¹⁰⁴, kun se vuonna 1930 oli noussut noin 54 %.¹⁰⁵ Terveystenhuollon budjettivarantoa nosti osittain lähetyseurojen terveyspalveluille jaettavat vuosittaiset tuet.¹⁰⁶ Huomioitavaa on kuitenkin, että kokonaismäärärahoista vuosien 1927–1932 aikana 54–70 % käytettiin afrikkalaisten hoitoon ja sairaalarakennusten vuosimenoihin.¹⁰⁷ Verrattaessa Lounais-Afrikan eurooppalaisten ja afrikkalaisten asukasmääriä, suhteellisesti yksittäisesti afrikkalaista potilasta kohden käytettiin huomattavasti vähemmän rahaa kuin eurooppalaista. Esimerkiksi vuoden 1927 väestönlaskun mukaan Lounais-Afrikassa asui 24468

¹⁰² MR 1931, 81.

¹⁰³ MR 1928, 105.

¹⁰⁴ MR 1923, 10.

¹⁰⁵ Taulukko 1.

¹⁰⁶ MR 1929, 16; MR 1930, 22.

¹⁰⁷ Taulukko 1.

eurooppalaista. Afrikkalaisia koko maan alueella oli 186175.¹⁰⁸ Tutkimusajan alkuvuosina kokonaismäärärahat kuluivat suurelta osin laajenevan terveydenhuolto sektorin rakenteellisiin kuluihin kuten sairaaloiden kunnostamiseen. Sen sijaan vuosikymmenen puolivälin myötä nousseet potilasmäärät söivät yhä enemmän varoja terveydenhuollon budjetista. Vuosibudjetin kokonaismäärärahat näyttävät, osaltaan inflaation vaikutuksesta, suuremmilta mitä ne todellisuudessa olivat. Luvuissa näkyy myös henkilöstömenojen kasvu, esimerkiksi sairaanhoitajia oli palkattava lisää kasvavien potilasmäärien myötä¹⁰⁹. Terveydenhuolto-osaston tehtäväkenttä laajentui vuosien mittaan myös asuma-alueiden kehittämistoimista, mikä näkyi terveydenhuolto-osaston budjettisuosituksen kasvuna.¹¹⁰ Näin ollen terveystaloudelliset eivät nousseet määrältään ja laadultaan kovin paljoa maailmansotien välisenä aikana, vaan terveydenhuollon rakenteelliset menot lohkaisivat budjetista yhä suuremman osan.

Taulukko 1 Terveydenhuoltoon käytetyt määrärahat, afrikkalaisten hoitokulut ja sairaaloiden vuosimenot (£) vuosina 1924–1937.

Vuosi	Kokonaismäärärahat	Afrikkalaisten hoitokulut	Afrikkalaisten sairaaloiden vuosimenot
1924	15405	1577	-
1925	1824	-	-
1926	18938	7795	4347
1927	21048	8756	4158
1928	22077	10760	4596
1929	24470	8514	5059
1930	23794	8164	4914
1931	22917	8586	4720
1932	18855	8366	4433
1933	21302	8746	5127
1934	22320	9565	5264
1935	23831	10083	5944
1936	24312	-	-
1937	26409	13869	7047

Lähde: MR 1929, 16; MR 1930, 22; MR 1931, 13; MR 1932, 14; MR 1933, 10; 1934, 17; MR 1935, 12; MR 1936, 13; MR 1937, 14; MR 1938, 12.

¹⁰⁸ MR 1927, 20–21.

¹⁰⁹ MR 1931, 80.

¹¹⁰ MR 1929, 34.

Siirtomaahallinnon sairaaloissa hoidettavien potilaiden lukumäärät kasvoivat valtavasti 1920-luvulta lähtien.¹¹¹ Siirtomaaraporteissa potilasmäärät luetellaan sairaalakohtaisesti. Kuitenkaan siirtomaaraporteissa esiintyvät potilasmäärät eivät ole täysin luotettavia. Raportteihin kirjatuihin luvuissa saatettiin tehdä virheitä, koska joidenkin vuosien kohdalla potilasmäärät ovat täsmälleen samat kuin edellisenä vuonna. Lisäksi hoidettuja potilaita ei eritelty tarkasti, sillä hoitokäynneistä ei esimerkiksi käy ilmi antoiko hoidon lääkäri vai sairaanhoitoja. Kaikesta huolimatta lukuja voi pitää suuntaa-antavina. Siirtomaahallinnon sairaaloissa, hoitokertamäärien tilastointi aloitettiin vasta vuonna 1923. Eurooppalaisia koskevissa tilastoissa ei ole erikseen eritelty sairaala- ja avohoitopotilaiden määriä, joten ei ole tiedossa oliko tilastoituihin lukuihin sisälletty sekä sairaalahoito että avohoitokertamäärät. Eurooppalaisten hoitomäärät nousivat vuoden 1924 luvuista (476)¹¹² vuoteen 1930 mennessä noin 73 % (823).¹¹³ Lisäksi tilastot eivät kerro kuinka moni eurooppalaisista potilaista käytti yksityisen sektorin sairaalapalveluita.

Vaikea on myös arvioida, miten lääkäreiden antama hoitoaika erosi eurooppalaisten ja afrikkalaisten välillä. Jonkinasteisia johtopäätöksiä voi tehdä päivittäisten asiakkaiden määrästä, joka eurooppalaisten siirtomaahallinnon sairaaloissa oli esimerkiksi vuonna 1928 keskimäärin 22.07 potilasta päivässä verrattuna afrikkalaisten sairaaloiden potilasmäärään 110.8 potilasta päivässä.¹¹⁴ Samansuuntaiset eroavaisuudet päivittäisissä potilasmäärissä jatkuvat myös myöhempinä vuosina.¹¹⁵

Siirtomaahallintokauden alussa länsimainen lääketiede oli vielä kovin vierasta afrikkalaisväestölle ja ennakkoluulot länsimaisen lääketieteen ympärillä olivat voimakkaat. Tämä osaltaan hidasti modernin lääketieteen läpimurtoa Lounais-Afrikassa. Vuoden 1920 siirtomaaraportissa lääkintäviranomainen arvioi länsimaisen lääketieteen juurtumista Lounais-Afrikkaan ja länsimainen lääketiede kohtasi vaikeuksia ennakkoluulojen ja odotusten voittamisessa. Länsimaisilta lääkäreiltä odotettiin hoitorituaaleja ja ihmetekoja paikallisten ”noitatohtorien” tapaan. Kun hoitotoimenpiteet eivät vastanneet odotuksia, saattoivat potilaat palata perinteisen hoidon pariin.¹¹⁶

¹¹¹ Taulukko 2.

¹¹² MR 1924, 77.

¹¹³ MR 1923, 56; MR 1930, 110.

¹¹⁴ MR 1928, 75–76.

¹¹⁵ Esim. MR 1929, 88, 90; MR 1930 110; MR 1933, 53; MR 1936, 63.

¹¹⁶ MR 1920, 25.

Siirtomaahallinnon alkuvaiheessa ongelmana lääkäriviranomaisen näki, että afrikkalaiset hakeutuvat lääkäriin vasta tilanteessa, jossa sairaus oli ehtinyt edetä hengenvaaralliseksi.¹¹⁷ Tämä tietenkin osaltaan vaikeutti lääkäreiden työtä, sillä lääkärien hoitomahdollisuudet kaventuivat sairauden edetessä vakavammaksi. Lisäksi poliklinikoiden lääkepula ja puutteelliset instrumentit rajoittivat hoitotoimenpiteitä. Toinen ongelma oli poliklinikoiden sijainti, sillä usein ne sijaitsivat kaukana afrikkalaisten asuinsijoilta. Näin ollen sairauden uskottiin hoituvan perinteisillä lääkintätavoilla, ei vaikeaa matkaa lähdetty kulkemaan turhaan. Haasteita tuottivat myös lääkehoidolla hoidettavien sairauksien parantaminen. Siirtomaaraportissa mainitaan lääkkeiden määräämistä alkuperäisväestölle rahantuhlauksena, koska he eivät olleet tottuneet lääkkeiden säännölliseen käyttämiseen: ei ymmärretty niiden tehokkuuden kärsivän epäsäännöllisessä käytössä. Usein lääkkeet jäivät ottamatta tai niiden syöminen lopetettiin pahimpien oireiden hävitessä, vaikka tautia ei olisi vielä selätetty.¹¹⁸

Kuitenkin siirtomaahallinnon ylläpitämissä afrikkalaisten sairaaloissa potilasmäärien kehitys jatkui tasaisen kasvavana koko tutkimusajan.¹¹⁹ Erityisen hyviä tuloksia sairaalapalveluiden käyttömäärissä saatiin niissä väestöryhmissä, joissa väestöryhmän päällikkö toimi länsimaisen terveydenhuollon puolestapuhujana.¹²⁰ Raporteista on nähtävissä potilasmäärien kasvu ja kuinka moninkertainen määrä sairaaloiden potilaista oli avohoitopotilaita. Afrikkalaisten kasvavasta kiinnostuksesta länsimaisen terveydenhuollon palveluihin kertoo eritoten avohoitopotilaiden määrä. Potilasmäärien kasvu näkyy nousevan 1930-luvun alkuun saakka.¹²¹ Sairaalassa hoito tuli siirtomaahallinnolle aina avohoitoa hinnakkaammaksi, joten viranomaisten pyrkimyksenäkin oli hoidattaa mahdollisimman moni potilaista avohoitopotilaana. Lisäksi sairaaloiden sairassijojen määrä ei tutkimusaikana ollut väestöön nähden kovin suuri. Länsimainen terveydenhuolto oli kuitenkin saavuttanut vakaan aseman: sairaala- ja avohoitopotilas määrät kasvoivat vuosi vuodelta.

¹¹⁷ MR 1920, 25.

¹¹⁸ MR 1920, 25.

¹¹⁹ Taulukko 2.

¹²⁰ MR 1923, 61.

¹²¹ Parhaimman kuvan länsimaisen terveydenhuollon suosiosta saa tarkastelemalla maaseudulla toimivien lähetyssseurojen potilastilastoja, joita käsittelen tarkemmin kappaleessa 4.2.

Taulukko 2 Siirtomaahallinnon- ja Roomalaiskatolisen Lähetykseuran sairaaloiden sekä Suomen Lähetykseuran (SLS) terveys- ja lähetyksensämiön potilasmäärät vuosina 1924–1938.

Vuosi	Siirtomaahallinnon sairaalat			Roomalaiskatolisen lähetykseuran sairaalat		SLS:n terveys- ja lähetyksensämiön asemat
	Eurooppalaiset	Afrikkalaiset		Eurooppalaiset	Afrikkalaiset	
	Sairaalahoito	Sairaalahoito	Avohoito	Sairaalahoito	Sairaalahoito	
1924	476	1026	-	-	-	-
1925	616	1114	3420	941	340	3895
1926	526	1339	2902	869	370	9145
1927	636	1128	3320	898	451	18897
1928	703	1124	2915	908	245	18378
1929	745	1135	2617	1325	339	18788
1930	823	1245	4784	941	289	20138
1931	792	1263	5075	734	321	-
1932	749	1371	5075	734	279	-
1933	667	1313	5057	682	172	-
1934	753	1617	5893	1148	435	26155
1935	769	1294	3982	1014	407	-
1936	927	1606	5631	1094	460	34787
1937	1086	1694	4657	1000	374	-
1938	1090	1506	4507	1557	534	-

Lähde: Vuosi 1924: MR 1924, 77–78; vuosi 1925: MR 1925, 74–75; vuosi 1926: MR 1926, 86–87, 103; vuosi 1927: MR 1927, 103–104; vuosi 1928: MR 75–76; vuosi 1929: MR 1929, 88–90; vuosi 1930: MR 1930, 110–111, 115–116; vuosi 1931: MR 1931, 81–83, 90; vuosi 1932: MR 1932, 95–98; vuosi 1933: MR 1933, 53, 55; vuosi 1934: MR 1934, 64, 66, 73; vuosi 1935: MR 1935, 57–58, 60; vuosi 1936: MR 1936, 63, 65, 69; vuosi 1937: MR 1937, 81, 83; vuosi 1938: MR 1938, 71, 73.

Afrikkalaiset hakivat apua monentyyppisiin sairauksiin: epideemisiin tauteihin ja satunnaisiin sairauksiin, kuten paiseisiin, palovammoihin ja haavoihin. Lisäksi sairauksiin, jotka olivat yleisempiä suurempien kaupunkien asukkaille, kuten anemia ja vatsataudit. Suuri osa sairaaloiden potilaista joutui hoitoon keuhkotautien ja siihen liittyvien sairauksien takia.¹²² Sukupuolitaudit yleistyivät maassa jo sotilasvallan ajalla ja siirtomaaviranomaiset kokivat taudin yhteiskuntamoraalin kannalta hyvin uhkaavaksi. Taudin kontrolloimiseksi hoitotapoja kehitettiin

¹²² MR 1925, 98–100.

jatkuvasti ja vuonna 1925 päädyttiin ilmaisen lääkityksen jakamiseen.¹²³ Leikkausta vaativat toimenpiteet olivat usein paiseita, tyriä tai murtumia. Kovin vaativia leikkauksia ei Lounais-Afrikassa kyetty tekemään ennen ensimmäisen röntgenlaitteen hankkimista.¹²⁴ Toisinaan lastentautiepidemia kuten sikotauti näkyi sairaaloiden tilastoissa¹²⁵. Vaikka malaria oli hyvin yleinen tauti Lounais-Afrikassa, ei malarian takia potilaita otettu pitkäaikaiseen sairaalahoitoon kovinkaan useasti.¹²⁶

Siirtomaaraportissa afrikkalaisten potilasmäärien kasvua selitetään heidän asenteiden muutoksella länsimaista lääketiedettä kohtaan: luvut ovat osoitus hoitopalveluiden arvostamisesta.¹²⁷ Miten afrikkalaiset vastaanottivat modernia lääketiedettä, on hyvin vaikea arvioida. Useimmat afrikkalaiset olivat vielä maailmansotien välisenä aikakautena lukutaidottomia, joten heidän tuntemuksiaan ja kokemuksiaan ei ole kirjoitetussa muodossa saatavissa. Afrikkalaisten reaktiot on siten kirjoitettu pääosin siirtomaahallitsijoiden ja lähetystyöntekijöiden näkökulmasta. Todennäköisesti osa hakeutui hoitoon edelleen uteliaisuudesta, osa kokeili ensin parantajanoidan taitoja ja lopulta sairauden jatkuessa hakeutui länsimaisen lääketieteen pariin. Monet menestykselliset toimenpiteet kantautuivat paikallisten tietoisuuteen ja afrikkalaiset vakuutuivat vähitellen valkoisen lääkärin taidoista. Länsimaisesta lääketieteestä valistettiin myös kouluissa, sairaaloissa ja kirkoissa.¹²⁸ Ennakkoluulot, joita paikallinen väestö koki länsimaista terveydenhuoltoa kohtaan, oli kuitenkin osittain voitettu parantavan, lähes ilmaisen hoidon ja valistuksen avulla.

Mandaattihallintokauden alussa länsimaisen terveydenhuollon pääasiallinen reitti alkuperäisväestön avuksi tapahtui terveydenhuoltoviranomaisten ja lähetystyöntekijöiden kautta. Pääsääntöisesti moderni lääketiede oli mandaattihallinnon alkuvaiheessa monelle afrikkalaiselle tuntematon käsite. Vain pieni osa väestöstä pääsi kosketuksiin länsimaisen lääketieteen kanssa ja heistäkään kaikki potilaat eivät olleet valmiita tunnustamaan uusien hoitotapojen arvoa. Useat afrikkalaiset tekivät valinnan ja jättivät modernin lääketieteen hoidot käyttämättä: välimatkat olivat pitkiä ja aikaisempien kokemusten perusteella lääkkeiden ja hoitojen teho koettiin rajoittuneeksi. Toisaalta osaltaan taas terveydenhuollon palveluita ei käytetty hyödyksi, koska afrikkalaiset eivät halunneet

¹²³ Wallace 1998, 79.

¹²⁴ MR 1929, 87.

¹²⁵ Esim. MR 1928, 107.

¹²⁶ Koska Lounais-Afrikka ja erityisesti Ambomaa luettiin malariavyöhykkeeseen kuuluvaksi, oli tauti hyvin yleinen alueella. Sairastuneille jaettiin kiniiniä terveys- ja lähetysasemilla.

¹²⁷ MR 1923, 61.

¹²⁸ Esim. MR 1923, 60-61.

eurooppalaisten sekaantuvan heidän asioihinsa. Vastahakoisuus ja epäluulo liittyivät yleisesti ottaen kaikkiin eurooppalaisten toimiin, koska eurooppalaiset nähtiin siirtomaahallinnon vallan jatkeeksi.¹²⁹ Toisinaan eurooppalaissyntyisten lääkäreiden ja sairaanhoitajien on ollut hankalaa hoitaa afrikkalaisia potilaita, sillä vanhakantaiset, esi-isien aikaiset uskomukset elivät hyvin voimakkaina monen afrikkalaisen mielessä.¹³⁰

Siirtomaahallinnon lääkäri pysyi pitkään arvoituksellisena hahmona afrikkalaisille. David K. Patterson (1981) on teoksessaan *Health in Colonial Ghana: Disease, Medicine and Socio-economic Change, 1900–1955* arvioinut, että lääkäreiden ihmeteot ja tabujen vastaiset hoitotoimenpiteet lisäsivät afrikkalaisissa epäluuloa ja pelkoa. Afrikkalaiset kokivat lääkärin vieraana, valkoisena miehenä, joka usein kysyi potilaalta epäsovinnaisia kysymyksiä, vaati näytteitä verestä, virtsasta ja ulosteesta ilman, että asioita tarkemmin selitettiin.¹³¹ Afrikkalaisten hämmästykseksi valkoinen lääkäri kykeni tekemään leikkauksien avulla sokeasta näkevän, poistamaan madot suolistosta ja lihaksistosta sekä parantamaan muita sairauksia, joihin parantajanoidan käsittelyn jälkeen oli yleensä kuoltu. Gynekologiset sairaudet jäivät usein hoitamatta, sillä afrikkalaisväestö suhtautui hyvin epäluuloisesti tämäntyyppisiin intiimeihin hoitoihin.¹³²

Ennaltaehkäisevien toimien osalta lääkärit ja sairaanhoitajat kohtasivat paljon vastustusta, sillä monet vaaditut toimet olivat perinteisten tapojen vastaisia. Afrikkalaisia ei välttämättä ollut kovin helppoa vakuuttaa tilanteessa, jossa esimerkiksi kuolleen karjan syöminen haluttiin kieltää. Modernin lääketieteen selitykset bakteereineen eivät olleet kansanomaisen mielen ymmärrettävissä.¹³³ Varsinkin ennaltaehkäisevän lääkehoidon toteuttaminen tuotti ongelmia, koska alkuperäisväestö ei ymmärtänyt syytä miksi lääkkeitä täytyi syödä sairauteen, jota heillä ei vielä edes ollut.¹³⁴ Osaksi länsimaisen lääketieteen ja lääkärin vierauden takia, monet afrikkalaiset turvautuivat edelleen ensisijaisesti perinteisten parantajanoitien apuun siirtomaahallintokauden alkuvaiheessa.

Siirtomaahallinnolle kaikkein työläimmät ja hinnakkaimmat sairaudet olivat kehittyneet epidemia-asteelle. Suurten epidemioiden puhkeaminen kertoo yleisten terveydenhoitorakenteiden puutteista ja

¹²⁹ Headrick 1991, 191; Taube 1947, 233.

¹³⁰ Ojala 1990, 9-12.

¹³¹ Patterson 1981, 15.

¹³² Taube 1947, 113-114.

¹³³ Esim. MR 1933, 57.

¹³⁴ MR 1933, 58.

elinolosuhteiden kehittämistarpeesta.¹³⁵ Siirtomaahallinnon tasolla viranomaiset ymmärsivät, että todelliset syyt epidemioihin liittyivät ihmisten elinympäristöön, asuinalueiden taloudelliseen ekonomisiin muutoksiin. Tautien puhkeamisissa oli kysymys hygieniasta.¹³⁶ Afrikkalaiset kuvattiin usein ihmisryhmänä, joka oli vaarallisten sairauksien potentiaalinen kantaja.¹³⁷ Vaikka afrikkalaisten pelättiin tartuttavan tauteja eurooppalaisiin, ei yleistä terveydenhoitoa ryhdytty, suunnitelmista huolimatta, kovin tarmokkaasti kehittämään. Lisäksi hygieniaongelmat jäivät merkittävässä määrin ratkomatta.

Siirtomaaviranomaisista tehokkain keino epidemioiden kurissapitämiseksi oli massarokottaminen. Afrikkalaisväestön rokottamisella estettäisiin tautien leviäminen eurooppalaisväestön keskuuteen ja samalla suojattaisiin siirtomaahallinnon talouskehityksen kannalta tärkeän työväestön terveys. Jo näiden väestönsien terveyttä oli hankala valvoa, koska lääketiede ei tuntenut vielä monia trooppisia tauteja ja taloudelliset voimavarat eivät sallineet laajempia tutkimuksia. Muun muassa Vaughan on arvioinut, että 1900-luvun alkupuoliskolla pääosa afrikkalaisista pääsi kosketuksiin modernin lääketieteen kanssa massahoitokampanjan yhteydessä. Isorokosta, rutosta ja unitaudista johtuneet epidemiat olivat jatkuvia uhkia siirtomaahallintojen talouksille.¹³⁸ Massarokottamisessa ongelmana oli rokotuskampanjoiden epätasa-arvoinen jakautuminen. Syrjäisimmille seuduille, poliisivyöhykkeen ulkopuolelle eivät siirtomaahallinnon massahoitokampanjat ulottuneet.¹³⁹

Rokotuskampanjoihin afrikkalaiset suhtautuivat vaihtelevasti. Toiset olivat sitä mieltä, että eurooppalaiset laittoivat heihin myrkkyä, toiset taas esittelivät ylpeinä rokotuspistoksien jättämiä arpiaan. Vaughanin mukaan siirtomaahallinnon terveysviranomaiset suhtautuivat afrikkalaisiin potilaisiin välinpitämättömästi. Siirtomaahallinnon terveysviranomaisten toteuttamissa lääketieteellisissä kampanjoissa afrikkalaisia hoidettiin kuin elottomia olioita, oli kyse sitten lääketieteellisistä tutkimuksista tai massahoitokampanjan toteuttamisesta. Afrikkalaisia hoidettaessa heitä kohdeltiin vain hoidon vastaanottajina. Heidän identiteetti, tunteet ja mielipiteet olivat toisarvoisia.¹⁴⁰ Myös Lounais-Afrikan siirtomaaviranomaisten raporteista on luettavissa esimerkkejä afrikkalaisten kielteisestä suhtautumisesta rokottamiseen. Toisinaan rokotuskampanjat oli lopetettava kesken, koska afrikkalainen väestö vältteli rokottajia.¹⁴¹ Joka tapauksessa

¹³⁵ Vaughan 1991, 43.

