

- 
- The background of the page is a reproduction of the painting 'The Scream' by Edvard Munch. It depicts a turbulent, orange and yellow sky over a dark, swirling sea, with a figure in the foreground looking out at the viewer.
- Oletteko mielenvikainen?
 - Herra kapteeni. Tällaista kysymystä ei epäilyksenalainen voi koskaan itse ratkaista. Sen asian määrittelee ympäristö.

Tuntematon sotilas, Väinö Linna

HOURUINHOITOASETUKSESTA MIELENTERVEYSLAKIIN

**Mielisairaanhoidon ja erityisesti tahdosta riippumattoman hoidon
lainsäädännön muutokset vuosina 1840–1991**

Joensuun yliopisto
Suomen historian pro gradu – tutkielma
Jari Mikael Mäkelä
Joensuussa 11.6.2008

JOENSUUN YLIOPISTO, TUTKIMUSTIEDOTE

Mäkelä Jari Mikael

Houurihoitoasetuksesta mielenterveyslakiin. Mielisairaanhoidon ja erityisesti tahdosta riippumattoman hoidon lainsäädännön muutokset vuosina 1840–1991

Joensuun yliopisto 2008

Suomen historian pro gradu – tutkielma

151 sivua

Pro Gradu-työssä tarkastellaan mielenterveyslainsäädännön muutosta vuonna 1840 annetusta keisarillisesta asetuksesta vuonna 1991 voimaan tulleeseen mielenterveyslakiin saakka. Varsinaisena tutkimuskohteena on tahdosta riippumattoman hoidon sääntelyssä ilmenneet muutokset. Pakottavan hoidon ohella tutkielmassa käsitellään avohoitoa ja sen muutosta. Tahdosta riippumatonta hoitoa ja avohoitoa vertaillen on mahdollista selvittää sitä, kuinka pakottavaa hoito on aikanaan ollut.

Mielenterveyslainsäädäntöä käsitellään työssä oikeushistorian ja osin lainopin metodin avulla. Lainopin metodin käyttäminen on tärkeää, jotta tutkimuksessa voidaan toisaalta kuvata kumottua ja voimassa olevaa lainsäädäntöä. Tutkimusaineistona on ensisijaisesti lainsäädäntö. Toisaalta tutkimuksessa on käytetty laajasti lainvalmisteluaineistoa, tärkeimpinä komitea- ja valiokuntamietinnöt ja hallituksen esitykset. Voimassa olevaa oikeutta systematisoidaan myös asiantuntija-artikkelien avulla. Lainsäädäntöajan yhteiskunnallista tilaa selvitetään osin käytettävissä olevan historian tutkimuksen sekä lisäksi sosiaalilainsäädäntöä kuvaavien yleisteosten ja tutkimusten avulla.

Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että mielenterveyden ongelmista kärsiviä on pyritty hoitamaan aiemmin pääasiassa tahdosta riippumatonta hoitoa, tai pakkohoitoa käyttäen. Toisaalta vapaampia hoitomuotoja, kuten perhehoitoa on myös sovellettu. Tutkimuksessa selvisi, että pyrkimys avohoitoon on ollut olemassa jo 1900-luvun alusta saakka. Käytännössä tuolloin alkanut voimakas mielisairaalapaikkojen lisääminen vesitti pyrkimykset. Avohoito on saanut tuulta alleen vasta viimeaikoina, kun sairaalapaikkojen lukumäärä on kääntynyt laskuun. Nimenomaisesti ja perusteellisesti tahdosta riippumattomasta hoidosta säädettiin vuoden 1978 mielisairaslain osittaisuudistuksen yhteydessä. Tuolloin säädettiin ensimmäisen kerran potilaan oikeudesta hakea muutosta hoidostaan tehtyyn päätökseen.

Mielisairaslainsäädännössä myös lain nimikkeen osalta on tapahtunut muutosta. Mielisairaslain aikaan pyrittiin nimellisestikin parantamaan sairautta, nyt mielenterveyslain myötä hoidetaan terveyttä. Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että lait ovat muuttuneet varsin verkkaisesti. Mitään radikaaleja muutoksia tahdosta riippumattoman hoidon sääntelyssä ei ole kerralla tehty.

Kannen taustakuva: Edvard Munch, Huuto (norj. *Skrik*) 1893.

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	3
1.1. Mielisairaanhoidon alkuvaiheet ja tahdosta riippumaton hoito	3
1.2. Keskeisten käsitteiden määrittely	10
1.3. Tutkimustehtävä	12
1.4. Työn oikeushistoriallisen tutkimusmenetelmän esittely	15
1.5. Tutkimusperinne, tutkimuskirjallisuus ja lähteet	22
2. VARHAISIN MIELEN SAIRAUKSIEN SÄÄTELY – KOHTI MODERNIA OIKEUTTA	28
2.1. Valtio hoitajana – Suomen mielisairaanhoidon ja sen historiallinen konteksti autonomian ajan alussa	28
2.2. Asetuksen mukainen hourinhoito	34
2.3. Tarve muutokseen – ei enää elinikäisen hoidon oikeutta	38
2.4. Kohti modernia säädettyä oikeutta	46
2.5. Tekijöitä tulevan mielisairaslain taustalla	49
3. MIELISAIRASLAISTA MIELENTERVEYSLAKIIN	52
3.1. Uusi vuosisata, uusi ja ensimmäinen mielisairaslaki	52
3.2. Tahdonvastainen hoito ensimmäisen mielisairaslain mukaan	59
3.3. Vuoden 1952 mielisairaslaki – hoidon päävastuu kunnille	62
3.4. Tahdosta riippumaton hoito vuoden 1952 lain perusteella	68
3.5. Mielisairaslain osittaisuudistus – ensiaskeleet tahdosta riippumattoman hoidon täsmällisempään säätelyyn	71
3.6. Miksi uusin mielenterveyslaki säädettiin?	79
4. MIELIPITEET VOIMASSAOLEVAN MIELENTERVEYSLAIN TAHDOSTA RIIPPUMATTOMAN HOIDON OSALTA	89
4.1. Lain valmisteluvaiheessa esitetyt ehdotukset	89
4.2. Kenellä on oikeus päättää psykiatrisesta hoidosta?	91
4.3. Äärimmäisen pakon käyttö psykiatrisessa terveydenhuollossa	96
5. TAHDOSTA RIIPPUMATON HOITO – MISTÄ MUUTOKSISTA VUONNA 1991 SÄÄDETTIIN?	100
5.1. Milloin hoidon edellytykset täyttyvät?	100
5.2. Tarkkailuun ottaminen	108
5.3. Tarkkailu	113
5.4. Kuuleminen ja hoidon määrääminen	118
5.5. Hoidon jatkaminen	121
5.6. Hoidon lopettaminen	123
6. HOURUINHOITOASETUKSESTA MIELENTERVEYSLAKIIN	125
LÄHTEET	134

1. JOHDANTO

1.1. Mielisairanhoidon alkuvaiheet ja tahdosta riippumaton hoito

Psykiatriset sairaudet ovat olleet tunnettuja niin kauan kuin on ollut ihmisiä¹. Sairauksista kärsiviä on kohdeltu tai pyritty hoitamaan kyseisen ajan ymmärryksen mukaisesti. Käytännössä kohtelu oli ankaraa, sairaat nähtiin *pahan riivaamina*², joita piti jopa kiduttamisen avulla auttaa pääsemään harhoistaan eroon. Toisaalta kyse oli myös silkasta rankaisusta. Mielisairaita pidettiin kahleissa tai kidutettiin 1800-luvulle saakka.³ Vielä 1700-luvulla mielisairaita saatettiin sulkea julkisille paikoille rakennettuihin hädkeihin yhdessä rikollisten ja jumalankieltäjien kanssa, jotta yleisö sai heitä pilkata ja kiusata. Tällaisen kohtelun vaihtoehtona ollut sairaan vieminen kuritusvankilaan saattoi olla siunaus. Vankilassa oli mahdollisuus saada häpäisyn ja rangaistuksen sijasta hoitoa ja vapaus liikuntaan.⁴

Järjestelmällisen mielisairanhoidon synty ajoitetaan 1600-luvun loppuun. Tuolloin sairastuneiden käytöstä alettiin tulkita mielisairauden oireena. Koettiin, että oireet tulee parantaa ja pakkokeinot nähtiin ratkaisukeinona. Tahdosta riippumattomilla toimilla oli tarkoitus kontrolloida sairastunutta yksilöä.⁵ Michel Foucault näkee tämän vallankäyttönä, kurinpidon ja valvonnan yhdistelmät toimivat kaikkialla yhteiskunnassa myös mielisairaaloissa.⁶ Foucault katsoo, että lääkäri (-kunta) saa hyötyä vallastaan toimia parantajana⁷. Myöhemmin osoitan myös muiden ryhmien saavan valtaa tai heillä oletetaan olevan päätäntävaltaa suhteessa potilaiden hoitopäätöksiin. Helén tulkitsee, että Foucaultin mukaan muun muassa mielisairaalan perinteinen

¹ ”Yet mental disorder as such had always been familiar. Psychiatric illness is as old as the human condition.” Shorter 1997, 1.

² Kalle Achté huomauttaa, että kaikkina aikoina yhteiskunnilla on ollut taipumus luoda jostakin ihmisryhmästä syypäitä. Tällaiseen ryhmään projisoidaan omat kielletyt ja torjutut pelot sekä pyrkimykset. Esimerkkeinä halveksittujen ryhmistä ovat olleet ensinnä noidiksi epäillyt, myöhemmin mielisairaat. Achté 1991, 15.

³ Sarvilinna 1938, 5–23.

⁴ KM 1908:6, 7.

⁵ Kaltiala-Heino ja Laippala Suomen Lääkärilehti 1997, 435; Kaltiala-Heino ja Välimäki 1999, 1; Foucault 1988, 38–42.

⁶ Foucault 1991, 138, 190; Foucault 2000, 204, 272; Ks. myös ko. teoksesta Ilpo Helénin saatesanat *Yksilöivä kuri* s. 472.

⁷ Foucault 1988, 274–276.

toimintatapa on ollut järjestyksen ylläpito jatkuvalla tarkkailulla⁸. Itse asiassa Foucault esittää teoksessaan *History of Madness* (2006), että mielisairaalat (asyylit) järjestivät sairaalle syyllisyyden tunteen tasolla, vaikkakaan potilaita vastaan ei enää kohdistettu rankaisutoimia. Tällä tavoin sairas tuli rangaistuksen kohteeksi kuin itsestään, eikä vankilaitoksen käyttämää tarkkailua tarvinnut tosiasiallisesti lopettaa.⁹

Humaanimmat hoitotavat alkoivat näkyä nykyaikaisessa mielisairaanhoidossa 1700-luvulla. Tosiasiallisesti mielisairaanhoidoissa oli kuitenkin ”koppihoitoa ja eristämistä” vielä 1900-luvun alkuun saakka¹⁰. Valistusajan myötä alettiin kuitenkin vähitellen kiinnittää huomiota myös ihmisoikeuksiin. Käsitys sopivan hoidon sairauksia parantavasta vaikutuksesta sai kannatusta vasta 1800-luvulta lähtien¹¹ Saksalaisen Johann Langermannin ryhtyessä ensimmäisenä asiaa ajamaan. Ranskan vallankumous oli sysäyksenä Philippe Pinelin (1745–1826) työlle. Pinel uskoi ajan olevan kypsä ja hän vapautti mielisairaita kahleista henkilökuntansa vastustuksesta huolimatta.¹² Foucault tosin huomauttaa, että fyysisten kahleiden poistamisen myötä Pinel oli rakentamassa henkisiä-moraalisia kahleita, kuten valvontaa. Näiden avulla sairaat oli tarkoitus pitää aloillaan. Hyvien pyrkimystensä ohella Pinel käytännössä käytti edelleen rankaisua potilaidensa hoitokeinona.¹³

Pinel oli varsinaiselta koulutukseltaan sisätautilääkäri, mutta se ei ollut este hänen mielenterveystyölleen. Itse asiassa se oli siunaus potilaille. Laitinen uskoo, että Pinel yritti soveltaa sisätautiopin vakiintuneempia diagnostisia ja hoidollisia käytäntöjä mielisairauksien

⁸ Helén 1994, 280–281.

⁹ Foucault 2006, 485.

¹⁰ Hynynen 1999, 12.

¹¹ On kiinnostavaa havaita humanisia hoitoja käytetyn jo varhaisina aikoina, vaikka pakkokeinojen käyttö on toki yleisempää ollutkin. Antiikin ajan tietous mielenterveyden häiriöistä oli hyvin kehittynyt. Sairauksien ajateltiin olevan ruumiin sisäisten toimintojen häiriöitä. Jo noin 100 e.a. käytettiin musiikkia potilaiden rauhoittamiseksi. Erityisesti Celsus noin ajanlaskun alun aikaan pyrki hyödyntämään lääkitystä (tosin oopiumia). Lisäksi Soranus Ephesosta vastusti jyrkästi pakkokeinojen käyttämistä. Hänen mielestään sairaille tuli antaa psyykkistä hoitoa ja potilaat tuli eristää ymmärtävien hoitajien valvonnan ja huolenpidon alaisiksi. Varsinaisia mielisairaaloita ei Rooman valtakuntaan kuitenkaan perustettu. Lisäksi antiikin pioneerien humanit käsitykset sairaudesta eivät levinneet yleiseen tietoisuuteen. Keskiajan loppupuolella alkanut kulttuurin ja tieteen uusi nousu tapahtui pitkälti kirkollisen kulttuurin armoilla, joten mielenterveyden häiriöitä selitettiin paholaisen tai riivaajan vaikutuksella. Terveys ja sairaus erotettiin toisistaan jyrkästi ja se johti poikkeavuuden kieltämiseen itsessä sekä vainoamiseen muissa. Tämän perusteella on kuitenkin helppo oivaltaa, että humanit hoitomenetelmät eivät ole ainoastaan modernin ajan keksintö. KM 1908:6, 5; Suomen Akatemian Työr. miet. 16.

¹² KM 1908:6, 7; Kaila 1966, 101; Foucault 1988, 242–243; Tuohimäki 2007, 27.

¹³ Foucault 1997, 70–71.

ymmärtämiseen. Näin lääketiede adoptoi psykiatrian suojelukseensa ja mahdollisti alan kehityksen. Vaikutus näkyy siinä, että uskomme vähitellen mielisairauden olevan sairaus, kuten somaattisetkin, eli ruumiilliset, sairaudet. Tähän seikkaan myös Pinel aikanaan uskoi.¹⁴

Englannissa John Conolly (1787–1866) pyrki toiminnallaan vähentämään pakkokeinojen käyttöä. Conolly tosin huomautti, että pakkokeinoja voitaisiin vähentää vain, mikäli yhteiskunnassa toteutuisi täydellinen muutos suhtautumisessa mielisairaisiin sekä rajoittavien keinojen tilalle tulisi positiivisia toimenpiteitä. Tällaisia olisivat Conollyn mukaan olleet potilaiden miellyttävä kohtelu, yksilöllinen hoito sekä riittävä määrä työtä ja virkistystä. Saadut kokemukset osoittivat, että mielisairaajat eivät olleet läheskään niin vaarallisia kuin aiemmin oli oletettu. Conollyn menetelmä noudatti niin kutsuttua *no-restraint-periaatetta*, jossa jokaiselle mielisairaalle tuli antaa mahdollisimman suuri vapaus perustetuilla avo-osastoilla, kuitenkin niin, että potilas ei tuottanut vaaraa itselleen tai sivullisille¹⁵. Toiseksi havaittiin potilaiden ei-toivottujen ominaisuuksien olevan seurausta vallinneista hoitotavoista. Uudistukset herättivät laajaa huomiota, mutta todelliset parannukset jäivät yksittäistapauksiksi.¹⁶

Edellisille hyviltä vaikuttaville uudistuksille on kriitikkonsa. Foucault ei ole vakuuttunut mielisairaiden vapauttajien pyyteettömyydestä ja humaaniudesta. Syynä olivat ennen muuta uskonnolliset ja moraaliset syyt. Sairaita vapautettaessa ei huomioitu tieteellisiä ja hoidollisia perusteita. Seurauksena saattoi olla, että luotiin sairaala, jossa potilaisiin kohdistuva terrori korvattiin hoidettavien liiallisella, viimekädessä ahdistavalla, pyrkimyksellä saattaa heidät vastuuseen sairaudestaan. Hoidon avulla potilaiden tuli tiedostaa moraalinen vastuunsa olotilastaan. Vaikka sairaita vapautettiin, ei sairaaloista tullut osa vapaata porvarillista yhteiskuntaa. Tosiasiassa potilaita tarkkailtiin, diagnosoitiin ja terapoitiin¹⁷. Foucault kirjoittaa, että ”hullut” oli vapautettu kahleistaan, mutta he olivat edelleen moralisoivan maailman vankeja, tai maailman, joka halusi sairaiden ymmärtävän oman, moraalisen vastuunsa sairauteensa.¹⁸

¹⁴ Laitinen 1989, 221–222; Valtiopäivät 1990, Pöytäkirjat 4, 3793.

¹⁵ KM 1908:6, 9.

¹⁶ Kinnunen 1950, 11–12; Hynynen 1999, 12.

¹⁷ Ilmeisesti tällaisten kommenttien vuoksi Foucault-kriitikot saivat aiheen syyttää Foucaultia anti-psykiatriksi ja psykiatrisen terveydenhuollon vähättelijäksi. Ks. esim. Eribon 1993, 166–167.

¹⁸ Foucault 1988, 243–257, 269; Gutting 2005, 70–71; Foucault 2006, 502.

Guttingin tulkinnan mukaan Foucaultin ajatus oli, että hulluus olisi ollut uskottava haaste normaalille. Olkoonkin, että Foucault sairaiden parissa työskennelleenä olisi tervehtinyt ilolla hoitoa, joka olisi parantanut potilaat moraaliseksi, tekojaan punnitseviksi kansalaisiksi.¹⁹ Ilmeisestikään Foucault ei vastustanut hoitoja, vaan lähtökohtia, joiden perusteella hoitoihin ryhdyttiin. Potilaille annettiin vapaus, mutta samalla heiltä vaadittiin liikaa olotilaansa nähden, mielenvikaisuutta ei hyväksytty osana heidän inhimillisyyttään.

Pakkokeinot olivat alkujaan yleisenä hoitomuotona myös Suomessa. Vasta mielisairautta tutkivan tieteen, psykiatrian, kehittyminen johti nykyisten kaltaisten parannus- ja hoitolaitosten perustamiseen. Inhimillisemmän hoitokulttuurin edistäjänä maassamme toimi Lapinlahden sairaalan ensimmäinen ylilääkäri Leonhard Adolfsson Fahlander (1807–1870). Hän pyrki poistamaan pakkokeinojen käytön hoidon aikana. Näihin tavoitteisiin ei vielä hänen aikanaan päästy, sillä Lapinlahden sairaala oli rakennettu hyödyntämään epäinhimillistä sellijärjestelmää²⁰. Talousvaliokunnan mietinnössä todetaankin pakkokeinoja pyrityn *mahdollisuuksien mukaan karttamaan* noin 1840-luvulta lähtien, eli Fahlanderin ajoista saakka. Toisaalta henkilökuntaa ei ollut riittävästi, eikä se ollut koulutettua, joten hyvät tarkoitusperät vesittyivät.²¹

Saattoi olla hyvä, että sairaalapaikat eivät Lapinlahdessa tuolloin vielä lisääntyneet. Tämä siksi, että potilaat jaettiin edelleen parantumattomiin ja parannettavissa oleviin. Potilaat saattoivat elää omissa yhteisöissään, eikä heidän kohtalonsa ollut joutua mahdollisesti parantumattomaksi luokiteltuna viettämään loppuelämänsä heikkotasoisessa hoidossa. Maalaisyhteiskunnassa ei ollut pelkästään terveitä, ”normaaleja” ihmisiä, vaan vammaisia tai mielenongelmista kärsiviä oli todennäköisesti nykyistä enemmän. Vammautuneita tai mielisairaita ei voitu piilotella. Tästä huolimatta heidän asemansa ei ollut helppo. Käytännössä monet joutuivat yhteisönsä silmätikuiksi. Vasta laitoshoidon alku saattoi luoda sivistyneemmän suhtautumisen sairaita kohtaan, mutta toisaalta erilaiset siivottiin pois niin sanottujen normaalien silmistä.²²

¹⁹ Gutting 2005, 71.

²⁰ Myös hoitomenetelmät olivat Lapinlahdessa hyvin alkeellisia. Näin voi todeta, sillä hoitokeinoina olivat muun muassa oksennuttavat aineet, ulostuslääkkeet, peräruiskeet suoneniskennät, eteeriset öljyt sekä erilaiset ihoa ärsyttävät aineet kuten elohopeavoiteet. Hakola 2002, 12.

²¹ TaVM 11/1935 vp, 1. Valtiopäivät 1935, Asiakirjat III; Kaila 1966, 101–102, 169.

²² Pulma 1991, 145–149.

Tähän erilaisuuden torjumiseen Foucault Guttingin mukaan tarttuu. Menneisyydessä mielen ongelmat nähtiin inhimillisenä mahdollisuutena, mutta kasvavan hoidon myötä 1600-luvulta lähtien, ymmärrys sairaita kohtaan väheni.²³ Tämä ilmeni esimerkiksi siinä, että 1700-luvun lopulla alkanut pyrkimys kohti humaania hoitoa ei tuottanut lopullisesti tulosta ennen 1900-luvun ensimmäisiä vuosikymmeniä²⁴. Pitkään oli vallalla käsitys, jonka mukaan mielisairaanhoidolaitokset olivat ainoastaan sairaiden varastointi- ja valvontapaikkoja. Kokonaan vieras ajatus sen sijaan oli se, että henkilökunta pyrki parantamaan ja auttamaan hoidettavaa.²⁵

Mielisairaalalaitoksen kehittyminen ajoittuu 1800-luvulle. Vastoin hyviä aikomuksiaan ensimmäiset psykiatrit epäonnistuivat. Potilaita ei kyetty hoitamaan ja osasyiksi esitettiin psykiatristen potilaiden määrän huomattavaa kasvua. Toinen näkökulma oli, että mielisairaalaan suljettiin sellaisia, jotka eivät sinne olisi kuuluneet. Kritiikki tälle ajattelulle löytyy puolestaan siitä, että 1800 ja 1900-lukujen välillä mahdollisuus joutua mielisairaalaan kasvoi huomattavasti. Syynä oli kuppa, jonka oireet ilmenivät usein psyykkisinä oireina. Joka tapauksessa 1800-luvulla potilaspaikkoja lisättiin ja vastaavasti myös mielisairaaloita perustettiin huomattavasti. Jo vuosisadan alkupuolella kehitettiin inhimillisempiä hoitomenetelmiä. Potilaita pyrittiin velvoittamaan erilaisiin päivärutiineihin, jotta heidän mielensä ja itsehillintänsä vahvistuisi. Vähitellen vuosisadan kuluessa myös potilaiden kohteluun tehtiin muutoksia, lempeydellä uskottiin päästävän parempiin tuloksiin kuin hoidettavia rankaisemalla.²⁶

Hoito ei inhimillistynyt kerralla. Myös 1800-luvulla sairaita suljettiin suurin joukoin laitoksiin ja syy oli siinä, että psykiatrisista sairauksista kärsiviä siirrettiin perheidensä tai köyhäntalojen hoidosta sairaaloiden vastattavaksi.²⁷ Varsinainen vallankumous psykiatrisessa hoidossa koettiin kuitenkin vasta 1900-luvun puolivälistä alkaen psykiatristen lääkeaineiden keksimisen myötä. Vasta lääkkeet mahdollistivat sen, että pakkohoito ei ollut käytännössä ainoa hoitovaihtoehto. Mahdollisuus tehokkaaseen avohoitoon tuli tässä vaiheessa ajankohtaiseksi.²⁸

²³ Foucault 2006, 61–62; Gutting 2005, 72.

²⁴ Sarvilinna 1938, 248–250; Kaila 1966, 109. Suomalaiset lääkärit tekivät 1800-luvun puolivälissä opintomatkoja, joiden myötävaikutuksella kotimaista sairaalahoitoa pyrittiin kehittämään. Ks. Sarvilinna 1938, 248–250.

²⁵ Shorter 2005, 4–5, 19–24; Jyrkinen 2005, 13.

²⁶ Shorter 2005, 37–40, 43–47.

²⁷ Shorter 2005, 37–40, 43–47, 56.

²⁸ Achte 1991, 21.

Suomen perustuslaissa (731/1999) turvatut perusoikeudet kuuluvat lähtökohtaisesti kaikille²⁹, niin täysikäisille kuin alaikäisillekin. Nykyisin perusoikeuksien katsotaan kuuluvan myös laitoksissa oleville. Vielä muutama vuosikymmen sitten ei ajateltu näin laveasti.³⁰ Perustuslain määrittämien perusoikeuksien kannalta tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon ottaminen tarkoittaa puuttumista säädettyyn oikeuteen henkilökohtaisesta vapaudesta ja koskemattomuudesta. Perustuslain 7 §:n 3 momentin määrittelemänä henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ei saa puuttua eikä vapautta riistää mielivaltaisesti ilman laissa säädettyä perustetta. Vapautensa menettäneen oikeudet turvataan lailla. Samassa kohdassa säädetään lisäksi, että muu vapaudenmenetys kuin rangaistus voidaan saattaa laillisuudeltaan tuomioistuimen tutkittavaksi. Esitettyjen perusoikeuksien myötä estetään henkilön määrääminen tahdostaan riippumattomaan hoitoon, eikä häneen myöskään voida kohdistaa tahdosta riippumattomia hoitotoimenpiteitä, ellei laissa ole näistä erikseen säädetty³¹.

Tahdosta riippumatonta hoitoa säännellään mielenterveyslaissa (1116/1990), mutta myös Suomen ratifioimissa tai allekirjoittamissa ihmisoikeussopimuksissa. Sinällään tahdosta riippumattoman hoidon ja mielenterveyslain suhde on ongelmallinen. On ymmärrettävä, että vastentahtoinen hoito on vain pieni osa psykiatrista hoitoa, vaikka mielenterveyslaista huomattava osa nimenomaan tahdosta riippumattomalle hoidolle omistetaankin. Tämän vuoksi on huomautettu, että pääosin pakon käyttöä käsittelevän lain tulisi olla nimetty muuksi kuin mielenterveyslaiksi. Kaikesta toteutuneesta erikoissairaanhoidosta, avohoito mukaan luettuna, tahdosta riippumattoman hoidon osuus on noin kahden prosentin luokkaa.³² Toisaalta, lähes kolmannes psykiatrisessa sairaalahoidossa olevista potilaista on vielä nykyisinkin tullut hoitoon tahdostaan riippumatta³³. Mielenterveyslain valmistelutöiden mukaan esimerkiksi vuonna 1986 mielisairaalapotilaista lähes 20 prosenttia oli hoidossa tahdostaan riippumatta³⁴. Tässä kohtaa on huomattava, että nykyisin suhteellisen suuri avohoidon määrä saattaa osaltaan vääristää tilastoja ja saada aikaan ilmiön, jossa potilaita ei tahtonsa vastaisesti juurikaan hoidettaisi.

²⁹ Ainoa varsinainen poikkeus tästä säännöstä on perustuslain 14 §: n 1–2 momenteissa, joissa määritellään äänioikeuden ja vaalikelpoisuuden kunnallisissa ja valtiollisissa vaaleissa edellyttävän 18 vuoden ikää.

³⁰ Nieminen 2007, 66.

³¹ Tuori 2004, 447, Lohiniva-Kerkelä 2004, 118.

³² Pyllkkänen ja Lönnqvist Suomen Lääkärilehti 13/1986, 1217.

³³ Tuori ja Kiikkala Suomen Lääkärilehti 37/2004, 3412.

³⁴ VmTM 1988, 11.

Esimerkiksi Euroopan neuvoston ihmisoikeussopimuksen 5(1) artikla sallii lakiin perustuvan vapauden riiston heikon mielenterveyden vuoksi.³⁵ Ihmisoikeussopimuksen mukaan vapauden riistoa koskevassa asiassa tuomioistuimen tulisi noudattaa nopeaa käsittelyä. Lisäksi Euroopan neuvosto on antanut *suosituksen*³⁶ vuonna 1983, jossa kiinnitetään huomio tahdosta riippumatta hoitoon otetun henkilön oikeudelliseen suojaan. Niin Euroopan neuvoston ihmisoikeussopimus kuin viimeksi mainittu suositus on otettu huomioon lakiehdotusta mielenterveyslaiksi valmisteltaessa. Toisaalta ihmisoikeussopimuksen vaikutuksesta on Oikeusministeriössä ollut suunnitteilla (hallituksen esityksen antamisen aikaan) asettaa työryhmä, jonka yhtenä tarkoituksena oli lääninoikeusmenettelyn kehittäminen. Kehittäminen merkitsi sitä, että lääninoikeudet, nykyiset hallinto-oikeudet³⁷, kykenisivät käsittelemään vapauden riistosta mielenterveysasioissa tehdyt alistukset ja valitukset tarpeeksi lyhyessä ajassa.³⁸

Hyviä tarkoituspäriä voi toisinaan olla vaikea täyttää. Esimerkiksi potilaan tekemän valituksen käsittelyaika saattaa venyä usean kuukauden mittaiseksi, mikäli hallinto-oikeudelle joudutaan toimittamaan useita täydentäviä asiakirjoja ja lisäselvityksiä. Toisaalta hallinto-oikeuksien työmäärä suhteessa käytettävissä olevaan henkilökuntaan vaikuttaa väistämättä annettavien ratkaisujen keston.³⁹ Helsingin hallinto-oikeuden toimintakertomuksen vuodelta 2007 mukaan keskimääräinen käsittelyaika hoitoon määräämisessä mielenterveysasiassa, eli alistus- tai valitusasiassa, on 2,3 kuukautta⁴⁰. Mielenterveydelliset alistus ja valitus asiat työllistävät hallinto-oikeuksia suhteellisesti eniten verrattuna muihin sosiaali- ja terveydenhuollon aloihin. Toisaalta sosiaali- ja terveydenhuollon piiristä lähetetään hallinto-oikeudelle enemmän juttuja ratkaistavaksi kuin muilta aloilta.⁴¹

³⁵ TaVM 6/1990 vp, 4. Valtioapäivät 1990, Asiakirjat C2. Ks. samasta asiasta myös Tuori 2004, 447.

³⁶ Recommendation concerning the legal protection of persons suffering from mental disorder placed as involuntary patients No. R (83) 2. HE 201/1989 vp, 4. Valtioapäivät 1989, Asiakirjat A4.

³⁷ Lääninoikeudet muutettiin hallinto-oikeuksiksi hallinto-oikeuslailla (430/1999). Kyseinen laki astui voimaan 1.3.2000. Ks. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990430>.

³⁸ HE 201/1989 vp, 4, 11. Valtioapäivät 1989, Asiakirjat A4.

