

Modernit parantoladiskurssit – Tuberkuloosipotilaiden hoito ja seuranta Paimion parantolan vuosikertomuksissa 1933–1939

Aatu Kavalto
Maisterintutkielma
Historia
Historian ja etnologian laitos
Jyväskylän yliopisto
Kevät 2024

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Tiedekunta Humanistis-yhteiskuntatieteellinen tiedekunta	Laitos Historian ja etnologian laitos
Tekijä Aatu Kavalto	
Työn nimi Modernit parantoladiskurssit – Tuberkuloosipotilaiden hoito ja seuranta Paimion parantolan vuosikertomuksissa 1933–1939	
Oppiaine Historia	Työn laji Maisterintutkielma
Aika 29.5.2024	Sivumäärä 66
Tiivistelmä <p>Tämä tutkielma käsittelee tuberkuloosin hoitokäytäntöjä ja potilaiden seurantaa arkkitehtitoimisto Alvar Aallon suunnittelemassa Paimion tuberkuloosiparantolassa vuosina 1933–1939. Tutkielman lähtökohtana on ollut selvittää, miten potilaiden hoito ja seuranta käytännössä toteutettiin parantolan alkuvuosina, sekä yhdistää tätä näkökulmaa parantolarakentamisen historiaan ja Paimion parantolan suunnitteluperiaatteisiin. Parantolat olivat 1900-luvun alkupuoliskon kansanterveydellinen reaktio tuberkuloosiepidemiaan, jonka lääketieteellinen ymmärrys kehittyi ajanjaksolla harppauksin. Hoidoltaan ja arkkitehtuurifilosofialtaan Paimion parantola liittyy kiinteästi tähän kehityskulkuun.</p> <p>Tutkielman pääasiallisena lähteenä toimivat Paimion parantolan vuosikertomukset ja aikalaiskirjallisuus. Vuosikertomuksiin on koottu potilaista tilastollista tietoa, jota hyödyntäen pystytään todistamaan tiettyjen kirjallisuudesta esiin nousevien ilmiöiden olemassaolo. Tilastollisen tiedon perusteella voidaan selkeästi osoittaa, millaisia potilaita parantolassa on hoidettu, millaisia hoitokeinoja on hyödynnetty ja miten hoidon tuloksia on seurattu. Tilastoanalyysin lisäksi aineistoa tutkitaan diskurssianalyttisellä menetelmällä sekä hyödynnetään laajasti parantoloita koskevaa tutkimusta, aikalaiskirjallisuutta ja visuaalista aineistoa. Näiden avulla muodostetaan kokonaiskuva tuberkuloosin hoitokäytännöistä Paimion parantolassa tutkimusajankohtana.</p> <p>Paimion parantolassa 1930-luvulla tarjottu hoito edustaa aikakautensa tyypillistä ”hygieenisdieetillistä” parantolahoitoa, joka koostui levon, ravinnon ja hoidollisten aktiviteettien tasapainosta. Myös kirurgisia hoitoja toteutettiin, mutta näiden rooli ajanjaksolla oli vähäinen, joskin kasvava. Lisäksi hoidossa omaleimaista oli sääntöjen ja rutiinien korostettu merkitys.</p>	
Asiasanat – terveyshistoria, hoito, tuberkuloosi, parantola, Paimion parantola, Alvar Aalto, 1930-luku	
Säilytyspaikka – Jyväskylän yliopisto	
Muita tietoja	

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
1.1	Paimion parantola ja parantolatutkimus	2
1.2	Tutkimukselliset rajaukset	4
1.3	Lähdeaineisto	6
1.4	Tutkimuskysymykset ja -menetelmät	8
1.5	Tutkimusetiikka	9
2	TUBERKULOOSI JA PARANTOLAT	11
2.1	Globaalit diskurssit tuberkuloosista	12
2.2	Tuberkuloosi Suomessa	15
2.2.1	Kansanterveydelliset diskurssit ja Suomen tuberkuloosistrategia	17
2.2.2	Kansanparantolat.....	19
3	PAIMION PARANTOLA 1928-1933.....	25
3.1	Arkkitehtitoimisto Alvar Aalto ja modernismi	27
3.2	Parantolan funktiot.....	29
3.2.1	Tilanhallinta ja hygieeninen suunnittelu	32
3.2.2	Parantolaympäristö.....	35
4	POTILAIEN HOITO JA SEURANTA	37
4.1	Parantolan demografia	38
4.2	Hoidon lähtökohdat.....	42
4.2.1	Hallimakuu ja työterapia	43
4.2.2	Ravinto ja painon tarkkailu	46
4.2.3	Taudin laatu ja työkyky.....	49
4.2.4	Erikoishoitomenetelmät	50
4.2.5	Henkiset harrastukset parantolassa.....	53
4.3	Modernia hoitoa – tilastot ja tiedon tuotanto.....	54
5	PÄÄTÄNTÖ	56
5.1	Jatkotutkimusmahdollisuudet.....	58
5.2	Tuberkuloosi nykypäivänä	59
	LÄHTEET JA KIRJALLISUUS	61

TAULUKOT JA KUVIOT

Taulukko 1. Lista merkittävistä parantolaprojekteista Suomessa	23
Taulukko 2. ”Parantolasta poistuneiden ikä”	40
Taulukko 3. ”Poistuneiden potilaiden ammatti”	41
Taulukko 4. ”Hoitopäivät”	42
Taulukko 5. ”Taudin laatu”	49
Taulukko 6. ”Poistuneitten potilaitten arvioitu työkyky”	49
Taulukko 7. ”Erikoishoitomenetelmät”	50

Kuvio 1. Parantolasta poistuneiden ikä – miehet.....	39
Kuvio 2. Parantolasta poistuneiden ikä – naiset	39

KUVAT

Kuva 1. Keuhkotautikuolleisuus suomessa 1921–1929.....	17
Kuva 2. "Ne 45000" elokuvajuliste	20
Kuva 3. "Ne 45000" elokuvan tuotantoryhmä lavasteissa	20
Kuva 4. Hyvinkään parantola 1930-luvulla.....	23
Kuva 5. Satalinnan parantola 1920-luvulla.....	23
Kuva 6. Kinkomaan parantola vuonna 1930 tai 1931	23
Kuva 7. Paimion parantolan ensimmäisen kerroksen pohjapiirros	24
Kuva 8. Paimion parantolan aluesuunnitelma.	24
Kuva 9. Turun Sanomien talo	26
Kuva 10. Esittelytaulu parantolan potilashuoneiden suunnitelmasta.....	33
Kuva 11. Parantolan fasadi työn alla	33
Kuva 12. Parantolan kattokerroksen suuri makuuhalli	45
Kuva 13. Parantolan osastojen makuuhallit.....	46
Kuva 14. Parantolan ruokasali alkuperäisessä asussaan	48
Kuva 15. Parantolan ensimmäisen kerroksen laboratoriotilat.....	52
Kuva 16. Parantolan alkuperäinen leikkausali.....	52
Kuva 17. Alkuperäistä röntgenlaitteistoa.....	52

LYHENTEET

- PPA = Paimion parantolan arkisto
- AAM = Alvar Aalto -museo (arkisto)

1 JOHDANTO

Tuberkuloosi, *mycobacterium tuberculosis*-bakteerin aiheuttama tartuntatauti, oli 1930-luvun Suomessa yksi merkittävimmistä kansanterveydellisistä uhista – tautiin kuoli vuonna 1930 todennäköisesti 8771 ihmistä, eli kuolleisuus oli 253,3/100 000 henkilöä kohden.¹ Vaikka tuberkuloosia esiintyy monissa muodoissa, oli sen laajimmalle levinnyt ja eniten diagnosoitu muoto niin sanottu keuhkotauti, eli keuhkotuberkuloosi, jonka torjumiseen suomalainen kansalaisyhteiskunta ja valtiokoneisto aktivoituivat 1900-luvun kuluessa.² Koska tuberkuloosin lääkehoidot yleistyivät vasta 1950-luvun vaihteessa,³ toimi suomalaisen tuberkuloosin vastustamisen lähtökohtana pitkään hygieniapohjainen valistustyö.⁴

Näkyvin historiallinen kerrostuma tuberkuloosisesta Suomesta ovat kymmenet tuberkuloosiparantolat, joita rakennettiin 1800-luvun lopusta lähtien, ensin yksityisin varoin, ja myöhemmin 1930-luvulla valtion tukemina.⁵ Parantolarakentamisen synnynmaana voidaan pitää Saksaa, josta parantolan hoidolliset ja arkkitehtoniset tunnuspiirteet periytyivät jokseenkin suoraan Suomeen.⁶ Parantolahoito perustui ns. hygieenisdieetilliseen metodiin. Hoitoa määritteli säännöllinen päivittäinen rytmi, johon kuului lepoa, ravitsevia ruokailuja, kevyttä harrastelua, puhdasta ilmaa sekä hengityshoitoja. Myös lääkinnällistä hoitoa ja leikkaushoitoja tarjottiin, mutta hoidot olivat usein kokeellisia ja niiden tulokset vaihtelevia.⁷

Tässä tutkielmassa tarkastelen Paimion parantolan (avattu 1933) hoidollisia periaatteita 1930-luvulla, käyttäen lähteinä etenkin parantolassa tuotettuja vuosikertomuksia. Ne avaavat mielenkiintoisella tavalla parantolan hoidon ja seurannan lähtökohtia, eikä vuosikertomuksia ole tarkastelu aikaisemmassa tutkimuksessa erityisen tarkkaan. Paimion parantolan pääarkkitehteina toimivat Aino Marsio-Aalto (1894–1949) ja Alvar Aalto (1898–1976), joiden urauurtava funktionalistinen arkkitehtuuri toimitti merkittävää roolia myös hoidollisissa käytännöissä. Parantola tunnistetaankin yhdeksi modernin arkkitehtuurin merkkirakennuksista, erityisesti sen humaaneista suunnitteluperiaatteista johtuen.⁸

¹ Tala-Heikkilä 2003, 1622.

² Härö 1992; Kuusi 2003, 33–35; Forsius 2015.

³ Härö 1992, 184–86; Tala-Heikkilä 2003, 1624.

⁴ Savonen 1934; Salokannel, Savonen, ja Einola 1935; Kuusi 2003, 44–47.

⁵ Taulukko 1; Suomen tuberkuloosin vastustamisyhdistys 1933; Härö 1992, 63; Forsius 2015, 27–29.

⁶ Jauho 2007, 223; Eylers 2010, 97–98 & 113.

⁷ Jauho 2007, 242–53.

⁸ Giedion 1967, 629–32; Jokinen 2014, 7; ”Paimion parantola -säätö - Paimion parantolan historia” 2024.

1.1 PAIMION PARANTOLA JA PARANTOLATUTKIMUS

Paimion parantolaa ja sen yhteyttä Aallon arkkitehtitoimiston kehitykseen on tutkittu laajasti viimeisinä vuosikymmeninä. Keskeisimmät yleisteokset parantolan historiasta ovat Sirkka Törrösen historiikki *Varsinais-Suomen tuberkuloosipiiri* (1984), Minnamaria Koskelan pro gradu -tutkielma *Paimion parantola – Rakennus kuin ”lääketieteellinen instrumentti”* (1998), Marianna Heikinheimon ja Minnamaria Koskelan *Paimion sairaalan rakennushistoriallinen selvitys* (2000), Alvar Aalto Architect-sarjan monografia *Paimio Sanatorium 1929–1933* (2014), Marianna Heikinheimon väitöskirja *Architecture and technology* (2016) sekä Alvar Aalto -säätiön julkaisema ja Nina Heikkosen toimittama *Paimio sanatorium conservation management plan* (2016). Näiden teosten perusteella olen pystynyt luomaan kattavan kuvan parantolan historiasta, koskien erityisesti Aallon toimiston ja parantolan rakentamista tukeneiden tahojen osallisuutta parantolaprojektissa. Törrösen historiikki nousee erityisen olennaiseksi lähteeksi, sillä sen kirjoitusajankaan monet parantolassa työskennelleet henkilöt tai potilaina olleet ovat voineet vielä antaa haastatteluja parantolan toiminnasta. Törrösen lähestymistapaa voisikin kuvata muistitietohistoriaksi.⁹ 2000-luvulta lähtien kirjoitetut yleisteokset tuovat kuitenkin jokainen kohdallaan onnistuneesti uutta tietoa parantolasta ja näitä teoksia ristiin viittaamalla saadaan hyvinkin luotettavaa tietoa parantolan vaiheista eri vuosikymmeninä. Kotimaisen Aalto-tutkimuksen lisäksi mainittakoon kansainvälisestä tutkimuksesta erityisesti Eva Eylersin väitöskirja *Hygiene and Health in Modern Urban Planning* (2010) sekä hänen muut parantoloita ja modernismia koskevat julkaisunsa.¹⁰

Tämän tutkielman kannalta olennaiseksi nousee myös yleinen tuberkuloosia ja parantoloita käsittelevä kirjallisuus. Tämä osa taustakirjallisuutta luo tutkielman teoreettisen viitekehyksen ja auttaa hahmottamaan Paimiota sen laajemmassa kontekstissa. Mikko Jauhon *Kansanterveysongelman synty* (2007) kuvaa seikkaperäisesti tuberkuloosityön muodostumista Suomessa 1800-luvulta toiseen maailmansotaan. Vaikka Jauhon sanoin teos ei ole ”perinteinen historiallinen tutkimus”,¹¹ toimii se monessa kohtaa analyttisesti erittäin osuvana lähteenä tuberkuloosityön varhaisista vaiheista Suomessa. Jauhon hyödyntämän Michel Foucault’n hallinnan analytiikan ja tieteen tutkimuksen yhdistelmä luo kokonaisuudessaan hyödyllisemmän kuvan tuberkuloosiin liittyvistä diskursseista varhaisella 1900-luvulla kuin tapahtumien tai toimien kronologinen kertaus. Samaa tutkimushaaraa edustavat Simo Järvelän sosiologiset tutkimukset suomalaisista parantoloista. Järvelä nostaa esiin etenkin ajattelutapojen ja ideologian kietoutumisen vallankäyttöön tuberkuloosipotilaiden hoidossa 1900-luvun puolivälin molemmiin puolin.¹²

⁹ Samaa perinnettä jatkaa myös Pipsa Havulan pro gradu-työ: Muistitietotutkimus Paimion parantolan potilaiden kokemuksista 1940–1960-luvuilta. (2021)

¹⁰ Mm. Eylers 2014; 2017.

¹¹ Jauho 2007, 20.

¹² Järvelä 2003; 2005.

Tuberkuloositutkimuksesta ja historiikeista maininnanarvoisiksi nousevat Tuberkuloosiliiton julkaisema *Parantolamiljö ja sen ongelmia - toimikunnan mietintö* (1958), Sakari Härön kirjoittama *Vuosisata tuberkuloosityötä Suomessa* (1992), Leena Järven raportti *Tuberkuloosin hoidon kirjauskäytännöt Alvar Aallon sairaalassa vuosikymmenien aikana* (2001) sekä Marianna Tala-Heikkilän artikkeli ”Tuberkuloosi Suomessa” (2003). Härön historiikki käsittelee erityisesti tuberkuloosin vastustamisyhdistystä ja tuberkuloosin torjumisen institutionaalista kehitystä 1900-luvun aikana lääkärikunnan näkökulmasta. Muut mainitut tutkimukset esittelevät tarkemmin Suomen tuberkuloosistrategiaa ja hoidon käytäntöjä parantoloissa. Teokset tarjoavat kaikkiaan hyödyllisen kronologian tuberkuloosityön lääketieteellisestä ja institutionaalisesta kehityksestä Suomessa mutta niiden antia voi kuvailla omalla tavallaan vastakohtaksi Jauhon ja Järvelän sosiologiselle lähestymistavalle. Institutionaalisesti suuntautuneiden tutkimusten sanoma on hyvin yhtenevä tietyiltä osin; Suomi kansakuntana kävi ”kamppailun” tuberkuloosia vastaan, joka voitettiin viimeistään 1990-luvulle tultaessa. Kamppailun ansiosta olemme nykyisin huomattavan matalan tuberkuloosin ilmaantuvuuden maa. Kansainvälisen tuberkuloositutkimuksen osalta olen perehtynyt muutamiin aihetta laajemmin käsitteleviin yleisteoksiin ja artikkeleihin.¹³

Parantoloita laajempaa kansanterveydellistä diskurssia Suomessa 1920- ja 1930-lukujen aikana valottavat Ilpo Helénin ja Mikko Jauhon toimittama *Kansalaisuus ja kansanterveys* (2003), Minna Harjulan *Terveiden jäljillä* (2007), Maarit Henttosen *Kansakunnan parhaaksi* (2009) sekä Petri Karosen ja Antti Räihän toimittama *Kansallisten instituutioiden muotoutuminen* (2014). Kaikki mainitut monografiat sekä artikkelikokoelmat käsittelevät suomalaisen terveysdiskurssin ja kansanterveyden kehittymistä hyvin laaja-alaisesti, ottaen huomioon niin hygieeniset, väestöpoliittiset kuin moraaliset diskurssit. Teosten yhteinen tekijä on niiden aate- ja poliittishistoriallinen ote. Tuberkuloosi ilmiönä liittyykin olennaisesti kansanterveyden ja kansalaisyhteiskunnan kehitykseen, eikä ihme, että tautia käsitellään osaltaan jokaisessa teoksessa. Vaikka teosten tärkein anti on kontekstoiva, on huomionarvoista, miten risteäviä aikakauden kansanterveydelliset diskurssit lopulta olivat. Esimerkiksi Henttosen käsittelee väitöskirjassaan naisten- ja lastensairaaloiden rakentamista Suomessa 1920–1940 -luvuilla, mutta kiinnostavasti teoksessa esitetyt kehityskulut sairaaloiden arkkitehtonisista valinnoista ja rahoitusmalleista ovat lähes identtisiä tuberkuloosiparantoloiden kehitykseen ajanjaksolla.¹⁴ Taustakirjallisuuden perusteella voidaankin havaita että kansanterveydellinen työ tutkielman ajanjaksolla eteni monella rintamalla ja on selkeän kietoutunutta moniin ajalle ominaisiin kansalaisuuden ja terveyden diskursseihin.

¹³ Campbell 2005; Lawlor 2007; Kelly 2011; McMillen 2015.

¹⁴ Henttonen 2009, 50–57 & 87–91.

1.2 TUTKIMUKSELLISET RAJAUKSET

Katsaus parantolakirjallisuuden kenttään osoittaa, että aiheen ympärillä on tehty ja tehdään laajasti relevanttia tutkimusta eri näkökulmista – tutkimusten piiristä voidaan kuitenkin löytää vielä aukkoja, joihin pyrin tässä tutkielmassa vastaamaan. Paimion parantolan kohdalla merkittävää on, miten vähän parantolan hoidon historiaa on tarkastelu kriittisestä näkökulmasta. Parantolan arkkitehtuurin ja rakentamisen osa-alueet on onnistuneesti käyty läpi esittämässäni tutkimuksissa, mutta parantolan käyttöä hoidossa tai sen institutionaalista asemaa ei kovinkaan tarkasti olla tutkimuksissa nostettu pöydälle. Paimiota käsitellään usein lähtökohtaisesti arkkitehtonisena ja jokseenkin irrallisena aatehistoriallisena tutkimuskohteena, kun taas tuberkuloosia laajemmin käsittelevät teokset pysyttelevät analyysissään oman aihepiirinsä (poliittisen historian, lääketieteellisen tutkimuksen, epidemiologian jne.) tasolla tuomatta mukaan kovinkaan tarkkoja mielletason esimerkkejä siitä, mitä päätökset tarkoittivat käytännössä eri hoitolaitoksissa. Pyrinkin tutkielmassani luomaan synteysin näiden kahden tutkimushaaran välille tarkastelemalla Paimion parantolan hoidon käytäntöjä arkistolähteistä etenkin modernisaatiodiskurssin kautta.

Tutkimuksen ajallinen rajausta sijoittuu vuosiin 1933–1939. Paimion parantolan rakennustyöt toteutettiin pääosin vuosina 1930–1933, ja ensimmäiset potilaat otettiin parantolaan alkuvuodesta 1933.¹⁵ Parantolan käyttö keuhkotuberkuloosipotilaiden hoidossa jatkui katkeamatta talvisodan syttymiseen saakka, minkä jälkeen parantola siirtyi puolustuslaitoksen käyttöön sotilassairaalaksi.¹⁶ Puolustuslaitoksen käyttö parantolassa jatkui aina vuoteen 1946, jonka jälkeen parantolan toiminta vaiheittain palautui normaaleihin rauhanajan käytäntöihin.¹⁷ Lisäksi toinen maailmansota merkitsi tuberkuloosin hoidossa selvää murroskohtaa, jolloin parantolassa alettiin siirtyä passiivisesta ”ilmastoterapisesta” hoidosta aktiivisiin lääkehoitoihin ja luotettaviin kirurgisiin toimenpiteisiin.¹⁸

Maailmansotien välinen aika on tarkastelukohteena muutenkin hedelmällinen, sillä juuri tälle ajanjaksolle sijoittuvat monet kauaskantoiset päätökset yhteiskunnan ja valtiokoneiston järjestämisestä. 1930-luvulla terveydenhuollon ja sosiaaliturvan kysymykset olivat monella tapaa poliittisen keskustelun ytimessä. Tutkimuksessa aikakauden kansanterveydellisistä diskurssista on käytetty termiä terveyskansalaisuus. Kansalaisuus ymmärrettiin laajasti tietynlaisena ykseytenä, jossa ennen kaikkea kansakunnan etu tuli kaiken päätöksenteon johtavaksi päämääräksi; jopa kansalaisten (yksilön) hyödyn edelle. Kansalaisuus määriteltiin kansakuntaan kuulumisen kautta, johon liittyi monia eriarvoistavia poliittisia pyrkimyksiä – kansanterveyden nimissä lääkärikunta tarkkaili ja ryhmitteli kansalaisia kategorioihin, terveisiin ja sairaanloisiin, tuottaviin ja rasiituksiin tai kunnollisiin ja vaarallisiin

¹⁵ Törrönen 1983, 37–48.

¹⁶ PPA. ”Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomus 1939” 1940.

¹⁷ Törrönen 1983, 67–69.

¹⁸ Jokiniemi ym. 1958, 57–59; Tala-Heikkilä 2003.

kansalaisiin.¹⁹ Terveyskansalaisuus voidaan diskurssina liittää olennaisesti myös medikalisaatiokehitykseen yhteiskunnassa.²⁰

Rakennettu ympäristö ja arkkitehtuuri ilmentää mielenkiintoisella tavalla aikakauden diskursseja, sillä sairaalan tai parantolan kokoiset julkiset projektit vaativat aikalaisilta merkittävää poliittista panostusta. Projektien julkinen rahoitus ilmentää millaista terveysterveyskansalaisuutta tai kansalaista valtiokoneisto pyrki edistämään. Projektien suunnittelua tehtiin yhteistyössä monien julkisen vallan ja kansalaisyhteiskunnan toimijoiden kanssa, mikä antaa laajemman kuvan aikakauden risteävistä diskursseista. Eva Eylers esittää seminaariartikkelissaan “Alvar Aalto and the problem of architectural research” (2017) miten Paimion parantolan suunnittelussa olivat yhtäaikaista mukana niin arkkitehdit kuin parantolan rakennuslautakuntaa edustavat lääkärit. Yhdessä nämä tahot tekivät ”kokeiluja” etenkin potilashuoneiden suunnitteluun liittyen, pyrkien luomaan parantolan potilassiivistä potilaiden hyvinvointia ja rauhallista ilmapiiriä tukevan ympäristön. Parantolan potilashuoneiden viimeistelyä edeltäneiden kokeilujen laatu on jäänyt epäselväksi, mutta oleellista on, että lääkärikunta ja arkkitehdit tekivät tässä suunnittelussa tiivistä yhteistyötä keskenään.²¹ Simo Järvelä tukee tätä näkökulmaa esittämällä miten suomalaisessa parantola-arkkitehtuurissa 1930-luvulla funktionalismin ja ajan lääketieteellisen tiedon vaatimukset sulautuvat yhteen hoitolaitosten kokonaissuunnittelussa.²²

Arkkitehtuuriin vaikutus hoidon käytäntöihin ja sairauskäsityksiin potilaista on kaksijakoinen – arkkitehtoniset ratkaisut vaikuttavat monelta osin suoraan siihen, miten hoitolaitos käytännössä toimii, mutta samaan aikaan vallalla oleva käsitys hyvästä sairaanhoidosta vaikuttaa merkittäväällä tavalla siihen, miten rakennuksia suunnitellaan. Olennaista tälle tutkielmalle on myös, miten aikalaisten käsitys modernista vaikuttaa risteävästi suunnitteluun ja hoidon käytäntöön hoitolaitoksissa. Vaikka parantola-arkkitehtuuri ei ole tutkielman varsinainen aihe, ja vaikka keskityn spesifisti parantolan potilaisiin kohdistuneeseen hoitoon ja seurantaan, ei Paimion parantolan kohdalla arkkitehtuuridiskurssin merkittävyyttä voida täysin ohittaa. Ottaen huomioon miten tarkkoja lääketieteellisiä vaatimuksia aikakauden hoitolaitosten rakentamiseen asetettiin ja millä tavoin Aalto itse puhui suunnittelustaan parantolan valmistuttua, on mielestäni edelleen perusteltua kuvata Paimion parantolaa rakennuksena ”lääketieteelliseksi instrumentiksi”.²³ Niin kuin myös Paimion parantola, on jokainen rakennus aikansa kuva ja toimii jo olemassaolollaan historiallisena lähteenä.

¹⁹ Helén ja Jauho 2003, 13–16.

²⁰ Tuomainen ym. 1999, 48–52.

²¹ Eylers 2017, 6–10.

²² Järvelä käyttää artikkelissaan esimerkkinä Ahveniston parantolan tilasuunnittelua, joka on yhtenevä – jos ei osin identtistä – Paimion parantolan kanssa. Järvelä 2005, 282–84.

²³ Koskela 1998, 59–60; Jauho 2007, 244–45; Heikinheimo 2016, 60–61.

1.3 LÄHDEAINEISTO

Aineistonhankintaan tutkielmassa olen hyödyntänyt pääosin Paimion parantolan arkistoa ja Alvar Aalto -museon arkistoa (AAM). Paimion parantolan arkistoon viitataan tässä tutkielmassa muodossa Paimion parantolan arkisto (PPA). Taustakirjallisuudessa arkisto ilmaistaan usein muodossa Paimion sairaalan arkisto, sillä vuoteen 2020 asti arkisto oli Turun yliopistollisen keskussairaalan hallinnassa. Nykyisin arkistoa hallinnoi Paimion parantola -säätiö. Näiden arkistojen lisäksi olen hyödyntänyt Jyväskylän yliopiston kirjaston kokoelmia sekä Kansalliskirjaston digitaalista kokoelmaa painetun aikalaiskirjallisuuden hankinnassa.

Tutkielman pääasiallisena lähdeaineistona toimivat Paimion parantolan vuosikertomukset vuosilta 1933–1939. Vuosikertomukset ovat rakenteeltaan lähes identtisiä, joten ne antavat hyvän otannan tarkastella tuberkuloosin hoitoon liittyviä diskursseja ja potilaiden seuranta parantolan alkuvuosina. Vuosikertomuksissa kuvataankin parantolan sairaanhoidon tilannetta seikkaperäisesti, niin kirjallisesti selostettuna kuin taulukoiden avulla. Vuosikertomuksissa eriteltyinä ovat muun muassa:

- Potilaiden kokonaislukumäärä vuosittain, eriteltynä myös hoitoon otetut ja parantolasta poistuneet potilaat kuukausittain.
- Potilaiden ikä ja sukupuolijakaumat sekä potilaiden ammatit ja kotikunnat.
- Poistuneiden potilaiden keskimääräiset hoitopäivät.
- Keuhkotuberkuloositapausten määrät, laadut ja kehitys parantolasta poistuneiden potilaiden kohdalla. Lisäksi on eroteltu poistuneiden potilaiden työkyky eriasteisissa tuberkuloositapauksissa ja tärkeimmät lisäoireet poistuneilla. Potilaat on taudin vakavuuden ja ”tuberkelibasillipitoisuuden” mukaan eroteltu taulukoissa kolmiportaisella (I, II ja III) asteikolla, kolmannen ollessa vakavimmat tautitapaukset.
- Listaukset potilaiden hoidon tuloksista sekä selostus käytetyistä hoito- ja erikoishoitomenetelmistä.
- Menehtyneiden potilaiden määrä poistuneista ja potilaiden kuolemansyyt.
- Selostus potilaiden painon muutoksista vuoden aikana (keskiarvo). Lisäksi osissa vuosikertomuksissa on myös kuvailua potilaiden ruokavaliosta.
- Selostus potilaiden ”henkisistä harrastuksista” eli parantolalla järjestetyistä tapahtumista ja potilaiden omasta vapaa-ajan toiminnasta.
- Parantolan hallinnosta ja tilintarkastuksesta vastaavat tahot.
- Parantolan tilinpäätös vuosittain.

Vuosikertomuksia kirjoitettiin vuonna 1929 säädetyin tuberkuloosiparantoloita koskevan valtionapulain perusteella. Valtionapua myönnettiin kuntien, kuntayhtymien, yhdistysten, osakeyhtiöiden tai muun säätiömallisten organisaatioiden ylläpitämille tuberkuloosiparantoloille, Paimion tapauksessa kuntayhtymälle. Laki velvoitti vastuuorganisaatioita raportoimaan etenkin sairaanhoitovuorokausista, joiden mukaan maksettiin vuosittain parantolan hoitokustannuksia. Lisärahoituksen saamiseksi organisaation piti esittää myös ”selvitys laitoksen taloudellisesta asemasta sekä sen kunnossapito ja

käyttökustannuksista edellisenä vuonna”.²⁴ Lakia tarkentava valtionapuasetus määritteli tarkemmin kriteerit parantoloiden henkilöstön määrästä ja rekrytointikriteereistä, sekä tietyistä valtionavun velvoittamista toiminnoista parantolassa.²⁵ Toissijaisesti vuosikertomukset toimivat raporttina parantolan toimintaa kustantaville kuntayhtymän jäsenille. Vuosikertomuksista selviää myös, että ainakin lääkintöhallitus antoi ohjeita tilinpäätösten sisällöstä.²⁶

Vuosikertomusten avulla voidaan päästä erityisen hyvin käsiksi institutionaaliseen käsitykseen tuberkuloosista – hoidon ”arkkitehtien” käsitykseen hyvästä hoidosta, sekä siihen miten hoito ja potilaiden tarkkailu toteutettiin tarkasteluvuosina. Vuosikertomuksia ei ole aikaisemmissa tutkimuksissa laajemmin tarkasteltu, mikä mahdollistaa tuoreet tulokset paljon tutkitusta aiheesta. Vuosikertomusten antia pitää kuitenkin verrata muihin lähteisiin tasapuolisen näkemyksen luomiseksi, sillä vuosikertomukset ovat lähtökohtaisesti kirjoitettu lääkärikunnan toimesta, ja antavat yksipuolisen kuvan parantolan toiminnasta.²⁷

Vuosikertomusten lisäksi tutkielmassa on käytetty asiakirja-aineistoa, kirjeenvaihtoa, arkkitehtuuripiirustuksia ja valokuvia Alvar Aalto -museon kokoelmista. AAM:n aineistot auttavat taustoittamaan erityisesti parantolan suunnitteluperiaatteita, rakentamista ja arkkitehtien näkökulmaa parantolaan. Valokuvia on käytetty joiltain osin argumenttien tukena. Jyväskylän yliopiston kirjaston kokoelmien osalta etenkin tuberkuloosia käsittelevät painetut aikalaislähteet nousevat merkittäväksi tausta-aineistoksi. Tuberkuloosiin liittyvä keskustelu oli vilkasta tutkimuksen ajanjaksona, ja jo pelkästään painetusta kirjallisuudesta voidaan tunnistaa monia relevantteja diskursseja.²⁸

Mainittakoon vielä, että vuosikertomuksissa käsitellään myös Kalevanniemen lastenparantolan tapahtumia ja taloutta. Lastenparantola toimi hallinnollisesti saman kuntayhtymän alaisuudessa, vaikkakin se oltiin perustettu jo vuonna 1920 Naantaliin ”orpola parantolaksi”. Parantolassa hoidettiin laajasti erilaisista lastensairauksista ja tartuntataudeista kärsiviä nuoria lapsia. Parantolan toiminta loppui vuonna 1962.²⁹ Lastenparantolan tutkiminen olisi itsessään mielenkiintoinen tutkielman aihe, mutta tämän tutkielman tarkastelukehykseen se ei mahdu, sillä lasten hoito Kalevanniemen parantolasta erosi monin huomattavin tavoin Paimion parantolan tuberkuloosiin keskittyneestä hoidosta.

