



Lilja Viitanen, Olivia Nousiainen

Terveyssisaresta terveydenhoitajaksi

Suomen terveydenhoitajatyön historia vuosina
1920–2020

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Terveydenhoitaja (AMK)

Terveydenhoitotyön tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

6.10.2023

Tekijä	Olivia Nousiainen, Lilja Viitanen
Otsikko	Terveyssisaresta terveydenhoitajaksi
Sivumäärä	53 sivua + 1 liitettä
Aika	13.11.2023
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK, Terveydenhoitaja AMK
Tutkinto-ohjelma	Sairaanhoitajan & terveydenhoitajan tutkinto-ohjelma
Ohjaajat	Lehtori Hanna Vatanen
<p>Tässä opinnäytetyössä kuvataan Suomen terveydenhoitajatyön kehitystä vuodesta 1920 vuoteen 2020. Opinnäytetyö kuvaa, miten 100 vuoden aikana terveyssisarkurssista on kehittynyt nykypäivän terveydenhoitajan ammatti. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa terveydenhoitajatyön historiasta ja sen kehittymisestä vuosien aikana museossa vierailleville ja muille kiinnostuneille. Aihe on ajankohtainen, koska terveydenhoitajakoulutus täyttää ensi vuonna (2024) 100 vuotta ja viime vuonna (2022) neuvolatyö täytti myös 100 vuotta. Aihe on myös tärkeä, sillä terveydenhoitajakoulutuksessa ei juurikaan käsitellä alan historiaa.</p> <p>Terveydenhoitaja on ennaltaehkäisevän kansanterveystyön ja perusterveydenhuollon ammattilainen (Terveydenhoitajaliitto). Terveydenhoitaja -nimikkeen ammattikunta sai kansanterveyslain myötä vuonna 1972, jota ennen ammattinimike oli terveyssisar (STHL & Kupiainen 1988: 7–9).</p> <p>Historian tutkiminen kannattaa, jotta voimme paremmin ymmärtää myös nykyhetkeä. Historiaa tarkastelemalla voimme ymmärtää aiemman kehityskaaren ja siihen vaikuttavat tekijät sekä arvioimaan tulevaisuutta. (Autio-Sarasmo 2008.)</p> <p>Tämä opinnäytetyö tehdään työelämäyhteistyönä Metropolia ammattikorkeakoulun kanssa ja opinnäytetyön tuotos esitetään Metropolian Myllypuron kampuksella sijaitsevassa sosiaali- ja terveysalan museossa. Museossa on esillä lähinnä kättilö-, sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajakoulutuksiin liittyviä esineitä.</p> <p>Tässä opinnäytetyössä sekä posterissa edetään vuosikymmen kerrallaan ja käydään läpi sen ajan terveydenhoitajatyön merkittävimpiä tapahtumia. Näitä ovat muun muassa terveyssisarkoulutuksen alkaminen 1920-luvulla, laki kunnallisista terveyssisarista 1940-luvulla sekä kansanterveyslaki 1970-luvulla.</p> <p>Työn tutkimuskysymyksenä oli; mitkä ovat merkittävimpiä tapahtumia terveydenhoitajatyössä vuosien 1920 ja 2020 välillä? Työn tavoitteena oli siis lisätä tietoa terveydenhoitajatyön historiasta.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin syksyn 2023 aikana toiminnallisena opinnäytetyönä. Sen lopputuloksena valmistui posterit Metropolian sosiaali- ja terveysalan koulutuksen Museon seinälle. Posterin sisällön pohjaksi etsittiin tietoa terveydenhoitajatyön liittyvistä kirjoista, artikkeleista ja tutkimuksista.</p> <p>Jatkokehitysehdotuksena aiheesta voisi tehdä terveydenhoitajatyön tulevaisuuteen liittyvän työn. Tulevaisuusnäkökulma voisi auttaa hahmottamaan mihin suuntaan terveydenhoitajatyö on kehittymässä ja mitä ominaisuuksia tulevaisuuden terveydenhoitajilta odotetaan.</p>	
Avainsanat	Terveydenhoitaja, terveyssisar, terveydenhoitaja historia, posterit

Authors	Olivia Nousiainen & Lilja Viitanen
Title	The History of Public Health Nurse in Finland
Number of Pages	53 pages + 1 appendix
Date	27 November 2023
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Public Health Nursing
Instructor	Hanna Vatanen, Senior Lecturer
<p>In this thesis, the development of public health nursing in Finland from 1920 to 2020 is described. The thesis illustrates how, over the course of 100 years, the health care course has evolved into the profession of a modern-day public health nurse. The objective of the thesis is to provide information about the history and development of public health nursing for museum visitors and other interested individuals. The topic is timely as the public health nursing education will celebrate its 100th anniversary next year (2024), and last year (2022) marked the 100th anniversary of maternity and child health care. The subject is also important because the history of the field is not extensively covered in public health nursing education.</p> <p>A public health nurse is a professional in preventive public health work and primary health care (Terveydenhoitajaliitto). The professional title "public health nurse" was established with the Public Health Act in 1972; prior to that, the title was "terveyssisar" (STHL & Kupiainen 1988: 7–9).</p> <p>Studying history is worthwhile to better understand the present. By examining history, we can comprehend the past developmental trajectory and the factors influencing it, as well as assess the future (Autio-Sarasmo 2008).</p> <p>This thesis is conducted in collaboration with Metropolia University of Applied Sciences, and the output of the thesis will be presented in the "Sosiaali- ja terveystieteiden museo" at Metropolia's campus located in Myllypuro. The museum primarily exhibits objects related to midwifery, nursing, and public health nursing education.</p> <p>In this thesis and poster, we progress decade by decade, reviewing the most significant events in public health nursing during each era. These include, among others, the commencement of "terveyssisarkurssi" in the 1920s, the law on municipal health nurses in the 1940s and the Public Health Act in the 1970s."</p> <p>The research question of the study was: what are the most significant events in public health nursing between the years 1920 and 2020? The objective of the study was to increase knowledge about the history of public health nursing.</p> <p>The thesis was carried out as a practical thesis during the autumn of 2023. As a result, a poster was created and displayed on the wall of "sosiaali- ja terveystieteiden museo" at Metropolia University of Applied Sciences'. Information for the poster was gathered from relevant books, articles, and research related to public health nursing.</p> <p>As a suggestion for future development, further work could explore the future of public health nursing. A future perspective could help understand the direction in which public health nursing is evolving and the qualities expected from future public health nurses.</p>	
Keywords	public health nurse, terveyssisar, public health nurse history, poster

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Keskeiset käsitteet	2
2.1	Terveydenhoitaja, terveystiet	2
2.2	Historia	2
3	Yhteistyökumppani ja muut hankkeet	3
3.1	Metropolia	3
3.2	Sosiaali- ja terveysalan koulutuksen museo	4
4	1920-luku	4
4.1	Merkittäviä henkilöitä ja järjestöjä	4
4.1.1	Arvo Ylppö	4
4.1.2	Suomen tuberkuloosin vastustamisyhdistys	5
4.2	Ennaltaehkäisevän terveydenhuollon periaatteet kantautuvat Suomeen	6
4.3	Mannerheimin lastensuojeluliitto	6
4.4	Tuberkuloosihoidajat terveystietarten edeltäjinä	7
4.5	Terveystietarkoulutus alkaa	9
4.6	Ensimmäiset neuvolat perustetaan	10
5	1930-luku	11
5.1	Terveystietarkoulutus siirtyy valtiolle	11
5.2	Lamasta elintason uuteen nousuun	11
5.3	Lakiuudistukset	13
5.4	Tyyne Luoma	13
5.5	Suomen terveystietaryhdistys	14
6	1940-luku	15
6.1	Terveystietartyö sota-aikana	15
6.2	Lait äitiys- ja lastenneuvoloista, terveystietarista ja kättilöistä	17
6.3	Sodan jälkeen	18
7	1950- ja 1960-luvut	19
8	1970- luku	22
8.1	Kansanterveyslaki	22
9	1980-luku	25

9.1	Koulutuksen muutos	26
10	1990-luku	26
10.1	Lama-Suomi	26
10.2	Laman jäljet	27
10.3	Koulutuksen muuttuminen jälleen	28
11	2000-luku	28
11.1	Kansanterveys	29
12	2010-luku	30
12.1	Terveystieteiden laki	30
12.2	Yhteiskunnalliset haasteet	31
12.3	Ammatillinen osaaminen	31
12.4	Teknologian vaikutus työhön	32
13	2020-luku	32
14	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	33
15	Opinnäytetyöprosessi	34
15.1	Suunnittelu	34
15.2	Tiedonhaku	34
15.3	Toiminnallinen opinnäytetyö	35
15.4	Posteri	35
15.5	Toteutus ja tuotos	36
16	Pohdinta	37
16.1	Eettisyys ja luotettavuus	37
16.2	Jatkokehittämissuositukset	38
16.3	Ammatillinen kasvu	38
	Lähteet	40

Liitteet

Liite 1. Opinnäytetyön tuotos

1 Johdanto

Tämä opinnäytetyö on tehty parityönä osana terveydenhoitajatutkintoon sisältyvää sairaanhoitajakoulutusta ja sen aiheena on terveydenhoitajatyön historia Suomessa.

Tässä työssä keskitytään sadan vuoden ajanjaksolle vuosien 1920 ja 2020 välille. Varsin laajaa aihealuetta on rajattu myös keskittymällä vain merkittävimpiin tapahtumiin aiheeseen liittyen tällä aikavälillä. Opinnäytetyö on toiminnallinen ja sen tuotoksena syntyi posterit, jotka esittelevät terveydenhoitajatyön historian merkittävimpiä tapahtumia Suomessa vuosien 1920 ja 2020 välillä ja jonka esityspaikkana toimii Metropolian Myllypuron kampuksella sijaitseva sosiaali- ja terveystieteiden museo.

Terveydenhoitajakoulutus on alkanut 1920-luvulla nimellä terveystieteidenkoulutus ja siksi aloitamme tarkastelun tältä ajalta. Maailma on muuttunut paljon sadan vuoden aikana ja näin ollen myös terveydenhoitajan työ on muuttunut paljon työnimike mukaan lukien. Aihe on ajankohtainen, sillä ensi vuonna (2024) terveydenhoitajakoulutus täyttää sata vuotta ja viime vuonna (2022) neuvolatyö täytti sata vuotta.

Koimme, että tästä aiheesta olisi tärkeää tuottaa materiaalia, koska terveydenhoitajatutkinnossa ei käsitellä historiaa ja halusimme koota tietoa opinnäytetyön ja posterin muodossa siitä kiinnostuneille. Aihe on tärkeä, sillä historian ymmärtäminen auttaa ymmärtämään paremmin myös nykyhetkeä. Aiemman kehityskaaren tiedostaminen voi myös antaa näkemyksiä siihen, miten kehitystä voi jatkaa edelleen. Tarkastelemalla terveydenhoitotyön historiaa käy ilmeiseksi, kuinka positiivisia vaikutuksia sillä on ollut väestön terveyteen, muun muassa imeväis- ja lapsikuolleisuuden vähenemiseen. Tämä opinnäytetyö tuo terveydenhoitajatyön tärkeyden myös muiden tietoon. Lisäksi työ antaa tärkeää tietoa aiheesta museossa kävijöille sekä muille aiheesta kiinnostuneille.

Opinnäytetyöprosessin aikana olemme luoneet vahvan teoriapohjan aiheesta käyttäen luotettavia verkkolähteitä sekä kirjallisuutta. Ennen tuotteen kehittelyä olemme myös perehtyneet toiminnallisen opinnäytetyön ja posterin tekemiseen teoriatasolla. Tuotoksena syntyi posterit, jotka esittelevät lukijalle tiivistetyssä ja visuaalisesti kiinnostavassa muodossa sadan vuoden aikavälillä tapahtuneet merkittävimmät tapahtumat terveydenhoitajatyössä Suomessa.

2 Keskeiset käsitteet

2.1 Terveydenhoitaja, terveystyöntekijä

Terveydenhoitaja on ennaltaehkäisevän kansanterveystyön ja perusterveydenhuollon ammattilainen. Terveydenhoitajana voi työskennellä vain laillistettu, koulutuksen saanut henkilö, jonka sosiaali- ja terveysalan lupa ja valvontavirasto Valvira on rekisteröinyt terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteri Terhikkiin. Terveydenhoitajatutkinto on ammattikorkeakoulutasoinen. Tutkinnon suorittaminen kestää noin neljä vuotta ja on laajuudeltaan 240 opintopistettä. Tutkintoon sisältyy myös sairaanhoitajan tutkinto ja terveydenhoitaja voikin työskennellä myös sairaanhoitajan tehtävissä kansainvälisesti. Terveydenhoitajan työ on itsenäistä, mutta usein myös moniammatillista. Terveydenhoitaja työskentelee lähellä ihmistä, terveyttä edistäen ja ylläpitäen tavoitteena asiakkaan itsensä osallistaminen mukaan terveyden hoitoon. Terveydenhoitaja voi työskennellä muun muassa neuvoloissa, kouluterveydenhuollossa, työterveyshuollossa, terveysasemilla ja sairaanhoitajan tehtävissä esimerkiksi sairaalassa. Työssä yhdistyy tutkittu tieto ja käytännön osaaminen. Terveydenhoitajan työtä ohjaamaan on vuonna 2017 julkaistu terveydenhoitajan eettiset suositukset. (Terveydenhoitajaliitto.) Suomessa terveydenhoitajan työtä ohjaa myös lainsäädäntö, esimerkiksi Terveydenhuoltolaki 1326/2010 (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023).

Terveydenhoitaja -nimikkeen ammattikunta sai kansanterveislain myötä vuonna 1972. Samana vuonna valmistui ensimmäinen miespuolinen terveydenhoitaja. Tätä ennen ammattinimike oli terveystyöntekijä. Käytössä on ollut myös nimikkeet huoltosisar ja terveydenhoitajatar. Terveystyöntekijäkoulutus sai alkunsa halusta keskittää kaikki terveyden edistämiseen tähtäävä hoito- ja valistustyö yhdelle henkilölle sen sijaan, että koulutettiin erikseen esimerkiksi tuberkuloosihoidattaria tuberkuloosipotilaiden hoitoon ja taudin leviämisen ehkäisytyöhön, huoltosisaria äitiys- ja lastenterveydenhuoltoon ja kouluhoidattaria kouluterveydenhuoltoon. Ensimmäiset sairaanhoitajattarille tarkoitetut terveystyöntekijäkurssit järjestettiin vuonna 1924. (STHL & Kupiainen 1988: 7–9.)

2.2 Historia

Historian tutkiminen kannattaa, jotta voimme paremmin ymmärtää myös nykyhetkeä. Kun tarkastelemme historiaa analyttisesti ja kriittisesti, voimme ymmärtää miten kehitys on tapahtunut ja mitkä tekijät siihen ovat vaikuttaneet sekä arvioimaan tulevaisuutta. Historian tutkimuksen erityispiirteenä on se, että tiedämme jo lopputuloksen.

Tavoitteena onkin luoda aineistoja tutkimalla käsitys siitä, miten tähän lopputulokseen on päädytty. Kun tutkitaan historiaa, on tärkeää, että aihetta käsitellään menneisyyden näkökulmasta käsin eikä nykyhetken arvojen mukaan eli kunnioitetaan mennyttä aikaa. (Autio-Sarasma 2008.)

Tässä työssä tarkastellaan historiaa rajattuna sadan vuoden ajanjaksoon vuosien 1920–2020 välillä. Tähän rajaukseen on päädytty sen perusteella, mille ajanjaksolle si-
joittuu terveydenhoitajatyön historian merkittävimmät tapahtumat ja miten tietoa on
saatavilla.

3 Yhteistyökumppani ja muut hankkeet

3.1 Metropolia

Tämä opinnäytetyö tehdään työelämäyhteistyönä Metropolian ammattikorkeakoulun kanssa. Metropolia on kansainvälinen ammattikorkeakoulu, joka toimii pääkaupunki-
seudulla. Metropolia tarjoaa yli 70 eri tutkinto-ohjelmaa neljällä eri kampuksella. Tutkin-
toja on muun muassa kulttuurin, liiketalouden ja sosiaali- ja terveysalan koulutusaloilla.
(Metropolia.)

Terveydenhoitotyön tutkinto-ohjelma kuuluu sosiaali- ja terveysalan koulutusalaan.
Metropolia tarjoaa terveydenhoitajakoulutusta päivä- ja monimuotototeutuksena. Ope-
tuspaiikkana toimii Myllypuron kampus. Opinnoissa yhdistyy erilaiset opetus- ja oppi-
mismenetelmät kuten laboraatiot, simulaatiot, itsenäinen- ja ryhmätyöskentely, lähi- ja
etäopinnot sekä harjoittelujaksot, joista muodostuu yli kolmannes opinnoista. (Metropo-
lia.)

Terveydenhoitajatutkinnon suorittanut saa oikeuden toimia Valviran rekisteröimänä lail-
listettuna terveydenhuollon ammattihenkilönä. Koulutuksessa saa kaksoistutkinnon eli
valmistumisen jälkeen voi toimia sekä sairaanhoitajan että terveydenhoitajan virassa.
Tutkinnon suorittaneella on vahva terveyden edellytyksiä tukeva ja sairauksia ennalta-
ehkäisevä näkökulma. (Metropolia.)

3.2 Sosiaali- ja terveysalan koulutuksen museo

Tämä opinnäytetyö on toteutettu Metropolian Myllypuron kampuksella sijaitsevaan maksuttomaan sosiaali- ja terveysalan koulutuksen museoon. Museossa on tällä hetkellä näytillä kätilö-, sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajakoulutuksen synty ja kehittyminen-, Florence Nightingalen elämä ja ura, oppilaskodin elämää ja terveysalan erityisalanäyttelyt. Museossa on esillä valokuvia, kirjoja, opetustauluja, uniformuja, sekä niiden virkamerkkejä. Museon näyttelyyn pääsee tutustumaan myös virtuaalisen museopelin avulla. (Metropolia.)

