

”Hoitaja se oli pesijä, se oli lääkitsijä, se oli pappi”

Hoitohenkilökunnan muistot Harjamäen mielisairaalaista työyhteisönä vuosina
1960–1997

Anniina Väisänen
Suomen historian pro gradu -tutkielma
Historian ja etnologian laitos
Jyväskylän yliopisto
Kevät 2020

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Tiedekunta – Faculty Humanistis-yhteiskuntatieteellinen tiedekunta	Laitos – Department Historian ja etnologian laitos
Tekijä – Author Anniina Väisänen	
Työn nimi – Title ”Hoitaja se oli pesijä, se oli lääkitsijä, se oli pappi” – Hoitohenkilökunnan muistot Harjamäen mielisairaalaista työyhteisönä vuosina 1960–1997.	
Oppiaine – Subject Suomen historia	Työn laji – Level Pro gradu -tutkielma
Aika – Month and year Huhtikuu 2020	Sivumäärä – Number of pages 107 + liitteet
<p>Tiivistelmä – Abstract</p> <p>Tässä pro gradu -tutkielmassa tarkastelen vuosina 1926–1997 toiminnassa olleiden Harjamäen A- ja B-mielisairaaloiden hoitohenkilökunnan muistoja sekä muistamista. Selvitän, minkälaista oli työskennellä noissa mielisairaaloissa 1960- ja 1990-lukujen välisenä aikana. Tutkimuksen kantavia teemoja ovat hoitohenkilökunnan alalle suuntautuminen, hoidon ja hoitokäytänteiden muutokset, hoitohenkilökunnan ja potilaiden väliset sekä sairaalan henkilökunnan väliset vuorovaikutussuhteet ja sairaalan sulkeminen.</p> <p>Tämä tutkimus on muistitietohistoriaa. Muistitieto edustaa tässä tutkimuksessa paitsi metodia myös lähdettä. Tutkimuksen alkuperäislähteet koostuvat suullisesta ja kirjallisesta muistitiedosta sekä arkistolähteistä. Suullista muistitietoa edustavat Harjamäen sairaalassa työskennelleiden hoitohenkilökunnan jäsenten haastattelut ja kirjallista muistitietoa vuonna 2015 julkaistu <i>Harjamäki muistoissamme</i> -muistelmateos. Arkistolähteinä hyödynsin sairaaloiden vuosikertomuksia sekä tiedostuslehteä.</p> <p>Suurin osa muistelijoina aloitti työuransa Harjamäessä kouluttamattomana harjoittelijana tai vipparina, ja sai sen myötä kimmokkeen hakeutua alalle. Opiskeluiden jälkeen moni palasi Harjamäkeen. Harjamäessä vallitsi tiukka sairaalahierarkia, jonka mukaan esimerkiksi työtehtävät määräytyivät. Vuosien saatossa sairaalahierarkia kuitenkin murtui. Mielisairaanhoido kehittyi 1900-luvun loppupuolella merkittävästi. Uusista hoitomuodoista tehokkaimmiksi koettiin etenkin omahoitajajärjestelmä, erilaiset terapiat sekä uudet lääkkeet. Terapioiden yleistymisen myötä myös henkilökunnan hyvinvointiin alettiin kiinnittää huomiota, minkä seurauksena työnohjaus yleistyi.</p> <p>Harjamäen sairaala oli tiivis yhteisö, merkittävä osa henkilökunnasta asui sairaalan alueella. Jopa vuosia kestäneiden hoitajaksojen myötä potilaat ja henkilökunta oppivat tuntemaan toisensa hyvin. Potilaiden ja hoitohenkilökunnan välille syntyi ystävyys- sekä rakkaussuhteita, vaikka liiallinen tuttavallisuus potilaiden kanssa olikin kiellettyä. Vastaavasti hoitohenkilökunta joutui kohtaamaan työssään myös väkivaltaa sekä potilaiden itsetuhoisuutta.</p> <p>Psykiatrisen hoitojärjestelmän rakennemuutos laitoshoidosta kohti avohoitoa vaikutti myös Harjamäen sairaalan toimintaan: 1960-luvulla sairaalassa oli yhteensä 907 sairapaikkaa, 1980-luvun lopulla alle neljäsataa. Sairaalan sulkeminen vuonna 1997 merkitsi suuria muutoksia paitsi potilaille myös henkilökunnalle. Kaikille työntekijöille pyrittiin löytämään uudet työpaikat, osa muistelijoina lähti opiskelemaan ja osa vaihtoi muille aloille.</p>	
Asiasanat – Keywords Mielisairaanhoido, työyhteisö, mielisairaala, Harjamäen sairaala, muistitieto, muistitietohistoria, lähihistoria	
Säilytyspaikka – Depository Jyväskylän yliopiston julkaisuarkisto (JYX)	
Muita tietoja – Additional information	

Sisällysluettelo

1 Johdanto	1
1.1 Tutkimuksen tausta	1
1.2 Aikaisempi tutkimus	5
1.3 Tutkimuksen lähteet.....	9
1.4 Tutkimusmenetelmät ja -etiikka.....	11
1.5 Tutkimuskysymykset	18
2 Vipparista hoitajaksi – integroituminen sairaalayhteisöön	20
3 Hoitohenkilökunnan väliset vuorovaikutussuhteet	31
3.1 Sairaalan hierarkia	31
3.2 Eri ammattiryhmät yhteisössä.....	35
3.3 Sukupolvien välinen kuilu	36
3.4 Harjamäki yhteisönä	38
4 Hoitohenkilökunnan ja potilaiden väliset vuorovaikutussuhteet	41
4.1 Hoitohenkilökunnan ja potilaiden välinen ystävyys.....	41
4.2 Vaaratilanteet potilaiden kanssa	45
4.3 Potilaiden itsetuhoisuus	49
5 Hoidon ja hoitokäytänteiden muutokset	52
5.1 Shokkihoidot	52
5.2 Lääkehoito.....	57
5.3 Kohti terapeuttisempaa hoitoa	64
5.4 Hoitosuunnitelmat ja omahoitajajärjestelmä	70
5.5 Työssä jaksaminen ja työnohjaus	76
6 Sairaalan sulkeminen	82
7 Päätäntö	92
Lähdeluettelo	100
Liitteet	108

Johdanto

1.1 Tutkimuksen tausta

Tässä pro gradu -tutkielmassa tarkastelen vuosina 1926–1997 toiminnassa olleiden Harjamäen A- ja B-mielisairaaloiden hoitohenkilökunnan muistoja. Selvitän, minkälaista oli työskennellä noissa mielisairaaloissa 1960- ja 1990-lukujen välisenä aikana. Tutkimuksen kantavia teemoja ovat hoitohenkilökunnan alalle suuntautuminen, hoidon ja hoitokäytänteiden muutokset, hoitohenkilökunnan ja potilaiden väliset sekä sairaalan henkilökunnan väliset vuorovaikutussuhteet ja sairaalan sulkeminen. Tutkimuksen alkuperäislähteitä ovat hoitohenkilökunnan haastattelut sekä vuonna 2016 julkaistu *Harjamäki muistoissamme* -kirja, joka on Harjamäen entisten työntekijöiden kokoama muistelmateos. Lähteidensä puolesta tämä tutkimus edustaa muistitietotutkimusta ja tarkemmin ottaen muistitietohistoriaa. Tutkimustehtäväni on muistelijoiden kokemusten tavoittaminen ja niistä tulkintojen tekeminen. Tämän lisäksi olen vertaillut muistoja ja näkökulmia muihin samantyyppisiin aineistoihin. Tutkimus alkaa vuodesta 1960, sillä silloin ensimmäinen haastateltava aloitti työskentelyn Harjamäessä, ja päättyy vuoteen 1997, jolloin sairaala suljettiin.

Siilinjärven piirimielisairaalan – nimi muutettiin vuonna 1958 Harjamäen sairaalaksi¹ – perustaminen vuonna 1926 sijoittuu aikaan, jolloin Suomen mielisairaalaverkosto laajeni merkittävästi. Vuosien 1903-1934 välisenä aikana Suomeen rakennettiin yhteensä 15 piirimielisairaala eri puolille maata – kuitenkin selvästi etelään painottuen.² Silloisen Kuopion läänin kunnissa oli jo 1910-luvulla pohdittu oman piirimielisairaalan perustamista, mutta päätös sairaalasta sekä kuntayhtymän perustamisesta syntyi lopulta vasta vuonna 1921³. Harjamäen maatila vasta perustetun Siilinjärven kunnan mailla katsottiin sopivaksi paikaksi mielisairaalalle⁴. Sairaalan avautumisvuonna kuntayhtymään kuului yhteensä 33 kuntaa,

¹ Siilinjärven piirimielisairaalan vuosikertomus 1958.

² Piirimielisairaaloiden perustaminen mahdollistui vuonna 1889 annetun keisarillisen asetuksen myötä. Asetuksessa määrättiin, että myös kuntien täytyi valtion ohella huolehtia köyhistä ja kroonisesti mielisairaista. Laki tarjosi kunnille mahdollisuuden rakentaa yhteisiä mielisairaiden hoitopaikkoja eli piirimielisairaaloita, Suomen ensimmäinen piirimielisairaala perustettiin kuitenkin vasta vuonna 1903 Harjavaltaan. Hyvönen 2008, 95, 99, 101; Kaila 1966, 174; Törrönen 1982, 14; Lepola 1976, 81-83.

³ Lepola 1976, 20; Siilinjärven piirimielisairaalan vuosikertomus vuosilta 1926-1927.

⁴ Mielisairaalat pyrittiin sijoittamaan rauhalliseen ympäristöön maaseudulle, syrjään kaupunkien ja kylien keskuksista. Maaseudulla potilaat saattoivat myös työskennellä sairaalan hyväksi maatalous- ja ulkotöissä. Pietikäinen 2013, 147; Vuorio 2010, 19.

suurin osa nykyisen Pohjois-Savon alueelta, mutta myös muutamia Kainuun sekä nykyisen Keski-Suomen kuntia. Jokainen kunta oli lunastanut tietyn määrän potilaspaikkoja sairaalasta.⁵

Harjamäessä potilaspaikkojen määrä oli suurimmillaan vuosien 1963–1969 välisenä aikana, jolloin molempien sairaaloiden – A- sekä B-mielisairaaloitten – yhteenlaskettu potilaspaikkojen määrä oli 907⁶. Potilaspaikkojen kokonaismäärää lisäsi merkittävästi vuonna 1961 toimintansa aloittanut Pohjois-Savon B-mielisairaala, myöhemmin Kevättömän sairaala, joka rakennettiin Harjamäen sairaalan välittömään yhteyteen⁷. Vuonna 1952 voimaan astunut mielisairaslaki oli jakanut mielisairaalat A- ja B-kategorioihin, jonka mukaan A-mielisairaalat oli tarkoitettu äkillisesti sairastuneille akuuttipotilaille ja B-mielisairaalat taas rauhallisille kroonikkopotilaille, joiden ei katsottu tarvitsevan erikoishoitoa.⁸ Vuoden 1952 mielisairaslain myötä myös vastuu mielisairaiden hoitamisesta oli siirtynyt kokonaan kunnille. Koska sairaalapaikoista oli huutava pula, monet kunnat ratkaisivat ongelman rakentamalla etenkin uusia B-mielisairaaloita.⁹ Laitoshoidon merkitys mielisairaiden hoidossa lujittui entisestään, vaikka samaan aikaan muualla maailmassa laitospainotteista hoitoa pyrittiin jo purkamaan¹⁰.

Vielä 1970-luvun puolivälissä Suomessa oli 69 mielisairaala ja niissä 19 866 sairaalapaikkaa, mikä tarkoitti noin 4,2 sairaalapaikkaa tuhatta asukasta kohden¹¹. Mielisairaaloihin keskittynyt laitoshoitokulttuuri alkoi toden teolla murtua vasta 1980-luvulla, jolloin psykiatrisen hoidon painopistettä alettiin siirtää kohti avohoitoa. Tällä psykiatrisen hoitojärjestelmän rakennemuutoksella pyrittiin sairaalapaikkojen ja ennen kaikkea niistä aiheutuvien kustannusten vähentämiseen sekä avohoidon palvelujen laadulliseen ja määrälliseen lisäämiseen.¹² Rakennemuutoksen mahdollisti vuonna 1978 voimaan astunut mielisairaslain

⁵ Siilinjärven piirimielisairaalan vuosikertomus vuosilta 1926-1927.

⁶ Pohjois-Savon mielisairaanhuoltoapiirin kuntainliiton omistamien Harjamäen A- ja B-mielisairaaloitten sekä mielenterveystoimistojen toimintakertomukset vuosilta 1961-1969.

⁷ A- ja B-sairaaloitten kuntainliitot päättivät vuonna 1962 kuntainliittojen yhdistymisestä. Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että sairaalat olivat virallisesti saman johdon alaisuudessa. Pohjois-Savon mielisairaanhuoltoapiirin kuntainliiton omistaman Harjamäen sairaalan toimintakertomus vuodelta 1961, 1962.

⁸ Ks. esim. Hyvönen 2008, 105-106; Achté 1982, 12; Pesonen 1980, 519; Kaila 1966, 180.

⁹ Hyvönen 2008, 106; Pesonen 1980, 520. Psykiatriyhdistys kritisoi jakoa A- ja B-mielisairaaloihin, sillä potilaiden jakamista parannettaviin ja parantumattomiin pidettiin epäoikeudenmukaisena. Lisäksi psykiatriyhdistys pelkäsi, että B-mielisairaaloihin saattaisi hautautua myös sellaisia potilaita, jotka olisivat nykyaikaisella hoidolla parannettavissa. Ks. Parpola 2013, 132; Hyvönen 2008, 105-106; Kaila 1966, 180.

¹⁰ Useissa Länsi-Euroopan maissa ja Yhdysvalloissa psykiatristen sairaansijojen määrä oli vähentynyt jo 1950-luvulta lähtien. Hyvönen 2008, 108.

¹¹ Mielisairaanhuoltoapiireissä olevia kunnallisia A-mielisairaaloita oli 20 ja B-sairaaloita 47. Näiden lisäksi potilaita hoidettiin myös valtion omistamissa Niuvanniemen ja Mustasaaren mielisairaaloissa. Pesonen 1980, 683.

¹² Ks. Lönnqvist & Lehtonen 2017, 26; Helén, Hämäläinen & Metteri 2011, 12; Hyvönen 2008, 118; Achté 1982, 12.

osittaisuusmuutos, jonka seurauksena esimerkiksi kuntoutus, asuntolatoiminta ja suojatyö tulivat valtionavun piiriin. Myös A- ja B-sairaalakategorioista luovuttiin, sillä potilaiden luokittelua parannettaviin ja parantumattomiin pidettiin vanhanaikaisena ja epäoikeudenmukaisena.¹³ Harjamäen sairaala suljettiin lopullisesti vuoden 1997 alussa¹⁴. Sairaalan kuntainliitto oli lakannut olemasta jo vuoden 1989 lopussa, kun sairaala oli fuusioitu Kuopion yliopistollisen keskussairaalan psykiatrian klinikkaan¹⁵. Nuo muutokset sekä sairaalan lopullinen sulkeminen olivat seurausta psykiatrisen hoitojärjestelmän rakennemuutoksesta, joka käynnistyi Suomessa toden teolla 1980-luvun alussa¹⁶.

Itse kiinnostuin Harjamäen sairaalasta¹⁷ jo lapsena. Minulla ei ole muistikuvia sairaalasta sen ollessa toiminnassa, mutta tästä huolimatta sairaala tuli minulle tutuksi äitini ja mummoni kertomusten kautta. Hoitajana sairaalassa työskennellyt mummoni teki käytännössä koko työuransa Harjamäessä ja myös äitini ehti työskennellä molemmissa sairaaloissa ennen niiden sulkemista. Mummolleni ja äidilleni Harjamäki oli paitsi työpaikka myös rakas koti, sillä he asuivat sairaala-alueella vuosien ajan. Heidän kertomuksistaan kuvastuva Harjamäki on erikoinen yhteisö, joka ei täysin vastaa mielikuvaa suljetusta mielisairaalasta. Mummoni kertoi usein esimerkiksi niin kutsutuista ”luottopotilaista”, jotka auttoivat henkilökuntaa erilaisissa askareissa niin sairaalassa kuin sen ulkopuolellakin. Nämä potilaat olivat yleensä olleet sairaalassa jo pitkään, minkä seurauksena henkilökunta oli oppinut tuntemaan heidät hyvin. Askareiden ja pienten palvelusten lisäksi potilaita käytettiin myös sairaalan työvoimana, mikä oli yleinen käytäntö monissa mielisairaloissa¹⁸. Vaikka potilaita käytettiin työvoimana, osa

¹³ Ks. enemmän vuoden 1978 lain osittaisuusmuutoksesta sekä psykiatrisen hoitojärjestelmän rakennemuutoksesta luvusta 5. Sairaalan sulkeminen. Hyvönen 2008, 113, 118; Pesonen 1980, 682; Helén, Hämäläinen & Metteri 2011, 12-13.

¹⁴ Harjamäen viimeiset osastot siirtyivät Siilinjärvellä sijaitsevaan Tarinan sairaalaan vuoden 1996 lopussa. H10 31.8.2018; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 163, 208, 261.

¹⁵ Harjamäen sairaalan kuntainliitto lakkasi olemasta 31.12.1989, kun Pohjois-Savon alueen sairaalakuntainliitot yhdentyivät vapaaehtoisesti yhdeksi kuntainliitoksi. Syntyi Pohjois-Savon yliopistollisen sairaanhoitopiirin kuntainliitto, joka aloitti toimintansa 1.1.1990. Kannustimena uuden sairaanhoitopiirijärjestelmän perustamiselle toimi vuoden 1991 alussa voimaan astuva erikoissairaanhoitolaki, joka merkitsi laajamittaista organisatorista muutosta erikoissairaanhoidon kentässä. Laki yhdensi historiallisesti erillään kehittyneen psykiatrisen hoitojärjestelmän hallinnollisesti muuhun erikoissairaanhoitoon ja teki psykiatrian tasavertaiseksi muiden lääketieteen erikoisalojen kanssa. Harjamäen sairaalan kuntainliitto – kuntainliittokertomus vuodelta 1989; Pohjois-Savon yliopistollinen sairaanhoitopiiri – kuntainliittokertomus 1990; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 54, 103, 119, 208, 213, 244, 258; Hyvönen 2008, 131.

¹⁶ Lönnqvist & Lehtonen 2017, 26; Parpola 2013, 198-199; Helén, Hämäläinen & Metteri 2011, 12; Hyvönen 2008, 118.

¹⁷ Yksinkertaisuuden vuoksi viitataan jatkossa molempiin sairaaloihin yksiköllä, esimerkiksi seuraavasti: ”Harjamäen sairaalassa”, ”Harjamäessä”. Jos sairaalat on tarpeellista erottaa toisistaan, käytän nimityksiä A-sairaala ja B-sairaala.

¹⁸ Parpola 2013, 159; Rissanen 2012, 61-63; Kaarninen & Kaarninen 1990, 58.

potilaista koki työnteon merkityksellisenä, sillä sitä kautta he saivat tekemistä ja kokivat itsensä tarpeellisiksi.

1900-luvun alkupuolella ja vielä 1950-luvulla potilaita yritettiin hoitaa erilaisilla kouristus- ja shokkihoidoilla, jotka nykypäivän näkökulmasta vaikuttavat hyvinkin kyseenalaisilta¹⁹. Potilaiden eristäminen ja sitominen oli sallittua ja yleisempää kuin nykypäivänä²⁰. Samaan aikaan monet hoitajat kuitenkin osoittivat suurta inhimillisyyttä potilaita kohtaan, minkä seurauksena heistä saattoi muodostua potilaille ystäviä ja jopa äidin korvikkeita. Hoitajan ja potilaan väliset hoitosuhteet olivat pitkiä etenkin B-mielisairaalan puolella, minkä seurauksena hoitajat oppivat tuntemaan potilaat hyvin.²¹ Pitkien hoitoaikojen takia osa potilaista vietti sairaalassa pitkiäkin aikoja, jotkut koko loppuelämänsä – minkä seurauksena sairaalasta muodostui joillekin potilaille koti. Näin kävi etenkin silloin, jos potilaalla ei ollut kotia tai omaisia sairaalan ulkopuolella. Tällaisille laitostuneille, vuosia sairaalassa viettäneille potilaille sairaalan sulkeminen oli erityisen vaikea paikka.²²

Mummoni ja äitini kertomuksissa korostui ennen kaikkea sairaalassa eletty arki sekä mielisairaalamailman inhimillisempi puoli. Heidän kertomustensa innoittamana tein kandidaatintutkielmani Harjamäen B-mielisairaalaan liittyen. Myöhemmin pro gradu -tutkielman aihetta pohtiessani Harjamäki nousi jälleen mieleeni. Tutkimusaihetta kartoittaessani havaitsin, että mielisairaaloiden hoitohenkilökunnan muistoihin ja kokemuksiin keskittynyttä tutkimusta on tehty erittäin vähän²³. Suomessa mielenterveyteen ja psykiatriaan liittyvää tutkimusta on tehty esimerkiksi hoidon kehityksen, hoitomenetelmien, mielisairaslakien muuttumisen sekä potilaan näkökulmista²⁴, myös psykiatreja ja heidän toimintaansa on tutkittu selvästi hoitohenkilökuntaa enemmän²⁵. Hoitohenkilökunnan ja heidän näkökulmansa selvittäminen avaa siis aivan uudenlaisen, aikaisemmin tutkimattoman näkökulman mielisairaanhoidon historiaan. Heidän näkökulmansa selvittäminen auttaa ymmärtämään suhteellisen suljettua työyhteisöä sekä siinä tapahtuneita muutoksia. Hoitohenkilökunnan muistojen kautta voidaan tarkastella myös mielisairaanhoidon kehitystä, joka etenkin 1900-luvun viimeisinä vuosikymmeninä oli nopeaa ja täynnä muutoksia. Näitä

¹⁹ Ks. esim. Rissanen 2012.

²⁰ Pietikäinen 2013, 171-172.

²¹ Ks. enemmän luku 4.1. Henkilökunnan ja potilaiden väliset vuorovaikutussuhteet.

²² Ks. enemmän luku 5. Sairaalan sulkeminen.

²³ Aikaisempi tutkimus ks. luku 1.2.

²⁴ Psykiatrisen hoidon kehityksestä ks. esim. Hyvönen 2008, hoitomenetelmistä Rissanen 2012, mielisairaslakien muuttumisesta Mäkelä 2008, potilaan näkökulmasta Koivisto 2014.

²⁵ Pietikäinen 2013, 189-190.

muutoksia olivat esimerkiksi psykofarmakoiden eli lääkehoidon yleistyminen, hoitoidelogian muuttuminen säilyttävästä kuntouttavaksi sekä hoidon painopisteen siirtäminen laitoshoidosta avohoitoon. Sitä, miten nämä muutokset vaikuttivat ruohonjuuritasolla, on tutkittu hyvin vähän. Tarkastelemalla hoitohenkilökunnan muistoja ja kokemuksia, päästään käsiksi siihen, miten muutokset vaikuttivat paitsi potilaiden myös hoitohenkilökunnan arkeen ja elämään käytännössä.

Muistitietotutkimuksella on perinteisesti nähty olevan kolme eri tavoitetta: tallentaa ja tuottaa muita aineistoja täydentäviä aineistoja, tarjota uusia näkökulmia tutkimukseen sekä tavoittaa ja tuottaa tutkimuksen kohteena olevien ihmisten ja yhteisöjen omaa historiaa²⁶. Käytin muistitietoaineistoa kaikissa edellä mainituissa ulottuvuuksissa. Tärkeimpänä ulottuvuutena pidin uuden ja tutkimattoman näkökulman avaamista, mutta sen lisäksi koin tärkeäksi myös muistojen talteen keräämisen. Haastattelujen avulla tallentui sellaista muistitietoa, joka on vaarassa hävitä tulevina vuosina – tällä tarkoitan sitä, että esimerkiksi 1950- ja 1960-luvulla mielisairaaloissa työskennelleet henkilöt ovat jo melko iäkkäitä. Heidän kuoltuaan häviää suuret määrät sellaista tietoa, jota ei löydy kirjallisista dokumenteista²⁷. Toisaalta on hienoa huomata, että mielisairaaloiden henkilökunta on myös itse aktivoitunut oman historiansa tallettamisesta. *Harjamäki muistoissamme* -kirja on esimerkki tällaisesta oman historian tallettamisesta²⁸. Kirjan muistoista käy ilmi, että Harjamäki ja siellä vietetty aika ovat olleet merkityksellinen osa monen ihmisen elämää.

1.2 Aikaisempi tutkimus

Historiantutkijat ovat vasta viime vuosikymmeninä kunnostautuneet psykiatrian historian saralla, sitä ennen psykiatrian historiasta kirjoittivat pääasiassa psykiatrit itse²⁹. Suomalaisista historiantutkijoista psykiatrian historiaa ovat tutkineet esimerkiksi Ville Kivimäki ja Petteri Pietikäinen, jonka teos *Hulluuden historia* on kattava yleisesitys hulluuden historiasta. Historiantutkija Edward Shorterin *Psykiatrian historia* on samantyyppinen yleisesitys psykiatrisen hoidon ja laitoshoidon historiasta. Sekä Shorterin että Pietikäisen teoksissa korostuu ennen kaikkea eurooppalainen ja yhdysvaltalainen näkökulma. Suomessa mielenterveyteen liittyvää tutkimusta on tehty esimerkiksi psykiatrisen hoidon kehityksen,

²⁶ Jouhki 2020, 36; Ukkonen 2000, 14.

²⁷ Taina Ukkosen mukaan juuri yhteisöjen oman historian tavoittaminen sekä ohitetun menneisyyden näkyväksi tekeminen ovat muistitietohistorian tärkeimpiä periaatteita. Ukkonen 2000, 14.

²⁸ Ks myös Hakala 2013, Nieminen 2015 sekä Toivola 2005.

²⁹ Ks. esim. Kaila 1966, Aché 1974.

mielisairaslakien muuttumisen sekä potilaan näkökulmista³⁰. Juha Hyvönen käsittelee vuonna 2008 ilmestyneessä väitöskirjassaan *Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990- luvulla historian jatkumon näkökulmasta* muun muassa hoitojärjestelmän muutoksia ja noihin muutoksiin johtaneita syitä.

Suomen mielisairaaloista on kirjoitettu lukuisia eritasoisia historiikkeja. Etenkin piirimielisairaaloista kirjoitetut historiikit ovat auttaneet historiallisen kontekstin luomisessa. Mielisairaaloista tehdyt teokset kuvaavat ennen kaikkea sairaalan, sen hallinnon ja henkilökunnan kehitystä, myös hoitomuotoja kuvaillaan jonkin verran. Sairaalan arjesta ja potilaiden sekä henkilökunnan välisestä kanssakäymisestä historiikeissa ei kerrota paljoakaan³¹. Myös Harjamäen sairaalasta on julkaistu yksi historiikki vuonna 1976. Siilinjärven piirimielisairaala ei aiemmin ole tehty varsinaista tutkimusta. Tapio Lepolan teos *Harjamäen sairaala 1926-1976* keskittyy pääasiassa sairaalan kehitykseen 1960- luvun alusta lähtien. Kirjassa ei ole viitteitä eikä lähdeluetteloa, mutta vaikuttaa siltä, että se on kirjoitettu sairaalan vuosikertomusten pohjalta. Lepolan teos julkaistiin sairaalan 50-vuotisjuhlissa³².

Ajallisesti tutkimukseni sijoittuu aikaan, jolloin mielisairaalat ja laitoshoidot alkoivat enenevässä määrin saada kritiikkiä osakseen. 1960-luvulla julkaistiin useita psykiatriaan kriittisesti suhtautuvia teoksia, kuten psykoanalyytikko Thomas Szaszin *The Myth of Mental Illness*³³ ja filosofi Michel Foucault'n *Histoire de la folie à l'âge classique: Folie et déraison* (englanniksi käännetty teos *History of Madness*). Vuonna 1961 ilmestyneessä väitöskirjassaan Foucault esittää näkemyksen, jonka mukaan aika 1600-luvulta 1800-luvulle oli Euroopassa ”suuren säilöönoton” aikaa. Foucault'n mukaan tuona aikana hullut sekä muutenkin poikkeavat yksilöt, kuten rikolliset ja kerjäläiset, kerättiin sairaaloihin, työlaitoksiin ja kuritushuoneisiin. Foucault'n raju väite on saanut osakseen myös kritiikkiä, esimerkiksi historiantutkija Petteri Pietikäisen mukaan näkemys suuresta säilöönotosta antaa vääristyneen kuvan hulluuden historiasta. Pietikäisen mukaan Foucault'n esittämiä asioita ei yksinkertaisesti

³⁰ Psykiatrisen hoidon kehityksestä ks. esim. Hyvönen 2008, mielisairaslakien muuttumisesta ks. Mäkelä 2008, potilaan näkökulmasta ks. Koivisto 2014.

³¹ Ainoat poikkeukset ovat Sirkka-Liisa Tuovisen *Inhimillinen Nikkilä* ja Heidi Leskisen *Kaikki potilaan parhaaksi – Moislan sairaala 1927-2007*.

³² Rissanen 2012, 9.

³³ Teoksessa Szasz muun muassa esittää, että mielisairautta ei ole olemassa, sillä lääketieteellisesti luotettavaa tapaa mielisairauksien todentamiseen ei ole olemassa. Szasz kritisoi myös psykiatrista vapaudenriistoa ja psykiatrisia hoitomenetelmiä. Pietikäinen 2013, 381; Shorter 2005, 322.

tapahtunut 1600- ja 1800-lukujen välisenä aikana – ainakaan siinä mittakaavassa tai siinä ajassa, mitä Foucault väittää.³⁴

Sosiologi Erving Goffmanin vuonna 1961 julkaisema *Asylums* (suomennettu teos *Minuuden riistäjät*) herätti laajaa keskustelua mielisairaaloista ja niiden toiminnasta. Teos perustuu ainakin osittain Goffmanin omiin kokemuksiin St. Elizabethin jättimielisairaalassa 1950-luvulla³⁵. Goffmanin käsityksen mukaan mielisairaalat ovat totaalisia laitoksia³⁶, joissa säilytetään sellaisia henkilöitä, joita pidetään kyvyttöminä huolehtimaan itsestään ja jotka tahdosta riippumattomista syistä ovat vaarallisia ympäristölleen. Goffmanin mukaan mielisairaaloiden henkilökunnan työ ei todellisuudessa ole palvelemista, vaan kohteiden ja tuotteiden muokkaamista, totaalisissa laitoksissa nämä tuotteet ovat ihmisiä. Goffmanin mukaan asukkaiden ja henkilökunnan välinen kuilu perustuu näiden ryhmien erilaisiin oikeuksiin. Asukkaat ja henkilökunta näkevät toisensa hyvin kapea-alaisesti ja katkerasti, sosiaalinen välimatka näiden kahden ryhmän välillä on yleensä suuri ja usein erilaisten sääntöjen vahvistama.³⁷

Mielisairaalan hoitohenkilökunnan muistoihin varsinaisesti keskittyvää tutkimusta on tehty hyvin vähän – mikä asetti haasteita myös omalle tutkimukselleni, sillä pätevien vertailukohteiden löytäminen oli haastavaa. Päivi Sandell tarkastelee vuonna 2001 valmistuneessa kulttuurihistorian pro gradu -tutkielmassaan *Hoitajana Kupittaalla – Mielisairaanhoidajan ja sairaanhoidajan elämää Kupittaan sairaalassa 1913-1989* hoitajien arkea, työtä ja vapaa-aikaa. Tutkimuslähteinä Sandell on käyttänyt pääasiassa sairaalan arkistoituja asiakirjamateriaaleja, joita hän on hyödyntänyt melkoisen kattavasti³⁸. Asiakirjamateriaalien lisäksi Sandell on myös haastatellut kahta sairaalassa pitkään työskennellyttä hoitajaa. Toinen hyvin samantyyppinen tutkimus on Anu Rissanen hoitotieteiden pro gradu -tutkielma *Hoitajana Lapinlahden sairaalassa 1950-1970-luvuilla*. Rissanen kertoo tutkimustehtäväkseen hoitotyön historian kuvaamiseen sairaalassa 1950-luvulta 1970-luvulle, myös hän on käyttänyt tutkimuslähteinä niin arkistoituja aineistoja kuin haastatteluja. Rissanen ja Sandellin tutkimukset ovat tutkimusaiheiltaan ja -asetelmiltaan hyvin

³⁴ Pietikäinen 2013, 139-142.

³⁵ Goffman työskenteli sairaalassa 1950-luvulla. Pietikäinen 2013, 144; Shorter 2005.

³⁶ Goffmanin mukaan mielisairaaloiden lisäksi muita totaalisia laitoksia ovat muun muassa köyhäinkodit, orpokodit, erilaiset parantolat, vankilat, työleirit ja kuritushuoneet. Goffman 1997, 6.

³⁷ Goffman 1997, 8-9, 14-28, 58-59.

³⁸ Asiakirjamateriaaleilla Sandell tarkoittaa toiminta- ja vuosikertomuksia, säännöskirjoja kuten ohje-, virka- ja johtosääntöjä, ylilääkäreiden ja -hoitajien antamia ohjeita. Näiden lisäksi Sandell on hyödyntänyt henkilökuntalehtiä, juhlapuheita ja osastokokousten muistiinpanoja.

lähellä omaa tutkimustani, tästä syystä olen hyödyntänyt niitä ennen kaikkea vertailumielessä. Vertailemalla olen tunnistanut mahdollisia yhtäläisyyksiä sekä eroavaisuuksia oman aineistoni ja aiempien tutkimustulosten välillä.

Vaikka varsinaista hoitohenkilökunnan muistoihin keskittynyttä tutkimusta on tehty hyvin vähän, on mielisairaaloihin liittyviä muistoja kerätty talteen muun muassa erilaisten keruukilpailujen ja haastattelujen avulla. Näistä uusimpana mainittakoon Jyväskylän yliopiston sekä SKS:n kansanrunousarkiston yhteistyönä toteuttama *Muistoihin kaivertuneet tilat* –hanke, jossa tutkitaan suomalaisten mielisairaalamuistoja. Vuosina 2014–2015 kerätty aineisto on näkökulmansa puolesta erittäin laaja, sillä muistelutekstejä ovat tuottaneet niin sairaaloiden potilaat, omaiset, henkilökunta kuin henkilökunnan lapsetkin. Muistot kattavat ajanjakson 1930-luvulta 2000-luvulle.³⁹ Toinen tärkeä hoitotyön muistoja käsittelevä projekti toteutettiin vuosina 1997–1999. Kansallisarkiston asettaman ja johtaman *Hoitotyön yksityisarkistot ja muistitieto* –projektin tavoitteena oli hoitotyön perinteen kerääminen, ja se toteutettiin keruukilpailun sekä haastattelujen avulla⁴⁰. Projektin aikana kerätyn aineiston pohjalta on julkaistu *Hoitotyön muistot* niminen antologia, jossa ääneen pääsevät lukuisten eri alojen hoitajat.

Harjamäen sairaala on ollut tutkimuksen kohteena muutamissa eri tutkimuksissa. Anu Rissasen – eri henkilö kuin edellä mainittu – tarkastelee vuonna 2012 valmistuneessa suomen historian pro gradu -tutkielmassaan *Työtä, sokkeja ja lääkkeitä – Siilinjärven piirimielisairaala ja potilaiden hoitomuodot vuosina 1926–1959* Harjamäessä käytettyjä hoitomuotoja sekä yhden piirimielisairaalan profiilia⁴¹. Ajallisesti tutkimuksemme käsittelevät samaa ajanjaksoa, oma tutkimukseni sivuaa myös osittain samoja aihepiirejä kuin Rissasen tutkimus, mutta eri näkökulmasta. Rissanen tutkii Harjamäessä käytettyjä hoitomuotoja sekä sitä, kehen niitä käytettiin ja miten niitä sovellettiin. Itsekin sivuan hoitomenetelmiä ja niiden kehitystä Harjamäessä, mutta kyseinen aihepiiri edustaa vain yhtä teemaa tutkimuksessani. Tutkimusnäkökulmien erojen lisäksi myös tutkimustemme alkuperäislähteet eroavat toisistaan, sillä Rissanen käyttää tutkimusaineistonaan pääasiassa potilaskertomuksia. Tämän myötä

³⁹ Valitettavasti en voinut suoraan hyödyntää noita muistoja omassa tutkimuksessani.

<https://www.jyu.fi/hytk/fi/laitokset/kivi/tutkimus/hankkeet/mielisairaala>

⁴⁰ Keruukilpailuun osallistui 186 kirjoittajaa, haastatteluaineisto puolestaan käsittää 102 henkilön kerrontaa yhteensä noin 200 tuntia. Koko suomenkielinen aineisto on tallennettu Kansanrunousarkistoon, ruotsinkielinen taasen Folkkultursarkivetiin. Tahvanainen & Nirrko 2000.

⁴¹ Rissasen tutkimuksen lisäksi Harjamäki on ollut tutkimuksen kohteena myös Anna Kinnusen perinteentutkimuksen pro gradu –tutkielmassa, jossa Kinnunen tarkastelee sitä, miten hulluutta konstruoidaan erilaisissa kulttuurisissa teksteissä ja konteksteissa. Ks. Kinnunen 2012.

Rissanen tutkimuksessa korostuu paitsi potilaiden myös lääkärien ääni, sillä potilaskertomukset laati pääasiassa hoitava lääkäri⁴².

1.3 Tutkimuksen lähteet

Tutkimuksen alkuperäislähteet koostuvat suullisesta ja kirjallisesta muistitiedosta sekä arkistolähteistä. Suullista muistitietoa edustavat Harjamäen sairaalassa työskennelleiden hoitohenkilökunnan jäsenten haastattelut, jotka tein kesällä 2018. Haastatteluita on yhteensä kymmenen, haastateltavista viisi on naisia ja viisi miehiä. Ammatiltaan haastateltavat ovat mielisairaanhoitajia, sairaanhoitajia tai sairaala-apulaisia eli he kaikki olivat jatkuvassa kontaktissa potilaiden kanssa. Käytän haastateltavista nimitystä hoitohenkilökunta⁴³. Haastateltavien valinnan suhteen olin asettanut seuraavat kriteerit: haastateltavan oli täytynyt työskennellä Harjamäessä joko A- tai B-mielisairaalassa, minkä lisäksi hänen oli täytynyt tehdä potilastyötä. Pyrin löytämään eri vuosina ja vuosikymmeninä sairaalassa aloittaneita ja työskennelleitä henkilöitä, jotta saisin käsityksen mahdollisimman laajasta ajanjaksosta. Tein haastattelut kesällä 2018 ja litteroin⁴⁴ ne syksyllä 2018.

Viittaan haastateltaviin lyhenteillä, jotka olen muodostanut haastattelujen järjestyksen perusteella: ensimmäisen haastateltavan lyhenne on H1, seuraavan H2 ja niin edelleen. Haastateltaviin kohdistuvien tietosuojariskien pienentämiseksi olen poistanut litteraateista haastateltavien tarkat tunnisteet, kuten syntymävuodet, kotipaikkakunnat sekä tarkat vuodet, jolloin he työskentelivät Harjamäessä⁴⁵. Tutkimuksen ymmärtämisen kannalta on kuitenkin tärkeää, että lukija tietää haastateltavan ammatin sekä vuosikymmenet, jolloin he työskentelivät Harjamäessä. Perustelen tätä valintaa sillä, että esimerkiksi hoitokäytännöt muuttuivat Harjamäessä merkittävästi eri vuosikymmeninä – 1980-luvulla Harjamäkeen saapunut nuori hoitaja astui hyvin erilaiseen maailmaan kuin 1960-luvulla sairaalassa aloittaneet. Myös ammattinimikkeen kertominen on tärkeää esimerkiksi sairaalan hierarkian

⁴² Rissanen 2012, 13.

⁴³ Sairaala-apulaiset eivät ole koulutettuja terveydenhuoltoalan ammattilaisia, heillä ei ole siis pätevyyttä toimia hoitajan tehtävissä, mutta he ovat silti läheisessä kontaktissa potilaiden kanssa. Nykypäivänä sairaala-apulaisen tehtäviin kuuluvat esimerkiksi henkilöhygieniaan liittyvät tehtävät, ruokailusta huolehtiminen, tilojen siivous ja hoitovälineiden huolto. Ks. enemmän http://www.ammattinetti.fi/ammattit/detail/243_ammatti

⁴⁴ Haastatteluaineiston litteroinnin tarkkuudesta ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita, vaan tarkkuus määrittäytyy pitkälti tutkimustehtävän ja -otteen mukaan⁴⁴. Itse litteroin haastattelut mahdollisimman tarkasti sanasta sanaan, koska tiesin jo tuossa vaiheessa, että tulen sisällyttämään litteraatteja myös valmiiseen tutkimukseen. Hirsjärvi & Hurme 2009, 139.

⁴⁵ Ks. enemmän henkilötietojen suojaamisesta ja käytöstä luvusta 1.4.

käsittelyn näkökulmasta. Tutkimuksen ymmärtämisen kannalta lukijan on syytä tietää minkä ammattiryhmän edustaja on kulloinkin äänessä.

Kirjallista muistitietoa tutkimuksessa edustaa vuonna 2015 julkaistu *Harjamäki muistoissamme* -muistelmateos. Kirja sisältää yli 50 muistelmaa, joista suurin osa – noin 40 kappaletta – on hoitohenkilökunnan kirjoittamia⁴⁶. Mielisairaanhoitajien ja sairaanhoitajien kirjoittamien muistelmien lisäksi mukana on myös yhden ylilääkärin, psykiatrien, psykologien sekä muutaman työ- ja toimintaterapiaa ohjanneen henkilön tekstejä. Muistelmissa painottuvat hoitohenkilökunnan kokemukset hoitotyöstä, siinä tapahtuneet muutokset sekä arki Harjamäessä. Edellä lueteltujen teemojen lisäksi monet ovat muistelleet mielenterveysalalle hakeutumista, alan koulutusta sekä uransa alku- ja loppuvaiheita – kirjassa esiintyvät teemat ovat siis pitkälti samat kuin tekemissäni haastatteluissa. Toisin kuin haastatteluissa, kirjan muistelmat painottuvat pääasiassa A-sairaalan puolelle⁴⁷.

Harjamäki muistoissamme -kirjan tekijöiden mukaan Harjamäkeen liittyvien muistojen kerääminen yksien kansien väliin oli entisten työntekijöiden pitkäaikainen haave. Kirjaan otettujen muistelmien oikeinkirjoitus korjattiin, minkä lisäksi teksteistä karsittiin sellaiset kohdat ja kuvaukset, joista voisi tunnistaa potilaan. Tällä toimenpiteellä pyrittiin kunnioittamaan potilaiden ja heidän omaistensa yksityisyyttä.⁴⁸ Kirjan tekijöiden mukaan kaikenlaiset muistot olivat tervetulleita, tästä huolimatta kirjan tekstit ovat teemojensa ja sisältönsä puolesta hyvin samankaltaisia. Merkille pantavaa on myös se, että kirjassa ei käsitellä ollenkaan sellaisia teemoja, kuten potilaiden itsemurhia tai hoitohenkilökunnan työssään kohtaamaa väkivaltaa, jotka taasen haastatteluissa nousivat esille. Kirjassa menneisyyttä tarkastellaan hyvin nostalgisesti, on siis mahdollista, että kirjasta on tietoisesti tai tiedostamatta jätetty pois sellaisia ikäviä muistoja, jotka saattaisivat rikkoa tuota nostalgista kuvaa menneisyydestä.

Suullisen ja kirjallisen muistitiedon lisäksi olen hyödyntänyt myös arkistolähteitä, joita tässä tutkimuksessa edustavat Pohjois-Savon mielisairaanhuoltopiirin vuosikertomukset vuosilta 1960–1989 sekä sairaalassa ilmestyneet tiedotuslehdet vuosilta 1970–1989. Sairaalan vuosikertomuksiin merkittiin kaikki vuosittaiset tiedot sairaalan hallinnosta, henkilökunnasta, taloudesta, sairaanhoidosta, koulutuksista ja maatilasta. Etenkin 1960- ja 70-lukujen

⁴⁶ Teoksesta löytyy myös muiden ammattiryhmien edustajien, kuten liikunnan- ja käsityöohjaajien, sekä sairaala-alueella varttuneiden lasten muistoja.

⁴⁷ Suulliset tiedoksiannot Eeva-Liisa Eerola 1.4.2018 ja Marja Rämä 1.4.2018.

⁴⁸ Harjamäki kirjaryhmä 2015, 8; suulliset tiedoksiannot Eeva-Liisa Eerola 1.4.2018 ja Marja Rämä 1.4.2018.

toimintakertomukset ovat sisältönsä puolesta kattavia, mutta mitä lähemmäksi nykyaikaa tullaan, sitä vähäsanaisemmiksi ja suppeammiksi vuosikertomukset muuttuvat. Vuosikertomukset oli pääasiassa tarkoitettu osakaskuntien käyttöön. Ne lähetettiin myös Lääkintöhallitukselle, jonne lähetettiin vuosittain myös tarkemmat tilastotiedot sairaalan toiminnasta⁴⁹.

Sairaalan henkilökunnalle suunnattua tiedotuslehteä alettiin julkaista vuonna 1970 nimellä *Harjamäen sairaalan tiedotuslehti*. Vuonna 1973 lehden nimi muuttui *Harjamäen lehdeksi*, vuosina 1974-1980 lehteä julkaistiin nimellä *Viikkotiedote* ja vuosina 1980–1989 nimellä *Tieto-Tippa*. Lehden sisältö johdonmukaistui vuosien saatossa merkittävästi ja vuoteen 1980 mennessä lehden sisältö oli vakiintunut siihen muotoon, missä sitä julkaistiin vuoteen 1989 saakka. Lehdessä tiedotettiin muun muassa kuntainliiton asioista sekä kaikenlaisista ajankohtaisista asioista, kuten koulutuksista, työnohjauksista ja kokouksista. Lehdessä julkaistiin satunnaisesti myös henkilökunnan kannanottoja sekä potilaiden taiteellisia tuotoksia. Lehden suunnittelusta vastasi erikseen valittu toimituskunta.

1.4 Tutkimusmenetelmät ja -etiikka

Historiantutkimuksessa ei ole ollut tapana kertoa lukijalle menetelmällisten työkalujen käyttötavoista, aineiston jäsentelystä tai konkreettisesta analyysiprosessista, vaikka näiden seikkojen kertominen saattaisi vahvistaa tutkimuksen validiteettia ja läpinäkyvyyttä⁵⁰. Muistitietotutkimuksessa tutkijan rooli on kuitenkin olennainen osa prosessia⁵¹, tästä syystä haluan mahdollisimman avoimesti selvittää lukijalle, miten ja minkälaisilla ehdoilla olen tutkimusaineiston kerännyt, miten sitä käsittelen ja miten siihen suhtaudun. Esittelen ensin haastattelujen toteuttamista ja niiden kulkua. Sen jälkeen tarkastelen muistitietoaineistoihin liittyvää metodologiaa sekä sitä, miten olen aineistoja käsitellyt ja tulkinut.

