TAMPEREEN YLIOPISTO

Maarit Kallio

TILAA HULLUUDELLE

Pitkäniemen keskusmielisairaalan arkkitehtoninen muotoutuminen 1800-luvun lopulta 1910-luvulle

Suomen historian pro gradu -tutkielma

Tampere 2007

Tampereen yliopisto

Historiatieteen laitos

KALLIO MAARIT: Tilaa hulluudelle. Pitkäniemen keskusmielisairaalan arkkitehtoninen muotoutuminen 1800-luvun lopulta 1910-luvulle.

Pro gradu -tutkielma, 119 s.

Suomen historia

Lokakuu 2007

Valtiojohtoiset keskuslaitokset olivat osa yhteiskunnan uudelleenjärjestäytymistä 1800-luvun lopun Suomessa. Laitosten rakentaminen oli sivistyskysymys ja osa yhteiskunnan modernisointia, jolle etsittiin mallia Keski-Euroopasta. Modernissa laitoksessa toteutettu hoito perustui moderniin psykiatriaan ja vanhat huollon muodot miellettiin takapajuisiksi ja julmiksi. Kyläyhteisön sijaan hourusta huolehtiminen ajateltiin valtion velvollisuudeksi, sillä vain valtion johdolla mielisairaanhoito ajateltiin saavan aikansa vaatimuksia vastaavaksi. Tässä tutkielmassa käsitellään mielisairaalaorganisaation muotoutumista rakennustutkimuksen näkökulmasta. Tutkimukseni varsinainen kohde on Pitkäniemen valtiollinen keskuslaitos, jota alettiin suunnitella 1800-luvun lopulla. Työssä perehdyn Pitkäniemen suunnitteluun, toteutukseen ja laitoksen toiminnan ensimmäisiin vuosikymmeniin. Rakennettua tilaa koskevan analyysin välityksellä olen tulkinnut myös sitä kulttuuria, jossa moderni keskuslaitos rakennettiin ja aloitti toimintansa.

Rakentaminen on kulttuurista toimintaa, jossa ihminen rajaa tilaa toiminnoilleen. Rakennetun tilan kulttuurisen ja sosiaalisen luonteen välityksellä voi tulkita yhteiskunnassa vallitsevia normeja, ajattelutapoja ja merkitysjärjestelmiä. Rakennustutkimus mahdollistaa sosiaalisen todellisuuden tutkimuksen arkkitehtuurin konkretisoivasta näkökulmasta. Mielisairaala-arkkitehtuuri heijastaa paitsi hoitoideologiaan liittyviä oletuksia myös koko yhteiskuntaan liittyviä perustavanlaatuisia jakoja. Työssäni tarkkailen keskuslaitosta ensinnäkin suhteessa kaupunkiin ja muuhun ympäristöönsä, toiseksi pohdin laitokseen kuuluvien rakennusten keskinäisiä suhteita ja lopulta analysoin sisätilan antamaa kehystä laitoksen elämälle. Tarkkailen mielisairaalaa sosiaalisten suhteiden ja vallan verkostona. Analyysini on saanut vaikutteita foucault'laisesta tutkimustraditiosta, jossa modernisoitumista lähestytään vallankäytön mekanismeina ja yksilöiden identiteettien rakentamisena.

Keskeinen tutkimustani avaava lähdeaineisto on arkkitehtipiirustukset, joiden avulla selvitin, miten sairaalan sosiaalinen toiminta jaettiin tiloihin. Tarkoitukseni on kuitenkin välttää arkkitehtuurin determinismiä ja pikemminkin tulkita tilan jakoon liittyviä oletuksia. Laitos oli yhteiskunnallisesti uutta arkkitehtuuria, joka etsi vuosisadan vaihteessa muotoaan. Valtiojohtoisena mielisairaiden hoitoon keskittyvänä laitoksena rakennuskompleksi edusti yhteiskunnan uudelleenjakautumista. Pitkäniemi toteutettiin paviljonkiarkkitehtuurin mukaan, jossa laitos jaettiin pohjakaavoiltaan poikkeaviin potilaspaviljonkeihin, jotka muodostivat laitoksen osastot. Paviljonkijärjestelmä perustui ajatukseen pakkokeinoista vapaasta hoidosta ja suhtautumisesta hoidokkeihin yksilöinä.

Keskuslaitoksen arkkitehtuurin kautta välittyi moniulotteinen kuva yhteiskunnan modernisoitumisen perusteista. Pitkäniemen suunnittelua ohjasivat psykiatriset ajatusmuodot ja valtiollinen väestöpolitiikka. Laitoksen rakentamisen keskiössä oli mielisairaan uudistuva määrittely näistä kahdesta näkökulmasta. Modernin laitoksen tunnuspiirre oli epämääräisen vaivaisten massan luokittelu ryhmiin. Keskuslaitokset erillisenä tilana kaupungin ja muun asutuksen ulkopuolella oli osoitus väes-

tön jakamisesta selvemmin tuottavaan ja tuottamattomaan osaan. Hourut omana ryhmänään erotettiin muiden vaivaisten joukosta erilliseen laitokseen, jossa heidät jaettiin ensisijassa sukupuolen, sitten säädyn ja lopulta sairauden oireiden perusteella. Pitkäniemen paviljonkijako, jolla eroteltiin erilaiset potilasainekset taudinkuvansa mukaan, edusti psykiatrian tieteellistä luokittelua. Laitos toteutti psykiatrian diagnostista jakoa, jonka muuttuessa laitoksen tilassa tehtiin hoitoa ajanmukaistaessa radikaalejakin muutoksia. Tilassa toteutetut muutokset heijastivat muutoksia siinä, miten psykiatrinen sairaus ja psykiatrisesti sairaat ryhmänä käsitettiin.

Pitkäniemen suunnittelua ohjasi ajatus sairastuneiden parantamisesta tervehdyttävässä parantolamaisessa ympäristössä jälleen työkykyisiksi ja yhteiskuntakelpoisiksi. Lääketieteelliseksi miellettyyn suunnitteluun vaikuttivat olennaisesti myös johtavan luokan ihanteet oikeanlaisesta tavasta elää. Laitoksen silmiinpistävin jako oli potilaiden sukupuolinen erottelu jakamalla niemi kahteen puoleen. Pakkokeinoista vapaa ja yksilölliset ominaisuudet huomioiva hoitotapa tähtäsi vaikuttamiseen hoidokkiin yksilönä. Potilaat erottava arkkitehtuuri mahdollisti yksilöiden valvomisen ja ohjaamisen. Siistissä ympäristössä, oikeanlaisen ohjaamisen ja ojentamisen avulla sairastuneen ajateltiin elpyvän henkisesti ja ruumiillisesti. Laitoksessa potilasta ajateltiin voivan ohjata oikeaan suuntaan, jolloin mielisairauteen johtaneet syyt, kuten onania, juopottelu tai kuljeskeleva elämäntyyli, saatiin kitkettyä yksilön elämäntavasta. Laitoshoidon volyymi kasvoi koko 1900-luvun alun ja vakiintui viimeistään 1920-luvun kuluessa. Mielisairaalasta osana modernien laitosten kompleksia muodostui vähitellen yksi tärkeimmistä yhteiskunnallisista instrumenteista, jonka tehtävä muotoutui yhä uudelleen mielisairauden käsittämisen muuttuessa.

SISÄLLYSLUETTELO

JOHDANTO **1**

RAKENNETTU TILA 2
ARKKITEHTUURIA MARGINAALIRYHMÄLLE 4
HULLU JA MODERNI LAITOS 7

PARANTOLA MIELISAIRAILLE – LAITOSALUE **11**

MIELISAIRAANHOIDON ORGANISOITUMINEN SUOMESSA 11
ARKKITEHTUURI JA HOITOIDEOLOGA 14
LAITOSALUEEKSI ”LUONNONIHANA” MAALAISYMPÄRISTÖ 16
SOSIAALISTEN SUHTEIDEN VERKOSTO 21

SUUNNITELTU TILA **31**

PAVILJONGIT JAKAVAT POTILAAT 31
Potilaan saapuminen laitokseen 32
Parannusosastolla kansalaiskelpoiseksi 33
Hoito-osasto kroonikoille 46
Hoitajat ja hoitajattaret 48
Terveys ja hygienia 51
Säätyläistön ja rahvaan hullut 54
HALLINTOLA 58
Saarnaaja modernissa laitoksessa 59
Lääkärit ja modernin professio 62
YLILÄÄKÄRIN LINNA 64
OMAVARAISEN LAITOKSEN TALOUSRAKENNUKSET 69

ELETTY TILA **76**

HOITO-OSASTON LAAJENNUSSUUNNITELMAT 76
Suljettuja ja avoimia osastoja 79
Lääkäreiden talot ja virkamiesten huoneistot 81
YKSITYISHUONEISTA MAKUUSALEIHIN 84
Piirimielisairaaloiden rakentaminen alkaa 87
Makuutus- ja kylpyhoidot 90
MIELISAIRAAN MUUTTUVA MUOTOKUVA 97
Mielisairaus perimässä 97
Hoitajat ammatillistuvat 101
Perhehoitoa laitoksessa 102

TILAA VALTIOLLISELLE VÄESTÖPOLITIIKALLE **106**

LÄHTEET JA TUTKIMUSKIRJALLISUUS 114

Johdanto

Perinteisessä maalaisyhteisössä hulluuden ajateltiin olevan rangaistus omista tai vanhempien teoista, yksilöllinen tragedia tai varoittava esimerkki muille yhteisön jäsenille. Mielisairaan elämään ei erikoisesti puututtu, jos hän jollakin tavalla ansaitsi elantonsa. Ennen mielisairaaloiden eriytymistä omaksi laitoskokonaisuudekseen suurin osa vakavasti mielisairaista eli kotihoidossa kahleisiin sidottuina. Mielisairaan asema huollon näkökulmasta oli samanlainen kuin muillakin vaivaishuollon piiriin kuuluvilla: heitä ei ollut tarve eritellä omaksi ryhmäkseen. Jos omaiset eivät pystyneet huolehtimaan sairastuneesta, saattoi hän päästä vaivaistalon selliosastolle, ruotuun kulkemaan talosta taloon tai elätehoitoon. Tarve keskusmielisairaaloille johtui hulluuden merkitysmuutoksesta, joka liittyi 1800-luvun lopun taloudellisiin, poliittisiin ja yhteiskunnallisiin muutoksiin.[1]

Valtiollista mielisairaalaa tarvittiin toteuttamaan valvonta- ja kontrollointitehtävää laillisen suojelun järjestelmän purkamisen jälkeen. Sen tehtävänä oli hoitaa tuottavaan työhön kykenemättömiä henkilöitä, jotka eivät kyenneet huolehtimaan toimeentulostaan. Mielisairaalaorganisaation rakentaminen edellytti hulluuden erittelyä sairaudeksi. Yhteiskunnallinen vastuu mielisairaiden hoidosta ja parantamisesta siirtyi yhteisöltä tieteellisen psykiatrian edustajille. Samalla tieteellisen psykiatrian synty edesauttoi laitostuneen mielisairaanhoitojärjestelmän vakiintumista. Uudenlaiseen laitosarkkitehtuuriin siirtyminen heijasteli valtakunnan liberalisoitumispyrkimyksiä sekä yhteiskunnan uudelleen organisoitumista. Michel Foucault'n mukaan kyseessä oli yhteiskunnallinen prosessi, jossa modernien laitosten ohella koko yhteiskuntaan vähitellen sisäänrakennettiin kuri-, tarkkailu-, erottelu- ja luokittelumekanismi.[2]

Varhaisten mielisairaaloiden arkkitehtuurille otettiin malli vankilarakennuksista. Suomen ensimmäiseen, vuonna 1841 käyttöönotettuun Lapinlahden sairaalaan rakennettiin sellijärjestelmä. 1800-luvun loppupuolella mielisairaiksi diagnosoitujen määrä kasvoi tasaisesti ja potilaspaikkojen lisääminen koettiin välttämättömäksi. Uudet keskuslaitokset valmistuivat Kuopion Niuvanniemeen vuonna 1885 ja Tampereelle Pitkäniemeen vuonna 1900.[3] Niiden suunnittelussa ja rakentamisessa korvattiin kasarmimainen sellijärjestelmä paviljonkiarkkitehtuurilla, jossa laitos jaettiin osastoista koostuviin erillisiin, usein H-kirjaimen muotoisiin paviljonkeihin, joita ympäröivät suuret, suunni-

[1] Achté 1991, 21; Nygård 1998, 16–17.
[2] Onnela 1992, 33; Salo 1991, 167.
[3] Kaarninen & Kaarninen 1990, 7–12; Salo 1991, 65.

tellut puistot.[4] Mielisairaala-arkkitehtuurin muotoutuminen, suunnittelu ja laitosten korjaustyöt ovat erottamattomasti sidoksissa psykiatrian historiaan. Rakennukset, niiden suunnittelu ja myöhemmät korjaukset heijastivat paitsi aikansa käsityksiä psykiatristen sairauksien ja potilaiden olemuksesta niin myös yhteiskuntansa normeista ja ihanteista – modernin ihmiskuvan muotoutumisesta.

Rakennettu tila

Arkkitehtuuri on tapa jäsentää tilaa ja samalla sitä, mitä tilassa tapahtuu. Tilanjaolla määritellään normaalia ja oikeanlaista tapaa elää. Se antaa puitteet tilassa tapahtuvalle sosiaaliselle toiminnalle. Rakennukset heijastavat rakentajiensa maailmankuvaa ja kulttuurisia arvoja. Ne viestivät yhteisön sopivaksi katsotusta käyttäytymisestä samalla, kun niihin liitetyt merkitykset, tilanjaot ja esteet ohjaavat käyttäytymään vallitsevien normien mukaisesti. Rakennettu tila ylläpitää yhteisöllistä ideologiaa ja järjestystä. Koska tila on sosiaalista, vallan käsitettä ei voi ohittaa. Tilan järjestyksellä on merkitystä siinä elävän ihmisen ruumiiseen ja mentaliteettiin, asenteisiin ja toimintatapoihin. Tilajärjestelyt eivät sinällään määrää tilan käyttäjiä tiettyihin rooleihin, mutta ne vahvistavat erilaisten ihmisten välisiin suhteisiin liitettyjä kulttuurisia konventioita ja sosiaalisia normeja. Arkkitehtuuri muodostaa lähtökohdan tilan tuottamiselle, se kehottaa, sallii, vaikeuttaa ja estää.[5]

Tutkimukseni näkökulma viittaa ranskalaisen filosofin Michel Foucault'n ajatukseen vallan monivivahteisesta läsnäolosta modernin ihmisen arkipäivässä. Aiemmin näkyvä ja henkilöitynyt valta on modernissa yhteiskunnassa korvautunut yhä enemmän kasvottomalla, kaikkialle ulottuvalla vallalla. Valta ei ole jonkun omaisuutta, vaan se tulee ymmärtää strategiana, jonka alistuskeinot ovat erilaisia taktiikoita ja tekniikoita, eräänlaista valmiutta. Valta on paremminkin jännittynyt ja jatkuvasti toimiva suhdeverkko kuin jonkun etuoikeus, josta voi pitää kiinni. Näin ajatellen valta on hallitsevan luokan asemien kokonaisseuraus, joka voi ilmentää ja ylläpitää hallittujen asemaa. Tästä näkökulmasta Foucault on tutkimuksissaan problematisoinut tilan. Tilanjako on Foucault'n mukaan yhdessä ruumiinharjoituksen, ajan järjestämisen, valvonnan ja normalisoinnin kanssa osa modernin ajan vallan verkostoa, joka on modernissa yhteiskunnassa korvannut lakiin ja ruumiilliseen rangaistukseen perustuvaa kontrollointia.[6]

Tutkimukseni tavoitteena on ymmärtää koko elämän kirjoa rakennetun ympäristön näkökulmasta. Rakentaminen on kulttuurista toimintaa, jossa ihminen rajaa tilaa toiminnoilleen. Tämän vuoksi

[4] Pitkäniemen rakennuspiirustukset. Hämeen piirirakennuststo. HMA.
[5] Korhonen 2005, 160; Saarikangas 2002, 20, 69–70.
[6] Foucault 2000, 41–46; Foucault 1978, 92–95, 123.

rakennetussa tilassa tapahtuvia muutoksia – liittyivät ne sitten teknisiin, rakennustyypin, tilajärjestelyiden tai tilankäytön muutoksiin – on analysoitava yhteiskunnan ja sen muuttumisen näkökulmasta. Rakennetun tilan yhteys kulttuurin normeihin, ajattelutapoihin ja merkitysjärjestelmiin antaa mahdollisuuden tarkastella ihmisten ja yhteisön välistä suhdetta.[7] Rakennusten sosiaalinen luonne – tilakäytänteiden järjestäminen ja muuttaminen – on samalla ihmisten välisten suhteiden järjestämistä. Ihmisten välisten suhteiden, normien ja roolien kautta muodostamme todellisuutemme. Arkkitehtuurin keinoin rakennukset, yksin ja yhdessä, luovat ja järjestävät tilan, jonka kautta voimme tunnistaa yhteisön ja sen tavan elää.[8]

Perinteinen taidehistoria on tarkastellut rakennuksia lähinnä fyysisinä muotoina ja autoritäärisinä taideobjekteina irrallaan muusta yhteiskunnasta. Tutkimuksen painopiste on ollut rakennusten visuaalisen hahmon sekä suunnittelun ja toteutuksen analysoinnissa. Rakennettua tilaa on 1990-luvulla alettu Foucault'n jalanjäljissä lähestyä historiallisena ja kulttuurisia merkityksiä sisältävänä ja tuottavana kokonaisuutena, jossa tila ymmärretään sosiaalisena ilmiönä. Samalla kiinnostuksen kohde on kääntynyt julkisivuista sisätilojen analyysiin. Suomalaisessa tutkimuksessa Kirsi Saarikangas on nostanut esiin asumisen ja sosiaalisen sukupuolen yhteyden. Saarikankaan *Asunnon muodonmuutoksia* olen käyttänyt tutkimusapunani etenkin tilan ja hygienian välisten suhteiden selvittämisessä.

Aihettani on viitoittanut foucault'lainen tutkimusote, jonka välityksellä voi arkkitehtuurin näkökulmasta tarkastella sosiaalisia kenttiä, joissa psykologista todellisuutta tuotetaan ja uusinnetaan. Se sallii helpommin tarttua järjestyksenpitoon, vallankäytön mekanismeihin ja yksilöiden identiteettien rakentamiseen Pitkäniemen arkkitehtuuriin kirjoitetuissa tilanjaoissa. Foucault'laisessa arkkitehtuurintutkimuksessa kysymys ei ole ennalta määrätyistä ja pysyviksi tarkoitetuista tyyleistä ja muodoista, vaan tekijöistä, jotka olivat osa vallan, tiedon ja järjestyksenpidon, niiden keskinäisen vuoropuhelun alati muuttuvaa kenttää. Tutkimustradition voi rinnastaa kulttuurihistorialliseen lähestymistapaan, jossa mielenkiinnon kohteena on *kokonaisuus*, jossa tieto, valta ja subjektiviteetti määrittävät toisiaan vastavuoroisesti.

[7] Korhonen 2005, 160–163, 172–173,180.
[8] Hillier & Hanson 1984, 2–3.

Arkkitehtuuria marginaaliryhmälle

Psykiatrisen sairaalan järjestyksenpitoa, valvontaa ja normalisointia koskevat arkkitehtoniset ulottuvuudet korostuvat, kun tila tehtiin kontrolloimaan yhteiskunnan erilaisina pidettyjä yksilöitä varten. Marginaaliseksi ja erilaiseksi luokiteltu ryhmä poikkeaa muusta yhteiskunnasta niin, että heidän olemassaolonsa koetaan uhkana ja nähdään sosiaalisena ongelmana. Yhteiskunnat ovat yrittäneet kontrolloida erilaisryhmiään eristämällä, sopeuttamalla, samanlaistamalla tai tuhoamalla. Marginaalihistoriallisessa tutkimussuuntauksessa erilaisten historian tutkiminen ei ole vain marginaalisen ihmisryhmän tutkimusta yhteiskunnallisena kuriositeettina, vaan se paljastaa tirkistysaukon koko yhteiskuntaan. Kun valtaryhmä määrittelee erilaisen, se tulee samalla määritelleeksi yhteiskunnan normit ja ihanteet. Kun yhteisö näkee jonkin ryhmän poikkeavana, se lausuu samalla käsityksen itsestään. Yhteisö tarvitsee poikkeavansa, jotta se voi asettaa sosiaalisen toiminnan rajat ja ihanteet. Marginaalisuus käsittelee yhteiskuntatutkimuksen peruskysymyksiä: sosiaalista kontrollia, yhteiskunnallisen järjestyksen ylläpitoa ja arkipäivän normittamista.[9] Mielisairaala osana valtiollisen laitoshoidon ensiaskeleita Suomessa tarjoaa moniulotteisen näkökulman koko 1800-luvun lopun yhteiskuntaan. Minua kiinnostaa, miten erilaisuutta tuotettiin arkkitehtuurin keinoin ja mitä se samalla paljastaa aikansa yhteiskunnasta.

Tutkimustehtäväni on perehtyä Pitkäniemen keskuslaitoksen suunnitteluun, toteutukseen ja laitoksen alkutaipaleeseen. Jo suunniteltaessa tilaa siihen sisältyy ajatus tulevista käyttäjistä eikä tässäkään merkityksessä rakennus ole koskaan neutraali tai tyhjä tila. Suunnitteluprosessia ohjasi aikansa käsitys abstrahoidusta mielisairaspotilaasta. Analysoin mielisairaalaa osana kaupunkisuunnittelua kulttuurin tuotteena ja tuottajana[10]. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miksi mielisairaala rakennettiin sellaiseksi kuin se rakennettiin. Minkälaisia jakoja, oletuksia ja ihanteita tila sisälsi ja mitä ne kertovat aikansa kulttuurista? Millaiseksi Pitkäniemi haluttiin rakentaa? Mitä pidettiin mielisairaalarakentamisessa tärkeänä? Laajasti ottaen tutkimuksen kohteena on kulttuuristen merkitysten verkosto, jossa moderni keskuslaitos syntyi ja aloitti toimintansa. Tavoitteena on Pitkäniemen suunnittelu- ja rakennustyön tarkoitettujen ohella ei-tarkoitettujen merkitysten selvittäminen: miten yhteiskunnalliset, poliittiset ja kulttuuriset elementit kirjoittautuivat psykiatriseen tietoon ja sen soveltamiseen Pitkäniemen seinien sisäpuolella? Millä tavoin tätä tietoa sovellettiin keskuslaitoksen suunnittelussa, rakentamisessa, korjaamisessa – tilan jakamisessa? Millä tavoin määriteltiin sairautta, – ja samalla – luonnollisen, terveen naiseuden, mieheyden tai kansalaisuuden kriteereitä?

[9] Markkola 1996, 11–18; Nygård 1998, 16–17.

Aikansa mittakaavassa suureen ja kalliiseen rakennushankkeeseen ryhdyttiin kunnianhimoisin tavoittein. Kotimaisten vertailukohteiden puuttumisen vuoksi laitoksen arkkitehtoniseen muotoon liittyi monenlaisia arvioita ja tavoitteita. Minkälaisia nämä tavoitteet olivat ja miten ne toteutuivat käyttöönotetussa laitoksessa? Miten psykiatriassa ja mielisairaanhoidossa tapahtuneet muutokset näkyivät Pitkäniemessä tilojen uudelleenjakamisessa ja korjaustöissä? Seurasiko uusia hoitokäytäntöjä uudenlainen arkkitehtuuri? Työ on sosiaalisen todellisuuden tutkimusta arkkitehtuurin konkretisoivasta näkökulmasta; rakenteiden ja rakennusmateriaalien, seinien ja tilan jakamisen paljastavien asiantilojen tulkintaa.

Tutkimuskohteenani ovat keskuslaitoksen suunnittelu, rakentaminen ja korjaaminen, jotka toimitettiin valtion ja lääkintöhallituksen määräyksillä, näkökulma on pääasiassa valtaapitävistä pieniin. Tarkkailen mielisairaalaa sosiaalisten suhteiden ja vallan verkostona, yhtenä ihmisen hallinnan muotona. Lähestyn laitosarkkitehtuuria vallan mikro- ja makrotasojen kohtauspaikkana: Pitkäniemen keskuslaitos oli tila, jossa valtakunnallinen politiikka ja sairaalan arkipäivä kohtasivat. Ajallisesti tutkimus alkaa 1800-luvun loppupuolelta, jolloin uusien laitoksien perustamista Lapinlahden lisäksi alettiin pitää tarpeellisena. Pitkäniemen varsinainen suunnittelutyö käynnistyi 1890-luvulla. Tutkimus ulottuu 1910-luvun lopulle. Kansalaissodan jälkeinen arvomaailma, jossa epäkelvon ja ihannekansalaisen rajat jyrkkenivät, heijastuivat psyykkisen sairauden määrittelyyn. Näkemys siitä, kenen paikka keskuslaitos oli, laajeni. Hoitoideologia ja -käytänteet muuttuivat ja sairaaloiden rakentamisen volyymi kasvoi. 1920-luvulla alkoivat kuntien yhteisinä hankkeina piirimielisairaaloiden rakennuskausi: vuosikymmenen aikana valmistui yhteensä kymmenen uutta laitosta. Mielisairaanhoito vakiintui laitoskeskeiseksi piirimielisairaalajärjestelmäksi ja hoidon sairaalakeskeisyys sai rotuhygieenisen ajattelutavan vakiintuessa alkuperäisestä varsin poikkeavat perusteet.[11] Tutkittavana aikana Pitkäniemen toimintaa ohjasivat ylilääkärit Emil Hougberg, Albert Björkman ja osittain myös Ernst Therman. Ylilääkärin vaihtuminen merkitsi laitoksessa usein hoitokäytänteiden muutosta.

Pääasiallisena lähteenä tutkimuksessani on arkkitehtoninen aineisto: rakennussuunnitelmat, sairaalarakennukset ja Pitkäniemen asemakaava. Rakennuspiirustuslähteet ovat sairaala-arkkitehti Magnus Schjerfbeckin laatimat suunnitelmat vuonna 1900 valmistunutta laitosta varten sekä vuonna 1902 valmistuneet hoito-osaston laajennuspiirustukset. Tarkastelen rakennusta käyttävien ihmisten välisiä suhteita, ajattelutapoja, normeja ja ihanteita analysoimalla rakennusten ja niissä olevien huo-

[10] Nikula 1998, 177.
[11] Kaarninen & Kaarninen 1990, 8-12; Salo 1992, 104–107.

neiden sijoittelua ja keskinäisiä suhteita. Tutkin tilaratkaisujen mahdollistamaa liikkumista yksittäisen rakennuksen tiloista toisiin, laitoksen ja ympäröivän maailman välillä sekä liikkumiseen liittyviä tilan mahdollistamia kohtaamisia. Myöhemmät korjaustyöt ovat dokumentoituneet alkuperäisiin piirustuksiin tehtyihin suunnitelmiin, ylilääkärin lähettämiin kirjeisiin Lääkintöhallitukselle sekä sairaala-arkkitehdin vuosikertomuksiin.

Komitean- ja lääkintöhallituksen mietintöjen avulla selvitän sitä ilmapiiriä, jossa keskuslaitos päätettiin rakentaa: miksi kallista hanketta pidettiin välttämättömänä, miten sitä perusteltiin ja mistä syistä tilaa muutettiin. Lääketieteellisenä asiantuntijana keskuslaitoksen suunnittelussa toimi Lapinlahden ylilääkäri, professori Theodor Saelan. Hänen tekemänsä opintomatkat muihin Pohjoismaihin olivat hänen komitealle antamansa lausunnon pohjana sekä ohjeina yleisten rakennusten ylihallituksen sairaalarakennusten suunnittelusta vastaavan arkkitehdin, Magnus Schjerfbeckin laitosta koskevan tilan jaottelussa. Tohtori Saelanin muistikirjoista etsin perusteita hänen esittämilleen tilanjaoille. Saelanin muistikirjat (1868–1904) sisältävät pääasiassa muistiinpanoja Lapinlahden potilaista ja hän lopetti niiden kirjoittamisen, kun säännöllisiä sairauskertomuksia alettiin pitää. Niihin hän kirjasi myös huomionsa ja muistiinpanonsa opintomatkoilta Keski-Euroopan psykiatrisiin sairaaloihin. Pitkäniemen käyttöönoton jälkeisestä laitoksessa elämisestä ja muutoksista kertovina lähteinä tutkin ylilääkärien laitoksesta lähettämiä kirjeitä. Oman lähdekokonaisuuden muodostavat Kansanperinteen arkiston Pitkäniemeä käsittelevät äänitteet, joissa Pitkäniemeä lähellä asuneet nokialaiset kertoivat käsityksiään laitoksesta.

Kysymys valtion laitosten rakentamisesta oli 1800-luvun modernin yhteiskunnan muodostamiselle niin keskeinen, että aihe on kiinnostanut tutkijoita. Tutkimus on pitkään keskittynyt yksittäisten psykiatristen sairaaloiden historiikkeihin: arkkitehtuuriin ja hallinnollisiin muutoksiin. Tutkimuskirjallisuuden joukossa on paljon perinteisiä historiikkeja, koska niissä käsitellään sairaaloiden arkkitehtuuria. Omalta kannaltani tärkein on Mervi Kaarnisen ja Pekka Kaarnisen *Pitkäniemen sairaala 1900–1990*. Useimmilla psykiatrisilla sairaaloilla, kuten Niuvanniemen ja Lapinlahden keskussairaaloilla sekä Kellokosken ja Harjavallan piirimielisairaaloilla on historiikkinsa, joita käytän vertailua varten. Tutkimusaiheeni keskittyy Pitkäniemen sairaalaan ja noudattaa tältä osin perinteistä psykologian historiankirjoituksen kaavaa. Uusi näkökulma painopisteessä on Pitkäniemen ja sen arkkitehtuurin tarkasteleminen yhteiskunnallisten ja kulttuuristen ehtojen viitekehyksestä. Sosiologista lähestymistapaa edustaa klassikoiden Foucault'n *Madness & Sivilization* ja *Tarkkailla ja rangaista* sekä Goffmanin *Minuuden riistäjät* -tutkimusten ohella Markku Salon mielisairaalaorganisaatiota koskevat tutkimus *Luonnosta laitoksiin*. Uudempaa näkökulmaa edustaa Minna Uimosen *Hermos-*

tumisen aikakausi. Varhaista mielisairaala ja mielisairaanhoidon historiaa ei voi erottaa vaivaishuollosta. Tässä apunani käytin Toivo Nygårdin *Erilaisten historiaa* ja Minna Harjulan vammaishistoriaa koskevaa tutkimusta *Vaillinaisuudella vaivatut.*

Hullu ja moderni laitos

Mielisairauksien tutkimus on länsimaisen lääketieteen historiassa suhteellisen uutta. Nykyinen käsitteistö on lähes kokonaan peräisin 1800- ja 1900-luvuilta. Mielisairaiden ja mielisairaaloiden historiaa tutkittaessa on syytä muistaa, että me emme edelleenkään ole saaneet selvitettyä, mistä mielenterveydessä on kyse. Kuinka paljon mielenterveysongelmissa on kyse biologisesta perimästä ja kuinka paljon kulttuurisidonnaisuudesta, on edelleen epäselvää.[12]

Sosiologisesti ajatellen mielisairaudet ovat olemassa osana mielisairaanhoidon yhteiskunnallisia organisaatioita. Mielisairaus on sosiaalisessa todellisuudessa tuotettu sosiaalinen tosiasia, joka määritellään sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Psykiatria muuntaa hulluuden mielisairauksiksi ajatustavoillaan ja hoitokäytännöillään. Se tuottaa alati uutta kohdettaan hoitojen ja tutkimuksen kautta – tiedostaen tai tiedostamattaan. Tietäminen toisaalta edellyttää ja toisaalta tuottaa valtasuhteita. Psykologian sosiaalista todellisuutta tuottava luonne on ajankohtainen ajassamme, jossa arkitodellisuuden psykologisointi on tavallista. Psykologia tai psykiatria ei vain neutraalisti kuvaa psyykkisiä tosiasioita, vaan tuottaa samalla sosiaalista todellisuutta. Hulluuden määrittäminen spesifiksi diagnoosiksi ja mielisairaaloiden olemassaolo ovat historiallisesti muodostuneita, kulttuurisia rakennelmia. Perinteisessä maalaisyhteisössä hulluus koettiin lähinnä yksilöä koskevaksi ominaisuudeksi. Vasta 1800-luvun lopulla mielisairaat alettiin mieltää yhteiskunnan turvallisuutta ja järjestystä uhkaavaksi marginaali*ryhmäksi*, joka yritettiin saada hallintaan. Samaan aikaan psykiatrian asema tieteenä vahvistui ja psykiatrista sairasluokitusta laajennettiin.[13] Kun yhteiskunnalliset normit uusiutuivat yhteiskunnan teollistuessa, erilaisuuden määrittely muuttui: houruus ja hulluus pilkkoutuivat hienojakoisiksi diagnooseiksi. Hulluuden merkitysmuutos liittyi modernin yksilön syntyyn.

Tieteen ja sairaanhoidon näkökulmasta laitostuminen ja hulluuden diagnosointi sairasluokiksi on nähty edistyksenä. Käsitteenä mieli*sairas* oli mahdollinen vasta, kun hulluus omaksuttiin lääketieteellisen ajattelun piiriin: kun se diagnosoitiin. Suhtautuminen mielisairaisiin saattoi sivilisoitua, mutta samalla mielisairaat ryhmänä alettiin mieltää uudella tavalla ”sosiaalisesti saastaisiksi”. Sairaaksi diagnosoidun näkökulmasta murros merkitsi sosiaalista eristämistä, yksilön ja ihmisryhmien

[12] Kaila 1966, 151.

marginalisoitumista, mielisairaiden arkipäivän ja roolin rajua muutosta.[14] Diagnosoitu sairaus kiinnitti mielisairaat laitokseen, joka teki heistä potilaita.

Valtiollisten keskuslaitosten rinnalla säilyivät pitkään vaivaistalojen yhteydessä olleet, lääkäreiden keskuudessa paheksutut, mielisairasosastot eli hourulat. 1800-luvun lääketieteellisen murroksen nopeutta ei ole syytä liioitella. Modernin lääketieteen ja esimodernin kansanparannusperinteen välinen raja oli häilyvä eikä niitä voi täysin erottaa toisistaan. Käsittämisen limittymistä kuvastaa käsitteiden päällekkäisyys: virallisissa teksteissä, kuten komiteanmietinnöissä termejä hullut, *dår*, ja mielisairaat, *sinnesjuke*, käytettiin rinnakkain vielä 1800-luvun lopulla, vaikka jo vuonna 1859 mielisairaanhoidon uudelleen organisointiin asetetun komitean jäsen F. Rabbe esitti luopumista termistä *dårvård*, houruinhoito[15]. 1900-luvun teksteistä sanaa dår ei juuri enää käytetty. Pitkäniemen ylilääkärit suosivat potilaistaan käsitettä ”sairas”, mutta esimerkiksi sairaala-arkkitehdin vuosikertomuksissa koneinsinööri viittasi Pitkäniemeen houruin- tai hulluinlaitoksena, *dårvårdsanstalt*, vielä vuosikertomuksessa 1906. Työssäni käytän käsitteitä ”hullu”, ”mielisairas”, ”potilas” ja ”psyykkisesti sairas” rinta rinnan. Termien rinnakkaisuudella haluan korostaa kahdensuuntaisia käsityksiä: modernin ja esimodernin päällekkäisyyttä.

Pitkäniemen sisäisiä roolijakoja valaisevat Bill Hillierin ja Julienne Hansonin klassikkotutkimuksen *The social logic of space* käsitteet. Hillier ja Hanson analysoivat rakennuksen tilojen saavutettavuutta ja tilan vakinaisten haltijoiden, *inhabitants* ja vierailijoiden, *visitors* välisten keskinäisten suhteiden säätelyä ja erottamista tilan avulla. Valta ja kontrolli ovat läsnä myös asukkaiden ja muukalaisten, *strangers* välisissä suhteissa. Muukalaiset ovat niitä, jotka jäävät rakennuksen tai alueen ulkopuolelle. Asukkaat ovat tilan hallitsijoita ja kontrolloijia. Muukalaisista tulee vierailijoita, kun he läpäisevät kontrollin ja pääsevät väliaikaisesti sisälle tilaan. He eivät voi kuitenkaan päättää rakennuksen sisällä tapahtuvasta sosiaalisesta elämästä.[16] Keskuslaitoksen yhteydessä potilaat kuuluvat muukalaisten kategoriaan: he saavat ylittää rajan, mutta heillä ei ole kontrollia tilaan. Valta ja kontrolli suhteessa tilaan on laitoksen henkilökunnalla, he ovat tilan haltijoita.

Moderni laitos sai alkunsa 1800-luvulla, jolloin Suomeenkin alkoi valmistua valtiojohtoisia laitoksia. Vankilat, parantolat ja mielisairaalat rakennettiin valvonnan tarpeesta isäntävallan alta vapautuvassa yhteiskunnassa. Näissä laitoksissa toteutettiin liberaaleja aatteita ja tieteellisesti perusteltuja

[13] Foucault 2000, 236–240; Salo 1992, 12–13, 93..
[14] Pulma 1991, 82.
[15] Kaarninen & Kaarninen 1990, 8.
[16] Hillier & Hanson 1984, 143–155.

toimenpiteitä: hoitoa ja kasvatusta, jonka ajateltiin olevan mennyttä aikaa parempaa. Käsitteellä ”laitos” oli vuosisadan lopun mielisairaiden hoidon organisointia koskevissa mietinnöissä myönteinen ja edistyksellinen, tulevaisuuteen suuntaava kaiku. Alun perin Pitkäniemi rakennettiin varsinaisten mielisairaiden lisäksi myös keskushermostoperäisiä muita sairauksia poteville ihmisille, kuten kehitysvammaisille, epileptikoille ja aivovammaisille, joita ei erotettu omiksi ryhmikseen, vaan heidän diagnoosinsa sisältyivät aikansa tautiluokituksiin.[17]

Erving Goffman käyttää valtiojohtoisista laitoksista nimitystä totaaliset laitokset, joille on määritelmällisesti yhteistä seuraavat tunnusmerkit: laitokset on eristetty ulkomaailmasta luonnonestein tai muurein ja asukkien yhteydet ulkomaailmaan ovat vähäiset tai olemattomat. Laitoksen sisällä henkilökunnan ja asukkien välillä vallitsee tiukka kahtiajako. Vuorokausi on tarkoin jaoteltu ennalta määrätyn ohjelman mukaan ja asukkien elämää sitovat lukuisat säännöt. Perhe-elämää ei asukeilla ole, vaan kaikki vuorokauden toiminnot tapahtuvat laitoksen henkilökunnan valvonnan alla.[18] Valtiojohtoisten laitosten rakentamisen tuloksena oli 1800-luvun lopulta lähtien järjestelmä, jonka sisältönä oli liberalisoituvassa yhteiskunnassa normista poikkeavan yksilön saattaminen valvonnan alle ja hänen yksilöoikeuksiensa riistäminen. Lääketieteellisesti perusteltujen toimien kohteeksi tuli yksilön ruumiin eristämisen lisäksi hänen kasvattamisensa moraalin sisäistäneeksi ihmiseksi.[19]

Työni jakaantuu kolmeen osaan. Kaksi ensimmäistä osiota käsittelevät Pitkäniemen suunnittelua ja viimeinen osio elettyä laitosta psykiatriatieteen toteuttajana. Ensimmäinen pääluku keskittyy Pitkäniemen mielisairaalan sijoittamisen suunnitteluun ja alueen rakentumiseen. Puran auki niitä perusteita, jotka 1800-luvulta lähtien johtivat mielisairaalaorganisaation rakentamiseen Suomessa sekä mielisairaaloiden arkkitehtonisten järjestelmien muotoutumiseen. Selvitän, mitä liittyi laitosalueen ja sen ulkopuolisen maailman välisen suhteen punnitsemiseen; mikä paikka kuului psykiatriselle laitokselle. Toinen osio on Pitkäniemen sisätilojen jaon ja sen mahdollistamien liikkeiden ja kohtaamisten tulkintaa. Etsin rakennetun tilan sisältämiä ideologioita ja viittauksia ihmisten välisiin rooleihin. Laitosarkkitehtuuri oli uudenlaista rakennettua tilaa ja tarkkailen sen sosiaalisessa luonteessa vihjeitä kulttuurisesta muutoksesta. Etsin rakennussuunnitelmista Pitkäniemen ajateltua funktiota yhteiskunnassa ja niitä odotuksia, joita sen olomassaololle asetettiin. Viimeisessä pääluvussa seuraan Pitkäniemen käyttöönoton alkuvaiheita ja odotusten toteutumista. Tarkkailen, mitä muutok-

[17] Esim. vuosikertomuksessa 1909 laitokseen sisäänotetut potilaat luokiteltiin seuraavanlaisten diagnoosien alle: *idiotia, imbecillitas, degeneratis psychica, insania hysterica et neurasthenica, insania epileptica, dementia paralytica, dementia postapoplektica* etc. Vuosikertomus 1909. Pitkäniemen arkisto. HMA.
[18] Goffman 1961, 7–12 .
[19] Foucault 2000, 30.

sia laitoksessa tehtiin ja mitä ne paljastavat paitsi psykiatrisen sairauden luonteen määrittelystä myös koko yhteiskunnasta. Loppuluvussa esitän johtopäätökset, mikä rooli laitoksella oli yhteiskunnassa ja miten hulluutta ja sairautta tuotettiin arkkitehtuurin keinoin ja mitä se edelleen paljasti kulttuurisista konventioista.

Parantola mielisairaille – laitosalue

Mielisairaanhoidon organisoituminen Suomessa

Mielisairaalat erkanivat vaivaishoidosta erilliseksi lääkintähuollon lohkoksi vuonna 1840 annetun keisarillisen asetuksen myötä. Asetus annettiin mielisairaanhoidon organisoimiseksi ja siitä voidaan sanoa alkaneen mielisairaanhoidon laitostuminen Suomessa. Mielisairaanhuollon suunnittelua hallitsi psykiatrian diagnostinen jako parannettaviin ja parantumattomiin mielisairaisiin. Lapinlahden sairaala perustettiin äkillisesti sairastuneille, joilla katsottiin olevan mahdollisuus paranemiseen ja Nauvon saarella sijainnut Seilin hospitaali[20] muutettiin turvalaitokseksi parantumattomia potilaita varten. Lääninlasaretteihin perustettiin erilliset mielisairasosastot, jossa sairastuneelle järjestettiin kahden kuukauden pituinen koehoito. Jos hän ei tänä aikana parantunut, hoidosta maksava seurakunta ja myöhemmin kunta saattoi lunastaa sairaalle paikan varsinaisesta mielisairaalasta. Hoitoon päätyivät yleensä ainoastaan yhteisölle erityisen vaarallisena pidetyt hullut.[21]

Pian Lapinlahden sairaalan rakentamisen jälkeen sairaalapaikkojen tarve arvioitiin ennakoitua huomattavasti suuremmaksi. Vasta sairastuneiden pelättiin jäävän parannuslaitoksenkin ulkopuolelle kroonikoiden täyttäessä sen. Vuoden 1872 valtiopäivillä päätettiin parantaa Suomen ”houruinhoitoa” rakentamalla valtiolliset keskuslaitokset ensiksi Kuopion ja myöhemmin Tampereen läheisyyteen. Uusissa keskuslaitoksissa päätettiin epäilyksistä huolimatta yhdistää parannus- ja hoito-osastot samaan laitokseen. Lisäksi Käkisalmen vanhat vankilarakennukset päätettiin muuttaa turvalaitokseksi parantumattomille mielisairaille.[22]

Lääketieteelliseksi asiantuntijaksi keskuslaitosten suunnittelun ja sijoittamisen koordinointiin senaatti nimitti Lapinlahden ylilääkärin Theodor Saelanin. Hänet lähetettiin Skandinaviaan ja Keski-Eurooppaan tutustumaan modernia mielisairaanhoitoa toteuttaneisiin laitoksiin ja laatimaan näkemänsä pohjalta ohjelman laitosten rakentamiseksi yhdessä lääkintöhallituksen kanssa. Tohtori Saelan oli Suomen mielisairaanhoidon organisoinnin tärkein vaikuttaja 1800-luvun lopulla. Hän toimi lääkintöhallituksen asiantuntijana kaikissa mielisairaanhoitoa koskevissa asioissa, määräsi keskuslaitosten sijainnin, osallistui ohjelmien laatimiseen ja ohjasi laitoksia koskevien piirustusten laati-

[20] Seilin hospitaali perustettiin v. 1622 spitaalisten eristämiseksi. 1700-luvulla Seiliin alettiin säilöä mielisairaita ja v. 1735 laitoksen nimi muutettiin houruinhoitalaksi. Salo 1992, 101.
[21] Nygård 1998, 196; Pulma 1991, 145.
[22] Aminoff 1894, 1–2; Nygård 1998, 195; Salo 1992, 102–106.

mista. Hän vastasi myös psykiatrian opetuksen järjestämisessä. Saelan oli yhtä tunnettu kasvitieteilijänä kuin psykiatrisena asiantuntijana ja hänen vaikutuksestaan Pitkäniemen ja Niuvanniemen rakentamisessa painotettiin ranskalaisen psykiatrian tapaan ympäristön merkitystä mielisairauksien parantajana.[23]

Kuopion Niuvanniemeen keskuslaitos valmistui vuonna 1885, jonka jälkeen ryhdyttiin suunnittelemaan Tampereen läheisyyteen rakennettavaa laitosta. Vuonna 1890 lääkintöhallitus toimitti koko maan kattavan tietojen keruun, joissa arvioitiin noin 3 300 ihmisen kärsivän mielisairaudesta. Lukumäärä oli odotuksia huomattavasti korkeampi. Lääkäreitä ja päättäjiä huolestutti se, että vain neljäsosa mielisairaista oli asianmukaisen laitoshoidon piirissä. Laitostumista pidettiin sivistyskysymyksenä. Modernia laitosta edeltäneet huollon muodot nähtiin takapajuisina ja mielisairaanhoidon organisointi oli osa modernisoitumispyrkimyksiä ja kurottamista Keski-Eurooppaan. Senaatin mietinnössä huomautettiin, että maissa, joissa ei ole erityisesti korkeampi kulttuuri kuin Suomessa – kuten muissa Pohjoismaissa – 40–70 prosenttia mielisairaista hoidettiin heille tarkoitetuissa laitoksissa. Modernin valtion velvollisuudeksi katsottiin ponnistella kohti järjestyneempää sairaanhoitoa. Pitkäniemen laitokseen suunniteltiin sijoitettavan 800 mielisairasta, jotka tuplaisivat laitospotilaiden määrän Suomessa. Parannusosastolle suunniteltiin 220 ja hoito-osastolle 580 sairaansijaa. Aluksi rakennettaisiin parannusosasto sekä hoito-osasto 130 parantumattomalle, myöhemmin valmistuisivat hoito-osaston puuttuvat 465 paikkaa. Jo suunnitteluvaiheessa kiellettiin kroonikoiden ottaminen parannusosastolle. Hallinto- ja talousrakennukset rakennettaisiin heti täysimittaiselle laitokselle.[24]

Vaihtoehdoksi keskuslaitokselle valiokunta esitti vielä 1890-luvun alussa useampia ja pienempiä mielisairaaloita, joita voitaisiin sijoittaa eri puolille maata. Lääkintöhallitus puolsi kuitenkin suuren keskuslaitoksen perustamista, jonne sijoitettaisiin mielisairaita ympäri Suomen. Se piti keskuslaitosta paitsi halvempana niin myös terapeuttisesti parempana vaihtoehtona. Yksilölliseen hoitoon pyrkivässä laitoksessa potilaat piti johdonmukaisesti jakaa alaryhmiin oireiden ja sairauden laadun mukaan. Potilaat jaettiin valvonnan tarpeen, työkyvyn, luotettavuuden tai siisteyden mukaan. Ryhmiin erottaminen onnistui parhaiten, kun laitos oli niin suuri, että kukin ryhmä voitiin sijoittaa omaan rakennukseensa. Koska potilaiden erottelu luokkiin edellytti suurempaa potilasmäärää samassa laitoksessa, suuren keskuslaitoksen rakentamisen perusteena pidettiin ensi sijassa hoidon yksilöllistämistä.[25]

[23] Achté 1981, 10, 32–34.
[24] Aminoff 1894, 10–11.
[25] Aminoff 1894, 2; KM 1908:6, 10–11.

Modernin mielisairaalan periaatteet periytyvät moraaliseksi hoidoksi kutsutusta suuntauksesta, joka levisi 1700-luvun lopulla Ranskasta muualle Länsi-Eurooppaan. Aluksi hyväntekeväisyyslaitoksissa toteutetun hoidon keskeiset periaatteet olivat pakkokeinoista luopuminen ja pyrkimys potilaan itsehallinnan saavuttamiseen laitoshoidon avulla. Moraalin ja itsehillinnän esikuvia olivat laitoksen hoitajat. Moraalisessa hoidossa keskeistä oli palaaminen luonnon keskelle. Luonnon säännönmukaisuudella ajateltiin olevan rauhoittava vaikutus, joka tasapainottaisi kaoottista mieltä ja elämänmuotoa. Säännönmukaisuuden ihannetta jatkettiin laitoksen säntillisessä päiväohjelmassa. Luonto, ilmavuus, valoisuus ja säännönmukaisuus miellettiin terveelliseksi vastakohdaksi varsinkin kaupunkeihin liitettyihin savuisuuteen, ahtauteen, kaoottisuuteen ja juurettomuuteen.[26]

Modernissa laitoksessa tärkein vaatimus oli erottelun käyttöönotto. Hullut eroteltiin muista vaivaisista omaan laitokseensa ja laitosrakennuksissa toisistaan sukupuolen, säädyn ja sairauden oireiden perusteella. Vaivaistaloja kritisoitiin siitä, että niissä lapset, vanhukset, raajarikot, mielisairaat, rikolliset ja muut avuntarvitsijat olivat keskenään sekaisin. Vanhoja vaivaishoidon muotoja ei pidetty sopivina modernin valtion väestöpolitiikalle. Valtiojohtoisten keskusmielisairaaloiden rakentamista perusteltiin sillä, että moni mielisairas jää parantumatta, jos asianmukaista hoitoa ei pystytä tarjoamaan ja he jäävät kotioloihinsa rautoihin kahlehdittuina ja kurjiin karsinoihin teljettyinä. Laitoshoidon avulla varsinkin välittömästi sairastuttuaan hoitoon järjestetyt potilaat arveltiin parannettavan työkykyisiksi, täysimittaisiksi yhteiskunnan jäseniksi. Keskuslaitokset, jotka perustuivat tieteeseen ja järjestykseen, olivat yksilön vapautta korostavan kansalaisyhteiskunnan tuote. Vanhat vaivaishuoltomuodot perustuivat patriarkaalisiin ja yhteisöllisiin suhteisiin ja siksi ne eivät sopineet moderniin kansalaisyhteiskuntaan.[27] Valta puuttua sairastuneen kohtaloon siirtyi perheen ja kyläyhteisön käsistä valtiojohtoisen sairaalaorganisaation haltuun.

[26] Salo 1992, 52.
[27] Komiteanmietintö 1908:6, 10–11; Foucault 2000, 124; Pulma 1991, 149.