²⁴ ”Laki kunnallisille mielisairaaloille sekä tuberkulosia sairastavien hoitolaitoksille ja tuberkulosin vastustamistyön edistämiseksi annettavasta valtionavusta.” 269/1929. 1930.

²⁵ ”Asetus kunnallisille mielisairaaloille sekä tuberkulosia sairastavien hoitolaitoksille ja tuberkulosin vastustamistyön edistämiseksi annettavasta valtionavusta 31 päivänä toukokuuta 1929 annetun lain toimeenpanosta.” 270/1929. 1930.

²⁶ PPA. ”Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomus 1934” 1935, 23.

²⁷ Vuosikertomusten hoitoa koskevan osan on vuodesta 1935 eteenpäin signeerannut parantolan ensimmäinen ylilääkäri Markus Sukkinen (M.M. Sukkinen). Tilintarkastajina parantolassa toimivat tarkasteluvuosina Artturi Eskola, Ilmo Kalkas ja Väinö Järvinen.

²⁸ Ks. esim. Talvio 1932; Suomen tuberkuloosin vastustamisyhdistys 1933; Savonen 1934; Salokannel, Savonen, ja Einola 1935; Laes ym. 1958.

²⁹ PPA, ”Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomus 1933” 1934; Törrönen 1983, 15–29.

1.4 TUTKIMUSKYSYMYKSET JA -METODIT

Käyttämäni lähdeaineiston, aikaisemman tutkimuksen ja ajallisen rajauksen perusteella pyrin tutkielmassa vastaamaan kolmeen rinnakkaiseen tutkimuskysymykseen. Ensimmäiseksi *miten potilaita hoidettiin ja hoidon tuloksia seurattiin vuosikertomusten perusteella Paimion parantolassa vuosina 1933–1939?* Vuosikertomuksista löydettävien huomioiden ja näiden tukena toimivan muun lähdeaineiston perusteella pyrin myös vastaamaan kysymykseen; *mitä vuosikertomukset ja muu Paimion parantolaa koskeva aineisto kertoo 1930-luvun sairauskäsityksistä tuberkuloosipotilaita kohtaan?* Kolmas ja korkeatasoisin kysymys, johon pyrin vastaamaan, on *millä tavoin modernisaatio heijastuu Paimion parantolan hoitoon ja suunnitteluun vuosina 1933–1939?*

Näiden kysymysten avulla pyrin siirtymään tarkastelussa mikrotasolta makrotasolle, selvittääkseni lähtökohtaisesti tuberkuloosin hoitokäytäntöjä ja sairauskäsityksiä tutkimuksen ajanjaksolla, mutta liittämään tästä tarkastelusta esiin nousevat huomiot yleisemmin arkkitehtuurin, suunnittelun ja poliittisen historian kehikkoon modernisaation käsitteen kautta. Aineistoanalyysissä olen hyödyntänyt lähiluvun menetelmää.³⁰ Pääasiallisena lähteenä toimivat Paimion parantolan vuosikertomukset, joiden yksityiskohtia tarkastelemalla päästään kiinni mainitsemiini laajempiin ilmiöihin.

Tärkeimpänä metodologisena lähestymistapana tutkielmassa käytetään diskurssianalyysiä.³¹ Kuten aiemmissa luvuissa on esitetty, liittyy parantoloihin sekä tuberkuloosiin laaja verkosto risteäviä käsitteitä, keskusteluja ja poliittisia juonteita – diskursseja – joita pyrin oman lähdeaineistoni kautta tunnistamaan ja tarkastelemaan. Tämän tutkielman diskurssianalyysin lähtökohta on Paimion parantolaan ja tuberkuloosin hoitoon 1930-luvulla liittyvät institutionaaliset tietorakennelmat. Miten tietoa tuberkuloosista rakennettiin hoidon suunnittelijoiden lähtökohdista, ja toisaalta miten tiedon kerrostumat näkyvät tuberkuloosin hoidon toteutuksessa ja potilaiden seurannassa? Tästä näkökulmasta parantoloiden suunnittelu ja rakentaminen voidaan nähdä yhtä lailla vastauksena tuberkuloosiepidemian esiin nostamiin sosiaalisiin ja vallankäytöllisiin kysymyksiin kuin suorana lääketieteellisenä vastauksena epidemiaan.

Diskurssianalyysin rinnalla tutkielman metodologisena viitekehyksenä toimii Michel Foucault'n valta-analyysi, etenkin tämän jälkituotantoa edustava genealoginen metodi. Genealogista metodia (Foucault'n sanoin *strategiaa*) on hyödynnetty laajasti parantoloiden tutkimuksessa ja tarkoitukseni on yhdistää tietyiltä osin oma tutkielmani tähän traditioon. Genealogisessa vallan tutkimuksessa lähtökohtana ei ole tarkastella vallan käyttöä (tutkielman tapauksessa tuberkuloosin hoidon tapoja tai strategioita) uskomusten tai vakaumusten tasolla, vaan kiinnittää huomio itse valta järjestelmään, ja siihen, millä logiikalla järjestelmä tuottaa tietoa ihmisen toiminnasta, valvoo toimintaa ja asettaa rajoja toiminnalle.³² Foucault'n

³⁰ Lähiluvun menetelmää on määritelty tarkemmin mm; Tieteen termipankki 2016; Havu ym. 2022.

³¹ Diskurssianalyysiä on määritelty tarkemmin mm; Havu ym. 2022; Suoninen 2023.

³² Kusch 1993, 135–38.

määritelmässä huomio kohdistuu etenkin vallan kohdistumiseen ihmisruumiiseen, mutta tämän tutkielman kontekstissa *ihmisen toiminta* – sen sosiaaliset, psykologiset ja biologiset muodot – on parempi termi kuvaamaan relevantteja vallankäyttöisiä ilmiöitä. Foucault-lainen ajattelu pohjautuu tämän tyyppisten valtarakennelmien analyysille. Se pyrkii riisumaan erityyppisen vallan objektiivisuuden ”naamion”, esittäen historialliset prosessit moniäänisinä ja jokseenkin sattumanvaraisina – historia ei ole niinkään tietyn tavoitteen voitonparaati vaan joukko kilpailevia intressejä yksilöiden ja yhteisöjen välillä.³³

Genealogista metodia hyödyntäen vuosikertomusten antia voidaan käsitellä uudesta näkökulmasta, mutta ehkä tärkeimpänä, sisältöä voidaan erotella relevantteihin kategorioihin, joiden analyysi taas pystytään yhdistämään laajemmin aikakauden yhteiskunnallisiin diskursseihin. En siis pyri tarkastelemaan vuosikertomuksia niinkään objektiivisena kuvauksena tuberkuloosin hoidosta, vaan dokumentteina tietyistä *strategioista*, joilla tuberkuloosiin institutionaalisesti vastattiin tutkimusajanjaksolla. Parantola oli omanlaisensa ”totaalinen laitos”, jossa potilaat eristettiin laajemmasta yhteisöstä parantolan fyysisen tilan ja sääntöjen alaisuuteen³⁴ – tämä mahdollisti strategioiden täysimääräisen toteuttamisen potilailla, joille parantolahoito usein oli ainut realistinen mahdollisuus selvittää vielä 1930-luvulla ilman parannuskeinoa olevasta tappavasta taudista.

1.5 TUTKIMUSETIIKKA

Tutkimus käsittelee lähtökohtaisesti arkaluontoiseksi määriteltäviä terveystietoja, mutta aineistoissa ei kuitenkaan missään kohdin nimetä, tai eritellä, kenenkään yksittäisen potilaan terveystietoja. Ainoat tunnistettavat henkilöt materiaaleissa ovat asiakirjat kirjoittaneet tai allekirjoittaneet tahot, jotka ovat aikanaan toimineet pääosin julkisissa viroissa. Tutkimuksessa käytetyt aineistot ovat saatavilla Paimion parantolan arkistossa, Alvar Aalto -säätiön arkistossa ja kirjastojen kokoelmissa. Paimion arkisto on aiemmin kuulunut Turun yliopistollisen keskussairaalan kokoelmiin, mutta nykyisin materiaali on Paimion parantola -säätiön hallinnassa. Säätiö on saanut pääomaa ja rahoitusta Suomen valtiolta, minkä lisäksi sekä Alvar Aalto -säätiö että Paimion ja Turun kaupungit ovat luovuttaneet säätiölle peruspääomaa.³⁵

Vaikka tutkimuksen lähtökohdat ovat jokseenkin kriittiset, ja etenkin tutkimuksen taustakirjallisuus nojaa vahvasti Foucault’n vallankäyttöä kritisoiiviin teorioihin, ei tämän tutkimuksen tarkoituksena ole arvottaa aikalaisten toimintaa nykypäivän näkökulmasta. Lähestyn tutkimusaihetta ottaen huomioon ajallisen ja kulttuurisen kontekstin, joka parantoloihin liittyy, kuitenkin pyrkiessä nostamaan esiin relevantteja – kriittisiäkin – huomioita parantolan suunnitteluun ja tarjottuun hoitoon liittyen. Parantolathan olivat perusidealtaan

³³ Ks. lisää: Helén ja Jauho 2003, 16–24; Järvelä 2003; 2005; Jauho 2007, 20–35; Henttonen 2009, 37–47; Anttila ja Myllykangas 2015, 361–91; Helén 2016.

³⁴ Havula 2021, 42 & 52.

³⁵ ”Paimion parantola -säätiö” 2024.

suljettuja, julkisesti rahoitettuja laitoksia, joiden potilaat eristettiin tietoisesti muusta yhteiskunnasta pitkiksi ajoiksi vedoten erilaisiin yksilön- ja kansanterveyden argumentteihin. Tuberkuloosin sairastuminen ja parantolahoito oli potilaille yksilöllisellä tasolla usein hyvin traumaattinen ja käänteentekevä kokemus.³⁶ Sairauskäsityksiin ja kansanterveyteen liittyvässä tutkimuksessa on näin oleellista pyrkiä nostamaan esiin vaikeitakin aiheita, sillä monesti tarkastelun kohteina ovat lopulta yhteiskunnassa marginalisoidut ryhmät.³⁷

Mainittakoon myös, että vuosikertomusten sisältöä tarkastellessa pitää ottaa huomioon esitetyn tiedon osittainen epäluotettavuus. Vuosikertomukset tarjoavat vain yhden näkökulman aiheeseen, eikä niitä voida pitää objektiivisena kuvauksena parantolan tapahtumista. Myöskään vuosikertomusten tilastointitapoja ei voida tarkastella kritiikittä. Tilastojen taulukointia tehdessä kohtasin monesti ongelman, jossa potilaiden kokonaisluku (esim. sisäänotetut potilaat) ei täsmännyt eri taulukoiden välillä. Tämän voidaan katsoa johtuneen potilaiden kirjauskäytäntöjen epäjohtonmukaisuudesta.³⁸ Toisaalta parantolassa alle 30-päivää hoidossa olleet potilaat luettiin pois tietyistä taulukoista,³⁹ joka saattaa osittain selittää epäjohtonmukaisuuksia. Kuitenkaan suoraa syytä ilmiölle en ole voinut osoittaa.

³⁶ Havula 2021, 40–42.

³⁷ Tuberkuloosiin sairastuneisiin liitettiin 1930-luvulla ja myöhemminkin vahva stigma, jota eristetty parantolahoito vain ruokki entisestään. Ks. mm; Laes ym. 1958; Taskila-Åbrandt 2000; Havula 2021.

³⁸ Järvi 2001.

³⁹ Esim. PPA. Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomukset 1933–1939, osioista “Poistuneitten hoitopäivien luku”.

2 TUBERKULOOSI JA PARANTOLAT

” Tuberkuloosi on mycobacterium -sukuun kuuluvan Mycobacterium tuberculosis bakteerin (M. tuberculosis) aiheuttama tauti. (--) Ihmisellä tuberkuloosin aiheuttavat mykobakteerilajit muodostavat niin vaikeasti toisistaan eroteltavan taudinaiheuttajaryhmän, että on ehdotettu käsitettä M. tuberculosis -kompleksi. (--) Tuberkuloosi on krooninen tauti, joka tavallisimmin infektoi keuhkot, mutta joka voi aiheuttaa tautiprosessin lähes kaikkialla elimistössä. Primaaritartunta saadaan yleensä lapsena hengitysteiden tai infektoituneen maidon kautta. Useimmiten elimistön puolustusmekanismit pystyvät selviytymään näistä ensimmäisistä taudinaiheuttajista. Toisinaan ensitartunnasta on kuitenkin seurauksena nopeasti etenevä ja tappava tauti (miliaaritubi). M. tuberculosis aiheuttaa keuhkoissa tyypillisen juustomaisen muodostuman (tuberkkelin). (--) Kaikki ensi tartunnan aiheuttaneet bakteerit eivät aina kuole, vaan osa jää elämään tuberkkeleihin. Kun elimistön puolustuskyky heikkenee esimerkiksi muun sairauden tai iän johdosta, nämä elimistöön jääneet tuberkuloosibakteerit voivat aktivoitua uudelleen (nk. reaktivaatio) ja aiheuttaa varsinaisen keuhkotuberkuloosin. Keuhkotuberkuloosin tyypillisin oire on paheneva, voimakas yskä, jossa on märkäisiä, toisinaan veren värjäämiä ysköksiä. Oireet voivat kuitenkin pitkään olla lieviä. Yleisoireina esiintyy väsymystä, ruokahaluttomuutta, lievää kuumeilua jne. Tauti leviää ihmisestä toiseen yskösten välityksellä ja ilmeisesti yksikin bakteeri voi joskus olla riittävä annos aiheuttamaan taudin. On arvioitu, että ennen tehokkaiden kemoterapia-aineiden käyttöönottoa 35–40 prosenttia keuhkotuberkuloosiin sairastuneista kuoli viiden vuoden sisällä taudin toteamisesta. ”⁴⁰

Kansanterveyden historiaa tutkineen Heikki Vuorisen sitaatti kuvaa osuvasti nykyaikaista tietoa tuberkuloosin ilmenemisestä, ja on huomattavaa, miten monia epävarmuuksia tautikuvaukseen liittyy. Tuberkuloosi tautina onkin lähtökohtaisesti olemukseltaan vaikeasti määriteltävä, salakavala ja toimintamekanismeiltaan monimutkainen infektiotauti. Tauti oli tappava, ja kuolleisuus siihen hyvin korkeaa vielä koko 1900-luvun alkupuolen.⁴¹

Tuberkuloositaudin aiheuttajan, Mycobacterium tuberculosis -bakteerin, tunnisti vuonna 1882 saksalainen lääkäri ja mikrobiologian varhainen kehittäjä Robert Koch.⁴² Ennen taudin bakteerisen alkuperän löytymistä, se oli kulkenut ihmisen mukana jo tuhansia vuosia.

⁴⁰ Vuorinen 2002, 168–69.

⁴¹ Backman ja Savonen 1934.

⁴² Brock 1988.

Tuberkuloosia on esiintynyt ihmisyhteisöissä luulöydösten perusteella ainakin neoliittiselta kaudelta lähtien, ja myöhemmät kirjalliset kuvaukset aina Antiikin Kreikan ajoilta viittaavat taudin tuntemukseen jo hyvin varhaisessa historiassa. Taudin ilmeneminen on läpi aikojen säilyttänyt tiettyjä jaettuja piirteitä – nuoret lapset ovat olleet erityisen herkkiä tartunnoille, tautia ilmenee erityisen paljon tiiviissä yhteisöissä ja huomionarvoisesti karjaeläimillä on ollut läpi historian jonkinlainen yhteys tuberkuloosin ilmenemiseen.⁴³ Käsitteet taudista kuitenkin vaihtelivat huomattavasti paikassa ja ajassa, joten erityisen tarkkaa aikajanaa tuberkuloosin varhaisesta historiasta on vaikea määrittää. Tartunta-aaltoja myös syttyi ja sammui paikallisesti, joten historiallisesti varsinaisista tuberkuloosipandemoista ei voida puhua.⁴⁴

Tuberkuloosia diagnosoitiin ja siitä kirjoitettiin hyvin monin tavoin. Usein englanninkielisessä kirjallisuudessa tautiin viitataan historiallisesti termillä *consumption* tai *pulmonary consumption* (suom. riutuminen). Termi kuvaa osuvasti taudin ruumista kuihduttavaa laatua,⁴⁵ mutta suomenkieleen termi ei koskaan oikeastaan pesiytynyt. Sen sijaan suomenkielisessä kirjallisuudessa tuberkuloosi tunnettiin nimityksellä *keuhkotauti*, joka terminä muodostui taudin ensimmäisistä luokittelevan lääketieteen mukaisista tautikuvauksista. Keuhkotaudilla saatettiin kuitenkin viitata myös muihin tuberkuloosin muotoihin kuin keuhkotuberkuloosiin.⁴⁶ Termin käyttö jatkui pitkälle 1900-lukuun, vaikka tuberkuloosin bakteriologinen selitys oltiin jo omaksuttu lääkärikunnan keskuudessa.⁴⁷

2.1 GLOBAALIT DISKURSSIT TUBERKULOOSISTA

Robert Kochin vuosien tutkimustyöhön perustuva artikkeli tuberkkelibasillista tuberkuloosin tautimekanismina julkaistiin Saksassa huhtikuussa 1882. Kochin löydös merkitsi käännteentekevää murrosta lääketieteellisessä käsityksestä tuberkuloosista.⁴⁸ Ennen bakteriologian kehitystä 1800-luvun puolivälistä eteenpäin, tieto tuberkuloosista nojautui pitkälti vuosisataiselle humoraaliopin traditiolle. Tauti miellettiin holistiseksi sairaudeksi, sillä kun lääkärit pystyivät vain harvoin todentamaan varsinaista syytä taudille, annettiin sen puhkeamiselle mitä moninaisempia syitä – iällä, ruumiinrakenteella, perimällä, ilmastolla, ihmisen moraalilla tai ruokavaliolla saattoi olla yhtäläillä merkitystä ”keuhkotaudin” puhkeamiselle riippuen hoitavasta lääkäristä.⁴⁹

Taudinkuvan epämääräisyys nostaa esiin monia merkittäviä sosiaalisia diskursseja. Ehkä kauaskantoisin diskurssi bakteriologiaa edeltävältä ajalta on käsitys taudin perinnöllisestä

⁴³ Vielä 2000-luvun alussa tuberkuloosin uskottiin yleisesti tarttuneen ihmiseen karjapopulaatioilta, mutta myöhempi geneettinen tutkimus on kumonnut tämän väitteen. On kuitenkin mahdollista, että taudinaiheuttaja on siirtynyt ihmisestä karjaan käännteisen zoonoosin seurauksena. Ks. Smith ym. 2009, 537–38.

⁴⁴ Vuorinen 2002, 168–80.

⁴⁵ Eylers 2010, 91–93.

⁴⁶ Jauho 2007, 50–59.

⁴⁷ Suomen tuberkuloosin vastustamisyhdistys 1933; Savonen 1934; Backman ja Savonen 1934; Forsius 2015, 19.

⁴⁸ Jauho 2007, 45–49.

⁴⁹ Jauho 2007, 50–59; Lawlor 2007, 16–27.

luonteesta. Periytyvyysteoriaa sovellettiin 1800-luvulla erityisesti alempiin yhteiskuntaluokkiin, joiden heikon terveyden, runsaan alkoholin käytön ja huonon hygienian uskottiin altistavan taudille. Lisäksi näiden piirteiden uskottiin olevan jollakin tapaa perinnöllisiä – tässä yhteydessä käytettiin termiä väestön degeneraatio.⁵⁰ Tuberkuloosiin ja siihen sairastuneisiin onkin historiassa usein liitetty stigmatisoivia tai rasistisia oletuksia.⁵¹ Erityisen vahvasti perinnöllisyysteoria leimautui kaupunkien työväestöön, sillä kaupungit olivat otollisia leviämispaiikkoja tuberkuloosille, johtuen 1800-luvun puutteellisista asuinoloista ja heikosta hygieniasta.⁵² Toisaalta tuberkuloosi ei kuitenkaan yksin ollut työväen ongelma, vaan myös ylemmät yhteiskuntaluokat kärsivät taudista.⁵³ Tuberkuloosia romantisoitiin laajasti yläluokkaisissa taiteilijapiireissä, ja se näkyikin motiivina monissa 1800-luvun taideteoksissa.⁵⁴

Bakteriologinen selitys tuberkuloosille oli ensimmäinen selvästi moderni käänne sairauden historiassa. Kun taudin toimintamekanismi voitiin vihdoinkin todentaa tieteellisellä tarkkuudella, myös tuberkuloosin hoitoa kyettiin lähestymään rationaalisin periaattein. Varsinaisiin tautia ehkäiseviin rokotuksiin ja lääkehoitoihin oli 1900-luvun vaihteessa vielä matkaa, eikä taudin bakteerisen alkuperänkään sovittaminen historiallisiin käsityksiin taudista tapahtunut ilman konfliktia. Esimerkiksi edellä mainittu diskurssi taudin periytyvästä luonteesta vaikutti tautikäsitteisiin tuberkuloosista vielä pitkälle 1900-luvulle.⁵⁵ Bakteriologia antoi kuitenkin työkalut tunnistaa tautia ja kehittää sen vastustamiseen erilaisia hoitomahdollisuuksia. Tuberkuloosin aiheuttamiin kuolemiin ja yhteiskunnallisiin ongelmiin alettiin kiinnittää länsimaissa huomiota suurin piirtein samalla ajanjaksolla 1800- ja 1900-lukujen vaihteessa.⁵⁶

Tuberkuloosin hoidon kulmakiveksi muodostui ”hygieenisdiätillinen” menetelmä, jota myös Paimion parantolassa toteutettiin 1930-luvulla. Hoitomenetelmä sai alkunsa 1800-luvun jälkipuoliskon saksalaisissa yksityisparantoloissa. Saksalaislääkäri Hermann Brehmer omaksui menetelmän alun perin Görbersdorfin yksityisparantolaan vuonna 1854, ja Brehmerin esimerkkiä seurasivat lopulta lukuisat Sveitsin Davosiin perustetut yksityisparantolat 1860-luvulta eteenpäin. Thomas Mannin vuoden 1924 klassikkoromaani *Taikavuori* sai inspiraationsa juuri Davosin parantoloista. Hoitomenetelmä perustui makuuhoitojen, vesiterapian, kevyen liikunnan ja runsaiden ruokailujen yhdistämiseen puhtaan ilman ja sitovien päivärutiinien kanssa. Erityisen hyödylliseksi potilaille (=asiakkaille) nähtiin parantoloiden ilmasto-olosuhteet, sillä lähes poikkeuksetta parantolat rakennettiin vuoristoihin suurien kaupunkien ulkopuolelle, joissa ilmanlaadun nähtiin olevan otollinen keuhkotautia poteville. Tuberkuloottisen keuhkoja pyrittiin ”kuivattamaan” hengitysharjoituksilla, joista

⁵⁰ Halmesvirta 2006, 120–46; Jauho 2007, 125–29.

⁵¹ Kelly 2011; McMillen 2015, 18–30; Havula 2021, 38–45.

⁵² Vuorinen 2002, 176; Jauho 2007, 137; Eylers 2014.

⁵³ Mm. kansallistaiteilija J.L. Runeberg sairasti tuberkuloosia; Forsius 2015, 19.

⁵⁴ Tuberkuloosi koettiin myyttiseksi taudiksi, sillä sen toimintamekanismia ei täysin ymmärretty. Tuberkuloosi oli kohtalonomainen, sillä toiset saattoivat elää taudin kanssa koko elämänsä, kun taas toiset kuihtuivat hitaasti pois. Myös parantolamiljö kiehotti taiteilijoita. Lawlor 2007; Eylers, Malmberg, ja Sainio 2016, 21–22.

⁵⁵ Jauho 2007, 147–50.

⁵⁶ Eylers 2010, 96–98.

Suomessa alettiin myöhemmin käyttää nimitystä ”hallimakuu”.⁵⁷ Yksityisparantolat olivat kuitenkin luonteeltaan kaupallisia ja palvelivat lähinnä kaupunkilaisten lomareitteinä – tuberkuloosia ei usein edes mainittu eksplisiittisesti parantoloiden mainonnassa.⁵⁸

Yksityisparantoloista saatujen kokemusten perusteella saksalaiset lääkärit alkoivat 1800-luvun loppupuolella kehittämään parantoloita erityisesti keuhkotautisten tarpeisiin. Lääkärit olivat huolissaan kaupunkien sairaaloiden tilanteesta, jotka uhkasivat täyttyä kroonisista tuberkuloosipotilaista. Toisaalta tuberkuloosin aiheuttama tartuntariski ja taudin aiheuttamat sosiaaliset vaivat aiheuttivat perusteltua huolta. Ensimmäisenä ratkaisuna yksityisparantolat alkoivat tarjota hyväntekeväisyyden nimissä vapaapaikkoja varattomille, mutta tämä ratkaisu todettiin riittämättömäksi, eikä se toiminut yhdessä yksityisparantoloiden kaupallisen luonteen kanssa. Vuonna 1876 Hermann Brehmerin entinen potilas ja oppilas, lääkäri Peter Dettweiler, nousi Frankfurtin lähistöllä sijainneen Falkensteinin parantolan ylilääkäriksi ja alkoi kehittää parantolaa erityisesti kaupungin vähävaraisten hoitoon. Falkensteinin parantolaa pidetään yhtenä ensimmäisistä niin sanotuista kansanparantoloista (*Volkshelstätte*), joita kehitettiin tarmokkaasti ympäri Saksaa 1900-luvun vaihteessa. Kansanparantolat liittyvät olennaisesti Otto Von Bismarckin sosiaalivakuutuslainsäädäntöön, jonka tavoitteena oli lieventää luokkakonfliktia ja sitoa työväkeä vallitsevaan yhteiskuntajärjestykseen. Vuonna 1899 Saksaan oli perustettu jo ainakin 35 tuberkuloosiin erikoistunutta eri kokoista parantolaa – suurimmat jopa 2000 potilaan komplekseja. Saksaa pidetäänkin perustellusti modernin parantolaliikkeen alkuperämaana.⁵⁹

Kansanparantoloiden osalta toinen tärkeä esimerkkimaa on Ranska. Ranskassa parantoloiden perustaminen ja tuberkuloosityö alkoi Saksaan verrattuna myöhään, vasta ensimmäisen maailmansodan jälkimainingeissa 1920-luvulla, mutta työ oli sitäkin tarmokkaampaa. Erityisen mielenkiintoiseksi Ranskan parantolahankkeen tekee sen yliatlanttinen side Yhdysvaltoihin – Rockefeller-säätiö osittain rahoitti ja tarjosi Ranskan valtiolle valmista tuberkuloosiohjelmaa, osana säätiön laajempaa kansanterveydellistä hanketta sodan jälkeisessä Euroopassa. Säätiön tarjoaman tuberkuloosiohjelman perusteella Ranskaan säädettiin tarkat vaatimukset parantoloille, ja näiden pohjalta myös rakennettiin lähes 200 parantolaa.⁶⁰ 1920-luvun puolivälissä myös tuberkuloosilääkäri Severi Savonen oli saanut säätiöltä apurahan Yhdysvaltain tuberkuloosihoidon tutustumiseen, ja tavoitteli lopulta Suomeen Rockefeller -säätiön rahoittamaa hoitolaitosta. Suunnitelma kuitenkin kariutui toisen maailmansodan sytyttyä.⁶¹ Laajamittainen tuberkuloosin vastainen kansanterveystyö olikin jokseenkin yleiseurooppalainen hanke. Toimintatapoja ja hoitokeinoja tuberkuloosialtoihin haettiin selvästi yli rajojen, vaikka usein tuberkuloosityöstä Suomessa puhutaan kansallisena hankkeena. Suomi seurasi tuberkuloosityössään muun Euroopan vanavedessä, jolloin monet kansainvälisetkin diskurssit lopulta risteivät Suomen kansanparantoloissa.

⁵⁷ Eylers 2010, 106–7; Havula 2021, 71–72.

⁵⁸ Eylers 2010, 97–98; Eylers, Malmberg, ja Sainio 2016, 23–25.

⁵⁹ Jauho 2007, 226–30; Eylers 2014.

⁶⁰ Page 2002; Cremnitzer 2014, 113.

⁶¹ Härö 1992, 143.

2.2 TUBERKULOOSI SUOMESSA

Merkittävin tuberkuloosin historiallista levinneisyyttä Suomessa käsittelevä tutkimus on Woldemar Backmanin ja Severi Savosen *Keuhkotaudin kulku Suomessa vuosina 1771–1929* vuodelta 1934. Tutkimuksessa käytettiin lähteenä kirkonkirjoja vuodesta 1749 lähtien, ja tutkimusta varten pyydettiin oleellisia kuolemansyytilastoja kaikista Suomen seurakunnista. Koska varsinaista tartuntatilastoa ei ollut olemassa, käytettiin tartuntojen mittarina kuolleisuutta. Tutkimuksen lopputulos on kattava katsaus keuhkotaudin leviämiseen Suomessa 180-vuoden ajanjaksolla, ja tutkimus itsessään toimii kiinnostavana lähteenä aikakautensa tuberkuloosidiskursseista. Backman ja Savonen esittävät, että Suomen syrjäisen sijainnin vuoksi keuhkotautia on alkanut laajamittaisesti esiintyä varsin myöhään verrattuna muihin Euroopan maihin. Tautia olisi 1700-luvun lopussa esiintynyt laajasti vain kaupungeissa – Turussa, Porissa, Viipurissa ja Uudellamaalla – ja myöhemmin 1800-luvun alkupuoliskolla tauti olisi alkanut levitä kaupunkikeskuksista maakuntiin, joka johti taudin kuolleisuuden huippukohtaan koko maassa 1800-luvun puolivälin jälkeen.⁶² Helsingin kaupunginlääkäri raportoikin 1850-luvun lopussa keuhkotaudin olevan merkittävin aikuisväestöä tappava endeeminen tauti kaupungissa.⁶³ Taudin ollessa merkittävä kuolemansyy kaikkialla Suomessa, kohdistui siihen lääkärikunnan keskuudessa jonkin verran tutkimusta, mutta ennen tuberkkelibasillin löytymistä lääkäreiden keinot taudin hoitoon olivat miltei olemattomat. Vuonna 1844, tuolloin lääkintöhallituksen ylijohantajana⁶⁴ toiminut Carl Daniel von Haartman, kuvasi lääkäreiden oppikirjassa keuhkotaudin oireita ja mahdollisia hoitokeinoja: lepoa, kevyttä ruokaa, pientä askartelua ja oleskelua maaseudulla.

Bakteriologinen selitys tuberkuloosille omaksuttiin Suomessa verrattain myöhään. Lääkärikunnan keskuudessa aihetta kyllä käsiteltiin jo 1800-luvun lopussa, mutta yleinen ilmapiiri säilyi epäilevänä tuberkkelibasillia kohtaan. Vaikka suomalaiset lääkärit kävivät vuorovaikutusta eurooppalaisten kollegojensa kanssa, ei mantereelta kantautuvia uusia teorioita omaksuttu täysmääräisesti, johtuen näkemykseni mukaan ainakin osittain suomalaisten tuberkuloosieksperttien vähäisyydestä.⁶⁵ Taudin tarttuvuus väestötasolla nähtiin todennäköisenä ja hygieniaan pohjautuva selitysmalli oli jo jokseenkin valtavirtaa, mutta käytännön hoitotyö perustui vielä vanhahtaviin oletuksiin.⁶⁶ ”Uuden opin”, eli tuberkkelibasilliin pesutuvan hoitomenetelmän omaksuminen suomalaisen terveydenhuollon valtavirtaan kesti pitkälle 1920-lukuun.⁶⁷ Suomen huolestuttava tautitilanne johti kuitenkin toimiin etenkin kaupungeissa, joissa lääkäreiden toimintavaltuudet olivat kattavimpia. Suomen ruotsinkielisten lääkäreiden seura Finska Läkaresällskapetin toimikunta esittikin jo vuonna 1893 etenkin Helsinkiin suunnattua kymmenen kohtaista toimenpideohjelman tuberkuloosin

⁶² Backman ja Savonen 1934, 132–36.