Haastattelu on muistitietotutkimuksessa keskeinen aineistonkeruumenetelmä ja kansainvälisellä tutkimuskentällä käsite suullinen historia (englanniksi *oral history*) viittaakin nimenomaan erilaisiin haastattelumenetelmin tuotettuihin aineistoihin⁵². Haastattelu poikkeaa spontaanista keskustelusta institutionaalisuutensa takia: haastattelun päämäärä on tiedon kerääminen, haastattelutilanteessa haastattelijalla ja haastateltavalla on toisistaan poikkeavat

⁴⁹ Rissanen 2012, 15.

⁵⁰ Jouhki 2020, 76.

⁵¹ Jouhki 2020, 76; Kalela 2000, 78–81, 172–177.

⁵² Fingerroos & Peltonen 2006, 8; Ukkonen 2006, 183.

roolit⁵³. Haastattelut voidaan jakaa eri tyyppeihin sen mukaan, miten strukturoituja tai strukturoimattomia ne ovat, itse päädyin niin kutsuttuun puolistrukturoituun teemahaastatteluun. Puolistrukturoiduilla haastatteluilla ei ole tarkkaa yksiselitteistä määritelmää, mutta useimmat määritelmät ovat samoilla linjoilla siitä, että puolistrukturoidussa teemahaastattelussa jokin tai jotkut näkökohdat on lyöty lukkoon, mutta ei kaikkia.⁵⁴

Itse sovelsin puolistrukturoitua teemahaastattelua niin, että olin tehnyt valmiin kysymysrunгон haastatteluja varten, mutta valmiita vastausvaihtoehtoja minulla ei ollut eli haastateltavat saivat vastata omin sanoin. Haastattelurunko toimi apuvälineenä etenkin ensimmäisten haastattelujen kohdalla. Haastatteluista muodostui laajoja kokonaisuuksia, joissa kävimme läpi koko haastateltavan Harjamäessä viettämän ajan ja sivusimme samalla myös aikaa ennen Harjamäkeä. Koska haastattelut olivat eläviä tilanteita, en noudattanut orjallisesti etukäteen laatimaani kysymysrunkoa⁵⁵. Ennen haastattelujen aloittamista tein myös tietoisin valinnan, että haastateltavat saavat tuoda haastatteluun myös sellaisia asioita ja teemoja, joita en ollut itse etukäteen suunnitellut kysyväni⁵⁶.

Tällaisia haastateltavien itse haastatteluun tuomia teemoja olivat esimerkiksi insuliinishokkihoito, jonka haastateltava H7 otti esille oma-aloitteisesti, kun keskustelimme potilaiden hoidosta. Muita merkittäviä teemoja, jotka haastateltavat nostivat itse esille – ja jotka tulivat itselleni jossain määrin yllätyksenä ja uutena asiana – olivat työntekijöiden työnohjaus, hoitosuunnitelmien kehittyminen sekä omahoitajajärjestelmä. Nämä haastateltavien itse esille nostamat aiheet olivat siinä mielessä merkittäviä, että ne kertoivat siitä, mitä he itse pitivät tärkeinä ja muistamisen arvoisina. Haastateltavat muistelivat siis suurelta osin sitä, mitä minä pyysin heitä muistelemaan, mutta tämän lisäksi he muistelivat myös heidän omista intresseistään nousseita asioita ja teemoja.

Muistitietotutkimus on syntynyt pitkälti pyrkimyksestä laajentaa menneisyyden tulkintoja ja vallitsevia totuuksia⁵⁷. Muistitietoaineistoja on subjektiivisuutensa takia pidetty ongelmallisina

⁵³ Myös haastattelun tallentaminen esimerkiksi nauhoittamalla ja haastattelijan tekemät muistiinpanot korostavat haastattelutilanteen institutionaalisuutta. Hirsjärvi & Hurme 2009, 42; Ruusuvoori & Tiittula 2009, 23; Thompson 1988, 209-210.

⁵⁴ Hirsjärvi & Hurme 2009, 41-48. Enemmän erilaisista haastattelulajeista ks. Rossi 2012, 70; Eskola & Suoranta 1998.

⁵⁵ Tällä tarkoitan sitä, että kävin kysymykset läpi joustavassa järjestyksessä tilanteen mukaan. Haastatteluiden aikana keksin myös uusia ja täydentäviä kysymyksiä.

⁵⁶ Tiukasti strukturoitu haastattelu saattaa helposti estää haastattelijalle ennestään tuntemattoman mutta mahdollisesti oleellisen tiedon esille tulon. Portelli 2006, 60; Rossi 2012, 70.

⁵⁷ Muistitiedon avulla voidaan nostaa esille sellaisia kokemuksia ja tapahtumia, jotka kirjallisissa lähteissä ja niiden pohjalta kirjoitetussa historian tutkimuksessa helposti ohitetaan. Sen avulla voidaan päästä käsiksi myös

ja epäluotettavina lähteinä historianitutkimukselle. Suurimmat epäilykset ovat kohdistuneet muistitietoaineistojen totuusarvoon ja muistin luotettavuuteen.⁵⁸ Muistitiedossa oleellisinta ei kuitenkaan ole menneisyyden yksityiskohtainen konstruointi, vaan muistelijoiden menneisyydelle antamat merkitykset ja tulkinnat⁵⁹. Objektivisen totuuden löytämisen sijaan merkityksellisempää on tutkimuskohteen ymmärtäminen: mitä muistetaan, miten ja miksi, ja mitä ei muisteta. Historiantutkija Alessandro Portellin mukaan juuri muistelijoiden subjektiivisuus on sellainen ainutlaatuinen elementti, mitä muut tutkimuslähteet eivät pysty tarjoamaan.⁶⁰

Muistitietotutkimusta voi toteuttaa lukuisin eri keinoin⁶¹, tässä tutkimuksessa muistitieto edustaa sekä metodia että lähdettä. Kun muistitieto on tutkimuksen metodi, tulkitaan muistitieto ennen kaikkea tutkimusaineiston muodostamisen apuvälineeksi. Kun taas muistitieto on tutkimuksen lähde, tutkimuksen ensisijaisena tavoitteena on muistelijoiden omien näkökulmien esille nostaminen.⁶² Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että olen aineistoja läpi käydessäni tarkastellut seuraavia asioita: mitä muistelijat muistavat ajastaan Harjamäessä, miten tuota aikaa, asioita ja tapahtumia muistellaan sekä miksi he muistavat sen, mitä he muistavat. Myös siitä, mitä muistelijat jättävät kertomatta voidaan tehdä päätelmiä. Tällöin on syytä pohtia esimerkiksi sitä, miksi joitain asioita tai tapahtumia jätetään kertomatta.

Suullinen ja kirjallinen muistitieto poikkeavat toisistaan etenkin tuotantoehtojensa puolesta. Kirjalliseen muisteluun liittyy yleensä aina vahva intiimisyys⁶³, kun taas haastattelutilanne on aina sosiaalinen tapahtuma haastattelijan ja haastateltavan tai useampien haastateltavien välillä. Kun muistelu tapahtuu kirjoittaen, tuotettua lopputulosta voi yleensä lukea, muokata ja kirjoittaa uusiksi monia kertoja. Tämän seurauksena muistelijan voi olla helpompi kontrolloida omaa ilmaisuaan, kun taas haastattelutilanteessa muistelijalla saattaa paljastaa asioita spontaanimminkin – ehkä myös suunnittelematta. On kuitenkin syytä muistaa, että

sellaisiin aiheisiin, joista ei ole olemassa minkäänlaisia kirjallisia dokumentteja. Ks. enemmän Fingerroos & Haanpää 2006, 27; Salmi-Niklander 2006, 199; Portelli 2006, 55.

⁵⁸ Jouhki 2020, 64; Valtonen 2004, 27; Kalela 2006, 90.

⁵⁹ Jouhki 2020, 64; Rossi 2013, 50; Fingerroos & Haanpää 2006, 33.

⁶⁰ Portelli 2006, 55-56; Kalela 2006, 83; Allen & Montell 1982, 89.

⁶¹ Outi Fingerroosin ja Riina Haanpään mukaan muistitieto voi olla tutkimuksen lähde, kohde, tutkimusaineiston muodostamisen apuväline tai tutkimuksen sivujuonne. Ks. lisää Fingerroos & Haanpää 2006, 28-29; Ukkonen 2000, 15.

⁶² Outi Fingerroosin ja Riina Haanpään mukaan muistitieto voi olla tutkimuksen lähde, kohde, tutkimusaineiston muodostamisen apuväline tai tutkimuksen sivujuonne. Ks. lisää Fingerroos & Haanpää 2006, 28-29; Ukkonen 2000, 15.

⁶³ Tällä tarkoitan sitä, että kirjoittamalla tapahtuva muisteleminen tapahtuu yleensä aina yksin. Vasta kirjoittajan antaman suostumuksen jälkeen teksti voidaan julkaista. Pöysä 2006, 229.

haastattelutilanteet ovat aina yksilöllisiä, näin ollen ei voida siis yleistää, että haastattelut olisivat vähemmän kontrolloituja tilanteita kuin kirjoittaen muisteleminen. Haastattelusta voi muodostua hyvinkin formaali tilanne, kun taas vastaavasti kirjoittaen tapahtuva muistelu voi olla hyvinkin spontaania ja toimittamatonta.⁶⁴

Lähdekritiikki on tyypillisesti jaettu ulkoiseen ja sisäiseen lähdekritiikkiin. Ulkoinen lähdekritiikki tarkoittaa aineistoin identifiointia – minkälainen lähde on kyseessä, mistä se on peräisin ja onko lähde se, mitä se väittää olevansa – lähdetä siis tarkastellaan kriittisesti. Myös aineiston, esimerkiksi asiakirjan, aitouden selvittäminen kuuluu ulkoisen lähdekritiikin piiriin. Sisäinen lähdekritiikki viittaa siihen, miten käyttökelpoinen aineisto on suhteessa esitettyihin kysymyksiin. Sisäinen lähdekritiikki eli lähteen validiteetti riippuu aina tutkimustehtävästä ja sen rajauksesta. Perinteinen lähdekritiikki perustuu ajatukseen varman tiedon tuottamisesta. Historiantutkijan tehtävänä on pidetty menneisyyden rekonstruoinnista sellaisena kuin se kerran oli.⁶⁵ Viime vuosikymmeninä tämä ajatus on kuitenkin alkanut jo väistyä, ja sen rinnalle on tarjottu myös uusia tehtäviä⁶⁶. Jorma Kalela on tarjonnut tilalle hedelmällisen tiedon käsitettä. Kalelan mukaan perinteisessä lähdekritiikissä korostuu tietoon sisältyvien vääristymien tunnistaminen ja poistaminen, kun taas hedelmällisen tiedon tavoittelussa nämä vääristymät ovatkin erityisen tarkastelun kohteena, sillä ne kertovat muistamisesta. Keskeisiä kysymyksiä ovat tällöin, miksi muistelijä muistaa sen mitä muistaa, mitä hän pitää tärkeänä ja muistamisen arvoisena sekä mitä muistelluista asioista voidaan päätellä.⁶⁷

Muistitiedon erikoislaatuisuuden takia perinteinen lähdekritiikki ei ole sopiva lähestymistapa tälle tutkimukselle. Todennettavan tapahtumahistorian tai niin kutsuttujen vääristymien eli väärin muistettujen faktatietojen etsiminen eivät ole muistitietotutkimuksen tai tämän tutkimuksen perimmäisiä tarkoituksia. Tiedostan kyllä, että muistelijat saattavat muistaa asioita väärin, mutta tutkimustehtäväni ei kuitenkaan ole muistojen todenperäisyyden arvioiminen tai osoittaminen – vaikka sekin olisi jossain määrin ollut mahdollista, esimerkiksi vertailemalla muistoja arkistolähteisiin. Sen sijaan olen pyrkinyt hakemaan muistoista hedelmällisiä tulkintamahdollisuuksia.

Muisteleminen prosessina on samaan aikaan sekä yksityistä että sosiaalista. Kollektiivinen – tai sosiaalinen – muisti pohjautuu ryhmän tai yhteisön yhteiseen kokemuspohjaan. Yhteiset

⁶⁴ Pöysä 2006, 228-229.

⁶⁵ Markkola 2008, 174; Kalela 2000, 90.

⁶⁶ Ks. enemmän Markkola 2008, 175.

⁶⁷ Kalela 2006, 75-76; Kalela 2000 91.

kokemukset antavat pohjan yhteisille muistoille ja muistamisen tavoille. Yhteisöt paitsi ylläpitävät historiantulkintoja ne myös määrittävät sen, mitä muistetaan ja mikä on muistamisen arvoista. Nämä sosiaalisesti hyväksytyt tulkinnat voivat olla pelkästään muistinvaraisia, mutta niihin on saattanut vaikuttaa myös niin kutsuttu julkinen historia – lehtiartikkelit, kirjallisuus, elokuvat.⁶⁸ Tämän ilmiön havaitsin haastatteluissa esimerkiksi sairaalan sulkemisesta keskusteltaessa. Muutamien haastateltavien puheista oli havaittavissa, että nykypäivän kriittinen suhtautuminen mielisairaaloita kohtaan oli saattanut vaikuttaa heidän omiin mielipiteisiinsä. Nämä henkilöt eivät suoranaisesti kritisoineet laitoshoidtoa, mutta saattoivat esimerkiksi todeta, että ”*aika oli ajanut isojen sairaaloiden ohi*”⁶⁹. Avohoitoon siirtymistä pidettiin pääasiallisesti positiivisena asiana. Monet haastateltavat pitivät hienona sitä, että nykyiset lääkkeet ja terapiat mahdollistavat potilaille melko normaalin elämän ilman sairaalahoitoa, mutta samalla moni ilmaisi huolensa sairaalapaikkojen vähyydestä sekä hoitoon pääsemisen vaikeudesta.

Paikat ja rakennukset voivat olla osa sosiaalista muistia⁷⁰, omassa tutkimuksessani tällaista paikkaa edustaa tietenkin Harjamäen sairaala-alue ja siellä edelleen pystyssä olevat sairaalarakennukset, jotka tosin on vuosien saatossa otettu jo uuteen käyttöön. Monet haastattelemistani henkilöistä asuvat edelleen Siilinjärvellä ja näin ollen sairaala-alue ja -rakennukset ovat yhä konkreettisesti muistuttamassa muisteliijoita heidän siellä viettämästään ajasta. Samalla rakennukset muistuttavat myös sellaisesta ajasta, jota ei enää ole olemassa. Osa haastateltavista toi esille, kuinka sairaala-alue herättää heissä edelleen monenlaisia muistoja, joillekin esimerkiksi tyhjien rakennusten näkeminen sairaalan sulkemisen jälkeen tuntui hankalalta ja surulliselta.

Yksi tutkimusmetodeistani on lähiluku, jota olen soveltanut seuraavaan tapaan: ensimmäisellä lukukerralla muodostin kokonaiskuvan aineistosta eli pyrin alustavasti selvittämään, mitä muistetaan. Seuraavalla lukukerralla aloin jakaa tekstiä isompien teemojen alle, samalla kirjasin ylös myös alustavia havaintoja ja muistiinpanoja. Tämä työvaihe – jota nimitän raaka-analyysiksi – oli tärkeä etenkin haastatteluaineistojen kannalta, sillä näin sain koottua ja

⁶⁸ Valtonen 2004, 27; Jouhki 2020, 69; Ukkonen 2000, 35.

⁶⁹ Tämän tyyppisestä kommentista voidaan havaita jälkiviisautta, nykypäivän tietämys ja yleiset mielipiteet ovat saattaneet vaikuttaa muistelijan ajatuksiin.

⁷⁰ Esimerkiksi vuoden 1918 tapahtumista muistuttavat erilaiset muistomerkit ja hautapaikat. Ks. enemmän Peltonen 1996, 24-29.

ryhmiteltyä tutkimukseni kannalta olennaiset aiheet tiettyjen teemojen alle⁷¹. Tämän jaottelun myötä alkoi muodostua myös tutkimuksen alustava rakenne. Tämän jälkeen alkoi eri teemojen syvällisempi tarkastelu, jonka myötä pyrin löytämään ja tunnistamaan yhtäläisyyksiä sekä eroavaisuuksia teemojen sisällä: miten muistelijat esimerkiksi kokivat uudet hoitomuodot tai minkälaisia ajatuksia sairaalan sulkeminen herätti muisteliijoissa. Näiden työvaiheiden ja useampien lukukertojen jälkeen alkoivat hahmottua myös kertomatta jätetyt asiat ja tapahtumat rivien väleistä. Aineistoa analysoidessani sovelsin myös Pertti Alasuutarin teoriaa laadullisen analyysin kahdesta vaiheesta⁷². Ensimmäisessä vaiheessa havaintoja pelkistetään niin, että aineistossa kiinnitetään huomiota vain niihin asioihin, jotka ovat teoreettisen viitekehyksen ja kulloisenkin kysymyksenasettelun kannalta olennaisia. Tämä työvaihe oli oman analyysini kannalta hyödyllinen, sillä sen avulla aineisto pelkistyi ja siitä oli mahdollista nostaa esille myös niin kutsuttuja ”raakahavaintoja”, joita yhdistelemällä aineisto pelkistyi yhä enemmän. Raakahavaintoja yhdistäessä pyrin löytämään esimerkkejä ja näytteitä samoista ilmiöistä.

Analyysissäni korostui myös erilaisten ja eri aikoina tuotettujen lähdeyyppien lukeminen rinnakkain, mikä on historiantutkimukselle hyvin ominaista⁷³. Litteroitujen haastatteluiden ja *Harjamäki muistoissamme* -kirjan ohella luin myös arkistolähteitä ja pyrin sovittamaan näitä erilaisia lähdeyyppäjä dialogiin keskenään. Kuten edellä kävi ilmi, en etsinyt muistoista tarkkoja faktatietoja, kuten vuosilukuja tai päivämääriä, vaan keskityin sen sijaan siihen, mitä muistetaan ja miksi. Sen sijaan arkistolähteet auttoivat näiden tarkkojen vuosien ja päivämäärien selvittämisessä eli ajallisen kontekstin luomisessa. Koin, että nämä keskenään hyvin erilaiset lähteet täydensivät toisiaan hyvin. Tutkimuksen kokonaiskuva muodostuu lopulta näitä eri aineistoja vertailemalla.

Ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen peruslähtökohta on aina luottamus tutkijan ja tutkittavien henkilöiden välillä. Kun tutkimuksen kohteena ovat elävät ihmiset ja aineistonkeruumenetelmänä käytetään haastattelua, tutkimukseen osallistuminen perustuu aina vapaaehtoisuuteen⁷⁴. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan eli TENKin vuonna 2019 uudistamien ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettisten ohjeiden mukaan tutkittavalla henkilöllä on oikeus esimerkiksi kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen, keskeyttää tai

⁷¹ Näitä teemoja olivat alalle suuntautuminen ja opiskelu, hoidon ja hoitokäytänteiden muutokset, potilaan ja hoitajan väliset vuorovaikutussuhteet, sairaalan hierarkia, Harjamäki työpaikkana ja yhteisönä, työn monet puolet sekä sairaalan sulkeminen.

⁷² Ks. enemmän Alasuutari 2011, 39-44.

⁷³ Jouhki 2020, 83.

⁷⁴ Vainio-Korhonen 2017, 29-30, 37; TENK 2019, 8.

peruuttaa osallistumisensa koska tahansa sekä saada tietoa tutkimuksen sisällöstä.⁷⁵ Vuonna 2018 voimaan astuneen EU:n tietosuojalain mukaan henkilötietojen käsittely edellyttää aina laista löytyvää käsittelyperustetta, tässä tapauksessa käsittelyperuste on rekisteröity suostumus⁷⁶. Jo ennen tutkimuksen aloittamista on syytä miettiä, millaisten tietojen kerääminen edistää tutkimusta ja millaisten ei. Yksittäiseen henkilöön kohdistuvien tietosuojariskien pienentämiseksi esimerkiksi tunnistettavien henkilötietojen kerääminen on minimoitava.⁷⁷

Tietoon perustuva suostumus osallistua tutkimukseen on ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen keskeinen eettinen periaate⁷⁸. Haastateltavien yksityisyyden suojan turvaamiseksi tein jokaisen kanssa kirjallisen haastattelusopimuksen, jossa esittelin tutkimuksen ja sen tarkoituksen, aineiston käsittelymenetelmät, aineiston säilyttämisen sekä haastateltavien oikeudet. Haastateltavilla on koko ajan ollut oikeus vetäytyä tutkimuksesta sekä kieltää oman haastattelunsa käyttäminen tutkimustarkoitukseen. Tämä mahdollisuus käytiin läpi ennen haastattelujen aloittamista ja se mainitaan myös sopimuksessa. Haastattelusopimuksessa pyysin luvan myös litteroitujen ja anonymisoitujen haastatteluiden luovuttamiseksi Harjamäen sairaalamuseoon tutkimuksen päätyttyä. Litteraattien luovuttamisen jälkeen äänitallenteet tuhotaan.

Tutkimusaineiston anonymisointiin liittyvien peruseriaatteiden mukaan suorat tunnisteet, kuten haastateltavien nimet, osoitteet, syntymäajat, tulee poistaa aineistosta heti, kun se on mahdollista, eivätkä ne enää ole tarpeellisia tutkimuksen toteuttamiseksi⁷⁹. Koska kyseessä on pieni paikkakunta, olen noudattanut erityistä varovaisuutta sen suhteen, mitä tunnisteellisia tietoja tutkimuksessa paljastan. Haastateltavien henkilöiden yksityisyyden suojaamiseksi olen poistanut litteraateista kaikki edellä mainitut tunnistettavat henkilötiedot. Viittaan haastateltaviin lyhenteillä, jotka olen muodostanut yksinkertaisesti haastatteluiden järjestyksen perusteella. Tutkimuksen ymmärtämisen kannalta koin kuitenkin tärkeäksi kertoa haastateltavien sukupuolen, ammattinimikkeen sekä vuosikymmenet, jolloin he työskentelivät Harjamäessä. Näin olen pyrkinyt minimoimaan sen, että haastateltavat voidaan tunnistaa. Vaikka olen näillä edellä mainituilla toimenpiteillä pyrkinyt suojaamaan haastateltavien

⁷⁵ TENK 2019, 8.

⁷⁶ Rekisteröity voi antaa suostumuksensa sille, että hänen henkilötietojaan käsitellään yhtä tai useampaa tarkoitusta varten. Suostumus on voitava peruuttaa yhtä helposti kuin sen on voinut antaa. Tietosuojalaki 1050/2018 ja <https://tietosuoja.fi/kasittelyperusteet>.

⁷⁷ Kokko 2017, 71.

⁷⁸ TENK 2019, 8.

⁷⁹ TENK 2019, Kuula 2011, 214.

yksityisyyden tutkimuksen sallimissa rajoissa, on silti mahdollista, että joku tämän tutkimuksen lukeva henkilö tunnistaa haastateltavan esimerkiksi tämän kommenttien perusteella. Selvitin tämän mahdollisuuden jokaiselle haastateltavalle ennen haastattelusopimuksen allekirjoittamista⁸⁰. *Harjamäki muistoissamme* -kirjan muistelijoiden henkilöllisyyden paljastumisesta minun ei ole tarvinnut huolehtia, sillä kyseessä on painettu teos, jossa muistelijat esiintyvät omilla nimillään.

Osa haastateltavista viittasi haastatteluissa potilaisiin ja esimerkiksi työkavereihin suoraan nimillä. Näiden tutkimuksen ulkopuolisten henkilöiden anonymiteettia suojellakseni olen poistanut litteraateista suorat viittaukset esimerkiksi potilaisiin ja työkavereihin. Ainoat poikkeukset tein sairaalan ylihoitaja Elli Kaijansinkon ja lääkäri Mauri Eerolan kohdalla, joita molempia muisteltiin niin haastatteluissa kuin *Harjamäki muistoissamme* -kirjassa. Molemmat henkilöt nousivat esille pelkästään positiivisessa valossa, minkä takia katsoin, että en loukkaa heidän kunniaansa tai aiheuta heille tahatonta harmia mainitsemalla heidät nimillä.

1.5 Tutkimuskysymykset

Tutkimustehtäväni on selvittää mitä muistelijat muistavat ajastaan Harjamäessä sekä miten siellä vietettyä aikaa, asioita ja tapahtumia muistellaan. Ensimmäinen tutkimuskysymykseni on: minkälaista oli työskennellä Harjamäen mielisairaalassa 1960–1990-lukujen välisenä aikana? Koska tutkimuskysymys on hyvin laaja, olen jakanut sen apukysymyksiin käsittelylukujen teemojen mukaan:

- Miten ja miksi haastateltavat hakeutuivat/päättyivät mielenterveysalalle? Miksi he tulivat nimenomaan Harjamäkeen? (Alalle suuntautuminen)
- Minkälaisia vuorovaikutussuhteita hoitohenkilökunnan ja potilaiden välille syntyi? Entä minkälaisia vuorovaikutussuhteita henkilökunnan sisällä syntyi? (Harjamäki työpaikkana ja yhteisönä)
- Miten ja miksi hoito sekä hoitokäytänteet muuttuivat Harjamäessä 1960- ja 1990-lukujen välisenä aikana? (Hoidon ja hoitokäytänteiden muutokset)
- Minkälaisia vaikutuksia sairaalan sulkemisella oli henkilökunnan ja potilaiden elämään? (Sairaalan sulkeminen)

⁸⁰ Tutkittaville tai tietoja tutkimukseen antaneille ei tule luvata täyttä tunnistamattomuutta, ellei se ole toteutettavissa. Lain mukaan tunnistamiseksi katsotaan tilanne, jossa kuka tahansa lukija voi kohtuullisen vaivattomasti tunnistaa tutkimustekstissä esiintyvän henkilön. Tunnistaminen tarkoittaa tällöin tilannetta, jossa yksilö tunnistetaan nimen tai muun yksiselitteisen tunnisteiden perusteella. TENK 2019; Kuula 2011, 205.

Toinen tutkimuskysymykseni on: minkälaisia merkityksiä muistelijat näille muistelemlle asioille, ilmiöille ja tapahtumille antavat? Otetaan käytännön esimerkiksi mielisairaiden hoito ja hoitokäytänteiden muuttuminen, aihe, josta löytyy jonkin verran lähteitä. Mielisairaaloitten vuosikertomuksista ja esimerkiksi potilaskertomuksista on mahdollista selvittää, miten ja minkälaisin keinoin potilaita hoidettiin, mutta hoitohenkilökunnan tai potilaiden suhtautumisesta erilaisiin hoitoihin lähteet eivät kerro mitään. Se, miten tehokkaiksi tai tehottomiksi hoitajat kokivat esimerkiksi erilaiset hoitokeinot tai miltä tuntui avustaa erilaisissa hoitotoimenpiteissä, ei selviä kirjallisista lähteistä, sillä hoitohenkilökunnan kokemuksia ja mielipiteitä ei ole kirjattu mihinkään ylös.

2 Vipparista hoitajaksi – integroituminen osaksi mielisairaalayhteisöä

Siilinjärven piirimielisairaalan avautuessa vuonna 1926 sairaalassa oli 150 sairauspaikkaa, mutta vuoteen 1960 mennessä luku oli kasvanut jo 623 paikkaan⁸¹. Sairauspaikkojen kasvun mahdollistivat vuonna 1939 ja 1959 valmistuneet uudisrakennukset, joilla pyrittiin vastaamaan jatkuvaan tilanpuutteeseen⁸². Vuonna 1963 toimintansa aloittanut B-mielisairaala kasvatti sairauspaikkojen määrää entisestään – vuonna 1964 Harjamäen A- ja B-sairaaloissa oli yhteensä 907 sairauspaikkaa.⁸³ Kaksi suurta sairaalaa olivat merkittäviä työllistäjiä pienessä maalaiskunnassa. Kuntainliiton vuosikertomuksista käy kuitenkin ilmi, että koulutetusta henkilökunnasta oli jatkuva pula aina 1960-luvulta 1980-luvulle saakka⁸⁴. Tästä syystä sairaaloihin palkattiin paljon lääkäri- ja hoitajaopiskelijoita sekä täysin kouluttamatonta henkilökuntaa eli harjoittelijoita sekä vippareita.

Käsitteet vippari ja harjoittelija tarkoittavat kouluttamatonta työntekijää, tutkimuskirjallisuudessa ne kuitenkin erotetaan toisistaan niin, että vuoden 1968 koulutus uudistuksen jälkeen harjoittelijoista ei enää puhuta⁸⁵. Sairaalan toimintakertomuksissa kerrotaan, että hoito-, sairaala-, keittiö- ja pesula-apulaisiksi palkattiin nuoria kunnallisen työllistämistuen turvin. Kouluttamattoman henkilökunnan palkkaaminen oli yleinen käytäntö kaikissa mielisairaaloissa, sillä koulutetun henkilökunnan saaminen oli ajoittain haastavaa.⁸⁶ Kouluttamattoman henkilökunnan palkkaaminen hyödytti mielisairaaloita myös pidemmässä juoksussa, sillä monet harjoittelijoina tai vippareina työskennelleet henkilöt palasivat kouluttautumisen jälkeen tuttuun sairaalaan töihin⁸⁷.

⁸¹ Pohjois-Savon mielisairaanhuoltopiirin kuntainliiton omistaman Harjamäen sairaalan toimintakertomus vuodelta 1960.

⁸² Jatkuva tilanpuute mainitaan vuosikertomuksissa säännöllisesti aina vuodesta 1928 alkaen. Siilinjärven piirimielisairaalan vuosikertomukset 1928-1959.

⁸³ Pohjois-Savon mielisairaanhuoltopiirin kuntainliiton omistamien Harjamäen A- ja B-sairaaloiden sekä mielenterveystoimistojen toimintakertomus vuodelta 1964.

⁸⁴ Esimerkiksi vuosien 1977-1981 kertomuksissa kerrotaan, että etenkin koulutetuista erikoissairaanhoidajista oli pulaa. Erikoissairaanhoidajien sijaisina käytettiin sairaanhoitajia ja sairaanhoitajien sijaisina taasen mielisairaanhoidajia. Tämän seurauksena myös epäpätevien sijaisten määrä kasvoi. B-sairaalan puolella oli puutetta myös miespuolisista mielisairaanhoidajista. Pohjois-Savon mielisairaanhuoltopiirin kuntainliiton toimintakertomukset vuosilta 1977-1988.

⁸⁵ Myös haastateltavien puheissa näillä käsitteillä on selvä merkitysero: jos harjoittelun suorittanut henkilö jatkoi työskentelyä sairaalassa, hän jatkoi töitä vipparina.

⁸⁶ Tuovinen 2009, 272; Leskinen 2007, 115.

⁸⁷ Jaakkonen 2017, 44. Tämä kävi selvästi ilmi myös tekemistäni haastatteluista: H1, H2, H4, H5, H6, H7, H8, H9.

Mielisairaalat olivat vielä 1960-luvulle tultaessa hyvin suljettuja yhteisöjä, joissa ei vierailtu ilman hyvää syytä. Mielisairaalat oli pyritty sijoittamaan syrjään muusta asutuksesta, jotta ne eivät häiritsisi yhteiskunnan muita jäseniä ja heidän rauhaansa⁸⁸. Harjamäen sairaala-alue oli rakennettu vanhalla maatilalla noin kolmen kilometrin päähän Siilinjärven kirkonkylästä. Harjamäen sairaalassa 1970-luvun puolivälissä vipparina aloittaneen naishoitajan (H8) mukaan sairaalaan ei ollut mitään asiaa, jos kukaan perheenjäsenistä ei työskennellyt siellä tai ollut siellä hoidossa⁸⁹. Myös muut muistelijat toivat esille samankaltaisia ajatuksia. Siilinjärveltä kotoisin oleva mieshoitaja (H5) kertoi, että ei ollut vierailut itse sairaalassa, mutta sairaalan alueella sijaitsevalla maatilalla kylläkin, kun kyläläiset olivat käyneet ihastelemassa paikkakunnan ensimmäistä leikkuupuimuria⁹⁰. Toisen Siilinjärveltä kotoisin olevan mieshoitajan (H9) mukaan paikkakuntalaiset kyllä tiesivät Harjamäen, mutta sairaalasta liikkui kaikenlaisia huhuja, joiden mukaan sairaalaan joutuneita pidettiin enemmän tai vähemmän menetettyinä tapauksina⁹¹.

Harjoittelijat ja vipparit olivat yleensä nuoria, kouluttamattomia ihmisiä, joille pesti mielisairaalassa merkitsi ensimmäistä kosketusta mielisairaaloiden suljettuun maailmaan. *Harjamäki muistoissamme* -kirjan muistelijoista suurin osa ja haastattelemistani kymmenestä muistelijasta peräti yhdeksän työskenteli mielisairaalassa joko harjoittelijana tai vipparina ennen varsinaista mielenterveysalalle kouluttautumistaan. Työskentely mielisairaalassa tarjosi paitsi työtä ja tienestejä myös mahdollisuuden tutustua hoitajan työhön ilman sitoumuksia, sillä harjoittelusta tai vipparin pestistä saattoi perääntyä. Ne, jotka eivät syystä tai toisesta halunneet jatkaa työskentelyä, lopettivat yleensä melko pian, vain muutaman päivän työskentelyn jälkeen.⁹²

Mieshoitaja (H4) kertoi, että hän oli päässyt harjoittelijaksi sellaiselle osastolle, jolla edellinen harjoittelija oli lopettanut kolmen päivän jälkeen⁹³. Sen sijaan ne, jotka jäivät sairaalaan töihin, saattoivat saada harjoittelusta tai vipparina työskentelystä kimmokkeen hakeutua alalle. Vipparina työskennellyt naishoitaja (H8) kuvaili omaa työskentelyaikaansa silmiä avaavaksi

⁸⁸ Syrjäistä sijaintia perusteltiin myös maaseudun terapeuttisella vaikutuksella. Maalla potilaat pystyivät myös työskentelemään esimerkiksi maatalous- ja metsätöissä, minkä uskottiin hyödyttävän paitsi potilaiden tervehtymistä myös sairaalan taloutta. Pietikäinen 2013, 147; Vuorio 2010, 19.

⁸⁹ H8, 8.8.2018.

⁹⁰ H5 19.7.2018.

⁹¹ H9 15.8.2018.

⁹² H3 26.6.2018; H4 12.7.2018; H5 19.7.2018.

⁹³ H4 12.7.2018.

kokemukseksi, jonka myötä hoitajan työnkuva – ja myös ne työn ikävämmät puolet – avautuivat hänelle aivan uudella tavalla:

H8: Kyllä (,) ja (,) ja kyllä se jotenki se (,) varmaan niinku monille sitten taas avasi senkin puolen että ei ei niinku halua missään nimessä hoitoalalle eikä (,) niinku tunnistanu joku sitten itsestään (,) ei ei halua semmosta mutta minulle kävi kyllä ihan toisinpäin.

AV: Joo.

H8: Et kyl se niinku oli hirveen tärkeä asia itelle että mä sain (,) ja oikeastaan ihan niinku lähtee tekemään ihan niitä semmosia hommia mitkä nyt ei aina välttämättä ollu niin (,) jos aattelee hoitajan työtä niin kauheen (,) siistiäkään työtä et se oli ihan perushoito ja jos aattelee vuodepotilaitten hoitoa ja tämmöstä niin mut siitä huolimatta niin (,) minä tykkäsin ja (,) ja ei niinku (,) millonkaan tuntunu kurjalle se (,) työ (,) ja kaikki lomat sen jälkeen mitä oli joululomaa ja jos oli pitempiä niinku arki (,) tai näitä juhlapyhäjuttuja pääsiäinen ja muut niin kaikki ne olin töissä sitten sen jälkeen et silloin ne vaan otti (,) otti meitä tö- töihin ja tietysti sitten (,) osas silleen olla (,) siinä työntekijänä.⁹⁴

Yksi etukäteen miettimistäni haastattelukysymyksistä oli, ”mikä sai sinut hakeutumaan mielenterveysalalle”. Sen sijaan, että muistelijat olisivat eritelleet nimenomaan koulutukseen hakeutumisen syitä, he kertoivat mikä sai heidät hakeutumaan harjoittelijaksi tai vippariksi. Sama ilmiö toistuu myös *Harjamäki muistoissamme* -kirjassa. Tästä voidaan päätellä, että muistelijoiden mielessä harjoittelijana tai vipparina työskenteleminen linkittyy oleellisenä osana heidän alalle suuntautumiseensa. Sekä haastatteluista että kirjasta käy ilmi, että mielenterveysalalle kouluttautuminen oli luonnollinen sekä helppo jatkumo harjoittelijana tai vipparina työskentelylle. Harjoittelijan ja vipparin pestiä voi verrata nykypäivän työkokeiluun – osalla kokeilu jäi lyhyemmäksi, osa palasi samaan työhön useita kertoja esimerkiksi lomien aikana ja osa päätyi jopa kouluttautumaan alalle.

Syyt, joiden seurauksena muistelijat lähtivät harjoittelijoiksi tai vippareiksi, vaihtelevat jonkin verran. Osa eritteli näitä syitä yksityiskohtaisemmin ja osa taas yleisemmällä tasolla. Etenkin haastatteluissa oli yleistä, että muistelija ei nimennyt vain yhtä syytä, vaan hän kuvaili useampia päätökseen vaikuttaneita tekijöitä. *Harjamäki muistoissamme* -kirjassa muistelijat kertovat pääsääntöisesti vain yhden syyn, ja muutenkin arvioivat päätökseensä vaikuttaneita tekijöitä suppeammin. Tämä ero selittyy ainakin muistelutilanteiden erilaisuudella: haastattelussa asioita palautetaan mieleen haastatteluhetkellä. Haastattelussa muistelija voi olla monisanaisempi ja muistelu voi rönsyillä, etenkin jos kyseessä ei ole tiukasti strukturoitu haastattelu. Kirjoittaessa muistelija saattaa sen sijaan pyrkiä tiiviyyteen ja siihen, että teksti ei venyisi liian pitkäksi.

⁹⁴ H8 8.8.2018.

Yksi yleisimpiä syitä harjoittelijaksi tai vippariksi lähtemisen taustalla oli ystävän, tuttavan tai sukulaisen kehoitus hakeutua alalle tai hakea mielisairaalaan töihin. Suosituksen antanut henkilö oli yleensä sellainen, joka työskenteli alalla itse. Tältä henkilöltä saattoi myös kysellä työstä ja sairaalasta – miten hakeminen tapahtui, mitä hakeminen edellytti, minkälaista työ oli ja mitä se piti sisällään.⁹⁵ Ottaen huomioon mielisairaaloiden sulkeutuneisuuden sekä huhut, joita mielisairaaloista liikkui, keskustelu alalla jo työskentelevän henkilön kanssa rohkaisi varmasti monia hakemaan. Vippariksi 1970-luvulla pestautuneen naishoitajan (H8) mukaan työn aloittaminen jännitti, mutta pelot kuitenkin hälvenivät, kun hän jututti naapuriaan, joka työskenteli Harjamäessä:

H8: Kyllä se oli jotenkin että hyvänen aika että mitähän sitä ossaa tehdä ja ossaako sitä mittään ja sitten se että no neuvotaankohan siellä mitenkä ja kyllä minä (.) toisaalta minä sitten kyllä jututin aika paljon sitten tätä (.) tätä meidän naapuria joka siellä sitten oli töissä että kyllä mä sitten sain hyvän kuvan siitä sitten kun minä sitten hetken aikaa niinku mietin uskaltautuuko sitä sitten lähtemään semmoseen kun silleen sellasta etukäteis tietoo ja opastusta että olihan se silleen aika helppo (.) sitten kuitenkin mennä ja hirmu hyvin vastaanotettiin ja heti niinku tuntu että (.) että kyllä (.) neuvottiin ja opastettiin.⁹⁶

Läheisen ihmisen tai tuttavan lisäksi kehoitus sairaalaan töihin hakemisesta saattoi tulla myös viralliselta taholta. Mielisairaanhoidajaksi myöhemmin opiskellut mieshoitaja kertoi, että hän päätyi harjoittelijaksi ammatinvalinnan ohjauksen myötävaikutuksella⁹⁷. Pari muistelijaa taasen kertoi, että he saivat kehoituksen hakea Harjamäen sairaalaan työvoimatoimiston kautta⁹⁸.

Harjoittelijaksi tai vippariksi lähdettiin myös siksi, että työlle ja rahalle oli tarvetta. Hyvin hoidettu työ takasi sen, että töitä oli mahdollista saada jatkossakin. Työtä käytiin tiedustelemassa paikan päällä ylihoitajalta, muutama kertoi tarttuneensa lehdessä olleeseen ilmoitukseen, jolla sairaalaan haettiin harjoittelijoita.⁹⁹ Käytännön syiden ohella myös puhdas mielenkiinto sekä halu kokeilla jotain uutta toimivat kimmokkeina joillekin harjoittelijaksi tai vippariksi lähteneille. Mielisairaanhoidajana ja sairaanhoidajana työuransa tehnyt naishoitaja (H3) kertoi, että oli ennen harjoittelijaksi lähtöään ehtinyt tehdä kaikenlaista ja kokeilla monia eri töitä. Lehti-ilmoituksen huomattuaan hän päätti, että tuotakin pitää kokeilla. Naishoitaja itse kuvaili omaa alalle päätymistään ”*onnekkaaksi sattumaksi*”, sillä harjoittelun myötä hän

⁹⁵ H2 19.6.2018; H4 12.7.2018; H6 23.7.2018; H8 8.8.2018; H10 31.8.2018; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 73, 99, 159, 223, 303.

⁹⁶ H8 8.8.2018.

⁹⁷ Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 67.

⁹⁸ H1 13.6.2018; H9 15.8.2018.

⁹⁹ H3 26.6.2018; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 63, 105, 123.

huomasikin pitävänsä työstä, ja päätyi hakemaan mielisairaanhoidajakurssille. Myös hoitajien erinomainen työllistymistilanne 1960-luvun alussa houkutteli – naishoitajan mukaan hoitajien paikkoja oli auki ympäri Suomea, minkä lisäksi paikkoja myös vakinaistettiin nopeaan tahtiin.¹⁰⁰

Mielisairaalaan töihin hakeutumisen taustalla saattoi olla myös lähipiirissä sattunut traaginen tapaus tai sairaudet, joiden kautta muistelija oli jollain tapaa joutunut kosketuksiin mielenterveysongelmien kanssa. Mielisairaanhoidajana työskennellyt naishoitaja (H6) arvioi, että hänen suvussaan esiintyneet vakavat mielenterveysongelmat ja erään sukulaisen itsemurha saattoivat ainakin alitajuisesti vaikuttaa siihen, että hän lähti vippariksi Harjamäkeen. Naishoitajan mukaan hän oli aina ollut kiinnostunut psykologiasta ja ihmisen mielestä. Näiden kiinnostuksen kohteiden sekä suvussa esiintyneiden mielenterveysongelmien takia mielisairaala alkoi näyttäytyä mielenkiintoisena paikkana. Naishoitaja arveli, että hänessä itsessään tai hänen persoonassaan täytyi olla jotain sellaista, joka vei häntä mielenterveysalalle.¹⁰¹ Aineistosta nousi esille toinen samankaltainen esimerkki, jossa niin ikään mielisairaanhoidajana työskennellyt naishoitaja (H2) arveli, että hänen läheisen ihmisen tekemä itsemurha vaikutti hänen päätökseensä hakeutua harjoittelijaksi. Naishoitaja arveli, että hänen päätökseensä olivat todennäköisesti vaikuttaneet useammat eri syyt, mutta läheisen ihmisen itsemurhaa hän nimitti laukaisevaksi tekijäksi, johon päätös lopulta kulminoitui.¹⁰²

Vaikka suurimmalla osalla muistelijoista ura mielenterveysalalla alkoi harjoittelun tai vipparina työskentelyn myötä, mahtui joukkoon myös niitä, joilla ei kouluun hakiessaan ollut minkäänlaista kosketusta mielenterveystyöhön. Mielisairaanhoidajaksi ja myöhemmin sairaanhoidajaksi kouluttautunut mieshoitaja (H10) kertoi, että ei ollut koskaan käynyt mielisairaalassa – saati sitten työskennellyt siellä – mutta tästä huolimatta hän päätti hakea mielisairaanhoidajakoulutukseen. Mieshoitaja kertoi, että oli kyllä seurannut sivusta mielisairaanhoidajana työskennelleen veljensä työuraa, mutta varsinaisia keskusteluista siihen liittyen ei käyty. Tästä huolimatta mieshoitaja arveli, että veljen antama malli saattoi olla yksi vaikuttava tekijä hänen koulutukseen hakemisensa taustalla:

AV: Joo aivan (,) no mikäs sai sut aikanaan lähtemään tälle mielenterveysalalle?

H10: No mä ihmettelen sitä vieläkin (,) että lähinnä kai se oli niinkun [**mieltii**] sellanen tilanne että siinä oli tuo veljen malli ja piti niinkun sijottua jotenkin yhteiskunnassa ja päästä

¹⁰⁰ H3 26.6.2018.

¹⁰¹ H6 23.8.2018.

¹⁰² H2 19.6.2018.

kiinni (,) kiinni työhön ja (,) ja ehkä siinä semmoset oli niinkun tuota (,) siinä saatto olla ne selittävät tekijät.

AV: Joo.

H10: Mutta mitään semmosta paloa ei oikeestaan ollut sille (,) siihen psykiatriseen hoitotyöhön enkä mä niinkun ymmärtänyt siitä mitään [**mieltii**] mut että sillä tavalla se vaan meni oisko siinä sattumalla ollut.

AV: Joo.

H10: Ja sitten tällä mallilla tietty merkitys.¹⁰³

Koulusta valmistumisen jälkeen mieshoitaja sai heti viran Harjamäestä, jossa hän oli opiskeluaikanaan tehnyt harjoitteluita ja töitä vipparina. Mieshoitajan mukaan kaikki kävi lopulta hyvin helposti. Viran saaminen toi elämään ennen kaikkea taloudellista varmuutta, sillä jos hoidit hommasi kunnolla, etkä tehnyt virheitä, töitä kyllä riitti. 1980-luvun alussa mielisairaanhoitajaksi valmistuneen mieshoitajan mukaan Harjamäen sairaalan sulkemisesta ei ollut tietoaakaan vielä vuosikymmenen alussa.¹⁰⁴

Harjamäki muistoissamme -kirjassa nousi esille vielä yksi ryhmä – alalle opiskelun aikana suuntautuneet. Sairaanhoitajaksi opiskelevien koulutukseen kuului pakollisena osana psykiatrinen harjoittelu, joka suoritettiin mielisairaalassa. Sairaanhoitaja-diakonissaksi vuonna 1967 valmistuneen naishoitajan mukaan Harjamäessä suoritetusta käytännön työharjoittelusta jäänyt hyvä kokemus kannusti hakemaan Harjamäkeen töihin valmistumisen jälkeen¹⁰⁵. Myös muutama muu sairaanhoitajaksi opiskellut muistelija kertoo *Harjamäki muistoissamme* -kirjassa, että mielenterveysalalle hakeutuminen tapahtui mielisairaalassa käydyn harjoittelujakson jälkeen. 1960-luvulla sairaanhoitajaksi valmistunut naishoitaja kuvailee kirjassa, kuinka hän oli ollut huolissaan uravalinnastaan, sillä mikään sairaanhoidon alue ei ollut herättänyt hänessä kiinnostusta. Harjamäessä suoritettua harjoittelujakson jälkeen mielenterveysala alkoi kuitenkin heti tuntua omalta.¹⁰⁶

Kun aineistosta nousseita alalle hakeutumisen syitä vertaillaan muihin hoitajien muistelmia käsitteleviin teoksiin, voidaan havaita, että alalle lähtemisen taustalta löytyy osittain samoja syitä. Eija Kujalan toimittamassa *Lähellä ihmistä* -kirjassa 14 entistä sairaanhoitajaa muistelee omaa työuraansa hoitoalalla. Suurin osa heistä on muistellut myös sitä, miten he päätyivät hoitoalalle 1950–1970 lukujen välisenä aikana. Kujalan muistelijoiden kertomuksissa

¹⁰³ H10 29.8.2018.