Museo on aikaisemmin toiminut nimellä Hoitotyön koulutuksen museo ja se on sijainnut osoitteessa Tukholmankatu 10 Helsingissä. Tukholmankatu 10 on toiminut 1939–1945 SPR:n sotasairaalana, naisten kisakylänä Olympialaisten aikaan 1952 sekä sairaanhoito-opistona vuodesta 1946. Tilat ovat myöhemmin olleet Metropolian käytössä. Hoitotyön koulutuksen museon avajaiset järjestettiin vuonna 1979. Museon aineisto on peräisin muun muassa Helsingin sairaanhoito-opistosta, kätilöopistosta, oppilaskohteista, entisten opiskelijoiden ja opettajien lahjoituksista sekä ulkomaisista lahjoituksista. Vuosina 2018–2020 museo siirtyi Myllypuron kampukselle. Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveysalan koulutuksen museoon on mahdollisuus päästä virtuaalilasien kautta. (Metropolia.)

4 1920-luku

4.1 Merkittäviä henkilöitä ja järjestöjä

4.1.1 Arvo Ylppö

Arkkiaatri Arvo Ylppöä pidetään suomalaisen kansanterveystyön tienraivaajana ja neuvolatoiminnan isänä. Hän oli lastenlääkäri ja tiedemies, jonka työtä arvostettiin kansainvälisesti. Hän toimi ylilääkärinä kahdessa suuressa sairaalassa, lastenlinikalla ja lastenlinnassa, jonka lisäksi hän piti myös yksityisvastaanottoa. Ylppö sai peruskoulutuksensa Suomessa aikana, jolloin oli harvinaista, että lapsi kävi koulua vuotta pitempään. Ylppön maanviljelijä vanhemmille oli kuitenkin tärkeää antaa 12 lapselleen mahdollisuus kouluttautua, jotta Suomi voisi nousta toisen maan alaisuudesta itsenäiseksi. Hän opiskeli hetken myös Saksassa ja kartutti kokemustaan siellä myös valmistumisensa jälkeen. Saksa oli tähän aikaan lääketieteen alalla johtava maa. Ylppö piti lasten sairauksien hoidossa tärkeänä hyvää lääkäri- potilassuhdetta sekä kokonaisvaltaista, mielen,

kehon ja koko perheen huomioivaa otetta. Hän kehitti keskosten hoitotyötä laatimalla käytänteitä, jotka levisivät ympäri maailmaa. Hän sai Heubner-palkinnon elimistön happoemästasapainoon liittyvistä tutkimuksistaan. Hän kehitti lasten lääkehoitoa ja edisti ennaltaehkäisevän työn merkitystä terveydenhuollossa. Ylppö toimi yhtenä Mannerheimin lastensuojeluliiton johtohahmoista ja oli yksi ensimmäisten huoltosisarkurssien (myöhemmin terveystarkurssi) opettajista. Mannerheimin lastensuojeluliitto levitti Ylppön ennaltaehkäisevän hoidon käytäntöjä ympäri maailmaa ja sen avulla lapsikuolleisuus Suomessa saatiin laskuun. (Arvo Ylppö – Arkkiatri 1887–1992.)

4.1.2 Suomen tuberkuloosin vastustamisyhdistys

Suomessa tuberkuloosin vastustamistyön aloittivat yksityiset järjestöt. Jo vuonna 1907 Suomessa perustettiin kaksi kansallista yhdistystä, jotka keskittyivät taudin ehkäisyyn ja sairastuneiden auttamiseen, Tuberkuloosin Vastustamisyhdistys ja Vähävaraisten Keuhkotautisten Avustamisyhdistys. Vuonna 1930 nämä järjestöt yhdistyivät ja näin Suomen Tuberkuloosin Vastustamisyhdistys (STVY) oli syntynyt. Yhdistyksen nimi on vaihtunut vuosien varrella pariin otteeseen, mutta se on edelleen toiminnassa. Nykyään se tunnetaan nimellä Filha ry (Finnish Lung Health Association). Suomen tuberkuloosin vastustamisyhdistys oli etenkin 1900-luvun alkupuolella merkittävä aloitteentekijä Suomen terveydenhuollossa. Yhdistys teki valistustyötä, oli mukana perustamassa keuhkotautiparantoloita ympäri maata ja aloitti 1940-luvulla vastasyntyneiden tuberkuloosirokotukset. Yhdistyksen toimesta on aloitettu myös tuberkuloosirekisterin pitäminen. Yhdistyksen toimintaan kuului myös tuberkuloosihoitajien kouluttaminen. (Vasankari 2023.)

Suomen tuberkuloosin vastustamisyhdistys ylläpiti niin kutsuttuja joulumerkkikoteja. Ne oli tarkoitettu hoitopaikoiksi vastasyntyneille, joiden äidit tai muut perheenjäsenet sairastivat tuberkuloosia. Ennen kuin tautiin oli keksitty lääkitystä, oli hyvin todennäköistä, että tartunnan saanut vastasyntynyt menehtyi siihen. Näin ollen ainoa tehokas keino suojella lasta tartunnalta oli eristää hänet ensimmäisten elinvuosien ajaksi tartuntatautia sairastavasta äidistään. Joulumerkkikotien nimi tulee siitä, että niiden toimintaa rahoitettiin myymällä joulutervehdyksiin laitettavia joulumerkkejä. Joulumerkkien tunnuksena oli punainen kaksoisristi, joka myöhemmin hyväksyttiin tuberkuloosin vastustamistyön yleismaailmalliseksi tunnukseksi. (Vasankari 2023.)

4.2 Ennaltaehkäisevän terveydenhuollon periaatteet kantautuvat Suomeen

Terveydenhoitajatyön historia voidaan jakaa karkeasti kolmeen ajanjaksoon; kiertävien hoitajattarien aikaan vuosina 1880–1923, terveyssisarten aikaan vuosina 1924–1967 sekä terveydenhoitajien aikaan vuodesta 1968 jatkuen tähän päivään (Kuusisto 2011: 8). Terveyssisarkoulutus on alkanut 1920-luvulla, jonka vuoksi tässä työssä tarkastellaan aihetta alkaen tältä vuosikymmeneltä.

Suomessa on ymmärretty ennaltaehkäisevän työn merkitys väestön terveyden edistämässä jo yli sata vuotta. Lähes yhtä pitkän ajan kuluessa on muovautunut ja kehittynyt terveydenhoitajan ammatti. Suomessa luotiin ympäristöhygienian perusteita jo 1800-luvulla, eli alettiin ymmärtää muun muassa ympäristön ja ammatin vaikutuksia terveyteen. Yksilöön kohdistuva terveydenhoito alkoi kuitenkin vasta sata vuotta myöhemmin. (Benson 1973: 4.)

Terveyssisaren ammattikunnan synty sai alkunsa 1900-luvun alun valtakunnallisten muutosten seurauksena. Näitä olivat esimerkiksi teollistuminen, naisten aseman vahvistuminen sekä lisääntyvä kiinnostus ihmisten ja ympäristön hyvinvointia kohtaan. Ongelmat, kuten väestön heikot asuinolosuhteet ja niiden vaikutus tautien leviämiseen alkoivat tulla näkyvämmäksi ja näihin asioihin haluttiin puuttua muun muassa välittämällä terveystietoa kansalle. (Haarala & Honkanen & Mellin & Tervaskanto-Mäentausta 2015: 8–9.)

1920-luvulla Suomessa alettiin kiinnittää entistä enemmän huomiota muualta Euroopasta ja Yhdysvalloista kantautuviin ehkäisevän terveydenhuollon periaatteisiin. Hoitajia alettiin kouluttaa enemmän eri tehtäviin, koululaisten terveydenhuolto tehostui ja kehittyi ja oppilaille alettiin järjestää terveystarkastuksia. Tähän aikaan vapaaehtoiset kansalaisjärjestöt vastasivat vielä suurelta osin terveydenhoidosta Suomessa. Yksi näistä järjestöistä oli Kenraali Mannerheimin Lastensuojeluliitto, jonka tavoitteena oli parantaa erityisesti maan lasten, nuorten ja odottavien äitien terveyttä. (Haarala 2015: 9.)

4.3 Mannerheimin lastensuojeluliitto

Mannerheimin lastensuojeluliitto on perustettu lokakuun 4. päivänä vuonna 1920 ja se on toiminnassa vielä tänäkin päivänä. Liitto sai alkunsa marsalkka Mannerheimin sisikon, sairaanhoitaja Sophie Mannerheimin halusta auttaa maan äitejä ja lapsia. Maalis-

kuussa 1918 hän kokosi työryhmän, jonka voimin haluttiin saada muutosta maan lastensuojeluongelmaan, kuten suureen lapsikuolleisuuteen. Ryhmässä toimi vahvasti ennaltaehkäisevän työn puolestapuhuja, kouluneuvos Erik Mandelin. Työryhmä esitteli suunnitelmansa kenraali Carl Gustaf Mannerheimille, joka lopulta dosentti Arvo Ylpön tultua ryhmään mukaan hyväksyi suunnitelman ja liitto perustettiin. (Mannerheimin lastensuojeluliitto 2022.)

Päätettiin perustaa kansalaisjärjestö, jonka toimintaan voisivat kaikki halukkaat osallistua. Liiton kunniapuheenjohtajaksi nimettiin kenraali Mannerheim, puheenjohtajaksi valittiin Sophie Mannerheim, varapuheenjohtajaksi Arvo Ylppö ja sihteeriksi Erik Mandelin. Liitto muodostui keskusjärjestöstä sekä itsenäisistä, liiton ohjelmaa noudattavista paikallisosastoista. Järjestö laati ohjelman, jonka tavoitteena oli taata hyvä ja asiantunteva hoito kaikille lapsille. Liitto pyrki valistustyöllä taistelemaan imeväiskuolleisuutta vastaan. Ylpön mielestä imetys sekä asuinolojen- ja hygienian parantaminen olivat ensisijaisia tehtäviä tällä saralla. Mannerheimin lastensuojeluliitto uudisti ja vihki lastensairaalakäyttöön lastenlinnan vuonna 1921. Lastenlinna oli tätä ennen ollut Sophie Mannerheimin omistuksessa ja se oli toiminut turvakotina yksinäisille äideille ja heidän lapsilleen. Liitto on ollut keskeisessä roolissa sekä terveydenhoitajatyön että koko suomalaisen hyvinvointivaltion ja neuvolajärjestelmän rakentamisessa. Liiton toimesta on perustettu ensimmäiset neuvolat ja aloitettu terveystieteiden koulutus. (Mannerheimin lastensuojeluliitto 2022.)

Ennen Mannerheimin lastensuojeluliiton terveystieteiden kursseja ennaltaehkäisevä kansanterveystyö oli ollut huomattavasti hajanaisempaa. Oli erikseen tuberkuloosihoitajat, huoltosisar, kouluhoitajat, sekä kiertävät sairaanhoitajat, jotka kukin hoitivat omaan osaamisalaansa liittyvät osat väestöstä. 1920-luvulla tämän asian muuttamiseksi alettiin kehittää laaja-alaisen terveystieteiden toiminnan mallia. Tavoitteena oli kouluttaa terveystieteilijöitä, joiden toiminta-alueeseen kuuluisi äitiys- ja lastenterveydenhoidon lisäksi kouluterveydenhuolto, tartuntatauti- ja yleinen terveydenhoito vastaanotto- ja kotikäyntien keinoin. Tarkoituksena oli, että terveystieteilijä voisi hoitaa kaikki vauvasta vaariin perhekunnittain. (Puro 2018: 15.)

4.4 Tuberkuloosihoitajat terveystieteiden edeltäjinä

Tuberkuloosi on ilmassa välitteisesti tarttuva yleisvaarallinen tartuntatauti, joka on edelleen maailmanlaajuisesti merkittävä sairaus. Taudin aiheuttaja on mykobakteereihin kuuluva *Mycobacterium tuberculosis*. Tuberkuloosi esiintyy yleisimmin keuhkoissa, mutta sitä

voi esiintyä myös esimerkiksi imusolmukkeissa ja luustossa. Taudin oireisiin kuuluu pitkittynyt, paheneva yskä, keuhkoista nouseva lima, hengenahdistus, rintakipu, veriyskökset, lämpöily, yöhikoilu, uupumus, ruokahaluttomuus sekä laihtuminen. Tuberkuloosin tiedetään vaivanneen ihmisiä aina tietyn kaavan mukaan etenevin epidemioin. Tuberkuloositilanteeseen vaikuttaa merkittävästi ihmisten elinolosuhteet. Suomen kamppailu tuberkuloosia vastaan on kestänyt jo yli sata vuotta ja se on tuottanut erittäin hyviä tuloksia. Nykyään tilanne Suomessa on hyvä ja maa kuuluu pienen ilmaantuvuuden maihin. Tautitapauksia todetaan vuosittain noin 200–300, mikä on puolet vähemmän kuin vuosituhannen vaihteessa. Tänä päivänä Suomessa tautiin menehtyy lähes ainoastaan ikääntyneitä henkilöitä, noin 100 henkilöä vuodessa. 1900-luvun ensimmäisinä vuosikymmeninä Suomessa tuberkuloosiin kuoli keskimäärin yksi ihminen joka tunti ja se oli yksi yleisimmistä nuorten ihmisten kuolinsyistä. (Vuento 2022; Tala-Heikkilä 2003.)

Taistelu tuberkuloosia vastaan aloitettiin Suomessa jo ennen 1900-lukua. Tuberkuloosivalistusta levitettiin esimerkiksi terveydenhoitolehden välityksellä ja tuberkuloosin vastustamistyö aloitettiin. Vuonna 1903 avattiin Suomen ensimmäiset parantolat Takaharjulle ja Nummelaan yksityisen kansalaistoiminnan turvin. Näin alkoi samalla koko maan parantolaverkoston rakentaminen, joka päättyi ennen toista maailmansotaa. (Tala-Heikkilä 2003).

Vuonna 1930 yhdistyivät kaksi vuosikymmeniä aiemmin perustettua järjestöä, Tuberkuloosin Vastustamisyhdistys ja Vähävaraisten Keuhkotautisten Avustamisyhdistys, jotka laittoivat alulle ja toteuttivat vuosikymmeniä tehokasta ja monipuolista työtä kansantaudin hoitamiseksi ja leviämisen ehkäisemiseksi. 1940-luvulta lähtien järjestettiin tietynlaisina seulontatutkimuksina laajoja pienoISRöntgenkuvauksia väestölle. 1940-luvulla käyttöön saatiin lääkkeitä tuberkuloosia vastaan. Tuberkuloosijärjestöt aloittivat huoltolaittoiminnan, jonka tavoitteena oli myös hoitaa sairastuneita, mutta ennen kaikkea avustamalla ja neuvomalla ja ottaa sairastuneet ja heidän ympäristönsä mukaan hoitoon.

Vuonna 1913 aloitettiin tuberkuloosihoitajattarien koulutus. Koulutusta annettiin Tuberkuloosin vastustamisyhdistyksen toimesta sairaanhoitajattarille ja diakonissoille. Kurssit olivat aluksi vain kuukauden pituisia, mutta laajenivat ajan kuluessa. Tuberkuloosihoitajattaria voidaan pitää terveyssisarten edeltäjinä, sillä myös heidän työnkuvaansa kuului väestön asuinoloihin, ruokailutottumuksiin, elintapoihin, tottumuksiin ja ennakkoluuloihin perehtyminen ja niihin tarvittaessa puuttuminen. Kuten Siivola kirjassaan (1984: 27) mainitsee, ”sai keskeinen osa terveyssisaren tehtävästä alkunsa tuberkuloosihoitajattarien väestön parissa tehdystä neuvonta- ja avustustyöstä.” Tämän ammattikunnan tekemän työn vaikutukset ja sen tärkeys huomattiin pian ja huoltola-aatteen nähtiin jopa

riippuvan juuri hoitajattarien työstä. Ajan myötä huoltolatoiminta laajentui ja sitä myötä tuberkuloosihoitajattarien virkoja avattiin jokaiseen kuntaan. (Siivola 1984: 23–27.)

4.5 Terveysisarkoulutus alkaa

Vuosisadan alussa alettiin Suomessakin kiinnostua enemmän nimenomaan ennaltaehkäisevästä lähestymistavasta kansan terveyden hoitamisessa. Tähän saatiin vaikutteita esimerkiksi Yhdysvalloista, Saksasta ja Lontoosta. Tätä ajatussuuntaa toivat Suomessa esiin muun muassa Sophie Mannerheim, Arvo Ylppö ja Toini Leikola. Näiden uusien ajatussuuntien innoittamana alettiin jo ennen varsinaisen terveystisarkoulutuksen alkamista, vuonna 1921 järjestää niin kutsuttuja huoltosisarkursseja, jotka oli tarkoitettu jatkokoulutuskursseiksi sairaanhoitajille, kättilöille ja diakonissoille. Nämä Mannerheimin lastensuojeluliiton tarjoamat kurssit olivat tuberkuloosijärjestöjen antaman koulutuksen lisäksi ainoat jatkokoulutus mahdollisuudet hoitajille. Kurssin tarkoituksena oli keskittyä ennaltaehkäisevään terveydenhoitoon. Koulutukseen kuului paljon käytännön harjoittelua mm. Lastenlinnassa, Maitopisaran neuvonta-asemilla ja Pippingsköldin asyyllissä. Samaan aikaan Lastenlinna siirtyi Mannerheimin lastensuojeluliiton käyttöön ja siitä tuli 1921 lastenhoidon oppilaitos. (Korppi-Tommola.)