⁶³ Vuorinen 2002, 176.

⁶⁴ Savolainen 2000.

⁶⁵ Härö 1992, 95–96.

⁶⁶ Jauho 2007, 70–73.

⁶⁷ Jauho 2007, 124.

vastustamiseksi – ohjelma kiinnitti erityistä huomiota työväen asuinolojen parantamiseen, syljeskelyn kieltoon työpaikoilla, elintarvikehygieniaan sekä tuberkuloositiedon levittämiseen. Tuberkuloosiohjelmasta voidaan löytää kaikuja tulevista tuberkuloosidiskursseista – esimerkiksi hygieenisen teorian osittainen käyttöönotto, tuberkuloosin sosiaalisten ulottuvuuksien huomioiminen ja tilastotiedon käyttö taudin hallinnassa – mutta ehkä tärkeimpänä ohjelman meriittinä voidaan katsoa laajamittaisen tuberkuloosin vastustamistyön aloittaminen Suomessa.⁶⁸

Finska Läkaresällskapet jatkoi 1900-luvulle tultaessa keskustelua tuberkuloosin vastustamisesta kansallisella tasolla – vuoden 1905 seuran kokouksessa dosentti Richard Sievers nostikin ensimmäisten joukossa esiin idean tuberkuloosin vastustamisyhdistyksen perustamisesta Suomeen. Finska Läkaresällskapetin ja fennomaanilääkäreiden Duodecim-seuran jäsenet perustivat yhteisvoimin Tuberkuloosin Vastustamisyhdistyksen toukokuussa 1907. Vastustamisyhdistys oli heti syntyessään avoin järjestö, ja vain muutamassa vuodessa se keräsi jäsenikseen noin 5000 henkilöä. Kansalaisyhteiskunnan aktivoituminen tuberkuloosin vastustamiseen liittyy olennaisesti sortokausien väliseen poliittisen ilmapiirin avautumiseen. Mielenkiintoisesti samalla ajanjaksolla myös raittiusliike toimi mukana tuberkuloosin vastustamistoiminnassa. Raittiuden Ystävät ja Duodecim -seura perustivat vuonna 1907 yhteistyössä ”Keräystoimikunnan Vähävaraisten Keuhkotautisten Hyväksi”, joka toimi aktiivisesti tuberkuloosin vastustamistoiminnassa vuoteen 1930, jolloin seuratoiminta keskitettiin yhteen ”Suomen Tuberkuloosin Vastustamisyhdistyksen” alaisuuteen. Poliittisesti raittiusliike näki alkoholin väärinkäytön ja tuberkuloosin suurimpina ”kansallisvaaroina”, joihin vastaaminen yhtenä rintamana nähtiin tarkoituksenmukaisena.⁶⁹ 1900-luvun alun kansalaisaktiivisuus muokkasi jo perustavanlaatuisesti Suomen terveysdiskurssia ja loi pohjaa myöhemmälle käsitykselle terveydestä kansalaisoikeutena.⁷⁰

Suomen tuberkuloositilanne ei tarmokkaasti alkaneen vastustustyön tuloksena kuitenkaan näyttänyt suuria parantumisen merkkejä 1900-luvun alkuvuosikymmeninä. Väestön seulpta ja kehittynyt taudin diagnosointi koko maassa oikeastaan vain osoitti tuberkuloosiaktiiveille, miten laajalle levinnyt tauti todella oli. Esimerkiksi Severi Savosen vuosina 1929–1933 asevelvollisilla toteutetut tuberkuloosiseulonnat osoittivat, että 88 % ikäluokasta oli saanut jonkin tasoisen tuberkuloosi-infektion.⁷¹ Tuberkuloosiin kuolleisuus laski vuosina 1900–1940 n. 295/100 000 henkilöä kohti, 212,2/100 000 henkilöä kohti, mutta tämä kehitys oli verrattain hidasta ja asetti Suomen edelleen korkealle Euroopan tuberkuloosikuolleisuustilastoissa.⁷² Backmanin ja Savosen edellä mainitusta tutkimuksesta löytyvä kartta tuberkuloosikuolemista 1920-luvun aikana selventää taudin alueellista jakautumista. Kuten tutkimuksessa esitettiin, tartunnat näyttäisivät ohittaneen huippunsa kaupunkiseuduilla, mutta esimerkiksi Uudellamaalla tuberkuloosikuolemia ilmaantuu vielä hyvin laajasti, alueittain 20–25 / 10 000 asukasta kohden. Tuberkuloosia näyttää myös

⁶⁸ Härö 1992, 14–17; Jauho 2007, 86–89.

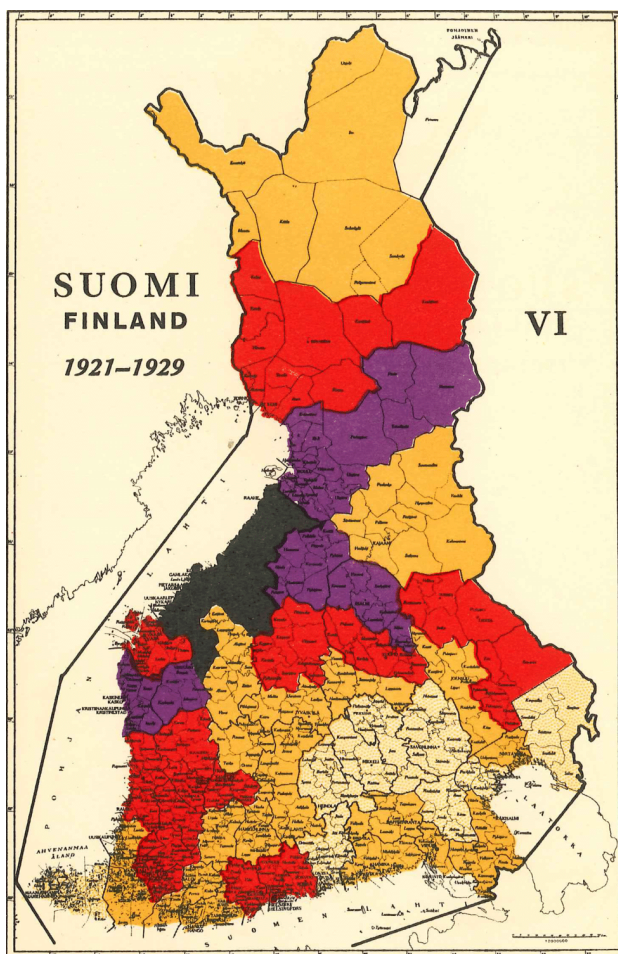
⁶⁹ Härö 1992, 16–26; Schalanski ja Väättäinen 2021, 13–14.

⁷⁰ Helén ja Jauho 2003, 29.

⁷¹ Tala-Heikkilä 2003, 1622.

⁷² Härö 1992, 73; Tala-Heikkilä 2003.

esiintyvän laajasti tietyillä maaseudun alueilla.⁷³ Tutkimuksessa esitetyt hypoteesit taudin levinneisyydelle edustavat jokseenkin modernia käsitystä taudin ilmenemisestä – taudin hiljattainen hiipuminen vanhoissa kaupungeissa esitetään epidemiologisena ilmiönä (tauti hiipuu luonnonvalinnan seurauksena) ja toisaalta myös koko maassa kasvavan elintason nähdään liittyvän taudin kuolleisuuden laskuun. Alueelliset erot tutkimus selittää teollisuuden ja kaupunkien kehityksenä tietyissä osin maata.⁷⁴ Huomionarvoisesti nämä tekijät nähdään edelleen merkittävänä syinä tuberkuloosin ilmaantuvuudelle. Korkeampi elintaso korreloi pienentyneen tuberkuloosin ilmaantuvuuden kanssa ja aliravitsemus väestötasolla taas korreloi korkean tuberkuloosin ilmaantuvuuden kanssa.⁷⁵



Kuva 1 –

Keuhkotautikuolleisuus suomessa 1921–1929. Kuolleisuutta käytettiin ennen laajamittaista tuberkuloosin seulontaa luotettavimpana ilmaantuvuuden mittarina

Musta = kuolleisuus 30/10 000 henkilöä tai enemmän.

Violetti = kuolleisuus 25–30/10 000

Punainen = kuolleisuus 20–25/10 000

Keltainen = kuolleisuus 15–20/10 000

Vaalea (beige) = kuolleisuus 15/10 000 tai vähemmän.

Lähde:

Backman ja Savonen 1934, liite.

2.2.1 KANSANTERVEYDELLISET DISKURSSIT JA SUOMEN TUBERKULOOSISTRATEGIA

Suomen itsenäistyminen toi tuberkuloosin vastustamisen ja kansanterveyden diskurssin uudelleen eläväksi poliittiseen keskusteluun. Kansalaisaktiivisuutena alkanut tuberkuloosin vastustamistyö omaksuttiin saumattomasti osaksi 1920-

luvulta alkanutta kansanterveydellistä poliittista liikettä, sillä ”kansallisen elinvoiman” kasvattamiseen vastattiin mahdollisimman laajana rintamana. Niin sanottu sosiaalihygieeninen politiikka pyrki kasvattamaan terveitä, lisääntymiskykyisiä kansalaisia ja suojelemaan etenkin kansalaisten työkykyä.⁷⁶ Kansalaiset ja kansanterveys liitettiin olennaisesti nationalistiseen ajatteluun, jossa valtion resursseja piti hallita rationaalisin periaattein. Väestö oli yksi modernin

⁷³ Kuva 1.

⁷⁴ Backman ja Savonen 1934, 136–41.

⁷⁵ WHO 2023a, 22.

⁷⁶ Helén ja Jauho 2003, 20–24.

valtion tärkeimmistä resursseista, jonka hallintaan kannatti sijoittaa huomattavia ponnistuksia, ja toisaalta valtiolla nähtiin olevan velvollisuus kansalaistensa hyvinvoinnin edistämiseen.⁷⁷

Varsinainen kansallinen tuberkuloosistrategia sai alkunsa vuonna 1924 valtioneuvoston asettaman tuberkuloosikomitean mietinnön perusteella. Mietinnössä todettiin, että erityistä huomiota tuberkuloosin vastustamisessa tulisi tulevaisuudessa kiinnittää kotien, perheiden ja lasten suojelemiseen tartunnoilta etenkin eristämällä tuberkuloottisia. Mietinnön aloittaneen keskustelun perusteella, vuonna 1927 astui voimaan tuberkuloosiasetus, joka asetti aikaisemmin kuntien tai muiden yksityisten tahojen alaisuudessa toimineet tuberkuloosihuoltolat ilmoitusvelvollisiksi myös valtiolle.⁷⁸ Lopullisesti tuberkuloosin vastustamistyö siirtyi valtiovallan hallintopiiriin vuonna 1930 kun ”Laki kunnallisille mielisairaaloille sekä tuberkulosia sairastavien hoitolaitoksille ja tuberkulosin vastustamistyön edistämiseksi annettavasta valtioneuvoston päätöksestä” astui voimaan. Lääkintöhallitus asetti lain perusteella raamit uusien valtioneuvoston turvin perustettaville hoitolaitoksille, valvoi huoltopiirien taloutta ja asetti esimerkiksi tuberkuloosin huoltopiirin minimikooksi 40 000 ihmistä, näin keskittäen huoltotoimintaa.⁷⁹

Aikakauden tuberkuloosistrategiaa määrittänyt niin sanottu ”uusi tuberkuloosioppi”. Tässä näkökulmassa taudin bakteriologinen selitys ja hygieeniset strategiat olivat jo täysmääräisesti omaksuttu, joten ponnistukset taudin tutkimuksessa saatettiin kohdistaa taudin mekanismien sijaan kansanterveydellisiin näkökulmiin. Lääkärinkunnan keskuudessa tiedostettiin vanhakantaisten hoitometodien riittämättömyys uuden biologisen taudinkuvan edessä. Tartunta saatiin ja levitettiin usein kodeissa, jonka perusteella myös tuberkuloosivalistusta alettiin kohdistaa perheyksiköiden toimintaan – perheiden ja lasten hyvinvoinnista huolehtiminen otettiin 1920-luvun aikana ylipäänsä kärkitavoitteeksi kansanterveydellisessä työssä koko Suomessa.⁸⁰ Tuberkuloosin tarttuminen lapsuudessa todettiin ilmiönä vasta jokseenkin myöhäisessä vaiheessa 1920-luvulle tultaessa. Lapsena saadun tartunnan nähtiin usein johtuvan lähipiiristä saadusta ”massiivisesta tartunnasta”, joita pyrittiin estämään pääosin eristämällä tuberkuloottisia perheenjäseniä.⁸¹ Hygieenisiin strategioiden tautiin voitiin vastata aktiivisesti, ja samalla hygieniä tarjosi kokonaisuudessaan ”metodin” kansalaisille oman perheensä, kotinsa ja ympäristönsä terveyden tarkkailuun.⁸²

Sakari Härön artikkeli ”Tuberculosis in Finland: dark past, promising future” (1998) kuvaa Suomen myöhempää rokotuksiin ja lääkehoitoihin perustuvaa tuberkuloosistrategiaa, mutta retrospektiivisesti artikkeli tarkastelee myös 1920–1930-lukujen perintöä tuberkuloosityössä. Härön mukaan Suomi saavutti 1940-luvulle tultaessa joukon edeltävien vuosikymmenien aikana asetettuja tavoitteita tuberkuloosin vastustamisessa:

⁷⁷ Kuusi 2003, 52–55; Harjula 2003, 139–41; Henttonen 2009, 60–61; Karonen ja Rähä 2014, 45–46; Helén 2016, 64–66.

⁷⁸ Härö 1992, 76; Kuusi 2003, 36.

⁷⁹ *Laki kunnallisille mielisairaaloille sekä tuberkulosia sairastavien hoitolaitoksille ja tuberkulosin vastustamistyön edistämiseksi annettavasta valtioneuvoston päätöksestä*. 269/1929. 1930.

⁸⁰ Jauho 2007, 141–46 & 150.

⁸¹ Härö 1992, 72–74; Jauho 2007, 138–41.

⁸² Kuusi 2003, 44–47; Jauho 2007, 124.

tuberkuloosivalistus oli lävistänyt koko yhteiskunnan, hoitola, sairaala sekä parantolajärjestelmä oli levittänyt koko maahan ja yleinen optimismi taudin ”päihittämisestä” oli läsnä julkisessa keskustelussa. Härö pitää erityisen olennaisena menestystekijänä Suomen tuberkuloosistrategiassa sairaanhoidon ja hoitolaitosten organisointia tarkoituksenmukaisesti sekä joustavasti, niille asetettujen tavoitteiden mukaisesti.⁸³ Parantolajärjestelmän kehitys kansanterveydelliseksi projektiksi 1920–1930-lukujen vaihteessa linkittyikin olennaisesti narratiiviin Suomen tuberkuloosin vastaisesta taistelusta.

2.2.2 KANSANPARANTOLAT

Varhaisin suomalainen tuberkuloosiparantola perustettiin vuonna 1896 Hyvinkäälle, jonne helsinkiläiset lääkärit avasivat 22-paikkaisen yksityisparantolan lähtökohtaisesti keuhkotautisten hoitoon. Hyvinkään parantola oli suunnattu etenkin pietarilaisille yläluokan edustajille, jotka maksoivat hoidostaan 7,5–11 markan, nykyrahaksi muutettuna keskimäärin 50 euron päivämaksua.⁸⁴ Hoitometodeiltaan parantola edusti samankaltaista ”rationaalista ilmastoterapiaa”, mitä 1900-luvun myöhemmät kansanpartolat, ottaen toiminnassaan pääosin mallia saksalaisista yksityisparantoloista. 1900-luvun alussa lääkäriseurat olivat merkittäviä toimijoita varhaisten parantoloiden perustamisessa ja tuberkuloosin vastustamistyössä. Finska Läkaresällskapet ja Duodecim-seura avasivat valtioavun turvin vuonna 1903 tahoillaan kaksi pienehköä, alle satapaikkaista keuhkoparantolaa – Suomen Lääkäriseura Nurmijärvelle ja Duodecim Punkajärvelle. Vaikka parantolat olivat varhaisessa muodossaan vielä lähtökohtaisesti yksityisiä laitoksia – eivät kansanparantoloita – on valtionapu ja valtion osallisuus hankkeisiin näinkin varhain huomionarvoista. Valtionapu oli hyvin harkinnanvaraista mutta kattavaa, sillä apua myönnettiin perustuskustannuksiin, lainoihin ja hoitokuluihin. Hoidosta kuitenkin vastasivat erilliset tahot – yhdistykset ja kunnat usein yhdessä. Valtionapuun liitettiin vaatimus tietystä määrästä ilmaisia hoitopaikkoja, mutta lähtökohtaisesti varhaiset parantolat eivät olleet kaikkien saavutettavissa. Usein vähävaraisten hoidon kustansi lopulta kunta tai muu hyvää tekevä taho, joten laajamittaisesta kansanterveystyöstä ei varhaisten parantoloiden kohdalla voida vielä puhua.⁸⁵

⁸³ Härö 1998, 10–13.

⁸⁴ Tilastokeskus 2024b.

⁸⁵ Jauho 2007, 235–37.



Kuva 2 ja 3 (Vasemmalla ja alla) -

Mahdollisesti merkittävin esimerkki tuberkuloosivalistuksesta 1930-luvulla on vuoden 1933 elokuva *Ne 45 000*. Elokuvan tuottivat yhdessä Suomen Tuberkuloosin Vastustamisyhdistys (STVY), Suomi-Filmi ja Suomen Filmitoimisto. *Ne 45 000* perustuu Maila Talvion vuonna 1932 julkaistuun samanimiseen romaaniin, jonka STVY tilasi kirjailijalta tulevaa valistuselokuvaa silmällä pitäen. Elokuva yhdistää juonellisia ja valistuksellisia elementtejä, sillä lähtökohtana oli tuottaa kokopitkä elokuvateatterilevitykseen suunnattu "suurelokuva". Kuten elokuvan mainosjuliste kerskailee, oli elokuva yli 500 000 markan yhteisbudjetilla aikanaan kallein Suomessa tuotettu elokuva.

Elokuvan tuotanto oli myrskyisä monistakin syistä, ja sen julkaisu myöhästyi loppuvuoteen 1933. Tuotannossa ristesivät elokuvateollisuuden ja tuberkuloosiaktiivien intressit, eikä elokuva lopulta nauttinut kritiikoiden tai kaupunkien yleisöjen keskuudessa toivottua suosiota. Myöhemmin elokuvan suosiota kuitenkin kasvatti STVY:n järjestämät näytökset maaseudulla. Elokuvan valistuksellisesta puolesta tuotannossa vastasi STVY:n aktiivi Severi Savonen, joka nähdään istumassa etualalla oikealla kuvassa 3.

Modernin tuberkuloosidiskurssin osalta *Ne 45 000* havainnollistaa selkeästi tuberkuloosin vastustamisen pääperiaatteet 1930-luvulla – perheen rooli taudin leviämässä, oman toiminnan muokkaaminen terveyskansalaisuuden hengessä, sekä parantolan rooli potilaan kuntoutumisessa näkyvät kaikki teemoina elokuvassa. Myös elokuva valistusformaattina on selkeän moderni ilmiö.

Lähteet:

Härö 1992, 152–53; Laine 1996; Jauho 2009; Elonet 2024.

Kuvat 2 & 3; Elonet "Ne 45 000".



1900-luvun alkupuoliskolla suomalaiset lääkärit olivat ilmeisen tietoisia tuberkuloosityön kehityksestä kansainvälisesti. Opintomatkoja etenkin pohjoismaisiin sairaaloihin ja tuberkuloosihoitoloihin toteutettiin lääkärikunnan toimesta aktiivisesti, samalla kun tuorein tutkimustieto tuberkuloosista omaksuttiin eurooppalaisista virtauksista.⁸⁶ Ulkomaisia esimerkkejä seuraten, tuberkuloosiaktiivit alkoivat nostaa esiin ideaa kansanparantoloiden perustamisesta Suomeen. Suurten alueellisten parantoloiden rakentaminen näyttäytyi konkreettisena toimena tautia vastaan, ja yleisesti tuberkuloosin vastustamistyön tilannetta tarkasteltiin käytettävissä olevien hoitopaikkojen perusteella. Valtiovallan rooli ensimmäisten kansanparantoloiden perustamisessa ei kuitenkaan ollut vielä suuri, sillä projektit rahoittivat alkujaan Tuberkuloosin Vastustamisyhdistys ja kuntayhtymät, joiden alueelle parantoloita rakennettiin.⁸⁷

Täysimittaisesti valtio alkoi osallistua parantoloiden rakentamiseen vuoden 1930 ”parantolain” astuttua voimaan – lain perusteella valtionavustusten harkinnanvaraisuus poistui, ja parantolaorganisaatioille avautui mahdollisuus nostaa valtionosuuksia täytettyään tietyt parantolalle asetetut kriteerit. Lain perusteella valtio sitoutui kustantamaan kolme neljäsosaa uusien tuberkuloosiparantoloiden perustamiskustannuksista ja asetti raamit hoitokustannuksiin sekä ylläpitoon annettavasta valtionosuudesta. Parantoloita velvoitettiin toimimaan ”yleishyödyllisessä tarkoituksessa omistajalle taloudellista etua tuottamatta”, toimimaan lääkintöhallituksen valvonnan alaisuudessa sekä tarjoamaan vähintään puolet potilaspaikoista ”vähävaraisille tai varattomille sairaille”.⁸⁸ Lakia täydentävä asetus määritteli tarkemmin lääkintöhallituksen valvovaa roolia parantoloiden toiminnassa. Valvonnan alaisiksi tulivat laajasti seikat aina rakennuksen piirustuksista, perittäviin hoitomaksuihin ja laillisuusperiaatteisiin, joilla parantolaa tuli hallinnoida. Parantoloissa toimivien lääkäreiden tuli olla laillistettuja lääkäreitä, johtavat virat tuli täyttää avoimella haulla ja parantolan hallinnon piti olla hyvän hallintotavan sekä lääkintöhallituksen säännösten mukaista.⁸⁹

Tuberkuloosilain astuminen voimaan aloitti Suomessa varsinaisen kansanparantoloiden nousukauden, ja 1930-luvun aikana koko maahan rakennettiin yhteensä kymmenkunta uutta tuberkuloosiparantolaa. Lisäksi monia parantoloita laajennettiin valtionavun turvin, ja osa vanhemmista hoitolaitoksista liittyi osaksi kansanparantolajärjestelmää. Ensimmäinen tuberkuloosilain alainen, varsinainen kansanparantola, oli Keski-Suomen parantola Kinkomaalla, joka avattiin kesällä 1930. Parantolan suunnittelu oli alkanut jo vuonna 1927 aikaisempien 1920-luvun alkupuolella erillistä valtionapua saaneiden parantoloiden innoittamana.⁹⁰ Satakunnan parantolan rakentaminen Harjavaltaan vuonna 1925 mainitaan

⁸⁶ Esim. Kalkas, Aalto, ja Savonen 1933, 3–4; Backman ja Savonen 1934, 136–39; Härö 1992, 17 & 72; Jauho 2007, 223.

⁸⁷ Härö 1992, 97–99.

⁸⁸ *Laki kunnallisille mielisairaaloille sekä tuberkulosia sairastavien hoitolaitoksille ja tuberkuloosin vastustamistyön edistämiseksi annettavasta valtionavusta. 269/1929. 1930.*

⁸⁹ *Asetus kunnallisille mielisairaaloille sekä tuberkulosia sairastavien hoitolaitoksille ja tuberkuloosin vastustamistyön edistämiseksi annettavasta valtionavusta 31 päivänä toukokuuta 1929 annetun lain toimeenpanosta. 270/1929. 1930.*

⁹⁰ Härö 1992, 99–102; Forsius 2015, 27–29; Eylers, Malmberg, ja Sainio 2016, 35–37.

usein tuberkuloosin vastustamistyön varhaisena menestystarinana,⁹¹ ja myös Paimion parantolan suunnittelussa ja hoidossa mallina toimi juuri Satakunnan parantola.⁹²

Kiinnostavasti suurinta osaa 1930-luvun kansanparantoloista oltiin alettu suunnitella jo ennen tuberkuloosilain astumista voimaan. Tämän perusteella voidaankin sanoa, että lakia edeltävät ratkaisut ja diskurssit tuberkuloosista, vaikuttivat merkittäväällä tavalla itse lain sisältöön. Valtiojohtoinen käsitys tuberkuloosin hoidosta muotoutui lääkärikunnan itsenäisestä toiminnasta 1900-luvun alkuvuosikymmeninä sekä kansalaisyhteiskunnan aktivoitumisesta tuberkuloositoiminnan saralla. Toisaalta parantolalaki voidaan nähdä selkeänä jatkumona aikakauden kansanterveydellisille diskursseille.⁹³ Paimion parantola sijoittuu ajallisesti ”parantolabuumin” keskivaiheille, sillä se oli viimeinen 1930-luvun alun suurista parantolahankkeista, mutta vielä Paimion jälkeen uusia parantoloita rakennettiin läpi Suomen. Paimion suunnittelussa ja hoidossa voidaankin nähdä kaikuja varhaisista parantoloista, mutta toisilta osin se edusti kansanparantoloiden moderneinta kärkeä.

⁹¹ Härö 1992, 97; Forsius 2015, 23.

⁹² ”Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomus 1933” 1934, 4; Jokiniemi ym. 1958, 11.

⁹³ Harjula 2007, 56–59.



Taulukko 1. Lista merkittävistä parantolaprojekteista Suomessa. Keskellä eroteltuna 1930-luvulla valtionavun turvin rakennetut kahdeksan kuntainliittojen kansanparantolaa.

Nimi	Vuosi
Hyvinkään parantola	1896
Satalinnan parantola (Harjavalta)	1925
Keski-Suomen parantola (Kinkomaa, Muurame)	1930
Kontioniemen parantola	1930
Keski-Hämeen parantola (Kangasala)	1931
Tarinaharjun parantola (Siilinjärvi)	1931
Päivärinteen parantola (Muhos)	1932
Meltolan parantola (Karjaa)	1931
Ahveniston parantola (Hämeenlinna)	1932
Varsinais-Suomen parantola (Paimio)	1933
Härmän parantola (Kauhava) ⁹⁴	1933
Tiuruniemen parantola (Joutseno)	1939
Ahvenanmaan parantola	1952

Lähde: Härö 1992, 99-102; Forsius 2015, 27-29; Eylers, Malmberg, ja Sainio 2016, 35-37.

Kuvat 4, 5 ja 6 –

4 (ylhäällä) Hyvinkään parantola 1930-luvulla – toisen maailmansodan pommitusten yhteydessä parantolasta sortui toinen torni. 5 (keskellä) Satalinnan parantola 1920-luvulla. 6 (alhaalla) Kinkomaan parantola vuonna 1930 tai 1931.

Suomalaisten parantoloiden arkkitehtoninen tyyli muuttui vuosien kuluessa, mutta kaikkia, jopa varhaisia parantoloita, yhdistää tietyt eurooppalaisesta parantolaperinteestä kumpuavat topologiset piirteet. Parantolat ovat tyylistään huolimatta poikkeuksetta jaettu erillisiin siipiin, hengitysharjoituksia varten eroteltuna on jonkinlainen parveke, ja parantolat sijaitsevat luonnon helmassa ulkona kaupungeista.

Kuvalähteet:

Hyvinkään kaupunginmuseo (4), Satakunnan Museo (5), Keski-Suomen museo (6).

⁹⁴ Härmän parantola Kauhavalla oli listatuista parantoloista ainut täysin valtion omistama laitos. Parantola toimi suoraan lääkintöhallituksen alaisuudessa. Parantolan rakentaminen oli hidas prosessi, ja aikalaiset pitivät sitä esimerkkinä valtiokoneiston kankeudesta tuberkuloosityössä. Härö 1992, 103–104.

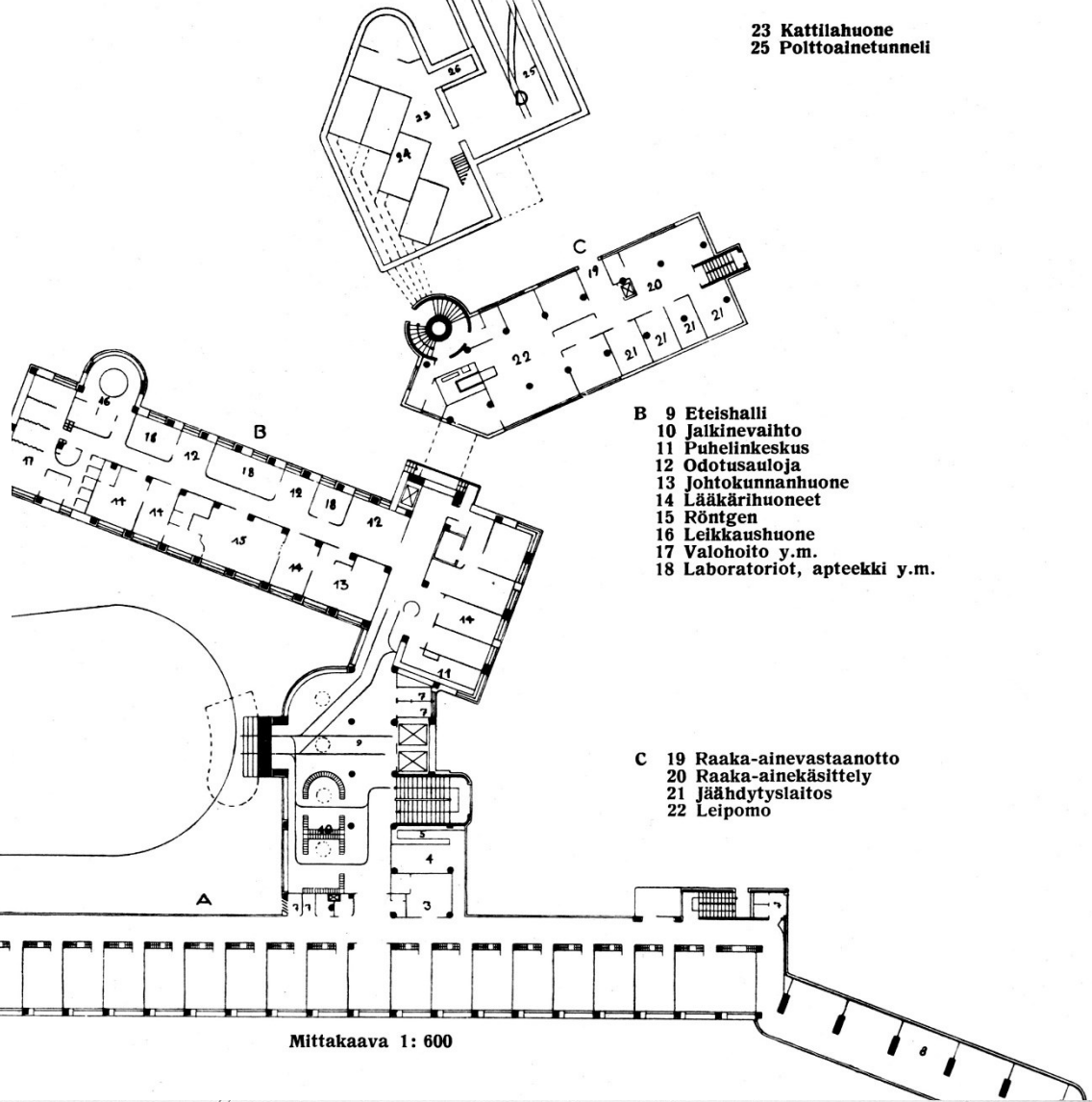
Ensi kerroksen pohja

23 Kattilahuone
25 Polttoainetunneli

- A**
- 1 Hoitajatar
 - 2 Potilashuone
 - 3 Päivystysuhuone
 - 4 Virutushuone
 - 5 Liinavaatehuone
 - 6 Sputum
 - 7 WC.
 - 8 Makuuhalli

- B**
- 9 Eteishalli
 - 10 Jalkinevaihto
 - 11 Puhelinkekus
 - 12 Odotusauloja
 - 13 Johtokunnanhuone
 - 14 Lääkärihuoneet
 - 15 Röntgen
 - 16 Leikkaushuone
 - 17 Valohoito y.m.
 - 18 Laboratoriot, apteekki y.m.