³⁹ Ks. tältä osin EOA 1934/4/05 (31.12.2007).

⁴⁰ Helsingin hallinto-oikeuden toimintakertomus 2007, 28.

⁴¹ Vrt. esim. Helsingin hallinto-oikeuden vuosikertomus 2007, 26–30 ja Turun hallinto-oikeuden vuosikertomus 2007, 24–28.

1.2. Keskeisten käsitteiden määrittely

Hoitoa, joka toteutetaan ilman potilaan antamaa suostumusta, voidaan kutsua kolmella eri käsitteellä. Tällaisia ovat termit: ”tahdosta riippumaton hoito”, ”pakkohoito” ja ”vastentahtoinen hoito”. Näillä yleiskielessä lähes samaa tarkoittavilla sanoilla on lopulta hieman eri merkitys. Määritelmä tahdosta riippumaton hoito on lainsäädännössä omaksuttu käsite. Kyseinen termi on sisällöltään tarkempi ja laajempi kuin siitä käytetyt synonyymit. Pakkohoito ja vastentahtoinen hoito rajautuvat pelkästään niihin tilanteisiin, joissa hoidettava on henkilökohtaisesti ilmaissut, että hän ei hyväksy hoitamiseksi esitettyä hoitomuotoa. Hoito tahdosta riippumatta on sitä vastoin ulotettavissa myös tilanteisiin, joissa henkilö ei ole kykenevä ilmaisemaan tahtoaan tai hänen tahdostaan ei voida olla varmoja. Käsitteellä tahdosta riippumaton hoito on siis pyritty tiukentamaan sairaalaan ottamisen perusteita. Sairaalaan otettavan henkilön tulee olla niin sairas, että hänen tahtoaan ei voida ottaa huomioon.⁴² Eri määritelmien välisellä rajanvedolla on käytännön merkitystä esimerkiksi erittäin sekavan potilaan hoidossa.⁴³

Lisäksi mielenterveyttä ajatellen pakolla tai vastentahtoisella hoidolla on negatiivinen kaiku. Tahdosta riippumaton hoito antaa ainakin jossain määrin inhimillisemmän sävyn yksilönvapautta viimesijaisesti rajoittavalle hoitomuodolle. Tästä syystä käytän itse työssäni tahdosta riippumattoman hoidon käsitettä. Hallinto-oikeudessa on perinteisesti käytetty käsitettä ”vapaudenriisto”. Oikeusjärjestelmässämme lähtökohtana on yksilön vapaus. Hallinto-oikeudellisessa vapaudenriistossa on kyse toimenpiteestä, joka voi tapahtua vastoin henkilön nimenomaista tahtoa tai siitä riippumatta.⁴⁴ Vapaudenriisto ei kuitenkaan varsinaisesti kuvaa hoitoa, vaan se on toimenpide, jolla puututaan henkilön oikeusasemaan. Tämän vuoksi kyseistä termiä ei ole tarpeen käyttää ainakaan hoitoon oton yhteydessä.

Psykiatrisessa hoidossa voidaan pakkoa käyttää ainoastaan sellaisiin henkilöihin, jotka ovat mielenterveyslain mukaisesti joko tahdostaan riippumattomassa hoidossa tai tarkkailtavana. Poikkeuksia tästä ei ole. Eräissä Euroopan maissa tahdosta riippumatonta hoitoa voidaan antaa

⁴² KM 1984:17 I osa, 82.

⁴³ Sosiaalipsykiatria 1989, 80; Pylkkänen Suomen Lääkärilehti 14/1988, 1353.

⁴⁴ Sosiaalihallitus 4/1990, 2.

henkilölle, jolla on vakava mielenterveyden häiriö. Suomessa tällaista holhoavampaa suhtautumista sovelletaan alaikäisten osalta.⁴⁵

Pakko voidaan nähdä sekä keskeisenä käsitteenä että ongelmana yhtäältä lääketieteessä ja toisaalta oikeustieteessä. Terveystieteissä kysymykset tahdosta riippumattoman psykiatrisen hoidon lainsäädännöllisistä edellytyksistä, toteutuksesta ja valvonnasta ovat olleet esillä kansainvälisesti viime vuosikymmeninä.⁴⁶ Suomessa esilläolo on ollut erityisen runsasta sen vuoksi, että maamme liittyi Euroopan ihmisoikeussopimukseen vuonna 1995. Erityisen merkittävää on se, miten oikeusjärjestelmämme suhtautuu potilaan itsemääräämisoikeuden rajoituksiin. Aiemmin pidettiin riittävänä, että ainoastaan lääketieteellinen harkinta ja etiikka ohjaavat potilaisiin kohdistuvia toimenpiteitä, nykyisin edellytetään yksityiskohtaista lainsäädäntöä ja oikeudellista valvontaa. Eduskunnan oikeusasiamies ja valtioneuvoston oikeuskansleri valvovat perusoikeuksien toteutumista.⁴⁷ Lääketieteellisen harkinnan ja oikeudellisen sääntelyn problematiikkaan palaan myöhemmin työssä luvun 4 yhteydessä.

Lääketieteellinen näkökanta painottaa tahdosta riippumattoman hoidon olevan valitettava viimesijainen toimenpide, mutta eräissä tilanteissa välttämätön hoitomuoto. Tällaisella hoidolla turvataan huolenpito sellaisille, joiden kyky hakea ja vastaanottaa hoitoa on järkkynyt. Lääketieteellinen lähestymistapa hyväksyy tahdosta riippumattoman hoidon, koska sen mukaan valtion tulee suojata kansalaisiaan, viimekädessä ilman kansalaisten suojeleensa antamaa myöntymystä. Vastaavasti oikeusturvaa korostava katsantokanta pitää tahdonvastaista hoitoa aina vaarallisena yksilön vapautteen kohdistuvana loukkauksena. Äärimuodossaan tällainen ajattelu tarkoittaa, että ketään ei saisi hoitaa vastoin tahtoaan. Maltillisempien mielestä tahdosta riippumaton hoito saattaa olla hyväksyttävää, mutta heidän eivät hyväksy edellä esitettyä lääketieteellistä argumentaatiota hoidon perusteeksi. Oikeudellista näkökulmaa kannattaville pelkkä hoidon tarve ei riitä tahdonvastaisen hoidon perusteeksi. Tahdosta riippumaton hoito on heidän mukaansa sallittua ainoastaan potilaan vaarallisuuden vuoksi.⁴⁸

⁴⁵ Vertaa tältä osin mielenterveyslain 2 luku, etenkin sen 8 § ja 10 §. Suutala 1999, 10.

⁴⁶ Sosiaalipsykiatria 1989, 80.

⁴⁷ Stoor 23.3.2007.

⁴⁸ Sosiaalipsykiatria 1989, 81.

Potilaan käsitteen hahmottaminen on tärkeää. Potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) annetun lain, myöhemmin työssäni potilaslaki, 2 §:n 1 momentti määrittelee potilaan terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttäväksi tai niiden kohteena olevaksi henkilöksi. Selvyiden vuoksi lakiin on kirjattu maininta kohteena olosta. Tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaanhoitoon otettaessa potilas on nimenomaan palvelujen kohde. Potilasstatuksen syntymiseen riittää esimerkiksi ilmoittautuminen poliklinikalla tai kirjautuminen sairaalaan, koska tällöin alkaa hoitosuhde. Hoitosuhteen alkaminen on edellytys potilaan aseman syntyyn.⁴⁹ Käsitteeni mukaan mielenterveyspotilaan hoitosuhde alkaa terveyskeskuslääkärin päätöksestä, jossa hänet määrätään sairaalaan tarkkailtavaksi lähetettäväksi⁵⁰. Hoito- ja potilassuhde syntyy jo tällöin riippumatta siitä päätetäänkö varsinaista tahdosta riippumatonta hoitoa aloittaa tarkkailujakson jälkeen. Perustan näkemykseni siihen, että tarkkailututkimus tehdään useimmiten mielisairaalassa⁵¹. Tällöin mielenterveyspotilaan on kirjaututtava tai hänet kirjataan sairaalaan sisään otetuksi.

1.3. Tutkimustehtävä

Pro gradu-tutkielmassani tarkastelen mielenterveyden hoidon lainsäädäntöä osin oikeushistorian toisaalta lainopin metodin avulla⁵². Työssäni käsittelen erityisesti niitä tahdosta riippumattoman hoidon muutoksia, joita lainsäädäntöön on tehty vuosien 1840–1991 välisenä aikana. Yksityiskohtaisemman tarkastelun suoritan mielisairaslainsäädännön muutoksesta mielisairaslain vuodelta 1952 ja mielenterveyslain vuodelta 1991 välillä. Tahdosta riippumattoman hoidon lisäksi selvitän työssä myös sitä, kuinka avohoitoa on käytetty osana muuten pakkoon perustuvaa hoitoa. Luomalla katsauksen avohoidon kehitykseen on mahdollista tarkastella sitä, keskityttiinkö

⁴⁹ HE 185/1991 vp, 13. Valtiopäivät 1991, Asiakirjat A4.

⁵⁰ Mielenterveyslain 22a §:n 1 momentin mukaan kyseisessä laissa potilaalla tarkoitetaan 2 luvun mukaisesti säädetyllä tavalla tarkkailuun otettua taikka tutkimukseen tai hoitoon määrättyä henkilöä.

⁵¹ Etenkin potilaan tahdosta riippumattoman hoidon jatkamista koskeva tarkkailu voitiin korkeimman hallinto-oikeuden mukaan suorittaa ainoastaan (psykiatrisessa) sairaalassa. KHO 2006:85. Vangin psykiatrisen tarkkailu ja sairaalahoito toteutetaan yleensä psykiatrisen vankisairaalan omissa sairaalayksiköissä. Vankien mielenterveyspalvelut Rikosseuraamusviraston määräys 13/011/2006. 8.9.2006. Ks. myös esimerkiksi mielenterveyslain 9 ja 10 §.

⁵² Erityisesti luku 5 on suhteellisen oikeudellinen.

varhaisimman lainsäädännön aikaan pelkästään pakottavaan hoitomenetelmään ja jos keskityttiin, niin missä määrin. Tarkoituksena on lainsäädäntöaineistoa ja tutkimuskirjallisuutta analysoimalla vastata kysymyksiin: miksi ja missä olosuhteissa, millä perusteilla sekä miten lait säädettiin ja miten tahdosta riippumaton hoito kehittyi uudistusten yhteydessä.

Kysymykseen siitä miksi ja missä olosuhteissa lait säädettiin ja lain uudistukset tapahtuivat, vastaan tuomalla esiin kulloisenkin aikakauden lainsäädäntötarvetta. Pyrin nojaamaan historiallisiin lähteisiin siltä osin kuin niitä on saatavilla. Toisaalta lain uudistusten perusteiden selvittämisestä käyvät esimerkiksi hallituksen esitykset ja talousvaliokunnassa tehdyt mietinnöt sekä valmisteluvaiheessa esitetyt puheenvuorot. Lisäksi asiantuntijoiden, pääasiassa psykiatrien, mutta myös muiden tutkijoiden kommenttien avulla voi valottaa sitä, millaiset olivat lähtökohdat, jotka vallitsivat mielenterveyslakia hahmoteltaessa ja säädettäessä. Puolestaan kolmatta kysymystä siitä, miten lait alkujaan säädettiin ja lainuudistukset, etenkin vuoden 1991 kokonaisuudistus, tapahtuivat, käsittelemällä käytännössä läpi työn. Venäjän valtakunnan aikana ensimmäisillä mielenterveysasioista annettujen asetusten ja julistusten sekä vuonna 1938 voimaan tulleen ensimmäisen mielisairaslain avulla on mahdollista selvittää, kuinka vahvaan perinteeseen mielenterveyslaki nojasi. Toisaalta on tärkeää luoda katsaus myös siihen kuinka samankaltaisia lait käytännössä olivat ja muuttuiko tahdosta riippumattoman hoidon lainsäädäntö oleellisesti uuden mielenterveyslain myötä.

Pääasiallisen tarkastelun kohdistan varsinaiseen lainuudistus- ja muutosprosesseihin. Käsittelemällä syvemmin nykyisin voimassa olevaa mielenterveyslakia vertaillen sitä vuoden 1952 mielisairaslakiin ja sen osittaisuudistukseen vuodelta 1978. Lainsäädäntöjohtoisella tarkastelulla voin valottaa sitä mikä lainsäädännössä muuttui ja miten. Luku 5 on tarpeen, sillä ainoastaan yksityiskohtaisen tarkastelun avulla voidaan osoittaa millainen voimassa oleva lainsäädäntömme on. Tässä on tarpeen ottaa huomioon psykiatrian ammattilaisten mielipiteet ja heidän esittämä kritiikki. Lääketieteen ammattilaisten näkökulma on oikeastaan ainoa vaihtoehto, sillä historioitsijat eivät erityisemmin ole lainsäädännöstä ja sen vaikutuksista kirjoittaneet.

Nykyisen lain osalta työssä tarkastellaan aiempaan, nyttemmin kumottuun, lainsäädäntöön vertaillen mielenterveyslain 2 luvun mukaista tahdosta riippumattomaan hoitoon ottamisen

menettelyä⁵³. Tutkimukseen ei tässä yhteydessä sisällytetä mielenterveyslain 3 ja 4 luvuissa käsiteltyjen kriminaalipotilaiden, eli rikoksesta syytettyjen ja rangaistukseen tuomitsematta jätettyjen hoitoa tahdosta riippumatta. Heihin kohdistettava hoitoonottomenettely on hieman erilainen verrattuna pelkästään psyykkisesti sairaisiin potilaisiin. Kriminaalipotilaiden osalta aloitteen hoidosta tekee tuomioistuin, eivätkä lääkärit⁵⁴. Pro gradu-tutkielmassa ei ole mahdollista jakaa voimavaroja niin kutsuttujen tavallisten, ainoastaan psyykkisistä ongelmista kärsivien ja rikoksen suorittaneiden kriminaalipotilaiden historiallisen vertailun menestyksekkääseen ja syvälliseen suorittamiseen.

Eheän ja yhtenäisen kuvan luomiseksi tahdosta riippumattomasta hoidosta, olen katsonut aiheelliseksi rajata tutkimuksen käsittelemään ainoastaan mielenterveyslain 2 lukua. Valittujen kohtien tarkastelulle on perusteita, sillä tahdosta riippumatonta hoitoa uudistettiin keskeisiltä osiltaan vuonna 1991 voimaan astuneessa mielenterveyslaissa. Toisaalta kriminaalipotilaiden osalta hoitoa on pyritty kehittämään aivan viimeaikoina. Tästä on esimerkkinä lainvalmisteluaineisto, jota on laadittu muun muassa rikoslain ja oikeudenkäymiskaaren uudistamisen yhteydessä.⁵⁵ Lisäksi Sosiaali- ja terveysministeriössä on ollut vireillä hanke, jonka tuloksena on selvitetty rikos- ja mielenterveyslain yhdistämisen mahdollisuutta⁵⁶. Koska uudistukset ovat vasta tulossa, ei kriminaalipotilaiden tutkiminen ole vielä tässä yhteydessä järkevää.

⁵³ On huomattava, että mielenterveyslakiin 2 luvun 8 §:ssä säädelty alaikäiseen kohdistuva tahdosta riippumaton hoito säädettiin lain tasoisena ensimmäisen kerran vasta vuoden 1991 mielenterveyslaissa. Alaikäiseen kohdistuvaa tahdosta riippumatonta hoitoa ja sen historiaa en tässä yhteydessä käsittele. Palaan aihepiiriin myöhemmässä yhteydessä. Lyhyesti voi todeta, että mielenterveyslain mukainen pakkohoitopäätös alaikäiseen kohdistuen on tehtävissä väljemmin perustein kuin aikuisen. Aikuisella tahdosta riippumattoman hoidon edellytys on todettu mielisairaus. Alaikäisen kohdalla riittää mielenterveyslain 8 §:n 2 momentissa säädetty vakavan mielenterveyden häiriön toteaminen. Kaltiala-Heino 2003, 28.

⁵⁴ Ks. tältä osin mielenterveyslain 1116/1990 3 luku 15 §.

⁵⁵ Ks. esimerkiksi HE 44/2002 vp. Valtiopäivät 2002, Asiakirjat A2 sekä HE 271/2004 vp. Valtiopäivät 2004, Asiakirjat A9.

⁵⁶ Ks. tarkemmin Lankinen ym. 2005.

1.4. Työn oikeushistoriallisen tutkimusmenetelmän esittely

Oikeushistoria on oikeudellisen muutoksen analyysiä⁵⁷. Sen tarkoituksena ei ole luetella aiemmin voimassa olleita säädöksiä, lakeja sekä oikeusnormeja kronologisesti, tai kuvata niitä aikajärjestyksessä. Tutkijan itsenäisen analyysin puute merkitsee hänen kyvyttömyyttään selittää tutkimaansa ilmiötä. Tarkastelijan tulee selvittää ensiksi se, miten oikeus on muuttunut. Tämä tarkoittaa muutoksen kuvaamista tai sen rekonstruointia. Toiseksi tutkijan tulee vastata kysymykseen siitä miksi oikeus on muuttunut. Tällöin on löydettävä tekijät, jotka ovat muutokseen, tai muuttumattomuuteen vaikuttaneet. Myös muuttumattomuus on huomioitava, sillä muuttumattomuuden analyysi voi yhtäläillä olla oikeushistoriallisen tutkimuksen kohteena.⁵⁸ Muutoksen tai muuttumattomuuden ohella oikeushistoriassa voidaan tutkia esimerkiksi oikeuskäytäntöä. Edellistä tulisi myös kyetä selittämään. Oikeushistoriassa ei ole oleellista lausua jälkikäteen käsitystä siitä, kuinka jokin oikeudellinen ongelma olisi pitänyt ratkaista. Toisaalta on mahdollista tarkastella sitä, ollaanko tiettyinä aikana samankaltaisten asioiden ratkaisuisissa oltu johdonmukaisia.⁵⁹

Historiantutkimuksessa kerronta nojaa lähteisiin ja kaikkien historiallisten lähteiden käyttö vaatii tulkintaa. Oikeushistoriallisen tutkimuksen lähteet ovat olennaisilta osiltaan samankaltaisia kuin positiivisen, eli voimassaolevan oikeuden tutkimuksen lähdeaineisto. Kysymys on Hannu Tapani Klamin mielestä ainoastaan siitä, mikä materiaali katsotaan välittömästi relevantiksi voimassa olevan oikeuden sisällön selvittämisen kannalta. Käsitykseni mukaan Klamin ajatus on se, miten lakia tulkitaan ja miten siitä kirjoitetaan. Historiallisen tai oikeushistoriallisen tutkimuksen tarkoituksena on sijoittaa elettyvä aika yhteiskunnallisen kehityksen edellytyksiin. Oikeustieteessä juristi sen sijaan samaa aineistoa hyödyntäen vaikuttaa, tahtomattaankin, siihen, miten oikeutta käyttävät instanssit toimivat. Samankaltaisesta lähdeaineistosta huolimatta historiallinen tarkastelutapa ei oikeustieteen tavoin pyri oikeuden uusintamiseen. Oikeushistoriassa varsinaisia primäärilähteitä ovat säädetyt lait sekä lainsäädännön esityöt. Toisaalta sekundaarilähteitä ovat esimerkiksi lakia selittävä oikeuskirjallisuus tai lakia tulkitsevat

⁵⁷ Kekkonen 1999, 5; Kekkonen 2002, 7, 9.

⁵⁸ Kekkonen Lakimies 4/1988, 355–359; Kekkonen 2002, 9.

⁵⁹ Klami 1977, 6–7; Ylikangas 1978, 190–191.

tuomioistuimen päätökset. Etenkin tuomioistuimen päätöksiä arvioitaessa on hyvä pitää mielessä se, että ne ovat jo valmiiksi tulkittua materiaalia.⁶⁰

Lähdekritiikki on historiantutkimuksen välttämätön tekijä. Käytettävissä olevan aineiston mielekkyyden hahmottaminen sekä kriittinen arviointi suhteessa tutkimusongelmaan nousee myös oikeushistoriassa merkittävästi esiin. Tämä siitä huolimatta, että varsinaiset lait ovat vain hyvin harvoin väärennettyjä. Periaatteessa myös varhaisempaa lakitekstiä tarkasteltaessa on huomioitava, että sattuma on vaikuttanut myös siihen, mitä oikeudellista ainesta nykypäivään on säilynyt⁶¹. Katson tosin, oman tutkimukseni aineiston olevan sikäli tuoretta, että varhaisimmat julistukset, lait ja komiteamietinnöt on dokumentoitu luotettavasti. 1800–1900-lukujen lait ovat virallisaineistoa, jotka on koottu valtiopäiväasiakirjoihin ja komiteamietinnöt puolestaan löytyvät omina erillisinä niteinään. Mikäli tutkimuksessa tarkasteltaisiin sairaaloiden tai lääkintöhallituksen asiakirjoja, tulisi lähdekritiikin olla huomattavasti tarkempaa⁶². Klamin mukaan laki voi kertoa ainoastaan yksipuolisen totuuden. Oikeushistoriallinen tutkimus ei ole hedelmällistä, mikäli aineistoa ja sen avulla selityksiä ei haeta juridiikan ulkopuolelta⁶³, yhteiskunnasta ja sen muutoksesta.⁶⁴

Oikeushistoria on tutkimusotteeltaan sidoksissa sekä oikeustieteeseen että historiaan. Oikeushistorian tutkimuskohde on oikeudellisesti määrittynyt, mutta sen metodi on yhteinen historiantutkimuksen kanssa. Oikeushistorian tutkimusote on oikeustieteellinen, koska tutkimuksen kohteena on oikeudelliseen ympäristöön kuuluvat ilmiöt. Toisaalta historian osuus tulee esiin siinä, että tarkastellaan oikeudellisia muutoksia ja pyritään muutoksen selittämiseen. Selittämisessä käytetään apuna historiantutkimuksen menetelmiä. Tärkeimpänä menetelmänä on lähdekritiikki, eli lähteenä käytettävän aineiston syntyhistorian sekä sen luotettavuuden ja totuudellisuuden arviointi.⁶⁵ Oikeustieteellinen tutkimus nojautuu perinteisesti lainopin metodiin.

⁶⁰ Klami 1977, 7–10, 30.

⁶¹ Tallberg 1997, 197–198.

⁶² Marianne Tallbergin mukaan esimerkiksi lääkintöhallituksen asiakirjoja on varmuudella systemaattisesti kerätty talteen vasta vuodesta 1939 jälkeen, jolloin vahvistettiin laki julkisista arkistoista. Tallberg 1997, 198.

⁶³ Aiemmin, vielä 1800-luvulla, oikeushistoriassa pitäydettiin paljolti pelkässä normilausemateriaalissa. Tämä johtui siitä, että oikeuden historiasta kirjoittivat enimmäkseen juristit. He eivät huomioineet sitä, että oikeusnormit olivat yläluokan käsityksiä. Valtaapitävien tahdonilmaukset eivät yleensä edustaneet kansan käyttäytymistä, eivätkä ne todellisuudessa toetuneet käytännön oikeudenhoidossa. Klami 1977, 11–12.

⁶⁴ Klami 1977, 14.

⁶⁵ Kekkonen Lakimies 4/1988, 355–360; Siltala 2003, 69.

Lainopissa keskeisenä tavoitteena on voimassa olevien oikeussääntöjen tulkinta ja systematisointi.⁶⁶

Oikeushistoriallinen tutkimus on mahdollista jakaa kahteen suuntaukseen: *idealistiseen*⁶⁷ ja *rakenteelliseen*⁶⁸. Oikeushistorioitsijoiden välillä vallitsee kahtiajako idealistisen ja rakenteellisen selitystavan kannattajien välillä. Kolmatta selitystapaa ei Kekkonen mukaan näiden välille käytännössä mahdu.⁶⁹ Kekkonen ei perustele väitettään, mutta viittaa toisaalla ”kolmannen tien” mahdollisuuteen ilmeisesti Toomas Kotkakseen viitaten⁷⁰. Arvioin mainittua ”kolmatta tietä” sekä sen asemaa oikeushistoriallisena teoriana seuraavassa.

Idealistinen koulukunta katsoo oikeudellisen muutoksen olevan sidoksissa aatteelliseen muutokseen. Erityisesti oikeuden aate- ja oppihistoriaan perehtyneet tutkijat kannattavat idealistista selitystapaa. Lainsäädäntö, oikeuskäytäntö ja lopulta oikeustiede muuttuvat oikeudellisten doktriinien, oppirakennelmien tai ideologisen kehityksen vaikutuksesta. Idealistisessa selitystavassa oikeusjärjestys koetaan autonomisena, yhteiskunnallisesta ja historiallisesta kehityksestä irralliseksi. Jukka Kekkonen kyseenalaistaa idealistisen suuntauksen etenkin sillä perusteella, että yhteiskunnallisen näkökulman sivuuttaminen johtaa tutkimuksen rajoittumiseen ainoastaan perifeerisiin kysymyksiin. Ainoastaan oikeutta tutkimalla oikeudesta ei voida saavuttaa uutta tietoa.⁷¹ Tärkeintä Kekkonen mukaan olisi päätyä kysymään miksi ja minkä vuoksi juuri kyseisiä aatteita käytettiin. Tarkoituksena olisi siis tarkastella aatteiden taustalla olevia motiiveja, intressejä ja tavoitteita.⁷²

Päinvastoin kuin idealistinen, rakenteellinen tutkimustapa ottaa huomioon yhteiskunnan taloudellissosiaalisen rakenteen, poliittiset valtasuhteet sekä yhteiskunnassa toimivien ryhmien

⁶⁶ Aarnio 1989, 57; Aarnio 1997, 39; Siltala 2001, 17; Siltala 2003, 67.

⁶⁷ Idealistista suuntausta esitellään muun muassa Hannu Tolosen ja Päivi Paaston artikkeleissa. Tolonen Oikeus 1992:2; Paasto Lakimies 3/1997.

⁶⁸ Rakenteelliseen tutkimussuuntaukseen voi perehtyä esimerkiksi Jukka Kekkonen artikkelien ja tutkimusten perusteella. Ks. esim. Kekkonen Lakimies 4/1988; Kekkonen 2002. Tarkastelemani perusteella katson lisäksi Hannu Tapani Klamin kuuluvan rakenneselittävään koulukuntaan. Tähän viittaa Klamin yhteiskunnallisen aineksen ja selitystavan painotus oikeushistoriallisessa tutkimuksessa. Ks. tältä osin Klamin ajatuksista esitety s. 15.

⁶⁹ Kekkonen Lakimies 4/1988, 356.

⁷⁰ Kekkonen 2002, 11.

⁷¹ Kekkonen Lakimies 4/1988, 355–358.

⁷² Kekkonen 1987, 321–322.

intressit.⁷³ Tällöin ei tutkita ainoastaan oikeutta itseään, vaan ymmärretään oikeuden olevan aina inhimillisen tahdonmuodostuksen tulosta. Yhteiskunnallisten vaikuttimien hyväksyminen johtaa myös sen käsittämiseen, että oikeus ei kehity paremmaksi, vaan oikeus ainoastaan muuttuu. Se muuttuuko oikeus parempaan vai huonompaan suuntaan, on sidoksissa siihen kenen näkökulmasta asiaa tarkastellaan.⁷⁴ Kekkonen tunnistaa sen, että oikeus ei muokkaannu automaattisesti sellaiseksi kuin sen tunnemme. Säädettyt lait kuvastavat, mutta niillä pyritään myös ratkaisemaan ja sääntelemään yhteiskunnallisia ristiriitoja sekä tehtyjä kompromisseja.⁷⁵

Mielenterveyslaissa jokin asia, kuten hoitoon määrääminen saattaa potilaalle olla hyvä, mutta yhteiskunnalle, maksajalle, kustannuksia tuottava. Tällöin voidaan joutua käymään arvokeskustelua siitä mihin varat riittävät. Mielenterveysasioissa on aina kyse poliittisesta rajanvedosta, viimekädessä siitä kuka maksaa⁷⁶. On pohjimmiltaan yhteiskunnallismoraalinen kysymys, missä määrin julkinen valta palauttaa erilaisilla veroilla väestöltä kerätyt varat takaisin kansalaisille ja keihin varat kohdistetaan.⁷⁷

Toomas Kotkas uskoo, että on mahdollista tehdä oikeushistoriallista tutkimusta jossa yhdistetään idealistinen ja rakenneselittävä suuntaus⁷⁸. Kotkas pohtii rakenneselittävän- ja aatehistoriallisen koulukunnan synteisiä artikkelissaan *Kolme näkökulmaa oikeushistorian tutkimukseen* (1999). Hänen mukaansa oikeushistorioitsijan ei ole järkevää sivuuttaa oikeudellista ajattelua vetoamalla sen instrumentaaliseen, eli ilmeisesti lakitekstejä tulkitsevaan luonteeseen. Toisaalta tutkijalle on epäedullista, mikäli hän jättää ei-kielellisen, eli yhteiskunnallisen todellisuuden tutkimuksensa ulkopuolelle. Tällöin tutkija uskottelisi, että rakenneselittävä yhteiskunnallinen painotus heijastuisi riittävällä tavalla tutkimuksen kohteena olevien oikeudellisten käsitteiden kautta.⁷⁹ Kotkas huomauttaa lisäksi, että ollakseen oikeushistoriallista tutkimusta, tulee tutkimuksen olla sidoksissa ensisijaisesti oikeudellisiin ilmiöihin tai ilmiöiden oikeudellisiin ulottuvuuksiin. Kotkas siis myös puolustaa idealistista suuntausta. Tätä hän selittää sillä, että pelkästään

⁷³ Ylikangas 1979, 59–61 Kekkonen Lakimies 4/1988, 358–359; Jukka Kekkonen on myös toisaalla painottanut yhteiskunnallisten etunäkökohtien huomioimisen tärkeyttä. Ks. Kekkonen 1996, 8–9.

⁷⁴ Kekkonen 2002, 11–12.

⁷⁵ Kekkonen 1987, 314.

⁷⁶ Siltala 13.12.2007.

⁷⁷ Salokangas Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 3/1988, 235.

⁷⁸ Kotkaksen muotoilemaa rakenteellisen ja idealistisen tutkimussuunnan yhdistävää oikeushistoriallista tutkimusta on tehnyt esimerkiksi Heikki Pihlajamäki väitöskirjassaan *Evidence, Crime and the Legal Profession* (1997).