Arkkitehtuuri ja hoitoideologia

Erillisiä parannuslaitoksia mielisairaille ryhdyttiin Euroopassa rakentamaan 1800-luvun alussa 1700-luvun loppupuolella alkaneen mielisairauksien tutkimuksen vanavedessä. Varhaisissa mielisairaaloissa[28] potilaat haluttiin pitää erillään toisistaan. Parantoloihin rakennettiin lukuisia pieniä yksityishuoneita eikä lainkaan yhteistiloja. Rakennusten malli lainattiin vankiloilta. Erilaiset ristin, ympyrän tai tähden muotoiset pohjapiirustukset koostuivat säteettäisesti kulkevista käytävistä, joiden varsilla potilaiden kopit sijaitsivat. Vankilan tyyppimuodoksi vakiintui länsimaissa 1800-luvun kuluessa malli, jossa oli avonainen keskushalli ja vankiselleistä ulkopuolinen tarkkailupiste. Tässä nk. panoptikon-mallissa tila järjestettiin niin, että rakennuksen kaikki tilat olivat jatkuvasti valvovan katseen tavoitettavissa samalla, kun valvottavien yhteydet toisiinsa estettiin. Arkkitehtuurin ympyrämuoto palveli ja helpotti valvontaa, kun vankeja pystyttiin valvomaan keskipisteestä. Valvojia oli mahdollista vähentää samalla, kun valvottavien lukumäärää voitiin nostaa.[29]

Suomen ensimmäinen keskuslaitos, Lapinlahden sairaala rakennettiin sellijärjestelmän mukaisesti Carl Ludvig Engelin piirustusten pohjalta ilman lääketieteellisten asiantuntijoiden arvioita. Suunnitelmien lähtökohtana oli turvallisen ja viihtyisän ympäristön luominen potilaille ja paikanvalinta oli ulkomaisten esikuvien mukaan päätetty sen luonnonkauneuden perusteella. Kaksikerroksisen H-kirjaimen muotoisen sairaalarakennuksen länsipäätyyn tehtiin potilashuoneet ja itäinen hevosenkenkä oli pääjulkisivu. Lapinlahti rakennettiin keskikäytävätyyppiseksi rakennukseksi, jossa valoa käytävään toi käytävän päässä olevat ikkunat. Ulkonaiset vankilan merkit haluttiin riisua. Ikkunoihin ei saanut asentaa kaltereita, jotta laitokseen ei tullut vankilamaista tunnetta. Potilassiivet muodostivat neljä eri yksikköä, joissa tilaa varattiin seitsemällekymmenelle potilaalle. Mies- ja naispotilaat erotettiin kahteen eri siipeen sekä levottomat ja rauhalliset potilaat eri kerroksiin. Potilashuoneet sijoitettiin rakennuksen päätyyn, osastoilla olevat seurustelu- ja ruokailusalit tehtiin lähemmäksi henkilökunnan ja hallinnon tiloja. [30]

Sairaalan sellijärjestelmä oli jo ensimmäisen ylilääkärinsä mielestä vanhanaikainen ja sopimaton aikansa mielisairaanhoitoon. Ylilääkäri kritisoi myös paikanvalintaa: viljelyskelpoisen maan puut-

[28] Esim. Sonnenstein Saksassa, perustettu v. 1811, Siegburg Preussissa v. 1826. Soininen 1934, 82.
[29] Foucault 2000, 324; Onnela, 13, 18–19; Soininen 1934, 83–84.
[30] Achté 1991, 26–32; Hafelstam 1921, 63:503–511.

tuminen oli ongelma, koska hänen mukaansa maanviljelys ”suuresti edistäisi sairaiden viihtyisyyttä ja sairaanhoidon menestyksellisyyttä”.[31]

Pakkokeinoista vapaata hoitoa seurasi mielisairaaloiden pohjakaavojen muutos sellijärjestelmästä nk. paviljonki- tai huvilatyyliin 1880-luvulla. Paviljonkijärjestelmä koostui useista, useimmiten H-kirjaimen muotoisista ja kaksikerroksisista paviljongeista, jolloin osaston koko saatiin pienemmäksi verrattuna kolossaaliseen sellijärjestelmään. Paviljongit olivat alkuaan kahta päätyyppiä. Ensimmäisessä mallissa olo- ja makuuhuoneet sijoitettiin rakennuksen keskiosaan ja päissä olivat yksityishuoneiden rivit. Toiselle mallille oli luonteenomaista H-kirjaimen kaikkien osien sivuseinää pitkin kulkeva käytävä, jonka varrella sijaitsivat potilashuoneet. Uusi mielisairaalan muoto mahdollisti parannettavien ja parantumattomien potilaiden sijoittamisen saman laitoksen erillisiin rakennuksiin. Pienten paviljonkirakennusten hoidettuine puistoineen arveltiin antavan laitoksesta ulkomaailmaankin ystävällisen mielikuvan. Sen ulkonaisen leiman ei ajateltu olevan niin synkkä ja vankilamainen kuin selli- tai kasarmijärjestelmän, vaan ”miellyttävän ja kodikkaan” oloinen.[32]

Niuvanniemen ja Pitkäniemen rakentamisen lähtökohtana oli optimismi ympäristön ja parantolan kaltaisen mielisairaalajärjestelmän parannuttavaan vaikutukseen. Keskustelu ympäristön parantavasta vaikutuksesta liittyi 1800-luvun lopulta lähtien lisääntyvän hygieniatietoisuuden kautta puhtauden ja terveyden vaatimuksiin rakentamisessa. Raitis ilma, auringonvalo ja tilan toiminnallinen eriyttäminen olivat terveellisen asumisen tärkeimpiä määrittäjiä. Laitosten interiöörien tilanjako perustui toimintojen mukaiseen eriyttämiseen. Makuuhuoneet olivat ainoastaan nukkumista varten ja muu oleskelu sijoittui yhteistiloihin tai sairaalan lähiympäristöön.[33]

Mielisairaalapotilaiden kylpyhoidot aloitettiin 1880-luvulla. Pitkillä, jopa tunteja kestävillä kylvyillä ajateltiin olevan rauhoittava vaikutus ja varsinkin levottomien osastojen yhteyteen järjestettiin riittävän suuri kylpyhuone. Kun koppihoidon vahingolliset vaikutukset potilaaseen todettiin, siirryttiin 1890-luvulla vuodehoitoon. Levottomia potilaita makuutettiin suurissa, yhtenäisissä saleissa jatkuvan valvonnan alla. Vuodehoidosta, johon yhdistettiin pitkät kylvyt, tuli pääasiallinen hoitomuoto ja vallitseva käytäntö mielisairaaloissa 1930-luvulle asti. Uudet sairaalat rakennettiin hoitotapaa silmälläpitäen tilaviksi ja ilmaviksi, miltei täydellisesti tavallista sairaalaa muistuttaviksi.[34]

---

[31] Ibid.
[32] Komiteanmietintö 1908:6, 10–11; Pitkäniemen rakennuspiirustukset. Hämeen piirirakennuststo. HMA; Soininen 1934, 85–86.
[33] Saarikangas 2002, 45–46, 49.
[34] Achté 1991, 25.

Potilaspaikkojen lisäämiseksi ryhdyttiin taloudellisista syistä 1920-luvulla jälleen rakentamaan kasarmimaisia suuria kuntainliittojohtoisia laitoksia, joissa vankilamaisia käytäviä pyrittiin välttämään. Ensimmäisiä kuntaliittojen mielisairaaloita alettiin perustaa1920-luvulla. Esimerkiksi Nikkilän sairaalan vuonna 1914 avattu osa edusti huvilatyyliä, mutta myöhemmät laajennukset olivat suurempia ja useampikerroksisia.[35] Vuoteen 1920 mennessä yli puolet mielisairaiksi diagnosoiduista oli saatu laitoshoidon piiriin, heistä yli 40 prosenttia oli sijoitettu kunnalliskotien mielisairasosastoille. 1920-luvulla alkoi kuntien yhteisinä hankkeina piirimielisairaaloiden rakennuskausi ja vuosikymmenen aikana valmistui yhteensä kymmenen uutta laitosta. Mielisairaanhoito vakiintui laitoskeskeiseksi piirimielisairaalajärjestelmäksi ja hoitomuodot sairaalakeskeiseksi psykiatriaksi 1930-luvun kuluessa.[36] Näiden laitosten rakennustyylissä luovuttiin paviljonkijärjestelmästä ja luonnonkauneus ja ympäristötekijät potilaan parantajana menettivät merkitystään.

Laitosalueeksi ”luonnonihana” maalaisympäristö

Mielisairauksien ja muiden hermosto-oireiden lisääntymisen syyksi nähtiin moderni, levoton yhteiskunta ja kaupungit, jotka pakottivat ihmisen mielen ja ruumiin uudenlaisiin koetuksiin. Lääketieteen sekä terveys- ja hygieniaoppien mukaan ihmisten elinoloja muuttamalla ajateltiin pystyvän vaikuttamaan heidän terveyteensä. Kaupungissa sairastuneet voitiin parantaa rauhallisessa maaseutumiljöössä. Oppeihin sisältyi käsitys moraalista. Yksilön oikeanlainen moraali oli hermostollisen terveyden osatekijä. Ja päinvastoin: epäsopivaksi katsottu käytös, vääränlaiset elintavat altistivat yksilön hermotaudeille.[37]

Mielisairaalat rakennettiin yleiseurooppalaisen ajattelumallin mukaan riittävän kauas kaupungeista. Kaupungissa sairastuneet voitiin irrottaa elämänpiiristään eikä kaupunki häirinnyt laitoksen toimintaa. Etenkin tehdaskaupunkia asuinympäristönä pidettiin moraalisesti arveluttavana. Sen ajateltiin edistävän rikollisuutta, veneerisiä tauteja, prostituutiota ja kasvattavan jälkipolvesta uutta rikollista sukupolvea. Uusien asuntojen tarjonta ei vastannut kaupungin kasvua. Maalta kaupunkiin muuttaneille luonteva asumismuoto oli yhteisasuminen ja alivuokralaiset olivat tavallisia. Sivistyneistön mielikuvissa kaupungin työväen koti oli synkkä, pimeä ja likainen. Ensimmäinen ja tärkein ehto Tampereelle rakennettavan laitoksen sijoittamiselle oli, ettei se sijainnut aivan kaupungin liepeillä.

[35] Soininen 1934, 85–86.
[36] Salo 1992, 104–107.
[37] Uimonen 1999, 7–8.

Tampere kasvoi voimakkaasti vuosisadan lopulla ja asukasluku lähes kaksinkertaistui 1890-luvun aikana. Kaupungin laajeneminen otettiin huomioon laitoksen sijaintia pohdittaessa. Vähimmäisvaatimuksena oli, ettei sairaalarakennuksista nähnyt kaupunkiin ja laitoksen etäisyydeksi kaupungista määriteltiin vähintään kymmenen kilometriä.[38]

Helmikuussa 1894 paikaksi ehdotettiin Pitkäniemen sotilasvirkatalon maita, jotka sijaitsivat hyvän matkaa kaupungista eurooppalaisten ihanteiden mukaan vesistön äärellä, Pyhäjärven rannalla. Keskuslaitoksen suunnittelijat pohtivat laitoksen sijaintia vain suhteessa Tampereeseen. Paikkaan ei vaikuttanut maaseudun teollistuminen, sillä noin neljän kilometrin päässä Pitkäniemestä kasvoi voimakkaasti pieni tehdasyhdyskunta Nokialla. Nokia-yhtiön tehtaiden työntekijämäärät kasvoivat 1870-luvun noin kymmenestä työntekijästä 1880-luvulla jo yli kahdensadan ja edelleen 1900-luvun alkuvuosina jo yli kolmeensataan.[39] Vaikka huomioitiin, ettei laitoksen välittömässä ympäristössä ollut asutusta, ei suunnitelmissa mainita lainkaan Nokian paperitehdasta. Keski-Euroopasta omaksutun ajattelutavan mukaan teollistumista ja tehdaskaupunkeja pidettiin ihmisten (mielen)terveydelle vahingollisena. Laitosta koskevissa mietinnöissä nostettiin esille hermoja rasittava teollistuvan, modernin yhteiskunnan kaupunki. Suomelle ominaisiin maaseudun tehdasyhdyskuntiin, jotka poikkesivat sekä kaupunkien että maaseudun elintavasta, ei samanlaista kielteistä leimaa liitetty.

Varsinaisella sairaala-alueella piti olla riittävästi tilaa. Paviljonkijärjestelmä rakennusryhmineen ja suurine puutarhoineen vaati paljon tasaista maa-alaa ja laitoksen laajentaminenkin piti ottaa laskelmiin mukaan. Tärkeää oli, että maat olivat valmiiksi kruunun omistuksessa, jotta kulut saatiin mahdollisimman pieniksi. Maanviljelyskelpoinen maa mahdollisti sopivaa työnohjausta potilaille. Kuitenkin maaseudun työtä pidettiin mieltä eheyttävänä ja siksi maanviljelyskelpoinen maaperä oli yksi tärkeimmistä ominaisuuksista, joka keskuslaitoksen sijainnilta vaadittiin. Alueella olleet torpparit haluttiin sopimusten päätyttyä luovuttavan alueen yksinomaan laitoksen käyttöön.[40]

Laitosalue haluttiin rauhoittaa rakentamalla se syrjään vilkkaasti liikennöidyltä alueelta. Sen välittömästä läheisyydestä ei saanut kulkea liikennettä, jonka katsottiin häiritsevän laitoksen elämää. Laitoksen sijainnin piti silti olla keskeinen ja riittävän lähellä suurta kaupunkia. Täydelliseen eristykseen erämaahan sitä ei voitu rakentaa, vaan laitoksen piti olla hyvien kulkuyhteyksien päässä,

[38] Aminoff 1894, 9; Haapala 1986, 147–174; Harjula 2003, 73.
[39] Aminoff 1894, 1, 6–7; Koivuniemi 2000, 16, 235–236.
[40] Aminoff 1894, 1, 6–7.

jotta potilaat saatiin helposti hoitoon. Tampereen ja Porin välinen rautatie kulki Pitkäniemeltä noin kahden kilometrin päässä pohjoisessa, jossa vuosisadan alkupuolella oli Pitkäniemen kohdalla oma seisakkeensa. Rautatien läheisyys oli sekä Niuvanniemen että Pitkäniemen sijoittamisen kannalta tärkeä. Rautateitse potilaita pystyttiin tuomaan hoitoon kauempaakin.[41] Vesiteitse Pitkäniemeen oli vuosisadan alussa matkustajalaivayhteys ja sairaalalla oli oma pieni höyrylaiva[42]. Sen liikennöinti väheni linja-autoliikenteen käynnistyttyä Pitkäniemen ohi ajavalla tiellä vuonna 1925 ja loppui vähitellen kokonaan.[43]

Tohtori Saelan huomioi sijainnin valitsemisessa myös paikan ”terveellisyyden”. Saelan tarkkaili epäterveellisen ympäristön merkkejä, jotka aikansa terveys- ja hygieniaoppien mukaan olivat matalat maa-alueet, rämeiset lahdelmat ja alavat rannat. Lääkäreitä suositeltiin 1800-luvun lopulla kiinnittämään huomiota maaperän laatuun ja alueen yleiseen muodostumiseen, kun he kartoittivat paikkakunnan terveysoloja. Vuorista ja metsäistä aluetta pidettiin suotuisana elinympäristönä, kun taas soisen ja rämeisen paikkakunnan ajateltiin altistavan tartuntataudeille, etenkin tuberkuloosille. Ympäristön terveellisyydellä oli myös moraalinen näkökanta, sillä Pitkäniemessä sen tarkoitus oli parantaa mieltä. Laitoksen rakentaminen niemenkärkeen oli edullista myös terveysopillisesti katsoen. Paikallaan pysyvä, höyryävä sumu miellettiin miasmateoreettisen ajattelutavan mukaan tautien kantajaksi. Niemen tuulisuus oli etu, koska ilmavirroilla ajateltiin olevan puhdistava ja raikastava vaikutus.[44]

Bakteriologiaa ja mikrobiologiaa edelsivät 1700-luvun lopulta lähtien muodostuneet lääketieteelliset miasma-teoriat, joiden mukaan huono ilma oli keskeinen vaikuttaja tarttuvien tautien ja epidemioiden leviämisessä. Saastapesäkkeistä vapautuneet taudit pilasivat ilman ja saastunut, paha ilma levitti tauteja. Ilman pahalta haisevat, vahingoittavat ja sairauksia levittävät ainekset saivat yhteisnimityksen: ”miasma”. Sen tunnusmerkkejä olivat paha haju ja tunkkainen ilma. Vaikka bakteriologia korvasi lääketieteellisessä ajattelussa miasma-teoriat 1800-luvun lopulla, terveellisen asuinympäristön luomisessa painotettiin puhtaan ja raittiin ilman, auringonvalon sekä tilan eriyttämisen myönteisiä vaikutuksia. Kansalle suunnatussa terveysvalistuksessa bakteerioppi ja miasma-teoriat sekoittuivatkin toisiinsa.[45]

[41] Malmivuori 1985, 16.
[42] Höyrylaiva suunniteltiin hankintalistalle heti sairaalan suunnitelmissa. Aminoff 1899, 10–11.
[43] Honkasalo jne. 1994, 34.
[44] Harjula 2003, 29–31; Malmivuori 1985, 13–14.
[45] Saarikangas 2002, 51–52.

Terveellisyydestä tuli hygienia- ja terveysoppien mukaan uusi kriteeri, jonka kautta ympäristöä alettiin arvioida. Hygienia-ajattelun tavoite oli koko yhteiskunnan järjestäminen terveydenhoidon oppien mukaisesti. Vuonna 1879 säädetyn terveydenhoitoasetuksen välityksellä haluttiin saada tartuntatautit kuriin ja samalla juurruttaa hygieniaopin mukainen elämäntapa osaksi kansan arkipäivää. Hygieniaopissa kaupunkien ahtautta pidettiin epäterveellisenä. Maaseutua meluttomana ja rauhallisena asuinympäristönä pidettiin terveydenhoidon ihanteena ja sillä katsottiin olevan parantavia vaikutuksia ruumiillisesti ja henkisesti sairastuneelle.[46]

Moderneissa parantoloissa tunnusomaista oli rakennuksia ympäröivä kaunis luonto. Osa terveellistä ympäristöä oli paikan luonnonkauneus. Asemakaavassa jätettiin tilaa puistoille ja puutarhoille. Kun vanhoihin kartanorakennuksiin perustettiin 1910-luvulla mielisairaaloita, kuten Kellokosken, Törnävän ja Hatanpään kartanoihin, olivat vaikuttimena niiden hoidetut puutarhat ja kauniit ympäristöt. Saelan piti laitoksen lopulliselle paikalle tärkeänä ”luonnonihanuutta”. Niuvanniemen sijoittamista hän perusteli seuraavin sanoin:

> ”Mitä sitten tulee [...] Niuvanniemen maatilaan, on se erittäin luonnonihanalla paikalla, tarpeeksi etäällä kaupungista, asemansa puolesta erittäin rauhallinen ja miellyttävä. Sitä paitsi on kaikkialla tasaista ja hyvää rakennusperustaksi soveltuvaa maaperää. Seutu on terveellinen ja erinomaisen hyvää juomavettä on runsaasti saatavilla. Viljelysmaat sijaitsevat sillä tavalla, että ne helposti puutarhoiksi muutettuina ympäröivät kummaltakin puolen päärakennuksia. Heti näiden takana on tasainen mäntyharju, jonka upea havumetsä tarjoaa helpon mahdollisuuden laatia sinne kävelypuistoja. […] Luonto on siis varustanut tämän paikan niin suurilla etuisuuksilla, ettei muita Kuopion lähellä sijaitsevia paikkoja voi tämän puolesta Fagernäsin tilaan verratakaan.”[47]

”Luonnonihanuus” oli osa modernin yhteiskunnan kaivattua mennyttä maailmaa, jossa luontoon ja väistyvään kulttuurimaisemaan alettiin suhtautua romanttisen nostalgisesti. Sivistyneistön piirissä alettiin 1800-luvun lopulla ihannoida maalaisyhteiskuntaa ja haaveilla paremmasta menneestä ajasta. Luontoon suhtautuminen muuttui ihannoivaksi ja romanttissävyiseksi. Luonto nähtiin uudella tavalla, uudesta näkökulmasta. Osa tätä oli kansallisromantiikan tuote: kansallismaisema, joka kuvasti paitsi maan luonnon ominaispiirteitä myös kansallista identiteettiä.

[46] Harjula 2003, 12, 86, 88.
[47] Malmivuori 1985, 14–15.

Romanttinen ja nostalginen luontokäsitys edellytti urbaania kaupunkilaisnäkökulmaa, jossa maaseudun rauhallisuus koettiin vastakohdaksi kaupunkien epähygieeniselle ja hermoja rasittavalle ympäristölle. Kulttuurintutkimus korostaa, että ”luonnon” ja ”maiseman” neutraaleina pidettyihin käsitteisiin on suhtauduttava kulttuurisesti määrittyneitä ajatuskategorioina. Yhteiskunnan muuttuessa väistyvä kulttuurimaisema alkaa usein näyttäytyä ”luonnollisena”. Aiemmin hyödyttömänä pidetyn joutomaan ja luonnonkauneuden arvostus oli kapitalistisen hyötyajattelun ja kaupungistumisen kääntöpuoli.[48]

Maalaisympäristö edusti järjestystä ja normia. Siihen liitetty muuttumattomuus ja vakaus johti ajattelutavan mukaan mielisairaspotilaan mielen eheytymiseen. Luonnon yhdistäminen mielen lepoon, virkistäytymiseen ja rauhoittavaan vaikutukseen vastakohtanaan kaupungin hermoja rasittava ympäristö antoi perusteen parantoloiden ja mielisairaaloiden sijoittamiselle kaupungin ulkopuolelle. Maantieteellisellä paikalla – niemen kärjellä – varmistettiin keskuslaitosten eristyneisyys. Vielä Seilin jälkeen, Niuvanniemeä ja Pitkäniemeä suunniteltaessa saariakin pidettiin sopivana sijoituspaikkana mielisairaille.

[48] Haapala 1986, 164; Lukkarinen & Waenerberg 2004, 14–15, 51–52, 62–63.

Sosiaalisten suhteiden verkosto

Yleisten rakennusten ylihallituksen sairaalarakennuksista vastannut arkkitehti Magnus Schjerfbeck teki laitoksen piirustukset Saelanin ohjeiden mukaan vuosina 1894–1895. Rakennusurakka annettiin yksityisille tamperelaisille ja se oli aikanaan Suomen mittakaavassa historiansa suurin yksityinen rakennushanke. Valmistelut Pitkäniemessä suunniteltiin alkavaksi joulukuussa 1895 ja seuraavana vuonna aloitettiin rakennustyöt täydessä vauhdissa. Lauhkea ja lumeton talvi helpotti perustusten kaivamista ja kivijalka sekä sokkeli saatiin Schjerfbeckin lausunnon mukaan nopeasti ja vaivattomasti lähes kaikkia paviljonkeja varten. Osassa paviljongeista ehdittiin aloittaa muuraustyöt ja rakentaa vesikatto. Muuraustöitä vaikeuttivat tiilen saanti, kunnes Pitkäniemeen saatiin oma tiilitehdas. Tiilitehdas osoittautui oikeaksi ratkaisuksi, kun tiilen hinta nousi kevään 1897 mittaan Tampereella ”luonnottoman korkeaksi” valmistuskustannuksiin nähden. Kaupungin kasvu heijastui tiilen hintaan: Tampereella mm. 10 tehdasta tarvitsivat rakennustöihinsä tiiltä. Rakennustyöt jatkuivat nopeasti tiilensaannin vuoksi ja leudon kevään ja kuivan kesän ansiosta sateet keskeyttivät harvoin muuraustyöt.[49]

Neljän vuoden aikana Pitkäniemeen valmistui 29 julkisivuiltaan uusklassismivaikutteista rakennusta. Pitkäniemen keskuslaitoksen alueesta tuli ympäristöstään poikkeava kokonaisuus. Matalat, valoisat talot ja niiden valkoisiksi maalatut, sileät rappaukset näyttäytyivät ulkopuoliselle komeana pienoisyhteiskuntana. Alueen yleisilme ei antanut vaikutetta totaalisesta laitoksesta. Kuvassa (kuva 1) näkyvästä asemapiirustuksesta välittyy pyrkimys osastojen ja muiden laitosalueen rakennusten väljään sijoitteluun. Rakennusten sijainti niemellä suunniteltiin niin, että myöhemmin toteutettavalle puistosuunnitelmalle oli tilaa.

[49] Schjerfbeck Yleisten rakennusten ylihallitukselle 28.6.1897, 22.6.1898. Sairaala-arkkitehdin vuosikertomukset 1896–1905. Rakennushallitus. KA; Kaarninen & Kaarninen 1990, 15–17.

Kuva 1. Magnus Schjerfbeckin laatima asemapiirros Pitkäniemen keskuslaitoksen alueesta. Lähde: Pitkäniemen rakennuspiirustukset. Hämeen piirirakennustoimisto. HMA.

Pitkäniemen keskuslaitoksen rakennukset:

I	Hallintorakennus
II	Osasto ruumiillisesti sairaille ja tarkkailuosaston naispotilaille
III	Osasto ruumiillisesti sairaille ja tarkkailuosaston miespotilaille
IV	Osasto rauhallisille säätyläisnaisille
V	Osasto rauhallisille säätyläismiehille
VI	Osasto rauhallisille rahvaan naisille
VII	Osasto rauhallisille rahvaan miehille
VIII	Osasto rauhattomille, epäluotettaville ja epäsiisteille naispotilaille
IX	Osasto rauhattomille, epäluotettaville ja epäsiisteille miespotilaille
X	Osasto väkivaltaisille naispotilaille
XI	Osasto väkivaltaisille miespotilaille
XII	Pesu- ja kylpytupa
XIII	Keittiö ja leipomo
XIV	Naisten hoito-/kroonikko-osasto
XV	Miesten hoito-/kroonikko-osasto
XVI	Verstasrakennus
XVII	Jääkellari
XVIII	Talli
XIX	Lato
XX	Sikala
XXI	Rehulato
XXII	Huvila 25 hoito-osaston miehelle (ei näy kuvassa)
XXIII	Epidemiaparakki (ei näy kuvassa)
XXIV	Ruumis- ja ruumiinavaushuone (ei näy kuvassa)
XXV	Portinvartijan asuinrakennus (ei näy kuvassa)
XXVI	Vesipumppu
XXVII	Ylilääkärin asunto
XXVIII	Talousrakennus ylilääkärin asuntoa varten

Pitkäniemessä toteutetun paviljonkiarkkitehtuurin muoto oli peräisin *no restraint*-hoitoperiaatteesta ja suhtautumisesta hoidokkeihin yksilöinä. Pitkäniemen kaltaisessa modernissa laitoksessa toteutetun hoidon ei pitänyt olla kaavamaista, vaan kunkin sairastapauksen ”omituisuuden ja edellytysten mukaista”[50]. Hoidon toteutuksessa piti huomioida potilaan yksilölliset ominaisuudet. Erilaisten sairasryhmien vaatimat toimenpiteet olivat erilaisia ja eri tavalla oirehtivien sairaiden sijoittaminen samaan tilaan arvioitiin haitalliseksi. Erityislaitoksissa, joissa potilassijojen määrä nousi satoihin, yksilöllisyyden huomioiminen toteutettiin ”ryhmittäin yksilöittämisellä”. Oireidensa mukaan ryhmitellyt potilaat jaettiin eri paviljonkeihin, jotka muodostivat sairaalan osastot. Laitoksen potilasmäärälle asetettiin rajaksi se, ettei yhdelle johtajalle kävisi hankalaksi tuntea yksittäiset potilaat läpikotaisin. Yksilöllisen hoidon kannalta sopivaksi luvuksi määriteltiin noin 500 sairaansijaa.[51]

Pitkäniemen alue suunniteltiin modernia yksilöllisyyttä korostavaksi laitoskompleksiksi, jossa voitiin toteuttaa tavoiteltu, täysin hierarkkinen järjestys. Individualismiin kuului etenkin mielisairaiden suhteen yhä tarkentuva ”ryhmittäin yksilöivä” määrittely. Muutos tapahtui paitsi hullujen jakamisessa spesifeihin diagnooseihin myös siinä, että vaivaisten joukosta erotettiin mielisairaat, vammaiset ja yhteiskunnan apua tarvitsevat vanhukset ja lapset omiksi ryhmikseen. Heihin alettiin liittää tiettyjä vaivaisryhmäänsä miellettyjä ominaisuuksia. Mielisairaiden erottaminen omaksi ryhmäkseen, jolle varattiin kaupunkisuunnittelussa oma erillinen tilansa, merkitsi vähitellen alueen asukkaiden leimautumista tiettyihin, yhteiskunnallisessa diskurssissa määriteltyihin ominaisuuksiin. Kaikkien tuntemissa mielikuvissa sekoittuivat psykiatrian yleistykset ja kansanperinteen uskomukset. Alueesta tuli siellä asuvaa tai asunutta yksilöä kohtaan stigmatisoiva: Pitkäniemessä ollutta ”katsottiin aina vähän pitkään”[52].

Paviljonkijärjestelmä oli monimutkaisempi kuin yhteen rakennukseen keskitetty vankilamainen sellijärjestelmä. Paviljongit jaettiin kurinpidon kannalta ja toiminnallisesti erillisiin rakennuksiin; eri paviljonkien potilailla oli toisistaan poikkeavat velvollisuudet ja vapaudet. Niemeen suunniteltua pohjakaavaa voi luonnehtia monimuotoisen järjestelmälliseksi. Se oli sekoitus aikansa kaupunkisuunnittelun geometristä asemakaavaa ja ilmavaa huvila-aluetta. Parannusosaston miesten ja naisten paviljongit olivat toistensa peilikuvia. Paviljonkien välissä kulkeva, myöhemmin purettu käytävä

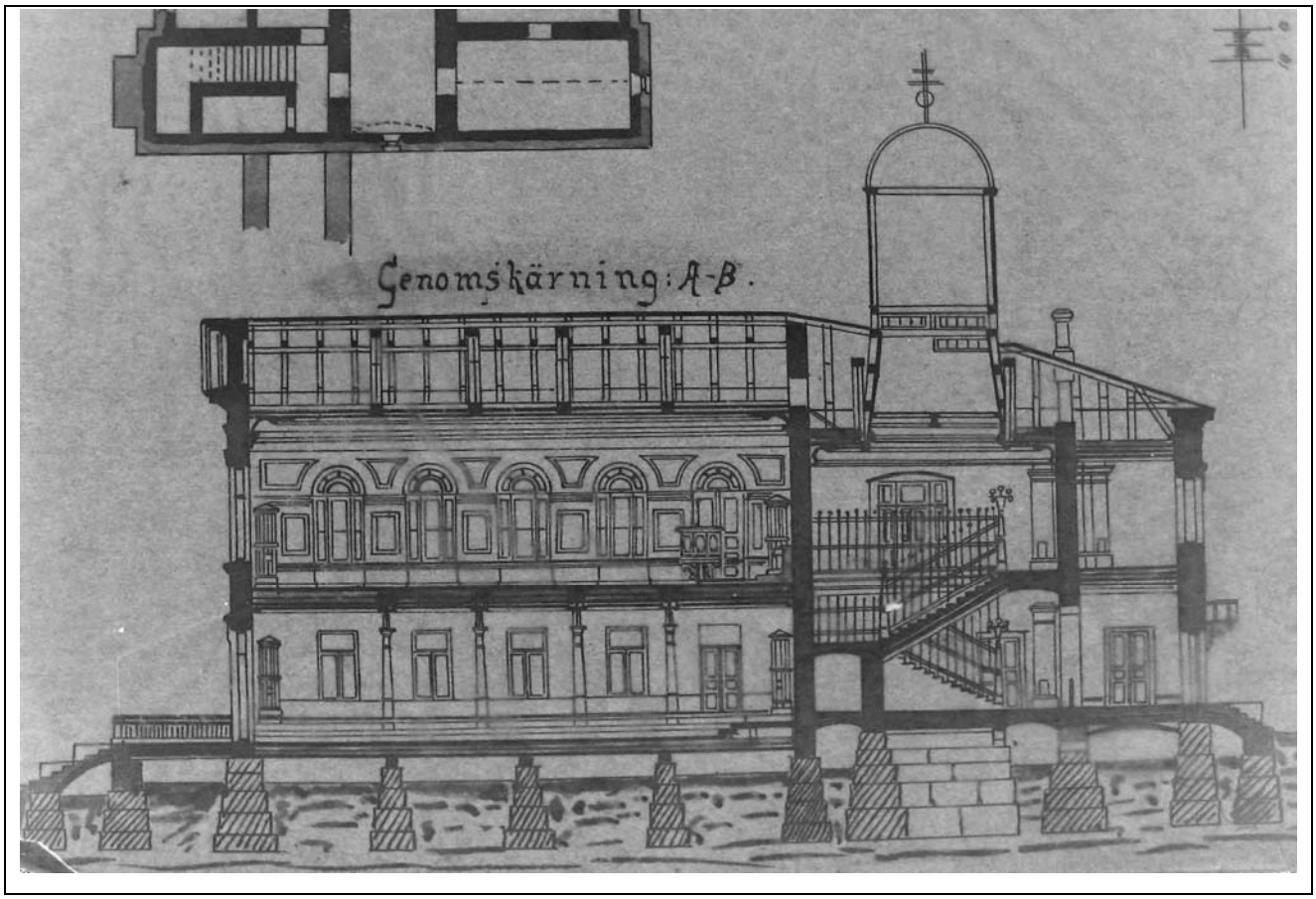
[50] Komiteanmietintö 1908:6, 10.
[51] Komiteanmietintö 1908:6, 10–11 .
[52] Haastateltava Pitkäniemen potilaisiin suhtautumisesta Nokialla. Äänite NOKIA 4927. Kansanperinteen arkisto.

antoi pohjakaavalle geometristä tuntua ja yhdistettyinä paviljonkien H-kirjaimen muotoon muodosti ulkoalueelle yksityisentuntuisia rajattuja pihatiloja. Esimerkiksi paviljongit IV, V, VI ja VII muodostivat suhteessa käytävään intiimin piha-alueen (kuva 1).

Alueelle saavuttiin käytävämäistä koivukujaa pitkin. Laitosalueen keskellä oli hallintorakennus, jonne johti julkinen tie, joka muodosti alueelle keskiakselin. Se kapeni sauna- ja kylpyrakennus (rakennus XII) ja keskuskeittiön (rakennus XIII) kohdalla, ja päättyi leveään, symmetriseen edustuspihaan, joka avasi alueen keskuksen. Kaksikerroksiset potilaspaviljongit sijaitsivat tulotien varrella sekä hallintorakennuksen sivuilla. Alueelle tultaessa tiestä vasemmalla olivat naispotilaiden ja oikealla miespotilaiden osastorakennukset. Umpinaisilla käytävillä toisiinsa yhdistetyt parannusosaston paviljongit rakennettiin noin kolmenkymmenen metrin päähän toisistaan, joten puistoaluetta jäi reilusti rakennusten väliin. Toinen julkinen reitti alueelle kulki pellon reunaa pitkin rauhattomien miespotilaiden paviljongin (IX) luokse ja jatkui yksityisempänä ylilääkärin asunnon eteen alueen kauneimmalle paikalle aivan niemen kaakkoiskärkeen.[53]

Hallintorakennuksen sijoitus keskellä aluetta korosti hallintorakennuksen hierarkkisesti korkeampaa asemaa suhteessa muihin alueen rakennuksiin ja sen julkista roolia. Se oli paitsi kooltaan muita rakennuksia suurempi, mutta pylväsaihioineen myös julkisivuiltaan muita koristeellisempi. Alueen rakennusten ja kulkureittien järjestäminen varmistivat, että alueelle tuleva vieras päätyi ensimmäisenä hallintorakennuksen vastaanottotiloihin. Hallintorakennus erosi muista uusklassisista rakennuksista renessanssityylisellä kellotornillaan, joka samalla korotti sen muiden rakennusten yläpuolelle. Keskeinen sijainti ja koristeellinen ulkokuori viesti paitsi rakennuksen julkisuudesta niin myös antoi sen sisällä tapahtuvalle toiminnalle arvovaltaa. Järveltäkin katsottuna hallintorakennus erottui muista laitoksen rakennuksista.[54] Tarkkailuosaston paviljonkien (paviljongit II ja III) syvennyksestä avautui hallintolan puisto. Sairaala-arkkitehti Magnus Schjerfbeck toivoi alueen kokonaisilmeen vuoksi, että tähän puistoalueen suunnitteluun panostettiin erikoisesti.[55].

[53] Pitkäniemen asemapiirros. Hämeen piirirakennuststo. HMA.
[54] Ibid.
[55] Hougberg Lääkintöhallinnolle 2.4.1901. Lähetettyjen kirjeiden konseptikirjat ja toisteet 1901. Pitkäniemen arkisto. HMA.



Kuva 2. Läpileikkaus Pitkäniemen hallintorakennuksesta. Lähde: Pitkäniemen rakennuspiirustukset. Hämeen piirirakennustoimisto. HMA.

Paviljonkien sijoituksessa hierarkkisesti korkeammalla olleet osastot sijaitsivat lähimpänä hallintorakennusta. Hallintorakennuksen molemmin puolin rakennettiin naisten ja miesten tarkkailuosastot (II, III), koska laitokseen vasta tulleet potilaat saivat eniten lääkäreiden huomiota osakseen. Niistä johti umpikäytävä säätyläistön pensionaattipaviljongeille (IV, V), jotka rakennettiin kohti rantaa, ja edelleen vastakkaiseen suuntaan rauhallisten potilaiden osastoille (VI, VII). Käytävät jatkuivat ”rauhattomien, epäluotettavien ja epäsiistien” potilaiden paviljongeille (VIII, IX) ja käytävien päissä sijaitsivat väkivaltaisten osastot (X, XI). Paviljongit, jotka käytävä yhdisti, kuuluivat parannusosastolle. Hoito-osaston asyylipaviljongeista (XIV, XV), jotka sijaitsivat aiemmin alueelle tultaessa, ei ollut yhteyttä hallintorakennukseen. Hoito- ja parannusosastojen paviljonkeja erottivat ennen hallintorakennukselle avautuvan pihan laidalla sijainneet talousrakennukset. Diagnoosien lisäksi selkeä tapa jakaa potilaat oli sukupuoli. Sukupuolten erottamista korosti naisten ja miesten paviljonkien välissä kulkeva keskustie.[56]

[56] Pitkäniemen asemapiirros. Hämeen piirirakennuststo. HMA.

Ylilääkärin virka-asunnolla oli laitosalueella oma erillinen tilansa. Kaksikerroksinen huvilamainen rakennus valmistui niemen luoteiskärkeen, erilleen muusta laitosalueesta. Virka-asunnon erillisyyttä korosti sitä ympäröivän puiston vapaampi sommittelu kuin muulla laitosalueella. Rakennuksen sijainti kuvasti asujiensa etäisyyttä ja sen tuomaa arvovaltaa laitosalueella. Ylilääkärille ja hänen perheelleen haluttiin varata muuta laitoksen henkilö- ja lääkärikuntaa enemmän yksityisyyttä.

Alueen luoteisosaan rakennettiin maatila-, huolto- ja varastoalue, jonne valmistuivat kiviset talousrakennukset eli talli, navetta, sikala ja aputilat sekä puiset heinä- ja olkiladot. Varsinaisen laitosalueen ulkopuolelle rakennettiin kaksi puupaviljonkia kulkutautisia ja hoito-osaston hyväkuntoisia miehiä varten sekä rakennukset ruumis- ja ruumiinavaushuonetta ja portinvartijan asuntoa varten. Lisäksi Pitkäniemeen kuului aluetta sivuavan Tampereen ja Nokian välisen maantien toisella puolen oleva oma hautausmaa.[57]

Alueen arkkitehtuurilla oli tehtävänä antaa puitteet ja tukea sosiaalista erottelua ja toimintojen säätelyä. Potilaspaviljongit sijoitettiin suhteessa toisiinsa ja muihin alueen rakennuksiin niin, että niiden asukkaiden väliset arvovaltaerot olivat tunnistettavissa. Toivotulla tavalla käyttäytynyt potilas saattoi päästä koppiosastolta rauhallisten paviljonkiin ja eteni näin osastohierarkiassa ylöspäin. Potilaiden keskinäisiä sosiaaliryhmiä ei paviljonkien julkisivujen keinoin haluttu korostaa. Ulkoapäin nähtynä paviljonkien tyyli, koko tai koristelu ei paljastanut asukkaidensa sosiaaliluokkaa; säätyläistön pensionaattiosasto ei eronnut julkisivultaan muista paviljongeista. Poikkeukseksi voi lukea rauhallisia miespotilaita varten rakennetun puuhuvilan laitosalueen ulkopuolella. Puupaviljonki tehtiin hoito-osaston rauhallisille kroonikoille, joita saattoi käyttää maatalon töissä. Yläluokan miespotilaita ei tähän huvilaan sijoitettu, koska heitä ei sopinut laittaa ulkotöihin.

Ympäristöltään sulkeutuvalla laitosalueella hierarkia ja valta ilmenivät jo alueen rakennusten suhteissa. Arkkitehtuuri ja rakennusten sijoitus toteuttivat Pitkäniemen päämääriä valtiollisena ja psykiatrisena keskuslaitoksena. Potilaat olivat laitoksessa osa lääketieteellistä koneistoa jaettuna oireidensa mukaan ja valtiollista väestöpolitiikkaa. Vaikka alueen arkipäivää ei ulkopuoliselle haluttu näyttää, laitoksen ei tarvinnut eristyä siinä mielessä, ettei kukaan sitä nähnyt. Laitoksen haluttiin mieluummin näyttävän mahdollisimman vaikuttavalle ulkopuolisen silmissä: ylilääkäri Hougberg

[57] Ibid.; Lausunto Lääkintähallitukselle 8.2.1919. Lähetettyjen kirjeiden konseptikirjat ja toisteet 1919. Pitkäniemen arkisto. HMA.

perusteli puutarhaa varten anomiaan määrärahoja lääkintöhallitukselle, että hoidettu puutarha antaisi suurista, valkoisista laitosrakennuksista entistä vaikuttavamman kuvan ulkomaailmaan. [58]

Yksittäinen aluetta hallitseva elementti oli itä-länsi -suuntaisten paviljonkien uusklassiset julkisivut. Klassismi oli yleisten rakennusten ylihallituksen suosima suuntaus vastakohtanaan 1890-luvun romanttinen arkkitehtuuri, jonka kautta nuorempi sukupolvi etsi kansallisen arkkitehtuurin muotokieltä. Ylihallitus ei vielä 1800-luvun lopulla ollut rakentamisen ja arkkitehtuurin uranuurtaja, koska rakennushallituksesta puuttui nuorempi sukupolvi ja yksityisen kentän kaltainen kilpailu. Ylihallituksen arkkitehdit valittiin poliittisin perustein ja sen piti ottaa huomioon Suomen epävarma asema Venäjän alaisuudessa. Rakennukset kertoivat siitä kulttuurisesta perinteestä, jonka piiriin niiden rakennuttaja halusi leimautua. Klassismi oli poliittisesti neutraali tyyli, joka viittasi antiikin sivistyksen perinteeseen ja sitä on perinteisesti hyödynnetty hallinnon rakennuksissa.[59]

Pitkäniemen suunnitelmista vastasi Magnus Schjerfbeck. Hän toimi ylihallituksen yliarkkitehtina Sebastian Gripenbergin ylijohtajuuden aikana vuosina 1899–1918. Vuonna 1892 hänet nimitettiin uuteen, juuri perustettuun sairaalarakennusten arkkitehdin virkaan ja samalla hän oli ensimmäinen virallisesti erikoistunut suunnittelija. Ernst Kranck, joka myöhemmin vastasi mm. Pitkäniemen korjaussuunnitelmista ja -valvonnasta, toimi vuodesta 1899 lähtien sairaalarakennusten apulaisarkkitehtina.[60]

Paviljonkiarkkitehtuurissa puutarhan ja rakennuksia ympäröivän luonnon rooli oli täydentää ympäristön parantavaa vaikutusta. Yksi osa sairaalan paikan valinnan kriteereistä oli maan laatu puutarhan menestyminen sekä maanviljelyksen kannalta. Professori Saelan hylkäsi joitakin sijoitusehdotuksia alueen karun maaston vuoksi, koska istutukset ja puisto vaatisivat sellaisessa maastossa paljon työtä ja kustannuksia.

[58] Hougberg Lääkintähallinnolle 2.4.1901. Lähetettyjen kirjeiden konseptikirjat ja toisteet 1901. Pitkäniemen arkisto. HMA.
[59] Haila 1998, 76.
[60] Haila 1998, 70, 74.

Kun Pitkäniemen laitoksen rakennukset valmistuivat vuonna 1899, alueella ei ollut puustoa eikä pensaita sotilasvirkatalolta potilasrakennus II:lle johtavaa koivukujaa lukuun ottamatta. Pyhäjärvellä kulkeville laivamatkustajille puuton niemi näyttäytyi jo hyvän matkan päästä muusta maisemasta erillisenä yhteisönä ja valkoiseksi rapatut paviljongit erottuivat selvästi matkan varren muusta asutuksesta. Laitoksen johdossa aloittanut ylilääkäri Emil Hougberg oli kiinnostunut kasveista ja hän lienee vaikuttanut puiston laajuuteen sekä kasvivalikoiman määrään. Hän korosti, että puutarhan toteutukseen piti ryhtyä niin pian kuin mahdollista, heti rakennustöiden päättymisen jälkeen. Hougberg perusteli puutarhaan panostamista lääkintöhallitukselle niin, että valkoiset, tyylikkäät sairaalarakennukset antaisivat vieläkin vaikuttavamman kuvan laitoksesta, jos niitä ympäröisi kaunis puisto ja upeat istutukset. Puutarhan nopea valmistuminen oli olennaista lisäksi laitoshoidon vaikuttavuuden kannalta. Hougbergin mukaan luonnosta nauttiminen vahvisti ulkoilmaan laskettavien sairaiden ruumista ja nopeutti näin heidän tervehtymistään. Vaatimuksille haettiin jälleen vahvistusta ulkomaisista käytännöistä: puutarhaan oli satsattava, kuten ulkomaisissakin mielisairaalalaitoksissa. Ympäristö oli osa ”rationaalista mielisairaanhoitoa”, *rationel sinnesjukvård*.[61]

Hougberg tilasi työsuunnitelman ja kustannusarvion puutarhaa varten maan johtavalta asiantuntijalta, valtionrautateiden ylipuutarhurilta Willy Nykoppilta. Myös Saelanilta pyydettiin lausunto suunnitelmasta, jonka mukaan alueelle istutettiin täydellinen kasvillisuus, keittiöpuutarha sekä kukkaistutuksia. Hyötypuutarhasta saatiin vihanneksia, marjoja ja kukkia laitoksen käyttöön, ja siellä kasvatettiin myös lääkekasveja, kuten etelän ruttojuurta. Varsinainen puisto rakennettiin vuosina 1906 – 1914. Alkuvuosikymmeninä sen laajuus oli yli kymmenen hehtaaria ja puiston ylläpitoa varten laitokseen oli hankittava työnjohtajaksi ammattitaitoinen puutarhuri. Ylilääkärin toiveissa oli myös oman suuren kasvihuoneen saaminen laitokselle. Taimia ostettiin Suomesta kauppapuutarhoista sekä Pohjoismaista, Venäjältä ja Hollannista. Niitä vaihdettiin myös Lapinlahden sairaalan kanssa. Erikoispuut ja -kasvillisuus istutettiin lähinnä ylilääkärin asuntoa ympäröivään niemekkeeseen, jonne tehtiin myös luonnonkivipengerryksellä padottu ankkalammikko. Puiston valmistumisen jälkeen sairaala-alue koostui kolmesta luonteenomaisesta elementistä: valkoisista sairaalarakennuksista, jalopuista sekä nurmialueista.[62]

[61] Hougberg Lääkintähallinnolle 2.4.1901. Lähetettyjen kirjeiden konseptikirjat ja toisteet 1901. Pitkäniemen arkisto. HMA.
[62] Ibid.

Kansanperinteen arkistoon tallennetuissa nokialaisten kertomuksissa Pitkäniemestä heränneet mielikuvat liittyivätkin poikkeuksetta alueen kauniiseen ympäristöön. Harvasanaisin mainitsi Pitkäniemestä vain ”oikein suuren puutarhan”[63], mutta puheliaampi kertoja maalaili muistoistaan alueesta värikkään kuvan, jossa hän korosti alueen poikkeuksellisuutta suhteessa ympäristöönsä:

> ”Lapsuuden muistoistani, kun kävin siellä, se oli lumoavan kaunis se sijainti. Jylhässä yksinäisyydessään, suurien petäjien varjostama oli tie. Sarpatissa[64] oli vain muutama mökki. Kun saavuttiin Pitkäniemen alueelle, yhtä valtavana, koskemattomana, mutta kuitenkin hoidettuna valtavan hieno puistoalue. Tuskin missään, ainakaan en muista nähneeni, vaikka mielestäni olen Helsinginkin puistot kiertänyt, olen nähnyt niin monikasvipuistoa täällä siihen aikaan, kun siellä lapsena kiertelin.”[65]

Laitoksen eristäminen hoitovaatimusten perusteella niemenkärkeen, kauas kaupungista merkitsi samalla sen rakentamista erilliseksi sairaalasaarekkeeksi. Sijainti varmisti, ettei laajeneva kaupunki päässyt liian lähelle tai saartamaan keskuslaitosta. Tavoitteena oli rakentaa sairastuneille parantolamainen paratiisi, jossa suunnittelijoiden mielikuvissa oli tilaa, valoa, puutarhoja ja tervehdyttävää maaseutuilmaa. Eristynyt sijainti oli kuitenkin omiaan tuottamaan ja vahvistamaan vierauden, toiseuden ja pelottavuuden mielikuvaa laitoksesta ja sen asukkaista. Laitoksen sisällä ulkomaailman esti unohtamasta portti, joka muistutti, että liikkuminen ja kohtaamiset laitokset ulkopuolella olivat joillekin Pitkäniemeen päätyneille laitoksesta säädeltyjä loppuiäksi. Myöskään ulkopuolinen maailma ei laitosta unohtanut. Korostettu erillisyys kaupungista pikemminkin alleviivasi keskuslaitoksen suhdetta kaupunkitilaan. Pitkäniemi ei ollut kaupungin asukkaille tuntematon alue, vaikka olikin vieras. Pohjois-Hämeen mielisairaanhuoltopiirin entinen puheenjohtaja Eero Lindholm (s. 1928) muisteli ensimmäistä kohtaamistaan Pitkäniemen kanssa:

> ”Mä muistan ihan ensimmäisen reissuni Pitkäänniemeen, kun Tahmelasta pikkupojat lähti hiihtämällä järven taakse. Siihen aikaan se oli aika mystinen paikka. Emme ensin huomanneetkaan, minne me olimme tulleet, ja kun tulimme siihen rantaan, totesimme vaan, että on upeita rakennuksia. Siihen aikaan ei ollut ainakaan Pispalan ja Tahmelan rinteitä rakennettu niin tyylikkäästi. Sitten vasta joku huomasi, että tää on Pitkäniemi ja se olikin meille kauhun paikka. Suksen kärjet kääntyi nopeasti Tamperetta kohti takaisin.”[66]

---

[63] Haastatellut olivat syntyneet 1800-luvun lopulla ja 1900-luvun alussa, heitä haastateltiin 1970-luvulla. Äänite NOKIA 4940. Kansanperinteen arkisto.
[64] Sarpatti sijaitsee Tampereen ja Nokian välisen maantien varrella, Tampereelta tultaessa Pitkäniemen risteyksen jälkeen.
[65] Äänitteet NOKIA 4928 II, 4929. Kansanperinteen arkisto.
[66] Kaarninen 2000, 48: Marjatta Rintala haastattelee Eero Lindholmia.