- C**
- 19 Raaka-ainevastaanotto
 - 20 Raaka-ainekäsittely
 - 21 Jäähdytyslaitos
 - 22 Leipomo



Mittakaava 1: 600

Kuva 7 ja 8 –
7 (ylhäällä)

Paimion parantolan ensimmäisen kerroksen pohjapiirros. A-siivessä sijaitsevat vasemmalla osastonhoitajan asunto, keskellä potilashuoneet ja oikealla makuuhalli. B-siivessä sijaitsee toimisto- ja hoitotiloja, mm. leikkaussali. C- ja D-siivessä sijaitsevat parantolan huoltotilat; lämmityskeskus, sähkökeskus, keittiö ja pesula.

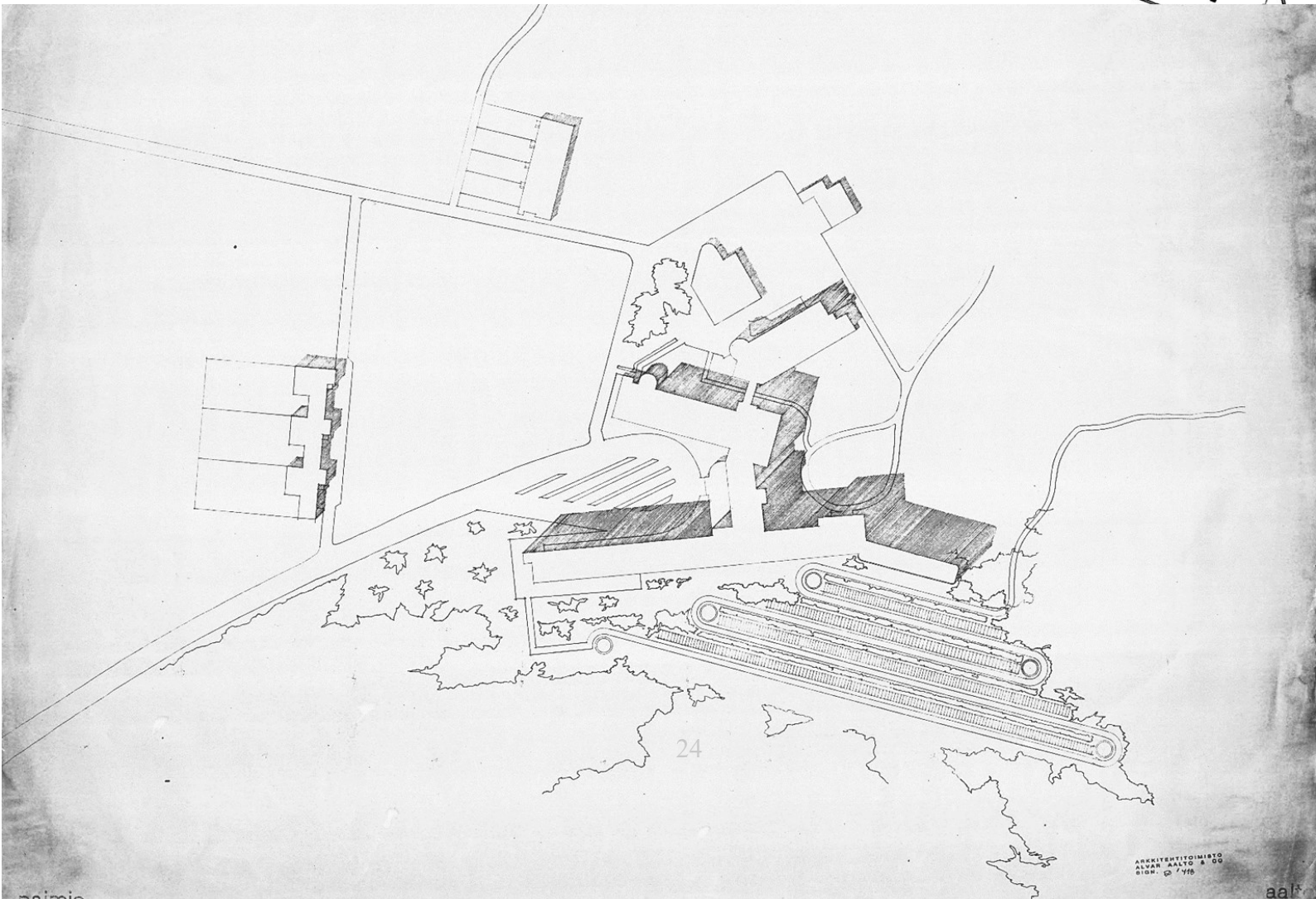
8 (alhaalla)

Paimion parantolan aluesuunnitelma. Keskellä parantolarakennus sekä sitä ympäröivät asuin- ja huoltorakennukset. Parantolan eteläpuolelle levittäytyy puistoalue kävelyreititeineen.

Lähteet:

Kalkas, Aalto, ja Savonen 1933, 29.

AAM. 50-418.



24

3 PAIMION PARANTOLA 1928-1933

" Tämä kesäinen sunnuntaipäivä on maakunnallinen merkkipäivä Varsinais-Suomelle. Kuntain keskinäisellä yhteistyöllä valtionavustuksen turvin aikaansaatu Paimion tuberkuloosiparantola vihitään tänään juhlallisesti tarkoitukseensa. Tuberkulosi on kansamme pahimpia sisäisiä vainolaisia ja vitsauksia. Joka vuosi se korjaa keskuudestamme kallista viljaa. Varsinkin lapset ja nouseva nuoriso, ne ikäpolvet, joitten varassa kansamme tulevaisuus lepää, ovat olleet suurimmassa vaarassa joutua tämän salakavalan vihollisen uhreiksi. (--) Tuberkulosin levinneisyydestä maakunnassamme on päästy tarkastusten avulla selville ja nyt on maakunnalla myös laitos, jonka hoivissa tartunnan saaneiksi todetut voivat etsiä itselleen parannusta. Täten on pahimmat esteet tuberkulosin vastustamisessa maakunnassamme voitettu. " ⁹⁵

" Jotta niin laaja rakennusyritys kuin Varsinais-Suomen tuberkuloosiparantola on, [voitu] saattaa onnelliseen päätökseen, on välttämätöntä, että kaikki siinä mukanaolevia elähyttää yksimielinen harrastus päämäärän saavuttamiseksi. (--) Uljaana kohoaa nyt Varsinais-Suomen tuberkuloosiparantola valkeat muurinsa mäntymetsän keskeltä. Tuottakoon niin suurten uhrausten ja ponnistusten tulos runsaasti hyötyä Varsinais-Suomen kansalle monien sukupolvien aikana! " ⁹⁶

Paimion parantola sijaitsee Varsinais-Suomessa, Paimion kaupungissa, Preitilän hiekkaisella kangasmetsäalueella. Alkuperäinen parantola-alue kattoi 40 hehtaaria Spurilan kartanon metsämaita, jotka Paimion kaupunki osti maanviljelijä Jalmari Keskitalolta 200 000 markan hintaan, ja lahjoitti edelleen Varsinais-Suomen tuberkuloosiparantolan kuntayhtymän käyttöön parantolan rakentamiseksi elokuussa 1928.⁹⁷ Alueelle ominaista on sen luonnonkauneus, kuiva maaston laatu ja suhteellinen syrjäisyys asutuskeskuksista. Näiden tekijöiden lisäksi alue oli infrastruktuuriltaan sopiva suuren parantolaprojektin toteuttamiseen, sillä Paimioon johtivat projektiin sopivat, niin maa- kuin rautatieyhteydet. Maastoltaan alue on etelään loivasti viistävän mäen rinteellä, joka todettiin parantolan auringonvaloa ja ilmaa koskevien tarpeiden

⁹⁵ Uusi Aura 18.6.1933, "Maakunnallinen merkkipäivä", 5.

⁹⁶ Kalkas, Aalto, ja Savonen 1933, 21.

⁹⁷ PPA. Ha 2:1, Kauppakirja 8.8.1928; PPA Ha 2:1, Lahjakirja 8.8.1928.

kannalta otolliseksi.⁹⁸ Varsinais-Suomen tuberkuloosiparantolan arkkitehtuurikilpailu järjestettiin vuosina 1928–1929, ja monien vaiheiden jälkeen Turussa toimistoaan pitänyt Arkkitehtitoimisto Alvar Aalto, voitti kilpailun ehdotuksellaan ”Piiirretty ikkuna”. Suunnittelussa risteytyi monia ajanjaksolle merkittäviä diskursseja, sillä lähtökohtaisesti parantolan suunnittelu noudatti lääkintähallituksen asettamia vaatimuksia, joita arkkitehtitoimisto ja parantolan rakennuslautakunta sovelsi maakunnan tarpeisiin.⁹⁹ Parantola avattiin potilaille 21. päivä helmikuuta vuonna 1933, ja myöhemmin saman vuoden kesäkuussa järjestettiin juhlalliset vihkiäiset 250 kutsuvieraan läsnäollessa. Kappaleen alussa mainitut sitaatit kuvaavat liki hurmoksellista ilmapiiriä, jonka parantolan valmistuminen sai aikaan Varsinais-Suomessa – monivaiheinen projekti kesti lopulta kaikkiaan liki viisi vuotta, eivätkä rakennuksen viimeistelytyöt olleet vielä vihkiäistenkään aikaan täysin valmiina.¹⁰⁰



Kuva 9 –

Turun Sanomien talo (1930) Kauppiaskatu 5 Turku. Rakennusta on kuvattu Suomen ensimmäiseksi täysin funktionalistiseksi rakennukseksi ja sen suunnitteluperiaatteista on selkeästi nähtävissä Aallon toimiston tyylillinen muutos 1930-luvulle tultaessa.

Kuvalähde:

Museovirasto.

Paimion parantolan vihkiäiset eivät olleet merkittävä tapahtuma pelkästään tuberkuloosin vastustamistyössä, vaan myös merkittävä poliittinen ja taloudellinen ponnistus parantolan perustamiseen sitoutuneilta tahoilta.¹⁰¹ Erityslaatuisen parantolasta teki sen urauurtava funktionalistinen arkkitehtuuri, jonka suunnittelusta vastasivat arkkitehdit Aino Marsio-Aalto (1894–1949) ja Alvar Aalto (1898–1976). Aallon arkkitehtitoimisto oli alkanut 1920-luvun kuluessa omaksumaan suunnitelmiinsa Suomessa vielä jokseenkin tuntematonta ”kansainvälistä tyyliä” – mannermaista funktionalistista arkkitehtuuria¹⁰² – jonka nähtiin parantolan rakennuttajien toimesta sopivan uuden maakuntaparantolan tarpeisiin. Taloudellisen taantuman keskellä funktionalismin standardisoitua kustannustehokkuutta arvostettiin, mutta ajan henkeen sopivat myös Aallon toimiston omaksumat rationaaliset periaatteet hoitolaitoksen kokonaissuunnittelussa. Paimion parantolan suunnittelussa otettiin huomioon niin tilojen rationaalinen asettelu, moderni teknologia, sosiaaliset haasteet, hygieniakysymykset kuin ajan uusimmat lääketieteelliset vaatimukset.¹⁰³ Parantola-alue sisältää kolmiosaisen parantolarakennuksen lisäksi useita erillisiä

⁹⁸ Kalkas, Aalto, ja Savonen 1933, 8–9.

⁹⁹ Parantolan arkkitehtuurikilpailun vaiheista tarkemmin: Törrönen 1983, 35–37; Koskela 1998; Eylers ym. 2016; Heikinheimo 2016.

¹⁰⁰ Törrönen 1983, 32–48.

¹⁰¹ Kalkas, Aalto, ja Savonen 1933, 7–21.

¹⁰² Ks. Kuva 9. Aallon toimisto toteutti Turussa ennen 1930-lukua Turunsanomien talon lisäksi myös kaksi funktionalistispiirteistä asuinrakennuksen suunnitelmaa – Lounais-Suomen maalaistentalon Humalistonkadulla ja ”Tapani-talon” Läntisellä Pitkädellä. Schildt ja Mattila 2007, 246–50.

¹⁰³ Heikinheimo 2016, 140–41; Eylers, Malmberg, ja Sainio 2016, 48–49; Jokinen 2014, 42; Kalkas, Aalto, ja Savonen 1933, 25–28.

huolto- ja asuinrakennuksia, jotka liittyvät olennaisesti osaksi parantolan kokonaissuunnittelua.¹⁰⁴

Jo aikalaisille parantola näyttäytyi arkkitehtonisesti poikkeuksellisena kohteena. Kotimaiset lehdet julkaisivat Paimiosta ylistäviä artikkeleita, mutta ehkä kaikkein keskeisintä oli suosio, jota rakennus nautti kansainvälisissä arkkitehtipiireissä. Tämä oli osaltaan projektin innovatiivisuuden ansiota, mutta suosioon myötävaikutti selkeästi Aaltojen pariskunnan taito markkinoida omaa työtään.¹⁰⁵ Parantola on myöhempinä vuosikymmeninä saavuttanut kiistattoman kanonisen statuksen modernin arkkitehtuurin historiassa. Rakennuksen maineen sinetöimisestä on pitkälti kiittäminen Aaltojen aikalaiskollegoja, erityisesti arkkitehtuurihistorioitsija Sigfried Giedionia, joka nimesi Paimion parantolan yhdeksi kolmesta merkittävimmästä rakennuksesta modernin arkkitehtuurin varhaisessa kehityksessä teoksessaan *Space, Time and Architecture* (1967). Parantolan kansainvälistä merkitystä kuvaa vähintään se, että kaksi muuta Giedionin nimeämää rakennusta olivat Walter Gropiuksen Bauhaus Dessau vuodelta 1926 ja Le Corbusierin ehdotus kansainliiton palatsista vuodelta 1927. Giedion kiinnitti huomiota erityisesti Aallon ihmisläheiseen suunnitteluun, sillä parantolan suunnittelun yhtenä lähtökohtana toimivat potilaiden tarpeet ja valinnanvapaus.¹⁰⁶

3.1 ARKKITEHTITOIMISTO ALVAR AALTO JA MODERNISMI

Aalloille ja heidän aikalaisilleen modernismi merkitsi tietynlaista historiattomuutta; perinteisten muotojen ja tyylien torjumista. Ajatus modernista arkkitehtuurista jälleen yhtenä tyylinä arkkitehtuurin historiassa oli ensi kädessä hylättävä, sillä moderni oli olemukseltaan tarkoituksenmukaista ja rationaalista. Kaikki rakennuksen suunnittelun osat oli virtaviivaistettava palvelemaan niille suunnattua tehtävää eli funktiota. Alvar Aalto kuvaili *Uusi Aura* -lehden haastattelussa 1928 ”rakennustaitteen uusia virtauksia” Aaltomaisen monitulkintaisesti:

”Punaisena lankana ’uudessa realismissa’, joka toistaiseksi on rajoittunut selvätajuisimpaan eurooppalaiseen rakennustaitteeseen, on jonkinlainen reaalityöntekijä, joka ei, niin kuin aikaisempi realismi, kohdistu johonkin elämän kuvaamisilmiöön kirjallisesti vaan sen sijaan itse taideilmiöihin ja niiden luokitteluun, niiden efektiivisyyden arviointiin ja itse sisällön (joka on lähtökohta muodolle) oikein arvioimiseen pitäen sitä ainoana lähtökohtana muotoa luotaessa.”¹⁰⁷

”Uudella realismilla” Aalto viittaa moderniin arkkitehtuuriin, joka vielä ennen 1930-lukua haki vakiintunutta nimitystään suomen kielessä. Olennaisinta viittauksessa on painotus modernin

¹⁰⁴ Ks. Kuva 8. Heikinheimo 2016, 145–50; Eylers, Malmberg, ja Sainio 2016, 17–19; Jokinen 2014, 40–41.

¹⁰⁵ Eylers, Malmberg, ja Sainio 2016, 109–16.

¹⁰⁶ Giedion 1967, 629; Heikinheimo 2016, 17 & 132–34; Eylers, Malmberg, ja Sainio 2016, 109.

¹⁰⁷ Uusi Aura 1.1.1928, viitattu lähteestä Schildt, Aalto, ja Mattila 1997, 62.

arkkitehtuurin rationaalisuudesta – muoto seuraa tarkoitusta.¹⁰⁸ Aalto myös asettaa perinteisen arkkitehtuurin suoraan vastakohdaksi modernille, joka korostaa uuden suuntauksen historiattomuutta. 1920–1930-lukujen vaihe olikin kiivasta agitoinnin aikaa modernisteille, jotka pyrkivät Suomessa tuomaan esiin, ja saamaan myös läpi uuden kansainvälisen suuntauksen mukaisia suunnitelmiaan. Aallon toimisto suorastaan tehtiin rationaalisesti suunniteltuja kilpailuehdotuksia. Samaan aikaan kun Paimion parantola oli jo rakentamisvaiheessa alkuvuodesta 1930 eteenpäin, toimisto osallistui kahden vuoden sisään ainakin kuuteen merkittävään arkkitehtuurikilpailuun ja jopa toteutti joitain pienempiä projekteja Paimion jatkosuunnittelun ohella.¹⁰⁹

Aaltojen pariskunta oli matkoillaan Euroopassa tutustunut modernistitaiteilijoihin, joiden kautta etenkin Alvar lähti aktiivisesti mukaan CIAM-arkkitehtuurijärjestön toimintaan.¹¹⁰ Erityisen vaikuttava henkilö Aaltojen arkkitehtuurin murroksessa oli sveitsiläisarkkitehti Le Corbusier, jonka alun perin vuonna 1923 julkaistu teos *Vers une architecture* (engl. *Toward an Architecture* tai *Towards a New Architecture*, suom. *Kohti uutta arkkitehtuuria*) oli tehnyt Alvariin huomattavan vaikutuksen. Arkkitehdit olivat CIAM-kollegoja, ja tapasivat toisensa henkilökohtaisesti muutamia kertoja.¹¹¹ Aallot käyttivät parantolan suunnittelussa hyödykseen, muiden aikansa modernistien tapaan, monia Le Corbusierin ajatuksia. Erityisen oleelliseksi nousee käsitys rakennuksen suunnittelusta sosiaalisesti tiedostavana ja moderneihin haasteisiin yhteiskunnallisesti vastaavana toimintana.

Le Corbusier oli kiinnostunut etenkin asumisen ja kaupunkien rationalisoinnista sosiaalisena kysymyksenä. Asuntojen massatuotannon ja tietynlaisen kokonaissuunnittelun avulla rakennuksia voitiin tarkastella koneina, joissa jokainen yksityiskohta palveli ”täydellisyyteen” pyrkivää rationaalis-humanistista kokonaisuutta.¹¹² Le Corbusier kaavaili miljoonakaupunkeja, joissa ihmiset asuisivat tasa-arvoisesti puistoalueiden keskelle kohotetuissa pilvenpiirtäjäkortteleissa, ja joissa kaupungin funktiot – liike-elämä, teollisuus ja asuminen – olisivat rationaalisesti eroteltu toisistaan suurten moottoritiejärjestelmien yhdistäminä.¹¹³ Sarjatuotantotalo oli modernin elämän symboli. Uusimman rakennusteknologian avulla voitiin luoda kauniita muotoja, rakentaa ekonomisemmin ja muuttaa ihmisten käsitystä elämisen tavoista modernissa maailmassa.¹¹⁴

Aaltojen ajattelussa nämä funktionalismin ideaalit suuntautuivat 1930-luvulla etenkin ”asunto-ongelman” ratkaisuun. Vuonna 1932 julkaistussa artikkelissa Alvar kuvailee ”asuntokysymyksen geografiaa” näin:

” Taipumus solujen ryhmittämiseen, biologian rakenneperiaate saa tästäkin vahvistusta; todennäköisesti tutkimus kaikista ihmisen tarpeista ja niiden rationaalisesta

¹⁰⁸ ” Form follows function” – modernistisen liikkeen ehkä tunnetuin fraasi. Amerikkalaisarkkitehti Louis Sullivan kirjoitti fraasin tähän muotoon jo vuonna 1896. Sullivan 1896.

¹⁰⁹ Schildt ja Mattila 2007, 311–12; Hästesko, Hallas-Murula, ja Mustonen 2014, 150–77.

¹¹⁰ Schildt ja Mattila 2007, 250 & 287–302.

¹¹¹ Heikinheimo 2016, 86–88.

¹¹² Le Corbusier 1931, 4.

¹¹³ Le Corbusier 1931, 47–64.

¹¹⁴ Le Corbusier 1931, 229–65.

tydyttämisestä antaisi tulokseksi sen, että asuntolaitos, jolla on käytössä määritelty peruselementti, määritelty asuntoryhmitys, yhteiskunnan yksikkö, on ehdottomasti tarpeen. Minua jotenkin ihmetyttäisi, jollei tämän asumatavan peruselementin lisäksi yksityiskohtaisessa liikenteen, puhelimen, elintarvikkeiden jakelun jne. tutkimuksessa päästäisi vieläpä samoihin mitoituksiin, tykkänään riippumatta siitä, että esimerkiksi koulun sopivimman organisaatiomuodon tulee voida toteutua yhdyskuntatyyppissä, asuntoryhmässä, joka samalla on ihannenormina kommunikaatiovälineille. Iman muuta on selvää, että teollinen tuotanto tekee paikallisen asuntoryhmituksen välttämättömäksi. (--) Standardiosien ja valmiiden materiaalien teolliseksi tuotannoksi asuinrakentaminen on selvästi vakaampi tuotannon laji kuin käsityövarainen rakentaminen, joka vaatii suurta ja paljon liikkuvaa työvoimaa.”¹¹⁵

Rakennusten ja kaupunkien suunnittelun rationalisointi oli Aallolle jonkinlainen vääjäämätön moderni kehityskulku, jonka hän Schildtin mukaan halusi myös todistaa konkreettisten kokeilujen avulla.¹¹⁶ Rakennustuotannon tehostaminen standardisoinnin avulla, ja rakennusten funktioiden täsmällinen, konemainen määrittely, olivat selkeimmät välineet jonkinlaisen funktionalistisen utopian, suunnittelijan näkökulmasta rationaalisen sekä tasa-arvoisen yhteiskunnan saavuttamiseksi.

3.2 PARANTOLAN FUNKTIOT

Modernista suuntauksesta intoutuneille Aalloille Paimion parantolan suunnittelu näyttäytyi täydellisenä mahdollisuutena kokeilla käytännössä uuden rakennussuunnittelun periaatteita. Parantolan budjetti oli nuorille arkkitehdeille ennenkuulumaton, sillä kuntainliiton varojen ja valtionavun turvin parantolan kustannusarvioksi esitettiin alun perin 22 miljoonaa markkaa, joka lopulta paisui 27,5 miljoonaan projektin lopussa.¹¹⁷ Lisäksi parantolan rakennustyöt toteutettiin – ilmeisesti 1930-luvun alun taloustaantumasta johtuen – osaurakoina, joka mahdollisti suunnitelmien ja yksityiskohtien työstämisen rakennustöiden ollessa jo käynnissä. Projekti pitkälti kannattelikin arkkitehtitoimistoa taantumaa yli, ja Aallot pystyivät kohdistamaan luovat voimavaransa erityisen intensiivisesti parantolan suunnitteluun. Parantola oli betonirakenteidensa vuoksi aikansa rakennustekniikan kärkeä Suomessa, ja myös pienten mutta merkittävien yksityiskohtien hiomiseen käytettiin huomattavasti resursseja. Aallot suunnittelivat esimerkiksi parantolan kalustuksen, johon kuului kymmeniä uniikkeja huonekalumalleja sekä valaisimia, ehkä kuuluisampana Artekin edelleen valmistama ”Paimio-tuoli” eli Nojatuoli 41.¹¹⁸

¹¹⁵ Schildt, Aalto, ja Mattila 1997, 88.

¹¹⁶ Schildt, Aalto, ja Mattila 1997, 76.

¹¹⁷ Huomionarvoisesti potilaspaikkaa kohden Paimion parantolan rakentaminen oli kustannusarvion ylittymisestä huolimatta Suomen parantoloiden halvimmasta päästä, maksaen lopulta karkeasti 100 000 markkaa potilaspaikkaa kohden. Eylers, Malmberg, ja Sainio 2016, 63.

¹¹⁸ Lisää parantolan rakentamisen vaiheista ja yksityiskohtien suunnittelusta: Kalkas, Aalto, ja Savonen 1933; Törrönen 1983, 32–42; Koskela 1998; Heikinheimo ja Koskela 2000; Schildt ja Mattila 2007, 269–78 & 340–42; Hipeli ja Laaksonen 2014; Eylers ym. 2016; Heikinheimo 2016.

Le Corbusierin varhaiset funktionalistiset opinkappaleet näkyvät parantolan kokonaisuudessa etenkin rakennusmassojen erottelussa, tilanhallinnallisissa ratkaisuisissa ja teknologian integroinnissa parantolan käyttökokemukseen. Funktionalismin periaatteet myös risteytyivät lähes suoraan parantoloiden ilmastoterapisten vaatimusten kanssa. Moderneja betonirakenteita ja pintamateriaaleja hyödyntämällä parantola pyrittiin suunnittelemaan kaikkiaan hygieeniseksi, etenkin niin, ettei tuberkkelibasilleja sisältävä pöly pääsisi leijaillemaan ilmassa. Huoneiden kulmia pyrittiin pyöristämään siivouksen helpottamiseksi ja lähes kaikki parantolan käyttöhuonekalut valmistettiin puusta ilman pölyä kerääviä tekstiilejä. Basillipitoisen pölyn välttely ulottui jopa parantolan valaisimien ja lämmityspattereiden suunnitteluun. Tilasuunnittelussa ikkunoita piirrettiin (olihan kilpailuehdotuksen nimi *piirretty ikkuna*) lähes jokaiselle seinälle auringonvalon lisäämiseksi, sillä suoran auringonpaisteen uskottiin vahvistavan potilaita ja tuhoavan basilleja – ikkunoiden toinen funktio oli myös mahdollistaa riittävä ilmanvaihto kaikkiin parantolan tiloihin päivittäisten tuuletusten avulla.¹¹⁹

Aallot olivat parantolan kokonaisuuden lisäksi erityisen kiinnostuneita potilaiden elämän ja yleishoidon käytännöllisistä ulottuvuuksista. Erityistä huolta nähtiin parantolan potilashuoneiden suunnittelusta. Alvar Aalto puhui vuonna 1940 *The Technological Review* -lehden haastattelussa parantolan suunnittelusta näin:

” Minulla on henkilökohtaisia kokemuksia sairaalarakennuksesta, jossa saatoin havaita, että potilaitten erityiset fyysiset ja psyykkiset reaktiot tarjosivat hyviä vihjeitä tavalliseen asuntosuunnitteluun. (–) Tutkiaksemme miten ihmiset reagoivat muotoihin ja rakenteisiin on hyödyllistä käyttää havaintoaineistona erityisen herkkiä ihmisiä, kuten juuri parantolapotilaita. Tällaisia kokeita suoritettiin Paimion keuhkotautiparantolan rakentamisen yhteydessä pääasiassa kahdella erityissuunnalla: 1) yksityisen ihmisen ja hänen oleskeluhuoneensa suhteen ja 2) yksityisen ihmisen suurilta ihmisjoukoilta suojaamisen ja kollektiivin aikaansaaman paineen kannalta. Tutkimukseen ihmisen ja asunnon suhteista sisältyi koehuoneiden käyttö ja kysymykset huoneen muodosta, väreistä, luonnon valosta ja keinovalosta, lämmitysjärjestelmästä, melusta jne. Tämä ensimmäinen koe koski ihmistä heikoimmillaan, vuodepotilaana. Yksi erityinen huomio oli tarve muuttaa huoneen värejä, ja kuten tutkimus osoitti, huoneen tuli monella muullakin tapaa poiketa tavallisesta huoneesta. Ero on se, että tavallinen huone on pystysuoraa, potilaan huone vaakasuoraa ihmistä varten... ”¹²⁰

Aallon kuvailemien kokeiden yksityiskohdista ei ole säilynyt tietoa, eikä arkkitehti itsekään puhunut kokeilun toteutuksesta tämän tarkemmin. Vaikka kokeiden tieteellisyys oli hyvin hataralla pohjalla, on kuitenkin huomionarvoista, miten pitkälle potilaiden kokemusta parantolassa lopulta pyrittiin suunnittelemaan näiden pohjalta. Potilashuoneet suunniteltiin kahdelle potilaalle yksityisyyden lisäämiseksi ja potilassiipi kokonaisuudessaan asetettiin viistosti etelään, jotta tilat saisivat tarvitsemaansa auringonvaloa, mutta iltapäivisin potilaat eivät paahtuisi suurien ikkunoiden alla. Lisäksi ikkunoihin asennettiin alun perin ”ulkopuoliset persiennit” eli sälekaihtimet. Potilashuoneiden pintamateriaalit ja värit suunniteltiin sellaisiksi, että ne rauhoittaisivat potilaiden mielentilaa – seinät päällystettiin pehmeällä selluloosatapetilla

¹¹⁹ Heikinheimo ja Koskela 2000, 37–40; Mikonranta 2014, 45–60; Heikinheimo 2016, 257–61. Ilman ja valon roolista tuberkuloosin torjunnassa: Savonen 1934; Salokannel, Savonen, ja Einola 1935; Härö 1992, 139–40; Kuusi 2003, 39–42; Jauho 2007, 335–47.

¹²⁰ Schildt, Aalto, ja Mattila 1997, 103.

akustiikan parantamiseksi ja väreissä suosittiin ”rauhallista yleissävyyä”. Valaisimet suunnattiin niin, että ne heijastivat valoa katosta, eivätkä sokaisseet makaavaa potilasta. Ehkä kuuluisimpana esimerkkinä suunnittelun yksityiskohtaisuudesta ovat potilashuoneiden pesualtaat, jotka suunniteltiin rakenteeltaan ”mahdollisimman hiljaiseen käyntiin”. Potilaiden hygienian ylläpidossa käsienpesulla oli merkittävä rooli, jonka vuoksi Aalto päätti suunnitella erikoismallisen pesualtaan, jossa vesi lotisi mahdollisimman vähän, näin helpottaen potilaiden oloa huoneissaan.¹²¹

Arkkitehtien näin perustavanlaatuinen osallisuus hoitotilojen suunnitteluun ei kuitenkaan tapahtunut ilman konfliktia lääkärikunnan kanssa. Aallot esimerkiksi joutuivat piirtämään uudelleen suunnitellun koko seinän peittävän potilashuoneen ikkunan ja parantolan puistoon suunnitellut makuuterassit. Hoidollisten tilojen suunnittelua kuitenkin tehtiin pääosin yhteistyössä, ja lääkäreiden kokemukset tuberkuloosipotilaista ohjasivat yhtäläillä tilojen toteutusta arkkitehtien rinnalla.¹²² Parantolan kilpailuehdotuksen läpimenon jälkeen arkkitehdit kuitenkin pääosin toteuttivat itsenäisesti kaikki parantolan tekniset piirustukset, työselitykset, kustannuslaskelmat ja vastasivat rakennustyön ylivalvonnasta.¹²³ Erikoisena todistuksena tästä työnjaosta toimii Oy Aage Havemanns Eftf Ab:n Alvar Aallolle omistama kirje heinäkuulta 1931, jossa sairaalalaitteita jälleenmyyvän yrityksen edustaja tiedusteleo arkkitehdiltä mielipidettä röntgenlaitteiden hankinnasta.¹²⁴ Fakta, että parantolan tuleva ylläkäri Sukkinen oli kirjeen mukaan ohjannut yrityksen edustajan tiedustelemaan asiaa Aallolta, kertoo paljon arkkitehtien merkityksestä projektin hoidollisessa kokonaissuunnittelussa.