⁷⁹ Kotkas Oikeus 1999:4, 348–350.

rakenneselittävään tarkastelutapaan nojaava tutkija on vaarassa sivuuttaa oikeudellisen aineksen yhteiskunnallisen kustannuksella.⁸⁰

Oma tutkimukseni on oikeastaan Kotkaksen esittelemien käsitysten tavoin kahden suuntauksen, idealistisen ja rakenteellisen selitystavan yhdistämistä. Idealistinen se on siinä mielessä, että tarkastelen voimassaolevaa mielenterveyslakia pääosin lainopin metodin kautta. Ainoastaan konkreettisesti lakia tutkimalla ja tulkitsemalla voi antaa lukijalle selvityksen siitä mistä mielenterveyslaissa säädetään ja miten laki ja sen tulkinta on muuttunut vuonna 1952 säädetystä mielisairaslaista. Idealistinen tutkimusote selittyy sillä, että työ on lainsäädäntöprosessin kuvaus. Tarkoituksena on vertailla eroavuutta, mutta myös esitellä sitä jatkumoa, jota etenkin vuosina 1978 ja 1991 voimaantulleiden lakien välillä ilmenee. En tarkastele lainuudistuksen vaikutusta potilaiden hoidolle. Niiden selvittäminen tässä yhteydessä olisi työn yhtenäisyyden kannalta ongelmallista ja se laajentaisi työtä suhteettomasti.

Lainsäädäntöjohtoiseen tutkimukseen pakottaa osaltaan myös se, että mielisairaslaista ei ole juurikaan laadittu käytännön ohjeita sairaaloittain tai sairaaloille⁸¹. Tämän sain selville ollessani yhteydessä Vammalan aluesairaalan psykiatriseen yksikköön, sekä Pitkäniemen sairaalaan että Niuvanniemen vankimielisairaalaan. Sairaaloille annettujen ohjeiden vähyden selittää se, että hallinnollisten ohjeiden antaminen on vähentynyt huomattavasti viimeisimmän mielenterveyslain uudistuksen jälkeen 1990-luvulla. Aikaisemmin lääkintöhallitus saattoi antaa koko terveydenhuoltoa koskevia sitovia ohjeita⁸². Tällä hetkellä viranomaisohjeita on mahdollisuus antaa ainoastaan, mikäli laissa on säädetty tällaisesta valtuutuksesta. Heikki Suutalan mukaan mielenterveyslaista ei tosiasiallisia soveltamisohjeita ole juurikaan annettu.⁸³ Vaikka ohjeistusta ei yleisesti annetakaan, psykiatrisissa sairaaloissa on oltava laitosten ulkopuolinen valvonta ja hallinnollinen ohjaus. Mielenterveystyön osalta ohjausta ja valvontaa hoitaa Sosiaali- ja

⁸⁰ Kotkas 2003, 37.

⁸¹ Käytännössä ei voidakaan antaa, koska laki on ainoa hoitoa määrittävä tekijä. Tämän totesivat kaikki johtavat lääkärit (Irma Järvinen-Aro, Vammala, Klaus Lehtonen, Pitkäniemi sekä Eila Tiihonen, Niuvanniemi). Klaus Lehtonen huomautti lisäksi, että yliopistolliset sairaalat, kuten Pitkäniemi, eivät anna ohjeita myöskään alaisilleen psykiatrisille yksiköille. Jokainen sairaala toimii hänen mukaansa itsenäisesti ja antaa mahdollisia omia ohjeita hoitoa koskien.

⁸² Käytännössä vielä 1980-luvun lopulla lääkintöhallitus on antanut suhteellisen laajalti ohjeita mielisairaslain soveltamisesta. Ks. esim. Pylkkänen Suomen Lääkärilehti 15/1988, 1489–1490. (Kirjallisuusluettelo)

⁸³ Suutala 1999, 6; Tiedon vahvistivat myös johtavat lääkärit Eila Tiihonen ja Klaus Lehtinen 2.11.2007.

terveysministeriö⁸⁴. Lisäksi Terveydenhuollon oikeusturvakeskus valvoo terveydenhuoltohenkilöstön toimien laillisuutta.⁸⁵

Jokaisessa psykiatrisessa sairaalassa tulee olla ohjeet pakkotoimien soveltamisesta⁸⁶. Yhtenäisten terveydenhuoltoa velvoittavien ohjeiden puutteen voi nähdä myös ongelmana. Ohjeet antavat oikeusturvaa sekä potilaille että hoitajille. Toisaalta voidaan katsoa, että yhtenäisiä ohjeita ei tarvita siksi, koska mielenterveyslain 4a luku säätelee potilaan kohdistuvasta pakon käytöstä melko yksiselitteisesti⁸⁷. Käytännössä sairaalat nojaavat lakiin ja antavat itse perustason toimijoille, hoitajille sekä lääkäreille, ainoastaan aukikirjoitetut ja johtavan lääkärin hyväksymät mielenterveyslakia mukailevat, mutta velvoittavat ohjeet. Jokaisen sairaalan itsenäistä toimintaa painotti erityisesti Klaus Lehtinen. Lisäksi Lehtinen korosti, että yliopistosairaalat eivät anna ohjeita sairaanhoitopiirinsä muille yksiköille.⁸⁸ Saman saatoon todeta Vammalan psykiatrisen sairaalan asiakirjoista.⁸⁹ Ylemmän tason vähäinen kontrolli selittyi osittain 1990-luvulla alkaneeseen pyrkimykseen vähentää sosiaalialan hallinnon keskusjohtoisuutta. Aiemmin korkean tason yksityiskohtaiset määräykset ovat muuttuneet tiedotteiksi ja vuoropuheluksi ylemmän tahon ja suorittajaportaan välillä.⁹⁰

Toisaalta on myös arvosteltu sitä, että uuden mielenterveyslain antamisen yhteydessä ei annettu minkäänlaisia ohjekirjeitä. Lain säätämisen aikaan ainoastaan organisoitiin muutamia informaatiotilaisuuksia. Ohjekirjeiden puuttuminen merkitsee aina väistämättä tulkintavaikeuksia, etenkin kun kyseessä on uusi laki. Antamalla mielenterveysasetuksen vain muutama vuorokautta ennen lain voimaantuloa 21.12.1990, mielenterveyslakia pyrittiin selventämään lähinnä käytännön ongelmatilanteita silmälläpitäen.⁹¹

⁸⁴ <http://info.stakes.fi/mielekasselama/FI/toimijoita/valtilta.htm>.

⁸⁵ Suutala 1999, 6, 10.

⁸⁶ Suutala 1999, 6.

⁸⁷ Vielä vuoteen 2001 asti uudessakin mielenterveyslaissa potilaan itsemääräämisoikeuden rajoituksesta säädettiin melko lyhyesti nyttemmin kumotun 28 §:n 1–3 momenteissa. Suppean sääntelyn vuoksi on helppo ymmärtää miksi yhtenäisiä ohjeita on kaivattu.

⁸⁸ Klaus Lehtinen 2.11.2007.

⁸⁹ Vammalan aluesairaala/psykiatria. Ohje tahdosta riippumattomasta hoidosta 29.9.1998 sekä ohje tahdostaan riippumattomassa hoidossa olevien itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta 28.5.2002.

⁹⁰ Satka 1994, 331.

⁹¹ Pulkkinen Suomen Lääkärilehti 21/1992, 1985.

Lisäksi käsittelen aikakausia, jolloin mielisairaslainsäädäntöä on laadittu, myös rakenteellisen tutkimusmallin avulla. Itsenäinen lainsäädännön tarkastelu ei kykene huomioimaan sitä, millaisessa yhteiskunnallis-historiallisessa kontekstissa lainuudistustyötä on suoritettu. On pohdittava, millaisia tekijöitä on lain säätämisen, soveltamisen ja lainsäädännön vaikutusten taustalla, sillä oikeutta tutkiva, uusintava ja muokkaava oikeustiede ei ole yhteiskunnan ulkopuolinen ilmiö⁹². Tutkimuksen rakenteellista ja käytännöllistä puolta hahmotan etenkin lääketieteellisissä, mutta myös oikeustieteellisissä asiantuntijalehdissä julkaistuista puheenvuoroista. Toisaalta historian tutkimuksen avulla on mahdollista sijoittaa tutkittavaa ajan jaksoa yhteiskunnalliseen kontekstiin. Valitettavasti on todettava historiallista tutkimusta sosiaalilainsäädännön osalta olevan niukalti. Mainittujen lisäksi käytän lainsäädännön virallislähteitä ja tutkimuskirjallisuutta. Tuon tutkimukseeni syvyyttä tarkastelemalla varhaisempia mielisairaista annettuja asetuksia sekä lakeja. Kumottujen lakien ja annettujen asetusten arvo on siinä, että niiden avulla on mahdollista osoittaa, että säädetyillä laeilla on tietty perinne johon ne nojaavat. Tahdosta riippumatonta hoitoa on ollut pitkään, sen säätely on vain hoidettu nykyisellä lailla näkyvämmäksi ja luotettavammaksi.

Siltä osin kuin tekstissä on tarpeellista viitata lakeihin ja asetuksiin olen metodillisesti valinnut oikeustieteessä yleisesti käytettävissä olevan linjan. Sijoitan lait tekstiin auki kirjoitettuna. En toista niitä alaviitteissä. Käytäntö, jossa lakiviittaukset ovat tekstin sisällä, helpottaa työn seuraamista ja lukija näkee välittömästi mikä laki tai asetusta on tarkastelun kohteena. Vaihtoehtona olisi kirjoittaa tekstiin vain pelkät pykälät ja laittaa lakien nimet alaviitteeseen, mutta tällöin tekstistä olisi vaarana tulla liian raskasta lukijan joutuessa arvioimaan, minkä lain yksittäinen pykälä tai momentti milloinkin on tarkasteltavana. Esitetystä menettelystä on mielestäni aiheellista poiketa ainoastaan keisarillisten asetusten sekä julistuksen yhteydessä. Ne on järkevää sijoittaa alaviitteeseen. Toimin näin, koska kyseiset nimet ovat niin pitkiä, että niiden sijoittaminen tekstiin hidastaisi lukemista kohtuuttomasti. Toisaalta varhaisten säädösten osalta tällainen toiminta on perusteltua, koska viittaa niihin suhteellisen vähän ja pääosin ainoastaan työn historiallisessa osuudessa. Tällöin lukija oletettavasti tietää, mikä säädös on kyseessä.

⁹² Tuori 1997, 407–408.

1.5. Tutkimusperinne, tutkimuskirjallisuus ja lähteet

Oikeushistoriallinen tarkastelutapa puolustaa asemaansa, sillä säädetty oikeus on historiaa välittömästi voimaantultuaan⁹³. Aiemmin historiaoppiaineessa mielenterveyttä ja mielisairaita on tutkittu lähinnä pelkästään historiallisen aineiston kautta lainopillinen näkökulma sivuuttaen. Ongelma mielisairaslainsäädännön ja etenkin tahdosta riippumattoman hoidon tutkimuksen osalta on aiheen vähäinen perustutkimus. Mielisairaita kuten yhteiskunnan muitakin ongelmaryhmiä on tutkittu, mutta lainsäädäntötutkimukselle tällaisista lähteistä on ainoastaan vähäinen hyöty. Oikeastaan ainoa väitöstutkimus, josta oma työni saa edes hieman rakenteellista johtoa on Markku Salon *Sietämisestä solidaarisuuteen* (1996). Koska varsinaisia lähteitä on niukalti, joudun rakentamaan yhteiskunnallista ajankuvaa hyvin yleisluontoisten ja lainsäädäntöpainotteisten tutkimusten avulla. Tältä osin käyttämästäni kirjallisuudesta käyvät esimerkiksi teokset *Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva* (1994) sekä *Suuriruhtinaskunnasta hyvinvointivaltioon* (1992).

Mielisairaus on ollut käsitelty teema joissakin Joensuun yliopistoon tehdyissä Suomen historian pro gradu-tutkielmissa⁹⁴. Juridista näkökulmaa niissä ei ole. Toisaalta oikeustieteissä mielisairaiden asemasta on kirjoitettu yleensä pelkästään vallitsevan lainsäädännön perusteella⁹⁵. Kumpikin tieteenala jättää siis toisensa pääosin huomiotta. Vaikka mielisairas-/mielenterveyslain vertailu on pääosin oikeudellista, historiallisen näkökulman avulla voidaan vastata kysymykseen siitä miten ja minkä vuoksi lait ovat muuttuneet sellaisiksi kuin ne tänä päivänä ovat. Näihin kysymyksiin pelkästään lainopillinen kysymyksenasettelu ei vastaa.

Suomalaisista historioitsijoista esimerkiksi Toivo Nygård käsittelee suppeasti mielisairaiden asemaa teoksessaan *Erilaisten historiaa* (1998). Kattava kuva mielenterveystyön historiasta

⁹³ Kekkonen Lakimies 4/1988, 360.

⁹⁴ Historian osalta esimerkkeinä käyvät Janne Hirvosen pro gradu ”*Kajahtiko*” *Karjalassa* vuodelta (1992), Johanna Talvitien pro gradu *Seinäjoen piirisairaala* vuodelta (2001) sekä Sanna Pajarisen pro gradu *Lepokääreistä lääkkeisiin* (2005).

⁹⁵ Esimerkiksi Paula Sorjonen on tutkinut, melko suppeasti tosin, mielenterveyslain mukaista tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämistä ja perusoikeuksien rajoittamista hoidon aikana pro gradussaan *Oikeutta ja pakkohoitoa* (2003).

annetaan esimerkiksi teoksessa *Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatria*. Mielenterveyslaki ja sen osa-alue tahdosta riippumaton hoito ei ole saanut aikaan erityisempää kiinnostusta oikeusoppineiden piirissä. Teemaa käsitellään lähinnä erilaisissa sosiaalioikeuden kokoomateoksissa⁹⁶. Tosin Helsingin yliopiston hallinto-oikeuden professori Kaarlo Tuori käy mielenterveyslain mukaisen tahdonvastaisen hoidon seikkaperäisesti läpi, oikeustapauksia analysoiden, teoksessaan *Sosiaalioikeus* (2004). Jorma Laitinen on tutkinut tahdosta riippumatonta hoitoa moraalifilosofian keinoin väitöskirjassaan *Tahdosta riippumattoman hoidon oikeutus moraalifilosofisessa katsannossa* (1996). Laitisen työ on oikeastaan ainoa suoraan tahdosta riippumattomasta hoidosta tehty tutkimus. Omaan työhöni hänen suorittamasta moraaliloogisesta analyysistä ei kuitenkaan ole apua.

Toisaalta Riittakerttu Kaltiala-Heino on vertaillut vapaaehtoisessa ja tahdon vastaisessa hoidossa olevia potilaita väitöskirjassaan *Involuntary Psychiatric Hospitalization* (1995). Kaltiala-Heino on kuitenkin vertaillut lähinnä potilaiden kokemuksia haastatteleamalla sekä potilaita että heidän omaisia ja analysoinut tuloksia tilastollisten menetelmien avulla. Varsinainen oikeudellinen aineisto puuttuu hänen tutkimuksestaan. Carita Tuohimäki on tuoreessa väitöskirjassaan *The use of coercion in the Finnish civil psychiatric inpatients* (2007) tutkinut potilaita käyttäen haastattelu- ja rekisteritutkimusta. Tuohimäki käy tutkimuksensa alussa läpi mielenterveyslainsäädäntöä sekä Suomen että ulkomaiden osalta. Varsinaista lainsäädännön analyysia hänenkään tutkimuksensa ei pidä sisällään. Kaltiala-Heinon ja Tuohiniemen tutkimukset ovat lääketieteellis-hoitotieteellisiä, joten lainopillista näkökulmaa niiltä ei toki voida odottaakaan.

Oikeushistorian alalta on julkaistu joitakin oppikirjoja, jotka ovat yleisluontoisia esityksiä, näissä on pyritty antamaan kuva länsimaisen oikeusjärjestelmän kehityksestä. Yksittäisiin ongelmiin on oikeushistoriallisessa tutkimuksessa perehdytty useimmiten rikosoikeushistoriassa. Todennäköinen syy on siinä, että Helsingin yliopiston oikeushistorian professorina toimi 1970-luvun lopulta lähtien Heikki Ylikangas, jonka tutkimukset ovat keskittyneet rikoshistoriaan. Toisaalta rikosten ja sotien osalta lähdeaineistoa on säilynyt huomattavasti enemmän kuin muilta

⁹⁶ Esimerkkinä tällaisesta teoksesta voi mainita Jouko Narikan toimittaman *Sosiaali- ja terveyspalvelujen lainsäädäntö käytännössä*. Esitys käsittelee mielenterveyslainsäädäntöä ja – palveluita varsin kattavasti, mutta varsinaista tutkimusta se ei sisällä.

oikeudenaloilta, joten painottunut tutkimussuuntaus selittyy myös siten. Ylikankaan perinnettä on sittemmin jatkanut Jukka Kekkonen. Uudempikin tutkimus on keskittynyt paljolti rikoshistoriaan, kuten Toomas Kotkaksen väitöskirja ”*Suosioista ja armosta*” (2003). Kyseisessä teoksessa perehdytään autonomian ajan armahdusoikeuteen. Uusin oikeushistoriallinen tutkimus näyttää saavan muitakin kuin rikoshistoriallisen tutkimuksen piirteitä. Kaius Tuori tavoittelee kansainvälistä lukijakuntaa väitöskirjallaan ”*Ancient Roman Lawyers and Modern Legal Ideals*” (2006).

Yhtä yhtenäistä oikeushistorian metodiopasta ei ole saatavilla. Oikeushistoriallisia tutkimusmenetelmiä on kuitenkin käsitelty usean kirjoittajan voimin suhteellisen kattavasti tutkimuskirjoissa sekä erityisesti asiantuntija-artikkeleissa. Laajemmin ajatuksiaan on viime aikoina tuonut esiin Helsingin yliopiston oikeushistorian ja roomalaisen oikeuden professori Jukka Kekkonen. Hän on pohtinut oikeushistorian metodologiaa esitelmässään *Mitä oikeushistoria on?* (1988) sekä pääsykoekirjassa *Johdatus kontekstuaaliseen oikeushistoriaan* (2002). Oikeustieteellisistä metodeista on kirjoitettu *Minun metodini* -teos (1997), johon Kekkonen on myös kirjoittanut keskeiset teesinsä oikeushistorian tutkimuksesta. Valitettavasti tämä teos antaa puheenvuoron pelkästään Kekkoselle ja siten hänen edustamalleen rakenneselittävälle suuntaukselle, jättäen pois kilpailevat metodit. Lisäksi Jukka Kekkonen juhla- ja muutoskirja *Muutos ja jatkuvuus* (2003) voidaan nähdä eräänlaisen oikeushistorian metodioppaana, tosin vain Kekkonen ajattelun osalta.

Oikeushistorian metodologiaa käsittelevistä kirjoista on todettava se, että ne käsittelevät tuotteliaimman kirjoittajansa Jukka Kekkonen mielipiteitä sopivasta oikeushistoriallisesta metodista. Idealistisesta oikeushistorian tulkinnasta perille päästäkseen täytyy perehtyä asiantuntijajulkaisujen artikkeleihin esimerkiksi Päivi Paaston *Oikeustieteen ajallisuudesta* (1997) ja Hannu Tolosen *Menneet ja nykyiset käsitteet oikeuden ja yhteiskunnan aatehistoriassa* (1992) osalta. Toomas Kotkas on puolestaan ainoa, joka pyrkii tuomaan esiin sekä rakenneselittävää että idealistista näkemystä.

Toomas Kotkas pohtii laajasti oikeushistorian metodologiaa sekä artikkelissaan *Kolme näkökulmaa oikeushistorian tutkimukseen – rakenteita, aatteita vai molempia?* (1999) että väitöskirjassaan.

Kotkaksen väitöskirja on havaitsemani perusteella ainoa, joka antaa arvioivan puheenvuoron myös idealistiselle suuntaukselle. Näiden lisäksi Kotkas on hahmotellut oman teorian, joka poikkeaa totutusta kahden oikeushistoriallisen koulukunnan jaottelusta. Kotkaksen teoria voidaan nähdä kahden aiemmin mainitun teorian synteeseinä.

Ilmeisesti rakenneselittävä tutkimus on niin tämän päivän valtavirtaa, että sitä kritisoivaa idealistista tutkimussuuntausta ei ole kelpuutettu esimerkiksi *Minun metodini* -tyylisiin kokoomateoksiin. Toinen vaihtoehto on, että ei ole ilmaantunut kirjoittajaa, joka olisi kyennyt laatimaan jäsentyneen kokonaisuuden idealistisesta oikeushistorian metodista. Tällä hetkellä on tyydyttävä asiantuntijajulkaisuissa esiteltyjen Paaston ja Tolosen kirjoituksiin, jotka ainakin toistaiseksi näyttävät sisällöllisesti suppeina ja viimeistelemättöminä verrattuna Kekkonen julkaisemiin puheenvuoroihin. Oikeushistorian metodologiaa sivutaan myös varhaisemmassa tuotannossa. Sekä Hannu Tapani Klamin toimittama *Oikeushistoriallisia tutkimuksia I* (1977) että Heikki Ylikankaan mainitut tuotokset antavat kuvan oikeushistorian lähtökohdista.

Pro gradu-tutkielmani perustuu pääosin virallislähteiden monipuoliseen hyödyntämiseen. Työssäni virallislähteisiin kuuluvat lait esitöineen. Esitöiksi on katsottava komitean mietinnöt, hallituksen esitykset, eduskunnan vastaukset sekä valiokuntien mietinnöt ja lausunnot. Eduskunnassa lainuudistusten yhteydessä käyty keskustelu kuvaa kansanedustajien suhtautumista tahdosta riippumattomaan hoitoon ja sen vaikutusta potilaiden tuleviin hoitomuotoihin. Varsinaisena lainsäädännön esitöinä eduskuntakeskustelua ei ehkä voida pitää, mutta etenkin mitä lähempänä ne ovat säädöksen lopullista päätöksentekoa, sitä suurempaa niiden painoarvoa on pidettävä.⁹⁷

Esitellyn aineiston lisäksi tuen työtäni tutkimuskirjallisuudella. Sen määrällisen vähäisyyden⁹⁸ vuoksi luen kirjallisuuteen kuuluvaksi myös useat asiantuntija-artikkelit, joita esimerkiksi *Duodecim*-⁹⁹, *Suomen Lääkärilehti*-¹⁰⁰ sekä *Lakimies-julkaisuissa* on ilmestynyt. Jaottelen

⁹⁷ Husa ja Pohjolainen 1994, 38.

⁹⁸ Tarkoitan määrällistä vähäisyyttä nimenomaan säädetyn lain ja sitä systematisoivan kirjallisuuden suhteellisen rajallisella määrällä sekä teosten joltisenkin suppeilla luonnehdinnoilla mielenterveyslaista sekä etenkin tahdosta riippumattomasta hoidosta.

⁹⁹ Aikakauskirja *Duodecimia* julkaisee vuonna 1889 perustettu Suomalainen Lääkäriseura *Duodecim*, aikakauskirjaa on julkaistu kyseisestä vuodesta lähtien. KM 1939:9, 25.

artikkelit, siten että johdannossa sekä työssä yleistietoutena käyttämäni artikkelit ovat tutkimuskirjallisuuden yhteydessä. Vastaavasti taas ne artikkelit, joiden avulla rakennan varsinaista tutkimuksellista kuvaa mielenterveyslain tahdosta riippumattomasta hoidosta, sijoitan omaksi kokonaisuudekseen tutkimusartikkelien ryhmään. Tutkimuksen rakenteellista puolta joudun hahmottamaan suhteellisen suppealla ja yleisluontoisella kirjallisuudella. Tämä selittyy sillä, että varsinaisesti mielisairaslainsäädännön kehityksestä ja muutokseen vaikuttaneista seikoista ei spesifejä tutkimuksia ole juurikaan tehty.

Työssä on tarpeen käyttää suhteellisen paljon oikeudellista kirjallisuutta sekä lääketieteen ammattilaisten kirjoittamia artikkeleita. Psykiatrien mielipiteet ovat tärkeitä etenkin voimassa olevan lainsäädännön käytännön soveltamisen kuvaamiseksi. Niitä on hyödynnettävä myös, koska yrityksistäni huolimatta en ole juurikaan löytänyt aiheesta historian tutkijoiden kyseisiä lakeja analysoivia artikkeleja. Valitut lähteet muodostavat väistämättä lähdekriittisen ongelman. Lääketieteilijät katsovat mielisairaslainsäädäntöä omasta näkökulmastaan, samoin tekevät julkaisuissaan lainsäädäntöä systematisoimaan pyrkivät oikeustieteilijät. Lisäksi lainsäätäjät, eli kansanedustajat ajattelevat todennäköisesti taloudellisia intressejä enemmän kuin potilaiden oikeusturvaa, sillä heidän vastuullaan on valtion varojen jakaminen sopiviksi katsomiinsa kohteisiin.

Eri ryhmittymien välillä näyttäisi vallitsevan tietty vastavoima. Mielisairaslainsäädäntöä säädettäessä on tarkastelujaksolta 1930-luvulta 1990-luvulle havaittavissa vahva taloudellinen painotus. Lakien valmisteluun on jokaisella kerralla ottanut osaa talousvaliokunta. Toisaalta valiokunta on kuullut asiantuntijoina ja eri komiteoissa on istunut lääketieteen, erityisesti psykiatrian asiantuntijoita. Vaikka taloudellista puolta on pyritty painottamaan, on todennäköistä, että lääkäreiden mielipiteet ovat väistämättä vaikuttaneet, jopa suurena määrin siihen lopputulokseen, joka aikanaan eduskunnassa on hyväksytty.

Voimassa olevan lainsäädännön yhteydessä lääketieteilijöiden kannanotot ovat mielestäni hyväksyttäviä, sillä ketkä lääkäreiden ohella ovat päteviä arvioimaan vallitsevia hoitokäytäntöjä?

¹⁰⁰ Suomen Lääkärilehteä julkaisee vuonna 1910 perustettu Suomen Lääkäriliitto. Julkaisua on toimitettu vuodesta 1922 lähtien, alkujaan Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehti – nimellä. KM 1939:9, 25.

Lisäksi kansanedustajat eivät ole täysin lainvalmisteluelinten asiantuntijoiden johdateltavissa. Eduskunnassa istui esimerkiksi mielenterveyslakia säädettäessä useita lääketieteen tai psykiatrian ammattilaista, jotka arvioivat säädettävää lakia hyvinkin kriittisesti. Heillä oli ammatillisen pätevyytensä puolesta mahdollisuus pohtia, kenelle kuuluu oikeus päättää psykiatrisesta hoidosta. On vaikea kuvitella, että ainoastaan käytännön tasolla psykiatrisesta hoidosta täysin tietämättömät maallikot päättäisivät mieleltään sairastuneen hoitoa koskevista asioista. Tosin on tiedostettava lainsäätäjien olevan pääasiassa maallikoita, joilla ei ole, eikä voi olla, käytännön kokemusta psykiatrisesta terveydenhuollosta.

2. VARHAISIN MIELEN SAIRAUKSIEN SÄÄTELY – KOHTI MODERNIA OIKEUTTA

2.1. Valtio hoitajana – Suomen mielisairaanhoidon ja sen historiallinen konteksti autonomian ajan alussa

Ruotsin vallan ajalta tunnetaan eräitä mielisairaiden hoitoa koskevia lakimääräyksiä. Kuitenkaan mitään yhtenäistä, koko maata koskevaa lakisääteistä järjestelmää ei Ruotsi kyennyt maahamme luomaan. Ajan tapa velvoitti perheet ja omaiset huolehtimaan sairaistaan varallisuutensa mukaan. Käytännössä varattomat ja vaarattomat sairaut joutuivat kuitenkin kerjäämään elantonsa. Lisäksi katolisen kirkon munkki- ja nunnajärjestöt pyrkivät auttamaan sairaita, yleensä tosin ainoastaan tilapäisesti.¹⁰¹ Suomen ensimmäiset mielisairaanhoidon säätelevät määräykset sisältyvät Serafimirarikunnan ylivalvonnan alaisille hospitaaleille 28.4.1791 annettuun johtosääntöön. Tuolloin ajatuksena oli, että mielisairaanhoidon tulisi järjestää hospitaaleissa jokaisessa läänissä. Tosiasiassa johtosääntöön ei ollut sisällytetty mitään määräyksiä mielisairaiden sairaalaan ottamisesta, eikä lääkärin-, tai muustakaan hoidosta. Mielisairaanhoidon pysyi tarkemmin säätelemättä lähes 50 vuoden ajan.¹⁰²

Miksi Ruotsin vallan ajalla ei johtosääntöä kummempaa lainsäädäntöä kyetty kehittämään? Yksiselitteistä syytä tähän on vaikea antaa. Ruotsin vallan viimeisinä vuosikymmeninä taloudessa, hallinnossa ja oikeudenkäytössä tapahtui periaatteessa merkittäviä päätöksiä¹⁰³, mutta ilmeisesti niitä ei onnistuttu johtamaan tarpeeksi käytännöllisiksi uudistuksiksi. Eräs esiin nostettava seikka on suomalaisten osallistumisaktiivisuus ruotsalaiseen valtioelämään. Suomen edustajat eivät olleet erityisen innokkaita ajamaan maamme etuja. Oma alueellista erillisasemaa haluttiin korostaa tietoisesti etenkin 1500-luvun lopulla kun valtakunnan hallinto oli vielä suhteellisen keskittämätön. Lisäksi kehityssuunta jatkui edelleen 1600-luvulla Ruotsin kyettyä

¹⁰¹ Kinnunen 1950, 14–15.

¹⁰² TaVM 11/1935 vp, 1. Valtiopäivät 1935, Asiakirjat III.

¹⁰³ Kustaa III pyrki eroon merkantilismista esimerkiksi puuttamalla ammattikuntalaitoksen toimintaan ja valtakuntaan perustettiin pitkästä ajasta uusia kaupunkeja. Talouden suhteen tehtiin merkittävä uudistus 1777 Ruotsin siirtyessä hopearahakantaan ja maa luopui vanhoista talerirahoista. 1780-luvun alussa annettiin uskonnonvapauslaki, toisaalta painovapautta kiristettiin. Karonen 2001, 410.

keskitettyyn hallintoon.¹⁰⁴ On muistettava, että Ruotsia vaivasivat myös toisenlaiset ongelmat kun hallinto alkoi tehostua. Käytännössä lähes koko 1700-luvun kestäneet sodat hidastivat kehitystä. Esimerkiksi 1600-luvun alussa oli tarkoitus uudistaa keskiaikaisia maan ja kaupunginlakeja. Kuitenkin hallinto- ja oikeuslaitoksen kehityksessä saatiin merkittävää edistysaskelta odottaa aina vuoteen 1736, jolloin vuoden 1734 yleinen laki astui voimaan.¹⁰⁵

Valtakunnan tason politiikkaan ei otettu tosissaan osaa ja toisaalta suuremmatkin lakikodifikaatiot pysyivät pitkään keskeneräisinä. Tämän perusteella on todennäköistä, että etenkin hieman pienempiin asioihin, joita melisairaslainsäädäntö väistämättä edusti, ei ollut suuria mahdollisuuksia saada parannusta. On perusteltua uskoa, että Ruotsin vallan aika kului sellaisen valtiollisen pohjan luomiseen, josta myöhempiin uudistuksiin Suomen suuriruhtinaskunnan oli Venäjän osana hyvä ponnistaa.