¹³⁶ MR 1933, 52.

¹³⁷ Arnold 1988, 193.

¹³⁸ Vaughan 1991, 37.

¹³⁹ MR 1924, 82-87.

¹⁴⁰ Vaughan 1991, 52.

¹⁴¹ MR 1922, 69; MR 1931, 92.

rokotuskampanjat olivat sotien välisenä aikakautena menestys epidemioiden leviämisen estämisessä.

Rokotuskampanjoinnin myötä korostui lääkkeiden merkitys. Lääkkeiden parempi saatavuus ja niiden käyttö näkyi muun muassa siinä, että vaarallisten epidemioiden puhkeaminen oli vähenemään päin. Siirtomaaraporteissa on tilastoitu vain afrikkalaisten potilaiden vuosittaiset lääkekustannukset. Lääkekustannuslukuihin on sisällytetty myös sairaalavälineistön vuosittaiset kulut, joten aivan tarkkaa muutosta ei tilastoista näe. Vuonna 1925 lääke- ja välineistön kustannukset olivat £ 871 ja nousivat vuoteen 1927 mennessä 1765 puntaan, kunnes vuonna 1930 olivat nousseet jo £ 4350.¹⁴² Lukuun ottamatta lamavuosien aikaa voimakas lääke- ja välineistökustannuksien kasvu näkyi terveydenhuollon budjetissa. Toisaalta lääkekustannuksien nousu ei välttämättä kerro lääkemäärien käytön kasvusta, vaan osaltaan siihen vaikuttavat lääkkeiden hintojen ja kuljetuskustannusten nousu. Suuria määriä lääkkeitä upposi myös massarokotuskampanjoihin. Lääkkeiden riittävyys tuotti paljon ongelmia vielä sotien välisenä aikakautena. Erityisesti syrjäisillä seuduilla epidemioiden hoito saattoi jäädä puolitiehen lääkepuulan vuoksi¹⁴³. Lääkkeiden puute rajoitti osaltaan terveydenhuoltosektorin kehitysprosessia, sillä harvoin lääkkeitä käytettiin esimerkiksi sairauksien ennaltaehkäisyyn.

Taulukko 3 Afrikkalaisten lääkkeisiin ja sairaalavarusteisiin käytetyt varat vuosien 1925–1938 aikana.

Vuosi	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938
£	871	-	1765	2249	4350	1585	1002	1293	1487	2721 ¹⁴⁴	1918	2019	-	2445

Lähde: MR 1925, 75; MR 1927, 105; MR 1928, 76; MR 1929, 90; MR 1930, 110; MR 1931, 82; MR 1932, 97; MR 1933, 54; MR 1934, 65; MR 1935, 69; MR 1936, 64; 1938, 72.

Sairaanhoitoon hakeutuvien afrikkalaisten määrä pysähtyi 1930-luvun vaihteen jälkeen.¹⁴⁵ Yleinen syy on löydettävissä Lounais-Afrikan taloudellisista ja ilmastollisista oloista. Maailmanlaajuinen lama ja kuivuus laskivat afrikkalaisten tuloja. Toimeentulon vaikeutumisen voi sanoa vaikuttaneen väestön terveydentilaan, sillä nälkä ja vitamiinien puute aiheuttivat muun muassa voimattomuutta ja vatsavaivoja. Äkillisien sairauksien hoitoon ylimääräisiä varoja ei ollut käytettävissä. Laman myötä terveydenhuollon sektori kärsi yhä enemmän siirtomaahallinnon tekemistä leikkauksista.

¹⁴² Taulukko 3.

¹⁴³ Taube 1947, 86.

¹⁴⁴ Vuoden 1934 lääke- ja sairaalavarustebudjettiin oli varattu ylimääräiset £ 1000 kiniinin ostoa varten.

¹⁴⁵ Taulukko 2.

Siirtomaahallinnon raporteista ilmenee terveydenhuollon vuosittaisen budjetin kasvun pysähtyneen vuoden 1929 jälkeen.¹⁴⁶ Huomattavaa on, kuinka afrikkalaisten terveydenhoitoon käytetyt määrärahat laskivat. Vuonna 1929 vuosittaiset kulut olivat 10760 puntaa, kun ne vuonna 1931 olivat laskeneet noin 24 %, 8164:n puntaan. Myös sairaanhoidon taso laski hetkellisesti: lääkkeet loppuivat klinikoilta ja henkilökunta vaje oli vaikeasti täytettävissä.¹⁴⁷ Yleisen taloudellisen tilan kohennuttua, afrikkalaispotilaiden määrä oli vuonna jo 1933 samaa luokkaa kuin ennen lamavuosia.¹⁴⁸ Vuodesta 1936 lähtien siirtomaahallinnon vuosittaiset terveydenhuollon määrärahat lähtivät uuteen nousuun.¹⁴⁹ Yllättävää on, että siirtomaahallinnon terveydenhuollon vuosibudjettia ei supistettu laman myötä ronskimmalla otteella. Todennäköisesti vuosittaiset määrärahat oli laskettu kattamaan minimaalinen perusterveydenhuolto, joten mahdollisuutta määrärahojen supistamiseen ei ollut.

Edelleen 1930-luvulla suurimmat ongelmat terveydenhuollossa keskittyivät resurssipulan ympärille. Kuitenkin kasvava lääkintäpalveluiden tarve, pakotti siirtomaahallintoa jatkamaan terveydenhuoltosektorin kehittämistä. Siirtomaahallinnon ensimmäisen vuosikymmenen ja taloudellisen taantumien jälkeen, 1930-luvun puolivälissä, ryhdyttiin entistä järeämmin painottamaan kansallisiin terveyspalveluihin: afrikkalaisväestöä koulutettiin sairaanhoitotyöhön ja lääkehoitokampanjat ulotettiin syrjäisimmille seuduille.¹⁵⁰ Afrikkalaisten reservaateissa terveydenhoito nojautui voimakkaasti piirilääkärin ja pienten klinikoiden toimintaan.¹⁵¹ Klinikatoiminnalla oli tärkeä sijansa afrikkalaisten terveydenhoidossa, sillä sen avulla päästiin kosketuksiin afrikkalaisen väestön kanssa ja saatiin lisättyä yleistä hyvinvointia. Klinikat toimivat sekä ehkäisevän että parantavan terveydenhuollon keskuksina, sillä työntekijöiden hoitaessa potilaita he samalla toimivat terveystoimijoina.¹⁵²

Keniassa syrjäseutujen terveydenhuoltotoiminta oli nojautunut jo 1920-luvulta lähtien klinikamaiseen toimintaan. Terveysasemat toimivat Kenian terveydenhuoltopalveluiden selkärankana. Terveysasemien yleistymisen 1920-luvulla liittyi ensimmäisen maailmansodan aikaisiin kokemuksiin ja henkilökuntaa niihin riitti kehittyneemmän lääkintäkoulutuksen myötä. Terveysasemajärjestelmä oli kehitetty Keniassa lähes koko maan kattavaksi vuoteen 1930

¹⁴⁶ MR 1931, 83; Taulukko 1.

¹⁴⁷ MR 1931, 81.

¹⁴⁸ MR 1930, 81; MR 1934, 61; Taulukko 2.

¹⁴⁹ MR 1939, 112.

¹⁵⁰ MR 1934, 61; MR 1935, 56-58; MR 1936, 58.

¹⁵¹ MR 1937, 72.

¹⁵² Vaughan 1991, 56.

mennessä. Siirtomaahallinnon terveysasemajärjestelmä toi länsimaisen sairaanhoidon kenialaisten jokapäiväiseen elämään.¹⁵³ Lounais-Afrikassa suurta osaa klinikoista ylläpitivät siirtomaahallinnon sijasta lähetykseurat. Siirtomaahallinto siirsi kansan terveydenhuoltovastuuta hyväntekeväisyysjärjestöille. Tämä oli sille taloudellisesti kannattavampaa. Toisaalta lähetykseurojen ylläpitämää toimintaa rajoitti ainainen resurssipula. Klinikoilla vakituista vastaanottoa piti lähetykseuran sairaanhoitaja, ja siirtomaahallinnon piirilääkäri vieraili klinikalla satunnaisesti. Piirilääkärin käynneistä tuli kuitenkin keskeinen toimintamuoto reservaattien terveydenhuoltopalveluissa, sillä ne muodostuivat lähes ainoiksi tilanteiksi tavata lääkäri.¹⁵⁴ Koska siirtomaahallinto ei perustanut terveysasemia harvaanasutuille seuduille, terveyspalveluiden laajentaminen koko kansan saataville estyi. Suuri osa maaseudun väestöstä oli afrikkalaisia, joiden terveydenhuoltopalveluihin ei siirtomaahallinto aikonut eurooppalaisten asukkaiden tapaan panostaa. Siirtomaahallinnon toimintatavoista on huomattavissa, että eriarvostava politiikka näkyi selvästi myös terveydenhuollossa.

3.3 Terveydenhuoltohenkilökunta

Kaiken kaikkiaan noin puolet Lounais-Afrikan lääkäreistä toimi siirtomaahallinnon palveluksessa. Vuonna 1920 rekisteröityjä lääkärin ammatinharjoittajia oli yhteensä 31, joista 18 oli saksalaisia. Useat saksalaissyntyiset lääkärit muuttivat maasta siirtomaaisännän vaihtuessa ja lääkäreiden määrä laski väliaikaisesti 22:een, mutta teollisuuskehityksen myötä työväestön terveyspalvelut kasvoivat ja nostivat vuodesta 1924 lähtien lääkäriluvun nousuun. Lääkärien määrä vakiintui 1930-luvulle tultaessa noin 30:een, mihin se suurin piirtein jäi koko 1930-luvun ajaksi.¹⁵⁵ Osa lääkäreistä harjoitti ammattiaan vain yksityissektorilla.¹⁵⁶ Siirtomaaraporteissa ei ole omana lukunaan käsitelty yksityislääkäreiden ammatin harjoittamisesta. Sairaalapalveluiden kehittäminen tapahtui Lounais-Afrikassa, lääkärimäärää sen suuremmin kasvattamatta. Kaupunkialueilla yksityislääkärit täydensivät tarpeen mukaan lääkärivajetta, mutta maaseudulla olosuhteisiin sopeuduttiin.

Sotien välisenä aikakautena Lounais-Afrikan siirtomaahallinnon terveydenhuoltohenkilökunnan palveluksessa toimivat lääkäriviranomaiset ja tämän lisäksi piirilääkärit (*district surgeon*).¹⁵⁷

¹⁵³ Räisänen 1991, 51, 55, 70.

¹⁵⁴ MR 1932, 98; MR 1934, 61. Piirilääkäreistä lisää osiossa 3.3.

¹⁵⁵ MR 1920, 22; MR 1924, 67; MR 1930, 79.

¹⁵⁶ MR 1934, 61.

¹⁵⁷ MR 1921, 22.

Alueellisesti terveydenhuollonpalveluita yritettiin tasapainottaa ja tasa-arvoistaa piirilääkärien avulla. Piirilääkäriin virkaa ei perustettu jokaiseen Lounais-Afrikan kuntaan, vaan kaikkein asutuimmille seuduille. Lounais-Afrikka oli jaettu lääkinnällisiin piireihin, jotka olivat yleensä laajempia kuin hallinnolliset rajajaot. Kussakin lääkinnällisessä piirissä oli yleensä yksi piirilääkäri. Alueilla, joissa piirilääkäriin virkaa ei perustettu, lupasivat siirtomaaviranomaiset järjestää potilaalle kuljetuksen lähimpään sairaalaan siirtomaan kustannuksella.¹⁵⁸ Asiasta ei ole mainintoja muissa siirtomaaraporteissa, ja arveluttavaa on, miten paikalliset viranomaiset ovat toteuttaneet palvelun, sillä harvaanasutuilla alueilla tiet olivat huonoja ja kuljetuskalustoa niukasti.

Tutkimusajanjaksona Lounais-Afrikassa oli vuosittain keskimäärin 10 - 13 piirilääkäriin virkaa täytettynä. Piirilääkäriin työtehtävät määriteltiin vuoden 1922 mandaattiraportissa osa-aikaisiksi lääkintäviranomaisiksi, joilla oli kiinteä vuosipalkka. Palkan oli katettava lääkekulut, tavalliset rutiinitoimenpiteet köyhien, vankilaviranomaisten, vankien, poliisien ja muiden näihin verrattavien ryhmien hoidosta sekä kustannukset oikeuslääketieteellisestä työstä, tarttuvien tautien, sukupuolitautien, malarian, lepran ja mielisairauksien hoidosta, hygienian ja asumisolojen kohentamisesta. Lisäksi palkasta maksettiin tavallisten yleisten rokotusten ja muiden yleisten terveysasioiden hoidosta aiheutuneet kustannukset.¹⁵⁹ Lisäavustusta piirilääkärit saivat matkakorvauksiin ja yllättävien epidemioiden hoitoon. Virallisten työtehtävien lisäksi piirilääkäreille sallittiin yksityisvastaanoton ylläpitäminen.¹⁶⁰

Piirilääkärien tekemät lääkärikerrokset olivat yksi osa lääkäreiden työtä. Liikkuvan terveydenhuollon osuus kasvoi 1920-luvulla, sillä siirtomaahallinnon lääkäriviranomaiset alkoivat tehdä syrjäisiltä poliklinikoilta käsin lyhyitä hoitomatkoja huonokuntoisten potilaiden kotiin. Lisäksi piirilääkärit vierailivat afrikkalaisten asuttamissa reservaateissa ja viipyivät paikallisella poliklinikalla muutamia päiviä. Usein tieto lääkärin saapumisesta keräsi kymmeniä potilaita poliklinikan ulkopuolelle. Kierroksilla lääkärin työhön kuului sairauksien toteaminen ja tutkiminen, rokottaminen ja kaikkien hoidettavissa olevien sairauksien hoitaminen.¹⁶¹ Usein lääkärin työtä häirtäsi krooninen pula sairaanhoitotarvikkeista ja lääkkeistä¹⁶².

¹⁵⁸ MR 1922, 63.

¹⁵⁹ MR 1922, 61-63.

¹⁶⁰ MR 1920, 24.

¹⁶¹ MR 1922, 61-63.

¹⁶² Soini 1954, 166-167.

Piirilääkärien vierailut eivät merkittävässä määrin nostaneet syrjäseutualueiden terveydenhuoltotasoa, koska lääkärit vierailivat asutuskeskusten ulkopuolella harvakseltaan ja hoitoa ehdittiin antaa kiireisten kierroksien aikana vain näkyvien vammojen hoitoon. Tutkimusaikakauteen osuu myös vuosia, jolloin piirilääkäriinvirka saattoi olla osan vuodesta täyttämättä, koska uuden työntekijän palkkaaminen oli vaikeaa. Tieto työn raskaudesta ja alkeelliset olosuhteet eivät houkuttelleet lääkäreitä tai muutakaan terveydenhuoltohenkilökuntaa syrjäisille Lounais-Afrikan alueille. Lisäksi virka oli osa-aikainen ja maaseutualueilla ei välttämättä ollut kysyntää yksityislääkäreille tai ainakaan riittävästi maksukykyisiä potilaita. Lounais-Afrikka ei myöskään ilmastollisesti ja olosuhteiltaan ollut kiinnostava maa uusien työntekijöiden rekrytoimiseksi.¹⁶³ Vaikka piirilääkärien toiminta edisti terveydenhoitoa maaseudulla, kokonaisuutta arvioitaessa heitä oli maan asukaslukuun suhteutettaessa liian vähän. Satunnaiset lääkäriinvierailut eivät kuitenkaan tässä määrin olleet riittävä sairaanhoitotoimi, niin että yleinen hyvinvointi olisi merkittävästi lisääntynyt. Piirilääkärien tekemät kierrokset mahdollistivat monelle afrikkalaiselle pääsyn lääkärin hoitoon, mutta myös siirtomaahallinnon talouden kannalta järjestelmä oli toimiva; harvaanasutuilla alueilla siirtomaahallinto säästi vakituisen lääkärin palkkakuluissa.

Yksi suurimpia ongelmia, joka esti terveystalouden laajentamisen Lounais-Afrikan harvaanasutuilla alueilla, oli sairaanhoitohenkilökunnan pula. Lounais-Afrikassa ei järjestetty siirtomaahallinnon taholta virallista sairaanhoitokoulutusta kuin vasta vuonna 1960¹⁶⁴. Esimerkiksi Keniassa, ensimmäisen maailmansodan aikana ensimmäiset kenialaiset koulutettiin toimimaan lääkintämiehinä. Sodan jälkeen lääkintäkoulutusta laajennettiin ja miehiä koulutettiin sairaala-apulaisiksi ja sairaanhoitajiksi ja naisia naistenosastolle ja kättilöiksi. Koulutukseen panostaminen näkyy Kenian terveydenhuoltohenkilökunnan määrässä. Kenian lääkintähenkilöstön tasoa ja kokoa pidettiin siirtomaiden joukossa poikkeuksellisen hyvänä. Tämän oli mahdollistanut Keniassa asuvien siirtolaisten suuri määrä, joiden joukossa oli myös paljon lääkäreitä ja muuta terveydenhoitohenkilökuntaa.¹⁶⁵

Lounais-Afrikassa siirtomaahallinnon palveluksessa oli vuonna 1926 viisi eurooppalaista sairaanhoitajaa ja 30 afrikkalaista hoitajaa.¹⁶⁶ Kaikki maan muut sairaanhoitajat olivat ulkomaalaisia lähetystyöntekijöitä, jotka olivat kouluttautuneet kotimaissaan. Sairaanhoitajan

¹⁶³ MR 1923, 56.

¹⁶⁴ van Dyk 1997, 104.

¹⁶⁵ Räisänen 1991, 35.

¹⁶⁶ MR 1926, 84.

koulutuksen täytyi olla vastaavanlainen kuin Etelä-Afrikan liittovaltion sairaanhoitajilta vaadittiin. Tämä tuotti ongelmia muun muassa niille sairaanhoitajille, jotka olivat olleet sairaanhoitajina Lounais-Afrikassa Saksan siirtomaahallinnon aikana. Koska harvaanasutussa maassa oli pulaa koulutetuista sairaanhoitajista, asetusta kierrettiin luomalla erityisrekisteri ulkomaalaisille sairaanhoitajille.¹⁶⁷ Sairaanhoitajien pätevyys vaihteli hyvinkin paljon Lounais-Afrikassa. Osa hoitajista kykeni vain haavojen sitomiseen, lääkkeiden jakamiseen ja potilaiden lähettämiseen jatkohoitoon, kun taas harvaanasutuilla alueilla missä lääkäreitä ei ollut paikalla, hoitajat joutuivat tekemään hyvinkin vastuullisia tehtäviä.¹⁶⁸ Toisinaan virheitä sattui ja lääkintäviranomaisen moittii sairaanhoitajia vääristä diagnooseista ja lääkkeiden tuhlaamisesta.¹⁶⁹

Tutkimusajan ensimmäisen vuosikymmenen loppupuolelle tultaessa sairaanhoitajien tarve kasvoi, sillä erityisesti maaseudun suurille väestömassoille oli mahdotonta taata terveydenhoitoa vain yhden koulutetun sairaanhoitajan tai lääkärin voimin. Henkilökuntapula korostui erityisesti 1920-luvun edetessä, koska potilasmäärät nousivat nopeasti sadoilla henkilöillä. Kuitenkin sairaanhoitajien ja kätilöiden kouluttaminen eteni siirtomaahallinnon taholta hitaasti. Joitakin yrityksiä tilanteen ratkaisemiseksi terveydenhuolto-osasto kuitenkin teki. Lounais-Afrikan lääkintäviranomaisen tiedusteli vuoden 1926 raportissa mahdollisuuksista aloittaa eurooppalaissyntyisten tyttöjen kouluttaminen Windhoekin sairaalassa joko sairaanhoitajiksi tai kätilöiksi. Tarkoituksena oli, että koulutusohjelmasta valmistuneet sairaanhoitajat sijoitettaisiin mandaattihallinnon rahoituksella maaseudun lääkintäpisteisiin.¹⁷⁰ Siirtomaaraportissa ei ole kuitenkaan mitään rahoitukseen viittaavaa tekstiä. Jo vuoden 1927 raportissa suunnitelmasta luovutaan, koska riittävää rahoitusta koulutukselle ei löytynyt¹⁷¹. Lisäksi vuoden 1926 raportissa lääkintäviranomaisen toteaa Windhoekin sairaalassa aloitetun afrikkalaisten apulaisten kouluttamisen edenneen hitaasti. Ongelmana oli, että kaikkein älykkäimmät pojat tekivät mieluummin teollisuustyötä kuin hakeutuivat matalapalkkaiselle sairaanhoitoalalle.¹⁷² Huomionarvoista koulutuksen saralla oli, että heti siirtomaahallintoajan alkuvaiheista lähtien, monissa sairaaloissa opetettiin afrikkalaisille apulaisille helpoimmat sairaalatyöt. Apulaisten oppima ammattitaito ei ollut vastaava kuin sairaanhoitajilla, mutta se vapautti hoitavan henkilökunnan tähdellisempään sairaanhoitotyöhön. Apulaiset hoitivat yksinkertaisempia töitä kuten siivous, ruuanvalmistus ja syöttäminen.¹⁷³

¹⁶⁷ MR 1930, 108-109.