Mielenkiintoinen näkökulma Aaltojen arkkitehtonisiin ratkaisuihin on kysymys siitä, ohjasiko arkkitehtuuria ensi kädessä funktionalistiset periaatteet vai eurooppalaisen parantolainstituution historia ja lääketieteelliset vaatimukset? On esimerkiksi esitetty, että Davosin 1800-luvun puolivälin parantolat ilmensivät funktionalismin periaatteita jo huomattavasti ennen Le Corbusierin teorioita. Varhaisissa parantoloissa esimerkiksi Le Corbusierin lempilapsi – tasakattorakenne – omaksuttiin varhain, ilman sen myöhempää ideologista latausta – tasakatto oli Davosissa käytännön ratkaisu keväisin sulavan lumen aiheuttamiin onnettomuuksiin. Myös ympäristötekijöihin kiinnitettiin varhaisten parantoloiden suunnittelutyössä huomiota, joka ilmenee myöhemmin suorana motiivina Le Corbusierin kaupunkisuunnittelussa.¹²⁵ Aallot itse olivat myös ilmeisen tietoisia keskieuropalaisen parantolasuunnittelun kehityksestä. Pariskunta vieraili vuoden 1928 kesällä Euroopan matkallaan vastavalmistuneessa Zonnestraalin parantolassa Alankomaissa, ottaen myöhemmin selkeästi vaikutteita sen arkkitehtuurista. Zonnestraal oli yksi varhaisista merkkirakennuksista niin sanotun ”hygieenisen tyylin” kehityksessä, ja sen suunnittelussa näkyvät pitkälti samat periaatteet kuin Paimiossa. Jopa Le Corbusier osoitti ihailunsa Zonnestraalia kohtaan kuvaillen

¹²¹ Kuva 10; Kalkas, Aalto, ja Savonen 1933, 25–28; Eylers 2017.

¹²² Koskela 1998, 62–73; Eylers 2017.

¹²³ Koskela 1998, 77.

¹²⁴ AAM. Kirjekokoelma, 12900.

¹²⁵ Campbell 2005.

rakennusta ”ajan hengen mallikelpoiseksi monumentiksi”.¹²⁶ On kuitenkin mahdoton sanoa, mitkä vaikuttimet ensikädessä ajoivat arkkitehteja heidän työssään. Aalloille modernismin ideologinen ulottuvuus näyttäytyy selkeästi ensisijaisena periaatteena, mutta modernin suuntauksen kehityksessä aikakauden tautikäsitteisiin linkittyvä hygieniadiskurssi on niin näkyvä, ettei sen vaikutusta kokonaissuunnitteluun voida ohittaa pelkällä huomautuksella.

3.2.1 TILANHALLINTA JA HYGIEENINEN SUUNNITTELU

Funktionaalinen tilanhallinta toimitti merkittävää roolia parantolan toiminnan suunnittelussa – rakennettua tilaa hallitsemalla potilaat tuotiin Foucault-laisittain katsottuna ”tiedon tuotannon kohteiksi”.¹²⁷ Parantola jaettiin suunnittelussa erillisiin siipiin, jotka toimittivat tiedon tuotannon logiikassa omia tarkoituksiaan. Potilashuoneet ja yleishoito sijaitsivat kokonaisuudessaan A-siivessä. A-siiven potilashuoneet olivat kaikki kahden hengen huoneita, ja potilassijoja koko parantolassa oli jaettuna kuuteen kerrokseen yhteensä 286.¹²⁸ B-siipi piti sisällään ”kollektiiviset tilat” ja parantolan lääketieteelliset funktiot. B-siiven alakertaan sijoitettiin laboratorio, leikkaus ja hoitotiloja, kun taas 2–4 kerroksissa sijaitsivat potilaiden käyttämät alueet – ruokasali, ”seurusteluhuoneet”, kirjasto ja työsalit. C-siipeen oli eroteltu huoltotilat. Alemmissa kerroksissa sijaitsivat pesula, ruokavarastot, leipomo ja keittiö eri osineen, kun taas ylimmässä kerroksessa sijaitsi niin sanottu ”henkilökunnan hotelli”, jossa etenkin palvelijattaret ja keittiöhenkilökunta majoittuivat työviikkoina. Yksikerroksiseen D-siipeen sijoittuivat parantolan kattilahuone ja ”lämpötekniikan keskus”.¹²⁹

Funktioiden erottelulla oli tietty arkkitehtuuri-ideologinen lähtökohta, mutta parantolarakentamisen perinteessä tilanhallinta liittyy etenkin lääketieteellisen tiedon kehitykseen tuberkkelibasillin löydöksestä eteenpäin. Bakteriologinen malli pakotti hoidon lisäksi arvioimaan uudelleen myös hoitolaitosten käyttötarkoituksia. Uudet hoitolaitteet vaativat erilliset tilansa (röntgenlaitteet, valohoito, leikkaussalit) ja erityisesti bakteerien tutkimukselle omistetut laboratoriot tuli suunnitella tiukkojen hygieniavaatimusten mukaan. Entisajan sairaaloiden potilashallit korvattiin hygieniasyistä muutaman potilaan potilashuoneilla, jolloin myös erikuntoisten potilaiden ryhmittäminen helpottui.¹³⁰

¹²⁶ Koskela 1998, 88; Eylers 2010, 309; Cremnitzer 2014, 115; Heikinheimo 2016, 46.

¹²⁷ Järvelä 2005.

¹²⁸ Koskela 1998, 66.

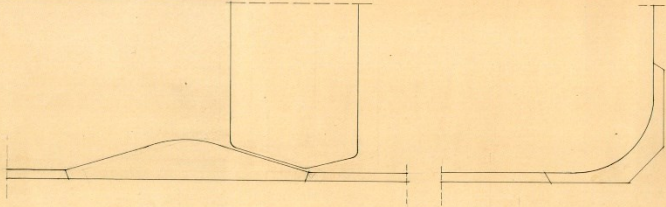
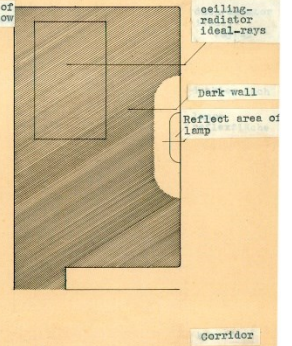
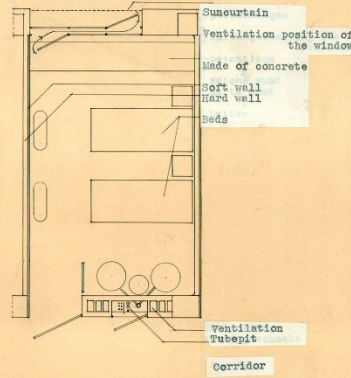
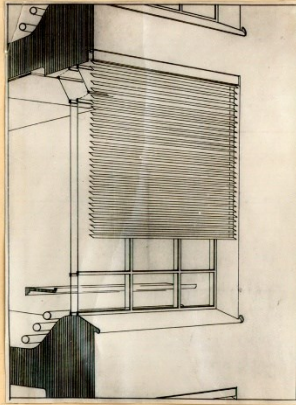
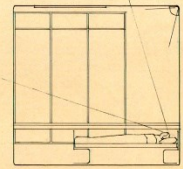
¹²⁹ Kalkas, Aalto, ja Savonen 1933, 25–28. Kuvat 7 ja 8.

¹³⁰ Järvelä 2005.



In a collective dwelling-house (sanatorium) the private room demonstrates the individual part of the residence, sleeping, private hygiene, etc.

Maximum of morning-sun / minimum of afternoon-sun / (sun-curtain) / permanent ventilation through windows / heating rays by ceiling radiator (also cooler air and minimum inner air circulation in the room) / no shadow angle under the window / lamps out of sight (sleeping) / 1/3 of wall area of soft wood (ensolit) to diminish sounds in the room / dark ceiling colours / light wall colours / threshold and foot-boards of rubber-profile.



ARKKITEHTITOIMISTO
ALVAR AALTO & CO
SIGN 53 / 700

/sanatorium paimio/



Kuva 10 ja 11-

10 (ylhäällä)

Aallon toimiston tuottama esittelytaulu parantolan potilashuoneiden suunnitelmasta. Kuvasta on nähtävissä potilashuoneen tärkeimmät funktiot eroteltuina sekä huoneiden yleinen sisustussuunnittelu. Mielenkiintoisesti myös huoneiden pyöristettyjä kumisia jalkalistoja on esitelty erikseen. Listat paransivat tilojen hygieenisyyttä etenkin helpottamalla pölyn siivoamista lattiapinnoilta.

11 (alhaalla)

Parantolan fasadi työn alla - kuva otettu parantolan ruokalasta kohti potilassiipeä. Betonivalut tehtiin lautamuotteihin, joiden jälkiä voidaan nähdä ympäri työmaata. Etualalla näkyvät kannattelevat betonipilarit paljastavat tiilikerroksen alla piilevän betonirungon. Tiilikeros murattiin ulkoseinien päälle eristekerrokseksi.

Kuvalähteet:

AAM. 50-400, 50-003-481.

Käytännöllisten vaatimusten lisäksi parantolan tilanhallinnallisilla ratkaisulla pyrittiin vaikuttamaan parantolan potilaiden toimintaan, valvomaan potilaita ja ylläpitämään hoidollista päivärytmiä. Lähtökohtaisesti kaikki parantolan päivittäiset toiminnot tapahtuivat B-siivessä tai A-siiven katolla parantolan suuressa makuuhallissa. Siirtyäkseen päiväjärjestyksen sääntelemänä uuteen tilaan (ruokasaliin syömään, työsalin töihin, katolle hallimakuulle jne.) potilaan piti aina kulkea parantolan B-siiven läpi keskusportaikosta. Tällä tavoin potilaat ja heidän kuulaisuutensa parantolan sääntöihin tuotiin valvonnan alaisuuteen, eli voitiin olettaa, että jos potilas on määriteltynä aikana väärässä paikassa, pyrki hän rikkomaan jollain tavoin parantolan yhteisiä sääntöjä.

Parantolaelämän kurinalaisuutta korostaa edelleen potilaiden ryhmittäminen sukupuolen ja taudinkuvan mukaan. Potilaat jaoteltiin kerroksiin sukupuolen mukaan ja esimerkiksi hallimakuiden kohdalla kerroskohtaisia jakoja sekä makuiden sääntöjä valvottiin tarkasti henkilökunnan toimesta.¹³¹ Makuuhalleja oli kahta tyyppiä – suuri 120 paikkainen halli kattoterassilla ja kuusi 24-paikkaista makuuhallia osastojen yhteydessä. Terveemmät potilaat suorittivat hallimakuit kollektiivisesti katolla, mutta sairaammat tai ”psyhykkisesti aremmat” potilaat makasivat tarkemmin valvotuilla osastojen terasseilla.¹³²

Rationaalisesti suunniteltu parantolan potilassiipi oli jokseenkin tietoinen vastakohta teollistuneiden kaupunkien kaaokselle, josta irrottautuminen oli yksi hoidon lähtökohdista. Potilashallit olivat valoisia, väljiä ja ilmavia, eikä henkilökunta erikseen suojautunut basilleilta päivittäisessä toiminnassaan.¹³³ Rationaalinen suunnittelu ja tilanhallinta mahdollisti ajatuksen tasolla ”tartuntavapaan” parantolan. Parantola oli institutionaalisesti omanlaisensa esimerkki tai vastaus hygieniadiskurssiin, sillä parantoloiden seinät ja säännöt todistivat tuberkuloosin olevan hallittavissa oleva tauti, kunhan tietyt kriteerit täytettiin. Parantoloiden olikin tarkoitus valaa toivoa tuberkuloosityön merkityksestä potilaisiin ja kansakuntaan, etenkin kun parantoloiden rakentamiseen sijoitettiin huomattavasti julkista rahaa.¹³⁴

Myöhemmässä Aaltojen arkkitehtuuria käsittelevässä tutkimuksessa hygieeninen suunnitteluperiaate on tiivistetty ajatukseen parantolasta ”kokonaistaideteoksena”. Parantolan kokonaisuudessa yhdistyivät funktionalismin periaatteet, huonekalusuunnittelu, visuaalisuus ja potilaisiin kohdistunut humanistinen lähestymistapa – parantola suunniteltiin potilaiden tarpeisiin.¹³⁵ Parantoloihin ja tuberkuloosiin liittyvät diskurssit kuitenkin pakottavat arvioimaan uudelleen tätä näkökulmaa. Mitkä olivat potilaiden tarpeet? Käsitykseni mukaan Aaltojen suunnittelussa potilaiden tarpeet merkitsivät tosiasiallisesti lääketieteellisen instituution tarpeita, lääkärikunnan tarpeita ja vasta loppupään prioriteettina olivat yksilöiden tarpeet. Parantolat olivat tavoitekeskeisiä – niiden oli tarkoitus hoitaa tuberkuloottisia – eikä

¹³¹ Törrönen 1983, 48–49; Järvelä 2005; Jauho 2007, 244–45.

¹³² Koskela 1998, 61.

¹³³ Törrönen 1983, 52–54; Campbell 2005; Eylers 2010, 112.

¹³⁴ Kuusi 2003, 52–57; Jauho 2007, 254–57.

¹³⁵ Koskela 1998, 77–83; Heikinheimo 2016, 257–61; ”Paimion parantola -säätio - Paimion parantolan historia” 2024.

potilaita haluttu pitää hoidossa tarpeettoman pitkään.¹³⁶ Kokonaistaideteoksen ajatuksen keskiössä on, että potilaiden aika parantolassa olisi mahdollisimman miellyttävä, ja että arkkitehtoninen kokonaisuus toimittaisi parantavaa roolia hoidossa. Nämä tekijät olivat kuitenkin lääkärikunnalle jokseenkin toissijaisia – parantolan funktionalismin tärkein tehtävä oli mahdollistaa tietty järjestys parantolassa ja tuottaa moderniin tuberkuloosin hoitoon tarvittavaa lääketieteellistä tietoa potilaista. Potilaiden positiivisen hengen ylläpitäminen oli yksi sivujuonne parantolan arjessa, mutta niin sanotussa totaalisessa instituutiossa mitä parantolat edustavat, potilaiden toiminnan hallinta arkkitehtonisten tilojen, sekä kurin ja sääntöjen avulla oli tehokkain ratkaisu potilaiden toiminnan hallintaan.¹³⁷

3.2.2 PARANTOLAYMPÄRISTÖ

Parantola-arkkitehtuuriin ja hygieeniseen käsitykseen tuberkuloosista liittyi olennaisesti ympäristön vaikutus potilaiden hoitoon. Ympäristötekijöiden huomioonotto tuberkuloosityön kokonaisuudessa juonsi juurensa pitkälti miasmaopin perinteelle, joka taas muodostui pitkässä kuvassa humoraaliopin pohjalta. Miasmaoppi edelsi tautien bakteriologista selitystä 1800-luvulla, mutta vielä 1930-luvulla vanhakantainen selitysmalli piti tiettyjen diskurssien yhteydessä vahvaa jalansijaa. Miasmaopin mukainen ympäristöhygieniä kiinnitti huomiota ympäristön ja asuinsijojen kosteuteen, ilmanlaatuun (erityisesti pahan hajuista, seisovaa ilmaa piti välttää) sekä säätiloihin. Rakennusten oikeaoppisella sijoittelulla, tiettyjen maastonmuotojen välttämällä, esimerkiksi soita kuivattamalla, voitiin puhdistaa ympäristöä tautien vaaroilta.¹³⁸

Parantolarakentamisen perinteessä voidaan nähdä monia ympäristöhygieenisia diskursseja. Kansanparantoloiden kotiseuduilla Saksassa parantoloita rakennettiin lähtökohtaisesti korkeisiin maastonkohtiin vuorille, joissa ilmanlaadun ja ympäristötekijöiden nähtiin olevan otolliset parantoloiden tarpeisiin. Vuori-ilmasto oli ympäristönä vastakohta kaupunkien saastuneelle kostealle ilmalle, sillä vuoristoissa ilma oli kuivaa, korkeuden uskottiin tehostavan kehon, etenkin sydämen toimintaa, ja ehkä mielenkiintoisimpana elementtinä, mäntypuiden uskottiin tuottavan vuoristoissa otsoonipitoista ilmaa, jolla oli suoria positiivisia terveysvaikutuksia potilaiden taudintilaan.¹³⁹

Suomessa Alppien puutteessa parantoloita rakennettiin etenkin Preitilän tapaisille kuiville mäntykankaille. Tärkeitä paikkaa määrittäviä tekijöitä olivat hiekka- tai soramaasto, korkea maastonkohta sekä mäntymetsän läheisyys. Lisäksi parantolat pyrittiin sijoittamaan kaupunkien ulkopuolelle niin ympäristöhygienian, kuin käytännön syistä. Tonttimaan hinta syrjäisemmissä paikoissa oli huomattavasti halvempaa kuin kaupungeissa, ja parantoloiden rakentaminen vaati laajoja maa-aloja. Mäntymetsän ilmanlaatu mahdollisesti hoidollisesti merkittävien hallimakuiden toteuttamisen parantoloissa, mutta myös luonnon rauhoittava

¹³⁶ Jauho 2007, 242–46 & 255.

¹³⁷ Laes ym. 1958; Törrönen 1983, 48–50; Järvelä 2003; 2005; Havula 2021, 51–56.

¹³⁸ Jauho 2007, 89–95; Eylers 2010, 106–7.

¹³⁹ Eylers 2010, 118–21.

vaikutus potilaisiin otettiin huomioon parantola-alueita suunniteltaessa. Puistomaiset alueet toivat parantolaympäristöön esteettisiä elementtejä, joiden katsottiin olevan hyödyksi yleiskunnan parantumiselle – parantola oli selkeästi potilaiden arkielämästä irrallinen tila, jota jälleen korostettiin kaupungeista eroavilla ”luonnonläheisillä” elementeillä.¹⁴⁰

Paimion parantolan kokonaissuunnittelussa puistoalueet ja ympäristösuunnittelu toimittivat merkittävää hoidollista roolia. Kuten mainittua, oli parantolan tilanhallinta jo itsessään ympäristöhygieenistä suunnittelua, sillä esimerkiksi auringonvalon määrä parantolan tiloissa pyrittiin maksimoimaan suuntaamalla suurimmat ikkunat etelään. Myös makuuhallit suunnattiin etelään, jolloin otsoonipitoisen ilman lisäksi potilaat saivat hallimakuiden aikana suoraa auringonvaloa. Katolle istutetut vuorimännyt muodostivat niin sanotun ”kattopuutarhan”,¹⁴¹ jonka oli tarkoitus ”estää hallien liikaa kuumenemistä keskikesän kuukausina”. Parantolan muiden tilojen suunnittelussa otettiin huomioon ulos avautuvan maiseman merkitys, sillä Aalto selitti vaihtuvien näköalojen antavan potilaille ”psykykkistä vaihtelua” ja vuorokaudenajan mukaan valinnanvaraa varjoisien tai valoisten tilojen välillä.¹⁴²

Parantola rakennettiin nuorelle, ilmeisesti istutetulle mäntykankaalle, ja maisemasuunnittelun periaatteena oli säilyttää mahdollisimman laajasti jo olemassa olevaa metsämaisemaa. Puiden ollessa matalia, myös näkymät parantolan ylemmistä kerroksista olivat varsin avoimet. Merkittävin puistoelementti Paimiossa oli parantolan takapihalle avautuva ”serpentiinipolku”, joka muodostui viiden suihkulähteen ja niitä mukailevan kävelyreitit kokonaisuudesta.¹⁴³ Alkuperäisissä piirustuksissa arkkitehdit olivat kaavailleet takapihalle maantasoisia makuuhalleja, mutta parantolan potilasmäärän kasvaessa kesken suunnittelun, siirrettiin suuri makuuhalli lopulta parantolan katolle.¹⁴⁴ Serpentiinipolku seurasi alkuperäisen suunnitelman linjoja – sen käyttötarkoitus oli lopulta tarjota potilaille lähellä parantolaa sijaitseva ulkoilureitti kevyttä kävelyä varten.¹⁴⁵ Parantolan luonnonmukaisuus oli siis lopulta varsin kuratoitua, ja suurta huomiota kiinnitettiin parantolan potilaiden kokemukseen ympäröivistä luonnonelementeistä. Ulkoilureitin sijoittuminen parantolarakennuksen ja ylläkkärin asunnon välimaastoon,¹⁴⁶ tuo jälleen näkyville tilanhallinnallisen elementin suunnittelussa. Potilaiden toiminta pyrittiin tuomaan henkilökunnan valvonnan alaisuuteen, jolla varmistettiin, etteivät potilaat poikenneet parantolan säännöistä. Entisten potilaiden mukaan ylläkkäri Sukkisella olikin tapana tarkkailla asuntonsa parvekkeelta kiikareilla potilaiden toimintaa parantolan takapihan ympäristössä.¹⁴⁷

¹⁴⁰ Saarikko 2007, 19–22; Jauho 2007, 255.

¹⁴¹ Ks. Kuvat 12 ja 13.

¹⁴² Kalkas, Aalto, ja Savonen 1933, 26.

¹⁴³ Kuva 8.

¹⁴⁴ Koskela 1998, 66.

¹⁴⁵ Saarikko 2007, 25.

¹⁴⁶ Saarikko 2007, 29.

¹⁴⁷ Törrönen 1983, 49.

4 POTILAIEN HOITO JA SEURANTA

” Parantolassa ollessaan potilaan on täsmällisesti noudatettava parantolan järjestyssääntöjä sekä lääkäreiden ja hoitajattarien määräyksiä. Jos lääkäri katsoo potilaan hoidon kannalta hyödylliseksi määrätä hänelle sopivaa työtä, on potilaan siihen suostuttava. ”¹⁴⁸

” Kun jossakin henkilössä on todettu keuhkotauti, olisi useimmissa tapauksissa onnellisinta, jos hän heti pääsisi keuhkotautiparantolaan. Hoito vaatii lepoa ja mielenrauhaa, ja näitä eivät kotiolot aina tarjoa. Tämä on erikoisen tärkeätä juuri taudin alussa, jolloin uusi asiantila on saattanut vaikuttaa järkyttävästi sairaaseen. Parantolassa hän oppii ymmärtämään, että keuhkotauti on pitkälinen, vakava tauti, jota on kauan, huolellisesti ja kärsivällisesti hoidettava, mutta samalla hän myös oppii, että hoidon tuloksena saattaakin sitten olla terveyden täydellinen palautuminen. Vaikka sairaalla ei olisikaan tilaisuutta kyllin pitkäaikaiseen parantolassa oloon, oppii hän siellä joka tapauksessa hoidon pääperiaatteet ja ne varokeinot, joita hänen on kotioloissa noudatettava tartunnan leviämisen ehkäisemiseksi. ”¹⁴⁹

Edellä mainitut sitaatit kuvaavat osuvasti parantoloiden hoidollisia periaatteita 1930-luvulla. Parantolahoito tarkoitti potilaille lähtökohtaisesti pitkäaikaista eristystä normaalista elämästä – parantolassa potilaan tuli levätä ruumiinvoimien palautumiseksi mutta toisaalta oppia elämään taudin kanssa. Parantolassa ollessaan potilaat sitoutuivat parantolan sääntöihin ja antautuivat hoitohenkilökunnan määräysvallan alaisiksi, oli sitten kyse ”työterapiasta”, kirurgisista toimenpiteistä tai rutiineista parantolahoidon aikana.

Hoito ei useissakaan tapauksissa johtanut tervehtymiseen taudista, vaan tarkoituksena oli palauttaa potilas toimintakykyiseksi yhteiskunnan osaksi. Parantola oli tällä tavoin yhtäläillä hoitolaitos kuin pedagoginen instituutio, sillä potilaan oli tarkoitus myös sisäistää tärkeimmät tuberkuloosin vastustamisen strategiat. Paimion parantolan vuosikertomuksista voidaan selkeästi todentaa näiden diskurssien olemassaolo. Vaikka parantolan suunnittelu oli tietyiltä osin innovatiivista ja aikakaudelle uniikkia, voidaan parantolan hoito liittää kiinteästi osaksi parantolaperinteen historiallista jatkumoa.

¹⁴⁸ Suomen tuberkuloosin vastustamisyhdistys 1933, 4.

¹⁴⁹ Savonen 1934, 13–14.

4.1 PARANTOLAN DEMOGRAFIA

Parantolan potilaista suurin osa niin mies- kuin naispotilaista oli alle 30-vuotiaita ja tätä vanhempia potilaita taas oli alle puolet koko parantolan demografiasta. Tarkasteluajanjaksolla potilaiden sukupuolijakauma oli lähes 50/50 – miehiä parantolasta poistui 1587 ja naisia 1470. Sukupuolten ikäjakauman osalta eroa on vain vanhempien potilaiden kohdalla. Yli 40-vuotiaita miespotilaita oli tutkimuksen ajanjaksolla 243, kun taas samassa ikäryhmässä naispotilaita oli vain 121. Merkittävimmässä 16–35-vuotiaiden ikäryhmässä sukupuolijakauma on jälleen lähes 50/50, sillä tästä ikäryhmästä miespotilaita oli 1178 ja naispotilaita 1140. Hyvin nuoria potilaita parantolassa oli tarkastelujaksolla ylipäänsä vähän, ja tässä ikäryhmässä ei ole nähtävissä merkittävää sukupuolieroa.¹⁵⁰

Sukupuolijaon osalta on huomattavaa, että molemmat sukupuolet ovat parantolassa tasaisesti edustettuina. Tämä johtuu pitkälti parantolan säännöistä, joiden perusteella potilaat erotettiin sukupuolen mukaan omiin kerroksiinsa – 3 naisten ja 3 miesten kerrosta parantolan kuudesta.¹⁵¹ Kaikkiaan parantolassa oli 286 potilaspaikkaa, joista Turun kaupunki omisti 100 ja loput 51 omistajakuntaa 1–10 paikkaa kuntaa kohti.¹⁵² Sukupuoliin kohdistettiin huonejaon lisäksi muitakin aikansa moraalikäsitteiden mukaisia oletuksia. Potilaat saivat kuitenkin parantolan päivittäisissä toiminnoissa seurustella keskenään sukupuoleen katsomatta, ja virallisten sääntöjen rinnalle kehittyikin jo 1930-luvun aikana oma kulttuurinsa, jossa potilaiden välisiä parisuhteita katsottiin sormien läpi hoitohenkilökunnan puolesta.¹⁵³

Yleisen ikäjakauman lisäksi vuosikertomuksissa eroteltuna ovat poistuneiden potilaiden ammatit eri vuosina. Lähtökohtaisesti parantola palveli kaikkia kuntaliiton alueella asuvia yhteiskuntaluokkaan katsomatta, joka näkyy myös potilaiden ammateissa. Ammattien kirjossa edustettuina olivat niin juristit, taiteilijat, insinöörit kuin autonkuljettajat, mutta ylivoimaisesti suurimmaksi ammattiryhmäksi nousivat ”työmiehet, tehdastyöläiset, käsityöläiset ja heidän perheittensä jäsenet”. Lähes puolet (48.7 %) kaikista tutkimuksen ajanjaksolla parantolasta poistuneista potilaista kuuluivat tähän ammattiryhmään; kaikkiaan 1533 potilasta kaikista 3148 ammateittain kirjatusta. Työväen lisäksi myös maatalouselinkeino oli ammateissa edustettuna 21,5 % potilaista. Kaiken kaikkiaan parantolan potilaista suurin osa oli tilaston perusteella työväenluokkaisia, sillä esimerkiksi palvelijattaret, merimiehet ja rautatiehenkilökunta ovat merkittävä liki 10 % osuus kaikista potilaiden ammateista.¹⁵⁴

¹⁵⁰ Kuviot 1 & 2. Taulukko 2.

¹⁵¹ Törrönen 1983, 52 & 61.

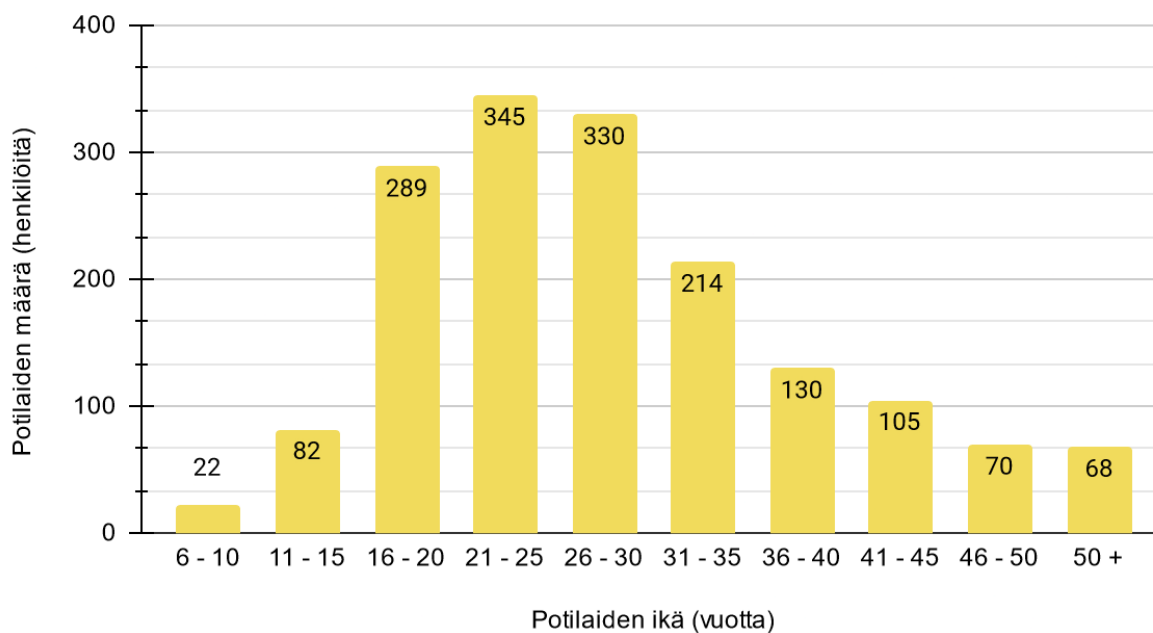
¹⁵² Törrönen 1983, 48.

¹⁵³ Eylers, Malmberg, ja Sainio 2016, 124; Havula 2021, 58–62.

¹⁵⁴ Taulukko 3.

Kuvio 1. Yhteenveto Paimion parantolan vuosikertomusten "Parantolasta poistuneiden ikä" - taulukon "Miehiä" -sarakkeesta.

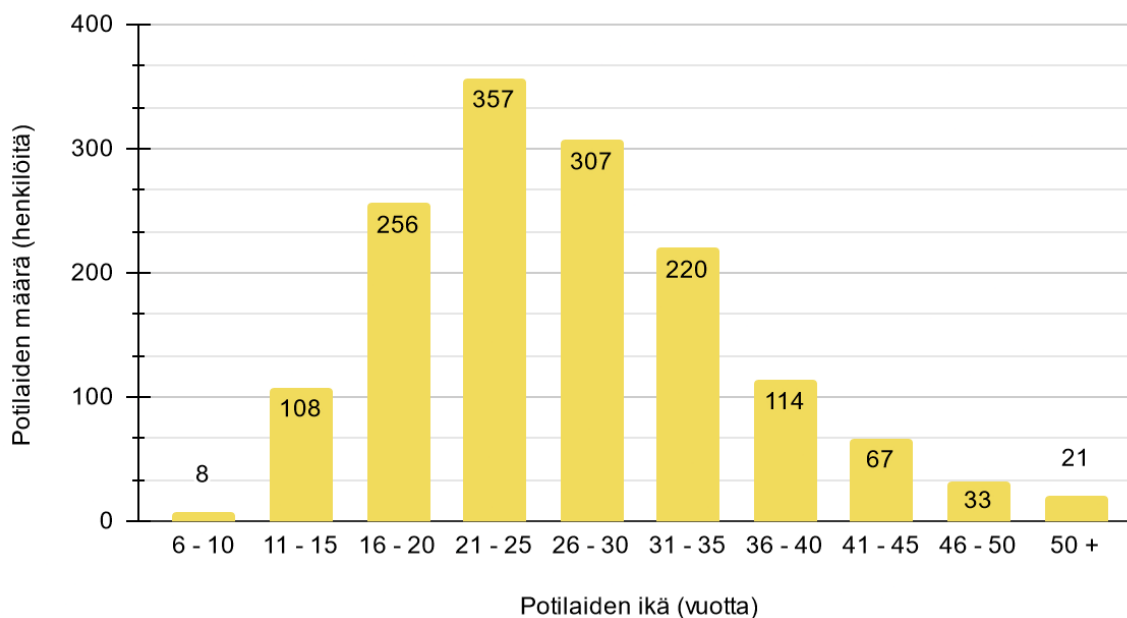
Poistuneiden miespotilaiden ikäjakauma 1933-1939



Lähde: PPA. "Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomukset" 1933-1939.

Kuvio 2. Yhteenveto Paimion parantolan vuosikertomusten "Parantolasta poistuneiden ikä" -taulukon "Naisia" -sarakkeesta.