Kokemuksia Pitkäniemestä kertyi laitosta lähempänä enemmän. Suhtautumisesta Pitkäniemeen Nokialla kertoi yksi kansanperinteenkerääjän haastateltavista seuraavaa:

> ”Minä lapsuudestani muistan, koska olen näin lähellä asunut tätä sairaalaa, niin muistan, koska naapurissa oli tällainen perhe, josta oli potilaana kaksi poikaa siellä Pitkäniemessä ja niin kyllä me vähän katsottiin aina pitkään, mutta kyllä aika kivasti suhtauduttiin, koska me oltiin totuttu siihen, että he olivat sitten taas paremmassa kunnossa, kun he tulivat kotiin, että näin sairaalan lähellä suhtauduttiin erittäin mukavasti … mutta koska Nokialla ei ollut lääkäriä siihen aikaan niin paljon nokialaiset käyttivät näitä lääkäreiden apua, siis vastaanotoilla käytiin siellä ja mm. minut on puolitoistavuotiaana viety tänne tohtori Heikinheimon vastaanotolle … ja tällain Nokia niin kuin hyötyi tästä Pitkäniemestä käyttämällä myöskin muihin sairauksiin lääkärien apua.”[67]

Vapaaksi ei tämän kertomuksen perusteella voinut suhtautumista laitoksen lähelläkään pitää, mutta sen mukaan ei aluetta täysin vieroksuttu. Pitkäniemestä oli sen läheisyydessä asuville pikemminkin hyötyä kuin harmia. Osalle nokialaisista laitosalue tuli tutuksi etenkin sen ensimmäisinä vuosikymmeninä. Se ei ollut ulkopuolisilta täysin suljettu laitos, vaan sen lähellä asuneet pääsivät sairaala-alueelle lääkärikäyntiensä yhteydessä. Pitkäniemessä oli alueen lähin lääkäri, jonka vastaanotolle poikettiin muissakin kuin mielenterveydellisissä asioissa. Vastaanotolla käynti tarkoitti kuitenkin vain pääsyä hallintorakennuksen vastaanottohuoneisiin ja sairasosastot pysyivät suurimmalle osalle vierailijoista tuntemattomina.

Pitkäniemen alue säilytti pitkään ulkonaisen luonteensa. Muutokset tapahtuivat rakennuksia ympäröivässä puutarhassa, puut kasvoivat ja alue näyttäytyi järvelle myöhemmin hyvin erilaisena. Sen sijaan sisätila sai vuosien mittaan alkuperäisestä varsin poikkeavan muodon.

[67] Äänite NOKIA 4927. Kansanperinteen arkisto.

Suunniteltu tila

Tilan käyttö, siinä liikkuminen ja toimiminen, muodostaa rakennuksen tai yksittäisen tilan ensisijaisen merkityksen. Tilan toimintojen liittäminen aikakauden kulttuuriseen kontekstiin antaa vihjeitä tilaan liittyvästä mentaalisesta kontekstista, kuten yhteisön sosiaalisista hierarkioista, arvostuksista ja ideologioista. Keskuslaitos oli rakennuksien kompleksina ja tilana uusi. Siitä on mahdollista löytää heijastuksia muuttuvan yhteiskunnan edustamista hierarkioista, arvostuksista ja ideologioista.

Sisätilan tilallisessa analyysissa otan huomioon rakennusten keskinäiset suhteet ja sisäiset tilajaot. Analyysin tarkoituksena on paljastaa, minkälaisia tiloja ihmisillä oli käytettävissään eri toimintoihin. Toiminnallisesti jäsennetty ja seinillä eriytetty tila määrittää yksilön henkilökohtaisia, yksilöiden välisiä sekä yhteisön välisiä suhteita ja rajoja. Rakennetun tilan avulla voidaan tehdä päätelmiä yhteisössä ja kulttuurissa vallitsevista elämäntavoista, normeista ja ihanteista.[68]

Paviljongit jakavat potilaat

Pitkäniemi oli valtiollinen mielisairaala, joten se oli tarkoitettu kaikkialta Suomesta tuleville potilaille. Sen perustaminen paransi kuitenkin erityisesti Hämeen läänin asukkaiden hoitomahdollisuuksia: heitä oli kolmasosa potilaista.[69] Saelan kannatti tilan jakamisessa jo Niuvanniemessä käytettyjä periaatteita, joiden mukaan laitos jaettiin kahteen osaan, toinen kroonisia eli *parantumattomia* ja toinen akuutteja eli *parannettavia* potilaita varten. Paviljonkijärjestelmä rakennettiin nimenomaan parannettavia potilaita silmällä pitäen ja hoito-osasto sijoitettiin erilleen parannusosastosta, jotta kroonikot eivät häiritsisi parantolan arkipäivää. Mahdollisuus parantumiseen ajateltiin olevan niissä sairastapauksissa, joissa oireet olivat äkillistä laatua. Ylilääkäri Hougberg määritteli potilasjakoa yksityishenkilölle, joka yritti saada vaimoaan Pitkäniemeen potilaaksi: ”Voidaan vastaanottaa nainen, jos hänen tautinsa ei ole vuosia kestänyt”[70]. Krooniset mielisairaat ymmärrettiin parantumatta jääneiksi, sillä he eivät olleet saaneet sairastuessaan asianmukaista hoitoa.

[68] Korhonen 2005, 176–177.
[69] Kaarrninen & Kaarninen 1990, 41.
[70] Lähetettyjen kirjeiden konseptikirjat ja toisteet 1899–1900, passim. Pitkäniemen arkisto. HMA.

Potilas saapuu laitokseen

Pitkäniemeen potilas päätyi lääninlasaretin tarkkailujakson jälkeen, jossa hänen osakseen oli todettu laitoshoidon tarve. Kun hullu tuotiin sairaala-alueelle, hänet vietiin ensimmäiseksi hallintorakennuksen vastaanottotiloihin, jossa hänet kylvetettiin, puhdistettiin ja puettiin potilaiden yhdenmukaisiin sairaalavaatteisiin. Henkilökunnan toimittamiin ”sisäänkirjautumismenoihin” kuuluivat myös elämäkerran kirjaus, henkilökohtaisen omaisuuden takavarikointi ja lopulta hallintorakennuksen vieressä sijaitsevalle tarkkailuosastolle vieminen hallintorakennuksesta lähtevää käytävää pitkin.[71] Jo laitoksen suunnittelussa pohdittiin, miten sairaala ottaa vastaan uuden asukkaan. Saelan halusi jakaa tilan niin, että uusi potilas saatiin kuljetettua heti paikalleen, ilman, että muut potilaat näkisivät hänet ja aiheuttaisivat hänelle häiriötä.[72]

Elämäkerran kirjaus, punnitseminen, mittaaminen ja kaiken tämän dokumentointi olivat alku potilaan sairaskertomukselle, joka kuului yksilölliseen mielisairaanhoitoon. Toimenpiteet vaikuttivat initiaatioriititiltä, jotka tekivät hullusta laitoksen asukin – potilaan. Potilaan yksilöinti oli psykiatrisen tautiluokituksen päämäärä ja osa modernia mielisairaanhoitoa, jota edeltänyt menetelmä hullujen säilyttämisestä vaivaistalon tapaan torjuttiin ja kritisoitiin ankarasti. Sairaskertomuksista, joita alettiin Lapinlahdessa kirjata pari vuosikymmentä laitoksen käyttöönotosta 1870-luvulla ja jotka Niuvanniemessä ja Pitkäniemessä olivat itsestäänselvyys alusta lähtien, muodostui dokumentaarinen kenttä ja hienojakoinen arkisto varsinaisen laitoselämän lisäksi potilaiden elämästä ennen laitosta sen ulkopuolella. Hoitajilla oli tärkeä rooli lääkärien keräämissä potilaskertomuksissa: heidän velvollisuutensa oli ”niin tarkoin kuin mahdollista tarkata sairaitaan voidakseen antaa heistä kaikkia, kysymykseen tulevia tietoja”[73]. Sairaskertomukset olivat osa rekisteröintiä ja todisteiden kokoamisesta, jossa jokaisesta yksilöstä tehtiin tapaus, jossa hän samanaikaisesti oli sekä psykiatrisen tiedon kohde että – varsinkin mielisairaalaorganisaation alkutaipaleella – lähde.[74]

Potilaan saapuessa Pitkäniemeen, kuten lähes mihin tahansa moderniin laitokseen, hänelle tehtiin lääketieteellinen tarkastus, jossa hänet punnittiin ja häntä verrattiin tautiluokitukseen sekä muihin potilaisiin. Oli tärkeää, että laitokseen otettavalla potilaalla oli mukana henkilö, joka saattoi jättää sairaasta täydellisen elämänkertomuksen. Useimmiten saattajana oli potilaan omainen tai kunnallinen viranomainen. Kyse oli tieteellisestä objektivointi- ja alistamiskeinosta, jossa yksilö ja hänestä

[71] Förhållnings- och ordningsregler för vårdpersonalen vid Pitkäniemi centralanstalt 1900, 7; Goffman 1961, 15–16, 40; Malmivuori 1985, 53.
[72] Saelan 26.6.1867. Muistikirjat osa 2, 250–251.
[73] Förhållnings- och ordningsregler för vårdpersonalen vid Pitkäniemi centralanstalt 1900, 11.
[74] Foucault 2000, 257–258, 261–265.

saatava tieto sisältyvät hänen tuottamiseensa. Kuvaavaa oli, että suuren laitoksen potilaisiin ja heidän muodostamiinsa oireiden luokkiin esimerkiksi komiteanmietinnöissä viitattiin erilaisena potilas*aineksena*[75]. Modernin laitoksen kurinpitojärjestelmässä sairas oli huolellisemmin yksilöity ja dokumentoitu kuin sen ulkopuolella asuva niin kutsuttu terve.[76]

Paisuva dokumentaarinen asiakirja-aineisto potilaista vahvisti ja edelleen tuotti psykiatrista tietoa, joka oli osa aikansa valtasuhteiden muutosta. Virallinen tieto muodostuu tiedon ja vallan välisistä monimuotoisista suhteista, jotka lopulta myös määräävät tiedon mahdolliset muodot ja alueet. Tehdessään ihmisruumiista tiedon kohteen valta- ja tietosuhteet ottavat haltuunsa valvottavaksi, ojennettavaksi ja kasvatettavaksi ihmisruumiin. Tieto pitkittää ja vahvistaa vallan vaikutuksia.[77] Mielisairaalaorganisaation rinnalla laadittiin mieli*sairauden* teoriaa ja uudet huolto- ja hoitomuodot saivat moraalisen (vapaa, inhimillinen hoitotapa), tieteellisen (orgaaninen psykiatria) ja poliittisen (väestöpolitiikka) oikeutuksen.

Parannusosastolla kansalaiskelpoiseksi

Parannettaville ja parantumattomille annetut hoidot poikkesivat toisistaan, vaikka keinoja potilaiden hoitamiseksi ei 1900-luvun alussa paljon ollut. Parannusosaston hoitotavassa siirryttiin orgaanisen psykiatrian mukaan ”laajaperäisempään, itse perusvaivaan kohdistuvaan hoitamismenettelyyn”. Tämä tarkoitti sairaalloisen elimen eli aivojen ”suojelevaa säästämistä” ja koko elimistön vahvistamista, jonka osaltaan piti edistää ruumiin sairaan osan, aivojen, paranemista. Käytössä olevat hoitokeinot olivat dieetti ja fysikaalinen terapia. Hoito-osaston parantumattomien kroonikkojen hoidon piti olla sitä vastoin ”asiallisesti kiihoittavan ja harjoittavan”. Ensi sijassa se tarkoitti työntekoa, jonka tarkoitus oli ruumiillisesti ja henkisesti ”ylläpitää sairaan jäntevyyttä”. Lukeminen, huviretket ja juhlallisuudet, kuten musiikki-iltamat olivat osa hoitoon kuuluvia huvituksia. Joillekin potilaille järjestettiin heidän ymmärryksensä mukaan sovitetuksi arveltua opetusta yksinkertaisissa aineissa. Kroonikoille osoitettuja hoitoja luonnehdittiin säilyttäviksi keinoiksi; heidän tilaansa haluttiin pitää niin hyvänä kuin kussakin tapauksessa oli mahdollista.[78]

[75] Komiteanmietintö 1908:6, 11.
[76] Foucault 2000, 257–258, 261–265; Kaarninen & Kaarninen 1990, 50.
[77] Foucault 2000, 42–45.
[78] Komiteamietintö 1908:6, 10.

Potilaiden ohjaamisessa oikealle tielle tärkeimpänä menetelmänä oli laitoksen säntillinen päiväohjelma. Sekä parannus- että hoito-osastolla noudatettava hoito perustui aikansa uuteen ajatukseen: ”terve mieli terveessä ruumiissa” tai ”puhdas mieli puhtaassa ruumiissa”.[79] Ruumiin vahvistamisen kannalta laitosympäristön suunnitteleminen oli modernia, vanhasta erottuvaa.

Pitkäniemen parannusosasto valmistui rantamaisemaan hoito-osaston jäädessä kauemmas alueelle johtavan tien varteen. Parantumattomille mielisairaille suunniteltiin alusta pitäen suurempaa hoito-osastoa, jonka laajentaminen haluttiin aloittaa pian ensimmäisessä vaiheessa rakennetun laitoksen käyttöönoton jälkeen. Äkillisesti sairastuneille tarkoitettua parannusosastoa pidettiin kiireellisempänä, jotta parannettaviksi katsotut sairaat saataisiin pian kuntoutettuina työkykyisiksi ja takaisin normaaliin elämänrytmiinsä. Mielisairauksien lisääntyminen ja siitä seurannut työkyvyttömyys ajateltiin näin pysäyttää. Valtion keskuslaitosten suunnittelu ja niiden tarpeen perustelu rakentui juuri tällaisia mielisairaita silmälläpitäen. Parhaana ratkaisuna pidettiin yhdistettyä parannus- ja hoitolaitosta, jossa hoito-osaston rakennukset kuitenkin nousivat riittävän kauas parannusosastolta, jotta ne eivät häiritsisi parantolamaista elämää. Jo Lapinlahden rakentamisen jälkeen tiedostettiin ongelmat, jossa nämä kahteen jaetut potilaat sijoitettiin kaukana toisista oleviin laitoksiin. Laitoksen arkielämässä raja parannettavien ja parantumattomien välillä ei ollut aina selvä: ajoittain Seiliin parantumattomana lähetetty potilas parani.[80]

Potilaiden paviljongit jaettiin ensiksi parannettavien sairastuneiden ja parantumattomien kroonikoiden tilaksi, toiseksi naisten ja miesten tilaksi sekä kolmanneksi säätyläistön ja rahvaan tilaksi. Edelleen potilaat jaettiin paviljongeissa osastoihin heidän oireidensa mukaan. Potilaiden jakaminen heidän erilaisten ominaisuuksiensa mukaan oli modernin laitoksen yksi keskeinen tunnuspiirre, jolla irtisanouduttiin kuntien vaivaistaloissa annetusta vaivaishuollosta. Varsinkin lääkärit pitivät vaivaistalojen oloja kehnoina, koska niissä olivat kaikki vaivaiset sekaisin. Ainoastaan houruille oli yleensä oma puolensa, ”hourula”, vaivaistalon arkipäivän helpottamiseksi.[81] Varsinaisia hoitokeinoja ei laitoksessa ollut sen kummemmin kuin vaivaistaloissa.

[79] Harjula 1996, 80.
[80] Saelan 26.6.1867. Muistikirjat, osa 2, 247.
[81] Jaakkola 1994, 134–135.

Laitoksen rakentamiselle oli silti lääketieteellinen perusta. Mielisairaiden ja muiden vaivaisten *huollosta* siirryttiin länsimaisen mallin mukaan moderniin, tieteelliseen *hoitoon*, jota harjoitettiin modernissa laitoksessa. Suljetun laitosalueen osastojako vahvisti ja ylläpiti lääketieteen edustajien, lääkärien, auktoriteettia. Laitosalueen tilan hallitsija oli lääkäri, viime kädessä ylilääkäri. Valtiollisen keskuslaitoksen paviljonki- ja osastojako perustui paitsi aikansa psykiatriaan myös hallitsevan luokan käsityksiin oikeanlaisesta tavasta elää. Erillisten osastojen käyttöönotto oli yhteydessä laajemman yksilöivän tarkkailun aloittamiseen. Potilaista alettiin kerätä tietoja, joiden avulla mielisairauden syy oli paikannettavissa ja heidän muuttamisensa yläluokan arvioiden mukaisiksi, moraalisiksi yhteiskunnan jäseniksi voisi laitoksessa alkaa.

Parannusosaston paviljongit jaettiin potilaiden oireiden mukaan viiteen rakennukseen molemmille sukupuolille seuraavanlaisesti: (1) tarkkailun alaiset ja ruumiillisesti sairaat potilaat, (2) rauhalliset säätyläispotilaat, (3) rauhalliset rahvaan potilaat, (4) rauhattomat, epäluotettavat ja epäsiistit potilaat sekä (5) väkivaltaiset potilaat. Paviljongeissa ei ollut sukupuolten välillä eroja, vaan ne olivat toistensa peilikuvia.[82] Potilaiden erottelu ja edelleen yksilöiminen yksittäisiksi sairaskertomuksiksi tarkoitti käytännössä yksilöivän tiedon jatkuvaa lisääntymistä. Molemmissa oli kyse yksilössä piilevien huonojen taipumusten osoittamisessa ja kitkemisessä, päivittäin tarkkaillussa käytöksessä. Potilas oli osa osastohierarkiaa, jonka välityksellä häntä tarkkailtiin.[83]

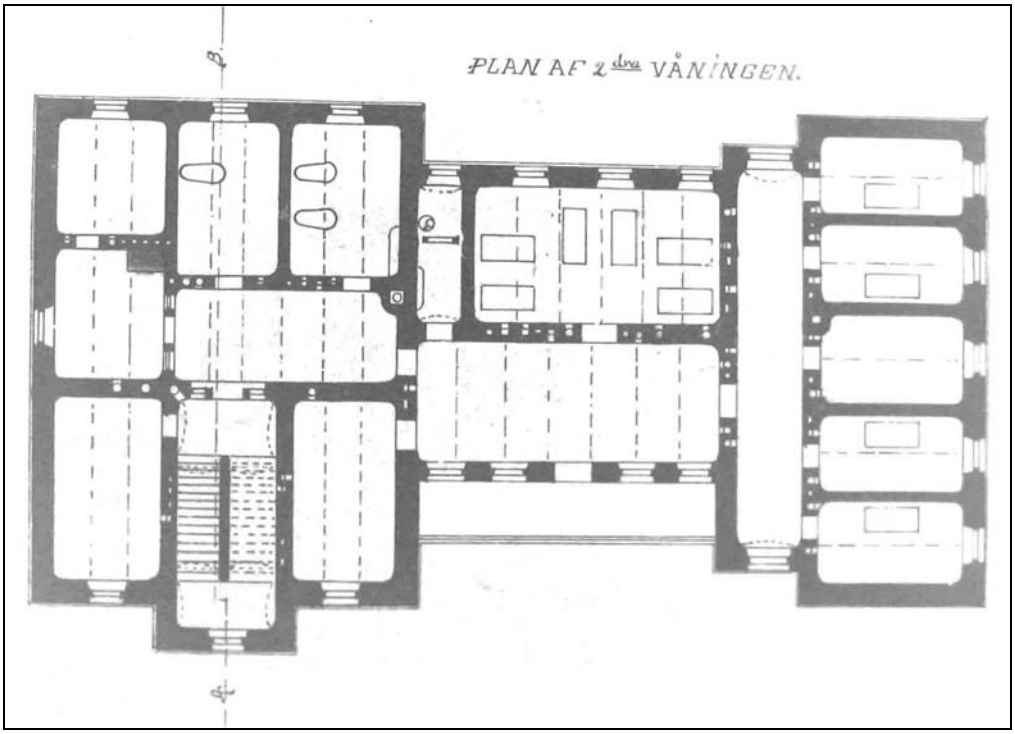
Paviljonkien tilanjako perustui tilan toiminnalliseen eriyttämiseen. Yksityis- ja yhteishuoneet olivat nukkumista varten, ruokasaleissa ja päivähuoneissa tapahtuivat päivän toimet. Makuuhuoneet olivat tavallisesti kaksikerroksisten rakennusten yläkerrassa ja päiväsalit alakerrassa. Laitoksen arkipäivää sääteli päivärutiini ja muodolliset säännöt, jotka säädettiin ylemmältä taholta ja otettiin huomioon jo laitosta suunniteltaessa. Potilaiden määrä alueen eri rakennuksissa vaihteli suunnitelmissa huomattavasti. Parannusosastolla eniten potilaita oli rahvaan rauhallisten potilaiden paviljongissa – 33 potilaspaikkaa – ja potilassijoiltaan pienin oli väkivaltaisten potilaiden paviljonki – 15 potilaspaikkaa.

[82] Pitkäniemen rakennuspiirustukset. Hämeen piirirakennuststo. HMA.
[83] Foucault 2000, 175.

Tarkkailuosasto

Naisten ja miesten tarkkailuosastot sijaitsivat hallintorakennuksen viereisten rakennusten toisissa kerroksissa. Osasto oli potilaiden tarkkailua ja tutkimusta varten heidän laitokseen ottamisensa yhteydessä, jonka jälkeen heidät sijoitettiin kullekin henkilölle parhaaksi katsotulle osastolle. Tilaa varattiin molemmilla osastoilla kymmenelle potilaalle neljään yksityis- ja yhteen kuuden hengen yhteishuoneeseen. Uusi potilas tuotiin osastolle paviljongin ensimmäisen kerroksen ruumiillisesti sairaiden osaston kautta. Porraskäytävään pääsi niin, etteivät osaston potilaat törmänneet uuteen asukkaaseen (kuvan 3 rakennukseen johtava käytävä).

Osastolle saavuttaessa porraskäytävältä pääsi suoraan yhteen kolmesta hoitajien huoneista. Osasto oli jaettu kahteen osaan niin, että sisäänkäyntipuolella olevat tilat olivat muita osastolla tarvittavia tiloja varsinaisten potilashuoneiden jäädessä paviljongin toiseen päähän, mahdollisimman kauas ulospääsystä. Heti portaikon päässä sijaitsivat keittiö, sen takana eristyshuone ja kaksi pientä kylpyhuonetta. Ruokailu- ja päiväsali oli keskellä paviljonkia ja siitä oli pääsy länsiparvekkeelle sekä portaiden vieressä olevaan hoitajan huoneeseen. Yhteishuoneeseen ja klosettiin kuljettiin päiväsalin kautta ja yksityishuoneisiin pääsi sivukäytävältä. Potilashuoneiden sijoittelussa pyrittiin saamaan ne kohti etelää auringonvalon saamiseksi huoneisiin. Tarkkailuosastolla tässä onnistuttiin kaikkien yksityishuoneiden osalta. Yksityishuoneiden väliin rakennettiin hoitajan huone, jonka sijoituksella oli tarkoitus saada potilaille tunne yövalvonnasta.



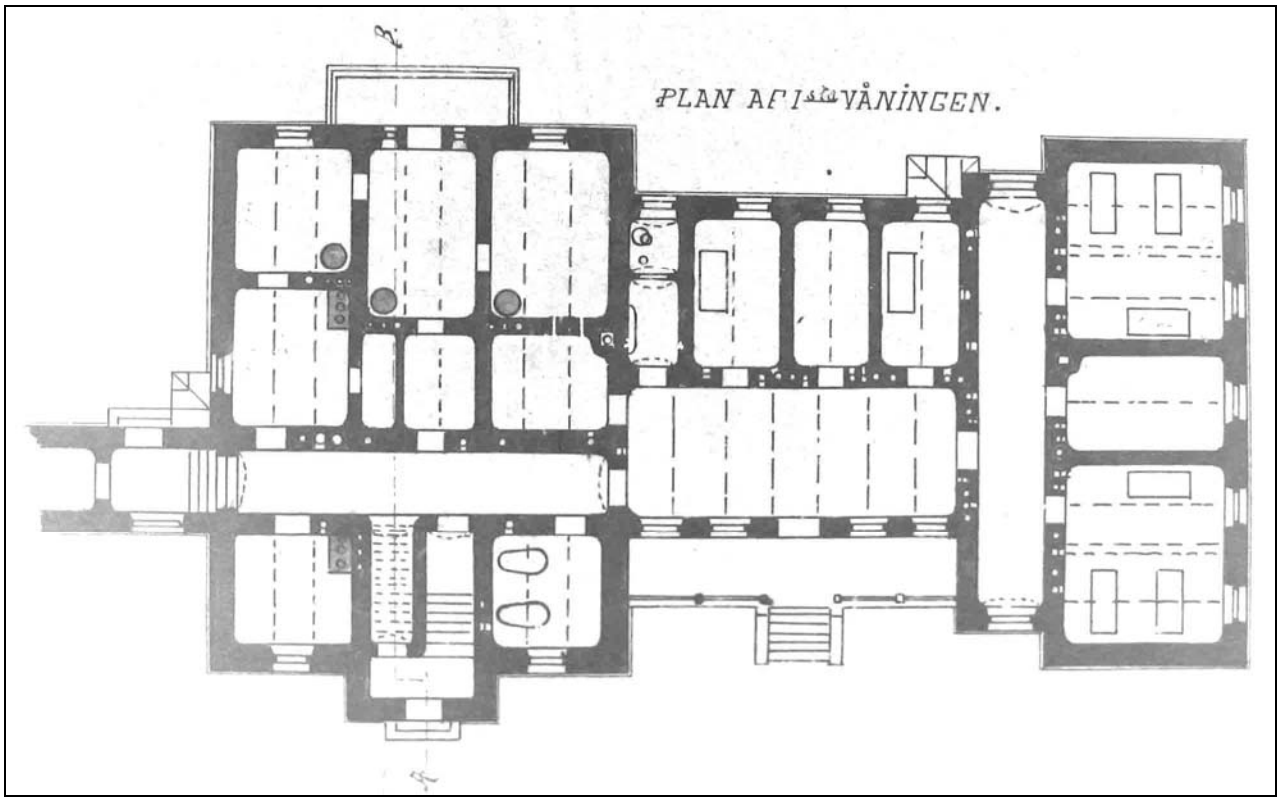
Kuva 3. Pohjakuva naisten tarkkailuosastosta. Osasto sijaitsi II paviljongin toisessa kerroksessa. Lähde: Pitkäniemen rakennuspiirustukset. Hämeen piirirakennustoimisto. HMA.

Laitoksen ensimmäisten toimintavuosien aikana ei ollut erillistä yövalvontaa. Yksityishuoneet mahdollistivat sairaiden eristämisen toisistaan nukkumisen ajaksi. Jos häiriöitä sattui hoitajan työajan ulkopuolella, osastolla asuvien hoitajien velvollisuuteen kuului tarpeen vaatiessa puuttua osaston elämään öiseenkin aikaan.[84] Heidän makuukamarinsa sijoitettiin mahdollisimman keskeiselle paikalle, jotta huoneen pelkkä läsnäolo vaikuttaisi valvovalla tavalla. Hoitajan huone sijoitettiin usein paviljongin keskellä olevien yhteishuoneiden läheisyyteen, niin että huoneesta oli pääsy sekä yhteishuoneeseen että käytävälle, jonka varrella yksityishuoneet olivat.

Osastojen huonejako oli täysin epäsymmetrinen. Tilassa ei ollut lainkaan mahdollisuutta liikkua ympäri siirryttäessä huoneesta toiseen. Joustava tilassa liikkuminen estettiin. Tilajärjestelmä oli tarkoitukseensa sopiva; mitä vähemmän oli mahdollisuus liikkua tilasta toiseen, sitä helpompaa oli liikkumista valvoa. Esimerkiksi yksityiset makuuhuoneet eroteltiin yhdellä yleisellä käytävällä. Tuloksena oli jakamaton makuuhuoneiden tila: suurin mahdollinen erottelu pienimmällä mahdollisella määrällä tiloja. Ainoa jaettu tila oli päiväsali, johon muut tilat liittyivät. Päiväsalia voidaan pitää tärkeimpänä tilana, jossa suurin osa osaston toimista tapahtui. Päiväsali myös välitti sisätilaa suhteessa ulkotilaan ja sitä kautta laitosalueeseen. Osaston tilanjako viittasi siihen, ettei tarkkailuosaston potilaita päästetty piha-alueelle, vaan ulkoilman nauttiminen oli otettu huomioon länteen suunnatulla aurinkoterassilla.

Tarkkailuosaston eristyskoppiin liitettiin vahvimmin tilalliset esteet. Se sijoitettiin äärimmäiseen laitaan suhteessa muihin potilastiloihin. Välissä olevat kylpyhuoneet estivät tai ainakin vaimensivat eristyskopista kuuluvia ääniä potilashuoneisiin. Eristyskoppi kuului vapaaseen hoitomuotoon ja sellainen löytyi jokaiselta osastolta. Erilliselle eristystilalle tuli tarve, kun sitomisesta ja kahlitsemisesta piti luopua. Tilan olemassaolo antoi hoitohenkilökunnalle mahdollisuuden vaikuttaa potilaiden käyttäytymiseen. Epätoivotusta käyttäytymisestä seurasi muista eristäminen ja pelkästään tilaan viittaamalla oli mahdollista ojentaa potilasta. Eristystilan olemassaolo kuului sairaiden kasvattamiseen ja ohjaamiseen halutunlaiseen käyttäytymiseen. Paviljonkiarkkitehtuuri ja osastojen eristyskopit eivät Pitkäniemessä kuitenkaan tarkoittaneet muista pakkokeinoista luopumista, vaan jo laitosta suunniteltaessa kululistalle laskettiin sidontatarpeita, kuten pakkopaitoja.[85]

[84] Sarvilinna 1938, 397.
[85] Soininen 1934, 86.



Kuva 4. Ruumiillisesti sairaiden miesten osasto sekä farmaseutin ja hänen perheensä huoneisto. Lähde: Pitkäniemen rakennuspiirustukset. Hämeen piirirakennustoimisto. HMA.

Ruumiillisesti sairaiden osasto

Paviljonkien II ja III ensimmäisissä kerroksissa sijaitsivat osastot laitoksen ruumiillisesti sairaille potilaille (kuva 4). Heitä olivat esimerkiksi halvaantuneet ja ruumiillisesti heikossa kunnossa olevat potilaat. Osastolla oli kaksi yksityishuonetta päiväsalin yhteydessä ja kaksi kolmen hengen yhteishuonetta paviljongin eteläpäädyssä. Tilaa oli kahdeksalle potilaalle ja kumpienkin huonetyyppien väliin tehtiin hoitajien kamarit helpottamaan valvontaa. Paviljongin saapumispäädyssä oli kolmen huoneen ja keittiön huoneisto laitoksen henkilökuntaa varten. Miesten puolen huoneisto suunniteltiin farmaseutille ja hänen perheelleen. Naisten puolen huoneisto saattoi olla suunnattu esimerkiksi vahtimestarin perheelle, sen kohdetta ei ole piirustuksiin vahvistettu.[86]

[86] Förhållnings- och ordningsregler för vårdpersonalen vid Pitkäniemi centralanstalt 1900, 10; Pitkäniemen rakennuspiirustukset. Hämeen piirirakennuststo. HMA.

Väkivaltaisten osasto

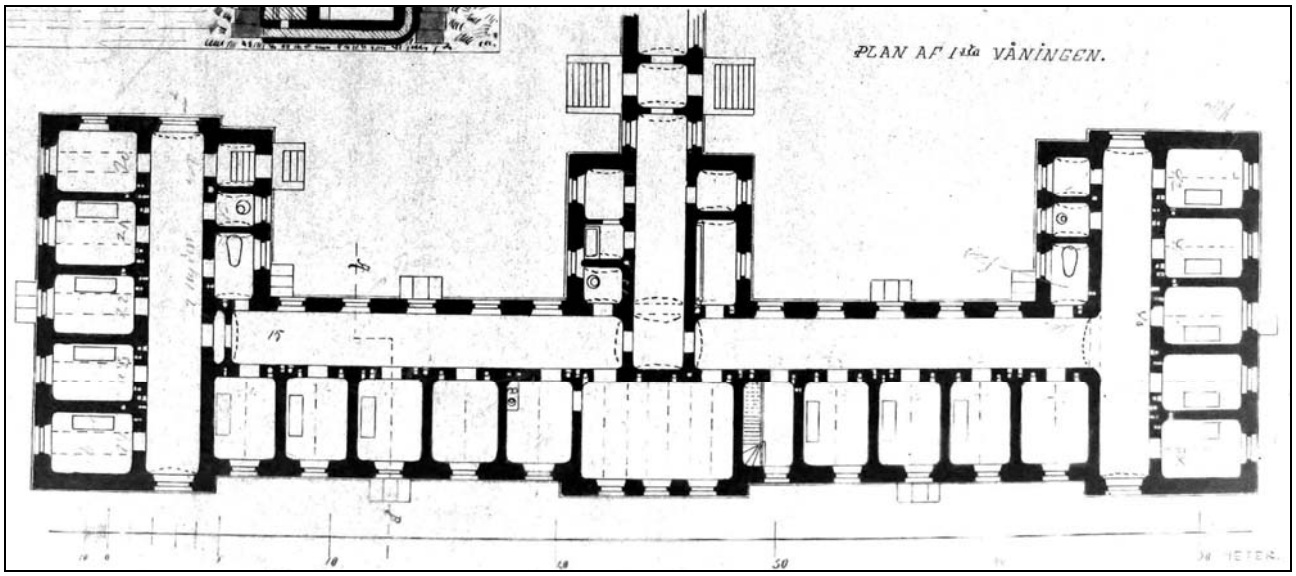
Laitosalueen keskuksesta kauimmaksi sijoitettiin hankalimmin valvottavien potilaiden paviljongit, väkivaltaiset naiset aivan niemen lounaiskärkeen ja väkivaltaiset miehet vastakkaiseen suuntaan ylilääkärin asunnolle vievän tien varteen niin, ettei se ollut liian lähellä linnaa. Nämä koppiosastot poikkesivat sisätiloiltaan eniten muista paviljongeista. Väkivaltaisten huoneita kutsuttiinkin jo suunnitteluvaiheessa muista osastoista poiketen ”selleiksi”.[87]

Väkivaltaisten potilaiden paviljongit sijaitsivat kauimpana tulotien varresta eikä laitoksen julkiselle puolelle voinut osastoja nähdä. Valvonnan helpottamiseksi paviljongit rakennettiin yksikerroksisiksi eikä osastolla ollut ainoatakaan päiväsalia, paviljongin keskellä oleva yhteistila oli varattu ruokailua varten. Paviljongissa oli sija 15 potilaalle, kullekin yksityishuoneeseen eikä erillisiä eristyshuoneita tarvittu. Säätyläistö ja rahvas olivat samassa rakennuksessa, mutta osaston eri siivissä. Vartiointi oli tiukkaa ja potilas oli herkeämättä hoitajan tarkkailun alla. Osastoilla oli potilaita, jotka oli määrätty olemaan huoneissaan vuorokaudet läpeensä. Päivisin selleissään suljettuina pidettävien potilaiden tuli antaa jaloitella käytävillä tai ulkoilmassa. Ulkoilu tapahtui osastojen välittömässä läheisyydessä lauta-aitojen ympäröimillä pihoilla, joista ei ollut pääsyä tai näkyvyyttä muualle sairaala-alueelle.[88]

Väkivaltaisten potilaiden osaston pohjakaava oli lainattu yksinäissellijärjestelmästä, jossa tilanjako oli samankaltainen kuin vankiloissa (kuva 5). Sivukäytävämallisen sellirakennuksen malli varmisti sen, että liikkuminen tilassa oli mahdollisimman rajoitettua. Rakennuksen tilanjako on johdettavissa Pohjois-Amerikassa kehitetyn vankila-arkkitehtuurin, nk. Philadelphian järjestelmän perinteestä, jossa vangit eristettiin täydellisesti toisistaan läpi vuorokauden. Malli kehitettiin vankien yhteenliittymien ja vankilakulttuurin synnyn estämiseksi. Eristämisellä haluttiin estää myös moraalisen saastumisen leviäminen turmeltuneimmista vangeista ensikertalaisiin. Vangit pakotettiin jatkuvaan yksinäisyyteen, joka helpotti vankien valvontaa ja tehosti hyveiden opettamista heille. Heidän ainoa yhteys muihin ihmisiin saattoi olla vankilapastori. Vankien haluttiin katuvan tekojaan ja yksinäiseristyksen ajateltiin ohjaavan heidät katumukseen. Järjestelmää pidettiin parantavana; sen ansiosta vankeihin ajateltiin muodostuvan sisäsyntyinen kontrolli ja moraalinen ymmärrys.[89]

---

[87] Aminoff 1894, 3.
[88] Förhållnings- och ordningsregler för vårdpersonalen vid Pitkäniemi centralanstalt 1900, 7; Pitkäniemen rakennuspiirustukset. Hämeen piirirakennuststo. HMA; Nygård 1998, 201–202.
[89] Onnela 1992, 20.



Kuva 5. Ns. koppiosasto eli osasto väkivaltaisia naispotilaita varten rakennettiin pienen mittakaavan sellijärjestelmäksi. Lähde: Pitkäniemen rakennuspiirustukset. Hämeen piirirakennustoimisto. HMA.

Pitkäniemen koppiosastot säilyivät levottomia ja väkivaltaisia potilaita varten vuoteen 1920 asti[90]. Psykiatristen sairaaloiden paviljonkiarkkitehtuurilla potilaat jaettiin oireidensa mukaan niin, että jokaisen potilaan valvonta oli ainakin teoriassa mahdollisimman tehokasta. Osastojaolla haluttiin samalla tavalla kuin vankien keskuudessa poistaa rauhattomien potilaiden vahingollinen ja potilasta huonontava vaikutus rauhallisiin sairaisiin.

Toinen yhdysvaltalainen vankilajärjestelmä on myös tunnistettavissa paviljonkiarkkitehtuurin periaatteissa. Auburnilaisessa järjestelmässä vangit viettivät yöt yksinäisselleissä. Päiväksi heidät koottiin tekemään työtä suureen saliin, jossa heitä valvottiin herkeämättä. Työ piti tehdä rikkumattomassa hiljaisuudessa. Järjestelmään kuului yhteydenpidon estäminen toisiin vankeihin eristämällä vangit yksityisselleihin silloin, kun he eivät olleet vanginvartijoiden valvonnan alla. Sääntöjen rikkomisesta seurasi ruumiillinen rangaistus.[91] Samanlainen tilanjako oli suurimmalla osalla Pitkäniemen osastoista. Potilaat olivat yöt yksityis- tai yhteishuoneissa, joita hoitajat valvoivat niiden viereen sijoitetuista huoneistaan. Päivähuoneet olivat yhteistiloja, joissa hoitajat ohjasivat toimintaa. Potilasta rangaistiin häiritsevästä käytöksestä sulkemalla hänet osaston eristyskoppiin.

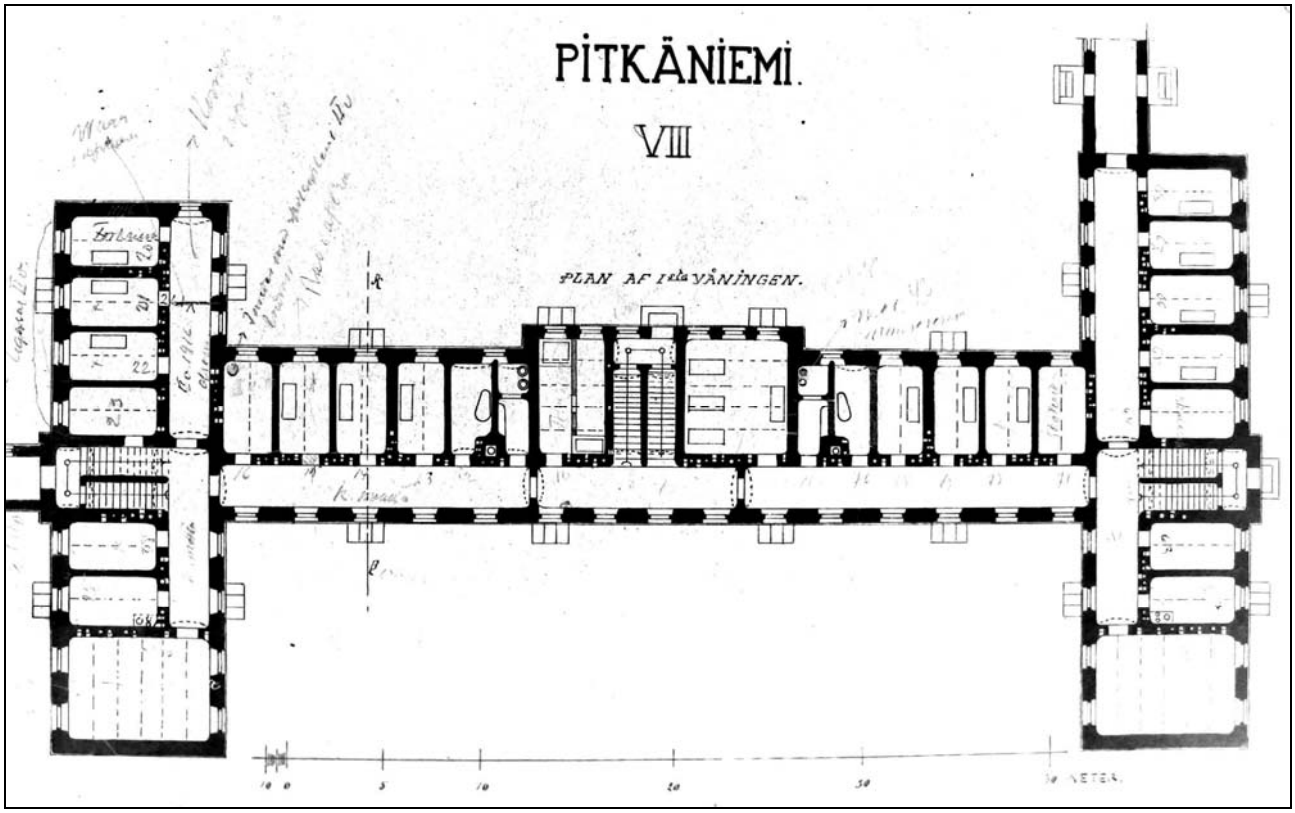
[90] Kaarninen & Kaarninen 1990, 17–18.
[91] Onnela 1992, 22–23.

Rauhattomien, epäluotettavien ja epäsiistien osasto

Miesten ja naisten osastoilla ”rauhattomia, epäluotettavia ja epäsiistejä” sairaita varten noudatettiin samankaltaista tilanjakoa kuin väkivaltaisten paviljongeissa. Rakennukset olivat yksikerroksisia, sivukäytävämallisia selliosastoja. Paviljongin pohjapiirustus antaa ymmärtää, että potilaita päästettiin oleskelemaan käytäville. Käytävät jaettiin paviljongin sivupäädyissä kahteen ja keskellä kolmeen osaan. Potilaiden oli mahdollista päästä näin huoneensa ulkopuolelle, mutta liikkuminen osastolla saatiin rajoitetuksi ja helposti valvotuksi. Potilaita osastolle mahtui seitsemäntoista: neljän hengen yhteishuonetta lukuun ottamatta kaikille potilaille oli yksityishuoneet. Kuvasta 6 nähtävä naisten osasto jakaantui vasemman puolen säätyläis- ja oikean puolen rahvaanosaan.

Hoitajakunnan esimiesten, ylihoitajan ja ylihoitajattaren huoneet olivat rauhattomien osastojen säätyläispuolilla, kuvan piirustuksessa vasemmassa alakulmassa. Heidän huoneensa olivat hoitajien huoneita tilavampia. Heidän huoneidensa vieressä olevat keittiöt tarkoitettiin heidän omaan käyttöönsä, vaikka niiden sisäänkäynnit olivat yhteisellä käytävällä. Pohjakuvassa näkyvän ylihoitajattaren huoneen läheisyydessä ei ollut potilashuonetta, vaan keittiön viereinen tila oli osaston kuivaushuone. Säätyläispuolella oli ylihoitajan lisäksi yksi hoitaja. Rahvaanosassa hoitajia oli kaksi.

Epäsiistit, *osnygga*, potilaat viittasivat sairaisiin, joilla oli taipumusta sutata itsensä ja huoneensa eritteillään. Pitkäniemen ohje- ja järjestyssäännöissä opastettiin hoitajia pitämään siivottomat ja vaatteensa repivät potilaat mahdollisuuksien mukaan ”puhtaassa ulkomuodossa” ja samassa kunnossa kuin säädyllisempiin tapoihin tottuneet. Siivottomien tapojen poiskitkemisessä hoitajia ohjattiin noudattamaan tarkkaavaisuutta ja huolenpitoa potilaita kohtaan, aivan kuten pienten lasten hoidossa.[92] Toisaalta epäsiisteydellä saatettiin viitata myös seksuaalisuuteen. Hoitajien tuli valvoa potilaiden ”itsensä saastuttamista” ja yrittää kitkeä tapaa. Onanian otaksuttiin ainakin läpi tarkastelemani ajan olevan *syy* mielisairaudelle, itsessään mielisairautta aiheuttava tekijä. Niuvanniemen laitoksessa aloittanut ylilääkäri pahoitteli ensimmäisessä vuosikoosteessaan klosettien pienuutta, koska se ikävästi vaikeutti potilaiden valvontaa: ”Klosettihuoneet olivat lisäksi pieniä ja niihin mahtui vain yksi henkilö kerrallaan. Myöskin ne olivat pimeitä, joten potilaat saattoivat harrastaa siellä huonoja tapoja valvonnan puutteessa”.



Kuva 6. Osasto rauhattomille, epäluotettaville ja epäsiisteille naisille. Lähde: Pitkäniemen rakennuspiirustukset. Hämeen piirirakennustoimisto. HMA.

Epäluotettavat, *opålitliga*, potilaat olivat hankalia vapaan hoidon periaatteen näkökulmasta. Sairaan tuli olla luotettava, jotta hänen lupauksiaan vastaan voitiin antaa vapauksia. Potilaan luotettavuutta alettiin tarkkailla heti hänen laitokseen tulonsa jälkeen. Potilaskertomus koskien ennen sairaan laitokseen tuloa koostettiin pitkälle hänen omien kertomustensa perusteella. Kertomusten johdonmukaisuutta tarkkailtiin sekä verrattiin muiden antamiin tietoihin potilaasta. Jos potilas käyttäytyi mallikelpoisesti ja vaikutti luotettavalta, pääsi hän osastolle, jossa hän sai enemmän vapauksia. Luottamuksen saavuttaneet potilaat saivat käydä omin päin ulkotöissä, jos antoivat lupauksen, etteivät poistuisi alueelta.[93]

[92] Förhållnings- och ordningsregler för vårdpersonalen vid Pitkäniemi centralanstalt 1900, 4; Malmivuori 1985, 16–18.
[93] Björkman Lääkintähallinnolle (ei päiv.). Lähetettyjen kirjeiden konseptikirjat ja toisteet 1912. Pitkäniemen arkisto. HMA.

Rauhallisten osasto

Rauhallisten osastoilla potilaat saivat olla vapaammin ja käydä laitoksen töissä ilman saattajaa. Rauhallisille potilaille oli yhteensä neljä kaksikerroksista paviljonkia – miehille ja naisille sekä säätyläisille ja rahvaalle omansa. Säätyläisten ns. pensionääriosastolla (paviljongit IV, V) oli enemmän tilaa ja yksityishuoneita; rakennuksessa oli potilaita yhteensä 20, kun rahvaan osastoille suunniteltiin 33 potilaspaikkaa (paviljongit VI, VII). Muuten ei eroja rahvaan ja säätyläisten osastoilla tilanjaon suhteen juuri ollut. Säätyläisosastolla oli yksitoista yksityishuonetta sekä kolme kolmen hengen yhteishuonetta. Yksityishuoneet sijoitettiin paviljongin päätyihin sivukäytävän varrelle, yhteishuoneet sekä ruokailu- ja päiväsalit tehtiin rakennuksen keskelle. Yksityis- ja yhteishuoneet olivat ainoastaan nukkumista varten ja ylösnoustuaan potilaat viettivät päivänsä päivähuoneissa. Säätyläistön päiväsaleihin piti kiinnittää tavallista enemmän huomiota siitäkin syystä, ettei heitä sopinut laittaa ulkotöihin. Ulkoilu heille järjestettiin kävelypihan aurinkoteltoissa sekä kävelyillä Pitkäniemen puistossa. Paviljongeista oli pääsy suoraan kävelypihalle ja rantaan. Ongelmana oli varsinkin rauhallisten säätyläismiesten päiväohjelma. Säätyläisnaisten säädylle sopivaa oli tehdä käsitöitä ja koruompeleita, mutta vastaavaa arvonmukaista työtä ei miehille laitoksessa ollut tarjolla.[94]

Vaikka rahvas sijoitettiin lähinnä yhteishuoneisiin, oli heidänkin osastoillaan yksityishuoneita. Osastoilla rauhallisille rahvaan potilaille oli kuusi yksityishuonetta, neljän- ja viidenhengen potilashuoneita molempia yksi sekä kaksi kolmen ja kuuden hengen yhteishuoneita. Rahvaan osastoilla oli muista paviljongeista poiketen lääkärinhuone, joka oli tarkoitettu potilaiden tutkimusta varten, ei asuinkäyttöön. Lääkärinhuoneesta oli pääsy päivätilaan ja käytävälle, eikä lainkaan potilaiden makuutiloihin, kuten hoitajien asuinkamareista. Huone oli tarkoitettu päivällä toimitettavia tutkimuksia varten ja tilaan ei tarvinnut liittää valvonnan funktiota, joka taas hoitajien kamareissa oli olennainen.[95]

Rauhallisten osastoilla asuville potilaille ulkotila merkitsi liikkumisvapautta ja tilaisuuksia kohtaamisiin, joihin osastolla ei ollut mahdollisuutta. Ulkotöissä mies- ja naispotilaat näkivät toisiaan, vaikka työ oli osittain sukupuolen mukaan jaettu ja miehillä oli ulkotöitä selvästi enemmän.[96] Sukupuolittunut työnjako oli kuitenkin löyhempi verrattuna muuhun yhteiskuntaan, miespotilaat osal-

[94] Pitkäniemen rakennuspiirustukset: pav. IV ja V. Hämeen piirirakennuststo. HMA; Vuosikertomus 1912. Pitkäniemen arkisto. HMA.
[95]Pitkäniemen rakennuspiirustukset: pav. VI jaVII. Hämeen piirirakennuststo. HMA.

listuivat esimerkiksi laitoksen vaatehuoltoon. Ulkona liikkumisesta kertoo osaltaan myös laitokseen tilatut jalkineet: kunkin miespotilaan piti saada ainakin pari saappaita ja tohvelit, naisille, jotka olivat harvemmin ulkotöissä, riitti pari nilkkakenkiä ja tohveleita.[97]

Osastojen suuremmat vapaudet tarkoittivat toisaalta potilaiden liikkeiden jatkuvaa valvomista. Hoitajien ohjesäännössä määrättiin: ”Kaikki sairaat ovat, joko oleskellen ulkona tai sisällä, alituisen valvonnan alaisina lukuun ottamatta niitä, jotka ovat ylilääkärin käskystä eroitetut toisista, mutta näitäkin on tarkoin pidettävä silmällä.”[98] Käytännössä potilaita päästettiin pienissä talousaskareissa yksin ulos, kuten noutamaan keskuskeittiöltä ruokatarpeita. Potilaan vapaa kulkeminen laitosalueella paljastui tapauksessa, jossa naispotilaan kotikunnan vaivaishoitohallitus vaati korvauksia kustannuksista, joita sille oli koitunut potilaan Pitkäniemessä synnyttäneestä aviottomasta lapsesta. Ylilääkärin selvitys viittaa siihen, että etenkin naisilla seksuaalisuuden ilmaisu vaikutti vapauksien myöntämiseen.:

> ”[…] ajoittain oli tolkullisempi ja luonnollisempi[…] ryhtyi sairas säännöllisesti tekemään käsitöitä ja olemaan avuliaana talousaskareissa osastolla. Näin ollen annettiin myöskin lähettämään hänet laitoksen keittiöön noutamaan sieltä ruokaa y.m., ensin erään vanhemman ja luotettavamman potilaan kanssa, mutta sitten joskus myöskin yksinään. Muuta vapautta ei hänelle myönnetty. Huomattava on, että *sairas milloinkaan laitoksessa ollessaan ole, niin kuin monet muut naissairaat näyttänyt eroottisia taipumuksia*, joten tässä suhteessa ei voitu mitenkään aavistaa[…] Yleisesti tunnustetun periaatteen mukaan myönnetään nykyään kaikkialla jokaiselle mielisairaalle niin suurta vapautta kuin hän vaan vahingotta itselleen tai muille voi käyttää… Jos paljaasta pelosta, että jotain pahaa mahdollisesti tulisi tapahtumaan, ei uskaltaisi myöntää kenellekään sairaalle mitään vapautta, tulisivat sairaat laitoksen pidättämiksi ankarammin kuin vankilassa […]”[99]

Toisistaan poikkeavat paviljongit muodostivat osastojen hierarkian, joissa potilailla oli mahdollisuus edetä. Toivotulla tavalla käyttäytyminen tarkoitti pääsyä osastolle, jolla oli oikeus suurempaan liikkumisvapauteen laitoksen alueella. Yksilöllisyyteen pyrkivä vapaa hoitotapa oli keino kasvattaa ja ojentaa sairaita haluttuun, sopivana pidettyyn suuntaan. *No restraint* -hoitoperiaate perustui *ulkoisen* pakon, kuten kahleiden poistamiseen. Vapaa hoitotapa tarkoitti sitä, että potilas sai tiettyjä vapauksia, jos hän käyttäytyi tietyllä tavalla. Tavoitteena oli potilaiden saaminen käyttäytymään *omaehtoisesti* halutulla tavalla, ilman ruumiillista kuritusta. Laitoksen tavoitteena oli hoitaa ja opet-

---

[96] Esimerkiksi Therman kirjasi miehille yht. 29 924 työpäivää, joista 14 694 ulkotöitä, 4 376 käsitöitä ja 10 854 taloustoimia. Naisilla 18 686 työpäivää jakaantui seuraavasti: 162 ulkotöitä, 8 966 käsitöitä ja 9 588 taloustöitä. Vuosikertomus 1916. Pitkäniemen arkisto. HMA.