¹⁶⁸ Väisälä 1980, 239.

¹⁶⁹ MR 1934, 62.

¹⁷⁰ MR 1926, 86.

¹⁷¹ MR 1927, 101.

¹⁷² MR 1926, 86.

¹⁷³ MR 1926, 58.

Vuoden 1927 siirtomaaraportissa lääkintäviranomainen esittää huolensa Ambomaan terveydenhuoltopalveluiden tilasta ja sairaanhoitohenkilökunnan määrästä suhteutettuna alueen asukaslukuun. Vuonna 1927 vain kolmannes Ambomaan asukkaista asui sairaanhoitopalveluiden piirissä. Tilanteen korjaamiseksi siirtomaaviranomainen oli lähestynyt jo vuonna 1926 Suomen Lähetysseuraa asialla, joka koski afrikkalaisten apulaisten ja kättilöiden koulutusta ja sen toteutusta Suomen Lähetysseuran sairaalan yhteydessä. Suomen lääkärilähettilään vastaus vielä tässä vaiheessa oli, että koulutuksen hyöty ei tulisi todennäköisesti olemaan toivotunlainen. Tämä siksi, että ambomaalaisten kulttuuriin kuului voimakkaana vanha traditio, jonka mukaan vain potilaan sukulaiset saivat hoitaa potilasta.¹⁷⁴ Väestönkasvu ja afrikkalaisten kasvava luottamus koloniaaliseen lääkehoitoon loi kuitenkin suuren tarpeen terveydenhuoltohenkilökunnalle. Vuonna 1930 Selma Rainio aloitti 15:sta sairaanhoitoapulaisen kouluttamisen.¹⁷⁵ Koulutuksesta huolimatta, terveydenhuoltohenkilökunnan määrässä ei tapahtunut suuria muutoksia tutkimusaikakautena. Se pysyi suhteellisen samansuuruisena 1920-luvulta 1940-luvulle.

Lounais-Afrikassa lähetystöntekijöiden läsnäolo ja heidän panoksensa terveystyön saralla toi helpotusta siirtomaahallinnon terveydenhuoltohenkilökunnan pulaan ja mahdollisti terveydenhuollon palveluiden laajentamisen syrjäseutualueille. Headrick näkeekin tyypillisenä brittiläisenä vaikutteena sen, että siirtomaaisännät olivat hyvin liberaaleja ja sallivat terveydenhuollon harjoittajiksi niin lähetystöntekijän kuin intialaisen siirtolaisen. Tämä ajattelutapa toteutui niin Lounais-Afrikassa kuin esimerkiksi Keniassakin. Lääkintähenkilökunnan ammattimääräyksiä sovellettiin kunkin maan järjestelmään sopiviksi. Tarkoituksena ei ollut luoda kovin tarkkoja säädöksiä siitä kuka terveydenhoitoa antoi, vaan tärkeää oli, että järjestelmä toimisi.¹⁷⁶ Tosin Lounais-Afrikassa ajattelutapa johti siihen, että lähetysseurat vastasivat miltei yksinomaan maaseutuväestön terveydenhuollon palveluista, kun taas Keniassa lähetysseurat toimivat rinnakkain siirtomaahallinnon sairaalapalveluiden kanssa¹⁷⁷.

¹⁷⁴ MR 1927, 102.

¹⁷⁵ Aiheesta lisää osiossa 4.2.

¹⁷⁶ Headrick 1994, 412.

¹⁷⁷ Räisänen 1991, 40.

4 Yksityiset terveydenhuoltopalveluiden tuottajat

4.1 Lähetysseurojen terveydenhuoltotyö Lounais-Afrikassa

Lounais-Afrikan terveydenhuollon pääasiallinen vastuunkantaja oli siirtomaahallinto, joka oli kaikkien terveyspalveluiden ylin organisoija. Koska Lounais-Afrikassa väestö oli levittäytynyt asumaan laajalle, oli terveydenhuoltopalveluiden ulottaminen koko siirtomaahallinnon väestölle vaikeaa ja ensisijaisesti hyvin kallista. Terveydenhuollon resurssit 1920-luvulla olivat liian pienet koko maan kattavia terveydenhuollon palveluja ajatellen, mutta kuten useassa osassa Afrikkaa, lähes koko siirtomaahallinnon ajan kristityt lähetysseurat tarjosivat siirtomaahallintoa huomattavasti enemmän sairaanhoitoa afrikkalaisyhteisöille.

Lähetysseurat rakensivat jo 1800-luvun lopulla syrjäseuduille sairaaloita ja klinikoita, kouluttivat afrikkalaista työvoimaa, tutustuttivat afrikkalaiset länsimaisen lääketieteen pariin, esittelivät länsimaisen kätilötoiminnan ja lastenhoitomenetelmät sekä auttoivat afrikkalaisia niin kroonisten kuin epideemisten tautien hoidossa. Myös Lounais-Afrikassa maaseutualueiden lääkintäpalveluiden pelastajina toimivat lähetysseurat, sillä lähetysasemat sijaitsivat usein syrjäseuduilla, alkuasukasreservaateissa¹⁷⁸. Yleisesti ottaen siirtomaaviranomaisten mielestä lähetysseurojen tarjoamat lääkintäpalvelut olivat tervetulleita, koska ne sijoittuivat seuduille, joille siirtomaahallinnon viranomaisten terveydenhuollon resurssit eivät yltäneet. Monissa Afrikan valtioissa siirtomaahallinnon järjestämä organisoitu, maallinen lääkehoito tavoitti syrjäseutujen alueet vasta 1900-luvun puolivälin jälkeen.¹⁷⁹

Lounais-Afrikassa vaikutti useita eri lähetysseuroja. Ensimmäisenä lähetysseurana Lounais-Afrikassa toimi anglikaaninen Lontoon lähetysseura, joka kuitenkin pian luovutti kannattamattomalta vaikuttaneen työn saksalaiselle Reinin lähetysseuralle. Ensimmäiset Reinin lähetysseuran lähetyssaarnaajat tulivat Lounais-Afrikkaan vuonna 1842 ja kymmenessä vuodessa he rakensivat koko Lounais-Afrikan kattavan lähetysasemien verkoston. Roomalaiskatolisen lähetysseuran toiminta painottui pääasiallisesti poliisivyöhykkeelle, mutta jo vuoden 1924 jälkeen lähetysseuran työkenttä laajentui myös Ambomaalle ja Kavangoon. Suomen Lähetysseura oli lähinnä keskittänyt toimintansa pohjoiseen, Ambomaalle, jossa heillä oli sairaala ja useita terveysasemia. Suomen lähetysseuran työpisteiden määrä kasvoi maailmansotien välisenä

¹⁷⁸ Väisälä 1980, 240.

¹⁷⁹ Vaughan 1991, 56.

aikakautena tasaisesti Ambomaalla ja Kavangossa.¹⁸⁰ Lisäksi seitsemännen päivän adventistit saapuivat Lounais-Afrikan pohjoisosaan Itä-Capriiviin 1930-luvulla.¹⁸¹ Kaiken kaikkiaan tutkimusaikakautena Lounais-Afrikassa toimi viisi eri lähetykseura, joilla oli yhteensä useita kymmeniä lähetyksiasemia.¹⁸²

Lähetyksseurojen toiminnasta saatiin vuosittain vaihtelevasti informaatiota, vaikka terveysministeriö vaati lähetyksseuroja vuosittain raportoimaan muun muassa sairaalan tai klinikan potilaista, sairauksista, henkilökunnasta ja sairausvuodemääristä. Lähetyksseurat pitivät jonkinasteista kirjaa sairaaloidensa potilasmääristä, mutta lähetyksasemien sairaanhoitotyöstä raportoitiin satunnaisesti. Lisäksi kaikkien lähetyksseurojen ylläpitämien sairaaloiden ja klinikoiden täytyi olla tarkastettu siirtomaahallinnon toimesta ja niiden täytyi toimia yhteistyössä siirtomaahallinnon terveydenhuolto-osaston kanssa, muun muassa sen organisoimissa rokotus- ja epidemiakampanjoissa.¹⁸³

Siirtomaahallinnon suhtautuminen lähetyksseurojen toimintaan ei ollut täysin välinpitämätöntä, sillä hallitsijalta täytyi anoa lupa lähetyksasemien perustamista varten. Siirtomaahallinto vastusti lähetyksseurojen mahdollisuutta saada omistusoikeus niihin maa-alueisiin, missä lähetyksseurat sijaitsivat, mutta salli eri lähetyksseurojen työmuodot siirtomaahallinnon omistamilla mailla. Lähetyksseuroille siirtomaahallinnon vähäinenkin tuki merkitsi turvallisimpia asumisolosuhteita.¹⁸⁴ Toisaalta viranomaiset arvostivat lähetyksstyön tekemää työtä, sillä sen katsottiin levittävän länsimaisia tapoja kyläyhteisöihin ja näin helpottavan siirtomaaviranomaisten laajenevaa toimintaa paikallistasolla.

Lähetyksseurojen toiminta vaikutti laajimmin heidän omilla lähetyksasemillaan. Lähetyksasemat olivat pieniä yhteisöjä, jotka toimivat syrjäisimmillä seuduilla afrikkalaisten reservaateissa. Lähetyksseurat perustivat asemiaan paikallisten heimopäälliköiden suostumuksella vilkkaille paikoille, alkujaan karavaanireittien lähelle, sitten rauta- ja maanteiden läheisyyteen. Lähetyksstyöntekijänä työskentely Afrikassa oli vaikeaa: ilmastolliset olosuhteet poikkesivat, trooppiset taudit olivat todellinen uhka, elinolosuhteet saattoivat toisinaan olla hyvinkin niukat ja turvattomat. Paikallisen väestön suhtautuminen eurooppalaisia kohtaan oli epäluuloista ja kieliongelmat häiritsivät sopeutumista.

¹⁸⁰ Peltola 1958, 25, 31–32.

¹⁸¹ MR 1935, 65.

¹⁸² Esim. MR 1935, 65; 1932, 97, 107; 1933, 56.

¹⁸³ Esim. MR 1935, 65; 1932, 97, 107; 1933, 56.

¹⁸⁴ Peltola 1958, 191.

Lähetystyöntekijät olivat kuitenkin vakuuttuneita työnsä tärkeydestä ja vaikeuksista huolimatta jatkoivat työtänsä vuosikymmenien ajan.¹⁸⁵

Ensisijaisena pyrkimyksenä lähetysseuroilla oli kristillisen evankeliumin levittäminen afrikkalaisväestön keskuuteen. Terveydenhoitotyö kansan keskuudessa loi erinomaisen väylän päästä lähempään kosketukseen afrikkalaisten kanssa, ja vähitellen 1920-luvulla terveydenhoitotyöstä tuli lähetystyön keskeinen tapa saavuttaa paikallisen väestön luottamus.¹⁸⁶ Osalla lähetystyöntekijöistä oli sairaanhoitajan koulutus ja lähetysasemien yhteyteen perustettiin pieniä poliklinikoita, joissa yleensä työskenteli sairaanhoitaja.¹⁸⁷ Terveysasemien hoitajien tehtäviin kuuluivat ensiapu, alkeellisten vaivojen, kuten haavojen hoito, potilaiden ohjaaminen sairaalahoitoon, yksinkertaisen lääkityksen annosjakelu, asuma-alueen terveysolojen valvonta ja hygieniasta valistaminen. Monilla lähetysseurojen lääkäreillä ja sairaanhoitajilla ei ollut erityistä koulutusta ja tietotaitoa trooppisten sairauksien hoitoa varten, mikä luonnollisesti rajoitti diagnoosien tekoa ja hoitoa.¹⁸⁸ Lisäksi terveysasemilla oli jatkuva pula sairaanhoitovälineistä. Osa lähetystyöntekijöistä kykeni vain yksinkertaiseen sairaanhoitotyöhön kuten haavojen puhdistamiseen ja sitomiseen, toivoen hoidon houkuttelevan lähetysasemille mahdollisia uskon kääntyjiä. Hoitamisen yhteydessä raamatun opetuksella ja rukouksilla kylvettiin potilaisiin uskonnon siemen.¹⁸⁹

Lähetysseurojen terveysasemat toimivat hyvin monimuotoisesti: niiden kautta huolehdittiin terveysvalistuksesta, äitiysneuvonnasta, sanitaatio- ja hygieniainoista ja asunto-olosuhteista. Tasoltaan terveysasemat olivat usein alkeellisia majoja, joissa potilaita hoidettiin avohoitopotilaina. Tosin poliklinikkarakennuksista annetaan vaihteleva kuva. Jotkut asemista olivat perinteisiä pieniä, muutaman vuoteen afrikkalaismajoja, kun taas toiset olivat tiilirakenteisia, joissa oli kaikki sairaanhoitoon tarvittavat tilat jopa erillisine vuodeosastoineen. Vähemmistönä olivat kuitenkin ne terveysasemat, joilla oli mahdollisuus ottaa potilaita vuodehoitoon.¹⁹⁰ Useimmat klinikat toimivat ilman vakituista lääkäreitä ja säännöllistä piirilääkärin vierailuista muodostui keskeinen osa lähetysasemien toimintaa. Jatkuvasta resurssipulasta huolimatta, lähetysseurojen toimesta lähetysasemia laajennettiin ja monissa tapauksissa niiden yhteyteen rakennettiin sairaalarakennus, jossa lähetyslääkäri oli sekä eurooppalaisten että afrikkalaisten potilaiden tavoitettavissa.

¹⁸⁵ Vaughan 1991, 56–60.

¹⁸⁶ Vaughan 1991, 65–67.

¹⁸⁷ Väisälä 1980, 239.

¹⁸⁸ Iliffe 1998, 19, 27–28.

¹⁸⁹ Väisälä 1980, 239.

¹⁹⁰ MR 1932, 106.

Lähetysairaaloissa oli ainainen pula lääkäreistä ja usein sairaaloissa oli vain yksi lääkäri, joka vastasi laajan hiippakunnan potilaista. Monesti sairaanhoitajat ja afrikkalaiset apulaiset joutuivat vastaamaan sairaaloiden sairaanhoidosta ja hoitivat kaikki esiin tulleet sairaustapaukset, koska lääkäri saattoi samanaikaisesti olla suorittamassa piirilääkärin tehtäviä.¹⁹¹

Eniten lähetystyöntekijöitä työllisti sukupuolitautilien hoito, influenssaepidemioiden torjunta ja ajoittain esiintyvien muiden tartuntatautiin, kuten ruton torjunta. Siirtomaahallinnon virkamiehet ymmärsivät sukupuolitautilien laskevan syntyvyyttä, mikä taas vaikuttaisi vähitellen väestömäärään. Lähetysseurat saivat siirtomaahallinnolta ilmaiset lääkkeet sukupuolitautilien hoitamiseen, mutta päävastuu potilaiden hoitamisesta oli lähetysseuroilla.¹⁹² Lähetysseurojen tekemä äitiysneuvontatoiminta asetettiin terveydenhuoltotyössä tärkeälle sijalle. Vaughanin mukaan kristityt lähetystyöntekijät ymmärsivät nopeasti, että kättilöiden rooli afrikkalaisten äitien ja lasten elämässä oli merkittävä. Kättilöiden avulla eurooppalaiset pääsivät osaksi afrikkalaisnaisten yksityisyyttä ja saivat opettaa heitä elämään kristillisen moraalin mukaisesti. Lastenhoidon opettaminen höystettiin raamatullisin esimerkein ja perustein. Kuitenkin lasten ja äitien hyvinvointiklinikat tulivat osaksi arkipäivää monille afrikkalaisille perheille. Lähetystyöntekijöiden roolia tässä ei pidä vähätellä. Mahdollisuus synnyttää klinikan seinien sisäpuolella oppineen kättilön avustuksella pelasti monia lapsia ja tieto tästä houkutti monia afrikkalaisnaisia, erityisesti niitä jotka olivat käyneet lähetysseurojen koulua.¹⁹³ Neuvolatoiminnan merkitys kasvoikin paikallisväestön keskuudessa 1930-luvulla.¹⁹⁴

Siirtomaahallinnon tavoitteena oli tarjota terveydenhoitoa Lounais-Afrikan asukkaille, mutta koska sairaanhoidon toteuttaminen ja ulottaminen kaikille asukkaille oli kallista, siirtomaahallinnon terveysviranomaiset toteuttivat sen sijaan erinäisiä massahoitokampanjoita muun muassa tuhkarokkoa, vaapukkasyylätautia ja kuppaa vastaan. Maaseutualueilla massahoitokampanjat olivat siirtomaahallinnon yleisen terveydenhoidon ainoita tarjolla olevia palveluita. Harvaanasutuilla alueilla lähetysseurojen sairaanhoitajat toimivat massahoitojen täytäntöönpanijoina.¹⁹⁵ Toisaalta kampanjat olivat hyvin työläitä lähetysasemien vähäiselle henkilökunnalle, mutta toisaalta ne

¹⁹¹ Kiljunen M.-L. 1980, 109, 240.

¹⁹² MR 1923, 61.

¹⁹³ Vaughan 1991, 69.

¹⁹⁴ MR 1932, 97.

¹⁹⁵ Esim. Taube 1947, 261-263; MR 1934, 65.

antoivat oivan tilaisuuden päästä kosketuksiin alueen asukkaiden kanssa ja avasi suurempia mahdollisuuksia evankelioimiseen.¹⁹⁶

Siirtomaahallinnon voidaan sanoa ulkoistaneen syrjäseutujen terveydenhuollon palvelut, jotka lähetykseurat omien intressien tavoittamiseksi ottivat vastuulleen niukoista resursseista huolimatta. Lähetykseurojen sairaalat ja terveystasemat saivat rahoituksen osittain siirtomaahallinnolta ja potilasmaksuina. Siirtomaahallinnon avustussummat vaihtelivat eri lähetykseuroilla vuotuisten £ 50 ja £ 300 ympärillä.¹⁹⁷ Siirtomaalle tuli halvemmassi tukea lähetykseurojen toimintaa vuosittaisilla avustussummilla kuin kehittää kattavia terveystasemaita kaupunkien ulkopuolelle. Vaikka valtiolta saatiin vuosittaisia avustuksia lääkkeisiin ja sairaanhoitotarvikkeisiin, lähetykseurojen tuli itse rahoittaa asumis- ja ruokakulut ja ylläpitää sairaalarakennuksia. Sairaalarakennuksien ylläpitäminen muodostui kuitenkin raskaaksi taloudelliseksi taakaksi lähetykseuroille. Tässä tulivat apuun yksityiset henkilöt ja kaivosyhtiöt, jotka myös tukivat lähetykseurojen toimintaa.¹⁹⁸ Lähetykseurien lääkärit suorittivat vastavuoroisesti työvoimareservin lääkärintarkastuksia. Kaivosyhtiöt säästivät samalla työntekijöiden esitarkastuskuluissa, sillä niiden ei näin ollen tarvinnut palkata kokopäiväistä lääkäriä tarkastuksien tekoa varten.¹⁹⁹ Myös huonompikuntoinen työntekijä säästy turhalta matkalta kaivokselle, vain saadakseen tietää olevansa liian heikko raskaaseen kaivostyöhön.

Vuosittaisten avustuksien lisäksi siirtomaahallitus osallistui sairaanhoitotyöntekijöiden kouluttamiseen. Siirtomaahallinnon rahoittamaa koulutusta annettiin lähetystyöntekijöille muun muassa massahoitokampanjoiden yhteydessä.²⁰⁰ Todennäköisesti siirtomaahallinto katsoi olevansa velvoitettu siihen, koska syrjäseuduilla lähetykseurat ottivat suurimman vastuun kampanjoiden toteuttamisesta ja ylläpitivät ainoita hoitopisteitä tartuntatautipotilaille. Kuhanen uskoo, että lähetykseurat kokivat lopulta hyötyvänsä massahoitokampanjoiden toteuttamisesta, koska massahoitokampanjat esimerkiksi sukupuolitauteja vastaan takasivat taloudellisen selkärangan lähetykseurojen lääkinnälliselle työlle²⁰¹.

Arvioitaessa lähetykseurien klinikoiden merkitystä Lounais-Afrikan terveydenhuollolle, voi lähetykseurojen toimintaa pitää hyvin arvokkaana, koska siirtomaahallinto ei laajentanut terveydenhuollonpalveluja kaupunkiasutuksen ulkopuolelle. Erityisesti alkuperäisväestö hyötyi

¹⁹⁶ Vaughan 1991, 61.

¹⁹⁷ MR 1935, 64.

¹⁹⁸ MR 1922, 63.

¹⁹⁹ MR 1934, 76.

²⁰⁰ MR 1927, 102.

²⁰¹ Kuhanen 2005, 306.

lähetyssseurojen toiminnasta. Vaikkakin lähetyssseurojen lähetyssasemat olivat levittäytyneet laajalle alueelle ja piirilääkäri sekä sairaanhoitajat tekivät lääkintäkierroksia asutuskeskusten ulkopuolelle, ei lähetyssseurojenkaan terveydenhoito tavoittanut kaikkia alueen asukkaita. Eritoten sairaanhoitohenkilökuntaa ja lääkäreitä oli liian vähän alueen asukasmäärää ajatellen. Esimerkiksi vuoden 1928 siirtomaaraportissa lasketaan, että Ambomaan asukkaista, joita oli noin 150 000, vajaa kolmannes oli lähetyssasemien vaikutuspiirissä.²⁰² Soini arvioi, että koska siirtomaahallinnon tarjoamaa sairaanhoitoa ei alueilla ollut tarjolla, kannusti se maaseudulla asuvia afrikkalaisia turvautumaan edelleen parantajanoitien apuun.²⁰³ Toisaalta vaikka sairaanhoitoa oli tarjolla, moni afrikkalaisista halusi tulla toimeen omin avuin.