¹⁰⁴ H10 29.8.2018.

¹⁰⁵ Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 117.

¹⁰⁶ Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 167.

korostuvat etenkin seuraavat syyt: lähiomaisen sairaus¹⁰⁷, jonka seurauksena oli saatu konkreettinen kosketus hoitajan ammattiin, oma sairastelu esimerkiksi lapsena¹⁰⁸ sekä vanhemman tai jonkun muun perheenjäsenen työskentely hoitoalalla, jolloin ammatti tullut tutuksi jo lapsuudessa¹⁰⁹. Kun näitä alalle lähtemisen syitä vertaillaan omasta aineistostani esille nouseviin syihin, voidaan havaita sekä yhtäläisyyksiä että eroja. Läheisen sairaus ja sen vaikutus hoitoalalle suuntautumisessa nousi esille myös omassa aineistossani, mutta ei läheskään niin merkittävästi kuin Kujalan aineistossa¹¹⁰. Sen sijaan omasta aineistostani ei noussut esille yhtäkään tapausta, jossa muistelijalla olisi perustellut alalle suuntautumistaan omalla sairastelulla tai vanhempien näyttämällä esimerkillä. Omassa aineistossani korostui vanhempien näyttämän esimerkin sijaan muiden läheisten – ystävien, sukulaisten, tuttavien – näyttämä esimerkki ja kannustus alalle.

Mielisairaaloille harjoittelijat olivat ennen kaikkea työvoimaa. Harjoittelijoiden kuului olla aktiivisia ja aloitteellisia, mutta erityisiä taitoja heiltä ei vaadittu, sillä työtehtävät olivat hyvin yksinkertaisia. 1950-luvun lopulla Harjamäessä harjoittelun suorittaneen mieshoitajan (H7) mukaan harjoittelijalle kuuluivat kaikki ne tehtävät, joita kukaan muu ei halunnut tehdä. Tällaisia tehtäviä olivat esimerkiksi fyysisesti raskaat tehtävät, kuten potilaiden kylvettäminen ja saunottaminen¹¹¹. Vielä 1950-luvun lopulle tullessa mielisairaaloissa ei ollut erillisiä siivoojia tai sairaala-apulaisia, minkä takia siivoaminen kuului hoitajille, vippareille ja etenkin harjoittelijoille¹¹². Vanhastaan ajateltiin, että hyvä hoito alkaa perusasioista, kuten puhtaudesta ja siististä ympäristöstä. Siisteyden uskottiin edistävän potilaiden hyvinvointia, minkä takia osastot ja potilaiden oleskelutilat pidettiin hyvässä kunnossa.¹¹³ Mielisairaanhoidosta kertovan oppikirjan kirjoittaneen Lyyli Kinnusen mukaan ympäristön vaikutusta potilaiden mielentilaan ja parantumismahdollisuuksiin ei saanut väheksyä myöskään siitä syystä, että sairaalasta tuli koti monelle potilaalle. Tästä syystä osastoista piti pyrkiä tekemään kodikkaita ja siistejä.¹¹⁴

¹⁰⁷ Kujala 2011, 25, 37 & 67.

¹⁰⁸ Kujala 2011, 13.

¹⁰⁹ Kujala 2011, 73, 101, 127 & 139.

¹¹⁰ Kujalalla oli 14 muistelijaa, joista kolme mainitsee alalle suuntautumisen syyksi läheisen ihmisen sairauden. Minun aineistoni koostuu huomattavasti useammasta muistelijasta, mutta minun aineistossani vain kaksi henkilöä mainitsi alalle suuntautumisen syyksi lähiomaisen sairauden. Kujala 2011, 25, 37, 67; H2 19.6.2018, H6 23.7.2018.

¹¹¹ H7 30.7.2018.

¹¹² H5 19.7.2018; H7 30.7.2018; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 73-74, 109, 123, 159 ja 185.

¹¹³ Kontio 2015, 67; Robinson 1967, 114.

¹¹⁴ Myös niin ikään mielisairaanhoidosta oppikirjan kirjoittanut Alice M. Robinson painottaa, että siisteys on osa potilaiden hoitoa siinä missä muutkin hoidot, ja että osasto on potilaan koti. Robinson 1967, 114-17; Kinnunen 1954, 38.

Yksinkertaiseltakin kuulostavat tehtävät oli mahdollista tehdä väärin. Esimerkiksi potilasvuoteet piti pedata niin, että päiväpeitteiden kuviot ja raidat sattuivat sentilleen ojennukseen ja liinavaatevarastossa pinojen kuului olla suorassa linjassa.¹¹⁵ Varsinaista perehdytystä harjoittelijat harvemmin saivat, vaan tehtävät tuli omaksua hoitajien työskentelyä seuraamalla ja mallioppimalla¹¹⁶. Toisaalta perehdytys ei välttämättä ollut edes tarpeellinen. 1960-luvun alussa harjoittelijaksi pestautunut naishoitaja kommentoi harjoittelijan tehtäviä seuraavasti: ”ei siinä tohtorin tutkintoo tarvittu kun ne oppi ne hommat”¹¹⁷. Samoilla linjoilla oli niin ikään 1960-luvulla harjoittelun suorittanut mieshoitaja (H5), jonka mukaan harjoittelijan tehtävät oppi viikossa. Koulutuksen edellyttämä harjoittelu-aika oli kuitenkin puoli vuotta, eikä siitä käynyt valittaminen.¹¹⁸

Mielisairaanhoidajien koulutus uudistettiin ja yhtenäistettiin vuonna 1968. Ennen koulutus uudistusta mielisairaanhoidajakoulutukseen pyrkivän tuli suorittaa puolen vuoden mittainen harjoittelu valtionapua nauttivassa mielisairaalassa. Alun perin harjoittelua ei pidetty pakollisena, mutta se vakiintui käytännöksi jo 1930-luvulla.¹¹⁹ Haastattelemistani muistelijoiden yhteensä viisi aloitti opiskelunsa ennen vuoden 1968 koulutus uudistusta eli heidän täytyi suorittaa tuo puolen vuoden harjoittelu, mikäli he mielivät hakea mielisairaanhoidajakouluun. Harjoittelun avulla pyrittiin karsimaan alalle sopimattomat hakijat¹²⁰. Harjoittelijat valittiin kansakoulutodistuksen, lääkärintodistuksen sekä erillisen suosittelijan lausunnon perusteella¹²¹. Onnistuneesti suoritettua harjoittelun jälkeen hakija sai työtodistuksen sekä ylihoitajan kirjoittaman suosituksen, mikä ei kuitenkaan ollut itsestäänselvyys – esimerkiksi alkoholi- tai lääkeongelmat eväsivät suosituksen välittömästi, myös huono käytös saattoi evätä suosituksen¹²².

Hoitotyöhön ja etenkin sairaanhoidajien ammattiin liitettiin pitkään sellaisia piirteitä, kuten äidillisyyttä, auttavaisuutta sekä uhrautuvaisuutta. Ylilääkäreille ja ylihoitajalle ammattitaitoa tärkeämpiä seikkoja saattoivatkin olla hoitajaksi pyrkivän sopiva persoonallisuus sekä

¹¹⁵ H5 19.7.2018; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 123.

¹¹⁶ H4 12.7.2018; H5 19.7.2018; H7 30.7.2018; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 73.

¹¹⁷ H3 26.6.2018.

¹¹⁸ H5 19.7.2018.

¹¹⁹ Harjoittelijatilannetta 1930-luvulla selvittäneen Mikkelin piirimielisairaalan ylilääkäri Y.K. Suomisen mukaan järjestelmän lakkauttaminen olisi tarkoittanut yhden markan nousua hoitopäiväkustannuksissa. Suomisen mukaan ”mielisairaanhoidon etu vaatii hyvää hoitajiston koulutusta, mikä taas edellytti harjoittelua”. Törrönen 1978, 59; Seppinen 1977, 194.

¹²⁰ Seppinen 1977, 182; Jaakkonen 2017, 44.

¹²¹ Seppinen 1977, 182; Törrönen 1978, 33; Jaakkonen 2017, 44.

¹²² H3 26.6.2018.

luonne¹²³, mikä osaltaan selittää sitä, että harjoittelijan luonne ja käytös olivat tarkkailun alaisina. Tämä käy ilmi myös tutkimusajankohtana julkaistuista mielisairaanhoitoa käsittelevistä oppikirjoista. Oppikirjojen mukaan mielenterveysalalle pyrkivältä edellytettiin monia hyväksi katsottuja luonteenpiirteitä: piti olla myötätuntoinen ja ystävällinen, mutta samaan aikaan myös rauhallinen ja varma, jotta pystyi herättämään potilaassa luottamuksen. Hoitajaksi pyrkivän tuli olla kärsivällinen ja hänen tuli omata hyvä itsehillintä, jotta hän pystyi säilyttämään auktoriteettiasemansa osastolla.¹²⁴ *Mielisairaanhoito* -oppikirjan kirjoittaneen Lyyli Kinnusen mukaan hoitajan tuli aina olla ”voimakkaampi kahdesta, ei fyysisesti, vaan henkisiltä ominaisuuksiltaan”, voidakseen auttaa potilasta tämän sairauden kanssa.¹²⁵ Mielisairaanhoitajiksi pyrkivien psykologiset soveltuvuuskokeet yleistyivät 1960-luvun puolivälissä – vain muutamia vuosia ennen perusteellista koulutus uudistusta. Kokeiden avulla haluttiin selvittää hakijoiden luonteenpiirteitä ja niiden soveltuvuus mielisairaanhoitajan ammattiin.¹²⁶

Lääkintöhallitus oli suosittanut harjoittelukäytännön lakkauttamista jo vuonna 1936, mutta koska siitä ei ollut sairaanhoidollista haittaa, järjestelmä pysyi ennallaan aina 1960-luvulle saakka¹²⁷, jolloin Lääkintöhallitus seuraavan kerran kiinnitti siihen huomiota. Vuonna 1965 käytyjen neuvotteluiden seurauksena sovittiin järjestelyistä, joiden seurauksena mielisairaalat vapautuisivat harjoittelijatyövoimasta vuoteen 1970 mennessä.¹²⁸ Harjamäen sairaalan toimintakertomuksista käy ilmi, että viimeiset harjoittelijat päättivät harjoittelunsa ennen vuoden 1969 loppua. Osa jätti harjoittelun kesken, sillä se ei ollut enää kouluun hakemisen edellytys. Harjoittelijamäärän korvaamiseksi sairaala joutui esittämään noin kymmenen uuden viran- tai toimenhaltijan palkkaamista, jotta puuttuva työpanos saataisiin korvattua. Osalle ehdotetuista viroista ei kuitenkaan saatu valtiovallan tukea, minkä takia kaksi osastoa jouduttiin pitämään suljettuna koko vuoden 1970 ajan.¹²⁹

Vaikka harjoittelukäytäntö päättyikin, kouluttamattoman hoitohenkilökunnan eli vipparien palkkaaminen jatkui edelleen. Vipparina työskenteleminen tarjosi monelle alalla päätyneelle ensimmäisen kosketuksen mielisairaalassa työskentelyyn. Käsitteenä ”vippari” oli tunnettu jo

¹²³ Selin 2018, 287-298.

¹²⁴ Kinnunen 1954, 69-70; Robinson 1967, 12.

¹²⁵ Kinnunen 1954, 70.

¹²⁶ Jaakkonen 2017, 69.

¹²⁷ Törrönen 1978, 59.

¹²⁸ Törrönen 1978, 59 & 147.

¹²⁹ Pohjois-Savon mielisairaanhuoltopiirin kuntainliiton omistamien Harjamäen A- ja B-sairaaloiden sekä mielenterveystoimistojen toimintakertomus 1969, 1970.

harjoittelijakäytännön aikana, sillä monet varsinaisen harjoittelun suorittaneet jatkoivat työskentelyä vippareina¹³⁰. Näin kertoi esimerkiksi 1950-luvun lopulla harjoittelun suorittanut mieshoitaja (H7), jota ylihoitaja oli onnistuneen harjoittelun jälkeen pyytännyt jäämään mielisairaanhoidajan sijaiseksi. Mieshoitaja kertoi työskennelleensä vipparina vuoden verran ja haki sitten seuraavana keväänä mielisairaanhoidajakouluun¹³¹. Samoin kertoi toinenkin Harjamäessä harjoittelun suorittanut mieshoitaja (H5), joka maaliskuussa päättyneen harjoittelun jälkeen työskenteli vipparina aina seuraavaan syksyyn ja sairaanhoitajakoulun alkuun saakka¹³². Hyvin hoidetut työt takasivat sen, että töitä oli tarjolla jatkossakin, esimerkiksi kesäisin ja muina loma-aikoina¹³³.

Muistelijoista selvä enemmistö kouluttautui harjoittelijana tai vipparina työskentelyn jälkeen mielisairaanhoidajaksi. Mielisairaanhoidajien koulutus oli selvästi lyhyempi, sillä ennen vuotta 1968 se kesti vuoden ja koulutusuudistuksen jälkeen puolitoista vuotta¹³⁴. Mielisairaanhoidajakouluun oli mahdollista hakea myös suppeamman koulutusohjelman turvin, kun taas sairaanhoitajakouluun pyrkiviltä edellytettiin vähintään keskikoulua. 1960-luvulla suuri osa sairaanhoitajaksi pyrkivistä oli suorittanut myös ylioppilastutkinnon, minkä takia kilpailu opiskelupaikoista oli kovaa.¹³⁵ Opiskeluiden jälkeen selvä enemmistö palasi valmiina hoitajana töihin Harjamäkeen. Entuudestaan tutuille työntekijöille järjestyi helposti töitä, osa sai vakituisen viran heti koulusta valmistumisen jälkeen.¹³⁶ Myös palaamisen helppous houkutteli monia – sairaala ja työkaverit olivat ehtineet tulla monelle tutuksi jo harjoittelijana tai vipparina työskennellessä, minkä takia palaaminen tuntui helpolta: ”*se oli helppo sujahtaa sinne takaisin*”¹³⁷.

Osa muistelijoista kertoi, että palaamispäätökseen vaikutti myös halu palata kotiseudulle ja lähemmäs perhettä sekä omaisia¹³⁸. Vaikka palaaminen tuttuun sairaalaan olikin toisaalta helppoa, uusi asema sairaalan sisäisessä hierarkiassa synnytti myös yhteentörmäyksiä:

¹³⁰ Vippareista käytettiin myös nimitystä ”sijaishoitaja”. H7 30.7.2018; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016 63, 99, 105, 124, 159, 205.

¹³¹ H7 30.7.2018.

¹³² H5 19.7.2018.

¹³³ H5 19.7.2018; H8 8.8.2018; H10 29.8.2018.

¹³⁴ Seppinen 1977, 182 ja 194.

¹³⁵ Selin 2018, 287.

¹³⁶ H3 26.6.2018; H4 12.7.2018; H6 23.7.2018; H8 8.8.2018; H9 15.8.2018; H10 31.8.2018; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 68, 75, 105, 109, 125, 159, 185, 193, 205, 224.

¹³⁷ H6 23.7.2018.

¹³⁸ H2 19.6.2018; H3 26.6.2018; H5 19.7.2018.

- H3:** Mutta Elli Kaijansinkko arvosti sitä Tampereelta valmistunutta hoitajaa (,) ja niiden tyttöjen piti vaan suostua siihen mutta joku sanoi (,) kuulin jälestäpäin joku oli sanonut että eihän se oo ees oikee sairaanhoitaja [**naurahtaa**].
- AV:** Jaaha (,) mikähän siinä on ollu perusteena sitten?
- H3:** No se kun minä olin ollu mielurina siellä aikasemmin niin sitten mä tulenkin osastonhoitajaks sinne kaiken jälkeen -- --
- AV:** Niin joo.
- H3:** Niin ei se oo ees oikea sairaanhoitaja [**naurahtaa**].
- AV:** Niin.
- H3:** Mutta minä en sellasista välittäny.¹³⁹

1960-luvulla sairaanhoitajaksi kouluttautuneen naishoitajan (H3) mukaan joidenkin henkilökunnan jäsenten oli vaikeaa sulattaa sitä, että entinen mielisairanhoitaja työskenteli sairaanhoitajaksi kouluttautumisen jälkeen osastonhoitajana. Naishoitajan mukaan silloinen ylihoitaja Elli Kaijansinkko antoi kuitenkin arvoa sairaanhoitajille, jotka olivat aiemmin työskennelleet mielisairanhoitajina.¹⁴⁰ Mielisairaaloissa vallitsi tuohon aikaan vielä tiukka hierarkia. Tämä naishoitajan kertoma esimerkki viittaa siihen, että hierarkiassa ylöspäin nouseminen oli haastavaa. Käsittelen sairaalan sisäistä hierarkiaa ja hoitohenkilökunnan välisiä vuorovaikutussuhteita luvussa 3.1.

¹³⁹ H3 26.6.2018.

¹⁴⁰ H3 26.6.2018.

3 Hoitohenkilökunnan väliset vuorovaikutussuhteet

3.1 Sairaalan hierarkia

Mielisairaalat olivat koko niiden historian ajan hyvin hierarkkisia yhteisöjä. Ylimpänä sairaalan hierarkiassa oli lääkäri, myöhemmin ylilääkäri, joka toimi myös sairaalan johtajana¹⁴¹. Tutkimusajankohtana Harjamäen A-sairaala ehti johtaa kolme eri ylilääkärinä. Pisimpään virkaa hoiti vuonna 1970 aloittanut Eino Venäläinen, joka toimi sairaalan johtavana ylilääkärinä aina vuoden 1989 loppuun saakka. B-sairaalan ylilääkärinä toimi sairaalan avaamisesta lähtien Paavo Antikainen.¹⁴² Henkilöstöhallinnosta vastasi ylihoitaja, jonka alaisuudessa työskenteli koko sairaalan hoitohenkilökunta. Ylihoitajilla oli kautta mielisairaaloiden historian paljon valtaa, he huolehtivat yleisestä järjestyksestä ja valvoivat, että lääkärien määräyksiä noudatettiin. Ylihoitajat näyttivät myös omalla toiminnallaan esimerkkiä muulle henkilökunnalle. Vielä 1960-luvulla ylihoitajan valvova silmä ulottui jopa hoitohenkilökunnan yksityiselämään ja vapaa-ajan viettoon.¹⁴³ 1960-luvun alkupuolella Harjamäessä harjoittelijana ollut naishoitaja muistelee, että esimerkiksi tansseihin tai iltamiin menemisestä piti sopia aina ylihoitajan kanssa erikseen¹⁴⁴. Harjamäen A-sairaalan pitkäaikaisena ylihoitajana toimi Elli Kaijansinkko, jota muistelijat niin haastatteluissa kuin *Harjamäki muistoissamme* –kirjassa muistelevat lämmöllä¹⁴⁵.

Harjamäessä – kuten muissakin Suomen mielisairaaloissa – sairaalan sisäinen hierarkia ilmeni muun muassa arvoasteikossa ylempänä olleiden kunnioittamisena sekä teitittelynä¹⁴⁶. Teitittely oli Harjamäessä yleistä vielä 1960-luvulla, mutta pikkuhiljaa tämä käytäntö alkoi murtua.¹⁴⁷ Mielisairaanhoidajana työskennelleen mieshoitajan (H7) mukaan lääkärit olivat herroja ja rouvia vielä 1970-luvulle saakka, mutta poikkeuksiakin oli. Osastonlääkärinä ja myöhemmin myös yhtenä ylilääkäreistä – ei johtavana ylilääkärinä – työskennellyt Mauri Eerola oli yksi

¹⁴¹ Harjamäen sairaalan, silloisen Siilinjärven piirimielisairaalan, toimintakertomuksissa toinen lääkäri mainitaan ensimmäisen kerran vuonna 1940. Vakinainen alilääkärin virka mainitaan kuitenkin vasta vuoden 1948 vuosikertomuksessa. Siilinjärven piirimielisairaalan vuosikertomus vuodelta 1940, 1948.

¹⁴² Christer Sourander hoiti ylilääkärin tehtäviä elokuuhun 1960, hänen jälkeensä virkaan astui Panu Hakola, joka toimi ylilääkärinä vuoden 1969 loppuun. Pohjois-Savon mielisairaanhuoltopiirin kuntainliiton omistamien Harjamäen A- ja B-mielisairaaloiden sekä mielenterveystoimistojen toimintakertomukset vuosilta 1960-1989.

¹⁴³ Nikkonen 1993, 46; Kaarninen & Kaarninen 1990, 115; Törrönen 1978, 31-32; Kraatari & Vähä 1975, 106.

¹⁴⁴ Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 224.

¹⁴⁵ H3 26.6.2018; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 43-44, 73, 123.

¹⁴⁶ Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 147, 185; Leskinen 2007, 117; Nikkonen 1993, 34, 40.

¹⁴⁷ H2 19.6.2018; H7 30.7.2018.

niistä Harjamäen lääkäreistä, joka teki oma-aloitteisesti sinunkaupat hoitajien kanssa¹⁴⁸. Teittitelyn lisäksi sairaalan hierarkia ilmeni käytäntöinä, jotka erottelivat sairaalan eri henkilöstöryhmät toisistaan, esimerkiksi sairaalan ruokasalissa lääkärit, hoitajat, opiskelijat ja harjoittelijat ruokailivat omissa pöydissään¹⁴⁹:

H3: No sitten se että mitenkä nämä välit (,) välit olivat no silloin harjotteluajalta minä muistan sen että (,) että sairaanhoitajat olivat omaa luokkaansa he oli siellä hierarkian yläpuolella (,) ja ne pitivät yhtä ja pitivät omat kokkousensa ja seurustelivat keskenään (,) vapaa-ajalla ja sitten tuota mielisairaanhoitajilla oli oma köörinsä oma kahvi- kahviseuraa
-- --

AV: Joo.

H3: Sairaanhoitajat joi omassa porukassaan mielisairaanhoitajat omassa porukassaan ja sairaala-apulaiset joivat liinavaatevarastossa.

AV: Voi ei [**naurahtaa**].

H3: [**naurahtaa**] Kolmekin kahviporukkaa osastollaan ja tuota harjoittelija joskus pääsi sairaala-apulaisten kahviporukkaan sai liinavaatevarastossa käydä hörppäämässä juomassa kahvit.¹⁵⁰

Hierarkkiset rakenteet ulottuivat jopa vapaa-ajan ja yksityiselämän puolelle. Erillisistä kahviporukoista kertoneen naishoitajan (H3) mukaan oli yleistä, että saman ammattiryhmän edustajat seurustelivat myös vapaa-ajalla keskenään¹⁵¹. Myöhemmin nämä näkymättömät raja-aidat alkoivat kuitenkin kaatua. Ajan myötä syntyivät ensimmäiset sairaanhoitajamielisairaanhoitaja avioliitot, jotka tosin järkyttivät joitakin tahoja¹⁵². Harjamäessä järjestettiin paljon harrastus- ja urheilutoimintaa, saunailtoja ja erilaisia juhlia, jotka olivat avoimia kaikille – ammatista riippumatta¹⁵³. Eräs sairaanhoitajana työskennellyt mieshoitaja (H5) kertoi jopa kuuluneensa mielisairaanhoitajien ammattiliittoon, koska se järjesti jäsenistölleen enemmän urheilutoimintaa kuin sairaanhoitajien liitto.¹⁵⁴ *Harjamäki muistoissamme* -kirjassa AY-toiminnasta kirjoittaneen muistelijan mukaan eri

¹⁴⁸ H7 30.7.2018.

¹⁴⁹ Tämä sama käytäntö lienee ollut vallalla muissakin mielisairaaloissa, ainakin Moision sairaalan historiikissa kerrotaan samasta käytännöstä. Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 109; Leskinen 2007, 117-118.

¹⁵⁰ H3 26.6.2018.

¹⁵¹ Naishoitajan mukaan näin tapahtui ainakin 1960-luvulla. H3 26.6.2018.

¹⁵² H3 26.6.2018; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 147.

¹⁵³ H5 19.7.2018; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 180.

¹⁵⁴ Mieshoitajan mukaan myös monet muut miessairaanhoitajat kuuluivat samaan liittoon juuri samoista syistä. H5 19.7.2018.

ammattiyhdistykset tekivät Harjamäessä poikkeuksellisen tiivistä yhteistyötä yli liittorajojen. Muistelijan mukaan se oli osoitus ”*Harjamäen hengestä*”.¹⁵⁵

Etenkin 1950-luvun lopulla ja 1960-luvulla Harjamäessä aloittaneiden muistelijoiden kertomuksissa korostuu sairaalassa vallinnut hierarkia. Muistelijoiden kertomasta käy ilmi, että kouluttamattomat harjoittelijat ja vipparit olivat sairaalan sisäisessä hierarkiassa alimmaisina ja tämä myös osoitettiin heille.¹⁵⁶ 1960-luvun lopulla Harjamäessä harjoittelijana aloittanut mieshoitaja (H4) muisteli, kuinka hänet toisena harjoittelupäivänä laitettiin syöttämään potilasta, josta jo päälle päin näki, että tämä oli kuollut. Mieshoitajan mukaan hänen oli jälkepäin erittäin vaikeaa löytää kunnioitusta joitakin hoitajia kohtaan.¹⁵⁷ Ikävien työtehtävien teettämisen lisäksi harjoittelijoita myös juoksutettiin sopivan tilanteen tullen:

H5: -- ei siinä vanhemmat miesmielisairaanhoidajat ni (,) kuhan olivat [**naurahtaa**] ja sitten tulivat jottai että menepäs sinä (,) tuli tästäkin mieleen semmonen asia kun (,) ensimmäisiä päiviä olin siellä niin (,) siinä päiväsalissa oli aina henkilökunnan kahvit.

AV: Ymm.

H5: Niin tuota istuttiin siinä kahvilla ja minä olin siinä takimmaisessa nurkkauksessa ni ovikello soi ja (,) vanha mielisairaanhoidaja siitä (,) minulle sano että oletkos sinä oletkos sinä koskaan lukenut sellaista kirjaa että kenelle kellot soivat.

AV: Joo.

H5: Siitä ties että piti lähtee aukasemmaan ovi vaikka oli siinä kaikkein vaikeimmassa paikassa [**naurahtaa**].¹⁵⁸

Uudet tulokkaat sosiaalistettiin nopeasti osaksi hierarkiasta sairaalayhteisöä. Vanhemmat hoitajat saattoivat toisinaan olla hyvinkin ilkeitä uusia tulokkaita kohtaan. Ilmiö oli ilmeisen yleinen myös muissa mielisairaaloissa. Kupittaaan mielisairaalan hoitajien elämää tutkineen Päivi Sandellin mukaan myös Kupittaalla osa vanhoista mielisairaanhoidajista käyttäytyi ikävästi nuoria tulokkaita kohtaan. Vuosien saatossa ilmapiiri kuitenkin keveni, kun vanhempi hoitohenkilökunta eläköityi ja tilalle tuli nuorempaa väkeä.¹⁵⁹ Seinäjoella mielisairaanhoidajakoulun käyneen naishoitajan (H2) mukaan hierarkkisia rakenteita ylläpitivät kuitenkin myös nuoret hoitajat. Naishoitaja muisteli, kuinka Seinäjoella ollessa etenkin vastavalmistuneet mielisairaanhoidajat kohtelivat opiskelijoita ikävästi. Naishoitaja

¹⁵⁵ Muistelija kertoo esimerkkinä työtaistelusta, jossa työnantaja yritti jatkaa iltavuoroa klo 22 saakka.

Hoitohenkilöstö kuitenkin vastusti muutosta niin, että henkilöstö sopi keskenään omat työvuoronsa, joita he noudattivat vajaan kuukauden ajan. Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 148.

¹⁵⁶ H2 19.6.2018; H3 26.6.2018; H4 12.7.2018; H5 19.7.2018; H7 30.7.2018; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 73, 147, 185.

¹⁵⁷ H4 12.7.2018.

¹⁵⁸ H5 19.7.2018.

¹⁵⁹ Sandell 2001, 52.

arveli, että nämä kyseiset hoitajat olivat todennäköisesti itse saaneet kurjaa kohtelua opiskeluaikanaan ja tämän takia he laittoivat pahan kiertämään.¹⁶⁰

Vaikka 1950-luvun lopulla ja 1960-luvulla Harjamäessä aloittaneet muistelijat joutuivat kohtaamaan tiukan sairaalahierarkian, kokivat he, että ajan kanssa käytännöt kuitenkin muuttuivat. Teitittelystä luovuttiin, eri ammattiryhmien välinen kanssakäyminen vapautui, mielisairaanhoidajien työtehtävät monipuolistuivat, minkä lisäksi heille alettiin jakaa myös enemmän vastuuta potilaiden hoidosta¹⁶¹. Edistyneimmillä osastoilla potilaiden hoidosta päättävään työryhmään kuuluivat sairaanhoitajat, mielisairaanhoidajat ja jopa sairaalapulaiset. Yleensä ottaen työolojen koettiin muuttuvan demokraattisemmiksi vuosien kuluessa, myös ammattiyhdistystoiminta aktivoitui 1960-luvulla. On vaikea nimetä vain yhtä vuotta tai vuosia, jolloin tavat alkoivat muuttua ja hierarkkiset rakenteet murtua. Muistelijoiden kertoman perusteella voidaan kuitenkin todeta, että muutokset alkoivat pikkuhiljaa 1960-luvun lopulla ja jatkuivat aina 1980-luvulle saakka.¹⁶²

Tästä muutoksesta kieli myös se, että 1970-luvun lopulla ja 1980-luvulla vippareina aloittaneet muistelijat kokivat, että heidät otettiin sairaalassa hyvin vastaan¹⁶³. Näiden muistelijoiden kertomasta ei enää kuvastu yhtä ankara sairaalahierarkia kuin aiemmin sairaalassa aloittaneiden muistelijoiden kertomasta. 70-luvun lopulla B-mielisairaalassa vipparina aloittaneen naishoitajan (H8) mukaan hänet otettiin osastolla hyvin vastaan. Myös muut 70-luvun lopulla ja 80-luvulla vippareina aloittaneet muistelijat kokivat, että heidät otettiin hyvin mukaan porukkaan, ja että heidän mielipiteitään oli jopa väliä. Näin oli esimerkiksi osastolla 23, jolla noudatettiin niin kutsuttua yhteisohdollista ideologiaa. Kyseisellä osastolla vipparina aloittaneen naishoitajan (H3) mukaan osastolla ajateltiin, että jokaisella työntekijällä – sekä potilaalla – oli tärkeä roolin osaston toiminnassa.¹⁶⁴

3.2 Eri ammattiryhmät työyhteisössä

Mielisairaaloitten hoitohenkilökuntarakenne pysyi pitkälti muuttumattomana aina 1950-luvulle saakka. Ylihoitajan ja osastonhoitajien virkoja hoitivat sairaanhoitajat, osastoilla työskentelivät mielisairaanhoidajat sekä kouluttamattomat vipparit ja harjoittelijat. Vaikka

¹⁶⁰ H2 19.6.2018.

¹⁶¹ Ks. enemmän luku 3. Lepo, lämpö ja lääke – hoidon ja hoitokäytänteiden kehitys Harjamäessä.

¹⁶² H2 19.6.2018; H3 26.6.2018; H4 12.7.2018; H5 19.7.2018; H7 30.7.2018; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 101, 147–148, 180.

¹⁶³ H6 23.7.2018; H8 8.8.2018; H9 15.8.2018; H10 30.8.2018.

¹⁶⁴ H6 23.7.2018.

mieshoitajia oli mielisairaaloissa selvästi vähemmän kuin naishoitajia, olivat mieshoitajat järjestyksen pidon kannalta välttämättömiä, etenkin levottomilla osastoilla. Mielisairaanhoidajat olivat pitkään suurin ammattiryhmä mielisairaaloissa.¹⁶⁵ 1950- ja 1960-luvulta lähtien erilaiset hoitotyön virat alkoivat yleistyä, ja samalla sairaanhoitajien määrä mielisairaaloissa alkoi kasvaa. Ensin tulivat sairaanhoitajat ja myöhemmin psykiatriset erikoissairaanhoidajat, jotka toimivat käytännössä aina osastonhoitajan tai apulaisosastonhoitajan tehtävissä.¹⁶⁶

Psykiatrisen hoitotyön kehittyessä mielisairaaloihin alettiin palkata myös muiden kuin psykiatrisen alan työntekijöitä¹⁶⁷. Harjamäen sairaala sai ensimmäiset röntgen- ja laboratoriohoitajansa vuonna 1956¹⁶⁸ ja leikkaussali-, opetus- sekä sosiaalihoitajat vuonna 1959¹⁶⁹. Psykologit alkoivat yleistyä mielisairaaloissa 1950-luvulta lähtien. Harjamäen ensimmäinen psykologi aloitti hiukan muita mielisairaaloita myöhemmin vuonna 1960.¹⁷⁰ Psykologien työnkuva muodostui alkuun potilaiden yksilötestauksista, mutta pian he alkoivat toteuttaa ryhmäterapiaistuntoja sekä suunnitella yksilöterapiaa yhdessä lääkäreiden kanssa¹⁷¹. Myös sairaala-apulaisten määrä mielisairaaloissa alkoi kasvaa, minkä seurauksena osastojen siivous- ja huoltotehtäviin saatiin apua¹⁷². Ennen sairaala-apulaisten yleistymistä, osastojen siisteydestä ja potilaiden ruokailusta huolehtiminen olivat olleet mielisairaanhoidajien tehtäviä¹⁷³.

Pidemmän koulutuksen käyneiden sairaanhoitajien työtehtävät olivat monipuolisemmat kuin mielisairaanhoidajien. Mielisairaanhoidajat eivät esimerkiksi vielä 1960-luvulla saaneet jakaa lääkkeitä tai pistää injektioita, vaan nämä tehtävät kuuluivat sairaanhoitajille. 1970-luvulla tilanne kuitenkin muuttui, kun mielisairaanhoidajia alettiin toimipaikkakouluttaa, jonka myötä he saivat oikeuden injektoiden pistämiseen ja lääkkeiden jakamiseen.¹⁷⁴ Vaikka

¹⁶⁵ Tuovinen 2009, 259; Leskinen 2007, 118; Vahvaselkä 1976, 139.

¹⁶⁶ Tuovinen 2009, 259; Leskinen 2007, 118; Sandell 2001, 33-34; Nikkonen 1993, 42.

¹⁶⁷ Kaarninen & Kaarninen 1990, 185-186.

¹⁶⁸ Siilinjärven piirimielisairaalan toimintakertomus vuodelta 1956.

¹⁶⁹ Pohjois-Savon mielisairaanhoidopiirin kuntainliiton omistaman Harjamäen sairaalan toimintakertomus vuodelta 1959.

¹⁷⁰ Ensimmäiset sairaalapsykologit aloittivat viroissaan Helsingin kaupungin mielisairaaloissa vuonna 1949. Pitkänienemen perustettiin ensimmäinen psykologin virka 1955, Kellokosken sairaalaan 1956 ja Rauhan sairaalaan 1957. Kaarninen & Kaarninen 1990, 185; Tuovinen 1990, 97; Vahvaselkä 1976, 139; Pohjois-Savon mielisairaanhoidopiirin kuntainliiton omistaman Harjamäen sairaalan toimintakertomus vuodelta 1960.

¹⁷¹ Tuovinen 1990, 97. Ks. myös Tuovinen 2009, 251-258; Harjamäki kirjatyoeryhmä 2016, 269-279.

¹⁷² Tuovinen 2009, 259; Leskinen 2007, 120.

¹⁷³ Harjamäki kirjatyoeryhmä 2016, 147.

¹⁷⁴ Ks. enemmän mielisairaanhoidajien kouluttamisesta, lääkkeiden jakamisesta ja injektoiden pistämisestä luvusta 3.2. Lääkehoito – ihmelääkkeet Largactil ja Leponex.

sairaanhoitajia ja muiden eri ammattiryhmien edustajia alkoi tulla lisää mielisairaaloihin, pitkään sairaalassa työskennelleillä mielisairaanhoitajilla, niin kutsutuilla ”vanhoilla hoitajilla”, saattoi olla yllättävän paljon valtaa. Osa heistä oli edennyt jopa osastonhoitajan virkoihin asti.¹⁷⁵ Eräs *Harjamäki muistoissamme* -kirjaan kirjoittanut mielisairaanhoitaja kuvaili näitä vanhoja mielisairaanhoitajia osastonhoitajien ”assistenttihoitajiksi”¹⁷⁶.

Muistelijoiden kertoman mukaan mielisairaanhoitajien ja sairaanhoitajien välit olivat Harjamäessä mutkattomat. Poikkeuksiakin toki esiintyi, eikä eri ammattiryhmien yhteentörmäyksiltä aina välttytty¹⁷⁷, mutta pääasiassa toimeen tultiin hyvin. Yhtenä syynä hyviin väleihin pidettiin sitä, että 1970-luvulta lähtien mielisairaanhoitajien ja sairaanhoitajien työnkuvat yhtenäistyivät paljon, kun mielisairaanhoitajat alkoivat saada lisää vastuuta potilaiden hoidossa. Muistelijoiden mukaan mielisairaanhoitajien ja sairaanhoitajien työtehtävät menivät lopulta täysin ristiin – ainakin potilastyössä.¹⁷⁸ Sen sijaan hallinnolliset virat oli edelleen varattu sairaanhoitajille ja erikoissairaanhoitajille. Tässäkin asiassa tosin joustettiin ainakin 1970-luvun lopulla ja 1980-luvulla, kun pätevistä sairaanhoitajista ja erikoissairaanhoitajista oli pulaa¹⁷⁹. Osastonhoitajien loma-aikoina, tilapäisiksi tuuraajiksi pestattiin kokeneita mielisairaanhoitajia¹⁸⁰.

3.3 Sukupolvien välinen kuilu

Eri ammattiryhmien välisten yhteentörmäysten sijaan vaikuttaa siltä, että Harjamäessä törmäyskurssille joutuivat eri sukupolvien edustajat. Muistelijoiden mukaan osa vanhemmista hoitajista ei antanut painoarvoa nuorten tulokkaiden ajatuksille tai ideoille. Muissa sairaaloissa kouluttautuneiden ja työskennelleiden hoitajien näkemykset olivat väistämättä monipuolisempia kuin pelkästään Harjamäessä uransa tehneiden hoitajien. Oulun keskusmielisairaalassa työskennelleen mieshoitajan (H5) mukaan Oulussa oltiin monessa

¹⁷⁵ Nikkonen 1993, 42-43.

¹⁷⁶ Osastonhoitajien suosikit tulevat esille myös Päivi Sandellin Kupittaaan sairaalasta tekemässä tutkimuksessa. Sandellin mukaan tämä suosiminen synnytti eripuraa osastoilla. Harjamäki kirjatyo-ryhmä 2016, 147; Sandell 2001, 66.

¹⁷⁷ Esimerkiksi kokeneemmat mielisairaanhoitajat kokivat, että kokemattomammat sairaanhoitajat eivät aina kuunnelleet tai arvostaneet heidän näkemyksiään esimerkiksi lääkkeiden jakamisessa tai osastotyössä. Ks. enemmän luku 3.2. Lääkehoito – ihmelääkkeet Largactil ja Leponex.

¹⁷⁸ H2 19.6.2018; H3 26.6.2018; H4 12.7.2018; H5 19.7.2018; H7 30.7.2018.

¹⁷⁹ Toimintakertomuksista käy ilmi, että esimerkiksi vuosina 1977, 1978 ja 1979 erikoissairaanhoitajien virkojen sijaisina toimivat sairaanhoitajat ja sairaanhoitajien virkojen sijaisina mielisairaanhoitajat. Pohjois-Savon mielisairaanhuoltopiirin kuntainliiton toimintakertomukset vuosilta 1977–1979.

¹⁸⁰ H2 19.6.2018; H7 30.7.2018; H8 8.8.2018.

asiassa Harjamäkeä edellä, mutta tästä huolimatta hänen esittämänsä ajatukset eivät saaneet vanhemmilta hoitajilta vastakaikua:

H5: No (,) ol se sitten kun tuota (,) kun Oulussa oltiin niinku monessakin asiassa eellä ja kun minä yritin tämmöstä (,) kun siellä oli (,) oli jo esimerkiksi niinku sekaosastoja ja --
--

AV: Joo.

H5: Miehiä ja naisia samalla samoilla osastoilla ja sitten siellä oli semmonen systeemi että niinku henkilökohtaset hoitajat potilailla ja sitä ei ollu Harjamäessä ja minä yritin sitä (,) niin siinä vanhat miehet naureskeli (,) vanhat vanhat mielisairaanhoitajat vaan semmoselle että elä elä poika kyllä me tämä homma tietään paremmin [naurahtaa].

AV: Niin niin että ei ollu oikein vastaanottavia?

H5: Ei ei ollu ollenkaan mutta sitten ne tuli vähän ajan päästä.¹⁸¹

Myös muut muissa sairaaloissa oppia saaneet haastateltavat kertoivat samanlaisista kokemuksista. Lapinlahden sairaalassa mielisairaanhoitajaksi koulutautunut naishoitaja (H3) herätti toiminnallaan ihmettelyä, kun hän Lapinlahdella saamiensa oppien mukaisesti kirjoitti potilaista pitkiä sairaskertomuksia päivittäin – tavallisesti päiväraporttikirjaan merkittiin vain lyhyesti ”ei erikoista”¹⁸². Tiukan sairaalahierarkian takia eriävien mielipiteiden esittäminen tai normeista poikkeaminen ei aina ollut helppoa. Tästä huolimatta kaikki nuoret hoitajat eivät suostuneet vaikenemaan. Kellokoskella harjoittelun suorittanut naishoitaja (H2) ei pelännyt kertoa omaa mielipidettään hoitokäytännöistä:

H2: -- -- tämmönen tapaus minä olin ollu siellä minä menin naisosastolle Kevättömässä ja ja tuota (,) tuota tuota olin ollut muutaman viikon kun sieltä yläkerrasta tuli yks mielisairaanhoitaja joka oli käynyt vanhan koulutuksen ja eikä hänkään nyt voinut olla siellä Kevättömässä eikun siellä B-sairaalassahan se silloin oli hirveän kauan (,) hän tuli ja kysyi siinä päiväsalissa että missäs täällä on se maailman napa.

AV: Joo.

H2: Joo se oli tarkoitettu minulle se asia ja se johtu (,) ja ja sitten kaikki tää meni sitten semmosta semmosta tietoo että tuota siihen aikaan minä uskalsin sanoa että mitä minä oon niinkun mieltä hoidosta tai jostakin tämmösestä tämmösestä (,) kun monikin oli (,) se oli se oli hieno paikka se Kellokoski kun se niinkun avas silmät ja siellä näki minkälaista sen hoidon pitäis olla.¹⁸³

Nuorten ja vanhempien hoitajien ajatusmaailmojen törmäminen käy mielenkiintoisella tavalla ilmi myös debatista, jota käytiin joulukuussa 1974 Harjamäen sairaalan *Viikkotiedotteen* sivuilla. Mielipidetekstinsä ”*Onko terapia vouhotusta?*” ensin julkaissut nuori hoitaja

¹⁸¹ H5 19.7.2018.

¹⁸² H3 26.6.2018.

¹⁸³ H2 19.6.2018.

nimimerkillä ”Opiskelija -74”, valittelee kirjoituksessaan sitä, kuinka toisten eriäville mielipiteille ei anneta arvoa, eikä kritiikkiä muutenkaan sallita. Nuori hoitaja oli kertonut Etelä-Suomen sairaaloissa saamistaan kokemuksista piirustus- ja liikuntapuolen toiminnasta, mutta vanhempi hoitaja oli tyrmännyt nämä ajatukset vetoamalla siihen, että savolaisia sairaita ei sellainen toiminta kiinnosta. Vanhemman hoitajan mukaan kolmen kuukauden työskentelyn jälkeen ei nuori hoitajakaan viitsisi enää yrittää mitään, vaan ”robottimaisuus” valtaisi hänetkin.¹⁸⁴

Tästä mielipidekirjoituksesta selvästi närkästynyt vanhempi hoitaja, nimimerkillä ”Kursilla ollut -52”, julkaisi oman vastineensa seuraavassa Viikkotiedotteessa. Vastineesta ei käy ilmi, onko sen kirjoittanut sama hoitaja, jonka kanssa mielipidekirjoituksen kirjoittanut nuori hoitaja oli keskustellut. Selvää kuitenkin on, että vastineen kirjoittaja on ottanut mielipidekirjoituksen hyvin henkilökohtaisesti. Vastine on osoitettu paitsi mielipidekirjoituksen kirjoittajalle myös nuorille hoitajille yleensä:

”Me vanhat kai emme pysty enää muuhun kuin kukkiin ja varastotyöhön, sehän on hyvä koska teillä ei ole kiinnostusta työhömmme. Sitä samaa kukkahoitoa annamme myös potilaille, rakkautta ja suspraalia kastelun päälle, sieltä varastosta vaatteet.”

Kirjoittaja toteaa myös ironisesti, kuinka 20 vuoden työkokemus ei ilmeisesti paina mitään nuorten hoitajien kaksivuotisen koulutuksen rinnalla, ja tästä syystä he vanhat hoitajat eivät aio puuttua nuorten hoitajien järjestykseen ja toimintoihin.¹⁸⁵ Mielipiteiden vaihto ei jatku enää seuraavissa lehdissä, mutta näistä kahdesta kirjoituksesta voidaan havaita, että eri sukupolvien välillä oli erimielisyyksiä.

3.4 Harjamäki yhteisönä

Harjamäen sairaala oli satojen ihmisten – potilaiden sekä henkilökunnan – muodostama yhteisö. Suuri yhteisö toi mukanaan myös monia haasteita ja ikäviä lieveilmiöitä, kuten edellä olevat esimerkit ovat osoittaneet. Eräs Harjamäessä pitkän työuran tehnyt naishoitaja (H3) tiivistä ajatuksensa toteamalla, että Harjamäessä hän ”oppi ihmissuhteista kaiken hyvän ja pahan”. Naishoitaja kertoi nähneensä sairaalassa paljon juonittelua, selkään puukottamista sekä työntekijöiden keskinäistä kateutta. Lääkärien sekä hoitajien keskuudessa oli paljon kilpailua ja pyrkyryyttä, joka ei naishoitajan mukaan millään tavalla liittynyt siihen, miksi sairaalassa oltiin töissä. Näistä ikävistä lieveilmiöistä huolimatta, naishoitaja kertoi Harjamäen

¹⁸⁴ Viikkotiedote N:o 10, 5.12.1974.

¹⁸⁵ Viikkotiedote N:o 11, 13.12.1974.

olleen hänelle rakas ja tärkeä työpaikka.¹⁸⁶ Sama ilmiö toistuu lukuisten muiden muistelijoiden kertomassa ja kirjoittamassa. Suuren yhteisön mukanaan tuomista haasteista ja lieveilmiöistä huolimatta Harjamäkeä ja sen edustamaa aikaa muistellaan poikkeuksellisen suurella lämmöllä, jopa kaiholla.