Toisaalta on todettava, että 1700-luvun lopulla myös suomalainen kansa saattoi osallistua suhteellisen hyvin valtakunnalliseen päätöksentekoon. Ilmeisesti näin oli siitä huolimatta, että kustavilaisella ajalla itsevaltaisen hallitsijan ja kansan välinen vuorovaikutus oli vähäistä. Tuolloin valtiopäivien merkitys heikkeni huomattavasti. Eräs esitetty teoria on, että Ruotsin vallanpitäjiltä puuttui voimakas byrokraattinen järjestelmä, jonka avulla muutoksia olisi voitu toteuttaa nopeasti. Ruotsin ongelma saattoi olla siinä, että heikko hallinto joutui jatkuvasti taipumaan kompromisseihin. Sanelupolitiikalla, jolla tuona aikana yhteiskunnallisia uudistuksia todellisuudessa toteutettiin, ei sen vuoksi ollut Ruotsissa käyttöä.¹⁰⁶

Epäkohdat eivät Ruotsissa olleet 1700-luvun lopulla suurten vallankumousten aikaan erityisen suuria. Todellista vallankumouksellista toimintaa ei juuri esiintynyt. Kustaa IV Aadolfin ei tarvinnut hallitsemisaikanaan vuosina 1796–1809 kutsua valtiopäiviä koolle kuin kerran vuonna 1800. käytännössä Ruotsia hallittiin tuolloin asetuksin ja lainsäädäntöä onnistuttiin laventamaan tarpeiden mukaisesti haluttuun suuntaan ilman säätyjen tukea. On lisäksi huomattava, että Ruotsi

¹⁰⁴ Renvall 1962, 447; Karonen 2001, 410.

¹⁰⁵ Karonen 2001, 378.

¹⁰⁶ Ylikangas 1987, 110; Karonen 2001, 418.

joutui valtiollisessa paineessa keskelle eurooppalaista suursotaa vuodesta 1805 lähtien. Tällaisessa tilanteessa yhteiskunnallisia uudistuksia oli mahdotonta suorittaa.¹⁰⁷

Venäjän vallan aikana toimittiin osaltaan toisin. Vallankäyttö oli Ruotsin aikaan verrattuna huomattavan yksipuolista. Lisäksi Venäjän yhteydessä Suomelle muodostui pitkä rauhan aika, jolloin muutokset lainsäädäntöön olivat mahdollisia. Jos Ruotsi meni eteenpäin toisaalta tasaisesti ja toisaalta jättiharppauksin, Venäjällä puolestaan kehitys pysyi paikoillaan tai edisti ainoastaan virkamieskunnan ja muun eliitin etuja. Venäjä salli Suomen kuitenkin käyttää suuriruhtinaskunnan omat verotulot hyväkseen. Pelkästään kasvavat rahavarat eivät olleet kehittyvän lainsäädännön taustalla. Uudessa tilanteessa valta pääsi siirtymään virkamieskunnalle, koska valtiopäiviä ei järjestetty vuosina 1809–1863. Virkamieskunta oli osin itse tämän kehityksen taustalla. Virkamiehistö saattoi hallita valtansa avulla säädyistä välittämättä. Välttämättömät muutokset voitiin toteuttaa asetuksin hallinnollista tietä. Säätyjä täytyi kuunnella ainoastaan, jotta Suomen ja Venäjän suhde saataisiin sopimukselliselle pohjalle. Toisaalta säätyjen tuli lisäksi hyväksyä armeijan muodostaminen ja siitä aiheutuvien kustannusten peittäminen. Armeijalla virkamieskunta halusi taata hallinnon pysyvyyden Venäjää mahdollisesti seuraavina kriisiaikoina. Virkamiehet onnistuivat järjestämään asiat siten, että venäläinen hallitusvalta ei puuttunut asiaan, toisaalta alempien säätyjen ei annettu vapaasti esittää mielipiteitään ja kritiikkiään vallanpitäjille.¹⁰⁸

Virkamiesten ohella liikemiesaateli sulautui osaksi byrokratiaa. Tosin kaupankäynnistä ja teollisuudesta oltiin kiinnostuneita vain siinä määrin kuin ne hyödyttivät kyseisiä tahoja. Vaikka maata oli 1700-luvun puolivälistä asti vaivannut työvoimapula, elinkeinovapautta ei annettu. Tämä johti 1800-luvun alkupuolella etenkin maaseutua vaivaamaan likaväestöongelmaan, joka aiheutti reaalityövoimien laskun sekä yhteiskunnan omistavan luokan pienenemisen. Vasta tällöin virkamieskunta havahtui. Senaatti kiristi irtolaissäädöksiä, jolloin lähes puolet vankilapaikoista oli irtolaisten miehityksessä. Rikollisia ja osa irtolaisista täytyi lähettää Siperiaan kehittymättömän vankilalaitoksen vuoksi. Väestöä yritettiin myös sijoittaa asuinpaikoilleen talonpoikien ylläpidettäväksi. Virkamiehistön oli pakko puuttua näihin ongelmiin

¹⁰⁷ Karonen 2001, 418–420, 422.

¹⁰⁸ Ylikangas 1987, 105–106, 110.

lainsäädäntövaltansa kautta. Edellisen esittelyn perusteella näyttäisi siis siltä, että vahva virkamieskunta onnistui vähäisellä kansan kuulemisella saavuttamaan sen, mihin demokratisoituva Ruotsi ei kyennyt. Voi kuitenkin todeta, että Venäjän sotakoneisto takasi Suomen sisäisiä voimasuhteita vastaamattoman epätasapainon. Virkamieskunnan ylivalta olisi ollut murennettavissa muutamilla vapailla valtiopäivillä.¹⁰⁹

Voiko kehityksen johtotähdeksi nostaa Venäjän vallan alkuaikana määräävään asemaan päätyneen virkamieskunnan? Varmasti tässä on yksi merkittävä tekijä, mutta myös muita syitä on nostettava esille. Sotavuosien jälkeen 1800-luvun toisen vuosikymmenen alussa käynnistyi uuden vaivaishoidosäännösten luominen, joka toteutettiin 1820-luvun alkuun mennessä. Uuden hallitusvallan oli reagoitava, koska yleistä keskustelua herätti sodasta palaavien miesten joutuminen taloudellisen ahdingon myötä nälänhätään ja kerjuulle.¹¹⁰ Kerjuun vastustamiseksi annettiin vuonna 1817 vaivaishoidollinen asetus. Kyseisellä asetuksella oli merkitystä myös mielisairaiden osalta, sillä hourinhoito kuului tuohon aikaan vaivaishoidon yhteyteen. Hourinhoitoasetus säädettiin täydentämään vaivaishoidosta annettua asetusta.¹¹¹

Lisäksi 1830-luvulla oli puhjennut koleraepidemia ja sen myötä jo kerran torjutuksi uskottu kerjäläisyys. Nousevan sanomalehdistön myötä 1800-luvun alun ongelmat johtivat ennennäkemättömään lehtikirjoitteluun ja olivat siten myös jouduttamassa uuden lainsäädännön valmistelua. Vaikka säätyvaltiopäivät eivät kokoontuneetkaan, annettiin kansalle mahdollisuus ilmaista mielipiteensä pitäjänkokouksissa. Valmistelu tuotti tuloksenaan asetuksen vaivaisten holhouksesta vuonna 1852. Mainittakoon, että asetuksella oli tuolloin lain asema.¹¹² Tällaisesta yhteiskunnallisesta tilanteesta ensimmäinen hourinhoitoasetus ponnisti.

Ensimmäinen asetus mielisairaiden hoidosta ja sairauden parantamista tarkoittavista hoitotoimenpiteistä annettiin 4.2.1840. Asetuksella annettiin määräys siitä, että mielisairaiden

¹⁰⁹ Ylikangas 1987, 107–108.

¹¹⁰ Pulma 1994, 55–56.

¹¹¹ Piirainen 1958, 42, 47.

¹¹² Pulma 1994, 55–56.

sairaalahoidon järjestäminen kuului kokonaisuudessaan valtion huoleksi.¹¹³ Valtion vastuu mielisairaista ei ollut sattumaa. Nimittäin 1800-luvun sairaanhoitoa koskevan lainsäädännön tavoitteena oli siirtää yleinen sairaanhoito valtion vastuulle. Valtion huolehtimisvastuu näyttäisi edellisen perusteella tulleen selkeästi säädetyksi. Käytännössä näin ei ollut, vaan pääosin kunnallinen köyhäinhoito, jonka piti olla ainoastaan ehkäisevää terveydenhuoltoa, huolehti ja kustansi mielisairaiden hoidon ainakin vuonna 1929 säädettyyn valtionapulain (269/1929) voimaantumiseen saakka.¹¹⁴

Valtion asetuksella säädetty tehtävä pääasiallisena hoidon järjestäjänä selittyi ensinnäkin sillä, että hospitaalien toiminta oli jo Kustaa Vaasan hallintoajalta kuulunut pääosin kruunun eli valtion alaisuuteen. Hospitaalien siirtäminen kirkolta kruunulle, merkitsi valtiovallalle taloudellista ongelmaa jo 1500-luvulta lähtien. Valtion yksinvalta hoidon järjestämisessä muodostui vuosisatoja kestäväksi rasitteeksi, kuten jäljempänä havaitaan.¹¹⁵ Toisaalta valtion hoitoa organisoiva rooli korostui asetuksen alussa ilmaistussa keisari Nikolai I:n päätöksessä siitä, että vasta tuolloin Suomen suuriruhtinaskuntaan perustettiin ensimmäinen varsinainen houruinhuone. Perustettava laitos tuli rakentaa Helsinkiin lakkautettavan Kruunupyyn hospitaalin tilalle. Kyseiseen houruinhuoneeseen tuli ottaa potilaita kaikkialta maasta. Jatkovaa mielisairaanhoitoa ei tuolloin voitukaan järjestää muualla kuin valtion laitoksissa, koska Helsinkiin perustettavan houruinhuoneen lisäksi oli olemassa ainoastaan Seilin hospitaali¹¹⁶.

Seili, jossa oli jo 1600-luvun alusta lähtien ollut hospitaali¹¹⁷, oli merkittävä kohde suomalaisessa mielenterveystyössä. Etenkin siksi, että vuonna 1755 siitä oli tullut ensimmäinen valtionmielisairaala¹¹⁸. Alkujaan spitaalisten sairaalana toiminut Seili muutettiin mielisairaiden turvalaitokseksi virallisesti vuonna 1771. Tämä oli ensimmäinen mielisairashoitoa koskeva

¹¹³ Hans Kejslerliga Majestäts Rådiga Förordning, angående sinnessjunkte personers vård och förbättrade anstalter till derar botande Den 4 Februari 1840, 2; Ks. myös HE 108/1934 vp, 1. Valtiopäivät 1934, Asiakirjat II–III; TaVM 11/1935 vp, 1. Valtiopäivät 1935, Asiakirjat III.

¹¹⁴ Valtiopäivät 1937, Pöytäkirjat I, 54. Ks. myös valtionapulaki 269/1929; Nygård 1998, 196.

¹¹⁵ Pulma 1994, 31.

¹¹⁶ Suomessa toimi tai oli toiminut myös pienempiä hospitaaleja vielä 1800-luvulle saakka. Hospitaalit oli perustettu erityisesti spitaalitauteja ajatellen. Ks. Varhaisimpien hospitaalien toiminnasta tarkemmin Sarvilinna 1938, 25–40.

¹¹⁷ Achté 1974, 14. Huomion arvoista on, että A. Sarvilinna esittää teoksessaan Seilin hospitaalin perustetun vasta vuonna 1672 Carl Mannerheimin tarkastuskertomuksen mukaan. Sarvilinna 1938, 76.

¹¹⁸ Achté 1991, 22.

toimenpide Suomessa.¹¹⁹ Ensimmäiset mielisairaanhoidoa koskevat säännökset annettiin kuitenkin vasta kaksikymmentä vuotta myöhemmin, vuonna 1791.¹²⁰ Tosin keisari Nikolai I:n näyttäisi vahvistaneen Seilin turvalaitosaseman vasta vuonna 1840 antamassaan asetuksessa¹²¹.¹²² Keisarin asetuksella Seilin hospitaali muutettiin turvalaitokseksi parantumattomasti sairaita varten.¹²³ Mielisairaiden hoidossa hospitaalilaitoksella oli merkittävä asema ja tuo positio sille oli luotu jo Ruotsin valtakunnan aikana. Perusteena oli spitaalinen yleistyminen, joka puolestaan pakotti rakentamaan hospitaaleja. Kun 1700-luvulla spitaalisten määrä romahti, vapautuneet tilat täytettiin mielisairailta. Mielisairaalalaitoksen voidaan katsoa rakentuneen hospitaalilaitoksen perustalle. Kehitystä edesauttoi vuonna 1763 annettu Hospitaali- ja lastenkotiasetus, joka kielsi muiden kuin mielisairaiden sijoittamisen hospitaaleihin.¹²⁴

Varhaisemmilta ajoilta on todettava, että hospitaaleihin joutuminen merkitsi potilaalle varmaa kuolemaa. Hospitaaleissa piti periaatteessa noudattaa jaottelua mielisairaisiin ja muihin, mutta käytännössä näin ei tapahtunut. Menettely johti siihen, että muutkin kuin mielenvikaiset sairastuivat mieleltään. Hospitaalista kotiutuminen ei siis useinkaan ollut mahdollista sinne joutuneelle tartuntatautiselle tai kehitysvammaiselle. Toisaalta täytyy ymmärtää, että aivan yksilölle negatiiviseksi ei hoitoa ollut tarkoitettu. Vielä 1800-luvulla ymmärretyt mielisairauden oireet, kuten ahdistuneisuus, päänskipu ja synkkämielisyys ajateltiin ensinnä henkilölle itselleen vaarallisiksi oireiksi. Vasta toissijaisesti tällainen henkilö koettiin ympäristölleen uhkaavana. Orastavasta ymmärryksestä huolimatta sen enempää sivistyneistö kuin kansalaisetkaan eivät kyenneet tuolloin erottamaan toisistaan vanhuuden heikkoutta, dementiaa ja mielisairautta. Ruotsissa akateemiset piirit ajattelivat mielisairaudesta kehittyneemmin jo 1700-luvun alussa, mutta vaikutteet levisivät kansan pariin suhteellisen hitaasti. Vasta 1800-luvulla kansansivistys oli sillä asteella, että kansalaiset saattoivat alkaa ymmärtämään paremmin mielen ongelmista kärsiviä. Osaltaan merkittävänä voidaan pitää sitä, että Suomella oli tuolloin oma hallitus, joka

¹¹⁹ KM 1908:6, 13.

¹²⁰ TaVM 11/1935 vp, 1. Valtiopäivät 1935, Asiakirjat III.

¹²¹ "...samt den på Sjöhlö i Nagu Soden befintelige enahanda inrättning att förändras till förwaringställe för sådane dårar..." Hans Kejserliga Majestäts Rådiga Förordning, angående sinnessjunkte personers vård och förbättrade anstalter till derar botande Den 4 Februari 1840, 2.

¹²² KM 1908:6, 15, 18.

¹²³ Hans Kejserliga Majestäts Rådiga Förordning, angående sinnessjunkte personers vård och förbättrade anstalter till derar botande Den 4 Februari 1840, 2; Ks. lisäksi asiasta yksityiskohtaisen suomenkielisen selvityksen kirjoittaneen professori Achten artikkeli 1983, 102.

¹²⁴ Pulma 1991, 144–145.

maan taloutta kehittäessään saattoi ryhtyä säädösten avulla vähitellen kehittämään mielisairaanhoitoa.¹²⁵

2.2. Asetuksen mukainen houruinhoito

Vuoden 1840 asetuksen I artiklan 1 §:ssä todettiin, että joka selvästi osoittaa mielisairauden oireita, tulee pikimmiten toimittaa suorittamaan, saamaan, houruinhoitoa¹²⁶. Vaarallisten hourujen hoitoon toimittamisesta säädettiin asetuksen 20 §:ssä. Mikäli tällaisella henkilöllä ei ollut vartijaa, tuli hänet mahdollisimman nopeasti toimittaa Helsingin houruinhuoneeseen. Asetuksen 2 §:ssä säädettiin, että sairastuneet, jolla on varoja tai varakkaita omaisia, tuli lähettää omalla tai omaistensa kustannuksella *lääninlasarettiin*¹²⁷. Omaisten osallistuminen kustannuksiin määriteltiin siten, että näillä oli velvollisuus huolehtia sairastuneesta. Vaarallisesta sairaasta koituviin kustannuksiin piti seurakunnankin ottaa osaa, ellei potilaalla tai omaisilla ollut varoja vastata hoidosta. Lääninlasaretissa hoidettavien piti alistua houruinhoitoon.¹²⁸

Asetuksessa säädettiin miten houruinhoitoa oli annettava. Asetuksen 2 §:ssä säädettiin aluksi lääkärin valvonnassa tapahtuvasta koehoidosta. Tässä kohtaa kirjoittajien käsitykset asetuksen tulkinnasta eroavat toisistaan. Sarvilinna käsittää potilaan ensimmäisen hoitomuodon olevan 2 §:n mukaista koehoittoa. Hän ei erottele hoitomuotoja yhtä selkeästi kuin Kalle Achté.¹²⁹

Achté puolestaan huomauttaa hoitomuotoja olleen kaikkiaan neljä. Achté tulkitsee ensimmäiseksi annettavan hoidon olleen koehoittoa, josta hän käyttää nimitystä ”provkur”. Tätä hoitomuotoa,

¹²⁵ Kaukiainen 1980, 485; Nygård 1998, 94, 193.

¹²⁶ ”*Den hos hwilken tydliga tecken till sinnessjukdom röjas, bör skyndsammast befordras till undergående af dårkur.*”

¹²⁷ Lääninlasareteissa oli varattu omat osastonsa mielisairaille, osassa oli jopa kokonaan erilliset rakennukset, mutta ne palvelivat pääasiassa muita potilaita. Lääninlasaretit oli perustettu pääosin 1700-luvun jälkipuoliskolla, tosin Viipurin sairaala perustettiin Venäjän valtaan siirtymisen jälkeen vuonna 1813. Lääninlasaretit sijaitsivat Turussa, Hämeenlinnassa, Viipurissa, Heinolassa (myöhemmin Mikkelissä), Kuopiossa Vaasassa ja Oulussa. Sarvilinna 1938. Ks. lääninlasareteista tarkemmin sivut 205–210.

¹²⁸ Hans Kejslerliga Majestäts Rådiga Förordning, angående sinnessjukte personers wård och förbättrade anstalter till derar botande Den 4 Februari 1840, 2–3, 7–9; Ks. myös Sarvilinna 1938, 148.

¹²⁹ Sarvilinna 1938, 148.

jota säätelevät esimerkiksi mainitun asetuksen 6–7 ja 17 §¹³⁰, annettiin lääninsairaaloissa potilaan varallisuusasemaan katsomatta. Toimenpiteellä, jossa mielisairaille annettava ensimmäinen diagnostisointi määrättiin tehtäväksi lääninsairaaloiden mielisairasosastoilla, merkitsi mielisairaanhoidon kytkemistä osaksi sairaalalaitoksen kehittämistä. Mielisairaanhoido erotettiin tuolloin lopullisesti valtiollisesta köyhäinhoidosta. Toisaalta kuntatasolla hourut kuuluivat edelleen vaivashoidon piiriin.¹³¹ Sarvilinnan mainitsema ”försökelse-kur” on Achtéen mielestä suomennettavissa koetushoidoksi. Koetushoitoa, joka olisi toinen käytettävissä oleva hoitomuoto, ei annettu lääninsairaalassa, vaan muualla asianomaisen lääkärin valvonnassa.¹³² Asetuksesta on kuitenkin huomattavissa, toisinkuin Achté väittää, että koetushoitoa voidaan antaa sekä lääninsairaalassa että muualla, kunhan sen suorittaa pätevä lääkäri¹³³. Achtén määrittelyn mukainen koetushoito on säädetty asetuksen 2 §:ssä.¹³⁴

Achtén käsityksen perusteella kolmatta hoitomuotoa voidaan kutsua sisäänottohoidoksi. Tällaiseen hoitoon oli oikeutettu varakas potilas, jota ei ollut otettu koehoitoon. Tässä tapauksessa hoito oli lyhyt kestoista ja siitä maksettiin asetuksen määräämä päivämaksu. Lisäksi asetuksen 10 §:n perusteella vaikuttaisi siltä, että hoidon kestoja olisi mahdollista muokata potilaan tarpeita vastaavaksi, kunhan maksut hoidosta suoritettaisiin. Tällaisesta hoidosta tuli kuitenkin ilmoittaa lääkintölaitoksen pääjohtajalle.¹³⁵ Achté määrittelee neljänneksi hoitotavaksi lunastuksen eli jatkohoidon¹³⁶. Jatkohoidosta täytyi maksaa kertakaikkinen hoitomaksu.¹³⁷ Tämän tarkastelun mukaisesta neljännestä hoitomuodosta sääti asetuksen 6 §:n 1 momentti¹³⁸.

Potilaan hoito piti järjestää kuukauden kuluessa sairastumisesta. Käsiteltävän pykälän 2 momentti sääti lisäksi, että ellei potilaalle anneta hoitoa määrättyssä ajassa, ja hänet halutaan saada

¹³⁰ Hans Kejserliga Majestäts Rådiga Förordning, angående sinnessjunkte personers vård och förbättrade anstalter till derar botande Den 4 Februari 1840, 4, 7.

¹³¹ Pulma 1994, 64.

¹³² Achté 1983, 102.

¹³³ “...*undergående å Läne-Lasarettet insändas, eller och annorstädes under behörig Läkares vård genomgå försökelse-kur...*”

¹³⁴ Hans Kejserliga Majestäts Rådiga Förordning, angående sinnessjunkte personers vård och förbättrade anstalter till derar botande Den 4 Februari 1840, 3.

¹³⁵ Hans Kejserliga Majestäts Rådiga Förordning, angående sinnessjunkte personers vård och förbättrade anstalter till derar botande Den 4 Februari 1840, 5.

¹³⁶ Asetuksessa ilmaistu muodossa: “...*för att der undergå vidare kur och behandling eller ward*”.

¹³⁷ Achté 1983, 102–103.

¹³⁸ Hans Kejserliga Majestäts Rådiga Förordning, angående sinnessjunkte personers vård och förbättrade anstalter till derar botande Den 4 Februari 1840, 4.

”*houruinhuoneeseen*” lunastetuksi, tulee hänestä suorittaa kaksinkertainen lunastusmaksu. Asetuksen anto tähtäsi siihen, että sairastuneet hoidetaan. Tähän viittasivat säädetyt kaksinkertaiset maksut sekä se, että varattoman henkilön isännälle tai emännälle säädettiin velvollisuudeksi tehdä kahdeksan päivän kuluessa sairastumisesta ilmoitus¹³⁹. Ilmoitus tuli tehdä seurakunnan pastorille, jolla oli velvollisuus potilaan tilaan tutustuttuaan raportoida asiasta eteenpäin. Informoitavia tahoja olivat kaupungeissa joko poliisimestarit tai pormestarit ja vastaavasti maaseudulla nimismiehet. Mikäli isäntä tai emäntä laiminlöi ilmoitusvelvollisuutensa, heidän täytyi suorittaa maksu seurakunnalle tai sille taholle, joka sairaan hoitokustannuksista vastasi.¹⁴⁰

Potilaan edusmiesten, omaisten tai seurakunnan ei ollut pakko lunastaa lasaretissa koehoidossa olleelle parantumattomalle potilaalle paikkaa houruinhuoneessa. Vaihtoehtona oli, että sairas palasi takasin kotiseudulleen. Tällaisessa tilanteessa asianomaisten tehtäväksi tuli potilaan hoidosta vastaaminen. Potilas saatettiin toimittaa hoitoon, mutta ainoastaan kaksinkertaisesta maksusta, jos potilaasta vastuulliset eivät kyenneet henkilöä itse hoitamaan.¹⁴¹ Potilaan hoito koettiin siis pakottavaksi ja toisaalta hänen hoitoon pääsytynsä oli sanktioin turvattu.

Achtén jaottelu on selkeämpi kuin Sarvilinnan esittämä. Väitettä voidaan perustella sillä, että Achté tuo täsmällisemmin esille potilaiden jaottelun köyhiin ja varakkaisiin. Tarkastelusta huomaa sen, että varakkaammilla potilailla oli tuohon aikaan enemmän vaihtoehtoja hoitonsa suhteen. Heidän ei tarvinnut olla koehoidossa, vaan he saattoivat saada suoraan paikan varsinaiseen hoitolaitokseen.¹⁴² Vaikka pakkohoitoa tai tahdosta riippumatonta hoitoa ei suoraan vuoden 1840 asetuksessa säädelläkään, tarkoittaa hoitoon alistuminen väistämättä sitä, että potilas luopuu itsemääräämisestään. Sanavalinnassa voidaan siis nähdä eräänlaista tahdosta riippumattoman hoidon esiaistetta, tosin hyvin jyrkkää sellaista.

¹³⁹ Kyseisistä velvollisuuksista sääti tarkasteltavana olevan asetuksen 3 §.

¹⁴⁰ Hans Kejserliga Majestäts Rådiga Förordning, angående sinnessjunkte personers vård och förbättrade anstalter till derar botande Den 4 Februari 1840, 2–3; Ks. myös Sarvilinna 1938, 148–149.

¹⁴¹ Sarvilinna 1938, 151.

¹⁴² Vrt. Hans Kejserliga Majestäts Rådiga Förordning, angående sinnessjunkte personers vård och förbättrade anstalter till derar botande Den 4 Februari 1840, 5; Achté 1983, 103.

Vuoden 1840 asetuksen 6 §:n mukaan lääkärin valvoman koehoidon kestoksi määriteltiin kaksi kuukautta. Tuon ajan potilaan hoidosta lääninlasaretissa vastasi taloudellisesti joko potilas itse, hänen omaisensa tai seurakunta. Jos potilas ei koehoidon aikana parantuisi, hänet tulisi lunastaa pysyvämpään hoitoon houruinhuoneeseen. Asetuksen 6 §:n 2 momentissa säädettiin lisäksi, että mikäli lääkäri toteaa potilaan tilan koehoidon kuluessa kohentuneen tarpeeksi, voidaan hänen hoitonsa suorittaa loppuun lasaretissa. Lääkärin tehtävänä oli arvioida edellyttikö potilaan psyykkinen tila houruinhuoneeseen toimittamista vai olisiko hoito kyseisessä laitoksessa tarpeetonta tai peräti haitallista potilaalle. Potilas tulisi lähettää jatkuvaan hoitoon Helsingin houruinhuoneeseen, mikäli hänen terveytensä heikkeni koehoidon aikana tai sen jälkeen, eikä lääninlasaretissa ollut edellytyksiä henkilön menestykselliseen hoitoon.¹⁴³ Lavean tulkinnan mukaan varhainen koehoito vastaisi osin nykyaikaista tarkkailuaikaa. Koehoidon tarkoituksena oli, kuten nykyisen tarkkailuajan, selvittää täyttikö potilas pysyvämmän hoidon edellytykset. Voidaan todeta, että uudempi lainsäädäntö on vain lyhentänyt huomattavasti sitä aikaa, jona potilaan psyykkistä tilaa on mahdollisuus seurata ilman päätöstä varsinaisista jatkotoimista¹⁴⁴.

Mielisairaanhoitopaikkojen määrää tarkastellen kruunu ei onnistunut täyttämään sille hourujenhoidon osalta määrättyä tehtävää. Hoitopaikkavajaus jatkui ensimmäisen lakikokonaisuuden säätämisen jälkeen, sillä reilusta 800:sta hoitoon lunastettavaksi ilmoitetusta mielisairaasta hoitopaikka kyettiin turvaamaan ainoastaan vajaalla 180:lle. Houruinhoitoasetuksella oli silti myönteinen merkitys. Asetus pakotti yhteisöt, siis pitäjän- eli kirkonkokoukset, kiinnittämään huomiota mielisairaiden saamaan hoitoon. Asetuksen voidaan sanoa havahduttaneen yhteiskuntaa täydentämällä niitä ohjelmajulistuksia, jotka sisältyivät aiemmin kerjuun vastustamisesta annettuihin säädöksiin.¹⁴⁵

Keisarillisessa asetuksessa surutta käytettyä houru-nimitystä kritisoitiin jo 1850–1860-luvulla. Fahlander oli houruinhoidon johtokunnalle lähettämässään kirjelmässä pitänyt sopimattomana nimitystä houruinhoito. Asteittaista muutosta näyttäisi säädösten osalta tapahtuneen jo seuraavaa asetusta annettaessa. Vaikka Fahlander oli jo tässä vaiheessa ponnistelut sanamuodoltaan

¹⁴³ Hans Kejserliga Majestäts Rådiga Förordning, angående sinnessjunkte personers vård och förbättrade anstalter till derar botande Den 4 Februari 1840, 3–4; Ks. Kyseisestä asetuksesta kirjoittanut Sarvilinna 1938, 148–149.

¹⁴⁴ Vrt. mielenterveyslaki 1116/1990 9–10 §.

¹⁴⁵ Piirainen 1958, 49.

neutraalimman mielisairaanhoido-termin käyttöönottamiseksi, ei senaatilla ollut vuonna 1862 halua luopua houruinhoito-sanasta. Lääkintöylihallituksen kollegio, joka oli puoltanut mielisairaanhoido-termiä, esitti mielisairaiden tuntevan pelkoa joutua houruinhuoneeseen hoidettavaksi, mutta menevän vastustelematta mielisairaalaan. Ajatuksena oli, että houruinhuone oli hospitaalien kaltaiseksi säilytyslaitokseksi käsitetty, mielisairaala taas vastaavasti ymmärrettiin parannuslaitokseksi. Senaatille esitettiin tuolloin myös kahden uuden laitoksen perustamista, jotka sisältäisivät yhteensä 300 sairaansijaa. Senaatti piti valtiontalouden asemaa tuolloin niin heikkona, että esitettyä ehdotusta ei katsottu mahdolliseksi toteuttaa.¹⁴⁶

2.3. Tarve muutokseen – ei enää elinikäisen hoidon oikeutta

Venäläinen oikeusjärjestelmä ei toiminut erityisen tehokkaasti, vaikka ensimmäinen asetus houruista olikin annettu. Venäjällä valmistui suuri oikeusuudistus vuonna 1864. Vielä sen jälkeenkin kesti pitkään ennen kuin lainsäädäntöä ryhdyttiin tosissaan uudistamaan.¹⁴⁷ Jälleen johtoa täytyi hakea Ruotsista. Esimerkiksi ryhdyttäessä käsittelemään köyhäinhuololakiesitystä, eli vaivaishoitoasetusta, 1870-luvun alussa, seurattiin tarkasti Ruotsin esimerkkiä.¹⁴⁸ Mainitun vaivaishoitoasetuksen voi sanoa aloittaneen kotimaisen sosiaali oikeuden kehityksen, sikäli siis uudistuksiin päästiin¹⁴⁹. Köyhäinhoidosta oli säännelty jo ennen vuoden 1879 asetusta, edellisen kerran vuonna 1852, mutta tuolloinen säädös ei vielä ollut sidoksissa elinkeinovapauteen ja työvoiman vapaaseen liikkuvuuteen¹⁵⁰.