Yleisesti ottaen siirtomaaviranomaiset olivat tyytyväisiä lähetyssasemien lääkäripalveluihin, sillä ne kohdistuivat nimenomaan niille seuduille, joihin viranomaisten resurssit eivät yltäneet.²⁰⁴ Täysin vapaasti eivät lähetyssseurat saaneet toimintaansa lähetyssasemillaan harjoittaa, vaan hallinnollisella tasolla lähetyssseurojen työtä arvioitiin kriittisesti. Siirtomaaraporteista on tulkittavissa, että siirtomaahallinto näki lähetyssseurojen tekemän lääkintätyön kahdelta kannalta. Toisaalta asiaa pidettiin lääkinnällisesti hyvänä, sillä lähetyssasemilla tehty täydensi viranomaistyötä, toisaalta lääkäreitä ja sairaanhoitajia kritisoitiin helposti. Suomen Lähetyssseuran toiminta sai muun muassa moitteita siitä, kun heiltä oli jäänyt huomaamatta lähetyssaseman läheisyydessä riehuva vakava influenssaepidemia.²⁰⁵

Lisäksi siirtomaahallinnon viranomaisia häiritsi, että lähetyssseurat eivät täyttäneet virkamiesvelvollisuuksiaan raportoimalla työstään asiaankuuluvasti. Lähetyssseurojen tekemästä hoitotyöstä ei ole tarkkoja tilastoja; hoitotoimenpiteet, potilasmäärät ja henkikirjoitustaulukot puuttuivat tai olivat puutteellisia lähes jokaisella lähetyssseuralla.²⁰⁶ Toisaalta samanaikaisesti tyytyväisyys palveluihin oli odotettavaa, koska siirtomaaviranomaisille oli taloudellisesti kannattavampaa tukea lähetyssseurojen toimintaa kuin rakentaa omia asemia poliisivyöhykkeen ulkopuolelle. Todennäköisesti siirtomaahallinnon sen aikaiseen politiikkaan ei edes sisällynyt vakavamielinen tavoite laajentaa terveydenhoitopalveluita syrjäseutujen reservaattialueelle.

²⁰² MR 1928, 102.

²⁰³ Soini 1954, 23.

²⁰⁴ Vaughan 1991, 64–70.

²⁰⁵ MR 1927, 102; MR 1934, 62.

²⁰⁶ MR 1928, 76.

4.2 Suomen Lähetysseuran terveydenhuoltotyö Ambomaalla

Ambomaalaisten terveydenhoitopalvelut pohjautuivat tutkimusaikakautena suurelta osin eri lähetysseurojen palveluihin. Etenkin Suomen Lähetysseuran aktiivinen työ terveydenhoidon saralla oli merkittävässä asemassa Ambomaalla. Ensimmäiset suomalaiset lähetystyöntekijät saapuivat Ambomaalle, Ondongan heimoon vuonna 1868, ja Ambomaan työ päästiin aloittamaan vuonna 1870 yhdeksän miehen voimin.²⁰⁷ Alkuvaiheessa lähetysseuran työ käynnistyi vastoinikäymisten ryydittämänä, ja vasta 1900-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä suomalaisten työn voi sanoa niittäneen jonkinasteista menestystä.²⁰⁸

Sairaanhoitotyöllä, jota lähetysaarnajat olivat saapumisestaan lähtien harjoittaneet, oli merkittävä sija lähetysten työmuotojen joukossa. Terveydenhuoltotyö oli tärkeä ihmisiä yhdistävä tekijä, jonka avulla ennakkoluulot suomalaisten ja afrikkalaisten välillä kaventuivat. Muun muassa onnistuneen lääkintätyön ansiosta voitettiin myös Ondongan kuninkaan luottamus lähetystyötoiminnan puolelle. Lähes jokainen lähetystyöntekijä joutui sairaanhoitotyöhön, vaikka mitään erityistä sairaanhoitajan koulutusta ei ensimmäisillä läheteillä ollut. Sairaanhoitotoimenpiteet rajoittuivatkin yleensä haavojen hoitoon ja lääkkeiden jakamiseen. Työn tärkeys näkyi kuitenkin potilasmäärissä, joita oli vuosittain tuhansia.²⁰⁹

Ensimmäiset naimattomat naistryöntekijät saapuivat kehittämään lähetysseuran toimintaa 1900-luvun alussa. Lähetysseuran toiminta laajentui muun muassa koulu- ja opetustyön osalta ja lisäksi lääkärlähetystyö sai virallisesti alkunsa vuonna 1908. Ensimmäinen Ambomaan lääkäri, suomalainen Selma Rainio, saapui naislähettien joukossa. Heti saapumisensa jälkeen Selma Rainio perusti pienen poliklinikan Oniipan lähetysaseman yhteyteen. Pidempiaikaista hoitoa tarvitseville rakennettiin savimajoja. Kahden vuoden ajan Selma Rainio joutui toimimaan niin lääkärinä, sairaanhoitajana kuin apteekkarinakin, kunnes vuonna 1910 Suomesta saapui täysin koulutettuja sairaanhoitajia.²¹⁰

Vaatimaton, mutta tarpeellinen poliklinikkatyö löi läpi Ambomaalla ja pian sairaanhoitotilat kävivät liian ahtaiksi, joten suunnittelutyöt sairaalan rakentamista varten aloitettiin. Sairaala suunniteltiin

²⁰⁷ Peltola 1958, 40.

²⁰⁸ Peltola 1958, 44.

²⁰⁹ Peltola 1958, 44, 50, 161.

²¹⁰ Peltola 1958, 161–163.

18-20 potilasta varten. Tammikuussa 1911 valmistui Oniipaan sairaala. Sairaalassa oli lähetystyöntekijöiden asuinhuoneiden lisäksi tila, joka toimi samanaikaisesti poliklinikkana ja apteekkina, sekä erillinen tila leikkauksia varten. Päärakennuksen ympärille rakennettiin lisäksi muodoltaan pyöreitä savimajoja, jotka olivat olkikattoisia ja ikkunattomia. Savimajoissa saivat majoittua sekä potilaat että heidän mukanaan säännöllisesti seuraavat omaiset. Majojen lukumäärä vaihteli vuosittain, koska likaantuneet mökit hävitettiin polttamalla ja uusia rakennettiin mahdollisuuksien mukaan. Sairaanhoidotyö käynnistyi uudessa sairaalassa täydellä teholla ja päivittäin potilaita saattoi olla jopa sata. Myöhemmin sairaalan viereen rakennettiin uusi poliklinikkatila ja erityiset sairausmajat spitaalipotilaille. Sairaalan merkitys alueelle oli hyvin arvokas. Lääkärin tulo ja sairaalan valmistuminen ei kuitenkaan tarkoittanut työtaakan vähenemistä muilla lähetyssasemilla kuin Oniipan alueella. Ainoastaan vakavimmat sairaustapaukset hoidettiin sairaalassa, ja pääosa hoidoista annettiin edelleen lähetyssasemilla.²¹¹

Ensimmäisen maailmansodan päätyttyä, Suomen Lähetysseuran henkilökunta kasvoi Ambomaalla ja lääkärilähetytyö laajentui ja kehittyi laadullisesti vuosien myötä. Vuonna 1938 Ambomaalla oli kaksi suurta sairaalaa ja pienempiä sairaaloita tai klinikoita jokaisessa Suomen Lähetysseuran lähetyssasemalla. Vilkkaimmassa Ambomaan heimossa, Ondongassa, oli yksi sairaala ja useita pieniä klinikoita. Klinikoiden sairaanhoidotyö rajoittui pienten vammojen hoitoon ja lisäksi niissä jaettiin ilmaiseksi kiniiniä sitä tarvitseville. Nämä asemat sijaitsivat Oshigambossa, Onajenassa ja Olukondassa. Toinen Suomen Lähetysseuran sairaaloista sijaitsi Engelasassa. Pienemmät sairaalat sijaitsivat Uukuwambissa, Ongandjerassa, Ukualandissa ja Ombalantussa. Vuonna 1938 näissä lääkärilähetysskeskuksissa hoidettiin 42 000 potilasta.²¹²

Huolimatta ainaisesta resurssipulasta niin rahoituksen kuin henkilökunnankin suhteen, lääkintäpalvelut laajentuivat samalla kun niiden tarve kasvoi. Toisaalta aktiivisen laajentumispyrkimyksien takana oli uusien lähetyssseurojen tulo alueelle, mikä pakotti Suomen Lähetysseuran entistä tehokkaampiin ja nopeampiin toimenpiteisiin, uusien alueiden valtaamiseksi omalle lähetykselle. Osittain työn laajentamisessa oli kyse eri lähetyssseurojen välisestä kilpailusta. Laajentumisen mahdollisti paljolti Lounais-Afrikan mandaattihallituksen ja Lüderitzbuchtin timanttityhtiön taloudellinen tuki sairaanhoidotyölle.²¹³ Peltolan arvion mukaan sairaanhoidolla ja erityisesti sairaaloilla oli merkittävä osuus Ambomaan uuden hallituksen luottamuksen

²¹¹ Peltola 1958, 161–163.

²¹² Notkola & Siiskonen 2000, 105.

²¹³ Ojala 1990, 67.

voittamisessa koko lähetystyötä kohtaan. Sairaanhoido oli myös lähetysseuran ainoa työmuoto, jolle siirtomaahallinto antoi säännöllistä tukea. Hallitus piti lääkarilähetystä tärkeänä, sillä mitä tehokkaammin ambojen sairaanhoido oli järjestetty, sitä terveempiä työntekijöitä sieltä saatiin etelän työkeskuksiin.²¹⁴ Vuosittaisista tuki- ja lääkekuluista huolimatta siirtomaahallinto ymmärsi hyötyvänsä yhteistyöstä. Kansainliiton vaatimuksesta hallitus tarvitsi muun muassa tilastotietoja Ambomaalta, ja hallituksen pyynnöstä Suomen Lähetysseura suoritti esimerkiksi väestönlaskua.²¹⁵

Suomalaisten lähetysseuratoiminta rahoitettiin osin siirtomaahallinnon avustuksilla, jotka eivät tosin olleet kovin suuria: esimerkiksi vuonna 1923 suuruudeltaan £ 100.²¹⁶ Lisäksi siirtomaahallinto antoi ilmaisia lääkkeitä, kuten kiniiniä malariaan ja muita lääkkeitä lepran hoitoon, joiden jaosta oli vastuussa eri lähetysseurat ja paikalliset viranomaiset.²¹⁷ Hallituksen avustuksien lisäksi, 1920-luvun lopulta lähtien Lüderitzin timanttiyhtiö tuki ajoittain lähetysseuran lääkäryötä huomattavilla summilla²¹⁸. Tosin vastapainoksi Ambomaan piirilääkärinä toimiva Selma Rainio suoritti työvoiman terveystarkastuksia.²¹⁹ Loppuosa rahoituksesta saatiin kotimaasta käsin Suomen Lähetysseuralta, jonka vuosittaiset avustukset vaihtelivat lähetysseuran taloudellisen tilanteen mukaan. Muun muassa Ondongan sairaala-alueen päärakennuksen kustannukset rahoitettiin Suomen Lähetysseuralta saaduilla raha-avustuksien turvin.²²⁰

Vuonna 1922 Lounais-Afrikan hallitus tarjosi Rainiolle virkaa hallituksen aluelääkärinä Ambomaalla. Tarjous liittyi osittain siihen, että siirtomaahallinto oli huomionnut veneeristen tautien yleistyneen Lounais-Afrikassa. Vuonna 1922 koko maan sisäpotilaista 47 % oli saanut sukupuolitautitartunnan. Aluelääkärin virka edellytti, että Rainio hoitaisi kaikki Ambomaan sukupuolitautipotilaat ja saisi siitä korvaukseksi 100 puntaa vuodessa sekä sukupuolitautien hoitamiseen tarvittavat lääkkeet. Vuonna 1928 avustus nousi 300 puntaan.²²¹ Ongelmallista siirtomaahallituksen avustuksissa oli usein se, että ne tulivat lähetysseuran käyttöön viiveellä ja hyvin epäsäännöllisesti. Tämä aiheutti epävarmuutta lähetysseuratoiminnan arkeen.²²² Toisaalta aluelääkärin virka merkitsi Suomen Lähetysseuran toiminnalle takuuta työn jatkuvuudesta.

²¹⁴ Peltola 1958, 191, 227.

²¹⁵ Ojala 1990, 67.

²¹⁶ MR 1923, 56.

²¹⁷ Notkola & Siiskonen 2000, 104–105.

²¹⁸ Taube 1947, 231.

²¹⁹ MR 1928, 76.

²²⁰ Taube 1947, 231.

²²¹ Peltola 1958, 190.

²²² Peltola 1958, 212.

Kaivosteollisuuden laajetessa ja siirtotyöntekijöiden kysynnän kasvaessa 1920-luvun lopulla hallitus reagoi tilanteeseen palkkaamalla Ambomaalle kaksi aluelääkärinä työvoimantarkastuksien tekoon.²²³ Vaikka siirtomaahallinto osoittikin kiinnostusta Ambomaan terveydenhuolto-oloihin, johtuen sen merkittävästä työvoimareservistä, hallitus ei silti paljonkaan asian hyväksi tehnyt. Huomioiden, että noin 40 prosenttia Lounais-Afrikan väestöstä asui Ambomaalla, valtionavustukset alueelle olivat kovin vähäisiä. Vuosittaiset avustukset olivat vain pieni osa todellisista terveydenhoitopalveluiden kustannuksista. Peltola arvioi Suomen Lähetysseuran olleen tyytyväinen hallituksen myöntämiin sairaanhoidolle ohjattuihin raha-avustuksiin, jokseenkin lähetystyöntekijät pitivät summia pieninä olosuhteisiin ja työtaakkaan nähden.²²⁴ Jos Ambomaalla haluttiin lähetystyön jatkuvan, se edellytti lähetysseuroilta sopeutumista niukkoihin resursseihin.

Mandaattihallintokauden alussa, 1923, Ambomaalla oli kymmenen lähetystyöntekijää Suomen Lähetysseuran palveluksessa, yksi lääkäri ja neljä sairaanhoitajaa.²²⁵ Henkilökunta pysyi lukumäärällisesti suhteellisen samansuuruisena koko 1920-luvun aikana, vaikkakin potilasmäärät kasvoivat tasaisesti. Vasta 1930-luvulla lähetysseuran sairaanhoitajien määrä nousi.²²⁶ Sairaalan tilastojen mukaan potilaita hoidettiin vuonna 1923 vuodepotilaina 354 ja avohoitopotilaina 1925.²²⁷ Vuoteen 1928 mennessä potilasmäärät olivat jo moninkertaistuneet: sairaalat ja klinikat hoitivat vuoden aikana yhteensä yli 20 000 potilasta.²²⁸ Potilasmäärät olivat osoitus siitä, että lähetystyöntekijät olivat voittaneet monen alkuperäisväestöön kuuluvan luottamuksen. Eri puolilla Afrikkaa lähetysseurojen terveydenhuoltopisteet houkuttivat tuhansia potilaita länsimaisen lääketieteen pariin. Potilaiden oli helpompi lähestyä lähetysseurojen terveydenhoitohenkilökuntaa, koska he osasivat usein vähintäänkin alkeet paikallisesta kielestä. Tämä helpotti potilaiden asemaa, mutta myös edisti lähetysseurojen toimintaa.²²⁹

Ensisijaisesti Suomen Lähetysseuran lähetysasemilla ja sairaalassa hoidettavat potilaat kärsivät loukkaantumisista, sairastivat malariaa, influenssaa, hengityselinsairauksia, silmäsairauksia ja sukupuolitauteja.²³⁰ Maailmansotien välisenä aikakautena Ambomaan terveydenhoidolliset olot olivat vielä alkeelliset, mikä edesauttoi monien sairauksien kuten esimerkiksi tuberkuloosin leviämistä. Kaikkialle Ambomaalla ei tuberkuloosihoitoa ollut saatavissa ja 1920-luvulla ainoastaan

²²³ Ojala 1990, 67.

²²⁴ Peltola 1958, 227.

²²⁵ MR 1923, 14; Notkola & Siiskonen 2000, 104.

²²⁶ MR 1935, 44.

²²⁷ MR 1923, 56; Notkola & Siiskonen 2000, 104.

²²⁸ MR 1928, 75.

²²⁹ MR 1934, 62.

²³⁰ MR 1928, 85; Notkola & Siiskonen 2000, 105.

Suomen Lähetysseuralla oli valmiudet sairauden hoitoon.²³¹ Perussairaanhoidon lisäksi piirilääkäri ja lähetystyöntekijät rokottivat tuhansia²³² ambomaalaisia tarttuvia tauteja vastaan. Rokotustarvikkeet ja ohjeet lähetystyöntekijät saivat siirtomaahallinnolta, joka valtuutti lähetystyöntekijät toteuttamaan sairaanhoitotoimenpiteet. Siirtomaahallinnon uuden terveydenhuoltopolitiikan ja lähetysseurojen aktiivisen työn myötä, myös ambomaalaiset pääsivät länsimaisen terveydenhuollon piiriin melko nopeasti.²³³

Ambomaan lääkintätöön kasvun myötä kiinnitettiin huomiota lähetystyöntekijöiden sairaanhoitotaitoihin. Kaikille suomalaisille lähetystyöntekijöille opetettiin muun muassa erilaisten tautien, erityisesti trooppisten tautien, tuntemusta, haavojen hoitoa ja ihmisen anatomiaa. Monilla Suomen Lähetysseuran sairaanhoitajilla oli kiinnostusta kehittää hoitotaitojansa Afrikassa. Etelä-Afrikassa sairaanhoitajia koulutettiin kättilöiksi ja lisäksi koulutusta annettiin erikoissairaanhoidon vaativien sairaiden kuten leprapotilaiden hoitajille. Ambomaalla lähetystyön sairaanhoidon laatua kehitti 1930-luvulla erityisesti se, että sairaanhoito siirtyi vähitellen ammattitaitoisten sairaanhoitajien vastuulle. Toisaalta takapakkia tuli jatkuvasta henkilökuntapulasta: sairaanhoitajia sairastui ja väsyi vaativissa olosuhteissa. Kasvavien potilasmäärien myötä sairaala-apulaisia tarvittiin yhä enemmän uusissa sairaaloissa ja poliklinikoilla.²³⁴

Sotien välisenä aikana maaseudun laajeneva terveydenhuolto loi Afrikan maiden alkuperäisväestölle uusia mahdollisuuksia koulutukseen ja työntekoon. Erityisesti lähetystyöntekijät kouluttivat paikallisia asukkaita avukseen. Ongelmana oli rahoituksen puute, joten pääasiallisesti apulaisia koulutettiin vain omaan sairaanhoitopisteeseen.²³⁵ Monissa tapauksissa apulainen oli sairaalan entinen potilas²³⁶. Lounaisafrikkalaiset sairaanhoitoapulaiset olivat halpaa työvoimaa, usein palkka maksettiin heille ruokana ja vaatteina. Jättäessään lähetysaseman, tytöt saattoivat saada myötäjäisiksi lehmän.²³⁷

Vuonna 1930 Ondanjokuen sairaalassa aloitettiin afrikkalaisille suunnattu vuoden kestävä sairaanhoitajakoulutus. Alkuvaiheessa koulutus oli vaatimatonta. Selma Rainio luennoi muutamalle oppilaalle anatomiaa ja trooppisten tautien tuntemusta ja sairaanhoitaja Karin Hirn opetti käytännön

²³¹ Notkola & Siiskonen 105; Peltola 1958, 191.

²³² MR 1927, 106: vuonna 1927: 5 286.

²³³ Notkola & Siiskonen 2000, 105.

²³⁴ Taube 1947, 165.

²³⁵ Iliffe, 1998, 41–42.

²³⁶ Iliffe 1998, 46; Soini 1954, 29; Vaughan 1991, 64.

²³⁷ Taube 1947, 165.

sairaanhoidon kuten haavojen sitomista ja välineiden putsaamista. Vuonna 1934 koulutus laajentui kolmivuotiseksi. Koulutus sisälsi sairaanhoidon alkeet, käytännön harjoittelun sairaalassa ja hengellisen koulutuksen. Kristinuskon perusteiden opettaminen sairaanhoitajaopiskelijoille takasi lähetyseuran sanoman leviämisen.²³⁸

Afrikkalaisten sairaanhoitoapulaisten koulutus ei vastannut laadultaan Suomen sairaanhoitajakoulutusta. Koulutuksen toteuttaminen oli sinänsä vaikeaa, sillä siirtomaahallinnon peruskoulutustaso oli hyvin alhainen ja oppilasaines ei ollut korkeatasoista. Sairaalan työvälineet olivat puutteelliset ja lisäksi sairaalan kiireinen tahti esti käytännön harjoittelun täysipainoisen onnistuminen. Puutteista huolimatta uudet, lääkintäapulaiset olivat tarpeellisia sairaaloille.²³⁹ Heidän pääasiallisiin tehtäviin kuuluivat sairaalavälineiden kuten ruiskujen ja instrumenttien puhdistaminen, lääkkeiden annosteleminen ja jakaminen sekä haavojen puhdistaminen ja sitominen. Kaikki valmistuneet lääkintäapulaiset eivät jääneet Onandjokuen sairaalaan, vaan levittivät tietotaitoansa muilla Ambomaan poliklinikoilla ja sairaaloissa.²⁴⁰

Afrikkalaisten lääkintäapulaisten merkitys koettiin kaksijakoisena. Karin Hirnin mukaan ambomaalaiset potilaat suhtautuivat aluksi vieroksuvasti afrikkalaisiin lääkintäapulaisiin, koska sairaan hoitaminen oli Ambomaalla aina kuulunut vain suvulle ja perheelle ja lääkärilähetyksen myötä eurooppalaissyntyisille hoitajille.²⁴¹ Megan Vaughan arvelee taas afrikkalaisten apulaisten herättävän luottamusta alkuperäisväestön keskuudessa; afrikkalaisen sairaanhoitajan myötä osa ennakkoluuloisimmista potilaista saattoi siirtyä länsimaisen sairaanhoidon asiakkaaksi.²⁴² Kuitenkin Suomen Lähetysseuran sairaanhoitaja-apulaisten koulutustyö loi tukevamman alustan länsimaiselle terveydenhoidolle ja samalla antoi takeen sairaanhoitotyön jatkuvuudesta Ambomaalla.

