



TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

## **Sairaanhoitajakoulutukseen vuosina 1956–1987 vaikuttaneet yhteiskunnalliset muutokset**

Annika Weckman

Opinnäytetyö  
Heinäkuu 2016  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja AMK



## SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	3
2 YHTEISKUNNALLINEN KEHITYS .....	8
2.1 Terveysthuoltopalveluiden laajeneminen.....	14
2.2 Sairaaloiden määrän kasvu 1950-luvulla.....	17
2.2.1 Tampereen keskussairaala .....	20
3 SAIRAANHOITAJAKOULUTUS.....	23
3.1 Hoitotieteen kehitys .....	28
3.2 Lääkintöhallitus.....	31
3.3 Opetussuunnitelmat.....	33
3.4 Oppikirjat, opetus ja opettajat .....	35
3.5 Opiskelijat .....	37
3.6 Asuntolat .....	39
4 TAMPEREEN SAIRAANHOITO-OPISTO .....	41
5 YHTEENVETO .....	46
LÄHTEET.....	51
LIITTEET.....	53
Liite 1. Terveysthuoltoa koskevia lakeja.....	53
Liite 2. Sairaanhoidajakoulutukseen vaikuttaneita yhteiskunnallisia muutoksia 1956–1987 .....	55
Liite 3. Tampereen sairaanhoito-opiston koulutusalat .....	56

## 1 JOHDANTO

Suomessa koettiin 1900-luvulla monenlaisia yhteiskunnallisia muutoksia lääketieteen ja teknologian kehityksen, teollistumisen, kaupungistumisen, väestön kasvun, ikärakenteen muutoksen sekä sotien myötä. Niillä oli suuri vaikutus hoitotyön kehitykseen. Tietotaidon karttuessa ja tarpeen kasvaessa myös opetuksen tuli kehittyä ja muuttua entistä korkeatasoisemmaksi.

Sairaanhoitajakoulutuksen synty ja kehitys ovat sidoksissa yhteiskunnallisiin tapahtumiin ja sairaiden hoidossa liittyviin muutoksiin. Voimistunut terveysvalistus, lääkäreiden aputyövoiman tarve ja muiden maiden esimerkit vaikuttivat paljolti siihen, että sairaanhoitajakoulutus alkoi Suomessa vuonna 1889. Sairaanhoitajakoulun juuret ovat Helsingin diakonissalaitoksella, jossa diakonissojen kouluttaminen oli alkanut pari vuosikymmentä aiemmin. Sitä ennen naiset, erityisesti naislesket, olivat toimineen sairaiden hoitajina. (Sarkio 2007, 5, 10, 66.)

Suomalainen kansanterveystyö oli hyvin hajanaista aina vuoteen 1939 saakka, jolloin säädettiin laki yleisestä lääkärinhuollosta. Laki määritteli yleisen terveyden- ja sairaanhoidon valvonnan ja sen edistämistyön kunnallislääkäreiden ensisijaiseksi tehtäväksi. Vastaavasti keskussairaallaki (1943) oli ensimmäinen askel kohti yhtenäistä järjestelmää, sillä laki velvoitti kunnan hankkimaan tietyn määrän sairaansijojä tiettä asukasmäärää kohden. Alueellisia eroja niin määrässä kuin laadussakin haluttiin näin ollen tasoittaa. (Vauhkonen 1992, 271, 276.)

Sotavuosien jälkeen Suomen haasteena olivat Venäjälle annettavat alueluovutukset ja sotakorvaukset, siirtoväen asuttaminen ja yleinen puute esimerkiksi elintarvikkeista. Valtio tarjosi ilmaista sairaanhoitoa sodassa haavoittuneiden ja invalidisoituneiden lisäksi asevelvollisten, kaatuneiden ja invalidien omaisille vuoteen 1946 asti ja siirtoväelle 1950-luvun alkuun saakka. Sodan jälkeen tuberkuloosi- ja mielenterveyshuollon paikkoja oli saatava lisää muun terveydenhuollon laitosten ohella. Sukupuolitautitapausten kasvu haluttiin saada kuriin, mistä syystä asetettiin sukupuolitautilaki (1952), mikä teki tautiin sairastuneen tai epäillyn tutkimuksesta ja hoidosta ilmaista. Sotien jälkeen myös lapsihalvaukset lisääntyivät voimakkaasti, kunnes rokotteen avulla tautia voitiin ehkäistä. (Vauhkonen 1992, 269, 276, 279, 282–283.)

Hyvinvointiyhteiskunnan rakentaminen vaati toimivan ja tasa-arvoisen terveydenhuoltojärjestelmän. Lait kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista, terveystieteistä ja kättilöistä loivat perustaa suomalaiselle kansanterveystyölle sekä terveystieteiden koulutukselle ja kehitykselle (Lämsä 2013, 11). Terveydenhuollon kentällä tapahtui suuria muutoksia, kun kansanterveystyön ohella alettiin kiinnittämään huomiota yleissairaalahoitoon valtakunnalliseen järjestelyyn. Yleissairauksien hoito ei ollut kunnolla eriytynyt Helsingin ja Turun yliopistosairaaloita sekä tuberkuloosin ja mielisairauksien hoitoa lukuun ottamatta. Eduskunta säätöi useita lakeja, jotka lisäsivät kuntien taloudellista sekä sosiaalista vastuuta. Näin ollen kuntien toimintakenttä laajeni ja sen merkitys työnantajana ja paikallisena vaikuttajana kasvoi. Tästä hyvänä esimerkkinä on vuonna 1956 asetettu sairaalalaki, mikä siirsi sairaalan omistuksen valtiolta kunnille tai kuntainliitoille. Kunta vastasi tästä eteenpäin sairaalahoitosta ja valtio osallistui ainoastaan taloudellista tukea antamalla. Tekniikan ja lääkkeiden kehityksen myötä erilaista hoitoa voitiin alkaa myös siirtämään sairaalahoitosta avohoidon pariin. (Vauhkonen 1992, 274, 277, 283.)

Vuosisadan puolivälin tienoilla sairaanhoitajista, erikoissairaanhoitajista ja esimiehistä oli jatkuva pula. Työvoimapulaan vaikutti uusien keskussairaaloiden perustaminen, sairaanhoitajien työajan lyheneminen sekä muuttunut käsitys opiskelijoiden harjoittelun sisällöstä, kun opiskelijoita ei voinut pitää enää korvaavana työvoimana. Samaan aikaan poistuma alalta oli suurta, eikä sairaanhoitajakoulutus kyennyt tuottamaan uusia hoitajia tarvittavalla nopeudella. Huono palkkaus ei myöskään houkuttanut alalle. (Sarkio 2007, 163.)

Tutkimuksessani perehdyn Suomessa vuosina 1956–1987 tapahtuneisiin yhteiskunnallisiin muutoksiin, joilla oli vaikutusta Suomen sairaanhoitajakoulutukseen ja erityisesti Tampereen sairaanhoito-opistoon. Tarkat tutkimuskysymykset ovat:

- *mitä yhteiskunnallisia muutoksia Suomessa tapahtui tutkimusajankohtana*
- *millainen sairaanhoitajakoulutus oli 1950–1980-luvuilla ja mitkä asiat siihen vaikuttivat*
- *miten mahdolliset muutokset vaikuttivat Tampereen sairaanhoitaja-opistoon*

Tutkimukseni on kirjallisuuskatsaus eli etsin aiheeseen liittyvää informaatiota ja pyrin hahmottamaan aihepiirin kokonaisuutta tutustumalla aiheesta löytyvään tietoon. Kirjallisuuskatsauksen avulla

saadaan tietoa, miten paljon tutkimustietoa on kyseisestä asiasta jo olemassa sekä millaisesta näkökulmasta ja millaisin menetelmin sitä on käyty lävitse (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 121). Analysoin kirjoituksia historiallis-kvalitatiivisella menetelmällä, jonka avulla luon kuvan tutkimuskohteesta ja –ajasta. Menetelmän avulla analysoin lähinnä lähdekritiikkiä käyttäen kutakin lähdettä kerrallaan ja samalla huomioin niiden oman synty-ympäristön. (Suvanto 1977, 96–97.) Tarkoitukseni on rakentaa mielekäs ja yhdenmukainen kuva yhteiskunnassa tapahtuneista murroksista sekä sairaanhoitajakoulutuksessa tapahtuneista muutoksista. Tutkimuksessani käytän sisällönanalyysia, eli tekstianalyysia, jonka avulla pyrin tiivistämään tietoaineiston niin, että voin kuvata tutkittavaa ilmiötä lyhyesti ja yleistävästi. Lisäksi voin esittää selkeästi, systemaattisesti ja objektiivisesti tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 94–95, 110.)

Yhteiskunnallinen muutos on käsitteenä hyvin laaja pitäen sisällään poliittisten päätösten ja muutosten ohella esimerkiksi yhteiskunnassa tapahtuvia arvomuutoksia ja talousvaikutteita. Yhteiskunta koostuu ihmisistä ja heidän yhteisöistään, jotka elävät tietyllä maantieteellisellä alueella ollen vuorovaikutuksessa keskenään. Yhteiskunta rakentuu erilaisista instituutioista ja poliittisista käytännöistä sekä valtarakenteista. Oma infrastruktuuri ja kulttuuri ovat oleellinen osa yhteiskuntaa. (ks. Kangas 2006.) Muutos on vastaavasti prosessi, jossa jokin muuttuu erilaiseksi kuin se aiemmin oli. Muutosten taustalla on jokin syy, mikä laukaisee prosessin. Tutkimuksessani käytän yleisesti käsitettä sairaanhoitajakoulu tai –koulutus pitäen sisällään erilaisia erikoistumisopintoja. En erottele koulutuksen tyyppiä eli sitä, onko kyseessä opisto tai muu vastaava koulutus, ellei se ole tutkimukseni kannalta relevanttia.

Vaikka tutkimusajankohtani alkaa vuodesta 1956 – vuosi jolloin Tampereen sairaanhoito-opiston koulutus käynnistyi jatkuen aina vuoteen 1987, jolloin tapahtui keski-asteen koulu-uudistus, niin tutkimuksessa on huomioitu paljon koulutukseen vaikuttaneita yhteiskunnallisia muutoksia myös 1920-, 1930- ja 1940-luvuilta. Ilman näiden vuosikymmenten tarkastelua, olisi vaikea nähdä kokonaiskuvaa, mitkä asiat vaikuttivat Tampereen sairaanhoito-opiston perustamiseen ja millaisessa toimintaympäristössä toiminta sai alkunsa. Vuosikymmenten kehityksellä ja tapahtumilla oli kiistämättä vaikutus myös tulevaisuuteen.

Koska tutkimukseni ei kokonaisuudessaan vastaa opinnäytetyön laajuutta, pitäydyn työssäni hyvin laajoissa linjoissa. Saadakseen syvällisemmän kuvan tutkimusaiheesta, pitäisi perehtyä Tampereen sairaanhoitaja-opiston arkistomateriaaleihin ja kasvattaa tutkimuskirjallisuuden laajuutta ja näkökulmaa. Työni tarkoitus onkin raapaista pintaa, josta olisi hyötyä tulevaa Tampereen sairaanhoitajakoulutusta koskevaa historiikka varten.

Yhteiskunnallisia muutoksia tarkastellessa, olen käyttänyt päälähteinä professori Henrik Meinanderin vuonna 2014 ilmestynyt teosta nimeltä *Suomen historia – linjat, rakenteet, käännekohtat ja* professori Viljo Rasilan *Tampereen historia IV* (1992). Rasilan julkaisu luo kuvaa yhteiskunnan muutosten lisäksi Tampereen tapahtumista. Sairaanhoitajakoulutuksen kehityksen päälähteenä olen käyttänyt Maria Sarkion vuonna 2007 julkaistua väitöskirjaa *Sairaanhoitajaksi kasvattaminen – sairaanhoitajakoulutus ja siinä käytetyt oppikirjat Suomessa vuoteen 1967 asti*. Päivi Huhtela on omaan väitöskirjaansa tehnyt yhden kaaviokuvan, johon hän on listannut vuosien 1945–1957 yhteiskunnallisia muutoksia, jotka vaikuttivat sairaanhoitajakoulutukseen. Käytän kaaviota hyväkseni vertailemalla tutkimustuloksiamme. Kaavio myös antaa hyvän pohjan omalle työlleni seuraavia vuosikymmeniä ajatellen. Huomioitavaa on, ettei Huhtela aukaise kuvaansa sanallisesti, sillä se on vain sivujuonne hänen väitöskirjassaan.

Tutkimukseni jakaantuu neljään pääkappaleeseen. Seuraavassa pääkappaleessa tarkastelen sotien jälkeistä Suomea: millaisessa maassa ja ilmapiirissä yhteiskunnalliset murrokset tapahtuivat, minkälaista kehitystä tapahtui eri osa-alueilla ja mitkä asiat niiden taustalla vaikuttivat. Saadakseni syvällisemmän kuvan Tampereen sairaanhoitaja-opistoon vaikuttavista tekijöistä, tarkastelen terveydenhuollossa tapahtuneita muutoksia sotien jälkeisestä ajasta aina 1980-luvulle. Sairaaloitten määrän kasvulla tuli olemaan merkittävä rooli opiston syntyyn, minkä vuoksi perehdyn tarkemmin myös Tampereen keskussairaalan toimintaan.

Kolmas pääkappale keskittyy sairaanhoitajakoulutuksen historiaan. Miten koulutus kehittyi, minkälaista opetusta kouluissa tarjottiin sekä minkälaisia vaatimuksia yhteiskunta tai koulu asettivat opettajille ja oppilaille. Yksi alaluku keskittyy lääkintöhallituksen rooliin, sillä sairaanhoitajakoulut olivat kyseisen neuvoston alaisia lähes 1970-luvulle asti. Neljäs kappale sisältää Tampereen

sairaanhoidaja-opistoa koskevaa tietoa. Viimeisessä kappaleessa nivon kaiken yhteen – mitkä asiat, muutokset ja ajatusmallit vaikuttivat opistoon.

## 2 YHTEISKUNNALLINEN KEHITYS

Sotavuosien jälkeen pula ja poliittinen valtataistelu olivat näkyviä yhteiskunnallisia tekijöitä. Taustalla tapahtui kuitenkin paljon muutakin, kuten julkisen hallinnon kasvu ja elintason nousu. Aineellinen niukkuus johti elintason kohottamispyrkimyksiin sekä yhteiskunnallisten arvojen muutokseen: uskonnollisista ja kansallisista arvoista kohti aineellisia arvoja. (Rasila 1992, 6.) Kun sota-korvaukset oli maksettu 1950-luvun alussa, Suomi pystyi henkisesti irtautumaan sotavuosista. Kansallinen itsetunto kohosi, kun Helsinki isännöi olympialaisia vuonna 1952. (Meinander 2014, 267.) Samalla maailmalle luotiin kuvaa kehittyneestä Suomesta (Kuikka 1993, 105).

Sodan jälkeinen taloudellinen kasvu jatkui 1990-luvun alkuun saakka. Työntekijöiden keskimääräiset tulot lähes tuplaantuivat 1948–1979 välisenä aikana ja Suomen bruttokansantuote kasvoi niin suurella vauhdilla, että 1970-luvulla Suomi oli kivunnut Euroopan kolmen rikkaimman valtion joukkoon. Suomen teollistuminen tapahtui varsin myöhäisessä vaiheessa, mikä mahdollisti tehtaiden tekniikan automatisoinnin. Teollisuuden automatisoinnin taustalla oli työnantajien kokonaistakustannusten lisääntyminen, kun sosiaaliturvamaksujen ja tuntipalkkojen reaaliarvot jatkoivat nousuaan. Työpalkkojen nousuun vaikutti voimakkaasti SAK-liiton jäsenmäärien moninkertaistuminen ja työtaistelut. Sarjatyöntekijän sijaan 1970-luvulla ryhdyttiin arvostamaan itsenäisiin ratkaisuihin kykeneviä työntekijöitä. (Meinander 2014, 254; Rasila 1992, 199.)

Varsinaista hallitsevaa työväenluokkaa ei Suomeen syntynyt, sillä suurin osa peruselinkeinosta vapautuvista ihmisistä siirtyi palvelualojen pariin. Näistä palvelualoista erityisesti opetus- ja sosiaalitoimi sekä terveydenhuolto kasvoivat sotien jälkeen koulunkäynnin ja opiskelun lisääntyessä. Edellä mainitut alat olivat ja tulivat olemaan aina 1980-luvun loppuun asti hyvin naisvaltaisia. (Rasila 1992, 189.)

Maa- ja metsätalouden koneellistuessa yhä suurempi osa nuoresta väestöstä muutti kaupunkeihin teollisuuden tai opintojen perässä. Muuttovirran ja sodan jälkeisen kasvavan syntyvyyden vuoksi lisää asuntoja tarvittiin kasvavaan tarpeeseen. Nopea rakennemuutos vaikuttikin oleellisesti aineelliseen ympäristöön ja ihmisten arkirutiineihin. Kortteliyhteisöajattelu vaihtui ydinperheen sekä työn arvostukseen. (Meinander 2014, 255–256, 265)



Suurten ikäluokkien jälkeen syntyvyys alkoi laskea ja maastamuutto Ruotsiin kasvoi 1960-luvun lopussa. Ruotsiin muutti 1960- ja 1970-luvun vaihteessa vuosittain noin 40 000 suomalaista, mutta myös takaisinmuutto oli runsasta. Kuolleisuus laski samaan aikaan parantuneen terveydenhoidon ja kasvavan hyvinvoinnin myötä, mikä kasvatti Suomen väkilukua vuosien 1944–1980 välisenä aikana 3,7 miljoonasta 4,8 miljoonaan. Sama trendi jatkui myös seuraavalla vuosikymmenellä. Maan sisäinen muuttoliike suuntasi Keski- ja Itä-Suomesta pääkaupunkiseudulle ja sen lähiympäristöön. (Meinander 2014, 256, 259.)

Maantieteellinen liikkuvuus ja kielirajat ylittävät avioliitot kasvattivat suomen kielen asemaa koti- ja työkielenä. Ruotsinkielisen väestön syntyvyys oli myös alhaisempaa, mikä johtui suomenruotsalaisten nuorten laajasta muutosta Ruotsiin. Englannin kielen merkitystä kasvatti amerikkalaiset elokuvat. Tampere oli lähes puhtaasti suomenkielinen kaupunki, vaikkakin teollisuuden johdossa oli vielä 1980-luvulla runsaasti ruotsinkielisiä (Rasila 1992, 248, 257–258, 272.)

Yhteiskunnan taloudellinen kasvu loi pohjan sosiaalipoliittisille uudistuksille. Sosiaalipoliittikka perustui kollektiiviselle yhteisvastuulle ja yhteiskunnan tasa-arvovaatimukselle. 1960-luvulta lähtien perheille ja suvulle perinteisesti kuuluvia tehtäviä alettiin siirtämään etenevässä määrin yhteiskunnan vastuulle. (Martikainen & Manninen 1986, 6) Aikakauden tärkein hanke oli toimivan ja sosiaalisia eroja tasoittavan hyvinvointiyhteiskunnan rakentaminen, jossa koettiin voimakkain vaihe 1950–1980-luvuilla. Vuosikymmenten aikana toteutettiin kolme suurta uudistuspakettia: pakollinen sosiaalijärjestelmä, sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen laajentaminen ja koululaitosjärjestelmän uudistaminen. (Rasila 1992, 260–262.)