Elinkeinovapaudelle, vaivaishoitoasetukselle ja myöhemmin uudistuvalla asetuksella sairasmielisten hoidosta loi käytännön mahdollisuuksia liberaali hallitsija Aleksanteri II valtaannousunsa myötä¹⁵¹. Hallitsijan tavoitteena oli kehittää yhteiskunnallisesti jälkeenjääneestä

¹⁴⁶ Pesonen 1980, 278–281.

¹⁴⁷ Jussila 2004, 247.

¹⁴⁸ Pulma 1994, 62.

¹⁴⁹ Tuori 2004, 76.

¹⁵⁰ Pulma 1994, 59; ks. elinkeinoasetuksesta tarkemmin: Kekkonen 1987, s. 210 alkaen.

¹⁵¹ Jukka Kekkonen lähtee siitä, että uudistusten taustalla on nimenomaan Aleksanteri II, kun Osmo Jussila huomauttaa tsarin olleen tiiviisti vahvan hallitsijan vallan säilyttämisen kannalla. (Käytännössä Jussila syyttää

Venäjältä porvarillinen oikeusvaltio, tosin rajatuin edellytyksin. Toisaalta voi kysyä, että olisiko uudistuksille ollut tilaa ilman hallitsijan vaihdosta? Kenties, sillä vaikka Nikolai I oli onnistunutkin pitämään Venäjällä vallitsevan poliittisen tilan paikoillaan, aiheutti hävitty Krimin sota paineita suurvallan lainsäädännön uudistamiseksi. Tosin, Aleksanteri II:n myönnytysreformit olivat varmasti merkittävä askel suomalaisenkin lainkäytön uudistuksille. Vähitellen vapautuvissa oloissa vallitsevaksi suuntaukseksi nousi yksilöiden vapauksien asteittainen kasvattaminen. Huomion arvoista on, että kohentuvat olosuhteet muuttuivat itse asiassa käänteisiksi kun mielensairaista oli kysymys.¹⁵²

Toisaalta ennen 1900-lukua mielisairaiden laitoshoidto oli todella harvinaista. Suomessa oli pitkään ainoana toimivana sairaalana Lapinlahti. Niuvanniemen laitos perustettiin vasta vuonna 1885. Potilaat jaettiin edelleen parantumattomiin ja parannettavissa oleviin. Vähäinen osa potilaista hoidettiin laitoksessa, koska hospitaalien sisäänkirjoittamis- ja mielisairaaloiden lunastusmaksut olivat suhteellisen korkeita. Seurakunnat ja kunnat eivät luonnollisestikaan tällaisia maksuja mielellään hoitaneet. Tosin hoitopaikkojakaan ei ollut, sillä esimerkiksi 1870-luvun alussa mielisairaaksi luokiteltiin yli 3000 ihmistä ja heille oli varattu sairaansijoja ainoastaan 180. Toisaalta puolestaan se, että potilaan omaisuus joutui kokonaan hoitolaitokselle, merkitsi huomattavaa räsitystä omaisille. Erityisesti varakkaan sairastuneen tilan tuli olla todella huono, ennen kuin hänet lähetettiin kotinsa ulkopuolelle hoidettavaksi.¹⁵³ Tosin voi esittää arvion siitä, että kyseiset omaisuudet eivät olleet ainakaan kovin monessa tapauksessa erityisen suuria. Ilmeisesti potilaista koitui valtiolle huomattavasti enemmän kuluja, kuin perinnöt aikanaan kerryttivät sairaaloille.¹⁵⁴

Vaikka potilasta hoidettiin kotona, ei heidän asemansa ollut erityisen hyvä tultaessa 1800-luvun loppupuolelle. Itse asiassa se heikkeni koko ajan. Eräänä syynä oli se, että maaseudulla tilattoman köyhälistön määrä oli kasvanut jo toista sataa vuotta. Maaseudulla vallitsi suuri varallisuusero omistavien ja omistamattomien välillä. Apua tarvitsevien määrä lisääntyi huomattavasti väestön kasvun myötä, eikä tilallisten intressissä ollut enää huolehtia vaivaisista. Vielä 1700-luvulla

Kekkosta tämän väitöskirjassaan esittämästä tulkinnasta, että uudistukset johtuivat ainoastaan liberaalista keisarista). Kekkonen 1987, 38, 44–45; Jussila 2004, 258.

¹⁵² Kekkonen 1987, 38; Pulma 1994, 61–62, 64; Jussila 2004, 257–258, 265.

¹⁵³ Pulma 1991, 145–146.

¹⁵⁴ Pesonen 1980, 278–281.

vaivaisia siedettiin, koska heistä huolehtivaa ruotulaitosta pidettiin parempana kuin verotusta. 1800-luvun lopulta lähtien alkoi eristämisen ajanjakso, ruodutuksesta luovuttiin ja tilalliset perustivat vaivaistaloja. Veroja maksettiin, jotta kasvava ongelmaisten määrä saataisiin poistettua omasta elinpiiristä. Jos kasvavasta sairaiden määrästä haluttiin eroon, alkoivat myös ideologiset syyt vaikuttaa, ruotuvaivaisuuden katsottiin loukkaavan yksilön oikeuksia. Liberaalit ja sosiaalireformistiset piirit alkoivat 1800-luvulla pitää ruodutusta ja elätehoitoa vanhanaikaisena ja kehityksen vastaisena. Kannatusta saivat sen sijaan vaivaistalot, jotka nähtiin moderneina uudistuksina, tieteeseen laitokseen ja kuriin perustuvana hoitomuotona. Asiaa ei luonnollisesti kysytty hoidettavilta itseltään, nämä tuskin olisivat eristämistä halunneet. Toisaalta on pakko myöntää, että tieteen ja sairaanhoidon kehitys auttoi mielisairaita, tosin heidän yhteiskunnallisen eristämisensä myötä.¹⁵⁵

Lisäksi on todettava, että paitsi valtaan nouseva ideologia, myös pyrkimys yleisen järjestyksen tehokkaampaan ylläpitoon oli omiaan tuottamaan vaatimuksia joutilaiden ongelmaisten poistamisesta työtätekevien terveiden elämänpiiristä.¹⁵⁶ Uuden ajattelutavan myötä laitoshuolto astui köyhäinhuoltopolitiikkaan ja myös mielisairaaloista pyrittiin tekemään köyhäinhuololaitoksia. Esitettyä kehitystä, jossa mielisairaalaan otettiin sinne kuulumattomia henkilöitä, toisin sanoen muita kuin mielisairaita, onnistuttiin muuttamaan vasta 1980–1990-luvuilta lähtien. Tosin köyhät olivat tuolloin vaihtuneet pääasiassa vanhuksiksi ja vammaisiksi, mutta ajatus oli sama: henkilöt, jotka eivät voineet huolehtia itsestään, päätyivät mielisairaalaan yhteiskunnan avustuksella. Tällainen ihmisten heitteillejätto laitoksiin jatkui siis käytännössä reilun vuosisadan.¹⁵⁷

Vuoden 1840 asetus osoittautui ongelmalliseksi, koska mielisairailla oli sen mukaan oikeus lunastaa hoitonsa koko elinajakseen¹⁵⁸. Mainittu oikeus lakkautettiin vuonna 1861 aihetta käsitelleen komitean ehdotuksesta. Valtion talous oli osaksi syynä siihen, että potilaiden elinikäisestä hoitoon lunastuksesta luovuttiin. Toisaalta laitokset menettivät samalla mahdollisuudet saada haltuunsa hoitoon lunastettujen potilaiden perinnöt.¹⁵⁹ Tämän jälkeen

¹⁵⁵ Pulma 1991, 147–149.

¹⁵⁶ Pulma 1994, 64.

¹⁵⁷ Salo 1996, 61.

¹⁵⁸ Ks. esim. 6 § Hans Kejserliga Majestäts Rådiga Förordning, angående sinnessjukte personers vård och förbättrade anstalter till derar botande Den 4 Februari 1840, 6.

¹⁵⁹ Pesonen 1980, 281.

sairaille määriteltiin tietyt päivämaksut. Uudelleen mielisairaista säädeltiin vuonna 1889 annetulla hallinnollisella asetuksella. Selkeästi havaittavin muutos ilmeni jo asetuksen nimessä. Kritiikkiä osakseen saanut houruinhoito oli vaihdettu asetukseen sairasmielisistä.¹⁶⁰ Käytännössä noudatettiin niitä toiveita, joita 1800-luvun puolimaissa oli esitetty. Termien suhteen menttiin siis hieman lievempään suuntaan. Uutta asetusta edelsivät eri komiteoiden¹⁶¹ valmistelutyöt. Lisäksi mielisairaiden hoidon kehittämistä käsiteltiin useammilla valtiopäivillä¹⁶².

Asetuksen yhteydessä annettiin tsaarin julistus, joka sisälsi tarkemmat määräykset mielisairaanhoidosta. Valtio jäi uudistusten jälkeenkin pääasialliseksi mielisairaanhoidon järjestäjäksi. Toisaalta julistus oikeutti myös kunnan, yksityisen henkilön tai yhtiön perustamaan mielisairaaloita. Keisarillinen asetus sairasmielisten hoidosta oli alkusysäys kunnalliselle mielisairaanhoidolle¹⁶³. Vielä tässä vaiheessa ei vaadittu tarkentavaa sääntelyä. Tosin kunnallisen mielisairaalan tuli olla senaatin *talousosaston*¹⁶⁴ antamien määräysten alainen ja köyhäinhoidon nimissä kunnan täytyi varata hoitopaikkoja varattomille potilaille. Perustaessaan köyhäintalon kunnat tai kuntain yhtymät kohtasivat myös selkeän velvoitteen sairaansijojen määrästä sekä jaosta. Varattomille mielisairaille tuli varata vähintään kolme hoitopaikkaa.¹⁶⁵

Vanhemmat lähteet puhuvat oikeutuksesta, jolla kunnille mahdollistettiin toimivaltuudet puuttua mieleltään sairaiden hoitoon. Tässä suhteessa hallituksen esitys ja talousvaliokunnan mietintö käyttävät varsin lievää sanamuotoa. Uudemmassa aineistossa puolestaan suhtaudutaan jyrkemmin. Vuoden 1889 asetusta on tulkittu siten, että tuolloin kunnat määrättiin huolehtimaan paitsi köyhistä, myös kroonisesti mielisairaista ja heidän hoidostaan perustamalla köyhäintalojen yhteyteen erillisiä osastoja sairastuneille.¹⁶⁶ Mainitussa Keisarillisen Majesteetin Armollisessa Asetuksessa sairasmielisten hoidosta 9 §:ssä käytettiin, toisin kuin Achté, Alanen ja Tienari

¹⁶⁰ Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus sairasmielisten hoidosta 23/1889.

¹⁶¹ Komiteat asetettiin vuosina 1859 sekä 1873. Ks. KM 1908:6, 13

¹⁶² Mielisairaanhoidoa käsiteltiin vuosien 1863–1864, 1872, 1877–1878, 1885 sekä vuoden 1888 valtiopäivillä. KM 1908:6, 13–15.

¹⁶³ TaVM 11/1935 vp, 1–2. Valtiopäivät 1935, Asiakirjat III.

¹⁶⁴ Senaatti oli tuolloin jakautuneena talous- ja oikeusosastoon. Talousosasto hoiti hallitusta ja hallintoa. Senaatin talousosaston varapuheenjohtaja vastaisi käytännössä nykyistä pääministeriä. Wrede 1963, 118; Tommila 1999, 23, 32.

¹⁶⁵ KM 1908:6, 13; HE 108/1934 vp, 1–2. Valtiopäivät 1934, Asiakirjat II–III; TaVM 11/1935 vp, 1. Valtiopäivät 1935, Asiakirjat III.

¹⁶⁶ Achté, Alanen ja Tienari 1981, 14.

kirjoittavat, varsin ehdollista sanamuotoa. Asetuksessa mainittiin, että kunnan on, *jos* se hoitolaitoksen perustaa, noudatettava niitä määräyksiä, joita senaatin talousosasto säätää. Kunnan oli asetuksen 9 §:n mukaan ennen hoitolaitoksen avaamista tehtävä ilmoitus läänin kuvernöörille.¹⁶⁷ Tämän perusteella kunnilla ei ollut kovinkaan suurta itsenäistä harkintavaltaa, mutta varsinaisia määräyksiä hoidon järjestämisestä ei niille vuoden 1889 asetuksella langettu.

Asetuksen 10 §:ssä määrättiin ainoastaan siitä, että rakentaessaan vaivaistalon tai -huoneen kunnan täytyi varata niihin vähintään kolme paikkaa varattomille mielisairaille. Toisaalta säännöstä voidaan tulkita siten, että kuntayhtymien, mikäli sellaisia muodostuisi, tulisi varata paikkoja varattomille tarpeen mukaan. Tarkemmin kuntayhtymien yhteydessä paikkalukua ei määritelty. Asetuksessa tai Julistuksessa ei ollut vaivaistalojen osalta tarkempia määräyksiä. Asetuksessa ei siis sanottu, koskevatko vaivaistaloja ne säädökset, joissa säädeltiin yleisistä mielisairaslaitoksista. Säätelyn tarkoituksena oli turvata kansalaisia aiheettomasta sulkemisesta mielisairaaloihin. Tällaisia olivat esimerkiksi asetuksen 5–6 §.¹⁶⁸ Mielisairashoito – komitea on tulkinnut mietinnössään, että vaivaistaloihin varatut hoitopaikat oli tarkoitettu kohdennettaviksi potilaille, jotka olivat varattomia ja rauhallisia. Tällaisille mielisairaille ei tarvinnut järjestää erikoishoitoja, vaan he tarvitsivat ainoastaan ylöspittoa ja ruumiillista hoitoa.¹⁶⁹ Ilmeisestikin oli tarkoituksena, että valtion laitoksissa hoidettaisiin vaikeammat potilaat. Kuitenkin oli ongelmallista, että kunnille annettiin mahdollisuus hoitaa tehtäviä, mutta näistä velvoitteista ei erikseen säädetty.

Tosiasiassa asetuksen 50 §:ssä esitetty määräys velvoitti kunnat toimittamaan hoitoa myös sellaisille mielisairaille, jotka olivat vaikeasti hoidettavia. Näiden potilaiden hoitamiseen kuntien tuli käyttää vaivaistalopaikkojaan. Tilanne johtui siitä, että valtion hoitolaitokset olivat täynnä. Korkean potilasmäärän vuoksi kuntien tuli varata paikkoja huomattavasti enemmän kuin vuoden 1889 asetus määräsi. Todellisuudessa maaseudulla oli osastoja, joissa oli noin kymmenen potilaspaikkaa ja kaupunkeihin kehittyi kokonaisia mielisairaaloita.¹⁷⁰

¹⁶⁷ Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus sairasmielisten hoidosta 23/1889, 4.

¹⁶⁸ Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus sairasmielisten hoidosta 23/1889, 4.

¹⁶⁹ KM 1908:6, 19.

¹⁷⁰ Ks. asetuksen 50 §; KM 1908:6, 19.

Mieleltään sairaan hoitoon toimittamisesta annettiin jo vuoden 1889 julistuksen 3 luvun 50 §:ssä suhteellisen selkeät ohjeet. Täsmentyneet ohjeet johtuivat siitä, että mielen sairautta ei enää nähty ainoastaan yksilön ongelmana, kuten vielä edellisen asetuksen aikaan. Mielisairaus alettiin ymmärtää 1800-luvun lopulla yhteiskunnan turvallisuuden ja järjestyksen uhkaajaksi, joka oli saatava hallintaan. Tällöin myös sairausluokitus laajeni yhdessä sairaanhoidon yleisen edistymisen kanssa, joten mielisairauksia todettiin huomattavasti aiempaa enemmän. Ensisijaisesti edusmiehien, eli holhoojien tai läheisimpien, siis omaisten, tuli toimittaa henkilö, josta näkyivät mielensairauden merkit, hoitoon. Toissijaisesti tämä velvollisuus annettiin kunnallislautakunnan esimiehelle tai poliisille. Näiden tahojen täytyi viivytyksittä varmistaa, että sairastuneen tila voitiin tutkituttaa lääkrillä. Lisäksi heidän tuli saattaa sairastunut asianmukaiseen hoitoon, jotta potilas ei olisi itselleen tai muille vaaraksi.¹⁷¹

Toisaalta keisarillisessa asetuksessa säädettiin, että ketään ei saanut ottaa julkiseen laitokseen, ellei tutkimusta henkilöstä ollut tehnyt siihen oikeutettu ja ottavaan laitokseen kuulumaton lääkäri. Tutkivan lääkärin täytyi asianmukaisesti todistaa potilaan mielisairaus. Se, että hoitoa antavan laitoksen lääkäri ei saanut kirjoittaa potilasta sisään hoitolaitokseen, voidaan katsoa olleen ensimmäinen lääkäriin kohdistunut esteettömyyden vaatimus mielensairauslainsäädännön osalta. Asetuksen 6 §:ssä säädettiin myös, että parantumisensa jälkeen henkilö oli heti uloskirjoitettava laitoksesta.¹⁷²

Valtion ylläpitämät laitokset, joissa hoidon oli pääasiallisesti tarkoitus tapahtua, jaettiin kolmeen luokkaan. Ensimmäisenä asteena toimivat vastaanotto- eli holhouslaitokset, joissa oli tarkoitus hoitaa potilaita välittömästi heidän sairastuttuaan. Toisaalta myös vaaralliseksi luokiteltuja mielisairaita saatettiin hoitaa vastaanottolaitoksessa sekä sellaisia, joiden mielentila oli tarkoitus tutkia oikeuslääketieteellisesti. Toisena asteena olivat päälaitokset, joihin vastaanottolaitoksista pitempiaikaista hoitoa tarvitsevat tuli siirtää. Turvapaikat olivat puolestaan tarkoitettu pääasiassa hoitoa tarvitseville, ei siis ilmeisestikään vaarallisille¹⁷³, potilaille, joiden hoidosta

¹⁷¹ Keisarillisen Majesteetin Armollinen Julistus, sisältävä tarkempia määräyksiä sairasmielisten hoidosta 23/1889, 20; Nygård 1998, 96.

¹⁷² Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus sairasmielisten hoidosta 23/1889, 2–3.

¹⁷³ Huomion arvoista on, että turvapaikkaan kelpasivat joko itselleen tai muille vaarallisina pidettävät kaatumatautiset (epileptikot). Keisarillisen Majesteetin Armollinen Julistus, sisältävä tarkempia määräyksiä sairasmielisten hoidosta 23/1889, 12–13.

lääkintöhallitus oli päättänyt. Vastaanottolaitoksessa potilasta sai pitää julistuksen 35 §:n mukaan kuusi kuukautta. Mikäli potilas ei tuona aikana osoittanut paranemisen merkkejä, hänet tuli siirtää joko päälaitokseen tai turvapaikkaan. Vastaanottolaitoksen johtaja ei saanut tehdä itsenäisesti päätöstä potilaan lähettämisestä jatkohoitoon, vaan hänen täytyi ainoastaan antaa lausunto ja hoitoehdotus potilaastaan. Varsinaisen päätöksen teki lääkintöhallitus.¹⁷⁴

Kuuden kuukauden määräaika on mahdollista luokitella tarkkailuajaksi, jonka jälkeen potilas siirrettiin pitempikestoiseen pakkohoitoon. Mielenkiintoista on, että tämän määrittelyn mukaan tarkkailu-aika käytännössä piteni huomattavasti verrattuna vuoden 1840 asetuksessa säädettyyn kahteen kuukauteen. Tosiasiassa on kuitenkin muistettava, että tässä esitetty puolen vuoden tarkkailuajalla ei ole samanlaista merkitystä kuin nykyisellä tarkkailuajalla. Julistuksessa ei määritelty, että potilaan tilaa tulisi erityisesti seurata hänen ollessaan vastaanottolaitoksessa. Keisarin antaman julistuksen 33–34 §:ssä määriteltiin, että sairaan tultua terveeksi (entiselleen) tai hänen tilansa kohennuttua siten, että tämä ei enää hoitoa tarvitse, tuli potilas laitoksen johtajan päätöksellä välittömästi uloskirjoittaa.¹⁷⁵ Koska tilan kohentuminen ainakin lain perusteella riitti hoidosta poistamiseen, voidaan katsoa, että keisarin nimissä toimineella Suomen senaatilla ei ollut tarkoituksena julistusta antaessaan pitää potilasta pakkohoidossa tarpeettoman pitkään. Käytännössä mitenkään ei kuitenkaan säännelty sitä, että kerran tehty päätös potilaan hoitoonotosta pitäisi jossain vaiheessa uusia. Kerran lääkintöhallituksessa tehdyn päätöksen, jonka perusteella henkilöä saatettiin pitää päälaitoksessa tai turvapaikassa, voimassaoloaika oli todellisuudessa rajaton.¹⁷⁶

Merkillepantavaa on, sekä asetuksessa että julistuksessa kiinnitetyn huomiota mielisairaiden asianmukaiseen kohteluun. Asetuksen 13 §:n huomautuksella potilaiden huolellisesta ja lempeästä kohtelusta sekä mahdollisuuksien mukaan pakkokeinoja käyttämättömästä hoidosta muistutettiin erityisesti yksityisiä hoitolaitoksia. Julistuksen 4 §:n 1 momentin mukaan Lääkintöhallituksen oli valvottava potilaiden edun toteutumista. Asetuksen 14 §:ssä puolestaan

¹⁷⁴ Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus sairasmielisten hoidosta 23/1889, 1, ks. erit. 1§; Keisarillisen Majesteetin Armollinen Julistus, sisältävä tarkempia määräyksiä sairasmielisten hoidosta 23/1889, 12, 16, ks. erit. 16–18 §, 33–35 §.

¹⁷⁵ Keisarillisen Majesteetin Armollinen Julistus, sisältävä tarkempia määräyksiä sairasmielisten hoidosta 23/1889, 16.

¹⁷⁶ Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus sairasmielisten hoidosta 23/1889; Keisarillisen Majesteetin Armollinen Julistus, sisältävä tarkempia määräyksiä sairasmielisten hoidosta 23/1889.

ilmaistiin toimintavelvoite Lääkintöhallitukselle tai kuvernöörille, mikäli heille kohdistetaan valitus mieleltään sairaiden huonosta kohtelusta.¹⁷⁷

Muistutus oli paikallaan, sillä julkisten hoitolaitosten ohella yksityisille henkilöille tai yhtiöille avattiin mahdollisuus ylläpitää hoitolaitosta. Verrattuna edelliseen, vuoden 1840 asetukseen, vuonna 1889 säädeltiin sanktioista, joita mielisairasta hoitaville voitaisiin langettaa. Edelleen velvoitettiin asetuksen 12 §:n mukaan kotonaan sairasta hoitavan tai sellaisen laitoksen johtajan, jossa sairas on hoidettavana, ilmoittaa joko sairauden alkamisesta tai potilaan vastaanottamisesta. Ilmoitus tuli antaa paikkakunnan kirkkoherranvirastoon sekä maaseudulla kunnallislautakunnalle ja kaupungissa kaupunginlääkärille tai poliisivirastolle. Kirkkoherranvirastosta tiedot sairastuneista tuli lähettää vuosittain paikkakunnan piirilääkärille. Asetuksen 15 §:ssä säädettiin, että ilmoituksen laiminlyönnistä tuomitaan kruunulle maksettavaksi sakko.¹⁷⁸ Ensiaskeleina kohti avohoitoa voidaan pitää Siviilitoimituskunnan esittelijäsihteerin, valtioneuvos T. J. Aminoffin Keisarillisen Senaatin määräyksestä helmikuun 23. päivänä 1898 tekemää ehdotusta mielisairaitten sijoittamista perhehoitoon. Esitys olisi koskenut mainittua toimintaa kaikkialla maassa, mutta tätä ehdotusta ei kuitenkaan toteutettu.¹⁷⁹

Päätelmänä voi todeta, että erikseen tahdosta riippumatonta hoitoa ei vielä 1800-luvun asetuksissa säädely. Käytännössä keisarilliset asetukset olivat kuitenkin pakottavan hoidon kannalla ja hoito koettiin lähtökohtaisesti pitkäkestoisena, eikä sen tarkoitus ollut kuntouttaa sairastunutta vapaaksi yhteiskunnan jäseneksi. Toisaalta jo vuoden 1889 julistuksella muistutettiin, että pakkokeinot olivat toissijaista. Sairaita oli mahdollisuuksien mukaan hoidettava pakkoa käyttämättä. Inhimillisyyttäkin oli siis havaittavissa, vaikka hoitoon joutuneella ei ollut valitusmahdollisuutta hoitoaan tai sen aikaa koskien. Muutos tuli siinäkin mielessä, että vuoden 1889 säädösten mukaan ainoastaan asiassa esteettömällä lääkäriellä oli oikeus päättää hoitoon ottamisesta. Toisaalta potilas piti poistaa laitoksesta tämän parantuessa ja lisäksi ylempien valvontaviranomaisten täytyi puuttua sairaiden huonoon kohteluun. Erääksi muutokseksi voidaan mainita mielisairaalassa hoidettavina olleiden potilaiden määrä ja

¹⁷⁷ Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus sairasmielisten hoidosta 23/1889, 5; Keisarillisen Majesteetin Armollinen Julistus, sisältävä tarkempia määräyksiä sairasmielisten hoidosta 23/1889, 7.

¹⁷⁸ Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus sairasmielisten hoidosta 23/1889, 4–5.

¹⁷⁹ KM 1908:6, 19.

hoitopaikat. Ensimmäisen mielisairasasetuksen aikaan vuonna 1840 sairaaloita oli ainoastaan kaksi ja niissä hoidettiin vajaata 100 potilasta. Vuoteen 1890 tultaessa sairaaloiden määrä oli noussut neljään, mutta potilaiden lukumäärä lähenteli jo 900.¹⁸⁰

2.4. Kohti modernia säädettyä oikeutta

Vaikka autonomian ajalla Suomeen saatiin kaksi sinällään merkittävää mielenterveydellistä hoitoa koskevaa asetusta, oli niiden välillä huomattavan pitkä aika, vuotta vaille puoli vuosisataa. Syy oli selvä. Venäjän tsaari ei kutsunut Suomen valtiopäiviä kokoon ennen 1860-lukua, joten todellista, uudistettua lainsäädäntöä ei voitu laatia. Lainsäädäntö ehti vanhentua ja toisaalta lakien varsin vapaa soveltamistapa alkoi vakiintua. Valtiopäivien uudelleen alkaessa kesti aikansa ennen kuin uutta lainsäädäntöä saatiin riittävässä määrin aikaan.¹⁸¹

Suomen vuoden 1918 sisällissodasta alkanut aikakausi, joka päättyi säännöstelytalouden purkamiseen ja sitoutumiseen eurooppalaisille markkinoille 1950-luvun lopulla, oli merkittävä sosiaalilainsäädännön murroskausi. Tuona aikana Suomen elinkeinorakenne muuttui maataloudessa pienviljelijävaltaiseksi. Toisaalta teollisuus lisääntyi ja se alkoi saada markkinoita maailmalta. Lisäksi aikakauteen mahtui yhteiskunnallisina muutoksina myös 1930-luvun talouslama ja hävityt sodat 1940-luvun alussa.¹⁸²

On mielenkiintoista, että itsenäistymisen jälkeinen aikakausi oli suhteellisen tuloksekas mielen sairauksista säädetäessä. Suomen lainsäädännön uudistumistahti ei ole kuitenkaan ollut erityisen nopeaa, sillä monista tärkeistä uudistuksista ei ole eduskunnassa päästy riittävään yhteisymmärrykseen. Mielisairaslainsäädännössä tämä kulminoitui 1970-luvun osittaisuudistukseen. tarkoituksena oli säätää kokonaan uusi laki, mutta muiden lainsäädäntöuudistusten paineessa siihen ei kyetty. Tuomioistuimille on maassamme langennut

¹⁸⁰ Salo 1996, 56.

¹⁸¹ Klami 1993, 11.

¹⁸² Mikkola Sosiaalinen aikakauskirja 5/6 1987, 30–32; Mikkola 1992, 213.

suhteellisen suuri päätösvalta, koska suomalainen lainsäätävä ei ole suurissa kysymyksissä onnistunut vastaamaan uudistustarpeeseen.¹⁸³ Tuomioistuinten yhteiskunnallisen roolin vahvistuminen on kuitenkin tukenut oikeusvaltiokehitystä, poliittisen järjestelmän tietynasteinen syrjäytyminen ei ole merkinnyt oikeusturvan rappiota.¹⁸⁴

Suomalainen yhteiskunta on nykyaikaistunut varsin myöhään¹⁸⁵. Päätelmän tueksi voi todeta sen, että muissa pohjoismaissa oli esimerkiksi toteutettu työn ja pääoman yhteistyö, jolla tarkoitettiin työehtosopimusten ja yhteisneuvottelujen organisoimista. Suomessa työnantajat hyväksyivät *työehtosopimukset*¹⁸⁶ vasta talvella 1940, rintamamoraalin kohentamiseksi. Tästä ”tammikuun kihlauksesta” voidaan katsoa alkaneen Suomen moderni työmarkkinapolitiikka.¹⁸⁷

Maamme erityisasemaan vaikutti myöhäinen teollistuminen ja maaseutuväestön huomattava asema elinkeino- ja väestörakenteessa 1960-luvulle saakka. Suomessa vallitsi talonpoikaisyhteiskunnasta kummunnut agraariusko, jota olivat lujittaneet niin 1800-luvun kansallisuusliike kuin sisällissotakin. Tällainen malli, yhdistettynä maan vahvalla sidonnaisuudella Venäjään, ei ollut omiaan kehittämään maamme sosiaalipolitiikkaa. Sosiaalipoliittisia reformeja tukenut keynesiläisyys ei päässyt koskaan hallitsevaan asemaan talouspoliittisessa ajattelussa, vaikka 1950- ja 1960-luvuilla Suomessa pyrittiin sosiaali- ja talouspolitiikan liittoa todistelemaan.¹⁸⁸

Suomalaisen talouspolitiikan ”pitkä linja”¹⁸⁹ on korostanut taloudellisen kasvun ja kansainvälisen kilpailukyvyyn tärkeyttä. Sosiaalipoliittiset uudistukset ovat puolestaan mitoitettu valtiontalouden ylijäämien mukaan. Uudistuksilla ei ole pyritty suhdanteita tasaaviin

¹⁸³ Klami 1993, 12–13.

¹⁸⁴ Kekkonen 1998, 141, 148.

¹⁸⁵ Nummela 1999, 138–143.