Sairaanhoitajien lisäksi pidempiaikaisista vuodepotilaista huolehtivat heidän omaisensa, jotka olivat saapuneet potilaan mukana sairaalaan. Tarkoituksena oli, että he saivat asettua potilaan sairasmajaan ja huolehtivat potilaan hoidosta ja ruuasta. Lisäksi talviaikana maja täytyi pitää tulisijan avulla lämpimänä. Pyrkimyksenä oli, että potilas ja hänen omaisensa huolehtivat omista ruokatarvikkeista ja ruuanlaitosta, mutta toisinaan sairaala joutui ruokkimaan omista tarpeistaan sekä potilaan että omaiset, mikä tuli sairaalalle kalliiksi. Koska lähetyseuran toiminta perustui

²³⁸ Hirn 1951, 66–92.

²³⁹ Väisälä 1980, 240.

²⁴⁰ Hirn 1952, 90–91.

²⁴¹ Hirn 1952, 90–92.

²⁴² Vaughan 1991, 64.

omavaraisten peltoviljelmien sekä kasvi- ja puutarhan ympärille, joista kerättiin vuoden ravinto lähetystyöntekijöille ja heidän apulaisilleen, ei ylimääräisiä vilja-annoksia ollut kovin monelle jakaa. Erityisesti sateettomina ja katovuosina viljasta oli pulaa lähetyssuuralla, mutta jatkuvasti osa ruokatarvikkeista käytettiin sairaiden ruokkimiseen. Esimerkiksi, jos Onandjokuen sairaalaan tuli potilas ilman ruokatarvikkeita, sairaalan puolesta annettiin ruoka potilaalle ja yhdelle hoitajalle kutakin potilasta kohti. Niissä tapauksissa, joissa äiti oli sairaana, saivat äidin lapsetkin ruoka-annoksensa. Siten Onandjokuen sairaalan ruokittavana oli keskimäärin noin 100 henkeä päivässä.²⁴³

Lähetyssuurojen poliklinikkojen arki ei aina sujunut hankaluuksitta ja alkuvaiheessa lääkintätyö kohtasi monenlaisia vaikeuksia. Keskeisimpiä ongelmia terveyspalveluiden laajentamisessa olivat ennakkoluulot, joita paikallinen väki koki länsimaista sairaanhoitotapaa, sairaanhoitajia ja lääkäreitä kohtaan. Ongelmaksi muodostui väestön luottamuksen voittaminen. Ennakkoluulojen ja perinteisten tapojen vaalimisen lisäksi, afrikkalaisten vastahakoisuus hoidattaa itseään eurooppalaisen lääketieteen avulla voi olla selitettävissä osaltaan sillä, että hoidon tehokkuus oli vielä 1920- ja 30-luvuilla kyseenalaista. Lääkärien valmiudet olivat kuitenkin rajalliset, vaikka he antoivat ensihoitoa, tekivät pieniä leikkauksia ja jakoivat lääkkeitä muun muassa malarian, veneeristen tautien ja unitaudin hoitoon. Koska lääkäriasemat sijaitsivat harvaanasutuilla alueilla, apu ei ollut heti saatavissa. Hoitotoimenpiteiden toteuttamista vaikeutti se, että poliklinikat kärsivät jatkuvasta lääkeaineiden pulasta. Lääkkeiden, sairaalavarusteiden ja rakennustarvikkeiden kuljetus oli hidasta ja kallista Lounais-Afrikassa, koska välimatkat olivat pitkiä ja tiet huonokuntoisia. Tämän johdosta lähetyssuureilla oli ainoastaan välttämättömimmät tarvikkeet sairaudenhoitoon, mikä rajoitti sairaanhoitotoimenpiteitä.²⁴⁴

Lähetystyöntekijöiden tehtäviin kuului hoitaa kaikki esiin tulleet sairastapaukset. Kaukaisilla klinikoilla ei ollut jatkuvaa kiirettä, mutta vaikeasti hallittavia tilanteita tuottivat toisinaan asemalle saapuneet suuret potilasmäärät, kuten silloin jos asukkaat olivat joutuneet villieläimen raatelemaksi. Tällaisissa tilanteissa sairaanhoitaja joutui usein suorittamaan vaativampia hoitoja kuin hänen ammatinkuvaansa kuului.²⁴⁵ Vuosien myötä tieto niistä lähetyssuureista, joissa lääkäri oli, levisi afrikkalaisten keskuuteen. Monesti potilaat kulkivat saattajineen kymmeniä kilometrejä lähimmälle

²⁴³ Taube 1947, 166, 251.

²⁴⁴ Taube 1947, 166-167.

²⁴⁵ Väisälä 1980, 239.

lääkäriasemalle, osa potilaista saapui rajan toiselta puolelta Angolasta, josta kävelykilometrejä kertyi yli sata. Myös rajantakaisille potilaille annettiin hoitoa, yösjä ja ruokaa.²⁴⁶

Taube kuvaa tavallisen poliklinikkatyöpäivän hajanaiseksi ja repiväksi, koska työ poliklinikalla ei sisältänyt ainoastaan sairaiden hoitoa, vaan potilaiden ohella oli paljon kerjäläisiä, jotka yrittivät saada lähetyksasemalta ruoka-apua. Kauppiaat tulivat tekemään jauhoista vaihtokauppaa ja vaihtotavaroina lähetyksasemat saivat esimerkiksi voita, piimää, palmumattoja, puita ja kotieläimiä kuten kanoja ja pukkeja. Päivittäin myös osa potilaista kotiutettiin, jolloin lääkkeitä oli järjestettävä potilaiden mukaan. Lisäksi sairasmajat oli puhdistettava uusia potilaita varten.²⁴⁷ Päivän aikana sairaalan potilaat vaihtuivat useaan otteeseen ja toisinaan sairaalan vieraiden lukumäärää lisäsivät monet tiedemiehet, jotka tekivät kansantieteellisiä, maantieteellisiä, historiallisia ja lääketieteellisiä tutkimuksia.²⁴⁸

Sairauksien kirjo oli laaja. Yhden päivän aikana lähetykslääkärillä saattoi olla hoidettavaan raajojen murtumia, malariapotilaita, tulehtuneita haavoja ja eritoten odottavien äitien ongelmalliset raskaudet ja synnytykset olivat työläitä hoitaa.²⁴⁹ Lähetyksseurojen sairaanhoitajien voimattomuutta tautien edessä lisäsivät tartuntataudit kuten influenssa, tuhkarokko, spitaali ja pernarutto. Taudit olivat kohtalokkaita, sillä samanaikaisesti saattoi sairastua kymmeniä ihmisiä.²⁵⁰ Hallituksen suhtautuminen kaikkiin epidemiaepäilyihin ei ollut kovin suopeaa, apua myönnettiin vasta, kun taudit olivat levinneet epidemiatasolle ja olivat todellinen uhka koko väestölle.²⁵¹ Suunnitelmista huolimatta ennaltaehkäisevää terveydenhoitotyötä ei vielä 1920-luvulla toteutettu kovin laajamittaisesti.

Epidemia-aallot Ambomaalla olivat jatkuvia. Kun yhdestä oli selvitty, toinen tuli jo tilalle. Tartuntataudit vaativat paljon henkilökuntaa, lääkkeitä ja sairaaloita, jotta ne olisi voitu selättää heti alkuvaiheessa. Ambomaalla sairaanhoito oli kuitenkin lähes kaikilla lähetyksasemilla lähetyksyöntekijän sivutyö.²⁵² Kuolemantapaukset lähetyksyöntekijöiden keskuudessa olivat myös yleisiä, ja lääkäreillä ja hoitajilla oli suuri sairastumisriski. Koska uusia sijaisia ei saatu helposti

²⁴⁶ Taube 1947, 253.

²⁴⁷ Taube 1947, 251.

²⁴⁸ Taube 1947, 253.

²⁴⁹ Taube 1947, 234.

²⁵⁰ MR 1934, 63; Taube 1947, 234.

²⁵¹ Taube 1947, 232.

²⁵² Taube 1947, 232–234.

tilalle, lähetysasemia jouduttiin ajoittain sulkemaan väliaikaisesti.²⁵³ Kuitenkin tutkimusaikana lisääntynyt valistustyö yhdessä tehostuneen hoidon ja lääkityksen avulla auttoivat pitämään isommat tautiepidemiat kurissa ja monilta kuolemantapauksilta välttyttiin.

Sekä perinteisten hoitomuotojen että pitkien välimatkojen vuoksi monen potilaan sairaus oli usein edennyt jo lohduttomalle tasolle ennen kuin he saapuivat lääkäriasemalle, ja lääkärin mahdollisuus pelastaa potilas oli pieni. Aino Soinin teoksessa on kuvauksia perinteisistä sairaanhoitotavoista, joita käytettiin yleisesti, mutta jotka johtivat valitettavan usein kuolemaan. Ambomaalla pienten lasten sairauksia hoidettaessa käytettiin hoitomuotoa, jota kutsuttiin hupiloimiseksi. Siinä annettiin myrkyllisiä lääkeaineita lapsen kehoon peräruiskeen avulla. Peräruiskeeksi kelpasi esimerkiksi katkaistu pullon kaulaosa tai ontoksi koverrettu paksu viljakorren osa. Usein lapsen sydän pysähtyi myrkyjen vaikutuksesta. Lisäksi esimerkiksi tuhkarokkoa ja siihen liittyvää luomien tulehdusta hoidettiin liuoksella, johon oli laitettu saippuaa, aloen lehdestä puserrettua mehua, maitoa ja lehmänlantaa, liuoksen käyttöä seurasi usein sokeus. Parantajanoitien sopimattomat hoitotavat kuten liuokset, yrtit ja salvat usein pahensivat taudin laatua ja saattoivat aiheuttaa vakavia vammoja potilaille.²⁵⁴

Voi myös olettaa, että lähetyslääkärit ja sairaanhoitajat eivät kovinkaan paljon kunnioittaneet perinteisiä hoitotapoja, osaltaan sen takia, että he näkivät hoitotoimenpiteiden aiheuttaman vahingon. Eurooppalaiset näkivät ambomaalaisten perinteisen lääkinnän pakanallisina riitteinä. Afrikkalaiset uskoivat sairauksien johtuvan tarttuvista kulkutaudeista, joita yliluonnolliset henget loivat. Osan sairauksista synnyttivät vihaiset henget, kiroukset ja osa aiheutui tabujen rikkomisista.²⁵⁵ Pääasiallisesti vielä mandaattihallintokauden alkuvaiheessa afrikkalaiset turvautuivat perinteisten parantajanoitien apuun. Usein afrikkalaiset hakeutuivat länsimaisen lääketieteen pariin vasta, kun olivat äärimmäisessä hädässä ja erittäin vakavasti sairastuneita. Kuitenkin lääkäreiltä odotettiin ihmeparantamisia, ja jos hoito ei tehonnut, petyttiin ja palattiin perinteisen hoidon pariin.²⁵⁶ Perinteinen lääkintä väistyi kuitenkin vähitellen tuloksiltaan tehokkaamman länsimaisen lääkinnän tieltä.

²⁵³ MR 1923, 56; MR 1930, 116; Taube 1947, 165.

²⁵⁴ Soini 1954, 24–25.

²⁵⁵ Ojala 1990, 9–12.

²⁵⁶ Taube 1947, 233.

4.3 Kaivostyövoiman terveydenhuolto

Tutkimusaikakautena Lounais-Afrikan talous nojautui pääasiallisesti kaivosteollisuuteen ja vientimaatalouteen. Lounais-Afrikan maaperä oli erinomainen kasvualusta eri mineraaleille; eteläinen osa maata antoi timantteja ja pohjoisesta löytyi muita mineraaleja.²⁵⁷ Maassa toimi useita kaivosteollisuusyhtiöitä, joissa työntekijämäärä nousi tuhansiin. Näin ollen Lounais-Afrikan talous ei tullut toimeen ilman afrikkalaisten työpanosta. Afrikkalaisten reservaattien ja poliisivyöhykkeen yhdistävänä siltana toimi siirtotyöjärjestelmä, joka takasi työntekijöitä kaivoksille ja maataloille sekä toimi Lounais-Afrikan talouden selkärankana. Siirtotyöntekijät palkattiin kaivostyöhön vähintään puoleksi vuodeksi kerrallaan.²⁵⁸ Suurelta osin siirtotyöläiset palkattiin maan pohjoisosasta, Ambomaalta ja Kavongon alueelta.²⁵⁹ Lainsäädännön avulla turvattiin riittävä työntekijämäärä maataloille ja kaivoksille. Jos työvoimapula nousi ongelmaksi, reservaatin ylimmällä viranomaisella oli oikeus vuoden 1922 alkuasukasreservaattisäännöksen voimin määrätä työttömät miespuoliset afrikkalaiset yleishyödyllisiin töihin. Afrikkalaisia siirtotyöhön pakotti kuitenkin jo riittämätön toimeentulo, sillä maanomistuksen jakautuminen valkoisten hyväksi oli heikentänyt afrikkalaisten toimeentulomahdollisuuksia.²⁶⁰

Terveysviranomaisten raporteista ilmenee, että lääkintähuolto kaivoksilla oli minimaalista vielä 1920-luvun alussa. Lounais-Afrikan terveen työvoiman takaamiseksi vuonna 1920 voimaan tullut työnantajan ja työntekijän asetus velvoitti kuitenkin työnantajaa kustantamaan sairaanhoidon työntekijöilleen.²⁶¹ Asetuksen tarkoitus oli taata terve työvoima Lounais-Afrikan talouselämän tarpeisiin. Työvoimareservin terveyden arvo vakaan talouselämän takaamiseksi oli siis ymmärretty. Kaivosyhtiöt perustivat kaivoksien läheisyyteen yksityisiä sairaaloita ja klinikoita täyttääkseen terveysministeriön vaatimukset, huolehtiakseen oman työvoiman terveydestä ja esitarkastaakseen uusien työntekijöiden työkuoron. Uudistuksien myötä sairaanhoitopalvelut tulivat kaivostyöntekijöille helpommin tavoitettaviksi. Kaivossairaalat hoitivat nopeasti paranevat sairaudet sairaaloissaan. Jos oli oletettua, että sairastuminen kestäisi pidemmän aikaa, sopimustyöläinen lähetettiin kotiin.²⁶² Sairaalapalvelut olivat sekä eurooppalaisille että afrikkalaisille siirtotyöläisille järjestetty samoissa tiloissa. Yhteensä kolme kaivossairaala huolehti

²⁵⁷ Gordon 1977, 6.

²⁵⁸ Wellington 1967, 110-111, 218.

²⁵⁹ Gordon 1977, 6.

²⁶⁰ Wellington 1967, 282.

²⁶¹ MR 1922, 16-17.

²⁶² Kiljunen M.-L. 1980, 104.

siirtotyöväestä 1920-luvun alussa Lounais-Afrikassa,²⁶³ mutta kaivossairaaloiden määrä vaihteli mandaattikauden aikana ja riippui kaivosteollisuuden taloudellisista suhdanteista.²⁶⁴

Lounais-Afrikassa kaivosteollisuuden työntekijöiden terveydentilasta tuli laajamittainen ongelma, sillä eri sairaudet levisivät herkästi työmailla. Kaivostyöntekijät sairastuivat usein hengityselinten sairauksiin, koska työpisteet olivat kylmässä, sumuisessa ilmastossa tai maan alla. Erityisesti uudet työntekijät sairastuivat helposti keuhkotauteihin, koska eivät olleet tottuneet viileisiin ja kosteisiin kaivosolosuhteisiin. Vuosittain kymmeniä työntekijöitä kuoli tartuntasairauksiin, mutta myös tapaturmaisesti.²⁶⁵ Arnoldin mukaan kaivosteollisuuden piirissä oli yleistä reagoida terveysongelmiin ja parantaa työntekijöiden ja työmaiden olosuhteita vasta, kun kaivosyritykset huomasivat menettävänsä tehokasta työvoimaa ja tuloja.²⁶⁶

Terveysongelman vakavuuteen havahduttiin myös Lounais-Afrikassa. Kaivoksien kasvavat kuolleisuusluvut ja helposti leviävät epidemiat herättivät siirtomaaviranomaiset keskustelemaan kaivostyöväen terveysongelmista. Vuoden 1924 siirtomaaraportissa on selvitetty syitä, jotka ovat johtaneet kymmenien työntekijöiden vakavaan sairastumiseen ja useiden henkilöiden kuolemaan siirtotyökauden aikana. Sekä alkuasukaskomissaari että terveysviranomaiset olivat tutkimuksiensa aikana huomanneet vakavia puutteita asumisessa ja työväestön yleisessä hyvinvoinnissa. Työväestön asumuksiin oli majoitettu enemmän työntekijöitä kuin oli sallittua, ruokavalio oli yksipuolinen ja sitä oli annettu liian vähän, lisäksi hygienia- ja sanitaatiopuutteet olivat kehittymättömät.²⁶⁷ Kehittymättömät hygienia- ja sanitaatiopuutteet lisäsivät muun muassa ripulin, koukkumadon ja muiden tarttuvien bakteeritautien leviämistä.²⁶⁸ Myös pahimman työvoimapulan aikana kaivoksille oli palkattu työväestöä, jotka eivät olleet fyysisesti riittävän vahvoja raskaaseen kaivostyöhön.²⁶⁹ Yhdessä nämä tekijät vaikuttivat siihen, että työntekijöiden yleiskunto pysyi alhaisena ja tarttuvat taudit kuten vakavat influenssaepidemiat ja tuberkuloosi, levisivät työntekijöiden keskuudessa nopeasti. Lüderitzin kaivoksella kuolleisuusluku vuonna 1924 oli 74,20 kuollutta henkeä tuhatta työntekijää kohden. Tämä luku herätti siirtomaaviranomaiset, sillä kuolleisuusluku oli noussut reilusti vuoden 1923 vastaavasta 31,00/1000. Myös muissa Lounais-Afrikan kaivoksissa kuolleisuusluvut olivat kasvaneet hälyttävästi, mutta eivät kuitenkaan ylittäneet

²⁶³ MR 1921, 22.

²⁶⁴ MR 1932, 92; MR 1935, 56.

²⁶⁵ MR 1924, 77.

²⁶⁶ Arnold 1988, 15.

²⁶⁷ MR 1924, 77–81.

²⁶⁸ Patterson & Hartwig 1978, 15.

²⁶⁹ MR 1924, 77.

Lüderitzin kaivoksen lukujen tasolle.²⁷⁰ Juuri korkeiden sairaslukujen seurauksena, työntekijöiden työ- ja elinolosuhteista ryhdyttiin puhumaan ääneen. Koska afrikkalaisten työntekijöiden yleiskunto ennen kaivostyöhön saapumista on saattanut olla vajavainen heikon ruokavalion ja pitkän siirtotyöhön saapumismatkan jälkeen, voidaan ajatella, että panostaminen ruokavalioon, sanitaatiohuoltoon ja majoitukseen oli hyvin tärkeää työväestön työkyvyn takaamiseksi.

Ensimmäisen maailmansodan aikana Iso-Britanniassa kasvoi kiinnostus ravinto-opillisiin kysymyksiin. Sotaolosuhteet olivat nostaneet pinnalle sotilaiden ruokavalion niin ruuan määrän kuin vitamiinipitoisuuksien suhteen. Tämän pohjalta alkoi keskustelu myös työntekijöiden riittävästä energia- ja ravintomäärästä. Euroopasta alkunsa saanut keskustelunaihe ulottui koskemaan muun muassa Iso-Britannian siirtomaita. Keskustelun tarkoituksena oli, että ravinto-opillinen tietous antaisi ratkaisumahdollisuuksia siirtomaiden mataliin tuottavuuslukuihin ja työväestön terveysongelmiin. Lisäksi maailmanlaajuiset epidemiat, kuten influenssa, herättivät Kansainliitonkin aloittamaan ennaltaehkäisevän työn näiden kohtalokkaiden epidemioiden nujertamiseksi. Keskustelu hygieniasta, ravinto-opillisista kysymyksistä ja kansanterveydestä maailmanlaajuisella tasolla niin Euroopassa, Aasiassa kuin Afrikassakin, lisääntyi edelleen 1920-luvun puolivälin jälkeen. Siirtomaaviranomaiset uskoivat, että kansan keskuudessa vallitseva heikko terveydentila tuottaisi pitkällä aikavälillä taloudellista tappiota siirtomaahallinnolle. Parempi ravinto ja kehittyneemmät sanitaatio-olosuhteet johtaisivat elämisen tason kohentumiseen, mikä näin ollen näkyisi kansan yleisessä terveydentilassa.²⁷¹

Yleisen ravinto-opillisen keskustelun ja tutkimustulosten myötä uusien ravintosuosituksien mukaiset ohjeet ulottuivat aktiivisten siirtomaalääkintäviranomaisten kautta myös siirtomaiden työmaille. Lounais-Afrikan vuoden 1924 siirtomaaraportissa työväestön olosuhteita käsittelevässä osiossa on esitetty uudet, hyvinkin tarkat vaatimukset työväen asumisolosta, ruokavaliosta, sairaalaolosuhteista, saniteettitiloista, siirtotyöläisten määrästä ja työntekijöiden kunnan luokitteluperusteista sekä pohdittu niiden yhteisvaikutuksia työntekijöiden terveydentilaan.²⁷² Yhteisasuntoloihin, joissa oli vähintään 50 siirtotyöntekijää, palkattiin valkoinen asuntolan valvoja. Hänen vastuullaan oli huolehtia työnjohtotehtävien lisäksi muun muassa työntekijöiden asumisolosta, ruokailusta, asumuksien puhtaudesta ja sanitaatio-olosuhteista.²⁷³ Tässä kohdin raportteja terveysministeriön taholta on mielestäni hyvin tuotu esiin se yhteys, mikä

²⁷⁰ MR 1923, 58; MR 1924, 79-80.

²⁷¹ Kuhanen 2005, 319-320.

²⁷² MR 1924, 77-79.

²⁷³ Gordon 1977, 55.

ennaltaehkäisevillä toimilla, kuten elämäntavoilla ja elinolosuhteilla, on ihmisen terveyteen. Kaivosteollisuus oli kuitenkin koko Lounais-Afrikan talouden selkäranka ja tulonlähde tuhansille ihmisille. Näin ollen, jos teollisuutta haluttiin edelleen kehittää ja vaalia, täytyi panos työntekijöiden terveyteen olla myös suuri.