Jo 1920-luvulla Suomessa alettiin maksamaan valtion työntekijöiden lapsille lapsilisää, kunnes vuonna 1948 se laajennettiin koskemaan kaikkia alle 16-vuotiaita lapsia. Varattomille perheille myönnettiin myös perhelisää aina vuoteen 1974 saakka. (Vahtola 2004, 441.) Lapsilisien ohella 1960-

luvun puolella välissä käyttöön otettu äitiysraha<sup>1</sup> sekä lasten päivähoitolaki (1973) helpottivat erityisesti naisten työssäkäyntiä ja asemaa. Sosiaalipalvelujen paraneminen ja naisten koulutustason kohoaminen muuttivat naisten arkiaskareita. Vuosien 1960–80 aikana työssä käyvien äitien osuus kasvoi 42 %:sta 79 %:iin. Perheen dynamiikka muuttui, kun naiset eivät olleet enää taloudellisesti riippuvaisia miehistä. Samalla koettiin niin sanottu seksuaalinen vallankumous, kun ehkäisyvälineiden tarjonta kasvoi. Samalla avioerojen määrä nousi ja lasten määrä väheni. Toisaalta mukaan tuli avoliiton eri muotoja, eikä avioliitto ollut enää se ainoa oikea tapa elää. (Meinander 2014, 262, 265–266.) 1970-luvulla avoliitot yleistyivätkin nopeasti, eikä avioliiton ulkopuolella elämistä nähty enää varsinkaan nuorten piirissä paheksuttavana (Rasila 1992, 54).

Koska avoliitossa syntyneiden lasten lukumäärän nousi, säädettiin Suomessa lakeja lapsen elatusvelvollisuudesta (1975 ja 1977). Yleisen elintason nousun myötä 1980-luvulla ajattelutapa muuttui jälleen, kun yhä useammat naiset halusivat jäädä kotia hoitamaan lapsia erityisesti näiden ensimmäisten elinvuosien ajaksi. Vuonna 1985 astuikin voimaan niin kutsuttu lasten kotihoidon tuki, jolloin alle 3-vuotiaan lapsen vanhemmille tai muille huoltajille annettiin taloudellista tukea. (Rasila 1992, 415, 417.)

Vuoden 1957 jälkeen luotiin laaja työeläkejärjestelmä, jonka piiriin kuuluivat kaikki kansalaiset. Työeläkejärjestelmän muutoksella oli suuri vaikutus työelämään, sillä se mahdollisti työvoiman joustavan liikkumisen ja työpaikan vaihdon. Eläke-edut eivät olleet enää sidoksissa työnantajaan. Palkansaajien pakollinen sairausvakuutus astui voimaan vuonna 1964 ja seuraavana vuonna siirryttiin työaikalain puitteissa 40-tuntiseen työviikkoon ja samalla työttömyyskorvauksia parannettiin. Muutos oli suuri ja työmarkkinajärjestöt sopivat siirtymisestä viisipäiväiseen työviikkoon vuoteen 1970 mennessä. Työaika lyhennettiin edelleen 1980-luvulla, ja työ- ja virkaehtosopimuksissa sovittiin yleisesti työaikalakia lyhemmistä työajoista. Vuosilomalaki vastaavasti lisäsi suomalaisten vapaa-aikaa muuttaen suomalaisten elämäntapaa. (Hannikainen 2008, 81–82.) 1980-luvun puolella välissä varhaiseläkeikärajaa laskettiin ja työttömyyskorvauksesta tehtiin tulosidonnainen. (Rasila 1992, 261–262.)

---

<sup>1</sup> Sairausvakuutuslain nojalla äitiyspäivärahaa maksettiin äideille (äitiyslomalta) vuodesta 1964 alkaen. Isyysraha astui voimaan vuonna 1978. Lakeja täydennettiin vuonna 1985 vanhempainrahalla, jolloin toiselle vanhemmalle maksettiin 275 arkipäivältä. (Vahtola 2004, 441.)

Työaikalain puitteissa myös sairaanhoitajien viikoittainen työaika lyheni ja samalla ylitöistä ryhdyttiin maksamaan korotettua palkkaa. Valtion sairaalan henkilökunnalla oli myös oikeus yhden kuukauden vuosilomaan, jos työsuhde oli kestänyt yli vuoden ja vastaavasti kuuden viikon lomaan, kun palvelusaika oli kestänyt yli viisitoista vuotta. (Sorvettula 1998, 408.) Hoitohenkilökuntaa tarvittiin yhä suuremmissa määrin sosiaali- ja terveydenhuollon laajennuttua (ks. kappale 2.1). Eri puolille Suomea rakennettiin sairaaloita, jotka olivat vuodesta 1956 lähtien kunnallishallinnon alaisia. Kansanterveyslaki (1972) pakotti kunnat perustamaan omia terveysasemia ja lain nojalla kaikilla oli oikeus hoitoon. Terveydenhuollon näkökulma siirtyi sairauksien hoidosta ennaltaehkäiseväksi toiminnaksi. (Meinander 2014, 262.)

Sota-ajan perintönä koululaisista haluttiin kasvattaa kelvollisia yhteiskunnan jäseniä. Uskottiin, että opiskelijoiden persoonallisuutta oli mahdollista muokata kansakouluissa. Vaikka 1950-luvun lopussa koulukasvatuksen tavoitteet olivat yhä löysästi määriteltyjä, koulun kasvatuksessa haluttiin edelleen painottaa siveellisyyttä ja hyviä tapoja. Sotavuosien jälkeen tehtiin paljon kouluja ja koulutusta koskevia komiteamietintöjä. Uudistusten kohteena olivat muun muassa kansakoulut, korkeakoulut sekä itse opettajakoulutus. (Kuikka 1993, 100, 105–106.)

Kansakoulusta tuli yhteinen pohjakoulu kaikille vuodesta 1946 lähtien. Koulujärjestelmä pysyi kuitenkin kaksijakoisena aina vuoden 1968 peruskoulu-uudistukseen<sup>2</sup> saakka, sillä ennen uudistusta kansakoulua seuranneen kansalaiskoulun kävi suurin osa väestöstä, kun taas kansakoulu-oppikoulu-yhdistelmän suoritti vähemmistö. Koulujärjestelmää haluttiin tasavertaistaa ja samalla suurten ikäluokkien kasvaminen aikuiseksi pakotti kasvattamaan oppilaitosten määrää. Peruskoulu-uudistus yhtenäisti koulutuksen, koska periaatteessa se takasi kaikille mahdollisuuden hakea lukioon ja sitä kautta yliopistoon ja korkeakouluihin. (Meinander 2014, 256, 262–263.) Vuosina 1968–69 voimaan astunut uusi opintotukijärjestelmä ja vuodesta 1972 alkaen vähävaraisille maksettava opintoraha takasivat valtion lainan ja tasavertaisen mahdollisuuden opiskeluun (Vahtola 2004, 403).

Ylioppilaiden määrän jatkuva kasvu 1970-luvun lopusta alkaen muodostui koulutusjärjestelmän kannalta ongelmalliseksi, sillä se kasvatti painetta hakeutua yliopistoon. Tämä johti siihen, että sisäänpääsy vaikeutui ja entistä pienempi osa ylioppilaista pääsi jatkamaan opintojaan seuraavalle

---

<sup>2</sup> Laki 9-luokkaisesta peruskoulusta säädettiin vuonna 1968, mutta siirtymä ajaksi määriteltiin vuodet 1972–77.

tasolle. Tilannetta pyrittiin parantamaan lisäämällä keskiasteen ammatillista koulutusta, perustamalla ammattikorkeakouluja sekä suosimalla uusia ylioppilaita korkeakoulujen sisäänpääsyaatimuksissa. (Nevala 2008, 99.)

Vuosien 1982–88 aikana tehtyjen korkeakoulu-uudistusten ohella, myös keskiastetta ryhdyttiin kehittämään. Ammatillisen koulutuksen eri aloilla tehtiin muutoksia sekä rakenteeseen että opetussuunnitelmiin, ja lakiin ne kirjattiin vuonna 1987. Ammatillinen koulutus kiinnittyi lähemmin muuhun koulujärjestelmään, kun siitä tuli vaihtoehto lukiokoulutukselle peruskoulun jälkeen. Ammatillisen koulutuksen kautta oli mahdollista edetä myös korkeakouluopintoihin. Valtioneuvoston vuosina 1987–88 tehtyjen linjausten mukaan, ammatillisen koulutuksen tehtävä oli perus-, täydennys- ja jatkokoulutus. Samaan aikaan aikuiskoulutuksen merkitys oli kasvanut, mistä syystä henkilöstökoulutukseen sekä kansalais- ja työväenopistojen toimintaan panostettiin. Suomen nopeaa rakennemuutosta pyrittiin tukemaan ja pitämään hallinnassa muun muassa tukemalla mahdollisuuksia työntekoon joko silloisessa tai uudessa työpaikassa erilaisia koulutusmahdollisuuksia tarjoamalla. (Kuikka 1993, 125, 135–137.)

Sotavuosien jälkeisen hyvinvointiyhteiskunnan rakentamisen taustalla vaikutti pelko, että Suomessa syntyisi avoimia selkkauksia, jotka johtaisivat pahimmassa tapauksessa vallankumoukselliseen toimintaan ja kommunismiin, mitä ohjattaisiin Neuvostoliitosta käsin. Vasemmisto nautti Suomessa aina 1970-luvun loppuun saakka 20 % kannatusta, mikä ajoi muut puolueet tekemään poliittisia kompromisseja ja yhteiskunnallisia uudistuksia. (Meinander 2014, 261.) Tampereella taisteli kolme toisinaan hyvinkin tasaväkistä puolue ryhmää, joiden kannatuslukemat noudattivat koko maan trendiä lukuun ottamatta Tampereen vahvaa vasemmistopuolueiden kannatusta. Tampere oli vanhana teollisuuskaupunkina työväenpuolueiden keskus, mutta toisaalta myös kokoomuksen kannatus oli vahvaa, kuten kaupungeissa oli tapana. Tampereella eniten kannatusta saaneet puolueet olivat sosiaalidemokraatit, Suomen kansan demokraattinen liitto (SKDL) ja kokoomus. (Rasila 1992, 311.)

Sodan jälkeen puolueiden asema muuttui ja vahvistui puoluetukilain (1967), puoluelain (1969) sekä kansanedustajain vaalia koskevan lain myötä. Nämä muutokset virallistivat puolueiden aseman. Puolueista tuli virallisia instituutioita, joilla oli oma määrätty tehtävänsä sekä valtiollisessa että kunnallisessa elämässä. Julkisen sektorin kasvaessa, sitä tärkeämmäksi tuli poliittisin perustein

valitulle tai poliittisista henkilösuhteista riippuville julkisten alojen työntekijälle vahvistaa oman puolueensa asemaa ja valtaa. Etujärjestöluonne näin ollen kasvoi, eikä poliittista toimintaa ajanut enää yhteisen hyvän etsintä vaan omien etujen valvonta. Toisaalta muutos vaikutti suomalaisiin niin, että kiinnostus poliittista toimintaa kohtaan alkoi laskemaan puolueitsekkyyden kasvaessa ja ideologisten sekä yhteiskunnan kehitystavoitteiden erojen kaventuessa. Täten puoluepolitiikka vahvistui kaupungin sisällä poliittisesti orientoituneiden henkilövalintojen vuoksi samaan aikaan, kun se muualla menetti arvostustaan. Suuren yleisön poliittisen harrastuneisuuden ja kiinnostuksen laskiessa äänioikeusikärajaa laskettiin. 1940-luvun lopulla ikäraja laskettiin 24 vuodesta 21 vuoteen, parikymmentä vuotta myöhemmin 20 vuoteen ja 1970-luvulla nykyiseen 18 ikävuoteen. (Rasila 1992, 309–310, 316, 378.)

Yhteiskunnassa vahvistui 1960-luvulla protestihenki, mikä aiemmin näkyi esimerkiksi viihdekirjallisuudessa ja elokuvissa. Syntyi taiteellinen avantgardismi, vaihtoehtoisia kansalaisliikkeitä ja erityisesti opiskelijanuoriso esitti radikaalia yhteiskuntakritiikkiä. Opiskelijajärjestöt muuttuivat avoimen poliittisiksi ja esimerkiksi vuonna 1968 vaadittiin yliopistojen hallinnon demokratisoimista. Vasemmistoradikalismi synnytty neuvostomielisen taistolaisuudeksi kutsutun liikkeen, joka oli kyllästynyt sosiaalidemokraattien hitaaseen uudistuspolitiikkaan, ja se vaikutti 1980-luvun alkuun asti erityisesti opiskelija- ja nuorisopiireissä. Samaan aikaan elettiin kulttuurivallankumousta, kun muun muassa rock-musiikki ja nuorisomuoti rantautuivat Suomeen 1960-luvulla. (Meinander 2014, 267–269.) Radikaali sukupolvi arvosteli yhteiskunnan arvoja ja perinteitä – myös kristillisiä – vapaamielisyyden ja suvaitsevaisuuden nimissä (Vahtola 2004, 446–447).

Vaikka talous jatkoi nousuaan vielä 1980-luvulla, hetkittäiset syvät kotimaiset taloustaantumet, maailmalla sattuneet öljykriisit ja -katastrofit sekä ympäristötuhot herättelivät ihmisiä. Nähtävissä oli yksilöllisyyden vahvistuminen ja vapaa-ajan merkityksen kasvu. (Kuikka 1991, 128.) Paluumuutto Ruotsista paransi edellisenä vuosikymmenenä hidastunutta väestön kasvua<sup>3</sup>, mikä oli laskenut huolestuttavan alhaiseksi. Maan sisäinen muuttoliike ja kaupungistuminen hidastuivat 1980-luvulla, kunnes 1990-luvun lama nosti lukuja 1960- ja 70-lukujen tasolle. Sosiaalisia etuuksia vahvistettiin vielä 1980-luvulla, kunnes seuraava vuosikymmen pakotti leikkauksiin. Erityisesti nuorten työttömyysluvut kasvoivat huolestuttavasti, joten yhteiskunta ryhtyi monin tavoin tukemaan

<sup>3</sup> Esim. vuonna 1973 naisten synnyttäneisyys laski 1,5 lapseen/nainen.

koulunkäyntiä ja opiskelua ammattiin. Kansa- ja peruskouluihin sekä myöhemmin lukioihin järjestettiin koulukyydityksiä ja opiskelijoille tarjottiin ilmainen kouluruoka ja terveydenhoito. (Vahtola 2004, 409, 411, 435, 443.)

## 2.1 Terveysthuoltopalveluiden laajeneminen

Suomen väestön elinajanodote nousi 1910–1950 –lukujen aikana peräti kahdellakymmenellä vuodella, mikä johtui elintason noususta, rokotteista, hygienian parantumisesta sekä lääkkeiden ja hoitojen kehittymisestä. Kyseisenä aikana esimerkiksi imeväiskuolleisuus laski ja monista tartuntataudeista, kuten tuberkuloosista, päästiin lähes kokonaan eroon. Myönteinen kehitys kuitenkin hidastui 1960-luvulla, jolloin huomattiin työikäisten miesten elintapasairauksien määrän jyrkkä kasvu. Suomalaisten ravintotottumukset olivat huonontuneet ja tupakointi lisääntynyt, mikä johti muun muassa sepelvaltimotautikuolleisuuden ja keuhkosyövän kasvuun. Pohjoismaihin verrattuna työikäisten miesten kuolleisuus oli Suomessa kaksinkertainen, joskin elintapasairaudet alkoivat näkymään myös naisten keskuudessa. (Teperi & Vuorenkoski 2005; Ihatsu 2014, 8-9.)

Kansanterveystyötä haluttiin tehostaa, mistä syystä valtioneuvosto asetti vuonna 1960 komitean selvittämään mahdollisia uudistuksia. Komitean mietintö valmistui viiden vuoden päästä, mutta varsinainen kansanterveyslaki vahvistettiin vasta vuonna 1972. Laissa määriteltiin kansanterveystyön sisältö, mihin kuului yksilön ja hänen elinympäristön terveyden- ja sairaanhoito toimintoinen. Tavoitteena oli väestön terveydentilan ylläpitäminen ja edistäminen. Kansanterveyslaki pakotti kunnat perustamaan terveysasemia. (Vauhkonen 1992, 285–286.)

Lain taustalla oli terveydenhuollon puutteet ja sairaaloiden ylläpitokustannukset. Kunnan tai kuntainliiton tuli laatia paikallinen terveydenhuoltosuunnitelma viideksi vuodeksi ja se tuli hyväksyttävä lääkitöhallituksella. Vaikka terveydenhuollon vastuu siirtyikin enemmän kunnille, valtio pystyi tarkasti valvomaan, ohjaamaan ja tarvittaessa säätelemään toimintaa. (Kaarninen & Kiuasmaa 1988, 138–139.) Lain tavoitteena oli maan eri osien terveysthuoltopalveluiden saatavuuden tasapainottaminen sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tehtävänjaon selkiyttäminen. Kansanterveyslaki yhtenäisti Suomen terveydenhuoltojärjestelmää, paransi terveysthuoltopalveluiden saantia, tehosti merkittävästi ehkäisevää terveydenhuoltoa, lisäsi terveydenhuollon henkilökunnan

määrää sekä yhdisti useita yksittäisiä terveydenhuollon lakeja. (esim. Meinander 2014, 262; Rasila 1992, 380; Ihatsu 2014, 11). Kansanterveyslain myötä kuntien vastuulle tuli esimerkiksi raskaudenehkäisyneuvonnan edistäminen terveyskeskuksissa annettavan neuvonnan, neuvolatoiminnan ja myöhemmin koulujen opetusohjelmiin siirtyneen seksuaalikasvatuksen kautta (Helén 2008, 236).

Kansanterveyslaki ei muuttanut sairaalatoiminnan käytäntöä, mutta muun terveydenhoidon se muutti hyvin laaja-alaisesti. Kunnille asetettu vaatimus terveyskeskusten rakentamisesta ei kuitenkaan tarkoittanut mitään varsinaista rakennusta tai tilaa vaan sitä, että terveyspalvelut tuli keskittää hallinnollisesti terveyskeskukseksi kutsuttuun virastoon. Professori Viljo Rasilan mukaan toiminnot säilyivät hajanaisina hallinnollisesta keskittämisestä huolimatta, jos eivät jopa hajaantuneet enemmän, sillä esimerkiksi vuonna 1980 Tampereella oli 83 avoterveydenhuollon toimipistettä ja terveysasemia oli kaupungissa seitsemän. Oleellista oli, että terveyskeskuspalveluista tuli kansalaisille ilmaisia. Kansanterveyslain myötä tehdyt uudistukset kuitenkin johtivat siihen, että potilaiden ja lääkärin henkilökohtainen tuntemus jäi taka-alalle aina vuoteen 1985 saakka, jolloin Tampereella alkoi niin kutsuttu omalääkärikokeilu. (Rasila 1992, 434.)

Terveystilän huolestuttavaan kehitykseen pyrittiin puuttamaan säätämällä kansanterveyslaki, jonka tehtävänä oli taata tasa-arvoiset ja maksuttomat terveyspalvelut kaikille kansalaisille sekä antaa ennaltaehkäisevää hoitoa. Nämä kansanterveyslain mukaiset, kunnissa annetut terveyspalvelut tehosivat. 1970–1980-luvuilla elintapasairauksista esimerkiksi sydän- ja verisuonitautikuolleisuus saatiin vähenemään, mikä näkyi myönteisenä kehityksenä myös elinajanodotteessa. (Ihatsu 2014, 8.)

1970-luvulta lähtien koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto, raskaudenehkäisyneuvonta, erilaiset terapeutit ja kuntoutustoiminta laajenivat. Terveysvalvonnan kenttä laajeni koskemaan esimerkiksi melumittauksia, ilmansaastetutkimuksia ja einesvalmisteiden valvontaa. (Rasila 1992, 434.) Hammashoito koheni huomattavasti erityisesti lasten ja nuorten kohdalla. Myönteisen kehityksen ohella alkoi myös ilmaantua uudenlaisia kansanterveydellisiä ongelmia, kun alhollista johtuva kuolleisuus ja itsemurhien määrä kasvoivat. Päihdeongelmallisista tulikin uusi hoitoryhmä 1980-luvun lopun terveyskeskuksissa. (Teperi & Vuorenkoski 2005; Ihatsu 2014, 9.)