Huoltosisaren työn suosio vaihteli alueen mukaan. Se oli joillakin alueilla haastavaa johtuen mm. varojen puutteesta, pitkistä välimatkoista ja ihmisten taikauskaisista näkemyksistä terveyteen liittyen. Toisilla alueilla huoltosisarten työ tuotti parempaa tulosta ja heidät otettiin paremmin vastaan johtuen esimerkiksi lehdistön positiivisesta tavasta kirjoittaa heidän tekemästään työstä. Kaiken kaikkiaan ennaltaehkäisevää ja hyvää terveyttä edistävää näkökulmaa oli aluksi hankalaa saada istutettua kansalaisiin. Näiden toteuttaminen käytännössä oli myös hankalaa, sillä elinolosuhteet olivat ahtaat ja alkeelliset. Alun vaikeuksista huolimatta huoltosisarkurssit olivat suuri menestys. Kurssseja alettiin kehittää edelleen ja ne pitivät hiljalleen usean kuukauden pituisiksi ja niille myönnettiin valtion rahoitusta. Vuonna 1924 toiminta laajentui entisestään ja terveystisarkoulutus alkoi. (Korppi-Tommola.)

Terveystisarten koulutus käynnistettiin siis vuonna 1924 Mannerheimin lastensuojeluliiton toimesta. Maaliskuussa 1925 päättyi ensimmäinen kuusi kuukautta kestänyt terveystisarkurssi ja ensimmäiset 12 terveystisarta valmistuivat. Samalla yksi tärkeä merkkipaalu terveydenhoitajatyön sekä koko perusterveydenhuollon kehityksessä oli saavutettu ja järjestelmällinen ennaltaehkäisevä kansanterveystyö oli saanut alkunsa. Terveystisaret ryhtyivät töihin väestön terveyden edistämiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi. He tarjosivat ihmisille apua sairauksien ennaltaehkäisyssä, mutta ennen kaik-

kea ohjausta tai "valistusta", siitä miten ihmiset voivat itse vaikuttaa sairauksien ennaltaehkäisyyn terveillä elämäntavoilla. Terveysisärien työ erosi sairaanhoitajista, joiden työ keskittyi jo puhjenneiden sairauksien hoitoon. Köyhyys, lasten aliravitsemus ja imeväiskuolleisuus olivat vielä valitettavan yleisiä ongelmia ja tuoreita terveystyöntekijöitä odotti suuri vastuu ja työmäärä. (Puro 2018: 14–15.)

Terveystyöntekijät toimivat suurimmaksi osaksi potilaiden kotona eli tekivät kotikäyntejä. Erityisenä kohderyhmänä olivat odottavat äidit ja lapset. Terveystyöntekijät toimivat myös esimerkiksi kouluissa ja antoivat yhdessä opettajan kanssa terveystietoa oppilaille. Se tehtiin usein näytelmien avulla. Kouluissa opetettiin myös kodin terveydenhoitoa, pienten lasten hoitoa ja ensiapua. (Haarala 2015: 9.)

4.6 Ensimmäiset neuvolat perustetaan

Neuvola -sana otettiin käyttöön vasta 1930-luvulla, mutta neuvonta-asema nimityksellä neuvolatoiminta alkoi vuonna 1920, kun lastenlinnan kellaritilaan avattiin ensimmäinen lastenneuvola. Arvo Ylppö toi tähän mallia Saksasta. Neuvola toimi terveystyöntekijöiden työ- ja harjoittelupaikkana. Terveystyöntekijän lisäksi neuvolassa työskenteli lääkäri, jonka hoitoon terveystyöntekijä lähetti sairaita lapsia. Neuvola oli maksuton ja avoin kaikille ja tämä uudenlainen hyvinvointipalvelu otettiin työllisyyden keskuudessa ilolla vastaan. Neuvolatoiminnan vaikutukset olivat ilmeiset. Kolmessa vuodessa imeväiskuolleisuus laski lähialueilla seitsemän prosenttia. Tulokset motivoivat ja neuvoloita perustettiin lisää tehdaspaikkakunnille ja maalaiskuntiin. Vuonna 1925 neuvoloita oli 26 kappaletta ja kymmenen vuoden kuluttua tästä jo 80. Maaseuduilla neuvontatyö tehtiin asiakkaiden kodeissa. (Korppi-Tommola.)

Lastenneuvolan menestyksen seurauksena Mannerheimin lastensuojeluliitto halusi laajentaa ja aikaistaa neuvontatoimintaa odottaviin äiteihin. Lastenhoitokursseja alettiin järjestää sairaanhoitajille ja kättilöille ensin erillisenä neljän kuukauden mittaisena kursina ja myöhemmin yhdistettynä kättilöopiston jatkokoulutukseen. Vuonna 1926 ensimmäiset äitiysneuvolat avasivat ovensa Helsinkiin, naistenklinikan yhteyteen ja Viipuriin. (Korppi-Tommola.)

5 1930-luku

5.1 Terveysisarkoulutus siirtyy valtiolle

1930-luvun alussa, syyskuun ensimmäisenä päivänä vuonna 1931 terveystarkosten koulutus siirtyi Mannerheimin lastensuojeluliitolta valtiolle. Samalla nimitys muuttui terveystarkosta terveydenhoitajattareksi. Koulutusohjelmaan lisättiin kotisairaanhoidoa, mutta muuten toiminta säilyi ennallaan. Julkinen terveydenhuolto oli vielä tässä vaiheessa alkutekijöissään ja koulutusvastuun nimellisestä muutoksesta huolimatta vapaaehtoisjärjestöillä oli edelleen paljon vastuuta terveydenhuollon koulutuksesta ja toteutuksesta. (Puro 2018: 15.)

Järjestöt vaikuttivat edelleen vahvasti myös terveydenhuoltopolitiikassa. Terveystarkoulutusta alettiin antaa Valtion Terveydenhuolto-opistossa, joka perustettiin tätä erikoiskoulutusta varten vuonna 1932. Koulutuksessa pyrittiin perhekeskeisyyteen ja kokonaisvaltaiseen hoitoon. (Tallavaara 2016: 13.)

Koulutus sisälsi teoriaopetusta ja käytännön harjoitteluita. Opetusmenetelmiin lukeutui myös esimerkiksi esiintymisharjoitukset, keskustelutilaisuudet ja opintokäynnit. Valtion terveydenhuolto-opisto koulutti oppilaita Tyyne Luoman johdolla yhä keskitettympää työhön. Tavoitteena oli kouluttaa terveydenhoitajattaria, joilla oli kokonaisvaltainen näkemys työstä. (Siivola 1984: 59–61.)

5.2 Lamasta elintason uuteen nousuun

1930-luvun taitteessa puhkesi lama, jonka vaikutukset levisivät ympäri maailmaa, myös Suomeen. Työttömyyden lieventämisestä tuli valtiovallan tärkein tehtävä. Lamakauteen saatiin kuitenkin helpotusta Suomessa melko nopeasti ja talous alkoi elpyä kovaa vauhtia. Tulotaso ylittikin jo muutamassa vuodessa lähtötason. Teollisuus alkoi myös työllistää yhä enemmän ihmisiä. (Siivola 1984: 51.)

Muutos oli kuitenkin hidasta ja 1930-luvun alussa Suomen väestö oli vielä maatalousvaltaista, eli puutteellisissa oloissa, lasten aliravitsemus oli yleistä ja puutos- ja tartuntatauteja esiintyi paljon. Vielä vuosikymmenen lopullakin elinajanodote oli nykyistä kehitysmaatasoa, miehillä 54,3 vuotta ja naisilla 59,5 vuotta (Puro 2017: 16).

Tästä huolimatta asiat olivat hiljalleen menossa parempaan suuntaan ja lastenneuvola- ja terveystieteiden positiiviset vaikutukset alettiin huomata yhä selkeämmin. Vaikutukset näkyivät esimerkiksi imeväis- ja lapsikuolleisuuden laskuna sekä kansan yleisen terveydentilan ja hygieniatason kohentumisena. Tämän seurauksena ammattikunnan arvostus kasvoi viranomaisten ja kansan keskuudessa. (Tallavaara 2016: 13.)

Tähän aikaan terveystieteitä toimi koko maassa yhteensä 289, joka oli liian vähän tarpeeseen nähden. Etenkään maaseudulle ei riittänyt tarpeeksi terveystieteitä harvan asutuksen ja huonojen kulkuyhteyksien vuoksi. Asiaan puututtiinkin ja terveystieteiden koulutusmääriä lisättiin ja esimerkiksi eläköityvien kiertävien sairaanhoitajien virkoja muutettiin kunnallisten terveystieteiden virroiksi. Myös työmenetelmiä ja työnkuvaa kehitettiin. Terveystieteiden työssä korostuivat ruokailuun, vaatetukseen, hygieniaan ja ulkoiluun liittyvä hoito ja valistus. (Haarala ym. 2015: 9–10.)

1930-luvun loppupuolisko näytti valoisammalta, elintaso nousi, tuloerot kaventuivat ja sen myötä kansanterveys koheni. Maassa tehtiin paljon sosiaalipoliittisia uudistuksia ja lakeja säädettiin kansan terveyttä edistämään (näistä lisää luvussa 5.3).

Maan teollistuessa asutus alkoi keskittyä tehtaiden ympärille ja näin myös terveystieteiden työstä tuli keskitetympää. Tähän aikaan tehtaissa toimi niin kutsuttuja teollisuusterveystieteitä, jotka vastasivat tapaturmien ja sairauksien ensiavusta, ensiapuopetuksesta, yleisestä turvallisuudesta sekä tehtaisten lastenneuvolatoiminnasta. (Haarala ym. 2015: 9–10.)

Terveystieteiden toiminnan laajentuessa alettiin pohtimaan myös työnjohdollisia asioita. Tähän asti työnjohdosta oli vastannut yksi terveystieteiden tarkastaja Helsingistä käsin. Vuonna 1937 perustettiin ensimmäinen johtavan terveystieteiden virka Mannerheimin lastensuojeluliiton ja Suomen punaisen ristin toimesta. Vuosikymmenen loppuun mennessä heitä oli jo yli kymmenen. Johtavat terveystieteiset pyrkivät muun muassa yhdenmukaistamaan työtä ja edelleen kehittämään sitä. Lisäksi he selvittivät alueensa terveystilannetta ja toimivat yhteyshenkilönä eri tahojen välillä. (Siivola 1984: 72–73.)

1930-luvulla käytiin poliittista keskustelua maan terveystieteiden, joka oli tärkeässä roolissa myöhempien toimien kannalta. Keväällä 1939 valmistui Maaseudun terveystieteidenhoitomietintö, joka oli selvitys maan terveystieteidenhoiton tilanteesta ja ehdotus tarpeellisista toimituksista sen edistämiseksi. Siinä otettiin kantaa muun muassa siihen ongelmaan, että maaseutujen terveystieteidenhoito oli heikompaa, kuin kaupungeissa vaikka maaseuduilla asui noin 75 prosenttia väestöstä. Pian tämän jälkeen vuonna 1939 syttyi toinen maailmansota, jonka paineesta julkisen vallan roolia haluttiin lisätä myös terveystieteidenhoiton saralla. (Siivola 1984: 75–76.)

5.3 Lakiuudistukset

1930-luvulla säädettiin useita eri lakeja edistämään väestön terveyttä. Nämä vaikuttivat myös terveystyönsuunnitelmaan. Uusia lakeja olivat muun muassa rokotuslaki, lastensuojelulaki ja äitiysavustuslaki. Rokotuslaki uusittiin vuonna 1936 ja se määräsi esimerkiksi isorokkorokotuksen pakolliseksi. Lain mukaan rokotuksen sai lääkärin lisäksi antaa myös erityisluvan saanut kättilö, terveystyöntekijä tai sairaanhoitaja. Vuonna 1937 tuli voimaan lastensuojelulaki, jonka pohjana toimi 20-luvulla säädetty köyhäinhoidon erillislaki, jolla pyrittiin turvaamaan aviottomien lasten oikeuksia. Avioliiton ulkopuolella syntyneitä lapsia oli tähän aikaan paljon, heihin suhtauduttiin kielteisesti ja huostaanotettiin paljon. Äitiysavustuslaki tuli voimaan 1937 ja sen tarkoituksena oli aluksi tasata perheiden tuloeroja. Ajan myötä tuloraja kuitenkin poistui käytöstä ja äitiysavustuksen edellytyksenä oli ainoastaan tiettyjen terveystyönsuunnitelman käyttäminen. Vuonna 1930 voimaan tuli myös laki, jonka mukaan valtionapua annettiin keuhkoparantoloiden rakennuttamiseen ja tuberkuloosihoidotyöhön. Laki määräsi myös mielisairaalat valtionavun piiriin. Vuonna 1935 valtionavustusta alettiin maksaa myös äitiyshuoltotyöhön. (Siivola 1984: 52–55.)

5.4 Tyyne Luoma

Yksi merkittävimmistä vaikuttajista Suomen terveydenhoitotyöhön on ollut Tyyne Luoma (1893–1970). Hän kiinnostui ennaltaehkäisevästä toiminnasta terveydenhuollossa ja teki vuonna 1921 useammasta Yhdysvaltoihin kohdistuneesta opintomatkastaan ensimmäisen kuultuaan, että siellä oli alettu kehittää ennaltaehkäisevää- ja kotona toteutettavaa sairaanhoitoa. Hän sai terveystyönsuunnitelmaansa Yhdysvalloissa, terveys- ja sosiaalipalvelukeskuksessa, Henry Street Settlementissä. Settlementin oli perustanut yksi sosiaali- ja terveystyön uranuurtajista Yhdysvalloissa, Miss Lillian D. Wald ja Settlementin alkuperäinen ajatus oli, että ”ihmisiä tuli auttaa auttamaan itseään elämään täyteläistä ja rikasta elämää, joka pohjautuu hyvälle terveydelle ja työn ja levon oikealle vaihtelulle.” (Benson 1973: 7–10.)

Vietettyään muutaman vuoden Yhdysvalloissa suorittaen opintoja ja kartuttaen työkokemusta Luoma palasi takaisin Suomeen ja päätyi hiljattain perustetun sairaanhoitajatarliiton sihteeriksi. Luoman aloitteesta uusi sairaanhoitajatarliitto perusti Liisankadulle kotisairaanhoidon ja terveydenhuollon keskuksen. (Benson 1973: 7–10.)

Vuonna 1933 Luoma aloitti toimintansa vuotta aikaisemmin perustetun valtion terveydenhuolto-opiston johtajattarena ja terveystyönsuunnitelman opettajana. Kymmenen johtajatarvuotensa aikana hän kouluttikin noin tuhat terveystyöntekijää. Luoman opetustyönsuunnitelmaa on

kuvattu intensiiviseksi ja innoittavaksi. Opiskelijoiden innoittaminen ja motivointi olikin välttämätöntä työssä jaksamisen kannalta, sillä ensimmäisillä terveystisareilla riitti työsarkaa alkeellisten olojen, terveys- ja lastenhoitokäsitysten sekä haastavien välimatkojen vuoksi. Tyyne Luomalla oli merkittävä osuus myös Terveystisaryhdistyksen perustamisessa. Hän toimi puheenjohtajana vuonna 1938 pidetyssä kokouksessa, jossa päätettiin yhdistyksen perustamisesta. Hän toimi yhdistyksen hallituksessa ja myöhemmin kunniajäsenenä. Ehkä Luoman merkittävin saavutus on kuitenkin hänen panoksensa vuoden 1944 kansanterveyslakien aikaansaamisessa. Hän toimi myös lääkintöhallituksen terveystisartoimen tarkastajana lakien voimaan astumisen jälkeen. (Benson 1973: 13–38.)

5.5 Suomen terveystisaryhdistys

Terveystisaryhdistys (alkuperäiseltä nimeltään Suomen Sairaanhoidajatarliiton Terveystenhoitajatarosasto r.y.) oli tammikuussa 1938 perustettu itsenäinen ja rekisteröity ammattiyhdistys. Tavoitteena oli, että yhdistyksen avulla voitaisiin kehittää terveydenhoitotyötä ja ajaa alan yhteisiä asioita. Vuonna 1945 liiton säännöt ja nimi päivitettiin. Liitto ajoi terveystisarten etuja ja oikeuksia, teki ammatillista kehittämistyötä sekä osallistui Suomen terveydenhoidon kehittämiseen. Yhdistyksen ensimmäinen hallitus oli vahvasti mukana myös terveystisartyötä koskevan lainsäädännön valmistelussa. He tekivät eduskunnalle terveydenhuoltoon liittyviä lakiesityksiä ja heidän tekemänsä työ sai aikaan puhetta terveydenhoitajattarien toimen vakiinnuttamisesta. (Siivola 1984: 73–74.) Pidettiin tärkeänä, että terveydenhoitajatarlaki tulisi voimaan mahdollisimman pian. Tämän lakiuudistuksen eteenpäin viemiseksi yhdistyksen johtoryhmä olikin yhteydessä maamme merkittävimpiin Sosiaali- ja terveysalan järjestöihin. Näiden neuvotteluiden tuloksena perustettiin niin kutsuttu sekakomitea, johon kuului vaikutusvaltaisia henkilöitä Tuberkuloosin vastustamisyhdistyksestä, Mannerheimin Lastensuojeluliitosta sekä Sairaanhoidajatarjärjestön eri osastoilta. Joulukuussa 1938 komitea alkoi puheenjohtaja Sigrid Larssonin johdolla työstämään yksityiskohtaista laki- ja asetusehdotusta perusteluineen hallitukselle esiteltäväksi. Lakiehdotus vastasi monelta osin myöhemmin säädettävää terveystisarlakia. Ehdotuksessa esitettiin terveydenhoitajattaren toimia kunnissa pakollisiksi ja mitoitetuksi tasaisesti väestömäärään mukaan. Myös työmuodot, palkkaus ja luontaisedut haluttiin saada määriteltyä laissa. Terveydenhoitajattaren pätevyys haluttiin taata ja käyttöön haluttiin ottaa johtosääntö, jonka toteutumista valvotaisiin. Yhteistyö sekakomitean ja Maaseudun Terveydenhoitokomitean kanssa alkoi ja jälkimmäinen otti laki- ja asetusehdotuksen käsittelyynsä. Tämä samainen ehdotus

toimi pohjana vuonna 1944 annetulle laille kunnallisista terveystoimista. (Siivola 1984: 73–74.)