Kaivosalalle pyrittiin valitsemaan sopivimmat työntekijät työvoiman terveystarkastuksella, jossa jokaisen työntekijän tuli käydä ennen työhön menoa. Työvoiman tarkastuksia suorittivat, kaivoslääkäreiden lisäksi, eri alueiden piirilääkärit. Työntekijät luokiteltiin uusien määräysten mukaan kolmeen eri luokkaan.²⁷⁴ Luokitteluperusteiden pohjimmaisena tarkoituksena oli taata työvoiman tasainen laatu, eli jokaisen työntekijän tuli olla terve ja riittävän hyvässä fyysisessä kunnossa tekemään raskastakin työtä. Lisäksi luokitteluperusteilla valvottiin työntekijöiden oikeuksia ja ylläpidettiin työntekijöiden terveyttä. Työntekijöitä värvättiin Ambomaalla, Odonguassa, josta suurin osa sopimustyöntekijöistä tuli. Siirtomaahallinnon lääkäriviranomaisen hoiti pääsääntöisesti työvoiman tarkastukset, mutta vähemmän vilkkaampina rekrytointiaikoina myös Suomen Lähetysseuran lääkäri teki lääkärintarkastuksia.²⁷⁵

A-luokan työntekijä oli sopiva tekemään töitä kaikissa kaivostyön olosuhteissa, B-luokan työntekijä oli sopiva vähemmän raskaaseen kaivostyöhön. Ne, jotka eivät soveltuneet lainkaan kaivostyöhön, mutta maa- ja kotitaloustöihin luokiteltiin C-luokkaan kuuluviksi.²⁷⁶ Pahimman kaivostyövoimapulan aikana kriteeriä kierrettiin ja huonokuntoisia työntekijöitä hyväksyttiin kaivostyöhön. Tästä johtui osittain vuoden 1924 korkeat sairastumis- ja kuolleisuusluvut, sillä fyysisesti heikompien työntekijöiden työkuunto ei kestänyt Lüderitzin kaivoksen työolosuhteita. Kaivokselta lähetettiin satoja työntekijöitä takaisin kotiin, koska lääkäriviranomaisen uusintatarkastuksessa työntekijät eivät läpäisseet A-luokan työntekijän kriteereitä.²⁷⁷

Vuosikymmenen puolivälin suunnitelmissa näkyi aivan erilainen ote työvoiman terveyteen liittyvissä kysymyksissä. Vuonna 1924 asetettujen tarkempien työolosuhdevaatimusten jälkeen lääkäriviranomaisen teki säännöllisiä kierroksia kaivoksilla ja raportoi epäkohdista siirtomaahallinnolle. Kaivosyritykset ymmärsivät terveen työvoiman taloudellisen merkityksen ja uudistivat sairaaloitaan ja kohensivat työväestön asumisolosuhteita ainakin viralliselle

²⁷⁴ MR 1934, 75.

²⁷⁵ MR 1928, 78-79.

²⁷⁶ MR 1928, 78-79.

²⁷⁷ MR 1924, 77, 81; MR 1934, 76.

minimitasolle. Tsumebin kaivokselle rakennettua uutta tiilistä sairaalaa kehuttiin siirtomaaraportissa varustetasoltaan jopa koko Lounais-Afrikan parhaaksi.²⁷⁸

Uusien asetuksien myötä elinolosuhteet kehittyivät kaivoksilla terveellisemmäksi. Ruoka, elämisenolosuhteet ja sairaalapalvelut parantuivat siinä määrin, että kaivostyöntekijät nousivat erityisasemaan muihin lounaisafrikkalaisiin nähden. Muutokset muun muassa merkitsivät, että sairaanhoitoapu oli nyt työntekijän välittömässä läheisyydessä. Vastaavaa tilannetta ei ollut monen afrikkalaisen kotiseuduilla. Johtava lääkäriviranomainen kirjoittikin vuoden 1928 siirtomaaraporttiin kaivostyöläisillä olevan paremmat elinolosuhteet kuin reservaateissa asuvilla²⁷⁹. Siirtomaaraporttien mukaan erityisesti asumis- ja sairaalaolosuhteita kehitettiin ja rokotosohjelmien käyttöä pyrittiin noudattamaan tarkemmin sairausepidemioiden ehkäisemiseksi.²⁸⁰ Lisäksi sairastuneet potilaat pyrittiin eristämään muista työntekijöistä, jotta tartuntavaara laskisi. Potilaiden kuntoa arvioitiin tarkemmin sairauden antaessa paranemisen merkkejä ja puolikuntoisia työntekijöitä ei viranomaisen mukaan lähetetty työkentille.²⁸¹

Siirtomaaviranomainen painottaa kuitenkin raportissaan, että vaikka työntekijöiden elinolosuhteissa ja sairaanhoidon laadussa oli tehty merkittäviä parannuksia, merkittävintä kuolleisuuden aiheuttajaa, influenssaepidemiaa, oli kuitenkin vaikea torjua, koska se riippui täysin vuosittaisen epidemian ärhäkkydestä.²⁸² Kuitenkin tilastoja arvioitaessa kaivostyö oli edelleen riski siirtotyöntekijälle: onnettomuuksia sattui ja herkästi leviävät epidemiat olivat olosuhteista huolimatta kohtalokkaita.

Vuoden 1925 sairas- ja kuolleisuustilastoja arvioitaessa, välittömästi tehdyillä kaivosolosuhteiden uudistuksilla oli näkyvät vaikutuksensa. Kuolleisuusluvut laskivat noin 60 % tarkasteltaessa kaikkien Lounais-Afrikan kaivoksien lukuja. Edelleen influenssaan menehtyi suuri osa sairastuneista työntekijöistä. Vuonna 1925 61 %.²⁸³ Erityisesti Tsumebin kaivoksella epidemia jatkui vuosikymmenen loppuun saakka ärhäkkänä ja kuolleisuusluvut olivat ennaltaehkäisevistä toimista huolimatta korkeat. Vuoden 1927 raportissa siirtomaaviranomainen kiinnitti tarkempaa huomiota influenssaepidemian laajuuteen ja aloitti tarkemmat tutkimukset epidemian syyn selvittämiseksi. Ennaltaehkäiseviä toimia laajennettiin. Sairaille työntekijöille ei sallittu työntekoa,

²⁷⁸ MR 1927, 116.

²⁷⁹ MR 1928, 79.

²⁸⁰ MR 1924, 78-81.

²⁸¹ MR 1925, 82.

²⁸² MR 1924, 81.

²⁸³ MR 1925, 83.

ruoka- ja vaatehuoltoa parannettiin ja lisäksi juomaveden myrkkypitoisuuksia tarkkailtiin.²⁸⁴ Kuitenkin influenssaepidemiaan kuoli edelleenkin kohtuuttoman suuri osuus työntekijöistä.

Siirtomaahallinnon lääkintäviranomainen, Dr. Fourie, lähetettiin Tsumebin ja Grootfonteinin kaivoksille tarkempia tutkimuksia varten. Tutkimustuloksien mukaan työntekijät, jotka saapuivat kaivoksille Ambomaalta ja Angolasta olivat alttiimpia saamaan influenssainfektion. Syynä tähän nähtiin se, että uusien työntekijöiden vastustuskyky oli laskenut pitkän työhöntulomatkan seurauksena.²⁸⁵ Vaikka afrikkalaisten työntekijöiden saanti kaivoksille oli tärkeää turvata, lisäsi afrikkalaisten liikkuvuus viranomaisten huolta muuttoliikkeeseen kytkeytyvistä ongelmista ja näin ollen myös siirtotyön ongelmista, kuten tautien leviämisestä.²⁸⁶ Esimerkiksi siirtotyöläiset saattoivat saapua kaivoksille pitkän kävelymatkan takaa ja olla hyvin köyhiä, aliravittuja sekä tuoda mukanaan erilaisia tauteja. Uudet työntekijät olivat heikompia ja alttiimpia tartuntataudeille, kun taas paikallisilla oli luonnostaan korkeampi immuniteettisuoja ja sen tähden sairastivat vähemmän. Ambomaalaiset ja Angolalaiset sairastivat usein myös kroonisesti malariaa, mikä saattoi heikentää vastustuskykyä muita sairauksia vastaan.²⁸⁷ Siirtomaahallinto koki tilanteen vakavana ja vaati ongelman korjaamiseksi laajempia ennaltaehkäiseviä toimia. Angolalaisille siirtotyöläisille määrättiin järjestettäväksi autokuljetus Angolan rajalta kaivokselle ja lisäksi uusien työntekijöiden terveydentilaa seurattiin päivittäisten terveystarkastuksien avulla ensimmäisen kahden viikon aikana. Jos kuolleisuusluvut eivät muutoksista huolimatta olisi laskenut, niin viimeisenä toimenpiteenä siirtomaahallinnolla oli angolalaisen ja ambomaalaisen työväen käyttökielto.²⁸⁸ Siirtomaahallinnon suhtautuminen tilanteeseen oli hyvinkin esimerkillistä, sillä se oli valmis järjestämään laajempia tutkimuksia influenssaepidemian syyn selvittämiseksi ja vaatimaan kehitystä työväestön elin- ja asumisolosuhteisiin. Sitä oliko kyseessä siirtomaahallinnon aito huolenpito työväestöstään, taloudelliset näkökulmat vai pelko leimautua ulkopuolisten tahojen silmissä, on vaikea arvioida näiden lähteiden valossa.

Maailmanlaajuinen lama vaikutti kaivosteollisuuteen taantuvasti, joten työntekijämäärät laskivat huimasti. Samalla myös influenssaepidemia heikkeni, mikä voidaan selittää työväestön määrän laskulla.²⁸⁹ Kuitenkin taloudellisten olosuhteiden palautuessa lamaa edeltävälle tasolle ja kaivosteollisuuden virkistyessä, terveystarkastaja huomasi muutamien kaivoksien

²⁸⁴ MR 1927, 116.

²⁸⁵ MR 1929, 81.

²⁸⁶ Patterson & Hartwig 1978, 13.

²⁸⁷ MR 1929, 84-85.

²⁸⁸ MR 1929, 83-85.

²⁸⁹ MR 1931, 72.

siirtotyöntekijöiden työolo- ja elinolosuhteiden jäävän määräysten vaatimasta tasosta. Kaivostyöntekijöiksi oli valittu soveltumattomia työntekijöitä: osalla terveydentila oli liian heikko. Ruokahuolto oli kaivoksilla riittämätöntä ja sanitaatio-olosuhteet puutteelliset, minkä johdosta epidemiat ja kuolleisuus lisääntyivät.²⁹⁰ Tilanne oli jälleen sama kuin 1920-luvun alkupuolella, ennen siirtomaaviranomaisten puuttumista kaivostyöntekijöiden elinolosuhteisiin. Vaikka 1920-luvun loppupuolella työntekijöiden työ- ja elinolosuhteissa tapahtui lievää kehitystä, muutokset eivät olleet pysyviä, vaan tärkeimmäksi asiaksi nousi edelleen yritysten taloudellinen kasvu, jopa työntekijöiden terveyden uhalla.

²⁹⁰ MR 1936, 58; MR 1937, 72.

5 Ennaltaehkäisevä terveystyö

5.1 Ennaltaehkäisevän työn alkuvaiheet

Maailmansotien välisenä aikakautena, kiihtyi jo 1850-luvulla alkanut keskustelu kansanterveydellisistä kysymyksistä ja tähän liittyi voimakkaasti puhe ennaltaehkäisevästä terveydenhoidosta. Keskustelun teemoiksi nousivat, muun muassa elinolojen osalta, hygienia- ja sanitaatio-olosuhteet sekä ruokavalion osalta ruuan riittävä määrä ja ravinnerikkaus.²⁹¹ Lounais-Afrikassa ennaltaehkäisevää terveydenhuoltotyötä toteutettiin pienimuotoisesti jo 1920-luvun alussa: malariaa vastaan jaettiin kiniiniä ja rokotuskampanjoiden avulla torjuttiin eri epidemioiden uhkaa.²⁹² Ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon panostaminen oli kuitenkin vielä vähäistä ja pääosin terveydenhuolto oli hoitavaa.

Lounais-Afrikassa oli havaittu, että suuret massahoitokampanjat epideemisiä tauteja vastaan nielivät suuria summia siirtomaahallinnon terveydenhuolto-osaston varoista. Osittain hoitoja pidettiin onnistuneina, mutta pitkällä tähtäimellä toteutettu hoitava lääkintä tiedettiin käyvän kalliiksi.²⁹³ Heti siirtomaahallinnon alkuaajoista lähtien käytiin maltillista keskustelua ennaltaehkäisevän terveydenhuollon kehittämisestä, milloin pohdittiin lähinnä uuden kansanterveystyön sisältöä ja ennaltaehkäisevien toimien käyttöönottoa. Paikallistasolla Public Health Actin 36. säädos määritteli asuma-alueidensa kansanterveyttä edistävät toimenpiteet viranomaisten vastuulle. Osa kuluista katettiin paikallisten viranomaisten keräämistä verotuloista ja osan rahoitti siirtomaahallinto.²⁹⁴

Sotien välisenä aikakautena kaupunkien elinolosuhteita valvoivat enimmäkseen paikalliset viranomaiset. Lisäksi suurimpien kaupunkien tarkastustoiminnan valvontaa täydennettiin eurooppalaissyntyisen terveystarkastajan avulla.²⁹⁵ Maaseudulla paikallisen viranomaisen tehtävistä vastasi poliisituomari, kunnes vuonna 1925 perustettiin kaupunkien viranomaisia vastaava viranomaiselin. Maaseudulla paikallisilla viranomaisilla ei ollut yhtä laajoa toimintaoikeuksia kuin kaupunkien viranomaisilla, mutta hekin vastasivat pääasiallisesti useista hygienia- ja sanitaatiohuoltoon liittyvistä ydintoiminnoista. Yleisesti ottaen elinolosuhteiden kehittäminen

²⁹¹ Arnold 1988, 14; Kuhanen 2005, 318.

²⁹² Notkola & Siiskonen 2000, 104.

²⁹³ MR 1932, 93.

²⁹⁴ MR 1922, 64.

²⁹⁵ MR 1922, 64.

koettiin tärkeäksi ja vuoteen 1926 mennessä paikallisten viranomaisten määrä kasvoi vuoden 1922 seitsemästä kolmeentoista.²⁹⁶

Hygienia- ja sanitaatioon liittyvien puutteiden havaitsemisessa avainasemassa oli paikallisten viranomaisten työpanos. Paikallisten viranomaisten vastuu koostui monista ennaltaehkäisevistä terveydenhuollon toimista, jotka keskittyivät elinolosuhteiden kehittämiseen. Hygieniaan ja sanitaatioon liittyviä tauteja on paljon ja tartuntatapoja useita,²⁹⁷ mikä lisäsi viranomaisten tehtävän tärkeyttä. Muun muassa ympäristön puhtaanapidosta huolehtiminen, juomaveden- ja elintarvikkeiden tarkastukset olivat kansanterveyden takaamiseksi turvattava. Lisäksi jätteiden ja jätevesien käsittelyyn liittyen tukkeutuneita oja ja asiaankuulumattomia jätekasoja oli siistittävä. Rottien eliminoiminen ja muut ennaltaehkäisevät terveydenhuollon toimet kuten rokotuskampanjoiden onnistuminen oli osa kansanterveyden edistämistä. Paikallisten viranomaisten tarkastukset kohdistuivat pääasiassa asuin- ja hallintorakennuksiin, mutta myös esimerkiksi pesuloihin ja muihin julkisiin tiloihin kuten hotelleihin. Vessojen ja keittiöiden käyttöä asumiseen kiellettiin ja asujien määrää rajoitettiin. Tarkastuksien kautta pyrittiin vähentämään esimerkiksi rottien tai syöpäläisten saastuttamia asuintiloja.²⁹⁸ Lisäksi paikalliset viranomaiset vastasivat infektiosairauksien puhkeamisen myötä muun muassa tartuntatautivaaran tiedottamisesta, rokotuksista, koulujen sulkemisesta ja sairaiden eristämisestä.²⁹⁹ Paikallisten viranomaisten määrä oli kuitenkin todelliseen tarpeeseen nähden vähäinen ja lisäksi ongelmana oli viranomaisten puutteellinen koulutus tai perehtyneisyys alaan.³⁰⁰ Tehostettu valvonta johti hetkellisiin parannuksiin, mutta saavutetun tason ylläpito oli vaikeaa, koska paikallisten viranomaisten resurssit eivät olleet riittävät jatkuvaan valvontaan ja elinolosuhteiden kehittämiseen.

Vuosikymmenen loppupuolella Lounais-Afrikassa ennaltaehkäisevät toimet saivat enemmän tilaa siirtomaaviranomaisten laatimissa vuosiraporteissa. Jo tässä vaiheessa oli ymmärretty, että terveyteen vaikuttavia tekijöitä olivat muun muassa taloudellinen tilanne ja koulutus. Elinolosuhteiden, kuten hygienia- ja sanitaatio-olojen parantaminen, nähtiin tärkeinä terveyttä edistävinä toimina. Sairauksia ehkäisevissä toimenpiteissä tarkoituksena oli vähentää tarttuviin sairauksiin sairastumista esimerkiksi yleisten käymälöiden hygieniaa kohentamalla ja vesipisteiden myrkkypitoisuuksia tarkistamalla. Nämä ennaltaehkäisevät toimet vaikuttivat muun muassa ruuasta

²⁹⁶ MR 1927, 100.

²⁹⁷ Edington & Edington 1977, 39.

²⁹⁸ MR 1926, 86.

²⁹⁹ MR 1927, 100-101; MR 1925, 97.

³⁰⁰ MR 1927, 100.

ja vedestä tarttuvia tauteja levittävien bakteerien leviämiseen.³⁰¹ Siirtomaaraporttien mukaan nähtävissä oli, että Lounais-Afrikan viranomaiset olivat ymmärtäneet elinolosuhteiden ja yleisen kansanterveydellisen tilanteen yhteyden. Raporteissa käytiin pienimuotoista keskustelua ennaltaehkäisevistä menetelmistä, mutta nämä tavoitteet eivät kuitenkaan näy konkreettisina tekoina, vaan ainoastaan puheina ennaltaehkäisevän työn tärkeydestä.

Ennaltaehkäisevän terveydenhuoltotyön rooli onnistuessaan täydensi kolonialistisella aikakaudella eri siirtomaiden terveydenhuoltokapasiteettiä merkittävästi. Ennaltaehkäisevän terveydenhuoltotyön onnistuminen vaati kuitenkin maiden asukkailta elintapamuutoksia. Jotta tuloksia tulisi afrikkalaisten elintavoissa, olisi asukkaiden asenteisiin pystyttävä tehokkaasti vaikuttamaan.³⁰² Lounais-Afrikan viranomaiset näkivät ennaltaehkäisevien toimenpiteiden tuottaman hyödyn hyvin optimistisesti. He uskoivat, että yhä useammassa sairaustapauksissa ei tarvitsisi turvautua lääkeainesiin, joista oli muutenkin pulaa ja joita oli vaikeaa saada harvaanasutuille seuduille, vaan yleisillä asennemuutoksilla saataisiin estettyä monien sairauksien kehittyminen ja leviäminen. Tärkeää sijaa hygieni- ja sanitaatiokampanjoinnissa näyttelivät paikallisten viranomaisten ja lähetysseurojen tekemä terveystoiminta, joka nähtiin kehityksen ja asenteiden muuttumisen edellytyksenä.³⁰³ Terveystoimintaa annettiin monien kanavien kautta muun muassa kouluissa, sairaaloissa ja kirkoissa. Esimerkiksi käymälöiden käyttö vielä 1920 - 30-luvuilla ei afrikkalaisten keskuudessa ollut kovin yleistä. Tavoitteena oli saada paikallinen väestö ymmärtämään mitä merkitystä paremmalla hygienialla oli esimerkiksi epidemioiden leviämisen estämiselle. Aluksi pyrittiin saamaan afrikkalaiset lääkintäapulaisten, papit ja opettajat rakentamaan talojensa lähelle käymälät ja näyttämään hyvää esimerkkiä alueen muille asukkaille. Jo koulu- ja sairaalaympäristön puhtaus tarjosi mallia puhtaanapidosta. Ennen sairaaloihin saapumista oli peseydyttävä, jotta edes lääkärin vastaanotolle pääsi. Lisäksi sairaaloissa ja kouluissa oli käymälät, joita käyttämään afrikkalaisia opetettiin opetustöiden- ja sairaanhoidon lomassa.³⁰⁴

Vaikka terveystoimintaa levitettiin montaa eri kautta, ei tiedon leviäminen ollut kuitenkaan varmaa. Soinin mukaan kyse ei ainakaan ollut siitä, etteivätkö afrikkalaiset olisi olleet innostuneita oppimaan vaan, että opittuja taitoja ei aina ylläpidetty tai osattu käyttää käytännössä. Terveystoiminnan levittämistä heikensivät myös kieliongelmat ja lukutaidottomuus.³⁰⁵ Toisaalta

³⁰¹ MR 1929, 87.

³⁰² Kuhanen 2005, 319.

³⁰³ Esim. MR 1931, 88; 1932, 93; 1933, 52.

³⁰⁴ Soini 1954, 75–79.