Poistuneiden naispotilaiden ikäjakauma 1933-1939



Lähde: PPA. "Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomukset" 1933-1939.

Taulukko 2. Yhteenveto Paimion parantolan vuosikertomusten ”Parantolasta poistuneiden ikä” -taulukoista.

1933–1939			
<i>Ikä (Vuotta)</i>	<i>Miehiä</i>	<i>Naisia</i>	<i>Yht.</i>
6–10	22	8	30
11–15	82	108	190
16–20	289	256	545
21–25	345	357	702
26–30	330	307	637
31–35	214	220	434
36–40	130	114	244
41–45	105	67	172
46–50	70	33	103
50 +	68	21	89
Nuorin 6, vanhin 73.	1587	1470	3146

Lähde: PPA. ”Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomukset” 1933–1939.

Työläiset olivat parantolan demografiassa huomattavan yliedustettuina aikakauden elinkeinorakenteeseen nähden. Vuonna 1930 koko Suomen työikäisistä 16,8 prosenttia työskenteli teollisuuden alalla, ja vuoteen 1940 mennessä teollisuustyöläisten määrä oli noussut 21 prosenttiin työikäisistä. Samalla ajanjaksolla maataloudessa työskentelevien määrä putosi 59,5 prosentista vuonna 1930, 51,4 prosenttiin vuonna 1940.¹⁵⁵ Asian tila johtuu jokseenkin yksiselitteisesti vuoden 1930 tuberkuloosilaista, jonka mukaan valtionapua saavien tuberkuloosiparantoloiden tuli tarjota vähintään puolet sairassijoista ilmaiseksi ”vähävaraisia tai varattomia potilaita varten”.¹⁵⁶ Parantolaan haettaessa potilaan piti lääkärintodistuksen ja henkilötietojen lisäksi esittää joko maksusitoumus hoitomaksuista tai köyhäinhuoltovirannonaisen kirjaama ”vähävaraisuus tai varattomuustodistus”. Lopullisen päätöksen parantolaan pääsystä teki Paimiossa ylilääkäri Sukkinen. Päivämaksu Paimion parantolan avaamisvuonna 1933 oli 20 markkaa.¹⁵⁷ Vaikka vain noin puolet potilaista maksoi hoitopäivämaksua, olivat ne merkittävä tuloerä parantolan alkuvuosina – päivämaksujen kokonaisuus parantolan tuloista liikkui miljoonan markan paikkeilla koko tarkastelujakson ajan. Toisaalta myös parantolan käyttökustannukset kasvoivat 2,2 miljoonasta markasta vuonna 1933, 3,2 miljoonaan vuonna 1939, pienentäen päivämaksujen merkitystä parantolan taloudelle. Valtionapu säilyi koko tarkastelujakson – avaamisvuotta lukuun ottamatta (1,1 milj.) – 1,4 miljoonan markan tasolla. Lisätuloja parantola hankki maatalouden tuotoilla, lahjoituksilla ja omistajakunnilta kerätyillä maksuilla.¹⁵⁸

¹⁵⁵ Tilastollinen päätoimisto 1940, 56; 1946, 46–49.

¹⁵⁶ *Laki kunnallisille mielisairaaloille sekä tuberkulosia sairastavien hoitolaitoksille ja tuberkulosin vastustamistyön edistämiseksi annettavasta valtionavusta*. 269/1929. 1930.

¹⁵⁷ Suomen tuberkuloosin vastustamisyhdistys 1933; Törrönen 1983, 48.

¹⁵⁸ PPA. Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomukset 1933–1939, osioista ”Varsinais-Suomen Tuberkuloosiparantolan menot ja tulot”.

Taulukko 3. Yhteenveto Paimion parantolan vuosikertomusten "Poistuneiden potilaiden ammatti" -taulukoista.

1933–1939		
<i>Ammattinimike</i>	<i>Määrä (potilaita)</i>	<i>% -potilaista</i>
Talollisia ja heidän perheittensä jäseniä (hpj.)	548	17.4 %
Pientilallisia ja hpj.	130	4.1 %
Työmiehiä, tehdastyöläisiä, käsityöläisiä ja hpj.	1533	48.7 %
Liikemiehiä ja hpj.	74	2.4 %
Virkailijoita ja hpj.	101	3.2 %
Konttoristeja ja liikeapulaisia	184	5.8 %
Ylioppilaita ja korkeakoululaisia	41	1.3 %
Opettajia ja hpj.	30	1.0 %
Insinöörejä ja teknikoita	30	1.0 %
Rautatie- ja postihenkilökuntaa	67	2.1 %
Sairaanhoidajattaria ja kättilöitä	23	0.7 %
Palvelijattaria	162	5.1 %
Tohtoreita, maistereita, juristeja, upseereita	26	0.8 %
Ammattikoululaisia	33	1.0 %
Työnjohtajia	51	1.6 %
Merimiehiä	51	1.6 %
Taiteilijoita	14	0.4 %
Autoilijoita	37	1.2 %
Kunnanhoitolaisia	2	0.1 %
Talonhoitajattaria	4	0.1 %
Talonomistajia	3	0.1 %
Apteekin henkilökuntaa	4	0.1 %
Yht.	3148	100 %

Lähde: PPA. "Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomukset" 1933–1939.

4.2 HOIDON LÄHTÖKOHDAT

Parantolan potilaiden hoidon lähtökohtana toimi parantolan avaamisesta 1933 alkaen ”hygieenisdiетillinen” parantolahoito, ”jolla säännöstellyin lepoajoin ja hallimakuin sekä raittiin ilman, asiaan kuuluvan liikunnan ja runsaan, taudin laatuun kuuluvan ravinnon avulla pyritään vaikuttamaan yleistilan paranemiseen”.¹⁵⁹ Hoitomenetelmä siis hyvin suoranaisesti noudatteli eurooppalaista ilmastoterapistia mallia. Vuoden 1933 jälkeen vuosikertomuksissa ”potilaitten hoitomenetelmät” kohdassa hygieenisdiетillisen hoidon sijaan viitataan vain potilaiden ”yleishoitoon”. Yleishoidon aktiivinen osa koostui vuosikertomusten perusteella ravinnon, työhoidon, ”henkisten harrastusten” ja kirurgisten hoitojen yhdistelmästä.

Samaa hoitometodia sovellettiin kaikille potilaille, sillä hyvin harvinaisia poikkeuksia lukuun ottamatta jokainen parantolan potilas sairasti keuhkotuberkuloosia tai muuta tuberkuloosin muotoa. Sisään otettaessa jokainen potilas röntgenkuvattiin keuhkotuberkkelien tunnistamiseksi, ja joissain tapauksissa lisäksi toteutettiin basillinäytteen värjäys diagnoosin vahvistamiseksi.¹⁶⁰ Lisäksi ainakin parantolan avaamisvuonna jokainen henkilökunnan jäsen röntgenkuvattiin.¹⁶¹ Yleiskunnon, painon ja kuumeen seuraamisen lisäksi laboratoriokokeita (pääosin basillien värjäyksiä) sekä röntgenkuvauksia suoritettiin hoidon aikana potilaiden terveydentilan muutosten seuraamiseksi. Terveydentilan mahdollisesti heikentyessä lääkäreillä oli kuitenkin vain rajallisesti keinoja toteuttaa minkäänlaisia interventioita – erilaiset leikkaushoidot olivat tutkimuksen ajanjaksolla ainut kliininen ratkaisu vakavissa

Taulukko 4. Yhteenveto vuosikertomusten hoitopäivä koskevista merkinnöistä

Vuosi	Potilaiden keski-luku per. päivä	Hoitopäivien keski-määrä per. potilas	Hoitopäiviä yht.
1933	263	122.50	82,699
1934	284.98	232.18	104,018
1935	285.55	226.78	104,224
1936	284.94	240.83	104,288
1937	284.33	260.51	103,782
1938	284.27	235.63	103,757
1939	248.25	253.37	90,619

Lähde: PPA. ”Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomukset” 1933–1939. Tilastossa vain yli 30-päivää parantolassa hoidossa olleet potilaat.

tuberkuloositapauksissa.¹⁶²

Hoitojaksot parantolassa olivat lähtökohtaisesti pitkiä, sillä parhaassakin tapauksessa vei aikaa, että yleishoito alkoi näkymään positiivisesti potilaan terveydentilassa. Päästyään parantolaan potilaat viettivät tutkimuksen ajanjaksolla keskimäärin yli puoli vuotta hoidossa.¹⁶³ Törrönen on selvittänyt Paimion ensimmäisen

¹⁵⁹ PPA. ”Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomus 1933” 1934, 11–12.

¹⁶⁰ Järvi 2001, 21–22.

¹⁶¹ ”Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomus 1933” 1934, 12.

¹⁶² Törrönen 1983, 50–52; Eylers, Malmberg, ja Sainio 2016, 107–8.

¹⁶³ Taulukko 4.

potilaan vaiheita, ja tapaus toimiikin mielenkiintoisena, vaikkakin äärimmäisenä esimerkkinä yleishoidon passiivisesta luonteesta ja hoidon tulosten epävarmuudesta:

” Parantolan ensimmäinen potilas oli 41-v. ajomies Maariasta, joka syksyllä 1931 oli sairastunut yskään, väsymykseen ja kuumeiluun, todettiin keuhkotuberkuloosi ja oli hoidossa Iisalmen parantolassa 15.2.-30.11.32. Oik. puolen yritettiin ilmarintaa siinä onnistumatta, Kuopiossa tehtiin oik. puolen palleahermo- leikkaus 5.4.32. Paimion sairaalaan hänet kirjoitettiin ensimmäisenä potilaana 21.2.1933, parantolassaoloaikana ysköksissä lähes jatkuvasti tb-basilleja. 211 hoitopäivän jälkeen, 20.9.1933 potilas pääsi kotiin. Tauti kuitenkin jatkui edelleen ja toisen kerran hän tuli sairaalaan 28.9.1934 ja oli hoidossa 2904 päivää, päästen pois 13.8.1943. Jälkimmäiselläkin kerralla ysköksissä oli lähes jatkuvasti tb-basilleja niitä tutkittaessa. Keuhkoissa oli mol.puolinen tuberkuloosi, mitään aktiiveja hoitotoimenpiteitä potilaalle ei tehty. Röntgenologisesti tila oli selvästi huonompi poistua 13.8.1943. Myöhemmistä vaiheista parantolan sairauskertomuksessa ei ole tietoja.”¹⁶⁴

Maarialainen ajomies siis vietti lähes koko 1930-luvun parantolajärjestelmässä hänen terveydentilansa yhtään kehittymättä lähtötilanteesta. On mielenkiintoista pohtia, miten paljon vastaavia tapauksia parantoloista voitaisiin löytää, sillä kuten kuvauksesta selviää, ajomies ehdittiin kotiuttaa parantolasta kertaalleen ensimmäisen puolen vuoden jakson jälkeen. Vuosikertomuksien tilastoihin ei ole merkitty miten monet potilaista olivat ensikertalaisia, mutta voidaan olettaa, että ainakin osa potilaista tuli palaamaan parantolaan, sillä merkittävässä osassa kotiutuksia potilaat eivät olleet parantuneet taudista.¹⁶⁵ Parantolan jälkeen potilaan olikin tarkoitus oppia elämään taudintilansa kanssa niin sanottuna ”terveyskansalaisena”.¹⁶⁶ Lisäksi maan kattava tuberkuloosihoitolatoiminta toi tuberkuloosityön koteihin, ja yksi huoltoloiden eksplisiittisistä tavoitteista olikin helpottaa parantoloihin kohdistuvaa painetta.¹⁶⁷

4.2.1 HALLIMAKUU JA TYÖTERAPIA

Hygieenisdiätillisessä hoidossa tärkeää roolia esitti aktiivisuuden ja levon tasapaino. Potilaat haluttiin parantolaan lähtökohtaisesti lepäämään ja vahvistumaan, mutta samaan aikaan liiallisen lepäämisen uskottiin johtavan joutilaisuuteen. Tätä logiikkaa käyttäen potilaille pyrittiin tarjoamaan lepoa ja työtä tasamäärin.¹⁶⁸ Pipsa Havulan muistitietotutkimuksessa nostetaan esiin SKS:n parantolaperinteen keruukilpailun vastauksen pohjalta laadittu päivärutiini Paimiosta 1950-luvun puolivälistä:

” 7:00: Vuoteesta nousu
7:00–8:00: Peseytyminen, pyyhkeet, vuoteitten laitto
8:15: Ensimmäinen aamiainen (puuro ja lasi maitoa)
8:30–9:30: Kävely tai työ
9:30–11:00: Hallimakuu

¹⁶⁴ Törrönen 1983, 52.

¹⁶⁵ Esim. Järvi 2001, 28.

¹⁶⁶ Jauho 2007, 242–43 & 366–68.

¹⁶⁷ Härö 1992, 88–92; Jauho 2007, 272–80.

¹⁶⁸ Härö 1992, 127–30.

11:15: Toinen aamiainen (pyhäpäivänä 11:00)
12:00–14:00: Hiljainen halli (pyhäpäivänä 11:45–13:30)
14:15: Kahvi tai tee (pyhäpäivänä 14:00)
14:30–16:00: Kävely tai työ
16:00–17:30: Hallimakuu
18:00: Päivällinen
18:30–20:30: Kävely, opiskelu ym. harrastukset
21:00: Huoneisiin
21:30: Makuulle, valot sammutetaan
Ulko-ovet suljetaan klo 20:00, kesäaikaan klo 21:00.
Vierailuaika 14:00–15:30 pyhäisin 13:45–16:30. ”¹⁶⁹

Kuvattu aikataulu edustaa jo loppuvaiheen parantolakulttuuria, sillä hoitajaksojen lyhentyessä 1950–1960-luvuilla kehittyneiden lääkehoitojen myötä, myös tiukat päivärytmit alkoivat hiipua parantolan elämää määrittävänä tekijänä. Voidaan kuitenkin olettaa, että 1930-luvulla parantolan päivärytmi on ollut hyvin samankaltainen.¹⁷⁰ Aikataulussa juuri hallimakuut ja työhoito määrittivät vahvasti päivän kulkua.

Hallimakuut mainitaan vuosikertomuksissa harvakseltaan, vaikka niiden rooli aikakauden hoidossa oli merkittävä. Oman näkemykseni mukaan hallimakuiden rooli hoidossa oli 1930-luvulla niin sisäänrakennettu parantoloiden toimintalogiikkaan, etteivät ne kaivanneet vuosikertomuksissa erillistä mainintaa. Hallimakuita kuitenkin tehtiin kaikissa Suomen parantoloissa, ja potilaita jopa ohjeistettiin ottamaan mukaansa parantolaan lähtiessä tyyny ja lämpimiä vaatteita hallimakuita varten.¹⁷¹ Hallimakuita määrittivät sen lääketieteelliset hyödyt,¹⁷² mutta mielenkiintoisesti hoitoa ohjasivat myös tarkat säännöt, joita niin henkilökunta kuin muut potilaat valvoivat. Potilaille hallimakuun rooli parantolahoidossa jäi ilmeisen usein epäselväksi, ja potilaiden kokemuksissa makuut muistetaan pääosin pakollisena, epämiellyttävänä kokemuksena – hallimakuita toteutettiin ympäri vuoden jopa kovilla pakkasilla, joten ei jää arvailun varaan mistä epämieltymys yli tunnin kerrallaan kestäviin makuuhoitoihin johtui.¹⁷³ Vuosi parantolan valmistumisen jälkeen katon suureen makuuhalliin asennettiin lisäksi lisäkatos, ilmeisesti helpottamaan sääolojen vaikutusta hoidon toteutukseen.¹⁷⁴

Työhoito tarjosi potilaille aktiivista toimintaa hallimakuiden passiivisuuden vastapainoksi. Työhoito sai tarkastelujaksona monia muotoja, ja vuosikertomuksissa on esimerkiksi selkeästi eroteltu miesten ja naisten toteuttamat erilaiset työt. Avaamisvuonna miespotilaat ahkeroivat parantolan lähialueen metsien siistimisen parissa, kun taas naispotilaat

¹⁶⁹ Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran arkisto, perinteen ja nykykulttuurin kokoelma. Parantola 1–4/1: 1–1047. 1971, M1955, viitattu lähteestä; Havula 2021, 10–11.

¹⁷⁰ Jauho 2007, 243–44; Eylers, Malmberg, ja Sainio 2016, 125.

¹⁷¹ Suomen tuberkuloosin vastustamisyhdistys 1933, 4.

¹⁷² Jauho 2007, 249; Eylers, Malmberg, ja Sainio 2016, 105–6.

¹⁷³ Havula 2021, 70–73.

¹⁷⁴ Malmberg ja Mentu 2016, 260.

tekivät ”liinavaate- y.m. neuloustöitä työsalissa”.¹⁷⁵ Vuosina 1934–1939 työterapian kuvailu pelkistyi muotoon:

” Sekä miehille että naisille on voitu järjestää työskentelyä ulkoilmassa. Työhoitoon soveliaat ovat osallistuneet metsänpuhdistus-, ympäristönsiivous- ja puutarhatöihin kiireellisinä aikoina kahdessa vuorossa. Työsalissa ovat naispotilaat ahkeroineet liina- ja vaateompelussa sekä kudontatöissä. Miesten sisätyönä on ollut kirjansidonta.”¹⁷⁶

Käytännössä parantolan potilaita siis käytettiin ilmaisena työvoimana parantolan ylläpidossa. Kuitenkin esimerkiksi kirjansidonta liittyy olennaisesti parantolan potilaille suunnatun kirjaston ylläpitoon, joka kasvoikin noin 1500 niteestä 2500 niteeseen tarkastelujakson aikana.¹⁷⁷ Vaikka potilaiden piti lääkärin määräyksestä toteuttaa työhoitoa tahdostaan riippumatta, on töistä kuitenkin varmasti saatu tietynlaista vaihtelua parantolaelämään, eivätkä ”työpäivät” potilailla kestäneet päivittäin kuin reilun tunnin. Vuonna 1941 parantoloihin omaksuttiin parantolaopisto -ohjelma, joka tähtäsi uudelleenkouluttamaan mahdollisesti työkykynsä menettäneitä potilaita, sekä tarjoamaan mielekästä ja yleissivistävää toimintaa parantolan arkeen.¹⁷⁸ Kaikuja parantolaopistosta voidaan nähdä vuosikertomuksissa jo vuonna 1939, kun ainakin osa potilaista oli osallistunut ”tydyttävällä menestyksellä” kirjeopiston opintoihin.¹⁷⁹

Kuva 12 –

Parantolan kattokerroksen suuri n. 120-paikkainen makuuhalli. Ilmeisesti 1933 otetussa kuvassa voidaan nähdä makuuhalli alkuperäisessä asussaan. Osastoja (miehiä ja naisia) erottavat lasisermit ovat paikallaan, eikä alkuperäiseen betonilippaan olla vielä asennettu lisäosaa. Kuvassa nähdään myös Aallon toimiston suunnittelemat lepotuolit pehmusteineen. Vasemmalla näkyy pitkä rivi vielä tyhjillään olevia istutuslaatikoita, joihin myöhemmin istutettiin vuorimäntyjä.

Kuvalähde:

AAM. 50–003–260.



¹⁷⁵ PPA. ”Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomus 1933” 1934, 12–13.

¹⁷⁶ PPA. ”Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomukset” 1933–1939.

¹⁷⁷ Törrönen 1983, 61; PPA. ”Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomus 1939” 1940, 13.

¹⁷⁸ Laes ym. 1958, 70–72; Törrönen 1983, 65–67.

¹⁷⁹ PPA. ”Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomus 1939” 1940, 13.



Kuva 13 -

Parantolan itäpäädyssä sijaitsivat osastojen pienemmät 24-paikkaiset makuuhallit. Kuva otettu mahdollisesti 1930-luvun puolivälin jälkeen, sillä vasemmalla voidaan nähdä suuren makuuhallin lipan lisäosa (asennettu 1934) ja vuorimännyt istutuslaatikoissa eloisan näköisinä. Osastojen makuuhalleissa liehuvat ”hallikuntien” liput, jotka olivat osa potilaiden omaa parantolakulttuuria. Kuvassa parantolaa ilmeisesti esitellään vieraille, joita etenkin alkuvuosina saapui ympäri maailman rakennusta katsomaan.

Kuvalähde:

AAM. 50-003-233.

4.2.2 RAVINTO JA PAINON TARKKAILU

Hygieenisdiatillisen hoidon diatillinen osa korostuu monissa kohdin vuosikertomuksissa. Potilaiden paino oli kuumeisuuden ohella tärkein yleiskunnan mittari parantolassa, ja ravitsemukseen kiinnitettiin huomiota monin tavoin¹⁸⁰. Samaan aikaan ravinnon korostettu merkitys liittyy kiinteästi aikakauden työväenkysymyksiin.¹⁸¹

Käytännössä painon tarkkailua toteutettiin viikoittain osastojen yhteisissä punnituksissa. Potilaiden keskuudessa punnituksille annettiin suuri arvo, sillä noussut paino tarkoitti terveydentilan kohenemista – henkilökohtaista onnistumista parantolapotilaana – mutta toisaalta tunnustuksen saamista hoitohenkilökunnalta. Potilaat myös valmistautuivat punnitukseen, esimerkiksi ylisyömällä punnitusten aamuna. Punnitusrituaalin merkittävyyttä

¹⁸⁰ Jauho 2007, 246–49.

¹⁸¹ Jauho 2003, 146–74; 2007, 312–26.

lisäsi se, että ylilääkäri Sukkinen tapasi punnitusten yhteydessä henkilökohtaisesti jokaisen potilaan parantolassa. Ylilääkärin asemaa parantolan patriarkkana kuvastaa etenkin Sukkisen tapa kommentoida potilaiden painoa tarkastusten yhteydessä. Sukkisen kerrotaan tavanneen sanoa koko osaston edessä hyvästit potilaille, joiden hän ei olettautunut selviävän seuraavan viikon punnitukseen.¹⁸²

Tarkasteluvuosina keskimääräinen painon nousu parantolassa olleella potilaalla oli 6 ja 7 kilon välillä. Myös vuoden suurimmat painon nousut ja laskut on mainittu. Painon tarkkailu mainitaan vuosikertomuksille tyypilliseen asialliseen sävyyn lähes identtisesti vuosittain.¹⁸³ Ainoana poikkeuksena mainittakoon vuoden 1935 vuosikertomus, jossa paino on eritelty potilaille tarjotun ruokamäärän ja kaloreiden mukaan – tuolloin laskennallisesti potilaiden päivittäinen ravinnonsaanti oli 2965 ”kaloriaa”. Vaikka vuosikertomuksessa puhutaan kaloreista, voidaan kuitenkin olettaa, että kyse on todellisuudessa kilokaloreista, sillä vain kaloreittain laskettuna ruokamäärä huomattavasti alittaisi jopa parantolalevossa olevan potilaan päivittäisen ravinnontarpeen. Luvun laskentatapa on myös hyvin kyseenalainen, sillä se on laskettu vuoden kilokohtaisesta ”ravintomäärästä”, josta ei olla eroteltu erikseen mitä ruokaa potilaille on tosiasiaa tarjottu.¹⁸⁴

Painon kohottamiseksi potilaiden ruokailua seurattiin aktiivisesti hoitohenkilökunnan toimesta. Päivittäinen ruokailurytmi määritteli parantolan arkea, ja jokaisen potilaan odotettiin sääntöjen nojalla osallistuvan yhteisiin ruokailuihin parantolan isossa ruokasalissa. Ainoastaan hyvin heikkokuntoisille potilaille ruoka toimitettiin potilashuoneisiin.¹⁸⁵ Parantolan keskuskeittiö suunniteltiin C-siiven kolmeen kerrokseen; kellarissa sijaitsivat ruokavarastot, ensimmäisessä kerroksessa sijaitsi leipomo suurine uuneineen ja toiseen kerrokseen, ruokasalin välittömään yhteyteen oli sijoitettu keittiön funktiot moderneine laitteineen.¹⁸⁶

Parantolan ruokahuolto pyrittiin alkuvuosina toteuttamaan mahdollisimman omavaraisesti. Avaamisvuonna 1933 parantola hallinnoi 60 hehtaaria viljelysmaata sekä 200 hehtaaria metsää,¹⁸⁷ ja myöhemmin vuosina maaomistukset vain kasvoivat. Vuonna 1940 parantolan maaomistukset olivat yhteensä 327 hehtaaria, joka teki Paimion parantolasta yhden suurimmista maanomistajista suomalaisten parantoloiden keskuudessa. Parantolan maatilaa hallinnoi tutkimuksen ajanjaksolla työnjohtaja Samuli Päivölä, mutta myös parantolan taloudenhoitaja Paavo Saarinen toimi viljelijätaustaisena aktiivisesti mukana tilan toiminnassa. Maatilan avulla parantolan ruokahuolto oli omavarainen ainakin maidon, sianlihan, perunan ja viljan suhteen, joita jatkojalostettiin parantolan keskuskeittiössä. Lisäksi potilaiden ruokavaliota täydennettiin parantolan puutarhan tuotteilla, joihin lukeutuivat ainakin kasvihuoneessa kasvatetut kurkut ja tomaatit, sekä avomaan viljelyksinä omenat, luumut, mansikka ja erilaiset marjaviljelmät. Puutarhan ja maatilan tuotanto oli usein jopa ylijäämäistä

¹⁸² Törrönen 1983, 50.

¹⁸³ PPA. Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomukset 1934–1939, osioista ”Potilaitten paino”.

¹⁸⁴ PPA. ”Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomus 1935” 1936, 11.

¹⁸⁵ Havula 2021, 48 & 68–69.

¹⁸⁶ Eylers, Malmberg, ja Sainio 2016, 90.

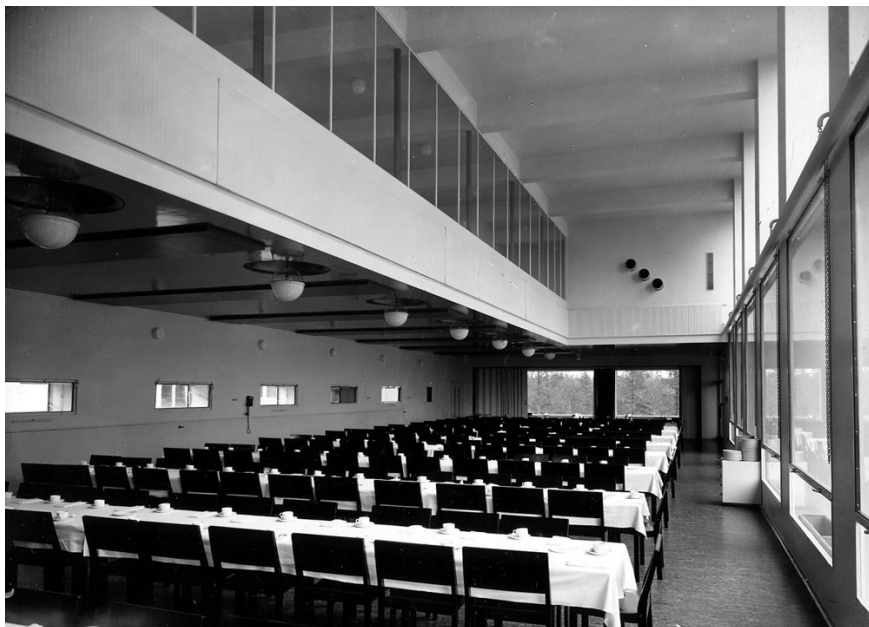
¹⁸⁷ PPA. ”Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomus 1933” 1934, 3–4.

parantolan tarpeisiin, jolloin tuotteita voitiin myydä ulos paikallisille tai henkilökunnan omaan käyttöön.¹⁸⁸

Vuosikertomuksissa parantolan maatala mainitaan hoitomenetelmien ja talouskertomuksen yhteydessä. Hoidollisesti maatalan antimien nähtiin tuovan kaivattua vaihtelua parantolan ruokatarjontaan. Vuodesta 1934 eteenpäin vuosikertomuksissa kuvataan toistuvasti, miten maatalan tarjoama ruokahuolto ”tehostaa sitä puolta, jonka hyvä, vaihteleva ja vitamiinipitoinen ruoka vaikuttaa tuberkuloosihoidossa yleensä.”¹⁸⁹ Lisäksi potilaiden painoa koskevissa kohdissa ruokahuolto saa erikoismaininnan vuodesta 1934 eteenpäin:

” Laitoksen ruoka on koettu pitää riittävänä, ravitsevana ja vaihtelevana ja on tässä suhteessa ollut suurena helpotuksena parantolan maatalan maa- ja karjatalouden sekä puutarhan runsaat ja moninaiset tuotteet.”¹⁹⁰

Talouskertomusten perusteella maatalaa on pyritty ylläpitämään voitollisena niin, että korjauksiin ja investointeihin on pystytty vuosittain sijoittamaan tarvittava määrä rahaa. Tähän kehitykseen vaikutti todennäköisesti edellä mainittujen Päivölän ja Saarisen aktivisuus maatalan ylläpidossa. Vuoden 1934 vuosikertomuksessa kuvaillaan maatalan olleen sen siirtyessä parantolan alaisuuteen vuonna 1933 ”rappiotilassa”,¹⁹¹ jonka vuoksi maatalan kiinteistöjen huoltoihin, ojituksiin ja välineistön hankintaan investoitiin joka vuosi tutkimuksen ajanjaksolla huomattavia summia. Maatalan arvioitu arvo nousikin investointien seurauksena vuosien 1933 ja 1939 välillä, 788 291 markasta, 1 082 800 markkaan.¹⁹²



Kuva 14 -

Parantolan ruokasali alkuperäisessä asussaan. Ylhäällä vasemmalla sijaitsee parantolan lukusali, jonka rakenne oli aikansa moderneinta - rakenne tuettiin katosta laskevilla kevyillä metallipilareilla, jolloin ruokalaan ei tarvinnut sijoittaa alla olevaa pilaristoa. Oikealla taustalla näkyvät aukot johtavat projektorihuoneeseen. Ruokasalia käytettiin elokuvien näyttämiseen ja yleisesti parantolan juhlatilana tarpeen tullen.

Kuvalähde:

AAM. 50-003-401.

¹⁸⁸ Törrönen 1983, 55-57.

¹⁸⁹ PPA. Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomukset 1934-1939, osioista "Potilaitten hoitomenetelmät".

¹⁹⁰ PPA. Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomukset 1934-1939, osioista "Potilaitten paino".

¹⁹¹ PPA. "Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomus 1934" 1935, 27-28.

¹⁹² PPA. Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomukset 1933-1939.

4.2.3 TAUDIN LAATU JA TYÖKYKY

Vuosikertomuksissa parantolan potilaat ryhmiteltiin ”taudin laadun” mukaan kolmeen kategoriaan; alkavat (I), keskipitkät (II) ja pitkät (III) tuberkuloositapaukset. Tarkempaa selitystä kategorioille ei anneta, mutta voidaan olettaa, että ne muodostuivat potilaan kokonaistaudinkuvan perusteella parantolassa oloaikana. Kansanparantoloissa priorisoitiin taudin alkavassa vaiheessa olevia potilaita, sillä näiden nähtiin hyötyvän parhaiten parantolahoidosta. Kuitenkin käytännössä parantolat täyttyivät taudin kehittyneemmissä vaiheissa olevista potilaista,¹⁹³ sillä vaikka terveysvalistusta levitettiin tarmokkaasti, oli harvinaista, että salakavala tauti tunnistettiin kovinkaan varhain lääkärin tai potilaan itsensä toimesta.¹⁹⁴

Taudin laadun lisäksi hoidon tuloksia seurattiin työkyvyn tarkkailun avulla. Vielä 1940-luvulla tuberkuloosi tai siitä johtuvat vammat olivat Suomessa merkittävin työkyvyttömyyden syy,¹⁹⁵ joten ei ole yllättävää, että myös 1930-luvulla tätä osaa potilaiden kuntoutumisessa tarkkailtiin. Jälleen potilaat jaettiin kategorioihin; T0=työkyvytön, T1=osittain työkykyinen, T2= jotenkuten työkykyinen, T= täysin työkykyinen. Tilastoja tarkastelemalla voidaan huomata, että selkeä prioriteetti oli kohentaa potilaiden työkykyä ennen parantolasta kotiutusta.

Taulukko 5. Yhteenveto vuosikertomusten poistuneiden ”Taudin laatu” -taulukoista.