Muistelijoiden mukaan Harjamäen sairaala muodosti oman pienen yhteisönsä, joka eli omaa elämäänsä syrjässä muista kylistä ja muutaman kilometrin päässä sijaitsevasta kirkonkylästä. Sairaala-alueella vallinnutta yhteisöllisyyttä edisti ennen kaikkea se, että suuri osa sairaalan henkilökunnasta asui sairaalan alueella tai sen välittömässä läheisyydessä¹⁸⁷, myös harjoittelijoita, vippareita ja opiskelijoita asui sairaala-alueella¹⁸⁸. Vasta 1980-luvulla asetelma kääntyi niin, että suurin osa työntekijöistä asui jossain muualla kuin sairaala-alueella¹⁸⁹. Sairaalan ollessa elinvoimainen ja täydessä toiminnassa, Harjamäestä löytyivät lukuisat peruspalvelut – kauppa, pankki, posti, päiväkotit, hammaslääkäri, kampaaja, suutari¹⁹⁰. Mielisairaanhoidtajana työskennellyt mieshoitajan (H10) mukaan palveluiden ollessa parhaimmillaan, ei Harjamäestä tarvinnut lähteä mihinkään, sillä kaikki tarvittava löytyi sieltä¹⁹¹.

Mielisairaaloiden kehitystä omiksi yhteisöikseen edesauttoi etenkin se, että mielisairaalat oli aikoinaan pyritty sijoittamaan asutuskeskusten ulkopuolelle, mieluiten maaseudulle. Sairaaloiden sijoittamista perusteltiin maaseudun terapeuttisella vaikutuksella, sillä luonnonläheisyyden uskottiin edesauttavan potilaiden paranemista. Toisaalta mielisairaiden kokoaminen omiin yksiköihinsä asutuskeskusten ulkopuolelle palveli myös yhteiskunnan terveitä jäseniä ja heidän rauhaansa.¹⁹² Etäisyys muusta yhteisöstä ja mielisairaaloiden sulkeutuneisuus edesauttoivat ennakkoluulojen ja pelkojen syntymisessä¹⁹³. Mielisairaalan joutuneet leimattiin helposti menetetyiksi tapauksiksi, potilaisiin kohdistunut stigma oli yleensä tiukassa, vaikka potilas olikin jo päässyt pois sairaalasta¹⁹⁴. Ennakkokuulot eivät rajoittuneet vain sairaalan potilaisiin, vaan myös työntekijöitä saatettiin kummeksua ja vierastaa¹⁹⁵. Harjamäessä pitkään asuneen naishoitajan (H2) mukaan ulkopuoliset kauhistelivat

¹⁸⁶ H3 26.6.2018.

¹⁸⁷ Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 86, 151, 207, 211.

¹⁸⁸ H5 19.7.2018; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 68, 74, 105, 123,

¹⁸⁹ H2 19.6.2018; H5 19.7.2018.

¹⁹⁰ H1 13.6.2018; H5 19.7.2018; H7 30.7.2018; H10 31.8.2018; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 211.

¹⁹¹ H10 31.8.2018.

¹⁹² Pietikäinen 2013, 147; Vuorio 2010, 19.

¹⁹³ Leskinen 2007, 26.

¹⁹⁴ H1 13.6.2018; H5 19.7.2018; H9 15.8.2018.

¹⁹⁵ Sandell 2001, 86.

myös sitä, että minkälaisen kasvupaikan sairaala-alue tarjosi henkilökunnan lapsille, ja että minkälaisia niistä lapsista tulisi¹⁹⁶.

Toisensa hyvin tuntenut sairaalan henkilökunta vietti aikaa yhdessä myös työajan ulkopuolella. Eräs mieshoitaja (H9) kuvaili, että Harjamäen hoitohenkilökunta muodosti ikään kuin oman alakulttuurinsa Siilinjärven kylällä. Tällä hän viittasi siihen, että sairaalan henkilökunta seurusteli paljon keskenään vapaa-ajalla – urheiltiin, pelattiin, käytiin tansseissa, välillä lähdettiin myös kapakkaan työporukalla. Moni muistelijä muistelikin erityisellä lämmöllä hyviä työkavereita, joiden kanssa solmittiin ystävyyskäs, joista osa on kantanut näihin päiviin saakka:

H6: -- -- jotenkin se on jäänyt semmosena kauheen sympaattisena ja täynnä inhimillisyyttä olevana yhteisönä mieleen.

AV: Joo.

H6: Kyllä siellä sitten hetkautti myöskin ne (,) hoitajien kohtalot ja ne huomioitiin siinä (,) siinä tuota (,) me tiedettiin mitä toisillemme kuuluu oikeestaan.

AV: Niin että yksityiselämän puoleltakin oikeestaan?

H6: Kyllä.

AV: Tunnettiin ja tiedettiin.

H6: Ja ajateltiin niin että (,) jotenkin minusta siihen yhteisölliseen ajatukseen kuulu myös se että hoitajat ei ole mitään rautarouvia ja herroja vaan (,) vaan tuota ne elää sitä omaa elämäänsä ja pitää niinku (,) jos joku sanoo että minä en nyt jaksa niin se pitää huomioida että annetaan hänelle nyt vähän löysiä.¹⁹⁷

Naishoitajan (H6) mukaan tämä ”löysien antaminen” tarkoitti sitä, että jos työkaverilla oli esimerkiksi hankala vaihe henkilökohtaisessa elämässä, se huomioitiin töissä. Solidaarisuutta ja joustoa osoitettiin esimerkiksi niin, että kyseiselle työkaverille ei annettu sitä kaikista vaikeinta tai uutta potilasta hoidettavaksi.¹⁹⁸ Osalle sairaalassa työskennelleistä näin tiivis yhteisöllisyys on varmasti ollut liikaa ja osa on ehkä tietoisesti halunnut pitää oman henkilökohtaisen elämänsä työelämästä erillään. Moisioin sairaalan historiasta kirjoittaneen Heidi Leskisen mukaan tiiviissä yhteisössä ja yhteisasumisessa oli myös huonoja puolia, kun toisten asioiden tietäminen, juoruilu ja yksityisyyden puute hallitsivat olemista ja elämää¹⁹⁹.

¹⁹⁶ H2 19.6.2018. Lue enemmän mielisairaala-alueilla kasvaneiden lasten kokemuksista esimerkiksi Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 330-351, sekä Kuuva, 2018.

¹⁹⁷ H6 23.7.2018.

¹⁹⁸ H6 23.7.2018.

¹⁹⁹ Leskinen 2007, 115.

4 Hoitohenkilökunnan ja potilaiden väliset vuorovaikutussuhteet

4.1 Hoitohenkilökunnan ja potilaiden välinen ystävyys

Mielisairaaloiden hoitohenkilökunnan työnkuva oli tutkimusajankohtana poikkeuksellisen laaja. Etenkin mielisairaanhoidajat olivat jatkuvassa kontaktissa potilaiden kanssa: he avustivat hoitotoimenpiteissä, auttoivat potilaita kaikissa päivittäisissä askareissa, kuten kylpemisessä, pukemisessa ja syömisessä, järjestivät potilaille viihdyketoimintaa, toimittivat heidän asioitaan ja pitivät yhteyttä omaisiin.²⁰⁰ Hoitajan osaamisesta ja omasta kiinnostuksesta riippuen, tällä saattoi olla myös muita tehtäviä²⁰¹. 1950-luvun puolivälin jälkeen uudet hoitovirtaukset saavuttivat Suomen mielisairaalat, minkä seurauksena myös hoitohenkilökunnan työnkuva laajeni²⁰². Hoitajille avautui mahdollisuus erilaisten terapioiden vetämiseen, minkä lisäksi hoitajat alkoivat toimia myös potilaiden omahoitajina²⁰³. Tiiviin potilastyön sekä pitkien hoitoaikojen seurauksena hoitohenkilökunta sekä potilaat oppivat tuntemaan toisensa.

Hoitohenkilökunnan ja potilaiden välistä kanssakäymistä ja yhteisöllisyyttä lisäsivät myös erilaiset juhlat²⁰⁴ sekä potilasretket, jotka yleistyivät Suomen mielisairaaloissa 1960-luvulta alkaen.²⁰⁵ Osastoille jaettujen vuosittaisten virkistysmäärärahojen avulla tehtiin retkiä sairaalan lähialueille sekä kauemmaksi eri puolille Suomea, jopa ulkomaille asti²⁰⁶. Vaikka virkistystoiminnan ja erilaisten retkien suunnitteleminen ja toteuttaminen vaativat hoitohenkilökunnalta paljon työtä, toivat ne vaihtelua niin potilaiden arkeen. Retket olivat odotettuja ja mielekkäitä tapahtumia. *Harjamäki muistoissamme* -kirjassa potilasretkiä muistellaan lämmöllä, muistelijoiden mukaan retket avasivat uusia näköaloja paitsi potilaille myös hoitohenkilökunnalle. Retkien koettiin lisäävän yhteisöllisyyttä, joidenkin potilaiden

²⁰⁰ Kinnunen 1958, 44-51; Robinson 1967, 121-129. Mielisairaaloiden osastojen päiväjärjestyksestä ks. enemmän esim. Kraatari 1975, 107; Leskinen 2007, 100-102.

²⁰¹ Mieshoitaja (H9) kertoi, että hän oli mukana perustamassa potilaiden kuvataidekerhoa, koska hän oli itse aina ollut kiinnostunut kuvataiteesta. Naishoitaja (H3) taasen kertoi, että hän hoiti omilla välineillään potilaiden jalkoja kuntoon sekä laittoi näiden hiuksia. H3 26.6.2018; H9 15.8.2018. Ks. myös Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 125.

²⁰² Vahvaselkä 1976, 140.

²⁰³ Ks. luku 5.4.

²⁰⁴ Sairaalassa vietettiin juhlia kalenterivuoden mukaan, esimerkiksi vappu ja joulua. Yhteiseen ohjelmaan osallistuivat niin potilaat kuin hoitohenkilökuntakin. Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 128, 163, 175.

²⁰⁵ Törrönen 1982, 128-129; Sandell 2001, 78-80; Leskinen 2007, 111-112; Tuovinen 2009, 183-186.

²⁰⁶ Rahaa myös kerättiin erilaisten myyjäisten ja kirpputoripäivien avulla. Potilasretket suuntautuivat esimerkiksi ympäryskuntiin, isompiin kaupunkeihin, huvipuistoihin, teattereihin. Myös sairaalan oma virkistyspaikka, Räimän entinen koulu Siilinjärvellä, oli suosittu retkikohde. Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 51, 69-70, 128, 156, 163, 187, 227, 238.

mielestä hoitajat käyttäytyivät retkillä rennommin kuin sairaalassa.²⁰⁷ Vaikka potilasretket olivat etukäteen tarkkaan suunniteltuja, poistuminen sairaala-alueelta ja sen ylläpitämien normien alaisuudesta ovat varmasti vapauttaneet niin potilaita kuin hoitohenkilökuntaakin. Sairaalaympäristön ulkopuolella myös kanssakäyminen on saattanut olla vähemmän formaalia ja ryhmien väliset roolit ovat saattaneet hämärtyä.

Etenkin B-mielisairaaloissa, joissa potilaat viettivät vuosia ja jopa vuosikymmeniä²⁰⁸, hoitajien ja potilaiden välit saattoivat muodostua hyvinkin tuttavallisiksi. Vaikka potilaiden kanssa ystävystyminen ei virallisesti ollut sallittua²⁰⁹, saattoi esimerkiksi omahoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde muodostua hyvin tiiviiksi. Omahoitaja oli kaikista parhaiten perillä potilaan asioista ja myös tunsu tämän parhaiten²¹⁰. Molemminpuolinen luottamus saattoi muodostua niin vahvaksi, että se kantoi vielä sairaalan sulkemisen jälkeenkin. Tämä käy hyvin ilmi tapauksesta, jonka B-mielisairaala Kevättömässä työskennellyt naishoitaja (H2) kertoi:

H2: -- -- niin että se tuli niin tiiviiks tämmönen hoitosuhde ja sitten kun tuli se aika että näitä potilaita ruvettiin siirtämään kotikuntiin ja (**potilaan nimi poistettu**) vietiin sitten (**potilaan kotikunta poistettu**) ja kuinka ollakaan se ei meinannut sinne sitten kottiutua mitenkään ja sitten yhtenä iltana suruissaan oli [**naurahtaa**] oli menny sieltä sitten sinne mikä ravintola se nyt oli ollu ja jonkun kaljan juonu ja ja lähteny sieltä sitten tulemaan pois ja men- kaatunut ja särkenyt jalakansa ja joutunut Kysille (,) ja oli Kysillä sitten ollut jo viikon verran kun Kysiltä sitten soitettiin (,) papereista olivat nähneet että kuka sen omahoitaja on ja Kysiltä sitten soitettiin osastolle ja pyyettiin minua puhelimeen ja minä olin ihmeissäni kun sanottiin että kun tää potilas ei puhu mittään heille (,) että voisitko sinä tulla tänne että jos se sulle ruppeis puhumaan.

AV: Joo.

H2: Että me ei päästä puusta pitempään tässä hommassa että kun hän ei puhu mittään (,) ja kun minä menin niin (,) kyllä meillä puhetta riitti.

AV: [**naurahtaa**]

H2: Hän vanno mulle ihan [**nauraa**] ihan oikeesti sen asian että jos minä (**hoitajan nimi poistettu**) tästä vielä paranen niin en viinan tippaa pane suuhuni.

AV: [**nauraa**]

H2: Että että näin lujia saatto olla sitten ne sitteet.²¹¹

Kevättömän puolella käytännössä koko työuransa tehneen naishoitajan (H2) mukaan monet pitkäaikaispotilaat kiintyivät hoitajiin kovasti, ja pitivät heitä jonkinlaisina isosiskon tai äidin korvikkeina. Tätä ilmiötä ei naishoitajan mukaan kuitenkaan B-mielisairaalan puolella katsottu

²⁰⁷ Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 156, 163, 187.

²⁰⁸ Ahola 2015, 37.

²⁰⁹ H2 19.6.2018; H4 12.7.2018.

²¹⁰ Ks. enemmän omahoitajuudesta luvusta 5.4.

²¹¹ H2 19.6.2018.

niin pahalla kuin A-mielisairaalan puolella²¹². Tämä selittynee sillä, että B-mielisairaaloissa hoitoajat olivat hyvin pitkiä, osa potilaista vietti sairaalassa koko lopun elämänsä. Niille potilaille, joilla ei ollut kotia tai omaisia sairaalan ulkopuolella, sairaalasta ja sen henkilökunnasta saattoi muodostua hyvinkin tärkeitä. B-mielisairaalassa työskennelleen mieshoitajan (H10) mukaan hoito oli hyvin säilyttävää, mutta siitä pyrittiin tekemään kodinomaista, miellettiinhan sairaala potilaiden kodiksi.²¹³

Myös toisen muistelijan, Harjamäessä työskennelleen sairaala-apulaisen (H1), kertomassa korostuivat tuttavalliset ja mutkattomat välit potilaisiin. Vaikka sairaala-apulaisten työnkuvaan eivät kuuluneet hoidolliset toimenpiteet, myös he olivat jatkuvassa kontaktissa potilaiden kanssa, sillä he vastasivat osastojen ruokahuollosta sekä siisteydestä. Osa potilaista avusti sairaala-apulaisia esimerkiksi keittiössä ja osa taas siivoustehtävissä²¹⁴, näin potilaat tulivat tutuiksi myös sairaala-apulaisille, vaikka he eivät hoitajia olleetkaan. Sairaala-apulaisen mukaan läsnäolo, kuunteleminen ja yhdessä tekeminen olivat avaimia potilaiden luottamuksen saavuttamiseksi. Sairaala-apulainen itse ei käyttänyt sanaa ystävyys tai puhunut varsinaisesti ystävyydestä, mutta kertoi kuitenkin tulleensa aina hyvin juttuun potilaiden kanssa. Sairaalan sulkemisen jälkeen hän kävi siivoamassa entisten potilaiden koteja sekä tervehtimässä vuodeosastolle joutuneita potilaita, toimittaen heille myös pieniä askareita.²¹⁵

Joillekin potilaille sairaala-apulaiset näyttäytyivät vähemmän pelottavina henkilöinä kuin hoitajat. Tämä käy ilmi sairaala-apulaisen kertomasta, sillä hänen mukaansa osa potilaista turvautui hoitajia herkemmin heihin sairaala-apulaisiin. Sairaala-apulaisen (H1) oman arvion mukaan potilaat pitivät hoitajia tärkeämpinä henkilöinä, mutta todennäköisesti myös pelkäsivät heitä, sillä hoitajat olivat ”*tipan antajia*”.²¹⁶ Myös eräs naishoitaja (H6) toi tämän saman ilmiön esille. Hänen mukaansa oli hyvä asia, että Harjamäessä oli myös niin kutsuttuja ”*tavallisia ihmisiä*” eli sairaala-apulaisia, joita Harjamäessä kutsuttiin emänniksi²¹⁷. Naishoitajan mukaan jotkut potilaat pitivät sairaala-apulaisia läheisempinä ja enemmän kavereina kuin hoitajia, minkä seurauksena he myös avautuivat näille helpommin. Naishoitajan mukaan potilaat

²¹² H2 19.6.2018.

²¹³ H10 31.8.2018.

²¹⁴ H1 13.6.2018; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 301–303.

²¹⁵ H1 13.6.2018.

²¹⁶ Myös eräs naishoitaja (H6) nosti tämän saman ilmiön esille. Hänen mielestään oli hyvä, että sairaalassa oli niin kutsuttuja ”*tavallisia ihmisiä*” eli sairaala-apulaisia. Naishoitajan mukaan jotkut potilaat avautuivat sairaala-apulaisille aivan eri tavalla kuin hoitajille, sillä hänen mukaansa osa potilaista koki sairaala-apulaiset läheisemmiksi kuin hoitajat. H1 13.6.2018; H6 23.7.2018.

²¹⁷ H3 26.6.2018; H6 23.7.2018; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 301.

saattoivat kertoa sairaala-apulaisille sellaisia asioita, joita he eivät kertoneet hoitohenkilökunnalle.²¹⁸

Vaikka henkilökunnan ja potilaiden väliset seurustelusuhteet olivat kiellettyjä, myös sellaisia syntyi tiiviissä sairaalayhteisössä²¹⁹. Tällaiset tapaukset olivat hankalia, sillä niissä jouduttiin aina huomioimaan hoitajan auktoriteettiasema potilaaseen nähden:

AV: Niin niin (,) no sanoit tuossa (,) tämän entisen potilaan ja hoitajan että he oli tuota pariskunta (,) niin sattuko tällasia useemminkin että oli niinkun (,) potilas ja työntekijä (,) varmaan ystävystyi mutta oliko sitten ihan tämmösiä rakkaussuhteitakin?

H3: Oli oli muuankin nuori mielisairaanhoitaja meni potilaan kanssa naimisiin.

AV: Joo.

H3: Ja tuota (,) siitähän heräsi jonkinlaista kopua (,) ylihoitajien ja lääkäreiden kesken oli keskusteltu siitä että tuota (,) onko tämä tyttö nyt väärin- väärinkäyttänyt hyväksi käyttänyt potilasta (,) minäkin sitten sanoin meidän ylihoitajalle että älkää nyt hulluja puhuko (,) se tuota se mies pelastui tällä tavalla kun se nainen nuori nainen otti sen omakseen ja meni naimisiin sen kanssa ei tarvitse käydä sairaalassa vaan on kotihoito ja niinhän siinä kävi.

AV: Niin niin.²²⁰

Haastattelemistani muistelihoista kaksi (H3, H4) nosti esille hoitohenkilökunnan ja potilaiden väliset seurustelusuhteet. Muissa haastatteluissa vastaavia tapauksia ei noussut esille, eikä myöskään *Harjamäki muistoissamme* -kirjassa kerrota vastaavista tapauksista. Tämän aineiston ja siitä tehtyjen havaintojen perusteella voidaan siis todeta, että potilaiden ja henkilökunnan välille syttyi rakkaus- ja seurustelusuhteita, mutta ne olivat harvinaisia.

Psyykkisen sairaanhoidon oppikirjat antavat jokseenkin ristiriitaisen kuvan siitä, miten tuttavalliseksi hoitajan ja potilaan välit saivat muodostua. Karin Neuman-Rahn ei mielisairaanhoitoa käsittelevässä oppikirjassaan ”*Sielullisesti sairas ja hänen hoitonsa*”²²¹ suoraan kiellä liiallista tuttavuutta potilaita kohtaan. Sen sijaan hän kirjoittaa, että parhaimmissakin tapauksissa sielulliset sairaudet ovat pitkäaikaisia, ja että ”sen aikana sairas turvautuu kaikessa hoitajattareensa, josta tulee hänen äitinsä ja ystävänsä ja lopulta ehkä se ainoa, johon hän luottaa”.²²² Muissa alan oppikirjoissa sen sijaan ohjeistetaan selvästi, että liiallista tuttavallisuutta potilaiden kanssa tuli välttää.

²¹⁸ H6 23.7.2018.

²¹⁹ H3 26.6.2018; H4 12.7.2018.

²²⁰ H3 26.6.2018.

²²¹ Neuman-Rahnin vuonna 1924 julkaistu kirja oli ensimmäinen suomalainen mielisairaanhoitoa käsittelevä oppikirja.

²²² Neuman-Rahn 2003, 246.

Sairaanhoitaja Lyyli Kinnusen²²³ mukaan potilaisiin tulee suhtautua ystävällisesti ja sydämellisesti, mutta liiallista tuttavuutta tulee pyrkiä välttämään. Kinnusen mukaan ”tässä suhteessa tarvitaan monesti aivan erityistä varovaisuutta ja arvostelukykä”, potilaita ei tulisi edes sinutella, ellei kyseessä ole oikeasti lähemmin tuttu henkilö.²²⁴ Sairaanhoitaja Alice M. Robinson taas myöntää, että hoitajan ja potilaan välillä vallitsevasta lämpimästä ja ystävällisestä suhteesta on potilaalle paljon hyötyä, mutta hoitajan on kuitenkin varottava, että potilas ei tule hänestä liian riippuvaiseksi. Robinsonin mukaan hoitajan ja potilaan välille syntyvä voimakas tunneside tuo potilaalle vain lisää haasteita – hoitaja ei kuitenkaan usein huomaa liiallisen kiintymyksen syntymistä.²²⁵

Nämä hoitajien (H2 , H3, H4) sekä sairaala-apulaisen (H1) kertomat tapaukset ovat esimerkkejä siitä, että hoitohenkilökunnan ja potilaiden välinen kanssakäyminen sisälsi välittämistä sekä keskinäistä luottamusta. Vaikka potilaiden kanssa ystäväystyminen sekä muu liiallinen kiintyminen oli virallisesti kiellettyä, molemminpuolisia kiintymyssuhteita syntyi. Sitä, miten yleistä tällaisten kiintymyssuhteiden syntyminen oli, on vaikea arvioida. Muut haastattelemani muistelijat eivät ainakaan kertoneet samankaltaisista tapauksista. Myöskään *Harjamäki muistoissamme* -kirjasta ei nouse esille täysin vastaavanlaisia tapauksia, sen sijaan useampi muistelija kirjoittaa muistelevansa potilaita lämmöllä. Moni muistelija kertoi, että ”sellaiset värikkäämmät persoonat” ovat jääneet mieleen²²⁶. Useampi kertoi, että potilaat muistavat heidät edelleen, ja että esimerkiksi kaupungilla törmätessä tervehditään hyvässä hengessä.²²⁷ Se, miksi osa hoitajista kiintyi potilaisiin enemmän kuin toiset, selittynee ainakin persoona- ja luonnekohtaisilla eroilla. Myös se, työskentelikkö hoitaja A- vai B-mielisairaalan puolella, on varmasti vaikuttanut siihen, kuinka tutuiksi potilaat tulivat.

4.2 Vaaratilanteet potilaiden kanssa

Ennen 1950-luvun puoliväliä ja modernien psyykenlääkkeiden aikaa, väkivalta oli monissa mielisairaaloissa arkipäivää. Levottomasti ja uhkaavasti käyttäytyneet potilaat herättivät pelkoa paitsi hoitohenkilökunnassa myös muissa potilaissa. Vaikka tämä tutkimus sijoittuikin aikaan, jolloin modernit psyykelääkkeet oli jo keksitty, uhkaavia tai uhkaavalta vaikuttavia

²²³ Kinnusen oppikirja *Mielisairaanhoido* julkaistiin ensimmäisen kerran 1930-luvulla, minkä jälkeen siitä otettiin lukuisia uusintapainoksia aina 1950-luvulle saakka.

²²⁴ Kinnunen 1958, 78-79.

²²⁵ Robinson 1967, 10 & 58.

²²⁶ H4 12.7.2018; H5 19.7.2018.

²²⁷ H1 13.6.2018; H2 19.6.2018; H3 26.6.2018; H4 12.7.2018; H5 19.7.2018; H6 23.7.2018; H7 30.7.2018; H8 8.8.2018.

tilanteita syntyi aina välillä. Muistelijoiden mukaan potilaiden väkivaltainen käytös ilmeni fyysisenä sekä sanallisena uhkailuna, potkimisena, lyömisenä, puremisena sekä hiuksista vetämisenä. Haastateltavista vain yksi kertoi joutuneensa varsinaisen potilaan päälle karkauksen uhriksi. Mieshoitajan (H5) mukaan tilanne oli kyllä vakava, mutta lopulta kummallekaan ei käynyt pahemmin ja potilas saatiin rauhoitettua. Mieshoitajan mukaan tällaiset tilanteet olivat kuitenkin harvinaisia. Muut haastateltavat eivät kertomansa mukaan koskaan joutuneet vastaavaan tilanteeseen. Vanhempien hoitajien neuvo ”älä koskaan laske potilasta selän taakse” oli kuitenkin syytä pitää mielessä.

Vaaratilanteiden välttäminen helpottui yleensä sen myötä, mitä paremmin potilaat oppi tuntemaan – tästä samasta syystä uusien tulokkaiden kanssa sai olla varuillaan. Arvaamattomien potilaiden kanssa toimiminen vaati ennen kaikkea hyvää psykologista silmää ja kylmiä hermoja. Useampi muistelijä korosti sitä, että kovien otteiden sijaan, tilanne piti pyrkiä ratkaisemaan puhumalla.

H2: Harjamäellä oli yks semmonen tapaus (,) (**paikkakunnan nimi poistettu**) oli se ihminen naisihminen ja mulla oli tommonen paksu pitkä tukka niinkun sulla ja poninhännällä se oli ja sitten siellä (,) ilta- se oli iltaa niin siellä kylpyhuoneessa me oltiin tekemässä jotakin mitähän me tehtiin siellä sen potilaan kanssa siinä (,) ja se yks kaks meni se potilas minun taakse ja sieppaa kiinni siitä poninhännästä ja sano että väännäkö minä sinun pääsi (,) rullalle (,) ja minä aattelin että mitä minä nyt sanon (,) minä että kuulehan mitä sinä siitä hyötyisit?

AV: Niin.

H2: Sinulle tulis vaan paha mieli ja paha huono omatunto -- --

AV: Niin.

H2: Niin että (,) että tuota (,) ethän sinä siitä mitään hyödy (,) oonks mä sulle jotain (,) et oo tehny mutta nyt tuli semmonen tunne (,) mutta eikö lie viisasta että sinä aukaset ja itekseni olin silloin hoitajista ni eihän siellä ollu mitään mahdollisuutta niin (,) mutta se ykskaks heittikin irti ja että antaa olla (,) että tämmösiä juttujahan niitä tuli kuitenkin vastaan.²²⁸

Fyysiseltä kontaktilta ei kuitenkaan aina vältytty, sillä kaikki tilanteet eivät selvinneet puhumalla. Levottomia tai päälleikäviä potilaita jouduttiin rauhoittamaan myös kovin ottein kiinni pitämällä tai kuten eräs mieshoitaja (H5) kertoi, ”vähän laittominkin” keinoin esimerkiksi hapen saantia säännöstelemällä. Mieshoitaja myönsi, että kyseinen keino oli tietenkin riskihommaa, mutta hänen mukaansa yhdellekään potilaalle ei ikinä sattunut mitään vakavaa.²²⁹ Tarpeen tullen potilaita myös eristettiin ja sidottiin²³⁰. Jos potilas käyttäytyi

²²⁸ H2 19.6.2018.

²²⁹ H5 19.7.2018.

²³⁰ H4 12.7.2018; H5 19.7.2018; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 175, 212.

väkivaltaisesti ja kieltäytyi esimerkiksi lääkkeen ottamisesta, jolloin lääke annettiin injektiona²³¹. 1970-luvulla potilaiden oikeusturvaan alettiin enenevässä määrin kiinnittää huomiota. Vuonna 1978 voimaan astuneen mielisairaslain osittaisuudistuksen myötä esimerkiksi tahdosta riippumattomaan hoitoon ottamisesta luotiin nelivaiheinen prosessi ja omasta tahdostaan psykiatriseen hoitoon tulleet asetettiin samaan asemaan yleissairaalapotilaiden kanssa²³².

Mielisairaanhoidon vanhat käsitykset ja hoitojärjestelmät joutuivat länsimaissa kovan kritiikin kohteeksi 1960-luvulla²³³. Etenkin Länsi-Euroopassa ja Pohjois-Amerikassa vaikuttanut antipsykiatrinen liike kritisoi laitoksia potilaiden kroonistumisesta ja eristämisestä.²³⁴ Suomessa perustettiin vuonna 1967 Marraskuun liike, joka ajoi muun muassa mielenterveyspotilaiden, vankien ja asunnottomien aseman parantamista sekä sairaalaolojen kohentamista, jotta potilaiden oikeusturva paranisi. Edellä mainittujen toimien lisäksi liike herätteli myös yhteiskunnallista keskustelua mielenterveyden häiriöiden olemuksesta ja psykiatrisesta hoidosta.²³⁵ Suurten yleisöjen mielipidettä mielisairaaloista ja niiden epäinhimillisistä oloista muokkasi myös vuonna 1962 julkaistu romaani *Yksi lensi yli käenpesän* ja etenkin siitä myöhemmin tehty filmatisointi. Sekä kirjassa että elokuvassa annettiin ymmärtää, että mielisairaaloiden potilaat eivät olleet oikeasti sairaita, vain muista poikkeavia.²³⁶

Potilaiden väkivaltainen käytös oli useimmiten jollain tavalla yhteydessä potilaan sairauteen. Yleistä oli myös se, että väkivaltatilanteisiin liittyi joku tilanteen laukaiseva tekijä, esimerkiksi pelottava tai vastentahtoinen hoitotoimenpide sai potilaan hermostumaan ja käyttäytymään väkivaltaisesti. Muistelijoiden mukaan myös hoitajan asettuminen potilasta vastaan saattoi saada tämän hermostumaan.²³⁷ Harjamäessä työskennellyt sairaala-apulainen (H1) muisteli, kuinka kerran eräs potilas löi häntä rikkakihvelillä, kun hän oli ojentanut potilasta osaston sotkemisen takia²³⁸. Aina väkivaltaiselle käytökselle ei kuitenkaan löytynyt selvää syytä.

²³¹ H4 12.7.2018.

²³² Ks. enemmän Mäkelä 2008, 71-78; Hyvönen 2008, 113.

²³³ Vaikka psykiatrian vastainen liikehdintä oli 1960-luvulla erityisen voimakasta, kyseessä ei ollut mikään uusi ilmiö, vaan vastustusta oli esiintynyt jo 1800-luvulla. Uutta pontta vastustuksella antoivat 1960-luvulla ilmestyneet, psykiatriaa kriittisesti käsitelleet teokset, kuten Michel Foucault'n *Histoire de la Folie* ja Erving Goffmanin *Asylums* (suomennettu versio *Minuuden riistäjät*). Shorter 2005, 321-322.

²³⁴ Hyvönen 2008, 112; Shorter 2005, 322.

²³⁵ Pietikäinen 2013, 386; Hyvönen 2008, 112.

²³⁶ Shorter 2005, 323.

²³⁷ H1 13.6.2018; H2 19.6.2018; H4 12.7.2018; H5 19.7.2018; H6 23.7.2018; H7 30.7.2018; H10 31.8.2018.

²³⁸ H1 13.6.2018.

Mielisairaanhoidajana työskennellyt naishoitaja (H6) kertoi, kuinka hän meni avaamaan ovea lomalta sairaalaan palaavalle potilaalle, kun tämä ilman selvää syytä löi häntä kasvoihin. Naishoitajan mukaan tilanne säikäytti, mutta hän ymmärsi, että lyönnissä ei todennäköisesti ollut mitään henkilökohtaista.²³⁹

Uhka- ja vaaratilanteissa oli tärkeää, että työkaveriin pystyi luottamaan, työyhteisön tuki oli tärkeää. Oikein mitoitettu henkilökunta ja mieshoitajien sijoittaminen levottomille osastoille olivat keinoja, joilla vaaratilanteita pyrittiin ennaltaehkäisemään. Vaaratilanteessa oli tärkeää myös kutsua apua, sitä varten osastoilta löytyi hälytysnappeja, joiden avulla hälytys kantautui muille osastoille. Sairaalan tiedostuslehdessä vuonna 1982 julkaistuista työsuojeluraporteista käy kuitenkin ilmi, että vaaratilanteita ennaltaehkäisevissä varotoimenpiteissä oli puutteita. Työsuojeluraportin laatinut tarkastaja kritisoi muun muassa taskuhälyttimien puutetta sekä osastojen välisiä välimatkoja, jotka hätätilanteen sattuessa olivat liian pitkiä.²⁴⁰ Toisessa työsuojelutarkastusraportissa raportoidaan osastolla tapahtuneesta vaaratilanteesta, jossa naispotilas oli käynyt apulaisosastonhoitajan päälle. Tilanteen sattuessa osastolla ei ollut yhtäkään miespuolista hoitajaa, minkä takia apua jouduttiin hälyttämään naapuriosastolta. Raportista käy ilmi, että samaa osastoa on huomautettu aiemminkin siitä, että työvuoroissa ei ole tarpeeksi tai ei laisinkaan mieshoitajia. Tarkastaja suosittaa raportissa, että kyseisellä osastolla tulisi olla kaksi mieshoitajaa jokaisessa työvuorossa.²⁴¹

Vaaran uhkasta huolimatta muistelijat eivät kertomansa mukaan pelänneet työskennellä Harjamäessä. Mieshoitaja (H9) oli vahvasti sitä mieltä, että jos pelottikin, ei pelolle saanut antaa valtaa, sillä ”*potilaat vaistosu sen hyvin herkästi*”.²⁴² Hoitajan pelko saattoi synnyttää potilaissa levottomuutta, mikä saattoi muodostua ongelmaksi, jos hoitaja esimerkiksi valvoi yksin yövuorossa. Mielisairaanhoidoa käsittelevissä oppikirjoissa todetaan, että vaikka hoitaja pelkäisikin väkivaltaisesti tai muuten sekavasti käyttäytyvää potilasta, ei pelkoa saa missään tapauksessa näyttää, sillä se lisää potilaiden levottomuutta.²⁴³ Lyyli Kinnusen mukaan hoitajan on mahdollista omalla rauhallisella käytöksellään saada potilas rauhoittumaan²⁴⁴. Kaiken kaikkiaan muistelijat suhtautuivat vaaratilanteisiin hyvin rationaalisesti ja ymmärtäen, että mahdolliset vaaratilanteet kuuluivat työnkuvaan.

²³⁹ H6 23.7.2018.

²⁴⁰ Tieto-Tippa 6.8.1982.

²⁴¹ Tieto-Tippa 12.11.1982.

²⁴² H9 15.8.2018.

²⁴³ Robinson 1966, 143.

²⁴⁴ Kinnunen 1954, 76.

4.3 Potilaiden itsetuhoisuus

Työhön liittyvien vaarojen ja potilaiden väkivaltaisen käytöksen lisäksi haastatteluissa nousivat esille myös potilaiden tekemät itsemurhat. *Harjamäki muistoissamme* –kirjassa potilaiden itsemurhia ei mainita, mutta sen sijaan Harjamäessä työskennellyt lääkäri Laura Latvala käsittelee aihetta useampaan otteeseen kirjassaan *Tuulien talo*²⁴⁵. Elokuulle 1962 kirjatussa tekstissä Latvala kirjoittaa varsinaisesta itsemurhien epidemiasta, jonka seurauksena henkilökunnalle – oletettavasti vain lääkäreille – on järjestetty ”itsemurhameeting”, jossa on pyritty miettimään keinoja epidemian kitkemiseksi²⁴⁶. Latvalan mukaan potilaiden itsemurhat ovat surullisia, mutta vääjäämättömiä tapauksia, jotka toistuvat vuodesta toiseen kaikissa mielisairaaloissa – eivät vain Harjamäessä.²⁴⁷ Vuosikertomuksissa ei suoraan kerrota potilaiden tekemistä itsemurhista, mutta esimerkiksi vuoden 1962 vuosikertomuksessa, A-sairaalan kuolinsyytaulukossa kahden potilaan kuolinsyyksi on merkitty ”strangulaatio” eli kuristuminen²⁴⁸.

Muistelijoiden mukaan potilaiden itsemurhat olivat harvinaisia, mutta aina valitettavia. Ne potilaat, jotka todella halusivat tehdä itsemurhan, eivät huudelleet aikeistaan, vaan menivät ja toteuttivat suunnitelmansa. Oli myös potilaita, jotka ilmaisivat aikeensa selvästi tai käyttäytyivät selvästi itsetuhoisesti, muistelijoiden mukaan tällainen käytös paljastui yleensä avunhuudoksi.²⁴⁹ Eräs mieshoitaja (H9) arvioi kokemustensa pohjalta, että potilaiden itsetuhoiset vaiheet olivat yleisiä esimerkiksi masennuksen syvimpinä hetkinä sekä skitsofrenian tietyssä vaiheessa, ja tärkeintä olikin selvittää niiden akuuttien vaiheiden yli.²⁵⁰ Laura Latvalan mukaan toinen vaaranpaikka oli toipumisvaihe, jolloin henkilökunnan oli vaikea arvioida esimerkiksi sitä, miten paljon potilaille uskalsi antaa vapauksia²⁵¹. Kaikki itsemurhayritykset eivät kuitenkaan onnistuneet, sillä monissa tapauksissa henkilökunta ehti ajoissa estämään yrityksen tai yritys epäonnistui muuten. Mieshoitaja (H7) kertoi esimerkiksi

²⁴⁵ Latvalan kirjoittama kirja on kirjoitettu päiväkirjan muotoon. Kirjassa Latvala käsittelee pääasiassa työtään ja elämäänsä Harjamäessä. Latvala 1964, 25-26, 29, 109.

²⁴⁶ Latvala pohtii muun muassa sitä, tulisiko kaikki vapaakävelyt kieltää, sillä osa potilaista käyttää tilaisuutta hyväkseen ja karkaa tai päätyy tekemään itselleen jotain. Latvala 1964, 25.

²⁴⁷ Latvala 1964, 25-26.

²⁴⁸ Myös vuoden 1970 toimintakertomuksessa, B-sairaalan kuolinsyytaulukossa mainitaan yhden potilaan kuolinsyyksi ”asfyksia” eli hapenpuute, joka viittaa hukkumiseen tai hirttäytymiseen. Pohjois-Savon mielisairaanhuoltopiirin kuntainliiton omistaman Harjamäen sairaalan toimintakertomus vuodelta 1962, Pohjois-Savon mielisairaanhuoltopiirin kuntainliiton omistamien Harjamäen A- ja B-sairaaloiden sekä mielenterveystoimistojen toimintakertomus vuodelta 1970.

²⁴⁹ H6 23.7.2018; H8 8.8.2018; H9 15.8.2018; H10 29.8.2018.

²⁵⁰ H9 15.8.2018.

²⁵¹ Latvala 1962, 26.

tapauksesta, jossa potilas oli kesällä yrittänyt hukuttautua järveen paksu toppatakki päällä. Hoitajat olivat löytäneet potilaan rantavedestä kellumasta ja onnistuneet elvyttämään tämän²⁵².

Itsemurhat herättivät henkilökunnassa monenlaisia tunteita – surua, mutta myös ajatuksia siitä, olisiko tapahtunut voitu estää jotenkin.²⁵³ Etenkin nuorille, uran alkuvaiheessa oleville hoitajille itsemurhien kohtaaminen oli hankalampaa kuin työssä jo pidempään olleille hoitajille. Mielisairaanhoidajana työskennellyt naishoitaja (H6) kuvaili, että hänellä itsellään oli uran alkuvaiheessa epärealistinen usko omiin kykyihin ja hoitoon: ”*jos vain tarpeeksi yritetään, niin kyllä nämä asiat hoituu*²⁵⁴”. Potilaan tekemä itsemurha oli järkytys, jota seurasi oman toiminnan ja valintojen kyseenalaistaminen – olisiko voinut tai pitänyt tehdä jotain eri tavalla, jotta potilas olisi voitu pelastaa. Ajan myötä naishoitaja alkoi kuitenkin ymmärtää, että viime kädessä päätösvalta oli potilaalla itsellään. Hoitajana hänen tuli tietenkin pyrkiä auttamaan potilaita parhaansa mukaan, mutta ei hän voinut viedä päätösvaltaa toiselta ihmiseltä. Naishoitajan mukaan hänen tehtävänsä hoitajana oli toimia pikemminkin peilinä sekä tukena potilaalle, tapahtui sitten mitä tahansa.²⁵⁵

Myös muut muistelijat toivat esille samankaltaisia ajatuksia hoitajan päätäntävällä potilaan suhteen. Vaikka hoitajilla olikin eettinen velvollisuus säilyttää elämää ja pyrkiä auttamaan kaikin mahdollisin keinoin, viime kädessä päätösvalta oli potilaalla.²⁵⁶ Tämän ajatuksen sisäistäminen sekä omien rajojen ymmärtäminen auttoivat ennen kaikkea työssä jaksamisessa:

H9: Ja tosiaan kuitenkin (,) suurinta ossaa potilaitahan on pystytty auttamaan mutta viime kädessä se on omassa vallassa että mitä se elämällänsä sitten tekkee ja on joitakin sitten äärimmäistilanteita joissa kaikista toimista huolimatta saattavat päätyä sitten itsemurhaan tai sitten tilanne on etenevä skitsofrenia prosessi niin että sitä on vaikea (,) vaikea saaha sitä suuntaa käännettyä niin mut tavallaan et sen oppii ne omat rajat että mitä pystyy tekemään että ei olla mittään jumalan sijaisia maan päällä kuitenkaan.

AV: Niin.

H9: Niin vaikka kuitenkin se on tärkeä siinä työssä viihtymisen ja jaksamisen kannalta että niitä (,) onnistumisen kokemuksia tulee.²⁵⁷

²⁵² Myös Laura Latvala kirjoittaa työstä, joka oli ottanut ”*itsemurhatarkoituksella kourallisen unitabletteja*”. Latvalan mukaan tyttö oli kuitenkin selvinnyt yliannostuksesta, mutta ei ollut jälkikäteen osannut kertoa tarkkaa motiivia teolleen. Latvala 1964, 29; H7 30.7.2018.

²⁵³ H3 26.6.2018; H6 23.7.2018; H7 30.7.2018; Latvala 1964, 25.

²⁵⁴ H6 23.7.2018.

²⁵⁵ H6 23.7.2018.

²⁵⁶ H6 23.7.2018; H8 8.8.2018; H9 15.8.2018; H10 29.8.2018.

²⁵⁷ H9 15.8.2018.

Mieshoitajan (H9) mukaan oli myös tärkeää, että tapahtuneesta puhui jonkun kanssa, jotta tapahtunut ei jäänyt painamaan mieltä. Vaikka puhuminen olikin mieshoitajan mukaan tärkeää, hänen mukaansa 1980-luvulla ei ollut vielä ”*sen kummempia debriefing-systeemejä*”, vaan asioita käsiteltiin työryhmän tai työkavereiden kesken.²⁵⁸

Muistelijoiden suhtautumisesta ja ajatuksista käy selvästi ilmi heidän ammattimainen suhtautumisensa potilaiden itsemurhiin. Vaikka tapaukset olivatkin surullisia ja valitettavia, täytyi niihin jo oman jaksamisenkin takia pyrkiä suhtautumaan asiallisesti. Tapauksiin suhtautumisessa on varmasti ollut persoonakohtaisia eroja, osa hoitajista on varmasti ottanut tapaukset enemmän sydämelleen kuin osa. Myös työn ja elämän tuomilla kokemuksilla oli vaikutusta siihen, miten surullisiin tapauksiin suhtautui ja miten niitä käsitteli. Omien rajojen tunnistaminen toistui useamman muistelijan puheissa²⁵⁹. Uransa alkuvaiheessa epärealistisesti omiin kykyihinsä uskonut naishoitaja (H6) kertoi, että työvuosien myötä sinisilmäisyys ja sääli potilaiden kohtalosta laimenivat. Naishoitaja kertoi ymmärtäneensä, että jos hän säälsi jokaisen potilaan kohtaloa, hän uupuisi ja olisi itse kohta avun tarpeessa.²⁶⁰

²⁵⁸ H9 15.8.2018.

²⁵⁹ H3 26.6.2018; H6 23.7.2018; H8 8.8.2018; H9 15.8.2018.

²⁶⁰ H6 23.7.2018.

5. Hoidon ja hoitokäytänteiden muutokset

5.1. Shokkihoidot

Vuonna 1926 perustetussa Siilinjärven piirimielisairaalassa, myöhemmin Harjamäen sairaalassa, ehdittiin yli 70 toimintavuoden aikana nähdä koko 1900-luvun hoitomuotojen laaja kirjo. Siilinjärven piirimielisairaalan hoitomuotoja tutkineen Anu Rissanen mukaan 1900-luvun alkupuolen passiiviset rauhoitushoidot, kuten rauhoittavat kylvyt ja kääreet olivat aktiivisessa käytössä myös Siilinjärvellä²⁶¹. Sen sijaan 1930-luvulla kehitettyä lobotomiaa ei tehty Harjamäessä yhdellekään potilaalle – tämä käy ilmi sairaalan vuosikertomuksista, joista ei löydy mainintoja lobotomiasta²⁶². Rissanen mukaan mikään ei myöskään viittaa siihen, että potilaita olisi lähetetty leikattavaksi Kuopion lääninsairaalaan. Harjamäessä kuitenkin hoidettiin lobotomian läpikäyneitä potilaita.²⁶³ Työhoito muodostui tärkeimmäksi hoitomuodoksi, joka piti pintansa 1920-luvun lopulta aina 1950-luvun puoliväliin saakka. Potilaiden suuren työpanoksen ansiosta sairaala oli ruokavarannon puolesta hyvin omavarainen.²⁶⁴

1930-luvulla kehitetyt shokkihoidot – insuliinishokkihoito ja sähköshokkihoito – perustuvat ajatukseen potilaan aivotoiminnan muuttamisesta, jotta potilasta vaivaavat mielisairauden oireet lieventyisivät tai jopa poistuisivat ainakin väliaikaisesti.²⁶⁵ Uusi hoitomuoto herätti suurta kiinnostusta ympäri maailman, Suomeen hoito rantautui vuonna 1936²⁶⁶. Siilinjärven piirimielisairaalassa insuliinishokkihoidon antaminen aloitettiin vuonna 1937²⁶⁷. Sairaalan vuosikertomuksista käy ilmi, että insuliinishokkihoidolla saavutetut tulokset ovat olleet vaihtelevia – joidenkin potilaiden todetaan parantuneen kokonaan, kun taas joillakin potilailla oireiden kerrotaan palanneen hoidon jälkeen. Sota-aikana hoidon antamista jouduttiin vähentämään insuliinipulan takia.²⁶⁸ Insuliinishokkihoidon antaminen jatkui Harjamäessä aina

²⁶¹ Rissanen 2012, 49-60.