³⁰⁵ Soini 1954, 24.

asennekasvatuksen tulokset saavutettiin hitaasti ja viranomaisten mielestä oli järkevämpää turvautua massarokotuskampanjoihin, joilla saatiin estettyä vakavien sairauksien, kuten isorokon ja tuberkuloosin leviäminen suhteellisen nopeasti. Jakamalla kiniiniä pyrittiin saamaan kuriin malaria ja rutonmetsästyksellä estämään ruton leviäminen.³⁰⁶

Ennaltaehkäisevän terveydenhuoltokeskustelun lomassa, keskusteluissa nousi pinnalle myös ruokavalion merkitys yleiseen terveydentilaan. Alhaisten elinolosuhteiden todettiin olevan pohjimmaisena syynä kansanterveydellisiin ongelmiin, joihin riittämätön ruokavalio olennaisesti kuului. Iso-Britanniassa 1930-luvun vaihteen tutkimuksien mukaan positiivisia kansanterveydellisiä edistysaskeleita saataisiin parhaiten aikaan, jos muun muassa ravinto-opillinen tietämys vietäisiin tehokkaammin käytännön asteelle.³⁰⁷ Lounais-Afrikassa viranomaiset olivat huomanneet aliravitsemusta erityisesti maailmanlaajuisen taloudellisen laman aikana 1930-luvun alussa, mikä oli johtanut siihen, että osa köyhimmistä eurooppalaisista ja moni afrikkalaisista sairasti keripukkia. Lisäksi suurella osalla afrikkalaisista oli keripukin esiaste.³⁰⁸ Ruokahuoltoon liittyi osaltaan ruuan tuotantoon liittyvien tilojen puhtaanapito ja laaduntarkkailu. Lounais-Afrikassa palkattiin oma viranomainen mittaamaan lihan ja muiden elintarvikkeiden bakteeripitoisuuksia meijereissä ja teurastamoissa.³⁰⁹

5.2. Elin- ja asuinolosuhteiden kehittämistoimet

Eri puolilla Afrikkaa asuinolosuhteiden ja asuma-alueiden ympäristön kehittäminen oli tärkeä osa julkista terveydenhoitotyötä. Tähän liittyi keskeisesti viemäri- ja vesijohtoverkostojen kehittäminen, puhtaampien asumuksien rakentaminen ja asuma-alueiden yleisen hygienian lisääminen. Monissa Afrikan maissa ongelmana oli erityisesti ruoka- ja vesiperäisten infektioiden yleisyys. Kuivakausien aikana vesivarat saastuivat helposti, koska ihmiset ja karja käyttivät samoja vesipisteitä ja vuorostaan sadekausien aikana ihmisten ja eläinten ulosteet huuhtoutuivat joista vesipisteisiin.³¹⁰ Lounais-Afrikassa veden riittävyys ja vesihuolto olivat vielä hyvin kehittymätöntä, vaikka puhtaan veden merkitys oli keskeinen tekijä eri sairauksien ehkäisemisessä.³¹¹ Lounais-Afrikassa paikallisia

³⁰⁶ Esim. MR 1932, 94; MR 1934, 74.

³⁰⁷ Worboys 1988, 213.

³⁰⁸ MR 1931, 80.

³⁰⁹ MR 1921, 22.

³¹⁰ Patterson & Hartwig 1978, 13.

³¹¹ MR 1921, 22.

asukkaita pyrittiin valistamaan saastuneesta vedestä, mutta ihmisten käyttäytymistä on vaikea muuttaa, jos he ovat vuosisatojen ajan toimineet tiettyjen tapojen mukaisesti.

Siirtomaaraporteista käy ilmi, että siirtomaahallinnolla oli suunnitelmissa kehittää vesivarojen käyttöä, mikä edistäisi keuhkojen asuma-alueiden elinolosuhteita. Vielä 1920-luvun alkupuolella kehittämishankkeet edistyivät kovin hitaasti. Koska paikallisten viranomaisten kiinnostus asiaan oli vähäinen, kehittämistoiminta asuma-alueiden hygieniatoimintaan ei ollut kovin aktiivista. Siirtomaaviranomainen valittiin vuoden 1921 raportissa, että vain muutamat paikalliset viranomaiset olivat aidosti kiinnostuneita kehittämään paikallisten asukkaiden elinolosuhteita, mutta samaan hengenvetoon hän kuitenkin myöntää tehtävän toteuttamisen kärsivän rahoituksesta.³¹² Tilanteeseen vaikutti myös, että Lounais-Afrikassa vesitilanteen korjaaminen oli hyvin hankalaa, koska suuri osa käyttövedestä saatiin pohjavedestä. Kaikissa suurimmissakaan kaupungeissa, esimerkiksi Lüderitzissa ja Walvis Bayssa, pohjavettä ei riittänyt kaivoihin ja lähteisiin. Näillä alueilla merivettä jouduttiin tislamaan käyttövedeksi. Pohjaveden laatu mainitaan kuitenkin hyväksi, mutta riittävyys vaihteli vuodenajoin ja vuosittain. Vesiongelma heikensi myös viemäröintimenetelmien kehitysmahdollisuuksia. Jätevesien loppusijoittaminen oli Lounais-Afrikassa vaikea kysymys, sillä tarvittavia oja ja kouruja ei asuma-alueilla entuudestaan ollut.³¹³

Vuoden 1925 siirtomaaraportissa siirtomaahallinnon terveysviranomainen esittää jo kiitoksensa paikallisille viranomaisille heidän uudistuksellisesta toiminnasta asuinalueiden hygieniasuhteiden kohentamisessa. Kuitenkin vielä vuosikymmenen alkuvaiheessa jäte- ja vesihuollon saneeraukset keskittyivät kaupunkiin.³¹⁴ Vuoden 1928 jälkeen ei siirtomaaraporteissa kovin laajalti kirjoitettu asuma-alueiden puhtaanapitokysymyksistä, ainoastaan vuoden 1929 siirtomaaraportissa esitellään Windhoekin kaupunkiin rakennettava jäte- ja viemäröintijärjestelmä.³¹⁵ Vasta vuoden 1932 raportissa on muutaman rivin maininta sanitaatio- ja hygieniasuhteeseen; vuosiraportin mukaan paikallisten viranomaisten työ on tuottanut tulosta ja asuma-alueiden yleinen puhtaus on parantunut. Lisäksi Windhoekin, afrikkalaisten asuinalueelle, luvataan rakentaa yhtenäinen käymäläjärjestelmä. Siirtomaaviranomainen mainitsee uudistuksen vaikuttavan positiivisesti sekä afrikkalaisten että myös Windhoekissa asuvien eurooppalaisten terveyteen.³¹⁶ Lounais-Afrikan sanitaatio- ja hygieniasuhteiden toimintamahdollisuuksiin vaikutti

³¹² MR 1921, 22.

³¹³ MR 1922, 64.

³¹⁴ MR 1925, 75; MR 1927, 101.

³¹⁵ MR 1929, 87.

³¹⁶ MR 1932, 93.

luonnollisesti myös siihen kohdistetut taloudelliset resurssit. Sanitaatio- ja hygieniahuoltohan on toiminto, joka ei tuota taloudellista voittoa, vaan lähinnä kuluttaa resursseja.

Lounais-Afrikan siirtomaahallinnon raporteista on huomattavissa, että laman jälkeisinä vuosina sanitaatio- ja hygieniaan liittyvät tekstit saivat enemmän palstatilaa.³¹⁷ Kuhanen arvioi yleisesti sanitaatio- ja hygieniäkysymysten suosion syytä afrikkalaisten viranomaisten keskuudessa ja uskoo, että siirtomaaviranomaisten kasvava kiinnostus aiheeseen saattoi osittain lisääntyä useiden kansainvälisten julkaisujen myötä, joissa paneuduttiin muun muassa sanitaatio- ja hygieniäkysymyksiin muiden kansanterveydellisten kysymysten ohessa.³¹⁸ Vuonna 1933 Lounais-Afrikan siirtomaaviranomainen kirjoittaa, että jopa kunnan virkamiehet huomioivat kohentuneiden elinolosuhteiden vaikuttaneen myönteisesti afrikkalaisväestön terveyteen.³¹⁹ Kuitenkin jo seuraavan vuoden raportista saa lukea taloudellisen tilanteen olevan niin kireä, että tarvittaviin asuma-alueiden puhtaanapidon kehittämistoimenpiteisiin ei ole mahdollisuutta panostaa suuressa osassa maata.³²⁰

Heikosta rahatilanteesta huolimatta, asuinolosuhteiden kohdalla pienimuotoista kehitystä saavutettiin. Keskeisellä sijalla oli asuntojen laadun parantaminen. Maan asumisolojen kehnous koettiin 1920-luvun alkupuolella vakavana terveydellisenä uhkana ja kaupunkien ja kylien asukkaiden yleisen terveydentilan kannalta asuinolosuhteiden ja asuma-alueiden hygieniaolot olivat ratkaisevia. Siirtomaahallinnon virallista ennaltaehkäisevää toimintapolitiikkaa oli eurooppalaisten ja afrikkalaisten asuinalueiden erottaminen, jonka tarkoituksena oli estää afrikkalaisten tartuttamien tautien leviämistä eurooppalaisiin. Kuitenkin afrikkalaiset palvelijat ja eurooppalaiset työnantajat olivat väistämättä yhteydessä työn vuoksi, joten asuinalueiden erottamista voi pitää osittain hyödyttömänä. Taustalla vaikutti todennäköisesti siirtomaahallinnon eristämispolitiikka. Siirtomaahallinnon taholta erityisen tärkeänä koettiin siirtotyöläisten asuinolojen kehittäminen, jotta tarttuvat epidemiat ja infektiosairaudet saataisiin pidettyä kurissa siirtomaahallinnon talouden kannalta tärkeän väestöosan kohdalla. Etenkin suurten kaupunkien liepeille syntyneet afrikkalaisten siirtotyöläisten huonokuntoiset hökkelikylät olivat suuri ongelma. Viemäröinnin ja jätehuollon uudistukset toteutettiin asuma-alueilla hitaasti, mikä osaltaan loi suotuisan ympäristön tarttuville taudeille ja lisääntyville eliöille.³²¹

³¹⁷ Esim. MR 1933, 53-54; MR 1934, 61-62; MR 1935

³¹⁸ Kuhanen 2005, 320.

³¹⁹ MR 1933, 52.

³²⁰ MR 1934, 61.

³²¹ MR 1922, 64.

Swakopmundissa ryhdyttiin kohentamaan afrikkalaisten asumuksia siirtomaahallinnon rahoituksella. Lisäksi kaupungissa lisättiin asuntotuotantoa huomattavasti niin, että vuoteen 1932 mennessä kaupunkiin oli rakennettu afrikkalaisille tarkoitettuja asumuksia jo yli kysynnän.³²² Siirtomaaviranomaiset kokivat uudistettujen ja puhtaampien asuntojen kohentavan paikallisten elinolosuhteita niin merkittävästi, että se näkyi asukkaiden terveydentilassa. Työtä jatkettiin ja esimerkiksi Windhoekissa kokonainen afrikkalaisten asuma-alue päätettiin purkaa ja rakentaa eri alueelle.³²³ Vuoden 1928 raportissa ehdotus kaadetaan suurten kustannuksien vuoksi, mutta asuma-alue päätetään kuitenkin rakentaa uudelleen nykyiselle paikalle.³²⁴ Vuoteen 1932 mennessä noin 1300 hökkeliasumusta oli purettu ja jälleenrakennettu.³²⁵

Koska laadultaan parempien ja puhtaampien asuntojen nähtiin olevan keskiössä tautien ehkäisytyössä, panostukset asumuksiin jatkuivat. Siirtomaaraportin suunnitelmien mukaan, Omaruruun oli aikomus rakentaa afrikkalaisille siirtotyöläisille uusia tiilihökkeleitä olemassa olevien, tikuista, savesta ja lehmän lannasta rakennettujen asumusten sijaan.³²⁶ Siirtomaahallinnon uudistukset keskittyivät suurimpiin kaupunkeihin, joissa ihmiset asuivat tiheämmin ja taudit levisivät herkemmin. Uudistuksien toteuttamisaikataulu vaikutti kovin hitaalta, vaikka elinolosuhteet olivat mitä suotuisimmat tartuntataudeille. Kuten muutkin Lounais-Afrikkaa koskevat terveydenhuollon uudistukset, koskivat asuinalueiden puhdistuskampanjat vain pientä osaa afrikkalaisista asuinalueista ja keskittyivät siirtomaahallinnon taloutta hyödyttävälle asuma-alueille.

Siirtomaavallan aikana monet siirtomaaviranomaiset halusivat lainsäädännön avulla rajoittaa afrikkalaisten liikkuvuutta kaupunkialueilla. Tällä uskottiin olevan myönteinen vaikutus kaupunkialueiden elinolosuhteiden kehittämiseen. Vaikka samalla afrikkalaistyövoiman saanti kaupunkeihin haluttiin turvata, lisäsi afrikkalaisten liikkuvuus myös viranomaisten huolta muuttoliikkeeseen liittyvistä ongelmista, kuten tautien leviämisestä.³²⁷ Lounais-Afrikassa kaupunkeihin kohdistuvaa afrikkalaisten muuttoliikettä pyrittiin kontrolloimaan erilaisilla liikkuvuutta säätelevillä säädöksillä ja passilaeilla. Esimerkiksi afrikkalaisten oleskelua kaupungeissa pyrittiin rajoittamaan säädöksellä, jonka mukaan työttömät afrikkalaiset eivät saaneet oleskella luvatta kaupungissa. Toiseksi kaupunkialueella työtä tekevillä yöllä liikkuminen oli

³²² MR 1927, 101; MR 1932, 94.

³²³ MR 1927, 101.

³²⁴ MR 1928, 74.

³²⁵ MR 1932, 93.

³²⁶ MR 1932, 94.

³²⁷ Patterson & Hartwig 1978, 13.

kiellettyä ilman erityistä lupaa.³²⁸ Afrikkalaisten muuton ja liikkumisen rajoittamista voidaankin pitää yhtenä keinona estää tautien leviämistä. Toisaalta taustalla vaikutti Etelä-Afrikan liittovaltion eristämispoliittikka ja siinä eurooppalaisen väestön terveyden suojeleminen.

Siirtomaahallinnon vuosiraporttien mukaan kaikkein eniten taloudellisia voimavaroja ja tautien ennaltaehkäisytoimia kohdistettiin ruton ehkäisyyn ja kontrollointiin. Koska ruton ennaltaehkäisy oli yksi ennaltaehkäisevän terveydenhuoltotyön keskeisistä toimialoista, sen osuus korostuu vuosiraporteissa. Vuosiraporteissa rutolle varattiin 1920-luvun lopulta lähtien oma osuus, jossa käsiteltiin taudin torjuntaan liittyviä keskeisiä saavutuksia ja ongelmia.³²⁹ Ruton leviämiseen johti huono hygienia, saastunut vesi ja ruttoa levittävien rottien määrä.³³⁰ Taudin leviämistä Lounais-Afrikassa ehkäistiin desinfioimalla ja rokottamalla³³¹, mutta ennaltaehkäisevistä toimista huolimatta vuoden 1931 lopulla Ambomaalla puhkesi vakava ruttoepidemia. Mandaattihallinnon reagointi tilanteeseen oli nopeaa ja alueelle palkattiin lääkintäviranomainen ruttoepidemian kuriin saamiseksi.³³²

Toinen siirtomaahallinnon terveystoimintoihin kuuluva tauti oli malaria, jonka ennaltaehkäisyssä kiniinin osuus oli tärkeä. Siirtomaahallinto osallistui aktiivisesti malarian torjuntaan ja rahoitti pääosin kiniinistä aiheutuvat kustannukset. Malarian ärsäkyys ja yleisyys riippui osittain sääolosuhteista ja tautia esiintyi vaihtelevasti maailmansotien välisenä aikakautena. Esimerkiksi vuosi 1934 oli suotuisa malarian leviämiseksi. Myös ihmisten immuniteettitaso oli heikentynyt vuoden 1933 jälkeen, koska kiniiniä ei saatu riittävästi taudin ennaltaehkäisevään hoitoon.³³³ Malarian yleisyys vuonna 1934 merkitsi lääkekulujen kasvua, sillä pelkästään kiniinin ostoon varattiin £ 1000, mikä lohkaisi koko vuoden lääke- ja materiaalikustannuksista reilun kolmanneksen ja nosti lääke- ja materiaalikustannuksia reilusti.³³⁴ Siirtomaahallinnon reagointi sekä rutto- ja malariaepidemioihin osoittaa sen ymmärtäneen tautien vakavuuden. Vaikka lääkkeet ja rokotukset olivat osa sairauksien ennaltaehkäisyä ja hoitoa, oli niiden pääasiallinen tarkoitus estää tautien leviäminen, ei niinkään parantaa pitkällä tähtäimellä afrikkalaisten elinolosuhteita.

³²⁸ Wellington 1967, 282–283.

³²⁹ Esim. MR 1933, 60–61.

³³⁰ Edington & Edington 1977, 54, 56.

³³¹ MR 1932, 108.

³³² MR 1932, 107.

³³³ MR 1934, 74.

³³⁴ MR 1934, 64; taulukko 3.

Terveydenhuollon kehitys kohti ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa edistyi Lounais-Afrikassa vähitellen. Koska sairaaloista, sairaalapaikoista, lääkkeitä ja muista sairaanhoitotarvikkeista oli pulaa, pyrittiin joillakin harvoilla ehkäisevillä hoitokeinoilla hoitamaan väestön terveyttä. Panostukset asuntotuotantoon, asuinalueiden hygienia- ja saniteettiolosuhteisiin ja vesihuoltoon olivat ensimmäisiä tärkeitä päätöksiä, jotka liittyivät ennaltaehkäisevään terveydenhuoltotyöhön. Etusijalle tässäkin asetettiin työntekijöiden terveys, jotta heidän työkykynsä säilyisi pidempään, ja hyöty siirtomaataloudelle olisi mahdollisimman suuri. Huomattavaa on myös, että niin Lounais-Afrikassa kuin maanosan muissakin kolonialistisissa valtioissa suurimmat kehittämistoimet niin asunto, vesi ja ruokahuollon osalta tehtiin kaupungeissa. Tämä osoittaa, että tärkeimpänä tavoitteena oli taata eurooppalaisväestölle turvalliset elinolosuhteet. Elinolosuhteiden merkitys on näin ollen terveyden kannalta ymmärretty, mutta lopulliset teot koko maan kannalta asian hyväksi ovat jääneet raporttien mukaan vähäisiksi. Ennaltaehkäisevää terveydenhoitoa pidettiin vaihtoehtona, mutta maan taloudellinen tilanne ei luonut vielä 1920–30-luvuilla kovin suuria mahdollisuuksia siihen. Lisäksi tässä vaiheessa ongelmia tuotti vielä länsimaisen lääketieteen uusi asema afrikkalaisessa kulttuurissa ja tottumattomuus länsimaisiin tapoihin, valistukseen ja ennaltaehkäiseviin hoitokeinoihin.

6. Lopuksi

Lounais-Afrikassa terveydenhuollon laajamittainen organisoiminen aloitettiin ensimmäisen maailmansodan päätyttyä. Tuolloin siirtomaahallinto alkoi ymmärtää, että kehitys kohti teollista yhteiskuntaa ja sen tarvitsemaa työvoimaa onnistui vain, jos terveydenhuolto ulotetaan koskemaan myös afrikkalaisia. Eurooppalaisten siirtolaisten terveyden katsottiin olevan yhteydessä paikallisen afrikkalaisen väestön terveyteen. Toisaalta taustalla vaikutti Kansainliiton asettama velvoite, joka satoi Etelä-Afrikan liittovaltiota laajentamaan mandaattivaltion terveydenhuoltopalveluita niukoista resursseista huolimatta. Siirtomaaviranomaiset kokivat myös hyötyvänsä terveydenhuoltoalan uudistuksista, koska samalla afrikkalaisväestö saataisiin paremmin siirtomaahallinnon valvonnan alle terveydenhuoltopalveluiden kautta.

Tutkimusjaksoni alkuaikoina, 1920-luvulla terveydenhuollon tärkeyteen uskotaan ja terveydenhuoltopalvelut on huomioitu kehittämisen arvoiseksi alaksi. Siirtomaaraporteista ilmenevät, kuinka terveydenhuoltopuolen alkuvuosien kehittämistoimiin liittyvät suunnitelmat ovat hyvin myönteisiä terveydenhuoltosektorin kehittämiseksi. Suunnitelmista kuvastuu halu kehittää terveydenhuoltopuoli ajanmukaiseksi, muun muassa liittämällä hygienia- ja sanitaatiokysymykset perusterveydenhuollon piiriin. Kuitenkin 1920-luvun alussa maan terveydenhuollon lähtötason ollessa hyvin alhainen, tehdyt muutokset, eivät tutkimusajan alkuvaiheessa juuri nostaneet terveydenhuollon tasoa. Maan taloudellinen tila asetti rajat suunnitelmien toteuttamiselle ja vaatimattomat perusterveydenhuollon palvelut nähtiin riittäviksi 1920-luvulla.

Maan taloudelliset resurssit ohjasivat lopulta koko terveydenhuoltopalveluiden toteutusprosessia, ja tärkeimmäksi asiaksi siirtomaahallinnon taholta nousi pyrkimys saada siirtomaan talous pysyvään nousuun. Tämä tavoite nähtiin saavutettavan vain työvoimaa kehittämällä ja työkykyä pyrittiin lisäämään yleistä hyvinvointia parantamalla. Lainsäädännöllisillä toimilla kehitettiin työväestön terveydenhuollollista asemaa, jonka uskottiin yhdessä tehostuneen työpanoksen myötä kasvattavan maan kansantuloa. Erityisesti kaivostyöntekijöiden tärkeys huomioitiin heille kohdistettujen terveydenhuoltopalveluiden määrässä ja laadussa. Tässä kohdin terveyspalveluista vastasivat yksityiset kaivosyrietykset, siirtomaaviranomaisten vain valvoessa sairaalapalveluiden tason laatua.

Terveydenhuoltopalveluita lähdettiin kehittämään vuoden 1919 kansanterveyslain pohjalta. Keskiössä olivat siirtomaahallinnon vastuulla olevat sairaalat, joissa afrikkalaisille annettava hoito oli ilmaista. Etenkin afrikkalaisten sairaaloiden peruskunnon kehittäminen oli ensiarvoista.