¹⁸⁶ Mielenkiintoista on se, että työehtosopimuslaki oli säädetty 1920-luvun keskustajohtoisen sovintopolitiikan tuloksena, maalaisliiton puolueohjelmassa keväällä 1921 esitetyn mukaisesti. Borg 1965, 164–166; Urponen 1994, 165–168; Tuori 2004, 81; työehtosopimuslaki 88/1924.

¹⁸⁷ Kosonen 1987, 148; Mikkola Sosiaalinen aikakauskirja 5/6 1987, 33.

¹⁸⁸ Nummela 1999, 140–141; Tuori 2004, 75–76.

¹⁸⁹ Suomen talouspolitiikan pitkällä linjalla tarkoitetaan maamme itsenäistymisen ja etenkin viime sotien jälkeen harjoitettua talouspolitiikkaa. Ks. aiheesta enemmän esim. teokset Suomalainen finanssipolitiikka ja kysynnän säätely Pekkarinen ym. 1984, 207–239, teoksessa Sata vuotta suomalaista kansantaloustiedettä sekä Suomen talouspolitiikan pitkä linja Pekkarinen ja Vartiainen 1995.

kansantaloudellisiin vaikutuksiin.¹⁹⁰ Taloudellisten edellytysten kohentuessa on kuitenkin ollut mahdollista keskittyä sosiaalisiin parannuksiin, toisaalta talouden taantuma on vastaavasti lisännyt yhteiskunnallisia ongelmia¹⁹¹.

Valtion kassavaroja supistettiin vuosien 1929–1933 lama-ajasta ja kasvavasta työttömyydestä huolimatta. Maassamme ei toteutettu aktiivista kriisipolitiikkaa kuten Ruotsissa. Suomessa sosiaalipolitiikkaa ei myöskään uudelleen arvioitu kuten esimerkiksi Ruotsissa ja Yhdysvalloissa. Laman aikana avun tarpeessa olevien avustaminen jäi lähinnä kunnallisen köyhäinhoidon varaan¹⁹².

Itse asiassa pula-aika paljasti suomalaisen sosiaalipolitiikan puutteet. Sisällissodan jälkeen keskityttiin maareformien toteuttamiseen pyrittäessä yhtenäistämään ja eheyttämään kansakuntaa. Voi sanoa, että tuolloin uskottiin taloudellisten olojen kehittämisen parantavan myös ihmisten henkisiä oloja. Tämä osaltaan selittää sen, miksi esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuoltoon, mielisairaanhoidosta puhumattakaan ei ehditty puuttua oikeudellisen säätelyn keinoin. Maareformit aiheuttivat lopulta huomattavia sosiaalisia vaikeuksia, sillä pakolla luodut maatilat eivät olleet elinkelpoisia ja pientilallisten oli etsittävä lisäänsioita etenkin metsätöistä ja teollisuudesta. Tällaiset suhdanneherkät alat olivat etenkin 1930-luvun lama-aikana ongelmallisia, sillä maareformien pettämät pienviljelijät petettiin nyt toistamiseen työstään irtisanottuina. Vaikea tilanne ajoi useita ihmisiä jopa maantielle, koska toimivaa sosiaaliturvaa ei ollut. *Sosiaalihuollon peruslait*¹⁹³ astuivat voimaan vasta niinkin myöhään kuin vuonna 1937, eli vasta laman jälkeen sosiaaliturvaa ehdittiin uudistamaan perusteellisesti.¹⁹⁴ Esitetyn perusteella on ymmärrettävää, että mielisairaslainsäädännön uudistaminen viivästyti yhteiskunnallisten muutosten vuoksi aina 1930-luvun lopulle saakka¹⁹⁵.

¹⁹⁰ Pekkarinen ym. 1984, 209, 239–243.

¹⁹¹ Mikkola Sosiaalinen aikakauskirja 5/6 1987, 25.

¹⁹² Pekkarinen ym. 1984, 212–213, 218; Kosonen 1987, 148; Tuori 2004, 81.

¹⁹³ Näillä tarkoitetaan lastensuojelu-, irtolais- ja alkoholilakia sekä tapaturmalain tarkistuslakia että kansaneläkelakia. Ks. Urponen 1994, 195 ja kyseisestä kirjasta, Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva, liite Suomalaisen sosiaalilainsäädännön aikataulu, etenkin sivu 360.

¹⁹⁴ Urponen 1994, 192–195.

¹⁹⁵ Vrt. tältä osin HE 108/1934 vp. Valtiopäivät 1934, Asiakirjat II–III sekä HE 19/1936 vp. Valtiopäivät 1936, Asiakirjat I–III.

Paul Van Aerschot on todennut yhteiskunnan modernisaation olevan sen oikeudellistumisen perustana. Koska tämä uudistuminen tapahtui Suomessa edellä esitetyn mukaan pääosin vasta itsenäisyyden koittaessa, on perusteltua paneutua tarkemmin niihin osatekijöihin, jotka olivat oikeudellistamassa, toisin sanoen, lisäämässä sääntelyä muun muassa maamme mielisairaslainsäädännön saralla. Aerschotin mukaan perinteistä, traditionaalista oikeutta ei onnistuta muuttamaan varsinaisilla päätöksillä, eikä sitä voi erottaa sen vaikutuspiirissä elävien ihmisten arvoista. Vastaavasti modernisoitumisen myötä tapahtunut oikeudellistuminen on tuonut mukanaan myönteisiä vaikutuksia.¹⁹⁶

Kansalaisen asemaa on vahvistettu suhteessa toisiin tai virkamiehiin, toisaalta on edistetty yksilöiden välistä tasa-arvoa. Moderni yhteiskunta on parantanut tai ainakin pyrkinyt kohentamaan jäsentensä elinoloja. Lisäksi näitä parannuksia voidaan toteuttaa suhteellisen nopeasti. Aerschot näkee kuitenkin myös ongelmia modernin hyvinvointivaltioon pyrkivän maan normitulvassa. Modernista oikeudesta tuli nopeasti niin kutsuttua juristioikeutta. Tällaiseen oikeuteen ei maallikko voinut juurikaan vaikuttaa, vaan hän joutui luottamaan sen sääntelyn oikeellisuuteen, joka hänen oikeusasemaansa käsitteli.¹⁹⁷

2.5. Tekijöitä tulevan mielisairaslain taustalla

Suomen kehitys ei lopulta pysähtynyt kovinkaan pitkäksi aikaa, vaikka sisällissota maata runtelikin. Itse asiassa jotakin oli tehty jo ennen sotaa. Marraskuussa 1917 senaatin uudelleenjärjestely avasi oven uudelle sosiaaliasiain esittelyelimelle, sosiaalitoimituskunnalle. Toimituskunnan päätehtäviä olivat työväenasiat ja köyhäinhoito. Hallinnollisella uudistuksella oli tarkoitus keskittää toimintoja selkeän yhden johdon hallintaan¹⁹⁸. Suomi otti etenkin Ruotsista, mutta myös Norjasta esimerkkiä omaa sosiaalihalintoa luodessaan. Kuitenkin suurempi syy kuin muiden Pohjoismaiden myötävaikutus, oli siinä, että maamme onnistui vapautumaan

¹⁹⁶ Aerschot, 1996, 20–21.

¹⁹⁷ Aerschot, 1996, 16–17, 28–30.

¹⁹⁸ Aiemmin siviilitoimituskunta (nyk. sisäministeriö) huolehti köyhäinhoidosta ja kauppa- ja teollisuustoimikunnalla kuuluivat puolestaan työväenasiat. Haatanen 1992, 17.

sortokausien kahleista ja venäläisen lainsäädännön pysähtyneisyydestä. Orastava itsenäistyminen loi mahdollisuudet lainsäädännön tehokkaammalle muutokselle. On syytä huomata, että eduskuntauudistus ei vielä luonut riittäviä edellytyksiä sosiaalilainsäädännön uudistamiselle. Eduskuntaa vaivasivat sekä sisäiset kiistat että jatkuvat hajotukset. Toisaalta eduskunnassa oli pyritty ja säädettykin monia sosiaalipoliittisia lakeja, mutta ne oli toistuvasti jätetty vahvistamatta. Tosin aina syy ei ollut ainoastaan tsaarinvallassa, vaan myös suomalaisten keskuudessa ilmeni haluttomuutta ja näköalattomuutta uudistuksiin.¹⁹⁹

Alkavasta sääntelystä huolimatta käytännön sosiaalipolitiikka vaikutti kansalaisten arkeen aluksi hyvin marginaalisesti. Sosiaalimenot olivat ainoastaan 1 prosentin luokkaa valtion menoista vuosina 1918–1922, kunnes ne kaksinkertaistuivat 1930-luvun alkuun mennessä. Määrällistä vähäisyyttä selittää sosiaalivakuutuksen puuttuminen maastamme. Valtio odotti, että kansalaisten hädänalaisuus lievenee taloudellisten olojen kohentuessa.²⁰⁰

Sosiaalilainsäädäntö uudistettiin tärkeimmiltä osiltaan 1920-luvun aikana. Valtion vähäistä roolia kustannuksiin selitti se, että sosiaalipolitiikan velvoitteet koskettivat pääasiassa työnantajia ja kuntia. Valtiontaloutta sosiaaliset velvoitteet rasittivat vasta kun kyseiset tahot olivat rahoitusvelvollisuutensa täyttäneet tai mikäli oli säädetty valtakunnalliselle laitokselle kuuluvan vastuvelvoitteen sosiaalisesta huollosta.²⁰¹ Käytännössä Suomen taloudessa kasvun vuosia jatkui sisällissodasta aina 1920-luvun lopulle saakka, ainoastaan 1920-luvun alussa oli pieni taantuma. Yhteiskunnallisille uudistuksille näyttäisi siis olleen mahdollisuuksia taloudellisen kehityksen puitteissa. Kuitenkin on huomattava, että Suomessa alkoi suuri lama jo ennen Länsi-Eurooppaa ja 1930-luvun taitetta.²⁰²

Asenneilmapiiri saattoi olla suurempi syy Suomen sosiaalilainsäädännön uudistamisessa kuin lama-aika. Maassamme sosiaaliturvaa luotiin huoltopainotteisin toimenpitein. Katsottiin, että kansakunnan kannalta parhaimpaan lopputulokseen päästään annettaessa tukia ainoastaan tarveharkintaisina. Sosiaalipolitiikan uudistamisen edelle asetettiin itsenäisyyden alkuvuosina

¹⁹⁹ Haatanen 1992, 17–18.

²⁰⁰ Urponen 1994, 174.

²⁰¹ Ahvenainen ja Vartiainen 1982, 185.

²⁰² Hjerpe 1990, 26–27.

koululaitoksen ja puolustusvoimien kehittäminen. Erityisesti sosiaalivakuutukseen suhtauduttiin kielteisesti, sillä sen uskottiin tulevan kalliiksi. Lisäksi pelättiin, että vastikkeetta saatavat etuudet johtaisivat väärinkäyttöksiin ja kansalaisten omavastuun heikkenemiseen. Asenteet eivät olleet erityisen humaaneja nykypäivän mittapuun mukaan tarkastellen. Esimerkiksi 1920-luvun lopulla, vielä nousukautena, sairausvakuutuslakiehdotusta käsiteltäessä ajateltiin toimeentulon heikkenemisen vaikuttavan lisäävästi ihmisen haluun parantua ja osallistua jälleen työelämään. Ajalle kuvaavaa on, että sairausvakuutuslakia ei hyväksytty ja se toteutui vasta reilut parikymmentä vuotta myöhemmin 1960-luvulla. Taloudellisten ongelmien ajanjaksolla ilmapiiri ei lientynyt ja vasta reilusti laman jälkeen saatiin luotua merkittävä sosiaalinen uudistus. Kansaneläkelaki astui ensimmäiseltä vaiheeltaan voimaan vuoden 1939 alusta.²⁰³

Erääksi lainsäätämisedellytykseksi voidaan mainita hallinnon kasvaminen Suomen itsenäistyttyä. Itsenäistyminen toi valtiolle hallintotehtäviä, joita vielä Venäjän aikana ei ollut. Laajentunut hallinto tarvitsi välttämättä myös tehostuvaa verotusta toimiakseen. Suomessa vallitsi kuitenkin ilmapiiri, jossa lainsäädännön avulla palveltiin ainoastaan suotuisia edellytyksiä yksityiselle yritystoiminnalle. Mikäli valtio olisi pyrkinyt lisäämään omaa taloudellista panostaan, ei veroja olisi onnistuttu laskemaan, kuten oli tarkoitus. 1930-luvun laman aikana valtio ja kunnat tarjosivat työtä kasvattamalla toimintaansa. 1930-luvun lopulle tultaessa kuntien toiminta ei liiemmin laajentunut.²⁰⁴ Voidaan myös tehdä johtopäätös siitä, että tehostunut ja laajentunut hallinto kohensi mahdollisuuksia toteuttaa uutta lainsäädäntöä. Näinhän oli tapahtunut vuosisataa aiemmin, jolloin Suomen alueen liittäminen Venäjään mahdollisti tehostuvan lainsäädännön synnyn verrattuna heikosti organisoituun ruotsalaiseen hallintoon.

Mielisairaslainsäädäntö tuli osaksi sosiaalisia uudistuksia 1920–1930-luvun taitteessa, sillä terveydenhuoltolainsäädännön kehittäminen koettiin tärkeänä sosiaalisen turvan uudistajana.²⁰⁵ Mielisairaiden kannalta oli hyväksi, että kyseinen laki ehdittiin käsitellä ja hyväksyä ennen toista maailmansotaa, muuten olisi ollut todennäköistä, että ensimmäistä kotimaista mielisairaslakia olisi jouduttu odottamaan suhteellisen pitkään.

²⁰³ Urponen 1994, 197–199.

²⁰⁴ Hjerppe 1988, 113–115.

²⁰⁵ Urponen 1994, 201–2.

3. MIELISAIRASLAISTA MIELENTERVEYSLAKIIN

3.1. Uusi vuosisata, uusi ja ensimmäinen mielisairaslaki

Suomessa oli 1890-luvulta lähtien ollut tavoitteena saada kunnat ryhtymään toimenpiteisiin mielisairaiden hoitoon kehittämiseksi. Mielisairaanhoidon kehittämistä pohtinut komitea toteaa hallitukselta tulleen selkeän viestin pyrkimyksestä lieventää valtiolle koituvia kustannuksia. Toisaalta komitea tunnisti ongelman olevan siinä, että kunnat eivät, ilman valtion taloudellista tukea selviä heille varatusta uudesta roolista. On kuitenkin huomioitava, että kunnat olivat reagoineet muutostarpeisiin jo ennen lainsäädännön uudistusta. 1920-luku oli ollut kuntien yhteisten piirimielisairaaloitten rakentamisen aikaa.²⁰⁶ Nimitys mielisairaslaki omaksuttiin, koska laki sisältää pääasiassa mielisairaita koskevia säännöksiä. Termiä on käytetty alkujaan Ruotsissa, sillä siellä oli annettu vuonna 1929 samaa asiaa koskeva laki *sinnessjuklag*.²⁰⁷

Ensimmäistä varsinaista mielisairaslakia (286/1937) säädettiin kahteen otteeseen. Vuoden 1934 valtiopäivillä oli annettu alkuperäinen hallituksen esitys mielisairaslaksi. Valtiopäivillä ilmeni kuitenkin erimielisyyttä etenkin jatkuvassa kriminaalihoidossa olevien potilaiden hoitokulujen kattamisesta, joten koko lakiesitys hylättiin vuoden 1935 valtiopäivillä²⁰⁸. Lopulta seuraavan vuoden valtiopäivillä laki saatiin käsiteltyä ja hyväksytyä²⁰⁹. Maamme sai ensimmäisen mielisairaslakinsa 1.1.1938 lain voimaantulon myötä.

Hallitus totesi esityksessään, että olosuhteiden pakosta, varsinkin uusien hoitolaitosten perustamisen osalta, oli osa rasituksesta siirtynyt kuntien kannettavaksi. Valtion mielisairaaloissa sairaansijojen lukumäärä lisääntyi hitaasti, joten kuntien oli pakko ottaa osaa retuperällä olevan mielisairaanhoidon kehittämiseen ja järjestämiseen. Vastaavasti kuntien kannettavaksi tuli

²⁰⁶ KM 1908:6, 77–78; Hjerpe 1988, 115.

²⁰⁷ HE 108/1934 vp, 5. Valtiopäivät 1934, Asiakirjat II–III.

²⁰⁸ TaVM 11/1935 vp, 8; EV 1935 vp, Hallituksen esitykseen mielisairaslaksi 108/1934 vp. Valtiopäivät 1935, Asiakirjat III; HE 19/1936 vp, 1. Valtiopäivät 1936, Asiakirjat I–III.

²⁰⁹ EV 1937 vp, Hallituksen esitykseen mielisairaslaksi 19/1936 vp. Valtiopäivät 1937, Asiakirjat III.

luonnollisesti myös näistä toimista johtuva taloudellinen raskaus. Taloudellisten resurssien puute johti kuntien yhtymien syntymiseen ja niiden hallintaan rakentui piirimielisairaala verkosto.²¹⁰

Kunnat eivät joutuneet toteuttamaan tehtäväänsä yksin. Valtio oli tukenut kunnallisia piirimielisairaaloita vuodesta 1920 lähtien. Vuonna 1929 annetulla valtionapulalla taattiin valtionapu sellaisille mielisairaaloille, joiden toiminnassa kunta oli mukana. Valtion avustuspolitiikka johti siihen, että uusia piirimielisairaaloita perustettiin nopeasti. Niitä oli kaikkiaan 14 vuoteen 1934 mennessä. 1930-luvun puolivälin tilannetta kuvaa hyvin se, että mielisairaille tarkoitettuista sairaansijoista ainoastaan 22 prosenttia oli enää valtion sairaaloissa.²¹¹ Tämä ei kuitenkaan tarkoittanut sitä, että valtio olisi vastannut ainoastaan kyseisen prosenttiosuuden verran kuluista. Käytännössä, kuten kansanedustaja Ryömä esitti, valtionapu tarkoitti sitä, että kunnat kykenivät todellisuudessa hoitamaan mielisairaajat varsinkin vähäisin omin kustannuksin²¹².

Vastoin aiempaa käsitystä hallituksen esityksessä todettiin sekä piirimielisairaaloitten että suurimpien kaupunkien mielisairaaloitten olevan täysin rinnastettavissa valtion sairaaloihin. Yhdenmukaisuus oli havaittavissa laitosten suunnittelun, hoitoteknisen varusteiden sekä hoitohenkilökunnan koulutuksen suhteen. Lisäksi, koska kuntien ja kaupunkien sairaalat olivat uudempia, ne olivat joissain tapauksissa valtion sairaaloita ajanmukaisempia.²¹³

Mielisairaita hoidettiin edellisten lisäksi myös kunnalliskotien mielisairasosastoilla. Tämä kehitys koettiin lähes yhtä tärkeäksi kuin piirimielisairaalojärjestelmän rakentaminen. Kunnalliskotien mielisairasosastojen perustamista ei voi pitää varsinaisena hoidollisena edistysaskeleena. Mielisairasosastot olivat tasoltaan erittäin surkeita. Ensisijaisesti kunnalliskotien mielisairasosastot toivat parannusta tilastollisesti, sillä hoitopaikkojen määrä suhteessa hoidon tarpeeseen oleviin kasvoi.²¹⁴ Mielisairaslainsäädännön ohella kunnalliskotien hoitotoimeen vaikutti köyhäinhuoltolainsäädäntö.²¹⁵ Köyhäinhuoltolain (112/1933) 29 §:n mukaan tuli sellaisen kunnan

²¹⁰ HE 108/1934 vp, 2–3. Valtiopäivät 1934, Asiakirjat II–III.

²¹¹ HE 108/1934 vp, 3. Valtiopäivät 1934, Asiakirjat II–III.

²¹² Valtiopäivät 1937, Pöytäkirjat I, 54.

²¹³ HE 108/1934 vp, 4. Valtiopäivät 1934, Asiakirjat II–III.

²¹⁴ Pulma 1991, 145.

²¹⁵ HE 108/1934 vp, 4. Valtiopäivät 1934, Asiakirjat II–III.

kunnalliskodissa, jolla ei ole mielisairaala tai osaa siihen, olla muusta laitoksesta erillään oleva osasto niitä mielisairaita varten, jotka ovat hoidon tarpeessa, mutta joita ei ole saatu sijoitetuksi varsinaiseen mielisairaalaan tai joita rauhallisina voidaan sellaisessa osastossa säilyttää. Lisäksi köyhäinhoitolain 37 §:ssä säädettiin, että köyhäinhoitolautakunnan tulee toimittaa varaton mielisairas asianmukaiseen laitokseen, ellei häntä lääkärin lausunnon mukaan voida hoitaa ilman erityistä lääkärinhoitoa ja valvontaa. Köyhäinhoitolain säädökset vahvistivat aikanaan sosiaalihuollon alaisten kunnallisten mielisairasosastojen asemaa. Kunnallisten mielisairasosastojen kehitys eteni myös köyhäinhoitolain myötä.²¹⁶

Alkuvuodesta 1935 eduskunnassa esitettiin toivomuksia siitä, että mielisairaiden hoito otettaisiin kokonaan valtion vastuulle. Esimerkiksi edustaja Salon ja kolmen muun edustajan laatimassa toivomusaloitteessa todettiin, että ellei valtio ole valmis tukemaan ja hoitamaan sairaitaan, jää mielisairaanhoidon edelleenkin sääliä ja epäinhimilliselle asteelle. Ongelmalliseksi nähtiin kuntien ja omaisten varojen niukkuus sairaiden hoidossa.²¹⁷ Talousvaliokunta ei ollut aikaisemminkaan asettunut tälle kannalle, vaan oli vedonnut valtionavustuksiin, joita esimerkiksi kunnallisille mielisairaaloille jaettiin. Valiokunta epäili valtiolle koituvan huomattavia kuluja, mikäli muut tahot eivät mielisairaita jatkossa hoitaisi. Edustajien syyttämään potilaiden epäinhimilliseen hoitoon talousvaliokunta oli jo aiemmin tyytynyt vastaamaan ainoastaan pyrkimyksellä tehostaa valtionapujärjestelmää.²¹⁸

Vuoden 1937 mielisairaslain voimaantulo kumosi lähes 50 vuotta vanhan keisarillisen julistuksen. Uusi laki ulottui koskemaan jokaista mielisairaita hoitavaa laitosta. Kyseisiä laitoksia voidaan Markku Salon kokoaman taulukon mukaan päätellä tuolloin olleen vajaa 30 ja niissä potilaita vastaavasti noin 8000²¹⁹. Ensimmäinen mielisairaslaki antoi 1 §:n perusteella mahdollisuuden hoitaa sairastuneita valtion ja kuntien mielisairaaloissa, kunnalliskotien mielisairasosastoilla sekä hoitokodeissa. Lisäksi osoituksena lain monipuolisuudesta potilaita saatettiin hoitaa myös perhehoidossa yksityiskodeissa. Psykiatrinen hoito päättyi säädetyllä lailla

²¹⁶ Eskola 1983, 208.

²¹⁷ Toiv. al. N:o 47 (1935). Valtiopäivät 1935, Liitteet I-XIII, liitteet VI.

²¹⁸ TaVM 3/1934 vp, 1. Valtiopäivät 1934, Asiakirjat IV–V.

²¹⁹ Salo 1996, 56. Mainittakoon tässä yhteydessä, että vuoden 1952 mielisairaslain säätämisen aikaan potilaiden lukumäärä oli pysynyt lähes samana, ollen noin 9000. Jostain syystä tietoja mielisairaalojen lukumäärästä ei ole satavilla. Salo 1996, 56.

kokonaisuudessaan lääkärin valvontaan.²²⁰ Psykiatrisen sairaanhoidon alistamisesta lääkärin alaisuuteen säädetään mielisairaslain 2 §:ssä sekä kyseisestä laista annetulla mielisairasasetuksella (455/1937), etenkin asetuksen 1 luvussa²²¹.

Alkujaan hallituksen esityksessä oli huomioitu yksityiskodeissa järjestettävä perhehoito. Ajatuksena oli jo tuolloin, että perhehoidon tulee olla valvonnanalaista. Hoitoa ehdotettiin annettavaksi joko mielisairaalan yhteydessä tai kokonaan erillisenä hoitona. Tavoitteena oli vähentää tuolloin täynnä olevien mielisairaaloiden potilasmäärää.²²² Edellisen esityksen voisi uskoa olevan ensimmäinen tavoite rakentaa avohoitajärjestelmää, mutta oliko kyse siitä? Anttinen määrittelee perhehoidon ensimmäiseksi avohoidon muodoksi²²³.

Perhehoitoa oli ollut jo 1600-luvulta lähtien, aina siitä saakka kun hoitotyötä oli maassamme harjoitettu. Ruotuvaivaisten hoitoa ei valvonut mikään taho. Lääkintöhallitus pyrki 1880-luvun lopulta lähtien lähettämään potilaita perhehoitoon. Syynä oli Seilin sairaalan paikkapula, ei niinkään pyrkimykset vähentää laitostumisesta potilaalle koituvia haittoja. Ajan tietämyksen mukaan sairastuneiden sulkeminen sairaaloihin ymmärrettiin parhaana mahdollisena ratkaisuna sekä potilaalle että yhteiskunnalle. Potilaita siirrettiin lähistölle, etenkin nauvolaisten maanviljelijöiden huollettavaksi. Tällöin huolto tapahtui siten, että viljelijä sai periä hoidokilta saman korvauksen kuin Seilin sairaalakin. Perhehoito nähtiin ilmeisen hyvänä hoitomuotona, koska sitä noin kymmenen vuoden kuluttua 1890-luvun lopulla lisättiin. Tosin ehtona uusimmalle hoitomuodolle oli se, että potilaiden tilan huononnutta heidät tuli siirtää takaisin turvalaitokseen.²²⁴ Toisaalta perhehoito toimi tuottoisana myös hoitoon ottajalle. Etenkin köyhemmät ja pientilalliset ottivat aikuisia potilaita hoitoonsa, koska näistä oli hyötyä viljelyksillä.²²⁵

Alkeellista avohoidon muotoa, perhehoitoa alettiin suosia 1900-luvun alkupuolella myös valtiovallan taholta. Tähän houkuttelivat etenkin havainnot siitä, että kustannukset potilasta

²²⁰ Poutanen 2003, 4–5. (kurssiesitelmä, PDF-tiedosto.)

²²¹ Ks. asiasta tarkemmin mielisairasasetus 455/1937, Suomen Asetuskokoelma 1937, s. 1100–1109.

²²² HE 108/1934 vp, 4. Valtiopäivät 1934, Asiakirjat II–III.

²²³ Anttinen 1983, 221.

²²⁴ Sarvilinna 1938, 519–526; Anttinen 1983, 219–221.

²²⁵ Pulma 1991, 144.

kohden olivat perhehoidossa yleensä huokeammat kuin sairaalahoidossa. Vuosisadan vaihteessa alettiin suosia perhehoitolaistosten perustamista muillekin sairaalapaikkakunnille kuin ainoastaan Seilin sairaalan ympäristöön.²²⁶ Käytännössä perhehoitoa suosittiin mielisairaiden hoidossa, koska pääosa sairastuneista oli köyhiä, joilla ei ollut itse varaa lunastaa hoitopaikkaansa. Esimerkiksi vielä vuosina 1901–1921 perhehoidossa elätteellä hoidettiin 60–75 prosenttia maamme mielisairaista. Etenkin maaseudulla kunnan huollettaviksi jääneistä mielisairaista noin puolet sijoitettiin perhehoitoon.²²⁷

Vapaiden hoitomuotojen kehittäminen lähti siitä periaatteesta, että valtiolla ei ollut varaa yksinomaan järjestelmään, joka perustuisi pelkästään eristämiseen. Vaikka eristäminen ei täysin ainoa vaihtoehto ollutkaan, oli ensimmäinen mielisairaslaki käytännössä sovitteluratkaisu rotuhygienian ja laitosten kalleutta korostavan ajattelun välillä. Eristävä hoito koettiin tärkeäksi tulevan rotupuhtaan kansan kasvattamiseksi. Toisaalta pienellä kansakunnalla ei todettu olevan varaa rakentaa niin laajaa laitosverkostoa, että sen avulla voitaisiin parantaa tulevien kansalaisten perimää.²²⁸ Vuosisadan alussa oli arvioitu, että mikäli jokaiselle hoidon tarpeessa olevalle mielisairaalle rakennettaisiin laitospaikka, sen kustannukseksi tulisi lähes neljännes valtion vuodessa saavuttamista vakinaisista tuloista. Kulut olisivat nousseet edelleen, jos mukaan olisi laskettu laitosten ylläpitomenot ja mielisairaiden ohella muiden rodullisesti epäpuhtaiden hoito.²²⁹

Mielisairaslain esitöiden ajatuksiin vaikutti merkittävästi vuonna 1929 mietintönsä esittäneen komitean kannanotot. Niin kutsuttu sterilisointikomitea ehdotti, että vielä tuolloin Suomen suhteellisen vähäisen laitospaikkojen määrän vuoksi maahamme tulisi säätää laki, joka sallisi eristämistä huokeamman hoitomuodon käytön, eli steriloinnin, mieleltään järkkyneiden hoidossa. Sterilointi nähtiin potilaalle inhimillisempänä hoitokeinona kuin vuosiksi tapahtuva laitokseen sulkeminen. Ajatuksena oli, että suostumalla väestöllisen puhtauden nimessä toteutettaviin toimiin, potilas saisi palautettua itselleen täysivaltaisuuden ja häneen ei sovellettaisi avioliittokieltä. Syy steriloinnin kannatukseen oli laitospaikkojen vähäisyydestä johtuva

²²⁶ Sarvilinna 1938, 514–515, 522

²²⁷ Hirvonen 2003, 117.

²²⁸ Ks TaVM 11/1935. Valtioapäivät 1935, Asiakirjat III; Heikkinen Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 27/1990, 300.