Vuosi	I	II	III
1933	58	71	214
1934	51	107	282
1935	48	71	334
1936	31	87	286
1937	30	76	279
1938	45	83	293
1939	50	125	326
Yht.	313	620	2014
%	10.6 %	21.0 %	68.3 %

Lähde: PPA. ”Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomukset” 1933–1939.

Taulukko 6. Yhteenveto vuosikertomusten ”Poistuneitten potilaitten arvioitu työkyky” -taulukoista.

1933–1939	T0	T1	T2	T
I (tullessa)	59	92	104	42
I (lähtiessä)	7	3	27	257
II (tullessa)	186	194	146	60
II (lähtiessä)	17	39	162	366
III (tullessa)	1203	370	149	35
III (lähtiessä)	411	254	765	329

Lähde: PPA. ”Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomukset” 1933–1939.

¹⁹³ Ks. Taulukko 5.

¹⁹⁴ Savonen 1934; Jauho 2007, 242.

¹⁹⁵ Havula 2021, 47.

Tilastojen valossa näyttäisi siltä, että potilaiden työkyky pääosin kehittyi parantolassa olon aikana. Etenkin I-asteen potilaat kuntoutuivat parantolassa hyvin, sillä poistuessa yli 90 % näistä potilaista oli parantolan kriteerien mukaan ”täysin työkykyinen”. Toisaalta myös vakavammissa tautitapauksissa kehitystä voidaan nähdä –etenkin täysin työkyvyttömiä määrää saatiin laskettua, ja voidaan olettaa, että suuri osa näistä potilaista päätyi T1 tai T2 kategoriaan parantolasta poistuessaan.¹⁹⁶

Työhön liittyvät diskurssit heijastavat olennaisesti parantolan pedagogista luonnetta – työhoidolla ja terveyttä edistämällä potilaista pyrittiin kuntouttamaan jälleen työkykyisiä kansalaisia. Tuberkuloosistrategian näkökulmasta on kiinnostavaa, miten jo hyvin varhaisessa vaiheessa parantolat miellettiin hoitolaitoksen lisäksi ”pedagogisiksi instituutioiksi. ”Parantoloiden oli tarkoitus toimia ”ikään kuin normaalikoulu, jossa opitaan tarvittavat menetelmät itsen ja muiden hoitamiseksi sairauden aikana”.¹⁹⁷ Severi Savonen taas ilmaisi asian vuonna 1927, ettei voittoa tuberkuloosista saavuteta, ellei ”parantola aivan kuin suuri majakka levitä tietoa miten sairaus voidaan ehkäistä.”¹⁹⁸ Hygieenisiin periaatteisiin kouluttaminen ja potilaiden tietoisuuden lisääminen omasta terveydentilastaan määriteltiin näin lähtökohtaisesti yhdeksi tärkeimmistä parantoloiden sosiaalis-poliittisista tehtävistä.¹⁹⁹

4.2.4 ERIKOISHOITOMENETELMÄT

Vaikka parantolan yleishoito pohjautuikin hygieenisdieetilliseen metodiin, hyödynnettiin monissa tapauksissa myös parantolan viimeisintä tekniikkaa edustavia hoitotiloja ja koneita. Vuosikertomuksissa tavanomaisesta hoidosta eroavat hoitomenetelmät oli eroteltu ”erikoishoitomenetelmät” osioon. Erikoishoitomenetelmät vaihtelevat kirurgisista toimenpiteistä terapisiin hoitoihin sekä erilaisiin röntgenhoitoihin. Vuosikertomusten listauksiin on lisätty ilmeisimmin kaikki vuoden aikana toteutetut hoidot, joista olen listannut yleisimmin esiin nousevat esimerkit:

Taulukko 7. Yhteenveto vuosikertomusten ”Erikoishoitomenetelmät” -taulukoista.

	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939
<i>Ilmarintahoito</i>	178	208	220	220	256	260	283
<i>Molemminpuolinen ilmarintahoito</i>	8	16	23	16	23	32	35
<i>Torakoplastia</i>	4	1	9	9	8	8	3
<i>Valohoito</i>	39	37	34	11	12	12	15
<i>Röntgenhoito</i>	0	5	3	0	4	4	8
<i>Röntgenkuvia</i>	916	725	695	690	790	790	700
<i>Öljyrintahoito</i>	1	3	3	2	0	0	0

Lähde: PPA. ”Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomukset” 1933–1939.

¹⁹⁶ Taulukko 6.

¹⁹⁷ Näin porvarissädyn edustaja Appelberg vuoden 1891 valtiopäivillä, viitattu lähteessä; Jauho 2007, 242.

¹⁹⁸ Härö 1992, 98.

¹⁹⁹ Helén ja Jauho 2003, 22–23; Jauho 2007, 246.

Hoitoja toteutettiin pääosin parantolan omissa tarkoitukseen varatuissa tiloissa – parantolaan suunniteltiin leikkaussali, röntgenhuone, valohoitotilat ja laboratoriot erityisesti parantolahoidon tarpeisiin.²⁰⁰ Leikkauksia tekivät pääosin parantolan omat lääkärit, joita oli tarkastelujaksoneen virassa kolme. Ylilääkärinä toimi Markus Sukkinen, apulaisylilääkärinä Martti Pulkki sekä osastonlääkärinä vuosina 1933–1936 Kaino Kivikanervo ja vuosina 1936–1939 Erkki Tammivaara. Lisäksi parantolassa työskentelivät lyhyemmillä jaksoilla useat lääkäriopiskelijat, vierailevat professorit eri puolilta maata sekä vuosina 1933–1937 Suomen Tuberkuloosin Vastustamisyhdistyksen stipendiaatit.²⁰¹

Parantolan erikoishoidon taulukosta voidaan huomata tuberkuloosin kirurgisten hoitojen kokeellisuus ajanjaksolla. Öljyrintahoito ja valohoito vähenivät huomattavasti tarkastelujaksolla, kun taas ilmarintahoittojen määrä kasvaa tasaisesti vuosi vuodelta. ”Torakoplastioita”, eli rintakehän muovausleikkauksia tehtiin vierailevien kirurgien toimesta. Ilmeisimmin leikkauksen vaikeuden ja riskitason vuoksi,²⁰² näitä nähdään tarkastelujaksolla pieni, joskin kasvava määrä. Eniten hoidoissa korostuivat röntgenkuvat, joita – kuten hoidon lähtökohdissa mainittua – otettiin hoitajaksolla kaikista potilaista. Lisäksi parantolan röntgenlaitteistoilla myös tehtiin ”röntgenhoitoja”, joiden laatu ei selviä vuosikertomuksista, mutta voidaan olettaa näiden mahdollisesti olleen varhainen sädehoidon muoto. Röntgentutkimusten määrä säilyy pitkälti tasaisena koko tarkastelujaksoneen, lukuun ottamatta muutamia poikkeusvuosia.²⁰³

Ilmarintahoittoja alettiin toteuttaa Suomessa ensi kertaa 1900-luvun alussa, ja 1930-luvulle tultaessa hoidot oltiin omaksuttu laajasti osaksi parantolahoitoa. Ilmarintahoito oli lähtökohtaisesti ainut toimivaksi todettu hoitokeino vakavissa tuberkuloositapauksissa, mutta hoito oli potilaille riskialtis, joten lääkärit toteuttivat kirurgisia leikkauksia harkiten. Käytännössä ilmarintahoidossa pyrittiin saattamaan tuberkuloottiset keuhkot lepotilaan painamalla ne kasaan ilmaamalla.²⁰⁴ Kokemuksen ja kehitystyön perusteella ilmarintahoito muuttui vaiheittain suosittumaksi jo 1930-luvulla, joka voidaan nähdä taulukon kehityksestä. Ilmarintahoidon tulokset vakavasti sairailta potilailla olivat satunnaisia, mutta joissain tapauksissa hoidon avulla voitiin huomattavasti kohentaa potilaan tilannetta – leikkaushoidoilla oli siis myös psykologinen vaikutus parantolan ilmapiiriin, sillä ne loivat toivoa taudin paranemisesta jopa vaikeissa olosuhteissa.²⁰⁵

²⁰⁰ Kuva 7.

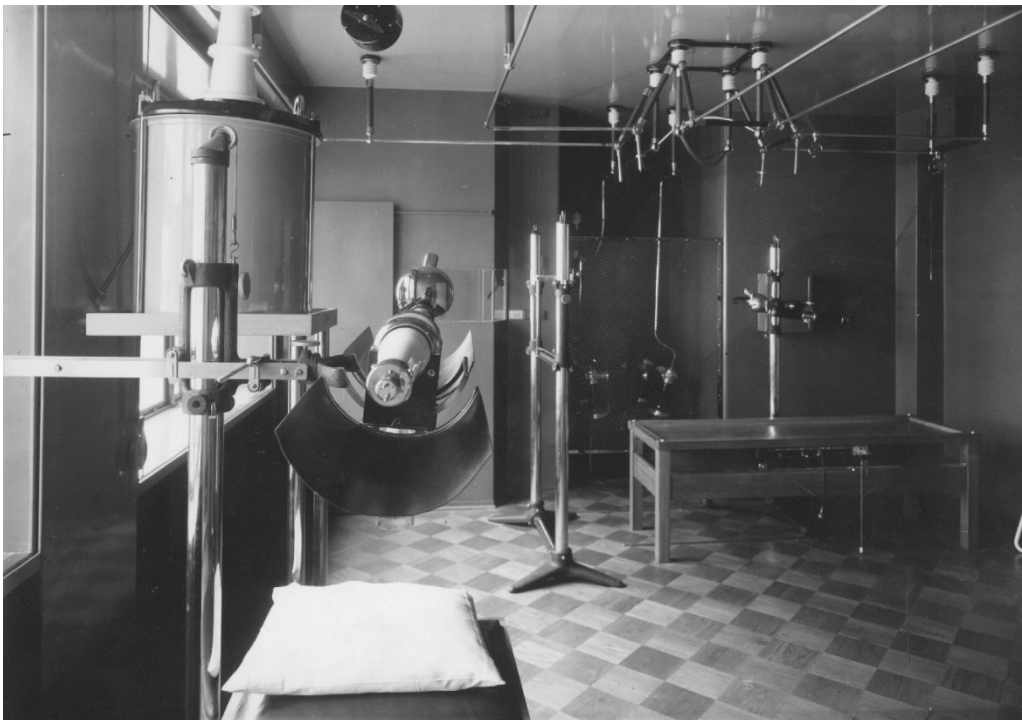
²⁰¹ PPA. Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomukset 1933–1939, osioista ”Lääkärit”; Törrönen 1983, 50–52 & 119.

²⁰² Törrönen 1983, 51–52.

²⁰³ Taulukko 7.

²⁰⁴ Törrönen 1983, 50–52; Härö 1992, 155; Jauho 2007, 252–53; ”Pikonlinna - Leikkauksia” 2018.

²⁰⁵ Härö 1992, 157; Jauho 2007, 253.



Kuvat 15, 16 ja 17 -
Parantolan hoitolaitteistoa:

15 (vasemmalla ylhäällä)
Parantolan alkuperäinen leikkaussali.

16 (oikealla ylhäällä)
Ensimmäisen kerroksen laboratoriotilat.

17 (alhaalla)
Alkuperäistä röntgenlaitteistoa.

Kuvalähteet:

AAM. (15) 50-003-374, (16) 50-003-382,
(17) 50-003-371.

4.2.5 HENKISET HARRASTUKSET PARANTOLASSA

Parantolan potilaiden harrastustoiminta avaa mielenkiintoisella tavalla parantolan hoitoon liittyviä diskursseja, sillä toiminnan muotojen kehitystä tarkastelemalla voidaan nähdä, millainen toiminta parantolassa nähtiin soveliaaksi potilaille. Vuosikertomusten selostuksissa toistuvatkin usein adjektiivit *kiitollinen, sovelias, tulokellinen, ja tavanmukainen*, jotka itsessään jo kertovat vuosikertomusten kirjoittajien vallankäytöllisestä näkökulmasta harrastuksiin. Potilaiden toimintaa ja sääntöjen noudattamista parantolassa valvottiin tarkkaan – vapaa-aikanakin potilaiden oletettiin toimivan soveliaasti, ja olevan kiitollisia tarjotusta harrastustoiminnasta. Toisaalta harrastustoiminnan toivottiin palvelevan parantolan pedagogista funktiota, ja olevan jollain tapaa potilaita vahvistavaa tai tuloksellista, sillä kaikkein vaikeitten hoidettava potilas oli ”joutilas” potilas.²⁰⁶ Henkiset harrastukset liittyvätkin tällä tavoin kiinteästi työn rooliin – levon ja työn tasapainoon – parantolahoidossa.

Jokainen henkisten harrastusten selostus alkaa kuvauksella parantolan uskonnollisesta toiminnasta: ”*Potilaitten toimittamien joka-aamuisten hartaushetkien lisäksi on osakuntain seurakuntain papisto n. joka toinen viikko lähettänyt jonkun jäsenistään parantolaan (--)*”.²⁰⁷ On tietysti itsessään jo hyvin kertovaa, että sama selostus potilaiden itsensä toteuttamista hartaushetkidä ja seurakunnan järjestämistä jumalanpalveluksista toistuu koko tarkastelujakson ajan. Myös parantolan virallisissa tilaisuuksissa uskonnollisuus oli usein läsnä.²⁰⁸ Uskonnolliset aiheet on henkisten harrastusten listauksessa merkitty poikkeuksetta ensimmäiseksi, mutta on samalla jokseenkin paradoksaalista, että parantolassa ei varsinaista kappelia tai muutakaan uskonnollista tilaa ollut alkuvuosina laisinkaan. Paimion parantola oli ylipäänsä lähtökohtaisesti hyvin maallinen instituutio, eikä käsittääkseen esittänyt alkuvuosina minkäänlaista uskonnollista kuvastoa. Kuoleman ollessa läsnä parantolassa jatkuvasti,²⁰⁹ kuolleiden kunnioittamiseen oli kuitenkin jo suunnittelussa kiinnitetty tiettyä huomiota – Aallot suunnittelivat hautakumpumaisen siunaushuoneen parantolan lähelle, jota myös sen ympärillä kasvavien ruusupuskien vuoksi ruusukellariksi kutsuttiin.²¹⁰

Parantolan toisessa kerroksessa sijainnut ruoka- ja seurustelusalit toimivat parantolan sosiaalisen elämän keskuksina. Tilojen välinen seinä oli suunniteltu avautuvaksi, ja myös tilan huonekalut oli suunniteltu helposti siirrettäviksi sekä kasattaviksi. Ruokasalissa oli jopa puitteet elokuvien näyttämiseksi, projektorihuoneine-kaikkineen.²¹¹ Parantolassa järjestettiin usein erilaisia esityksiä. Vuosikertomuksista selviää esimerkiksi Dallapé-orkesterin ja erinäisten kuorokokoonpanojen vierailleen parantolassa tarkastelujaksona.²¹² Lisäksi hoito osastojen potilaista koostuvat ”hallikunnat” järjestivät juhlapäivinä erinäisiä illanviettoja.

²⁰⁶ Laes ym. 1958, 23–25 & 37–44.

²⁰⁷ PPA. Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomukset 1934–1939, osioista ”Henkiset harrastukset”.

²⁰⁸ Esim. Jokiniemi ym. 1958, 17.

²⁰⁹ Törrönen 1983, 54. ”*Alkuvuosina oli henkisesti raskainta kuolevien potilaiden hoito.*”

²¹⁰ Jokinen 2014, 38–39.

²¹¹ Malmberg ja Mentu 2016, 247.

²¹² PPA. ”Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomus 1934” 1935, 13; ”Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomus 1936” 1937, 13.

Maininnan saa jokaisessa vuosikertomuksessa myös parantolan kirjasto, jota ylläpidettiin potilaiden ja yksityisten lahjoittajien voimin – kirjaston annista potilaat pääsivät nauttimaan niin huoneissaan kuin parantolan lukusalissa.²¹³

Niin parantolan käytännöt, kuin tilanhallinta kannustivat ”soveliaaseen” harrastuneisuuteen hoitoaikana. Potilaiden yhteisöllisyyttä ja omaa toimijuutta korostettiin monenlaisten henkisten harrastusten kautta, mutta samalla parantolan tiukat säännöt pitivät toiminnan henkilökunnan asettamissa raameissa. Potilas voitiin poistaa parantolasta, ilmeisesti jo yhden sääntöriikkeen perusteella.²¹⁴ Potilaiden sosiaalinen elämä parantolassa sai kuitenkin monia, sääntöjen vastaisiakin muotoja.²¹⁵ Toisaalta parantolan arkkitehtuurin suunnittelu huomioi potilaiden sosiaaliset tarpeet, ja myös yhteisötiloja rakennettiin funktionaalisiin pariaattein. Hoitokasojen ollessa pitkiä, sosialisoinnin, säädyllysten harrastusten ja hyvän yhteishengen ylläpidon voidaan katsoa tukeneen potilaiden parantumista ja estäneen parantolan yleisen mielialan liiallista laskua.

4.3 MODERNIA HOITOA – TILASTOT JA TIEDON TUOTANTO

Tilastointi ilmiönä liittyy olennaisesti moderniin tuberkuloosidiskurssiin. 1800-luvun alkuvuosikymmeninä tilastoinnin ja tilastotieteen nousu muokkasi vahvasti tautikäsitteitä lääkärikunnan keskuudessa, sillä ensimmäistä kertaa tartuntatautien sosiaalisista ulottuvuuksista pystyttiin muodostamaan luotettavaa tietoa. Tilastotietoon kuitenkin suhtauduttiin alueellisesti ja koulukunnittain eri tavoin. Jakolinjoiksi muodostuivat erityisesti, vaikuttiko väestön terveydentilaan ensisijaisesti luokkasyyt vai ympäristölliset tekijät, ja tämän asetelman jatkumona kaupunkiin tai maaseutuun suuntautuneet koulukunnat. Suomessa 1860-luvulta alkanut sosiaalitalastollinen tutkimus jakautui vanha-nuor-suomalaisten poliittisten jakolinjojen mukaan. Vanhasuomalainen ”Kansantaloudellinen Yhdistys” keskittyi tutkimuksissaan etenkin maaseutuun ja painotti poliittisesti valtiollaan roolia luokkaongelmien ratkomisessa saksalaisen mallin mukaan – nuorsuomalainen ”Ekonomiska Samfundet i Finland” taas keskitti tutkimustaan kaupunkien työväenluokkaan ja korosti valtiollaan sijaan kansalaisyhteiskunnan järjestymistä vastauksena luokkakysymykseen. Tuberkuloosidiskurssin osalta ehkä tärkein Suomea koskeva tilasto on vuodesta 1879 lähtien julkaistu ”Suomen tilastollinen vuosikirja”,²¹⁶ johon vuodesta 1884 lähtien liitettiin myös Lääkintöhallituksen vuosikertomuksien tilastot. Varhaisiin tilastotutkimuksiin pitää kuitenkin suhtautua varauksella, sillä kuten Jauho esittää, niiden aineistot ovat monilta osin virheellisiä, eikä aineiston ongelmia huomioitu tarpeeksi tutkimusten tekijöiden osalta.²¹⁷

²¹³ PPA. Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomukset 1934–1939, osioista ”Henkiset harrastukset”. Kuva 14.

²¹⁴ Törrönen 1983, 48–49; Järvi 2001, 28.

²¹⁵ Törrönen 1983, 60–65; Havula 2021, 58–63.

²¹⁶ Tilastokeskus 2024.

²¹⁷ Jauho 2007, 108–16.

Parantolan vuosikertomuksissa esitetyt tilastot sisältävät myös jonkin verran virheitä. Kuten tutkimusetiikka-luvussa esitän, eivät potilaiden määrät kaikissa osioissa aina täsmää keskenään. Poistuneiden potilaiden ammattien ja iän kohdalla luvut ovat kahden potilaan erolla samat, mutta esimerkiksi taudin laatua ja työkykyä käsittelevistä taulukoista ”puuttuu” tarkastelujaksona usean sataa potilasta.²¹⁸ Tämä ero selittyy todennäköisesti potilaiden kirjauskäytäntöjen epätasaisuudella,²¹⁹ mutta herättää kysymyksiä tilastojen luotettavuudesta. Oliko lääkäreillä esimerkiksi syitä hävittää huonommin työkykyisiä potilaita tilastoista tai vääristää potilaan taudinkuvaa jollain tavoin?

Jauho esittää, että aikaudelle tyypillistä oli tietyissä tapauksissa tuberkuloottisen taudinkuvan salailu. Tuberkuloosidiagnoosi saattoi vaikuttaa hyvinkin negatiivisesti potilaan ja hänen läheistensä elämään. Tuberkuloosiin kuolleiden asunto piti vielä 1900-luvun alussa tyhjentää sekä siivota perusteellisesti, joka herätti naapureissa epätoivottua huomiota ja stigmatisoi kuolleen läheisiä. Perinnöllisyysteoriaan pohjautuen läheisen kuoleminen tuberkuloosiin saattoi myös vaikuttaa korottavasti vakuutusmaksuihin. Tämän valossa lääkärit tai papit saattoivat muuttaa potilaan kuolemansyytä läheisten hyödyksi.²²⁰ Paimiossa 1930-luvulla samasta ilmiöstä ei ole todisteita, mutta voidaan olettaa, että esimerkiksi työmarkkinoilla ”puhtain paperein” kotiutuneen potilaan mahdollisuudet työllistyä uudelleen olivat huomattavasti paremmat kuin vahvasti tuberkuloottisen potilaan.

Lopulta on kuitenkin kiinnostavinta, miten tarkkaan erilaisia asiankohtia on tilastoitu – vuosikertomusten pohjana toimivat tilastot ja potilaista kerätty data. Vaikka myös sanallista kuvailua parantolan tapahtumista voidaan löytää paikoittain (etenkin henkisiä harrastuksia ja parantolan hallintoa käsiteltäessä) on lähtökohta – potilaiden hoito ja sen seuranta – analysoitu lähes kokonaan tilastollisin metodein. Foucault-laisittain tarkasteltuna, potilaat asetettiin tiedon tuotannon kohteiksi juuri tilastojen avulla.

Foucault on kurinpitolaitoksia käsitellessään kirjoittanut laitosten asukeista; ”tutkinta teki jokaisesta yksilöstä tapauksen”.²²¹ Myös parantolapotilaiden kohdalla tämä analyysi pitää selkeästi paikkansa. Tuberkuloosidiagnoosi muodosti yksilöistä *tilastoyksikköjä*, joiden sairaus muodostui *tapaukseksi*. Yksittäistä potilasta seurattiin lääkäreiden toimesta sisään otettaessa (röntgenkuvat ja basillivärjäykset, potilaan ammatti ja sosiaalinen tilanne), hoidon aikana (painon ja kuumeen seuranta, sääntöjen noudattaminen) ja parantolasta poistuessa (taudin laatu ja työkyky), joiden pohjalta tapauskuva muodostui.²²² Paimion parantolassa vuosina 1933–1939 näiden tapausten pohjalta kasattiin tilastoja, joiden lukujen valossa parantolan toimintaa arvioitiin – yli 3000 ihmistä joiden jakamasta sairaudesta muodostui *modernia* lääketieteellistä tietoa tuberkuloosista. Tilastot ovatkin lähes täysin anonyymejä, ja ainoastaan ääritapaukset (vanhimmat ja nuorimmat, suurimmat painon laskut ja nousut jne.) nousevat kokonaisuuden yläpuolelle.

²¹⁸ Taulukot 2, 3, 5 ja 6.

²¹⁹ Järvi 2001.

²²⁰ Jauho 2007, 114–15.

²²¹ Foucault 1980, 216, viitattu lähteestä Helén 2016, 72–73.

²²² Helén 2016, 71–74.

5 PÄÄTÄNTÖ

Vuosikertomuksista esiin nousevia ilmiöitä tarkastelemalla voidaan luoda selkeä kuva siitä, millaista hoitoa Paimion parantolassa tarjottiin 1930-luvun aikana. Taustoituksen avulla voidaan myös ymmärtää, millaisten historiallisten diskurssien perusteella hoito muotoutui esitettyyn muotoon. Lisäksi kun vuosikertomukset asetetaan sarjaan, ja tarkastellaan niissä esiintyviä yleisempiä ilmiöitä, voidaan päästä kiinni laajempaan modernisaatiodiskurssiin tilastoinnin ja potilaiden hallinnan ympärillä.

Vuosikertomusten sisältö tukee pääosin taustakirjallisuudesta ilmenevää kuvaa tuberkuloosidiskursseista. Potilaiden demografia heijastaa Suomen tuberkuloosistrategiaa, jossa parantolahoidon painopiste 1930-luvulla pyrittiin asettamaan nuorempiin työikäisiin, taudin varhaisessa vaiheessa oleviin potilaisiin, joiden parantuminen ja työkyvyn palautuminen nähtiin hoidollisesti todennäköisimpänä. Demografiasta voidaan myös suoraan nähdä parantolalain ja kansanterveydellisten poliittisten tavoitteiden vaikutus. Parantola oli avoin kaikille kansalaisille sukupuoleen ja sosiaaliseen asemaan katsomatta, jonka seurauksena parantolan sukupuolijako asetui lähes tasan miesten ja naisten välillä. Toisaalta parantolan arkkitehtuuri ja säännöt tukivat tätä jakoa, sillä 1930-luvulla potilaat jaettiin osastoittain tiukasti sukupuolen mukaan. Työväenluokkaiset potilaat olivat parantolassa yliedustettuna aikakauden elinkeinorakenteeseen nähden, joka jälleen selittyy tuberkuloosityön sosiaalipoliittisilla tavoitteilla – puolet parantolan potilaspaikoista olivat parantolalain nojalla ilmaisia varattomille tai vähävaraisille potilaille. Toinen puolikas potilaista maksoi hoidostaan 20 markan päivämaksua, joka etenkin parantolan ensimmäisinä toimintavuosina rahoitti parantolan toimintaa merkittävästi. Lisäksi parantolan taloutta ylläpidettiin valtionavun, omistajakuntien maksujen ja parantolan maataloustoiminnan tuottojen avulla.

Paimiossa tarjottu hoito oli hyvin tyypillistä 1900-luvun parantolaperinteeseen nähden. Hoito koostui lähtökohtaisesti hygieenisdieetillisestä perushoidosta, jota tuettiin erilaisten erikoishoitomenetelmien avulla. Potilaat diagnosoitiin parantolaan tullessa moderneja diagnosointitekniikoita hyödyntäen, mutta lääkehoitojen puuttuessa parantolassa tarjotun hoidon laatu oli pääosin hyvin passiivista. Potilaiden yleiskuntoa pyrittiin vahvistamaan

erilaisilla terapiamuodoilla, ja etenkin työn ja työkyvyn rooli korostuu vuosikertomuksissa. Jos potilaan tila heikkeni huomattavasti, ainoana vaihtoehtona lääkäreille olivat riskialttiit kirurgiset hoidot, kuten ilmarintahoitto, jonka toteutusmäärä kasvoi selkeästi tarkastelujaksosena.

Hoitojaksot olivat pitkiä, ja potilaat viettivätkin parantolassa keskimäärin yli puoli vuotta. Hoitojaksojen monotoniana pyrittiin helpottamaan tarjoamalla potilaille erilaisia virikkeitä ja harrastustoimintaa. Potilaat järjestäytyivät parantolassa omatoimisesti ”hallikuntiin”, joiden toiminta ylläpiti positiivista mielialaa potilaskunnan keskuudessa. Henkisille harrastuksille asetettiin vuosikertomusten perusteella tiettyjä äänenlausumattomia terapeuttisia tavoitteita, sillä parantolahoito oli kokonaisuutena holistinen hoitomenetelmä, jossa myös psykologisilla, potilaisiin uskoa valavilla elementeillä oli tärkeä funktio.

Kuitenkaan kun potilaita ei suoranaisesti voitu parantaa taudista parantolahoitolla, tärkein hoidon seurannan mittari oli yleiskunnon kehittyminen. Jos potilaan työkyky tai yleiskunto kehittyi (painon nousu, kuumeen lasku, yskösten basillipitoisuuden lasku) lääkäreiden nähdessä tarpeeksi, kotiutettiin potilas usein vielä käytännössä tuberkuloottisena. Tätä taustaa vasten parantoloiden pedagoginen luonne terveysvalistuksen keskuksina voidaan nähdä selvästi, sillä vaikka potilas kärsisi taudista vielä kotiutuessaan, oli parantolassa opittava elämään taudin kanssa, ja muutama omia toimintatapojaan aikakauden hygieenisten terveysihanteiden mukaisiksi.

Modernit diskurssit näkyvät parantolassa etenkin sen suunnitteluperiaatteissa ja hoidon tiedon tuotannon muodoissa. Parantola suunniteltiin sen arkkitehtien toimesta modernien funktionalististen periaatteiden mukaiseksi, mutta myös eurooppalaisella parantolaperinteellä ja lääkäreiden mielipiteillä oli merkittävä vaikutus parantolan arkkitehtoniseen kokonaisuuteen. Aaltojen roolia parantolan tilojen, yksityiskohtien ja käytäntöjen suunnittelijoina ei voi kuitenkaan aliarvioida, sillä arkkitehteille annettiin projektiin huomattavan vapaat kädet. Kokonaisuus oli lopulta tietynlainen lääketieteellisen tiedon ja modernin arkkitehtuurisuuntauksen symbioosi.

Lääketieteellistä tietoa potilaista tuotettiin tilastollisin menetelmin, josta vuosikertomukset ovat osuva esimerkki. Potilaita asetettiin lääkäreiden muodostamiin kategorioihin, jonka perusteella hoidollisia ja kurinpidollisia toimia voitiin toteuttaa käytännössä. Taudin laatu määräsi muun muassa potilaan sijainnin parantolassa, missä potilas suoritti hallimakuuta ja miten potilaan ruokailut toteutettiin. Potilaat olivat jatkuvasti tietoisia omasta statuksestaan parantolassa, josta esimerkiksi ylilääkärin tapa kommentoida potilaiden painon laskua julkisesti on karmaiseva esimerkki. Kategorisoinnin käytännöllinen tarkoitus oli kuitenkin lähtökohtaisesti helpottaa parantolan päivittäistä toimintaa, joka pyöri potilaita sitovan aikataulun ympärillä – potilaiden piti olla tietyissä paikoissa tiettyyn aikaan heidän tautinsa laadun mukaan. Sääntöjä seurattiin tarkasti ja tilanhallinnalliset ratkaisut helpottivat sääntöjen seuraamista fyysisessä tilassa. Parantola oli totaalinen instituutio, jossa potilaat olivat vapaasta tahdostaan, mutta saman aikaisesti sääntörikkureille ei ollut sijaa, ja lääkäreillä oli täysi oikeus poistaa potilas parantolasta ennen aikaisesta sääntörikkomuksiin vedoten.

5.1 JATKOTUTKIMUSMAHDOLLISUUDET

Tutkielmaproessin aikana esiin on noussut useita potentiaalisia jatkotutkimusaiheita.

Tästä tutkielmasta suorana jatkona voitaisiin tutkia vertailevan historian metodein eroja ja jatkuvuuksia tuberkuloosin hoidossa maiden välillä. Esimerkiksi Jauho ja Härö viittaavat useassa kohtaa siihen, miten Suomen tuberkuloosistrategiassa esimerkkejä haettiin muista Euroopan maista.²²³ Erityisen kiinnostavaa olisi nostaa tutkimusaiheeksi pohjoismainen yhteistyö tuberkuloosin hoidossa; miten eri maiden lääkärikunnat oppivat toisiltaan, miten eri maiden strategiat vertautuvat keskenään tai miten eri maiden parantolasuunnittelu kehittyi tietyllä ajanjaksolla? Laajemmassa tutkimuksessa aikarajausta voitaisiin pidentää esimerkiksi 1960-luvulle, jolloin tuberkuloosin hoidossa elettiin uutta murroskautta lääkehoitojen rantautuessa Pohjoismaihin. Miten eri maiden hoitokäytännöt kehittyivät lääkkeiden murroksen jälkeen, ja mitä tapahtui parantoloille niiden käyttötarkoituksen muuttuessa radikaalisti hygieenisdiätillisen hoidon vaiheittain poistuessa käytöstä?