6 1940-luku

6.1 Terveystoiminta sota-aikana

30. päivä marraskuuta vuonna 1939 Suomi joutui sotaan monilta osin valmistautumattomana. Maan itäosista jouduttiin evakuoimaan siviiliväestöä länteen. Evakuointitoiminta ja esimerkiksi elintarvikkeiden säännöstelyjärjestelmä jouduttiin toteuttamaan sodan jo ollessa käynnissä. Sodan luomat olosuhteet luonnollisesti koettelivat ihmisten terveyttä. Sota-aika toi näin ollen omat erityispiirteensä myös terveystoiminnan työhön, mutta ei suinkaan pysäyttänyt alan kehitystä. Päinvastoin 1940-luvulla terveydenhuollossa tapahtui kehitystä ja sota-aikanakin kehitettiin monia uudistuksia, joiden vaikutukset kantoivat pitkälle. (Siivola 1984: 78–82.)

Terveystoiminnasta vaadittiin mukautumiskykyä ja työvalmiutta sota-aikana. Sotaa pakenevia ihmisiä siirrettiin sijoittamissuunnitelman mukaisesti kunnittain uusiin sijoituskuntiin. Tämä aiheutti suurta vaihtelua kuntien väestömäärissä ja sitä myötä terveydenhuollon tarpeissa ja terveystoiminnan työssä. Sota toi mukanaan myös uudenlaisia työtehtäviä terveystoiminnalle. Osa terveystoiminnasta määrättiin esimerkiksi evakojuniin huolehtimaan pitkien ja hitaiden matkojen matkustajien hyvinvoinnista tai osallistumaan sotaan ulkomaille pakoont lähtevien ihmisten siirtoihin. (Siivola 1984: 78–82.)

Vuonna 1941 perustettiin Suomen poikkiallinen Suomen Huolto ry, joka oli vapaaehtoista kansalaisten huoltoa tehneiden järjestöjen keskuselin ja teki mm. ehkäisevää terveydenhuoltotyötä siellä missä kansanterveys oli sodan takia vaarantunut. Kohteena olivat erityisesti raskaana olevat naiset, lapset ja evakot. Suomen huollon tuella perustettiin sodan aikana myös kiertäviä ja pysyviä neuvoloita. Perustamisvuotensa loppulla jäsenjärjestöihin kuuluivat muun muassa Mannerheimin lastensuojeluliitto ja Suomen Punainen Risti. (Siivola 1984: 78–82.)

Iso osa terveydenhuollon ammattihenkilöistä kuten terveystoiminnasta oli määrätty ”komennukselle” eli puolustusvoimien palvelukseen, joten siviiliväestön terveydenhuoltoon ei jäänyt paljon koulutettua henkilökuntaa. vuonna 1940 laadittiin suunnitelma siviiliväestön terveydenhoidon edistämiseksi. Suomen huollon terveydenhoitotoimikunta aloitti nopeasti toteuttamaan suunnitelmaansa tilapäisten yleis-, lasten-, tuberkuloosi- ja mielisairaaloitten sekä synnytystupien järjestämisestä evakoidulle väestölle. Samana vuonna alkoi kiertävien äitiys- ja lastenneuvoloitten toiminta. Neuvolassa työskenteli lastenlääkäri ja terveydenhoitajatar-kätilö. Lisäksi toiminnassa olivat mukana kunnan

terveydenhoitajatar, kätilö tai kiertävä sairaanhoitajatar. Neuvolat kiersivät autolla ja tarjosivat siirtolaväelle palveluita kuten maksutonta ehkäisevää äitiys- ja lastenneuvontaa, polikliinista sairaanhoitoa, sairaiden lasten kuljetuspalvelua, lääkehoitoa sekä kirjallisen valistusaineiston jakamista. Kiertävät neuvolat tekivät työnsä ohella tutkimusta lasten hoidosta maaseuduilla. Tämä oli ensimmäinen kerta, kun yhtenäistä tutkimusaineistoa aiheesta kerättiin ja tutkimukset osoittivat paljon puutteita, mutta myös positiivisia tuloksia. Huomattiin, että lapset voivat paremmin ja esimerkiksi tähän aikaan hyvin yleistä riisitautia esiintyi vähemmän alueilla, joilla oli toiminut lastenneuvola tai ”innokas terveydenhoitajatar”. (Siivola 1984: 78–82.)

Sota-ajan tuomat haasteet asuinolosuhteissa toivat mukanaan entistä suuremman kulkutautien riskin. Pelättiin, että kulkutaudit alkaisivat levitä väestön keskuudessa ja tätä varten terveysisärisille alettiin kouluttaa apulaisia Mannerheimin lastensuojeluliiton johtavien terveysisärisarten toimesta. (Siivola 1984: 78–82.)

Koko 40-luvun ajan kulutustavaroiden saatavuutta säännösteltiin ja käytössä oli leipäkortit säännöstelemään elintarvikkeiden saatavuutta. Myös vaatteiden saatavuus oli rajoitettua ja esimerkiksi terveysisärisarten jalkineiden ja työpukujen saatavuudesta neuvoteltiin erikseen. (Siivola 1984: 78–82.)

Talvisota päättyi maaliskuussa 1940 ja laajoja osia Suomen itäosista oli menetetty ja näiden alueiden väestö muutti uusien rajojen sisäpuolelle. Kesäkuusta 1941 syyskuuhun 1944 Suomi oli taas sodan pyörteissä. Jatkosodan aikana menetettyjä alueita vallattiin takaisin ja suurin osa siirtoväestä muutti takaisin kotiseuduilleen. Näillä palautetuilla alueilla alettiin heti kiinnittämään huomiota terveydenhuoltoon. Sota-aikana supistettujen terveysisärisarkoulutusten vuoksi virkojen täyttäminen oli hankalaa ja koulutusta päätettiin jatkaa vaikeista olosuhteista huolimatta. Lääkintöhallitus määräsi meneillään olevan koulutuksen terveysisärisopiskelijat töihin palautetuille alueille Karjalaan. Täällä opiskelijat suorittivat koulutuksensa loppuun ja ensitöikseen alkoivat kartoittaa alueen asuin- ja terveysoloja ja pyrkivät auttamaan väestöä terveydenhoidossa parhaansa mukaan. (Siivola 1984: 82–85.)

Puutteellisista elinoloista huolimatta ihmiset olivat melko terveitä lukuun ottamatta kurkkumätää, jota vastaan aloitettiin laajat rokotukset vuonna 1943. Palautettujen alueiden uudelleenrakentaminen aloitettiin ja esimerkiksi uusia terveystaloja rakennettiin paljon. Toiminnassa oli myös neuvoloita, päiväkoteja, terveystukikohtia ja terveysisäriset toimivat kouluterveydenhuollossa ja tekivät kotikäyntejä. Vuoden 1944 kesällä Karjalan väestö joutui pakenemaan uudestaan ja tällä kertaa pysyvästi. Terveysisärisia määrättiin tälläkin kertaa töihin evakkoon lähteneen väestön avuksi. (Siivola 1984: 82–85.)

1940-luvulla terveydenhoitotyöstä tuli säännöstellympää ja valvotumpaa. Vuonna 1944, sodan vielä ollessa käynnissä hyväksyttiin kolme uutta lakia kansanterveyden edistämiseksi. Laki kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista, laki kunnallisista terveystalouksista sekä laki kunnan kättilöistä. Lakien seurauksena uusia terveystalouksien virkoja avattiin kuntiin ja terveystaloja rakennettiin. Terveystaloulaki pyrki keskitettyyn terveystaloukseen, jossa yksi terveystalo huolehtisi koko piirinsä terveydenhuollosta perhekeskeisesti. Läänien valvontaviranomaiset ja terveydenhoitolautakunnat alkoivat valvomaan toimintaa. (Haarala ym. 2015: 10–11.)

6.2 Lait äitiys- ja lastenneuvoloista, terveystalouksista ja kättilöistä

Terveystaloutyön lainsäädännön tarpeellisuus oli ollut puheenaiheena jo pidemmän aikaa. Vuoden 1943 valtiopäivillä käsittelemään tulikin lakiehdotukset, joiden valmistelussa terveystalouksien ammattiyhdistyksellä oli ollut iso rooli. (Siivola 1984: 87.)

Heinäkuun ensimmäisenä päivänä vuonna 1944 tuli voimaan terveystalouksien ja koko kansanterveyden kannalta merkittävät lakiuudistukset. Näitä olivat lait kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista (224/44), kunnallisista terveystalouksista (220/44) sekä kunnan kättilöistä (223/44). (Sorvettula 1998: 220.) Näitä uusia lakeja on pidetty ”kansanterveyden perustuslakeina”. Ne velvoittivat kunnat toteuttamaan koko väestöön kohdistuvaa ennaltaehkäisevää terveydenhoitoa. Laeissa korostettiin terveystalouksien ja ihmisten omaehtoisuutta terveyden edistämiseksi. Valtion tukea myönnettiin maksuttomien ja yhdenvertaisten palveluiden järjestämiseen kaikille. (Siivola 1984: 88.) Lait kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista määräsi terveystalouksen työskentelemään lääkärin apuna neuvolassa. (Sorvettula 1998: 220.)

Laki terveystalouksista määräsi, että koulutettuja terveystalouksia tuli olla jokaisen kaupungin, maalaiskunnan ja kauppalaan palveluksessa ja valtion tuli avustaa heidän palkkauksessaan. Laissa määriteltiin myös terveystalouksien lukumäärä eri alueilla sekä luontoisedut. Maalaiskunnissa terveystalouksia tuli olla pääsääntöisesti yksi alkavaa neljäätuhatta asukasta kohden. Mitoituksessa huomioitiin kuitenkin myös kulkuyhteydet ja asuinolosuhteet. Laissa terveystalouksien tehtävät määriteltiin melko pelkistetyksi. Tarkemmin terveystalouksien tehtävät määriteltiin mallijohtosäännössä, jonka oli laatinut lääkintöhallitus. (Sorvettula 1998: 220.)

”Kunnallisen terveystalouksen tehtäviin kuuluu kotien terveyden- ja asunnonhoidon ohjaaminen ja neuvonta, imeväisten, pientenlasten ja kouluikäisten lasten terveydenhuolto,

tuberkuloosihuolto sekä ne muut ehkäisevän terveydenhoidon alaan kuuluvat tehtävät, jotka lain, asteuksen tai 7§:ssä mainitun johtosäännön mukaan voidaan hänelle uskoa, samoin kuin maalaiskunnissa neuvojen ja ohjeiden antaminen sairastapauksissa ja varsinainen kotisairaanhoido, mikäli riittävää hoitoa ei yksityisessä tapauksessa muutoin voida järjestää.” (Siivola 1984: 89.)

Laissa määriteltiin myös terveyssisarten palkkaus, johon myönnettiin valtionapua kolme neljäsosaa sekä lomat, eläke ja luontoisedut. Luontoisetuja olivat muun muassa kalustettu asunto, johon kuului vähintään yksi huone, keittiö ja eteinen lämpöineen ja valoineen sekä tarvittavat säilytys- ja peseytymistilat. Työmatkoja varten terveyssisaret saivat käytettäväksi polkupyörän, potkukelkan, sukset tai muun halvimman kulkuvälineen. Lakiuusiituksen myötä myös työn valvonta- ja johtotehtävät siirtyivät järjestöiltä julkiselle terveydenhuollolle. Laissa määrättiin valtion varoilla palkattavaksi ”lääninterveyssisaria” valvontatehtäviin lääkärin avuksi. Lääninterveyssisarten virkoja perustettiin yhteensä 17. Heistä suurin osa oli Mannerheimin lastensuojeluliiton johtavia terveyssisaria. Samalla terveyssisartyön ammatillinen ohjaus- ja valvontatyö alkoi. Myös lääninterveyssisaren tehtävät määriteltiin erillisessä johtosäännössä. Vuonna 1945 annettiin asetus terveyssisaritoimen tarkastajan viran perustamisesta. Tarkastaja suunnitteli ja kehitti koko maan terveyssisartyötä ja johti lääninterveyssisarten työtä. (Siivola 1984: 88–91.)

6.3 Sodan jälkeen

Sodan seurauksena pelko Suomalaisten riittämisestä kasvoi ja kansanterveyden edistäminen nähtiin entistä tärkeämpänä. Etenkin äitien ja lasten terveydenhuoltoon haluttiin nyt panostaa entistä enemmän. (Puro 2018: 15–17.)

Vapaaehtoisjärjestöt aloittivat vuonna 1946 laajan terveystalojen rakennustoiminnan. Terveystaloissa oli muun muassa neuvolatilat ja terveyssisarten asunnot. Sotien jälkeen terveydenhuollon päätavoitteena oli parantaa väestön, erityisesti odottavien äitien ja lasten ruokailutottumuksia. Valtiontalouden heikosta sodan jälkeisestä tilasta huolimatta terveydenhuoltoon määrättiin sijoitettavaksi suuria summia edellisessä luvussa mainittujen lakien mukaisia toimia varten. Lakien tultua voimaan terveyssisarpula vaivasi yhä maata ja tarvittiin painostusta, jotta terveyssisarten virkoja lisättäisi. Vapaaehtoisjärjestöt olivat mukana tukemassa toimintaa ja lääninterveyssisaret ajoivat asiaa ahkerasti. He muun muassa kiersivät luennoimassa uusista laeista ja perustelemassa uusien virkojen perustamisen tarkeyttä. (Siivola 1984: 101–103.)

Vuonna 1945 alkoi niin kutsuttujen suurten ikäluokkien synty ja terveyssisarten työ painottuikin suuren syntyvyyden mukaan. Äitiysneuvolatoiminta tehostui ja kävijämäärät

lisääntyivät. Imeväis- ja lapsikuolleisuuden vähentämiseen alettiin panostaa entistä määrätietoisemmin ja erityisesti keskoshuoltoa kehitettiin. Keskosuuden syiden tutkimiseksi terveystarkastajat seurasivat lasten kehitystä kotihoidossa vuoden ajan ja jälkihuoltomakkeeseen kirjattiin seurantaan ja hoitoon liittyvät asiat. 1940-luvun loppupuolella kouluikäisten lasten terveysongelmat, kuten tartuntataudit, ravitsemushäiriöt ja syöpläisongelmat lisääntyivät. Epidemian puhjetessa, paikkakunnan terveystarkastaja kiersi kouluissa jakamassa tietoa taudista, sen hoidosta ja ehkäisystä. (Siivola 1984: 101–103.) Terveystarkastajien työhön kuului sodan jälkeen myös erilaisten avustusten jakaminen lapsiperheille, joita he joutuivat tosinaan kuljettamaan jopa omassa selkäreppussään koteihin (Siivola 1984: 107).

Maailman tihein ja tehokkain neuvolaverkosto rakennettiin jälleenrakentamisen ja neuvolalain myötä. Suomen neuvolajärjestelmään tultiinkin tutustumaan ulkomailta asti. Neuvolatoiminnan vakiinnuttua huomattiin nopea lasku äitiys- ja lapsikuolleisuudessa. Neuvolalait antoivat selkeät suuntaviivat ja loivat edellytykset neuvolaverkoston kehittämiseksi ja työn järjestämiseksi. Laissa määriteltiin myös neuvolatoiminnan vapaaehtoisuus ja maksuttomuus asiakkaille. Vapaaehtoisuuden vuoksi neuvolatoiminnan menestymisen edellytyksenä pidettiin työntekijöiden ammattitaitoa ja asiakasmyönteisyyttä. Terveystarkastajat pyrkivät saamaan kirjattua vastasyntyneet mahdollisimman varhaisessa vaiheessa neuvolan piiriin, joka sitten velvoitti heidät myös seuraamaan näiden lasten terveydentilaa myös jatkossa. Puutteellisten kulkuyhteyksien vuoksi useimmissa kunnissa järjestettiin pääneuvolan lisäksi sivuvastaanottoja, jotka järjestettiin yleensä kansakoululla kerran kuukaudessa. Myös kotikäynnit olivat yhä tärkeä osa terveystarkastajan työtä, ja perheiden luottamus terveystarkastajaan kasvoi ajan mittaan. (Haarala ym. 2015: 10–13; Siivola 1984: 104–105.)

Sodan päätyttyä maassa jylläsi kurkkumätä- ja hinkuyskäepidemia sekä muita kulkutaukeja. Myös tuberkuloosi nosti päätään, kun sen torjumistoimet olivat sota-aikana jääneet vähemmälle huomiolle. Rokotustoimintaa laajennettiin entisestään ja siitä tuli yksi keskeisimmistä ennaltaehkäisevistä menetelmistä kansanterveystyössä ja merkittävä osa terveystarkastajan työnkuvaa. Sen myötä terveystarkastajan koulutustarve lisääntyi edelleen. (Haarala ym. 2015: 10–13; Siivola 1984: 104–105.)

7 1950- ja 1960-luvut

1950- ja 1960-lukujen aikana hyvinvointivaltiota rakennettiin kovaa vauhtia, yhteiskunta modernisoitui ja ihmiset muuttivat maalta kaupunkeihin. Aikuisväestön kuolleisuus oli kuitenkin Suomessa vielä Euroopan kärkitasoa. (Puro 2018: 17).

Sairaaloita alettiin rakentaa 1950-luvulla ja lääkäreitä koulutettiin enemmän. Lääkäripula vaivasi kuitenkin 1960-luvulle tultaessa Suomea ja etenkin kunnanlääkäripalveluiden saatavuudessa oli suurta vaihtelua riippuen asuinpaikasta, sosiaalisesta asemasta ja ikäryhmästä. Sydän- ja verisuonisairaudet alkoivat yleistymään. Neuvolatyössä riskiryhmien seulontaa tehostettiin ja terveystarkastus otettiin käyttöön. Koululaisten mielenterveysongelmat lisääntyivät. Terveystarkastuksen työnkuva laajentui ja esimerkiksi kouluhoitajien työnkuvaan tulivat ihmissuhde- ja sukupuolikasvatus. Terveystarkastuksen koulutus laajeni myös uusiin oppilaitoksiin. Lisäksi perustettiin opetusalueita neuvolatoiminnan kehittämiseksi. Opetusalueilla opiskelijoiden harjoitteluympäristöjä tutkittiin ja niitä käytettiin neuvolatyön ja työmenetelmien kehittämisessä. (Haarala ym. 2015: 11.)