Lainsäädön avulla puututtiin myös tieliikennetapaturmiin esimerkiksi nopeusrajoitusten sekä turvavyöpakon avulla. Myös työtaturmien ehkäisyyn ryhdyttiin kiinnittämään huomiota. Ikääntyvän väestön lukumäärän kasvaessa koti- ja vapaa-ajantapaturmat lisääntyivät, mikä näkyi lonkkamurtumamäärien viisinkertaistumisena 1960–1990-lukujen aikana. Myös pitkäaikaissairaiden ja monisairaiden määrä lähti kasvuun. (Teperi & Vuorenkoski 2005; Ihatsu 2014, 9.)

Väestön ikääntymistä kuvastaa muun muassa tamperelaisten väestöjakauma: 1950-luvun lopussa 5,9 %:a oli 65 vuotta täyttäneitä, kun vastaava luku oli vuonna 1990 14,4 %:a. Tästä yhteiskunnallisesta muutoksesta seurasi se, että palveluiden kehittäminen oli tarpeen. Uudeksi avustusmuodoksi syntyikin kotihoitoapu eli kotipalvelu. Myöhemmin, 1980-luvulla, vanhus pystyi hakeutumaan kunnosta riippumatta vanhainkotiin tai vanhustentaloihin sekä mahdollisuuksien mukaan erilaisten päivähoitopalvelujen pariin. Näin ollen 1950-luvun laitos- ja köyhäinhoidosta siirryttiin vanhustenhuollossa kohti palvelutoimintaa. (Rasila 1992, 406, 409–410).

Suomi liittyi vuonna 1981 WHO:n maailmanlaajuiseen Terveyttä kaikille vuoteen 2000 –ohjelmaan, minkä keskeisimpänä tavoitteena oli luoda kansallisia perusterveydenhuollon järjestelmiä, joilla voitaisiin vastata kansan terveyden edistämiseen, sairauden hoitoon, toteamiseen sekä kuntoutukseen. Ohjelmaan sitoutuminen vahvisti Suomen tasa-arvoista ja ennaltaehkäisevää perusterveydenhuollon työtä ja sen pohjalta laadittiin yhdessä muiden jäsenmaiden kanssa Euroopan alueellinen terveysstrategia (1982). Strategiassa määriteltiin keskeiset toimintatavat, joita olivat terveellisten elämäntapojen noudattaminen, terveysvaarojen ehkäisy ja riittävä sekä saavutettavissa oleva terveydenhuolto kaikille. Vuonna 1986 sosiaali- ja terveysministeriö laati Suomen oman pitkän aikavälin terveyspoliittisen ohjelman, jossa määriteltiin tavoitteet ja keinot. (Heliö 1986, 42–43; Parviainen, Mölsä, Karpov & Kehä 1992, 7-11; Ihatsu 2014, 10, 12).<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Vuonna 1991 Maailman terveysjärjestön Euroopan aluetoimisto julkaisi arviointiraportin Suomen terveydenhuollosta, jossa todettiin mm. väestöryhmien välisen ja alueellisen tasa-arvon parantuneen perusterveydenhuollon kehityksen myötä. Kritiikkiä sai esimerkiksi paikallinen päätöksenteko, julkisen ja yksityisen terveydenhuollon puutteellinen yhteensovittaminen sekä terveydenhuollon johdon tehottomuus. Myös terveydenhuoltohenkilöstön opetuksen ja koulutuksen pohjautumista edelleen perinteiseen lääketieteeseen arvosteltiin. Arvioinnin kohteena oli lähinnä 1980-luku. (Parviainen ym. 1992, 16–17.)



## 2.2 Sairaaloiden määrän kasvu 1950-luvulla

Sotien jälkeisten alueluovutusten vuoksi menetettiin erilaisia terveydenhuollon laitoksia, mistä syystä sairaansijapaikkojen kokonaismäärä laski noin 2000:lla. Yhteiskunnassa oltiin samaa mieltä siitä, että menetettyjen sairaaloiden tilalle tarvittiin uusia, mutta keskustelua aiheutti keskussairaaloiden rakentamisaikataulu ja sijoitusjärjestys. Ongelmaksi muodostui myös ammattitaitoisen henkilökunnan puute niin lääkäreiden kuin sairaanhoitajien osalta, mikä tarkoitti sitä, että sairaaloiden rakentamisen ohella lääketieteellistä opetusta ja sairaanhoitajien opetuslaitoksia tuli perustaa lisää. (Vauhkonen 1992, 275.)

Perusterveydenhoidon ja sairaanhoidon vastuuta siirrettiin lainsäädännön avulla valtiolta kunnille. Tavoitteena oli luoda maan kattava sairaalaverkosto. Vuonna 1944 kunnat oli jo velvoitettu järjestämään maksutonta äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa ja vuonna 1952 säädettiin keskussairaalalaki. Laki velvoitti kunnat kasvattamaan sairaansijojen määrää sekä tekemään yhteistyötä valtion kanssa keskussairaaloiden perustamiseksi. (Teperi & Vuorenkoski 2005; Ihatsu 2014, 10.) Keskussairaaloita päätettiin rakentaa 18 kappaletta vuoteen 1964 mennessä. Rakentaminen aloitettiin Itä-Suomesta, jossa sotien jälkeen oli suurin pula sairaalalaitoksista. (Vauhkonen 1992, 277).

Vuonna 1947 Suomessa säädettiin tuberkuloosilaki, jonka seurauksena tuberkuloosiparantoloita ryhdyttiin rakentamaan myös sellaisille alueille, missä niitä ei ollut, samalla kun vanhoja laajennettiin ja nykyaikaistettiin. Lääketieteen kehityksen seurauksena taudin määrittäminen ja hoito kehittyivät parantoloissa ja henkilökunnasta tuli koulutetumpaa. Vuonna 1960 tuberkuloosin hoidosta tuli potilaille ilmaista ja tuberkuloosin vähennyttä hoitoa alettiin sulauttamaan yleissairauksien hoitoon. (Vauhkonen 1992, 279–280.) Mielisairaanhoidossa julkisen terveydenhuollon painopiste pysyi lähinnä sairaalahoidossa 1950–60-luvuilla, mutta koska se tuli yhteiskunnalle kalliiksi, ryhdyttiin avohoitoa ja ennaltaehkäisevää työtä kehittämään. Avoterveyttä tukemaan säädettiin sairaskorvausjärjestelmä (1963), minkä perusteella potilas pystyi hakemaan korvausta esimerkiksi lääkärin hoidosta ja lääkkeistä. (Teperi & Vuorenkoski 2005; Ihatsu 2014, 10.)

Vuoden 1972 kansanterveyslain jälkeen terveydenhuollon painopiste pysyi terveyskeskusten kehittämisessä. Kunnallisia yleissairaaloita koskevaa lakia muokattiin vuonna 1973, mikä mahdollisti laboratorio- ja röntgenpalvelujen siirtämisen terveyskeskuksille. Myös keskussairaaloiden tuli kehittää omia erikoispalvelujaan ohjauksen ja laadunvalvonnan näkökulmasta. Vuonna 1974 Suomi jaettiin viiteen vastuualueeseen, joiden keskuksina toimivat keskussairaalat ja lääketieteelliset tiedekunnat. Tampereen keskussairaala toimi Kanta-Hämeen, Päijät-Hämeen, Etelä-Pohjanmaan ja Vaasan keskussairaalapiirien vastuualuesairaalana. Tavoitteena oli keskittää vaativan erityistason sairaalapalvelut vastuualuesairaalalle. (Kaarninen & Kiuasmaa 1988, 139, 142.)

Vanhat kaupungin- ja kunnansairaalat olivat terveyskeskusten edeltäjiä 1950-luvulle saakka, minkä jälkeen alettiin rakentaa paikallissairaaloita. Paikallissairaalat koostuivat vastaanotto- ja toimenpidetiloista sekä vuodeosastoista. - -. Kansanterveyslain myötä kunnan-, kaupungin- ja paikallissairaaloista tuli terveyskeskussairaaloita. Kunnalliskotien sairasantot ja osa erikoislääkärijohtoisista sairaaloista liitettiin hallinnollisesti terveyskeskuksiin 1980-luvun alussa. (Ihatsu 2014, 13.)

1950-luvulla sairaaloiden määrä Suomessa oli suurimmillaan. Taulukosta 1 voidaan nähdä, kuinka vuosien 1940–1960 aikana yleissairaaloiden, synnytyslaitosten sekä tuberkuloosisairaaloiden määrä väheni puhumattakaan tartuntasairaaloista. Mielisairaaloiden määrä kuitenkin kasvoi, mikä johtui vuonna 1952 voimaan astuneesta mielisairaslaista. Lain seurauksena ehkäisyyn sekä hoidon järjestelyssä toteutettiin yhtenäisyysperiaate ja kunnallisia B-mielisairaaloita ryhdyttiin rakentamaan hyvinkin nopeasti. (Vauhkonen & Bäckman 1973, 23, 30.)

**TAULUKKO 1. Sairaaloiden lukumäärä (kpl)**

<b>Vuosi</b>	<b>Yleis-sairaalat</b>	joista synnytyslaitoksia	<b>Tartuntatauti-sairaalat</b>	<b>Tuberkuloosi-sairaalat</b>	<b>Mieli-sairaalat</b>	<b>Yht.</b>
<b>1940</b>	309	(32)	86	42	27	378
<b>1960</b>	265	(16)	18	26	57	348
<b>1970</b>	238	(5)	3	17	71	326

Huom. Taulukossa ei ole huomioitu sosiaali-, puolustus- ja vankeinhoitoviranomaisten alaisia laitossairaaloita.

Lähde: Vauhkonen 1973, 30.

Vastaavasti taulukosta 2 voidaan tarkastella sairaansijojen lukumäärää. Vuoden 1945 lopussa Suomen kaikissa sairaanhoitolaitoksissa, pois lukien sotilassairaalat, oli yhteensä reilu 29 000 sairaansijaa. Uusien sairaaloiden myötä sairaansijojen lukumäärää saatiin kasvatettua. Vuoden 1972 kansanterveyslaki kasvatti sairaansijojen määrää huomattavasti, sillä lain voimaan astumisen jälkeen kasvua tapahtui noin tuhannella sairaansijalla per vuosi (Ihatsu 2014, 13). Vuonna 1980 paikkamäärä oli kasvanut yli 74 000:een ja eniten sairaansijoja oli vuonna 1982. Tämän jälkeen paikkoja alettiin vähentämään erityisesti kunnallisia ja psykiatrisia paikkoja karsimalla. (Rasila 1992, 421.) Vuonna 1985 sairaansijojen määrä olikin laskenut 61 000:een.

**TAULUKKO 2. Sairaansijojen lukumääriä (kpl)**

VUOSI	SAIRAANSIJOJA
1945	29 000
1965	48 000
1985	61 000
2000	43 000

Lähde: Vahtola 2004, 445.

Tutkimusaikana valtion osuus terveydenhuollon kuluista pieneni ja kuntien osuus kasvoi. 1980-luvulla tapahtui suuria muutoksia valtion osuudessa, kun laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta (1984) astui voimaan. Uudistuksesta käytettiin nimitystä VALTAVA ja sen tarkoituksena olisi lisätä kuntien päätäntävaltaa. Samana vuonna tehty terveydenhuollon palkkaratkaisu yhdessä VALTAVA-uudistuksen kanssa, lisäsi kuntien sairaalakustannuksia merkittävästi. Tämä johti muun muassa siihen, että lääkinnällinen kuntoutus siirtyi keskussairaaloille. (Kaarinen & Kiuasmaa 1988, 174–175.) Terveysmenojen osuus kaikista sosiaalimenoista laski 1980-luvun noin 30 % osuudesta 22 %:iin 1990-luvun lopussa. Taustalla vaikutti laman vuoksi tehdyt julkisten menojen leikkaukset. Myös sairaansijojen määrä lähti laskuun 2000-lukua kohti mennessä. Tämä johtui hoitomenetelmien tehostumisesta, jolloin hoitoajat lyhenivät. (Vahtola 2004, 446.)

### 2.2.1 Tampereen keskussairaala

Keskussairaalan sijoituspaikaksi oli aluksi ajateltu Hatanpäättä. Valtion rahoituksen viivästyminen johti kuitenkin siihen, että sairaalapaikkatarve kasvoi ja tekniikka kehittyi lisäten vaatimustasoa, mistä syystä vuonna 1954 päädyttiin rakentamaan kokonaan uusi sairaala Kaupin alueelle. Rakennus valmistui vuonna 1961, mutta vasta seuraavana vuonna ensimmäiset potilaat otettiin sisälle. Kokonaisuudessaan osastot pääsivät käyntiin 1964, jolloin noin puolet sairaansijoista kuului Tampereen kaupungille ja loput muille Pirkanmaan kunnille. (Rasila 1992, 424.)

Rakennettu keskussairaala sai ihailua sekä koti- että ulkomailla sen arkkitehtuurin vuoksi. Sairaala ei kuitenkaan ollut täydellinen, vaan jälkikäteen siihen jouduttiin tekemään erilaisia muutoksia. Valmistuttuaan esimerkiksi huoneiden ilmastointi oli jätetty rakentamatta, sillä ajatuksena oli tuulettaa ikkunoiden kautta. Vastaavasti työntekijöille oli tarkoitus rakentaa majoitustilat, kuten ajalle oli tyypillistä, mutta ensimmäiset varsinaiset asuntorakennukset saatiin valmiiksi vasta vajaan kahden vuoden päästä sairaalarakennuksen avaamisesta. (Kaarninen & Kiuasmaa 1988, 59, 63.)

Asuntojen viivästyminen aiheutti toiminnallisia ja taloudellisia menetyksiä ja henkilökuntaa oli vaikea saada palkattua. Tampereella vallitsi rakentamisen aikaan muutenkin asuntopula, mistä syystä osa henkilökunnasta majoittui vapaina olevilla vuodeosastoilla. Lisäksi työntekijöille vuokrattiin asuntoja Tampereen sairaanhoitajakoululta, jonka omistukseen kuului yleisen sairaalan asuntoja ja kaupungilta vuokrattiin kerrostaloja sekä erillisiä huoneistoja.<sup>5</sup> Myöhemmin sairaalan lähellä sijaitsevalle Kissanmaan alueelle rakennettiin vuokrataloja sekä sairaala-alueen ja Kuntokadun kulmaan valmistui pysäköintipaikkoja. (Kaarninen & Kiuasmaa 1988, 63, 87.)

1960-luvun alussa sairaanhoitohenkilöstöstä oli vajausta, minkä lisäksi erityisesti vaativiin toimistotehtäviin sekä johto- ja työnjohtoportaisiin oli vaikeuksia saada työntekijöitä. Lääkintöhallituksen päätöksellä lääkäreitä haalittiin ulkomailta, mutta myös erikoissairaanhoitajista oli pulaa. Tampereen keskussairaalassa oli vuonna 1963 pulaa erityisesti kirurgian, lastentautien ja sisätautien vuodeosastolla sekä leikkausosastolla. Kyseisten osastojen vapaisiin sairaanhoitajavirkoihin oli vähän hakijoita. Kun asuntoja saatiin rakennettua lisää, työntekijäpula

---

<sup>5</sup> Vuonna 1963 alussa kuntainliiton vuokraamissa asunnoissa asui noin 23 % sairaalahenkilökunnasta.

hellitti jonkun verran. Sairaanhoitajaliitto kuitenkin muistutti, että pääsyitä henkilökunnan saamiseen olivat alan palkkaus- ja työolosuhteet. (Kaarninen & Kiuasmaa 1988, 109.)

Hoitajapulaa yritettiin ratkaista palkkaamalla osa-aikaista työvoimaa, mutta innokkaita osapäivätyöntekijöitä oli yleisesti hyvin vähän Suomen sairaaloissa. Palkkoja ei Tampereella haluttu nostaa vaan sairaala-alan yleisiä suosituksia noudatettiin palkkauksen lisäksi työajoissa ja sosiaalisissa etuuksissa. Kevään 1968 terveydenhuoltohenkilöstön neljän viikon työtaistelu vaikeutti sairaalan toimintaa. Lakkoilijoihin kuuluivat sairaanhoitajien lisäksi kätilöt, lääkintävoimistelijat ja lastenhoitajat. Ratkaisuun vihdoinkin päästiin hoitohenkilökunnan palkkoja korottamalla. (Kaarninen & Kiuasmaa 1988, 110.) Vuonna 1971 voimaan tullut virkaehtosopimuslaki esti kuntainliittoa päättämästä itsenäisesti työntekijöiden palkoista ja sosiaalisista eduista. Tällä päätöksellä tuli jälleen olemaan negatiivinen vaikutus työvoimapulaan. Sairaalan suurin menoerä oli henkilöstömenoerät, jotka kasvoivat vuosien 1963–1983 aikana 20-kertaisiksi.<sup>6</sup> (Kaarninen & Kiuasmaa 1988, 115, 169.)

1960-luvun lopussa työvoimatilannetta pahensi siirtyminen viisipäiväiseen työviikkoon, sillä työntekijöitä ja sijaisia tarvittiin enemmän. Työaikalain (1968) mukaan henkilökunnan työaika lyheni 45 tunnista 40 tuntiin. Sekä Sairaanhoitajaliitto että lääkintöhallitus ehdottivat ratkaisuksi työntekijöiden lisäämistä. Uusia virkoja perustettiin (taulukko 3), mutta ennen kaikkea työtehtäviä siirrettiin alemman koulutuksen saaneille. Tampere oli myös ensimmäinen paikka, jossa alettiin kouluttamaan sairaala-apulaisia. (Kaarninen & Kiuasmaa 1988, 110–111, 123.)

**TAULUKKO 3. Tampereen kaupungin terveydenhuollon viranhaltijoiden määrä (hlö)  
viisivuotiskausittain 1945–1990**

1945	359
1950	511
1955	579
1960	602
1965	815
1970	932

<sup>6</sup> 1970-luvulla valtion työmarkkinaratkaisut nostivat henkilöstömenoeriä entisestään.

1975	1140
1980	1340 <sup>7</sup>
1985	1545
1990	1592

Lähde: Rasila 1992, 380.

Työvoimatilanne heikkeni yhä 1970-luvun alussa, jolloin Tampereen keskussairaalaan irtisanoutuneiden määrä kasvoi jyrkästi. Silloisten kyselyiden mukaan suurimpia syitä irtisanoutumisille olivat paikkakunnan vaihtaminen puolison vuoksi, perhesyyt, opiskelu tai työpaikan vaihto. Kansanterveyslain vuoksi sairaanhoitajia siirtyi myös avohoidon puolelle. Vuonna 1975 tehdyn kyselyn mukaan suurimmat syyt ammattiin palaamiseen esteenä olivat lastenhoito ja alan palkkaus. Sairaaloitten toiminta oli muuttunut eikä vuorotyö houkuttellut. Samana vuonna kurssi kohti parempaa kuitenkin alkoi, joten virkojen täyttämässä ei ollut pahempia ongelmia enää vuonna 1978, vaikka epäpäteviä lääkäreitä ja sairaanhoitajia sairaalasta kylläkin löytyi. (Kaarninen & Kiuasmaa 1988, 111–112, 115.)

Työsuojelutoiminta ja työpaikkademokratia paransivat henkilökunnan asemaa. Sairaalaan perustettiin työsuojelutoimikunta ja ensimmäiset työsuojeluvaltuutettujen vaalit pidettiin vuonna 1974. Talossa toimi myös turvallisuustoimikunta. Henkilökunnan etuihin kuuluivat työpuku ja ruokailumahdollisuus ja henkilökunnan terveydenhuoltoja kehitettiin. Myös vapaa-ajantoimintaa järjestettiin eri harrastusryhmien kautta. Sisäistä tiedotustoimintaa parannettiin julkaisemalla tiedotuslehti (1975), mikä ilmestyi 6-8 kertaa vuodessa. Henkilökuntaa haluttiin myös muistaa Tampereen keskussairaalan liittovaltuuston myöntämällä mitaleilla vuodesta 1978 alkaen sekä palvelusvuosien karttuessa myös ansiomerkein vuodesta 1977 lähtien. Uudistuksista huolimatta terveydenhuoltoalan henkilöstö lakkoili vuosina 1983 ja 1984. Tapahtumien jälkeen Tampereen yliopistollinen sairaala alkoi yhdessä lääkintöhallituksen kanssa kehittämään muun muassa hoito- ja toimintaperiaatteita, joiden toivottiin selkeyttävän asioita ja parantavan potilaiden hoitoa. (Kaarninen & Kiuasmaa 1988, 119–122, 143–144.)