²²⁹ Mattila 1999, 128.

mielisairaiden sijoittaminen valvomattomiin yksityiskoteihin ja köyhäntaloihin. Tällaisissa paikoissa olevista mielen ongelmista kärsivistä uskottiin, eikä perusteetta, että he tahtomattaankin hankkivat jälkikasvua yhteiskunnan harmiksi. Rotupuhtausajattelulla oli osin humanit lähtökohdat, sillä mainituilla toimenpiteillä onnettomista haluttiin tehdä tasa-arvoisempia, koska heidät voitiin vapauttaa laitoksista.²³⁰

Useiden komitealle mielipiteensä lausuneen lääkärin mukaan sterilointia ei tullut tehdä pakolliseksi sairaalassa hoidettaville mielisairaille. Lääkärit suosittelivat, että toimenpiteelle tulisi saada henkilön tai hänen omaisensa suostumus. Toisaalta komitea katsoi, että mielisairaiden sterilointi ei ole yhtä tärkeää kuin heikkomielisten, koska mielisairaille hoitojakso sairaalassa on tarpeen. Ilmeisestikin todettiin, että valvonnanalaisille potilaille sterilointia ei tarvitse suorittaa. Kuitenkin myönnettiin, että kaikille hoidon tarpeessa oleville ei ole sairaalapaikkoja.²³¹

Perhehoitoon sijoitettavien mielisairaiden tuli täyttää tiukat edellytykset. Esimerkiksi vain sellaisia henkilöitä saatettiin sijoittaa perhehoitoon, joita oli aikaisemmin hoidettu laitoksessa. Lisäksi potilaan mielentila ja taipumukset tuli olla häntä hoitavien tiedossa. Komitea otti tiukasti kantaa myös perheiden olosuhteisiin, joihin potilaita aiottiin sijoittaa. Esimerkiksi määrättiin, että sairaita tuli kohdella myötätuntoisesti, eikä perheen saanut ansaita pääasiallista elantoaan hoitotyöstä. Muu toimeentulo piti olla, koska muuten komitea uskoi potilaita käytettävän työvoimana enemmän kuin heidän psyykinen tilansa sietäisi. Kolmas vaatimus koski perhehoitoon tulevien potilaiden valvontaa. Tehtävässä tuli olla lääkäri ja vähintään yksi katsastaja. Lääkärin täytyisi asua riittävän lähellä potilaitaan, jotta hän voisi tavata hoidettavia aina kun tarvetta ilmenisi. Täsmällinen valvonta olisi tärkeää etenkin, mikäli perhehoitoa ryhdyttäisiin soveltamaan aiottuun mahdollisimman suureen potilasmäärään.²³²

Perhehoidosta säädettiin tarkemmin vuonna 1937 annetun mielisairasasetuksen 6 luvussa. Mielisairasasetuksen 37 §:ssä lisättiin perhehoitoon ottaville keskeiseksi velvoitteeksi vielä se, että samaan perheeseen saatiin sijoittaa enintään viisi mielisairasta. Sijoitettavien tuli lisäksi olla samaa sukupuolta. Vuoden 1908 komiteamietinnössä oltiin tältä osin eri linjoilla. Saman

²³⁰ KM 1929:5, 10–11, 23, 37–46, 17; Ks. myös Heikkinen Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 27/1990, 301.

²³¹ KM 1929:5, 28, 44.

²³² KM 1908:6, 135, 143–146, 154.

sukupuolen edellytystä ei kirjattu vaatimuksiin. Merkittävämpää oli kuitenkin se, että komitean laatimassa ehdotuksen 1 §:ssä todettiin perheeseen voitavan sijoittaa samanaikaisesti ainoastaan kaksi, lääkärin harkinnan perusteella korkeintaan kolme sairasta.²³³ Toisin kuin asiaa tarkastellut komitea, eduskunnassa lainvalmistelun yhteydessä siis katsottiin perheen selviytyvän suuremmasta hoitovastuusta.

Vuoden 1908 komitea ehdotti mietinnössään, että keskus- ja turvalaitosten yhteyteen perustettaisiin tai rakennettaisiin joko avonaisia tai puoliavonaisia asuntoja potilaille. Lisäksi jokaisen valtion laitoksen ympäristöön järjestettäisiin väestön keskuuteen valvonnanaista hoitoa sellaiseen hoitomuotoon sopeutuville mielisairaille. Komitea kuitenkin ehdotti, että perhehoitoa voitaisiin antaa vain rajoitetulla alueella, jotta hoidon tehokas valvominen olisi mahdollista. Suhteellisen avointa hoitoa painotettiin myös jo hoitoa saaneiden potilaiden osalta. Tällaisessa asemassa oleville pyritäisiin järjestämään sopiviksi katsottavilta paikkakunnilta maanviljelyssiirtoloita, joissa perhehoidolle olisi edellytyksiä. Tämäkin hoito olisi ollut lääkärin hoidon alaista ja tavoitteena oli etenkin varmistaa valtion mielisairaaloissa tapahtuva säännöllinen tyhjentyminen. Potilaiden haluttiin siis etenevän järjestelmässä, heidän ei tullut jäädä pysyvästi valtion sairaaloihin. Komitea pyrki sitouttamaan myös hoitolaitosten perheellistyneet hoitajat perhehoidon järjestäjiksi. Hoitajille rakennettaisiin asuntoja sairaaloiden yhteyteen ja hoitajat olisivat velvollisia ottamaan jopa 2 tai 3 potilasta luokseen asumaan.²³⁴

Tällaisin perustein voi todeta, että 1937 lain mukainen perhehoito oli avohoitoa, tai sellaiseksi kehittyntä tai ehkä pikemminkin kehittyvää. Luonnollisestikaan hoito ei ollut sellaista avohoitoa kuin sen tänä päivänä ymmärrämme, mutta aikaansa sidottua ja potilaalle vapauksia antavaa. Esitetty kuitenkin osoittaa tuolloisen vapaan hoidon olleen tiukkaan säänneltyä tai sellaiseksi se pyrittiin järjestämään. Mistään täysin vapaasta ja valvomattomasta hoidosta ei ollut kyse. Itse asiassa vuoden 1908 komitean avohoitoon tähtäävät painotukset tehtiin osittain tyhjäksi juuri sääntelyllä. Siinä missä komitea oli kannattanut valtion ylläpitämää mielisairaalalaitosta, toteutuikin päinvastainen, eli laaja kunnallisten mielisairaaloiden rakennusaalto. Rakentaminen oli alkanut jo autonomian ajalla valtion budjetistaan myöntämän tuen turvin. Kun

²³³ KM 1908:6, 145–146, 239.

²³⁴ KM 1908:6, 161.

mielisairaspaikat lisääntyivät huomattavasti piirimielisairaaloissa, oli selvää, että niihin otettiin hoidettavaksi huomattava määrä potilaita, eikä suunniteltu avohoito voinut toteutua toivotulla tavalla.²³⁵

Esitetty käytäntö on jatkunut nykypäiviin saakka. Mikäli sairaansijoja on paljon, se johtaa todennäköisesti kasvavaan tahdosta riippumattoman hoidon käyttöön syrjäyttäen avohoitotoiminnan²³⁶. Lisäksi on syytä huomata, että vuoden 1937 mielisairaslain perhehoitoon tai eräänlaiseen avohoitoon katseensa suunnanneilla säädöksillä oli varsin pitkät perinteet. Itse asiassa nyt kirjattiin lakiin se, mitä oli jo vuosisadan vaihteesta saakka valmisteltu.

3.2. Tahdonvastainen hoito ensimmäisen mielisairaslain mukaan

Varsinaisia erillisiä tahdosta riippumattoman hoidon säännöksiä eduskunnan hyväksymä lopullinen lakiesitys ei sisältänyt²³⁷. Käytännössä laki edusti pakkohoitomenettelyä. Mielisairaslain 1 luvun 3 §:n 1 momentissa säädettiin terveydenhoito- tai huoltolautakunnan tai sen asianomaisen osaston puheenjohtajan tai poliisiviranomaisen velvollisuudesta toimittaa sairastunut saamaan asianmukaista hoitoa. Tällainen sääntö koski luonnollisesti ainoastaan sellaista tilannetta, jossa viranomainen oli saanut tietoonsa, että henkilö kärsii mielisairauden oireista. Viranhaltijalla oli kuitenkin oikeus saattaa mielisairas hoitoon, ellei sairaan puoliso, omainen, holhooja tai muu huoltovelvollinen ollut ryhtynyt toimenpiteisiin. Lisäksi kyseisen pykälän 2 momentti velvoitti esimerkiksi puolustuslaitoksen, vankilan ja työlaitoksen johtajan tai asianomaisen päällikön huolehtimaan alaisuudessaan olevan mielisairaahan hoidosta.

Edellä esitellyillä henkilöillä (puoliso, holhooja ym.) tai mainituilla viranomaisilla, oli käsiteltävän mielisairaslain 2 luvun 5 §:ssä säädetyn perusteella mahdollisuus tehdä hakemus

²³⁵ KM 1984:17 I osa, 7.

²³⁶ Sosiaalipsykiatria 1989, 92.

²³⁷ EV 1937 vp. Eduskunnan vastaus Hallituksen esitykseen mielisairaslaiksi 19/1936 vp. Valtiopäivät 1937, Asiakirjat III.

mielisairaalaan tai kunnalliskodin mielisairasosastoon hoidettavaksi ottamisesta. Ilmeisesti tämä oikeus oli toissijainen, sillä varsinaisesti edellytettiin, että sairas itse laati hoitohakemuksensa.

Toisaalta mielisairaslain 4 §:ssä säädettiin potilaan itsemääräämisoikeuden rajoituksista. Mainitun pykälän mukaan mielisairaalan vastuunalaisella lääkäriellä ja kunnalliskodin mielisairasosaston lääkäriellä oli oikeus tarkastaa hoidettavana olevan henkilön lähettämä sekä hänen saamansa kirjeet ja muut lähetykset. Vastaavasti, mikäli hoito, järjestys tai turvallisuus vaati, lääkäri saattoi pidättää lähetysten kulun potilaalle. Tosin hoidettavana olevan kirjeet holhoojalleen tai valvontaviranomaisille sekä näiden viranomaisten kirjeet potilaalle tuli aina toimittaa perille.²³⁸ Mielisairaslain 6 luvun 27 §:n 1 momentin perusteella säädettiin poliisiviranomaisen tai, mikäli sairas oli sotilas, sotilasviranomaisen velvollisuudesta antaa virka-apua. Näin tuli toimia, jos lain mukaan hoitoon otettava mielisairas vastusti laitokseen sijoittamistaan. Vastaavasti mielisairaalaan tai kunnalliskodin mielisairasosastoon otetun potilaan poistuessa luvatta osastolta, täytyi poliisiviranomaisen antaa virka-apua henkilön palauttamiseksi takaisin laitokseen. Tältä osin virka-avusta säädettiin 27 §:n 2 momentissa.

Potilaan pakkohoidollisista toimenpiteistä on mielisairaslain osalta todettava seuraavaa: Mielisairaslain 6 §:n mukaan esteettömän lääkärin tuli suorittaa tutkimus henkilöstä korkeintaan kolmeakymmentä päivää ennen hakemuksen jättämistä sairaalaan. Lausunnossa täytyi selvittää potilaaksi otettavan mielisairaus ja häneen kohdistettava mielisairaanhoidon tarpeellisuus. Lausunnon lisäksi hakemukseen tuli liittää rekisteriviranomaisen antama henkilötodistus. Potilaaksi ottaminen saattoi tapahtua ilman näitä asiakirjoja. Kyseisen lain 6 §:n 3 momentissa säädettiin, että henkilö voitiin ottaa hoidettavaksi mielisairaalaan tai kunnalliseen mielisairasosastoon, jos esteettömän henkilön antamasta todistuksesta kävi ilmi hoidettavaksi otettavan vaarallisuus joko yleiselle turvallisuudelle tai itselleen. Hoitoon ottamisen perusteeksi riitti myös henkilön kiireellinen hoidon tarve. Esitellyllä tavalla saatettiin toimia, mikäli henkilötodistuksen ja lääkärinlausunnon hankkiminen olisi tarkoittanut haitallista ajanhukkaa suhteessa vaarallisen tai hoidon tarpeessa olevan potilaan hoitamattomuudelle. Samassa lainkohdassa kuitenkin säädettiin, että kyseiset asiakirjat oli hankittava välittömästi tai

²³⁸ Käytännössä 3 §:ssä ja 4 §:ssä säädetyt asiat säilyivät sellaisinaan koko mielisairaslain valmistelun ajan, eli hallituksen esityksestä 108/1934 lähtien. Niiden osalta muutoksia ei tullut, vaikka uusi esitys jouduttiinkin antamaan.

viimeistään neljäntoista päivän kuluttua hoitoon ottamisesta. Tämän siis voidaan käytännössä katsoa rajanneen, että henkilöä saatiin pitää tarkkailussa korkeintaan kaksi viikkoa, ennen kuin hänen hoidostaan lopullisesti päätettiin.

Mielisairaslain 8 §:n 1 momentissa säädettiin, että mielisairaalaan tai kunnalliskodin mielisairasosastoon otettu oli poistettava hoidosta, mikäli hänen mielentilaansa tutkittaessa kävi selville, että hän ei ollut mielisairaalahoidon tarpeessa. Säännökseen oli kirjattu, että laitoksen *lääkärin* tuli ryhtyä toimenpiteisiin henkilön poistamiseksi laitoksesta. Samoin oli tarkoitus toimia, jos sairaalassa hoidettavana oleva oli parantunut tai lääkäri katsoi, että henkilö ei enää tarvinnut sairaalahoidoa. Toisaalta 8 §:n 2 momentissa säädettiin mielisairaalan vastuunalaisen lääkärin velvollisuudesta poistaa henkilö sairaalasta, mikäli sairaan holhooja tai ellei hänellä ole holhoojaa, henkilö, jonka hakemuksesta sairas on sairaalaan otettu, tai sen, joka vastasi hoidosta aiheutuneista kustannuksista vaati henkilön sairaalasta poistamista. Tällöinkään ei ollut kuitenkaan yksiselitteisen välttämätöntä suostua vaatimuksiin, sillä lääkärin katsoessa potilaan olevan vaaraksi yleiselle turvallisuudelle tai itselleen, hänen tuli alistaa kysymys sairaan poistamisesta lääkintöhallituksen ratkaistavaksi. Samoin oli meneteltävä, mikäli potilasta ei ollut päätetty siirtää muuhun mielisairaalaan.²³⁹

Tällaisin lainkohdin käytännössä mahdollistettiin henkilön hoito hänen tai omaistensa tahdosta riippumatta, vaikka asiasta ei katsottu tarpeelliseksi varsinaisia säädöksiä lakiin kirjatakaan. Vuonna 1938 voimaantullutta mielisairaslakia voi tästä syystä kritisoida puutteelliseksi. Laki jäi suhteellisen suppeaksi, koska pakkohoidosta ei säädelty ja koska täsmällisiä säädöksiä ei annettu, jäi potilaan oikeusturva vielä tässä vaiheessa huomattavan heikoksi. Toisaalta potilaan oikeusasemaa turvaaviin kysymyksiin ei vielä tuossa vaiheessa lain esitöiden tai eduskuntakeskustelujen puitteissa reagoitu²⁴⁰.

Potilaan oikeusaseman heikkous selittyy ehkä osin sillä, että vajaamielisiä pidettiin tuolloin avuttomina ja aloitekyvyttöminä, joiden tulikin olla muiden holhouksen alaisuudessa. Tällainen

²³⁹ Ks. mielisairaslain 286/1937 ohella HE 19/1936 vp, 3–4. Valtiopäivät 1936, Asiakirjat I–III.

²⁴⁰ Ks. tältä osin esimerkiksi HE 19/1936 vp. Valtiopäivät 1936, Asiakirjat I–III; TaVM 6/1936 vp, 3. Valtiopäivät 1936, Asiakirjat I–III; sekä eduskuntakäsittely, jossa käytännössä tarkasteltiin ainoastaan kriminaalimielisairaiden asemaa. Valtiopäivät 1937, Pöytäkirjat I, 194–202.

ajattelu näkyy selvästi esimerkiksi Martti Kailan kirjoituksessa, jossa hän tarkastelee vajavuustilojen ja mielisairauden yleisyyttä rikoksiin syyllistyneiden henkilöiden keskuudessa.²⁴¹ Tosin siinä mielessä tapahtui parannusta suhteessa vuoden 1889 keisarilliseen asetukseen, että nyt laki saatiin kirjoitettua aiempaa täsmällisemmäksi. Etenkin tämä näkyi alkavassa avohoidon kehittämisessä, jossa potilaita sallittiin sijoittaa perheisiin, ei ainoastaan suljettuihin hoitolaitoksiin. Lisäksi säädetty mielisairaslaki tuli koskemaan kaikkia mielisairaanhoidon antavia laitoksia, joten tältä osin se kumosi köyhäinhoitolaissa aiemmin säädetyt kunnalliskotien mielisairasosastoja koskevat pykälät²⁴².

3.3. Vuoden 1952 mielisairaslaki – hoidon päävastuu kunnille

Kuten lainsäädäntö yleensäkin, myös vuoden 1952 mielisairaslaki (187/1952) pyrki heijastamaan aikakautensa henkeä ja asenteita. Tosin lakien osalta nämä pyrkimykset tapahtuvat luonnollisesti jälkijättöisesti. Esimerkiksi uudistettu mielisairaslaki omai yli kymmenen vuoden historian. Laki syntyi pääosin vuonna 1943 mietintönsä jättäneen niin sanotun Pilppulan komitean ajatusten pohjalle.²⁴³ Toisaalta vuoden 1939 maaseudun terveydenhuolto-oloja tarkastelleen komitean aikaansaannoksista oli myös hyötyä tulevalle mielisairaslaille. Esitetyistä vuosiluvuista kuitenkin huomaa, että käytännössä mielisairaslain uudistusta alettiin valmistella välittömästi ensimmäisen mielisairaslain voimaantultua. Itse asiassa jo 1930-luvun lopulla todettiin, että koko mielisairaanhoidonjärjestelmä oli kehittynyt koordinoimatta. Samalla tunnustettiin vasta säädetyin mielisairaslain jälkeensääntely.²⁴⁴

Sosiaaliturvan parantamiseen tähänneet toimet ovat saaneet pontta toisen maailmansodan jälkeen. Kehitys on johtanut julkisen sektorin, eli valtion sosiaaliturvarahastojen, kuntien ja kuntainliittojen kohoamiseen keskeiseksi osaksi kansantaloutta.²⁴⁵ Sodan aiheuttamien ongelmien

²⁴¹ Kaila Lakimies 1941, 555, 573.

²⁴² Poutanen 2003, 4. (kurssiesitelmä, PDF-tiedosto.)

²⁴³ Lönnqvist Suomen Lääkärilehti 8/1985, 717.

²⁴⁴ Poutanen 2003, 4. (kurssiesitelmä, PDF-tiedosto.)

²⁴⁵ Hjerpe 1988, 116.

myötä sosiaalihuollon oli uudistuttava ja suhteellisen nopeasti. Koska sota aiheutti ilmiselvästi ihmisille sosiaalisia ongelmia, niihin tunnettiin myös mielenkiintoa, olkoonkin, että taloudelliset edellytykset vaikeuksien voittamiseksi eivät olleet parhaalla mahdollisella tolalla. Käytännössä ensivaiheessa jouduttiin keskittymään ainoastaan sodassa välittömiä onnettomuuksia kohdanneisiin henkilöihin ja heidän omaisiinsa. 1920-luvun lopulla vallalla ollut ylimielisyys heikompiosaisten auttamisen suhteen vaihtui nyt kansallisen yhtenäisyyden nimissä tapahtuvaan sodan henkisten ja fyysisten vaurioiden korjaamiseen.²⁴⁶

Ensimmäisenä sodanjälkeisenä uudistuksena toteutettiin sosiaalihuoltoa ja sen hallintoa koskevat lait, joista säädettiin vuonna 1950. Sosiaalihuoltolaissa selkeytettiin muun muassa muutoksenhakua koskevia perusteita. Huomion arvoista on kuitenkin se, että muutoksenhakua ei säädelty vielä vuoden 1952 mielisairaslaisissa. Jälleen näyttäisi siltä, että säädetty mielisairaslaki olisi onnistuttu säätämään oikeaan aikaan. Valtion talouden heikennyttyä 1950-luvun puolivälissä ongelmien aiheuttajaksi nimitettiin juuri uudistunutta sosiaalihuoltoa. Laman aikana vaadittiin sosiaalimenojen supistamista. Todellisuudessa kritiikki ei ollut aiheellista. Sosiaalilainsäädännön uudistukset eivät olleet oleellisesti lisänneet sosiaalimenojen osuutta bruttokansantuotteesta. Kuitenkin on perusteita epäillä, olisiko mielisairaslain voimaantulo lykkääntynyt, jos sitä ei olisi ehditty säätämään ennen laskusuhdannetta. Kritiikki, vaikkakin perusteeton, olisi saattanut saada aikaan tilanteen, jossa mielisairaslain aiheuttamat kustannukset olisi nähty liiaksi yhteiskuntaa kuormittavana.²⁴⁷

Maaseudun terveydenhoitokomitea totesi mietinnössään etenkin mielisairaanhoidon kehittyneen huomattavasti kuntien tehokkaan yhteistoiminnan seurauksena. Vastaavasti niin sanottua tavallista sairaanhoitoa antavat sairaalat eivät olleet edistyneet edellisinä vuosina yhtä ripeästi. Lisäksi erityisesti maaseudulla yleisessä ehkäisevässä terveydenhuollossa uudistukset eivät ole tapahtuneet yhtä nopeasti. Toisaalta komitealle asiantuntijalausunnon antaneen Väinö Mäkelän mukaan henkinen terveyden hoito on laahannut huomattavasti ruumiillisten sairauksien torjunnan perässä. Edellisen voi tiivistää siten, että yhtäältä mielisairaanhoidon oli kehitetty, mutta toisaalta psyykkiset sairaudet tunnettiin niin heikosti verrattuna fyysisiin, että kehitystä olikin

²⁴⁶ Urponen 1994, 204–208.

²⁴⁷ Urponen 1994, 229, 231.

odotettavissa. Mielisairaanhoidon suhteellinen edistys johtui toki siitä, että vastikään oli säädetty uusi mielisairaslaki, kun fyysistä hoitoa edistävä terveydenhoitolainsäädäntö oli vasta 1930-luvun lopulla valmisteluvaiheessa.²⁴⁸

Komitea oli samaa mieltä lääkintöhallituksen toiveen kanssa ehdottaessaan kyseiselle laitokselle lisätyövoimaa muun muassa eräitä mielisairaslain edellyttämiä tarkastustehtäviä varten. Komitea ei eritellyt tarkastustehtäviä tarkemmin, eikä ottanut kantaa siihen, kuinka paljon työvoimaa tulisi lisätä. Mietinnössä todettiin ainoastaan, että työvoimaa lisätään ”tarpeellisessa määrässä”.²⁴⁹ Mielisairaslain edellyttämät tarkastustehtävät, joihin komitea suositti uusien työntekijöiden palkkaamista, olivat ilmeisesti mielisairasasetuksen 2 §:ssä lääkintöhallitukselle ja sen alaisille tarkastusviranomaiselle määritelty oikeus tarkastaa sekä valtiolle että yksityiselle kuuluvia mielisairaanhoidolaitoksia.

Komitea otti kantaa muutamiin ongelmakohtiin, joista ensimmäinen oli aikuisten potilaiden heikko asema lapsipotilaisiin verrattuna. Lapsia varten oli perustettu muutamia vajaamielisten – ja kasvatuslaitoksia. Vastaavasti aikuiset olivat, ensimmäisen mielisairaslain säätämisen jälkeenkin, jääneet käytännössä hoidotta kunnalliskoteihin tai omaistensa vaivaksi, elleivät jopa kokonaan syrjäytyneet. Aikuisten huonon hoidon syynä koettiin olevan heidän terveyden hoitonsa kuuluminen sekä sosiaali- että sisäasiainministeriön, alaisuuteen. Yksittäistä vastuunkantajaa ei ollut nimitetty.²⁵⁰

Juuri ennen talvisodan alkua asetettu kunnallisten mielisairaalain ja tuberkuloosiparantolain valtionavustuksen järjestämistä pohtinut komitea sai työnsä valmiiksi sota-aikana syyskuussa 1943. Komitea antoi laki- ja asetusehdotuksensa mielisairaanhoidon uudelleenjärjestelystä sekä kunnallisten mielisairaaloiden valtionavustuksesta. Myös tässä komitean mietinnössä oli rotuhygieeniseksi katsottava painotus, jonka mukaan sairastunut ei saanut jatkaa sukuaan. Komiteamietintöjen painopistealueena oli ennen muuta niiden taloudellisten resurssien

²⁴⁸ KM 1939:9, 7, 117.

²⁴⁹ KM 1939:9, 7, 46.

²⁵⁰ KM 1939:9, 118–120.

selvittäminen, joiden avulla mielisairaanhoidoa saataisiin tehokkaammin toimivammaksi. Tahdosta riippumattomaan hoitoon tai sen kehittämiseen ne eivät ottaneet kantaa.²⁵¹

Valtio kannusti kuntia ottamaan vastuulleen mielisairaiden hoidon järjestämisen muuttamalla jo pian itsenäistymisen jälkeen valtionosuussäännöksiä. Muutos johti siihen, että 1920-luvulla perustettiin lukuisia kuntayhtymien mielisairaaloita. Kuitenkin vasta vuoden 1952 mielisairaslaki loi Suomeen koko maan kattavan kunnallisen mielisairaanhoidon järjestelmän. Mielisairaslain 3 §:n 1 momentissa säädettiin mielisairaanhoidon järjestäminen ensisijassa kuntien velvollisuudeksi. Vuoden 1952 lainuudistuksessa ainoastaan kriminaalipotilaiden sekä vaarallisten että vaikeahoitoisten potilaiden hoito jäi edelleen kokonaisuudessaan valtion vastuulle. Kuntien omistamien mielisairaaloiden kehittyessä valtio saattoi osallistua sairaaloiden perustamiskustannuksiin ja ylläpitoon kohdistamalla erityisen valtionavun mielisairaiden hoitoon. Valtio otti vastuulleen psykiatristen palvelujen tuotannon ja toiminnan ohjauksen, koska sairaalatoimi oli 1950-luvulta lähtien saatettu kuntien vastattavaksi. Psykiatristen palvelujen pääasiallinen tuotantovastuu oli kunnilla, tai myöhemmin kuntien ylläpitämällä mielisairaanhoidon kuntainliitoilla, mutta valtiolta tulleet määräykset ja ohjeet säätelivät hoitotyötä varsin yksityiskohtaisesti.²⁵²

Suomessa laitoshoido koettiin pitkään ensisijaiseksi muihin hoitomuotoihin verrattuna. Laitoshoidoa korvaavien tai sitä täydentävien rakenteiden kehittäminen oli maassamme hyvin hidasta. Ensimmäinen avohoitotoimisto perustettiin Suomen Mielenterveysseuran aloitteesta Helsinkiin vuonna 1927. Suomessa sinällään huolellisesti valmisteltu vuoden 1952 mielisairaslaki oli, kuten edeltäjänsäkin, välittömästi voimaan astumisensa jälkeen ajastaan jäljessä. Länsi-Euroopassa ja Yhdysvalloissa sairaansijojen määrä oli kääntynyt laskuun jo 1950-luvun puolivälissä. Samaan aikaan kun muualla nähtiin hyväksi laitosp- ja avohoidon välimaastoon sijoittuvien hoitojärjestelmien kehittäminen, Suomessa haluttiin taata potilaille kattava palvelujärjestelmä, joka perustui laitoshoidon hyvään saatavuuteen. Uuden lain myötä yleisesti huonokuntoiset kunnalliskotien mielisairasosastot haluttiin purkaa ja potilaat siirtää

²⁵¹ KM 1939:9; KM 1943:7.

²⁵² HE 21/1951 vp, 1–6 Valtiopäivät 1951, Asiakirjat III; ks. myös mielisairasasetuksen 448/1952 etenkin 24 §; Pylkkänen 2000, 675.

vähitellen perustettaviin psykiatristen pitkäaikaispotilaiden B-sairaaloihin²⁵³. Pyrkimys oli ymmärrettävä, sillä jo ennen sotia oli esitetty, että mielisairasosastoilla ei voinut antaa sairaalahoidoksi katsottavaa hoitoa²⁵⁴. Suomessa jatkui voimakas sairaalarakentaminen 1970-luvun alkuun saakka, joka sekin oli omiaan estämässä vaihtoehtoisten psykiatristen hoitomuotojen kehittymistä.²⁵⁵

Käytännössä vuoden 1952 mielisairaslaki ei kuitenkaan ollut aivan avohoitokielteinen. Laki velvoitti kuntia ylläpitämään huoltotoimistoja, joiden toiminta painottui sairaalasta poistettujen potilaiden jälkihoitoon. Huoltotoimistojen perustamista oli osaltaan auttamassa sodan jälkeen alkanut huomattava talouskasvu. Bruttokansantuote kasvoi suunnilleen viisi prosenttia vuodessa.²⁵⁶ Toisaalta myös vuonna 1978 voimaan astunut mielisairaslain osittaisuudistus vahvisti psykiatrisen avohoidon asemaa, mutta sen kehitys säilyi edelleen hitaana. Psykiatriset huoltotoimistot tosin muuttuivat mielenterveystoimistoiksi. Todellisuudessa avohoito yhtenäistyi maassamme vasta 1980-luvun lopulla Lääkintöhallituksen työn tuloksena. Alueelliset erot avohoitopalvelujen saatavuudessa pienenevät huomattavasti. Toisaalta avohoitopalveluja oli tämän jälkeen saatavissa huomattavasti aiempaa enemmän.²⁵⁷

Vuonna 1952 viimeinen mielisairaslain nimikkeellä säädetty laki ei määritellyt sitä, mitä mielisairaudesta tarkoitettiin. Se, että valmista määritelmää ei tuolloin ollut laadittu, aiheutti ongelman myöhemmin kun ensimmäistä mielenterveyslakia 1980-luvulla ryhdyttiin valmistelemaan. Hankaluuksia aiheutti etenkin se, että nuorten osalta lakiin haluttiin ottaa mukaan vakavan mielenterveydenhäiriön käsite. Kun ei ollut määritelmää edes mielisairaudesta, miten voitaisiin luoda jotakin siitä poikkeavaa, mikä siis olisi tulevassa laissa mielisairaudesta ja vakavan mielenterveydenhäiriön ero tai suhde?²⁵⁸ Toisaalta kotimainen mielisairaslaki ei ollut kansainvälisesti tältä osin jälkeenyäännyt. Ulkomaisissakaan laeissa ei määritelty mielisairautta.²⁵⁹

²⁵³ Luokituksesta A- ja B-mielisairaaloihin luovuttiin vuonna 1978 lähtien mielisairaslain osittaisuudistuksen myötä, joten kyseinen jaottelu ei ollut erityisen pitkäikäinen. VmTM 1988, 8. (Huomaa virkamiestyöryhmän muistion antama väärä säädöstunnus 187/1977, oikea on 521/1977).

²⁵⁴ KM 1939:9, 117–118.

²⁵⁵ Pylkkänen 2000, 678–679.

²⁵⁶ Hjerpe 1990, 28.

²⁵⁷ Pylkkänen 2000, 679.

²⁵⁸ Kaivosoja 1996, 24.

²⁵⁹ Lönnqvist Suomen Lääkärilehti 8/1985, 718.