²⁶² Siilinjärven piirimielisairaala vuosikertomukset 1949-1959.

²⁶³ Rissanen 2012, 92.

²⁶⁴ Rissanen 2012, 60-69.

²⁶⁵ Pietikäinen 2013, 210.

²⁶⁶ Suomessa insuliinishokkihoidon antaminen aloitettiin vuonna 1936 Kellokosken sairaalassa ja vuotta myöhemmin Pitkäniemen sairaalassa. Kaarninen & Kaarninen 1990, 106; Tuovinen 1990, 65; Elomaa 1996, 14.

²⁶⁷ Siilinjärven piirimielisairaalan toimintakertomus vuodelta 1937.

²⁶⁸ Siilinjärven piirimielisairaalan toimintakertomukset vuosilta 1938–1955.

vuoteen 1964 saakka. Vuonna 1959 valmistuneeseen uuteen päärakennukseen rakennettiin vielä salit myös insuliinishokkihoitoa varten, mutta ne jäivät hyvin pian vaille käyttöä.²⁶⁹

Kymmenestä haastattelemastani muistelijasta kolme työskenteli Harjamäen sairaalassa aikana, jolloin insuliinishokkihoitoa vielä annettiin. Heistä yksi kertoi osallistuneensa hoidon antamiseen Harjamäessä²⁷⁰. *Harjamäki muistoissamme* -kirjassa taasen useampi muistelijä kertoo osallistuneensa hoidon antamiseen tai ainakin nähneensä, kun hoitoa annettiin²⁷¹. Siilinjärven piirimielisairaalaan vuonna 1958 harjoittelijaksi saapunut mieshoitaja (H7) pohti, että hän saattaa olla ”viimeisiä älyssään olevia entisiä insuliinihoitajia”. Haastateltavan mukaan hoidon valmistelemineen alkoi jo edeltävänä päivänä sokeriveden keittämisellä. Yöhoitajat mittasivat potilaan lämmön ennen aamua, jotta kuudelta töihin saapuva insuliinihoitaja saattoi aloittaa hoidon heti aamulla. Ensitöikseen insuliinihoitaja pisti insuliinin, jonka jälkeen potilas sidottiin sänkyyn kiinni. Sitomisen tärkeyttä haastateltava korosti erityisesti, sillä sen avulla taattiin niin potilaan kuin myös hoitajien turvallisuus.²⁷²

H7: Eli tuota (,) minä vieläkin muistan sen (,) semmoset kangashihnat oli ehkä pari metriä pitkät ja sitten oli tietynlainen solmu millä ne sidottiin (,) nilkoista pantiin sinne sängyn päätyyn kiinni ja sitten (,) sitten tuota kädet sidottiin samalla tavalla ranteista sen reunaan kiinni ja sitten oli vielä rintaremmi.

AV: Joo.

H7: Rintaremmi ja se oli semmonen niinkun turvallisuuskysymys kahessa mielessä kun potilas kun meni sitten shokkiin niin siinä hämärätilassa saattaa tehdä ihan mitä hyvänsä.

AV: Niin kyllä.

H7: Niin tuota se oli niinku varmistus ja sen takia se tehtiin niin aikaseen että se potilas ei vielä varmasti ollu tajuissaan.

AV: Kyllä.

H7: Ja tuota siinä ne oli niin kauan kun se shokkivaihe oli ohi ja sitten oli herätys ja sitten kun hän oli täysin herännyt (,) nyt minä muistan yhen semmosen tilanteen missä yhen naishoitajan henkikululta se oli todella tarkalla (,) kun häneltä myöhästy se sitominen.

Insuliinishokkihoidossa avustaneen mieshoitajan (H7) mukaan jatkuva sokerivedellä läträäminen sai potilaat lihomaan hoidon aikana, mutta hänen näkemyksensä mukaan hoitotulokset olivat kuitenkin erinomaisia²⁷³. Insuliinishokkihoito oli työläs hoitomuoto niin potilaalle kuin myös hoitohenkilökunnallekin. Hoidon valmistelu sekä toteutus kestivät oman

²⁶⁹ Siilinjärven piirimielisairaalan toimintakertomus vuodelta 1959; Lepola 1976, 51-52.

²⁷⁰ H7 30.7.2018.

²⁷¹ Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 106, 159–160, 185, 225.

²⁷² H7 30.7.2018.

²⁷³ H7 30.7.2018.

aikansa ja parhaiden tulosten saamiseksi hoitoa jouduttiin antamaan monta kertaa viikossa 6-10 viikon ajan. Potilaalle hoito oli myös vaarallinen, sillä pitkittynyt kooma saattoi laukaista epileptisen kohtauksen tai johtaa jopa kuolemaan saakka.²⁷⁴ Näistä riskeistä huolimatta insuliinishokkihoito herätti innostusta paitsi psykiatreissa, myös hoitohenkilökunnassa, sillä hoidon koettiin aidosti tehoavan. Petteri Pietikäinen kuvailee tätä insuliinishokkihoidon ilmapiiriä kohottavaa vaikutusta tehokkaaksi interventioksi, joka parhaimmillaan saattoi kohottaa koko hoitolaitoksen ilmapiiriä.²⁷⁵

Erityisesti akuuttien, alkuvaiheessa olevien skitsofreniatapausten hoidossa insuliinishokkihoito tuotti hoitovastetta. Mitä aikaisemmin hoito aloitettiin, sitä parempia tulokset olivat, mutta jos sairaus oli kestänyt yli kaksi vuotta, hoidolla ei yleensä ollut vaikutusta.²⁷⁶ Vaikka uusi hoito herätti innostusta, kyseessä oli kuitenkin vaarallinen menetelmä, jonka kuolleisuus oli lähes yhden prosentin luokkaa²⁷⁷. Siilinjärven piirimielisairaalan hoitomenetelmiä tutkineen Anu Rissanen mukaan Harjamäestä ei raportoitu yhtäkään kuolemantapausta, mutta komplikaatioita sen sijaan esiintyi myös Harjamäen sairaalan potilailla. Rissanen tutkimien potilaskertomusten mukaan insuliinishokkihoito piti lopettaa joillakin potilailla muun muassa hengitysvaikeuksien, huonon heräämisen ja pitkän sokin jälkeisen sekavuuden takia.²⁷⁸ Vaarallisesta ja paljon työvoimaa sitoneesta insuliinishokkihoidosta luovuttiin koko maassa 1960-luvun kuluessa²⁷⁹.

Noin kymmenen vuotta insuliinishokkihoidon aloittamisen jälkeen, myös Harjamäen sairaalassa siirryttiin sähköshokkien²⁸⁰ aikaan vuonna 1946²⁸¹. Insuliini oli sotavuosina kortilla²⁸², minkä takia uudet hoitomuodot olivat tervetulleita. Suomen ensimmäinen sähköshokkikone hankittiin Kellokosken sairaalaan vuonna 1941²⁸³. 1940- ja 50-luvuilla oli yleistä, että sähköshokkihoito yhdistettiin insuliinishokkihoitoon, myös Harjamäen sairaalassa

²⁷⁴ Cramond 1999, 23; Pietikäinen 2013, 212.

²⁷⁵ Pietikäinen 2013, 214.

²⁷⁶ Cramond 1999, 23; Kaarninen & Kaarninen 1990, 108; Pietikäinen 2013, 212.

²⁷⁷ Shorter 2006, 250.

²⁷⁸ Rissanen 2012, 80.

²⁷⁹ Elomaa 1996, 15.

²⁸⁰ Sähköshokkihoidon kehittäjänä pidetään psykiatrian professori Ugo Cerlettiä, joka keksi johtaa sähköä potilaiden aivoihin kouristuksen aikaansaamiseksi. Ensimmäiset kokeet eläimillä eivät olleet lupaavia, mutta keväällä 1938 Cerletti uskaltautui kokeilemaan hoitoa harhoista kärsivälle potilaalle. Potilas selviytyi kokeilusta ja yhdentoista shokkihoitokerran jälkeen hän pääsi jopa kotiin ”hyvävointisena ja selväjärkisenä”. Shorter 2006, 256-259.

²⁸¹ Rissanen 2012, 84.

²⁸² Sota-aikana insuliinin saanti loppui välillä kokonaan, mutta Lääkintöhallitus onnistui järjestämään sitä lisää. Lepola 1976, 47.

²⁸³ Tuovinen 1990, 66.

näitä kahta hoitomuotoa sovellettiin yhdessä. Potilaan ollessa syvimmissä insuliinikooman vaiheissa annettiin tälle vielä sähköshokki terapeuttisen vaikutuksen tehostamiseksi.²⁸⁴

Sähköshokkihoidon etu verrattuna insuliinihoitoon piili siinä, että shokkeja ei tarvinnut antaa niin paljon kuin insuliinishokkeja, vaan viidestä kymmeneen shokkia saattoi hyvinkin olla riittävä määrä. Kyseinen määrä shokkeja annettiin noin kahden viikon aikana, näin ollen myös hoitajakso oli lyhyempi kuin insuliinishokkihoidossa.²⁸⁵ Sähköshokit eivät parantaneet skitsofreniaa, mutta ne toivat kuitenkin selvästi helpotusta psykoottisen sairauden vammauttaviin oireisiin, kuten harhoihin, ja mahdollistivat potilaalle normaalimman toimimisen²⁸⁶. Harjamäkeen vuonna 1968 harjoittelijaksi saapunut mieshoitaja muisteli, kuinka vielä 1970-luvun alussa sähköä annettiin ”ihan vaan kylmiltään” eli ilman esilääkitystä tajuissaan olevalle potilaalle²⁸⁷. Niin sanotusti raakana annettu sähköshokkihoito aiheutti potilaalle rajun kouristuskohtauksen, minkä takia hoito vaati kahdesta kolmeen hoitajaa, joiden tehtävänä oli pitää potilas aloillaan kouristuksen ajan. Kielen puremisen välttämiseksi suuhun asetettiin kapula tai kumitutti ennen sähkövirran johtamista.²⁸⁸

Ilman nukutusta annettu hoito oli raju ennen kaikkea potilaalle, mutta myös hoitajien saattoi olla vaikeaa osallistua toimenpiteeseen. Lääkäri Mauri Eerolan osastolla työskennelleen mieshoitajan (H5) mukaan osastonkokouksessa tehtiinkin yhteinen linjaus, jonka mukaan hoitaja sai ilman seurauksia kieltäytyä hoidossa avustamisesta, jos koki sen liian haastavaksi. Mieshoitajan mukaan suurin osa osaston henkilökunnasta osallistui edelleen hoidon antamiseen, mutta aina oli muutamia, jotka halusivat kieltäytyä hoidossa avustamisesta.²⁸⁹ Kyseinen tapaus on mielenkiintoinen, sillä se rikkoo mielikuvaa sairaalayhteisön tiukasta hierarkiasta, sillä ylintä valtaa osastolla käyttänyt lääkäri olisi varmasti halutessaan voinut määrätä koko henkilökunnan osallistumaan kaikkiin hoitotoimenpiteisiin Toisaalta tapaus on mielenkiintoinen esimerkki inhimillisyydestä ja solidaarisuudesta kanssatyöntekijöitä kohtaan. Inhimillisyys ja solidaarisuus kohdistuvat tässä tapauksessa tietenkin vain hoitohenkilökuntaan, sillä potilailla ei ollut mahdollisuutta kieltäytyä hoidosta.²⁹⁰

²⁸⁴ Vataja 1996, 30; Lepola 1976, 49.

²⁸⁵ H7 30.7.2018.

²⁸⁶ Shorter 2006, 259.

²⁸⁷ H4 12.7.2018.

²⁸⁸ H4 12.7.2018; H5 19.7.2018; H7 30.7.2018.

²⁸⁹ H5 19.7.2018.

²⁹⁰ Toisinaan potilaat kapinoivatkin oikein kunnolla pelottavaksi koettua sähköshokkihoitoa vastaan. Mieshoitaja (H7) muisteli kuinka ”yhden painin” päätteeksi potilasta ei saatu makuulle, mutta koska lääkäri oli pitkä, tämän onnistui laittaa nappulat ohimoille seisaaltaan. H7 30.7.2018.

Sähköshokkihoito ja siinä käytetyt välineet kehittyivät vuosien saatossa parempaan suuntaan. Luunmurtumien ehkäisemiseksi sähköshokkihoidon yhteydessä alettiin käyttää lihasrelaksantteja. Ensimmäisenä lihasrelaksanttina kokeiltiin kurarea, mutta se vaihdettiin pian sukkinylkoliiniin, kun sen haittavaikutukset, kuten sydämeen kohdistuvat komplikaatiot havaittiin.²⁹¹ Mieshoitajan (H4) mukaan ymmärrettiin, että lihasrelaksanttina käytetty diatsepaami saattoi jopa estää hoidon kannalta tärkeän kouristuksen syntymisen. Tämän havainnon jälkeen lääkkeen annoskoko pienennettiin, jotta toivottu kouristus saatiin aikaan.²⁹² Potilaan kannalta hoito muuttui miellyttävämmäksi, kun sitä alettiin antaa pentonaalinukutuksessa.²⁹³ Nukutuksen ansiosta hoito ei aiheuttanut myöskään niin suuria kammoja potilaille²⁹⁴.

Sähköshokkihoidon antaminen väheni merkittävästi 1960- ja 1970-luvuilla. Syiksi on arvioitu ainakin epäonnistuneita hoitoyrityksiä, joissa potilas ei ollut menettänyt tajuntaansa, vaan oli hereillä koko hoidon ajan ja muisti kaiken sekä hoidon käyttäminen pikemminkin potilaiden rangaistus- kuin hoitokeinona.²⁹⁵ Yksi muistelijä kirjoittaa *Harjamäki muistoissamme* -kirjassa, että sähköä olisi annettu myös laiskottelun tai niskoittelun seurauksena²⁹⁶. Muiden muistelijoiden kertomasta ei käynyt ilmi samankaltaisia tapauksia. Ei voida siis sanoa, miten yleinen käytäntö oli Harjamäessä. 1960-luvulla julkaistiin myös lukuisia psykiatriaan kriittisesti suhtautuneita kirjoja, jotka herättivät keskustelua ja liikehdintää psykiatrian vastaisissa piireissä. Antipsykiatrinen liike vahvistui etenkin 1960-luvun puolivälin jälkeen.²⁹⁷ Historiantutkija Edward Shorterin mielestä psykiatrian vastainen liike oli suurin syyppä siihen, että sähköshokkihoito joutui epäsuosioon, sillä vielä 1950-luvulla sähköshokkihoito oli ollut vain yksi hoito muiden joukossa.²⁹⁸

Muistelijoiden kertoman mukaan sähköshokkihoidon antamista ei missään vaiheessa lopetettu Harjamäessä. Sairaalan toimintakertomuksissa sähköshokkihoito mainitaan vuoteen 1976 saakka²⁹⁹. Vuoden 1975 toimintakertomuksessa todetaan, että ”*sähköshokkihoitoa käytettiin melko vähän, mutta todettiin se edelleen käyttökelpoiseksi hoitomuodoksi erityisesti*

²⁹¹ Vataja 1996, 30; Rissanen 2012, 83.

²⁹² H4 12.7.2018.

²⁹³ Vataja 1996, 30.

²⁹⁴ H4 12.7.2018.

²⁹⁵ Shorter 2006, 330; Vataja 1996, 30.

²⁹⁶ Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 100.

²⁹⁷ Pietikäinen 2013, 381-383.

²⁹⁸ Shorter 2006, 330.

²⁹⁹ Toimintakertomukset vuosilta 1946-1976.

*depressiopotilailla, joihin ei lääkehoito vaikuttanut*³⁰⁰. Joissakin tapauksissa potilas saattoi jopa itse pyytää sähköshokkihoitoa, jos oli kokenut hyötyneensä siitä³⁰¹. Muistelijoiden mukaan hoidon antaminen oli kyllä vähäistä etenkin 1970-luvulla, mutta kokonaan sen antamista ei lopetettu. Useampi mainitsi myös, että hoito alkoi tehdä uutta tuloa 1980-luvulla.³⁰²

Hurjasta maineesta huolimatta muistelijat pitivät sähköshokkihoitoa tehokkaana hoitomuotona, joka ajan mittaan kehittyi sekä tarkentui tieteellisesti. Hoidon arveltiin olleen raju kokemus potilaalle, etenkin kun sähköä annettiin ilman nukutusta, mutta kun hoitoa alettiin antaa nukutuksessa, hoito ei enää näyttänyt niin rajulta. Muutaman muistelijan mielestä hoitoa dramatisoitiin aikoinaan liikaa esimerkiksi mediassa ja populaarikulttuurisissa teoksissa, kuten *Yksi lensi yli käenpesän* -elokuvassa.³⁰³ Vuonna 1994 eläkkeelle jäänyt mieshoitaja (H7) oli vahvasti sitä mieltä, että hoitoa arvostelivat etenkin sellaiset ihmiset, jotka eivät itse tienneet siitä mitään. Mieshoitajan oman kokemuksen mukaan sähköshokkihoito oli tärkeä osa etenkin masennuspotilaiden hoitoa.

Sähköhoidon³⁰⁴ kunnian palautus alkoi 1980-luvulla, kun monien maiden psykiatriset yhdistykset alkoivat antaa myönteisiä lausuntoja hoidosta. Sähköhoidon hyötyjä ja haittoja tarkasteltiin erilaisissa työryhmissä ympäri maailmaa. Raporteissa todettiin yhteneväisesti, että sähköhoito on tehokas hoitokeino vakavan depression, kaksisuuntaisen mielialahäiriön, manian ja skitsofrenian hoidossa. Yleisesti suositeltiin myös hoidon opetuksen palauttamista oppilaitoksiin ja sen sisällyttämistä opetussuunnitelmiin.³⁰⁵ Nykyisin sähköhoitoa käytetään etenkin silloin, kun kaivataan nopeaa hoitovastetta potilaan hoitamiseksi. Hoito on todettu erittäin tehokkaaksi etenkin tietyn tyyppisen masennuksen ja skitsofrenian sekä kaksisuuntaisen mielialahäiriön maanisen vaiheen hoidossa.³⁰⁶

5.2 Lääkehoito

1960-luvulla Harjamäessä aloittaneet hoitajat todistivat psykofarmakoiden vakiintumisen osaksi psykiatrista hoitoa. Harjamäessä vuonna 1963 mielisairaanhoitajana aloittanut naishoitaja (H2) muisteli, kuinka hänen työuransa alkuaikoina lääkehoito ja työterapia olivat

³⁰⁰ Pohjois-Savon mielisairaanhuoltopiirin kuntainliiton toimintakertomus vuodelta 1975.

³⁰¹ Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 92-93.

³⁰² H4 12.7.2018; H7 30.7.2018; H9 15.8.2018; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 155, 167, 181, 185, 193.

³⁰³ H4 12.7.2018; H5 19.7.2018; H7 30.7.2018; H9 15.8.2018; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 93, 181, 193.

³⁰⁴ Hoitoa kutsutaan nykyään sähköhoidoksi, ei sähköshokkihoidoksi.

³⁰⁵ Shorter 2006, 334-335.

³⁰⁶ Lönnqvist & Aalberg 2013, 742-743.

käytännössä ainoat hoitomuodot. Tuo ajan lääkkeitä hän tosin kuvasi selvästi huonommiksi nykypäivän lääkkeisiin verrattuna.³⁰⁷ Lääkehoito sekä vastuu lääkkeistä kietoutuvat mielenkiintoisella tavalla yhteen sairaalassa vallinneen hierarkian kanssa, sillä vielä 1960-luvulla lääkkeiden jakaminen kuului vain sairaanhoitajille, ei mielisairaanhoitajille. Oman aikansa ihmelääkkeet Largactil ja Leponex toivat uutta toiveikkuutta mielisairaiden hoitoon. Uudet lääkkeet eivät kuitenkaan olleet ongelmattomia, sillä ne aiheuttivat joillekin käyttäjille ikäviä ja kiusallisia, jopa hengenvaarallisia haittavaikutuksia. Psykofarmakat eivät poistaneet mielisairauksia, mutta niiden ansiosta elämä mielisairaaloissa rauhoittui ja työskentely helpottui merkittävästi.

Psykofarmakoiden aikakauden katsotaan alkaneen 1950-luvulla, jolloin etenkin klooripromatsiinin käyttöönotto merkitsi suurta käännettä psykiatrisessa hoidossa. Ensimmäisen polven psykoosilääkkeisiin eli neurolepteihin kuuluva klooripromatsiini tuli Suomessa tutuksi sen kauppanimellä Largactil. Suomessa klooripromatsiini otettiin käyttöön vuonna 1954.³⁰⁸ Samana vuonna se tuli kokeiluun myös Siilinjärven piirimielisairaalassa³⁰⁹. Monet psykiatrit suhtautuivat Largactiliin ja sen tehoon epäilevästi, mutta Ranskassa, Sveitsissä ja myöhemmin myös Yhdysvalloissa psykiatrit saivat kuitenkin ihmeekseen huomata, kuinka monet sisäiseen maailmaansa kadonneet potilaat heräsivät sulkutiloistaan ja alkoivat puhua järkeviä³¹⁰. Largactilin ansiosta elämä mielisairaaloissa myös rauhoittui. Ennen moderneja psykofarmakoita osastot olivat rauhattomia ja potilaiden huuto ja elämöinti kuului ja näkyi kauas³¹¹, mikä varmasti osaltaan oli vahvistanut mielisairaaloiden levotonta ja pelottavaa mainetta.

Largactil ei parantanut psykoosin syitä tai poistanut mielisairauksia, mutta se onnistui poistamaan pääasialliset oireet, mahdollistaen joillekin potilaille melko normaalin elämän elämisen.³¹² Uusien lääkkeiden ansiosta sairaaloiden potilasvaihto kasvoi aivan uudella tavalla, kun potilaita pystyttiin päästämään pois sairaalasta. Rauhoittavien lääkkeiden ansiosta sairaaloissa pystyttiin aloittamaan myös uudenlaisten hoitomuotojen, kuten erilaisten terapioiden, kokeileminen ja kehittäminen. Lääkityksen ja terapian yhteisvoimin saatiin luotua keskusteluyhteys potilaiden ja henkilökunnan välille. Ryhmäterapian ja keskusteluyhteyden

³⁰⁷ H2 19.6.2018.

³⁰⁸ Raaska 2015, 50; Pietikäinen 2013, 277; Rissanen 2012, 93.

³⁰⁹ Siilinjärven piirimielisairaalan toimintakertomus vuodelta 1954.

³¹⁰ Pietikäinen 2013, 278-279, 281.

³¹¹ Achte 1999, 18.

³¹² Shorter 2006, 299.

toivottiin jouduttavan potilaiden kuntoutumista ja kotouttamista.³¹³ Lääkkeiden vallankumous viitoitti tietä myös tulevaisuudessa siintävälle avohoidolle³¹⁴, vaikka sitä tuskin vielä tuohon aikaan ymmärrettiinkään.

Niin ihmeellinen lääke kuin Largactil olikin, ei senkään käyttö ollut ongelmatonta. Jo vuonna 1953 havaittiin, että lääkkeen pitkäaikainen käyttö aiheutti joillekin potilaille pakkoliikkeitä, jotka muistuttivat Parkinsonin taudin oireita³¹⁵. Toinen Largactilin haitallinen piirre oli auringonvalolle herkistyminen, jonka takia potilaiden ihoa piti suojata. Auringonvalolle herkistyminen oli hankala yhtälö työterapian kannalta, joka oli kyseisenä aikana hyvin suosittu hoitomuoto.³¹⁶ Vaikka Largactil herättikin suurta innostusta etenkin Ranskassa ja Yhdysvalloissa, Saksassa klooripromatsiini koettiin pikemminkin kemiallisena lamauttajana, ei niinkään parantavan ihmelääkkeenä. Lääkkeen vaikutuksia kuvattiin termeillä ”kylmä uni” tai ”talviuni”, jotka viittasivat potilaan unen ja valveen rajoilla liikkuvaan tietoisuuden tilaan sekä hidastuneisiin elintoimintoihin. Kuten kaikki lääkkeet, Largactil vaikutti eri tavoin eri potilaisiin – toisia se herätti ja toisia se turrutti.³¹⁷

Muistelijoiden mukaan Largactil oli käännteentekevä lääke, joka palautti etenkin harhaiset potilaat takaisin todellisuuteen. Lääkkeen koettiin myös rauhoittavan potilaita aivan eri tavalla kuin aiempien lääkkeiden.³¹⁸ Harjamäessä 1960-luvulla aloittanut naishoitaja (H3) koki Largactilin merkittäväksi edistysaskeleeksi mielisairaiden hoidossa:

- H3:** Sehän tuli ja sitten niitä vaikutuksia rupes näkymään vähitellen (,) vaikka eihän sekkään tietysti kaikkiin tehonnu ennää muuta kun väsytti sitten että eivät enää jaksaneet riehua.
- AV:** Niin.
- H3:** Mutta se että se harhasiin potilaisiin se tehoi.
- AV:** Kyllä.
- H3:** Sen jälkeen on tietysti tullu vaikka mitä rinnakkaisvalmisteita mutta mistään ei voi puhua sillä tavalla kunnioittavasti kuin Largactilista [naurahtaa].
- AV:** Niin joo (,) eli sinä (,) sinun mielestä se oli nimenomaan semmonen käännteentekevä?

³¹³ Pietikäinen 2013, 279.

³¹⁴ Pietikäinen 2013, 282.

³¹⁵ Tuohon aikaan ei vielä tiedetty, että psykoosilääkkeiden pitkäaikainen käyttö saattoi aiheuttaa parkinsonismia. Oireista alettiin myöhemmin käyttää nimeä tardiivi dyskinesia, ”pitkäaikaisen lääkehoidon aiheuttamat pakkoliikkeet”. Shorter 2006, 296-297.

³¹⁶ Ihon palamisen välttämiseksi lääketehaat alkoivat lähettää sairaaloille larkku-hatuiksi kutsuttuja lieriolkihattuja, joita myös Harjamäellä käytettiin potilaiden kasvojen suojaamiseksi. Tuovinen 2009, 171; H5 19.7.2018; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 169.

³¹⁷ Pietikäinen 2013, 281.

³¹⁸ H3 26.6.2018; H4 12.7.2018; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 103.

H3: Se oli varmaan kaikkien muittenkin [naurahtaa].³¹⁹

Vaikka naishoitajan puhuikin lääkkeestä hyvin arvostavasti, samalla hänen kommenteistaan käy ilmi myös se tosiasia, että ei tämäkään ihmelääke auttanut tai parantanut kaikkia potilaita. Ikävien, elämää hankaloittavien ja jopa vaarallisten sivuvaikutusten takia kaikki lääkkeet eivät sopineet kaikille potilaille. Jokaiselle potilaalle sopivan lääkkeen ja yksilöllisen annosmäärän löytäminen oli välillä työlästä ja aikaa vievää.³²⁰

Largactilin ohella, muistelijoiden haastatteluissa nousi esille toinenkin oman aikansa mullistava lääke, klotsapiini. Suomessa kauppanimellä Leponex tutuksi tullut klotsapiini, on toisen polven psykoosilääke, joka tuli myyntiin tammikuussa 1975. Klotsapiini herätti heti suurta kiinnostusta, sillä sen käyttö ei näyttänyt aiheuttavan merkittäviä neurologisia haittavaikutuksia, toisin kuin aiemmin kehitetyt neuroleptit. Klotsapiinin teho skitsofrenian positiivisiin sekä negatiivisiin oireisiin oli kiistämätön ja tästä syystä siitä tulikin nopeasti hyvin suosittu lääke.³²¹ Kuitenkin vielä saman vuoden kesänä eri sairaaloista alkoi kuulua uutisia, joiden mukaan Leponexilla lääkittyjä potilaita oli menehtynyt agranulosytoosiin eli valkosolukatoon³²². Myös Harjamäen sairaalassa Leponexin vakavat haittavaikutukset huomattiin. Sairaanhoidajana työskennellyt mieshoitaja (H5) kertoi, että yhden potilaan kunto ehti heiketä jo merkittävästi ennen kuin ymmärrettiin, mistä oli kyse. Lääkityksen lopettamisen jälkeen potilas kuitenkin kuntoutui täysin.³²³

Leponex vedettiin myynnistä heinäkuussa 1975 ja samalla lääkkeen haittavaikutuksia alettiin selvittää, koska vastaavista tapauksista ei raportoitu muualta maailmasta, syyn arveltiin olevan suomalaisessa geeniperimässä.³²⁴ Lääkäreiden keskuudessa Leponexia pidettiin ihmelääkkeenä, sillä joihinkin potilaisiin se tehoi niin hyvin, että heidät pystyttiin siirtämään sairaalasta avohoitoon. Leponexin käyttäminen yksittäisille potilaille aloitettiin uudestaan vuonna 1978, myös Harjamäen sairaalassa muutamat potilaat saivat lääkettä poikkeusluvalla.³²⁵ Kuten Largactil ainakaan, myös Leponex herätti innostusta hoitohenkilökunnassa. Muistelijoiden mukaan lääke oli merkittävä edistysaskel lääkkeiden

³¹⁹ H3 26.6.2018.

³²⁰ H4 12.7.2018; H5 19.7.2018; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 63, 92, 174-175.

³²¹ Lääke hillitsi myös potilaiden aggressiivisuutta sekä ehkäisi skitsofrenian kroonistumista etenkin nuorilla potilailta. Talvitie & Kalliokoski 2015; Koponen 1999, 32; H4, 12.7.2018;

³²² Talvitie & Kalliokoski 2015.

³²³ H5, 19.7.2018.

³²⁴ Talvitie & Kalliokoski 2015; Tuovinen 2009, 171-172.

³²⁵ Talvitie & Kalliokoski 2015; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 90.

saralla, sen ansiosta esimerkiksi psykoottisia ja aggressiivisia potilaita pystyttiin siirtämään suljetuilta osastoilta avo-osastoille, osa jopa avohoitoon.³²⁶

Lääkehoidosta päätti aina lääkäri, mutta hoitajien rooli lääkehoidon toteutuksessa ja seurannassa oli tärkeä. Sopivan lääkityksen ja annosmäärien löytäminen oli välillä melkoista etsimistä ja tässä hoitajien rooli oli tärkeä, sillä he olivat läheisessä kontaktissa potilaiden kanssa koko ajan. Hoitajien tehtäviin kuului lääkkeiden mahdollisten sivuvaikutusten havainnointi ja niistä raportointi, jotta lääkitys saatiin sovitettua potilaalle sopivaksi, sillä jokainen potilas oli aina yksilö. Samat lääkkeet tai samat annosmäärät eivät välttämättä sopineet jokaiselle potilaalle.³²⁷ Mielisairaanhoitajana työskennelleen mieshoitajan (H4) mukaan potilas itse oli aina paras arvioimaan ja kertomaan, kuinka lääkkeet vaikuttivat ja minkälaisia sivuvaikutuksia ne aiheuttivat. Valitettavasti suurella osalla potilaista sairaudenkuvaa kuului se, että he eivät tunteneet itseään sairaaksi, minkä takia potilas saattoi kokonaan kieltäytyä syömästä lääkkeitä. Tällöin hoitajan ammattitaito todella punnittiin, kyseiset tilanteet eivät välttämättä ratkenneet pakolla, vaan puhumalla. Etenkin nuorille hoitajille potilaan lääkkeitä kieltäytyminen saattoi aiheuttaa hankalan tilanteen:

H4: Ja sitten kun nämä nuoremmat sattu ja tuota potilaita oli ja ne kieltäytyvät (,) niin ne aina vinkkas että tuleppas (**haastateltavan nimi poistettu**) että saatko sinä tuota.

AV: Niin.

H4: No enhän minä heille kertonu että kyllähän minä sain ne aina ja (,) ja tuota minä sitten selvitin minä aina kysyin potilaalta että tuota (,) mikä sinua niinku vaivaa että miks sinä olet täällä ja että täällä mielisairaalassa.

AV: Niin.

H4: No kun ahistaa ja on paha olla (,) minä että kun tämä on just täsmälääke siihen (,) siihen hänen sairauteensa (,) ai niinkö.

AV: [**naurahtaa**] niin että jos otat tästä niin kokeillaan tätä.

H4: Niin niin [**nauraa**]

AV: Että auttaisko.

H4: Ja yleensä se sillä meni aina.³²⁸

Lääkkeiden antaminen vaati välillä suoranaista viekkautta ja hyviä suostuttelutaitoja, sillä potilaat eivät välttämättä kokeneet itseään sairaaksi, jolloin lääkkeitä ja lääkkeiden antajasta saattoi potilaan mielessä muodostua uhka. Jos potilas kieltäytyi täysin ottamasta lääkettä,

³²⁶ H4 12.7.2018; H5 19.7.2018; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 90, 212.

³²⁷ H5 19.7.2018; H4 12.7.2018; Kinnunen 1958, 127.

³²⁸ H4 12.7.2018.

annettiin se injektiona³²⁹. Mieshoitajan mielestä oli kuitenkin tärkeää, että etenkin pakkotilanteissa potilaalle yritettiin selvittää, miksi lääkkeitä annettiin tai injektio pistettiin.³³⁰ Lääkkeiden jakaminen ja injektioiden pistäminen kuuluivat pitkään vain pidemmän koulutuksen käyneiden sairaanhoitajien tehtäviin³³¹. Vuonna 1963 Harjamäessä mielisairaanhoitajana aloittaneen naishoitajan (H2) mielestä oli ymmärrettävää, että esimerkiksi tietoa ja taitoa vaatinut injektioiden pistäminen kuului vain sairaanhoitajille, sillä he olivat saaneet pidemmän koulutuksen³³².

Lääkkeiden jakamiseen liittyi myös vastuu lääkekaapin avaimista, jota ei suotu kenelle tahansa³³³. Mielisairaanhoitajana työskennelleen mieshoitajan (H7) mukaan Harjamäessä oli käytäntö, jonka mukaan osastolla oli aina kahdet lääkekaapin avaimet – toiset olivat osastonhoitajan taskussa ja toiset sillä hoitajalla, joka oli sinä päivänä vastuussa lääkkeiden jakamisesta. Mieshoitajan mukaan oli itsestään selvää, että avaimet olivat vain tietyillä henkilöillä kerrallaan, näin pyrittiin välttämään mahdolliset ongelmat.³³⁴ Osastonhoitajien kokousmuistiossa syyskuulta 1982 todetaan, että avaimia saivat säilyttää vain lääkkeenjakoiluvan omaavat hoitajat, mutta jos esimerkiksi yövuorosta puuttui tällainen hoitaja, avaimet piti kiikuttaa talokohtaisesti nimetyille osastoille.³³⁵

Myöhemmin mielisairaanhoitajia alettiin kouluttaa niin, että hekin saivat oikeudet lääkkeiden jakamiseen ja injektioiden pistämiseen. 1960-luvulla sairaalassa aloittaneiden mielisairaanhoitajien mukaan heillä ei vielä tuolloin ollut oikeuksia, mutta heidät koulutettiin myöhemmin. Haastattelemistani hoitajista kukaan ei muistanut tarkkaa vuotta, milloin tämä muutos kävi toteen, mutta kaikki arvelivat sen tapahtuneen 1970-luvulla³³⁶. 1950-luvun lopulla taloon tullut mieshoitaja (H7) muistelee, että mielisairaanhoitajien kouluttamiseen ryhdyttiin, kun sairaanhoitajista oli pulaa³³⁷. Uudentyyppisen mielisairaanhoitajakoulutuksen käynyt mieshoitaja (H4) kertoi, että oli kyllä saanut koulutuksen niin injektioiden pistämiseen kuin lääkkeidenkin jakamiseen, mutta luvat heltisivät vasta Harjamäessä annetun koulutuksen

³²⁹ Pakkolääkitykset annetaan nykyäänkin yleensä injektioina. Alhfors, Saarikoski, Sova 1992, 47.

³³⁰ H4 12.7.2018.

³³¹ H2 19.6.2018; H4 12.7.2018; H5 19.7.2018; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 151.

³³² H2 19.6.2018.

³³³ Nikkilän mielisairaalaasta kirjoittaneen Sirkka-Liisa Tuovisen mukaan, Nikkilässä lääkekaapin avaimet olivat ainoastaan sairaanhoitajalla tai työpaikkakoulutuksen saaneella mielisairaanhoitajalla. Tuovinen 2009, 171.

³³⁴ H7 30.7.2018.

³³⁵ Tieto-Tippa 17.9.1982.

³³⁶ Hoitajien elämää Kupittaa sairaalassa selvittäneen Päivi Sandellin mukaan myös Kupittaalla lääkekaapin avain pysyi pitkään vain sairaanhoitajilla. Sandellin haastatteleminen hoitajien mukaan 1980-luvulla oltiin jo siirrytty siihen, että mielisairaanhoitajatkin saivat huolehtia lääkekaapista ja jakaa lääkkeitä.

³³⁷ H7 30.7.2018.

myötä. Mieshoitajan muisteli tämän tapahtuneen joko vuonna 1975 tai 1976.³³⁸ Koulutuksen myötä mielisairaanhoitajien työnkuva ja vastuu laajenivat ja lähestyivät sairaanhoitajan työnkuvaan. Muutos ei kuitenkaan miellyttänyt kaikkia, vaan vanhat hierarkiat istuivat osastoittain yllättävän tiukassa.

Erilaiset näkemykset osastotyössä saattoivat aiheuttaa konflikteja eri ammattikuntien edustajien välillä. Miesmielisairaanhoitaja (H4) muisteli levottomalla osastolla sattunutta tapausta, jossa hän ja muut hoitajat olivat pyytäneet lääkevastuussa olleelta sairaanhoitajalta lääkettä psykoottiselle potilaalle, jotta tämä saataisiin rauhoitettua. Mieshoitajan mukaan potilaan käytös viittasi siihen, että potilas saattaisi pian äityä väkivaltaiseksi. Lääkevastuussa olleen sairaanhoitajan kieltäytyttyä antamasta lääkettä, ei mennytkään kauaa, kun potilas kävi samaisen sairaanhoitajan kimppuun. Tapauksen jälkeen käydyssä palaverissa mieshoitaja muistutti, että eivät he turhaan pyytäneet lääkettä, vaan nimenomaan vaaratilanteen välttämiseksi. Mieshoitajan mielestä jotkut sairaanhoitajat eivät ottaneet mielisairaanhoitajien, esimerkiksi lääkitykseen liittyviä, pyyntöjä ja näkemyksiä tosissaan.³³⁹

Merja Nikkosen mukaan tällainen ilmiö voidaan tulkita heijastumaksi teorian ja praksiksen eli käytännön ristiriidasta, joka syntyi etenkin silloin, kun kokeneet mielisairaanhoitajat ja nuoret, kokemattomat sairaanhoitajat kohtasivat hoitotyössä. Kokeneet mielisairaanhoitajat perustivat tietonsa käytäntöön, arkiseen yhdessäoloon ja toimimiseen hoidettavien kanssa, sairaanhoitajat taas koulussa opetettuihin standardeihin, joilla ei välttämättä ollut kosketusta konkreettiseen todellisuuteen.³⁴⁰ Vahva käytännön näkökulma käy ilmi myös seuraavasta esimerkistä: miesmielisairaanhoitajan (H4) mukaan joitakin sairaanhoitajia piti ”opettaa” esimerkiksi tilanteissa, joissa potilas itse pyysi lääkettä. Mieshoitajan mielestä oli älytöntä, että sairaanhoitajat saattoivat kieltäytyä jopa tulehduskipulääkkeen antamisesta, vaikka potilas valitteli päänsärkyä.³⁴¹

Mielisairaanhoitajien ja sairaanhoitajien työtehtävien yhtenäistyminen on hyvä esimerkki muutoksen aallosta, joka mielisairaaloissa jylläsi 1970-luvulla. Vielä 1960-luvulla oikeus jakaa lääkkeitä tai pistää injektioita olivat osa mielisairaalan hierarkkisia rakenteita, jotka vuosien ja vuosikymmenten saatossa alkoivat kuitenkin horjua ja murtua. Mielisairaanhoitajien työpaikkakouluttamisen ja lääkkeenjakolupien myöntämisen on täytynyt tapahtua 1970-

³³⁸ H4 12.7.2018.

³³⁹ H4 12.7.2018.

³⁴⁰ Nikkonen 1993, 42-43.

³⁴¹ H4 12.7.2018.

luvulla, sillä 1970-luvun loppupuolella ja 1980-luvun puolella Harjamäessä aloittaneiden hoitajien mukaan, heidän aikanaan mielisairaanhoitajat jakoivat lääkkeitä³⁴². Vuonna 1979 Harjamäkeen vippariksi saapunut mieshoitaja (H9) kertoi, että oli hän itsekin päässyt jakamaan lääkkeitä vippariaikansa loppupuolella vanhempien kollegoidensa opastuksella. Lääkkeiden jakaminen ilman asianmukaista koulutusta oli tietenkin kiellettyä, mutta tällaisessa toiminnassa oli osastokohtaista vaihtelua – joillain osastoilla vippareille jaettiin enemmän vastuuta kuin toisilla.³⁴³ Kevättömän puolella mielisairaanhoitajana työskennellyt naishoitaja (H6) muisteli, että luvan saamiseksi piti suorittaa valvottu testi, jonka onnistumisen jälkeen lääkkeidenjakolupa myönnettiin³⁴⁴.

Mielisairaanhoitajana työskennelleen mieshoitajan (H10) mukaan hoitajien tehtäviin kuului lääkkeiden jakaminen, mahdollisten haittavaikutusten tarkkaileminen sekä raportointi, mutta lääkkeitä sinällään hoitajien ei tarvinnut tietää paljoakaan. ei tiedetty tarkkaan mitä potilaan kehossa tulisi tapahtumaan – vain lääkärit tiesivät ja se riitti.³⁴⁵ Toisen mielisairaanhoitajana työskennelleen mieshoitajan (H4) haastattelusta kävi ilmi kuitenkin hyvin päinvastainen näkökulma lääkkeisiin ja niiden tuntemiseen. Mieshoitaja kertoi, että oli aina ollut hyvin kiinnostunut lääkkeitä ja tunsikin kyllä kaikki käytössä olleet valmisteet työuransa aikana. Erityisen innostunut hän oli sairaalan henkilökunnalle järjestetyistä luennoista³⁴⁶, joilla käsiteltiin lääkkeitä ja niiden haittavaikutuksia. Luennot olivat henkilökunnalle vapaaehtoisia, mutta kaikki eivät niille osallistuneet. Mieshoitajan mukaan se johti välillä erikoisiin tilanteisiin, kun luennoilla käyneiltä hoitajilta saattoikin löytyä spesifimpää tietoa lääkkeitä kuin muilta hoitajilta.³⁴⁷

5.3 Kohti terapeutisempaa hoitoa

Psykiatrinen hoito pysyi hyvin somaattiseskeisenä aina 1950-luvulle saakka³⁴⁸. Tuolloin käyttöön otetut uudet psyykenlääkkeet rauhoittivat potilaita, mahdollistaen myös erilaisten

³⁴² H6 23.7.2018; H8 8.8.2018; H9 15.8.2018; H10 29.8.2018.

³⁴³ H9 15.8.2018.

³⁴⁴ H6 23.7.2018.

³⁴⁵ H10 29.8.2018.

³⁴⁶ Lääkkeisiin liittyviä luentoja järjestettiin esimerkiksi toimipaikkakoulutuksina, jolloin sairaalan oma lääkäri luennoi henkilökunnalle. Esimerkiksi Viikkotiedotteesta vuodelta 1974 löytyy ilmoitus ylilääkäri Mauri Eerolan vetämistä toimipaikkakoulutustilaisuuksista, joiden aiheena oli psykiatrinen lääkehoito. Toisinaan lääkeyhtiöt järjestivät sairaalassa koulutustilaisuuksia, joissa ne esittelivät omia lääkkeitään henkilökunnalle, myös nämä tilaisuudet olivat henkilökunnalle avoimia. Edellä mainittujen lisäksi myös sairaalan ulkopuoliset tahot, kuten Kuopion kesäyliopisto, järjestivät koulutusta lääkeaineisiin liittyen. Viikkotiedote 22.11.1974; Tieto-Tippa 23.1.1981; Tieto-Tippa 3.5.1985.

³⁴⁷ H4 12.7.2018.

³⁴⁸ Ihanus 1997, 58-60.

keskusteluun perustuneiden terapioiden kokeilemisen. Yksilö-, ryhmä- ja perheterapiat tarjosivat niin sairaanhoitajille kuin mielisairanhoitajillekin uudenlaista sisältöä työntekoon. Hoitajien vastuu potilaista kasvoi, kun jokaiselle hoitajalle jaettiin omia potilaita, joiden hoidosta ja asioista omahoitaja oli pääasiallisessa vastuussa. Yksilölliset hoitosuunnitelmat toivat hoitoon suunnitelmallisuutta sekä rakennetta. Uusi, potilasta kuunteleva lähestymistapa syrjäytti lopulta vanhanaikaisiksi koetut shokkihoidot. Insuliinishokkihoidon antaminen lopetettiin kokonaan ja myös sähköshokkihoidon käyttö väheni merkittävästi.³⁴⁹

Uusi psykoterapeuttinen suuntaus levisi nopeasti ympäri maan, kun 1960- ja 1970-lukujen kuluessa nuoret, psykoanalyttisesti suuntautuneet psykiatrit valtasivat kaikki psykiatrian oppituolit.³⁵⁰ Psykoanalyttikko Veikko Tähkä aloitti vastaperustetun Kuopion yliopiston psykiatrian professorina vuonna 1972³⁵¹. Mielisairanhoitajana työskennellyt mieshoitaja (H7) muisteli suurella kunnioituksella Veikko Tähkää, sillä hänen mielestään juuri Tähkän ansiosta yksilöterapien ajatukset saavuttivat myös Harjamäen sairaalan. Vuonna 1978 järjestettiin ensimmäinen Tähkän vetämä kurssi ”Hoitosuhteen psykoterapeuttisista perusteista”. Kurssin tarkoituksena oli lisätä osallistujien ammatillista valmiutta, lisätä ymmärrystä persoonallisuuden kehityksestä sekä mielenterveyden häiriöiden synnystä ja hoidosta³⁵². Veikko Tähkän vetämä kurssi herätti suurta mielenkiintoa sairaalan henkilökunnassa. Suositettu kurssi järjestettiin yhteensä neljä kertaa vuosien 1978–1982 aikana³⁵³. Mieshoitaja (H7) oli itse hyvin innostunut yksilöterapiasta ja sen tarjoamista mahdollisuuksista hoidossa. Ryhmäterapiaa mieshoitaja ei koskaan kokenut omakseen, mutta yksilöterapien hän koki hyödylliseksi ja oikeasti toimivaksi hoitokeinoksi.³⁵⁴

H7: -- -- että sitten kun tuli tämä kuulusa Veikko Tähkä meille joka rupes tuomaan sitten tätä yksilöterapiaa.

AV: Joo.

H7: Et kouluttamaan siihen ihmisiä niin se oli tuosta minusta semmonen (,) papukajamerkin arvonen homma eli eli tuota (,) ainakin henkilökohtaisesti minä siitä innostuin että tuota (,) niihin kursseihin kyllä osallistuin innolla ja sen jälkeen tein todella

³⁴⁹ Pietikäinen 2013, 204; Parpola 2013, 152-155, 158. Ks. lisää luvuista 4.1. ja 4.2.