<sup>7</sup> Esimerkki terveydenhuollon henkilökunnan jakaumasta: 1340 oli viranhaltioita, 56 kuukausipalkkalaisia ja tuntipalkkalaisia ei ollut ollenkaan. Naisten osuus näistä työntekijöistä oli 91.1 prosenttia. Tampereen keskussairaala vastaanotti paljon myös opiskelijaharjoittelijoita toimintavuosiensa aikana. Suurimman opiskelijaryhmän sairaalassa muodosti sairaanhoitajaopiskelijat, joita oli esimerkiksi vuonna 1985 yhteensä 540 opiskelijaa. (Rasila 1992, 124, 381.)

### 3 SAIRAANHOITAJAKOULUTUS

Sairaanhoitajakoulutuksesta keskusteltiin vilkkaasti 1920-luvulla. Sairaanhoitajakunta pyrki vaikuttamaan eduskuntaan, valtioneuvostoon ja lääkintöhallitukseen. Keskustelu pyöri koulutusajan pituudessa, valmistavan koulun tarpeellisuudessa ja tarvittavasta koulutus pohjasta koulutukseen hakeutumisessa. Laki sairaanhoitajien koulutuksesta saatiin vihdoinkin valmiiksi vuonna 1929 ja siinä oli laaja-alaisesti huomioitu sairaanhoitajakunnan toivomukset mukaillen Helsingissä annettavaa kurssikoulutustasoa. (Vauhkonen 1992, 264–265.)

Lain myötä sairaanhoitajakoulutuksesta tuli valtion alainen ja kurssien pitopaikka siirtyi sairaaloista erillisiin oppilaitoksiin, joihin kuului oma henkilökunta ja talous. Koulutus oli kolmivuotinen sisältäen neljän kuukauden valmistavan oppijakson. Varsinaisesta koulujaksosta osa voitiin koulutuksen lopussa käyttää oppilaan haluamaan erikoistumiseen. Peruskoulutuksen pohjaksi vaadittiin kansakoulu. Samalla tehtiin asetus mielisairaanhoitajien opetuksesta, jonka mukaan opetus tapahtui vuoden kestäväällä kurssilla jossakin lääkintöhallituksen nimeämässä mielisairaalassa. (Vauhkonen 1992, 264–265.)

Vaikka kouluista tuli taloudellisesti ja hallinnollisesti itsenäisiä valtiollistamisen jälkeen (Sygeplejeråd 1992, 121–122), koulutuksen johtaminen ja valvonta kuului lääkintöhallitukselle aina vuoteen 1968 saakka. Silloin vastuu siirrettiin ammattikasvatushallitukselle (Vauhkonen & Bäckman 1973, 124). Lääkäreiden, hammaslääkäreiden ja farmaseuttien koulutusvastuu kuului yliopistoille, eli ne kuuluivat eri hallintoviranomaisen alaisuuteen kuin sairaanhoitajat ja kätilöt (Vauhkonen 1992, 263–264).

Sairaanhoitajakoulutusta koskeva laki antoi myös aiheen määrittellä uudelleen sairaanhoitajan toimen harjoittamista koskevia määräyksiä. Asetuksen mukaan sairaanhoitajana sai julkisissa ja yksityisissä laitoksissa toimia pätevyyden ja koulutuksen suorittanut sairaanhoitaja sekä aiemmin koulutuksen hankkinut vanhempi tai nuorempi sairaanhoitajatar. Diakonissa sai toimia sairaanhoitajana diakonissalaitoksissa tai sen yhteydessä olevassa sairaanhoitolaitoksessa, leprasairaalassa, kaatumatautisten ja tylsämielisten hoitolaitoksissa sekä lupaperusteisesti kiertävänä sairaanhoitajana. Valtion sairaanhoitolaitosten henkilökunnasta asetettiin samana vuonna oma asetuksensa, jossa

määriteltiin pätevyysvaatimukset eriasteisiin sairaanhoitajanvirkoihin. Jos sairaalan yhteydessä oli sairaanhoitajakoulu, tuli ylihoitajan sekä leikkaus- ja osastonhoitajan virkoja täytettäessä ottaa huomioon heidän opetuskykynsä. Ensimmäiseksi mainitun tuli toimia sairaanhoidon opettajana ilman erityistä palkkiota. (Vauhkonen 1992, 265–266.)

Sairaanhoitajakoulutus oli vahvasti kytköksissä sairaaloiden työvoimatilanteeseen 1930-luvulla. Henkilökuntaa oli opetussairaaloissa vähän, mistä syystä sairaanhoitajaoppilaita ei ennätetty, eikä myöskään koettu tärkeäksi ohjata. Opiskelijat miellettiin ilmaiseksi työvoimaksi ja osaksi sairaaloiden työvoimareserviä. Samaan aikaan koulu tarjosi tietuopuolista opetusta oppilaille hyvin vähän, sillä käytännön opetuksen ja harjoittelun katsottiin olevan oppimisessa tärkeämpää. (Sarkio 2007, 11, 77.)

Sotien jälkeen alkoi uusien sairaaloiden rakentaminen, mikä tarkoitti myös uusien sairaanhoitajakoulujen perustamista. Uudet sairaanhoitajakoulut haluttiin sijoittaa tasaisesti pitkin Suomea, mutta sijoituskunnan valintaan vaikutti myös opetussairaaloiden läheisyys sekä erikoisalojen lukumäärä (Sarkio 2007, 340). Sairaanhoitajakouluja perustettiin lääkintöhallituksen toimesta erityisesti niille paikkakunnille, joihin keskussairaala oli jo avattu tai joihin oltiin aikeissa perustaa. Kun vuonna 1956 Tampereen uusi keskussairaala oli pääpiirustusvaiheessa, kaupunkiin päätettiin perustaa sairaanhoito-opisto. (Lahtinen 1986, 1.)

Keskussairaalahjärjestelmän laajetessa ja työajan lyhentyessä sairaanhoitajapula paheni ja alalta poistuminen kasvoi. Vuonna 1957 sairaanhoitajien erikoiskoulutus, mikä antoi pätevyyden erikoissairaanhoitajaksi ja osastonhoitajaksi, erotettiin perustutkintoon johtavasta koulutuksesta. Muutoksella taustalla vaikutti ajatus opiskelijoiden mahdollisimman nopeasta valmistumisesta ja työelämään siirtymisestä. Sairaanhoidon perusteiden jaksosta tuli 2,5 vuotta kestävä ja erikoiskoulutuksesta lukuvuoden eli yhdeksän kuukauden mittainen. Osa kouluista ei kuitenkaan suostunut perustutkinnon lyhentämiseen tai lukukausijärjestelmään, vaan pakotti opiskelijat harjoitteluihin myös joului- ja pääsiäisaikoina. Lääkintöhallitus jätti tietoisesti puuttumatta koulujen eroavaisuuksiin, vaikka toisissa kouluissa sairaanhoitajakoulutus kesti nyt jopa useita kuukausia pidempään. Koulut ilmoittivat asian olevan heidän itsenäisen ratkaisunsa, mutta todellisuudessa se tehtiin yhdessä sairaaloiden kanssa, joissa tarvittiin sijaisia juhlapyhien aikaan. Lopulta kaikki



sairaanhoitajakoulut siirtyivät lukukausijärjestelmään muutaman vuoden sisällä. Ennen vuotta 1957 opiskelija ei voinut vaikuttaa erikoistumisalansa valintaan. Nyt siitä tuli vapaaehtoista. (Sarkio 2007, 153, 161–162, 169–170.)

Ajatuksena oli, että työnjakoa ja koulutusta eriyttämällä terveydenhuolto saisi lisää voimavaroja. Tästä syystä oli syntynyt uusia terveydenhuollon ammattikoulutusryhmiä: lääkitysvoimistelijakoulutus (1942), apuhoitajakoulutus (vakinaiseksi 1946), sosiaalihoitajakoulutus (1946), röntgenteknillinen apulainen (1951, myöhemmin röntgenhoitaja) ja laboratorioteknillinen apulainen (1953, myöhemmin laboratoriohoitaja). (Sarkio 2007, 6, 274.) Sairaanhoitajapula koetteli myös 1950-luvun mielisairaaloita, joissa oli 28 % viroista täyttämättä. Tästä syystä sairaanhoitohenkilöstön koulutusta koskeva laki siirsi mielisairaanhoidajien koulutuksen mielisairaaloista sairaanhoito-oppilaitoksiin vuonna 1968. Sitä mukaan kun sairaaloihin perustettiin uusia erikoislääkärijohtoisia osastoja, erikoissairaanhoidajien tarve kasvoi. Tästä syystä sairaanhoitajakoulujen uudet erikoistumisalat rakentuivat lääketieteen erikoisalojen mukaisesti, kun esimerkiksi kirurgiseen, psykiatrisen ja sisätautien sairaanhoitajien tutkintoon johtavat koulutukset aloitettiin. (Sarkio 2007, 58; Lämsä 2013, 17.)

Sairaanhoidajat olivat hyvin tietoisia oman alansa merkityksestä ja ammatillisuuden kasvun myötä oman alan reviiireistä pidettiin aiempaa tiukemmin kiinni. Jos lääkärit olivat suhtautuneet nihkeästi sairaanhoitajakoulutuksen aloittamiseen 1900-luvun alkupuolella, niin nyt sairaanhoidajat kokivat samanlaista tunnetta apusisaria ja apuhoitajia kohtaan. Sairaanhoidajat myönsivät yleisesti, että sairaaloissa tarvittiin apua, mutta he halusivat olla itse päättämässä avun tarpeen muodoista. Erityisesti apuhoitajakoulutus herätti varsinkin 1960-luvulla vastustusta, sillä se uhkasi sairaanhoidajien asiantuntijuutta ja asiantuntijatieta. Kodinhoitajakoulutus ei aiheuttanut samanlaista vastarintaa, sillä oli ilmeistä, että sairaanhoidajat toimisivat heidän esimiehinään ja avoterveydenhuollossa he vastaisivat sairaanhoidollisista asioista. Sairaanhoidajat eivät myöskään vastustaneet röntgen- ja laboratoriohoitajien koulutusten aloittamista, sillä erikoistuminen kyseisille alueille oli vähäistä. Lääkintävoimistelijoiden tavoin he myös tekivät useimmiten töitä omissa yksiköissään, toisin kuin apuhoitajat, jotka työskentelivät usein vuodeosastoilla. Oli sairaanhoidajien mielipide koulutuksia kohtaan mikä tahansa, toimien eriyttämällä oli positiivisia vaikutuksia työvoimapulaan ja se vapautti sairaanhoidajia enemmän omaa koulutusta vastaaviin tehtäviin. (Sarkio 2007, 270–271, 274.)

Ammattiryhmien eriyttämisen ohella sairaanhoitajapulaan pyrittiin vastaamaan koulutusaikaa lyhentämällä ja koulutuspaikkoja voimakkaasti lisäämällä. Kun tilanne ei parantunut, tuli voimaan niin sanottu ”Pesosen pätevydet” vuonna 1961. Tämä tarkoitti sitä, että erikoissairaanhoidon pätevyyttä saattoi hakea lääkintöhallitukselta vähintään kahden vuoden työkokemuksen perusteella. Hakemukseen tuli liittää osastohoitajan ja osastolääkärin allekirjoitettu todistus, jossa todistettiin hakijan tietyn erikoisalan pätevyys. Näin ollen lukuvuoden mittaista erikoiskoulutusta ei välttämättä enää tarvittu. Vuonna 1966 pätevyyksien myöntäminen kuitenkin lopetettiin sen vastustuksen vuoksi. Sillä ei myöskään ollut merkitystä työvoimatilanteeseen, sillä pätevyudet eivät lisänneet sairaanhoitajien määrää. (Sarkio 2007, 163–164, 340.)

Vuonna 1963 tehtiin päätös sairaanhoitajakoulutuspaikkojen kaksinkertaistamisesta. Lopulta 1960-luvun loppupuolella oltiinkin siinä tilanteessa, että kaikille valmistuneille ei riittänyt töitä vaan virkaa kohden oli useita hakijoita. Tästä syystä Sairaanhoitajaliitto alkoi ajamaan koulutuksen supistamista. Sairaanhoitajat olivat aiemmin vaatineet parannuksia työoloihin, palkkaukseen ja työvuoroihin, mutta näihin ei muutoksia tehty. Sairaanhoitajien ohella monet opiskelijat joutuivat tekemään viikonloppu, iltä- sekä yövuoroja ja kuten aiemmin on mainittu, opiskelijat olivatkin hyvin pitkään sairaaloille ilmaista työvoimaa. (Sarkio 2007, 340, 344.)

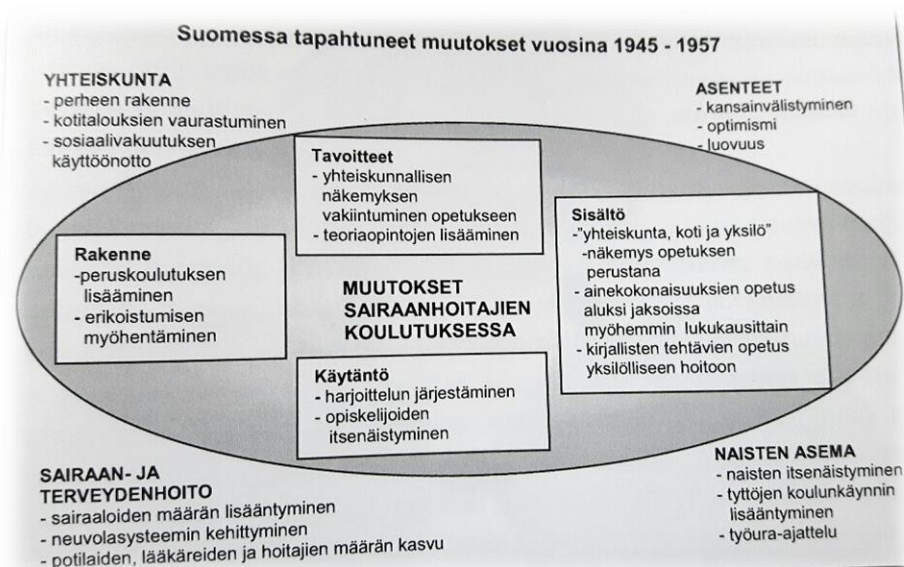
Sairaanhoitajakoulutusta koskeva nimikäytäntö oli hyvin sekavaa ja kirjavaa aina vuoteen 1968 asti, jolloin määriteltiin, että kaikki sairaanhoitajat valmistuivat sairaanhoito-oppilaitoksista. Sairaanhoito-oppilaitokset jakaantuivat kuitenkin kahteen ryhmään: sairaanhoitokouluihin ja sairaanhoito-opistoihin. Sairaanhoitokouluissa pystyi lukemaan vain perustutkinnon, kun vastaavasti opistoissa tarjottiin myös erikoistumis- ja jatkokoulutusta. (Vauhkonen & Bäckman 1973, 123.) Aiemmin käytössä olleita koulutusnimiä olivat muun muassa sairaanhoitajatarkoulu, sairaanhoitaja-terveysisarkoulu ja sairaanhoito-opisto. Koulujen nimet saattoivat myös muuttua jopa vuosittain. (Sarkio 2007, 41).

Sairaanhoitokoulutus oli vielä 1960–70-luvuilla työelämäpainotteista, mutta se alkoi muuttumaan teoreettisempaan suuntaan hoitotieteen kehityksen ja uusien oppikirjojen myötä (ks. kappale 3.1). Muutos ei kuitenkaan tapahtunut käden käänteessä, sillä esimerkiksi vuonna 1965 lääkintöhallituksen pääjohtaja yhdessä sairaanhoitokoulutuksesta vastanneen osastopäällikön kanssa valittivat

koulutuksen liiallisesta teoretisoitumisesta. Myös monien lääkäreiden ja sairaanhoitajien mielestä sairaanhoitajan työ oli käytännönläheistä, minkä oppi vain kokemuksen kautta ja muita työntekijöitä seuraamalla. Osa sairaanhoitajista pelkäsi vanhempien sairaanhoitajien olevan monitaitoisempia kuin teoreettista uudempaa oppia saaneet. Tuloksena olikin sairaanhoitajasukupolvien välisiä jännitteitä ja ristiriitoja 1960-luvulla, kun uudemmat eivät osanneet kaikkia tarvittavia kädentaitoja. Jännitteisiin vaikutti myös pitkään vallassa ollut käsitys, että sairaanhoitaja tuli olla sairaalan yleisnainen, joka teki itse kaiken. Todellisuudessa esimerkiksi puhdistus- ja siivoustöitä oli alettu teettämään sairaanhoitajaoppilailta oman haluttomuuden ja ajan puutteen vuoksi. Pikkuhiljaa käsitys sairaanhoitajan työstä ammattina muiden joukossa kasvoi ja kutsumussairanhoitaja-ajattelu alkoi murentua. (Vauhkonen & Bäckman 1973, 124–125; Sarkio 2007, 4, 173, 278–279.)

Sotavuosien aikaan sairaanhoitajilla oli merkittävä rooli sairaiden hoidossa yhdessä Lotta Svärd -järjestön kouluttamien hoitajien kanssa. Erityisesti kuitenkin sotien jälkeinen yhteiskunnallinen muutosprosessi vaikutti sairaanhoitajakoulutuksen kehittymiseen oppikoulujärjestelmästä kohti teoreettisempaa opetusta. Päivi Huhtela listaa vuonna 2009 julkaistussa väitöskirjassaan Suomessa vuosina 1945–1957 tapahtuneita yhteiskunnallisia muutoksia, jotka vaikuttivat sairaanhoitajakoulutuksen rakenteeseen, tavoitteisiin, sisältöihin ja itse koulutuksen käytäntöön (kuva 1).

**KUVA 1. Suomessa tapahtuneet muutokset ja muutokset sairaanhoitajien koulutuksessa vuosina 1945–1957.**



Lähde: Huhtela 2009, 163.

Yhteiskunnan merkittävimpiä muutoksia olivat Huhtelan mukaan perherakenteen muuttuminen, kotitalouksien vaurastuminen ja sosiaalivakuutuksen käyttöönotto. Huhtela ei selvennä, mitä hän tarkoittaa perheen rakennemuutoksella, mutta sotavuosien jälkeen syntyi suuret ikäluokat samaan aikaan kun naiset alkoivat itsenäistymään. Kiinnittyminen peltotöihin alkoi murtumaan teollisuuden myötä, mikä aiheutti muuttoliikettä ja kaupungistumista. Perheet saattoivat hajaantua eri paikkakunnille ja avioerojen määrät lähtivät kasvuun.

Huhtelan tutkimusvuosien aikana asenteet muuttuivat kansainvälisiksi ja mukaan tuli optimismi ja luovuus. Suomi tasapainoili idän ja lännen välissä sotavuosien jälkeen ja maan johto pyrki pitämään hyvän keskusteluyhteyden molempiin suuntiin. Koulutusten vaihto-ohjelmat lisääntyivät ja maastamuutto kasvoi. Suomessa uskottiin kehitykseen, mikä syntyi erityisesti talouskasvun seurauksena. Samaan aikaan naiset itsenäistyivät, tyttöjen koulunkäynti lisääntyi ja naisten työura-ajattelu vaikuttivat koulutuksen muutokseen. Toki myös itse sairaan- ja terveydenhoidon muutoksilla eli sairaaloiden määrän kasvulla, neuvolasysteemin kehittymisellä sekä hoitohenkilökunnan että potilaiden määrän kasvulla oli vaikutuksensa sairaanhoitajakoulutuksessa tapahtuneisiin muutokseen.