Aiemmin vain vähävaraisille synnyttäjille tarkoitettu äitiysavustus tuli vuonna 1949 kaikkien äitien saataville. Tämä kannusti naisia hakeutumaan terveydenhuollon piiriin ja neuvolaan. Vuonna 1950 jo lähes kaikki odottavat äidit asioivat äitiysneuvolassa. Määrä oli lähes kolminkertaistunut kuudessa vuodessa. (Kansaneläkelaitos 2023.)

Terveystarkastustyötä tutkittiin ensimmäisiä kertoja. Tutkimusten mukaan terveystarkastuksen työ koostui vastaanottotyöstä (35 %), kotikäynneistä (30 %), matkoista (20–25 %) sekä kansliatöistä (15 %). Maaseuduilla asiakkaat olivat enimmäkseen aikuisia, kun taas kaupungeissa lapset olivat enemmistöä. Terveystarkastajat joutuivat hoitamaan osittain myös lääkärin tehtäviä. Korkeasta sosiaalisesta statuksestaan huolimatta terveystarkastajat eivät saaneet yhtä suuria kilometrikorvauksia kuin muut kunnan virkamiehet. (Haarala ym. 2015: 11.)

1950-luvulla käytiin keskustelua terveystarkastuksen kehittämisestä. Terveystarkastajat kokivat, että vuonna 1944 asetettu laki kunnallisista terveystarkastajista ja siihen liittyvä asetus oli suurimmilta osin toimiva. Joitakin puutteita siinä kuitenkin oli huomattu. Toimimattomaksi koettiin esimerkiksi valtionavustusten terveystarkastajien määrän. Lakiin ei saatu yrityksistä huolimatta muutosta, mutta johtosääntöön sen sijaan saatiin. Kunnallisen terveystarkastajan johtosääntöön muutosta alettiin valmistelemaan 1950-luvun puolivälissä. Myös terveystarkastajan työmuotoja koskevan kohdan muutoksia alettiin valmistelemaan. Tulokset vahvistettiin vuonna 1957 nimellä kunnallisen terveystarkastajan ohjesääntö. Ohjesääntö oli entistä laajempi ja siinä oli terveystarkastajalle osoitettuja velvoitteita lastenhuollossa, kouluterveydenhuollossa, tuberkuloosin vastustamistyössä, tartuntatautien ehkäisyssä, kotisairaanhoidossa ja mielenterveytytyössä. (Siivola 1984: 144–160.)

Neuvolatyö oli yhä 1950–1960-luvuilla keskeinen ja perustava osa terveystarkastajan työtä. Kun terveystarkastajan toimet saatiin täytettyä, lähes kaikki lapset saatiin neuvolan piiriin

50-luvun lopulla. Imeväiskuolleisuus laski edelleen kovaa vauhtia. Rokotustoiminnalla oli tähän suuri vaikutus. Esimerkiksi vuonna 1962 syntyneistä alle kouluikäisistä yli 98 prosenttia oli rokotettu yleisimpiä tartuntatauteja vastaan rokotusten vapaaehtoisuudesta huolimatta. (Siivola 1984: 144–160.)

Lastenneurolatyötä kehitettiin. Vuonna 1959 laadittiin ns. prioriteettisuositus terveysisareille. Tämä oli eräänlainen hoidontarpeen arvion ensimmäinen versio, jonka avulla terveystarkastajat voivat arvioida lasten hoidon kiireellisyyttä ja ryhmittää heidät sen mukaan. Ohjeistus laadittiin myös sitä varten, kuinka usein on suotavaa käyttää terveystarkastajan palveluita. (Siivola 1984: 144–160.)

1950- ja 60-luvuilla tehtiin tärkeitä tutkimuksia neuvolapalveluiden käyttäjämääriin liittyen. Huomattiin, että vaikka keskiarvot palveluiden käyttäjämääristä näyttivät positiivisilta, jakautuivat ne melko epätasaisesti. Esimerkiksi lääninterveysisare Hildur Henriksen tekemän tutkimuksen tuloksesta huomattiin seuraavaa. Vaikka keskimääräinen neuvolalääkärin vastaanotolla kävijöiden luku oli 2,4 kertaa lasta kohden, vuonna 1955 syntyneistä lapsista 22,5 prosenttia ei ollut ensimmäisen ikävuotensa aikana käynyt lääkärin vastaanotolla laisinkaan. Samankaltaisia tuloksia saatiin muistakin tutkimuksista. Erityisesti vähävaraiset perheet käyttivät vähiten terveystarkastajan ja lääkäreiden palveluita. Tähän haluttiin nyt puuttua ja resursseja pyrittiin suuntaamaan entistä enemmän todellisen neuvontatarpeen suuntaan. Myös riskiryhmien seulonnasta puhuttiin. (Siivola 1984: 144–160.)

Vuonna 1962 otettiin käyttöön uusi niin kutsuttu jatkuva terveystarkastus kortti kaikissa lastenneuvoloissa ja kansakouluissa. Korttiin merkittiin tärkeimmät lasta koskevat terveyteen liittyvät asiat syntymästä koulunkäynnin loppuun asti. (Siivola 1984: 144–160.)

Kouluikäisten lasten ja nuorten terveydenhuolto oli vielä 1950- ja 60-luvuilla epäyhteenäistä. Oppikouluissa opiskelevat jäivät esimerkiksi kokonaan kouluterveydenhuollon ulkopuolelle. Vuodesta 1956 lähtien valtion oppikouluille myönnettiin määräraha oppilaiden terveydenhuoltoon, mutta tätä rahaa ei vielä saanut käyttää terveystarkastajan palkkaan. Vasta vuonna 1963 kouluhallituksen ohjeistuksella terveystarkastus saattoi olosuhteiden sallimissa rajoissa toimia yksityisoppikouluissa. Vuonna 1965 terveystarkastustoiminnan kulut määrättiin valtion oppikouluissa osaksi koulun menoja. Tämä oli kuitenkin hankalaa kouluterveydenhoidon kehittämisen kannalta. Lasten ja nuorten mielenterveyshaasteet yleistyivät ja nousivat kouluterveydenhuollon uudeksi haasteeksi. 1960-luvulla koulun ohjelmaan tuli ihmissuhde- ja sukupuolivalistus ja terveystarkastajat alkoivat antaa nuorille ehkäisyneuvontaa. Terveystarkastajan työnkuva laajeni ja heille pyrittiin järjestämään tähän koulutusta. Vapaaehtoisjärjestöt yhdessä lääkintö- ja kouluhallituksen

kanssa järjestivät terveystyöskirjoille kesäyliopistossa erilaisia kursseja lähinnä nuorten mielenterveysongelmien hoitoon liittyen. (Siivola 1984: 144–160.)

1960-luvun puolivälillä saavutettiin tärkeä kansanterveystyön virstanpylväs, kun tuberkuloositartuntojen mahdollisuutta saatiin ratkaisevasti rajoitettua. Myös monet muut tartuntataudin alkoivat hävitä uusien lääkkeiden ja tehokkaiden torjuntatoimien ansiosta. Tuberkuloosi oli kuitenkin vielä 1950-luvun lopulla yleisin kansantauti Suomessa. Uusi tuberkuloosilaki tuli voimaan vuonna 1961 ja sen nojalla parantolahoito ja tuberkuloosin lääkehoito tulivat potilaille ilmaisiksi. Avohoitoa ja ehkäisevää työtä toteutti huoltopiirin lääkäri ja terveystyöskirja. Kunnallinen terveystyöskirja toteutti piirissään ehkäisevää tuberkuloosityötä, hän muun muassa jäljitti tartunnan lähteitä, otti yskösnäytteitä, antoi rokotuksia ja oli mukana pienoiströntgenkuvauksen järjestämisessä. Terveystyöskirjalla oli tärkeä rooli tuberkuloosipotilaan hoitopolulla. Terveystyöskirja lähti heti ensimmäisenä kotikäynnille tuberkuloositapauksen ilmetessä, hän tarkasti perheenjäsenet ja ympäristön ja teki tarvittavat toimenpiteet. Lisäksi terveystyöskirja valmisteli potilaan parantolahoitoa varten ottaen koko perheen mukaan hoitoon. Terveystyöskirja tutustui potilaan elinympäristöön ja oli mukana myös jatkohoidossa. Tämä yhteistyö terveystyöskirjan, tuberkuloosiparantolan ja huoltotoimiston välillä on hyvä esimerkki hoidon jatkuvuudesta, monialaisesta yhteistyöstä ja potilaan tilanteen kokonaisvaltaisesta huomioinnista. (Siivola 1984: 144–160.)

Kotisairaanhoidon tuotti edelleen haasteita terveystyöskirjatyössä. Kotisairaanhoidon toteuttamiseen olisi tarvittu lääkäri, sairaanhoitaja ja mahdollisesti myös kodinhoitoapua. Lääkärin puuttaminen vuoksi terveystyöskirjat joutuivat usein huolehtimaan näistä kotisairaanhoidon järjestelyistä. Tämä oli ilman kunnanlääkärin apua toimivalle terveystyöskirjalle haastavaa ja ongelmallista. Tästä ongelmasta kertoo sekin, että Suomen Terveystyöskirjayhdistys teetti kymmenen eri tutkimusta kotisairaanhoidon ongelmista vuosien 1952 ja 1962 välillä. (Siivola 1984: 144–160.)

8 1970- luku

8.1 Kansanterveyslaki

1970-luvulle tultaessa Suomessa huolta aiheutti kansalaisten huono terveys. Suomalaisen elinajanodote oli alhainen, ja etenkin miehet kuolivat nuorempina verrattuna muihin Euroopan maihin. Sydän- ja verisuonisairaudet olivat yleistyneet, ja kansainvälisesti verrattuna huomattava osa työikäisistä oli työkyvyttömyyseläkkeellä. Myös avoterveydenhuollon palveluita oli saatavilla huonosti ja olemassa olevat palvelut olivat hajallaan toisista. (Kela 2017.)

Suomessa valmisteltiin koko 1960-luvun ajan perusterveydenhuollon kokonaisuudistusta kansanterveyslakia, joka astui voimaan 1.4.1972. Uusi laki muutti suomalaisten terveydenhoitoa merkittävästi. Se velvoitti kuntia huolehtimaan perusterveydenhuollosta ja toi edulliset lääkäripalvelut kaikkien suomalaisten saataville. (Kela 2017).

Kansanterveyslaki merkitsi myös hoitajien työnkuvan muuttumista enemmän neuvovammaksi. Vuonna 1978 ohjelmassa Sisaresta spesialistiksi seurattiin kahden hoitajan työnkuva muuttumista. Vaikka toinen heistä kiersi edelleenkin ympäri maaseutua hoidaen asiakkaitaan ja pitäen heistä huolta, oli työn pääpaino ennaltaehkäisevässä ja valistavassa työssä. Työhön oli tullut mukaan myös kouluterveydenhuollon lisäksi työterveysvalvonta. Valistustyö nojasi enimmäkseen keskusteluun ja erilaisiin julisteisiin. (Säilynoja 2014.)

Uusi kansanterveyslaki merkitsi loppua paitsi kunnanlääkärijärjestelmälle myös terveys-sisarlaitokselle sellaisena kuin lait vuonna 1944 olivat sen määritelleet. Terveys-sisarten ja avohoidon kättilöiden virat yhdistyivät terveydenhoitajan viroiksi, ja viroissa toimijat täydennys koulutettiin toistensa tehtäviin. (Puro 2018: 16.)

Kansanterveyslaki terveyskeskuksineen oli aikanaan kansanvälisesti myös erittäin merkittävä uudistus. Tavoitteena oli keskussairaaloiden perustamisen jälkeen siirtää painopistettä kokonaisvaltaiseen ja hyvään perusterveydenhuoltoon, sairauksien ehkäisyyn sekä vastuuseen alueen väestön terveydestä. Terveyskeskusjärjestelmä onkin vuosikymmenien ajan tehnyt Suomessa tuloksellista työtä, joka on vaikuttanut kansanterveytemme erittäin myönteiseen kehitykseen. (Puska 2014.)

Terveyskeskuksien resurssit ja henkilöstömäärä kasvoivat 1970–1980-luvuilla nopeasti. Terveydenhoitajavirkoja oli vuonna 1972 2787 ja vuonna 1990 määrä oli noussut jo 4550:een. Kansanterveyslain myötä vahvistui suomalainen avoterveydenhuolto merkittävästi. (Puro 2018: 16.)

Kansanterveyslain myötä vain harvojen muiden ammattikunnan asema, työnkuva ja työolot muuttuivat niin kertarysäyksellä ja dramaattisesti kuin terveys-sisarien kohdalla. Aikaisemmin kunnallinen terveydenhuolto oli toiminut itsenäisenä ja kansan keskuudessa varsin arvostettujen ammattikuntien, terveys-sisarien, kättilöiden ja kunnanlääkärien varassa. Nyt terveydenhoitajat muodostivat yhden ammattiryhmän muiden joukossa. (Puro 2018: 18.)

Terveydenhoitajista tuli terveyskeskuksissa osa byrokraattista, suurta ja hierarkkista vi-rastoa. Eriasteisten esimiesten määrä moninkertaistui, ja terveydenhoitajien suunnitelutyö eriytyi päätoimiselle hallintohenkilökunnalle. Työtehtävät myös entistä enemmän

standardoitiin erillisohjeilla, kuten ikäryhmäkohtaisilla terveystarkastuksilla. Ero oli huomattava verrattuna entiseen terveysisärlaitoksen kevyeen organisaatioon. (Puro 2018: 18).

Terveydenhoitajien työ muuttui laaja-alaisesta perhetyötä yksilö- ja sektorikeskeiseksi. Vastaanotot lisääntyivät ja puolestaan kotikäynnit vähenivät. (Haarala & Honkanen & Mellin & Tervaskanto-Mäentausta 2015: 12.) Terveydenhoitajien työ organisoitiin tehtäväkohtaisesti eli sektoroidusti siten, että lastenneuvola, äitiysneuvola, kouluterveydenhoito, avosairaanhoidon vastaanotto, kotisairaanhoido ja työterveyshuolto eriytettiin toisistaan ja vastuu annettiin eri työntekijöille. (Puro 2018: 18).

Työterveyshuoltoon säädettiin oma laki vuonna 1978. (Haarala ym. 2015: 12). Työterveyslain tarkoitus oli suunnata toiminta ennaltaehkäisevään palveluun ja lisätä työterveyshuollon kattavuutta. Tätä ennen työterveys oli enimmäkseen sairaanhoitoa, ja ennaltaehkäisevä toiminta oli lähinnä terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia. Uusi laki velvoitti kaikkia työntekijöitä järjestämään työterveyshuoltoa työntekijöilleen. (Rissanen 2012: 13.) 1960-luvulla alettiin kyseenalaistaa ehjää ydinperhemallia ja yksilöllisyyttä ihannoivan kasvun myötä ydinperheen arvostus vähentyi. 1970-luvulla avioliittoinstituutio ja lasten huoltajuus muuttivatkin muotoaan ja samalla yleistyivät avioerot ja avoliitot. (Ketonen & Muhonen 2014: 11–12.)

Terveyspolitiikassa Suomen suuret kuolleisuusluvut johtivat 1970-luvulla toimenpiteisiin. Erityisesti keskityttiin suurten kansantautien, kuten sepelvaltimotaudin vähentämiseen, kun aiemmin erityishuomion kohteena oli ollut tuberkuloosin torjunta. Suomalaisen alhaista elinikää haluttiin toden teolla pidentää ja etsiä ratkaisuja terveyden edistämiseksi myös valtion toimenpitein. Terveydenhuollon kehittämistä ja terveystarkastusta alettiin arvostaa yhä enemmän. Tähän valtion tuli myös panostaa. 1970-luvun ajanjaksoilla tyypillistä olivat suuret alueelliset kokeiluhankkeet terveyden edistämiseksi, joista tunnetuin oli niin sanottu Pohjois-Karjalahanke. Hankkeen tavoite oli terveiden elin ja ruokailutapojen ohjauksella vähentämään Itä-Suomen kansantautien eli sepelvaltimotaudin riskiä. Hankkeessa edistettiin terveyttä sekä julkisuuden keinoin että yksilökohtaisella ohjauksella menemällä jopa koteihin opastamaan oikeata ravintokäyttäytymistä. Tulokset olivat merkittävät, sillä tilastojen mukaan kuolleisuus sepelvaltimotautiin väheni olennaisesti kampanjan seurauksena. (Mattila 2011: 114.)

9 1980-luku

1980-luvulla terveyspolitiikan kieli alkoi muuttua, uusia käsitteitä tuli, kuten perusterveydenhuolto ja terveyden edistäminen. (Rimpelä 2005: 62). 1980-luvulle tultaessa alettiin kiinnittämään huomiota sairauksien ja huono-osaisuuden yhteyteen. Suomen "Terveyttä kaikille"- ohjelmassa vuonna 1986 todennettiin väestön terveyserojen kaventamistavoitteeseen liittyen, että terveyttä kuluttavat ja vaarantavat tavat ja tottumukset kasautuvat vähiten koulutettuun ja huonossa sosiaalisessa asemassa oleviin väestöryhmiin, joissa on muutenkin suurimmissa määrin terveyttä uhkaavia vaaroja työolosuhteissa ja elinoloissa. Vaikeimmat terveysongelmat kasautuvat sosiaalisesti huono-osaisiin väestöryhmiin, joita luonnehtii matala koulutus- ja tulotaso, epäedulliset työolot, sosiaalinen eriytyvyys ja asuinolosuhteet. 1980-luvun terveysvalistuksen todettiin herättäneen kahdentyyppistä kritiikkiä: toisaalta syytökset kohdistuivat terveystiedon tyrkyttämiseen ja holhoavaan sävyyn, toisaalta yksilön kohtuuttomasta vastuun ottamisesta. Riskitekijöiden korostamisen ja yksittäisten tautien ehkäisemisen sijaan 1980-luvun terveyskasvatuksessa pyrittiin painottamaan myönteistä terveyden edistämistä. (Harjula 2007: 123–124.)