³⁵⁰ Pekka Tienari nimitettiin psykiatrian professoriksi Oulun yliopistoon vuonna 1967, Yrjö Alanen Turun yliopistoon vuonna 1968, Kalle Achté Helsingin yliopistoon vuonna 1968 ja Veikko Tähkä Kuopion yliopistoon vuonna 1972. Parpola 2013, 155-160.

³⁵¹ Parpola 2013, 158.

³⁵² Viikkotiedote N:o 52 30.12.1977: Pohjois-Savon mielisairaanhuoltopiirin kuntainliiton toimintakertomus vuodelta 1978.

³⁵³ Tieto-Tippa 19.3.1982.

³⁵⁴ H7 30.7.2018.

paljon ihan eläkkeelle lähtöön asti tein myös yksilöterapiaa jopa niin (,) että sitten kotiutettuja ihmisiä kävi (,) Iisalmee myöten vielä täällä.

AV: Okei.

H7: Että se jotenkin tuntuu että se oli ihan ja että arvostettiin sitä meidän työtä.

AV: Mitä siinä yksilöterapiassa tapahtu sitten? Tekikö sitä mielisairaanhoitajat? Sairaanhoitajat? Ketkä siinä -- --

H7: Kaikki -- --

AV: Kaikki?

H7: No molemmat joilla vaan oli taito hyppysissä ja halu niin siinä yleensä käytiin (,) -- --³⁵⁵

Harjamäki oli hyvin koulutusmyönteinen työpaikka, jossa työntekijöiden kouluttautumiseen suhtauduttiin kannustavasti. Sairaalan sisäisten työpaikkakoulutusten lisäksi työntekijöillä oli mahdollisuus osallistua myös sairaalan ulkopuolella järjestettyihin koulutuksiin ja tapahtumiin, joista ilmoitettiin Harjamäen sairaalan tiedotuslehdessä. Koulutusta järjestettiin esimerkiksi hoitosuhteista, ryhmä- ja perheterapiasta, lääkehoidosta, kriisiterapiasta sekä työnohjauksesta. Erilaisiin koulutusmahdollisuuksiin suhtauduttiin innolla, sillä ne nostivat työntekijöiden tiedon tasoa, mutta toivat samalla myös uudenlaisia näkökulmia työhön. Koulutusten koettiin myös aktivoivan henkilökuntaa sekä toisaalta estävän työhön leipääntymistä.³⁵⁶

Merkille pantavaa on se, että koulutukset olivat avoimia sekä sairaanhoitajille että alemman koulutuksen käyneille mielisairaanhoitajille. Toisaalta koulutuksen ja kokemuksen myötä moni mielisairaanhoitaja pääsi laajentamaan työnkuvaansa, mikä on varmasti lisännyt työn mielekkyyttä. Sairaanhoitajana työskennelleen mieshoitajan (H5) mukaan myöhemmin alettiin antaa painoarvoa etenkin hoitajan omalle aktiivisuudelle ja kiinnostukselle. Tällä hän tarkoitti sitä, että esimerkiksi terapiatyöstä kiinnostuneella mielisairaanhoitajalla saattoi olla jopa paremmat valmiudet antaa terapiaa kuin sairaanhoitajalla, joka ei ollut niin kiinnostunut terapiatyöskentelystä.³⁵⁷ Toiset innostuivat terapiatyöskentelystä kovastikin, kun taas osa hoitajista löysi työn mielekkyyden muista asioista. Kevättömän puolella mielisairaanhoitajana työskennellyt naishoitaja (H8) kertoi pitäneensä enemmän potilaiden perushoidosta, koska ei ollut koskaan kokenut itseään kovinkaan terapeutiksi hoitajaksi. Tästä syystä hän ei edes mielinyt A-sairaalan puolelle, vaan viihtyi hyvin Kevättömässä, jossa painottui potilaiden perushoito: ”*jotenkin se oli itelle semmonen tärkeä että sai hoitaa heitä*”.³⁵⁸

³⁵⁵ H7 30.7.2018.

³⁵⁶ H5 19.7.2018; H6 23.7.2018; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 103, 107, 155, 162, 176, 186, 205.

³⁵⁷ H5 19.7.2018.

³⁵⁸ H8 8.8.2018.

Yksilö- ja ryhmäterapian lisäksi, myös pari- ja perheterapia alkoivat yleistyä³⁵⁹. Omaisten ja perheiden osallistaminen osaksi hoitoa ja hoidon suunnittelua, oli merkittävä edistysaskel kohti avoimempaa sairaalan ja kodin välisten esteiden murtamista. Aiempiä vuosikymmeniä potilaan perheenjäsenet ja omaiset oli saatettu kokea jopa hoitoa haittaavina tekijöinä. Kiinnostus perheterapiaa kohtaan alkoi nousta 1960- ja 1970-luvuilla, terapian keskeisenä ajatuksena oli rikkoa sellaisia vakiintuneita toimintamalleja ja rakenteita, jotka saattoivat ylläpitää sairautta.³⁶⁰ Joidenkin potilaiden hoitosuunnitelmaan saattoi oleellisena osana kuulua säännölliset terapiaistunnot perheen kanssa. Naishoitajan (H6) mielestä oli ensiarvoisen tärkeää, että perhe ja omaiset tukivat potilasta:

H6: -- -- niin niin että (,) se ympäristö missä se ihminen tavallaan elää niin se [mieltii hetken] jos se ei (,) voisko sanoa näin raa’asti että jos se ei ole sitä että se muuttuu niin silloin se palaa takasin niihin oireisiin.

AV: Aivan.

H6: Kauheen raa’asti sanottu mutta [naurahtaa] se on niinku ihmiset me ihmiset toimitaan tietyllä tavalla ja meillä on pyrkimys niinku (,) aina tehdä se (,) niinku sama kuvio suhteessa toisiin ihmisiin.

AV: Joo joo.

H6: Niin tuota näitä tämmösiä kuvioita muun muassa voi perheterapialla yrittää muuttaa.³⁶¹

Ennen mielisairaalalaitoksen syntymistä mielisairaiksi ja hulluiksi leimatut henkilöt hoidettiin pääasiassa kotona, sillä sen katsottiin olevan perheiden ja lähiyhteisöjen tehtävä. Hoitovastuu saatettiin siirtää myös halvimmalla tarjouksella tehneelle vieraalle perheelle. Kun mielisairaaloita alettiin rakentaa 1800-luvulla ja Suomessa 1900-luvun alussa, pääasiallinen hoitovastuu siirtyi omaisilta laitoksille. Parantumattomasti sairaaksi todetulle henkilölle oli mahdollista lunastaa elinikäinen paikka houruinhuoneesta, tämä pelkoa herättänyt käytäntö jatkui Suomessa aina 1900-luvun alkuun saakka.³⁶² 1960-luvulta alkaen potilaan ja samalla koko mielisairaalan eristyneisyyttä muusta yhteiskunnasta haluttiin murtaa. Yhteyksiä ulkomaailmaan pyrittiin ylläpitämään esimerkiksi omaistenpäivillä, jolloin potilaiden omaisilla oli mahdollisuus päästä kurkistamaan sairaaloiden suljettujen porttien sisälle.³⁶³ Oli myös potilaita, joilla ei ollut omaisia lainkaan, näistä tapauksista kertoo esimerkiksi lääkäri Laura Latvala kirjassaan

³⁵⁹ H6 23.7.2018; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 119, 186, 205.

³⁶⁰ Parpola 2013, 151; Isohanni 1983, 190; Achté & Alanen 1994, 170.

³⁶¹ H6 23.7.2018.

³⁶² Kaila 1966, 171; Hyvönen 2008, 92-93; Parpola 2013, 150; Pietikäinen 2013, 145-146.

³⁶³ Kontio 2015, 70-71; Latvala 1964, 117-118.

Tuulien talo. Latvalan mukaan hänen olisi pitänyt ilmoittaa potilaan omaisille, että tämä on huonossa kunnossa, mutta papereista kävikin ilmi, että lähin omainen on sosiaalilautakunta.³⁶⁴ 1970-luvulla Harjamäessä työskentelyn aloittaneen sairaala-apulaisen (H1) mukaan harvalla potilaalla kävi sairaalassa vieraita, uusilla tulokkailla vanhoja todennäköisemmin³⁶⁵.

Potilaan ja omaisten yhteyksien katkeamiseen vaikuttivat muun muassa pitkät välimatkat. Kuntainliiton ollessa suurimmillaan, potilaita saapui Harjamäkeen jopa satojen kilometrien päästä Kainuusta ja Keski-Suomesta saakka. Potilaat joutuivat kauas omasta elinympäristöstään ja omaisistaan, mikä hankaloitti myös hoitohenkilökunnan työtä, potilaiden omaisista ei välttämättä tiedetty mitään. Toisaalta vaikka omaiset olisivatkin asuneet lähellä, he saattoivat silti tietoisesti vältellä Harjamäkeä ja siellä vierailemista³⁶⁶, mikä selittynee sillä, että mielisairaisiin ja mielen sairauksiin liittyi paljon pelkoa sekä häpeää. Mielisairaalaan joutuminen miellettiin hyvin häpeälliseksi asiaksi³⁶⁷ ja sairaalaan joutuneet henkilöt menetetyiksi tapauksiksi. Pienellä paikkakunnalla usein myös tiedettiin, kuka sairaalaan oli joutunut tai kuka siellä oli joskus ollut.³⁶⁸ Sairaalaan leimasta saattoi muodostua identiteettiä määrittävä tekijä pitkäksi aikaa, vaikka potilas olikin jo päässyt pois sairaalasta³⁶⁹.

Mielisairaiden työskentelyä pidettiin suuressa arvossa jo 1900-luvun alussa, mikä käy selvästi ilmi esimerkiksi sairaanhoitaja Karin Neuman-Rahnin vuonna 1924 ilmestyneestä ensimmäisestä mielisairaanhoidon oppikirjasta *Sielullisesti sairas ihminen ja hänen hoitonsa*. Neuman-Rahnin mukaan työntekeä oli tärkeää etenkin siksi, että se synnytti potilaissa tyydytyksen ja ilon tunteita, samalla työnteon uskottiin lahjoittavan potilaille sekä ”fyysillisiä että psyykkillisiä voimia”, joiden turvin heidän oli helpompi kohdata elämän vastoinkäymiset.³⁷⁰ Myös sairaanhoitaja Lyyli Kinnusen oppikirjassa *Mielisairaanhoido*, säännöllinen työskentely kuvataan merkittävänä asiana sielulliselle toipumiselle. Kinnunen oli Neuman-Rahnin kanssa samaa mieltä työnteon positiivisista vaikutuksista potilaan psyykkeeseen, sillä työn tekemisen nähtiin edistävän aloite- ja keskittymiskykyä, itsehillintää sekä velvollisuudentunnetta.³⁷¹

³⁶⁴ Samassa yhteydessä Latvala kertoo kuulleensa hautajaisista, joissa on ollut paikalla vain pappi ja haudankaivaja. Latvala 1964, 41.

³⁶⁵ H1 13.6.2018.

³⁶⁶ H5 19.7.2018.

³⁶⁷ Leskinen 2007, 102.

³⁶⁸ H1 13.6.2018; H5 19.7.2018; H9 15.8.2018.

³⁶⁹ H1 13.6.2018.

³⁷⁰ Neuman-Rahn 2003, 320.

³⁷¹ Kinnunen 1958, 97-98.

Työterapia oli yksi tärkeimmistä Harjamäessä käytetyistä hoitomuodoista aina 1950-luvun puoliväliin saakka³⁷². 1960-luvulla työterapia sekä erilaiset kuntoutusmuodot kokivat eräänlaisen renessanssin, kun esimerkiksi erilaiset luovuutta korostaneet terapiamuodot alkoivat herättää kiinnostusta³⁷³. Kehitystä tapahtui myös Harjamäen sairaalassa, kun maatalous-, ulko- ja siivoustöiden lisäksi etenkin erilaiset askarteluryhmät alkoivat yleistyä. Miesten ryhmissä valmistettiin esimerkiksi puu-, rottinki- ja olkitöitä, kun taas naistenryhmissä valmistettiin erilaisia korutöitä sekä neulottiin ja kudottiin erilaisia käsitöitä matoista vaatteisiin.³⁷⁴ Tuolloin alkoi entistä vahvemmin korostua ajatus työn terapeuttisesta vaikutuksesta. Tämä ajattelutavan muutos käy ilmi esimerkiksi Harjamäen sairaalan 50-vuotishistoriikista, jossa kerrotaan, että ”työterapiassa on pyritty viime vuosina muuttamaan perusajatus siten, että työsuoritusta ja työn tulosta arvostetaan entistä enemmän. Aikaisemmin pidettiin tärkeänä vain potilaan mukaan saamista -- tällä toiminnalla pyritään aktivoimaan potilaan persoonallisuuden terveitä alueita ja saamaan hänet irti sairaista ajatuksista”.³⁷⁵

Työterapia nousi esille kahdessa haastattelussa³⁷⁶. B-mielisairaala Kevättömässä työskennelleen naishoitajan (H2) mukaan hoitokeinot olivat 1960-luvulla vähäiset ja tästä syystä työterapia oli tärkeä hoitomuoto lääkehoidon ohella:

- H2:** -- -- työterapia oli semmonen että sieltähän sitten osasto- niiltä paremmilta osastoilta joissa oli parempi kuntosta väkkee niin mikähän lähti puutarhalle töihin (,) mikä lähti askarteluun ja sitten kun oli vielä siihen aikaan kun oli siellä vielä se navetta niin mikä lähti pikkupossuja hoitamaan ja mikä minnekin suuntaan että (,) siellä oli hyvin hyvin aktiivista se että se työterapia oli ihan sellanen ykkösjuttu ja ne askartelut (,) siellä kudottiin kudottiin ryijyjä ja mattoja ja ja (,) tehtiin aivan vaikka mitä että se oli kyllä ihan (,) ja puukäsitöitä -- --
- AV:** Niin se oli tavallaan tekemistä potilaille.
- H2:** Niin niin oli tosiaan ja kuka potilaista sitten halus mitäkin siellä oli ja sitten oli toimintaterapeutit jotka sitten ohjasivat ja ammattilaiset (,) siellä tehtiin kapiokirstuja ja kynttelikköjä ja vaikka mitä että se oli ihan laidasta laitaan että se oli (,) ja osa joku potilaista oli keittiölläkin töissä että se oli -- --
- AV:** Joo vähän niinkun oman kiinnostuksen mukaan sitten?
- H2:** Niin niin kuka mitenkin sitten (,) ja sitten oli ihan oma ryhmäsä tämä sairaalan pihanhoito kesällä että kun se oli sitten ulkotyönohjaaja ja hänellä kun oli sitten oma ryhmäsä ja

³⁷² Rissanen 2012, 99.

³⁷³ Holvikivi 1992, 22.

³⁷⁴ Lepola 1976 60-61.

³⁷⁵ Lepola 1976, 63.

³⁷⁶ H2 19.6.2018; H6 23.7.2018.

kymmenkunta leikkuria lähti aina aamulla kiertämään ja oli sileenä kaikki paikat ja kukkapenkit ojennuksessa.³⁷⁷

Naishoitajan kommenteissa korostuu työterapian terapeuttinen sekä humaani puoli. Hän ei nähnyt potilaiden työskentelyä taloudellisesta näkökulmasta, vaan terapeuttisesta, jonka mukaan jokainen potilas pääsi toteuttamaan itseään oman kiinnostuksensa mukaan.³⁷⁸ Työterapia oli käytössä kaikissa Suomen mielisairaaloissa, mutta sen toteuttamistapa ja painopiste vaihtelivat jonkin verran³⁷⁹. Mielisairaalapotilaiden työntekeä jatkui aina 1980-luvulle saakka³⁸⁰.

Siitä huolimatta, että työterapia oli erittäin olennainen osa Harjamäen potilaiden arkea, vain kaksi haastateltavaa kymmenestä otti sen esille haastatteluissa. Yksi selitys tälle voi olla se, että työterapia oli niin keskeinen osa sairaalan arkea, että haastateltavat eivät kokeneet merkittäväksi mainita sitä sen kummemmin. Toisaalta myös haastattelijan kysymyksenasettelu on saattanut vaikuttaa siihen, että haastateltavat eivät juurikaan nostaneet työterapiaa esille. Haastattelija kysyi haastateltavilta hoidosta ja hoitomuotojen kehityksestä vuosien ja vuosikymmenten aikana, tästä syystä haastateltavat eivät välttämättä kokeneet työterapiaa mainitsemisen arvoisena, koska työterapia ei ollut mikään uusi innovaatio hoitokentällä, vaan työterapiaa käytettiin yleisenä hoitomuotona koko 1900-luvun ajan. Tästä näkökulmasta tarkasteltuna työterapia ei välttämättä ole näyttäytynyt hoidon tai hoitomuotojen kehityksenä, vaan pikemminkin itsestäänselvyytensä.

5.4 Hoitosuunnitelmat ja omahoitajajärjestelmä

1980-luvulle tultaessa, hoidossa alkoi korostua yksilöllinen suunnittelu sekä arviointi, minkä seurauksena kirjallisten hoitosuunnitelmien laatiminen alkoi yleistyä³⁸¹. Jonkinasteisia hoitosuunnitelmia oli kyllä laadittu ennenkin, mutta ne saattoivat jäädä melko niukoiksi, eikä niitä välttämättä tarkastettu tai arvioitu myöhemmin. Kellokosken sairaalan osastonhoitaja Heljä Nenosen mukaan vielä 1970-luvulla hoitosuunnitelmat eivät selkiyttäneet tai tukeneet potilasta ja hoitajaa päivittäisessä työskentelyssä. Suunnitelman laatimisen jälkeen se saatettiin helposti vain unohtaa, ellei kyseessä ollut ”hankalampi potilas”, joka vaati enemmän.³⁸² 1970-luvulla alettiin kehittää yhtenäistä pohjaa kirjalliselle hoitosuunnitelmalle, sillä potilasta

³⁷⁷ H2 19.6.2018.

³⁷⁸ H2 19.6.2018.

³⁷⁹ Rissanen 2012, 62.

³⁸⁰ Parpola 2013, 159.

³⁸¹ Välimäki 2000, 71.

³⁸² Sairaaliitto 1980, 58.

koskevaa tiedonvälitystä haluttiin parantaa, hoitoa tehostaa ja yhteistyötä parantaa³⁸³. Tämän kehitystyön seurauksena Sairaalaliitto jakoi sairaaloille hoitosuunnitelmalomakkeet sekä sen täyttämiseen liittyvät ohjeet vuonna 1979³⁸⁴.

Hoitosuunnitelman laatiminen aloitettiin heti potilaan saapuessa sairaalaan. Samassa yhteydessä valittiin potilaalle yleensä myös omahoitaja, joka osallistui hoitosuunnitelman laatimiseen ja ennen kaikkea sen toteuttamiseen³⁸⁵. Ensin määriteltiin hoidon tarve keräämällä potilaasta mahdollisimman paljon esitietoja sekä nimeämällä ongelmat, tämän jälkeen alkoi varsinaisten tavoitteiden asettaminen sekä suunnitelman rakentaminen. Suunnitelmaan merkittiin kaikki potilaan tutkimukset, toimenpiteet, hoidot, ohjaus sekä muut tekijät, joiden avulla asetettuihin tavoitteisiin pyrittiin.³⁸⁶ Jos potilaan hoidon kannalta katsottiin tarpeelliseksi tai välttämättömäksi esimerkiksi säännöllinen perheterapia tai perhekeskustelut, merkittiin ne ylös hoitosuunnitelmaan³⁸⁷. Myös potilaan ja hoitajan väliset viikoittaiset keskustelut merkittiin ylös, sillä niiden pohjalta tehtiin ja täydennettiin hoitosuunnitelmaa³⁸⁸. Selvä työnjako ja sen ylös merkitseminen helpotti kaikkien työskentelyä ja paransi samalla myös tiedon kulkua³⁸⁹.

Hoitokokoukset ja hoitosuunnitelmatiimit vakiintuivat osaksi hoitoideologiaa. Hoitosuunnitelmatiimit koostuivat monista eri ammattiryhmien edustajista – lääkärin lisäksi tiimiin kuuluivat psykologi, sosiaalihoitaja sekä osaston hoitohenkilökuntaa.³⁹⁰ Potilaat pyrittiin mahdollisuuksien mukaan ottamaan mukaan hoitosuunnitelmien laadintaan, joko henkilökohtaisesti tai esimerkiksi omahoitajan avustuksella. Joillakin osastoilla potilaiden osallistaminen saattoi olla kiinteä osa hoidon tavoitteita³⁹¹. Persoonallisuushäiriöisten osastolla työskennellyt mieshoitaja (H9) kertoi, että kyseisellä osastolla noudatettiin vahvasti yhteisohoidon periaatteita. Näihin periaatteisiin kuului ennen kaikkea potilaiden osallistaminen – potilailta edellytettiin vastuullisuutta ja omaa halua asioiden tarkasteluun ja työstämiseen.

³⁸³ Sairaalaliitto 1980, 6.

³⁸⁴ Sairaalaliiton julkaisussa kirjallinen hoitosuunnitelma määritellään seuraavasti: ”kirjallinen hoitosuunnitelma on potilasta hoitavan ryhmän laatima tiivistelmä potilaan hoidon tarpeesta, hänelle suunnitellun hoidon tavoitteista ja niiden saavuttamiseksi käytettävistä keinoista, potilaan hoidon seurannasta ja hoidon vaikutuksen arvioinnista” Sairaalaliitto 1980 8; Välimäki 2000, 71.

³⁸⁵ Isohanni 1983, 36-37.

³⁸⁶ Sairaalaliitto 1980, 15.

³⁸⁷ H6 23.7.2018.

³⁸⁸ H4 13.7.2018.

³⁸⁹ Sairaalaliitto 1980, 29.

³⁹⁰ Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 107, 171, 173.

³⁹¹ H4 13.7.2018; H9 15.8.2018; Isohanni 1983, 37.

Näiden periaatteiden puitteissa myös hoitosuunnitelmat täytettiin ja tehtiin usein yhdessä potilaan kanssa.³⁹²

Hoitajien haastatteluissa hoitosuunnitelmien laatiminen näyttäytyi pelkästään positiivisessa valossa, esimerkiksi B-mielisairaalan puolella työskennelleen naishoitajan (H8) mielestä hoitosuunnitelmien laatiminen oli iso edistysaskel kohti suunnitelmallisempaa hoitoa. Ennen kirjallisten hoitosuunnitelmien yleistymistä, potilaiden hoitoon liittyvät asiat siirtyivät hoitajalta toiselle lähinnä suupuheina. Naishoitajan mielestä hoitosuunnitelmien avulla alettiin myös päästä eroon säilömiseen keskittyneistä asenteista, jotka etenkin B-mielisairaalan puolella istuivat tiukassa:

H8: Tai niinku tällasesta säilömisestä alettiin päästä jo niinku (,) eteenpäin ja tuota (,) jotenkin niinku minun minunkin aikana sillon kun minä oon siellä ollu (,) vipparina ja hoitajana niin sillon niinku käynnisty se hoitosuunnitelman tekeminen.

AV: Joo.

H8: Kun eihän sekkään oo ollu niinku ollenkaan kun ei niillä potilailla ollu mitään hoitosuunnitelmia että eikös se sillon niinku tuntuu että se on vähän niinku säilössä olloo.

AV: Kyllä kyllä että pietään siellä ja -- --

H8: Mutta sitten (,) sit niinku lähettiin se se oli niinku jo iso askel että lähettiin tekemään hoitosuunnitelma että oli niinku se että mikä tarve ja tavote ja suunnitelma.³⁹³

Potilaiden säilömiseen perustunut sairaalajärjestelmä pysyi vahvana etenkin B-mielisairaaloissa aina 1970-luvulle saakka³⁹⁴. B-mielisairaalassa työskennelleiden hoitajien haastatteluista käy ilmi, että myös hoitajat mielsivät potilaat kroonisesti sairiksi tapauksiksi, joiden paranemismahdollisuudet olivat vähäiset. Tästä syystä myöskään hoitosuunnitelmat eivät olleet niin kunnianhimoisia kuin A-sairaalan puolella, jossa potilaita todella pyrittiin kuntouttamaan pois sairaalasta.³⁹⁵ Sekä A- että B-sairaalan puolella työskennelleen mieshoitajan (H10) mukaan hoidon tavoite vaikutti suuresti myös hoitajan asennoitumiseen – A-puolella tavoite oli kuntouttaa ja parantaa potilaat, kun taas B-puolen potilailla peli nähtiin enemmänkin menetettynä. Vaikka B-puolen potilaat miellettiinkin pääasiassa parantumattomiksi tapauksiksi, se ei kuitenkaan mieshoitajan mukaan tarkoittanut sitä, että se olisi vaikuttanut työntekoon lannistavasti tai että asiaa olisi surkuteltu ylen määrin:

H10: Se oli lohdutonta mutta kuitenkin niinkun (,) ei se kuitenkaan niinkun tuntunu pahalta kun sitä koitti kuitenkin tehdä parhaansa ja ollaan nyt näissä olosuhteissa ja tehään parhaansa eikä ollu semmosta niinkun surua että voi herran jestas että (,) että tämmönen

³⁹² H9 15.8.2018.

³⁹³ H8 8.8.2018.

³⁹⁴ Ahola 2015, 71.

³⁹⁵ H9 15.8.2018; H10 29.8.2018.

hänen tilanne on ja voi kauheeta vaan ei (,) että lauantaina on sauna ja ja laitetaanpas puhtaat sulle ja systeemit ja noin ja ja (,) keskiviikkona käydään kanttiinista haetaan kantiinikirjalla ja mitäs nyt laitettas ja sillä tavalla.

AV: Niin (,) että se elämä voi olla ihan hyvää vaikka se -- --

H10: Hyvää ja hyvää -- --

AV: Tai ainakin jonkinlaista -- --

H10: Niin hyvää kun se niissä olosuhteissa on mahdollista.

AV: Niin kyllä kyllä.

H10: Että ei siinä ollu niinkun semmosta (,) semmosta niinkun surua että tää ei etene (,) että kun tää hoitosuhde ei etene (,) se on aika stabiilia.³⁹⁶

Mieshoitajan kommentista kuvastuu se, että B-sairaalan hoitohenkilökunta oli hyväksynyt sen, että suurin osa potilaista tuskin enää koskaan kotiutuisi sairaalasta. Juuri tästä syystä potilaiden sairaalassa viettämästä ajasta pyrittiin tekemään mahdollisimman viihtyisää ja mielekästä. Monelle mielenterveyspotilaalle B-sairaalan pääsy saattoikin edustaa selvää parannusta elämänlaatuun, sillä sairaaloissa potilaiden perustarpeista huolehdittiin³⁹⁷. Potilaita pyrittiin aktivoimaan erilaisilla työterapioilla sekä virkistystoiminnoilla, kuten retkillä, jotka saattoivat suuntautua jopa ulkomaille asti. Yhteisten joulu-, juhannus- ja vappujuhlien avulla potilaiden elämää pyrittiin tuomaan sisältöä, samalla ne loivat sairaalan henkilökunnan ja potilaiden välille yhteenkuuluvuuden tunnetta.³⁹⁸ B-sairaala Kevättömässä koko työuransa tehneen naishoitajan (H2) mukaan hänen saapuessaan sairaalaan 1960-luvulla, koko henkilökunta – ylihoitajaa myöten – puhui, että sairaala on potilaiden koti³⁹⁹. Ajan myötä monet potilaista alkoivat varmasti uskoa siihen, että sairaala todella oli heidän kotinsa.⁴⁰⁰

Pitkäaikaispotilaat saattoivat viettää sairaaloissa vuosia, jopa vuosikymmeniä. Kuntoutus- ja viriketoiminnoista huolimatta monet potilaat laitostuivat, sillä avohoito toiminta oli vähäistä ja yhteydet omaisiin saattoivat olla vähäiset, joillakin potilailla ei välttämättä ollut omaisia lainkaan.⁴⁰¹ B-sairaala Kevättömässä vipparina työskennellyt mieshoitaja (H9) kuitenkin pohti, että osa B-sairaaloitten parantumattomiksi luokitelluista potilaista olisi kenties ollut kuntoutettavissa avohoitoon. Mieshoitajan mielestä sen aikaisten keskussairaaloitten osastopainotteinen hoitomuoto hautasi alleen sellaisia potilaita, joilla olisi vielä ollut toivoa

³⁹⁶ H10 29.8.2018.

³⁹⁷ Ahola 2015, 71-72. Vielä 1970-luvulla monet pitkäaikaispotilaat olivat mielisairaalassa myös siksi, että he olivat asunnottomia, eikä heillä ollut mitään muutakaan paikkaa, minne mennä. Nikkonen 1993, 59.

³⁹⁸ H1 13.6.2018: H2 19.6.2018: H6 23.7.2018: H8 8.8.2018. Ks. Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 156, 163, 227, 238.

³⁹⁹ H2 19.6.2018.

⁴⁰⁰ Käsittelen sairaalan sulkemista ja sen vaikutusta potilaisiin luvussa 5. Sairaalan sulkeminen.

⁴⁰¹ Ahola 2015, 37.

selviytyä avohoidossa, jos heidän kuntoutuksensa olisi vain aloitettu ajoissa.⁴⁰² Mieshoitajan näkemyksestä voidaan selvä havaita yhteys tällä hetkellä vallitsevaan hoitoideologiaan, joka painottaa avohoitoa ja kuntoutusta. Kuten mieshoitaja itsekin haastattelussa totesi, nykypäivänä tilanne on kääntynyt täysin päinvastaiseksi: ”*osastolla pidetään vaan se (,) välttämätön aika ja silloin todella vaikeassa tilanteessa jos on ehottomasti arvioitu että ei pärjää avohoidossa*”.⁴⁰³

A-sairaalan puolella hoidon tavoite oli potilaiden kuntouttaminen ja kotiuttaminen⁴⁰⁴, tästä syystä hoidon suunnitelmallisuudesta hyötyivät etenkin A-sairaalan potilaat. Suunnitelmallisuuden lisääntyä esimerkiksi potilaiden hoitoaikoja onnistuttiin lyhentämään selvästi. A-sairaalan puolella työskennelleen mieshoitaja (H4) mukaan 1970-luvulla potilaiden hoitoajat saattoivat olla vielä kuukausien mittaisia, mutta seuraavina vuosikymmeninä ne lyhenivät jopa viikkoihin⁴⁰⁵ – toki tämä positiivinen kehitys on varmasti ollut monien tekijöiden summa, mutta hoidon suunnitelmallisuuden lisääminen on varmasti osaltaan lyhentänyt hoitoaikoja.

Erilaisten terapioiden sekä hoitosuunnitelmien kehittymisen lisäksi myös omahoitajajärjestelmä⁴⁰⁶ sekä yksilölliset hoitosuhteet koettiin merkittävinä edistysaskelina hoidon saralla. 1960-luvulla Harjamäessä aloittaneiden muistelijoiden mukaan henkilökohtaisia hoitosuhteita ei vielä heidän aloittaessaan ollut⁴⁰⁷. Henkilökohtaisten hoitaja-potilassuhteitten järjestäminen mainitaan ensimmäisen kerran vuoden 1971 toimintakertomuksessa, jossa todetaan, että ”*toimintavuoden aikana on kiinnitetty erityisesti huomiota hoitosuunnitelmien laatimiseen ja henkilökohtaisten hoitaja-potilassuhteitten järjestämiseen*”⁴⁰⁸. Henkilökohtaisten hoitaja-potilassuhteiden kehittäminen mainitaan myös vuosien 1972–1974 toimintakertomuksissa⁴⁰⁹. Yleisesti omahoitajajärjestelmän kehittäminen alkoi Suomessa jo 1960-luvulla, esimerkiksi Kellokosken sairaalan potilaat saivat

⁴⁰² H9 15.8.2018.

⁴⁰³ H9 15.8.2018.

⁴⁰⁴ H9 15.8.2018; H10 29.8.2018.

⁴⁰⁵ H4 13.7.2018.

⁴⁰⁶ Tutkimuskirjallisuudessa omahoitajuudesta käytetään useita erilaisia termejä, kuten ”yksilövastuinen hoitotyö”, ”omahoitajasysteemi” ja ”omahoitajatyöskentely”. Olen itse päättänyt yksinkertaisuuden vuoksi käyttämään vain termiä ”omahoitajajärjestelmä”.

⁴⁰⁷ H2 19.6.2018; H5 19.7.2018; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 169.

⁴⁰⁸ Pohjois-Savon mielisairaanhuoltopiirin kuntainliiton omistamien Harjamäen A- ja B-sairaaloitten sekä mielenterveystoimistojen toimintakertomus 1971.

⁴⁰⁹ Pohjois-Savon mielisairaanhuoltopiirin kuntainliiton omistamien Harjamäen A- ja B-sairaaloitten sekä mielenterveystoimistojen toimintakertomukset 1972–1974.

henkilökohtaiset nimetyt hoitajat 1960-luvun lopulla⁴¹⁰, myös Moisioin sairaalassa omahoitajajärjestelmä alkoi yleistyä 1960-luvun puolella⁴¹¹. Hattelmalan sairaalassa omahoitajajärjestelmään siirryttiin Harjamäen tavoin 1970-luvulla⁴¹².

Omahoitaja oli potilaalle henkilökohtaisesti nimetty hoitaja, jonka tehtävä oli huolehtia ja vastata yhden tai useamman potilaan hoitotyöstä koko tämän sairaalassa oleskelun ajan⁴¹³. Omahoitaja huolehti kaikista potilaan tarpeista ja käytännön asioista, hän esimerkiksi selvitti potilaan taustat ja sairaalaan tulossyyt, oli yhteydessä omaisiin ja virallisiin tahoihin sekä kävi potilaan puolesta asioilla. Yhdessä sosiaalihoitajan kanssa omahoitaja huolehti myös potilaan kuntoutuksesta sekä koti-, työ- ja asuntoasioiden järjestämisestä.⁴¹⁴ Omahoitajien rooli oli erityisen tärkeä myös yksilöterapiassa, sillä omahoitaja tunsu potilaan ja tämän tilanteen kaikista parhaiten, potilas saattoi myös mieluummin avautua tutulle hoitajalle. Omahoitajat antoivat joko itse yksilöterapiaa tai ainakin osallistuivat sen antamiseen yhdessä muun hoitohenkilökunnan kanssa.⁴¹⁵ Yksilöterapiassa lisäksi omahoitaja osallistui tiiviisti myös potilaan hoitosuunnitelman laatimiseen ja etenkin sen toteuttamiseen⁴¹⁶.

Vaikka jotkut hoitoon liittyvät toimenpiteet olivat mielisairaaloissa selvästi jaettuina, omahoitajina työskentelivät niin mielisairaanhoitajat kuin sairaanhoitajat, joissakin sairaaloissa omia potilaita saattoi olla myös sosiaalihoitajilla ja toimintaterapeuteilla⁴¹⁷. Tämä selittynee sillä, että tuohon aikaan mielisairaanhoitajat olivat selvästi suurin ammattiryhmä mielisairaaloissa, kun taas koulutetumpia sairaanhoitajia oli selvästi vähemmän. Potilasmäärät olivat kuitenkin suuret, minkä takia kaikille potilaille ei olisi riittänyt omaa hoitajaa, jos vain sairaanhoitajat olisivat toimineet omahoitajina. Henkilökohtaiset hoitosuhteet olivat yleensä pitkiä, etenkin B-sairaalan puolella ne saattoivat muodostua jopa vuosien mittaisiksi. Hoitosuhde päättyi, kun potilas pääsi pois sairaalasta tai kuoli.⁴¹⁸ Omahoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde saattoi muodostua niin tiiviiksi, että se kantoi vielä vuosienkin jälkeen. B-sairaalan puolella pitkän työuran tehnyt naishoitaja (H2) kertoi, että hän oli ehtinyt olla jonkin aikaa eläkkeellä, kun hän sai kutsun entisen potilaansa hautajaisiin⁴¹⁹.

⁴¹⁰ Kontio 2015, 70.

⁴¹¹ Leskinen 2007, 120.

⁴¹² Törrönen 1982, 126.

⁴¹³ H2 19.6.2018; H3 26.6.2018; Leskinen 2007, 120; Hegyvary 1987, 17.

⁴¹⁴ H2 19.6.2018; H3 26.6.2018; H5 19.7.2018; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 135; Leskinen 2007, 120.

⁴¹⁵ Vahvaselkä 1976, 161; Leskinen 2007, 78; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 180.

⁴¹⁶ Isohanni 1983, 36-37.

⁴¹⁷ Isohanni 1983, 36-37.

⁴¹⁸ H2 19.6.2018.

⁴¹⁹ H2 19.6.2018.

Omahoitajan odotettiin tuntevan potilaansa, tämän terveydentilan ja taustat mahdollisimman hyvin, jotta hän pystyisi tarjoamaan potilaalle mahdollisimman yksilöllistä hoitoa ja apua. Vaikka henkilökohtaiset hoitosuhteet yleistyivätkin vasta 1970-luvun kuluessa, mielisairaanhoitajien oppikirjoista käy ilmi, että hoitajilta odotettiin potilaiden tuntemista jo ennen varsinaisen omahoitajajärjestelmän ja hoitosuhteiden syntymistä. Sairaanhoitajana ja kouluttajana toiminut Alice M. Robinson kirjoittaa mielisairaanhoidon oppikirjassaan, että mielisairaanhoitajan työssä on tärkeää oppia tuntemaan jokainen potilas henkilökohtaisesti – henkilökohtaisella Robinson tarkoittaa esimerkiksi potilaan tottumuksia ja käyttäytymistä. Tämän lisäksi hoitajan tulisi pyrkiä *ymmärtämään* potilaan käytöstä, jotta potilasta voitaisiin auttaa parhain mahdollisin keinoin.⁴²⁰

5.5 Työssä jaksaminen ja työnohjaus

Omahoitajajärjestelmän yleistymisen myötä alettiin enenevässä määrin kiinnittää huomiota potilaan ja hoitajan väliseen hoitosuhteeseen, sen laatuun sekä hoitajan kykyihin tarjota potilaille parasta mahdollista hoitoa – syntyi tarve työnohjaukselle⁴²¹. Suomessa suunnitelmallinen työnohjaus vakiintui ensin sosiaalityön opiskelijoiden käytännön opetukseen 1950-luvulla⁴²². Terveystieteiden alalla työnohjaukseen alettiin kiinnittää huomiota vasta 1960-luvun puolivälin jälkeen, vaikka tarve työnohjaukselle oli tunnistettu jo aiemmin⁴²³. Harjamäen sairaalan toimintakertomuksissa työnohjaajat mainitaan ensimmäisen kerran vuoden 1965 kertomuksessa⁴²⁴, minkä jälkeen työnohjaajat ja heille järjestetyt tilaisuudet mainitaan joka vuosi. Sairaalan vuoden 1973 toimintakertomuksessa todetaan, että ”työnohjauksen tarve on hoitomuotojen kehittyessä lisääntynyt”⁴²⁵. Muistelijoiden mukaan työnohjauksella oli Harjamäen sairaalassa kaksi tärkeää tehtävää: parantaa potilaiden saamaa

⁴²⁰ Robinson 1967, 7-9.

⁴²¹ H7 30.7.2018; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 170; Niskanen, Sorri & Ojanen 1988, 12; Mielenterveystyön komitean mietintö 1984, 253. ks. myös Siltala 1983, 55-76.

⁴²² Brettschneider 1983, 11.

⁴²³ Niskanen, Sorri & Ojanen 1988, 12: Mielenterveystyön komitean mietintö 1984, 253.

⁴²⁴ B-sairaalan toimipaikkakoulutuksesta kertovassa osuudessa todetaan, että työnohjaajille pidettiin kolme tilaisuutta, joista yhdessä oli mukana ylilääkäri. Pohjois-Savon mielisairaanhuoltopiirin kuntainliiton omistamien Harjamäen A- ja B-sairaaloiden sekä mielenterveystoimistojen toimintakertomus 1965.

⁴²⁵ Pohjois-Savon mielisairaanhuoltopiirin kuntainliiton omistamien Harjamäen A- ja B-sairaaloiden sekä mielenterveystoimistojen toimintakertomus 1973.

hoitoa ja varmistaa sen laatu⁴²⁶ sekä huolehtia työntekijöiden jaksamisesta sekä hyvinvoinnista⁴²⁷.

Psykiatrian alan työnohjaukselle on aina ollut ominaista potilaskeskeisyys, ohjauksen keskiössä on siis ennen kaikkea potilas ja hänen ongelmansa⁴²⁸. Kevättömässä työskennelleen naishoitajan (H6) mielestä juuri tämä ulottuvuus oli työnohjauksessa tärkeintä:

H6: Mutta tuota (,) se oli hieno se työnohjauksen ajatus ja se että kun oli hoitosuhde niin sitten (,) sitten niin oli joku ulkopuolinen ihminen jonka kanssa sitä vitvo ja vatvo.

AV: Niin.

H6: Ja sekin oli semmosta että mitä sinä tunsit silloin kun se sano näin että siinä mentiin aika niinkun (,) ja yritettiin selittää sitä oman potilaan toimintaa että miks se toimii näin ja yritettiin sitä ymmärrystä hakee sen työnohjauksen avulla.

AV: Joo joo.

H6: Joka sitten välittys siihen vuorovaikutukseen sen oman potilaan kanssa että se parantaisi.⁴²⁹

Työnohjauksessa käsiteltiin esimerkiksi jotain tiettyä hoitotilannetta potilaan kanssa – miten tilanne oli sujunut ja minkälaisia tunteita tilanne oli herättänyt hoitajassa. Omien kykyjen, rajoitusten sekä toimintaan johtavien motiivien ymmärtämisen katsottiin johtavan hoitajan ammatilliseen kehitykseen ja sitä kautta aina parempaan hoitoon.⁴³⁰ Ulkopuolisena ihmisenä työnohjaaja tarjosi myös objektiivisen näkökulman potilaan ongelmien ja oireiden tarkasteluun, sillä mitä läheisemmäksi potilaan ja hoitajan välinen hoitosuhde kehittyi, sitä todennäköisemmin hoitajalle saattoi syntyä sokeita pisteitä, joiden tiedostaminen ja selvittäminen oli ensiarvoisen tärkeää hoidon etenemisen kannalta.⁴³¹

1980-luvulla uransa aloittaneiden hoitajien mukaan työnohjaus ei ollut mikään uusi ilmiö Harjamäessä, työnohjauksen yleisyydessä sen sijaan vaikuttaa olleen osastokohtaisia eroja.⁴³² B-mielisairaala Kevättömän puolella työskennelleen naishoitajan (H6) mukaan hänen osastollaan työnohjausta pidettiin itsestäänselvyyttenä. Henkilökohtaisen työnohjauksen lisäksi kyseisellä osastolla järjestettiin myös ryhmätyönohjauksia koko työryhmälle, mitä hän piti erityisen hyvänä asiana: ”mä oon monesti myöhemmin ajatellu että monessa muussakin työssä

⁴²⁶ H6 23.7.2018.

⁴²⁷ H4 12.7.2018; H6 23.7.2018; H7 30.7.2018; H9 15.8.2018. Harjamäki muistoissamme -kirjassa kaksi muistelijaa nostaa työnohjauksen esille, ks. Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 162-163, 170.

⁴²⁸ Niskanen, Sorri & Ojanen 1988, 17.

⁴²⁹ H6 23.7.2018.

⁴³⁰ Latvala, Visuri & Janhonen 1995, 131; Niskanen, Sorri & Ojanen 1988; Viinisalo 1983, 90.

⁴³¹ H9 15.8.2018.

⁴³² H6 23.7.2018; H9 15.8.2018.

voisi olla kyllä ihan tällanen tarve”.⁴³³ Myös Harjamäessä sijainneilla Kuopion yliopistollisen sairaalan vuokraosastoilla työnohjaus ymmärrettiin kiinteäksi osaksi hoitosysteemiä. Kyseisillä osastoilla työskennelleen mieshoitajan (H9) mukaan työnohjaus herätti kuitenkin vielä 1980-luvun alussa ihmetystä ja jopa ristiriitaisia tunteita. Mieshoitaja arveli, että osa sairaalan työntekijöistä piti työnohjausta todennäköisesti turhanpäiväisenä, sillä olihan ”ennenkin pärjätty ilman tämmösiä”⁴³⁴. Kevättömässä työskennellyt naishoitaja (H6) nosti esille tämän saman näkökulman. Vaikka hän itse piti työnohjausta tärkeänä asiana, arveli hän, että joillakin osastoilla työnohjaukselle jopa naureskeltiin, sillä olihan ”tätä samaa työtä” osattu tehdä jo vuosikymmeniä ilman minkäänlaista ohjausta⁴³⁵.

Työnohjaukseen kohdistuneet vähättelevät, jopa negatiiviset asenteet kielivät muutosvastarinnasta sekä haluttomuudesta omaksua uusia tapoja ja käytäntöjä. Haastateltavat eivät sen tarkemmin eritelleet, ketkä näitä vähätteleviä kommentteja esittivät, mutta viittaukset entiseen – ”kyllä ennenkin on pärjätty” – antavat viitteitä siitä, että muutosta vastustivat sairaalassa pidempään työskennelleet hoitajat. Vanhempien hoitajien saattoi olla vaikea ymmärtää, miksi toimivaksi havaittuja käytäntöjä piti lähteä muuttamaan. Työnohjaus saattoi näyttäytyä kontrollointina ja epäluottamuslauseena – enkö osaakaan tehdä työtäni?⁴³⁶ Toisaalta, työhönsä urautuneille tai väärälle alalle eksyneille, työnohjaus saattoi näyttäytyä turhanpäiväisenä ja ikävänä, sillä työnohjauksen yksi tärkeä tavoite oli työntekijän oma henkilökohtainen muutos- ja kehitysprosessi. Työnohjauksessa hoitaja joutui tarkastelemaan esimerkiksi omia työtapojaan sekä hoitoon ja potilaisiin liittyviä asenteitaan. Tällaisen itsetutkiskelun seurauksena työntekijä saattoi siis joutua kohtaamaan omat epäonnistumisensa sekä vääristyneet tai epätarkoituksenmukaiset työskentelytapansa⁴³⁷, mikä ei välttämättä aina ollut mukavaa.

Työnohjauksen vakiintumaton asema käy ilmi myös aikalaikirjallisuudesta sekä mielenterveystyön komitean vuonna 1984 valmistuneesta mietinnöstä. Komitean mietinnön mukaan ”työnohjausmahdollisuudet ovat toistaiseksi olleet hyvin riittämättömiä, mikä on johtunut lähinnä työnohjaajaresurssien puutteesta”. Samassa yhteydessä komitea kuitenkin alleviivaa, että hoitosuhteiden työnohjausta tulisi jatkossa kehittää voimakkaasti, sillä jokaisella vuorovaikutustyötä toteuttavalla mielenterveystyön yksiköllä tulisi olla

⁴³³ H6 23.7.2018.

⁴³⁴ H9 15.8.2018.

⁴³⁵ H6 23.7.2018.

⁴³⁶ Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 170.