Tutkimusvuosien aikana sairaanhoitajiksi opiskelevien peruskoulutusta lisättiin ja erikoistumista myöhennettiin. Opetukseen otettiin mukaan yhteiskunnallinen näkemys ja teoriaopintoja tuli lisää. Opetuksen perustana oli ”yhteiskunta, koti ja yksilö”. Ainekokonaisuuksia opetettiin aluksi jaksoissa, myöhemmin lukukausittain ja kirjallisista tehtävistä siirryttiin yksilöllisen hoidon näkökulmaa kohti. (Huhtela 2009, 163.)

### 3.1 Hoitotieteen kehitys

Sairaanhoitajan työ voidaan jakaa eri aikakausilla valloilla olleisiin filosofisiin perussuuntauksiin. Asketismikauden sairaanhoitaja (n. 1860–1880) teki työtään kutsumuksen vuoksi. Asianmukaista palkkaa tai työoloja ei silloin vaadittu ja viikossa oli yksi vapaapäivä. Potilaat pyrittiin pelastamaan oman hengellisen kasvun ja kuolemanjälkeisen pelastuksen vuoksi. 1880-luvulla rinnalle nousi romantismi, jolloin kaivattiin pakoa arkitodellisuudesta ja hoitotyön käytännöllisyydestä. Ajatuksena oli maailmanpelastus yhdessä lääkäreiden kanssa. Sairaanhoitajalta vaadittiin uskollisuutta lääkäriä,

koulutusta ja potilasta kohtaan. Toisen maailman sodan aikoihin syntyi pragmatismiksi kutsuttu filosofinen suuntaus, mikä korosti käytännöllisyyttä: sairaanhoitajat alkoivat erikoistua lääketieteen erikoisalojen mukaan. Lääkäreitä yhä ihannoitiin ja painotus oli potilaan ongelmassa, vammassa, häiriössä tai diagnoosissa – ei ihmisyydessä. Siirryttäessä 1980-luvulle pragmatismiin syrjäytti humanistinen eksistentialismi, jolle ominaista oli esimerkiksi vastuullisuus, potilaskeskeisyys ja inhimillisyys. Normaaleista arvoista ja normeista poikkeamisesta tuli silloin hyväksyttävää. Huomioitavaa on, että edellä mainitut aikakaudet menevät osittain päällekkäin ja joitakin niiden piirteitä on yhä nykypäivänä havaittavissa. (esim. Krause & Salo 1992, 68–71; Sarkio 2007, 5-7.)

Vaikka hoitotiede onkin vanha tieteenala, hoitotieteen ja hoitotyötä koskevien teorioiden katsotaan alkaneen vasta Florence Nightingalesta (1820–1910). Yhdysvalloissa hoitotyön opettajat ja opiskelijat alkoivat 1950-luvulla pohtimaan muun muassa mitä hoitotyö on ja mitä sairaanhoitajat oikein tekevät. Teoreettista hoitotiedettä edisti ensimmäisen hoitotieteellisen lehden, *Nursing Research:n*, perustaminen vuonna 1952. Hoitotieteen kehityksessä voidaan erottaa kaksi pääsuuntausta: looginen empirismi ja historismi. Ensimmäisen tavoitteena oli loogisen käsitejärjestelmän luominen, jonka avulla voitaisiin kuvata ja selittää sekä mahdollisesti ennustaa hoitotyön ilmiöitä. 1970-luvun loppupuolella kasvoi kuitenkin käsitys, jonka mukaan hoitotyöhön tarvittiin luonnontieteellisen tiedon lisäksi myös jotain muuta. (Krause & Salo 1992, 45–46, 49–50.)

Systemaattinen hoitotieteen kehittäminen alkoi Yhdysvalloissa 1960-luvulla. 1980-luvulla hoitotyön teoreettisuus elpyi pienen hiljaiselon jälkeen ja tällöin tehtiin havainto, että kaikissa hoitotyön teorioissa tarkasteltiin jotakin seuraavista paradigmoista: ihminen, ympäristö, terveys tai hoitotyö. Käsitteet nousivat kuitenkin opetussuunnitelmista, vaikka vallalla oli ajatus siitä, että teorioiden kehittäminen tuli alkaa hoitotyön käytännöistä. Suomalainen hoitotieteen kehitys kulki kansainvälisen kehityksen mukana ja 1970-luvulta alkaen hoitotyön tutkimuksesta sekä viitekehysten ja teorioiden kehittämisestä tuli todella tärkeitä asioita. Viimeistään vuonna 1977 alkanut WHO:n hoitotyön keskipitkän aikavälin tutkimus- ja kehittämisohjelma (1977–1983) nosti hoitotyön kehittämisen ja tutkimuksen hoitotyöntekijöiden tietoisuuteen. (Krause & Salo 1992, 46, 51, 56–58.) Jo ennen tätä Suomessa oli järjestetty kesäyliopisto- ja seurantaseminaareja (1973–1974), joissa keskusteltiin terveyden- ja sairaanhoidon käytännöistä, tutkimuksesta, koulutuksesta ja hoitotyön käsitteistöstä (Tuomi 1997, 38).

Hoitotiede on Suomessa yliopistollisena oppiaineena nuori, joskin hoitotyön tutkimuksella on pidempi historia (Tuomi 1997, 35). Jo 1950-luvulla osa halusi Helsingin sairaanhoitajakoulusta korkeakoulun, kun vastaavasti osa akatemisoitumista kannattavista loi yhteyksiä yliopistomaailmaan. 1980-luvulla lääkärit yrittivät estää sairaanhoitajien yliopistollisen koulutuksen, mutta vastustuksesta huolimatta Kuopion korkeakoulussa aloitettiin vuonna 1979 ylihoitajien ja 1980-luvulla sairaanhoitajien yliopistokoulutus. Kyseisen vuosikymmenen kiistoja lääkäreiden ja sairaanhoitajien (hoitotieteen) välillä kutsutaan niin sanotuiksi johtosääntökiistoiksi. (Sarkio 2007, 12.) Tampereella hoitotieteen yliopistollinen koulutus alkoi vuonna 1981. Myöhemmin mukaan tuli myös Turun ja Oulun yliopisto, Åbo Akademi sekä Jyväskylän yliopisto. (Tuomi 1997, 35.)

Suomalaisessa aatteellisessa kehittämistyössä on nähty kolme varsin merkittävää tekijää. Kehittämistyön voidaan sanoa alkaneen, kun sairaanhoitajakoulutus itsenäistyi ja yhdenmukaistui vuonna 1929: koulutus erotettiin hallinnollisesti sairaalalaitoksesta. Toinen tekijä on naisten yhteiskunnallisen aseman vahvistuminen erityisesti sotien aikaan ja sen jälkeen, kun naiset tulivat vahvemmin osaksi työvoimaa ja koulutettujen naisten osuus kasvoi. Tätä ennen heille oli syntynyt jo tietoisuus omasta asemastaan, johon vaikutti suomalaisten sairaanhoitajien koulutus Yhdysvalloissa. Kolmas tekijä oli sairaanhoito-oppilaitoksissa aloitettu hallinnollinen ja kasvatustieteellinen koulutus, mihin sisältyi esimerkiksi tutkimustyön ja –menetelmien opetusta ja erilaisten tutkielmien tekemistä. (Tuomi 1997, 37.)

Sairaanhoitajakoulutus keskittyi alkujaan työssä tarvittavien toimenpiteiden opiskeluun, kunnes painopiste siirtyi sairauksiin lääketieteen kehityksen vanavedessä. Hoitotyön koulutusta ja opetussuunnitelmia pyrittiin kehittämään 1900-luvun alkupuolella, mutta kehityksessä otettiin mallia lääketieteestä. Ensimmäinen sairaanhoitajille tarkoitettu oppikirja ilmestyi vuonna 1912 ja seuraava 1930-luvulla, josta tulikin hyvin pitkäikäinen. Hoitotyön tutkimusta ja tiedottamista pidettiin hyvin tärkeänä, mistä kertoo esimerkiksi Sairaanhoitajien koulutussäätiö perustaminen, Sairaanhoidon Vuosikirja (1958) ja ensimmäiseksi Eurooppaan perustettu Sairaanhoidon tutkimuslaitos (1966). 1920-luvulta alkaen suomalaiset terveyden- ja sairaanhoitajat tekivät opintomatkoja Yhdysvaltoihin, tuoden mukanaan tärkeää oppia ja ideoita suomalaiseen hoitotyöhön. (Krause & Salo 1992, 10, 49, 57.)

Pohjoisamerikkalaisten teorioiden kulta-aikaa elettiin Suomen sairaanhoitajakoulutuksessa ja terveydenhuollossa 1970-luvun lopulta alkaen aina 1990-luvun alkuvuosiin. Varsinkin 1960-luvun loppupuolella WHO:n laatimia ja yhdysvaltalaisia sairaanhoitajakoulutuksen oppikirjoja alettiin kääntämään. Englanninkielisistä kouluun tilatuista lehdistä olivat suosituimpia 1930–70 -luvuilla esimerkiksi *American Journal of Nursing* ja *International Nursing Review*. Lukemalla englanninkielisiä ammattilehtiä, asiantuntijatietaa ja ammatti-identiteettiä vahvistettiin kohti sairaanhoidon yliopistohaaveita. (Sarkio 2007, 7, 187–188, 221.)

### 3.2 Lääkintöhallitus

Lääkintöhallitus käytti terveydenhuollon kysymyksissä valtion valmistelu-, toimeenpano- ja valvontavaltaa aina 1960-luvun loppupuolelle asti. On kuitenkin todettu, että vielä 1990-luvun alkuun saakka lääkintöhallitus oli suurin vallankäyttäjä Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä säädellen sairaanhoitokoulutuksen toimintaa valtionrahoituksen ja säädösvalmistelun kautta. (Sarkio 2007, 1, 250.) Suomi oli ensimmäinen Pohjoismaa, jossa valmistuneista sairaanhoitajista alettiin pitämään ammattirekisteriä. Rekisterin ylläpito kuului juuri lääkintöhallituksen toimenkuvaan. (Vauhkonen 1992, 266; Sarkio 2007, 244–245.)

Maria Sarkion mukaan lääkintöhallitus tarkkaili jatkuvasti sairaaloita sekä sairaanhoitajakouluja ja se halusi kontrolloida tuleville sairaanhoitajille annettavaa tietoa. Se pyrki vaikuttamaan siihen, mitä lehtiä opettajille ja oppilaille suositeltaisiin kouluissa luettavaksi. Lääkintöhallituksen virkamiehen osallistuivat myös esimerkiksi sairaanhoitajakouluissa käytettyjen oppikirjojen laadintaan. Oli nimittäin valtion etu, että sairaanhoitajakoulut ja niiden hallinto pysyivät lääkintöhallituksen valvonnassa, sillä sairaanhoitajaopiskelijoilla kyettiin paikkaamaan valtion sairaaloiden työvoimapulaa erityisesti 1930-luvulla. Tästä syystä koulutuksessa haluttiin painottaa käytännönharjoittelua tietopuolisen opiskelun sijaan. Lääkintöhallitus vastaavasti valvoi myös koulujen rahankäyttöä, koska valtio ylläpiti lääninsairaaloita. (Sarkio 2007, 1, 11, 77, 165, 167, 187, 306.)

Sairanhoitajakoulutuksen uudistaminen alkoi 1930-luvulla. Lääkintöhallituksen halusi, että vanhempien sairaanhoitajien koulutus keskitettäisiin Helsinkiin, aivan kuten oli toimittu aina vuoteen

1930 saakka, sillä se helpotti koulutuksen valvontaa ja luennoitsijoita oli helpompi saada. Helsingin sairaanhoitajakoulusta tulikin niin sanottu keskuskoulu, jonne muiden sairaanhoitajakoulujen oppilaat tekivät luentovierailuja. Lääkintöhallitus myös hyväksyi, että Helsingin kaupungin sairaanhoitajakouluun pohjakoulutusvaatimus oli muita kouluja tiukempi. 1930-luvulla alkaen kouluun vaadittiin keskikoulu ja 1955 vuodesta lähtien ylioppilastutkinto. Myös opettajilta vaadittiin enemmän, sillä 1950-luvulta lähtien heillä piti olla sairaanhoidon opettajan tutkinto suoritettuna. Lääkintöhallituksessa ymmärrettiin, että matala pohjakoulutustaso vähentäisi alan vetovoimaisuutta ja ylläpitäisi sairaanhoitajapulaa, mutta samalla se halusi ylläpitää lääkäreiden ja sairaanhoitajien välistä koulutusaika- ja palkkakuilua. (Sarkio 2007, 10, 78–80, 152, 159.)

Sairaanhoitajajärjestöt ajoivat yhtenäistä kolmevuotista koulutusta, jossa pohjakoulutus olisi kaikille sama keskikoulu. Lääkintöhallitus ajoi kuitenkin lyhempää koulutusaikaa, sillä pidempi koulutusaika lisäisi kustannuksia ja keskusvirasto pelkäsi sairaanhoitajien vaativan parempaa palkkaa vedoten pidempään koulutusaikaan. Kehityssuunnan keskusteluun ottivat myös lääkärit oman kantansa vastustaen sairaanhoitajien toivetta yliopistokoulutuksesta, sillä he pelkäsivät sairaanhoitajien haastavan heidän auktoriteettiaseman. (Sarkio 2007, 80–84.)

Lääkintöhallitus ajoi koulutuksen yhtenäistämistä, sillä sen toivottiin tuovan taloudellisia säästöjä ja henkilöstövoimavaroja voitaisiin käyttää tarkoituksenmukaisemmin. Vuonna 1964 julkaistussa yhtenäisessä opetusohjelmassa lääkintöhallitus ajoi oman tahtonsa lävitse koskien sairaanhoitajakoulutuksen lyhentämistä ja lukukausijärjestelmää. Se käsitti edelleen sairaanhoitajatyön lääkärin avustamiseksi, eivätkä opiskelijat tarvinneet suurta teoreettista osaamista. Sairaanhoitajajärjestöt ajoivat sairaanhoitajakoulutuksen siirtämistä korkeakoulutasolle, mikä näkyi vaatimuksena tutkimustyön kurssista. Lääkintöhallitus ei halunnut kurssia vuoden 1964 opetussuunnitelmaan, vaan se piti sitä turhana. Lääkintöhallituksen vuoden 1964 päätöksellä myös miehet saivat hakea sairaanhoitajakoulutukseen. Päätös ei ollut kuitenkaan mielivaltainen, sillä mielipidettä asiasta oli ennakolta tiedusteltu koulujen rehtoreilta. (Sarkio 2007, 59, 147, 155, 166–167.)

Vuonna 1968 hoitohenkilökunnan koulutusasiat siirtyivät ammattikasvatushallituksen hoito- ja talousopetuksen toimiston alaisuuteen. Suomen sairaanhoitajaliitto oli tehnyt useita aloitteita ja



selvityspyyntöjä sairaanhoitajakoulutuksen hallinnon uudistustarpeesta, mutta lääkintöhallitus oli estänyt esitykset. Muutoksen myötä uskottiin, että lääketieteestä erottautuminen tuli mahdolliseksi samalla kun omaa tieteen kehitystä voitiin ajaa eteenpäin ja sairaanhoitajia voitiin kannustaa ammatillistumispyrkimyksissä. (Sarkio 2007, 171.)

### 3.3 Opetussuunnitelmat

Valtion koulujen opetussuunnitelmat olivat valtakunnallisia. Lääkintöhallituksen sairaanhoitajakoulutuksen tarkastaja vaati 1950-luvulla, että kaikki sairaanhoitajakoulut osallistuvat opetusohjelmien suunnittelutyöhön. Tällä lääkintöhallitus tavoitteli yhtenäistä opetusohjelmaa, jolla voimavarat saataisiin tehokkaasti käytettyä ja valmistuville sairaanhoitajille varmistettaisiin tietotaitojen vähimmäistaso. (Sarkio 2007, 10, 149, 153.)

Opetusohjelmien yhtenäistämishanke alkoi vuonna 1957 ja sen tuloksena syntyi niin sanottu ”Telan tavoitteet”. Nimensä se sai sairaanhoidon opettaja Terttu Telan mukaan, joka valmisteli yhtenäistämishanketta lääkintöhallituksessa. (Sarkio 2007, 154.)

Sairanhoitajien peruskoulutuksen tavoitteena on kouluttaa sekä laadultaan että määrältään maan kulloistakin tarvetta vastaavia sairaanhoitajia, joiden tehtävänä on edistää potilaiden fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia sekä osallistua terveydenhoidolliseen valistustyöhön.

*Terttu Tela v. 1957* (Sarkio 2007, 154.)

Sairanhoitajakoulutukseen, asiantuntijatietoon ja sairaanhoitajan tehtävään luettiin ensimmäistä kertaa myös terveyskasvatus. Varsinainen ensimmäinen valtakunnallinen ja yhtenäinen opetusohjelma saatiin kuitenkin julkaistua vasta vuonna 1964. Suunnitelman mukaan opintojen pääpaino oli potilaan kokonaisuhoitoon opettamisessa. Opiskelijoita tuli opettaa toimimaan työryhmän jäsenenä sekä apuhoitajien ja sairaanhoitajaoppilaiden tulevana ohjaajina. Samalla oppikurssien sisällöt määriteltiin hyvin tarkasti, samoin kuin kursseilla käytettävä kirjallisuus sekä siihen suositeltava kirjallinen materiaali. Sairanhoitajakoulutukseen sisältyi tunteja muun muassa naistentaudeista, iho-, sukupuoli- ja tartuntataudeista, sosiaalipolitiikasta sekä sairaanhoidon historiasta. Vaikka opetuksen maallistuminen oli alkanut jo toisen maailman sodan jälkeen, otettiin

suunnitelmaan mukaan myös pakollinen kristinoppi- ja sielunhoitokurssi. (Sarkio 2007, 154, 166–167, 259, 294.)

Vuoden 1964 opetusohjelmaa (taulukko 4) noudatettiin hyvin vähäisin muutoksin aina vuoteen 1984 saakka. Koulujen oli kuitenkin mahdollista poiketa yhteisestä opetussuunnitelmasta, mutta lupaa tuli hakea lääkintöhallitukselta. (Sarkio 2007, 166–167.)

#### TAULUKKO 4. Vuoden 1964 opetusohjelman tuntien jakaantuminen

Terveydenhuolto	162 tuntia
Sairaanhoito-oppi	468 tuntia
Sairaanhoidon perusaineita	360 tuntia
Yhteensä	990 tuntia

Lähde: Sarkio 2007, 168.

Vuosina 1986–88 tehtyjen koulutuslinjausten mukaan sairaanhoitaja-, terveydenhoitaja- ja kätilökoulutusten opetussuunnitelmat tuli laatia niin, että niiden koulutus antoi erikoistehtävän lisäksi kaikille valmiuden sairaanhoitajakoulutusta vastaaviin tehtäviin (Nederström 1986, 109).

Keskiasteen koulu-uudistus v.1987 kosketti kaikkea ammatillista opetusta. Terveysalalla se merkitsi hallinnon, koulusrakenteiden ja koulutussisältöjen uudistamista. Erityistä huolellisuutta vaadittiin siinä, että terveystieteiden näkökulma saatiin kaikkiin opetussuunnitelmiin. (Lämsä 2013, 13.)

Tutkimuksen mukaan vuosina 1929, 1964 ja 1987 laadittujen sairaanhoitajakoulutuksen opetussuunnitelmien keskeinen tavoite pysyi samanlaisena. Tavoitteena oli tarjota tuleville sairaanhoitajille valmiudet potilaiden laadukkaaseen hoitamiseen. Näkökulma kuitenkin muuttui vuosikymmenten saatossa, sillä sairauskeskeisestä näkökulmasta siirryttiin terveyttä painottavaan ajatteluun. (Sarkio 2007, 9.)