Terveydenhoitajat pyrkivät 1980-luvulla vastaamaan asiakkaiden ja perheiden kokonaisvaltaisiin terveystarpeisiin. Haasteena oli lisätä verkostoitumista ja yhteistyötä. Työn siirtyminen terveyskeskuksiin kavensi terveydenhoitajien työn suunnittelua ja toteutusta. Työn jako- ja yhteistyösuhteet tulivat terveyskeskuksissa joustamattomammiksi. Toisaalta hoitotyöhön liittyvät tutkimukset ja teorioiden kehittyminen toivat työhön uusia työvälineitä. Hoitotyön prosessimalli oli yksi tärkeimmistä työvälineistä. Laaja-alaisempaa terveydenhoitajatyötä kehitettiin 1980-luvun puolivälin aikana käynnistyneessä väestövastuisen terveydenhoitotyön kokeilussa. Sen tavoitteena oli palauttaa terveydenhoitajille itsenäistä vastuuta työn järjestämisessä enemmän asiakaslähtöiseen suuntaan. Samaan aikaan työtehtäviä laajennettiin ja uusia menetelmiä otettiin myös käyttöön. Terveydenhoitajilla oli 1980-luvulla puutteelliset välineet laaja-alaiseen väestö- ja yhteisötason työskentelyyn, vaikka samaan aikaan tuotettiin ja kehitettiin uusia hoitotieteeseen pohjautuvia työvälineitä. Tietopohjan kehittyminen vahvisti työyhteisöjä, mutta sen sijaan hidasti moniammatillisten työvälineiden kehittämistä. (Haarala ym. 2015: 12–13.)

9.1 Koulutuksen muutos

Ennen keskiasteen koulu-uudistusta 1980-luvulla terveydenhoitajaksi opiskelevat suorittivat ensin 2,5 v- vuotisen sairaanhoitajan tutkinnon, jonka jälkeen vuoden työkokemuksella pystyivät erikoistumaan vuoden kestäville opinnoille terveydenhoitajaksi.

Koulu-uudistuksen myötä vuonna 1987 alkaen terveydenhoitajakoulutuksen perustaksi tuli valtakunnallisesti laadittu opetussuunnitelma. Tällöin opinnot kestivät 2,5 vuotta ja jatkuivat välittömästi vuoden eriytyville terveydenhoitajaopinnoilla, jolloin koulutus kesti 3,5 vuotta lukion jälkeen ja 4,5 vuotta peruskoulun jälkeen. Koulutukseen sisältyivät myös valmiudet sairaanhoitajan työhön. (Haarala ym. 2015: 21.)

10 1990-luku

10.1 Lama-Suomi

Suomessa elettiin taloudellista nousukautta 1980-luvulla, ja vuosikymmenen lopulla työllisyysaste oli huipullaan. Työttömiä oli vuonna 1989 vain hieman yli neljä prosenttia työvoimasta. Suomi ajautui seuraavan vuosikymmenen alussa syvään lamaan, jonka seurauksena työpaikkoja hävisi runsaasti ja työttömien määrä nousi ennennäkemättömän suureksi. (Ruotsalainen 2012.) Verotulojen kutistuminen ja valtionosuuksien miljardien markkojen leikkaukset ajoivat kunnat pikavauhtia ankaralle säästökuurille.

Lama vaikutti myös merkittävästi terveydenhoitajien työhön ja työn tekemisen edellytyksiin. Vuonna 1994 Terveydenhoitajaliiton tekemän kyselyn mukaan säästöjä oli tehty lähes kaikilla terveydenhoitajatyön osa-alueella: neuvolatoiminnassa, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, kunnallisessa työterveydenhuollossa sekä aikuisväestön terveystarkastuksissa ja- neuvonnassa. Nimenomaan terveydenhoito ja ennaltaehkäisevä työ olivat supistuneet uhkaavasti terveystakeskuksissa. (Puro 2018: 32.)

Talousvaikeudet ja työttömyys näkyivät yhä useammin terveydenhoitajien vastaanotolla, kun asiakkaat olivat yhä useammin moniongelmaisia. Lasten psykososiaaliset häiriöt, syrjäytyminen ja päihteiden liika käyttö näkyivät vastaanotolla yhä yleisemmin. Kuntatyöntekijöitä ei laman johdosta juurikaan irtisanottu, mutta kunnissa hävisi 1990-luvulla aikana silti peräti 50 000 työpaikkaa. Terveydenhoitajien viroista oli lama-aikana pahimmillaan jopa 10 prosenttia täyttämättä säästösyistä. Tämän lisäksi tulivat vielä lomautukset, joita toteutettiin lama-aikana suurimmassa osassa kuntia. (Puro 2018: 32–33.)

Siinä missä työttömyys piinasi 1990-luvulla varsinkin vastavalmistuneita terveydenhoitajia, oli virkansa säilyttäneillä terveydenhoitajilla töitä liiankin kanssa. Toisin kuin tehtaissa ja telakoilla, terveyskeskuksissa työt eivät vähentyneet laman johdosta, pikemminkin ne lisääntyivät. Kun samat palvelut täytyi tuottaa vähemmällä väellä, lisääntyi työn kuormittavuus. Vähitellen työuupumus alkoi yleistyä terveydenhoitajien keskuudessa. (Puro 2018: 33–34.)

10.2 Laman jäljet

Laman selkä taittui 1990-luvun puolivälissä lopulta ja kansantalous lähti vahvaan nousuun. Noususuhdanteessa hyötyivät kuitenkin etupäässä vientiteollisuuden ja yksityisen sektorin työpaikat. Ennaltaehkäisevä työ oli 1990-luvun laman yksi suurista kärsijöistä. Koska korjaava sairaanhoito oli kuntien pakko maksaa, katsottiin, että ainoa mahdollisuus oli leikata ennaltaehkäisevästä työstä. Terveydenhoitajaliitto yritti laman aikana jo varoittaa kuntia siitä, että laiminlyönti ennaltaehkäisevässä terveydenhuollossa tulisi ajan myötä kalliiksi. 1990-luvun puolivälin jälkeen voitiinkin huomata, kuinka ennaltaehkäisevien palvelujen karsiminen lisäsi korjaavan sairaanhoidon ja lastensuojelun tarvetta. Sen sijaan, että asioihin olisi puututtu varhaisessa vaiheessa ja ennakoivien neuvola- ja kouluterveydenhoitajan vastaanotolla, saattoivat lievätkin oireet hoitamattomina kehittyä monimutkaisiksi ongelmatilanteiksi, joiden selvittäminen oli usein kallista ja pitkäkestoista. Säästämisen noidankehä oli alkanut (Puro 2018: 33–34.)

Suurimpia terveydenhoitajan työssä kohtaamia haasteita on lapsiperheiden eriarvoistuminen. Aikaisemmin eriarvoisuus on ollut suurimmaksi osin taloudellista, mitä on voitu kompensoida erilaisilla tulonsiirroilla. 1990-luvun aikana tehtiin merkittäviä leikkauksia lapsiperheiden tulonsiirtoihin, mikä edisti polarisoivaa kehitystä. Erityisesti lapsia ja nuoria koskevana trendinä on hyvinvoivien lapsien osuuden kasvaminen ja vahvistuminen sekä pahoinvoivien lasten määrän lisääntyminen ja ongelmat kasaantuminen. (Haarala ym. 2015: 222.) Lasten ennalta ehkäisevä mielenterveystyö on ollut aina terveydenhoitajan työssä keskeistä. Se on neuvolatyön ydintehtävä, johon alettiin kiinnittämään huomiota vasta 1990-luvun loppupuolella. Tällöin heräsi erityinen huoli lasten lisääntyneistä psykososiaalisista ongelmista ja riittämättömistä hoitopalveluista. Vuonna 1997 States ja sosiaali- ja terveysministeriö käynnistivät mittavan koulutus- ja tutkimushankkeen Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen perustason työssä (Vavu). (Haarala ym. 2015: 164.)

10.3 Koulutuksen muuttuminen jälleen

Vuonna 1992 terveydenhoitajakoulutus muuttui jälleen, kun Suomi oli osallisena Euroopan unionin valmistelutyössä. Tällöin päätettiin, että terveydenhoitajaksi opiskelevat suorittavat kolmevuotiset yleissairaanhoidon opinnot sairaanhoitajaksi opiskelevien kanssa ja tämän jälkeen suoritettiin puolen vuoden eriytyvät opinnot. Koulutuksen laajuudeksi tuli 140 opintoviikkoa. Vuonna 1994 säädettiin laki (559/1994) ja asetus (564/1994) terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Näiden säädösten perusteella terveydenhoitoalan koulutusten tehtävänä on turvata väestölle yhdenvertaiset ja potilasturvallisuuden takaavat palvelut. Säädösten mukaan terveydenhoitotyötä harjoittavilla tulee olla ammattitoiminnan edellyttämä koulutus ja muut valmiudet. Myöskin Euroopan unionin jäsenyys toi mukanaan kansainvälisten direktiivien huomioimisen koulutuksessa. Vuonna 1996 Suomessa alettiin siirtää ammattikorkeakoulujärjestelmää kohti, jolloin myös terveydenhoitajakoulutus siirtyi ammattikorkeakouluihin. (Haarala ym. 2015: 21.)

11 2000-luku

Kunnat saivat vuoden 1993 valtioneudistuksen jälkeen itse päättää miten ne käyttävät valtionapunsa terveystalouden järjestämisen suhteen. Entinen käytäntö oli taannut melko hyvin palvelujen tasapuolisuuden eri puolilla maata. Tästä edes ei ollut enää ohjeistuksia terveydenhuollon henkilöstömääristä ja laadusta, vaan sosiaali- ja terveystoimintaminstö ohjasi kuntia vain suositusten avulla. Laman aiheuttamat säästöpainet ja kustannustehokkuuden ajatus aiheuttivat julkisen sektorin supistumista. Seuraukset tästä näkyivät perusterveydenhuollossa, hyvänä esimerkkinä kouluterveydenhuolto. 2000-luvulla kouluterveydenhuolto karsittiin tasolle, joka ei vastannut edes sen minivaatimuksia. (Puro 2018: 36.)

Terveydenhoitajat kohtasivat päivittäisessä työssään yhä useammin ristiriitaa, joka valitsi niukkojen resurssien, asiakkaiden tarpeiden, palvelujen laadun ja terveydenhoitajien oman jaksamisen välillä. Terveydenhoitajaliitto alkoi laatimaan vuonna 2000 terveydenhoitajatyön määrällisiä suosituksia, joissa otettiin kantaa asiakasmäärään ja työn laatuun. Tavoitteena oli saada valtakunnalliset laatukriteerit ja henkilöstömitoitukset, jotka muodostaisivat yhteisen perustan kiireettömän hoidon ja kansanterveystyön palveluihin. 2000-luvun alkupuolella julkaistiinkin STM:n ja sen alaisten toimista oppaita, jotka sisälsivät suosituksia niin toiminnan sisällön kuin henkilöstömitoituksen suhteen. Terveydenhoitajaliitto oli aktiivisesti mukana suosituksiin liittyvien oppaiden valmistelussa työryhmissä. Yhtenäisten oppaiden tarkoitus oli varmistaa neuvoloiden ja

kouluterveydenhuollon toiminen tasa-arvoisin perustein kaikkialla Suomessa. Vuonna 2006 uudistettiin kansanterveyslakia vastaamaan yksilöidymmin kuntien terveyden edistämiseen ja kansanterveystyöhön liittyviä tehtäviä. (Puro 2018: 36, 38.)

Terveydenhoitajaliitolla oli omat epäilyksensä kuntien halusta noudattaa suosituksia sitovasti. Liiton epäilykset kävivät toteen, kun vuonna 2006 oikeuskansleriviraston tekemän selvityksen mukaan Helsingin kouluterveydenhuollon taso osoittautui valtakunnallisia suosituksia selvästi heikommaksi. Kansanterveyslain uudistus ei ollut saanut aikaan toivottua muutosta, vaan koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa toteutettiin yhä hyvin kirjavasti eri puolin Suomea. Heinäkuussa 2009 astui viimein voimaan asetus neuvola-koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. Asetuksen tarkoitus oli varmistaa, että lasta odottavien naisten ja perheiden sekä alle kouluikäisten lasten, oppilaiden ja heidän perheidensä sekä opiskelijoiden terveysneuvonta ja terveystarkastukset ovat suunnitelmallisia, tasoltaan samalaisia ja yksilöiden ja väestön tarpeet huomioon ottavia kunnallisia terveydenhuollossa. Terveydenhoitajille ja terveydenhoitajaliitolle asetus oli merkki siitä, että nyt myös ehkäisevän työn arvo ja merkitys tunnustettiin sitovin normein. (Puro: 2018: 39–40.)

11.1 Kansanterveys

2000-luvulla syrjäytymisen ehkäisy ja terveyden tasa-arvon edistäminen olivat edelleen keskeisiä kansanterveysongelmia ja palvelujärjestelmän kehittämisiongelmiä. Terveyseroja kasvattajina tekijöinä tunnistettiin sosioekonomisten tekijöiden lisäksi sukupuoli, ikä ja asuinalue. Alkoholin runsas käyttö tunnistettiin yksittäiseksi ongelmaksi. Vuonna 2001 laadittiinkin Terveys 2015- kansanterveysohjelma, jonka tavoitteet kohdistettiin eri ikäryhmien terveyshaasteisiin sekä koko väestön yhteisiin terveyshaasteisiin. Suosituksena oli vahvistaa ennaltaehkäisevää työtä, kaventaa terveyseroja, tehostaa varhaista puuttumista terveysriskeihin ja parantaa peruspalveluiden saatavuutta. Kansanterveysohjelman eteen käynnistettiin strategisia ohjelmia palvelurakenteiden uudistamiseksi. Suomessa olevien keskeisten kansansairauksien, kuten tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn ja varhaiseen toteamiseen laadittiin yhteistyössä järjestöjen kanssa toimintaohjelmia ja kehitettiin uusia työkaluja. Tupakoinnin ja päihteiden käytön vähentämiseksi säädettiin lakeja ja ehkäisevän työn vahvistamiseksi tehtiin toimintaohjelmia. Myös perheväkivallan vastainen toimintaohjelma käynnistettiin. Kansanterveyslain uudistuksen myötä kuntien tuli nostaa terveyden edistäminen asialistalle kaikilla hallinnon aloilla ja seuraamaan väestön terveyttä ja hyvinvointia säännöllisesti. Valtioneuvosto käynnisti esimerkiksi Terveyden edistämisen politiikkaohjelman vahvistaakseen ehkäisevää

työtä. Kaste-ohjelman ansiosta eri alueilla käynnistyi kehittämissuunnitelmia lapsiperheiden, nuorten, työikäisten ja ikääntyneiden terveyden edistämiseksi. Eri-ikäisiin kohdistuvilla laatusuosituksilla haluttiin varmistaa palvelujen laatua. (Haarala ym. 2015: 13–14.)

Vuoden 2001 alussa terveydenhoitajatutkinto pidennettiin neljävuotiseksi ja 240 opintopisteen laajuudeksi. Täten terveydenhoitajatyön ammattiopintojen osuus kestää vähintään vuoden ja on laajuudeltaan 60 opintopistettä. Valmistuva terveydenhoitaja saa sekä terveydenhoitajan että sairaanhoitajan pätevyyden ja hänet laillistetaan hakemuksesta Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontaviraston (Valvira) toimesta. Terveydenhoitajakoulutus täyttää Euroopan parlamentin ja neuvoston sairaanhoitajakoulutuksesta antamien direktiivien vaatimukset. Valvira on syksystä 2002 asti laillistanut vuonna 1987 alkaneesta opistoasteisesta koulutuksesta valmistuneita terveydenhoitajia hakemuksesta sairaanhoitajaksi. Myös vielä 1990-luvun lopulla 3,5-vuotisesta ammattikorkeakoulutuksesta valmistuneet terveydenhoitajat laillistettiin hakemuksesta, mikäli opinnot ovat sisältäneet sairaanhoitajakoulutusta vastaavat opinnot. Vastaavuus on ollut tärkeää tutkinnon kansainvälisen vertailtavuuden ja työntekijöiden liikkuvuuden takia. (Haarala ym. 2015: 21–22.)

12 2010-luku

12.1 Terveydenhoitolaki

Vuonna 2012 keskeinen terveydenhuollon lainsäädäntö, kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoitolaki yhdistettiin terveydenhoitolaksi. Lain tavoitteena oli vähentää päällekkäistä työtä, tehostaa yhteistyötä, parantaa palvelujen saatavuutta ja kansalaisten valinnanmahdollisuutta terveyspalvelujen suhteen. Valtioneuvosto alkoi valmistelemaan rakenteellista ja hallinnollista sote-uudistusta, jotta kasvavat pääosin korjaavaan työhön liittyvät kulut saataisiin hallintaan. Ehkäisevän työn ohjeistuksia uudistettiin ja yhtenäistettiin valtioneuvoston asetuksilla, esimerkiksi asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten- ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. (Haarala ym. 2015: 14.) Ehkäisevien palvelujen, kuten neuvolatoiminnan ja kouluterveydenhuollon rapautumisesta puhuttiin 90-luvun laman jälkeen, mutta 2010-luvulla tehtyjen selvitysten mukaan neuvolan ja kouluterveydenhuollon palvelut ovat kehittyneet ja vastaavat kohtuullisen hyvin uusia säädöksiä. (Haarala ym. 2015: 57).