[97] Hougberg Lääkintähallinnolle 1.2.1908. Lähetettyjen kirjeiden konseptikirjat ja toisteet 1907–1908–1909. Pitkäniemen arkisto. HMA.

[98] Förhållnings- och ordningsregler för vårdpersonalen vid Pitkäniemi centralanstalt 1900, 4.

taa, ei vain säilyttää, kuten vaivaistaloissa. Sairaan rankaiseminen epätoivotusta käyttäytymisestä ei ollut itsetarkoitus, vaan se oli osa hänen ohjaamistaan oikeanlaisen käyttäytymisen suuntaan. Tavoitteena oli itsekurin sisäänrakentaminen potilaaseen.

Foucault'n käsittein kyseessä oli ideologinen valta ja mielteiden teknologia, jossa yksilön sisäinen ruumiinhallinta oli keskiössä. Laitoksen arkkitehtuurin suunnittelu tuki tätä normaalistavaa tehtävää tarjoamalla jaotteluillaan mahdollisuuksia potilaiden valvonnalle ja ohjaamiselle. Järjestettäessä osastoja, kammioita ja sijoja rakennettiin arkkitehtonisia, toiminnallisia ja hierarkkisia tiloja. Tilat saivat toisaalla yksilöt pysymään paikoillaan ja mahdollistivat toisaalla liikkumisen, ne ilmaisivat kunkin paikan ja osoittivat eri yksilöjen arvon sekä potilaiden että henkilökunnan joukossa, ne vahvistivat osaltaan yksilöiden tottelevaisuutta. Tilat olivat kaksinaisia: ensinnäkin ne olivat todellisia, niiden mukaan määräytyivät rakennusten, huoneiden ja kalusteiden sijoitus, mutta samalla tilat olivat käsitteellisiä, koska niiden järjestyksessä heijastuivat näkemykset, arviot ja hierarkiat. Kurilla ja sitä toteuttaneella arkkitehtuurilla oli modernissa laitoksessa tehtävänä järjestyksen muodostaminen, ne tekivät sekavasta ja uhaksi mielletystä joukosta järjestäytyneen moninaisuuden.[100] Määrittely, luokittelu ja lokeroiminen olivat aiemmasta kahlitsemisesta poikkeavaa, hienojakoisempaa vallankäyttöä.

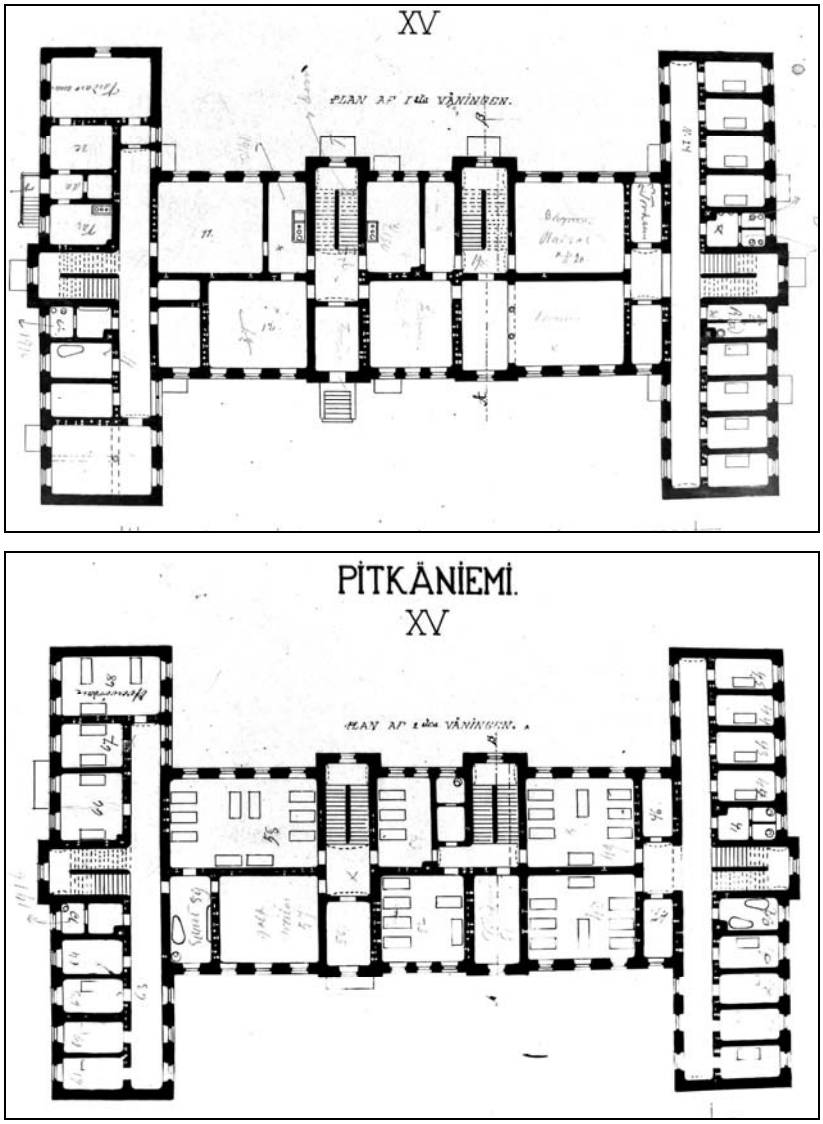
Lähtökohtana Pitkäniemen rakentamisessa oli poliittinen, poliitikkojen tilaama suunnitelma mielisairaanhoidon organisoimiseksi, jonka tarkoituksena oli kartoittaa tarkkaan ja jakaa luokkiin. Yleistämällä hoidon funktio sitä voitiin valvoa. Laitos rakennettiin, jotta sairastuneet saatiin parantolamaisessa, esimerkillisessä ympäristössä takaisin yhteiskuntakelpoisiksi, työkykyisiksi kansalaisiksi. Parantaminen tarkoitti ruumiin vahvistamisen ohella potilaiden opettamista moraalisiin elämäntapoihin. Mielisairaanhoidon lopullisena tavoitteena oli hallita potilaita heidän omilla ajatuksillaan, rohkaisemalla ja opettamalla heitä käyttäytymään toivotulla tavalla ja vahvistaa potilaan itsekuria – toisten potilaiden kohdalla tässä onnistuttiin paremmin kuin toisten.

---

[99] Björkman Lääkintöhallitukselle 10.5.1912. Lähetettyjen kirjeiden konseptikirjat ja toisteet 1912. Pitkäniemen arkisto. HMA.
[100] Foucault 2000, 202.

Hoito-osasto kroonikoille

Hoito-osastolle rakennettiin kaksi paviljonkia hallintorakennukselle johtavan tien varteen riittävän etäälle parannusosastosta. Parantumattomien potilaiden paviljonkijaossa riitti sukupuolten erottaminen toisistaan. Jo Pitkäniemen suunnitteluvaiheessa määrättiin kielto kroonikoiden ottamisesta parannusosastolle. Hoito-osaston kroonikoilla ei ajateltu olevan toivoa paranemisesta, vaan heidän kohdallaan oli enemmänkin tarve eristää sairaat muusta yhteiskunnasta. Kroonikko-osastolle päätyivät usein myös keskushermostoperäisiä muita sairauksia potevat ihmiset, kuten kehitysvammaiset, epileptikot ja aivovammaiset[101].



Kuva 7. Miesten asyyliosasto rakennettiin parantumattomiksi diagnosoiduille potilaille. Lähde: Pitkäniemen rakennuspiirustukset. Hämeen piirirakennustoimisto. HMA.

[101] Taipale 1991, 254.

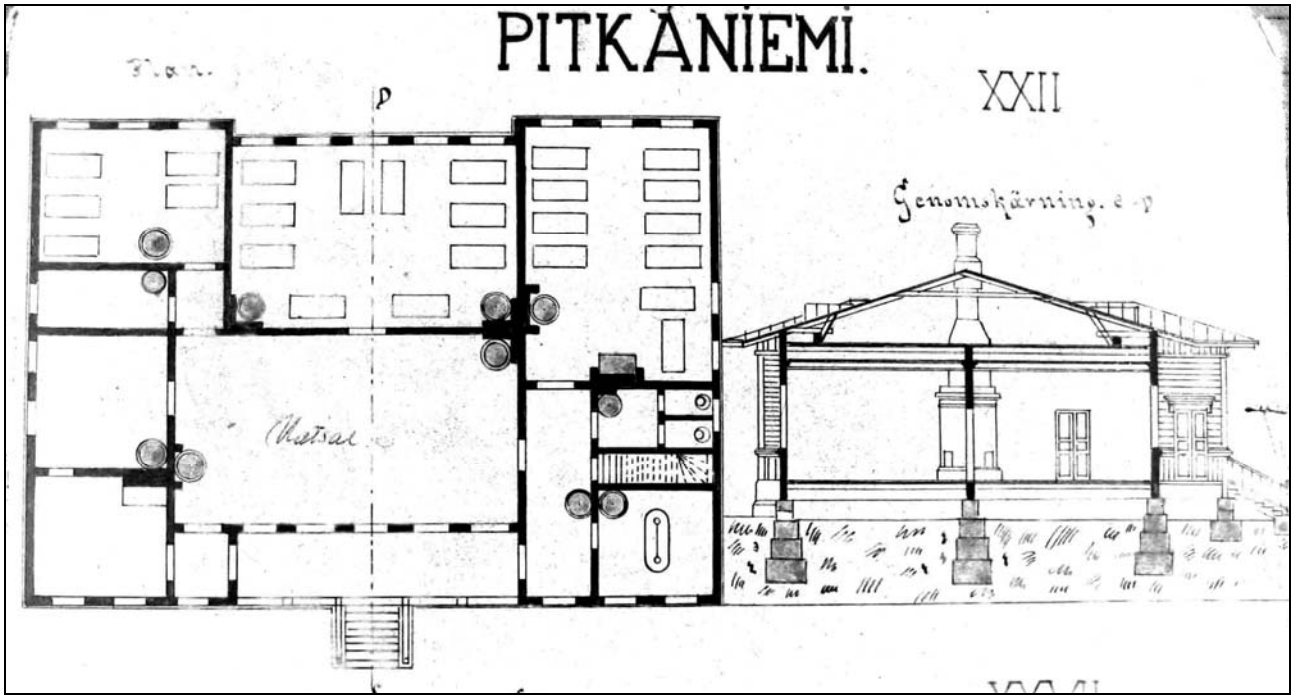
Modernin laitoksen suunnittelussa korostettiin äkillisesti sairastuneiden hoitamista, joilla ajateltiin olevan mahdollisuus paranemiseen, mutta laitoksessa ajateltiin tarjottavan kroonikoillekin inhimillisemmät olosuhteet kuin vanhanaikaiseksi mielletyissä huoltomuodoissa. Parantumattomien kohdalla ympäristön tervehdyttävää vaikutusta ei tarvinnut korostaa, eikä parantolan hierarkkista järjestystä ja tilanjakoa ollut tarpeellista toteuttaa kroonikko-osastolla. Esimerkkinä tästä oli pelkästään kroonikoita varten tehty Käkisalmen turvalaitos, joka kunnostettiin mielisairaille vanhasta vankilarakennuksesta 1880-luvulla, kun taas parantolamaisissa mielisairaaloista haluttiin poistaa kaikki mielleyhtymät vankiloihin. Parantumattomien tilojen suunnitteluun ei panostettu samalla tavalla kuin parannusosaston järjestämiseen. Pitkäniemessä korjaustoimenpiteet kohdistuivat nopeammin vastaanotto- ja parannusosastojen tiloihin aina kulloisiakin vaatimuksia vastaaviksi ja pitkäaikaispotilaiden kroonikko-osastot jäivät vähemmälle huomiolle,[102] vaikka heille asumisesta Pitkäniemessä tuli tavallisesti paljon pitempi kuin parannusosaston potilailla.

Hoito-osaston kahteen sivukäytävämalliseen paviljonkiin sijoitettiin huomattavasti enemmän potilaita kuin parannusosaston rakennuksiin. Naisosastolla potilaspaikkoja oli viisikymmentä. Kaksikerroksisen rakennuksen pohjakerroksessa olivat pääasiassa päivä- ja ruokasalit, keittiöt ja kylpyhuoneet. Potilashuoneet tehtiin kolmea pohjakerroksen yksityishuonetta lukuun ottamatta toiseen kerrokseen. Rakennusten päihin tehtiin yksityis- ja keskelle yhteishuoneet. Rauhallisille säätyläisille oli varattu yksityis- ja yhteishuoneita yhteensä kymmenelle potilaalle paviljongin toisen kerroksen eteläsiipeen. Käytävän toisella puolen oli rauhallisten rahvaan potilaiden kymmenen hengen yhteishuone. Rauhattomat kroonikkopotilaat sijoitettiin toisen kerroksen pohjoispuoleen sekaisin sosiaalisesta säädystä riippumatta. Luultavasti säätyläistön sijoittamisessa suosittiin kuitenkin yksityishuoneita. Yhteishuoneiden väliin ei suunniteltu erillistä käytävää, vaan näihin huoneisiin oli useampia sisäänkäyntejä ja niihin muodostui osastojen kulkureittejä. Jos vertaa parannusosaston yhteishuoneisiin, hoito-osastolla ei otettu yksityisyyttä samalla tavalla huomioon. Miesten osastolla tila jaettiin samoilla periaatteilla, mutta hieman suuremmalla osastolla oli kuusikymmentä potilaspaikkaa (kuva 7).[103]

Hoito-osastolle valmistui lisäksi kokeiluluontoinen puurakenteinen huvila 25 ruumiillisesti hyvinvoivalle miehelle täysin erilleen muista laitosrakennuksista. Heitä oli tarkoitus hyödyntää järjestelmällisemmässä työnteossa Pitkäniemen maatilalla. Huvilan nukkumatilat oli jaettu kolmeen suureen yhteishuoneeseen, kahteen kymmenen ja yhteen viiden hengen makuutilaan. Miehillä oli yksi suuri

[102] Sairaala-arkkitehdin vuosikertomukset 1896–1905, passim. Rakennushallitus. KA.
[103] Pitkäniemen rakennuspiirustukset. Hämeen piirirakennuststo. HMA.

ruokailutila, muttei lainkaan keittiötä. Päivätiloja ei rakennukseen kaivattu, koska miehet viettivät päivänsä maatilalla tai muissa laitoksen ulkotöissä. Huvila poikkesi pohjakaavaltaan muista potilaiden tiloista, se muistutti tilanjaoltaan paremmin työläisparakkia kuin sairasosastoa. Työnjohtajan sijasta rakennukseen oli varattu tilat hoitajalle.[104]



Kuva 8. Hoito-osaston kokeiluluontoinen huvila suunniteltiin hyväkuntoisille miespotilaille, joita hyödynnettiin laitoksen maatalon töissä. Lähde: Pitkäniemen rakennuspiirustukset. Hämeen piirirakennustoimisto. HMA.

Hoitajat ja hoitajattaret

Laitoksen toiminnan alkuaikoina Pitkäniemen hoitajat olivat naimattomia ja he asuivat osastoilla. Perheellisten hoitajien oli hankala laitokseen hakeutua, koska toisin kuin vaikkapa lääkärien ja laitoksen käsityöläisten asunnot tehtiin perheitä varten, hoitajille varattiin yksityishuoneita osastojen yhteyteen. Hoitohenkilökunta ei ollut naisvaltaista, vaan miesosastoille palkattiin 30 mieshoitajaa ja naisosastoille 27 hoitajatarta[105]. Hoitajat olivat tavallista työväkeä, sillä mielisairaanhoitoa koskevia kursseja alettiin järjestää mielisairaaloissa vasta 1910-luvulla. Hoitajien koulutusta Pitkäniemessä ennakoitiin kuitenkin jo 1800-luvulla tehdyissä suunnitelmissa. Talousrakennukseen varattiin kaksi asuinhuonetta mies- ja naissairaanhoitajakurssilaisia varten.[106]

[104] Ibid.
[105] Aminoff 1899, 18–19.
[106] Aminoff 1894, 23.

Naishoitajien johdossa olevan ylihoitajattaren tuli olla tyttökoulun tai seminaarin käynyt koulutettu sairaanhoitajatar, miesten ylihoitajalta ei koulutusta vaadittu. Hoitohenkilökunnan esimiesten toisistaan poikkeavat ruotsinkieliset nimitykset kuvaavat heidän rooliensa eroja: ylihoitajattaren, *överskö-terska*, nimellä korostettiin hänen tehtäväänsä hoivaajana, kun ylihoitajan, *övervårdare*, nimitys viittasi hoitamisen sijaan pikemminkin valvomiseen ja huoltamiseen.[107]

Ylihoitajattaren rooli laitoksessa oli olla muiden hoitajattarien moraalinen johtaja. Yläluokan naiselle räätälöity hoitajattaren virkaura oli 1800-luvun lopulla ratkaisu monelle säätyläistön naimattomalle naiselle, koska naimisissa olevan sivistyneistön naisen ei ollut soveliasta käydä palkkatyössä. Sivistyneistön naisten naimattomuus alkoi yleistyä 1860-luvulta lähtien, kun sivistyneistön miehet alkoivat avioitua porvariston naisten kanssa. Naisille samankaltainen alaspäin naiminen ei ollut mahdollista. Valtiollisten sairaaloiden ja kansakoululaitoksen rakentamisen ohessa sairaanhoitajattaren ja opettajattaren ammateista tehtiin säätyläisnaisille sopiviksi katsottuja tyyppi- ja ihanneammatteja, joissa naimattomat naiset saivat toteuttaa luonnollista hoivaviettiään ”yhteiskunnallisena äidillisyytenä”.[108]

Sairaanhoitajan ammattikuvaa rakennettaessa haluttiin tehdä selvä ero koulutettujen ja kouluttamattomien hoitajien välillä, samalla, kun sairaanhoitajakoulut varattiin keski- ja yläluokan naisille. Koulutuksen korostamiseen liittyi rajanveto eri sosiaaliluokkien välillä. Vanhaan, sivistymättömään maallikkonaisten terveystyöhön haluttiin tehdä selkeä ero. Naimattomalle säätyläisnaiselle ammatin harjoittaminen vaati tiettyjen ominaisuuksien yhdistämistä ammatteihin. Korostetun epäseksuaalisuuden liittäminen uusiin naisammatteihin on ajateltu olleen kristillissiveelliselle naiselle ainoa strategia, jolla esimerkiksi hoitajatar saattoi taata työssään asialliset suhteet mieslääkäreihin ja muuhun yhteiskuntaan. Naimattoman naisen työssäkäyntiin liittyviä moraalisia epäluuloja haluttiin hälventää myös vetoamalla sivistyneen naisen erityisyyteen, syntyperään pohjaavaan johtamiskykyyn sekä uskonnolliseen ja moraaliseen olemukseen.[109]

Koska ylihoitajattaren roolissa korostettiin auttamishalua, äidillisyyttä, toisten palvelemista ja uhrivalmiutta, hänen statustaan ei tarvinnut juurikaan korostaa muusta henkilökunnasta poikkeavalla asuintilalla. Ylihoitajattaren hieman suurempi asuinhuone, johon kuului oma keittiö, sijaitsi rauhat-

[107] Esim. Björkman Lääkintöhallitukselle 13.9.1910. Lähetettyjen kirjeiden konseptikirjat ja toisteet 1910. Pitkäniemen arkisto. HMA
[108] Henriksson 1998, 77, 85; Häggman 1994, 88, 198–201; Kaarninen 1995, 194–196, 205; Ollila 1998, 36–59, 62–63.
[109] Henriksson 1998, 65–69, 82, 85, 118.

tomien potilaiden säätyläispuolella. Huoneen sisustuksessa ylihoitajattaren asema näkyi suhteessa muuhun hoitajistoon; hänen huoneeseensa laitettiin seinäpaperit, kun hoitajien huoneen seinät maalattiin öljyvärillä. Myös pesutuvan johtajattaren maalatut seinät saivat tapetin vuonna 1903.[110] Joitakin viitteitä siitä, että laitoksen ensimmäinen ylihoitajatar Agnes von Pfaler sopi tällaiseen kuvaan antaa hänen tekemänsä hiilipiirros *Ristin juurella*, jota käytettiin kirkon alttaritauluna ja jonka edelleen voi nähdä Pitkäniemen kirkossa. Työ sinällään kertoo hänen kuvataiteellisesta harrastuneisuudestaan, joka oli tavallista yläluokan naisten keskuudessa. Piirroksen pelkistetysti kuvattu motiivi viittaa paitsi tekijänsä kristillisyyteen niin myös hänen moraaliseen auktoriteettiinsa, aihe on suunnattu potilaille. Teoksessa ristiinnaulitun Jeesuksen ristin juurelle on kumartunut hahmo, josta huokuu katumus ja alistunut nöyryys.

Vaikka hoitajakunta oli laitoksen ensimmäisen vuosikymmenen ajan kouluttamatonta, vaadittiin heiltä tietynlaisia luontaisia ominaisuuksia, jotka sopivat keskuslaitoksen tavoitteisiin. Pitkäniemen keskuslaitoksen ohje- ja järjestyssäännöissä sairaanhoitajilta vaadittiin lempeyttä, kärsivällisyyttä ja huolellisuutta sairaiden vaalimisessa, kuuliaisuutta ja avuliaisuutta esimiehiään ja sairaalan virkamiehiä kohtaan sekä siisteyttä paitsi työssään myös oman huoneensa huolehtimisessa. Ylilääkärillä oli oikeus välittömästi erottaa hoitaja palveluksesta, jos hänet tavattiin oman ruoka-annoksensa myymisestä, epärehellisyydestä, valheellisista tiedoista, juoppoudesta, tottelemattomuudesta, röyhkeästä käytöksestä esimiehiään kohtaan tai ilkeydestä ja väkivallasta sairaita kohtaan. Hoitajien käyttäytymiseen puuttuminen oli oikeutettua, koska heidän tehtävänään oli olla moraalinen esimerkki sairaille. Ohjesäännön neljännessä kohdassa todettiin: ”Koska sairaat pikemminkin ottava vaarin hoitajan esimerkistä kuin hänen määräyksistään, on välttämätöntä, että nämät alati noudattavat järjestystä, maltillisuutta, täsmällisyyttä, personallista siisteyttä sekä hyvää ja kohtelijasta käytöstä.”[111]

Hoitajiston valinnan suhteen ei Pitkäniemessä voitu olla kovin tarkkoja, sillä varsinkin mieshoitajia irtisanoutui paljon laitoksen alkuvuosina. Ylilääkäri joutui kirjoittamaan muutamia erotodistuksia jo laitoksen ensimmäisenä toimintavuotena. Esimerkiksi vuonna 1901 laitoksesta irtisanoutui jo kaksitoista mieshoitajaa ja neljä naishoitajatarta, luvut jatkuivat vuosittain suhteellisen samoina.[112] Vaikka laitoksen hoitohenkilökunnan jäsenistö oli vaihtuvaa, asuminen suljetulla sairaala-alueella vai-

[110] Herlin & Hougberg Yleisten rakennusten ylihallitukselle31.10.1903, 14.11.1905.. Sairaalarakennukset ja lääkärien virka-asunnot; Hämeen lääni 1853 – 1924. Rakennushallitus. KA.
[111] Förhållnings- och ordningsregler för vårdpersonalen vid Pitkäniemi centralanstalt 1900, 2–11.
[112] Hougberg Lääkintöhallitukselle. Lähetettyjen kirjeiden konseptikirjat ja toisteet 1901, passim. Pitkäniemen arkisto. HMA.

kutti siihen, että sen kesken muodostui pian oma tiivis yhteisönsä. Henkilökunta vietti vapaa-aikaa järjestämällä tansseja ja illanviettoja. Iltaisin työvuoron jälkeen henkilökunnalla oli tapana toimittaa ”portinpotkaisu” eli kävellä joukolla laitosalueen ulkoportille.[113]

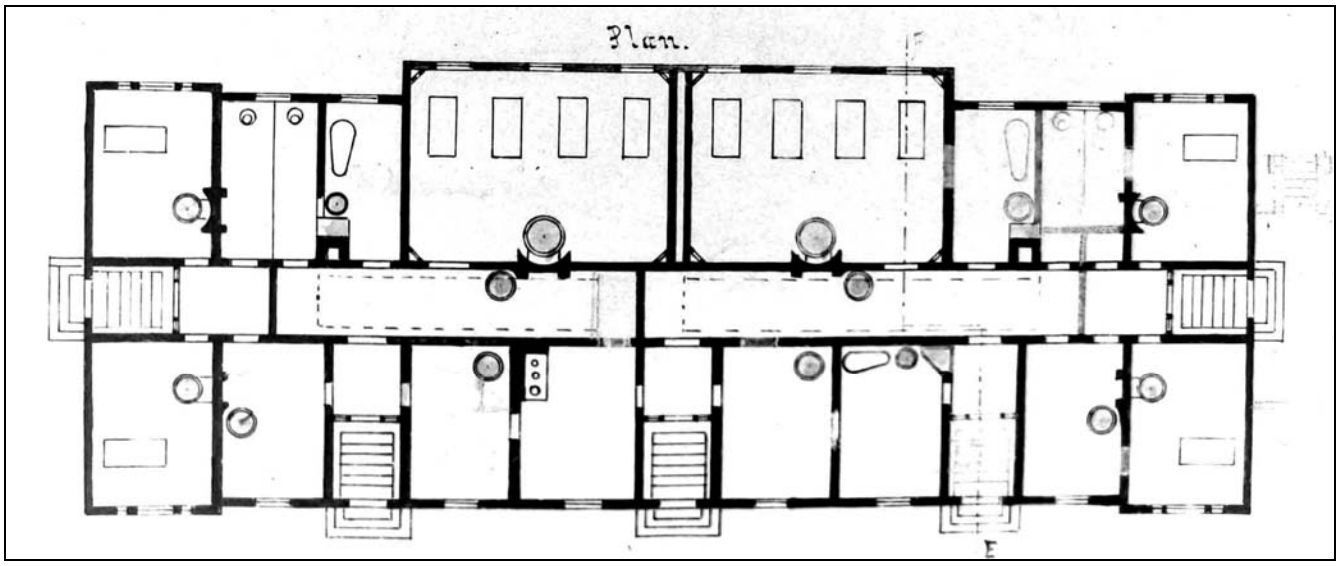
Terveys ja hygienia

Sosiaalireformistit kritisoivat vanhan mallisia mielisairaaloita hullujen säilytyspaikkoina, joiden oloissa tieteellinen psykiatria ei päässyt kehittymään. Epäkohtina nähtiin varsinkin vanhojen laitosten pimeys ja kellarimaisuus, ulosteiden ja muiden eritteiden pistävä haju ja välinpitämättömyys pihapiiristä. Myös pakkolaitoksen piirteet, kuten vahvasti ristikoidut ikkunat, raudoitetut ja riippulukoilla varustetut ovet saivat kritiikeissä paheksuvan sävyn.[114]

Kritiikissä heijastui 1800-luvun lopun hygieniaopillinen ajattelu. Hygieniaoppi oli tautien ja terveydellisten epäkohtien levinneisyyttä tutkiva ja niiden ennaltaehkäisyyn tähtäävä lääketieteen osa-alue, joka alkoi voimakkaasti kehittyä 1800-luvun puolenvälin paikkeilla. Varsinkin koleran, sukupuolitautien ja tuberkuloosin ehkäisyyn tähtäävät toimenpiteet johtivat rokotusohjelmien sekä asuntojen, työpaikkojen ja koulujen oloihin liittyvien säädösten luomiseen ja vesi- ja viemäriverkoston rakentamiseen.[115] Keskustelu hygieniasta levisi lääketieteellisestä keskustelusta useille elämän osa-alueille, erityisesti arkkitehtuurikeskusteluun. Valtiojohtoisista moderneista parantolalaitoksista tulikin hygieenisen tilanjaon ja järjestyksen edelläkävijöitä.

Modernin laitosrakentamisen tilanjärjestelyä ja myöhemmin myös yksityisasuntojen suunnittelua ohjasi 1800-luvun lopulta lähtien puhtaan ja raittiin ilman sekä auringonvalon huomioiminen.[116] Tartuntatautien ajateltiin miasmateorioiden mukaan johtuvan huonosta ilmasta ja siksi huoneet rakennettiin mahdollisimman korkeiksi. Potilashuoneiden tarvittavaa vapaata tilaa laskettiin ilmakuutioilla ja ikkunat rakennettiin auringonvalon saamiseksi kohti etelää. Hoitajien velvollisuus oli pitää osastonsa siistinä ja huolehtia tuulettamisesta, jotta ”huono ilma on aina poistettu ja raitista ilmaa olemassa”.[117]

[113] Malmivuori 1985, 86.
[114] Soininen 1934, 80–81.
[115] Uimonen 1999, 37.
[116] Saarikangas 2002, 49.
[117] Aminoff 1894, 2–5; Förhållnings- och ordningsregler för vårdpersonalen vid Pitkäniemi centralanstalt 1900, 5.



Kuva 9. Epidemiaparakki. Lähde: Pitkäniemen rakennuspiirustukset. Hämeen piirirakennustoimisto. HMA.

Pitkäniemessä tartuntatautiset eristettiin taudin ajaksi muista potilaista erilliseen rakennukseen. Yksikerroksinen epidemiaparakki rakennettiin kauas muista laitosrakennuksista Pitkäniemeen johtavan tien varteen. Puiseen parakkiin varattiin sänky kahdelletoista tartuntatautiselle potilaalle, puolet kummallekin sukupuolelle. Epidemiaparakki olikin ainoa rakennus, jossa mies- ja naispotilaat olivat samassa rakennuksessa. Mitään kohtaamismahdollisuutta eri sukupuolilla ei infektiotaudin sattuessakaan osastotilassa ollut, vaan parakki jaettiin seinällä kahteen osaan niin, että parakin kumpaankin päähän oli oma sisäänkäyntinsä. Ainoastaan henkilökunnan tiloista oli pääsy puolelta toiselle, jotta satunnainenkin näköyhteys eri sukupuolta olevien potilaiden välillä pystyttiin estämään.

Jos pohjapiirrosta katsoo tilojen saatavuuden näkökulmasta, epidemiaparakki oli laitoksen monimutkaisin rakennus. Se oli erilaisten käytävien ja välitilojen yhdistelmä, jossa reitit yksityishuoneisiin olivat hankalimmat (kuva 9). Pienessä parakissa oli viisi erillistä sisäänkäyntiä, jotka tehostivat parakin tuuletusta. Neljän yksityishuoneen lisäksi parakissa oli kaksi neljän hengen yhteishuonetta, eikä lainkaan päivä- tai ruokasaleja. Yhteishuoneiden sänkyjä kohden varattiin saman verran ilmakuutioita kuin yksityishuoneissakin. Varsinkin tuberkuloosipotilaille vapaata ilmatilaa ja raitista ilmaa pidettiin tärkeänä. Tuberkuloositartunnat saatiin laitoksessa pidettyä hyvin kurissa, ainoastaan muutamia tautitapauksia diagnosoitiin joinakin vuosina. Tavallisesti potilas, joka lähetettiin epidemiaparakkiin, sairasti diagnoosin mukaan influenssaa. Vuonna 1913 Pitkäniemessä esiintyi lukuisia lavantautitapauksia, joista useimmat taudintapaukset naisten asyyliosastolla. Ylilääkäri moitti osas-

ton alangolla sijaitsevaa, vesiperäistä kävelypihaa, jolle toivoi pikaista korottamista sekä kunnollista ojittamista.[118]

Epäterveellisen asumisen tuntomerkit: valon ja raittiin ilman puute, kosteus ja siivottomuus, haluttiin poistaa myös muilta osastoilta. Ilman laadun pilasi ahtaus ja potilaiden tarvitsemaa tilaa laskettiin ilmakuutioilla. Tampereen kaupungin vuoden 1898 rakennussäännön mukaan jokaisen asuinhuoneen tuli olla ainakin 2,7 metriä korkea ja ikkunallinen tila. Tuberkuloosikomitea määritteli vuonna 1900 asuntojen vähimmäistilavuudeksi 12 kuutiometriä henkeä kohden. Normit kuitenkin muuttuivat nopeasti ja jo vuonna 1906 Finska Läkareskapet ehdotti minimirajaksi 20 m^3. Pitkäniemeen ilmakuutioita varattiin vähimmäisvaatimuksia huomattavasti enemmän. Parannusosan yksityishuoneisiin varattiin kaikille osastoille 50 m^3 huonetta kohden, hoito-osastolle hieman vähemmän: 45 m^3. Yhteishuoneisiin varattavat ilmakuutiot vaihtelivat jo enemmän. Hoito-osaston sekä parannus-osaston rauhallisten paviljongissa sänkyä kohden varattiin alle 30 m^3, mutta ruumiillisesti sairaille 47 m^3 ja epidemiaparakkiin jopa 50 m^3 sänkyä kohden. [119] Kaikille osastoille tehtiin lisäksi erilliset kuivaushuoneet kostean ilman välttämiseksi sairastiloissa. Hoitajia kiellettiin säilyttämästä likaisia tai märkiä vaatteita sairashuoneissa ja ulkona kostuneet vaatteet tuli kuivata joko ulkona tai kuivaushuoneissa.[120]

Ulosteiden hygienialle aiheuttama ongelma, paha haju ja maaperän saastuminen[121] yritettiin laitoksessa korjata uudenaikaisilla kloseteilla, joilla ulosteet saatiin välittömästi pois sisä- ja ulkotiloista. Klosetit olivat vielä vuosisadan vaihteessa esimerkiksi Helsingissä ja Tampereella hyvin harvinaisia ja ne yleistyivät varsin hitaasti. Klosettien ilmaa raikastavaan vaikutukseen saatiin kuitenkin pettyä, kun ne tarkoituksista poiketen levittivät ilkeää hajua osastoille. Pitkäniemessä klosettien viemäri johdettiin ajan tavan mukaan suoraan järveen, josta myös pumpattiin laitoksen talousvesi. Pyhäjärvi ei ole Pitkäniemen kohdalta syvä, mutta laajan järven ajateltiin puhdistuvan itsestään. Ylilääkäri Hougbergia tosin huolestutti veden pumppaaminen järvestä, johon päästettiin vedet myös tehtaista ja teollisuuskaupungista.[122]

---

[118] Pitkäniemen rakennuspiirustukset. Hämeen piirirakennuststo. HMA; Vuosikertomukset 1909–1919, passim. Pitkäniemen arkisto. HMA.
[119] Aminoff 1894, 2–4; Harjula 2003, 47, 50, 54, 94–97.
[120] Förhållnings- och ordningsregler för vårdpersonalen vid Pitkäniemi centralanstalt 1900, 11; Pitkäniemen keskuslaitoksen rakennuspiirustukset. Hämeen piirirakennuststo. HMA.
[121] Esimerkiksi Tampereella 1800-luvun lopulla maaperän ajateltiin saastuvan, kun ulosteet ja virtsa pääsivät maakuopista valumaan maahan. Harjula 2003, 37–38.
[122] Hougberg Lääkintähallitukselle 13.7.1909. Lähetettyjen kirjeiden konseptikirjat ja toisteet 1907 – 1908 – 1909. Pitkäniemen arkisto. HMA; Harjula 2003, 41, 109; Honkasalo e.a. 1994, 35; Kaarninen & Kaarninen 1990, 21.

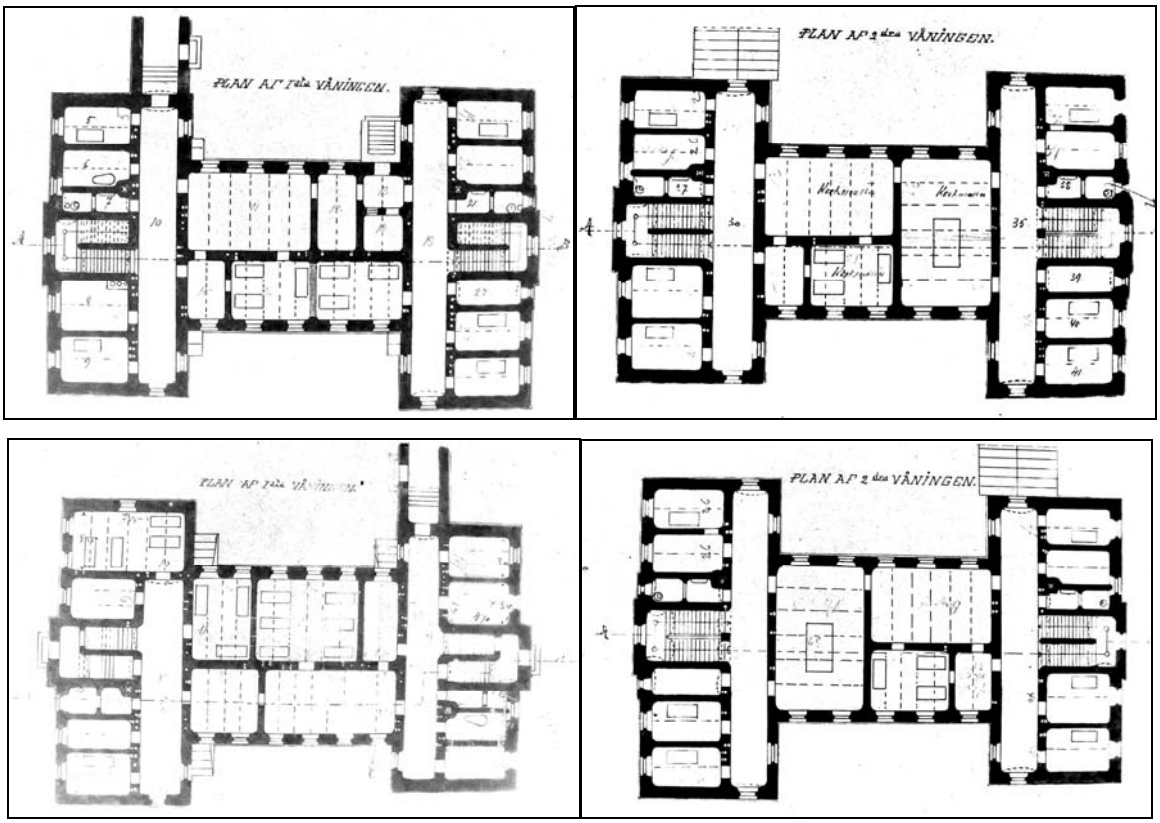
Keskustelu hygieniasta ulottui 1800-luvun lopulla ympäristön terveydellisistä vaikutuksista myös moraalisiin. Ajattelutapaan liittyi usko arkkitehtuurin voimaan muuttaa arkipäivää ja ihmiselämää. Puhtaan ja tilavan ympäristön ajateltiin vaikuttavan myös sielun hyvinvointiin. Puhtaus, valoisuus ja raitis ilma edistäisivät mielisairaiden paranemista sekä lievittäisivät heidän oireitaan. Oikeanlaisen asumisen vastakohdat, pimeä, ahdas ja tunkkainen ympäristö nähtiin syinä ja merkkeinä sairaudesta, henkisestä saastaisuudesta ja moraalisesta rappiosta.[123] Pitkäniemeä modernina laitoksena ei suunniteltu mielisairaiden sosiaalisesti ongelmallisen ryhmän lopulliseksi säilytys- ja eristyspaikaksi, vaan suunnitelmia ohjasi tarkoitus parantaa ja kasvattaa mielisairaat uudelleen yhteiskuntakelpoisiksi. Hullujen eristämistä heidän elinpiiristään, – joihin liitettiin hygienian ihanteiden vastaisia mielikuvia ja jossa he olivat sairastuneet – pidettiin osana heidän parantamistaan.

Säätyläistön ja rahvaan hullut

Valtiollisessa mielisairaalassa potilaita oli ympäri Suomen ja kaikista yhteiskunnan sosiaalisista kerrostumista. Yhteiskunnan jäsenien jakaminen säätyihin asetti mielisairaalan tilanjaolle omia vaatimuksiaan. Säätyläistön potilaat erotettiin rahvaasta erillisiin rakennuksiin tai osastorakennuksen toiseen puoleen. Heille varattiin yösijoiksi pääasiassa yksityishuoneita ja päiväsajan työskentelyn, lukemisen ja ruokailun he saivat suorittaa oman sosiaalisen ryhmänsä parissa. Säätyläispotilaita ei eroteltu rahvaan potilaista tarkkailu- ja ruumiillisesti sairaiden osastolla, epidemiaparakissa eikä osassa hoito-osastoa. Näissäkin tiloissa heidän sijoituksessaan suosittiin luultavasti ainakin nukkumisen osalta yksityishuoneita. Laitoksen säätyjako ei edustanut muuta yhteiskuntaa pienoiskoossa, vaan säätyläistöä varten varattiin potilaspaikkoja huomattavan paljon suhteessa heidän määräänsä koko väestöstä.

Osastojen sisätilaan omaksuttiin porvarillisen asunnon jako julkiseen ja yksityiseen myös rahvaan tilojen osalta, vaikka laitoksessa potilaat olivat jatkuvasti valvovan silmän tavoitettavissa. Tilanjako perustui hygienian oppeihin ja tilan toiminnalliseen eriyttämiseen – rauhoitettuihin ja yksityisempiin makuuhuoneisiin sekä julkisiin yhteistiloihin päivän toimintoja varten. Mies- ja naispotilaiden erottelu perustui keskiluokkaiseen siveellisyyskäsitykseen, joka vielä 1800–1900-lukujen taitteessa oli rahvaalle vieras.

[123] Saarikangas 2002, 44, 49, 59–60.



Kuva 10. Rauhallisten naispotilaiden osastot. Ylhäällä säätyläisten paviljongin (IV) pohjapiirustukset ja alhaalla rahvaan (VI). Lähde: Pitkäniemen rakennuspiirustukset. Hämeen piirirakennustoimisto. HMA.

Rahvaalle modernin elämäntavan toimintojen eriyttäminen oli uutta. Vuosisadan vaihteen maaseudulla sosiaalinen asema ei jakanut ihmisiä erillisiin fyysisiin tiloihin, vaan asumistapa oli kollektiivinen. Yhteisöllisyys, julkisuus, läheisyys – ahtaus oli vallitseva elämäntapa, eikä kollektiivinen identiteetti kaivannut yksityistä tilaa. Ihmiset nukkuivat samassa tilassa eikä jakoa sosiaalisen aseman tai sukupuolen mukaan miesten ja naisten tiloihin juurikaan ollut. Asumiskulttuuriin kuuluivat myös talosta toiseen kulkevat kestit tai loiset, jotka saattoivat olla kokonaisia perheitä. Vasta maaseudun vaurastumisen myötä ryhdyttiin kansan keskuudessa laajemmin rakentamaan isompia taloja, joissa isäntäväki siirtyi nukkumaan palvelusväestä erillisiin tiloihin.[124]

Tilanjako perustui nousevan keskiluokan ydinperhekeskeiseen ihanteeseen, jossa asunnon tilanjakoa sääteli sukupuoliero. Keittiö ruuankäryineen, julkiset oleskelutilat ja yksityiset nukkumistilat eriytettiin toisistaan. Puhtaudesta huolehtivan itsekin puhtoisen perheenäidin ihanne rakennettiin kodin ja lieden ympärille.[125] Laitoksessa ydinperheen ihannetta mukaileva tilanjako oli ristiriitainen, koska laitos nimenomaan erotti mielisairaan aiemmasta elinpiiristään ja riisti häneltä mahdollisuuden perhe-elämään.

[124] Pohjola-Vilkuna 1995, 76–78, 82.

Keskustelu kansalaisen siveellisyydestä oli osa modernin yhteiskunnan rakentamista vuosisadan vaihteen Suomessa. Siveellisyydestä muodostui vapaan kansalaisen tärkein ominaisuus, joka oli määritelty sivistyneistön ja nousevan porvarisluokan keskuudessa. Siveellisyyden käsitteen avulla tuotettiin luvatonta seksuaalisuutta: käsitteellistä välinettä rahvaan itsehallinnalle. Kansanvalistuksen siveellisyyteen kehottaminen liittyi varsinkin naisten modernisoittamisprojektiin. Itsehallinnasta tuli modernia yksilöä leimaava ominaisuus, jonka avulla isäntävallasta vapautunut rahvas saatiin sopeutettua kansalaisyhteiskuntaan hallitsevan luokan toivomalla tavalla. Siveellisyyskeskustelu oli valtaapitävien moderniin opastavaa diskurssia, jonka avulla ihmisiä ohjattiin, opetettiin ja kehotettiin siveelliseen ihmisyyteen. [126]

Hillitsemättömien mielisairaiden eristäminen yhteiskunnasta oli osa normaalin identiteetin rakentamista. Määrittelemällä ja erottamalla hullut vaivaishuollon piiristä omaksi ryhmäkseen tuotettiin heihin liitettyä kielteistä erilaisuutta, josta erottamalla ihannekansalaisen kuva pystyttiin rakentamaan. Laitosalueella potilaiden seksuaalisuuden kontrollointiin ohjasi käsitys mielisairaiden viettivaltaisuudesta ja varsinkin naispotilaiden hillittömästä seksuaalisuudesta. Itsehillinnän herättäminen mielisairaassa arveltiin hankalammaksi, joten ilmeinen keino oli erottaa sukupuolet tyystin toisistaan.

Potilaiden jakaminen ja erottaminen toisistaan oli laitoselämän keskeinen tunnuspiirre verrattuna sen ulkopuoliseen elämään. Sukupuolten kohtaaminen oli laitoksessa henkilökunnan säätelemää. Se tapahtui jumalanpalveluksessa, muissa yhteisissä tapahtumissa tai rauhallisten osastojen potilaiden kohdalla ohjatun ulkotyön yhteydessä. Laitos tuotti tilanjaollaan sukupuolten välistä eroa. Kahtiajako laitosalueella oli konkreettinen ja perustavanlaatuinen potilaiden erottelukeino. Naisten paviljongit sijaitsivat niemen länsi- ja miesten itäpuolella ja erottelua oli omiaan korostamaan niiden väliin tehty tie, joka oli koko laitosalueen keskusakseli. Sukupuolten erottamista ei laitoksen suunnittelua koskevissa mietinnöissä sen kummemmin pohdittu tai käsitelty, vaan se oli itsestään selvä jako modernissa laitoksessa. Sukupuolijako liittyi oikeanlaisen elämisen mallin opettamiseen potilaille, jossa nousevan keskiluokan mukaan siveellisyys oli kunniallisen ihmisen tärkein ominaisuus. Modernia edeltäneellä ajalla ei ollut samankaltaisia ulkoisia tai sisäisiä pakkoja ruumiin hillitsemiseen, vaan sivilisoituminen merkitsi ennen muuta ruumiin hallintaa.

---

[125] Saarikangas 2002, 142–166.
[126] Foucault 1978, 5, 123, 140; Foucault 2000, 36–37, 42–43; Pohjola-Vilkuna 1995, 115–117.

Kansalaisyhteiskunnan perusta haluttiin rakentaa ihanteelle, jossa äiti siirsi siveellisen ihmisen arvot lapsilleen. Tästä syystä etenkin naisten piti omaksua oikeanlainen ihmisyys. Naisia alettiin aiempaa voimakkaammin sitoa yhteen sukupuolensa perusteella. Modernisoituvassa yhteiskunnassa naiseuteen kiinnitettiin rajattuja ominaisuuksia, kun esimodernissa yhteiskunnassa ihminen oli ennen kaikkea yhteisönsä jäsen. Tapakulttuuriin muutos omaksuttiin vähitellen. Rahvaan ihminen oppi 1900-luvun kuluessa itse kontrolloimaan itseään, hillitsemään, peittelemään, häpeämään ja kätkemään omaa ruumiillisuuttaan.[127] Keskuslaitoksessa kaikkien sosiaaliryhmien keskuudessa käyttöönotettu moderni tilanjako enteili järjestystä, joka myöhemmin levisi muuhun yhteiskuntaan.

Keskuslaitoksen tavoitteen ollessa oikeanlaisen, moraalisen elämän opettaminen yhteiskunnan poikkeaville, jotta heistä tulisi yhteiskuntakelpoisia, keskuslaitoksen tilanjaossa – varsinkin sen suunnittelussa ja alkuperäisessä muodossa, jolloin kyseessä oli tuon ihanteellisen elämän ja sen periaatteen määrittely eikä arkipäivän käytäntö vielä sanellut tilankäyttöä – konkretisoitui modernin elämänjärjestyksen määrittely.

[127] Pohjola-Vilkuna 1995, 127–136.