### 3.4 Oppikirjat, opetus ja opettajat

Sairaanhoitokoulutuksessa käytettyjen oppikirjojen käyttöaika oli hyvin pitkä verrattuna nykypäivään. Vuonna 1936 ilmestynyttä Enni Voipion *Sairaanhoidon alkeet* –kirjaa luettiin vielä 1960-luvulla ja vuonna 1967 ilmestynyttä Ritva Veteläsuon *Sairaanhoito-oppia* käytettiin koulutuksessa kahdenkymmenen vuoden ajan. 1980-luvulla oppikirjojen käyttöikä oli noin 8-10 vuotta. Oppikirjoja tehtiin kouluissa opetettaviin oppiaineisiin, eli toisin sanoen, kirjan tekeminen lähti tarpeesta. Sairaanhoitajakoulutuksessa hyödynnettiin oppikirjojen ohella myös sairaanhoitaja- ja lääkärijärjestöjen ammattilehtiä sekä julkaisuja. Lehdet olivat myös keskustelu- ja kannanottokanavia toimittajien, opettajien sekä niin opiskelijoiden kuin myös jo valmistuneiden sairaanhoitajien välillä. Erityisesti koulutuskysymykset herättivät keskustelua. (Sarkio 2007, 4, 44, 206.)

Uusia oppikirjoja ryhdyttiin valmistelemaan 1960-luvun alkupuolella, mikä oli suuri muutos aiempaan, sillä suomenkielisiä oppikirjoja oli tarjolla vähän. Valmistelu johtui monen perusaineen oppikirjan vanhenemisesta. Moni sairaanhoitajakoulussa luennoinut joutui kuitenkin vielä 1960-luvulla toteamaan, ettei asianmukaista oppikirjaa ollut tarjolla. Sairaanhoitajakirjoittajista oli puutetta, sillä oppikirjakomitean mukaan kirjoittajan tuli perehtyä vastaavanlaisiin ulkomaalaisiin kirjoihin. Sarkion mukaan kielitaitoiset ja hyvän koulutuksen omaamat eivät olleet kuitenkaan kiinnostuneita kirjoitustyöstä vaan hakeutuivat mieluummin ylihoitajiksi tai opettajiksi. Tästä syystä moni oppikirjojen kirjoittajista olikin vielä 1950-luvulla lääkäritaustainen. Myöhemmin kirjoittajiksi ilmoittautui lääkäreiden ja sairaanhoitajien ohella muu asiantuntijajoukko ja samalla ulkomaisen kirjallisuuden kääntäminen alkoi kunnolla 1960-luvun puolivälin jälkeen. Muutokset mahdollistivat sen, että lääketieteellisen tiedon rinnalle tuli myös tietoa käyttäytymis- ja sosiaalitieteistä. (Sarkio 2007, 209–221.)

Tutkimusten mukaan opetus oli sairaanhoitajakouluissa 1930–1960-luvuilla opettajakeskeistä: opettaja antoi oppilaille valmiin tiedon ja kontrolloi tiedon oppimista kirjallisten ja käytännön kokeiden avulla. Annikki Lämsän mukaan sama oppimiskäsitys jatkui vielä 1980-luvulla. (Lämsä 2005, 66–67; Sarkio 2007, 9.) Aina 1960-luvun alkupuolelle saakka opettaja oli se, kuka tiesi millaiseen aineistoon oppilaiden oli tarpeen perehtyä, eikä itsenäiseen tiedonhankintaan ja kriittiseen ajatteluun kannustettu. Osa opettajista halusi jopa rajoittaa lähdekirjallisuuden käyttöä, jotta oppilaat

eivät kyseenalaistaisi opettajan tietoa ja näkemyksiä. Kritiikin salliminen nousi esille vasta 1950–60-lukujen vaihteen keskusteluissa. (Sarkio 2007, 168, 285.)

Ennen kuin pedagogista jatkokoulutusta tarjottiin sairaanhoitajille, opettajina toimivat opetussairaaloiden ylihoitajat ja oppilaskodin johtajat omien toimiensa ohessa. Opettajiksi päädyttiin usein käytännön syistä, joko oman kiinnostuksen takia tai siksi, että se kuului esimerkiksi yli- ja osastonhoitajien virkavelvollisuuteen. Opettajista oli suurta pulaa, mitä vaikeutti koulutuksen piteneminen ja oppilasmäärien kasvu. Sotavuosien jälkeen opettajien koulutusta lisättiin ja vuonna 1952 ylihoitajien hallinnollinen koulutus ja sairaanhoitajien opettajakoulutus eriytettiin. Vuonna 1958 perustettiin Helsinkiin jatko-opintojen jaosto opettajakoulutusta varten. Turussa puolitoista vuotta kestävä koulutus alkoi vuonna 1965. (Sarkio 2007, 274, 276–277.) Tampereella opetus alkoi vuonna 1976 (Lahtinen 1986, 7).

Vuosien 1967 ja 1975 opettajakoulutusmietinnöistä selvittää, että opettajakoulutuksessa ollut henkilö saatettiin erottaa opettajaksi soveltumattomuutensa vuoksi. Heidän käyttäytymistä ja huolellisuutta tarkkailtiin ja vasta akatemisoitumisen myötä koeaika ja käyttäytymisarvostelujen antaminen loppui opettajakoulutuksessa (vuonna 1973). Aina 1960-luvulle saakka hyvän opettajan kriteereihin kuului ahkeruus, moitteeton käytös, fyysinen terveys ja kristillinen elämäntapa. Kutsumus-ajattelun tilalle nousi pikku hiljaa oikea asenne ja asiantuntijuus, jolloin opettajilta vaadittu mallikansalaisuusajattelu jäi pois. Vasta kuitenkin 1990-luvulla laista poistettiin opettajien sanktioiminen viranulkopuolella tapahtuneesta sopimattomasta käytöksestä. Toisaalta lakia ei ollut sovellettu enää pitkään aikaan. (Sarkio 2007, 281–282, 321.)

Sairaanhoitajajärjestöt ja -johtajat korostivat, että sairaanhoitajuus vaati kypsymistä, eikä kyseisestä ammattia noin vain opittu. Vastuu tietotaitojen opettamisesta, sosiaalistumisessa ammattikunnan ihanteisiin ja toimintakentän kulttuuriin tutustumisesta lankesi sairaanhoitajakoulujen opettajille, oppilaskodin johtajille sekä käytännön harjoittelujen ohjaajille. (Sarkio 2007, 287.)

Vuonna 1972 astui voimaan opettajien virkaehtosopimus, jossa määriteltiin opettajien vuotuinen sekä viikoittainen opetusvelvollisuus lukukausille. Sopimuksella oli suuri merkitys oppilaitosten toimintaan. (Lahtinen 1986, 24.) Jos verrataan sairaanhoitajakoulutuksen sisäistä muuttumista 1970-

luvulta 1980-luvun puoleen väliin, opetuksen painopiste muuttui opetuksen ja kasvatuksen alueelta kohti hoitoa ja hoidon opetusta (Lämsä, 1986, 125).

### 3.5 Opiskelijat

1940-luvulta aina 1960-luvulle saakka sairaanhoitajatyö nähtiin kutsumuksena ja sairaanhoitajien työhön omistautumista korostettiin. Toisinaan jo valmistuneet sairaanhoitajat kyseenalaistivat koulujen oppilasvalintoja sairaanhoitajalehdissä, kun oppilaissa ei näkynyt enää samanlaista kutsumusta alalle. Koulut kyllä yrittivät pysyä kutsumussairanhoitajatavoitteessa, mutta siirtymä kohti itsenäistä harkintaa, arvostelua ja aloitekykyä arvostavaa ajattelua oli väistämätöntä. (Sarkio 2007, 147, 294, 297.)

”Naimisissa olevat naiset keskittyvät puolisoonsa ja hänen hyvinvointiinsa, eivät työntekoon”, oli Nightingalelta peräisin oleva vaatimus sairaanhoitajien naimattomuudesta. 1930-luvun Suomessa vain mielisairaan-, lasten- tai sosiaalihoitaja sai poikkeustapauksissa olla perheellinen, muuten työn piti olla kaiken keskipisteenä. Sairanhoitajien naimattomuutta vaadittiin aina toiseen maailmaan sotaan saakka, mutta opiskelijoilta sitä vaadittiin aina 1950-luvun alkupuolelle asti. Lääkintöhallituksen oppaassa nimeltä *Tietoja sairaanhoitajakouluihin pyrkiville* (1959) todetaan hakukriteereissä, että hakijoiden tuli olla 19–29 -vuotiaita. Naimattomuutta ei varsinaisesti vaadittu, mutta siinä muistutettiin, että ”naimisiinmeno vaikuttaa opiskeluihin usein negatiivisesti”, minkä vuoksi peruskoulutus kannatti hankkia ennen sitä. Koulujen laatimien toimintakertomusten mukaan, vuosikursseilla opiskeli suosituksissa huolimatta paljon avioituneita oppilaita vuosien 1959–1967 aikana. (Sarkio 2007, 297–298, 319.)

Sairanhoitajakouluun vaadittava pohjakoulutus herätti paljon keskustelua 1930-luvun lopusta alkaen aina 1950-luvun puoleen väliin asti. Kun Helsingin valtion sairaanhoitokouluun vaadittiin vuodesta 1955 lähtien ylioppilastutkinnon suorittaminen, muualle Suomeen riitti keskikoulu. Viralliseksi pohjakouluvaatimukseksi keskikoulu laillistettiin vasta vuonna 1967, vaikkakin vielä ainakin 1970-luvun puoleen väliin saakka sairaanhoitajakoulutuksen saattoi päästä myös alemmalla koulutuksella, jos hakija oli suorittanut terveydenhuollon kouluasteen tutkinnon. (Sarkio 2007, 86, 156, 158.)

Tutkimuksen mukaan vuonna 1960 työskentelevillä sairaanhoitajille oli taustalla sitä korkeampi pohjakoulutus, mitä nuorempia he olivat. Koulujen oppilaiden välillä oli kuitenkin eroja ja niin sanotuissa uusissa kouluissa, jotka perustettiin vuoden 1955 jälkeen, valmistuneista 69 %:a oli keskikoulun käyneitä ja 29 %:a ylioppilaita. Suurin osa opiskelijoita tuli maanviljelijäperheestä (33 %), keskiluokkataustaisia oli toiseksi eniten (27 %), työläistäustaisia (14 %) ja ylempiin yhteiskuntaluokkiin kuului noin 10 %:a. (Kauppinen 1964, 18–20; Sarkio 2007, 159.)

Opiskelijavalinnoissa oli käytössä suosituskäytäntö aina 1960-luvulle asti, mikä tarkoitti sitä, että hakijan tuli nimetä kaksi luotettavaksi tuntemaansa henkilöä, joilta rehtori pyysi suosituskirjeen hakijan soveltuvuudesta sairaanhoitaja-alalle. Myöhemmin käyttöön otettiin soveltuvuskokeet, joilla pyrittiin karsimaan sairaanhoitajaopintoihin kelpaamaton aines. Samalla opettajat saivat luoda normit oikeanlaiselle sairaanhoitajalle. Psykologien merkitys hakijoiden valinnassa meinasi kuitenkin nousta välillä liian suureksi, mistä osoituksena on lääkintöhallituksen vuoden 1964 muistutus kouluille, että oppilaiden valinta kuului opettajien ja johtokuntien tehtäväksi, ei psykologien. (Sarkio 2007, 313–314, 320.)

1960- ja 70 -lukujen pääsykokeet muistuttivat hyvin paljon toisiaan, sillä molempina vuosikymmeninä pääsykokeet sisälsivät haastatteluosuuksia, psykologisia testejä sekä erinäisiä piirros- ja laskutehtäviä. Pääsykoetilaisuus sisälsi myös lääkärintarkastuksen, jossa tarkastettiin, oliko hakija terveydentilaltaan alalle soveltuva. (Repo, Tankkala & Tevilin 2014, 12.)

Kouluista erottamisia tapahtui ajoittain. Osa erotetuista opiskelijoista teki valituksen lääkintöhallitukselle, mikä ei kuitenkaan koskaan perunut koulujen päätöksiä. Tapausten vuoksi lääkintöhallitus kehotti kouluja tekemään ratkaisunsa niin, että koulutuksen lopettaminen tapahtui näennäisesti opiskelijan omasta tahdosta. Toisaalta vapaaehtoisia keskeyttämisiiä tapahtui kohtalaisen paljon, minkä vuoksi lääkintöhallitus teki selvityksiä eroamisten taustoista. 1960-luvun alkupuolella keskimäärin seitsemän prosenttia sairaanhoitajaopiskelijoista keskeytti koulutuksen, kun vastaavasti yksi prosentti erotettiin. Suurin osa ilmoitti keskeyttämisen syyksi perhesyyt (72 %). Muita syitä olivat muun muassa huono koulumenestys ja terveysongelmat. (Sarkio 2007, 315, 318.)

Valmistuneiden sairaanhoitajien lukumäärä kolminkertaistui vuosien 1955–1970 välisenä aikana, kun sairaanhoitajakoulun uskottiin ratkeavan koulutuspaikkoja lisäämällä. Ennen vuotta 1964, sairaanhoitajakoulu oli tarkoitettu vain naisille. Tampereen II sairaanhoitajakoulu oli kuitenkin tehnyt poikkeuksen jo vuotta aiemmin hyväksymällä miespuolisia henkilöitä mielisairaanhoitajakoulutukseen. Suomen ensimmäiset miessairaanhoitajat valmistuivatkin juuri Tampereen II sairaanhoito-oppilaitoksesta vuonna 1965. (Sarkio 2007, 59, 336, 339.)

Sairaanhoitajajärjestöt säätelivät oppilaiden pukeutumista vielä 1970-luvulle asti. Lääkintöhallituksen mukaan valmistuneiden sairaanhoitajien sekä opiskelijoiden asuun kuului puku, esiliina, päähine, kengät sekä sukat. Asusteiden väristä, materiaalista, mallista ja käytöstä annettiin yksityiskohtaiset ohjeet. Epämukavan ja hiostavan päähineen käytöstä luovuttiin kouluissa vuonna 1965 ja muutaman vuoden päästä myös sairaanhoitajat saivat vapautuksen asusteen käytöstä. Määräysten mukaisen toiminnan valvonta kuului osastonhoitajalle ja ylihoitajalle. Ajoittain lääkintöhallitus joutui lähettämään noottikirjeitä kouluihin, kun pukeutumiskurin löysentymisestä kantautui huhuja virastoon. Opiskelijat pitivät pukeutumiskysymyksiä koskevaa keskustelua yllä. Huomion arvoista on, että opiskelijoiden ja valmiiden sairaanhoitajien puvut olivat erilaisia vielä 1960-luvun loppupuolelle asti – näin ainoastaan terveydenhuollon parissa. (Sarkio 2007, 330–334.)

### 3.6 Asuntolat

Sairaanhoitajakoulujen asuntoloissa vallitsi tarkat säännöt aina 1960-luvun alkupuolelle saakka. Tästä esimerkkinä Helsingin opistoasuntolan määräykset vuodelta 1961, joissa määriteltiin muun muassa tuuletusajoista, vuoteen petaamisesta sekä pölyjen pyyhkimisestä. Vieraita ei saanut viedä omaan huoneeseen vaan seurustelun tuli tapahtua juhlasalissa. Oppilaskoti- ja asuntolaväen tuli olla opettajien tiedossa ja kontrollissa, mikä näkyi oppilaiden kotiintuloaikojen määrittämisessä ja sukupuolimoraalin valvonnassa. Asuntolan tiloihin tehtiin ajoittain yllätystarkastuksia, mutta tästäkin huolimatta, yhteiskunnan liberalisoituessa sairaanhoitajaopiskelijoiden raskaudet olivat aika yleisiä. Tarkkailua ei kuitenkaan tapahtunut pelkästään työntekijöiden toimesta vaan oppilaat tarkkailivat myös toisiaan sekä opettajia – tulihan opettajien toimia esikuvina. Oppilaskotien johtajien tehtäviin kuului myös oppilaiden ohjaus terveisiin elämäntapoihin, mikä koostui levosta, liikunnasta ja raittiudesta. Oppilaiden oletettiin 1940–1960-luvuilla harjoittavat terveys- ja itsekasvatusta sekä

itsekuria, mistä syystä heidän tuli laatia itselleen muun muassa henkilökohtainen terveydenhoito-ohjelma. (Sarkio 2007, 303, 305, 322.)

Kaikilla sairaanhoitajakouluilla ei ollut taloudellista mahdollisuutta vuokrata asuntoja oppilaskodeiksi, eikä rakentaa niitä sairaaloiden tuntumaan. Oppilaskodit täytyi myös kalustaa ja niihin tuli palkata erilaista henkilökuntaa johtajasta siivousväkeen. Jos koululla ei ollut rahaa, oppilaskoteja ei perustettu. Toisaalta kouluilla oli myös erilaisia taustoja ja traditioita kasvatuksesta, mitkä vaikuttivat asuntoloiden hankkimishalukkuuteen. Monet opiskelijat alkoivat myös vastustaa asuntolapakkoa sotien jälkeen, mistä syystä osa opiskelijoista rikkoi tietoisesti sääntöjä. Usein tästä seurasi kuitenkin rangaistus, mikä näkyi esimerkiksi kotiintuloaikojen koventamisissa. Toisaalta toimilla ei saatu edelleenkään opiskelijoita kuriin vaan yllätetyt miesvieraat olivat yleinen näky. (Sarkio 2007, 306–307.)

Oppilaskotiasumispakon luopumisesta alettiin keskustelemaan vuonna 1953, jolloin tosin osa sairaanhoitajakouluista oli jo omavaltaisesti vähentänyt kontrollia. Vaikka yhteiskunnassa edettiin kohti asumispaikan-, -muodon ja kumppaninvalinnan vapautta, vielä vuonna 1959 tehtiin valtakunnallinen päätös oppilaiden valvonnasta: vähintään yhden henkilökunnasta piti asua asuntolassa. Oppilaat eivät kuitenkaan enää suostuneet koulujen pyrkimykseen, että koulut olisivat voineet määrätä heidän yksityiselämästä. (Sarkio 2007, 308–309.)

Vuonna 1964 lääkintöhallitus loi uuden ohjeistuksen kouluille. Tästä eteenpäin koulujen tuli järjestää asunto enää niille opiskelijoille, jotka muuttivat paikkakunnalle opintojen vuoksi ja siten tarvitsivat asuinpaikkaa. Ammattikasvatushallitus luokitteli vuonna 1968 opiskelija-asuntolat jopa epäsuotaviksi, koska ne vieraannuttivat opiskelijat elävästä elämästä ja estivät normaalin kanssakäynnin ihmisten kanssa. (Sarkio 2007, 309–310.) Samana vuonna säädettiin laki, jonka perusteella oppilailta alettiin perimään korvausta asumisesta ja aterioista, jotka ennen olivat olleet ilmaisia (Havanto 1989, 224, 226).



## 4 TAMPEREEN SAIRAANHOITO-OPISTO

Tampereen sairaanhoitajakoulun toiminta käynnistyi vuonna 1956, jolloin ensimmäiset 24 oppilasta aloittivat opintonsa valtion alaisessa koulussa. Opetustoiminta aloitettiin hyvin nopealla aikataululla: koulutuksen suunnittelutyö oli käynnistynyt vuoden alussa ja jo elokuussa ensimmäiset oppilaat aloittivat koulunkäynnin. Virallisesti oppilaitoksen avajaisia juhlittiin 5. syyskuuta. (Lahtinen 1986, 1-3.) Vuonna 1989 opiston nimi muutettiin Tampereen terveydenhuolto-oppilaitokseksi (Rasila 1992, 449).

Lääkintöhallitus nimesi tilapäisen sairaanhoitajakoulun johtokunnan, mikä kokoontui ensimmäisen kerran 9. helmikuuta. Koko vuoden aikana se kokoontui yhdeksän kertaa käsitellen erilaisia koulutukseen liittyviä asioita. Johtokunta oli edellä aikaansa, sillä se jo tuolloin haki muutoslupaa lääkintöhallitukselta sairaanhoitajakouluissa yleisesti käytössä olleen kalenterivuoden opetustoiminnan muuttamiseksi lukukausijärjestelmäksi. Vuonna 1964 lääkintöhallitus antoikin lukukausijärjestelmästä valtakunnalliset ohjeet. (Lahtinen 1986, 2-3.)