⁴³⁷ Niskanen, Sorri & Ojanen 1988, 17; Latvala, Visuri & Janhonen 1995, 130-131.

mahdollisuus työnohjaukseen.⁴³⁸ Vuonna 1988 ilmestyneessä työnohjausta käsittelevässä oppikirjassa taasen todetaan, kuinka työnohjauksen liittyvät asenteet ovat vasta viime aikoina alkaneet muuttua, sillä ”eihän ole kauaakaan, kun työnohjauksessa käytiin jotenkin salaa, häpeillen ja jopa syyllisyydentunteiden vallassa”. Samassa kirjassa todetaan myös, että työnohjauksessa käyminen saattaa edelleen herättää pelkoja työpaikan silmätikuksi joutumisesta, ja että muut työtoverit saattavat suhtautua työnohjauksessa käymiseen nurjamielisesti.⁴³⁹ Mielenterveyskomitean mietinnössä ja aikalaiskirjallisuudessa esitetyt työnohjaukseen liittyvät ajatukset ovat hyvin samansuuntaisia haastattemieni hoitajien näkemysten kanssa – vielä 1980-luvulla työnohjaukseen suhtauduttiin epäillen, jopa kyynisesti.⁴⁴⁰

Työnohjaus ei ollut hoitajan henkilökohtaista hoitoa tai omaa terapiaa, mutta työstä johtuvien stressitekijöiden purkaminen oli sallittua ja myös hyvin suotavaa. Näin varmistettiin hoitajan tärkeimmän hoitoinstrumentin – hänen oman mielensä – pysyminen terveenä ja vireessä. Hoitajien mukaan työnohjauksesta muodostuikin tärkeä työssä jaksamisen apuväline.⁴⁴¹ Keskustelumahdollisuudesta huolimatta, hoitohenkilökunnan keskuudessa ilmeni uupumista ja loppuun palamista. Mieshoitajan (H4) mukaan hänen työuransa ikävimpiä muistoja ovat ne, kun työkaveri uupui, eikä ollut enää työkykyinen. Vaikka työkavereista yritettiin pitää huolta, ei apu välttämättä ollut riittävää tai ehtinyt ajoissa⁴⁴². Mieshoitajan mielestä työntekijöiden uupumiselle oli kaksi merkittävää syytä: ensinnäkin se, että osa hoitajista oli selvästi väärällä alalla, ja toiseksi se, että monilla hoitajilla ei ollut työn vastapainona mitään muuta elämää. Mieshoitajan mielestä se oli vaarallista, koska ”*siinä meni vellit ja puurot sitten sekasin*”⁴⁴³.

Työntekijöiden uupumus ilmeni esimerkiksi alkoholin liiallisena kulutuksena sekä lääkkeiden väärinkäyttönä, jotkut varastivat lääkkeitä myös sairaalasta⁴⁴⁴. Alkoholin tai lääkkeiden

⁴³⁸ Mielenterveystyön komitean mietintö 1984, 255 & 266.

⁴³⁹ Niskanen, Sorri & Ojanen 1988, 16.

⁴⁴⁰ Nykypäivänä työnohjaus on vakiintunut niin kiinteäksi osaksi psykiatrasta hoitotyötä, että sen järjestämisestä on säädetty jopa mielenterveyslaissa sekä sitä täydentävässä mielenterveysasetuksessa. Mielenterveysasetuksen mukaan työnohjauksen tulee olla sellaista, että se edistää työntekijöiden valmiuksia ja kykyjä antaa väestölle mielenterveyspalveluja. Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, Mielenterveysasetus 21.12.1990/1247.)

⁴⁴¹ H4 12.7.2018; H6 23.7.2018; H9 15.8.2018; Niskanen, Sorri & Ojanen 1988, 10 & 12.

⁴⁴² Mieshoitaja (H4) kertoi, että eräs hänen työkaverinsa oli tehnyt itsemurhan. Henkilökunnan tekemät itsemurhat olivat kuitenkin harvinaisia. H4 12.7.2018.

⁴⁴³ H4 12.7.2018.

⁴⁴⁴ Henkilökunnan lääkewarkauksiin viitataan myös esimerkiksi 27.11.1987 ilmestyneessä tiedotuslehti Tieto-Tipassa. Numerossa julkaistun poliisiilomakkeen mukaan sairaalan yhdeltä osastolta oli marraskuussa 1985 hävinnyt 100 tabletin lääkepaketti lukitusta lääkekaapista. Varkaudesta oli epäilty kyseisenä päivänä vuorossa ollutta henkilökuntaa, mutta todisteiden puuttuessa tutkinta oli päätetty lopettaa. Tieto-Tippa 27.11.1987.

väärinkäytöstä kiinni jääneet työntekijät ohjattiin hoitoon. 1990-luvulta lähtien eläkkeelle pääseminen – varsinkin alkoholismien takia – kuitenkin vaikeutui.⁴⁴⁵ Henkilökunnan runsaan alkoholin käytön toi esille myös haastattelemani sairaala-apulainen (H1), jonka mielestä etenkin mieshoitajien runsas alkoholinkäyttö selittyi sillä, että mielisairaalassa tehtävä työ miehille liian kevyttä. Kevyellä haastateltava viittaa siihen, että työ oli fyysisesti liian kevyttä.⁴⁴⁶ Tutkittavana aikana sillä mitä lähemmäksi nykyaikaa tullaan, sitä enemmän hoitotyössä alkoi korostua potilaan kuunteleminen ja ymmärtäminen.⁴⁴⁷ Tällaiset työskentelytavat ovat varmasti turhauttaneet niitä hoitajia, jotka eivät välttämättä kokeneet itseään niin terapeuttisina, sekä niitä, jotka kokivat päätyneensä täysin väärälle alalle.

Työuupumuksen lisäksi haastatteluissa nousi esille myös urautuminen. Etenkään vanhemmat, jo vuosia alalla työskennelleet hoitajat eivät välttämättä ymmärtäneet siirtyä muihin työtehtäviin tai vaihtaa alaa, vaan he todennäköisemmin jatkoivat samassa työssä eläkeikänsä saakka. Nuoret hoitajat olivat tässä suhteessa erilaisia, sillä he lähtivät herkemmin pois tai vaihtoivat kokonaan alaa, jos huomasivat, että hoitotyö ei ollutkaan heitä varten.⁴⁴⁸ Tässä voidaan havaita sukupolvien välinen ero asenteissa ja ajattelussa – vanhemmilla henkilöillä ammatin tai työpaikan vaihtamisessa saattoi olla suurempi kynnys kuin nuorilla henkilöillä. Tämä ilmiö käy hyvin ilmi alaa vaihtaneen naishoitajan (H6) kommentteista. Harjamäessä 1980-luvulta 1990-luvulle työskennelleen naishoitajan mukaan hänen päätökseensä vaihtaa uraa vaikuttivat monet tekijät, mutta yksi suurimmista oli pelko urautumisesta:

H6: Mutta tuota [mieltii] mutta se miksi minä en halunnut jatkaa [mieltii] mä muistan selkeesti sen ajatuksen kun mä aattelin että ei hemmetti (,) että tämmönenkö minä (,) tässäkö minä loppuelämäni oon että tämmönenkö minusta tulee (,) minä katselin vähän ympärilleni ja ajattelin että ei kaikki mutta muutamia semmosia (,) pitkään työssä olleita ihmisiä että ne oli minun mielestä niin kerta kaikkiaan urautuneita että tuota (,) minua rupes ihan ahistamaan [nauraa].

AV: Niin niin joo.

H6: Ja minä aattelin että tämmönenkö se kuva on (,) että minä tulen (,) työpaikalle ja istun siellä jossain olohuoneen nurkassa (,) aktivoitun silloin kun jokin tuota jotakin tuota tapahtuu.

AV: Joo.

H6: Tai sitten tuota että minulla ei itelläni oo semmosta aktiivisuutta mennä (,) vaikkapa jututtamaan potilasta tai että tehääkö jotain ja tuota (,) lähen sitten sieltä töistä pois ja

⁴⁴⁵ H4 12.7.2018.

⁴⁴⁶ H1 13.6.2018.

⁴⁴⁷ H1 13.6.2018.

⁴⁴⁸ H4 12.7.2018.

tulen sitten taas seuraavana (,) semmonen kauhukuva minun silmiini siintyi ja minä ajattelin että ei hemmetti minun on päästävä täältä pois [**naurahtaa**].⁴⁴⁹

Haastattelemistani kymmenestä muistelijasta tämä kyseinen naishoitaja (H6) sekä yksi mieshoitaja (H10) vaihtoivat myöhemmin hoitoalalta muille aloille, muut pysyivät hoitoalalla eläkeikään saakka⁴⁵⁰. Neljä alun perin mielisairaanhoitajaksi kouluttautunutta muistelijaa kouluttautui myöhemmin työuransa aikana sairaanhoitajaksi.

⁴⁴⁹ H6 23.7.2018.

⁴⁵⁰ Osa haastattelemistani muistelijoista on edelleen työelämässä.

6 Harjamäen sairaalan sulkeminen

Harjamäen sairaala suljettiin vuoden 1997 alussa⁴⁵¹. Ennen tätä Harjamäessä oli tapahtunut monia isoja muutoksia. Potilaita kuntoutettiin avohoitoon, osa siirrettiin kokonaan muihin laitoksiin⁴⁵², toimintaa supistettiin ja osastoja suljettiin. Vuoden 1989 lopussa sairaalan kuntainliitto lakkasi olemasta ja Harjamäen sairaala fuusioitiin Kuopion yliopistollisen keskussairaalan psykiatrian klinikkaan.⁴⁵³ Nuo muutokset sekä sairaalan lopullinen sulkeminen olivat seurausta psykiatrisen hoitojärjestelmän rakennemuutoksesta, joka käynnistyi Suomessa toden teolla 1980-luvun alussa. Laitoshiitoon keskittyntä vanhanaikaista hoitojärjestelmää haluttiin kehittää avohoidon suuntaan, samalla alettiin puhua myös psykiatrisen erikoissairaanhoidon yhdentymisestä muuhun erikoissairaanhoidon.⁴⁵⁴ Hoitojärjestelmän rakennemuutosta jouduttivat erityisesti vuonna 1978 voimaan astunut mielisairaslain uudistus sekä 1980-luvulla toteutettu skitsofreniaprojekti⁴⁵⁵.

Mielisairaslain osittaismuutos vuonna 1978 oli askel kohti muutosta, sillä se vahvisti avohoidon asemaa merkittävästi. Vuonna 1982 julkaistussa psykiatrian yleisteoksessa *Psykiatria meille kaikille* todetaan, että ”mielisairaslain muutos on lisännyt velvoituksia ja mahdollisuuksia avohoidon entistä laajempaan ja monimuotoisempaan kehittämiseen⁴⁵⁶”. Käytännössä nämä velvollisuudet ja mahdollisuudet tarkoittivat muun muassa seuraavia

⁴⁵¹ Harjamäen viimeiset osastot siirtyivät Siilinjärvellä sijaitsevaan Tarinan sairaalaan vuoden 1996 lopussa. H10 31.8.2018; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 163, 208, 261.

⁴⁵² Harjamäessä vuonna 1984 tehdyn kartoituksen mukaan keskusmielisairaalassa eli entisessä A-mielisairaalassa oli 10 potilasta, jotka kuuluisivat vanhainkotiin ja 52 potilasta, jotka kuuluisivat ”jonnekin muualle”. Kevättömässä eli entisessä B-mielisairaalassa tehdyn kartoituksen mukaan 23 potilasta kuului vanhainkotiin ja 19 potilasta yleissairaalaan. 1980-luvun lopulla kehitysvammaisia, dementiaipotilaita ja yli 65-potilaita alettiin enenevässä määrin siirtää pois mielisairaaloista. Harjamäen sairaalan kuntainliiton toimintakertomus vuodelta 1984; Hyvönen 2008, 157.

⁴⁵³ Harjamäen sairaalan kuntainliitto lakkasi olemasta 31.12.1989, kun Pohjois-Savon alueen sairaalakuntainliitot yhdentyivät vapaaehtoisesti yhdeksi kuntainliitoksi. Syntyi Pohjois-Savon yliopistollisen sairaanhoitopiirin kuntainliitto, joka aloitti toimintansa 1.1.1990. Kannustimena uuden sairaanhoitopiirijärjestelmän perustamiselle toimi vuoden 1991 alussa voimaan astuva erikoissairaanhoidolaki, joka merkitsi laajamittaista organisatorista muutosta erikoissairaanhoidon kentässä. Laki yhdensi historiallisesti erillään kehittyneen psykiatrisen hoitojärjestelmän hallinnollisesti muuhun erikoissairaanhoidon ja teki psykiatrian tasavertaiseksi muiden lääketieteen erikoisalojen kanssa. Harjamäen sairaalan kuntainliitto – kuntainliittokertomus vuodelta 1989; Pohjois-Savon yliopistollinen sairaanhoitopiiri – kuntainliittokertomus 1990; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 54, 103, 119, 208, 213, 244, 258; Hyvönen 2008, 131.

⁴⁵⁴ Lönnqvist & Lehtonen 2017, 26; Parpola 2013, 198-199; Helén, Hämäläinen & Metteri 2011, 12; Hyvönen 2008, 118.

⁴⁵⁵ Myös vuonna 1977 julkaistu lääkintöhallituksen mietintö psykiatrisen terveydenhuollon kehittämisestä sekä mielenterveystyön komitean mietintö vuodelta 1984 jouduttivat siirtymistä kohti avohoittoa. Parpola 2013, 198; Helén, Hämäläinen & Metteri 2011, 12-13; Hyvönen 2008, 113, 118; Pesonen 1980, 682.

⁴⁵⁶ Achté, Alanen & Tienari 1982, 15.

muutoksia: kuntoutus, asuntolatoiminta ja suojatyö tulivat valtionavun piiriin, psykiatriset huoltotoimistot muuttuivat mielenterveystoimistoiksi⁴⁵⁷ ja samalla niiden yhteyteen liitettiin päiväsaarialtoimintaa. Potilaiden oikeusturvaa parannettiin sairaalaan ottamista koskevia säädöksiä uudistamalla ja tahdosta riippumattoman hoidon edellytyksiä tiukentamalla. Vanhanaikaiseksi koetusta ja potilaita arvottavasta B-sairaalakategoriasta luovuttiin.⁴⁵⁸

Vuonna 1980 Suomessa oli noin 20 000 psykiatrista sairaalapaikkaa, joista peräti puolet oli varattu skitsofreniapotilaille. Vuonna 1981 alkanut skitsofreniaprojekti oli kehittämisohjelma, jonka tavoitteena oli vähentää näiden sairaalaan pitkäaikaishoitoon jäävien skitsofreniapotilaiden määrää – tässä myös onnistuttiin⁴⁵⁹. Projektin myötä myös skitsofrenian hoitoon liittyvät asenteet alkoivat muuttua – nyt potilaan ensisijainen hoitokeino oli kuntoutus ja tavoitteena siirtyminen avohoitoon.⁴⁶⁰ Myös Harjamäen sairaala osallistui valtakunnalliseen skitsofreniaprojektiin. Sairaalan toimintakertomuksista käy ilmi, että keskusmielisairaalassa – entinen A-sairaala – sekä alueen muissa mielisairaaloissa kiinnitettiin erityistä huomiota pitkäaikaishoidon kuntouttamiseen. Vuoteen 1986 mennessä yhteensä 56 Harjamäessä hoidossa ollutta pitkäaikaisskitsofreenikkaa kuntoutettiin avohoitoon.⁴⁶¹

Asuntola- ja suojatyötoiminta käynnistyivät Harjamäessä vuonna 1979. Kyseisen vuoden toimintakertomuksessa todetaan, että ”asuntolavalmennuksen alettua sairaaloissa voidaan osa pitkäaikaishoidosta lähivuosina edelleen siirtää sairaalasta avohoitoon”.⁴⁶² Jo vuonna 1972 oli perustettu kaksi kuntoutusosastoa⁴⁶³. Psykiatrisessa hoidossa puhalsivat nyt uudet tuulet, kun potilaille alettiin opettaa arjessa selviytymisen taitoja ja oman elämän hallintaa. Tätä ennen hoitohenkilökunta oli tehnyt käytännössä kaiken potilaiden puolesta. Laitostuneiden potilaiden kanssa piti aloittaa perusasioista, esimerkiksi kaupassa käymisestä, kodin hoitamisesta ja ruoan laittamisesta.⁴⁶⁴ Erving Goffman nimittää tällaista tilannetta, jossa potilas on tilapäisesti

⁴⁵⁷ Mielenterveystoimistojen tehtäväksi tuli yhdessä terveystieteiden kanssa johtaa mielenterveyden häiriöiden ehkäisyä sen alueella. Hyvönen 2008, 113.

⁴⁵⁸ Helén, Hämäläinen & Metteri 2011, 12-13; Hyvönen 2008, 113 & 118; Achté, Alanen & Tienari 1982, 15; Pesonen 1980, 682.

⁴⁵⁹ Pitkäaikaisskitsofreenikkojen määrä Suomen mielisairaaloissa väheni vuosien 1982-1992 välisenä aikana 68 prosenttia. Hyvönen 2008, 117.

⁴⁶⁰ Parpola 2013, 214-215; Hyvönen 2008, 116-117.

⁴⁶¹ Harjamäen sairaala oli mukana myös vuonna 1985 käynnistyneen skitsofrenian ehkäisyn, tutkimuksen, hoidon ja kuntouksen kehittämisohjelman (SKOKEO) laatimisessa. Harjamäen sairaalan kuntainliitto kuntainliittokertomukset vuosilta 1982-1986; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 258, 277-278.

⁴⁶² Harjamäen sairaalan kuntainliiton toimintakertomus vuodelta 1979.

⁴⁶³ Osastojen toiminnan tavoitteena oli potilaiden kuntouttaminen, jokaiselle potilaalle laadittiin henkilökohtainen kuntoutussuunnitelma. Harjamäen sairaalan kuntainliiton toimintakertomukset vuosilta 1971, 1972; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 118.

⁴⁶⁴ H1 13.6.2018; H2 19.6.2018; H3 26.6.2018; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 103, 118; Nikkonen 1993, 59, 80.

kykenemätön selviämään tietyistä jokapäiväisen siviilielämän piirteistä, kulttuuriseksi loitontumiseksi. Hänen mukaansa ilmiö on yleinen, jos potilaan totaalisessa laitoksessa viettämä aika venyi pitkäksi.⁴⁶⁵

Vuosia, jopa vuosikymmeniä sairaalassa olleiden potilaiden kuntouttaminen ja omatoimiseksi opettaminen ei käynyt käden käänteessä. Tarvittiin luovuutta ja pitkäjänteisyyttä, jotta potilaat saatiin innostumaan itsensä ja oman ympäristön hoitamisesta. Myös hoitajien täytyi omaksu uusi rooli, kun he eivät saaneet enää tehdä asioita potilaiden puolesta.⁴⁶⁶ Potilaiden puolella esiintyi välillä suoranaista vastarintaa, etenkin sairaalasta lähteminen ei ollut kaikkien mieleen:

H3: -- -- asuntolaosastokin tuli kodiksi heille (,) jollaisella oli omat huoneet ja jokkainen sai sisustaa siellä miten halusi ja ja kävivät töissä sairaalan alueella ja (,) ja niillä oli kaikilla omat avaimet ja omat lukkokaapit ja se oli niinkun oikee asuntola.

AV: Kyllä.

H3: Mutta (,) lääkityksetkin oli sillä tavalla (,) no minähän ne jaoin heille dosetteihin aina viikoksi kerrallaan.

AV: Kyllä.

H3: Ja ja ite saivat huolehtia kaikista lääkkeistä ja muusta (,) ja kyllä se meni ihan mukavasti mutta heti kun ruvettiin puhumaan että jos sosiaalityöntekijä tulee ja ruvetaan ehtimään sitä asun- asuntoo -- --

AV: Niin.

H3: Niin kyllä tuli oireita heti.

AV: Niin joo.

H3: Kyllä on niin paha olla (,) ja päähän koski ja ahistaa ja -- --

AV: Niin niin.

H3: Että se ei ollu mieleistä se kottiin lähteminen.⁴⁶⁷

Muistelijoiden mukaan potilaiden haluttomuus lähteä pois sairaalasta johtui monen kohdalla pelosta. Laitostuneille potilaille sairaalan ulkopuolinen maailma näyttäytyi pelottavana paikkana, minkä lisäksi oma pärjääminen sekä yksinäisyys huolettivat monia.⁴⁶⁸ Naishoitajan (H3) mielestä tämä oli täysin ymmärrettävää, olivathan etenkin pitkäaikaispotilaat tottuneet siihen, että kaikki tehtiin heidän puolestaan. Sairaalassa potilaiden kaikista perustarpeista oli huolehdittu – oli ruokaa, lämmintä, katto pään päällä, kavereita ja sosiaalinen piiri.⁴⁶⁹ Toki sairaalasta pois pääseminen ja oman kodin saaminen herättivät myös innostusta ja

⁴⁶⁵ Goffman 1997, 13.

⁴⁶⁶ Kontio 2015, 76; Nikkonen 1993, 80.

⁴⁶⁷ H3 26.6.2018.

⁴⁶⁸ H2 19.6.2018; H3 26.6.2018; H4 12.7.2018; H7 30.7.2018; H8 8.8.2018; H9 15.8.2018; H10 31.8.2018.

⁴⁶⁹ H1 13.6. 2018; H2 19.6.2018; H3 26.6.2018.

toiveikkuutta potilaissa⁴⁷⁰. Muistelijoiden kertomassa korostuvat kuitenkin selvästi potilaiden pelokkuus ja suru muutoksien edessä. Etenkin niille potilaille, joilla ei ollut kotia tai omaisia sairaalan ulkopuolella, lähteminen saattoi tuntua erityisen pelottavalta.

Vielä 1960-luvulla oli yleistä, että mielisairaaloihin joutui myös sosiaalisista syistä, kuten asunnottomuudesta, kärsiviä henkilöitä⁴⁷¹. Tällaisille potilaille sairaalasta saattoi muodostua ainoa koti, jonka he tunsivat. Psykiatrian professori Martti Kaila ilmaisi huolensa potilaiden laitostumisesta eli hospitalisoitumisesta jo vuonna 1966 ilmestyneessä kirjassaan *Psykiatrian historia*. Kailan mukaan riski laitostua korostuu etenkin silloin, kun sairaalasta on muodostunut oma yhteisönsä, eikä potilaalla ole kosketusta entiseen elämäänsä tai elämänpiiriinsä. ”*Mitä paremmat sairaalan olosuhteet ovat, sitä suurempi on sairaan halu jäädä sinne*”, Kaila kuvailee.⁴⁷² Muistelijoiden mukaan mielisairaalasta kuitenkin muodostui monelle potilaalle koti. Tätä kehitystä edesauttoi etenkin se, että sairaaloista puhuttiin yleisesti potilaiden kotina – B-mielisairaala Kevättömässä työskennelleiden hoitajien mukaan näin puhuttiin ylihoitajaa myöten. Kun potilaita alettiin kuntouttaa ja siirtää pois sairaalasta, kaikki puheet sairaalasta potilaiden kotina piti kuitenkin lopettaa.⁴⁷³

Vaikka mielisairaaloissa alettiin tehdä töitä potilaiden kuntouttamiseksi ja siirtämiseksi pois sairaaloista, muistelijoiden mielestä yhteiskunta ei ollut valmis vastaanottamaan mielisairaaloista kotiutettavia potilaita:

H10: No siinähan tilanne tilanne on se että yhteiskunnan piti sopeutua heihin (,) että tuollahan ne niinkun sitten tuota [**mieltii**] kylillä kylillä ovat nähtävänä olleet.

AV: Niin.

H10: Että yhteiskunnanhan piti heihin sitten sopeutua (,) että varmasti siinä oli varmasti siinä oli niinkun tekemistä aika monelle (,) mutta kyllä se vaan kummasti tuota (,) jos aatellaan (,) (**paikkakunnan nimi poistettu**) otti mikähän se oli (**paikan nimi poistettu**) joku on tuossa (,) ne tuota kunnat järjesti sinne tuli (,) tuli mielenterveyshoitaja joka alkoi sitten touhuta.

AV: Kyllä.⁴⁷⁴

⁴⁷⁰ H8 8.8.2018; H9 15.8.2019.

⁴⁷¹ Leskinen 2007, 139.

⁴⁷² Kirjassaan Kaila vertaa mielisairaaloitten potilaita entisaikojen luostarien asukkaisiin, jotka löydettyään turvapaikan luostarista, eivät enää haluakaan palata entiseen elämäänsä. Kaila 1966, 186.

⁴⁷³ H2 19.6.2018; H10 31.8.2018.

⁴⁷⁴ H10 31.8.2018.

Kuntoutusosastolla työskennellyt naishoitaja (H3) oli samoilla linjoilla mieshoitajan kanssa. Hänen mukaansa sairaalat olisivat kyllä kotiuttaneet potilaita enemmänkin, mutta yhteiskunta ei ollut valmis vastaanottamaan heitä.⁴⁷⁵ Suomen ja Italian mielisairaalariformeja tutkineen Markku Salon mukaan dehospitalisaatiolla oli sekä hyviä että huonoja seurauksia. Positiivinen seuraus oli se, että potilaat ja mielenterveyskuntoutujat vapautuivat laitoseskeisen hoidon ikeestä. Valitettavaa oli kuitenkin se, että entisten potilaiden syrjäytyminen kuitenkin jatkui, sillä monet heistä erakoituivat joko asumispalveluyksiköihin tai omiin koteihinsa.⁴⁷⁶

Yleensä ottaen siirtymää laitoshoidosta avohoitoon pidettiin rajuna muutoksena, joka monien muistelijoiden mielestä tapahtui liian nopeasti. 1990-luvun alussa psykiatrisia sairaalapaikkoja oli noin 12 300 – kymmenessä vuodessa paikkoja oli siis onnistuttu vähentämään noin 40 prosenttia. Vuonna 1993 sairaansijoja oli enää alle 7 800.⁴⁷⁷ Harjamäessä suurin virallinen sairaalapaikkojen määrä oli 907 vuosina 1963–1969⁴⁷⁸. Vuoden 1988 lopussa sairaspaikkoja oli enää 390, 240 A-sairaalan puolella ja 150 B-mielisairaala Kevättömän puolella⁴⁷⁹. Surullisimpia hoitojärjestelmän rakennemuutoksen ja dehospitalisaation seurauksia olivat potilaiden itsemurhat, joista muutamat muistelijat kertoivat⁴⁸⁰. Moni muistelija koki vääränä myös sen, että psykiatriseen avohoitoon ohjatut resurssit olivat todellisuudessa paljon pienempiä kuin alun perin luvattiin. Tästä syystä siirtyminen ei tapahtunut joustavasti ja osa muistelihoista koki, että hoito jäi täysin puutteelliseksi – tai puuttumaan jopa kokonaan.⁴⁸¹

H7: Joo mutta siinä (,) siinä se varmaan oli että kun ei riittänyt että heille niinku asuntoa taikka sitten joku paikka hommattiin mut sillonhan puhuttiin että heidät siirretään avohoitoon mutta että missä se on se hoito tänä päivänäkin vielä?

AV: Niin kyllä.

H7: Niin että ne kuitenkin vaan heitettiin yli laidan että että tuota se jäi se hoito uupumaan jonka piti niinku liittyä saumattomasti tähän hommaan.

AV: Aivan eli heidät niinkun vaan siirrettiin sairaalasta muualle ja se hoito jäi uupumaan?

⁴⁷⁵ H3 26.6.2018.

⁴⁷⁶ Salo 2011, 273-274.

⁴⁷⁷ Hyvönen 2008, 136-137.

⁴⁷⁸ Pohjois-Savon mielisairaanhuoltopiirin kuntainliiton omistamien Harjamäen keskussairaalan ja B-mielisairaalan sekä mielenterveystoimistojen toimintakertomukset vuosilta 1963-1969.

⁴⁷⁹ 1980-luvulla Harjamäen sairaspaikkojen määrä laski nopealla tahdilla joka vuosi. Myös molempien sairaaloiden hoitopäivien lukumäärä laski tasaisesti, samalla kun mielenterveystoimiston käyntikertojen ja asuntolapäivien määrä lisääntyi. Harjamäen sairaalan kuntainliitto kuntainliittokertomukset vuosilta 1984-1988.

⁴⁸⁰ H2 19.6.2018; H4 12.7.2018; H9 15.8.2018; H10 31.8.2018.

⁴⁸¹ H4 12.7.2018; H5 19.7.2018; H7 30.7.2018.

- H7:** Se jäi uupumaan se jäi pelkäksi sanaksi se hoito (,) että sitä ei ollut silloin ja jos oikein on kuunneltu niin ei oo vielääkään.
- AV:** Ymmärrän ja nykyäänhän on paljon vähemmän sairaalapaikkoja niinkun sairaalassa -- --
- H7:** Niin sairaalapaikkoja on nyt entistä vähemmän ja vasta oli joku päivä uutisista kuuntelin että hirmu jonot.
- AV:** Joo.
- H7:** Hirmu jonot että sinne ei pääse ja sehän sehän on tuota sitten (,) aika törkeitä.⁴⁸²

Mieshoitajan (H7) hoitojärjestelmän rakennemuutosta kohtaan osoittama kritiikki ei ole aiheeton. Avohoidon kehitys pysähtyi 1990-luvun alussa ja lakkasi seuraamasta etukäteen tehtyjä suunnitelmia. Kehitys ajautui epätasapainoon, kun sairaansijoja vähennettiin nopeammin kuin avohoitoa rakennettiin. Tämän lisäksi avohoitoon kohdistui etenkin vuosikymmenen alussa valtava paine – avohoitokäyntien määrä kasvoi, mutta avohoitohenkilöstön määrä ei kasvanut samassa suhteessa hoidon tarpeen kanssa. Vuonna 1993 julkaistun Stakesin selvityksen mukaan sairaalapaikkojen raju vähentäminen 1990-luvun alussa johtui osittain kansantalouden laman vaikutuksesta. Laman seurauksena julkista taloutta leikattiin rankalla kädellä, mikä vaikutti voimakkaasti hyvinvointipalveluihin. Terveystieteiden tutkimuskeskusten kustannukset olivat kasvaneet vuosikymmenien ajan, mutta vuodesta 1992 alkaen julkista rahoitusta alettiin vähentää. Sairaanhoidopiirien kustannuksia jouduttiin karsimaan, kunnat pyrkivät säästämään etenkin henkilöstökustannuksista sekä toimitilojen laajennuksista sekä saneerauksista.⁴⁸³

Vaikka siirtymistä avohoitoon pidettiin nopeana ja rajuna, löytyi muutokselle myös ymmärrystä. Etenkin nuoremmat muistelijat ja he, jotka jatkoivat työskentelyä psykiatrisessa hoidossa vielä Harjamäen sulkemisen jälkeen, pitivät avohoitoon siirtymistä loppujen lopuksi hyvänä asiana. Mielisairaanhoitajana työskennelleen naishoitajan (H6) mielestä oli hyvä, että potilaat pääsivät lähemmäksi kotiaan ja läheisiään, kun heitä alettiin kotiuttaa kotikuntien avohoidon piiriin⁴⁸⁴. Samoilla linjoilla oli myös mielisairaanhoitajana työskennellyt mieshoitaja (H10), jonka mielestä potilaiden siirtäminen pois mielisairaaloista – ”ihmisten ilmoille” – auttoi myös psykiatriin potilaisiin liitetyn häpeän ja stigman hävittämisessä⁴⁸⁵. Muutama muistelija perusteli kantaansa myös sillä, että heidän mielestään Harjamäen

⁴⁸² H7 30.7.2018.

⁴⁸³ Helén, Hämäläinen & Metteri 2011, 45; Hyvönen 2008, 134-135, 142; Kärkkäinen 2004, 55.

⁴⁸⁴ H6 23.7.2018.

⁴⁸⁵ H10 31.8.2018.

kaltaisten ”jättisairaaloiden” aika oli yksinkertaisesti ohi, ja että nykypäivänä vain noin muutama prosentti psykiatrisista potilaista tarvitsee akuuttia sairaalahoitoa⁴⁸⁶.

Sen sijaan vanhemmat, 1990-luvulla eläköityneet muistelijat suhtautuivat avohoitoon siirtymiseen ja sairaalan sulkemiseen kriittisemmin⁴⁸⁷. B-mielisairaala Kevättömässä melkein koko työuransa tehnyt naishoitaja (H2) oli erityisen huolissaan potilaiden pärjäämisestä:

H2: No kyllä kyllä varmasti oli ihmisiä jotka (,) jotka tuota oli ihan aiheellista siirtää avohoitoon mutta (,) oli ihmisiä jotka ei ois niitten paikka ois ollu jossakin muualla kuin tuolla tien päällä ja jossakin asua jossakin yksinään (,) pienessä kämpässä (,) että tuota kyllä se oli laadukkaampaa se ihmiselämä sillon kun niitä oli ryhmä ja niitä ohjas ja oli puhtautta ja oli ruokaa (,) en minä sano että sitä ruokaa onhan heillä nytkin varmasti ruokaa mutta tuota se ei ehkä ihan oo niin laadukasta kuitenkin (,) käytiinhän me tervehtimässä sitten aina niissä kotikunnissa niitä mutta tuota [**miettii**] voi sanoa näin että kuka pärjäs par- pärjäs tuota pärjäs mitenkään.⁴⁸⁸

Stakesin selvityksen mukaan, kunnissa oli vuosien 1992-1993 välisenä aikana ollut painetta sijoittaa alueen potilaat halvempiin hoitopaikkoihin. Selvityksen myötä oli tullut esille myös sellaisia siirtoja, joissa potilaiden sijoituspaikkaa ei ollut ehditty suunnitella tarpeeksi, eikä potilaita valmistella tarpeeksi. Tämän takia potilaat olivat joutuneet jopa palaamaan sairaalahoitoon.⁴⁸⁹ Avohoidon kehitys ei pysynyt nopean kotiutustahdin mukana, minkä seurauksena yhä useampi potilas palasi jossain vaiheessa sairaalaan – alettiin puhua pyöröovisyndroomasta⁴⁹⁰. 1990-luvulla eläkkeelle jääneen naishoitajan (H3) mielestä olikin uskomatonta, että sairaalapaikkoja vähennettiin niin rajulla kädellä, vaikka avohoito ei vetänyt potilaita samassa tahdissa: ”*kyllä se vielä näkyy edessä että palataan (,) toivottavasti palataan siihen että niitä lisätään niitä paikkoja*”.⁴⁹¹ Naishoitaja kritisoi vahvasti myös byrokratian lisääntymistä, joka hänen mielestään on vaikeuttanut hoitoon hakeutumista ja pääsemistä merkittävästi.⁴⁹²

Ne muistelijat, jotka jatkoivat psykiatrisen hoitotyön parissa vielä 1990-luvun jälkeen, ovat todistaneet avohoidon vakiintumisen vallitsevaksi hoitojärjestelmäksi. He ovat nähneet avohoidon kehittymisen järjestelmän sisältä päin – siis aivan eri perspektiivistä kuin 90-luvulla eläkkeelle jääneet muistelijat, joiden viimeiset työvuodet sijoituivat laman ja leikkauksien aikaan. Näin ollen on ymmärrettävää, että eri ikäisten muistelijoiden mielikuvat ja käsitykset

⁴⁸⁶ H4 12.7.2018; H5 19.7.2018.

⁴⁸⁷ H2 19.6.2018; H3 26.6.2018; H7 30.7.2018; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 137-138.

⁴⁸⁸ H2 19.6.2018.

⁴⁸⁹ Hyvönen 2008, 142.

⁴⁹⁰ Kontio 2015, 75; Tuovinen 1990, 115.

⁴⁹¹ H3 26.6.2018.

⁴⁹² H3 26.6.2018.

avohoidosta sekä mielisairaaloiden sulkemisesta poikkeavat toisistaan. Toki ei pidä unohtaa ajan vaikutusta muistelijoiden mielipiteiden ja käsitysten muokkaajana. Sitä, miten paljon aika sairaalan sulkemisen jälkeen sekä psykiatrisen hoidon nykyinen tilanne ovat vaikuttaneet muistelijoiden mielipiteisiin sekä näkemyksiin, on vaikea sanoa. Siksi on syytä muistaa, että nämä edellä esitetyt kannat edustavat muistelijoiden mielipiteitä ennen kaikkea tässä ajassa.

Sairaalan toiminnan supistaminen ja lopullinen sulkeminen merkitsivät suuria muutoksia paitsi potilaille myös henkilökunnalle. Suljettujen osastojen henkilökunnalle täytyi löytää uudet työpaikat – alkoi mittava henkilökunnan uudelleen sijoittaminen. Henkilökunnassa nämä toimenpiteet herättivät huolta, vaikka uudelleen sijoittamisen ohjenuorana oli, että ketään ei irtisanota.⁴⁹³ Irtisanomisen sijaan monille muisteliijoille huolta aiheuttikin se, missä työt tulisivat tulevaisuudessa jatkumaan ja miten kauas kodista työpaikka tulisi siirtymään. Uudelleen sijoittamisesta vastanneet henkilöt tiedustelivat jokaisen työntekijän halukkuutta ja mahdollisuuksia siirtyä Kuopioon tai Suonenjoelle sekä Varkauteen perustettaviin hoitoyksiköihin⁴⁹⁴. Etenkin vanhemmille, lähempänä eläkeikää oleville muisteliijoille työpaikan siirtyminen pitkän matkan päähän tuntui vaikealta ja epämiellyttävältä, mutta poikkeuksiakin toki löytyi. Harjamäessä 1970-luvulta asti työskennellyt mieshoitaja (H5) kertoi lähteneensä mielenkiinnolla Suonenjoelle töihin, vaikka varsinaisia työvuosia oli jäljellä enää alle kymmenen vuotta. Mieshoitajan mukaan paikka olisi löytynyt myös Tarinan sairaalasta, mutta seikkailunhalu ja ”mahdollisuus aloittaa nollasta” puolsivat Suonenjoen uuteen yksikköön siirtymistä.⁴⁹⁵

Harjamäessä tapahtuneiden muutosten myötä osa muisteliijoista sai kimmokkeen lähteä opiskelemaan⁴⁹⁶. Kymmenestä haastattelemastani muistelijasta peräti kolme mielisairaanhoitajana työskennellyttä muistelijaa lähti opiskelemaan sairaanhoitajaksi 1990-luvulla. Mielisairaanhoitajana työskennellyt naishoitaja (H8) kertoi, että kun Harjamäkeä alettiin toden teolla purkaa ja työntekijöitä sijoittaa uusiin paikkoihin, päätti hän toteuttaa pitkäaikaisen haaveensa ja hakea sairaanhoitajakouluun⁴⁹⁷. Halu opiskella lisää kannusti myös mielisairaanhoitajana työskennelleen mieshoitajan (H9) koulunpenkille:

⁴⁹³ Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 54.

⁴⁹⁴ H1 13.6.2018; H2 19.6.2018; H4 12.7.2018; H5 19.7.2018; H10 31.8.2018; Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 54, 208.

⁴⁹⁵ Mahdollisuudella aloittaa nollasta muistelija viittasi siihen, että Suonenjoelle oli rakennettu kokonaan uusi sairaalarakennus, jossa työntekijät pääsivät aloittamaan työnteon. H5 19.7.2018.

⁴⁹⁶ Opiskelemaan lähtemisestä ja sen syistä ks. enemmän luvusta 2.

⁴⁹⁷ H8 8.8.2018.

- AV:** Mikä sai lähtemään sitten sairaanhoitajaks lukemaan?
- H9:** No (,) kyllä se jotenki kypsyy se ajatus oppia vähän (,) uutta (,) uutta vähän ja sitten ihan halu opiskella taas.
- AV:** Joo joo (,) ja tosiaan silloin kun sanoit että hait tosiaan ihan eri aloille mutta (,) silloin ihan alun perin nuorena.
- H9:** Siinä vaiheessa en haikaillu enää ihan muille aloille mutta aattelin vähän laajentaa näkökulmaa sitten (,) ja silloinkin mielessä kävi vaikka osastolle palasin samalle osastolle töihin uudella vakanssilla sitten mutta tavallaan siinä välissä mielessä kävi että on mahdollista kattoo jotain uutta.⁴⁹⁸

Muistelijoiden mukaan kyseessä oli uudenlainen, mielisairaanhoitajille tarkoitettu oppisopimus pohjainen koulutus, jonka aikana myös työskenneltiin. Muistelijoiden mukaan koulutus herätti kiinnostusta monissa heidän työkavereissaan, mutta koska koulutukseen otettiin vain rajallinen määrä opiskelijoita, osa halukkaista jäi odottamaan seuraavan kurssin alkua. Koulutus jäi kuitenkin ainutkertaiseksi, eikä sitä järjestetty samassa muodossa enää uudelleen.⁴⁹⁹

Muistelijoista kolme päätyi vaihtamaan alaa kokonaan. Halu kokeilla jotain sekä mielisairaanhoitajien työtilanteen epävarmuus avohoitoon siirtymisen jälkeen olivat syitä, miksi muistelijat päätyivät vaihtamaan alaa⁵⁰⁰. 1980-luvulla mielisairaanhoitajaksi koulutautunut naishoitaja (H6), joka kertoi, että oli jo opiskeluaikanaan kokenut vahvasti, että mielisairaanhoitajana työskentely oli vain välivaihe, jonka jälkeen hän lähtisi jatkamaan opintoja. Hoitoalan lisäksi hän oli ollut kiinnostunut myös monista muista aloista ja mahdollisista urapoluista. Kun Harjamäen toimintoja alettiin toden teolla supistaa ja henkilökuntaa siirtää uusiin toimipisteisiin, naishoitaja päätti hakeutua uudelle uralle.⁵⁰¹

Harjamäen sairaalan sulkemisen myötä hävisi myös suuri sairaalayhteisö, jonka sairaalan potilaat ja henkilökunta olivat muodostaneet vuosikymmenten ajan. Se, missä vaiheessa sairaalan henkilökunta ymmärsi, että sairaala tullaan lopulta sulkemaan, ei käy ilmi haastatteluista, eikä *Harjamäki muistoissamme* -kirjasta. Eräs muistelija toteaa kirjassa, että 1970-luvulla kenellekään ei olisi tullut mieleenkään, että Harjamäki joskus suljetaan: ”*Harjamäki oli valtio valtiossa, suuri omavarainen keskusmielisairaala, joka kasvoi ja*

⁴⁹⁸ H9 15.8.2018.

⁴⁹⁹ H8 8.8.2018; H9 15.8.2018; H10 31.8.2018.

⁵⁰⁰ H6 23.7.2018; Harjamäki kirjatyoeryhmä 2016, 70, 209.

⁵⁰¹ H6 23.7.2018.

kasvoi”⁵⁰² 1980-luvun alussa Harjamäessä mielisairaanhoidtajana aloittaneen mieshoitajan (H10) kertoman perusteella vielä tuolloinkaan ei ajateltu, että sairaala tulitaisiin sulkemaan:

AV: Mutta tosiaan silloin -81 -82 ei ollut vielä mitään tällöisiä niinkun (,) puheita tai aavistuksia -- --

H10: Ei se ollut se oli niinkun sitä nousua.

AV: Joo.

H10: Että semmonen semmonen (,) tai se nousu ja uho (,) nousu uho ja tuho niin oltiin sitä nousua ja uhoa oltiin.

AV: Joo.

H10: Rakennettiin rakennettiin niinku miljoona (,) miljoona luokan olevia keskusvarastoja jotka jäivät avaamatta.

AV: Joo.

H10: Esimerkiksi keskusvarasto (,) aivan automaattinen miljoonaluokan rakennus jota ei ikinä avattu (,) että se oli sitä uhoa.

AV: Niin joo (,) eli vielä silloin 80-luvulla silloin alussa rakennettiin vielä uutta ja tehtiin?

H10: Kyllä.⁵⁰³

Mieshoitajan kertoman perusteella vaikuttaa siltä, että myöskään sairaalan johto ei uskonut kehityksen menevän siihen suuntaan, että sairaala tulitaisiin tulevalle vuosikymmenellä sulkemaan, myös sairaalan toimintakertomukset viittaavat siihen⁵⁰⁴.

⁵⁰² Harjamäki kirjatyöryhmä 2016, 194.

⁵⁰³ H10 31.8.2018.

⁵⁰⁴ Vuoden 1985 toimintakertomuksesta käy ilmi, että sairaalan hallinto päätti kyseisenä vuonna keskuskeittiön peruskorjauksesta ja laajentamisesta sekä keskusvarastotilojen rakentamisesta. Harjamäen sairaalan kuntainliitto – kuntainliittokertomus vuodelta 1985.

7 Päätäntö

Olen tutkinut Harjamäen sairaalan hoitohenkilökunnan muistoja sekä muistelemista. Tutkimukseni alkaa vuodesta 1960 jolloin ensimmäinen muistelija aloitti harjoittelunsa Harjamäen sairaalassa, ja päättyy vuoteen 1997, jolloin sairaala suljettiin lopullisesti. Suurin osa muistelijoista suuntautui mielenterveysalalle joko harjoittelijana tai vipparina työskentelemisen jälkeen. Kymmenestä haastateltavasta yhdeksän oli työskennellyt mielisairaalassa ennen alan koulutukseen hakeutumista. Myös *Harjamäki muistoissamme* -kirjan muistelijoista suuri osa oli työskennellyt joko harjoittelijana tai vipparina ennen alalle hakeutumistaan⁵⁰⁵. Osittain tätä ilmiötä selittää se, että puolen vuoden mittainen harjoittelu oli pakollinen kaikille mielisairaanhoidajaksi pyrkiville vuoteen 1967 asti. Koulutusuudistuksen jälkeen harjoittelu ei ollut enää edellytys koulutukseen pääsulle, mutta tästä huolimatta moni alalle suuntautunut työskenteli ennen kouluun hakemista vipparina jossakin mielisairaalassa. Myös muistelijoiden kertomuksissa harjoittelijana tai vipparina työskenteleminen linkittyi selvänä osana alalle suuntautumiseen.

Mikä sitten sai muistelijat hakeutumaan harjoittelijaksi tai vippariksi? Käytännön syyt olivat yksi yleisimpiä perusteluita – työlle ja rahalle oli tarvetta. Töihin pääsy oli helppoa, sillä harjoittelijaksi tai vippariksi saattoi pestautua käytännössä kuka tahansa. Myös perheenjäsenen, ystävän tai tuttavien kehoitus hakea mielisairaalaan töihin toimi kimmokkeena. Muutama muistelija kertoi, että lähipiirissä sattuneet traagiset tapahtumat sekä sairaudet saivat kiinnostumaan mielenterveysalasta. Tästä huolimatta, yksikään muistelija ei kertonut, että olisi hakeutunut harjoittelijaksi tai vippariksi nimenomaan siksi, että haaveili mielisairaanhoidajan tai sairaanhoidajan ammatista. Tämä voi johtua ainakin siitä, että mielisairaanhoidajan ammatti saattoi olla melko tuntematon, ellei sitten tuntenut ketään kyseisen ammatin edustajaa. Osaltaan tämä selittyy myös sillä, että tulevaisuuden ammatti oli monilla vielä pohdinnan alla.