Hallintola

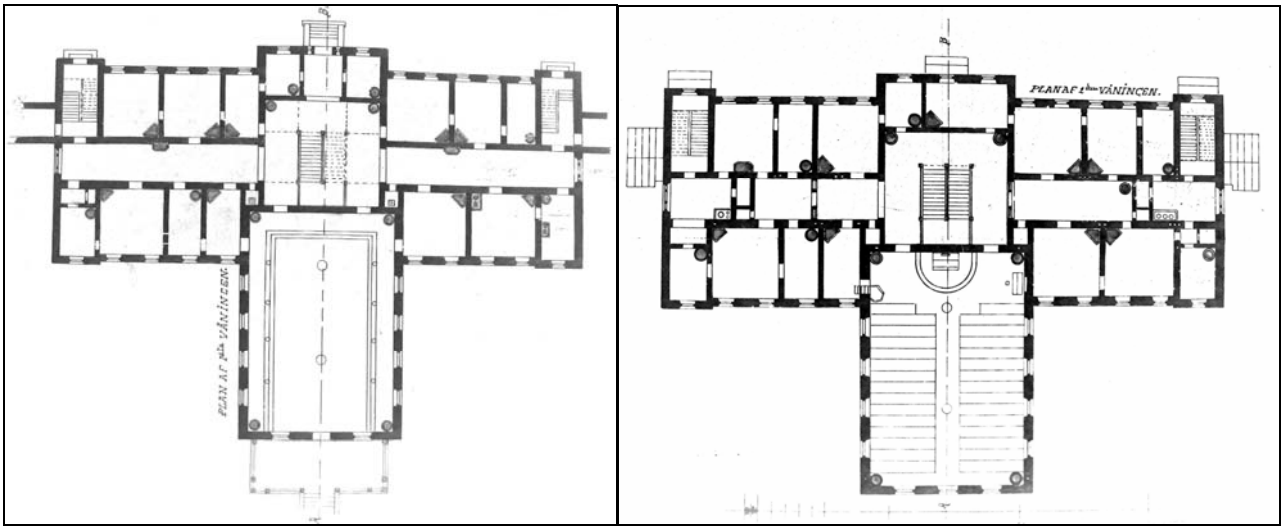
Potilailla oli mahdollisuus ylilääkärin harkinnan mukaan ja valvonnan alla päästä hallintorakennukseen laitokseen sisäänkirjautumisen jälkeen. Lääkärin potilas tapasi yleensä osastolla lääkärinkierroilla, mutta toisinaan potilas saattoi päästä myös lääkärin vastaanotolle. Täysin suljettu potilaiden elämä ei ulkomaailmalta ja aiemmasta elämänpiiristään välttämättä ollut, koska heillä oli mahdollisuus vastaanottaa kirjeitä, jotka kuitenkin ylilääkäri tarkisti ennen potilaalle luovuttamista. Heillä oli mahdollisuus myös tavata omaisiaan. Potilaiden omaisten vierailu laitoksessa oli tosin harvinaista[128], ja mikäli heitä Pitkäniemeen saapui, ei heillä ollut mahdollisuutta päästä tai nähdä sisälle osastoille. Hallintorakennukseen oli varattu vastaanottohuone potilaiden sukulaisia varten, joten se toimi tältäkin osin laitoksen julkisena tilana. Vierailuhuoneet sijaitsivat sisään astuessa aulan oikealla puolella. Huoneet olivat etupihaa kohden, joka toi niihin edelleen avoimuuden ja julkisuuden tunnetta. Vieraskäynnille omainen tarvitsi aina ylilääkärin luvan.[129]

Hallintorakennus oli laitoksen toiminnallinen keskus, josta sen toimintaa koordinoitiin. Rakennuksen alakerrassa sijaitsivat mm. lääkärin vastaanotto, kanslia, laitoksen oma apteekki, tilat lääkärien tieteellistä työtä varten, kokoushuone, vahtimestarin huone, puhelinkeskus ja kirjasto, jossa oli kirjallisuutta myös potilaiden käyttöön. Suoraan laitokseen hallintoon liittyvien tilojen, kuten kanslian lisäksi tilaa oli varattu varsinkin lääkärien ammatilliselle toiminnalle.

Pohjakaavan rungon muodostivat pitkittäinen keskikäytävä sekä poikkiakselissa ollut porrashuone ja kokoussali (kuva 11). Pääkerroksen huonejako oli miltei symmetrinen. Keskikäytävästä eduspihan puolelle oli pääportaista vasemmalle sijoitettu vierailuhuoneet sekä oikealle ensin lääkärinkanslia ja sitten vastaanottohuone, johon kuului pieni huone, jonne ei ollut muualta pääsyä. Rakennuksen päätyjen porrashuoneista oli pääsy osastoille vieville käytäville. Käytävät eivät ilmeisesti olleet vapaasti kulkevien potilaiden käytössä, niissä kulkivat henkilökunta ja potilaat henkilökunnan ohjaamina esimerkiksi jumalanpalvelukseen, vastaanotolle tai vierashuoneeseen. Hallintorakennuksen keskikäytävän Pyhäjärven puolella olevat tilat olivat sijoituksensa vuoksi yksityisempiä ja luonteeltaan sellaisia, jotka eivät kaivanneet eduspihan puolen tuomaa julkisuuden tilaan. Lääkärin vastaanottohuonetta vastapäätä varattiin tilat lääkärin työtä tukevia apteekkia ja kirjastoa varten, niin että kirjastosta oli pääsy kokoussaliin. Keskiakselin toisella puolella oli ensin kokoussalin vieressä kaksi

[128] Nygård 1998, 198–199.
[129] Pitkäniemen rakennuspiirustukset: hallintorakennus. Hämeen piirirakennuststo. HMA; Förhållnings- och ordningsregler för vårdpersonalen vid Pitkäniemi centralanstalt 1900, 6.

huonetta lääkäreiden tieteellistä työtä varten ja sitten apulaislääkärin kahdesta huoneesta koostuva nurkkahuoneisto, joka avautui Pyhäjärvelle.[130]



Kuva 11. Hallintorakennuksen pohjapiirustukset: Yläkuva on rakennuksen pohja- ja alakuva toinen kerros. Lähde: Pitkäniemen rakennuspiirustukset. Hämeen piirirakennustoimisto. HMA.

Saarnaaja modernissa laitoksessa

Hallintorakennuksen muuten virallista ilmettä juhlisti toisessa kerroksessa sijainnut kirkkosali komeine kaari-ikkunoineen. Laitoksen oma saarnaaja piti kirkossa sunnuntaisin ja pyhäpäivisin jumalanpalveluksen niille potilaille, joille ylilääkäri oli antanut luvan osallistua tilaisuuteen. Kirkko vihittiin käyttöön vuosi laitoksen käyttöönoton jälkeen, mutta saarnaajan tuomiokapituli nimitti Pitkäniemeen heti alusta lähtien.[131]

Kirkkoinstituutiolla oli pitkät perinteet vaivaishuollossa. Mielisairaita hoidettiin pitkään kirkollisissa laitoksissa ja esimerkiksi Seilin johtajana oli pitkään pappi. Mielisairaiden lääkärihoidon tarpeesta alettiin keskustella 1800-luvun alkupuolella. Ensimmäinen lääkäri nimettiin Seiliin vuonna 1819 lääkärin, papin ja taloudenhoitajan virkoihin.[132]

[130] Pitkäniemen rakennuspiirustukset: hallintorakennus. Hämeen piirirakennuststo. HMA.
[131] Pitkäniemen rakennuspiirustukset: hallintorakennuksen läpileikkaus. Hämeen piirirakennuststo. HMA; Kaarninen 2000, 121–124.
[132] Salo 1991, 101–103.

Valtiojohtoisessa keskuslaitoksessa sairaalapapin asema, jossa päätösvalta oli ylilääkärillä, oli aikanaan hieman eriskummallinen. Suomessa pitkälle 1800-lukua säilyneen valtionkirkkojärjestelmän vuoksi kirkolliset elimet osallistuivat yksilön ja perheiden sisäisen elämän säätelyyn osittain valtiolle alisteisina. Lääkärien harvalukuisuuden vuoksi kirkkoherrat vastasivat maaseutupitäjissä pitkään myös terveydenhuollosta.[133] Väestöpolitiikan, terveysopin ja lääketieteen korostamisen myötä lääkäreiden vaikutusvalta ja asema alkoi kasvaa. Mielisairaala teki hulluista potilaita, joiden auktoriteetti sairaala-alueella oli lääkäri.

Papilla oli Pitkäniemessä ainoastaan uskonnollinen, hallinnollisesti näkymätön rooli. Vaikka alusta asti oli selvää, että laitokseen pestattiin myös pappi, ei erillistä uskonnollista rakennusta suunniteltu. Papin statusta ei ollut syytä korostaa tilavalla asunnolla, vaan hänellä oli hallintorakennuksessa pieni huone kirkkosalin vieressä. Hallintolassa asuvien apulaislääkäreiden ja alilääkärin tilat olivat suuremmat kuin pastorille varattu pieni huone. Mielenkiintoista on, että mielisairaanhoidon organisointia koordinoinut valiokunta puuttui lääkintöhallituksen esittämään tilanjakoon niin, että se halusi varata apulaislääkärille enemmän tilaa. Kahden huoneen sijasta valiokunta halusi apulaislääkärille kolme huonetta ja alilääkärinkin tilaa olisi sen mukaan lisättävä; saarnaajan vaatimattomiin tiloihin ei puututtu.

Uskonnollinen tila ja johtaja koettiin tarpeellisiksi moraalisena esikuvana. Laitosta rakennettaessa suunniteltiin, että potilaiden parantamiseen tähtäävä hoito tarkoitti heidän kasvattamistaan ja ojentamistaan haluttuun suuntaan. Protestanttinen, nöyrä ja kuuliainen uskonnollisuus kuului sivistyneistön yksilöihanteeseen. Papin tehtävä oli vahvistaa siveellistä itsekuria. Hillitty uskonnollisuus miellettiin hyväksi potilaille, vaikka lääkärit suhtautuivat uskonnollisuuteen varauksella. Etenkin uskonnolliseen hurmoksellisuuteen he suhtautuivat ehdottoman kielteisesti. Hurmoksellisuus oli esimerkiksi professori Saelanin arvioiden mukaan yksi suurimmista mielisairauden aiheuttajista kansan keskuudessa.

Papin ja lääkärin käymistilassa olevat yhteiskunnalliset asemat ja roolit törmäsivät mielisairaanhoidollisissa keskuslaitoksissa. Kirkkoa huolestutti papin arvovallan menettäminen lääkärille, kun papeilla oli vielä yhteiskunnallisesti vahva rooli. Suomen yleinen kirkolliskokous nosti vuonna 1905 esille papin ongelmallisen aseman keskuslaitoksissa ja esitti ”sielunhoidon parantamista maan houruinhoitolaitoksissa”. Kirjeessään lääkintöhallitukselle ylilääkäri Emil Hougberg torjui jyrkästi kirkolliskokouksen vaatimukset:

[133] Nygård 1998, 21, 25.

> ”[...]muut lääketieteen haarat […] käyttäneet hyväksi luonnontieteiden suurenmoista edistymistä viime kuluneella vuosisadalla, perustaen niiden pohjalle tuomionsa ja hakien niiden tuloksista apukeinonsa. Sikäli on näet psykiatriakin pyrkinyt luonnontieteiden pohjalle irtautuen siitä uskonnollis-filosofisesta katsantokannasta, johon se viime vuosisadan alussa vielä oli kiintynyt ja johon Suomen yleinen kirkolliskokous vielä näkyy takertuneen. Sen sijaan, että tuon katsantokannan mukaisesti vielä etsitään mielenvian syitä Pahanhengen riivauksesta, syntisyydestä ja intohimojen kasaantumisesta, etsii nykyinen psykiatria niitä organismin anatomisista muutoksista ja fysiologisista häiriöistä ja sen sijaan, että mielenvikaa koetettiin parantaa Pahanhengen manauksilla ja muilla uskonnollisilla menoilla, käyttää nykyinen psykiatria dietetikin, fysikalisen terapian ja lääkintöopin tarjoamia apukeinoja. Papillinen toiminta terapeuttisena keinona on menettänyt merkityksensä ja olisi mielestäni vahingollista taantumista, jos sitä taas, kuten Y.K.K. ehdottaa, sellaisena ruvettaisiin käyttämään.”[134]

Hougberg kumosi ”rationaalisin” perustein kirkolliskokouksen vaatimukset. Hän perusteli uskonnon taantumuksellisuutta verraten sen näkökantaa luonnontieteelliseen, vuosisadan vaihteessa hallinneeseen orgaaniseen psykiatriaan. Mielisairaan häiriöiden syynä oli sen ajattelutavan mukaan ”sairaalloinen tila psyykillisen toiminnan ruumiillisessa elimessä – aivoissa”[135], joten mielisairaus oli täysin luonnontieteellisesti määriteltävissä ja lääketieteellisesti hoidettavissa. Kirkolliskokouksen näkökanta edusti taantumuksellista, mennyttä maailmaa, jossa ei ollut tieteen valoa.

Hougberg jatkoi tyrmäämällä kirkolliskokouksen vaatimukset papin aseman parantamisesta ja luontoiseduista, kuten matkastipendeistä ja muistutti, mikä roolijako lääkärillä ja papilla modernissa laitoksessa oli:

> ”[…] on yleinen kirkolliskokous maininnut, että sielunhoitoa houruinhoitolaitoksissamme yleensä ja täkäläisessä keskuslaitoksessa erittäin, on pidetty vähäpätöisenä sivuasemana ja että sielunpaimenten palkkaedut niissä ovat hyvin vähäisiä. Nämätkään perustelut eivät mielestäni pidä paikkaansa: sillä jos kerran mielisairaalain päämääränä pidetään sairaiden terapeuttista käsittelyä jääpi papillinen toiminta niissä tietenkin sivuasiaksi, sille kun ei voi panna terapeuttista merkitystä, mutta ’vähäpätöisenä’ asiana sitä sen vuoksi ei ole pidetty. Kaikille sairaille , jotka sielunhoitoa vahingoittumatta voivat vastaanottaa, on vahvistettu tilaisuus sitä saamaan sekä yhteisen jumalanpalveluksen ja sakramenttien käyttämisen että yksityisten keskustelujen muodossa: Että papillinen toiminta näin on voitu järjestää verrattain vähillä kustannuksilla ei liene katsottavaksi miksikään korjausta kaipaavaksi epäkohdaksi […] Antaen kaiken tunnustuksen papillisen toiminnan siunausta tuottavalle vaikutukselle siveellisten ja uskonnollisten epäkohtain poistamisessa yleensä ja pitäen sen merkitystä erittäin suurena mielenvian profylaksissa, se kun koettaa estää ihmisiä turmelemasta elimistöään siveettömällä elämällä […] Jos tahdotaan kehittää mielenvikaisten hoitoa nykyaikai-

[134] Hougberg Lääkintähallitukselle 23.6.1905. Lähetettyjen kirjeiden konseptikirjat ja toisteet 1904–1905. Pitkäniemen arkisto. HMA.
[135] Komiteanmietintö 1908:6, 10.

> sen psykiatrian viittaamaan suuntaan olisi valtion apurahoja mielestäni käytettävä lääkärien ja hoitajien ammattitaidon kohottamiseksi.”[136]

Ylilääkärin kirjeestä tulee hyvin ilmi, että Pitkäniemessä papilla oli selvästi alisteinen auktoriteetti suhteessa lääkäriin. Koska papilla oli kuitenkin arvovaltaa suhteessa potilaisiin, oli hän laitoksen tavoitteiden kannalta hyödyllinen hengellisenä ohjaajana. Pappi oli tärkeä liittolainen ”siveellisten ja uskonnollisten epäkohtain” poistamisessa. Vaikka ylilääkäri ammattinsa ominaisuudessa ja laitoksen edustajana halusi antaa ymmärrettävän, hoitotavat eivät olleet neutraalin lääketieteellisiä. Laitoksen tavoitteet ja potilaiden ohjaaminen olivat yhteiskunnallisesti värittyneitä. Potilaiden ohjaaminen tapahtui yläluokan ihanteiden mukaisesti, yläluokan normikoodistoa noudattaen. Yksilöllisen hoitotavan eli yksilön huomioimisen niin, että häntä pystyttiin parhaalla tavalla ojentamaan haluttuun suuntaan kääntöpuoli ja päämäärä oli normaalistaminen.[137]

Lääkärit ja modernin professio

Lääkäreiden asemaa suhteessa muuhun henkilökuntaan korosti ja pönkitti heidän asuintilansa hallintorakennuksessa, josta he pääsivät suoraan parannusosastoille. Ylilääkärin lisäksi Pitkäniemeen palkattiin alilääkäri ja kaksi apulaislääkäriä. Apulaislääkärien vaatimattomammat huoneistot sijaitsivat toinen, hallintorakennuksen pääkerroksessa, toinen toisessa kerroksessa, heti porrashuoneesta eduspihalle päin. Toiseen kerrokseen oli kirkon lisäksi varattu tilat talouspäällikön ja alilääkärin avaria, neljä metriä korkeita huoneistoja varten. Alilääkärin huoneistoon kuului kuusi huonetta, eteishalli ja keittiö. Se sijaitsi porrashuoneesta oikealla, joten alilääkärillä oli pääsy yksityistä portaikkoa pitkin suoraan pääkerroksen kanslian ja vastaanoton puolelle.[138]

Keskussairaalassa lääkärien rooli oli kiistaton, mutta 1800-luvun lopulle lääkärien asema ei ollut muussa yhteiskunnassa yhtä vakiintunut. Lääkärin ammattiasemaa rakennettiin maallisten valtaorganisaatioiden, valtion ja kuntien rinnalla. 1700-luvulla käynnistetyissä väestötilastoinneissa huomattiin, että huomattavan moni työikäinen menehtyi vuosittain tartuntatauteihin. Terveen työvoiman tarve teollisuuden palveluksessa oli ponnin merkantilistiselle väestöpolitiikalle ja valtakunnallisille terveyshankkeille. Lääkärien määrää yhteiskunnassa alettiin lisätä: lasarettien rakentamisen lisäksi perustettiin piirilääkäreiden virkoja ja aloitettiin kansan terveysvalistus. Vähäväkisen lääkä-

[136] Hougberg Lääkintähallitukselle 23.6.1905. Lähetettyjen kirjeiden konseptikirjat ja toisteet 1904–1905. Pitkäniemen arkisto. HMA.
[137] Foucault 2000, 249; Harjula 1996, 116–129.
[138] Pitkäniemen rakennuspiirustukset: hallintorakennus. Hämeen piirirakennuststo. HMA

riverkoston ohella papiston velvollisuuksiin liitettiin väestökirjanpito sekä seurakunnan terveysvalistaminen.[139]

Vuonna 1663 perustettu Collegium Medicum eli lääkintöhallitus merkitsi lääkärien ammatillisen yhteenliittymisen alkua ja samalla ammattikunnan valta-aseman valtiollista tunnustamista sulkemalla virallisesta yliopistokoulutetusta ammattiryhmästä käsityöläishaaran edustajat: parturit, puoskarit ja muut kansanparantajat. 1800-luvulla alettiin yhä voimakkaammin tehdä rajalinjaa säätyläis- ja eisäätyläisryhmien ammattien välillä ja terveydenhoito-olojen muutosta kuvattiin uuden vuosisadan alussa edistykselliseksi: ”Tietämättömyys, ennakkoluulot, sokeus ja taikauskon usva on hajoamaisillaan nousevan aamusarastuksen tieltä”. Euroopassa muodostui osin mielisairaanhoidollisissa hyväntekeväisyyslaitoksissa uusi laitoshoidon muoto, lääkärin ja potilaan välinen suhde, jota pidetään modernin yhteiskunnan perustavana sopimussuhteena: lääkäri lupaa kuunnella, hoitaa ja parantaa, ja potilas lupaa puolestaan hillitä ja hallita itsensä (*engl. patient*).[140]

Vielä 1900-luvun alkukymmenillä sairastapauksen sattuessa oli tapana turvautua maallikkokulttuurin terveystietoon. Välskärit, kylvettäjät, kansanparantajat sekä muut kiertävät ammattilaiset hoitivat kansan terveysongelmia. Kuitenkin jo 1800-luvun kuluessa sivistyneistön lisäksi myös muut kansanryhmät alkoivat hakeutua lääkärin vastaanotolle ja itseä alettiin tarkkailla terveydellisestä näkökulmasta. Samalla uusien lääketieteellisten tutkimusmenetelmien ja -näkökulmien muodostuminen mahdollisti eronteon potilaan kertomien oireiden ja lääkärin tutkimuksessa esiin tulevien löydösten välillä. Sairauden osoittaminen alkoi 1800-luvun kuluessa tapahtua yhä enemmän lääkärin tutkimuksessa, jota avustivat stetoskooppi-, laboratorio- ja muut välitteiset tutkimukset. Aiemmin diagnosointi perustui potilaan ja lääkärin väliselle kommunikaatiolle, jossa lääkäri teki diagnoosin potilaan kertomien oireiden ja tuntemusten avulla. Diagnostisen teknologian kehityksen myötä alkoi rakentua lääke*tieteellinen* auktoriteetti, jonka edustaja lääkäri oli, kun aiemmin lääkärin auktoriteetti oli perustunut hänen persoonallisuuteensa ja retorisiin taitoihinsa. Samalla potilaan rooli supistui selvemmin tieteellisten tutkimusten kohteeksi ja etäännytti lääkärin potilaasta.[141]

1800-luvun lopulla Suomessa ei mielisairaaloiden ja keuhkotautiparantoloiden lisäksi ollut juuri muita sairaaloita. Mielisairaaloiden lääkärit, varsinkin ylilääkärit olivat aikanaan alansa johtavia asiantuntijoita maassamme. Varhaiset keskusmielisairaalat toimivatkin samalla psykiatrian tutki-

[139] Henriksson 1998, 58; Uimonen 1999, 89–90.
[140] Henriksson 1998, 60, 73, 110; Salo 1992, 60.
[141] Uimonen 1999, 89, 93.

muslaitoksina, joissa potilaita oli mahdollista tutkia ja laajentaa tautiluokitusta. Pitkäniemen hallintorakennukseen rakennettiin tilat lääkärien tieteellistä työtä varten, johon kirjaston lisäksi lääkäreille hankittiin mikroskooppi.[142] Varsinaisen sairaala-alueen ulkopuolelle rakennettiin lisäksi rakennus ruumiinavauksia varten. Laitoksissa tehty tieteellinen työ tuki psykiatrian vakiintumista yhteiskunnassa, joka puolestaan legitimoi valtakunnallisen mielisairaalaorganisaation rakentamisen ja hullujen laitostamisen.

Ylilääkärin linna

Niemen kaakkoiskärkeen, kauneimmalle paikalle ja erilleen laitosrakennuksista valmistui ylilääkärin asuintalo, jota laitoksen sisällä alettiin pian kutsua ”linnaksi”. Sen muusta laitoksesta erillinen sijainti, sinne johtanut yksityinen kulkutie, rakennuksen koko ja ulkomuoto olivat omiaan korostamaan ylilääkärin asemaa. Ylilääkäri oli laitoksen patriarkaalinen johtaja, jonka asema muusta maailmasta suljetusta laitoksesta säilyi varsin pitkään. Linna säilyi asuinkäytössä aina vuoteen 1983 asti, jolloin uusi ylilääkäri ei halunnut muuttaa sinne rakennuksen muusta maailmasta eristyneen luonteen vuoksi[143].

Kun muu yhteiskunta alkoi teollistumisen ja tilattoman väestön määrän paisuessa irtisanoutua isäntävaltaan perustuvasta yhteiskunnasta 1800-luvun lopulla, säilyi sairaala-alueella patriarkaalinen järjestelmä kauan. Vuonna 1963 ylilääkäriksi tullut Erik Anttinen muisteli Pitkäniemen muistelmateoksessa:

> ”Ensi päivästä lähtien näin, miten toisenlaiseen maailmaan olin tullut verrattuna Helsingin yliopiston psykiatrian klinikkaan ja aivovammasairaalaan, jotka olivat edellisiä työpaikkojani ja sellaisina varsin demokraattisia ja liberaaleja. Nyt tulin kuin suureen vanhanajan perheeseen, jossa edesmennyt lujan turvallinen isä, – Sapeli – kuten Kalpaa kutsuttiin, sekä äiti – Irma Niinivaara[144] – olivat vuosikymmeniä vaikuttaneet vahvoina, selkeäsääntöisinä auktoriteetteina, jotka rakastivat lapsiaan paljon ja konservatiivisesti. Täällä oli totuttu ylilääkärivallan ehdottomuuteen, jota henkilökunnan vahva päällikkö eli ylihoitaja kaikessa tuki. Päätöksistä ei sanottavasti neuvoteltu, ne ilmoitettiin. Koin aluksi hämmentäväksi sen, että minulle puistossa vastaan tultaessa niiattiin että useitten vanhempien osastonhoitajien oli mahdotonta antaa aamuraportti muuten kuin seisten ja että ylilääkäriä opittiin vain vitkallisesti sinuttelemaan.”[145]

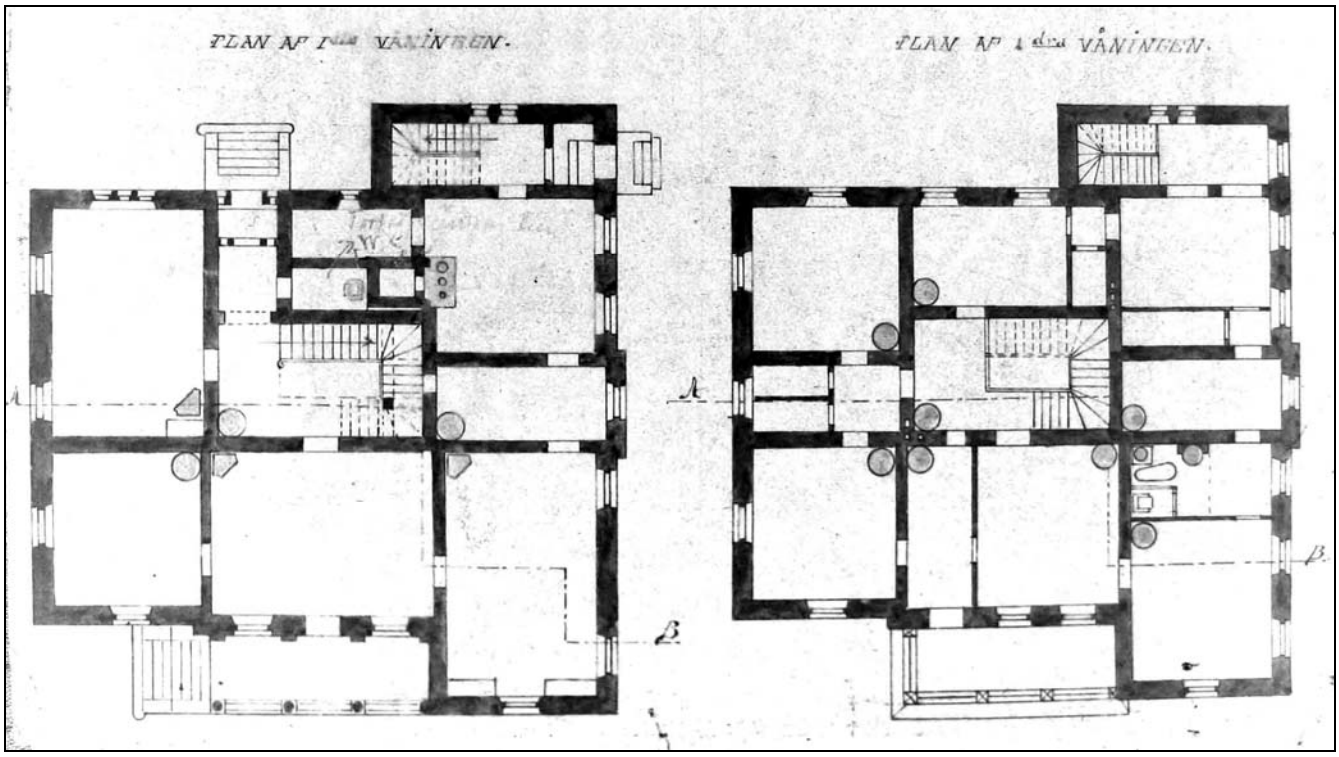
[142] Aminoff 1894, 4.
[143] Kaarninen 2000, 68.
[144] Ilmari Kalpa oli Pitkäniemen ylilääkärinä v. 1929–1963 ja Irma Niinivaara ylihoitajattarena v. 1937–1967. Kaarninen & Kaarninen 1990, 236.
[145] Kaarninen 2000, 74: Erik E. Anttinen muistelee Pitkäniemeä.

Kun laitos otettiin käyttöön lääkintöhallitus palkkasi virkamiehet ja hoitohenkilökunnan esimiehet ylilääkärin ehdotusten perusteella. Hoitokäytänteet, kuten pakkokeinoihin suhtautuminen tai uusien hoitojen käyttöönotto, muuttuivat yleensä uuden ylilääkärin tullessa laitokseen. Ylilääkärillä oli valtaa laitoksen mitä moninaisimpiin arkipäivän asioihin. Hän päätti, ketkä potilaat saivat osallistua jumalanpalvelukseen. Potilas ei saanut ottaa vastaan kirjettä ilman hänen lupaansa. Ylilääkäri sääteli lisäksi henkilökunnan välisiä suhteita. Hoitajien tuli pyytää ylilääkäriltä lupa, jos he halusivat tavata vieraita vapaa-aikanaan. Jos kaksi hoitajaa suunnitteli avioliittoa, ylilääkäriltä oli kysyttävä lupa, koska perheasunnoista oli pulaa.[146]

Ylilääkärin viikkoa jaksotti lääkintöhallituksen määräämä työjärjestys. Sen mukaan ylilääkärin tapana oli kiertää osastoilla kerran viikossa. Kirjeessään lääkintöhallitukselle ylilääkäri Albert Björkman raportoi viikko-ohjelmastaan vuonna 1910 seuraavalla tavalla. Maanantaisin ja perjantaisin hän kiersi naisosastojen sekä tiistaisin ja lauantaisin miesosastojen parannusosastot. Suurilla asyyliosastoilla XIV ja XV sekä huvilalla hän teki kierroksen keskiviikkoisin. Torstait oli varattu neuvottelulle talouskysymyksistä yhdessä päällysmiehen kanssa, jonka päätteeksi tehtiin kierros laitoksen taloustiloissa: keskuskeittiöllä, pesuosastolla ja verstaalla. Aamuisin ylihoitaja ja ylihoitajattaret luovuttivat kansliaan ylilääkäriä varten selvityksen niiden osastojen tapahtumista, joilla sinä päivänä ei ollut kiertoa. Iltapäivisin, kello neljästä kuuteen, ylilääkäri otti kansliassa vastaan laitoksen henkilökuntaa laitosta koskevissa asioissa. Sunnuntaisin ylilääkäri hoiti laitoksen kirjeenvaihtoa ja otti tarpeen mukaan vastaan vierailijoita.[147]

Ylilääkärin saapuminen osastolle oli aina erikoinen tilaisuus. Kiertoa varten osastot järjestettiin ja hoitajat vahtivat, että potilaat käyttäytyivät niin mallikelpoisesti kuin pystyivät. Kierroilla hän esimerkiksi teki tutkimuksia laitokseen vasta otetuille potilaille tai perehtyi lääkärien tai hoitajien osoittamiin yksittäisiin potilaisiin. Kierroilla hoitajat olivat potilaan ja lääkärin välissä; he säätelivät pitkälti, kehen ylilääkäri kiinnitti huomiota. Potilaan ja lääkärin välinen kliininen suhde saatettiin suljetulla sairaala-alueella toisinaan rikkoa. Rauhallisilla ja työkykyisillä potilailla teetettiin henkilökunnan palkollisten töitä, kuten asuntojen lämmittämistä. Tällöin heillä oli myös pääsy lääkäreiden yksityisiin tiloihin ja heidän perheidensä pariin. Näissä satunnaisissa rajanylityksissä oli mahdollista ylittää viralliset normit sekä lääkärin ja potilaan roolit, koska ne tapahtuivat osastojen ja vastaanoton ulkopuolella.

[146] Aminoff 1899, 7; Malmivuori 1985, 100–101; Nygård 1998, 199.



Kuva 12. Ylilääkärin asuintalon pohjapiirustukset. Ensimmäisen kerroksen edustustilat ovat vasemmalla ja toisen kerroksen yksityisempi pohjakaava oikealla. Lähde: Pitkäniemen rakennuspiirustukset. Hämeen piirirakennustoimisto. HMA.

Linnassa ylilääkärin oli mahdollista elää säätynsä mukaista elämää. Asunnolle johtava erillinen tie avautui rakennuksen etupiha-alueeksi, jonka puolella oli pääsisäänkäynti. Nurkan takana oli palveluskunnan erillinen sisäänkäynti, josta pääsi keittiöosastoon. Rakennukseen kuului talousrakennus, joka oli asunnolle johtavan tien varrella, itse laitoksen ja linnan välissä vastaanottamassa ylilääkärin virka-asunnon alueelle. Varsinaisen rakennuksen pihapiiriin kuului yksi piharakennus. Alue poikkesi myös kasvillisuudeltaan muusta niemen alueesta. Sinne istutettiin erikoisimmat kasvi- ja puulajit. Rantaan rakennettiin luonnonkivipengerryksellä padottu ankkalammikko sekä laivalaituri Pitkäniemen omaa höyrylaivaa varten.

Linnan erillisyys muusta alueesta osoitti ylilääkärin yksityisyyden laitosalueella. Julkisuuden ja yksityisyyden tila ei rajautunut ainoastaan rakennuksessa ulko- ja sisätilan välille, vaan raja oli myös sisällä rakennuksessa. Linna ei ollut suunnattu ainoastaan ylilääkärin perheelle, koska huonejakoa leimasi seurustelu- ja julkisten tilojen suuri määrä. Linnassa asumiseen yhdistyi edustaminen

[147] Björkman Lääkintähallinnolle 13.9.1910. Lähetettyjen kirjeiden konseptikirjat ja toisteet 1904–1905. Pitkäniemen arkisto. HMA.

ja työnteko. Talossa oli lukuisia illanviettoon ja seurusteluun tarkoitettuja huoneita. Sisätila jaettiin eteläpuolen julkisempiin huoneisiin sekä pohjoispuolen takapihan yksityisempiin ja pienempiin makuuhuoneisiin ja taloustiloihin. Ylilääkärin asuintalo noudatteli 1800-luvun lopun ja 1900-luvun alun säätyläistalojen yleistä mallia, jossa tila jaettiin intiimille perhe-elämälle, edustamiselle, työnteolle ja kotitaloudelle tarvittaviin erillisiin huoneisiin[148]. Kokoontuivatko seurapiirit laitosalueella ja ylilääkärin virka-asunnolla, eivät pohjapiirustukset kerro.

Säädynmukainen elämäntapa vaati paljon tilaa. Salonki oli tärkein seurustelutila. Siitä avautui näkymä Pyhäjärvelle sekä pääsy eteläiselle terassille. Salongin sisustukseen lienee kuuluneen ainakin piano ja joukko pikkupöytiä, kuten samanlaisissa tiloissa vuosisadan vaihteessa tavallisesti oli tapana. Tärkeä seurustelutila oli myös ruokasali, jonka kuvasta näkee oikeassa alanurkassa. Huoneessa oli suuri ruokapöytä, jossa oli tilaa isommallekin seurueelle. Muita aikakauden tavallisia seurustelutiloja olivat pikkusali, kabinetti ja tupakkahuone, jotka ylilääkärin asuinrakennuksessa sijaitsivat toisessa kerroksessa. Vieraiden käytössä oli myös tilava parveke ja uudenaikainen kylpyhuone klosetteineen. Naisten ja miesten seurustelua varten varattiin erilliset huoneet. Naisten huoneessa saattoi olla peilipöytä ja miesten huoneessa piippuhylly ja ilmapuntari, kuten helsinkiläisessä kauppiastalossa 1800-luvun lopulla.[149]

Makuuhuoneita yläkerrassa olivat uskoakseni kuvassa vasemman ylänurkan kaksi vierekkäistä huonetta, mahdollisesti myös vasemman alanurkan huone. Nukkumista varten erillisiä tiloja varattiin kaksi tai kolme, lapsille ja vanhemmille omansa. Oikean ylänurkan porraskäytävän vieressä oleva huone tuskin oli makuuhuone, se vaikuttaa eräänlaiselta välitilalta. Huoneesta on käynti kolmeen eri suuntaan, joten suljettua yksityisyyttä siinä ei ollut kuten vasemman ylänurkan huoneessa. Huoneen välitilamaisuuteen viittaa myös se, ettei siinä ole lainkaan kakluunia, ei edes seinän toisella puolella. Tilan vieressä vasemmalla olevaan makuuhuoneeseen siirtymistä yksityistää edelleen pieni välitila. Huoneilla saattoi olla erilaisia käyttötarkoituksia, joita muunneltiin asukkaiden tarpeiden mukaan.

Alakerrassa, pohjakaavan kuvassa vasemmassa ylänurkassa olivat ylilääkärin henkilökohtaiset työskentelytilat. Hallintorakennuksen kansliassa ylilääkäri tapasi pääasiassa laitoksen henkilökuntaa ja otti vastaan potilaita. Tilat olivat kuitenkin Pitkäniemen kaikkien lääkäreiden käytössä ja tuskin ylilääkäri siellä hoiti kirjeenvaihtoaan. Näihin yksin tehtäviin toimiinsa hän tarvitsi yksityiset tilat linnaansa.

[148] Häggman 1994, 48–49.
[149] Häggman 1994, 48–49; Saarikangas 2002, 127–133.

Rakennusten ulkomuoto sekä asumisolot alkoivat muuttua säätyläistön taloissa 1860-luvulta lähtien. Omavaraisuuden ihanteesta luovuttiin vähitellen. Huoneilman laatua haluttiin parantaa esimerkiksi ikkunoiden saranoilla ja uudenaikaisen kaakelilieden avulla, joka ei savuttanut ruoankäryä joka puolelle huoneistoon. Henkilöluku väheni, kun suuresta palveluskunnasta luovuttiin eikä henkilökunta enää asunut työpaikkansa yhteydessä. Kollektiivinen ajatus- ja elämäntapa väistyi perhekeskeisempien ihanteiden ja käytänteiden tieltä. Ensinnäkin asumis- ja työtilat haluttiin erottaa entistä selvemmin toisistaan ja toiseksi työntekijät halusivat oman itsenäisen kodin erillään työnantajastaan. 1800-luvun lopulla alettiin vetää yhä selvempi raja oman perheen ja ruokakuntaan kuuluvien palkollisten välillä.[150]

Ylilääkärin virkatalossa sekä hygienian korostaminen että palkollisten muuttuva rooli näkyivät tilanjaossa. Ruokasalin ja keittiön väliin rakennettiin välitila, jonka funktio oli estää tai ainakin vähentää ruoankäryn pääsemistä muihin tiloihin. Keittiöstä oli oma ulospääsynsä sekä porraskäytävä yläkertaan; oma rappu kuului palveluskunnan käyttöön. Palveluskunnan kamari sijaitsi Linnan toisessa kerroksessa. Yhteiskunnan yläluokan ja työväestön muuttuessa yhä ydinperhekeskeisemmäksi ja elämänpiirin yksityisemmäksi, sairaala-alue pysyi niemellään pitkään patriarkaalisena ja omavaraisena.

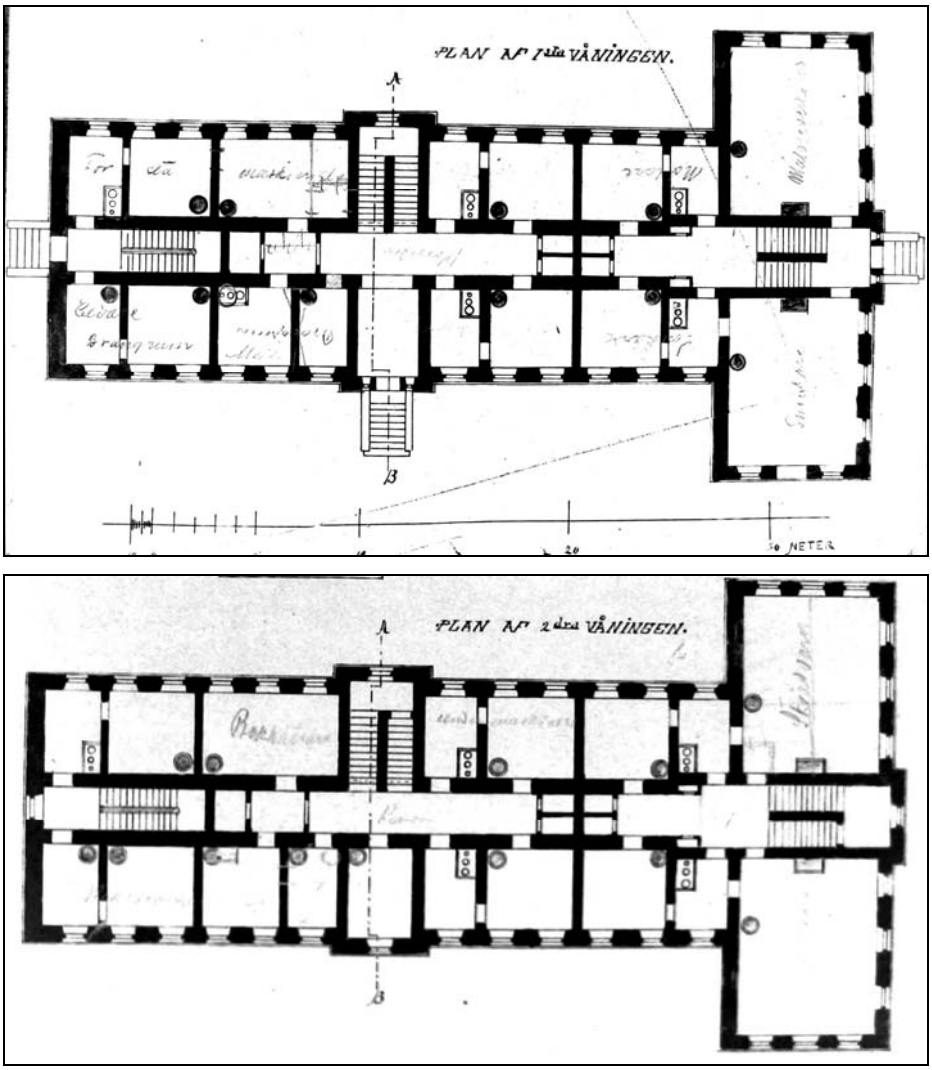
[150] Häggman 1994, 50–51, 54.

Omavaraisen laitoksen talousrakennukset

Pitkäniemen keskuslaitos säilyi pitkään omavaraisena yhteisönä, jolla oli suuri maatila ja omaa metsää. Vuonna 1920 Pitkäniemen virkatalon pinta-ala oli 284,20 hehtaaria ja siihen kuului muutama torppa. Tilalta laitos sai kauraa, perunaa, heinää ja olkia. Laitoksella ei pidetty lypsykarjaa, joka olisi vaatinut paljon työvoimaa, mutta sikalassa oli tutkittavalla ajanjaksolla parhaina vuosina jopa kaksisataa sikaa. Maatilalla oli myös joukko hevosia, ylilääkärilläkin omansa. Maatöiden lisäksi hevosten tehtävänä oli esimerkiksi kuljettaa ruoka osastoille. Pitkäniemen puutarhassa kasvatettiin lanttuja, porkkanoita, punajuuria, erilaisia kaaleja ja pienempiä vihanneksia, kuten kurkkuja, tomaatteja, retiisejä ja salaattia sekä raparperia ja marjoja ja monia muita, joita käytettiin laitoksen keskuskeittiöllä. Ylilääkärillä oli pihapiirissään oma karjasuoja, jossa saattoi olla muutama lehmäkin, kanala sekä omat kasvi- ja perunamaansa. Vuoden 1913 vuosikertomuksessa mainittiin varta vasten, että ylilääkärin puutarhaa oli viljelty laitoksen hyväksi ja lahjoitettu keittiölle punajuuria, kaalia, kurkkua sekä sipulia. [151]

Sairaalan alueella asui lääkäreiden ja hoitajien lisäksi paljon muuta henkilökuntaa portinvartijasta ja sikalanhoitajasta lähtien. Suuri omavarainen laitos tarvitsi paljon palvelusväkeä. Laitokselle pestattiin erikseen renkejä, piika, lämmittäjiä, tulivahteja, kylvettäjä ja pyykkäreitä. Pitkäniemessä oli omat käsityöläisensä, kuten räätäli, seppä, mekaanikko ja hänelle apulainen sekä puusepät ja maalari vuotuisia osastojen korjauksia varten. Puutarhasta huolehtimaan palkattiin puutarhuri, jonka tuli olla myös johtajana potilaiden puutarhatöissä. Lisäksi laitos tarvitsi kirjanpitäjän ja kaksi ”puhelintyttöä” puhelinkeskukseen. Koko työväestö asui laitoksen alueella, heidän palkkaansa kuului ruoka, kortteeri, valo ja lämpö.[152]

[151] Vuosikertomukset 1909–1919, passim. Pitkäniemen arkisto. HMA; Kaarninen & Kaarninen 1990, 25–27.
[152] Hougberg Lääkintähallitukselle 19.2.1900. Lähetettyjen kirjeiden konseptikirjat ja toisteet 1899–1900. Pitkäniemen arkisto. HMA.



Kuva 13. Pitkäniemen verstasrakennus XVI, jossa oli henkilökunnan asuntoja. Lähde: Pitkäniemen rakennuspiirustukset. Hämeen piirirakennustoimisto. HMA.

Maatilan toimintaa johti talouspäällikkö ylilääkärin alaisuudessa. Hänen tehtävänään oli muiden töidensä ohessa huolehtia, että maatilan hoito tuli niin huokeaksi kuin mahdollista. Talouspäälliköllä oli laitoksessa hyvin arvostettu asema ja hänen tilava asuntonsa sijaitsi hallintorakennuksen toisessa kerroksessa, alilääkärin huoneistoa vastapäätä. Huoneistoon kuului kuusi huonetta, oma keittiö ja tilat talouspäällikön omalle sisäkölle. [153]

Suurelle osaa työväestä rakennettiin asuintilat hoito-osastojen väliseen kaksikerroksiseen verstasrakennukseen (rakennus XVI, kuva 13) kahden asyyliosaston rakennuksen väliin. Rakennuksen pohjoispuolen tilavammissa huoneissa oli käsityöläisten työtilat ja niiden ohessa heidän asuntonsa, joihin kaikkiin kuului huone ja oma keittiö. Pohjakerroksessa oli maalarin- ja sepänverstaat, ylemmäs-

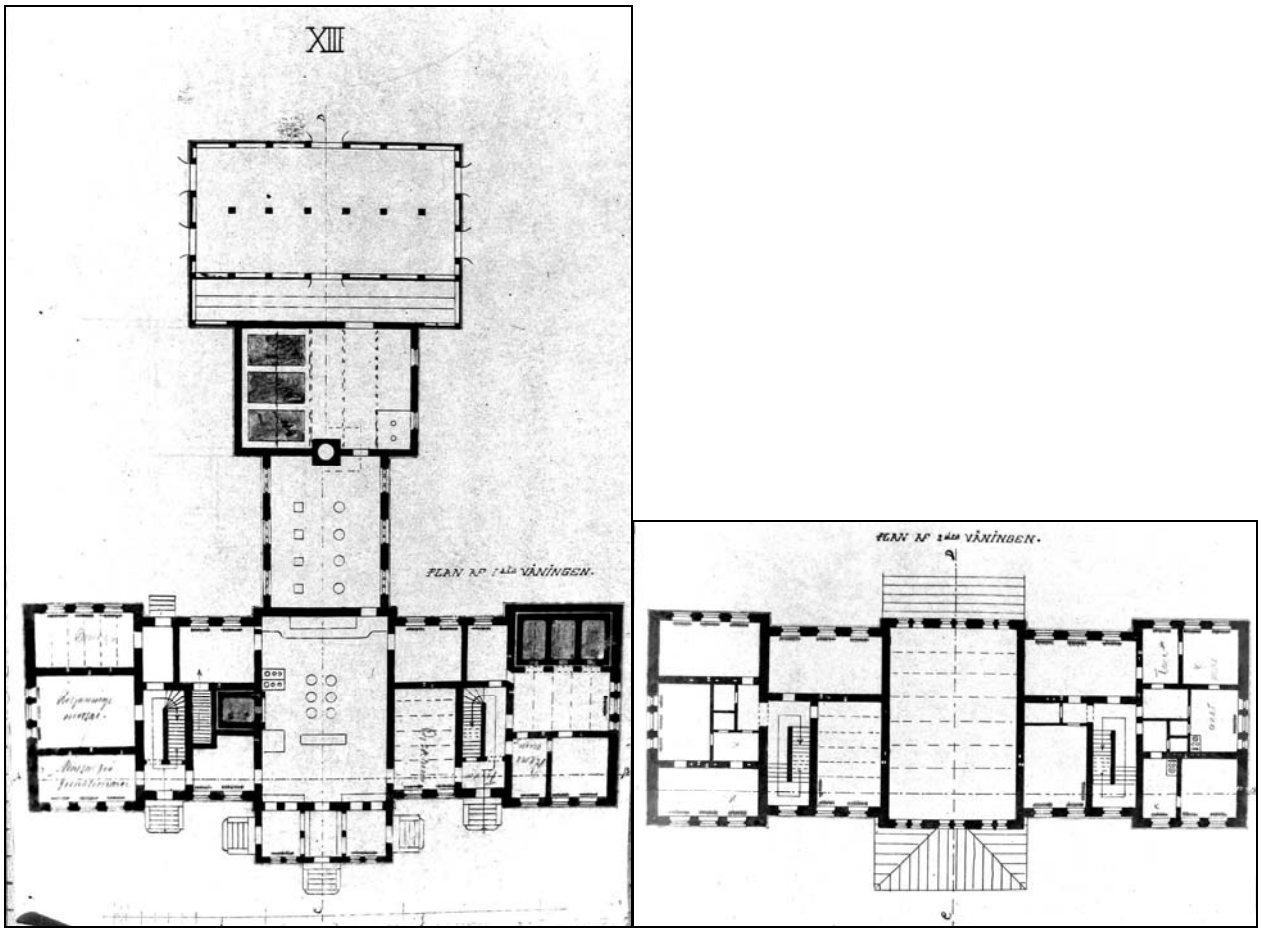
[153] Pitkäniemen rakennuspiirustukset: hallintorakennus. Hämeen piirirakennuststo. HMA; Kaarninen & Kaarninen 1990, 25.

sä kerroksessa räätälin työtilat. Pohjakerroksen kaksi huoneen ja keittiön huoneistoa lienee tarkoitetun puusepille. Mekaanikolle oli keittiön ja kahden huoneen asunto ja avustavalle mekaanikolle keittiön ja huoneen asunto toisessa kerroksessa. Myös kirjanpitäjän asui verstasrakennuksen yläkerroksessa. Huoneistoon kuului yksi huone ja oma keittiö sekä komero ja se oli yhdessä mekaanikon asunnon kanssa muita huoneistoja suurempi.[154]

Vuonna 1909 avoimeen kirjanpitäjän virkaan tuli useita hakemuksia, joita ylilääkäri kommentoi lääkintöhallitukselle. Hakeneiden joukossa oli useita naisia, jotka ylilääkäri karsi heti sopivien kandidaattien joukosta. Naisen palkkaamiseen kirjanpitäjäksi liittyi suuria puutteita, joita mieshakijoilla ei ollut. Kirjanpitäjän työ keskuslaitoksessa edellytti myös talouspäällikön avustamista. Hänen kuului huolehtia, että palvelusväki, käsityöläiset ja muut talouspuolen työntekijät tekivät velvollisuutensa sekä valvoa miespotilaiden ulkotyötä. Näissä tehtävissä ei ollut ylilääkärin mukaan mahdollista naista hyödyntää. Naispuoliselle kirjanpitäjälle ei ollut laitoksessa myöskään sijaa. Kirjanpitäjän huoneisto rakennettiin verstasrakennukseen toteuttamaan hänen valvontatehtäväänsä. Kirjanpitäjän huoneisto oli tehty perheasunnoksi nimenomaan miespuoliselle kirjanpitäjälle, koska naisvirkamiehet olivat naimattomia. Naisvirkamiehellä toki saattoi olla vanhempansa tai sukulaisorpolapsia huollettavana, mutta asuntoa, jonka seinänaapureina asuivat laitoksen työmiehet – rengit ja lämmittäjät –, pidettiin naimattomalle virkanaiselle epäsopivana.[155]

Käsityöläisiä, mekaanikkoja ja kirjanpitäjää lukuun ottamatta laitoksen muu työväestö asui kollektiivisesti ja ahtaasti. Verstastiloissa oli huoneita, joissa miespuoliset lämmittäjät, palovahdit ja rengit asuivat yhdessä. Naispuolisen työväen asuinkamarit sijoitettiin muihin talousrakennuksiin. Työväen seurustelua pyrittiin kontrolloimaan ainakin erottamalla sukupuolten makuutilat toisistaan ja näin tilallisin keinoin viestimään siveellisestä käyttäytymisestä Alemman työväen asuinhuoneisiin ei kuulunut omaa keittiötä, vaan he kävivät keskuskeittiöllä ruokailemassa.[156]

[154]Pitkäniemen rakennuspiirustukset: verstasrakennus. Hämeen piirirakennuststo. HMA
[155] Ibid.; Björkman Lääkintöhallitukselle 1.12.1909. Lähetettyjen kirjeiden konseptikirjat ja toisteet 1907–1908–1909. Pitkäniemen arkisto. HMA.
[156] Ibid.