Tulevalle sairaanhoito-oppilaitokselle haluttiin alusta asti saada oma koulu- ja asuntolarakennus keskussairaalan läheisyydestä. Oman rakennuksen saaminen venyi, sillä rakentamiseen tarvittiin valtion rahoitus ja eduskunnassa käytiin useita vuosia kestänyt kamppailu opiston määrärahoista. Koulu toimi erilaisissa vuokratiloissa aina siihen asti, kunnes keskussairaala valmistui (1961) ja koulun tilat siirtyivät yleisen sairaalan entisiin tiloihin. Luonnospiirustukset omaa koulurakennusta varten oli hyväksytty jo vuonna 1962, mutta varsinaisiin rakennustöihin päästiin vasta tammikuussa 1966. Opistorakennus valmistui syyskuussa 1967, jolloin myös toiminta rakennuksessa pääsi alkuunsa. (Lahtinen 1986, 13; Rasila 1992, 449.) Loppuvuonna 1970 rakennus haluttiin ottaa väliaikaisesti lääkärikoulutuksen käyttöön silläkin uhalla, että sairaanhoito-opiston toiminta jouduttaisiin väliaikaisesti lakkauttamaan. Tapaus johti opetusministerin tekemään eduskuntakyselyyn ja samalla ammattikasvatushallitus oli suunnitelmaa vastaan. Lopulta suunnitelmasta luovuttiin. (Lahtinen 1986, 14.)

Uusien tilojen myötä opiston toiminta laajeni ja syntyi uusia koulutuslinjoja. Samalla koulutuksen nimi muuttui opistoksi ja yleinen harjoittelupaikka vaihtui Hatanpään sairaalasta Kaupissa

sijaitsevaan keskussairaalaan. Sairaanhoidajien erikoiskoulutus alkoi vuonna 1963, jolloin oppilailla oli mahdollisuus erikoistua leikkaussaliin tai psykiatriseen sairaanhoitoon. Tämän jälkeen alkoi myös esimerkiksi ylihoitaja-, lääkintävoimistelija- ja röntgenhoitajakurssit, jotka sidottiin kiinteästi opiston ohjelmaan. Vuonna 1967 sairaalan viereen valmistunut oma opistorakennus takasi sen, että opetusta voitiin yhä laajentaa aloittamalla esimerkiksi kätilö- ja terveydenhoitajakoulutus. Röntgenhoitajakoulutus oli vuosina 1972–1974 tauolla, kun ammattikasvatushallitus linjasi, että röntgenhoitajia valmistui liikaa. Vastaavasti kun Tampereen keskussairaala kärsi laboratoriohoitajapulasta 1970-luvun alkupuolella, koulutus käynnistyi opistossa vuonna 1974. Pitkään suunniteltu terveydenhuoltoalan kasvatustieteellinen ja hallinnollinen jatkokoulutus pääsi käyntiin oppilaitoksen jatko-opintojen jaostossa tammikuussa 1976. (Lahtinen 1986, 4-7; Rasila 1992, 449.)

Koulutustilojen muuttaessa Kaupin alueelle, oppilasmäärää voitiin kasvattaa. Oppilaiden sisäänottomäärät kasvoivat aina 1960-luvun loppuun saakka ja oppilaita alettiin ottamaan sisälle kahdesti vuodessa 1965 alkaen. (Lahtinen 1986, 4.) Sairaanhoido-opiston pääsyvaatimuksena oli keskikoulu, joskin vuoden 1965 jälkeen kaikki koulutukseen hyväksytyt olivat ylioppilastutkinnon suorittaneita (Rasila 1992, 449).

Vuonna 1963 vanhan yleissairaalan tiloissa aloitti toinen valtiollinen sairaanhoidajakoulu, nimeltään Tampereen II sairaanhoidajakoulu. Se jäi tiloihin, josta opisto muutti pois. Koulutuksen rinnalla toimi erillinen apuhoitajakurssi, mikä myöhemmin kuitenkin yhdistyi kouluun perushoitajakoulutuksena. 1960-luvun lopussa kouluun yhdistettiin Pitkänien sairaalan yhteydessä toiminut mielenterveyshoitajaopetus. Laajentumisen yhteydessä koulun nimi muuttui Pirkanmaan sairaanhoido-oppilaitokseksi. (Rasila 1992, 450.)

Koulutuksen käynnistyessä opettajia oli rehtorin lisäksi kolme. Toiminnan laajetessa myös opettajia saatiin lisää, mutta toimien tilapäisyys aiheutti epävarmuutta ja huolta opettajien parissa. Sairaanhoidaja- ja erikoiskoulutusjaoston opettajat pysyivät hyvin toimissaan ja virat saatiin hyvin täytetyksi. Muissa jaostoissa toimien täyttämässä oli ongelmia, sillä 1960- ja 1970-luvuilla erikoisalojen opettajia ei ollut vielä riittävästi. Vuonna 1976 aloitettu sairaanhoidon opettajan tutkintoon valmistava koulutus helpotti kuitenkin opettajatilannetta. Lahtisen mukaan monet opettajat

olivat ennen opetustoimeen siirtymistään työskennelleet erilaisissa valtakunnallisissa terveydenhuoltoalan koulutusta kehittävässä ja koulu-uudistusta käsittelevissä komiteoissa, työryhmissä ja toimikunnissa. Useat olivat myös osallistuneet alan oppikirjojen kirjoittamiseen. (Lahtinen 1986, 15–16.)

Terveydenhuoltoalan koulutus kuului vuoteen 1968 saakka lääkintöhallituksen alaisuuteen. Tämän jälkeen koulutus siirtyi opetusministeriön alaisuudessa toimivalle ammattikasvatushallitukselle. Aiemmin paikallisesta toiminnasta vastasi johtokunta rehtorin kanssa, mutta uudistuksen myötä osa johtokunnan hallinnollisista tehtävistä siirtyi rehtorille ja opettajakunnalle sekä keskusvirastolle. (Lahtinen 1986, 9.)

Sairaanhoitajaopiskelijat, tamperelaisia lukuun ottamatta, asuivat koulun vuokraamissa tiloissa eli oppilaskodeissa. Näistä oppilaskodeista vastasi oppilaskodin johtajatar, mutta myös osa opettajista vieraili asuntoloissa. Lahtisen mukaan opettajien vierailut eivät mitään ilmeisemmin liittyneet kuitenkaan kurinpidollisiin asioihin. Oppilasasuntoloita yritettiin haalia yhä kasvavassa määrin 1960-luvulla, sillä vuokra-asunnoista oli kova pula kyseisenä aikana. 1980-luvulla asumismahdollisuutta tarjottiin ensisijaisesti enää 2,5 vuotta opiskeleville ja heillekin vain ensimmäiseksi lukuvuodeksi. Majoituskapasiteetti oli laskenut, kun tiloja oli jouduttu ottamaan muun muassa opetustiloiksi. (Lahtinen 1986, 20.)

Opiskelijoille tarjottiin alusta alkaen maksuton terveydenhuolto, jolla nähtiin olevan myös kasvatuksellinen merkitys oman terveydenhoidon ja tartuntojen leviämisen ehkäisyn näkökulmasta. Vuosittain opiskelijat kävivät terveystarkastuksessa, johon sisältyi ryhti- ja jalkatarkastukset sekä sairastuneiden oppilaiden hoito. (Lahtinen 1986, 21.)

Oppilaskunta perustettiin jo opiston perustamisvuonna. Sen tehtäviin kuului kanssakäyminen opettajakunnan kanssa, kunnes toiminta laajeni esimerkiksi myyjäisten pitämiseen, tervetuliais- ja yleisöjuhlien järjestämiseen sekä kummiperhetoimintaan. Oppilaskunta osallistui sairaanhoitajaoppilaskuntien liiton virallisiin kokouksiin ja piti yhteyttä paikkakunnan muihin opiskelijajärjestöihin. Oppilaskunta myös hankki erilaisia välineitä, kuten kirjoituskoneen ja pianon

opistolle. Raamattu-piiri kokoontui vuoteen 1975 saakka oppilaskunnan puitteissa. (Lahtinen 1986, 21.)

Opisto järjesti erilaisia tilaisuuksia, tapahtumia sekä näyttelyitä. Tampereen sairaanhoito-opisto oli esimerkiksi useamman kerran mukana järjestämässä terveydenhuoltoalan valtakunnallisia tai alueellisia kokouksia sekä neuvotteluita. Valmistujaisjuhlia järjestettiin opiston alkuvaiheessa kerran vuodessa, myöhemmin useammin. Perustutkinnon suorittaneille järjestettyyn valmistujaistilaisuuteen kuului myös kirkossa pidettävä jumalanpalvelus. Loppuvuonna koko opiston väelle järjestettiin adventtihartaus. (Lahtinen 1986, 25.)

Opiskelijavalinnoissa käytettiin apuna alusta alkaen psykologisia soveltuvuuskokeita. Sairaanhoitajakoulun toiminnan alkaessa, puolet opiskelijoista oli keskikoulupohjaisia ja puolet ylioppilaita. Vasta 1960-luvun puolessa välissä ylioppilaspohjaisten hakijamäärä kasvoi niin paljon, että vain heitä voitiin valita. Kiintiöperiaate tuli mukaan vuonna 1979, kun terveydenhuoltoalan oppilaitokset liitettiin keskiasteen oppilaitosten yhteisvalintaan. (Lahtinen 1986, 18–19.)

Hakijamäärät kasvoivat voimakkaasti oppilaitoksen ensimmäisen 25 vuoden aikana. Lahtinen kirjoittaa, että kolmensadan opiskelijan rajapyykki saavutettiin lukuvuonna 1965–1966 ja lukuvuonna 1978–1979 opiskelijamäärä oli suurimmillaan: opiston kirjoilla oli 715 opiskelijaa, joista 349 oli suorittanut tutkinnon kyseisenä vuonna ja 308 aloitti koulutuksen. Valtaosa opistoon hakeneista oli naisia ja vasta vuonna 1971 sairaanhoito-opistossa aloitti ensimmäinen miesopiskelija. Oppilaitoksesta eronneiden määrä pysyi varsin vähäisenä ja Lahtisen mielestä terveydenhuoltoalan oppilaitoksissa tämä oli muutenkin vähäistä. (Lahtinen 1986, 19–20.) Viljo Rasila on tutkimuksessaan listannut oppilasmäärät taulukon 5 mukaan. Lahtisen lukuihin verrattuna, Rasilan oppilasmäärät ovat alhaisempia, mikä kuvastaa erilaista laskentatapaa. Rasila on voinut taulukoida pelkästään aloittaneiden tai vastaavasti suorittaneiden opiskelijamäärät. Taulukon mukaan 1970-luvun puolessa välissä oppilasmäärissä tapahtui kuitenkin notkahdus sekä sairaanhoito-opiston että Pirkanmaan sairaanhoito-oppilaitoksen opiskelijamäärissä.

TAULUKKO 5. Tampereen oppilasmäärät 1965, 1975 ja 1985

	1965	1975	1985
Sairaanhoito-opisto	249	198	416
Pirkanmaan sairaanhoito-oppilaitos	149	110	392
Apuhoitajakurssi	150	-	-

Lähde: Rasila 1992, 449.

## 5 YHTEENVETO

Tutkielmani yksi päämäärinä oli selvittää, mitä yhteiskunnallisia muutoksia Suomessa tapahtui tutkimusajankohtana. Toisen maailman sodan jälkeen koko Eurooppa oli myllerryksessä. Ihmiset janoivat rauhaa, mutta kylmän sodan jännitteet pitivät maailmaa otteessa. Suomi tasapainoili sekä ulko- että sisäpolitiikassa. Hallitus halusi pitää hyvät suhteet sekä länteen että Neuvostoliittoon, mutta samaan aikaan ilmassa leijaili kommunismin pelko kotimaan kentällä. Poliittisen epävarmuuden ohella suuret sotakorvaukset, siirtoväen asuttaminen ja pula esimerkiksi elintarvikkeista aiheuttivat yhteiskunnalle päänvaivaa sotavuosien jälkeen. Paradoksaalisesti näistä ongelmista johtuen Suomen teollisuus kasvoi nopeasti vaurastuttaen ja sitä kautta muuttaen koko yhteiskuntaa.

Maaseudun teollistuessa työvoimaa siirtyi kaupunkeihin. Palkkatöiden lisääntyminen ja kaupungistuminen olivat merkittäviä rakennemuutokseen vaikuttavia seikkoja. Asuminen kaupungissa oli ahtaampaa eikä suurelle perheelle ollut tilaa. Aviokäyttäytyminen muuttui avioeromäärien ja avoliittojen suosion kasvaessa. Muutos vaikutti myös lasten hankintaan, sillä suurten ikäluokkien syntymän jälkeen lasten lukumäärä per naista kohden alkoi laskemaan. Lasten määrään vaikutti myös ehkäisyvälineiden kehittyminen sekä uusi aborttilaki. Naiset olivat löytäneet paikkansa työelämässä sotavuosien jälkeen, minkä innostamana tasa-arvovaatimukset nousivat voimakkaasti esille. Nainen ei ollut enää vain kotiäiti vaan itsenäisiin päätöksiin ja miesten kanssa samantyyppisiin töihin kykenevä.

Tutkimusvuosien aikana ihmisten vapaa-aika ja sen merkitys kasvoivat. Koneet kevensivät työntekijöiden taakkaa ja eläkkeelle pääsy nostivat ihmisten hyvinvointia, terveyttä sekä elinikää. Yhteiskunnassa vallitsi optimismi paremmasta tulevaisuudesta. Taloudellinen kasvu aina 1980-luvulle saakka takasi yhteiskunnan jatkuvan kehityksen ja kasvun. Kotitalouksien vaurastumisen seurauksena syntyi kulutusyhteiskunta-ajattelu ja materian arvostuksen nousu. Samalla yhteisöllisyydestä siirryttiin yksilöllisyyteen, mikä näkyi esimerkiksi siinä, että omaisten antama hoito siirtyi 1960-luvulta alkaen enemmän ammatillisen koulutuksen saaneiden käsiin.

Sodan jälkeisestä nuorisosta kasvoi erihenkisen aiempiin sukupolviin verrattuna. Yhteiskunnassa, kuten myös muualla Euroopassa, tapahtui arvomuutos, jota voidaan kutsua niin sanotuksi

kulttuuriradikalismiksi. Tämä näkyi esimerkiksi kirjallisuudessa ja tiedotusvälineissä. Vallanjako asetettiin kyseenalaiseksi ja kritisoinnin kohteeksi joutuivat muun muassa uskonto, armeija ja poliittinen oikeisto. Radikalismihenkeä levitti erityisesti 1960-luvulla markkinoille tullut televisio, mitä kautta Suomeen välittyi ajantasaista tietoa esimerkiksi Itä-Euroopan poliittisen järjestelmän muutoshalukkuudesta. Nuorisosta kasvoi aiempaan koulutetumpaa ja yhteiskunnallisista asioista tietoisempia ihmisiä. Samalla heistä tuli aiempaa kansainvälisempiä. Tämä näkyi esimerkiksi maastamuuttona Ruotsiin ja koulujen kansainvälisten vaihtojen määrän nousuna. Lähtöä helpotti englannin kielen osaajien määrän kasvu.

Sotavuosien jälkeen valtion tehtäväkenttä laajeni perinteisestä hallinnon, maanpuolustuksen ja liikenneväylien kunnossapidosta hyvinvointiyhteiskunnan rakentamiseen. Keskeisiä asioita olivat työllisyyden hoito, terveydenhuolto, sosiaalisten uudistusten eteenpäin vieminen sekä koulutuksen kehittäminen. Tutkimusajankohtana Suomeen luotiin paljon uusia lakeja (ks. liite 1 terveydenhuoltoa koskevia lakeja) ja samalla yhteiskunnasta pyrittiin tekemään kansalaisille entistä tasa-arvoisempi paikka. Koulutus uudistuksen myötä koulutus oli kaikille ilmaista, terveydenhoitoa tarjottiin kaikille kansanterveyslain nojalla ja eläkelaki turvasi elämistä työuran jälkeen. Hyvinvointivaltion kehitys näkyi monella sektorilla huolenpituksena ”omista” ja hyvänä työllisyystilanteena.

Toinen tutkimuskysymykseni koski 1950–1980-lukujen sairaanhoitajakoulutusta ja siihen vaikuttaneita asioita. Koko Eurooppaa koetteli toisen maailman sodan jälkeen suuri pula terveydenhoitohenkilöistä aina 1980-luvulle asti. Suomessa tarve on määritellyt sairaaloiden ja sitä kautta sairaanhoitajakoulujen avaamisia, opiskelijamääriä sekä kouluissa tarjottavia koulutusaloja. Sotavuosien jälkeen Suomeen perustettiin useita sairaaloita johtaen sairaansijamäärien voimakkaaseen kasvuun. Tuberkuloosin hoidon parantuminen vähensi tuberkuloosisairaaloiden tarvetta, kunnes lopulta niitä ei tarvittu enää ollenkaan. Samaan aikaan mielisairaloita jouduttiin rakentamaan lisää.

Jatkuva työvoimapula kertoo siitä, ettei sairaanhoitajatyö ollut kovin hohdokasta. Alan palkkaus ja työajat eivät houkuttelleet, vaikka vakinaisia työsuhteita olisi ollut saatavilla. Tutkimusajankohtana työvoimatilannetta yritettiin parantaa kasvattamalla sairaanhoitajakoulujen aloituspaikkamääriä. Opiskelijat olivat pitkään ilmaista työvoimaa ja teorian tiedon sijaan opetus tapahtui

harjoittelupaikoissa. Lääkäreiden auktoriteettiasemaa ei kyseenalaistettu ennen kuin sairaanhoitajien ammatillisuus kuitenkin kasvoi ja oman alan merkitys ymmärrettiin uudella tavalla. Hoitotieteen kehityksen seurauksena teorian tiedon merkitys nousi: koulutusajattelussa siirryttiin oppipoikajärjestelmästä teoriaopetuksen suuntaan ja tausta-ajatukseksi syntyi jatkuva koulutus. Vaikka hoitotieteen merkitys kasvoi, lääketiede vaikutti sairaanhoitajakoulutuksen opetuksen sisältöön yhä 1980-luvulla.

Oppia saatiin alan uusista oppikirjoista ja kansainvälisistä lehdistä, vaikka vielä 1960-luvun puolessa välissä lääkintöhallitus pyrki vaikuttamaan tunneilla käytettävän opetusmateriaalin valintaan. Opettajien kaikkitietävä asema kyseenalaistettiin ja opiskelijoiden esittämästä kritiikistä tuli sallittua ympäriltä saatavan tietomäärän lisääntyessä. Oppilaiden kielitaidon parantuessa myös ulkomaisten julkaisujen lukeminen helpottui, joskin samaan aikaan niiden kääntäminen suomen kielelle kasvoi. Kansainvälisyys nousi osaksi kansalaisyhteiskunnasta kun esimerkiksi kansainväliset vaihdot ja terveydenhoitoa koskevat kansainväliset seminaarit lisääntyivät.

Hyvän opettajan ja opiskelijan kriteerit alkoivat pirstaloitumaan ja kutsumusala-ajattelusta siirryttiin oikeaan asenteeseen ja asiantuntijuuteen. Nuorison radikalisoituminen heijastui myös sairaanhoitajakouluissa kun esimerkiksi oppilaskotien sääntöjä rikottiin ja lääkintöhallituksen naimattomuustoiveet jätettiin huomiotta. Yhteiskunnan tasa-arvoistuminen näkyi siinä, että miehet saivat 1960-luvun Suomessa hakea myös opiskelemaan sairaanhoitajiksi. Yhteiskunnan liberalisoituminen salli miesten ja naisten vapaamman kanssakäymisen, mikä heijastui myös opiskelijoiden asuntola-asumispakosta luopumiseen. Toisaalta asuntolapaikkoja myös vähennettiin taloudellisten ja tilojen puutteen vuoksi.