Käytin tutkielmassa esimerkkinä Paimion parantolan ensimmäistä potilasta, jonka hoitajakso pitkittyi koko 1930-luvun mittaiseksi. Tämä tarina nosti esiin kiinnostavan tutkimuksellisen näkökulman parantoloihin; millaisia olivat potilaiden hoitopolut parantolajärjestelmässä 1930-luvulla? Tähän kysymykseen vastataan taustakirjallisuudessa vain hajanaisesti, joten aiheen tutkiminen olisi hyvinkin relevanttia. Haastatteluiden, potilaskertomusten ja esimerkiksi päiväkirjojen perusteella voitaisiin kartoittaa tiettyjen potilaiden hoitopolkua diagnoosista ”parantumiseen”. Hyvin pitkät hoitajakset eivät ilmeisesti olleet kovinkaan yleisiä, sillä potilas joko palasi normaaliin elämäänsä vajaakuntoisena, tai kuoli tuberkuloosiin parantolassa, mutta pitkiä hoitajaksoja seuraamalla voitaisiin saada uusia näkökulmia tuberkuloosin hoidon institutionaaliseen luonteeseen. Minkä instanssien kautta hoitoon päädyttiin? Ketkä järjestelmässä tekivät hoidolliset päätökset? Olivatko pitkäaikaispotilaat omasta tahdostaan parantoloissa? Mikä oli potilaiden toimijuuden rooli parantolahoidon hoitopolussa? Millaisista taustoista pitkäaikaispotilaat tulivat? Kysymyksiä voitaisiin hyödyntää esimerkiksi mikrohistoriallisessa tutkimuksessa, jossa yhden potilaan hoitopolkua seurattaisiin lähteiden avulla tarkasti.

Vielä viimeisenä esiin nousi kaksi irrallista tutkimusaihetta, jotka mielestäni ansaitsisivat omat tutkimuksensa – Kalevanniemen lastenparantolan historia ja Severi Savosen elämäkertatutkimus. Kalevanniemen lastenparantola toimi hallinnollisesti rinnakkain Paimion parantolan kanssa, mutta lastenparantolassa potilaina olivat hyvinkin nuoret lapset. Lapsien taudinkuvat olivat Paimion parantolaa moninaisempia, ja olisikin kiinnostavaa tarkastella lasten hoitoon liittyviä kysymyksiä tuberkuloosin ja muiden aikakaudelle relevanttien tautien hoidossa.²²⁴ Severi Savonen taas on suomalaisen tuberkuloosityön suurmies, jonka elämästä ja työstä voidaan löytää vain satunnaisia mainintoja. Savoselle on

²²³ Esim. Härö 1992, 17–24 & 240–44; Jauho 2007, 70–73 & 223–37.

²²⁴ Törrönen 1983, 15–29.

omistettu oma kansallisbiografiansa, mutta mielestäni perusteellisempi selvitys Savosen elämän vaiheista olisi perusteltavissa. Savonen toimi koko ikänsä tuberkuloosityön ja erityisesti tuberkuloosivalistuksen parissa. Hän oli mukana usean parantolan suunnittelussa, hallinnossa ja edusti koko lääkärinuransa Suomen Tuberkuloosin Vastustamisyhdistyksen kantoja eri instansseissa. Savonen tuotti useita julkaisuja, artikkeleita ja valistus kirjallisuutta, jotka vaikuttivat vahvasti suomalaisen tuberkuloosidiskurssin muodostumiseen 1900-luvun aikana.²²⁵

5.2 TUBERKULOOSI NYKYPÄIVÄNÄ

Nyky päivän Suomi on käytännössä tuberkuloosivapaa – Suomessa todettiin vuonna 2023, 178 tuberkuloositapausta, ja taudin ilmaantuvuus oli 3,2/100 000:ta asukasta kohti. Tautitapausten määrä on laskenut tasaisesti koko 2000-luvun ajan,²²⁶ ja nykyisellään Suomi on huomattavasti Euroopan keskitasoa alempana tuberkuloosin ilmaantuvuudessa.²²⁷ Vielä 2000-luvun alussa tuberkuloosia esiintyi ja se miellettiin ikääntyneiden sairaudeksi.²²⁸ Nykyisellään taudin ilmaantuvuus on suurinta 30–44-vuotiaiden ikäryhmässä, ja vaikka ikääntyneidenkin joukossa tautia esiintyy, on sairastuneiden keski-ikä pudonnut 51 vuoteen. Yli puolet tuberkuloositartunnoista todetaan Suomeen ulkomailta saapuneilla,²²⁹ joka heijastaa globaalia tilannetta tuberkuloosin ilmaantuvuudessa. Historiallisesti tuberkuloosi on ollut lasten- ja nuorten sairaus, mutta Suomessa tämä kehitys on saatu käännettyä täysin 1940-luvulla alkaneen BCG-rokotusohjelman ansiosta. Rokotusohjelman alkuvuosina kohderyhmänä olivat 15–25-vuotiaat, mutta vuosien myötä rokotusten painoarvo siirtyi vastasyntyneisiin. Rokotteiden antaminen kaikille vastasyntyneille lopetettiin vuonna 2006, ja nykyisin rokotetta tarjotaan vain riskiryhmiin kuuluville alle 7-vuotiaille lapsille – riskiryhmässä ovat erityisesti korkean tuberkuloosiesiintyvyyden maista Suomeen muuttaneet, ja pakolaisleireillä asuneet lapset.²³⁰

Tuberkuloosiin sairastui globaalisti vuonna 2022 arviolta 10,6 miljoonaa ihmistä ja menehtyi 1,3 miljoonaa ihmistä. Kansainvälisesti suurimmat ongelmat taudin kitkemisessä liittyvät rahoitukseen, puutteelliseen tietämykseen taudista ja lukuisiin yhteiskunnallisiin ongelmiin korkean tuberkuloosiesiintyvyyden maissa. WHO on listannut 30 korkean tuberkuloosin esiintyvyyden maata, jotka edustavat noin 86–90 % kaikista tartunnoista kansainvälisesti – listassa ovat mm. Venäjä, Indonesia, Etelä-Afrikka ja Mongolia. Tuberkuloositartunnat ovat WHO:n raportin perusteella maailmanlaajuinen ongelma, eivätkä tartunnat painotu vahvasti tietyille maantieteellisille alueille. Globaalin tuberkuloosiepidemian

²²⁵ Härö 1992, 216–18; Korppi-Tommola 2001; Jauho 2007, 189–90.

²²⁶ ”Tuberkuloosi - THL” 2024; ”Tuberkuloosin esiintyvyys Suomessa - THL” 2024.

²²⁷ European Centre for Disease Prevention ja WHO Regional Office for Europe 2024.

²²⁸ Tala-Heikkilä 2003.

²²⁹ ”Tuberkuloosin esiintyvyys Suomessa - THL” 2024.

²³⁰ Härö 1992, 171–73; Tala-Heikkilä 2003; ”BCG- eli tuberkuloosirokote - THL” 2024.

päätäminen vuoteen 2030 mennessä on osana Yhdistyneiden kansakuntien ”Sustainable Development Goals” toimintasuunnitelmaa.²³¹ Tuberkuloositartunnalle altistavat erityisesti diabetes, heikentynyt vastustuskyky (riskiryhmässä ovat erityisesti HIV:tä ja Aidsia sairastavat), aliravitsemus ja tupakointi. Parhaassa tapauksessa jopa pitkälle edennyt tuberkuloosi voidaan hoitaa 4–6 kk kestävästä antibioottikuurin avulla, mutta väärin otetut tai virheelliset antibiootit altistavat lääkkeille vastuskykyisen tuberkuloosin (*Multidrug-resistant TB = MDR-TB*) pesiytymiselle kehoon. MDR-TB onkin yksi vaarallisimmista tuberkuloosin muodoista, sillä taudinkuvan muuttuessa myös hoitomahdollisuudet kapenevat, ja jäljelle jäävät vaihtoehdot ovat huomattavasti kalliimpia sekä vaarallisempia potilaille. Vuonna 2022 vain noin kahdella viidestä MDR-TB-potilaasta globaalisti oli mahdollisuus saada hoitoa tautiin.²³²

Paimion parantola suojeltiin rakennussuojelulain nojalla vuonna 1993 ja se on myös osa Museoviraston hallinnoimaa valtakunnallisesti merkittävän kulttuuriympäristön kokonaisuutta.²³³ Sairaaloiminta Paimiossa loppui vuonna 2015, ja vuodesta 2020 lähtien parantolan kulttuuriperintöä on hallinnoinut Paimion parantola -säätiö.²³⁴ Viimeisimpänä kehityksenä parantola on mukana Aalto-sarjakohteen hakemuksessa Unescon maailmanperintöluetteloon, jonka päätöstä odotetaan vuoden 2026 aikana.²³⁵

²³¹ WHO 2023b; 2023a.

²³² WHO 2023b; 2023a.

²³³ Museovirasto 2014.

²³⁴ ”Paimion parantola -säätiö” 2024.

²³⁵ ”Humaani Aalto-arkkitehtuuri” 2023; ”Alvar Aalto ja maailmanperintö” 2023.

LÄHTEET JA KIRJALLISUUS

Arkistolähteet

Alvar Aalto -museon kirjekokoelma. 12900. Saapuneet, kansio 2; Oy Aage Havemanns Eftf Ab.

Keskitalo, Jalmari, ja Minne Keskitalo. 1928. "Kauppakirja". Ha 2:1. Varsinais-Suomen tuberkuloosipiirin arkisto, Paimion parantolan arkisto.

Silkkilä, Juho, K.V. Alavuo, Bernard Heikkilä, Antti Raita, J. Erl. Pilppula, Maija Moikkola, ja Ilmo Kalkas. 1928. "Lahjakirja". Ha 2:1. Varsinais-Suomen tuberkuloosipiirin arkisto, Paimion parantolan arkisto.

"Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomus 1933". 1934. Vuosikertomus. Vuosikertomusten arkistokappaleet. Paimion parantola. Di: 1. Varsinais-Suomen tuberkuloosipiirin arkisto, Paimion parantolan arkisto.

"Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomus 1934". 1935. Vuosikertomus. Vuosikertomusten arkistokappaleet. Paimion parantola. Di: 1. Varsinais-Suomen tuberkuloosipiirin arkisto, Paimion parantolan arkisto.

"Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomus 1935". 1936. Vuosikertomus. Vuosikertomusten arkistokappaleet. Paimion parantola. Di: 1. Varsinais-Suomen tuberkuloosipiirin arkisto, Paimion parantolan arkisto.

"Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomus 1936". 1937. Vuosikertomus. Vuosikertomusten arkistokappaleet. Paimion parantola. Di: 1. Varsinais-Suomen tuberkuloosipiirin arkisto, Paimion parantolan arkisto.

"Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomus 1937". 1938. Vuosikertomus. Vuosikertomusten arkistokappaleet. Paimion parantola. Di: 1. Varsinais-Suomen tuberkuloosipiirin arkisto, Paimion parantolan arkisto.

"Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomus 1938". 1939. Vuosikertomus. Vuosikertomusten arkistokappaleet. Paimion parantola. Di: 1. Varsinais-Suomen tuberkuloosipiirin arkisto, Paimion parantolan arkisto.

"Varsinais-Suomen parantolan ja Kalevanniemen parantolan vuosikertomus 1939". 1940. Vuosikertomus. Vuosikertomusten arkistokappaleet. Paimion parantola. Di: 1. Varsinais-Suomen tuberkuloosipiirin arkisto, Paimion parantolan arkisto.

Virallisjulkaisut

Asetus kunnallisille mielisairaaloille sekä tuberkulosia sairastavien hoitolaitoksille ja tuberkulosin vastustamistyön edistämiseksi annettavasta valtioneuvoston päätöksellä 31 päivänä toukokuuta 1929 annetun lain toimeenpanosta. 270/1929. 1930.

Laki kunnallisille mielisairaaloille sekä tuberkulosia sairastavien hoitolaitoksille ja tuberkulosin vastustamistyön edistämiseksi annettavasta valtioneuvoston päätöksellä 269/1929. 1930.

Tilastollinen päätoimisto. 1940. "Suomen tilastollinen vuosikirja 1939". 1940. <https://www.doria.fi/handle/10024/69246>.

— — —. 1946. "Suomen tilastollinen vuosikirja 1944-45". 1946.
<https://www.doria.fi/handle/10024/69239>.

Sanomalehdet

Sullivan, Louis H. 1896. "The Tall Office Building Artistically Considered". *Lippincott's Magazine*, maaliskuuta 1896.

Uusi Aura. 1933. "Maakunnallinen merkkipäivä", 18. kesäkuuta 1933.

Kuvalähteet

Alvar Aalto-museon piirustuskokoelma. 1930-luku. Kuvan numero ja arkistotunnus: (8) 50-418; (10) 50-400;

Alvar Aalto -museon valokuvakokoelma. 1930-luku. Kuvan numero ja arkistotunnus: (11) 50-003-481; (12) 50-003-260; (13) 50-003-233; (12) 50-003-401; (15) 50-003-374; (16) 50-003-382; (17) 50-003-371.

Elonet. 1933. *Ne 45000 (kuva 1)*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran Kirjapainon Oy.
https://elonet.finna.fi/Record/kavi.elonet_elokuva_117662?imgid=1 .

Elonet. 1933. *Ne 45000 - Elokuvan kuvausryhmä parantolalavasteissa (kuva 15)*. Kuvaaja tuntematon.
https://elonet.finna.fi/Record/kavi.elonet_elokuva_117662?imgid=15 .

Hyvinkään kaupunginmuseo. 1930-luku. *Hyvinkään parantola*. Kuvaaja tuntematon. CC BY-NC-ND 4.0. https://finna.fi/Record/hyvinkaa_mui.mui-26202?sid=4531547187 .

Keski-Suomen museo. 1930-1931. *Kinkomaan parantola*. Kuvaaja "Valokuvaamo Päijänne". CC BY-ND 4.0. <https://finna.fi/Record/ksm.161133572681000?sid=4531055892> .

Museovirasto. 1983. *Turun Sanomien toimitalo*. Kuvaaja Pekka Kärki. CC BY 4.0.
<https://finna.fi/Record/museovirasto.DC7BECEB49BC1EC636440658B0F03002?sid=4551518814> .

Satakunnan Museo. 1920-luku. *Satalinna, Harjavalta*. Kuvaaja Kustaa Emil Klint. CC BY 4.0.
<https://finna.fi/Record/satakunnanmuseo.2C05128B-09BB-479D-8F5D-7299E0297FB4?sid=4529947647&imgid=1> .

Aikalaiskirjallisuus

Backman, Woldemar, ja Severi Savonen. 1934. *Keuhkotaudin kulku Suomessa vuosina 1771-1929*. Julkaisuja / Suomen tuberkuloosin vastustamisyhdistys, n:o 24. Helsinki: Suomen tuberkuloosin vastustamisyhdistys.

Jokiniemi, Toivo, Hannes Salmenkallio, Onni Nikula, ja Ilmari Möttönen. 1958. *Varsinais-Suomen tuberkuloosipiirin kuntainliitto 1933-1958: kertomus V. S:n tuberkuloosipiirin kuntainliiton 25-vuotistoiminnasta*. Turku: Varsinais-Suomen tuberkuloosipiirin kuntainliitto.

Kalkas, Ilmo, Alvar Aalto, ja Severi Savonen. 1933. *Varsinais-Suomen tuberkuloosiparantola*. Toimittanut M.M Sukkinen. Turku: Kirjapaino Polytypos.

Laes, Tauno, Kyllikki Hirsjärvi, Inkeri Vaher, Risto Elo, Niilo Mäki, Kalervo Lahtivaara, Kalevi Vatanen, ja Antti Tamminen. 1958. *Parantolamiljö ja sen ongelmia - toimikunnan mietintö*. Tuberkuloosiliiton julk 4. Helsinki: Tuberkuloosiliitto.

Le Corbusier. 1931. *Towards A New Architecture*. Kääntänyt Frederick Etchells. Translated from the thirteenth French edition with an introduction. Lontoo: John Rodker Publisher London. <http://archive.org/details/in.ernet.dli.2015.208774>.

Salokannel, Artturi, Severi Savonen, ja Akseli Einola. 1935. *Suomen tyttöjen ja poikien oma terveysopas*. Suomen tuberkuloosin vastustamisyhdistyksen julkaisu, n:o 25. Porvoo: Suomen tuberkuloosin vastustamisyhdistys.

Savonen, Severi. 1934. *Mitä jokaisen on tiedettävä keuhkotaudista: lyhyt esitelmä*. Helsinki: Suomen tuberkuloosin vastustamisyhdistys.

Suomen tuberkuloosin vastustamisyhdistys. 1933. *Ohjeita keuhkotautiparantolaan pyrkiville ynnä parantolaluettelo v. 1933*. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seuran kirjapaino O.Y.

Talvio, Maila. 1932. *Ne 45000: tarkoitusromaani*. Porvoo ; Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Kirjallisuus ja verkkolähteet

"Alvar Aalto ja maailmanperintö". 2023. Alvar Aalto -säätö. 2023.

<https://www.alvaraalto.fi/tietoa/alvar-aalto-ja-maailmanperinto/>.

Anttila, Tero, ja Mikko Myllykangas. 2015. "Michel Foucault- historiatietoisuuden haastaja".

Teoksessa *Historianfilosofia: klassiset ajattelijat antiikista nykyisyyteen*, toimittanut Kari Väyrynen ja Jarmo Pulkkinen, 361–91. Tampere: Vastapaino.

"BCG- eli tuberkuloosirokote - THL". 2024. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 9. helmikuuta 2024.

<https://thl.fi/aiheet/infektiotaudit-ja-rokotukset/rokotteet-a-o/bcg-eli-tuberkuloosirokote>.

Brock, Thomas D. 1988. *Robert Koch : A Life in Medicine and Bacteriology*. Madison, WI : Science Tech Publishers ; Berlin ; New York : Springer-Verlag.

<http://archive.org/details/robertkochlifein0000broc>.

Campbell, Margaret. 2005. "What Tuberculosis Did for Modernism: The Influence of a Curative Environment on Modernist Design and Architecture". *Medical History* 2005 (49): 463–88.

Cremnitzer, Jean-Bernard. 2014. "The Sanatorium in Europe in the 1920s and 1930s". Teoksessa *Alvar Aalto, Architect. Volume 5: Paimio Sanatorium 1929–33*, toimittanut Mia Hipeli ja Esa Laaksonen, 113–17. Alvar Aalto Architect, Volume 5. Helsinki: Alvar Aalto Foundation : Rakennustieto.

European Centre for Disease Prevention ja WHO Regional Office for Europe. 2024. "Tuberculosis Surveillance and Monitoring in Europe 2024 - 2022 Data". Copenhagen.

https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/TB_Surveillance_Report_2024.pdf.

Eylers, Eva. 2010. "Hygiene and Health in Modern Urban Planning - The Sanatorium and Its Role within the Modernist Movement". Väitöskirja, Architectural Association School of Architecture.

— — —. 2014. "Planning the Nation: The Sanatorium Movement in Germany". *Journal of Architecture (London, England)* 19 (5): 667–92. <https://doi.org/10.1080/13602365.2014.966587>.

— — —. 2017. "Alvar Aalto and the problem of architectural research".

<https://www.semanticscholar.org/paper/Alvar-Aalto-and-the-problem-of-architectural-Eylers/dde07ba158dda9a392163a9116fe470a2757928c>.

Eylers, Eva, Timo Holopainen, Tommi Lindh, Jonas Malmberg, Sakari Mentu, Katariina Pakoma, Timo Riekkö, Elina Riksmann, Jere Saarikko, ja Jukka Sainio. 2016. *Paimio Sanatorium Conservation Management Plan 2016*. Toimittanut Nina Heikkonen. Helsinki: Alvar Aalto Foundation.

- Eylers, Eva, Jonas Malmberg, ja Jukka Sainio. 2016. "Thematic History". Teoksessa *Paimio Sanatorium Conservation Management Plan 2016*, toimittanut Nina Heikkonen, 20–149. Helsinki: Alvar Aalto Foundation.
- Forsius, Arno. 2015. "Tuberkuloosin historiaa". Teoksessa *Keuhkosairauksien uusi historia: tuberkuloosista se alkoi*, toimittanut Olli Säynäjäkangas, 14–33. Rovaniemi: OMS Kirjatuotanto.
- Giedion, Sigfried. 1967. *Space, Time and Architecture: The Growth of a New Tradition*. 5th ed. The Charles Eliot Norton Lectures 1938–1939. Cambridge: Harvard University Press.
- Halmesvirta, Anssi. 2006. *Ideology and argument: studies in British, Finnish and Hungarian thought*. Studia historica 73. Helsinki: Finnish Literature Society.
- Harjula, Minna. 2003. "Uhka vai uhri? Vammaisuus ja kansanterveys Suomessa 1880-1939". Teoksessa *Kansalaisuus ja kansanterveys*, toimittanut Ilpo Helén ja Mikko Jauho, 128–45. Helsinki: Gaudeamus.
- — —. 2007. *Terveysten jäljillä : Suomalainen terveyspolitiikka 1900-luvulla*. Tampere University Press. <https://trepo.tuni.fi/handle/10024/68037>.
- Havu, Kaarlo, Jani Marjanen, Miikka Pyykkönen, Ilona Pikkanen, Taina Saarinen, ja Mikko Tolonen. 2022. *Sanat siltana menneeseen: kielelliset lähestymistavat historiantutkimuksessa*. Toimittanut Pasi Ihalainen ja Heli Valtonen. Helsinki: Gaudeamus.
- Havula, Pipsa. 2021. "'Jokanen oli masentunu ku tuli sinne. Ku aatteli, et nyt tää elämä oli tässä.'" : Muistitietotutkimus Paimion parantolan potilaiden kokemuksista 1940–1960-luvuilta". <https://www.utupub.fi/handle/10024/151961>.
- Heikinheimo, Marianna. 2016. *Architecture and Technology: Alvar Aalto's Paimio Sanatorium*. Aalto University Publication Series. Doctoral Dissertations Aalto ARTS Books 1/2016. Helsinki: Aalto University, School of Arts, Design and Architecture.
- Heikinheimo, Marianna, ja Minnamaria Koskela. 2000. *Paimion sairaalan rakennushistoriallinen selvitys*. Arkkitehtitoimisto HNP.
- Helén, Ilpo. 2016. *Elämän politiikat: yhteiskuntatutkimus Foucault'n jälkeen*. Paradeigma-sarja. Helsinki: Tutkijaliitto.
- Helén, Ilpo, ja Mikko Jauho. 2003. "Terveyskansalaisuus ja elämän politiikka". Teoksessa *Kansalaisuus ja kansanterveys*, toimittanut Ilpo Helén ja Mikko Jauho, 13–32. Helsinki: Gaudeamus.
- Henttonen, Maarit. 2009. *Kansakunnan parhaaksi: suomalaiset naisten- ja lastensairaalat 1920-1940-luvulla arkkitehtonisena, lääketieteellisenä ja yhteiskunnallisena suunnittelukohteena*. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.
- Hipeli, Mia, ja Esa Laaksonen, toim. 2014. *Alvar Aalto, Architect. Volume 5: Paimio Sanatorium 1929-33*. Alvar Aalto Architect, Volume 5. Helsinki: Alvar Aalto Foundation : Rakennustieto.
- "Humaani Aalto-arkkitehtuuri". 2023. Museovirasto. 2023. <https://www.museovirasto.fi/fi/humaani-aalto-arkkitehtuuri>.
- Härö, Sakari. 1992. *Vuosisata tuberkuloosityötä Suomessa: Suomen tuberkuloosin vastustamisyhdistyksen historia*. Helsinki: Suomen tuberkuloosin vastustamisyhdistys.
- — —. 1998. *Tuberculosis in Finland: Dark Past, Promising Future*. Yearbook / The Finnish Lung Health Association, Volume 24. Helsinki: Finnish Lung Health Association - Hengitys ja Terveys ry.
- Hästesko, Arne, Karin Hallas-Murula, ja Tapani Mustonen. 2014. "Works 1928-60". Teoksessa *Alvar Aalto, Architect. Volume 5: Paimio Sanatorium 1929-33*, toimittanut Mia Hipeli ja Esa Laaksonen, 150–77. Alvar Aalto Architect, Volume 5. Helsinki: Alvar Aalto Foundation : Rakennustieto.
- Jauho, Mikko. 2003. "Työväenravitsemuskysymys. Ravitsemus ja yhteiskuntapolitiikka Suomessa 1900-luvun alkupuoliskolla". Teoksessa *Kansalaisuus ja kansanterveys*, toimittanut Ilpo Helén ja Mikko Jauho, 146–74. Helsinki: Gaudeamus.

- — —. 2007. *Kansanterveysongelman synty: tuberkuloosi ja terveyden hallinta Suomessa ennen toista maailmansotaa*. Episteme. Helsinki: Tutkijaliitto.
- Jokinen, Teppo. 2014. "Paimio Sanatorium". Teoksessa *Alvar Aalto, Architect. Volume 5: Paimio Sanatorium 1929-33*, toimittanut Mia Hipeli ja Esa Laaksonen, 7–60. Alvar Aalto Architect, Volume 5. Helsinki: Alvar Aalto Foundation : Rakennustieto.
- Järvelä, Simo. 2003. "Suomalainen keuhkotuberkuloosiparantola kurin järjestelmänä". <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/12323>.
- — —. 2005. "Keuhkotuberkuloosiparantolan genealogia: tiedon tuotannon ja hoidon menetelmät suomalaisessa keuhkotuberkuloosiparantolassa 1932-1960". *Sociologia*. -, 275–87.
- Järvi, Leena. 2001. *Tuberkuloosin hoidon kirjauskäytännöt Alvar Aallon sairaalassa vuosikymmenien aikana*. Hoitotyön julkaisusarja, A:33. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä - Turun yliopistollinen keskussairaala.
- Karonen, Petri, ja Antti Räihä, toim. 2014. *Kansallisten instituutioiden muotoutuminen: suomalainen historiakuva Oma maa -kirjasarjassa 1900-1960*. Historiallisia tutkimuksia 267. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Kelly, Susan. 2011. "Stigma and silence: oral histories of tuberculosis". *Oral History* 39 (1): 65–76.
- Korppi-Tommola, Aura. 2001. "Savonen, Severi. Kansallisbiografia-verkojulkaisu". 4. toukokuuta 2001. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:sks-kbg-000941>.
- Koskela, Minnamaria. 1998. *Paimion parantola: rakennus kuin "lääketieteellinen instrumentti"*. Helsinki.
- Kusch, Martin. 1993. *Tiedon kentät ja kerrostumat: Michel Foucault'n tieteen tutkimuksen lähtökohdat*. Kääntänyt Heini Hakosalo. Prometheus. Oulu: Pohjoinen.
- Kuusi, Hanna. 2003. "Tuberkuloosin torjunta ja moderni kansalainen". Teoksessa *Kansalaisuus ja kansanterveys*, toimittanut Ilpo Helén ja Mikko Jauho, 33–57. Helsinki: Gaudeamus.
- Lawlor, Clark. 2007. *Consumption and literature: the making of the romantic disease*. Basingstoke: Macmillan. https://librarysearch.northumbria.ac.uk:443/northumbria:default_scope:44UON_ALMA5132904030003181.
- Malmberg, Jonas, ja Sakari Mentu. 2016. "Restoration and Conservation". Teoksessa *Paimio Sanatorium Conservation Management Plan 2016*, toimittanut Nina Heikkonen, 223–60. Helsinki: Alvar Aalto Foundation.
- McMillen, Christian W. 2015. *Discovering Tuberculosis: A Global History, 1900 to the Present*. New Haven: Yale University Press.
- Mikonranta, Kaarina. 2014. "The Paimio Interiors". Teoksessa *Alvar Aalto, Architect. Volume 5: Paimio Sanatorium 1929-33*, toimittanut Mia Hipeli ja Esa Laaksonen, 45–60. Alvar Aalto Architect, Volume 5. Helsinki: Alvar Aalto Foundation : Rakennustieto.
- Museovirasto. 2014. "Museovirasto - Paimion parantola". Tietokanta. Kulttuuriympäristön palveluikkuna. 13. helmikuuta 2014. https://www.kyppi.fi/palveluikkuna/rapea/read/asp/r_kohde_det.aspx?KOHDE_ID=201035.
- Page, Benjamin B. 2002. "The Rockefeller Foundation and Central Europe: A Reconsideration". *Minerva* 40 (3): 265–87.
- "Paimion parantola -säätio". 2024. Paimio Sanatorium. 2024. <https://paimiosanatorium.com/fi/parantola/saatio/>.
- "Paimion parantola -säätio - Paimion parantolan historia". 2024. Paimio Sanatorium. 2024. <https://paimiosanatorium.com/fi/parantola/historia/>.
- "Pikonlinna - Leikkauksia". 2018. Pikonlinna. 2018. <https://www.aikanaan.fi/pikonlinna/hoitomuotoja-kehitetaan/leikkauksia/>.

- Saarikko, Jere. 2007. "Paimion sairaalan ympäristön historiaselvitys ja kunnostussuunnitelma". Diplomityö, Teknillinen Korkeakoulu - Arkkitehtiosasto.
- Savolainen, Raimo. 2000. "Haartman, Carl Daniel von. Kansallisbiografia-verkkójulkaisu". 28. marraskuuta 2000. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:sks-kbg-007589>.
- Schalanski, Maria, ja Pinja Väätäinen. 2021. "Miten Suomi voitti tuberkuloosin?" Opinnäytetyö. 2021. <http://www.theseus.fi/handle/10024/509359>.
- Schildt, Göran, Alvar Aalto, ja Raija Mattila. 1997. *Näin puhui Alvar Aalto*. Helsingissä: Otava.
- Schildt, Göran, ja Raija Mattila. 2007. *Alvar Aalto: elämä*. Jyväskylä: Alvar Aalto -museo.
- Smith, Noel, Glyn Hewison, Kristin Kremer, Roland Brosch, ja Stephen Gordon. 2009. "Myths and Misconceptions: The Origin and Evolution of Mycobacterium Tuberculosis". *Nature Reviews Microbiology* 2009 (7): 537–44.
- Suoninen, Eero. 2023. "Diskurssianalyysi". Tietoarkisto. 2023. [https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/teoreettis-metodologiset-
viitekehukset/diskurssianalyysi/](https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/teoreettis-metodologiset-viitekehukset/diskurssianalyysi/).
- Tala-Heikkilä, Marianna. 2003. "Tuberkuloosi Suomessa". 2003;119(17):1621-1628, *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. <https://www.duodecimlehti.fi/duo93757>.
- Taskila-Åbrandt, Taina. 2000. "'Elämää ihmispelkona': Tuberkuloosipotilaan leimautuminen parantolahoidon Suomessa". <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/13167>.
- Tieteen termipankki. 2016. "Folkloristiikka:lähiluku". 10. toukokuuta 2016. <https://tieteentermipankki.fi/wiki/Folkloristiikka:l%C3%A4hiluku>.
- Tilastokeskus. 2024a. "Suomen tilastollinen vuosikirja". 2024. <https://doria.fi/handle/10024/67152>.
- — —. 2024b. "Tilastokeskus". Rahanarvonmuunnin. Tilastokeskus. 2024. <https://www.stat.fi/tup/laskurit/rahanarvonmuunnin.html>.
- "Tuberkuloosi - THL". 2024. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 6. maaliskuuta 2024. <https://thl.fi/aiheet/infektiotaudit-ja-rokotukset/taudit-ja-torjunta/taudit-ja-taudinaiheuttajat-a-o/tuberkuloosi>.
- "Tuberkuloosin esiintyvyys Suomessa - THL". 2024. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 20. maaliskuuta 2024. <https://thl.fi/aiheet/infektiotaudit-ja-rokotukset/taudit-ja-torjunta/taudit-ja-taudinaiheuttajat-a-o/tuberkuloosi/tuberkuloosin-esiintyvyys-suomessa>.
- Tuomainen, Raimo, Markku Myllykangas, Jyrki Elo, ja Olli-Pekka Ryytänen. 1999. *Medikalisaatio: aikamme sairaus*. Tampere: Vastapaino.
- Törrönen, Sirkka. 1983. *Varsinais-Suomen tuberkuloosipiiri: Kalevanniemen lastenparantola 1920-1962: Paimion sairaala 1933-1983*. Paimio: Varsinais-Suomen tuberkuloosipiirin kuntainliitto.
- Vuorinen, Heikki S. 2002. *Tautinen historia*. Tampere: Vastapaino.
- WHO. 2023a. *Global tuberculosis report 2023*. Global TB Report. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023>.
- — —. 2023b. "Tuberculosis (TB)". 7. marraskuuta 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>.