Kuva 14. Laitoksen keskuskeittiö ja -leipomo, jonka yläkerrassa oli laitoksen henkilökunnan asuinsijoja. Lähde: Pitkäniemen rakennuspiirustukset. Hämeen piirirakennustoimisto. HMA.

Laitoksen keittiöllä (rakennus XIII, kuva 14) oli oma palvelusväkensä, jonka asuinsijat olivat keskuskeittiö- ja leipomorakennuksen yläkerrassa. Tiloissa asuivat myös keittiöllisissä huoneistoissaan vahtimestari sekä naisten työnjohtajatar perheineen. Yläkerran seitsemässä tilavassa huoneessa asuivat keittiöhenkilökunnan lisäksi luultavasti myös laitoksen pyykkärit ja heidän työnjohtajattarensa. Rakennuksen alakerrassa olivat yhteiset ruokasalit laitoksen muulle kuin hoitohenkilökunnalle.

Keskuskeittiöllä valmistettiin laitoksen ruoat, josta ne kuljetettiin ihmis- tai hevosvoimin osastoille. Se sijaitsi käytettävyyssyistä alueen keskeisellä paikalla, hallintorakennuksen eduspihan toisessa päässä. Sitä vastapäätä, tien toisella puolella oli kaksikerroksinen pyykki- ja saunarakennus ja vieressä jääkellari, jonne kerättiin talvella jäitä kesää varten varastoon. Jäät laitettiin sahanpurujen alle, jotta ne säilyisivät mahdollisimman pitkälle kesään.[157]

[157] Pitkäniemen rakennuspiirustukset: hallintorakennus, keittiö ja leipomorakennus. Hämeen piirirakennuststo. HMA

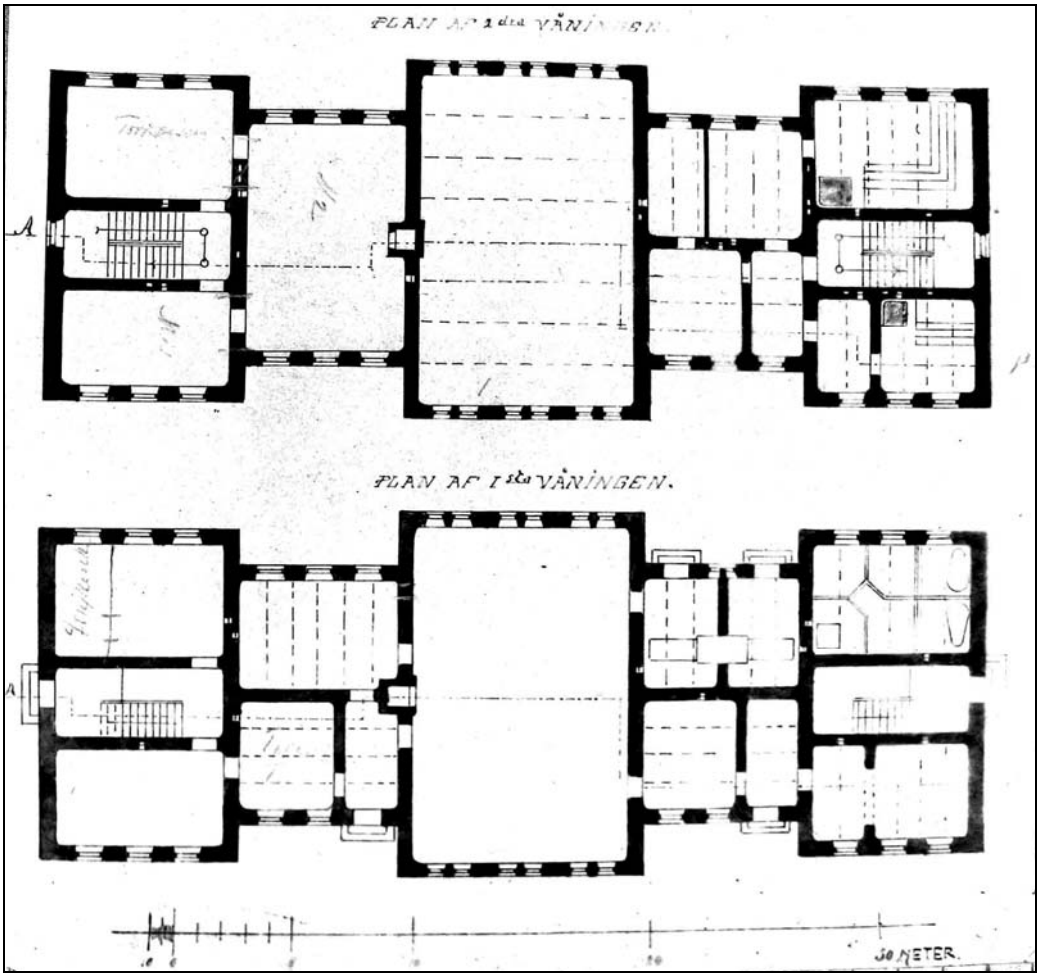
Pyykki- ja saunarakennuksessa pestiin laitoksen kaikki pyykit. Laitoksen varustukseen kuului suuret ja tehokkaat pesukoneet sekä mankelit. Kuvassa 15 näkyvän pohjapiirroksen oikealla puolella, rakennuksen toisessa kerroksessa olivat potilaiden saunat, oikean yläkulman suurempi löylyhuone oli rahvaalle ja alakulman pienempi säätyläistölle. Kylpyhuoneet sijaitsivat rakennuksen pohjakerroksessa. Miehille ja naisille oli omat saunavuoronsa, koska sukupuolille ei erikseen tehty omia saunoja. Pesutuvan varustukseen kuuluivat köysipyörä ja nahkaremmit hankalimpienkin potilaiden pesua varten.[158] [159]

Laitoksen toiminnan ensimmäisinä vuosikymmeninä elämä niemellä oli varsin vilkasta. Oman lisänsä sairaala-alueen pihoille toivat henkilökunnan puolisot ja lapset, joissakin tapauksissa myös vanhemmat ja sisarukset. Henkilökunnan asuintilojen järjestäminen muuttui hankalaksi sen määrän kasvaessa. Pian varsinkin perheellisten asunnoista oli pulaa. Naimaton työväki löysi niemeltä puolisonsa; oli tavallista, että hoitajat ja hoitajattaret avioituivat keskenään. Heille ei ollut suunniteltu tilaa laitoksessa.

Työhön kykenevät potilaat osallistuivat laitoksen töihin ja omaan ylöspitoonsa auttamalla keittiöpuutarhanviljelyssä. Maanviljely keskittyi suunnitellusti puutarhaviljelyyn sekä pelto- ja niittyviljelyyn, koska työt piti järjestää mahdollisimman yksinkertaisiksi ja kevyiksi, jotta potilaita voitiin käyttää mahdollisimman paljon työvoimana. Työtä tehtiin myös sen moraalisen merkityksen vuoksi, vaikka mistään työterapiasta ei vuosisadan alussa ollutkaan kyse. Ajateltiin, että työn touhussa ja yksinkertaisessa maataloustyössä mieli ei tuottanut harhaisia ajatuksia. Potilaat osallistuivat muihinkin laitosta ylläpitäviin puuhiin, kuten siivoamiseen, tiskaamiseen, ruoan jakeluun ja erilaisiin keittiön töihin. Naiset tekivät käsitöitä ja huolehtivat sairaalan vaatehuollosta, miehet veistelivät puuverstaalla ja auttoivat maatilan töissä. Osastoja kunnostettiin vuosittain ja henkilökunnan lisäksi korjaustöihin osallistuivat potilaat. Myös potilaiden erityistaitoja hyödynnettiin laitoksella. Pitkäniemeen ensimmäiseksi potilaaksi otettu nainen, joka oli toiminut opettajattarena, piti oppitunteja Pitkäniemellä asuville lapsille. [160]

[158] Herlin & Hougberg Yleisten rakennusten ylihallitukselle 14.11.1905. Rakennushallitus. Sairaalarakennukset ja lääkärien virka-asunnot; Hämeen lääni 1853 – 1924. Rakennushallitus. KA.
[159] Pitkäniemen rakennuspiirustukset: pyykki- ja saunarakennuksesta. Hämeen piirirakennuststo. HMA.
[160] Kaarninen & Kaarninen 1990, 22, 43; Malmivuori 1985, 63.

Lääkintöhallitus olisi suonut potilaita käytettävän enemmänkin laitoksen töissä, jottei rahaa olisi kulunut ulkopuoliseen työvoimaan. Ylilääkäri Hougberg epäili esimerkiksi lääkintöhallituksen ehdotusta käyttää laitoksen puiston perustamistöissä laajamittaisesti potilaita. Potilaita oli ylilääkärinkin mukaan tarkoitus käyttää kyseessä olevaan työhön, mutta heidän panostaan oli vaikea etukäteen arvioida ja puutarhan perustamiseen piti palkata joitakin ammattilaisia.[161]



Kuva 15. Pyykki- ja saunarakennus. Pitkäniemen rakennuspiirustukset. Hämeen piirirakennustoimisto. HMA.

Keskuslaitokseen rakennettiin sen toimintaa helpottamaan aikansa uusimpia mukavuuksia, jotka tuotettiin mahdollisuuksien mukaan omin voimin. Pitkäniemeen asennettiin heti sen käyttöönotosta sähköt, jotka sen alkuaikoina tuotettiin laitoksen omassa pienessä höyryvoimalassa. Voimala oli kuitenkin niin pieni, ettei sähkövaloa riittänyt yön ajaksi, jolloin valo saatiin petrolilampuista ja kynttilöistä. Sähköä alettiin ostaa Nokia Oy:ltä vuonna 1913, jolloin sille valmistui uusi iso voimalaitos. Sähkövalaistuksen saatavuus vuorokauden läpi helpotti potilaiden valvontaa ja sitä pidettiin

[161] Hougberg Lääkintähallinnolle 3.3.1902. Lähetettyjen kirjeiden konseptikirjat ja toisteet 1902. Pitkäniemen arkisto. HMA.

merkittävänä edistysaskeleena Pitkäniemen sairaanhoidossa. Suoraan sisälle johtava lämmin vesi oli uudistus, jonka Saelan oli pistänyt merkille opintomatkallaan vuonna 1967 Gentissä, ja joka rakennettiin kaikkiin keskuslaitoksiin. Laitoksen sairasosastoille ja talousrakennuksiin rakennettiin keskuslämmitys, joka helpotti huomattavasti henkilökunnan arkipäivää, vaikka tiloja jonkin verran lämmitettiinkin kakluunien avulla.[162]

Uusimpia teknisiä uudistuksia olivat myös puhelimet. Puhelinkeskus rakennettiin heti hallintorakennuksen sisäänkäynnin yhteyteen ja puheluliikennettä hallinnoimaan palkattiin kaksi puhelintyttöä. Lisäksi maatilalla haluttiin pysyä maanviljelyksen teknistymisen edelläkävijänä, esimerkiksi vuonna 1915 virkataloon ostettiin puimakone.[163]

Maatila Pitkäniemellä säilyi pitkään, vaikka hoitohenkilökunnan ulkopuolinen työväki laitokselta vähitellen katosi. Vasta 1970-luvulla alettiin kaikki laitoksen keittiöllä käytettävät raaka-aineet ostaa ulkopuolelta.

[162] Kaarninen & Kaarninen 1990, 22; Saelan 1.10.1967. Muistikirjat osa 2, 282–283.
[163] Vuosikertomus 1915. Pitkäniemen arkisto. HMA.

Eletty tila

Laitoksen käyttöönoton alusta lähtien suurin kysymys oli hoito-osastolle kuuluvat parantumattomat potilaat. Sairaansijoja tiedustelleet omaiset ja kunnanmiehet eivät huomioineet, että laitos oli tarkoitettu pikemminkin vasta sairastuneille. Useimmat tiedustelut koskivat juuri potilaita, jotka oli tarkoitus sijoittaa hoito-osastolle. Pitkäniemen toinen rakennusvaihe haluttiin käynnistää pian ensimmäisten potilaiden saavuttua laitokseen. Sairaala-arkkitehti Magnus Scjerfbeck ryhtyi laatimaan hoito-osaston laajennussuunnitelmia, jotka valmistuivat vuonna 1902.[164]

Hoito-osaston laajennussuunnitelmat

Parantumattomille mielisairaille suunniteltiin alusta pitäen suurempaa hoito-osastoa, joka rakennettaisiin erilleen parannusosastosta. Parhaana ratkaisuna pidettiin yhdistettyä parannus- ja hoitolaitosta, jossa hoito-osaston rakennukset nousivat riittävän kauas parannusosastolta, jotta ne eivät häiritsisi parantolamaista elämää. Laitoksen ensimmäisen rakennusvaiheen, niemeen nousseen osan valmistuttua se täyttyi nopeasti ja pian varsinkin hoito-osaston paikoista oli kova pula. Ylilääkäri Hougberg joutui jo vuoden 1901 alussa, vajaan vuoden laitoksen käyttöönoton jälkeen, torjumaan potilashakemuksia tilan puutteen vuoksi.[165] Sairaalaan hyväksytyillä parannusosastonkin potilailla pääsy Pitkäniemeen pitkittyi ja ajatuksesta, jonka mukaan akuutit sairastapaukset pääsisivät parannusosastolle nopeasti, jouduttiin tinkimään.

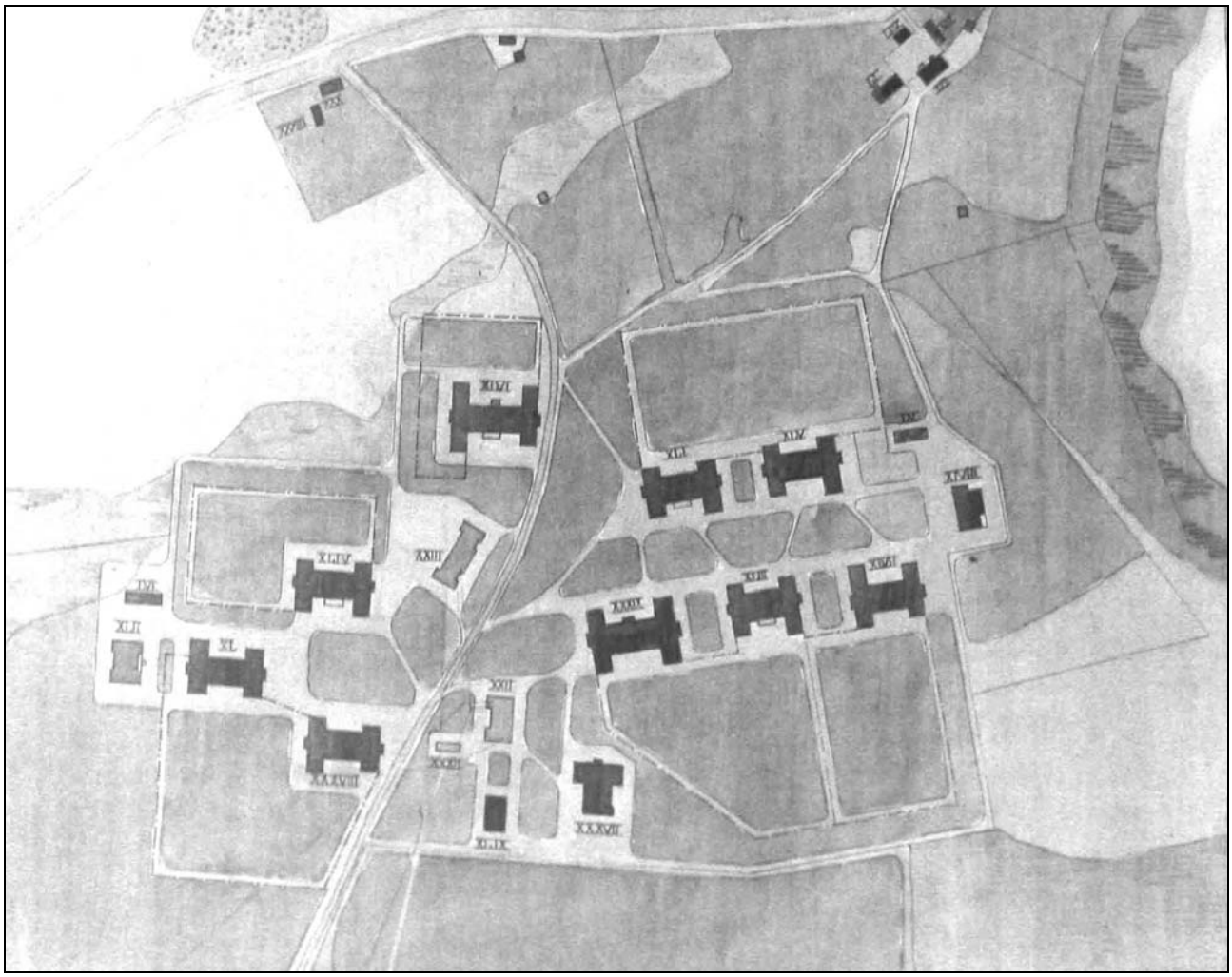
Vuoden 1901 elokuussa ylihallinto sai alustavat piirustukset ja kustannusarvion Pitkäniemen laajennusosasta. Se suunniteltiin sijoitettavaksi alueelle viemäriojan pohjoispuolelle, joka rajaa varsinaisen parannusosaston alueen maapuolta vastaan. Laajennuksella olisi näin oma alue niemeen johtavan tien varrella, muun laitoksen ulkopuolella olevien hoito-osaston puuhuvilan sekä epidemiaparakin liepeille. Aluesuunnitelmassa näkyy Tampereen ja Nokian välinen maantie. Hoito-osasto oli suunnitelmassa eräänlainen puskuri rannassa sijaitsevalle parannusosastolle. Piirustuksiin oli suunniteltu sairaansija 444 kroonikkopotilaalle. Pitkäniemen tie toimi laajennusosassakin sukupuolten osastojen erottajana, viisi naisten osastoa suunniteltiin asemakaavaa katsottaessa tien vasemmalle ja kuusi miesten paviljonkia tien oikealle puolelle. Miehille varattiin sairaansijoja huomattavasti enemmän kuin naisille: miehille potilaspaikkoja suunniteltiin 249, naisille 195. Paviljonkien sijoituksessa toteutettiin vapaampaa sommittelua kuin valmiilla laitosalueella, eivätkä naisten ja miesten

[164] Rakennuspiirustukset G/III2/n:o 1-5. Hämeen piirirakennuststo. HMA; Kaarninen & Kaarninen 1990, 19.
[165] Lähetettyjen kirjeiden konseptikirjat ja toisteet 1901, passim. Pitkäniemen arkisto. HMA

paviljongit olleet enää toistensa peilikuvia. Paviljonkeja ympäröiville istutuksille jätettiin enemmän tilaa, joten puistosuunnittelu oli vapaampaa, vaikka aidatut kävelypihat veivät suurimman osan paviljonkeja ympäröivästä ulkotilasta.[166]

Laajennusosa oli laitoksen jatke, joka otettiin jo ensimmäisessä rakennusvaiheessa huomioon eikä se tarvinnut erillisiä hallinto- tai keskuskeittiötiloja. Laajennettaessa laitosta tarvittiin kuitenkin virka-asunnot kahdelle uudelle lääkärille, joille suunniteltiin tilat yhteen rakennukseen miespotilaiden alueelle sekä huoneistoja muille laitoksen virkamiehille potilaspaviljonkien yhteyteen. Laajennuksen yhteydessä suunniteltiin rakennettavan myös muita laitoksen tarvitsemia tiloja. Botanisti Hougbergilla oli mielessään lähinnä alueen puistoon liittyvät rakennukset. Yleisen tien varteen suunniteltiin uusi talousrakennusten alue, jonka rakennukset muodostivat pienen sisäpihan. Alue koostui puutarhurin asunnosta ja siihen kuuluvasta ulkorakennuksesta, kasvihuoneesta sekä hevostallista. Lisäksi rantaan suunniteltiin ylilääkärin toiveesta uimakopit Niuvanniemen esimerkin mukaan. Ne helpottivat laitoksen väen kesäisiä järvikylpyjä, joilla ajateltiin olevan potilaita vahvistava ja raikastava vaikutus. Uimakoppeja tehtiin potilaille ja henkilökunnalle sekä miehille ja naisille omansa ja edelleen linnan kärkeen yksi ylilääkärin perheen käyttöön. Niiden piirustukset laadittiin ylihallituksen ohjeiden avulla ja yhteistyössä ylilääkäri Hougbergin kanssa.[167]

[166] Aminoff 1894, 10; Pitkäniemen asemapiirros laajennusosasta. Hämeen piirirakennuststo. HMA; Sairaala-arkkitehdin vuosikertomus 1901. KA.
[167] Rakennuspiirustukset G/III2/n:o 1-5. Hämeen piirirakennuststo. HMA; Hougberg Yleisten rakennusten ylihallitukselle 12.2.1901. Pitkäniemen arkisto. HMA; Sairaala-arkkitehdin vuosikertomus 1901. KA.



Kuva 16. Asemapiirros Magnus Schjerfbeckin suunnittelemasta hoito-osaston laajennusosasta. Lähde: Pitkäniemen laajennuksen rakennuspiirustukset. Hämeen piirirakennustoimisto. HMA.

Laajennetun hoito-osaston rakennukset:

XXXIV	Palvelusväen asuinrakennus
XXXV	Liiteri (ei näy kuvassa)
XXXVI	Lääkärien asuinrakennus (ei näy kuvassa)
XXXVII	Puoliavoin miesten osasto
XXXVIII	Suljettu naisten osasto
XXXIX	Suljettu miesten osasto
XL	Suljettu naisten osasto
XLI	Puoliavoin miesten osasto
XLII	Avoin naisten osasto
XLIII	Suljettu miesten osasto
XLIV	Puoliavoin naisten osasto
XLV	Suljettu miesten osasto
XLVI	Suljettu naisten osasto
XLVII	Suljettu miesten osasto
XLVIII	Kahden lääkärin asuinrakennus
XLIV	Saunarakennus
L	Uimakoppi (ei näy kuvassa)
LI	Kasvihuone
LII	Puutarhurin asuinrakennus
LIII	Piharakennus puutarhurin asunnolle
LIV	Talli
LV	Piharakennus lääkärien asunnoille
LVI	Liiteri

Suljettuja ja avoimia osastoja

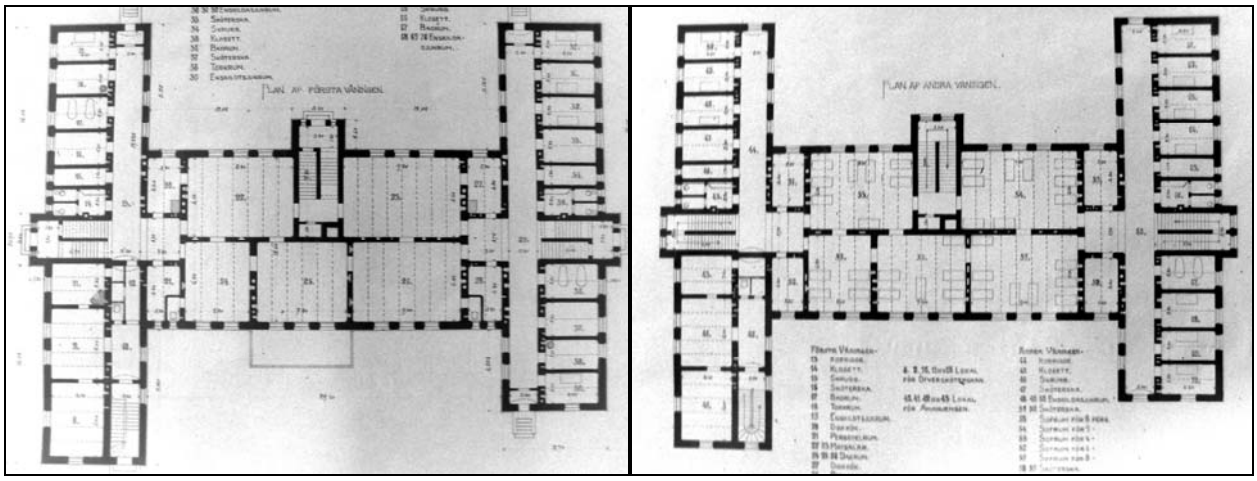
Laajennuksen paviljonkien suunnitelmat noudattivat laitokseen valmistuneen hoito-osaston kaavaa. Kaksikerroksisten sivukäytävämallisten H-kirjaimen muotoa seuraavien paviljonkien keskiosaan koottiin yhteiset päivähuoneet ja ruokasalit sekä yhteismakuusalit. Molemminpuoliset siivet koostuivat yksityishuoneista, kloseteista, pienistä tiskikeittiöistä ja liinavaatevarastoista. Päivähuoneet ja jos mahdollista myös ruokasalit haluttiin sijoittaa kohti etelää. Pohjakerroksen avoimet verannat suunniteltiin niin ikään kohti etelää; niiden oli tarkoitus luoda ilmava ja mahdollisimman vähän sairaalaa muistuttava ulkomuoto. Parannusosaston väkivaltaisten tai rauhattomien potilaiden paviljonkien kaltaisia niin kutsuttuja koppiosastoja ei laajennukseen suunniteltu. Sairaspaviljonkien suunnittelussa piti ottaa huomioon materiaalit, jotka eivät olleet tulenarkoja. Puun sijaan lattiat olivat betonia tai öljymaalattua asfalttia. Lämmitys ja ilmastointi tehtiin samojen periaatteiden mukaan kuin valmiissa laitoksessa. [168]

Paviljongit jaettiin suljettuihin, puoliavoimiin ja avoimiin osastoihin. Osastojen nimet viittasivat aiempaa selvemmin osastojen rajoitteisiin ja vapauksiin, eivätkä enää suoraan potilaiden olemukseen. Nimet vakiintuivat kuvaamaan vähitellen jo valmistuneen laitoksen tiloja ja ne korvasivat käsitteet, kuten ”rauhattomien” tai ”rauhallisten” osastot. Kuten valmistuneessa laitoksessa, sisätila jaettiin rahvaan ja säätyläispotilaiden tilaan. Potilaita paviljonkia kohden oli 25:stä aina 60:een ja tilat suunniteltiin yhtä väljiksi kuin valmiissa laitoksessa, vaikka yhteishuoneita laajennuksessa oli enemmän. Säilytystilat huomioitiin entistä tarkemmin, komeroille ja liinavaatevarastoille oli varattu entistä reilummin tilaa.[169]

Alueen yhdestätoista paviljongista suurin osa oli suljettuja osastoja varten. Suljetut osastot suunniteltiin vaikeimmin sairastuneille, joiden haluttiin olevan jatkuvan valvonnan alla. Potilaita ei päästetty vapaasti ulos osastolta, vaan heidän ulkoiluaan varten tuli paviljongin yhteyteen varata tila aidatulle sellipihalle. Potilaiden päivä ei kuitenkaan kulunut lukituissa selleissä, vaan päivätiloissa, joista joitakin sairaita saatettiin poistaa yksityishuoneeseen tai eristysselliin. Myös potilassijoja suljetuilla osastoilla oli enemmän. Seitsemästä suljetusta osastosta neljä oli miehille ja kolme naisille, niin että naisille varattiin yksi 50 ja kaksi 40 potilaan rakennusta, miehille yksi 60, yksi 44 ja kaksi

[168] Rakennuspiirustukset G/III2/n:o 1-5. Hämeen piirirakennuststo. HMA; Sairaala-arkkitehdin vuosikertomus 1901. KA.
[169] Ibid.

40 potilasta vetävää paviljonkia. Kuvasta 17 nähtävistä pohjakaavoista huomaa, että suljetut osastot rakennettiin täysin samalla periaatteella kuin valmiit asyyliosastot.[170]



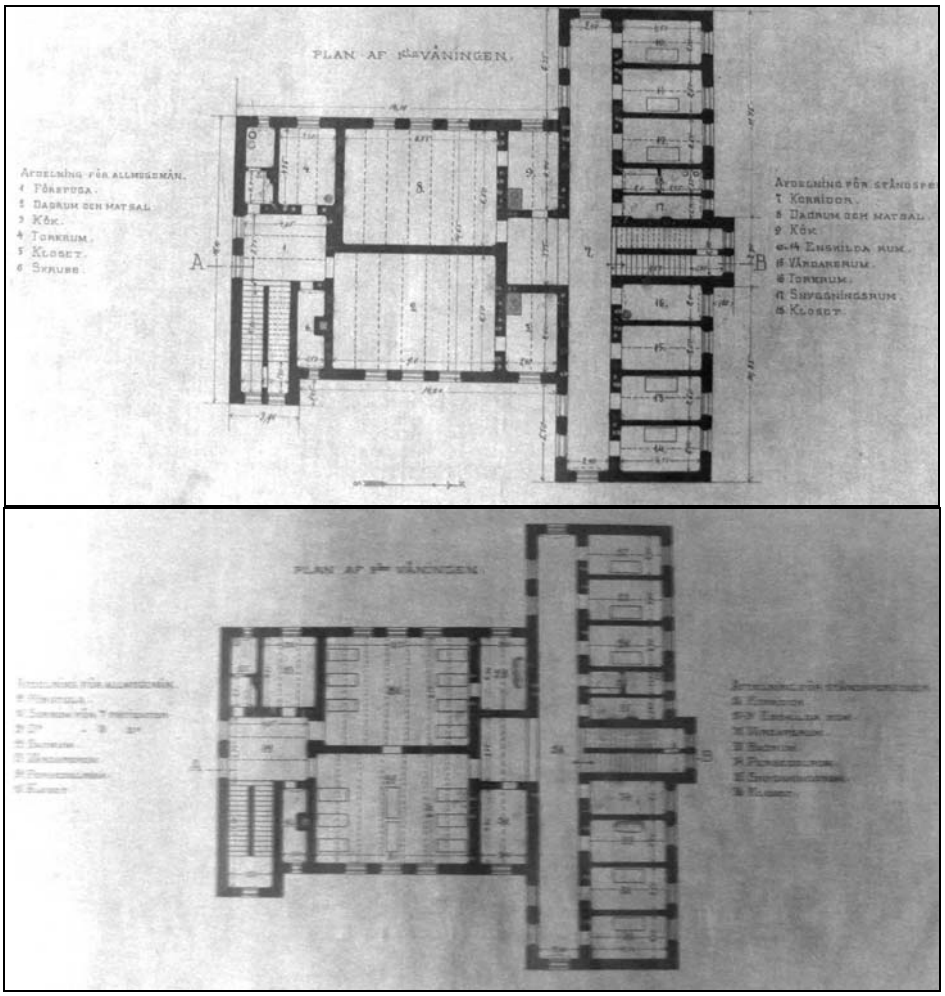
Kuva 17. Paviljonki XLVI suunniteltiin naisten suljetuksi osastoksi 50 potilaalle sekä ylihoitajattaren ja amanuenssin asuntoja varten. Lähde: Pitkäniemen laajennuksen rakennuspiirustukset. Hämeen piirirakennustoimisto. HMA.

Puoliavoimilla osastoilla potilaiden tekemisiä piti jatkuvasti valvoa, mutta eläminen ei ollut samalla tavalla lukkojen taakse suljettua kuin suljetulla osastolla. Paviljongin yhteyteen ei tarvittu aidattua ulkoilupihaa, mutta vapaasti potilaat eivät saaneet ulkotöissä käydä. Suljetulta osastolta pääsi etenemään puoliavoimelle, jos potilaan tila kääntyi parempaan ja käyttäytyminen sen salli. Puoliavoimille osastoille rakennettiin kaksi miesten ja yksi naisten paviljonki. Neljänkymmenen sairaansijan miesten ja naisten paviljongit noudattivat samaa kaavaa kuin suljetun osaston paviljongit, mutta miesten rakennus XXXVII (kuva 18) poikkesi aiemmista. Verrattuna muihin paviljonkeihin kaksikerroksisesta rakennuksesta puuttui toinen siipi ja se oli sijoitettu erilleen muista miespaviljongeista. Osasto oli muita pienempi. Tilaa sivukäytävän varrella yksityishuoneiden rivissä oli kymmenelle säätyläiselle ja kahdessa yhteishuoneessa viidelletoista rahvaan potilaalle. Pääkerros oli kahtia jaettu säätyläistön ja rahvaan puoliin. Molempiin oli oma sisäänkäyntinsä ja edes henkilökunnalla ei ollut keittiön kautta pääsyä puolesta toiseen.[171]

Laajennusosaan suunniteltiin yksi avoin naisten osasto 25 hyvässä kunnossa olevalle potilaalle, joka vastasi jo valmistunutta ruumiillisesti vahvojen miesten puuhuvilaa. Puinen yksikerroksinen rakennus koostui yhteisistä makuutiloista, yhdestä ruokailusalista sekä hoitajien tiloista. Osaston avoimuus tarkoitti potilaiden suhteellisen vapaata liikkumista sairaala-alueella. Kuten vastaavan osaston miehiä, naisia oli tarkoitus hyödyntää maatilan ja puutarhan askareissa, joten tälle osastolle ei suun-

[170]Ibid.
[171] Ibid.

niteltu säätyläistön tiloja. Avoimenkin osaston potilaat noudattivat laitoksen päiväjärjestystä, oman mielensä mukaan eivät hekään voineet laitoksen alueella kulkea.[172]



Kuva 18. Puoliavoin miesten osasto XXXVII. Lähde: Pitkäniemen laajennuksen rakennuspiirustukset. Hämeen piirirakennustoimisto. HMA.

Lääkäreiden talot ja virkamiesten huoneistot

Lääkäreille Schjerfbeck suunnitteli laajennusosaan kaksi rakennusta. Rakennus XXXVI (kuva 19) oli yksikerroksinen asunto lääkärille ja hänen perheelleen. Huoneistoon oli pääsisäänkäynti sekä palveluskunnan ovi asunnon talousosastolle. Edustustilat salonki, ruokasali ja herrainhuone eli tupakkasalonki olivat huoneiston toisella puoliskolla. Asukkaiden makuuhuone oli rakennuksen perällä, sisätilassa hankalimmin saavutettavissa. Asuinrakennus XLVIII (kuva 19) suunniteltiin kahdelle lääkärille. Kaksikerroksinen rakennuksen tilanjako kahdelle perheelle ratkaistiin puolittamalla rakennus kahtia, niin että toinen perhe asui pohja- ja toinen yläkerroksessa. Asunnot olivat toistensa kopioita ja tilanjako oli rakennus XXXVI:ta vastaava. Keittiöön oli pääsisäänkäynnistä erillinen

[172] Ibid.

rappunsa ja huoneisto koostui kolmenluontoisista tiloista: talousosastosta, yksityisistä makuuhuoneista ja julkisista oleskelu- ja edustustiloista.[173]

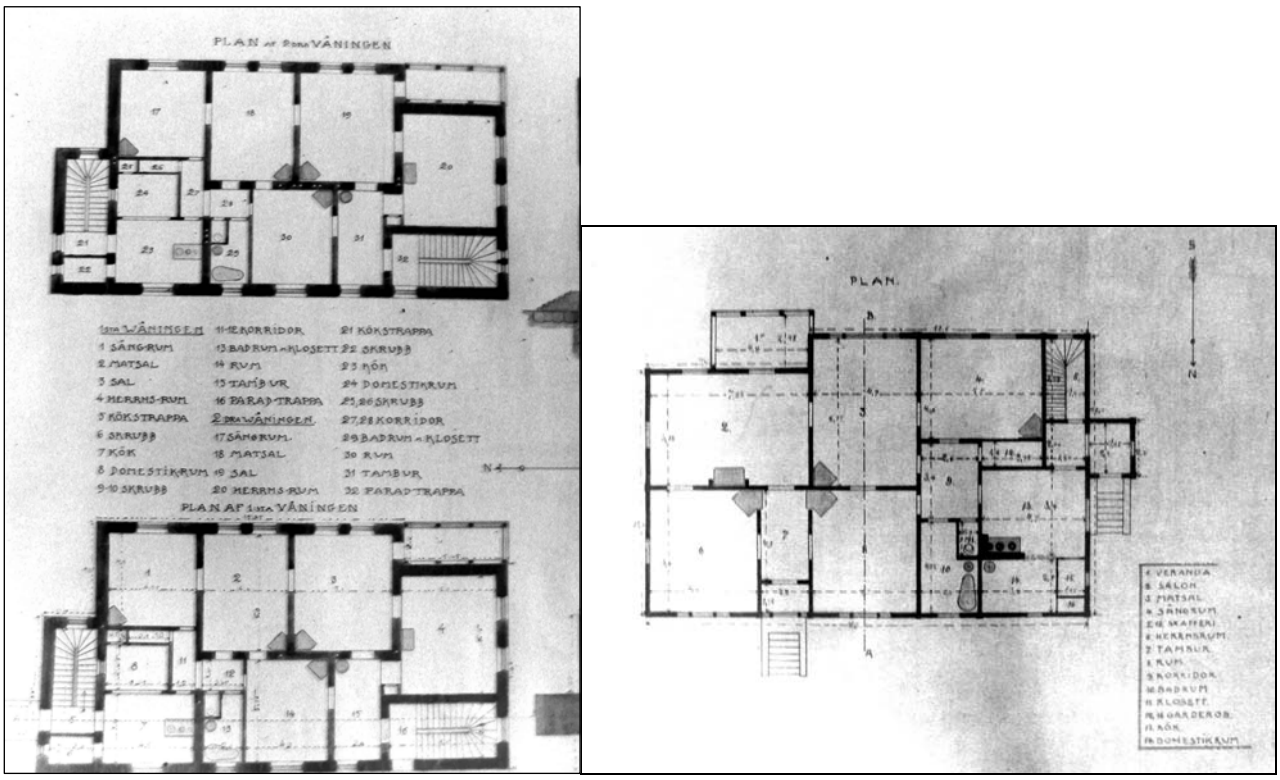
Lääkäreiden asunnoista poiketen laitoksen muille virkamiehille suunniteltiin huoneistot osastojen yhteyteen. Asunto päällysmiehen perheelle sijoitettiin miesten puoliavoimen osaston XLI pohjakerroksen siipeen. Huoneistoon kuului keittiö, kaksi huonetta ja oma sisäänkäynti sekä pääsy suoraan sairasosastolle. Naisten työnjohtajattarelle oli samalla tavoin asunto naisten puoliavoimella osastolla, vaikka pienempi ja ilman omaa keittiötä. Suljetulla osastolla XLVI oli vielä kaksi huoneistoa päällekkäin, toinen ylihoitajattarelle, toinen laitoksen amanuenssille. Ylihoitajattaren ensimmäisen kerroksen kolmen huoneen asunto oli huomattavasti tilavampi kuin parannusosaston rauhattomien potilaiden paviljongissa sijainnut tila, vaikka siitä puuttui oma keittiö. Huoneistosta johti eteinen suoraan osastolle. Se oli luonteeltaan kuitenkin yksityinen, eikä potilashuoneita ollut lainkaan sen lähistöllä. Kuvassa 17 huoneistot ovat paviljongin vasemman puolen alasiivessä. Toiseen kerrokseen suunniteltu amanuenssin huoneisto oli samanlainen, mutta ilman pääsyä osastolle.

Laajennusosan suunnitelmista antoi ylilääkäri Hougbergin lisäksi lausuntonsa myös professori Saelan. Paviljonkien sijasta hän olisi laajennusosassa suosinut huvilatyyliä, jossa laitos olisi koostunut pienemmistä yksiköistä, joissa kussakin olisi ollut tilaa 20–30 potilaalle. Sairaat voitaisiin näin tehokkaammin jakaa oireidensa perusteella ryhmiin. Useiden huviloiden rakentaminen tulisi huomattavasti kalliimmaksi, niihin pitäisi palkata enemmän hoitajia ja niiden yhteydenpito olisi hankalampaa, joten Saelan hyväksyi paviljonkijärjestelmän toteuttamisen. Myös paviljongeissa potilaat onnistuttiin ryhmittämään oireidensa mukaan, kuten valmiilla hoito-osastolla oli tehty ja jonka Saelankin koki onnistuneeksi. Paviljonkijärjestelmänkin rakentaminen tuli kalliiksi, mutta rakennuksia ei haluttu tehdä kaksikerroksisia korkeammiksi.[174]

Saelan olisi halunnut muuttaa potilasjakoa niin, että kaikki säätyläisluokan potilaat olisivat samassa paviljongissa. Esitettykin järjestys hänelle kuitenkin kävi, koska eri yhteiskuntaluokkaa olevat potilaat eivät pääsisi siinä toistensa kanssa kosketuksiin. Kahden lääkärin asuinrakennus olisi hänen mukaansa pitänyt rakentaa yksikerroksiseksi, jolloin rakennuksen kumpaakin päähän tehtäisiin asunnot. ”Tämä järjestely tuottaisi varmaankin asukkaille suurempaa viihtyisyyttä, kuin jos kummankin lääkärin huoneet olisivat eri kerroksissa.”[175]

[173] Ibid.
[174] Sarvilinna 1938, 398–400.
[175] Ibid.

Hougberg puolestaan ei puuttunut Saelanin tapaan suunnitelmien perusteisiin, vaan hän toivoi hienojakoisempia muutoksia paviljonkien sisätilaan, jotka sopisivat paremmin laitoksen arkiseen elämään. Hän ehdotti mm. seuraavia muutoksia: paviljonkeihin tulisi varata pieni huone potilaiden lääketieteellistä tutkimusta ja käsittelyä varten. Hoitajien huoneiden hän halusi vaihtavan paikkaa makuusalien vieressä olevien kylpyhuoneiden kanssa, jotta potilaiden valvonta yöaikaan helpottuisi sekä rahvaan päiväsaleja tulisi monissa paviljongeissa suurentaa ja sommitella tiloja niin, että päivähuoneet olisivat mahdollisimman paljon kohti aurinkoa. Lisäksi kerrokset oli hänen mielestään erotettava ovilla porrastasanteiden kohdalla.[176]



Kuva 19. Lääkäreiden asuinrakennukset. Pohjakaava XLVIII vasemmalla suunniteltiin kahdelle lääkäriperheelle ja oikealla XXXVI yhdelle. Lähde: Pitkäniemen laajennuksen rakennuspiirustukset. Hämeen piirirakennustoimisto. HMA.

Huolimatta laajoista suunnitelmista ja selvityksistä, laajennusosan rakentamiseen ei myönnetty varoja eikä sitä koskaan toteutettu. Sairaansijojen lisääminen ja uusien hoitokäytänteiden – laitoksen muuttuvien elintapojen vaatimat edellytykset – toteutettiin olemassa olevia tiloja muuttamalla.

[176] Hougberg Yleisten rakennusten ylihallitukselle 12.11.1902. Pitkäniemen arkisto. HMA.

Yksityishuoneista makuusaleihin

Pitkäniemen toimintaperiaatetta hermoparantolana vaikeuttivat mielisairaiden omaiset ja kunnanmiehet, jotka hakivat hoitopaikkoja pääasiassa kroonikoille. Maassa toimitettu uusi tilastolaskelma osoitti jälleen mielisairaiden ennalta arvioitua suuremman määrän. Pitkäniemi ei valmistuttuaan taannutkaan kansallisen modernin mielisairaanhoidon toteutumista. Sen rakentaminen kuului 1870-luvulla laadittuun suunnitelmaan mielisairaanhoidon järjestämisestä. Pitkäniemen käyttöönoton tavoitteena oli ollut saada Ruotsin mallin mukaan 25 prosenttia maan mielisairaista laitoshoitoon. Mielisairaiden diagnosointi oli kasvanut keskuslaitosorganisaation rakentamisen aikana muutamalla sadalla tapauksella. Lisäksi oli ”kehittyneemmissä maissa” arvioitu tarpeelliseksi saattaa laitoshoitoon suurempi prosenttiosuus sairaista. Ruotsissa oli vuosisadan vaihteessa laitoshoidossa jo 46 prosenttia maan mielisairaiksi diagnosoiduista.[177]

Hermoparantoloiden, kuten Lapinlahden, Niuvanniemen ja Pitkäniemen rakentaminen ei johtanut ajatellulla tavalla mielisairaiden määrän laskuun kuntouttamalla akuutit sairastapaukset, vaan sairastapausten määrä lisääntyi tilastolaskelmissa jatkuvasti. Potilaiden kotiuttaminen oli hitaampaa kuin uusien potilaspaikkojen tiedustelu. Parantolamainen johtoajatus akuuttien sairastapausten tervehdyttävästä vierailusta luonnonkauniissa ja hygieenisessä ympäristössä ei toteutunut. Hoito-osasto täyttyi pian ja suuri osa sinne otetuista potilaista siirrettiin Lapinlahdelta ja Niuvanniemestä[178]. Laajennusosaan ei myönnetty varoja ja laitokseen hyväksyttyjenkin pitkäaikaissairaiden pääsy sairaalaan pitkittyi jopa vuosiksi[179].

Lähiseuduilla sanonta ja käsitys ”jos Pitkäniemeen joutuu, ei sieltä poispääsyä ole” tuli tunnetuksi Pitkäniemestä puhuttaessa. Sanonnasta huolimatta Pitkäniemestä palattiin kotiin. Potilaaksi päätyminen ei tarkoittanut, että sairas vietti laitoksessa lopun ikäänsä, ei edes parantumattomien hoito-osastolla. Hoidokkien joukossa oli niitä, jotka tulivat laitokseen kymmeniksi vuosiksi ja kuolivat siellä sekä niitä, joiden potilasaika kesti vain muutamia kuukausia. Vuonna 1900 saapuneista potilaista lähes kolmasosa kotiutettiin ”terveinä tai parempina” vietettyään Pitkäniemessä vajaan vuoden. Sama määrä potilaita uloskirjattiin parantumattomina. Rauhalliset kroonikot lähetettiin kotihoitoon tai siirrettiin Seilin tai Käkisalmen turvalaitoksiin, jotka oli tarkoitettu parantumattomasti sairaita varten. Osa poispäässeistä potilaista päätyi jälleen myöhemmin takaisin Pitkäniemeen.[180]

---

[177] Komiteanmietintö 1908:6, 16–17.
[178] Kaarninen & Kaarninen 1990, 42–44.
[179] Komiteanmietintö 1908:6, 17.

Ylilääkärillä oli jatkuvien kyselyiden vuoksi paine ottaa Pitkäniemeen kroonisia asyylipotilaita. Hougberg kirjoitti maan mielisairaanhoitoa ja sen vaatimia muutoksia koskevista käsityksistään lääkintöhallitukselle vuoden 1903 lopulla. Hänen mukaansa suurin ja kaikista tehdyistä parannuksista huolimatta edelleen avoin kysymys oli parantumien mielisairaiden olosuhteiden kohentaminen. Suuri pula rauhattomien kroonikoiden paikoista sopivissa keskuslaitoksissa tarkoitti hänen mukaansa sitä, että kroonikot elivät vaikeissa ja puutteellisissa oloissa vaivaistaloissa ja kodeissa. Hougberg vetosi, että he olivat vaaraksi ympäristölleen ja yhteiskuntaturvankin vuoksi heidät piti saattaa asianmukaisen hoidon piiriin. Hougbergin mukaan valtion tulisi ensi sijassa järjestää hoito tällaisille henkilöille ja työntekoon kykenevät mielisairaat voitaisiin hoitaa kunnallisen vaivaishuollon yhteydessä.[181] Ylilääkärin kirjeenvaihdossa lääkintöhallituksen kanssa muutaman vuoden takaisista hermoparantolasuunnitelmista ei enää keskustella. Kiellosta kroonikoiden ottamisesta parannusosastolle tuli vain rasite potilashakemuksien karttuessa.

Vuonna 1905 asetettiin jälleen komitea mielisairaanhoito-olojen uudelleenjärjestämiseksi. Se pohti vuonna 1908 jättämässään mietinnössä, millainen valtion ja kunnan suhde tulisi olla mielisairaanhoidossa. Komitean painotuksen mukaan valtion tulisi ottaa huolekseen mielisairaiden suljettu hoito. Vaikka mielisairaanhoidosta tulisi valtiolle kova taloudellinen rasite, sitä ei saanut jättää kuntien huoleksi. Kuntien ajateltiin toteuttavan vaivaishuollon niin pienillä kustannuksilla kuin mahdollista, eivätkä ne ottaisi huomioon turvallisuuden ja terveyden mukaisia seikkoja laitosten rakentamisessa. Mielisairaanhoidon järjestämisellä oli humaani sekä kansanterveydellinen merkitys, siksi se oli komitean mukaan valtion velvollisuus. Tieteellinen asiantuntijuus oli tärkein syy, miksi valtion tuli ottaa mielisairaanhoito huolekseen. Kunnallisen mielisairaalan johtokunnaksi tuskin saataisiin koottua henkilöitä, joilla olisi tuntemusta lääketieteestä tai psykiatriasta ja laitoksen lääkärit eivät saisi tarpeellista sananvaltaa. Vain valtion huomassa mielisairaanhoito saataisiin kehittymään ”järkiperäisellä ja ajan vaatimuksia vastaavalla tavalla”[182]

Komitea totesi, että koska maan keskuslaitoksissa ei ollut riittävästi paikkoja vastaanottaa akuutteja saati kroonikkopotilaita, heille oli rakennettu useimmissa kunnissa tilat vaivaistalojen yhteyteen. Vaivaistaloissa katsottiin sopivaksi huoltaa paria rauhallista, varatonta mielisairasta, joilla ei ollut tarvetta erikoishoidolle, vaan ainoastaan ylöspidolle ja ruumiilliselle hoidolle. Komiteaa huolestutti, että maaseutukuntien vaivaistalojen mielisairaspuolella tavattiin vaikeasti sairaita kroonikoita sekä

[180] Kaarninen & Kaarninen 1990, 43.
[181] Hougberg Lääkintöhallitukselle 15.12.1903. Lähetettyjen kirjeiden konseptikirjat ja toisteet 1903. Pitkäniemen arkisto. HMA.
[182] Komiteanmietintö 1908:6, 77–85.