Tutkimusajankohtana koulutuksen kesto vaihteli 2,5 vuodesta 3 vuoteen. Koulut siirtyivät lukukausijärjestelmään ja yhtenäinen opetusohjelma julkaistiin vuonna 1964. Opetus alkoi maallistumaan 1960-luvulta lähtien ja sairaanhoitajakouluissa pidettyjen teoriatuntien sisältö laajeni. Vuodesta 1957 lähtien opiskelija sai valita erikoistumisalansa, jotka määräytyivät lääketieteen erikoisalojen mukaisesti. Keskkoulusta tuli vuonna 1967 pohjakouluvaatimus Helsinkiä lukuun ottamatta. Ylioppilastutkinnon suorittaneiden määrän kasvaessa sisään otettujen



pohjakoulutusvaatimus tiukkeni. Vuonna 1987 tehty keski-asteen koulu-uudistus takasi sen, että ammatillinen koulutus nousi lukiokoulutuksen rinnalle.

Sairaanhoitajakoulutuksen valtakunnallinen tavoite (1957) oli vastata maan laadulliseen ja määrälliseen tarpeeseen. Sairaanhoitajien tehtäväksi nähtiin potilaiden laaja-alainen hyvinvointityö sekä yhteiskunnallinen terveydenhoidollinen valistus. Potilaan kokonaisvaltaisesta hoito ja hoitotyön merkitys kasvoivat ja erityisesti vuoden 1972 kansanterveyslaki varmisti sen, että mukaan tuli ennaltaehkäisevä näkökulma. Sairauskeskeisestä näkökulmasta siirryttiin kohti terveyttä painottavaa ajattelua 1980-lukua kohden mentäessä. Sairaanhoitokoulutukseen vaikuttaneita yhteiskunnallisia muutoksia sekä koulutuksessa tapahtuneita painotuksia vuosien 1956–1987 väliseltä ajalta olen koonnut liitteeseen 2.

Tarkastellessani tutkielman kolmatta näkökulmaa, eli miten mahdolliset muutokset vaikuttivat Tampereen sairaanhoitaja-opistoon, huomasin kuinka voimakkaasti Tampereen keskussairaalan työvoimatarve ja lääketieteen erikoisalajat ovat vaikuttaneet koulutuksen sisältöön. Keskussairaala otti vuosien aikana runsaasti opiskelijoita harjoitteluun, mikä on varmasti luonut molemminpuolisen hyötysuhteen. Liitteeseen numero kolme olen listannut Tampereen sairaanhoito-opiston koulutusaloja vuoteen 1976 saakka. Koulutusalat kuvastavat lääketieteen ja teknologian kehitystä, mutta myös yhteiskunnallista muutosta kun esimerkiksi terveydenhoitotyö on tullut omaksi koulutusosalaksi 1970-luvulla.

Opiston synty linkittyy 1950-luvun yhteiskunnan noususuhdanteeseen sekä uusien sairaaloiden tarpeeseen. Opisto perustettiin hyvin nopealla aikataululla ja sen toiminta aloitettiin pienellä henkilökuntamäärällä. Oppilasmäärien kasvu kuvastaa sekä yhteiskunnan työvoimatarvetta että opiston kasvanutta vetovoimaisuutta. Miehet saivat hakea koulutukseen yhteiskunnan liberalisoituessa samalla kun opiston vaikutusmahdollisuudet opiskelijoiden henkilökohtaiseen elämään vähenivät. Yhteiskunnan koulutuspoliittiset uudistukset vaikuttivat myös Tampereen sairaanhoito-opiston toimintaan ja koulutuksen sisältöön. Esimerkiksi vuoden 1987 keskiasteen uudistusten myötä yleisaineiden määrä lisääntyi. Tutkimusajankohtana päätoimisten tuntiopettajien määrä nousi ja opetuskentät laajenivat.

Tampereen sairaanhoito-opisto joutui pitkään odottamaan omaa koulu- ja asuntolarakennusta. Opiston määrärahoista sekä koulutustiloista käytiin kädenväntöä eduskunnassa saakka. Asumismahdollisuuden tarjoaminen koulun kautta oli haastavaa kaupungin silloisen asuntopulan vuoksi. Myöhemmin asuntola-asumista tarjottiin vain ulkopaikkakuntalaisille. Sairaanhoito-opisto oli edelläkävijä muun muassa lukukausijärjestelmän sekä opistossa järjestettyjen terveydenhuoltoa koskevien tapahtumien ja seminaarien kautta. Opisto oli 1950–1980-luvuilla aktiivinen koulu, jossa myös oppilaskunnalla oli aktiivinen rooli.

## LÄHTEET

### Kirjallisuus

- Hannikainen, M. 2008. Lapionvarresta näyttöpäätteelle. Teoksessa *Suomalaisen arjen historia. Hyvinvoinnin Suomi*. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Havanto, A-M. 1989. Helsingin sairaanhoito-opiston vaiheita sata vuotta. Mänttä: Mäntän kirjapaino Oy.
- Huhtela, P. 2009. Sairaanhoitajien koulutuksen suunnittelu ja toteutus Suomessa vuosina 1945-1957. Oulu: Oulu University Press.
- Helén, I. 2008. Seksuaalinen arki. Teoksessa: *Suomalaisen arjen historia. Hyvinvoinnin Suomi*. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Heliö, S.-L. 1986. Terveyttä kaikille vuoteen 2000 –ohjelman asettamat haasteet. Teoksessa Martikainen, T. & Manninen, K. (toim.) *Hoitotyö ja koulutus*. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Kaarninen, P. & Kiuasmaa, K. 1988. Tampereen keskussairaalan historia 1962–1987. Mänttä. Mäntän Kirjapaino Oy.
- Kangas, R. 2006. Yhteiskunta: Tutkielmia yhteiskunnasta, yhteiskunnan käsitteestä ja sosiologiasta. Tutkijaliiton julkaisu 101: Paradeigma-sarja. Tampere: Juvenes Print.
- Kauppinen, E. 1964. Sairaanhoitajat ammattiryhmänä. Sairaanhoidon vuosikirja III. Helsinki: Sairaanhoitajien koulutussäätiö.
- Kuikka, M. 1993. Suomalaisen koulutuksen vaiheet. Keuruu: Otava.
- Krause, K. & Salo, S. 1992. Teoreettinen hoitotyö. Hoitotyön tietoperustasta, tutkimuksesta ja käytännöstä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Lahtinen, H. 1986. Katsaus Tampereen sairaanhoito-opiston toimintaan vuosina 1956–1981. Tampere: Tampereen sairaanhoito-opisto.
- Lämsä, A. 1986. Oppilaitos kasvuyhteisönä. Teoksessa Martikainen, T. & Manninen, K. (toim.) *Hoitotyö ja koulutus*. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.
- Martikainen, T. & Manninen, K. 1986. Yhteiskunnallinen muutos ja hoitoajattelu. Teoksessa Martikainen, T. & Manninen, K. (toim.) *Hoitotyö ja koulutus*. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.
- Meinander, H. 2014. Suomen historia. Linjat, rakenteet, käännekohtat. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Nederström, L. 1986. Yhteistyön tarve ja muodot koulutuksen suunnittelussa. Teoksessa Martikainen, T. & Manninen, K. (toim.) *Hoitotyö ja koulutus*. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.
- Nevala, A. 2008. Koulutuskumouksen kolme vaihetta. Teoksessa *Suomalaisen arjen historia. Hyvinvoinnin Suomi*. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Parviainen, T., Mölsä, A., Karpov, I. & Kehä, H. 1992. Johdonmukainen terveen- ja sairaanhoito. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Rasila, V. 1992. Tampereen historia IV. Tampere: Tammer-Paino Oy.

- Sarkio, M. 2007. Sairaanhoidajaksi kasvattaminen: sairaanhoidajakoulutus ja siinä käytetyt oppikirjat Suomessa vuoteen 1967 asti. Helsinki: Yliopistopaino. Väitöskirja.
- Sorvettula, M. 1998. Johdatus suomalaisen hoitotyön historiaan. Suomen sairaanhoidajaliitto ry, Jyväskylä: Gummerus.
- Suvanto, P. (toim.) 1977. Yleisen historian lähteet ja niiden käyttö. Helsinki: Gaudeamus Ab.
- Sygeplejeråd, D. 1992. Terveysthuollon historia. Osa I: sairaanhoidon kehitys ja kulttuurihistoriallinen tausta. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Tuomi, J. 1997. Suomalainen hoitotiedekeskustelu. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House.
- Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Vahtola, J. 2004. Suomen historia. Jääkaudesta Euroopan unioniin. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Vauhkonen, O. & Bäckman, G. 1973. Sairaala suomalaisessa yhteiskunnassa. Porvoo: Werner Söderström osakeyhtiön kirjapaino.
- Vauhkonen, O. 1992. Terveysthuollon historia. Osa II: Yleiskatsaus Suomen lääkintälaitoksen ja terveysthuollon kehitysvaiheisiin 1600-luvulta 1970-luvulle. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Vauhkonen, O. 1973. Sairaala suomalaisessa yhteiskunnassa. Porvoo: Werner Söderström Osakeyhtiön kirjapaino.

### Internet-lähteet

- Ihatsu, S. 2014. Terveysttä kaikille – terveystkeskukset 1970-luvulta 1990-luvulle. CasaCo Studio Oy. Luettu 22.4.2016. [www.nba.fi/fi/File/2571/terveystkeskukset-1970-luvulta-1990-luvulle.pdf](http://www.nba.fi/fi/File/2571/terveystkeskukset-1970-luvulta-1990-luvulle.pdf)
- Laukia, J. 2013. Tavoitteena sivistynyt kansalainen ja työntekijä. Ammattikoulu Suomessa 1899–1987. Helsingin yliopisto, humanistinen tiedekunta. Väitöskirja. Luettu 27.4.2016. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/41667/tavoitte.pdf?sequence=1>
- Lämsä, A. 2013. Terveysthoitajakoulutuksen juuret ja siivet Oulun koulussa. Julkaisussa: Yhdessä mukana muutoksessa. ePooki 9/2013 – Oulun seudun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehittämistyon julkaisu. Luettu 22.4.2016. [www.oamk.fi/epooki/files/2813/.../Lea-Rissasen\\_juhlakirja\\_101013.pdf](http://www.oamk.fi/epooki/files/2813/.../Lea-Rissasen_juhlakirja_101013.pdf)
- Repo, P.; Tankkala, J. & Tevilin, T. 2014. Sairaanhoidajaoppilaan elämää Tukholmankadulla 1950-70-luvuilla. Metropolia ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Luettu 23.6.2016. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/82806/Tankkala\\_Tevilin\\_Repo.pdf](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/82806/Tankkala_Tevilin_Repo.pdf)
- Teperi, J. & Vuorenkoski, L. 2005. Terveyst ja terveysthuolto Suomessa toisen maailmansodan jälkeen. Julkaisussa: Suomalaisen terveyst. Duodecim Terveystkirjasto. Luettu 22.4.2016. [http://www.terveystkirjasto.fi/terveystkirjasto/tk.koti.?p\\_artikkeli=suo00005](http://www.terveystkirjasto.fi/terveystkirjasto/tk.koti.?p_artikkeli=suo00005)

## LIITTEET

### Liite 1. Terveydenhuoltoa koskevia lakeja

Lähteet: Vauhkonen 1992, 253–286; Rasila 1992, 405.

1920 Laki kätilöiden asettaminen maalaiskuntiin ja valtionapu heidän palkkaukseen

1920 Laki isorokon rokotusvelvollisuudesta

1925 Laki lääkärintoimen harjoittamisesta

1926 Laki kätilöopetuksesta (-> opetuksen eriyttäminen omaan laitokseen: kätilöopistoon)

1927 Apteekkilaki (voimaan 1929)

1927 Terveydenhoitolaki (voimaan 1928)

1929 Laki sairaanhoitajien kouluttamisesta (voimaan 1930)

1930 Laki valtionavusta tuberkuloosihoidolaitoksille ja mielisairaaloille

1937 Mielisairaslaki

1938 Yksityisiä sairaanhoitolaitoksia koskeva laki (-> lääkintöhallituksen valvonta koskemaan koko terveydenhuollon kenttää)

1939 Sukupuolitautilaki (voimaan 1942)

1939 Yleinen lääkärinhoito (-> virkalääkärijärjestelmän yhtenäistyminen) (voimaan 1942)

1943 Keskussairaалalaki (suursairaalat jaettiin erikoisaloihin, alueellinen tasa-arvoistaminen) (voimaan sodan jälkeen)

1944 Laki kunnallisesti kansanterveystyöstä (sis. lait kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista, terveyssisarista ja kätilöistä)

1945 Pitalitautilaki

1946 Invalidilaki

1947 Tuberkuloosilaki

1948 Mielisairaslaki

1948 Keskussairaалalain uudistaminen (-> mm. pysyviä kulkutautisairaansijoja)

1950 Laki keskussairaалoiden rakentamisesta

1950 Laki raskaudenkeskeytyksistä (-> rajoitettua)

1950 Laki kastroinnista ja steriloinnista

1951 Yleinen lääkärinhoito

1951 Aluesairaaloiden ja sairausmajojen lakkautus (-> laitoksen kuntien hallintaan)

1951 Finanssitasauslaki (-> koski kaatumatautisten ja reumatautisten hoitolaitosten valtionapua)

1951 Rokotuslaki

1952 Kansakoulujen lääkärintoimi

1952 Sukupuolitalaki (-> kuntien vastuulle)

1952 Mielisairaslaki

1953 Laki lääketieteellisistä ruumiinavauksista

1956 Kansakoulujen hammaslääkäritoimi

1956 Sairaalalaki (-> vuoden -48 keskussairaalalain sairaalaorganisaatio purettiin, sairaaloiden omistus kuntainliitolle)

1957 Laki valtionkorvauksesta koskien hengityshalvauspotilaiden hoitoa

1960 Tuberkuloosilaki (-> hoito ilmaiseksi)

1964 Laki yksityisistä sairaanhoito- ja tutkimuslaitoksista

1964 Laki kunnallisista yleissairaaloista (-> keskussairaaloiden ohella alue- ja paikallissairaalat vuoden -56 sairaalalain piiriin)

1965 Terveystarkastuslaki (-> läänin terveystarkastaja, tartuntatautien jako)

1967 Laki tuberkuloosin vastustamistyön edistämisestä

1970 Laki raskaudenkeskeytyksistä

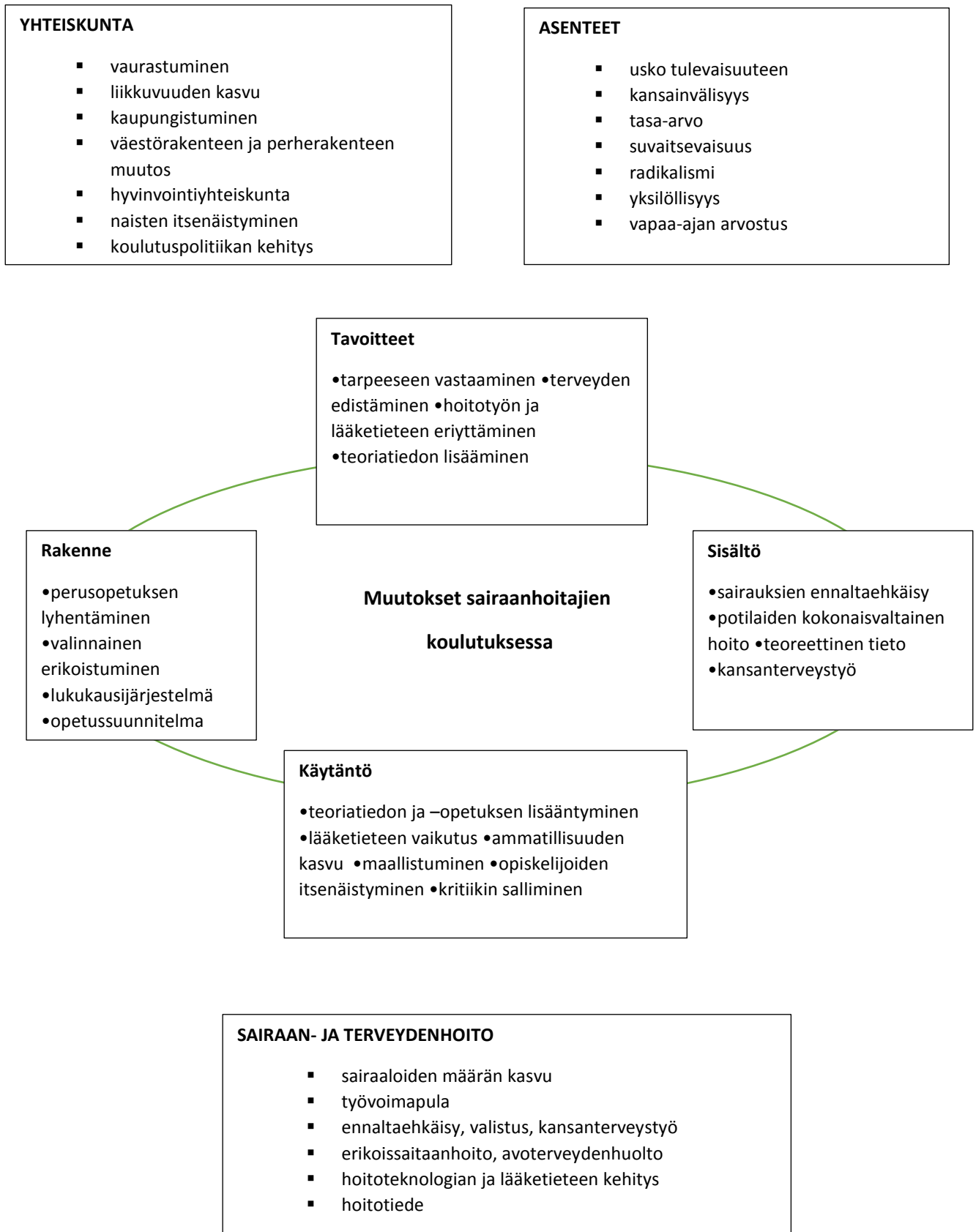
1970 Laki kastroinnista ja steriloinnista

1972 Kansanterveyslaki

1973 Laki kuolemansyyn selvittämisestä

1978 Mielisairaslaki (-> mielenterveystyö tiiviimmin osaksi kansanterveystyötä)

## Liite 2. Sairaanhoidajakoulutukseen vaikuttaneita yhteiskunnallisia muutoksia 1956–1987



## Liite 3. Tampereen sairaanhoito-opiston koulutusalat

Lähde: Lahtinen 1986.

Koulutuksen laajeneminen	Aloitusvuosi Tampereella	Muut huomiot
Sairaanhoitajakoulutus	1956	
Leikkausosasto	1963	
Psykiatrinen sairaanhoito	1963	
Kirurginen erikoiskoulutus	1964	Lisäaineiksi silmätautien, sisätautien, geriatrinen ja lastensairaanhoito
Täydennyskoulutus ylihoitajille / röntgenhoitajille / terveydenhoitajille / sairaanhoitajille	1965	Koulutukset kestoaltaan 2-7 viikkoa. Ei järjestetty joka vuosi. Kohderyhmä vaihteli.
Röntgenhoitaja	1966	Tauolla 1972–1974 ammattikasvatuslinjan määräyksestä
Lääkintävoimistelijakoulutus	1966	Hallinnollinen yhdistäminen Tampereen sairaanhoito-opiston yhteyteen
Kättilöiden sairaanhoitajakoulutus	1972	1972–1974
Laboratoriohoitajakoulutus	1974	Taustalla laboratoriohoitajapula Tampereen keskussairaalaassa
Terveydenhoito	1975	
Kättilötyö	1975	
Lääkintävoimistelijoiden fysioterapiakoulutus	1975	Taustalla lääkintävoimistelijoiden opettajapula. Pääaineena ortopedinen ja traumatologinen fysioterapia. Tutkintonimike: erikoislääkintävoimistelijan tutkinto
Kasvatustieteellinen ja hallinnollinen jatkokoulutus	1976	