Ensimmäisten vuosien aikana siirtomaahallinnon tuet käytettiin afrikkalaisten huonokuntoisten sairaaloiden kunnostamiseen ja laitehankintoihin, pikemminkin kuin laajentamiseen. Sairaalapaikkojen kasvattaminen ei ollut siirtomaahallinnon olennaisin tavoite, vaikka sairaansijojen määriä pidettiin riittämättöminä. Hoitopolitiikan kehittyminen siirtomaahallinnon alkuvuosina oli melko hidasta, mihin osaltaan vaikutti terveydenhuoltoalan henkilökunnan vähäisyys. Tilannetta pyrittiin korjaamaan afrikkalaisen apuvoiman palkkaamisella. Tämä mahdollisti ammattitaitoisen sairaanhoitohenkilökunnan keskittymisen vaativimpien työtehtävien hoitoon. Pienimuotoinen sairaanhoitokoulutus Lounais-Afrikassa aloitettiin vuonna 1930 Suomen Lähetysseuran toimesta, mikä lievitti hiukan maan pohjoisosan henkilökuntapulaa. Henkilökuntapula ja koulutuksen puute terveydenhuoltoalalla on kuitenkin estänyt terveydenhuoltopalveluiden tasa-arvoisen toteutumisen Lounais-Afrikassa, vaikka palveluiden laajentaminen koko väestönosan saataville oli siirtomaaraporteissa esillä koko tutkimuskauden ajan.

Eurooppalaisten terveydenhuolto oli järjestetty sekä siirtomaahallinnon sairaaloissa että heidän omien yksityispuolen lääkäreiden puolesta. Pääasiallisesti eurooppalaisten sairaalapalvelut sijaitsivat heidän asutuskeskittymiensä lähellä. Varustetaso oli molempien väestönosien sairaaloissa vaatimatonta, mutta luonnollisesti ajan hengen mukaisesti uusimmat lääketieteelliset uutiset, lääkkeet ja instrumentit kulkeutuivat ensin eurooppalaisten sairaaloihin. Toisaalta hoidon laadulliset erot saattoivat johtua osakseen eurooppalaisten lääkehoidollisesta perinteestä, johon eurooppalaiset olivat kasvaneet ja tottuneet. Lisäksi heillä oli mahdollisuus maksaa palveluista, mikä antoi oikeuden vaatia parasta mahdollista hoitoa. Eurooppalaisväestön terveydenhuollolliset olot olivat selkeästi paremmat kuin afrikkalaisten, mikä käy toisaalta yhteen heidän ylläpitämänsä rasistisen politiikan kanssa.

Siirtomaahallinnon terveydenhuoltopolitiikalle oli hyvin kuvaavaa terveyspalveluiden alueellinen jakautuminen, sillä kaikki siirtomaahallinnon ylläpitämät sairaalat olivat sijoittuneet poliisivyöhykkeen sisäpuolelle. Tämä asetti myös kaupunkien läheisyydessä asuvat afrikkalaiset terveydenhuollollisesti erityisasemaan. Siirtomaaviranomaisten kiinnostus järjestelmän ulkopuolisiin asukkaisiin ei ollut korkea, sillä he näkivät asian niin, että virallisille asuinalueille keskitetyt terveyspalvelut palvelisivat parhaiten siirtomaahallintoa hyödyttävää väestöä. Sotien välisenä aikana, Lounais-Afrikassa ei vielä toteutettu kestäväää ja kaikkia väestönosia huomioivaa terveydenhuoltopolitiikkaa. Vain poliisivyöhykkeelle keskitetyt terveyspalvelut eivät kyenneet lisäämään koko kansan hyvinvointia.

Siirtomaahallinnon vastuu syrjäseutualueiden asukkaiden terveydenhuoltopalveluista, jotka pääsääntöisesti olivat afrikkalaisia, toteutettiin hyvin vähäisin resurssein. Pääsääntöisesti terveydenhuoltopalveluista vastasivat lähetykseurat, jotka mielellään hakeutuivat alkuperäisväestön keskuuteen tavoitteena levittää terveydenhoitotyön lomassa kristinuskoa. Lähetysseurat loivat kontakteja afrikkalaisiin kymmenien sairaanhoitopisteiden kautta. Työmuotoihin kuuluivat länsimaisen lääketieteen tutustuminen, kätilötoiminnan ja lastenhoitomenetelmien esittelemine ja afrikkalaisen työvoiman sairaanhoitokoulutus. Tehtävä ei ollut helppo, sillä ongelmia tuottivat niukat resurssit, alkeelliset olosuhteet, vaikeiden sairauksien hoito ja trooppisten tautien jatkuva uhka. Siirtomaaviranomaisten suhtautuminen lähetykseurojen tarjoamiin lääkintäpalveluihin oli pääosin suotuisaa, koska palvelut sijoittuivat seuduille, joille siirtomaahallinnon terveydenhuollon resurssit eivät yltäneet. Erikoista Lounais-Afrikan terveydenhuolto-organisaation rakenteissa oli, että maan tärkeimmän työvoimareservialueen, Ambomaan, terveydenhuollosta vastasi pääasiallisesti Suomen Lähetysseura. Toiminta sai siirtomaahallinnolta vuosittaisia avustuksia, mutta käytännön toimien vastuu oli Suomen Lähetysseuralla.

Siirtomaahallinnon pyrkimys alueellisesti tasa-arvoistaa terveydenhuollon palveluita tapahtui piirilääkärijärjestelmän avulla. Piirilääkärit olivat siirtomaahallinnon osa-aikaisia lääkintäviranomaisia, ja piirilääkärin virka perustettiin vain kaikkein asutuimmille seuduille. Hoitopalveluiden tasapuolistamisen kannalta, piirilääkärin tärkeimpiä tehtäviä olivat lääkärikerrokset, joiden aikana piirilääkärit vierailivat afrikkalaisten asuttamissa reservaateissa. Muutaman päivän vierailun aikana lääkärin tehtäviin kuului sairauksien toteaminen ja tutkiminen, rokottaminen ja kaikkien niiden sairauksien hoitaminen mikä vain oli mahdollista. Järjestelmä ei kuitenkaan poistanut syrjäseutualueiden terveydenhuoltopalveluiden vajetta, sillä lääkärinvierailut olivat kuitenkin harvinaisia. Näin ollen satunnaiset lääkärinvierailut eivät lisänneet pitkällä tähtäimellä alkuperäisväestön hyvinvointia.

Määrärahat siirtomaahallinnon järjestämään terveydenhuoltoon Lounais-Afrikassa nousivat maltillisesti. Määrärahojen prosenttiosuus kokonaisbudjetista oli alhainen koko 1920-luvun ajan, vaikka potilasmäärät sairaaloissa ja terveystasemilla kasvoivat tasaisesti. Potilaslukujen perusteella voi sanoa länsimaisen lääketieteen voittaneen afrikkalaisväestön luottamuksen. Kaiken kaikkiaan avohoitoon panostettiin enemmän kuin sairaalahoitoon, sillä se tuli siirtomaahallinnon taloudelle huomattavasti edullisemmaksi ja tavoitti useampia potilaita. Maailmanlaajuinen lama aiheutti notkahduksen terveydenhuoltopuolen määrärahoissa kuten myös potilasmäärissä. Terveydenhuoltopuolella laman vaikutukset johtivat terveydenhuoltopalveluiden kehityksen

pysähtymiseen. Kuitenkin 1930-luvun aikana kansainvälinen keskustelu terveydenhuoltokysymyksen ympärillä kiihtyi. Tämä näkyi taloustilanteen kohennuttua myös Lounais-Afrikan siirtomaavirkamiesten arvojen ja asenteiden vähittäisenä muutoksena, sillä muun muassa syrjäseutujen terveydenhuoltopalveluiden kehittäminen nousi keskeisemmälle sijalle.

Maa-ilmansodan välisen aikakauden kokemukset olivat osoittaneet, ettei Lounais-Afrikan kaltaisten siirtomaiden kansanterveydentasoa paranneta pelkillä hoitotoimenpiteillä, vaan muutoksen täytyy lähteä terveysolojen muuttamisesta ja elintason noususta. Tämän myötä myös ennaltaehkäisevä terveystyö alkoi vähitellen laajentua. Tärkeimpiin terveyttä edistäviin toimiin luettiin hygienia- ja sanitaatio-olosuhteiden kehittäminen. Paikalliset ihmiset voimavarana kehittää elinolosuhteita ymmärrettiin jo siirtomaahallintokauden alkuvaiheessa ja elinolosuhteiden muutos nähtiin ensisijaisesti olevan kiinni ihmisten halusta työskennellä oman elinympäristön hyväksi. Lounais-Afrikassa paikallisten viranomaisten vastuulle annettiin elinolosuhteiden kehittäminen ja valvominen, kansanterveyttä edistävät toimet ja ympäristön puhtaanapidosta huolehtiminen. Elinympäristön kehittämiseen vaikuttavassa ilmapiirissä paikallisten ihmisten kouluttaminen oli tärkeällä sijalla varsinkin 30-luvulta eteenpäin. 1930-luvulla siirtomaahallinto näki positiivisen kehityksen edellytyksenä olevan vähitellen parantuvan taloudellisen tilanteen kuin myös sitkeän terveystaloustyön, jota oli pyritty tekemään monilla aloilla niin lähetystyöntekijöiden, opettajien kuin siirtomaahallituksen virkamiesten välityksellä.

Toisaalta, vaikka siirtomaaraportteja lukiessa saa kuvan, että Lounais-Afrikan viranomaiset olivat ymmärtäneet elinolosuhteiden yhteyden yleiseen kansanterveydelliseen tilaan, ennaltaehkäisevä terveydenhuoltotyö ei kuitenkaan kokonaisuudessaan ole siirtomaaraporteissa niin keskeisellä sijalla kuin voisi olettaa. 1930-luvulla hygienia- ja sanitaatio-ongelmista puhuttiin, mutta ne eivät näy kovin selvästi konkreettisina tekoina, vaan teoreettisina puheina ennaltaehkäisevän työn tärkeydestä. Toisaalta terveystaloustyön onnistumista heikensivät alkuperäisväestön asenteet ja muutoshaluttomuus. Annettuja ohjeita ei haluttu ylhäältäpäin hyväksyä. Tässä vaiheessa ongelmia tuotti vielä länsimaisen lääketieteen uusi asema afrikkalaisessa kulttuurissa ja tottumattomuus länsimaisiin tapoihin, valistukseen ja ennaltaehkäiseviin hoitokeinoihin.

Terveydenhuolto kehittyi osittain tavoitteiden mukaisesti maailmansotien välisenä aikakautena, vaikka prosessia voi kuvata hyvin hitaaksi. Terveystaloustyö ulottuivat maan keskeisille seuduille osittain siirtomaahallinnon tukeman lähetystaloustyön ansiosta. Lisäksi sairaaloiden käyttöaste oli jatkuvasti hyvin suuri. Samalla perinteinen lääkintä väistyi vähitellen tuloksiltaan tehokkaamman

länsimaisen lääkinnän tieltä. Terveysthuoltojärjestelmän ulottaminen uusille seuduille toi epidemia-aallot nopeammin viranomaisten tietoon ja parantunut hygieniataso ja tehostunut hoitoonohjaus näkyivät paikallisten sairauksien kuriin saamisena. Terveysthuoltosektori onnistui osittain sille asetettujen tehtävien hoidossa, mutta kehitettävää jäi. Keskeinen kehittämisalue oli siirtomaahallinnon terveysthuoltojen ulottaminen koko Lounais-Afrikan alueelle. Ennen 2. maailmansotaa luotu verkosto oli kattava vain pienessä osassa maata ja varsinkin maaseudulla palvelut olivat harvassa.

Vuosina 1920–1939 Lounais-Afrikan terveysthuoltopolitiikassa näkyy vahvasti kolonialistinen tapa hallita alusmaata. Terveysthuoltopalvelut olivat pääsääntöisesti suunnattu eurooppalaisten asukkaiden suojelemiseksi. Tartuntavaaroja silmällä pitäen myös afrikkalaisten terveysthuoltopalveluihin oli panostettava. Lounais-Afrikan terveysthuoltopolitiikan suuntaviivoja arvioitaessa vuosiraporttien pohjalta, tuo esille, että toimivan terveysthuollon rooli väestön hyvinvoinnin lisäämiseksi tunnustettiin. Kuitenkin konkreettiset teot keskittyvät pienen väestöosan hyvinvoinnin lisäämiseen. Raporteissa näkyy jakautuneisuus suunnitelmiin ja tekoihin. Terveysthuollonpalveluiden ongelmia ei sinänsä vähätellä ja niiden ratkaisemiseksi halutaan toimia, mutta monet suunnitelmat kaatuvat rahoituksen puutteeseen. Kuitenkin verrattaessa tutkimusajan alkuvuosia 1930-luvun loppuun, on terveysthuoltopalveluiden kehitystä vääjäämättä tapahtunut, vaikka monien vuosien kohdalla kehityksen rajoittavana tekijänä oli rahan vähyys. Kuitenkaan raporttien ja Kansainliiton suunnitelmien mukaiseen tasa-arvoiseen terveysthuoltoon ei ylletty, mutta voi olettaa, että se ei välttämättä ollut edes Etelä-Afrikan liittovaltion toteuttaman eristämispolitiikan todenperäinen tavoite.

LÄHTEET

Painetut lähteet

Eduskunnan kirjaston kokoelmat, Helsinki:

League of Nations Publications VI. A. Mandates of South West Africa 1915-1939:

Annual Reports of South West Africa (MR) 1920-1939. Pretoria.

Tutkimuskirjallisuus

Arnold, David 1988. Introduction: Disease, Medicine and Empire. Teoksessa *Imperial Medicine and Indigenous Societies*. Toim. Arnold, David. Manchester University Press. Manchester.

Davenport, Rodney and Saunders, Christopher 2000. *South Africa. A Modern History*. Macmillan Press Ltd. London.

Dreschler, Horst 1988. German Imperialism at the turn of the Century. Teoksessa *Namibia 1884-1984: Readings on Namibia's History and Society*. Toim. Wood, Brian. London.

Edington, John M. and Edington, M. Ann Edington 1977. *Ecology and Environmental Planning*. Chapman and Hall. London.

Emmett, Tony 1988. Popular Resistance in Namibia, 1920-5. Teoksessa *Namibia 1884-1984: Readings on Namibia's History and Society*. Toim. Wood, Brian. London.

Gordon, Robert J. 1998. Vagrancy, Law & 'Shadow Knowledge'. Teoksessa *Namibia under South African Rule. Mobility & Containment 1915-1946*. Toim. Hayes Patricia et. al. James Currey. Oxford.

Headrick, Rita 1994. Colonialism, Health, and Illness in French Equatorial Africa, 1885-1935. Teoksessa *Colonialism, Health, and Illness in French Equatorial Africa, 1885-1935*. Toim. Headrick, Daniel L. African Studies Association Press. Atlanta, Georg.

Hirn, Karin 1951. *Livet i Afrika*. Boktryckeri Ab. Tarmo. Helsinki.

Iliffe, John 1998. *East African Doctors. A History of the Modern Profession*. Cambridge University Press. African Studies Series 58.

Katjavivi, Peter H. 1988. *A History of Resistance in Namibia*. London-Addis Ababa-Paris.

- Kiljunen, Marja-Liisa 1980. Apartheid ja afrikkalaiset. Teoksessa Namibia, viimeinen siirtomaa. Toim. Kiljunen, Kimmo ja Kiljunen, Marja-Liisa. Tammi. Helsinki.
- Kuhanen, Jan 2005. Poverty, Health and Reproduction in Early Colonial Uganda. Joensuun yliopistopaino. Joensuu.
- Notkola, Veijo and Siiskonen, Harri 2000. Fertility, Mortality and Migration in Sub-Saharan Africa. The Case of Ovamboland in North Namibia, 1925-90. MacMillan Press LTD. London.
- Ojala, Elina 1990. Selma Rainio (1873–1939) Afrikan lääkilähetysten perustajana ja vaikuttajana Ambomaalla. Yleisen kirkkohistorian opinnäytetyö. HYTTK.
- Patterson, K. David and Hartwig, Gerald W. 1978. The Disease Factor: An Introductory Overview. Teoksessa Disease in African History. Toim. Hartwig G.W. and Patterson K. D. Duke University Press. Durham.
- Patterson, David K. 1981. Health in Colonial Ghana: Disease, Medicine and Socio-economic Change, 1900-1955. Crossroads Press. Waltham.
- Peltola, Matti. 1958. Sata vuotta suomalaista lähetystyötä 1859–1959. Osa 2. Suomen lähetysseuran Afrikan työn historia. Suomen lähetysseura. Helsinki.
- Rotberg, Robert I. 1970. Introduction. Teoksessa Africa and Its Explorers: Motives, Methods, and Impact. Toim. Rotberg, Robert I. Harvard University Press. Cambridge.
- Räisänen, Pekka 1999. Länsimainen terveydenhoito Keniassa ennen toista maailmansotaa. Yleisen historian opinnäytetyö, Joensuun yliopisto.
- Silvester, Jeremy; Wallace, Marion & Hayes, Patricia 1998. 'Trees Never Meet' Mobility & Containment: An Overview 1915-1946. Teoksessa Namibia under South African Rule. Mobility & Containment 1915-1946. Toim. Hayes Patricia et. al. James Currey. Oxford.
- Soini, Aino 1954. Lääkärinä hiekan ja palmujen maassa. WSOY. Porvoo.
- Taube, Inkeri 1947. Kuku, Ambomaan parantaja. WSOY. Porvoo.
- Thompson, Leonard 1990. A History of South Africa. Yale University Press. New Haven.
- Tötemeyer, Gerhard 1978. Namibia old and New. Traditional and Modern Leaders in Ovamboland. London.
- van Dyk, Agnes 1997. The History of Nursing in Namibia. Gamsberg Macmillan Publishers Ltd. Windhoek.
- Vaughan, Megan 1991. Curing their Ills. Colonial Power and African Illness. Polity Press.
- Väisälä, Marja 1980. Suomalainen lähetystyö. Teoksessa Namibia, viimeinen siirtomaa. Toim. Kiljunen, Kimmo ja Kiljunen, Marja-Liisa. Tammi. Helsinki.

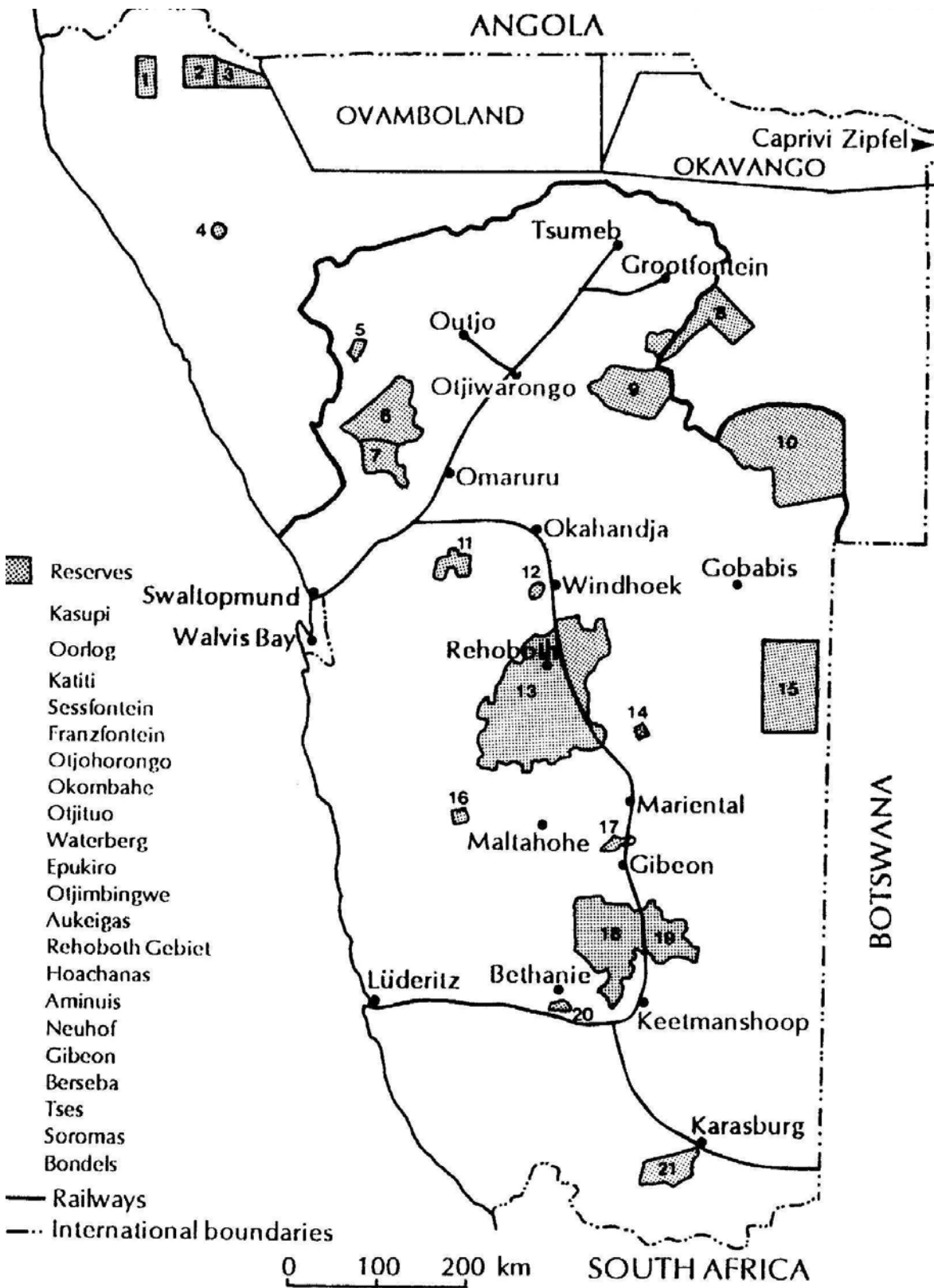
Wallace, Marion 1998. *A Person is Never Angry for Nothing. Women, VD & Windhoek. Teoksessa Namibia under South African Rule. Mobility & Containment 1915-1946.* Toim. Hayes Patricia et. al. James Currey. Oxford.

Wellington, John H. 1967. *South West Africa and its Human Issues.* Clarendon Press. Oxford.

Worboys, Michael 1988. *The Discovery of Colonial Malnutrition between the Wars. Teoksessa Imperial Medicine and Indigenous Societies.* Toim. Arnold, David. Manchester University Press. Manchester.

Kartta

Lounais-Afrikka 1939.



Lähde: Silvester et al. 1988, xv.