äskettäin sairastuneita samoissa tiloissa. Kuntien houruloissa oli laskelmien mukaan keskimäärin noin kymmenen potilasta, mutta esimerkiksi kaupungeissa mielisairasosasto vei huomattavasti enemmän tilaa. Hourulat olivat kasvaneet ilman sen toimintaa ohjaavia määräyksiä laajamittaiseksi kunnalliseksi mielisairaanhuolloksi. Mielisairaan*hoidoksi* komitea ei rakennettua järjestelmää mielellään kutsunut. Komitea arvioi niiden tavoitteeksi saada sairaat vaarattomiksi mahdollisimman pienillä kuluilla inhimillisistä ja terveydenhoidollisista näkökulmista välittämättä. Maaseudulla ei arveltu myöskään aina ymmärrettävän, että mielisairaat olivat sairaita ja siitä syystä sairaanhoidon tarpeessa.[183]

Suurten keskuslaitosten Niuvanniemen ja Pitkäniemen rakentaminen ei komitean arvioiden mukaan aiemmista suunnitelmista huolimatta taannutkaan modernia ja laajamittaista mielisairaanhoitoa, vaan päinvastoin, tarjolla olevien valtiojohtoisten keskuslaitosten potilaspaikkojen riittämätön lisääminen merkitsi taantumusta suhteessa sivistysmaihin. Komitean ehdotusta edeltänyt, maan mielisairaanhoitoa koskeva tuomio oli ankara: ”maamme nykyään mielisairashoidon alalla on niin takapajuista, että vaaditaan jättiläisponnistuksia siitä pääsemiseksi”[184]. Niin alimittaiseksi arvioidun hoitopaikkojen tarpeen arveltiin johtuneen siitä, että mielisairauksia ilmiönä tunnettiin niin huonosti ja siitä johtuivat virallisten tilastojen epätäydelliset tiedot.[185] Mielisairaudeksi ei aiemmin ollut ymmärretty sellaista käytöstä tai oireita, jotka uudempien arvioiden mukaan lukeutuivat sairaudeksi. Käsitys, mitä mielisairaus on, muuttui nopeasti ja laajeni. Jokainen toimitettu tilastolaskenta osoitti mielisairauksien jatkuvan lisääntymisen.

Komiteanmietinnön päätelmät viittaavat siihen, että 1800-luvun lopulla ja 1900-luvun alussa mielisairauksien toteaminen muuttui. Yhä useampi ihminen diagnosoitiin mielisairaaksi sellaisten oireiden perusteella, joita aiemmin ei ollut liitetty mielisairauteen kuuluvaksi. Hulluuden ja terveyden välistä rajaa vedettiin siihen suuntaan, että terveen kategoria oheni ja täsmentyi. Modernin kynnyksellä oli tarve aiempaa selvemmin määritellä ja kategorisoida poikkeavuutta. Hullujen määritelmästä rakennettiin psykiatrian keinoin tarkempaa ja rajatumpaa. Perinteisessä maalaisyhteisössä poikkeavuuteen suhtauduttiin lähinnä niin, että meitä on moneen lähtöön ja tarvetta hienojakoiselle erittelylle ei ollut. Kylähullu käsitteen alle mahtui monenlaista kulkijaa, joista suuri osa – myös muut

[183] Komiteanmietintö 1908:6, 17, 39.
[184] Komiteanmietintö 1908:6, 23.
[185] Ibid.

kuin vaikeasti sairaat seinään kahlitut ”seinähullut” – alettiin vähitellen yhä enenevässä määrin laskea psykiatrisen tautiluokituksen piiriin.[186]

Mielisairaalajärjestelmä oli väline, jonka avulla poikkeavia voitiin hallita eriytyneesti. Samalla poikkeavuuden ja normaaliuden rajaa rakennettiin ja alleviivattiin. Kansalaisten kategorisointia muutettiin hienojakoisemmaksi. Yksilökeskeisyys merkitsi normaalin tarkentuvaa määrittelyä ja tämän välityksellä yksilöiden tasapäistämistä. Diagnosoinnin lisääntymistä seurasivat uudet laitosrakennushankkeet.

Piirimielisairaaloiden rakentaminen alkaa

Harjavallan sairaala

Pitkäniemen laajennuksen toteutuksesta luopumiseen vaikutti myös uusien laitosten rakentaminen. Ensimmäinen kuntainpiirimielisairaala valmistui Satakunnassa, Harjavaltaan vuonna 1902. Sen rakentamisen teki mahdolliseksi vuoden 1889 keisarillinen asetus, jonka mukaan kunta, yksityinen henkilö tai yhtiö voi perustaa ja ylläpitää mielisairaalaa, jonka kustannuksiin kruunu lupautui osittain osallistumaan. Lääkintöhallitus suhtautui hankkeeseen epäillen. Kuntajohtoisista mielisairaaloista ajateltiin tulevan samankaltaisia mielisairaiden säilytyspaikkoja kuin vaivaistaloista, koska kuntien ei ajateltu panostavan hankkeeseen riittävästi. Piirimielisairaaloiden suunnittelua ei Harjavallassa eikä myöhempienkään sairaaloiden kohdalla toteutettu suhteessa samassa mittakaavassa kuin valtion laitoksia. Kuntain hoitolaitosten mallipiirustukset olivat koppimaisempia sekä henkilökuntaa palkattiin suhteessa vähemmän. Valtiolliset keskuslaitokset olivat kuitenkin malliesimerkkejä kuntayhtymien piirimielisairaaloille. Harjavallan piirimielisairaala oli poikkeuksellinen rakennushanke siinä mielessä, että seuraavat kuntainpiirimielisairaalat rakennettiin Suomeen vasta 1910-luvulla. Muissa kunnissa erilliset mielisairaalaosastot tehtiin vaivaistalojen yhteyteen.[187]

Harjavaltaan rakennettuun piirimielisairaalaan tarvittiin hyväksyvä lausunto lääkintöhallitukselta, mutta sen suunnittelu poikkesi huomattavasti valtion keskuslaitosten suunnittelusta. Harjavallan sairaalan rakennuskomitea päätettiin kunnantalolla pidetyssä kokouksessa. Siihen kuului varakkaampia talonpoikia hankkeeseen kuuluvista yhdeksästä kunnasta[188] sekä Kiukaisten kunnan esi-

[186] Laaksonen e.a. 1990, 7.
[187] Komiteanmietintö 1908:6, 81; Judin 1983, 28–30.
[188] Osakkaina olivat yhdeksän kuntaa: Ahlainen, Harjavalta, Kiukainen, Kokemäki, Köyliö, Luvia, Porin maalaiskunta sekä Ulvila. Judin 1983, 28–30.

mies. Kokouksessa hyväksyttiin jo sairaalarakennuksia varten laaditut piirustukset, jotka oli tehnyt ratamestari Puranen.[189]

Mielisairaala koostui tiilisestä päärakennuksesta sekä talous- ja muista ulkorakennuksista, joita tarvittiin maanviljelyksessä. Laitos valmistui Harjavallan Kreetalan tilalta lohkaistulle tontille. Sairaansijoja yksikerroksisessa laitoksessa oli sen valmistuessa 32. Lääkäriksi valittiin Kokemäen kunnanlääkärin ja hänen lisäkseen sairaalaan palkattiin naimaton johtajatar sekä kuusi henkilöä hoito- ja palveluskunnaksi. Laitoksen alkuvuosikymmeninä lääkärin virkaa hoidettiin ulkoapäin ja lääkärin tuli käydä laitoksessa kaksi kertaa kuukaudessa. Vuoden 1923 johtosääntö velvoitti sivuvirkaa tekevän lääkärin käymään laitoksessa aina tarpeen mukaan, mutta ainakin kaksi kertaa viikossa ja päätoiminen lääkärin virka perustettiin vuonna 1931. Sairaala rakennettiin asyylilaitokseksi kroonikoille eikä psykiatrinen hoito kuulunut sen toimintaan.[190]

Vuoden 1905 mielisairashoitokomitea teki vierailun Harjavaltaan ja piti sen toimintaa tyydyttävänä. Suhteellisten hyvien olosuhteiden komitea arveli johtuvan kuitenkin erilaisista tilapäisistä seikoista, kuten ylihoitajatarjohtajattaresta, jolla tuntui olevan ”tavaton määrä käytännöllistä kelpoisuutta” sekä ”terve ja valpas katse tämän hoidon vaatimuksille”, vaikka hän olikin itseoppinut. Onnistunut toiminta johtui siitä, että lääkäri otti sairaalaan helpompia tapauksia ja vaikeammin sairaat sekä akuuttipotilaat siirrettiin valtion laitoksiin.[191]

Harjavallassakaan ei ollut pula potilashakemuksista. Vuoden 1910 johtokunnan tekemän tarkastuksen yhteydessä todettiin, että sairaalassa oli liian pieni kuutiotila potilasta kohden. Sairaalaan oli otettu tuolloin kaksinkertainen määrä potilaita kuin mille se oli suunniteltu. 1920-luvun lopulla sairaalaa laajennettiin ja samalla alettiin sairaalasta suunnitella ”ajanmukaista mielisairaitten parantolaa”. Luonnos uuden laajennusosan pohjapiirustuksille tilattiin ensimmäistä kertaa arkkitehdilta, A. Mörneltä. Korjausten yhteydessä asennettiin keskuslämmitys, vesi- ja sähköjohdot sekä puhelin. Vankilamaista ulkomuotoa haluttiin hälventää poistamalla sairashuoneiden laitoksen rakentamisessa yhteydessä asennetut kalterit ja verkot. Laitosta laajennettiin vuosien mittaan useampaan kertaan ja 1930-luvulla alun perin yksikerroksinen korotettiin kolmikerroksiseksi. Pihapiiriin tehty uudisrakennus valmistui nelikerroksiseksi.[192]

---

[189] Judin 1983, 28–30.
[190] Komiteanmietintö 1908:6, 21; Judin 1983, 30, 48.
[191] Komiteanmietintö 1908:6, 82–83.
[192] Judin 1983, 31, 36–37, 44–45.

Hatanpään sairaala

Valmiilla puistoilla ja kauniiksi rakennetuilla ympäristöillä oli edelleen vaikutuksensa, kun 1910-luvulla kuntajohtoisia mielisairaaloita perustettiin vanhoihin kartanorakennuksiin. Tampereen kaupunginvaltuusto ryhtyi järjestämään kaupungin kunnallis- ja mielisairaalaa niemellä sijaitsevaan Hatanpään kartanoon vuonna 1913. Kartanon pää-, huvila- ja navettarakennukset sekä muut piharakennukset suunniteltiin muutettavan mielisairaalan tarpeita vastaaviksi. Suuren navettarakennuksen muutosluonnoksista pyydettiin Pitkäniemen ja Lapinlahden ylilääkärien lausunnot ja miehet kävivät Hatanpäällä tutustumassa olosuhteisiin. Lapinlahden ylilääkäri Christian Sibelius jätti epäilevän lausunnon ja omat ehdotuksensa navetan tilan muuttamisesta. Rakennuksen suunnitelmiin piti hänen mukaansa lisätä yksityishuoneet rauhattomille potilaille, suurentaa ikkunat ja korottaa huonekorkeus lähes neljään metriin. Palkattavan lääkärin tuli asua sairaalan alueella ja hoitohenkilökunnan tuli olla ainakin 20-henkinen.[193]

Hatanpään mielisairaala otettiin käyttöön alkuvuonna 1916, jolloin sinne siirrettiin Lapinlahdesta Tamperelaisia mielisairaspotilaita. Ainakin sairaalan ensimmäisen lääkärin mukaan Hatanpäällä oli otettu käyttöön modernin mielisairaanhoidon vaatimuksiin rakennettu ja varusteltu sairaala. Muutostyöt kohdistuivat pääasiassa navettaan ja kartanon päärakennukseen ei sisätilaa mullistavia korjauksia paljon tarvinnut tehdä. Tilanahtaus oli tuttua tällekin laitokselle pian sen käyttöönoton jälkeen. Sairaansijoja Hatanpäälle suunniteltiin 150, mutta jo vuoden 1917 aikana laitokseen oli otettu 290 potilasta.[194]

Kellokosken sairaala

Uudellemaalle ja Etelä-Hämeeseen suunniteltiin 1910-luvun alusta lähtien kuntain piirimielisairaalaa.[195] Sopivaksi sijoituspaikaksi saatiin Kellokosken kartanon päärakennukset ja Linna-niminen kymmenen hehtaarin suuruinen palstatila Tuusulan kunnassa. Arkkitehti Ernst Kranck piti Kellokosken kartanoa sopivana paikkana mielisairashoitolalle ja laati sitä varten uudet piirustukset. Alkuperäinen kartanorakennus päätettiin tehdä kaksikerroksiseksi, jolloin potilaspaikkaluku saatiin 90:een. Muutostyöt olivat perusteelliset ja kartanon sisätilat saivat alkuperäisestä varsin poikkeavan ilmeen.[196] Valtio osallistui sairaalan rakennuskustannuksiin, vaikka Sarvilinna Suomen mielisai-

[193] Sarvilinna 1938, 565–568.
[194] Ibid.
[195] Mukana olevat 13 kuntaa olivat Askola, Karjalohta, Lohja, Mäntsälä, Nummi, Nurmijärvi, Pusula, Pyhäjärvi, Sammatti, Tuusula, Vihti, Hausjärvi sekä Loppi. Sarvilinna 1938, 590.
[196] Jyrkinen 2005, 51–52; Sarvilinna 1938, 589–592.

raanhoidon kehitystä koskevassa väitöskirjassaan 1930-luvun näkökulmasta huomautti: ”…siihen aikaan oltiin sangen kitsaita valtionvaroja myöntämään yleishyödyllisiin tarkoituksiin”.[197]

Kartanorakennus muutettiin mielisairaalaksi rakentamalla kaksikerroksiset siipirakennukset. Jo kartanon sisääntulokerrokseen rakennettiin potilashuoneita sekä ylihoitajattaren ja kahden hoitajan huoneet, kanslia ja lääkärin vastaanottohuone. Lääkärin virkaa hoiti sivutoimena Tuusulan kunnan lääkäri. Rakennuksen sisätilaa muutettiin niin, että saatiin 28 makuuhuonetta potilaille, neljä päivähuonetta, huone johtajattarelle, kylpyhuoneita, kuivaushuoneita, keittiöitä sekä varastohuoneita. Kellarikerrokseen tehtiin pääkeittiö, leipomo, pyykkitupa, vaatevarasto, keskuslämmityshuone, varasto- ja kellaritiloja. Piharakennukseen rakennettiin sauna sekä konehuone vedennostoon tarvittavaa höyrykonetta varten. Omavaraisuuteen pyrkivään hoitolaan valmistuivat myös navetta, sikala sekä vajarakennus. Sähkövalo Kellokoskeen saatiin vuonna 1918, johon asti hoitola valaistiin öljylampuilla.[198]

Kellokosken kartanon sijainti oli Lahteen vievän vanhan valtatien ja Keravan joen varrella sopiva piirimielisairaalalle, vaikka se ei ollutkaan eristyksissä asutuksesta. Laitoksen läheisyydessä oli ruukki työväenasuntoineen sekä Kellokosken tehdas. Tehtaan työväki asui joen toisella puolella ja muuta kylänväkeä jaetun kartanon maille rakennetuilla valtion viljelys- ja asuintiloilla.[199]

Makuutus- ja kylpyhoidot

Emil Hougberg kirjoitti jälleen alkuvuonna 1907 lääkintöhallitukselle Pitkäniemen tilanteesta. Laitoksessa ei pystytty ottamaan vastaan uusia potilaita, kuten olisi ollut toivottavaa. Syyksi hän mainitsi sen, etteivät laitoksen tilat soveltuneet enää kehittyneeseen mielisairaanhoitoon. Pitkälti yksityishuoneisiin perustuva tilanjako esti ”tarkoituksenmukaisen” hoidon järjestämisen. Osastojen tilan suhteellisen yksinkertainen muuttaminen voitaisiin Hougbergin ehdotuksen mukaan toimittaa kesällä tavanomaisten korjauksien, kuten osastojen maalaamisen, lattioiden ja muiden korjausten yhteydessä. Samalla voitaisiin rauhattomien kroonikkopotilaiden hoitoa tehostaa ja lisätä heidän määräänsä laitoksessa, koska laskelmien mukaan he olivat se mielisairaiden ryhmä, joiden määrä koko yhteiskunnassa kasvoi.[200]

---

[197] Sarvilinna 1938, 590.
[198] Jyrkinen 2005, 53–54, 71; Sarvilinna 1938, 592.
[199] Jyrkinen 2005, 68.
[200] Hougberg Lääkintöhallitukselle 30.3.1907. Lähetettyjen kirjeiden konseptikirjat ja toisteet 1905–1907. Pitkäniemen arkisto. HMA.

Hougberg viittasi tarkoituksenmukaisemmalla, modernilla mielisairaanhoidolla kylpy- ja makuutushoitoihin, jotka vaativat suuria makuu- ja kylpysaleja. Pitkien kylpyjen rauhoittava vaikutus oli huomattu sairaanhoidossa jo 1800-luvun alkupuolella. Pitkäniemessä alettiin antaa varsinaisia lepokylpyjä järjestelmällisesti 1910-luvulla. Vesihoidot olivat 1800-luvun lopulla suosittuja lähinnä fyysisten vaivojen hoidossa ja niitä pidettiin tehokkaampina kuin lääkehoidon antamista. Vesihoitoja harjoittivat myös maallikkoparantajat, joita lääkintökollegio paheksui. Sen mukaan ihmiset, joilla ei ollut lääketieteeseen pohjautuvia perustietoja anatomiasta, fysiologiasta ja patologisesta anatomiasta aiheuttivat vesihoitoja antamalla pikemminkin vahinkoa edistämällä puoskarointia.[201]

Pitkäniemen keskuslaitoksen ensimmäisen vuoden 1900 hoitajille suunnatun ohjesäännön mukaan sairaat tuli kylvettää tarvittaessa, mutta vähintään kerran viikossa. Samalla kiellettiin ankarasti useamman kuin yhden sairaan kylvettäminen samassa vedessä. Sääntö liittyi potilaiden puhtaana pitämiseen eikä sillä ollut tekemistä varsinaisen kylpyhoidon kanssa. Puhtaudella oli tosin oma moraalisesti tervehdyttävä vaikutuksensa. Ylilääkäri käski hoitajia pitämään potilaita niin puhtaina ja siisteinä kuin mahdollista, koska sillä oli heihin ”hyväätekevä vaikutus”.[202]

Kylpyhoitoja seuranneissa uusissa ohjesäännöissä ohjattiin hoitajia tarkasti hoitotavan toteuttamisessa. Kylpy tuli valmistaa täysin ennen kuin potilas laitettiin veteen. Veden lämpötila piti olla 35 asteista, eikä koskaan 36 astetta kuumempaa. Lämpö tuli mitata lämpömittarilla eikä pelkkä kädellä tunnusteleminen ollut sallittua. Pidennettyjä kylpyjä oli velvollisuus valvoa alinomaa ja hoitaja ei saanut astua kylpyhuoneesta ennen kuin toinen oli tullut hänen tilalleen. Vastahakoisen potilaan pitämiseksi kylvyssä käytettiin verkkoa ammeen päällä, jolloin hän oli pakotettu pysymään kylvyssä.[203]

Pidennetyt kylvyt oli tärkein hoitomuoto 1930-luvulla omaksuttuihin sähkö- ja shokkihoitoihin asti. Niitä annettiin varsinkin levottomille potilaille heidän rauhoittamisekseen. Pidennetty kylpy tarkoitti potilaiden viruttamista lämpimissä kylvyissä tuntikausia. Kylpyhoitojen rinnalla käytettiin käärehoitoa, jossa potilas sidottiin viileään veteen kasteltuihin lakanoihin hartioista varpaisiin asti ja otsalle asetettiin kylmä kääre. Hoito uusittiin tarvittaessa kolme kertaa päivässä. Vesihoitojen rinnalla alettiin toteuttaa nk. makuutushoitoa, jossa potilaita makuutettiin sängyissään. Makuutushoidon

[201] Kaarninen & Kaarninen 1990, 56–57; Pesonen 1980, 300–303.
[202] Förhållnings- och ordningsregler för vårdpersonalen vid Pitkäniemi centralanstalt 1900, 10.
[203] Hougberg Lääkintöhallitukselle 1.2.1908. Pitkäniemen arkisto. HMA; Ohjesäännöt kylpyjä potilaille valmistettaessa.

mahdollisti uuden lääkkeen tuleminen markkinoille. Lääkehoitona kylpy- ja makuutushoitojen tukena käytettiin juuri kehitettyjä barbituraatteja, joilla hallittiin potilaita aivan toisella tavalla kuin aiemmin. Barbituraattikuurit tekivät potilaat väsyneiksi ja niiden avulla heidät lamautettiin pysyvään vuodelepoon. Makuutushoitoja on kritisoitu fyysisesti terveiden potilaiden muuttamisesta apaattisiksi ja ahdistuneiksi, jonka vuosia jatkunut toimettomuus heissä aiheutti.[204]

Pitkäniemessä tehtiin samalla tavalla kuin aiemmin Lapinlahdessa: parannusosastolla ollut kielto kroonikoiden vastaanottamisesta purettiin osittain vuonna 1907. Barbituraatit mahdollistivat potilasmäärien kasvattamisen olemassa olevissa tiloissa. Suuria määriä potilaita pystyttiin valvomaan yhdessä suuressa tilassa ja yksityishuoneet kävivät tarpeettomiksi. Väljästi rakennetun laitoksen yksityishuoneiden seiniä purettiin ja yhteishuoneisiin lisättiin uusia paikkoja. Huolellisesti suunniteltu parantava laitosympäristöstä ei kauaa laitoksen käyttöönoton jälkeen toiminut. Kylpy- ja makuutushoitojen myötä päiväsalit täytettiin sängyillä ja pienemmät huoneet yhdistettiin isoiksi valvontaosastoiksi.[205]

Sairaalan rakentaminen alun perin tilavaksi nähtiin potilasmääriä kasvattaessa ja siitä seuranneita korjauksia tehdessä pelkästään kauaskatseisuutena. Huoneiden sijoitus oli sellainen, että varsinkin yksityishuoneisiin pystyttiin suhteellisen helposti tekemään rakenteellisia muutoksia ja sairaansijojen lukumäärää voitiin suuresti lisätä. Ensimmäisen kerran potilaspaikkojen määrää kasvatettiin vuonna 1907 sadalla potilassijalla, jonka jälkeen paikkoja oli 480. Muutosten ajateltiin kuuluvan psykiatrian ja hoitomuotojen kehitykseen.[206]

Ensimmäinen maininta muutostöistä oli jo vuoden 1901 sairaala-arkkitehdin vuosikertomuksessa. Rauhattomien naisten paviljonkiin VIII sisustettiin ylilääkäri Hougbergin pyynnöstä huoneita kylpyhuoneiksi, jotta rauhattomien potilaiden hoidossa voitiin aloittaa nk. pitkät kylvyt. Vaikka kylpyhoitoja oli tarkoitus antaa rauhattomien potilaiden rauhoittamiseksi, järjestettiin seuraavana vuonna suuri kylpyhuone myös rauhallisten rahvaan naispotilaiden osastolle. Huoneeseen laitettiin 20 sinkkistä kylpyammetta pitkiä kylpyjä varten. Uusia kylpyammeita alettiin järjestää osastoille vuosittain.[207]

---

[204] Achté 1991, 84–85, 92–93; Nygård 1998, 202–203
[205] Kaarninen & Kaarninen 1990, 21; Pitkäniemen rakennuspiirustukset: potilaspaviljongit. Hämeen piirirakennuststo. HMA.
[206] Sarvilinna 1938, 398.

Laitoksen luonteen nopea muutos heijasteli myös pettymystä, kun Pitkäniemelle asetetut odotukset eivät toteutuneet. Suuren modernin laitoksen käyttöönottoa edeltäneet suunnitelmat sairastuneiden parantamisesta eivät vähentäneet mielisairauksia. Suuren hermoparantolan piti kuntouttaa sairastuneet yhteiskuntakelpoisiksi ja kääntää mielisairauksien diagnosointi laskuun. Parannusosaston potilaiden tervehtyminen ei ollut odotetun ripeää ja hoito-osaston paikkoja tiedusteltiin jatkuvasti. Tilastojen osoittama mielisairaiden jatkuvan määrän kasvu alkoi vaikuttaa hallitsemattomalta.

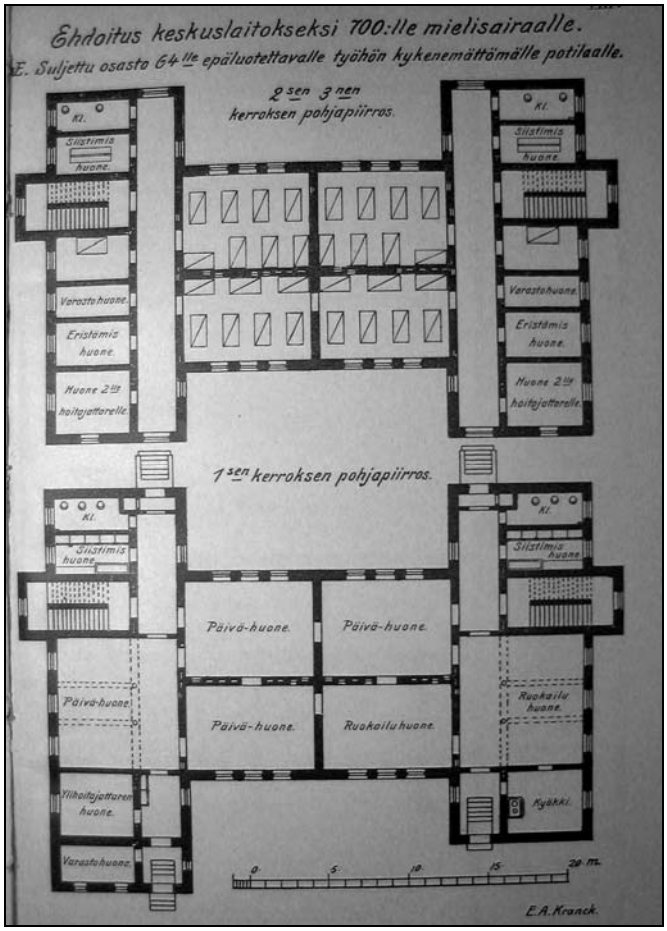
Hougberg luovutti lääkintöhallitukselle ehdotuksensa tehtävistä muutostöistä vuonna 1907. Potilassijojen lisääminen tuli hänen mukaansa aloittaa miesten ja naisten valvontaosastoilta eli rauhattomien, epäsiistien ja epäluotettavien potilaiden paviljongeista sekä rauhallisten rahvaan potilaiden VI ja VII paviljongeista. Varsinkin rauhattomien naisten VIII ja miesten IX paviljongit koostuivat yksityishuoneista ja sisätila saatiin muutettua täysin toisenlaiseksi väliseiniä purkamalla. Osastoille järjestettäisiin ja sisustettaisiin valvontasaleja ja kylpyhuoneita.

Rauhalliset rahvaan potilaat oli sopiva järjestää alkuperäistä väljää paviljonkia pienempään tilaan. Paviljonkiin otettiin rauhattomia potilaita ja päiväsalit korvattiin heille tarkoitetuilla makuusaleilla ja pohjakerroksen yhteishuoneet muutettiin suuriksi kylpysaleiksi. Koppiosaston väkivaltaiset potilaat haluttiin edelleen eristää toisistaan, eikä yksityishuoneista muodostuvaan paviljonkiin ehdotettu muutostöitä. Osasto säilyi alkuperäisessä mallissaan ja tarkoituksessaan Pitkäniemessä aina vuoteen 1920 asti.[208]

Vuonna 1905 asetettu komitea arvioi, että vuoteen 1929 mennessä uusia laitospaikkoja tulisi järjestää yhteensä 5 128 kokonaan uusiin laitoksiin sekä korjaustöitä tekemällä vanhoihin. Tavoitteena oli saattaa laitoshoitoon muiden länsimaiden esimerkkiä seuraten 46,14 prosenttia kaikista mielisairaiksi diagnosoiduista. Komiteanmietintöön sisältyi Yleisten rakennusten ylihallituksen silloisen sairaala-arkkitehdin E. A. Kranckin laatimat mallipiirustukset erikokoisia ja erityylisiä mielisairaanhoitolaitoksia varten sekä rakennusohjelma valmiiden mielisairaaloiden laajentamiseksi. Pitkäniemi suunniteltiin laajennettavaksi yhteensä 800 potilaalle, jolloin korjaustöiden jälkeen laitoksesta löytyisi sija 445 uudelle potilaalle. Pitkäniemen laajennusta varten tehtyjä vuoden 1902 suunnitelmia komitea piti liian kalliina eikä kannattanut niiden toteuttamista. Komitean jäsenet olivat havainneet, että pelkästään laitoksen valmiita rakennuksia muuttamalla saataisiin olemassa oleviin tiloihin mah-

[207] Herlin Yleisten rakennusten ylihallitukselle 28.11.1901, 23.9.1902. Sairaalarakennukset ja lääkärien virka-asunnot; Hämeen lääni 1853 – 1924. Rakennushallitus. KA.
[208] Pitkäniemen rakennuspiirustukset: potilaspaviljongit. Hämeen piirirakennuststo. HMA; Hougberg Lääkintöhallitukselle 30.3.1907. Lähetettyjen kirjeiden konseptikirjat ja toisteet 1907–1908–1909. Pitkäniemen arkisto. HMA.

tumaan 567 potilasta. Loput lisäpaikoista tehtäisiin uusiin, aiempaa esitystä edullisempiin paviljonkeihin. Rakennustyöt ajateltiin toteutettavan kolmen rakennuskauden aikana.[209]



Kuva 20. E. A. Kranckin suunnittelema paviljonkimalli E potilaspaikkojen lisäämiseksi Pitkäniemessä. Lähde: Komiteanmietintä mielisairashoidon järjestämiseksi 1908:6.

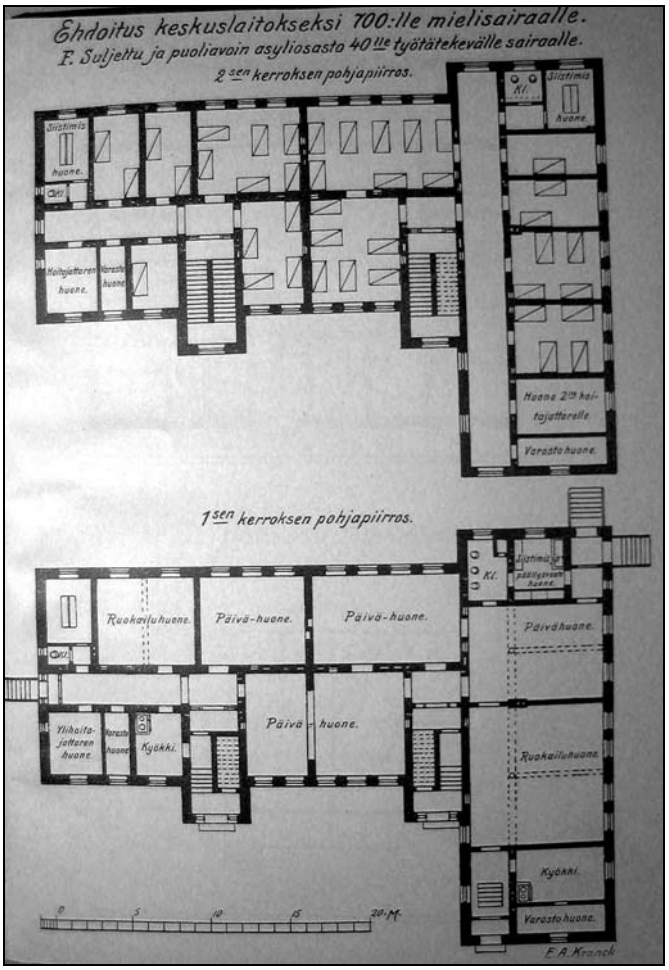
Pitkäniemellä oli komitean mukaan valmiiden laitosten joukossa parhaimmat edellytykset laajentamiseen, koska se sijaitsi keskeisellä paikalla tiheästi asutulla seudulla ja hyvien kulkuyhteyksien päässä. Lisäksi jo alun perin suunnitellun laajennuksen vuoksi laitoksen talousosasto oli valmistettu 800 potilasta silmällä pitäen. Laajentamisen esityöt oli tarkoitus aloittaa heti komitean jätettyä mietintönsä ja ensimmäisellä rakennuskaudella 1909–1910 tehtäisiin suurin osa sisätilan muutostöistä. Varsinainen rakentaminen suoritettaisiin toisella rakennuskaudella vuosien 1911–1913 aikana, jolloin valmistuisivat alueelle kaksi uutta asyylipaviljonkia kummatkin 64 epäluotettavalle ja työhön kykenemättömälle sairaalle sekä tarpeelliset lääkärien asunnot. Kolmannella rakennuskaudella, vuosina 1914–1915 työt oli tarkoitus saattaa loppuun rakentamalla kaksi paviljonkia 40 työtätekevää potilasta varten paviljonkimallia F (kuvassa 21) noudattaen. Se oli tarkoitettu ”vähemmän luo-

[209] Komiteanmietintö 1908:6, 90, 98–99.

tettavien ainesten suljettua hoitoa varten, toiselta, pienemmältä osastoltaan käytettäväksi puoliavoimena osastona". Avoin osasto puiseen huvilaan 25 työtätekevää naista varten suunniteltiin jo valmiin miesten puuhuvilan rinnalle. Samalla rakennettaisiin kasvihuone, puutarhurin- ja hoitajien asumukset, jotka päättäisivät Pitkäniemen laajentamisen.[210]

Ehdotetut rakennukset noudattivat pitkälle jo tunnettujen paviljonkien kaavaa. Rakennukset suunniteltiin kaksikerroksisiksi, vaikka Saelanin tapaan ei enää monikerroksisia laitoksia vieroksuttu. Pohjakaavoissa olivat edelleen päivä- ja ruokailusalit. Muutokset merkitsivät useampia yhteismakuuhuoneita, joihin sijoitettiin potilaita kahdesta kahdeksaan. Pohjapiirrokset koostuivat pääosin tilavista huoneista ja entisen kaltaisia käytäviä tilarakenteessa ei enää ollut. Päiväsalien suunnittelu merkitsi sitä, ettei osastoille suunniteltu makuutushoitoa, koska päivien oli tarkoitus kulua päivähuoneissa tehtävien askareiden parissa. Suuria kylpysaleja osastolle ei myöskään piirretty. Yhteishuoneisiin perustuva pohjakaava korosti eristyskoppien merkitystä, kun rauhattomia potilaita ei muutoin eroteltu toisistaan. Uusi hoitamisenmalli edellytti hoitajien yövalvontaa, jota paljolti yksityishuoneisiin perustuvassa laitoksessa ei käytetty. Siirtyminen yövalvontaan ja sitä kautta vuorokauden jaksottaminen työvuoroihin muutti hoitajien elämää Pitkäniemessä. Potilaiden ja hoitohenkilökunnan lisääminen olemassa oleviin sisätiloihin merkitsi hoitajienkin yksityisen tilan pienenemistä. Henkilökunnan kamareihin majoitettiin kaksi tai useampi hoitaja. Rauhattomien potilaiden valvontaosastolla oli lisäksi erillinen siivoojattaren huone, joka viittasi hoitajien ammattitehtävien tarkentumiseen.[211]

[210] Komiteanmietintö 1908:6, 94–104.
[211] Komiteanmietintö 1908:6. Liite E. A. Kranckin laatimista piirustuksista.



Kuva 21. E. A. Kranckin suunnittelema paviljonkimalli F potilaspaikkojen lisäämiseksi Pitkäniemessä. Lähde: Komiteanmietintä mielisairashoidon järjestämiseksi 1908:6.

Komitean tapa suunnitella mielisairaalalaitosten rakentamista poikkesi selvästi Pitkäniemen suunnittelusta, joka oli tehty vain reilu kymmenen vuotta aiemmin. Mielisairaanhoidon organisoinnin kasvanut volyymi – tarve saada yhä suurempi määrä ihmisiä laitoshoidon piiriin, heijastui suunnitelmien yleispätevyydessä. Yksityiskohtia ei pohdittu, kuten Pitkäniemeä suunniteltaessa ja arkkitehti Schreck laati pohjapiirrokset, joita saatettiin käyttää useassa eri paikassa. Kuvissa 22 ja 23 esitetyt pohjapiirustukset olivat malleja, jotka saatettiin toteuttaa useammassa kohteessa. Uusia laitospaikkoja rakennettiin pääasiassa rauhattomille parantumattomille potilaille ja Pitkäniemen alkuperäistä suunnittelua hallinnutta hermoparantolan ideaa ei enää sovellettu. Laitostilan järjestämisessä ei laskettu enää ilmakuutioita tai ylipäätään kiinnitetty ympäristöön – sisätiloissa tai laitokseen ulkoalueella – samalla tavalla huomiota.

Mielisairaan muuttuva muotokuva

Ylilääkäri Hougberg ei hyväksynyt esitettyä ehdotusta eikä tätäkään laajennussuunnitelmaa siitä syystä toteutettu. Pitkäniemen potilasmäärää kasvatettiin kuitenkin vähitellen laitoksen sisätilaa muuttamalla. Hougbergin toiveiden mukaiset muutostyöt tehtiin vuoden 1909 aikana ja laitoksen potilaslukua voitiin nostaa sadalla: yhteensä 480 potilaspaikkaan. Saman vuoden lopulla Pitkäniemi sai uuden ylilääkärin Albert Björkmanista. Björkman oli ollut puheenjohtajana vuonna 1905 asetetussa komiteassa, mutta sen laatimaa laajennusesitystä ei Pitkäniemessä käynnistetty Björkmaninkaan aikana. Hän oli aiemmin toiminut ylilääkärinä Niuvanniemen keskuslaitoksessa ja oli kunnostautunut varsinkin mielisairauksien perinnöllisyystutkimuksen alueella. Uransa aikana hän vaikutti rotuhygieenisten toimenpiteiden käynnistäjänä, puolestapuhujana sekä asiantuntijana väestöpolitiikan alalla[212].

Mielisairaus perimässä

Ylilääkäri Hougbergin tavoin Björkman ajatteli, että keskuslaitokseen oli otettava ensi sijassa sairaat, jotka olivat mielisairautensa vuoksi vaarallisia ympäristölleen. Björkmanin mukaan tällaisia olivat paitsi sairaat, jotka uhkasivat ympäristössään olevien omaisuutta ja henkeä niin myös ne, joiden ominaisuutena oli ”hillitön taipumus sukupuoliyhteyteen” ja jotka näin levittivät mielisairautta perinnöllisyyden kautta. Björkmanin mukaan heitä tuli pitää yhteiskunnan kannalta katsottuna kaikkein vaarallisimpina, koska he olivat alituisena uhkana tulevien sukupolvien henkiselle terveydelle.[213] Esimerkkinä ja eräänlaisena todisteena komitea mainitsi mietinnössään tällaisista yhteiskunnalle vaarallisista mielenvikaisista mm. seuraavat henkilöt:

> ”Aatami L. Ikä 43 vuotta. Nainut. Loismies. Asuu omassa, kovin köyhässä ja kurjassa kodissaan. Työkyky kovin vähäinen, hakkaa puita j. n. e. Epäsiisti, meluava ja levoton, ärtyisä, uhkaileva, taipuvainen sukupuoliyhteyteen. Ollut naimisissa 16 vuotta: elossa 4 lasta, joista kaksi toistaiseksi tervettä, vanhin (13-vuotias) hyvin kivuloinen ja nuorin (4:n viikon ikäinen) suuressa määrin kuihtunut. Vaimo näyttää kehoittavan potilasta sukupuoliyhteyteen. Vailla tarpeellista silmälläpitoa ja riittävää ravintoakin.”
>
> ”Axel L. Ikä 20 vuotta. Naimaton. Renki. On renkinä eräällä maatilalla mitättömästä palkasta, koska työkyky on vähäinen. Suuttuu helposti, uhkailee. Erään naisen äpärälapsi; äidillä on ollut ”ainakin puolitusina sellaisia”. Isän sanotaan olleen kuljeksiva ”arkangelilainen”.”
>
> ”Maria E. Ikä 29 vuotta. Naimaton. Päivätyöläisen tytär. Asuu vanhempainsa luona kunnan avustuksella. Kykenee karkeampiin ulkotöihin. Suuttuu helposti, on uhkaileva

[212] Mattila 1999, 132.
[213] Komiteanmietintö 1908:6, 42.

> ja erittäin taipuvainen sukupuoliyhteyteen. Kolmen aviottoman lapsen äiti. Vanhemmat ja sisarukset omituisia, ilman että heitä kuitenkaan voi sanoa mielisairaiksi. Potilaalla on vanhempain omituisuudet korkeimmassa määrässä.”
>
> ”Helena J. Ikä n. 37 vuotta. Naimaton. Talollisentytär. Asuu äitinsä luona. Koti köyhä ja likainen. Potilas jonkin verran ärtyisä, mutta ei siivoton, meluava, eikä väkivaltainen. Taipumuksia sukupuoliyhteyteen. Puhuu ainoastaan yksityisiä sanoja. Voi toimittaa helpompia askareita. Käytettiin viime kesänä viemään lehmiä läheiseen hakaan, mutta lienee näillä matkoillaan harjoittanut sukupuoliyhteyttä erään viidentoistavuotiaan rengin kanssa, josta oli seurauksena, että hän seuraavana kevännä synnytti täysiaikaisen lapsen.”[214]

Komiteanmietinnössä viitattiin Axel L:n kohdalla alkujaan rodulliseen heikkouteen: 20-vuotiaan rengin isän arveltiin olleen ”kuljeksiva arkangelilainen”. Venäläisyys luokiteltiin rotuna heikommaksi kuin Länsi-Euroopan kansat. He olivat perimmältään lähellä mongoleja, joita pidettiin alempana rotuna. Erilaiset elintavat antoivat viitteitä sairaalloisesta luonteesta, likainen koti, mieltymys väkijuomiin ja kuljeskeleva, paikkakunnalta toiselle liikkuva elintapa olivat todisteita henkilön huonolaatuisesta perimästä. Arveltiin, että ihmisellä ollut perinnöllinen taipumus puhkesi mielisairaudeksi altistavien olosuhteiden paineessa. Ajatuksen kääntöpuolena oli perinnöllisyyden salakavaluus. Henkilöt, jotka olivat perinnöllisesti rasitettuja, mutta eivät altistavien olosuhteiden puuttumisen vuoksi sairastuneet mielisairauteen, olivat lisääntyessään yhteiskunnalle vielä vaarallisempia, koska he eivät olleet julkisen kontrollin piirissä.

Albert Björkman alkoi ensimmäisenä ylilääkärinä kirjoittaa lääkintöhallitukselle vuosikertomuksia laitoksen elämästä. Hän kokosi otaksuttuja tietoja potilaiksi tulleiden mielisairauksien syistä sekä vuodesta 1912 lähtien keräsi tilastoa mielisairauksien esiintymisestä potilaiksi otettujen sukulaisilla. Lukua pidettiin potilaan vanhempien, isovanhempien, sisarusten, serkkujen sekä vanhempien sisarusten mielisairauksista. Degeneraatioon eli perinnölliseen ja sukupolvittain kasaantuvaan rappeutumiseen viittasi myös sukulaisilla esiintyvä alkoholismi tai rikollisuuteen taipuva elämäntapa. Degeneraation ajateltiin olevan parantumaton tila, jonka syy oli turmeltuneessa perimässä. Tästä syystä perinnöllisesti rasittuneiden ihmisten kasvattamisesta, kouluttamisesta tai ympäristön kohentamisesta ei ollut lopulta mitään hyötyä.[215]

[214] Ibid.
[215] Vuosikertomus 1909. Pitkäniemen arkisto. HMA; Mattila 1999, 27–31.

Degeneraatioon viittaavat piirteet liittyivät hallitsevan (lääkärien edustaman) luokan ihanteellisen elämäntavan vastakohtana pidettyihin tapoihin ja ominaisuuksiin, kuten komiteanmietintöjen sitaateista ilmenee. Useimmilla Pitkäniemeen otetuilla potilailla syyksi mielisairaudeksi otaksuttiin yhdessä perinnöllisyyden kanssa esimerkiksi vankilaelämä, sosialistinen agitaatio, siirtolaisuus, Amerikan matka, onania tai kylmettyminen, säikähdys, ruumiillinen rasitus ja ruumiillinen sairaus. [216]

Oma lukunsa oli Pitkäniemessä Björkmanin aikana aloitetut kyselyt kriminaalipotilaiden syyntakeettomuuden selvittämiseksi. Tutkittavan tietojen ja arvostelukyvyn selville saamiseksi potilas laitettiin täyttämään pitkiä ja yksityiskohtaisia kaavakkeita, joiden kysymysalueita olivat aikaa ja paikkaa koskeva tietämys, laskutehtävät, alkeistiedot sekä siveelliset käsitteet ja arvostelmat. Potilaan degeneraatiosta löytyi poikkeuksetta todisteita, koskivat ne sitten perinnöllistä rasitusta, kuljeskelevaa elämäntapaa, juopottelua tai henkilön ruumiinrakenteesta löytyviä todisteita. Erään kriminaalitapauksen hermoston syntyperäisestä heikkoudesta todisti hänen aika ajoin kärsimät päänsärkynsä, vaikka pääkallossa eikä muussa ruumiinrakenteessa ollut degeneraation ja ala-arvoisuuden merkkejä ja mies oli muuten terve ja voimakas.[217]

Tieteellinen oppi mielisairauden perinnöllisyydestä ja sukupolvittaisesta kasaantumisesta kumosi keskusmielisairaalan funktion hermoparantolana, jossa akuutit sairastapaukset tervehtyivät työkykyisiksi ja näin yhteiskuntakelpoisiksi. Pitkäniemestä kirjattiin edelleen vuosittain ulos potilaita terveen papereilla, mutta perinnöllisyysopin kannalta katsottuna he olivat jatkuva uhka pienelle kansakunnalle. Keskuslaitoksen tilan tarkoittaminen tällaiselle potilasainekselle ja muuttunut käsitys mielisairaista antoi oikeutuksen tilan muuttamiselle ja potilasmäärän lisäämiselle niin, ettei ympäristöön kiinnitetty entiseen tapaan huomiota.

Björkman toivoi, että keskuslaitokseen järjestettäisiin yhä enemmän tilaa rauhattomia asyylipotilaita varten, jolloin juuri sairastuneet, akuutit potilaat eivät olisi enää keskuslaitoksen ensisijainen hoitokohde.[218] Jo 1910-luvun alussa tilanne oli kääntynyt alkuperäisistä tavoitteista katsottuna päälaelleen. Vuoden 1912 yhteenvedossa ylilääkäri totesi, että parantuneina uloskirjattujen potilaiden määrä oli aiempia vuosia pienempi, koska laitoksessa oli suuremmassa määrin kroonista materiaalia. Keskuslaitokset ylipäätään olivat saaneet hoitolaitosmaisen luonteen ja potilasvaihto oli hitaampaa.

[216] Vuosikertomukset 1909–1916, passim. Pitkäniemen arkisto. HMA.
[217] Esim. Björkman Turun ja Porin läänin kuvernöörille 13.3.1913. Lähetettyjen kirjeiden konseptikirjat ja toisteet 1913. Pitkäniemen arkisto. HMA.
[218] Björkman Lääkintöhallitukselle 13.9.1910. Lähetettyjen kirjeiden konseptikirjat ja toisteet 1913. Pitkäniemen arkisto. HMA.

Komitean esittämän uudelleenorganisoinnin jälkeen akuutit tapaukset ovat yhä useammin päätyneet vastaanottolaitoksiin. Sairaalaan pääsyn odotusajat olivat keskuslaitoksissa vastaanottolaitoksia huomattavasti pitempiä ja tästä syystä niihin otettiin sellaisia potilaita, joilla ei ollut näkyvissä oireiden lievenemistä ilman pitkäaikaista laitoshoitoa. Keskuslaitoksilla ei ollut mahdollisuutta enää ottaa ja tarjota hoitoa akuuttitapauksille.[219]

Potilaspaikkojen kasvattaminen laitoksessa merkitsi pian tilanpuutetta henkilökunnan asunnoista. Potilaat lamaannuttava lääkehoito ei vaatinut henkilökunnan lisäämistä suhteessa potilaansijojen lisäämisen, mutta uutta henkilöstöä oli palkattava. Epidemiaparakkiin alettiin suunnitella alilääkärin huoneistoa vuosien 1908 ja 1909 aikana. Epidemiaparakin muutostyöt alilääkärin asunnoksi edellytti pintaremontin lisäksi tilan muuttamista. Huoneisto piti jakaa makuukamareiksi sekä ruokasalille piti avata suurempi tila. Kaksi väliseinää purettiin 36 neliön kokoista ruokasalia varten. Salin edustalle rakennettiin uusi avoin kiviveranta, joka katettiin. Rakennukseen kuulunut avoin veranta muutettiin pääsisäänkäynniksi lääkärin huoneistoon. Uusia oviaukkoja avattiin ja vanhoja tukittiin tilan liikkuvuuden parantamiseksi. Epidemiaparakissa tilasta toiseen siirtymiseen varattiin välitiloja eri sukupuolten kohtaamisten estämiseksi ja eri huonetilojen tuuletuksen mahdollistamiseksi. Rakennus oli liian sokkeloinen perheen asumiseen. Käytävään avattiin oviaukot kylpyhuoneesta ja erillistiloista ja vanhat ovenpaikat tukittiin. Lastenkamarin seinät paperoitiin ja maalataan öljyvärillä. Lattiat korjattiin ja osaan huoneista laitettiin linoleummatto.[220]

Potilasmäärän lisääminen tarkoitti laitoksen sisätilan muuttumista ahtaaksi. Sata uutta potilasta sekä 24 uutta hoitajaa tarvitsi makuusijan lisäksi paljon varusesineitä, joille osastoilla ei riittänyt enää tilaa. Varsinkin liinavaate- ja muille varastohuoneille tuli huutava tarve. Pihapiiriin rakennettiin uusia varastointitiloja, kuten säilytysliitereitä ja perunakellareita.[221] Vaikka laitokseen oli alun perin suunniteltu suurta potilasmäärää huoltavat talousrakennukset, paviljonkien komerotilat olivat niiden alkuperäisiä potilasmääriä varten. Potilaat ja hoitajat asuivat sairaslukua lisättäessä yhä pienemmässä tilassa ja yhä useamman kesken jaetuissa huoneissa. Tilan järjestäminen yhteiseksi ja ahtaammaksi heijastui muuttuvaan mielikuvaan laitoksesta. Vuosisadan kuluessa yhteiskunnan suuntaus kohti intiimimpää, ydinperheeseen perustuvaa asumista näkyi laitokseen kohdistuvassa kritiikissä. Varsinkin suuret keskusmielisairaalat alettiin mieltää epämiellyttäviksi asuinympäristöiksi juuri niiden ahtauden ja yksityisyyden puutteen vuoksi.