12.2 Yhteiskunnalliset haasteet

2010-luvulla suurimpia terveydenhoitajan työssä kohtaamia haasteita on lapsiperheiden eriarvoistuminen. Aikaisemmin eriarvoisuus on ollut suurimmaksi osin taloudellista, mitä on voitu kompensoida erilaisilla tulonsiirroilla. 1990-luvun aikana tehtiin kuitenkin merkittäviä leikkauksia lapsiperheiden tulonsiirtoihin, mikä edisti polarisoivaa kehitystä. Erityisesti lapsia ja nuoria koskevana trendinä on hyvinvoivien lapsien osuuden kasvaminen ja vahvistuminen sekä pahoinvoivien lasten määrän lisääntyminen ja ongelmien kasaantuminen. (Haarala ym.2015: 222.)

2010-luvulla on tehty useita hankkeita ja yksi niistä on Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste 2012–2015, jonka tavoitteena oli hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestäminen asiakaslähtöisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012: 3).

Muita tärkeitä julkaisuja 2010-luvulla on muun muassa *laajat terveystarkastukset. Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan ja kouluterveydenhuoltoon 2012*, *Terveystarkastukset lastenneuvolassa & kouluterveydenhuollossa-menetelmäkäsikirja 2011* ja *Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan 2013*. (Haarala ym. 2015: 225.) ja YTHS:n koordinoima *Alkoholi-ohjelma 2012–2015* ja *Terveys 2015-kansanterveysohjelma* iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämiseen. (Haarala ym.2015: 349).

12.3 Ammatillinen osaaminen

Terveydenhoitajan 240 opintopisteen laajuinen ammattikorkeakoulututkinto suorittaneen henkilön ammatillinen osaaminen perustuu vahvaan ammatilliseen koulutukseen. Terveydenhoitajan ammatillisen osaamisen kuvauksen osaamisalueet, tavoitteet, keskeiset sisällöt ja suositukset vähimmäisopintopistemäärästä päivitettiin 2014 keväällä. Terveydenhoitajan tutkinto on kaksoistutkinto, jonka ammatillinen osaaminen rakentuu sekä terveydenhoitajan, sairaanhoitajan että ammattikorkeatutkintojen yhteisestä ammatillisesta osaamisesta, joka luo perustan työelämässä toimimiselle, yhteistyölle ja asiantuntijuuden kehittymiselle. Terveydenhoitajan tutkinto antaa perusvalmiudet terveydenhoitajan työn tekemiseen eri toimintaympäristöissä. Terveydenhoitajan osaamista on ylläpitää yksilöiden, perheiden, työ- ja muiden yhteisöjen, väestön ja ympäristön terveyttä sekä ehkäistä sairauksia. Hän vahvistaa asiakkaiden voimavaroja, itsehoitoa ja kykyä elää terveellistä elämää. Työ edellyttää rohkeutta ja kykyä puuttua varhain

asiakkaan tilanteeseen elämänkulun eri vaiheissa. Terveystenhoitajan asiantuntijuudessa korostuu itsenäinen päätöksenteko, kriittinen ajattelu ja vastuullisuus. (Haarala ym. 2015: 19–20.)

12.4 Teknologian vaikutus työhön

Teknologian kehittymisen myötä yhä useammat sosiaali- ja terveystalvelut ovat siirtyneet verkkoon, ja riippuvuus tieto- ja viestintäteknologian osaamisesta lisääntyy vähitellen. Teknologian kehitys muuttaa väistämättä terveystalvelujen tuotantoprosessia sekä asiakkaan ja henkilöstön välistä suhdetta. Teknologia ei voi täysin korvata terveystenhoitajan ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta. Teknologia tuo kuitenkin uusia mahdollisuuksia konsultointiin, tiedon siirtoon, hoidon ja hallinnon tehostamiseen sekä palvelujen etäkäyttöön ja viemiseen potilaiden lähiympäristöön. Terveystenhoitajat käyttävät teknologiaa jokapäiväisessä työssään. Asiakasrekisterit ovat sähköisiä ja mittauslaitteet ovat muuttuneet mekaanisista digitaalisiin. Tietokoneiden avulla terveystenhoitajat pääsevät helposti tiedon lähteille ja voivat vastata asiakkaan terveyttä koskeviin kysymyksiin. (216). Uusia teknologiaa hyödyntäviä konsepteja on muun muassa lapsiperheille nettineuvola, koululaisille sähköinen reissuvihko, työikäisille omahoito-ohjelmia ja iäkkäille kotona asumista tukevia palveluja (Haarala ym. 2015: 215–216.) 2010 Suomessa kirjoitettiin ensimmäinen sähköinen resepti Omakanta-palvelussa ja 2 vuotta myöhemmin Omakannasta pystyi näkemään reseptien lisäksi potilastiedot. (Kanta 2020).

13 2020-luku

2019 joulukuussa Wuhanissa Kiinassa alkanut koronavirus viralliselta nimeltä COVID-19 levisi nopeasti ympäri maailmaa. Maailman terveystjärjestö WHO julisti koronaviruksesta alkaneen pandemian 11.3.2020. (Anttila 2023.) Koronaepidemia on vaikuttanut keväästä 2020 lähtien merkittävästi koko väestön hyvinvointiin, palveluihin ja yhteiskuntaan. Epidemiauhkaan ja mahdolliseen hoidontarpeen kasvuun reagoitiin onneksi varhaisessa vaiheessa. Varautuminen johti terveystalalla henkilöstösiirtoihin ja kiireettömien palvelujen supistamiseen alueiden epidemiatilanteesta riippumatta. Korona on synnyttänyt hoitovajetta, jonka johdosta ongelmat ovat kasautuneet ja vaikeutuneet. Korona kevään jälkeen terveystenhoitajia kuormittaa tekemättömien terveystarkastusten paikkaaminen ja myös suunniteltujen tarkastusten tekeminen. Palvelut ruuhkautui-

vat ja terveydenhoitajat ja muut terveydenhuollonammattilaiset ovat olleet kovan paineen alla. (Hakulinen Tuovi, Hietanen-Peltola Marke, Hastrup Arja, Vaara Sarianna, Jahnukainen Johanna, Varonen Päivi. 2020: 1.)

1.1.2023 vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä siirtyi 21 uudelle hyvinvointialueelle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2023). Sote-uudistuksen tavoitteena on parantaa perustason palveluja ja siirtää painopistettä ennaltaehkäisevään työhön. Täten voidaankin todeta, että terveydenhoitajan merkitys kasvaa, sillä kansanterveyttä ajatellen se on vaikuttavaa, ennaltaehkäisevää ja kustannustehokasta. (OMK Journal 2022.) Terveydenhoitajat ovat tehneet jo pitkään työtään sote-uudistusta pyrkimysten mukaisesti, kiinnittämällä huomiota ongelmien ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen puuttumiseen. (Tehy 2020).

14 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa posterin aiheesta terveydenhoitajatyön vuosien 1920 ja 2020 välillä. Työssä kuvataan terveydenhoitajatyön kehitystä aina terveystieteiden koulutuksen alkamisesta 1920-luvulla kuluvalle vuosikymmenelle asti. Työssä nostetaan esiin merkittävimmät tapahtumat ja uudistukset terveydenhoitotyössä ja ne esitellään selkeästi ja mielenkiintoisesti tiivistetyssä muodossa posterin avulla.

Opinnäytetyö antaa tietoa terveydenhoitotyön historiasta museossa kävijöille ja muille aiheesta kiinnostuneille. Tietoa voivat hyödyntää muun muassa terveydenhoitajat ja alalla opiskelevat, sillä historian ymmärtäminen auttaa ymmärtämään myös nykyhetkeä. Hahmottamalla aiemman kehityskaaren voi myös saada ideoita siihen, miten kehitystä voi jatkaa edelleen.

Tutkimuskysymyksenä on: mitkä ovat merkittävimpiä tapahtumia terveydenhoitajatyössä vuosien 1920 ja 2020 välillä?

Tämän työn tavoitteena on siis lisätä tietoa terveydenhoitotyön historiasta. Museo tarjoaa tällä hetkellä paljon mielenkiintoista nähtävää, mutta tämän opinnäytetyön tuotos tuo sinne lisää tietoa. Terveydenhoitajakoulutuksessa ei tällä hetkellä käsitellä työn historiaa, joten tämä työ voi tuoda tärkeän näkökulman aiheeseen myös opiskelijoille.

15 Opinnäytetyöprosessi

15.1 Suunnittelu

Opinnäytetyöprosessi alkoi syksyllä 2023 suunnitteluvaiheella. Opinnäytetyö tehdään parityönä, joten ensimmäisenä muodostimme työparin ja valitsimme työn aiheen. Aihe valittiin muutaman eri koulun antaman vaihtoehdon joukosta. Aiheeseen ”terveydenhoitotyön historia” päädyttiin työparin kiinnostuksen kohteiden perusteella. Aihe tarkentui vielä prosessin edetessä.

Suunnitteluvaiheessa tarkennettiin myös sitä, millainen tuotos työprosessin aikana on tarkoitus tehdä. Tätä pohdittiin muun muassa siltä kannalta, millaisesta työstä olisi eniten hyötyä. Idea posterista syntyi ja sen esittämispaikaksi vahvistui museo tutustumiskäynnin yhteydessä. Museossa oli esillä terveydenhoitoyöhön- ja koulutukseen liittyviä historiallisia esineitä ja asuja lyhyesti esiteltyinä. Posterin koettiin voivan täydentää museon tarjontaa antamalla lisää tietoa historiasta.

Lähdeaineiston hankinta ja aiheeseen perehtyminen aloitettiin heti prosessin alussa. Lisäksi alkoi opinnäytetyösuunnitelman laatiminen. Suunnitteluvaiheeseen kuului seminaari, jossa suunnitelmat esiteltiin ja niistä saatiin palautetta. Palautteen pohjalta jatkettiin prosessia toteutusvaiheeseen.

15.2 Tiedonhaku

Opinnäytetyöprosessin aikana aihe rajautui ja tarkentui. Palautteen ja tiedonhaun pohjalta tässä työssä päädyttiin aiheeseen terveydenhoitajatyön historia vuosien 1920–2020 välillä. Tiedonhakuprosessi aloitettiin jo suunnitteluvaiheessa ja tässä hyödynnettiin myös koulun tarjoamaa työpajaa. Aiheeseen perehdyttiin systemaattisesti hyödyn-tämällä luotettavia verkkolähteitä sekä laajasti ammattikirjallisuutta. Aihe oli laaja ja siitä löytyi melko paljon tietoa. Rajasimme pääasiallisen aihealueen ulkopuolelle esimerkiksi terveydenhoitajien koulutuksen, ammatin tulevaisuuden näkymät sekä sen, mitä on tapahtunut ennen terveystieteiden koulutusta ja mitkä asiat ovat johtaneet koulutuksen alkamiseen. Aihealue haluttiin kuitenkin pitää laajana, sillä tavoitteena oli, että opinnäytetyön tuotoksena syntyisi posterit, jotka esittelevät terveydenhoitajatyön historian merkittävimpiä tapahtumia. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi oli tärkeää saada laaja kuva historiasta eikä perehtyä tarkasti vain joihinkin yksityiskohtiin. Tiedonhaun perus-

teella jokaiselta vuosikymmeneltä vuosien 1920 ja 2020 välillä löytyi tietoa. Toisilla vuosikymmenillä terveydenhoitajatyöhön liittyviä tapahtumia oli useita, kun taas toisilla niitä oli vähemmän, jonka vuoksi opinnäytetyön eri lukujen pituudet vaihtelevat ja joihinkin lukuihin on yhdistetty kahden peräkkäisen vuosikymmenen tapahtumat.

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen ja sen tuotos on posterit aiheesta terveydenhoitotyön historia. Varsinaiseen aiheeseen perehtymisen lisäksi tiedonhakuja tehtiin siis myös toiminnallisen opinnäytetyön tekemisestä sekä siitä, miten tehdään hyvä posterit. Tuotoksesta eli posterista tuli näissä luvuissa määriteltyjen kriteerien mukainen. Posterissa on onnistuttu erityisen hyvin tiivistämään suuri tietomäärä lyhyeen ja selkeästi ymmärrettävään muotoon. Posterissa on huomioitu sen esittämisympäristö eli Metropolian Myllypuron kampuksella sijaitseva sosiaali- ja terveystieteiden museo. Posterit noudattaa organisaation eli tässä tapauksessa Metropolian määrittämiä graafisia ohjeita ja täydentää hyvin museon tarjontaa.

15.3 Toiminnallinen opinnäytetyö

Eri kehittämis- ja tutkimustapojen määritelmien rajat ovat häilyvät, ja niissä on paljon yhteisiä piirteitä keskenään. Kehittämistoimintaa voidaan pitää yläkäsitteenä esimerkiksi kehittämishankkeille, projekteille ja toiminnallisille opinnäytetyöille. Toiminnallisen opinnäytetyön erityispiirteenä voidaan kuitenkin muista poiketen pitää sitä, että sen tavoitteena on ammatillinen tuotos, joka palvelee kohderyhmää tai toimintaympäristöä. Toiminnallinen opinnäytetyö on ammattikorkeakouluissa käytettävä opinnäytetyön tyyppi ja yksi tutkimuksellisen kehittämisen tapa. Toiminnallisessa opinnäytetyössä osoitetaan tuotoksen ja raportin avulla asiantuntijuutta ja ammatillisia valmiuksia. Työ tehdään kehittäväällä ja tutkimuksellisella otteella ja sen teoriaosuus kuvaa tuotokseen liittyviä lähtökohtia, valintoja ja ratkaisuja perustellusti. Tuotos voi olla esimerkiksi esine, opas tai tapahtuma.

Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu tuotoksen lisäksi tärkeänä osana työprosessin kuvaaminen. Työssä kuvataan, miten ratkaisuihin on päädytty tuotteen kehittämissä vaiheissa ja perustellaan ratkaisut käyttäen lähteinä aiempia luotettavia tutkimuksia ja muita ammatillisia lähteitä. (Kostamo & Airaksinen & Vilka 2022.)

15.4 Posterit

Posterit on yksi viestinnän väline. Se on esitystapa, jossa sisältö on esitetty tiivistetyssä muodossa. Postereissa on aina ollut olennaista kuvan ja tiedot yhdistäminen. Postere-

reita voidaan käyttää viestinnän apuna erilaisissa yleisötilaisuuksissa, se voi olla tiedotustapa esimerkiksi virastoissa tai se voi olla osana portfolioa tai cv:tä esittelemässä henkilön osaamista. Tässä opinnäytetyössä posterit toimii tiedotustapana museossa. Posterin avulla voidaan yleensä jakaa tietoa useammalle ihmiselle, pidemmällä aikavälillä verrattuna muihin tiedotustapoihin. Hyvin tehty posterit esittää asian ymmärrettävästi sellaisillekin ihmisille, joille aihe on täysin uusi. ”Kun osaat asiiasi ja olet sisäistänyt sen, voit selittää sen lapsellekin ymmärrettävällä tavalla.” Posterit voi olla esitetty yhdellä pohjalla tai se voi olla moniosainen. Tärkeää kuitenkin on, että posterit on riittävän suuri, jotta sen näkee myös kaukaa ja riittävän tiivis, jotta sen sisällön lukemiseen ei kulu muutamaa minuuttia kauempaa. Usein laitoksilla on käytössä omat valmiit posteripohjat, joita se käyttää viestinnässään tai vähintäänkin tietyt graafiset rajaukset esimerkiksi värien ja logojen suhteen. Tämä opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Metropolian kanssa, joten myös tämän opinnäytetyön tuotoksen ulkoilmettä rajaavat tietyt organisaation yhteiset käytänteet. Posterit suunniteltaessa tulee kartoittaa mihin ympäristöön se tulee ja kenelle se on suunnattu. Nämä seikat tulee huomioida ulkoasussa sekä kielellisessä asussa. Hyvän posterin ulkoasu herättää kohderyhmään kuuluvien ihmisten mielenkiinnon, tukee posterin välittämää tietoa ja sopii esityspaikan ympäristöön. Olennaista hyvässä posterissa on myös se, että teksti on tarpeeksi suurta ja ettei sitä ole liikaa. Taulukot, grafiikat ja kuvat voivat tukea posterin sisältöä, kun ne ovat selkeitä ja yksikertaisia ja niitä on käytetty maltillisesti. (Silen 2013.)

15.5 Toteutus ja tuotos

Opinnäytetyön tuotoksena valmistui Metropolian hoitotyön museoon valmistuva posterit terveydenhoitajatyön historiasta. Posterin tarkoituksena oli lisätä museon vierailijoille tietoisuutta terveydenhoitajien työstä vuosien 1920–2020 ajalta. Aloimme tehdä posterit, kun olimme etsineet tarpeeksi tietoa terveydenhoitajatyöstä eri vuosikymmeniltä. Työmme teimme Metropolian opinnäytetyön pohjaan. Suunnittelimme posterin janan, jolle sijoitamme vuodet 1920–2020. Kävimme janan avulla vuosikymmenittäin merkittävimmät tapahtumat liittyen terveydenhoitajatyöhön. Koska opinnäytetyömme aihe oli laaja ja jouduimme tiivistämään asioita paljon niin lisäämme posterin QR-koodin, jonka avulla voi mennä opinnäytetyöhömmen katsomaan lisää tietoa terveydenhoitajatyön historiasta.

16 Pohdinta

16.1 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyössä noudatetaan koko työprosessin ajan hyvää tieteellistä käytäntöä. Työtä varten opiskeltiin tutkimusetiikkaa, johon palattiin opinnäytetyöprosessin aikana noudattaen tutkimuseettisiä ohjeita. Opinnäytetyössä on arvioitu tutkimuksen hyödyllisyyttä. Terveystyön tutkimuksen aikana ei käydä paljoa läpi terveyden- tai sairaanhoidon historiaa, joten koettiin työn olevan hyödyllinen museossa vierailleille ja muille terveydenhoitotyön historiasta kiinnostuneille. Koska terveydenhoitotyön historia on pitkä, työssä käypään läpi siihen liittyvät pääkohdat, mitä muutoksia tapahtui minäkin vuosikymmenenä. Hoitotyön historian tunteminen auttaa ymmärtämään työn nykyisyyttä. Museossa on vitriineissä esillä terveydenhoitotyön välineitä ja asuja, mutta museosta ei löytynyt kattavaa tietoa terveydenhoitotyön historiasta, joten tarpeellista on kertoa kattavammin terveydenhoitotyöstä.