Mielisairaaloille harjoittelijat ja vipparit olivat ennen kaikkea työvoimaa, sillä sairaaloissa kärsittiin säännöllisesti työntekijäpulasta. Harjamäessä etenkin sairaanhoidajista ja erikoissairaanhoitajista oli tutkimusjakson aikana melkein jatkuvasti pulaa. Tarpeen tullen sairaanhoidajat hoitivat erikoissairaanhoitajien tehtäviä ja mielisairaanhoidajat sairaanhoidajien tehtäviä. Harjoittelijoiden ja vippareiden työtehtävät olivat pääasiassa yksinkertaisia,

⁵⁰⁵ Kaikki kirjan muistelijat eivät kuitenkaan kerro kirjassa, työskentelivätkö he harjoittelijoina tai vippareina ennen koulutukseen hakeutumista.

siivoamista ja ruokahuollosta sekä potilaiden päivittäisistä tarpeista huolehtimista. Työhön perehdyttämisessä vaikuttaa olleen eroja – osa muistelihoitajista kertoi, että työt piti omaksua hoitajia seuraamalla, kun taas osa kertoi, että heitä opastettiin ja heidät otettiin muutenkin hyvin vastaan. Aineiston perusteella voidaan todeta, että 1960-luvulla mielisairaalassa harjoittelijana tai vipparina aloittaneet muistelijat astuivat huomattavasti hierarkkisempaan yhteisöön kuin 1980-luvulla aloittaneet. Vuosien ja vuosikymmenten saatossa sairaalan tiukka hierarkia lieventyi ja kouluttamattomiin työntekijöihin suhtautuminen muuttui selvästi. Harjoittelijoiden ja vippareiden kohtelusta on varmasti ollut myös osasto- sekä yksilökohtaisia eroja.

Harjoittelijana ja vipparina työskenteleminen tarjosi erikoisen mahdollisuuden tutustua hoitajan ammattiin ja mielisairaalassa työskentelyyn. Koska työ ei sitonut mihinkään – harjoittelun tai työskentelyn sai halutessaan jättää kesken – oli kyseessä helppo keino tutustua työelämään ja mahdolliseen tulevaisuuden ammattiin. Rahan ja työkokemuksen lisäksi, moni sai työskentelystä kimmokkeen hakeutua alalle. Muistelijoiden kertoman perusteella harjoittelijana tai vipparina työskenteleminen ja sen jälkeen alalle kouluttautuminen muodostavat selvän jatkumon, jonka suurin osa muistelihoitajista kävi läpi. Selvä enemmistö työskenteli harjoittelijana tai vipparina nimenomaan Harjamäessä, mutta eivät kaikki. Osa muistelihoitajista saapui Harjamäkeen ensimmäisen kerran vasta koulusta valmistumisen jälkeen. Sen sijaan ne muistelijat, jotka olivat työskennelleet aiemmin Harjamäessä, palasivat suurella todennäköisyydellä koulusta valmistumisen jälkeen Harjamäkeen. Palaamisen helppous sekä työmahdollisuudet painoivat eniten vaakakupissa, moni sai heti vakinaisen viran.

Harjamäessä, kuten muissakin Suomen mielisairaaloissa, vallitsi sairaalahierarkia, jonka seurauksena esimerkiksi hierarkiassa korkeammalla olleita tuli kunnioittaa. Hierarkia rakentui pitkälti koulutuksen varaan, ylimpänä hierarkiassa olivat siis lääkärit. Mielisairaanhoidajat olivat pitkään suurin – 1900-luvun alussa myös ainoa – työntekijäryhmä mielisairaaloitten osastoilla. Tästä syystä pitkään sairaalassa olleet mielisairaanhoidajat olivat saattaneet nousta jopa osastonhoitajien tehtäviin, jos koulutetuista sairaanhoidajista oli pulaa. 1950-luvulta lähtien sairaanhoidajien määrä mielisairaaloissa alkoi kasvaa, samoihin aikoihin myös muiden ammattiryhmien edustajat – psykologit ja erilaiset hoitajat – yleistyivät selvästi. Tutkimuskirjallisuudesta sekä muista tutkimuksista käy ilmi, että erimielisyyksiltä ja yhteentörmäyksiltä ei aina vältytty, mutta omassa aineistossani eri ammattiryhmien väliset erimielisyydet ja suoranaiset yhteenotot eivät erityisesti korostu. Toki sellaisista tapauksista kerrottiin ja kirjoitettiin, mutta ne eivät nousseet esille mitenkään hallitsevana temana.

Eri ammattiryhmien välisten erimielisyyksien sijaan aineistossa korostuivat pikemminkin sukupolvien väliset erimielisyydet. Nuorempien ja vanhempien hoitajien väliset erimielisyydet nousivat esille muun muassa hoitoon liittyvissä asioissa. Muistelijoiden mukaan vanhemmat hoitajat myös kohtelivat nuorempiaan kurjasti ja osoittivat esimerkiksi käytöksellään heidän paikkansa yhteisössä. Uusien tulokkaiden ja hierarkiassa alempana olevien ikävä kohtelu korostui etenkin miespuolisten muistelijoiden kertomassa, ei niinkään naispuolisten. Miesmuistelijat toivat selvästi avoimemmin ja yksityiskohtaisemmin esille esimerkiksi tilanteita, joissa he olivat kokeneet epäreilua kohtelua. Muistelijoiden kertomasta ei käynyt ilmi, että naisia ja miehiä olisi kohdeltu eri tavoin – se ei siis selitä muistelun eroja.

Harjamäessä vallinnut sairaalahierarkia alkoi murtua vuosien kuluessa. Vielä 1960-luvulla eri ammattiryhmien työtehtävät olivat tarkkaan määriteltyjä, mielisairaanhoitajilla ei ollut esimerkiksi oikeutta jakaa lääkkeitä tai pistää injektioita, vaan ne kuuluivat sairaanhoitajien tehtäviin. Mitä lähemmäs nykyaikaa tullaan, sitä enemmän työtehtävät alkoivat sekoittua ja yhtenäistyä, muistelijoiden mukaan mielisairaanhoitajien ja sairaanhoitajien työnkuva oli 1980-luvun loppuun mennessä jo hyvin samankaltainen. Toimipaikkakoulutuksen myötä mielisairaanhoitajat saivat oikeuden muun muassa lääkkeiden jakamiseen ja injektioiden pistämiseen. Mielisairaanhoitajien työnkuva laajeni muutenkin 1960-luvulta alkaen, kun erilaiset terapiat, kuten ryhmä-, yksilö- ja perheterapiat, alkoivat yleistyä ja omahoitajajärjestelmä otettiin käyttöön. Osoituksena vanhojen hierarkkisten rakenteiden murtumisesta voidaan pitää myös sitä, että 1970-luvun lopulla ja 1980-luvulla mielisairaanhoitajat hoitivat väliaikaisesti sairaanhoitajien virkoja sekä tuurasivat jopa osastonhoitajia heidän lomaillessaan. Näin toimittiin ainakin osittain pakon sanelemana – sairaanhoitajista oli Harjamäessä ajoittain pulaa – mutta siitä huolimatta, tätä voidaan pitää osoituksena käytäntöjen muuttumisesta.

Harjamäen ollessa suurimmillaan, sairaalaa ja sen alueella asuva henkilökunta muodostivat suuren, muista kylistä erillisen yhteisön. Muutaman kilometrin päässä Siilinjärven kirkonkylästä sijaitseva Harjamäki oli ”*kylä kylän sisällä*”, joka tarjosi asukkailleen kaikki peruspalvelut pankista postiin. Alueella asuneet työntekijät viettivät aikaa keskenään myös vapaa-ajalla, liikunta- ja harrastustoiminta oli aktiivista. Harjamäen yhteisöllisyys alkoi hävitä 1980-luvulle tultaessa, kun yhä useampi sairaalan työntekijä kävi töissä muualta. Sairaala-alueella asuneet työntekijät alkoivat muuttaa Siilinjärven kirkonkylälle ja muualle. Myös ne muistelijat, jotka eivät asuneet Harjamäessä, muistelivat Harjamäkeä suurella lämmöllä ja kaiholla. Sairalahierarkiasta ja muista suuren yhteisön mukanaan tuomista haasteista

huolimatta Harjamäki koettiin hyväksi työpaikaksi, jossa viihdyttiin. Monet muistelijoista tekivät käytännössä koko työuransa Harjamäessä. Muistelijoiden kertomasta ja kirjoittamasta on havaittavissa nostalgiaa. Ymmärrys siitä, että paluu noihin aikoihin ei ole mahdollista, ja että sairaalan muodostama yhteisö on hävinnyt lopullisesti, on osaltaan varmasti vahvistanut muistelijoiden kokemaa kaipuuta.

Vielä 1960- ja 1970-luvuilla potilaiden hoitoajat olivat pitkiä. Mielisairaalassa vietetty aika saattoi venyä jopa vuosiksi. Jos potilaalla ei ollut kotia tai omaisia sairaalan ulkopuolella, sairaalasta muodostui helposti potilaan koti. Etenkin B-mielisairaaloissa hoitoajat olivat pitkiä, sillä niihin sijoitetut potilaat oli luokiteltu kroonikoiksi eli parantumattomiksi tapauksiksi, eikä heitä edes pyritty parantamaan. B-mielisairaalassa työskennelleiden muistelijoiden mukaan tärkeintä oli pyrkiä tarjoamaan potilaille hyvät oltavat ja hyvä loppuelämä. Vaihtelua potilaiden arkeen tuotiin muun muassa retkillä, joita tehtiin ympäri niin lähelle kuin kauaskin, sekä juhlilla, joihin osallistuivat sekä potilaat että sairaalan henkilökunta. Tämän yhteisöllisyyden sekä pitkien hoitoaikojen myötä potilaat ja hoitohenkilökunta oppivat tuntemaan toisensa hyvin. Erityisesti omahoitajat oppivat tuntemaan potilaansa hyvin, sillä heidän tehtävä oli huolehtia kaikista potilaiden tarpeista ja käytännön asioista sekä yhteydenpidosta omaisiin. Hoitajien lisäksi myös sairaala-apulaiset olivat läheisessä kontaktissa potilaiden kanssa, vaikka varsinaiset hoitotehtävät eivät kuuluneet heidän työnkuvaansa.

Muistelijoiden mukaan liiallinen tuttavallisuus ja potilaiden kanssa ystäväystyminen olivat virallisesti kiellettyjä, mutta tästä huolimatta potilaiden ja hoitohenkilökunnan välille syntyi molemminpuolisia kiintymyssuhteita, jotka sisälsivät sekä luottamusta että välittämistä. Tiiviissä yhteisössä potilaiden ja henkilökunnan välille syntyi myös rakkaus- ja seurustelusuhteita, mutta ne vaikuttavat kuitenkin olleen harvinaisia. Potilaisiin kiintymisessä sekä suhtautumisessa näyttää olleen yksilökohtaisia eroja. Suurin osa muistelijoista kertoi ja antoi ymmärtää, että heidän suhtautumisensa potilaisiin oli työn vaatima eli neutraali. Potilaisiin kiintyminen korostui etenkin naismuistelijoiden kohdalla. Naismuistelijat myös kertoivat muistelevansa lämmöllä entisiä potilaita, osa muistelijoista oli ollut tekemisissä potilaiden kanssa vielä sairaalan sulkemisen jälkeenkin. Tätä ilmiötä saattavat selittää ainakin erot naisten ja miesten persoonissa. Se, että miesmuistelijat eivät kertoneet samankaltaisesta kiintymyksestä potilaisiin, ei tarkoita sitä, etteivätkö miesmuistelijat olisi välittäneet potilaista ja heidän kohtaloistaan.

Nämä aineistosta esille nousseet kiintymyssuhteet osoittavat, että mielisairaaloiden hoitohenkilökunnan ja potilaiden väliseen kanssakäymiseen sisältyi muutakin kuin pelkoa ja väkivaltaa. Vaikka väkivallan mahdollisuus oli aina läsnä, varsinaiset väkivalta- ja vaaratilanteet olivat muistelijoiden mukaan harvinaisia. Potilaiden aggressiivisuus ilmeni yleensä sairaalaan saapuessa sekä tilanteissa, joissa potilas oli peloissaan tai vastusti esimerkiksi jotain toimenpidettä. Yleensä ottaen muistelijat suhtautuivat työn vaarallisuuteen neutraalisti – sen riski oli aina olemassa, mutta pelolle ei saanut antaa valta, sillä muuten työnteosta ei olisi tullut mitään. Muistelijoiden suhtautumisesta kuvastuu kokemuksen ja työvuosien tuoma varmuus.

Sen sijaan suhtautuminen potilaiden itsetuhoisuuteen jakoi muistelijoiden näkemyksiä enemmän. Potilaiden itsemurhat olivat tapauksia, joita valvonnasta huolimatta pääsi tapahtumaan. Hoitohenkilökunnassa itsemurhat herättivät ennen kaikkea surua, mutta myös hämmennystä sekä pohdintaa, mitä olisi pitänyt tehdä toisin. Toisaalta osa muisteliijoista katsoi, että viime kädessä jokainen henkilö oli vastuussa omasta elämästään. Näkökulma oli mielenkiintoinen, mutta myös yllättävä. Muistelijat painottivat, että heillä oli tietenkin eettinen vastuu potilaiden auttamiseksi, ja että potilaiden itsemurhat pyrittiin tietenkin aina estämään, mutta hoitajat eivät voineet olla jumalia maan päällä. Aivan kuten suhtautuminen potilaiden aggressiivisuuteen, suhtautuminen potilaiden itsetuhoisuuteen muutti muotoaan työvuosien myötä. Osa muisteliijoista kertoi, että etenkin työuran alkuvaiheessa potilaiden itsemurhat järkyttivät ja synnyttivät toivottomuuden tunnetta. Työvuosien karttuessa itsemurhiin opittiin suhtautumaan rationaalisemmin, vaikka ne järkyttäviä tapauksia olivatkin.

Vuonna 1959 Harjamäen sairaalassa annettiin vielä insuliini- sekä sähköshokkihoitoja. Insuliinihoidon antaminen lopetettiin 1960-luvun alkupuolella, mutta sähköshokkihoidon, myöhemmin sähköhoidon, antamista jatkettiin koko sairaalan toiminnassa olemisen ajan. Muistelijoiden mukaan sähköhoitoa annettiin vähemmän 1970- ja 1980-luvuilla, mutta ei lopetettu kokonaan, sillä hoito koettiin tehokkaana hoitokeinona etenkin vaikeasti masentuneiden hoidossa. Psykofarmakoista eli psykelääkkeistä merkittävimmit koettiin 1950-luvulla käyttöön otettu Largactil sekä 1970-luvulla käyttöön otettu Leponex. Kumpikin lääke aiheutti ikäviä, jopa vaarallisia haittavaikutuksia, mutta ne myös rauhoittivat ja selkeyttivät potilaita. Muistelijoiden mukaan noiden lääkkeiden ansiosta potilaiden kanssa pystyttiin aloittamaan esimerkiksi terapiahoitoja sekä kotiuttamaan parhaiten toipuneita.

Yksilö-, ryhmä ja muiden terapioiden yleistymisen koettiin merkittävänä edistysaskeleena hoidon saralla. Ne laajensivat hoitajien työnkuvaa, mitä moni muistelija piti positiivisena ja tervetulleensa muutoksena. Osa muistelijoista koki etenkin yksilöterapioiden arvostettuna ja merkityksellisenä hoitomuotona. Yksilö- ja ryhmäterapioiden lisäksi myös perheterapia alkoi yleistyä 1960-luvulta alkaen. Perheterapian yhtenä tarkoituksena oli potilaiden omaisten osallistaminen osaksi hoitoa. Aina 1980-luvulle saakka mielisairaalanpotilaiden hoitoajat olivat pitkiä, jopa vuosien mittaisia. Osalla potilaista ei ollut minkäänlaista yhteyttä omaisiin sairaalan ulkopuolella. Pitkät välimatkat sairaalan ja potilaan omaisten välillä sekä mielisairauksiin liittynyt häpeä olivat syitä, joiden takia potilas saatettiin tietoisesti unohtaa sairaalahoitoon. Muiden terapioiden ohella myös työterapia tai työhoito säilyi osana potilaiden arkea aina 1980-luvulle saakka, mutta se nousi esille vain muutamien muistelijan kertomassa. Tämä selittynee sillä, että työterapiaa ei koettu hoidon edistysaskeleena, vaan hoitomuotona tai tapana, joka oli kuulunut potilaiden arkeen aina.

Erilaisten terapioiden lisäksi myös omahoitajajärjestelmä sekä hoitosuunnitelmien yleistymisen ja yhtenäistymisen koettiin tärkeinä edistysaskeleina hoidon saralla. Jokaiselle potilaalle nimetty omahoitaja oli potilaan läheisin henkilö sairaalassa. Omahoitaja oli parhaiten perillä potilaan asioista, piti yhteyttä potilaan omaisiin ja hoiti tämän juoksevia asioita. Hoitokokouksissa omahoitaja selvitti potilaan tilanteen, hoidossa tapahtuneet muutokset sekä edistymisen. Kuten aiemmin kävi ilmi, omahoitajasta saattoi muodostua potilaalle tärkeä ja luotettava ihminen. Omahoitajan ja potilaan välille syntynyt luottamus saattoi kantaa vielä varsinaisen hoitosuhteen päättymisen jälkeenkin. Omahoitajajärjestelmän ohella hoitosuunnitelmat toivat hoitoon kaivattua rakennetta. Hoitosuunnitelmien ansiosta hoito jäsenyi ja muuttui tavoitteellisemmaksi, kun kaikki potilaan tiedot kirjattiin ylös ja kehitystä seurattiin kirjallisesti.

Terapioiden ja omahoitajajärjestelmän myötä alettiin kiinnittää entistä enemmän huomiota myös hoitajien hyvinvointiin ja työssä jaksamiseen. Muistelijoiden mukaan työnohjaukseen suhtauduttiin alkuun epäilevästi, jopa avoimen kielteisesti. Muutosvastarinta selittyy ainakin osittain sillä, että osa hoitajista koki työnohjauksen turhaksi – ”hyvin on pärjätty ennenkin” tyyppinen ajattelu oli voimakasta. Omassa aineistossani yksikään muistelija ei kertonut tai kirjoittanut, että olisi itse vastustanut työnohjausta. Päinvastoin työnohjaukseen suhtauduttiin hyvin positiivisesti ja se koettiin tärkeänä osana hoitoa. Työnohjauksella oli kaksi tärkeää tehtävää – parantaa potilaiden saamaa hoitoa ja varmistaa sen laatu sekä huolehtia työntekijöiden jaksamisesta sekä hyvinvoinnista. Työnohjauksesta huolimatta työ oli

psykykkisesti raskasta ja kuluttavaa. Joissakin tapauksissa, esimerkiksi lääke- tai alkoholiriippuvuuden seurauksena, myös hoitajia jouduttiin saattamaan hoitoon. Työuupumuksen lisäksi muistelijat nostivat esille myös työhön urautumisen, joka heidän mukaansa oli yleistä etenkin vanhempien hoitajien keskuudessa. Vanhemmat hoitajat eivät kuitenkaan olleet niin innokkaita vaihtamaan ammattia, vaikka he eivät työssä enää viihtyneetkään.

Psykiatrisen hoitojärjestelmän rakennemuutos laitoshoidosta kohti avohoitoa vaikutti merkittävästi myös Harjamäen sairaalan toimintaan. Harjamäen ollessa suurimmillaan 1960-luvulla, A- ja B-mielisairaaloissa oli yhteensä 907 sairaipaikkaa. 1980-luvun loppuun mennessä määrä oli laskenut alle neljäänsataan. Muutosta jouduttivat muun muassa vuoden 1978 mielisairaslain osittaismuutos sekä valtakunnallinen skitsofreniaprojekti, jonka tarkoituksena oli vähentää sairaaloihin pitkäaikaishoitoon jäävien skitsofreniapotilaiden määrää. Maassa vallinneen yleisen kehityksen mukaisesti myös Harjamäessä käynnistettiin asuntola- ja suojatyötoiminnot, joiden avulla etenkin pitkäaikaispotilaita pyrittiin kuntouttamaan ja siirtämään avohoitoon.

Laitostuneiden potilaiden siirtäminen pois sairaalasta ei kuitenkaan sujunut täysin ongelmitta, sillä osa pitkään sairaalassa olleista potilaista ei halunnut lähteä. Etenkin niille potilaille, joilla ei ollut omaisia tai kotia sairaalan ulkopuolella, sairaalasta oli muodostunut koti. Tätä kehitystä edesauttoi merkittävästi se, että mielisairaalat miellettiin yleisesti potilaiden kodiksi. B-mielisairaala Kevättömän puolella hoitohenkilökunta puhui sairaalasta potilaiden kotina, elämä sairaalassa pyrittiin myös tekemään mahdollisimman kodinomaiseksi. Muistelijoiden mukaan suurin syy potilaiden vastarintaan oli pelko – pärjääminen sairaalan ulkopuolella ja yksinäisyys pelottivat monia potilaita. Toki joukkoon mahtui myös potilaita, jotka olivat innoissaan pois pääsemisestä.

Vaikka potilaita alettiin kuntouttaa ja siirtää pois sairaaloista, muistelijat kokivat, että yhteiskunta sekä potilaiden omaiset eivät olleet siihen valmiita. Yleensä ottaen rakennemuutos ja siirtyminen avohoitoon koettiin rajuna muutoksena, joka tapahtui liian nopeasti. Surullisimpia avohoitoon siirtymisen seurauksia olivat potilaiden itsemurhat, joiden koettiin johtuneen siirtymän nopeudesta ja rajuudesta. Osa muistelijajoista piti erityisen vääränä sitä, että psykiatriseen avohoitoon ohjatut resurssit olivat todellisuudessa paljon pienempiä kuin alun perin luvattiin. Etenkin miespuoliset muistelijat kokivat, että resurssien vähyys oli syy siihen, että avohoitoon siirtyminen ei tapahtunut joustavasti, ja että hoito jäi puutteelliseksi.

Naispuoliset muistelijat eivät kommentoineet tai ottaneet samalla tavalla kantaa siihen, mikä avohoitoon siirtymisessä meni pieleen. Naispuolisten muistelijoiden kertomassa korostui pikemminkin huoli potilaiden pärjäämisestä ja sairaalan sulkemisen jälkeen.

Avohoitoon siirtyminen ja mielisairaaloiden sulkeminen saivat osakseen voimakasta kritiikkiä, mutta osa muistelijoista piti muutosta hyvänä asiana, vaikka siirtyminen olikin ollut raju. Etenkin nuoremmat muistelijat pitivät muutosta väistämättömänä askeleena ja vanhoja ”jättimielisairaaloita” aikansa eläeinä. Sen sijaan vanhempien, siirtymän aikana eläköityneiden muistelijoiden, oli vaikeampi ymmärtää muutosta. Erot saattavat selittyä ainakin sillä, että ne muistelijat, jotka jatkoivat työelämässä vielä Harjamäen sairaalan sulkemisen jälkeen, ovat nähneet avohoidon kehityksen sekä vakiintumisen vallitsevaksi hoitojärjestelmäksi. Sen sijaan ne muistelijat, jotka jäivät eläkkeelle 1980-luvulla ja 1990-luvun alkupuolella näkivät vain toimintojen supistamisen ja rajut muutokset. Koska Harjamäen sairaalan sulkemisesta on jo yli 20 vuotta aikaa, ei voida sanoa, kuinka paljon aika on vaikuttanut muistelijoiden ajatteluun sekä mielipiteisiin. Suurin osa muistelijoista oli sitä mieltä, että suuret mielisairaalat eivät ole enää tätä päivää, mutta osa kuitenkin kritisoi nykyisten sairaalapaikkojen vähyyttä ja hoitoon pääsyn vaikeutta.

Osastojen ja lopulta koko sairaalan sulkeminen merkitsi suuria muutoksia paitsi potilaille myös henkilökunnalle. Kaikille lakkautettujen osastojen työntekijöille pyrittiin löytämään uudet sijoituskohteet – suurelle osalle se tarkoitti työpaikan siirtymistä Kuopioon, Varkauteen tai Suonenjoelle. Työpaikan siirtyminen herätti huolta vanhemmissa, eläkeikää jo lähestyvissä muistelijoissa, sillä he pelkäsivät, että viimeiset työvuodet he joutuisivat kulkemaan pitkää työmatkaa. Joillekin muistelijoille nämä muutokset toimivat kannustimena lähteä opiskelemaan. Suurin osa opiskelemaan lähteneistä oli mielisairaanhoitajia, jotka lähtivät opiskelemaan sairaanhoitajiksi, mutta muutama muistelija suuntasi täysin eri aloille.

Lähdeluettelo

Alkuperäisaineistona käytetyt haastattelut (suluissa haastattelupäivämäärä)

- **H1 (13.6.2018)**
Nainen, sairaala-apulainen, syntynyt 1950-luvulla, työskenteli Harjamäessä 1970-1990-luvuilla.
- **H2 (19.6.2018)**
Nainen, mielisairaanhoitaja, syntynyt 1940-luvulla, työskenteli Harjamäessä 1960-1990-luvuilla.
- **H3 (26.6.2018)**
Nainen, mielisairaanhoitaja ja sairaanhoitaja, syntynyt 1930-luvulla, työskenteli Harjamäessä 1960-1990-luvuilla.
- **H4 (12.7.2018)**
Mies, mielisairaanhoitaja, syntynyt 1950-luvulla, työskenteli Harjamäessä 1970-1990-luvuilla.
- **H5 (19.7.2018)**
Mies, sairaanhoitaja, syntynyt 1940-luvulla, työskenteli Harjamäessä 1960-1990-luvuilla.
- **H6 (23.7.2018)**
Nainen, mielisairaanhoitaja, syntynyt 1960-luvulla, työskenteli Harjamäessä 1980-1990-luvuilla.
- **H7 (30.7.2018)**
Mies, mielisairaanhoitaja, syntynyt 1930-luvulla, työskenteli Harjamäessä 1950-1990-luvuilla.
- **H8 (8.8.2018)**
Nainen, mielisairaanhoitaja ja sairaanhoitaja, syntynyt 1950-luvulla, työskenteli Harjamäessä 1970-1990-luvuilla.
- **H9 (15.8.2018)**
Mies, mielisairaanhoitaja ja sairaanhoitaja, syntynyt 1950-luvulla, työskenteli Harjamäessä 1970-1990-luvuilla.
- **H10 (29.8.2018)**
Mies, mielisairaanhoitaja ja sairaanhoitaja, syntynyt 1960-luvulla, työskenteli Harjamäessä 1980-1990-luvuilla.

Alkuperäisaineistona käytetyt muistelmat

Harjamäki kirjatyöryhmä: Eerola, Eeva-Liisa, Hynynen, Katri, Karppinen, Pauli, Rytönen, Eeli, Rytönen, Esa, Rämä, Marja, Seppänen, Aulis, Suo, Veikko 2016. Harjamäki muistoissamme. Kinnulanlahti. Harjamäki kirjatyöryhmä.

Painamaton alkuperäisaineisto

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin arkisto, Kuopio: Harjamäen sairaalan kuntainliiton arkisto (entinen Pohjois-Savon mielisairaanhuoltopiirin kuntainliitto; entinen Siilinjärven piirimielisairaalan kuntainliitto), HSKL

- Siilinjärven piirimielisairaalan (vuodesta 1958 Harjamäen sairaala) vuosikertomukset 1926/1927-1989
- Harjamäen sairaalan tiedotuslehdet vuosilta 1970-1989
 - Harjamäen sairaalan tiedotuslehti (1970-1972)
 - Harjamäen lehti (1973)
 - Viikkotiedote (1974-1980)
 - Tieto-Tippa (1980-1989)

Komiteanmietinnöt

Mielenterveystyön komitean mietintö: Betänkande avgivet av Kommittén för mentalvårdsarbete. 2. osa = 2. delen, Mietinnön tiivistelmä ja komitean ehdotukset = Sammandrag av betänkandet och kommitténs förslag. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö: Valtion painatuskeskus 1984.

Muistelmat

Kujala, Eila 2011. Lähellä ihmistä: Sairaanhoitajana kehittyvässä Suomessa : muistelmia ja pohdintaa. Kokkola: Länsirannikko.

Tahvanainen, Helga & Nirkko, Juha 2000. Hoitotyön muistot. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Aikalaiskirjallisuus

Achté, Kalle 1974. Satakolmekymmentä vuotta psykiatria: Lapinlahden sairaala 1841-1971. Helsinki: Otava.

Achté, Kalle 1999. Psykofarmakologian vuosikymmenet. Teoksessa: Kähkönen, Seppo, Partonen, Timo & Achté, Kalle. *Mielen lääkkeet, Lääkkeen mieli: Psykofarmakologian historia Suomessa*. Helsinki: Duodecim. 18-29.

Achté, Kalle, Alanen, Yrjö, Tienari, Pekka & Käkämäki, Matti 1976. Psykiatria meille kaikille. Porvoo ; Helsinki: WSOY.

Achté, Kalle & Alanen, Yrjö 1994. Psykoterapia. Teoksessa: Achté, Kalle, Alanen, Yrjö. & Tienari, Pekka. *Psykiatria: 2. 6. painos*. Porvoo; Helsinki; Juva: WSOY. 107-206.

Ahlfors, Leena, Saarikoski, Mikko & Sova, Ina 1992. Psykiatrinen Auttamistyö. 2. uud. p. Espoo: Weilin + Göös.

Alppivuori, Kristiina 1993. Puhtauden historiaa: Sairaala-apulaisen työ osana sairaalalaitoksen syntyä ja kehitystä. Espoo: Espoon kaupunki.

Brettschneider, Gunvor 1983. Työnohjaus ja sen tavoitteet. Teoksessa: Siltala, Pirkko. *Työnohjaus terveydenhuollossa ja opetustyössä*. Espoo: Weilin + Göös. 10-18.

Elomaa, Eero 1996. Insuliinishokkihoito. Teoksessa: Elomaa, Eero & Taipale, Ilkka. *Psykiatrian hoitomuodot 1900-luvulla*. Riihimäki: Mielenterveyden keskusliitto. 12-17.

Harenko, Aarno 1996. Lääkkeiden käyttö psykiatriassa ennen klooripromatsiinia. Teoksessa: Elomaa, Eero & Taipale, Ilkka. *Psykiatrian hoitomuodot 1900-luvulla*. Riihimäki: Mielenterveyden keskusliitto. 23-27.

Isohanni, Matti 1983. Uudistuva psykiatrinen sairaala. Helsinki: WSOY.

Kaila, Martti 1966. Psykiatrian historia lääketieteen yleiskehityksen ja kulttuurihistorian valossa. Porvoo: WSOY.

Katajamäki, Marjatta 1983. Työnohjaus sairaanhoitotyössä. Teoksessa: Siltala, Pirkko. *Työnohjaus terveydenhuollossa ja opetustyössä*. Espoo: Weilin + Göös. 126-139.

Kinnunen, Lyyli 1958. Mielisairaanhoito. 5. p. Porvoo: WSOY. (Julkaistu ensimmäisen kerran vuonna 1939, Martti Kailan Mielitaudit 2.painoksen yhteydessä.)

Kraatari, Vappu & Vähä, Eero 1975. Oulun keskusmielisairaala 1925-1975: Viisi vuosikymmentä järjestelmällistä mielisairaanhoitoa Oulun ja Lapin lääneissä. Oulu: Oulun mielisairaanhuoltojärjestöjen kuntainliitto.

Latvala, Eila, Visuri, Tuomo & Janhonen, Sirpa 1995. Psykiatrinen hoitotyö. Juva: WSOY.

Lepola, Tapani 1976. Harjamäen sairaala 1926–1976. Kuopio: Harjamäen sairaalan kuntainliitto.

Neuman-Rahn, Karin 2003. Sielullisesti sairas ihminen ja hänen hoitonsa. Suomennos. Uusintapainos. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto, Psykiatrian yhteistyö. (Alun perin ilmestynyt WSOY:n kustantamana vuonna 1924.)

- Nikkonen, Merja** 1993. Työnä mielen hoito. Naismielisairaanhoitajan elämäntarina. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Niskanen, Pekka, Sorri, Pentti & Ojanen, Markku** 1988. Auta auttamaan – käsikirja työnohjauksesta. Juva: WSOY.
- Pöllänen, Raijaliisa, Pylkkänen Kari, Upanne, Maila** (toim.) 1995. Psykoterapia Suomessa. Helsinki: Stakes.
- Robinson, Alice M.** 1966. Psykiatrinen sairaanhoito: Oppikirja mielisairaanhoitajille. Porvoo; Helsinki: WSOY. Suom. Leena Levanto.
- Salo-Chydenius, Sisko** 1992. Toimintaterapia mielenterveystyössä. Helsinki: VAPK-kustannus.
- Siltala, Pirkko** 1983. Yksilöllisen hoitosuhteen työnohjaus. Teoksessa: Teoksessa: Siltala, Pirkko. *Työnohjaus terveydenhuollossa ja opetustyössä*. Espoo: Weilin + Göös. 55-77.
- Törrönen, Sirkka** 1978. 50 vuotta työtä mielenterveyden hyväksi. Papinsalmi: Mielisairaanhuoltopiirien liitto.
- Vahvaselkä, Veli-Pekka** 1976. Rauhan sairaala 1926-1976: 50 vuotta mielisairaanhoitoa Viipurin ja Kymen lääneissä. Joutseno: Kaakkois-Suomen mielisairaanhuoltopiirin kuntainliitto.
- Vataja, Risto** 1996. Sähköshokkihoidon historiaa. Teoksessa: Elomaa, Eero & Taipale, Ilkka. *Psykiatrian hoitomuodot 1900-luvulla*. Riihimäki: Mielenterveyden keskusliitto. 28-31.
- Viinisalo, Päivikki** 1983. Työnohjauksen mahdollisuudet ja rajat. Teoksessa: Siltala, Pirkko. *Työnohjaus terveydenhuollossa ja opetustyössä*. Espoo: Weilin + Göös. 86-93.

Tutkimuskirjallisuus

- Ahola, Teija** 2015. Terveyttä kaikille – B-mielisairaalat 1950-luvulta 1970-luvulle. https://www.museovirasto.fi/uploads/Kulttuuriymparisto/Rakennettu_hyvinvointi/TEHO_B-mielisairaalat_1950-luvulta_1970-luvulle_Ahola_VALMIS_2015.pdf
- Alasuutari, Pertti** 2012. Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Vastapaino.
- Cramond, W. A.** 1999. Oppitunteja insuliinin tarinnasta psykiatriassa. Teoksessa: Taipale, Ilkka. *Mielen valtaa: Psykiatrian lukemisto*. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto. 20-28.
- Eskelinen, Saana** 2015. Tupakoinnin merkitys mielisairanhoidossa. Teoksessa: *Kellokosken sairaalan juhla-julkaisu: 1915-2015, Sata vuotta*. Tuusula: Kellokosken sairaala. 168-171.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha** 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 2. p. Tampere: Vastapaino.
- Fingerroos, Outi & Peltonen, Ulla-Maija** 2006. Muistitieto ja tutkimus. Teoksessa: Fingerroos, Outi, et al. *Muistitietotutkimus: Metodologisia kysymyksiä*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. 7-24.

- Fingerroos, Outi & Haanpää, Riina** 2006. Muistitietotutkimuksen ydinkysymyksiä. Teoksessa: Fingerroos, Outi, et al. *Muistitietotutkimus: Metodologisia kysymyksiä*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. 25-48.
- Goffman, Erving** 1997. Minuuden riistäjät. Tutkielma totaalisista laitoksista. 2. p., näköisp. Riihimäki: Mielenterveyden keskusliitto. Suom. Riitta Suominen, Auli Tarkka ja Klaus Mäkelä.
- Hakala, Ulla** 2013. "Olette varmaan menossa piirille?": Elämää ja arkea Harjavallan sairaalassa. Harjavalta: Harjavallan sairaalan perinneyhdistys Josefiina.
- Hegyvary, Sue Thomas** 1987. Yksilövastuinen hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä. Suom. Anja Suistola ja Tarja Virtanen.
- Helén, Ilpo, Hämäläinen, Pertti, Metteri, Anna** 2011. Komplekseja ja katkoksia – psykiatrian hajaantuminen suomalaiseen sosiaalivaltioon. Teoksessa: Teoksessa: Helén, Ilpo, et al. *Reformin pirstaleet – mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen*. Tampere: Vastapaino. 11-69.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena** 2008. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Holvikivi, Johanna** 1992. Toimintaterapian historiaa mielenterveystyössä. Teoksessa: Salo-Chydenius, Sisko. Toimintaterapia mielenterveystyössä. Helsinki: VAPK-kustannus. 17-24.
- Hyvönen, Juha** 2008. Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta. Lääketieteen väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto. https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1057-7/
- Ihanus, Juhani** 1997. Terapioiden historiasta Suomessa. Teoksessa: Ihanus, Juhani (toim.). *Psykoterapiat eilen ja tänään*. Helsinki: Yliopistopaino. 44-65.
- Jaakkonen, Asta** 2017. Mielisairaanhoidtajien koulutus Suomessa vuosina 1906–1969. Suomen historian pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto. <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201706082643.pdf>
- Jouhki, Essi** 2020. Teinikuntatoiminnan sukupolvet: muistitietohistoria oppikoulujen koululaisliikkeestä 1950–1970-luvuilla. Suomen historian väitöskirja. Oulun yliopisto. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526225173.pdf>
- Kaarninen, Mervi, Kaarninen, Pekka & Loikkanen, Eino** 1990. Pitkäniemen sairaala 1900-1990. Pitkäniemi: Pitkäniemen sairaalan kuntainliitto.
- Kalela, Jorma** 2000. Historiantutkimus ja historia. Helsinki: Gaudeamus.
- Kalela, Jorma** 2006. Muistitiedon näkökulma historiaan. Teoksessa: Fingerroos, Outi, et al. *Muistitietotutkimus: Metodologisia kysymyksiä*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. 67-92
- Kinnunen, Anna** 2012. Johtolankoja hulluuteen – ilmiön kulttuurisen konstruoinnin tarkastelua. Perinteentutkimuksen pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120082/urn_nbn_fi_uef-20120082.pdf
- Koivisto, Johanna** 2014. Miensä menettänyt, toisen tappanut – Kriminaalipotilaana Mustasaaren sairaalassa 1940-luvulla. Suomen historian pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Kokko, Marja 2017. Henkilötiedot ja tieteellinen tutkimustoiminta. Teoksessa: Toim. Lidman, Satu, Koskivirta, Anu & Eilola, Jari. *Historian tutkimuksen etiikka*. Helsinki: Gaudeamus. 48-50.

Kokko, Marja 2017. Henkilötiedot historiantutkijan työprosessissa. Teoksessa: Toim. Lidman, Satu, Koskivirta, Anu & Eilola, Jari. *Historian tutkimuksen etiikka*. Helsinki: Gaudeamus. 71-73.

Kontio, Raija 2015. Hoitotyön 100-vuotinen matka. Teoksessa: *Kellokosken sairaalan juhlaulkaisu: 1915-2015, Sata vuotta*. Tuusula: Kellokosken sairaala. 66-81.

Koponen, Hannu 1999. Psykoosien lääkehoidon kehitys. Teoksessa: Kähkönen, Seppo, Partonen, Timo & Achté, Kalle. *Mielen lääkkeet, Lääkkeen mieli: Psykofarmakologian historia Suomessa*. Helsinki: Duodecim. 30-33.

Kuuva, Sari 2018. Mielisairaalan varjoista: nostalgia ja melankolia mielisairaala-alueilla asuneiden lapsuusmuistoissa. *J@rgonia*, 16 (31), 12-40. https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/58335/3/Jargonia_31_artikkeli_Kuuva.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kärkkäinen, Maj-Lis 2013. Työnohjaus psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Laadullinen haastattelututkimus. Hoitotieteen väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. (Teoksesta löytyy myös sähköinen versio.) https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1180-3/

Latvala, Laura 1964. Tuulien talo: Sairaalapäiväkirja. Porvoo; Helsinki: WSOY.

Leskinen, Heidi 2007. Kaikki potilaan parhaaksi. Mikkeli: Etelä-Savon sairaanhoitopiiri.

Lönnqvist, Jouko & Lehtonen, Johannes 2017. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa: Lönnqvist, Jouko, Henriksson Markus, Marttunen, Mauri & Partonen, Timo. *Psykiatria*. 12., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim. 18-42.

Lönnqvist, Jouko, Marttunen, Mauri & Pylkkänen, Kari 2017. Psykososiaaliset hoitomuodot. Teoksessa: Lönnqvist, Jouko, Henriksson Markus, Marttunen, Mauri & Partonen, Timo. *Psykiatria*. 12., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim. 658-716.

Lönnqvist, Jouko, Partonen, Timo & Syvälahti, Erkki 2017. Biologiset hoidot. Teoksessa: Lönnqvist, Jouko, Henriksson Markus, Marttunen, Mauri & Partonen, Timo. *Psykiatria*. 12., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim. 717-746.

Markkola, Pirjo 2012. Lähdekritiikki – niin hiljaista ettei sitä huomaa. Teoksessa: Lempiäinen, Kirsti, et al. *Tutkijan Kirja*. Tampere: Vastapaino.

Munnukka, Terttu & Aalto, Pirjo 2002. Minun hoitajani: Näkökulmia omahoitajuuteen. Helsinki: Tammi.

Mäkelä, Jari 2008. Houruinhoitoasetuksesta mielenterveyslakiin – Mielisairaanhoidon ja erityisesti tahdosta riippumattoman hoidon lainsäädännön muutokset vuosina 1840-1991. Suomen historian pro gradu –tutkielma. Joensuun yliopisto.

Nieminen, Anna & Etelä-Pohjanmaan terveydenhuollon perinneyhdistys 2015. Piirin lapset kertovat: Elämä Törnävän sairaalan yhteisössä 1930-1970-luvuilla. Seinäjoki: Etelä-Pohjanmaan terveydenhuollon perinneyhdistys.

Parpola, Antti 2013. Toivo, häpeä. Psykiatria modernissa Suomessa. Keuruu: Otava.

Peltonen, Ulla-Maija 1996. Punakapinan muistot: Tutkimus työväen muistelukerronnan muotoutumisesta vuoden 1918 jälkeen. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Pesonen, Niilo 1980. Terveystien puolesta – sairautta vastaan: Terveystien- ja sairaanhoito Suomessa 1800- ja 1900-luvulla. Porvoo; Helsinki; Juva: WSOY.

Pietikäinen, Petteri 2013. Hulluuden historia. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Pitkänen, Anneli 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. Hoitotieteen pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. <http://tampub.uta.fi/handle/10024/90604>

Portelli, Alessandro 2006. Mikä tekee muistitietotutkimuksesta erityisen? Teoksessa: Fingerroos, Outi, et al. *Muistitietotutkimus: Metodologia kysymyksiä*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. 49-66. Suom. Salla Kivilaakso-Mendes & Saana Viertomanner.

Pöysä, Jyrki 2006. Kilpakirjoitukset muistitietotutkimuksessa. Teoksessa: Fingerroos, Outi, et al. *Muistitietotutkimus: Metodologia kysymyksiä*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. 221-244.

Pöysä, Jyrki 2015. Lähiluvun tieto: Näkökulmia kirjoitetun muistelukerronnan tutkimukseen. Joensuu: Suomen Kansantietouden Tutkijain Seura.

Raaska, Kari 2015. Psykiatrisen lääkehoidon kehitys Kellokosken sairaalan aikana. Teoksessa: *Kellokosken sairaalan juhlaulkaisu: 1915-2015, Sata vuotta*. Tuusula: Kellokosken sairaala. 50-55. <https://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/kellokosken-sairaala/Documents/Kellokoski%20juhlakirja%20nettiversio.pdf>

Raitasuo, Virpi 2000. Klotsapiini skitsofrenian hoidossa. Teoksessa: Duodecim: Lääketieteellinen Aikakauskirja, 116 (11): 1199-1205. <https://www.duodecimlehti.fi/duo91557>

Rissanen, Anu 2012. Työtä, shokkeja ja lääkkeitä – Siilinjärven piirimielisairaala ja potilaiden hoitomuodot 1926–1959. Suomen historian pro gradu –tutkielma. Jyväskylän yliopisto. <https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/37823>

Rossi, Leena 2012. Muisti, muistot ja muistitietohistoria. Teoksessa: Nivala, Asko, et al. Turku: k&h, Turun yliopisto, kulttuurihistoria. *Tulkinnan polkuja: kulttuurihistorian tutkimusmenetelmiä*.

Sailas, Eila 1996. Vapaus vai kahleet? Psykiatristen potilaiden eristämisen historiaa. Teoksessa: Elomaa, Eero & Taipale, Ilkka. *Psykiatrian hoitomuodot 1900-luvulla*. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto. 81-86.

Salo, Markku 2011. Mielenterveyskuntoutujien yhteiskunnallinen asema. Teoksessa: Helén, Ilpo, et al. *Reformin pirstaleet – mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen*. Tampere: Vastapaino. 259-302.

Sandell, Päivi 2001. Hoitajana Kupittaalla. Mielisairaanhoitajan ja sairaanhoitajan elämää Kupittaan sairaalassa 1913-1989. Kulttuurihistorian pro gradu –tutkielma. Turun yliopisto.

Selin, Sinikka 2017. Mikä sinusta tulee isona? Koulutus- ja ammattisuunnitelmat 1950-60-luvun Helsingissä. Helsinki: Nuorisotutkimusseura. (Teoksesta löytyy myös sähköinen versio.)

https://www.nuorisotutkimusseura.fi/images/kuvat/verkkojulkaisut/mika_sinusta_tulee_isona.pdf

Seppinen, Ilkka 1977. MKL, Mielenterveys- ja kehitysvamma-alan liitto ry 1927-1977. Helsinki: Mielenterveys- ja kehitysvamma-alan liitto.

Shorter, Edward 2005. Psykiatrian historia. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto: Psykiatrian yhteistyö. Suom. Eila Salomaa.

Talvitie, Tiia & Kalliokoski, Annikka 2015. Ihmelääke klotsapiinin haitat paljastuivat Suomessa. Sic! Lääketietoa Fimeasta 2/2015. http://sic.fimea.fi/2_2015/sic-lehti/laaketietoa-fimeasta

TENK = Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa: Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta.

https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf

Toivola, Riitta 2005. Moision lapset: Muistoja Moision sairaalan alueella 1900-luvun puolivälissä asuneiden lasten elämästä. Helsinki: Ritva Toivola.

Tuovinen, Sirkka-Liisa 2009. Inhimillinen Nikkilä: Helsingin suuri mielisairaala Sipoossa 1914-1999. Helsinki: Helsingin kaupungin terveystakeskus.

Ukkonen, Taina 2000. Menneisyyden tulkinta kertomalla: Muistelupuhe oman historian ja kokemuskertomusten tuottamisprosessina. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Valtonen, Heli 2004. Minäkuvat, arvot ja mentaliteetit: Tutkimus 1900-luvun alussa syntyneiden toimihenkilönaisten omaelämäkertoista. Suomen historian väitöskirja: Jyväskylän yliopisto.

<https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/13407/9513919307.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vuorio, Kaija 2011. Niuva: Niuvanniemen sairaala 1953-2010. Kuopio: Niuvanniemen sairaala.

Välimäki, Maritta 2000. Muutokset psykiatrisessa terveydenhuoltojärjestelmässä. Teoksessa: *Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa*. Porvoo, Helsinki: WSOY. 70-76.

Liite 1.

Litteraateissa käytetyt merkit ja niiden selvennykset:

- AV = Haastattelija
- H1, H2, H3... = Haastateltava
- () = Tauko puheessa
- - = Sana jää kesken
- -- -- = Puheenvuoro keskeytyy, esim. päällekkäisen puhumisen takia
- () = Jotain on poistettu litteraatista, esim. haastateltavan nimi, syntymävuosi
- [] = Lisähuomautuksia, esim. [nauraa], [pitkä tauko]
- [?] = Sanan kirjoitusasusta ei voi olla täysin varma
- [??] = Sanasta ei saa selvää, se on epävarma tai sitä ei ole kirjattu lainkaan