[219] Vuosikertomus 1912. Pitkäniemen arkisto. HMA.
[220] Sairaalarakennukset ja lääkärien virka-asunnot; Hämeen lääni 1853–1924, passim. Rakennushallituksen arkisto. KA.
[221] Vuosikertomus 1911. Pitkäniemen arkisto. HMA.

Hoitajat ammatillistuvat

Pitkäniemessä alettiin järjestää mielisairaanhoitajille suunnattua ammatillista opetusta ensimmäisenä Suomessa. Vuoden 1913 alkupuolella aloitettiin oppikurssi mielisairaanhoitajille hoitajakunnan ammattitaidon kohentamiseksi. Kurssille osallistui 47 laitoksen hoitajaa, jotka saivat palkankorotuksen läpäistyään kurssin, sekä 10 laitoksen ulkopuolista oppilasta. Koulutus huomioitiin jo Pitkäniemen ensimmäisten suunnitelmien yhteydessä. Sairaanhoito-oppilaille rakennettiin majoitustilat talousrakennusten yhteyteen, jossa oli mies- ja naisopiskelijoille omat kamarinsa. Pitkäniemen oppikurssia alettiin järjestää vuosittain aina keväisin ja syksyisin.[222]

Vaatimuksena kurssille pääsyyn oli kansakoulun oppimäärä tai vastaavat tiedot ja osanottajat valitsi ylilääkäri. Kurssiin kuului osallistuminen eri osastojen töihin vuoron perään. Tätä kautta oppilaiden toivottiin saavan käsityksen modernin mielisairaanhoidon eri puolista. Osastoilla he oppivat käytännön töitä ylihoitajattaren johdolla, kuten kääreitten laittamista potilaille ja peräruiskeen antamista. Kurssiin kuului kaksi laitoksen alempien lääkärien pitämää luentosarjaa: toinen käsitteli ihmisruumiin rakennetta ja toimintaa ja toinen mielisairausoppia. Hoitajakurssilaisille pidettiin seikkaperäinen esitys mielisairaanhoidon kehityksestä, mielisairauksien syistä, oireista ja taudinkuvista sekä tarkempi kuvaus mielisairaalan kokoonpanosta, moderneista hoitotavoista ja mielisairaan kohtelusta. Luennoilla käsiteltiin myös hoitajien henkilökohtaisen terveysopin pääkohtia sekä ensiapua. Ylilääkäri piti kurssin päätteeksi suullisen tai kirjallisen kuulustelun. Todistukseen kurssin läpäisseet hoitajat saivat arvolauseen käytöksestä, ahkeruudesta, ihmisruumiin rakenteen tuntemuksesta, mielisairausopista ja käytännön mielisairaanhoidosta.[223]

Koko hoitajakunnan ammatillistumisen lisäksi Pitkäniemessä alettiin 1910-luvulla panostaa yhä enemmän itse hoidon valvontaan. Laitokseen palkattiin lisää ylihoitajia kasvaneen hoitohenkilökunnan esimiehiksi. Kuhunkin paviljonkiin saatiin vähitellen oma osastonylihoitajansa.[224] Koulutus merkitsi hoitajien ammattiroolin muuttumista. Parantolamaisessa laitoksessa hoitajan tehtävä oli valvoa ja olla esimerkki soveliaasta käytöksestä. Hoitajakurssin opetuksen sisältöön kuului edelleen henkilökohtaista terveysoppia, joka lienee käsitelleen myös henkilökohtaista hygieniaa. Opetus ei mennyt liiaksi lääketieteen tontille, käytännön taidot vaikuttivat opetuksen mukaan olevan hoitajan roolin ytimenä. Koulutus merkitsi sitä, että hoitajan ammattiin liittyi aiemmasta poikkeavalla tavalla

[222] Vuosikertomus 1913. Pitkäniemen arkisto. HMA.
[223] Ibid.
[224] Esim. vuosikertomus 1911. Pitkäniemen arkisto. HMA.

asiantuntijuus. Suhde potilaaseen muuttui, kun hoitajan työ muuttui lähemmäksi professiota ja lääketiedettä.

Hoitajattaren professionalisoituminen yhdessä makuutushoitojen kanssa mahdollisti naisten työskentelyn miesosastoilla. Ainakin 1910-luvun loppupuolella miesten puolella oli naishoitajia.[225] Kylpy- ja makuutushoitojen myötä hoitajan tehtäviin kuului pääasiassa valvonta ja kylvetys. Hänen rooliinsa kuului laitoksen muuttuessa selvemmin toiminta ja toimenpiteiden käynnistäminen.

Perhehoitoa laitoksessa

Lääkintöhallitus ilmoitti vuoden 1911 elokuussa antavansa luvan portinvartijan kaksi huonetta ja keittiön käsittävän mökin luovuttamisesta naimisissa olevan hoitajan perheelle. Asuntoa vastaan taloon otettiin aluksi kaksi rauhallista miespotilasta ja myöhemmin vielä yksi. Björkmanin tavoitteena oli aloittaa laitoksessa hoidolleantojärjestelmä eli nk. perhehoito. Perhehoidossa hoitajalle ja hänen perheelleen rakennettiin asuntoja, jotka myönnettiin heille vuokralle sillä edellytyksellä, että he ottivat laitoksen potilaita kotiinsa hoidettavaksi. Potilaiden perhehoidon tarkoitus ei ollut avustaa laitoksen evakuointia, vaan rakentaa pohja laitoksen hoitomuotojen kehittämiseksi ja perhehoidon vakiinnuttamiseksi, jotta sen piiriin voitiin ottaa myöhemmin enemmän potilaita. Järjestelmä oli taloudellisesti edullisempaa kuin kallis suljettu laitoshoito ja samalla se vapautti laitospaikkoja vaikeammille tapauksille.[226]

Ylilääkäri Björkman halusi kokeilla perhehoitoa Keski-Euroopassa tehtyjen mallien mukaan. Kokeilujen perusteella sitä pidettiin tehokkaana hoitomuotona. Resurssien anomisen tärkein peruste oli ulkomaisen kehityksen perässä pysyminen. Huomioiden mukaan potilaat itse pitivät hoitomuotoa hyvänä, he olivat tulleet helppokäyttöisemmiksi, avoimemmiksi ja ottivat osaa hoitoperheiden puuhiin. Björkman piti vapaata hoitotapaa vieraissa perheissä laitoshoitoa parempana ja tehokkaampana. Perheessä potilas saattoi elää ”normaalissa” ympäristössä laitoksen outojen olojen ja yksitoikkoisen elämän sijaan. Potilaan asuinympäristössä kaikki muut jäsenet olivat terveitä sen sijaan, että hän osastolla eli yhden terveen hoitajan ja kahdenkymmenen sairaan keskuudessa. Hoitoympäristön perheellisen luonteen arveltiin edistävän potilaan viihtyvyyttä ja hänen elämänilonsa palautumista. Björkmanin mukaan potilas oli perhehoidossa tehokkaamman kontrollin alla.[227]

[225] Therman 1918, 41.
[226] Komiteanmietintö 1908:6, 135–137; vuosikertomus 1911. Pitkäniemen arkisto. HMA.
[227] Komiteanmietintö 1908:6, 136.

Ulkomaisissa kokeiluissa oli ilmennyt hoidon herkkyys. Björkman mainitsi tapauksista, joissa laitoksen täydellisiä vapauksia nauttivat, harmittomat potilaat oli pitänyt palauttaa perheestä takaisin laitokseen, koska heidän tilansa oli muuttunut huonompaan suuntaan. Tästä syystä perhehoito tuli järjestää laitoksen yhteydessä ja varautua ottamaan potilas takaisin osastolle. Ilman laitoksen valvonnan suomia varovaisuustoimia perhehoitoa pidettiin riskaabelina. Björkman totesi komitean ulkomaisilla opintomatkoilla, että Suomea sivistyksessä edistyneimmissäkin maissa sukulaisten luo korvausta vastaan hoitoon annetut mielisairaat saivat harvoin osakseen yhtä huolellista hoitoa ja ystävällistä kohtelua kuin laitoksen valvoman perhehoidon parissa. Vastaava ero Suomessa olisi komitean arvioiden mukaan ollut vieläkin suurempi kansanihmisten sivistystason alhaisen tason vuoksi. Se heijastui lääketieteellisten asiantuntijoiden mukaan suhtautumisena mielisairaaseen perheenjäseneen rasittavana loiseläjänä, josta ei lainkaan tarvinnut välittää.[228]

Perhehoidon tarkoituksena oli saattaa potilaat oikeanlaisen ja hyväksytyn perhe-elämän pariin, jonka toimintatavan sairas esimerkin kautta omaksuisi. Perhehoitoon sijoitettavien potilaiden tuli olla luotettavia ja rauhallisia, mutta heidän lähettäminen omiin koteihinsa olisi arvioiden mukaan ollut vahingollista. Jos mielisairaalla oli omaisia, olivat he lääkäreiden mukaan taloudellisessa ja siveellisessä suhteessa sopimattomia. Laitoksen sisällä toteutettuun perhehoitoon potilas saattoi päästä vain laitoshoidon kautta, jossa hänet oli arvioitu siihen soveliaaksi. Perhehoitoon järjestetyt asunnot luovutettiin perheille, joissa vaalittiin raittiuden, järjestyksen ja perhesovun ihanteita sekä joiden otaksuttiin kohtelevan sairaita hyväntahtoisesti ja myötätuntoisesti. Suuret, varakkaat ja väkirikkaat taloudet eivät tähän soveltuneet, koska potilaat hukkuisivat niissä väenpaljouteen eivätkä pystyisi kiintymään perheeseen. Varattomaankaan perheeseen ei sairasta voinut sijoittaa, koska sellaisissa oli vaarana niukan ravinnon tarjoaminen potilaalle sekä hänen käyttäminen liiaksi työvoimana.[229]

Ylilääkäri määritteli psykiatrian keinoin siveellisen ja ihanteellisen perheympäristön, joka soveltui mielisairaiden hoitoon. Esimerkillisen perheen tuli olla ylilääkärin arvioima tavallinen kunnollinen perhe, joka ei ollut liian varakas tai köyhä. Potilaat, joiden tila ei vaatinut laitoksen kylpy- ja makuutushoitoja ja joille voitiin antaa vapauksia, sopivat perhehoitoon. Perhehoito ei ollut kuitenkaan tarkoitettu kokeiluksi potilaan vapauttamiseksi laitoksesta, vaan pysyväluonteiseksi hoidolleantojärjestelmäksi. Laitoksen harmittomien potilaiden tilan huononeminen esimerkillisessä perhehoidossa osoitti mielisairaiden valvonnan tarpeellisuuden. Vaikka potilaat olivat rauhallisia, eivät he silti välttämättä sopineet muun yhteiskunnan pariin

[228] Komiteanmietintö 1908:6, 144; vuosikertomus 1911. Pitkäniemen arkisto. HMA.
[229] Komiteanmietintö 1908:6, 135–146.

Perhehoito oli laitoshoitoa, vaikka se ei toteutunut osastotilassa. Se tuli toimittaa tiukasti keskuslaitoksen yhteydessä ja sen alaisuudessa. Vaikka perheet valittiin huolella, tuli lääkärin valvoa sairaan oloja sen siirtoperheessä. Lääkäri oli isällinen auktoriteetti kaikissa ongelmissa ja mahdollisissa konfliktitilanteissa. Valvonnan vuoksi alue, jossa perhehoitoa harjoitettiin, ei saanut olla kymmentä hehtaaria suurempi.[230] Perhehoidon tavoite oli mahdollistaa mahdollisimman suuren osan mielisairaaksi diagnosoituja ihmisiä laitoksen valvonnan alle. Ylilääkäri Björkman ei jakanut Hougbergin mielipidettä, jonka mukaan hankalimmat sairastapaukset tuli saattaa hoitoon keskuslaitokseen ja rauhallisemmat potilaat voitiin huoltaa kuntien mielisairasosastoilla.

Perhehoito muistutti vanhaa ruotujärjestelmää, jonka valvonta toteutettiin psykiatrisin perustein. Ylilääkärin määrittelemät kunnollisuuden kriteerit: siveellisyys, raittius ja sopuisuus kahden naimisissa olevan hoitajan muodostamassa perheessä määriteltiin psykiatriatieteellisellä siunauksella soveliaaksi elintavaksi. Perhehoidon ajateltiin sopivan mainiosti myös vapaan hoitotavan tyyliin. Se toteutettiin valtion keskuslaitoksen valvonnan alla, sen asettamien edellytysten ja ihanteiden mukaisesti. Harmittomat potilaat eivät vieneet sairaansijaa laitoksessa, johon heidän tilalleen voitiin ottaa makuutushoitoon oireiltaan rauhattomia ja väkivaltaisia potilaita. Harmittomatkin potilaat muodostivat kuitenkin uhkan yhteiskunnalle. Rotuhygienisistä syistä laitoksen piirissä tuli pitää käytökseltään harmittomat, mutta perimältään vaaralliset hullut. Ihmiset, jotka uhkasivat kansakuntaa mielisairauteen, rikollisuuteen ja kaikenlaiseen paheellisuuteen perityn taipumuksensa muodossa, tuli saada valvonnan alle, jotta he eivät voineet seurata hillitsemättömiä eroottisia taipumuksiaan. Komitea totesi lausunnossaan: ”Tästä jo pitäisi käydä selville, miten välttämätöntä on, että lievemmästikin tylsämielisten ja mielisairaiden hoito ja valvonta piakkoin tulee järjestetyksi tehokkaalla ja yhtenäisellä tavalla, ja voinee tämä tapahtua ainoastaan *valtion* toimesta.”[231]

Uusi ylilääkäri Ernst Thermanin lakkautti perhehoidon astuttuaan virkaan vuonna 1914. Ylilääkärin vaikutuksesta laitoksen elämään kertoi myös se, että ainakaan asiakirjatasolla hänen ei tarvinnut perustella menettelyään lääkintöhallitukselle. Uhkakuvat mielisairauksien lisääntymisestä voimistuivat 1910-luvun lopulle tultaessa.

Varsinkin 1920-luvulla mielisairaita varten rakennettujen laitosten tehtäväksi vakiintui kansakunnan tulevaisuutta uhkaavien ihmisten sulkeminen laitoksiin tai heidän sterilointinsa yhteisen hyvän ni-

[230] Komiteanmietintö 1908:6, 158.
[231] Komiteanmietintö 1908:6, 160.

missä. Vuosikymmen oli uusien piirimielisairaaloiden rakentamisen aikaa ja laitosten verkosto tiheni niin, että lähes kaikilla seutukunnilla alkoi olla tiedossa mielisairaalansa. Piirimielisairaaloista hankalimmille tapauksille anottiin paikkaa valtion keskuslaitoksesta. Hullujen hoito alkoi vakiintua laitoskeskeiseksi. Pitkäniemen paviljonkijärjestelmän luonne ja laitosalueen ulkomuoto muuttui, kun rakennuksia korotettiin uusilla kerroksilla osastojen suurentamiseksi ja sairaansijojen lisäämiseksi. Lopulta myös väkivaltaisten potilaiden paviljongin sellijärjestelmä purettiin suuriksi makuusaleiksi.

Tilaa valtiolliselle väestöpolitiikalle

Mielisairaaloiden ja muiden modernien laitosten historia saattaa näyttäytyä nykyihmiselle hieman erilaisena kuin Pitkäniemen suunnittelijat ehkä olisivat toivoneet. Laitoshistoriaan liittämämme mielikuvat ovat joukko pakottavia, yksilöoikeuksia loukkaavia tekoja, täydellistä yksityisyyden puutetta ja ennen kaikkea salaperäistä pelottavuutta. Mielisairaaloiden sellit ja niihin johtavat pitkät käytävät kuuluvat kulttuurimme kauhuelokuvakuvastoon. Laitosten pelottavuus johtuu niiden vieraudesta, jota on tuotettu kaupunkisuunnittelun eristämisen keinoin. Määritin tutkimustehtäväkseni selvittää, minkälaisia arvioita ja tavoitteita Pitkäniemen keskuslaitoksen suunnitteluun liittyi ja miten ne toteutuivat eletyssä laitoksessa. Rakennettu tila osoittautui moniulotteiseksi tavaksi tutustua kulttuuriseen muutokseen.

Julkisen mielisairaalajärjestelmän tehtävä oli hoitaa tuottavaan työhön kykenemättömiä henkilöitä, jotka eivät pystyneet huolehtimaan omasta tai perheensä toimeentulosta. Uudenlaiseen laitosarkkitehtuuriin siirtyminen heijasti valtakunnan liberalisoitumispyrkimyksiä ja yhteiskunnan uudelleenorganisoitumista. Vapautuvan sääty-yhteiskunnan massojen pelko edelsi yläluokan keskuudessa syntynyttä velvollisuudentunnetta kasvattaa ja valistaa rahvasta. Sivistyneistön ja asiantuntijoiden havahtumista yhteiskuntaa koskeviin sosiaalisiin ja terveydellisiin ongelmiin seurasi sosiaalisiksi ongelmiksi määriteltyjen ryhmien uudet valvonnan ja hoidon muodot sekä niihin liittyvien uusien ammattikuntien aseman vahvistaminen osana valtiollista väestöpolitiikkaa. Modernissa kansallisvaltiossa toteutettua, psykiatriaan perustuvaa hoitoa edeltänyt hullujen kohtelu nähtiin julmana ja taantuneena.

Modernin laitoksen ja siellä tapahtuvan hoidon edistyksellisyys liittyi 1800-luvun lopun kokemukseen aiempaa edistyksellisemmästä ajasta. Laitosrakentaminen oli 1800-luvun lopulla myös tärkeä osa suomalaisen yhteiskunnan modernisoitumispyrkimyksiä. Esikuvat ja perustelut laitosrakentamiselle haettiin Keski-Euroopan sivistyneistä maista. Laitostuminen oli 1800-luvun lopulla sivistyskysymys, osa yhteiskunnan modernisointia ja sitä edeltäneet huollon muodot nähtiin takapajuisina. Pitkäniemen oli tarkoitus toteuttaa valtiojohtoisen mielisairaanhoidon riittävä laitostumisaste. Sinne suunnitellut 800 potilaansijaa tuplaisivat laitospotilaiden määrän. Vanhat vaivaishuoltomuodot perustuivat patriarkaalisiin ja yhteisöllisiin suhteisiin ja siksi ne eivät enää sopineet moderniin kansalaisyhteiskuntaan. Keskusmielisairaalat olivat yksilön vapautta korostavan kansalaisyhteiskunnan

tuotosta, jossa uudet huoltomuodot perustuivat tieteeseen ja järjestykseen. Mielisairaanhoidon järjestämisellä oli humaani sekä kansanterveydellinen merkitys, siksi sen ajateltiin olevan valtion velvollisuus. Tieteellinen asiantuntijuus oli mahdollista taata vain valtion ohjaamana.

Tilastollisissa laskelmissa mielisairaudet ja muu sairaalloisuus yleistyivät huolestuttavasti. Se oli lääkäreiden mielestä merkki suomalaisten tautisuuden ja moraalittomuuden lisääntymisestä. Sairaalloisuus huolestutti, sillä teollisuuden palvelukseen kaivattiin tervettä työvoimaa. Säätyyhteiskunnan muuttumista kansalaisyhteiskunnaksi edellytti uudenlaisin ominaisuuksin varustetun yksilön synty. Yksilökansalaiselta vaadittiin velvollisuudentuntoa ja ruumiillisuutensa hallintaa eri tavalla kuin sääty-yhteiskunnan alamaiselta. Porvarillisen yhteiskunnan liberalistinen ihannekansalainen oli vapaa, itsenäisesti toimeentuleva, kristitty ja sivistynyt yksilö. Hänen ominaisuuksiin kuuluivat ahkeruus, siveellisyys, opinhalu ja pyrkimys sosiaaliseen nousuun. Yksilöiden psykologinen muovaaminen kuului teollistumisen ja kaupungistumisen myötä modernisaatioon – modernin yksilön syntymisen ohjaamiseen.

Mielisairaalat erillisenä tilanaan kaupungin ulkopuolella olivat osoitus väestön jakamisesta selvemmin tuottavaan ja tuottamattomaan osaan. Mielisairas oli ihannekansalaisen vastakohta. Normaali vaatii ollakseen epänormaalia, poikkeavaa elämäntapaa ja poikkeavia yksilöitä. Etenkin normaalin uudistaminen kaipaa rajojensa uudelleenmäärittelyä. Mielisairaat olivat nuorelle kansakunnalle ja uudistuvalle liberaalille yhteiskunnalle kiinnostavia, sillä poikkeaviksi määriteltyjen ihmisryhmien välityksellä rakennettiin ja vahvistettiin käsitystä *normaalista* ihannekansalaisesta. Modernisoituvan yhteiskunnan yksilökeskeisyys merkitsi paradoksaalisesti pyrkimystä ihmisten tasapäistämiseen. Mielisairaalajärjestelmä oli väline, jonka avulla poikkeavia voitiin hallita eriytyneesti, jolloin poikkeavuuden ja normaaliuden rajaa samalla rakennettiin ja alleviivattiin. Yksilökeskeisyys merkitsi normaalin tarkentuvaa määrittelyä ja samalla yksilöiden tasapäistämistä. Ihmisten vapautumista ohjattiin valvonnan ja valistuksen keinoin. Yhteiskunnan modernisoitumiseen kuului valtiojohtoinen vallankäyttö ja kansakunnan rakentaminen. Tieteenalat, kuten psykologia, psykiatria ja hygieniaoppi, sekä uudet, yhteiskunnallisesti näkyvät professiot rakensivat maallistuvaa yhteiskuntaa ja yksilöidentiteettiä. Lääketiede ja sen edustajat valtasivat alaa kirkolliselta auktoriteetilta yhteiskunnallisten ilmiöiden selittäjänä ja ratkaisujen tarjoajana.

Pitkäniemi toteutettiin paviljonkiarkkitehtuurin mukaan, jossa laitos jaettiin useisiin potilaspaviljonkeihin. Ne muodostivat laitoksen osastot. Paviljongeista tehtiin mahdollisimman pieniä ja niiden ympärille varattiin tilaa puistoa varten. Uusi mielisairaalan muoto mahdollisti parannettavien ja

parantumattomien potilaiden sijoittamisen saman laitoksen erillisiin rakennuksiin. Modernin laitoksen suunnittelussa korostettiin äkillisesti sairastuneiden hoitamista, joilla oli laitoksessa mahdollisuus parantua, mutta siellä ajateltiin tarjottavan kroonikoillekin inhimillisemmät olosuhteet kuin vanhanaikaiseksi mielletyissä huoltomuodoissa. Parantumattomien osastoilla ympäristön tervehdyttävällä vaikutuksella ei ollut merkitystä eikä parantolan hierarkkista järjestystä ja tilanjakoa tarvinnut niissä toteuttaa. Kroonikoille tehdyt hoito-osaston rakennukset olivatkin suurempia kuin parannusosaston paviljongit.

Paviljonkiarkkitehtuuri perustui ajatukseen pakkokeinoista vapaasta hoidosta ja suhtautuminen hoidokkeihin yksilöinä. Riittävän pienillä osastoilla kunkin potilaan ominaispiirteet voitiin ottaa huomioon. Laitoksen suuri potilasmäärä mahdollisti potilaiden luokittelun eri osastoille, jolloin yksilöllisyyden huomioiminen onnistui ryhmittäin. Potilaiden paviljongit jaettiin ensiksi parannettavien sairastuneiden ja parantumattomien kroonikoiden tilaksi, toiseksi naisten ja miesten tilaksi sekä kolmanneksi säätyläistön ja rahvaan tilaksi. Lopulta eri tavoin oirehtivat hoidokit erotettiin toisistaan omiin paviljonkeihinsa.

Toisistaan poikkeavat paviljongit muodostivat osastojen hierarkian, joissa potilailla oli mahdollisuus edetä. Toivotulla tavalla käyttäytyminen mahdollisti etenemisen osastolle, jolla oli oikeus suurempaan liikkumisvapauteen laitoksen alueella. Yksilöllisyyteen pyrkivä vapaa hoitotapa oli keino kasvattaa ja ojentaa sairaita haluttuun suuntaan. Siinä luovuttiin ulkoisesta pakosta ja ruumiillisesta kurituksesta potilaiden käsittelyssä. Tavoitteena oli potilaiden saaminen käyttäytymään omaehtoisesti halutulla tavalla. Keinona oli sairaan irrottaminen huonosta elinympäristöstään laitoksen tervehdyttävään ympäristöön, jossa laitoksen säntillisellä päiväohjelmalla ja hoitajien esimerkillä ohjattiin potilasta hänen kaoottisesta tilastaan säännönmukaisuuteen.

Pitkäniemi rakennettiin parantamaan äkillisesti sairastuneet mielisairaat yhteiskuntaelämään kelpaaviksi ihmisiksi. Sairastuminen johtui ajattelutavan mukaan huonosta elinympäristöstä, kuten irstaasta elämäntavasta tai vanhempien juopottelusta. Hyvän asuinympäristön vastakohdat pimeä, ahdas ja tunkkainen olivat osoitus henkisestä saastaisuudesta ja moraalisesta rappiosta. Psyykkistä sairautta tavattiin kaupungeissa useammin kuin maaseudulla ja mielisairaus yhdistettiin etenkin teollisuuskaupunkeihin. Niiden hallitsematon kasvu, asumisen ahtaus ja teollisuustyö olivat haitallista terveydelle ja rasittivat hermoja. Kaupunkiasumisen ajateltiin lisäävän kansan keskuudessa tartuntatauteja, siveettömyyttä, mielisairauksia ja rikollisuutta. Laitoksen sijainnin valitseminen maaseudulle ja veden äärelle oli osa sairastuneiden hoitoa. Laitosalueen arkkitehtuuri oli vastakohta

teollisuuskaupungin ahtaille, vaarallisiksi ja likaisiksi mielletyille kujille. Terveellisen ympäristön ruumista parantava vaikutus vaikutti 1900-luvun somaattisen psykiatrian mukaan myös psyykkiseen sairauteen. Ruumiin vahvistuminen paransi sairaudesta kärsivää elintä eli aivoja. Pitkäniemen suunnittelua ohjasi usko ympäristön ja arkkitehtuurin voimaan parantaa mielisairaat takaisin yhteiskuntakelpoisiksi.

1800-luvulla kehittyneet tieteet, kuten psykologia, hygieniaoppi ja sosiaalihygieniaan liittyvät tieteet käsittelivät yksilöä. Ruumiillisuutta koskevan tiedon tuottaminen oli hyödyllinen ja tehokas väline ”normaalin” keskivertoihmisen määrittelemiseksi. Hygieniaoppi sisälsi ohjeita elintavoista ja oikeanlaisen elinympäristön luomisesta. Hygieeninen tilanjako perustui ajatukseen ympäristön parantavasta vaikutuksesta. Toiminnan eriyttämistä, puhdasta ja valoisaa maaseutuympäristöä pidettiin terveellisenä ja näistä lähtökohdista Pitkäniemen paviljonkijärjestelmä suunniteltiin. Hygieenistä tilanjakoa toteuttavan hermoparantolan terveellisen ympäristön yhdistettynä ruumiin lepoon ajateltiin eheyttävän sairastuneen hermot ja parantavan potilaan.

Valtiojohtoiset keskuslaitokset olivat hygieenisen ja terveellisen järjestyksen edelläkävijöitä. Laitostilan puhtauden ja terveellisyyden vaatimukset johtivat tilan eriyttämiseen. Hygienia oli keskeinen vaikuttaja osastotilan, paviljonkien välisten suhteiden ja koko laitosalueen rakennetta suunniteltaessa. Siihen yhdistettiin raitis ilma ja valoisuus sekä tilavuus ja viihtyisyys. Luonto, ilmavuus, valoisuus ja säännönmukaisuus miellettiin terveelliseksi vastakohdaksi kaupunkien savuisuuteen, ahtauteen, kaoottisuuteen ja juurettomuuteen. Säännönmukaisuuden ihannetta jatkettiin laitoksen säntillisessä päiväohjelmassa. Hygieenisen tilan vaatimus ohjasi potilaiden keskinäistä sekä potilaiden ja henkilökunnan välistä yksityisyyttä ja erillisyyttä. Luokittelemalla, rajaamalla ja erottamalla tila laitettiin potilaat ja heidän oireensa paikoilleen ja luotiin järjestys. Laitosarkkitehtuurissa tilan eriyttämistä ohjasi sen mahdollistama valvonta. Puhtaus, raitis ilma ja auringonvalo olivat 1800-luvun lopulta lähtien paitsi sairaaloiden myös koulujen ja lopulta myös yksityisasuntojen suunnittelun lähtökohtia.

Mielisairaala-arkkitehtuurissa päämääränä oli päiväjärjestyksen, kurin ja hoitomenetelmien vuorovaikutuksen kehittäminen mahdollisimman tarkoituksenmukaiseksi. Potilaiden tilallinen jakaminen mahdollisti potilaiden valvonnan ja ohjaamisen. Järjestettäessä osastoja, kammioita ja sijoja rakennettiin arkkitehtonisia, toiminnallisia ja hierarkkisia tiloja, jotka saivat ihmiset pysymään paikoillaan, ilmaisivat kunkin yksilön paikan ja osoittivat heidän arvonsa hierarkiassa.

Tilallinen kehys mahdollisti ja ohjasi potilaiden yksilöllistä tarkkailua, joka kirjattiin sairaskertomukseen. Jokainen hoidokki oli psykiatrisen tiedon kohde, josta laadittiin koko hänen laitoksessa olonsa aikana yksilöivää tietoa. Paviljonkien sairaansijojen määrät suunniteltiin pieniksi, jotta päivätoimintojen aikainen potilaiden valvonta oli mahdollista. Eri tavoin oirehtivat potilaat jaettiin omiin tiloihinsa. Väkivaltaisilla ja rauhattomilla valvontaa helpotettiin toteuttamalla sellijärjestelmä, jossa jokainen potilas erotettiin toisistaan. Muilla osastoilla päivä vietettiin yhteistiloissa ja yöt yksityishuoneissa tai muutaman potilaan yhteishuoneessa. Laitosarkkitehtuurin tehtävä oli toteuttaa uudenlaisia mekanismeja: potilaiden valvontaa, eristämistä, luokittelua, ohjaamista ja tarkkailua. Potilaiden jakamisen oireidensa mukaan ajateltiin helpottavan heidän kasvattamistaan. Laitoksen muotoon vaikuttivat psykiatristen asiantuntijoiden käsitykset mielisairauksista ja mielisairaanhoidon tarkoituksista sekä yläluokan käsitykset sopivasta tavasta elää. Tärkeimmät jaot laitosalueella muodostivat kaksi vastakkaista keskusakselia: potilaiden jakaminen parannettaviin parannusosastolle ja parantumattomiin hoito-osastolle toteutettiin etelä–pohjoissuunnassa sekä miehiin ja naisiin itä–länsisuunnassa. Edelleen potilaat jaettiin pohjakaavoiltaan erilaisiin paviljonkeihin sairauden oireiden ja psykiatrisen diagnoosin perusteella.

Tieteellisessä sairasluokituksessa hulluus tai houruus purettiin hienojakoisiksi diagnooseiksi. Sitä toteutti laitoshoito, jonka avulla sairaille rajattiin yhteiskunnassa oma tilansa. Toteutettavan mielisairaanhoidon perustana oli joukko punnitsevia, diagnostisia, ennustavia ja normatiivisia arviointeja sairastuneesta yksilöstä. Paviljonkiarkkitehtuurin osastojako ilmensi hulluuden pilkkomista diagnooseiksi. Psykiatriset selitysmallit vakiintuivat kansanomaistetussa muodossaan hyväksyttäviksi toiminnan selitysmalleiksi ja osaksi arkitodellisuuden kokemuksia: normaalista riittävän poikkeavasti käyttäytyvä yksilö voitiin leimata sairaaksi.

Käyttöönotetussa laitoksessa tervehtyneiden kotiuttaminen oli odotuksiin nähden pientä. Vaikka potilaita parani ja he palasivat kotiin terveen papereilla, Pitkäniemen käyttöönotto ei kääntänyt mielisairauksien toteamista laskuun. Aikaa myöten siitä tuli pikemminkin paikka, minkälaiseksi sen historia nykyisin mielletään – laitos, jonne psyykkisesti sairaita eristettiin muiden kansalaisten joukosta. Hermoparantola muuttui osaksi valtakunnallista säätelyjärjestelmää muodostamalla ja vahvistamalla käsitystä poikkeavasta yksilöstä ja samalla vahvistamalla ihannetta itsenäisesti toimeentulevasta, kurinalaisesta mallikansalaisesta, jonka vastakohta oli mielisairauteen liitetty eläimellisyys ja kontrolloimattomuus. Valtiollinen keskuslaitos kuului modernin yhteiskunnan rationalisoitumiskehitykseen. Sen välityksellä muovattiin sivilisoitunutta ihmiskuvaa, joka edellytti itsekuria – kehollisuuden ja aistimellisuuden hallintaa.

Valtiojohtoinen laitoshoito oli teollistuvan kansallisvaltion menetelmä, joissa ihmistä alettiin kohdella ensikädessä yksilönä. Järjestelmä mahdollisti ulkoisten vallankäyttömuotojen kohdistamista yksilöön, kun hän riittävästi poikkesi normista. Mielisairaille eläminen laitoksen osastohierarkiassa merkitsi sosiaalista eristämistä, ihmisryhmän marginalisoitumista, mielisairaiden arkipäivän ja roolin muuttumista. Psyykkinen sairaus sulki yksilön pois kansalaisuudesta ja siihen liittyvistä yksilöoikeuksista. Laitosarkkitehtuuri oli olennainen osa mielisairaiden toiseuden tuottamista ja tätä kautta myös modernin ihmiskuvan normaalin määrittämistä.

Keskuslaitosten rakentaminen ei merkinnyt yhtäkkistä muutosta uudenlaiseen mielisairaanhoitoon, vaikka mielisairaanhoidon historiassa laitostuminen on nähty edistyksenä. Vaikka sairaaloiden rakentamiseen vaikuttivat yhteiskunnan muutokset psykiatrian kehityksestä modernin luokkayhteiskunnan syntyyn, uusi hoitamisen malli ei korvannut vanhoja kertaheitolla. Laitostuminen oli 1900-luvun alkupuolella nopeaa, mutta suurin osa hulluista eli edelleen kotihoidossa. Vanhat valvonnan mallit jatkoivat elämäänsä laitosten sisällä: kahleet ja sitominen tunnettiin Pitkäniemessäkin. Hoitona laitoksessa olivat suotuisan ympäristön parantava vaikutus ja orgaanisen psykiatrian periaatteen mukainen ruumiin vahvistaminen. Laitosorganisaation rakentamiseen ei olekaan syytä suhtautua yksioikoisesti modernin ajan edistyksenä, jonka vastakohtana oli menneen maailman raakalaismainen suhtautuminen psyykkisesti sairaisiin.

Keskuslaitoksen rakentaminen sairastuneiden parantolaksi ei vähentänyt mielisairauksien diagnosointia. Päinvastoin, mielisairaiden lukumäärän kasvaminen alkoi vaikuttaa hallitsemattomalta. Jo Lapinniemessä oli ilmennyt, että suurin ongelma mielisairaanhoidossa oli kroonikoiden hoidon järjestäminen, mutta Pitkäniemen sairaansijojen riittävän suureksi arvioitu määrä oli arvioitu ratkaisuksi. Pitkäniemestä vuosittain kotiutettujen potilaiden määrä ei kuitenkaan vastannut kasvavaa potilassijojen tarvetta. Mielisairaiden jatkuva lisääntyminen oli pettymys. Suomessa mielisairaiden laitostumisasteessa ei pysytty muiden Pohjoismaiden kehityksessä ja mielisairaanhoitoa suunnitteleva komitea totesi vuoden 1908 lausunnossaan: ”maamme nykyään mielisairashoidon alalla on niin takapajuista, että vaaditaan jättiläisponnistuksia siitä pääsemiseksi”

Pitkäniemeä varten vuonna 1902 laadittuja laajennussuunnitelmia ei toteutettu. Potilaspaikkojen lisäämisen volyymi arvioitiin pian 1900-luvun alussa aiempia suunnitelmia niin paljon suuremmaksi, että ne piti toteuttaa halvemmalla. Pitkäniemessä valmiita rakennuksia muuttamalla potilaspaik-

koja voitiin lisätä. Yksityishuoneiden väliseiniä purkamalla sisätila saatiin tyystin toisenlaiseksi. Suurissa valvontasaleissa voitiin toteuttaa ajanmukaisia makuutus- ja kylpyhoitoja.

Keskuslaitoksen suunniteltu arkkitehtuuri ei ollut asumisen pysyvä kehys, vaan tila, joka sai uudelleenmääritellyt merkityksensä käyttäjiensä suhteissa – eletyssä tilassa. Osastotilaa ryhdyttiin pian muuttamaan ylilääkärin tahdosta arkipäivän kokemusten ja hoitokäytänteiden muutosten mukaan. Kylpysaleja alettiin järjestää ensimmäisille osastoille potilaille annettavia, rauhoittavia pitkiä kylpyjä varten jo vuonna 1901. Kylpyhoidon rinnalle omaksuttiin nk. makuutushoito. Barbituraatit rauhoittivat potilaita niin, että heidät lamautettiin vuodelepoon. Kielto kroonikoiden ottamisesta parannusosastolle purettiin osittain vuonna 1907 ja Pitkäniemen alkuperäistä suunnittelua hallinnutta hermoparantolan ideaa ei enää sovellettu. Osastotiloja ryhdyttiin avaamaan yksityishuoneista suuriksi makuusaleiksi ja potilaiden määrää lisättiin olemassa olevissa paviljongeissa. Uusia laitospaikkoja rakennettiin pääasiassa rauhattomille parantumattomille potilaille.

Pitkäniemen toinen ylilääkäri, Albert Björkman edusti uudenlaista suhtautumista psyykkisiin sairauksiin ja mielisairaalan rooliin yhteiskunnassa. Björkman oli edelläkävijä perinnöllisyysopin ja rotuhygienian tutkimisessa ja omaksumisessa suomalaiseen mielisairaanhoitopolitiikkaan. Perinnöllisyys- ja siihen liittyvän degeneraatio-opin mukaan mielisairauden syynä oli huonon elinympäristön sijaan perimä. Mielisairaan elinympäristön sopimattomuus viittasi pikemminkin yksilön perinnölliseen heikkolaatuisuuteen kuin oli sairauden syy. Pitkäniemessä uusien potilaiden mielisairauden syyksi alettiin kirjata yhä useammin ”perinnöllisyys”.

Perinnöllisyysopin soveltamiseen psykiatriaan kuului käsitys degeneraatiosta, joka tarkoitti huonolaatuiseen perimän sukupolvittaista kasautumista. Degeneraatioteoria selitti sairaiden määrän jatkuvan kasvun. Perinnöllisyysopin näkökulmasta mielisairaus oli fataalia. Vaikka sairaan tila koheni, hän oli edelleen perimänsä vuoksi uhka yhteiskunnalle. Mielisairautta ei näkemyksen mukaan voitu parantaa ja laitosympäristön parantava vaikutus menetti merkityksensä. Laitoksen sijainti alkoi hoitaa tehtävää, jossa mielisairaat eristettiin muusta yhteiskunnasta.

Mielisairaalarakentamisen tavoitteeksi tuli viimeistään 1910-luvulta lähtien enemminkin laitoksiin sulkeminen kuin alkuperäinen parantamisen idea. Potilaiden eristäminen muusta yhteiskunnasta sai varhain uuden merkityssisällön. Laitosta suunniteltaessa sen arkkitehtuuri ja sijainnin valinta perustui siihen, että sairaat siirrettiin pois ympäristöstä, jossa he olivat sairastuneet. Ympäristö muodosti uhkan sairastuneelle aiheuttamalla hänen tilansa ja pahentamalla sitä. Mielisairaille rakennettu,

muusta yhteiskunnasta rajattu tila oli hyväksyttävä, kun suotuisan ympäristön arveltiin kuntouttavan sairastuneen. Pitkäniemen suunnitelmia ohjasi käsitys liberaalista hoitotavasta. Alkuperäisistä suunnitelmista huolimatta yhteisölleen vaarallisiksi koetuista kroonikoista tuli keskuslaitoksen suurin potilasryhmä. Perintö- ja degeneraatio-oppien myötä mielisairaiden muodostama uhka yhteiskunnalle ymmärrettiin laajemmaksi. Sen sijaan, että sairaan elinympäristöä pidettiin esteenä hänen paranemiselleen, muodostivat sairaat ja perimässään mielisairautta kantavat uhkan ympäristölleen. Mielisairaiden eristäminen muusta yhteiskunnasta alettiin toteuttaa potilaan sijasta yhteiskunnan edun vuoksi.

Lähteet ja tutkimuskirjallisuus

ARKISTOLÄHTEET

KANSALLISARKISTO (KA)

Rakennushallituksen arkisto
Sairaala-arkkitehdin vuosikertomukset 1896–1897, 1899,1902–1905.
Sairaalarakennukset ja lääkärien virka-asunnot; Hämeen lääni 1853–1924.

HÄMEENLINNAN MAAKUNTA-ARKISTO (HMA)

Hämeen piirirakennustoimiston arkisto
I a: 3. Pitkäniemen keskuslaitoksen rakennuspiirustukset.
I a. Rakennuspiirustukset G/III2/n:o 1-5. Pitkäniemen keskuslaitoksen laajennussuunnitelmat.

Pitkäniemen sairaalan arkisto
Lähetettyjen kirjeiden konseptikirjat ja toisteet vuosilta 1899–1919.
Pitkäniemen sairaalan vuosikertomukset 1909–1918. (sisältyy lähetettyjen kirjeiden konseptikirjaan)

KANSANPERINTEEN ARKISTO

Äänitekokoelmat
42 NOKIA. Äänitteet 4944–4998.

PAINETUT LÄHTEET

Aminoff, T.J., Betänkande med förslag till nådig kungörelse och stat för Pitkäniemi sinnessjukhus. Helsingfors, Kejserliga Senatens tryckeri, 1899.

Aminoff, T.J., Betänkande om sinnessjukhuset vid Tammerfors. Helsingfors, Kejserliga Senatens tryckeri, 1894.

Förhållnings- och ordningsregler för vårdpersonalen vid Pitkäniemi centralanstalt, 1900. Frenckellska boktryckeri Aktiebolaget, Helsingfors.

Hafelstam, J. 1921, Anders Thiodolf Saelan. Muistokirjoitus. Finska Läkaresällskapets Handlingar 63:503–511.

Komiteanmietintö 1908:6. Mielisairashoito-komitean mietintö I. Varsinaisten mielisairasten hoito. Helsinki 1909.

Medicinalstyrelsen Pitkäniemi dårvårdsanstalt. N:o 15, 7/2 1899. Helsingfors, Kejserliga Senatens tryckeri, 1899.

Ohjesäännöt kylpyjä potilaille valmistettaessa. Länsi-Savon kirjaamo.

Professori A. Th., Saelanin muistikirjat osat 1 ja 2. Toim. Achté, Kalle. 1981. Helsingin yliopistollinen keskussairaalaliitto, Helsinki.

Soininen, A. J., Mielisairaalarakennusten historiasta. Artikkeli Suomen Sairaalayhdistyksen vuosikokouksessa 22.IV.1934 esitetyn esitelmän pohjalta. Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehti. N:o 4. – 5. X. 1934.

Therman, Ernst, Sairaala sodan jaloissa. Kertomus elämästä Pitkäniemen keskuslaitoksella vallankumouksen ja sisällisen sodan aikana 28.I.–7.V.1918. Duodecim 1975:91:775–788.

TUTKIMUSKIRJALLISUUSKIRJALLISUUS

Achté, Kalle. 1991. 150 vuotta psykiatriaa. Lapinlahden sairaalan historia 1841-1991. Gummerus, Jyväskylä.

Eskola, Antti. 1990. Suomalainen kyläoriginelli sosiologin silmin. Teoksessa Hullun kirjoissa. Näkökulmia suomalaiseen kylähulluuteen. SKS, Helsinki. Toim. Laaksonen, Pekka & Piela, Ulla & Lahti, Pirkko.

Foucault, Michel. 1978. The History of Sexuality. An introduction. Penquin Books, England.

Foucault, Michel. 1989. Madness & Sivilization. A History of Insanity in the Age of Reason. Routledge, London.

Foucault, Michel. 2000. Tarkkailla ja rangaista. Otava, Keuruu.

Goffman, Erving. 1961. Minuuden riistäjät. Tutkielma totaalisista laitoksista. Marraskuun Liike, Lohja.

Haapala, Pertti. 1986. Tehtaan valossa teollistuminen ja työväestön muodostuminen Tampereella 1820-1920. SHS, Helsinki.

Haila, Sirpa. 1998. Suomalaisuutta rakentamassa. Arkkitehti Sebastian Gripenberg kulttuurifennomanian lipunkantajana. Hakapaino Oy, Helsinki.

Harjula, Minna. 2003. Tehdaskaupungin takapihat: ympäristö ja terveys Tampereella 1880-1939. Tampereen Historiallisen Seuran julkaisuja XVII. Tampereen Historiallinen Seura, Tampere.

Harjula, Minna. 1996. Vaillinaisuudella vaivatut. Vammaisuuden tulkinnat suomalaisessa huoltokeskustelussa 1800-luvun lopulta 1930-luvun lopulle. SHS, Helsinki.

Henriksson, Lea. 1998. Naisten terveystyö ja ammatillistumisen politiikka. Stakes, Helsinki.

Hillier, Bill & Hanson, Julienne. 1984. The social logic of space. Cambridge University Press, Cambridge.

Honkasalo, Eija & Kuusisto, Tarja & Teivas, Eija. 1994. Pitkäniemen alueen ympäristöselvitys 1994. Nokian kaupunki, Nokia.

Häggman, Kai. 1994. Perheen vuosisata. Perheen ihanne ja sivistyneistön elämäntapa 1800-luvun Suomessa. SHS, Helsinki.

Jaakkola, Jouko. 1994. Sosiaalisen kysymyksen yhteiskunta. Teoksessa Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva. Suomalaisen sosiaalisen turvan historia. Sosiaaliturvan Keskusliitto, Helsinki.

Judin, Tauno. 1983. Harjavallan sairaala 1903–1983: kahdeksankymmentä vuotta mielisairaanhoitoa Länsi-Satakunnassa. Harjavallan sairaalan kuntainliitto, Rauma.

Jyrkinen, Anna Riitta. 2005. Mielisairaanhoito Kellokosken piirimielisairashoitolassa vuosina 1915–1918 hoitolan ensimmäisten potilaiden dokumentteihin perustuva analyysi. Kuopion yliopisto, Kuopio.

Kaarninen, Mervi. 1995. Nykyajan tytöt. Koulutus, luokka ja sukupuoli 1920- ja 1930-luvun Suomessa. Suomen Historiallinen Seura, Helsinki.

Kaarninen, Mervi & Kaarninen, Pekka. 1990. Pitkäniemen sairaala 1900-1990. Pitkäniemen sairaalan kuntainliitto, Tampere.

Kaarninen, Pekka (toim.). 2000. Pitkäniemen vuosisata. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Tampere.

Kaila, Martti. 1966. Psykiatrian historia lääketieteen yleiskehityksen ja kulttuurihistorian valossa. Helsinki.

Koivuniemi, Jussi. 2000. Tehtaan pillin tahdissa Nokian tehdasyhdyskunnan sosiaalinen järjestys 1870–1939. SKS, Helsinki.

Konttinen, Esa. 1991. Perinteisesti moderniin. Professioiden yhteiskunnallinen synty Suomessa. Vastapaino, Tampere.

Korhonen, Teppo. 2005. Rakennustutkimus. Teoksessa Korkiakangas, Pirjo; Olsson, Pia; Ruotsala, Helena (toim.), Polkuja etnologian menetelmiin. Ethnos ry., Helsinki.

Kortelainen, Anna. 2003. Levoton nainen. Hysterian kulttuurihistoriaa. Tammi, Helsinki.

Laaksonen, Pekka & Piela, Ulla & Lahti Pirkko (toim.). 1990. Hullun kirjoissa. Näkökulmia suomalaiseen kylähulluuteen. SKS, Helsinki.

Lukkarinen, Ville & Waenerberg, Annika. 2004. Suomikuvasta mielenmaisemaan. Kansallismaisemat 1800- ja 1900-luvun vaihteen maalaustaiteessa. SKS: Helsinki.

Malmivuori, Jorma. 1985. Niuvanniemen sairaalan historia 1885-1985. Kuopion yliopisto, Kuopio.

Markkola, Pirjo. 1996. Marginaali historian keskipisteenä. Teoksessa Markkola, Pirjo & Peltola, Jarmo (toim.). 1996. Kuokkavieraiden pidot. Vastapaino, Tampere.

Mattila, Markku. 1999. Kansamme parhaaksi rotuhygienia Suomessa vuoden 1935 sterilointilakiin asti. SHS, Helsinki.

Nikula, Riitta. 1998. Kaupunkitutkimus. Teoksessa Katseen rajat. Taidehistorian metodologiaa. Arja Elovirta ja Ville Lukkarinen (toim.), Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Nygård, Toivo. 1998. Erilaisten historiaa. Marginaaliryhmät Suomessa 1800-luvulla ja 1900-luvun alussa. Atena Kustannus Oy, Jyväskylä.

Ollila, Anne. 1998. Jalo velvollisuus. Virkanaisena 1800-luvun lopun Suomessa. SKS, Tampere.

Onnela, Tapio. 1992. Kakola 1853–1879. Rangaistusjärjestelmän muutokset ja Turun rangaistusvankilan arkkitehtuuri. Turun maakuntamuseo, Turku.

Pesonen, Niilo. 1980. Terveyden puolesta – sairautta vastaan. Terveyden- ja sairaanhoito Suomessa 1800- ja 1900-luvuilla.

Pohjola-Vilkuna, Kirsi. 1995. Eros kylässä. Maaseudun luvaton seksuaalisuus vuosisadan vaihteessa. SKS, Helsinki.

Pulma, Panu. 1991. Mielisairaan sosiaalisesta asemasta 1700-1800-luvuilla. Teoksessa Mielisairaan sosiaalinen asema. Uudenmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 7/1990. Helsinki 1991.

Saarikangas, Kirsi. 2002. Asunnon muodonmuutoksia. Puhtauden estetiikka ja sukupuoli modernissa arkkitehtuurissa. SKS, Helsinki.

Salo, Markku. 1992. Luonnosta laitoksiin. Hulluuden muodonmuutokset ja mielisairaalahoidon vakiintuminen. Tapaustutkimus julkisen mielisairaalahoidon synnystä ja vakiintumisesta Englannissa. Sosiaali- ja terveyshallitus Tutkimuksia 19. VAPK-kustannus, Helsinki.

Salo, Markku. 1991. Teesejä mielisairaalajärjestelmän vakiintumisesta. Teoksessa mielisairaan sosiaalinen asema. Toim. Salo, Jyrki & Taipale, Ilkka. Uudenmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 7/1990. Helsinki.

Sarvilinna, A. 1938. Mielisairaanhoidon kehityksestä Suomessa vuoteen 1919. Lääketieteellis-historiallinen tutkielma. Uusikaupunki.

Taipale, Ilkka. 1991. Ei-mielisairaat mielisairaaloissa. Teoksessa mielisairaan sosiaalinen asema. Toim. Salo, Jyrki & Taipale, Ilkka. Uudenmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 7/1990. Helsinki.

Uimonen, Minna. 1999. Hermostumisen aikakausi: neuroosit 1800- ja 1900-lukujen vaihteen suomalaisessa lääketieteessä. SHS, Helsinki.