Tällä opinnäytetyöllä on realistiset lähtökohdat. Aihe valittiin aihe-ehdotuksista ja toimeksiantajan toivomuksena oli tuottaa Metropolian museoon toiminnallinen työ. Aiheeksi valikoitui terveydenhoitotyön historian 1920–2020 luvulta, johon löytyi sopivan määrän lähteitä. Työtä on tehty yhdessä ja apuna on käytetty tiedonhaun-, ja opinnäytetyösuunnitelmantyöpajoja ja kysytty tarvittaessa apua ohjaajalta. Opinnäytetyö on julkinen asiakirja. Se julkaistaan Theseuksessa, joten työssä ei käsitellä yksityisiä tietoja. Työtä varten ei kerätä henkilötietoja, mutta työtä tehdessä tiedostettiin henkilötietojen käsittelyyn ja tietosuojaan liittyvät periaatteet.

Tietoa etsittiin Suomen terveydenhoitotyön historiasta ja kehityksestä 1920-luvulta 2020-luvulle. Lähteinä käytettiin luotettavia tietokantoja, kuten Google Scholar, FinnaMetcat ja Duodecim sekä terveydenhoitotyön historian kirjoja. Työssä käytettiin vain virallisia lähteitä. Tutkijoiden työ huomioidaan merkitsemällä heidän lähteensä asianmukaisesti. Lopuksi työ tarkistetaan vielä plagioinnin tarkistusohjelmalla. Työn aihe on terveydenhoitotyön historia, joten osa tietolähteistä on vanhoja, tämä vähentää työn luotettavuutta. Työn luotettavuutta lisää se, että työtä tehtiin parina, jolloin kaksi ihmistä on arvioimassa aineiston luotettavuutta.

16.2 Jatkokehittämis ehdotus

Aiheemme on hyvin laaja ja meidän täytyi tiivistää asioita työstä paljon. Jatkokehitysehdotuksena terveydenhoitajatyöstä voisi ottaa jonkin rajatumman kohdan historiasta, kuten esimerkiksi tietyn vuosikymmenen tai koulutuksen muutoksen. Rajasimme aiheemme terveydenhoitajatyön historiaan, kiinnostavaa olisi kuulla myös terveydenhoitajatyön tulevaisuudesta. Tulevaisuuden megatrendit, kuten globalisaatio, työn murros, teknologinen kehitys ja osallistuva yksilö vaikuttavat varmasti tulevaisuudessa paljon terveydenhoitajan työhön.

16.3 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön tekeminen on kasvattanut meitä ammatillisesti monella tapaa. Työn prosessiin on kuulunut uusien asioiden opettelua ja haasteita. Opettavaista on ollut tehdä näin iso projekti tutkinnon aikana. Opinnäytetyön prosessi on vaatinut kärsivällisyyttä, pitkäjänteisyyttä ja keskeneräisyyden sietämistä. Parityöskentely oli tuttua meille aikaisemmilta kursseilta, mutta emme kuitenkaan olleet tehnyt näin isoa projektia aikaisemmin. Koemme, että parityöskentely on sujunut mallikkaasti ja olemme jakaneet vastuut tasaisesti. Parityöskentely kehittänyt meidän yhteistyötaitojamme, joita tarvitsemme tulevassa työssämme varmasti.

Aluksi haasteellista oli löytää hyviä lähteitä ja työn kannalta oleellista tietoa. Työn edessä ongelmaksemme tuli liian laaja aihe, jolloin olemme joutuneet tiivistämään aihetta niin opinnäytetyössä kuin posterissakin. Posteriin mahtui myös yllättävän vähän tekstiä, joten päätimme työn puolesta välissä, että lisäämme posteriiimme QR-koodin, jonka kautta pääsee opinnäytetyöhömmme lukemaan aiheesta lisää, jos lukijaa kiinnostaa. Opinnäytetyön prosessin aikana olemme saaneet hyvää ja rakentavaa palautetta työstämme niin ohjaajalta kuin muilta opiskelijoilta ja olemme pystyneet muokkaamaan työstämme palautteen mukaisesti. Olemme myös antaneet palautetta toisille opiskelijoille ja kehittyneet rakentavan palautteen antamisessa.

Valitsimme aiheeksemme terveydenhoitajatyön historian, koska se vaikutti kiinnostavalta ja uskoimme aiheen olevan hyödyllinen. Tämän työn tekeminen antoi mahdollisuuden tutustua alamme historiaan syvemmin ja ymmärtämään, kuinka paljon terveydenhoitajatyö on muuttunut sadan vuoden aikana. Työn tekeminen on vahvistanut ammatti-identiteettiämme terveydenhoitajina. Toivomme museossa kävijöiden kokevan työmme olevan hyödyllinen ja mielenkiintoa herättävä.

Lähteet

Anttila, Veli-Jukka. 2023. Koronavirus (SARS-CoV-2, COVID-19). Duodecim. <<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01257>>. Viitattu 25.10.2023.

Autio, Elina & Konola, Pirjo & Poussu, Marja & Männistö, Merja. 2022. Tulevaisuuden terveydenhoitajatyössä korostuvat toimivat palvelut asiakkaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin edistämiseksi. <<https://oamk.fi/oamkjournal/2022/tulevaisuuden-terveydenhoitajatyossa-korostuvat-toimivat-palveluketjut-asiakkaan-kokonaisvaltaisen-hyvinvoinnin-edistamiseksi/>>. Viitattu 8.11.2023.

Autio-Sarasmo, Sari 2008. Historian tutkimus, tutkimusprosessi. Suomen kasvatuksen ja koulutuksen historian seura. <<https://www.kasvhistseura.fi/julkaisut/kasvatuksen-historian-ensyklopedia/tekstej%C3%A4-alan-tutkimusmetodologiasta-ja-menetelmist%C3%A4/10>> Viitattu 23.10.2023.

Haarala, Päivi & Honkanen, Hilikka & Mellin, Oili-Katriina & Tervaskanto-Mäentausta, Tiina 2015. Terveydenhoitajan osaaminen. Edita. Viitattu 2.10.2023. 8–11.

Hakulinen, Tuovi & Hietanen-Peltola, Marke & Hastrup Arja, Vaara, Sarianna & Jahnu-kainen, Johanna & Varonen Päivi. 2020. ”Pahin syksy ikinä” Lasten, nuorten ja perheiden peruspalvelut koronasyksynä 2020. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140643/URN_ISBN_978-952-343-579-7.pdf>. Viitattu 26.10.2023.

Harjula, Minna 2007. Terveyden jäljillä- Suomalainen terveystoiminta 1900-luvulla. Tampere: Tampere University Press. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/68037/terveyden_jaljilla_2007.pdf?sequence=3&isAllowed=y> Viitattu 5.10.2023.

Kangasniemi, Mari & Hipp, Kirsi & Häggman-Laitila, Arja & Kallio, Hanna & Karki, Su-yen & Kinnunen, Pirjo & Pietilä, Anna-Maija & Saarnio, Reetta & Viinamäki, Leena & Voutilainen, Ari & Waldén, Anne 2018. Optimoitu sote-ammattilaisten koulutus- ja osaamisuudistus. Valtioneuvoston kanslia. <<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160883/39-2018-Optimoitu%20sote-osaaminen.pdf>> Viitattu 2.10.2023. 13–14.

Kanta. 2020. Omakanta syntyi 10 vuotta sitten – Kanta-palvelujen juhluvuosi käynnistyy. <https://www.kanta.fi/tiedote/-/asset_publisher/cf6QCnduV1x6/content/omakanta-syntyi-10-vuotta-sitten-kanta-palvelujen-juhluvuosi-kaynnistyy>. Viitattu 10.11.2023.

Kela. 2017. Terveyspalvelut edullisesti yhdestä paikasta. <<https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/726387/terveyspalvelut-edullisesti-yhdesta-paikasta>>.

Ketonen, Jasmiina & Muhonen, Riikka 2014. ”Millainen perhe asuu sinun kotonasi?” - Muuttuneet perhekuvat alkuopetuksen uskonnon oppikirjoissa 1950-luvulta vuoteen 2013. Tampereen yliopisto. <<https://core.ac.uk/download/pdf/250135896.pdf>> Viitattu 9.10.2023. 11–12.

Korppi-Tommola, Aura. Terveystieteiden ja lastenhoitajien koulutus. <https://www.ylppo.fi/terveysisarten_koulutus_alkaa> Viitattu 3.10.2023.

Kostamo, Pipsa & Airaksinen, Tiina & Viikka, Hanna 2022. Kirjoita itsesi asiantuntijaksi – Opas toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Helsinki: Art House Oy. Viitattu 25.10.2023.

Kuusisto, Heli. 2011. Terveystenhoitaja – ammattina Sinun terveytesi – messutapah-tuma. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/28438/kuusisto_heli.pdf?sequence=1> Viitattu 5.10.2023. 8.Kansaneläkelaitos 2023. Äitiysavustuksen historia. <<https://www.kela.fi/aitiysavustus-historia>> Viitattu 2.10.2023.

Lindgren, Anne. 2020. Terveystenhoitajien työstä mallia sote-uudistukseen. <<https://www.tehy.fi/fi/blogi/terveydenhoitajien-tyosta-mallia-sote-uudistukseen>>. Viitattu 8.11.2023.

Mannerheimin lastensuojeluliitto 2022. MLL:n historia. <<https://www.mll.fi/tietoa-mllsta/mln-historia/>> Viitattu 10.10.2023.

Mattila, Yrjö. 2011. Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. <<https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/4f65349d-26eb-4971-992d-2387ff1ebaeb/content>>. Viitattu 20.10.2023.

Metropolia. Metropolia ammattikorkeakoulu – kun haluat ratkaisijaksi. <https://www.metropolia.fi/fi/metropolia-asta?_gl=1*mcf7om*_up*MQ..*_ga*MTMxMzU2MTM2OS4xNjk4MDUx-Njgy*_ga_ZH05YCYHKF*MTY5ODA1NDQ3Mi4yL-jEuMTY5ODA1NDYxOS4wLjAuMA..*_ga_WCEG4D5ZQX*MTY5ODA1NDQ3Mi4yL-jEuMTY5ODA1NDYxOS4wLjAuMA..> Viitattu 23.10.2023.

Nikula, Anne 2019. Onneksi on terveydenhoitaja. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/265682/MIKRO33_2019_nikula_onneksi_on_terveydenhoitaja.pdf?sequence=5> Viitattu 2.10.2023.

Puska, Pekka. 2014. SOTE väestön terveydeksi. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. <<https://journal.fi/sla/article/view/41363/10559>> Viitattu 8.10.2023.

Rimpelä, Matti. 2005. Terveystpolitiikan uusi kieli: joutavatko kansanterveystlain käsitteet historiaan? *Yhteiskuntapolitiikka-lehti*. <<https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209117089>> Viitattu 5.10.2023.

Rissanen, Tinja. 2012. Työterveyshuollon toiminta ja kehitys työterveyshoitajan näkökulmasta Suomessa 1980-1990- ja 2000-luvuilla. Itä-Suomen yliopisto. <https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/10583/urn_nbn_fi_uef-20120164.pdf?sequence=1> Viitattu 8.10.2023.

Ruotsalainen, Kaisa. 2012. Huoltosuhde aiheuttaa huolta. Tilastokeskus. Päivitetty 4.6.2012. <https://www.stat.fi/artikkelit/2012/art_2012-06-04_001.html> Viitattu 3.10.2023.

Silén, Saija 2013. Tieteellinen posterit. Jyväskylän yliopisto. <<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/tvt/tiedonvisualisointi/POSTERIluento%20ilman%20kuvia.pdf>> Viitattu 17.10.2023.

Siivola, Ulla 1984. Terveystsisar kansanterveystyössä. Viitattu 6.10.2023. 73–75.

Sosiaali- ja terveystministeriö 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012-2015. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74066/STM_2012_%20KASTE_FI_uusi.pdf>. Viitattu 10.11.2023.

Sosiaali- ja terveystministeriö 2023. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus (sote-uudistus). Muokattu 12.1.2023. <<https://stm.fi/soteuudistus>> Viitattu 8.11.2023.

Sorvettula, Maija 1998. Johdatus suomalaisen hoitotyön historiaan. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy. 220. Viitattu 19.10.2023.

STHL & Kupiainen, Hilka 1988. Suomen terveydenhoitajaliitto r.y. 1938–1988. Joensuu: Kirjapaino Oy Maakunta. 7–9. Viitattu 20.10.2023.

Säilynoja, Juhana 2014. Kansanterveyslaki toi terveyskeskuksen joka kuntaan. Yle elävä arkisto. Päivitetty 30.3.2022. <<https://yle.fi/aihe/artikkeli/2014/01/13/kansanterveyslaki-toi-terveyskeskuksen-joka-kuntaan>> Viitattu 8.10.2023.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023. Terveydenhoitaja. <<https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/sote-palvelut/opiskeluhoito/kouluterveydenhuolto/toimijat/terveydenhoitaja>> Viitattu 20.10.2023.

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 380/2009.

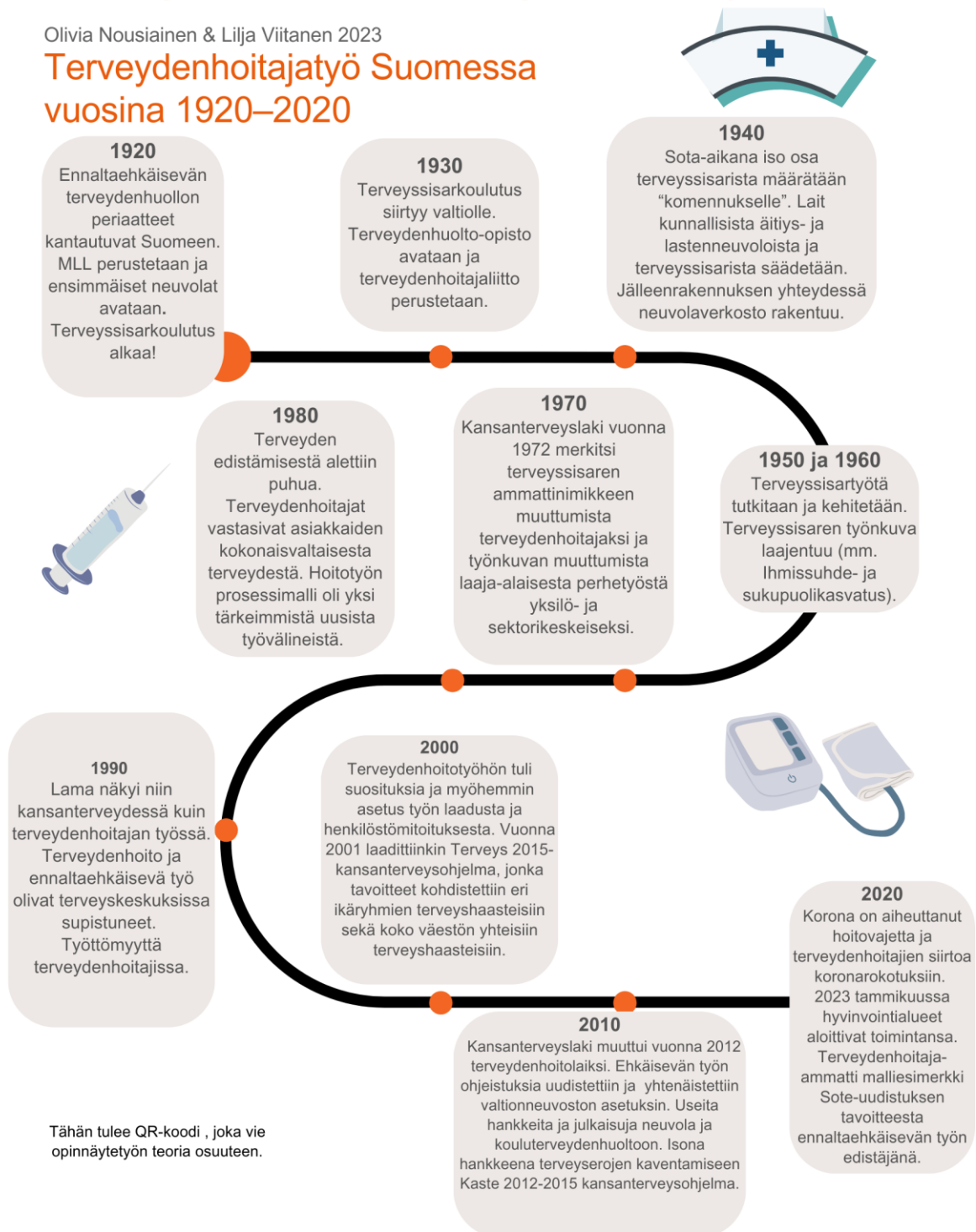
Vasankari, Tuula 2023. Historia. Filha. Muokattu 16.10.2023. <<https://www.filha.fi/historia/>> Viitattu 19.10.2023.

Vuento, Risto 2022. Tuberkuloosi. Terveyskirjasto. <<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00611>> Viitattu 2.10.2023.

Terveysisaresta terveydenhoitajaksi

Olivia Nousiainen & Lilja Viitanen 2023

Terveydenhoitajatyö Suomessa vuosina 1920–2020



Tähän tulee QR-koodi, joka vie opinnäytetyön teoria osuuteen.

Osaamista ja oivallusta
Tulevaisuuden tekemiseen

metropolia.fi

 **Metropolia**