Mielisairaanhoidossa käytetyn pakon haitallisuus tiedostettiin jo 1950-luvulla. Ilmari Kalpa epäili tosin vuonna 1950 ilmestyneessä artikkelissaan, että pakolla hoitamisen vahingolliset vaikutukset mielisairaanhoidossa ovat ainakin jossain määrin unohtumassa yleisestä tietoisuudesta. Kalpa uskoi, että mielisairaalassa pakkotoimenpiteitä käytetään potilaita kohtaan enemmän kuin olisi välttämätöntä. Tästä seuraisi se, että pakkoon totutaan nopeasti ja sen jälkeen tahdonvastaisesta hoidosta on vaikea luopua. Kirjoituksessaan Kalpa esitteli varsin edistyksellisen ajatuksen mielisairaahan henkisestä tilasta. Se oli hänen mukaansa varsin samankaltainen kuin terveilläkin. Lääketieteellisesti perusteltavissa olevan pakon käyttö sairasta kohtaan johtaa väistämättä entistä suurempaan vastustukseen potilaiden taholta, sillä pakko ei ole omiaan rauhoittamaan hoidettavaa. Käytännössä on niin, että mitä enemmän pakkoa käytetään, sitä enemmän potilaat vastustavat itsemääräämisoikeutensa heikkenemistä. Tällaisessa tapauksessa noidankehä on valmis ja potilaita kohtaan joudutaan käyttämään entistä enemmän pakkokeinoja.²⁶⁰

Pakkokeinojen käyttö ei voi taata menestyksestä hoitosuhdetta potilaan ja hoitohenkilökunnan välille. Toisaalta mielisairaanhoidossa ei voida tulla toimeen ilman pakkoa, mutta pakon käytössä ilmenee vakavia ongelmia. Pakko olisi hyväksyttävää esimerkiksi potilaan uhatessa muita, mutta mikäli pakkoa käytetään ainoastaan pelotteena, se johtaa myös hoitohenkilökunnan tylsistymiseen. Pelotevaikutus osoittautuu ennen pitkää tehottomaksi, jonka jälkeen joudutaan turvautumaan entistä väkivaltaisempiin pakkokeinoihin. Lopulta tällaiset toimet johtavat potilaan pahoinpitelyyn. Kalpa koki pakkohoidon suhteellisen tehottomana hoitomuotona ja hän korostikin hoitajien vastuuta toimia yhteistyössä hoidettavan kanssa. Kalvan ajattelussa on nähtävissä huomattavaa potilaslähtöisyyttä verrattuna vielä yleisesti 1930-luvulla vallalla olleeseen näkemykseen, jossa viimekädessä pakkosteriloinnein ei hoidettaville juurikaan sananvaltaa hoitoonsa annettu.²⁶¹

²⁶⁰ Kalpa Duodecim 1950, 393–395.

²⁶¹ Kalpa Duodecim 1950, 394–397.

3.4. Tahdosta riippumaton hoito vuoden 1952 lain perusteella

Vuoden 1952 mielisairaslain 1 luvun 14 §:n mukaan potilaan vastentahtoisen hoidon edellytyksenä oli todettu mielisairaus tai pikemminkin sen oireet. Edelleen noudatettiin siis 1938 lain mukaista sanamuotoa. Henkilö voitiin ottaa hoitoon, mikäli hän oli vaarallinen joko yleiselle turvallisuudelle tai itselleen ja lisäksi jos hänellä todettiin kiireellinen hoidon tarve. Lähtökohtana oli edelleen, että sairaan puolison, omaisen, holhoojan tai muun huoltovelvollisen tulisi ensisijaisesti huolehtia sairastuneen hoitoon toimittamisesta. He toimivat siis hoitoon lähettävänä tahona. Lisäksi myös huoltotoimistolle taikka terveydenhoito- tai huoltolautakunnalle tai sen asianomaisen osaston puheenjohtajalle tai poliisiviranomaiselle oli säädetty velvollisuus toimittaa henkilö hoitoon, jos heidän tietoonsa tulisi, että sairastuneessa esiintyvän mielisairauden oireita²⁶².

Päätöksen henkilöön kohdistuvasta mielisairaalahoidon tarpeellisuudesta ja lausunnon tämän mielisairaudesta oli oikeutettu antamaan esteetön lääkäri. Lausunto tuli antaa aikaisintaan kolmeakymmentä päivää ennen kuin hakemus henkilön mielisairaalaan ottamisesta lähetettäisiin mielisairaanhoidoa antavaan laitokseen. Hallituksen esityksen mukaan lausunnon oli kelvollinen antamaan minkä tahansa sairaalan lääkäri, erityistä vastuullisuusasemaa ei tarvittu. Toisaalta lausuntoa ei kuitenkaan saanut antaa, kuten ei myöskään 1938 lain mukaan, sen sairaalan lääkäri, johon mielisairasta anottiin otettavaksi. Poikkeuksen määriteltyyn sääntöön teki ainoastaan sellainen lääkäri, joka kunnalliskodissa yksin huolehti sairaanhoidosta. Hän saattoi laatia lausunnon mielisairaahan sijoittamisesta kunnalliskodin mielisairasosastoon. Toisaalta tällainen lääkäri joutui tekemään toimistaan viipymättä ilmoituksen huoltopiirin lääkärille. Mielisairaslain mukaan toteutettu hoitoon ottaminen oli tuolloin käytännössä rajoittamaton. Sairaalaan otettu ei voinut tietää kuinka kauan häntä pidettäisiin hoidossa, myöskään valitusoikeutta ei ollut. Käytännössä tarkkailuaika oli tosin säädetty neljäksitoista vuorokaudeksi.²⁶³

Lisäksi kyseisen mielisairaslain 20 §:n 1 momentissa säädettiin, että sairaalan *vastuunalaisen lääkärin* oli päätettävä henkilön sairaalasta poistamisesta, mikäli mielentilaa tutkittaessa kävi

²⁶² Ks. myös HE 21/1951 vp, 8–9. Valtiopäivät 1951, Asiakirjat III; VmTM 1988, 12.

²⁶³ HE 21/1951 vp, 8–9. Valtiopäivät 1951, Asiakirjat III; Ks. Myös TaVM 6/1951 vp, 4. Valtiopäivät 1951, Asiakirjat III.

ilmi, että edellytyksiä hoidolle tai hoidon jatkamiselle ei ollut. Toisaalta samaisen pykälän 2 momentissa säädettiin myös siitä, että lääkärin katsoessa henkilön hoidosta poistamisen aiheuttavan vaaraa yleiselle turvallisuudelle tai sairaalle itselleen, hän ei saanut lopettaa potilaan hoitoa itsenäisesti. Lääkärin tuli alistaa hoidon lopettaminen *Lääkintöhallituksen*²⁶⁴ ratkaistavaksi. Esitetty 2 momentin mukainen menettely oli voimassa ainoastaan kun hoitohakemuksen tehnyt henkilö itse, hoidettavaksi otetun holhooja, uskottu mies, puoliso, tai hoitokustannusten suorittamisesta vastaava vaati hoidettavaksi otetun poistamista mielisairaalaan tai kunnalliskodin mielisairasosastosta. Käytännössä tämän on katsottava merkinneen hoidon jatkamista, mahdollisesti jopa henkilön eliniän. Jos lääkintöhallituksella oli mielestään riittävät perusteet todeta potilas vaaralliseksi, ei potilaalla ollut mielisairaslain perusteella paljonkaan tehtävissä, sillä lain mahdollistamia valituskeinoja hänellä ei ollut käytettävissään.²⁶⁵

Varsinaisesti tahdosta riippumattoman hoidon sääntelyyn ei 1952 laki muutoksia juurikaan tuonut. Vuosien 1938 ja 1952 mielisairaslakeja vertailtaessa esimerkiksi tarkkailuajat pysyivät samoina. Potilaasta suoritettu tutkimus ei myöskään saanut olla kummankaan lain mukaan suoritettu yli kuukautta aikaisemmin hänen sairaalaan ottamisestaan. Kuitenkin pientä muutosta lain sanamuodoissa näyttäisi tapahtuneen. Vuoden 1938 lain mukaan henkilön saattoi mielisairaalaan tarkkailun jälkeen poistaa laitoksen lääkäri, kun vuoden 1952 laki edellytti laitoksen vastuunalaisen lääkärin tekemän kyseisen päätöksen. Vuoden 1952 laissa säilyi lääkärin velvollisuus alistaa päätöksensä lääkintöhallitukselle, mikäli potilaan hoidon lopettamista vaadittiin. Alisteisuus, joka nykyäänkin on käytössä alaikäisten hoitoon määräämisen sekä täysi-ikäisellä hoidon jatkamisen osalta, omaa siis pitkän perinteen. Käytännössä on mielenkiintoista, että aikanaan merkittävänä mielisairaanhoidon uudistajana pidetty laki ei kyennyt edeltäjänsä vapaampaan sääntelyyn tahdosta riippumattoman hoidon osalta.

Vasta vuoden 1952 mielisairaslaki sääti mielisairaiden hoidon olevan ensisijassa kuntien vastuulla, vaikka Aleksanteri III:n julistus oli aikanaan kuntia velvoittanutkin vuoden 1938

²⁶⁴ Mielisairasasetuksen (448/1952) 1, 2, 4 § sekä mielisairaslain 2 § määrittivät mielisairaanhoidon ylimmän johdon ja valvonnan kuuluvan lääkintöhallitukselle, tältäkin osin jatkettiin jo 1937 laissa säädetyillä linjoilla.

²⁶⁵ Vrt. mielisairaslaki 187/1952 sekä Pylkkänen 2000, 705.

ensimmäiseen mielisairaslakiin²⁶⁶ saakka. Vielä edellinen vuonna 1937 säädetty laki lähti siitä, että äskettäin sairastuneiden hoito kuului valtion tehtäväksi²⁶⁷. Aikanaan moderni vuoden 1952 mielisairaslaki jakoi maan mielisairaanhuoltopiireihin, jossa jokaisessa tuli olla keskusmielisairaala. Lisäksi avohoidossa olevia potilaita varten tuli piiriin perustaa huoltotoimisto, joka myöhemmin nimettiin mielenterveystoimistoksi.²⁶⁸ Nykyisin mielenterveystoimistot ovat joko perusterveydenhuollon, eli terveyskeskusten alaisia tai ne toimivat osana sairaanhoitopiirin järjestämää erityistason hoitoa²⁶⁹.

Edellä esitellyn perusteella 1950-luvulla psykiatrinen hoito kehittyi huomattavasti. Tämä ei johtunut pelkästään lainsäädännöllä välittömästi muutetuista käytänteistä. Vuosien 1938 ja 1952 lakien välillä tapahtuneet lainsäädännölliset uudistukset olivat saaneet alkunsa asetettujen komiteoiden suosituksesta. Tällaisia olivat komiteanmietintö *Maaseudun terveydenhoito-olot ja niiden kehittäminen* vuodelta 1939 ja erityisesti komiteanmietintö *Kunnallisten mielisairaalain ja tuberkuloosiparantolain valtionavustuksen järjestämisestä* vuodelta 1943. Edellisen komiteanmietinnön mukaan maassamme oli vuonna 1935–1936 noin 20 000 varsinaista mielisairasta. Heidän lisäksi arvioitiin, että kansasta ainakin yhteensä 1 prosentti on vajaamielisiä²⁷⁰, tämä tarkoittasi ajan väkiluvun huomioiden, että vajaamieliseksi luettaisiin noin 40 000 ihmistä²⁷¹.

²⁶⁶ Vuoden 1937 lain mukaan mielisairaiden hoito oli mahdollista valtion, kuntien ja yksityisten hallinnoimissa mielisairaaloissa sekä kunnalliskotien mielisairasosastoilla. Myös hoitokodit ja yksityiskodit kelpuutettiin hoitopaikoiksi. Kuitenkin säädettiin, että jokainen näistä hoitopaikoista tulisi lääkärin säännöllisen valvonnan alaiseksi. Mielisairaslaki 286/1937 1 §; KM 1984:17 I osa, 5–8; KM 1939:9, 156.

²⁶⁷ Ks. tarkemmin KM 1943:7, 5.

²⁶⁸ Hakola 2002, 15–16.

²⁶⁹ Joukamaa 2002, 292.

²⁷⁰ Tuolloin vajaamieliseksi luettiin mielisairaiden lisäksi esimerkiksi psykopaatit, alkoholistit, kaatumatautiset sekä epileptikot ja neurootikot. KM 1939:9, 117–118.

²⁷¹ Suomen tilastollinen vuosikirja 1948, 5.

3.5. Mielisairaslain osittaisuudistus – ensiaskeleet tahdosta riippumattoman hoidon täsmällisempään säätelyyn

Millaiseen yhteiskunnalliseen tilanteeseen mielisairaslain osittaisuudistus osui? Toisen maailmansodan jälkeen alkanut talouskasvu jatkui 1970-luvun puolivälin öljykriisiin saakka reippaana ja oli siten edelleen vauhdittamassa ja mahdollistamassa sosiaalisia uudistuksia. Taloudellisesti vakaasta ajasta huolimatta, sosiaalihuollon lainsäädäntöön toteutetut muutokset olivat lähinnä organisatorisia ja terminologisia. Mielestäni merkittävä muutos myös mielisairaslainsäädännön osalta löytyy siitä, että 1970-luvun alussa sosiaalipoliittisten uudistusten painopiste siirtyi tulonsiirtojärjestelmistä, kuten sosiaaliturvasta, palveluihin. Näiden osalta muokattiin erityisesti sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Yhteiskunta oli valmis keskittymään nimenomaan palveluihin, sillä tulonsiirroilla ei voitu ratkaista esimerkiksi maalta ja maasta muuton mukanaan tuomia ongelmia, jotka näyttelivät huomattavaa roolia 1960-luvun Suomessa.²⁷²

Maaltamuutto ja voimakas kaupungistuminen olivat luoneet olosuhteet, jossa ihmiset asuivat lähellä toisiaan, mutta muun muassa epäonnistuneen kaupunkisuunnittelun vuoksi lähiöissä ei kyetty vakiinnuttamaan sosiaalisia suhteita, eikä väestön tarvitsemia palveluita. Yhteiskunnallinen muutos oli rikkonut perinteiset sosiaaliset verkostot. Monet ihmiset kääntyivät ainoastaan perhekeskeiseen elämäntapaan ja tunsivat itsensä juurettomiksi. Lisäksi palveluita alkoivat tarvita myös keskiluokkaan kuuluvat, joita ei aiemmin luettu kuuluvaksi sosiaalitoimen asiakaskuntaan. Ihmisiä kohtasivat aivan uudet haasteet, maalaiskylän yhteisöllinen riippuvuus katosi ja tilalle tulivat uudenlaiset riippuvuudet. Käytännössä ihmisten olisi pitänyt hankkia aivan uudenlaisia virikkeitä uusista paikoista, joihin he eivät olleet vielä tottuneet.²⁷³

Väestöä kohdanneet uudet haasteet ajoivat valtion ottamaan osaa entistä tiiviimmin mielenterveystyöhön. 1970-luvun loppupuoli oli paitsi hyvinvointivaltiollisen palvelujärjestelmän, myös mielenterveystyön kentän laajentumisen aikaa. Psykiatrasta terveydenhuoltoa ohjattiin valtionapujärjestelmällä, joka antoi varsin yksityiskohtaiset ohjeet

²⁷² Urponen 1994, 240, 246; Tuori 2004, 96–97.

²⁷³ Urponen 1994, 240; Satka 1994, 327.

kunnallisille sosiaali- ja terveystalveluiden toteuttamiselle. Mielisairaslain osittaisuudistus itse asiassa vahvisti muun muassa l  kint  hallituksen mahdollisuuksia yhdenmukaistaa paikallista mielenterveystyötä valtakunnallisen suunnitelman avulla. Aikakauden valtiolliseen s  telyyn vaikutti mielisairaalarjestyelm   vastaan kohdistettu kritiikki, jossa mielisairaala koettiin totaalisen ja epäinhimillisenä laitoksena. Suomeen haettiin oppia Isosta-Britanniasta. Kokemusten pohjalta maahamme haluttiin luoda v  est  vastuullinen aluepsykiatrinen toimintamalli, jossa hoidon kehittämistarve kohdistuisi sekä perusterveydenhuoltoon että erikoissairaanhoidolliseen avohoitoon. Uutta suuntausta m  ritellyt mietintö psykiatrisen terveydenhuollon kehittämisestä m  ritteli avohoidon ensisijaiseksi hoitomuodoksi.²⁷⁴

Käytännössä pyrkimykset avohoidosta eivät toteutuneet aivan välittömästi, mutta suhteellisen nopeasti kuitenkin. Vuonna 1970 mielisairaalassa hoidettiin noin 19500 potilasta. Uudet tavoitteet vaikuttivat siten, että jo vuonna 1980 mielisairaalapotilaiden m  r   oli vähentynyt alle 17500:n. Seuraavan vuosikymmenen alussa mielisairaalassa hoidettiin en   reilua 10000 potilasta. Pudotus potilaiden märässä oli siis huomattava.²⁷⁵

On oleellista käsitellä v  l   lyhyesti sitä, miksi mielisairaalapotilaiden m  r   kohosi merkittävästi 1800-luvulta 1970-luvulle asti, kuten edellä asetusten ja lakien tarkastelun yhteydessä on esitetty. Eräs esitetty malli viittaa siihen, että hoidokkien m  r   l  s  ntyi, koska palveluiden l  s  ntynyt tarjonta enensi myös sairastavuutta. Kasvavaan m  r  n sairaaloita oli mahdollisuus ottaa potilaita entistä enemmän hoidettavaksi. Toisaalta l  ketieteellisten palveluiden kehittyminen ja elintason nousu l  s  i hoidettavien m  r  n, koska ihmiset tottuivat palveluttamaan itseän. Tosin on järkevän pitä mielessä myös se, että sairaaloihin sijoitettiin ihmisiä, vaikka heillä ei ollut mielenterveydellisiä ongelmia. Heidät vain haluttiin saada pois yhteisöstä.²⁷⁶ Lisäksi, kuten jäljempänä ilmenee, potilaiden m  r   saattoi kasvaa 1970-luvulle saakka, sillä vasta mielisairaslain osittaisuudistus s  teli tahdosta riippumattomaan hoitoon ottamisesta suhteellisen tarkasti. Toisaalta mainittu laki myös tiukensi hoitoon ottamisen perusteita, joten potilasm  r  n vähenemistä voidaan selitt   myös sen kautta.

²⁷⁴ LHtM 1977, 32; Salo 1996, 256–261.

²⁷⁵ Salo 1996, 56. Salo viittaa tältä osin Konrad von Baghin julkaisemattomaan esitelmän 17.2.1973, *Alueelliset erot ja eriarvoisuus mielenterveyspalveluissa*. Suomen psykiatriyhdistys.

²⁷⁶ Salo 1996, 255.

Kenties yhteisöttömän ajan paineessa holhousvaltioajattelu sai nykynäkökulmasta jopa koomisia piirteitä. Mielenterveystyö haluttiin ulottaa koskemaan koko väestöä. Aiheellista ja tarpeellista olisi ollut etenkin vauvaikäisten lasten perusteellinen psyykkisen kehityksen kartoitus. Huomiota herättävää oli, että tutkimus koettiin tarpeelliseksi toteuttaa jokaiselle lapselle ja samassa yhteydessä koko perheen psyykkiset ja sosiaaliset ongelmat oli tarkoitus selvittää. Näin vahva yhteiskunnallinen panostus olisi ilmeisestikin johtanut hyvinvointivaltion ennen aikaiseen romahtamiseen.²⁷⁷ Toisaalta ajattelu tulee asettaa tuon aikakauden kontekstiin. Taloudellisen nousukauden aikana todellakin uskottiin hyvinvointipalvelujen rajattoman kasvun mahdollisuuteen. Mielenterveyspalveluiden haluttiin saavan osansa taloudellisesta hyvinvoinnista. Kyseinen kehityssuunta jatkui 1980-luvun lopulle saakka.²⁷⁸

Ensimmäiset lain nimenomaiset säädökset tahdosta riippumattomasta hoidosta kirjattiin mielisairaslakiin vuonna 1977 mielisairaslain osittaisuudistuksen myötä. Voimassaoleva vuoden 1952 laki koettiin monelta osin vanhentuneeksi. Periaatteessa lain jälkeenyjääneisyyteen oli reagoitu jo 1960-luvun alusta lähtien. Psykiatrissa sairaanhoitoa koskevien säännösten tarkistamista valmistellut komitea antoi ehdotuksensa jo vuonna 1964. Syy miksi jatkotoimenpiteisiin ei ryhdytty, oli siinä, että tarkoituksena oli toteuttaa sairaalahallinnon kokonaisuudistus. Hallituksella oli pyrkimyksenä antaa läheisesti yhteen liittyvien sairaanhoitolain ja lain psykiatrissa sairaanhoitoa koskevat esitykset samanaikaisesti. Koska esitykset näyttivät viivästyvän ja samaan aikaan ymmärrettiin mielisairaslain epäkohdat niin ilmeisiksi, että kokonaisuudistusta ei voitu jäädä odottamaan, oli välttämätöntä antaa erillinen asetus pelkästään mielisairaslain muuttamisesta.²⁷⁹ Osittaisuudistuksen kautta edennyt mielisairaslaki ei tehnyt poikkeusta esimerkiksi sosiaalihuollon lainsäädäntöön, joka myös eteni osittaisreformien myötä²⁸⁰. Vuoden 1952 mielisairaslakiin liitetyt osittaisuudistuksen säädökset tulivat voimaan lain mielisairaslain muuttamisesta (521/1977) voimaantumisen myötä vuoden 1978 alusta²⁸¹.

²⁷⁷ LHtM 1977, 31.

²⁷⁸ Salo 1996, 263.

²⁷⁹ HE 85/1976 vp, 1, 3. Valtiopäivät 1976, Asiakirjat A4; Edustaja Kaupin puheenvuoro. Valtiopäivät 1977, Pöytäkirjat 1; Ks. myös komiteamietintö 1964.B. 9.

²⁸⁰ Tuori 2004, 99.

²⁸¹ Ks. tiedot laki mielisairaslain muuttamisesta 521/1977, Suomen asetuskokoelma 1977 I.

On kuitenkin todettava, että komiteamietinnössä 1964.B. 9. ei vielä määritelty varsinaisia tahdosta riippumattomia toimenpiteitä. Ainoastaan komitean ehdotuksessa mielenterveyslaiksi tyydyttiin toteamaan 25 §:ssä sekä 26 §:ssä lääkärin velvollisuudesta alistaa päätöksensä lääkintöhallitukselle, mikäli hän katsoo potilaan olevan välittömän mielisairaanhoidon tarpeessa. Mielisairaslain tarkistamiskomitean mietinnön merkittävimmäksi toimenpiteeksi voidaan nostaa se, että komitea pyrki uudistamaan lain nimitystä mielisairaslaista mielenterveyslaiksi. Koska tavoiteltu lain kokonaisuudistus siirtyi tulevaisuuteen ja päädyttiin vain osittaisuudistukseen, lain nimi pysyi perinteisenä mielisairaslakina.²⁸² Komitea kiinnitti mietinnössään huomiota potilaan oikeusturvaan pelkästään siltä osin kuin jo tuolloin voimassa olleessa mielisairaslaissa asiasta oli säädetty²⁸³.

Mielisairaslain osittaisuudistuksella tavoiteltiin hoidon laitosvaltaisuuden vähentämistä ja painopisteen siirtämistä avohoitoon. Hallituksen esityksessä todettiin, että ehdotuksella tavoitellaan mielisairaslain sovellutusalan laaventamista. Tällä tarkoitettiin sitä, että kaikki nykyaikaisen psykiatrian hoitokeinot sisällytettäisiin lain piiriin. Hallitus oli tavoitteissaan varsin kunnianhimoinen. Se ehdotti mielisairaanhoitolaitoksille ja mielenterveystoimistoille mahdollisuutta järjestää yö-, päivä- ja kotisairaanhoitoa sekä asuntolatoimintaa, jotta mielenterveyskuntoutujien ei tarvitsisi viettää suhteellisen pitkiä sairaalahoitojaksoja.²⁸⁴

Lisäksi lainuudistuksella pyrittiin saattamaan vapaaehtoisesti hoitoon hakeutuneet potilaat samanlaiseen asemaan kuin muutkin sairaalapotilaat. Tämä koettiin tärkeäksi siitä syystä, että vapaaehtoinen hoitoon hakeutuminen oli lisääntynyt myös psykiatristen potilaiden keskuudessa. Hallitus ehdottikin luopumista kirjallisen hakemuksen perusteella tapahtuvasta sairaalaanotosta. Muutoksia tuli myös tahdosta riippumattomaan hoitoon ottamiseen. Hallituksen mukaan oli tärkeää, että tahtonsa vastaiseen hoitoon otetun hoitoonottamisedellytysten olemassaolo selvitetäisiin tietynpituista tarkkailuaikaa noudattamalla. Toisaalta hallitus esitti, että potilaan oikeusturvaa tulisi parantaa esimerkiksi asettamalla kuuden kuukauden määräaika, jonka jälkeen

²⁸² KM 1964.B. 9, 36–37.

²⁸³ Vrt. mielisairaslaki 187/1952, 20 §.

²⁸⁴ HE 85/1976 vp, 3–4. Valtiopäivät 1976, Asiakirjat A4; TaVM 1/1977 vp, 1–4. Valtiopäivät 1977, Asiakirjat C1; VmTM 1988, 5, 9.

tulisi suorittaa uusintatutkimus, jossa selvitetäisiin, ovatko edellytykset potilaan pitämisestä tahdostaan riippumattomassa hoidossa edelleen olemassa.²⁸⁵

Osittaisuudistuksella pyrittiin tarkistamaan tahdosta riippumattomasta hoidosta määrääviä säännöksiä siten, että hoitoon ottamisesta luotiin nelivaiheinen prosessi. Ensimmäinen vaihe sisälsi tutkimukseen perustuvan lääkärinlausunnon, jonka perusteella potilas voitiin lähettää sairaalaan. Toisessa vaiheessa sairaalan poliklinikalla tehty tutkimus saattoi johtaa potilaan tarkkailuun ottamiseen määräajaksi. Kolmas vaihe käsitti menettelyn, jossa tarkkailun jälkeen vastuunalaiselle lääkärille annettiin mahdollisuus päättää potilaan hoidettavaksi ottamisesta tahdosta riippumatta. Viimeinen, eli neljäs vaihe sisälsi sen, että kyseinen päätös oli voimassa enintään puoli vuotta, jonka jälkeen hoitoa saatiin jatkaa uuteen tarkkailulausuntoon perustuvalla vastuunalaisen lääkärin päätöksellä.²⁸⁶

Erityisesti määrittelemällä ja säätämällä tahdosta riippumattomasta hoidosta, haluttiin hallituksen esityksen mukaan tehostaa potilaan oikeusturvaa. Oikeusturvan nimissä hallitus esitti, että niitä edellytyksiä, joilla potilas voidaan ottaa tahdostaan riippumatta hoidettavaksi, tulisi tarkistaa ja tiukentaa.²⁸⁷ Talousvaliokunta hyväksyi sellaisenaan hallituksen esityksessä määritellyn tahdon vastaisen hoidon sääntelyn ja ehdotti lakiehdotuksen hyväksymistä. Vastaavasti eduskunnassakaan ei esitetty lainuudistukseen muutoksia tahdosta riippumattoman hoidon osalta.²⁸⁸ Toisaalta voi perustellusti todeta, että tuolloin ei käytännössä ollut tahdonvastaisesta hoidosta säännöksiä, ainakaan erillisiä.

Sairaalaanottomenettelyä ehdotettiin hallituksen esityksessä muutettavaksi siten, että sairaalaan ottamiseen ei enää vaadittaisi kirjallista hakemusta. Tällainen menettely koettiin järkeväksi, sillä siitä oli tullut pelkkä muodollisuus, etenkin kun kyseessä oli kiireellistä hoitoa vaativa potilas. Sen sijaan potilasturvallisuutta haluttiin parantaa ja lisätä. Mielisairaalaan ottaminen tulisi hallituksen esityksen mukaan tapahtua kahdessa vaiheessa. Tällöin hoitoon ottamisen

²⁸⁵ HE 85/1976 vp, 1. Valtiopäivät 1976, Asiakirjat A4.

²⁸⁶ VmTM 1988, 12.

²⁸⁷ HE 85/1976 vp, 1–4. Valtiopäivät 1976, Asiakirjat A4.

²⁸⁸ TaVM 1/1977 vp, 3–4. Valtiopäivät 1977, Asiakirjat C1; Ks. eduskuntakäsittelyt 1–3, Valtiopäivät 1977, Pöytäkirjat 1.

edellytykset tulisivat riittävän perusteellisesti asiantuntevan henkilökunnan tutkimiksi. Tavoitteena oli vähentää erehtymisen mahdollisuutta.²⁸⁹

Ensimmäiseksi henkilö oli tarkoitus ottaa sairaalaan tarkkailtavaksi ja vasta tämän jälkeen tehtäisiin päätös hänen hoitoon ottamisestaan. Tarkkailuun päätyisi lääkärinlausunnon perusteella, kuitenkin vasta sen jälkeen kun henkilölle olisi suoritettu alustava tutkimus. Hallitus huomautti esityksessään myös, että lääkärinlausunnon tulisi olla nykyistä ajankohtaisempi. Näiden toimien jälkeen edellytykset hoitoon ottamiselle tutkittaisiin ja harkittaisiin nimenomaan siinä sairaalassa, jossa potilaasta tehtäisiin kirjallinen tarkkailulausunto. Tarkkailulausunnon tulisi olla kattava, joten siihen sisällytettäisiin hallituksen esittämän mukaan tietoja henkilön omaisilta ja muilta läheisiltä, mikäli mahdollista. Alustava lääkärinlausunto ja sairaalassa annettu tarkkailulausunto johtaisivat lopulta sairaalan vastuunalaisen lääkärin päätökseen siitä, otetaanko potilas sairaalaan hoidettavaksi vai poistetaanko hänet tarkkailuajan jälkeen sairaalasta.²⁹⁰

Hallituksen ehdottama menettely tarkoittaisi, että tahdosta riippumattomaan hoitoon ottaminen tapahtuisi vaiheittain ja lisäksi useiden eri henkilöiden päätöksellä, joilla olisi lääketieteellinen pätevyys harkita asiaa. Käytännössä hallituksen esityksessä lähdettiin siitä, että asiantuntevia lääkäreitä olisi kolme. Ensimmäinen lääkäri tekisi alustavan tutkimuksen, toinen suorittaisi tarkkailun aikaisen tutkimuksen ja kolmas päättäisi lopullisesta hoitoon ohjaamisesta. Etuna alkuperäiseen, vuonna 1952 säädettyyn menettelyyn olisi huomattava parannus potilaan oikeusturvaan. Lääketieteelliset näkökohdat tulisivat paremmin huomioiduiksi usean lääkärin tehdessä päätöstä potilaan psyykkisestä tilasta. Toisaalta potilaalle olisi eduksi myös se, että psykiatriaan perehtymättömät henkilöt eivät saisi enää oikeutta päättää hänen tilastaan. Tarkkailumenettelyn sisällyttäminen hoitoon ottamisen kriteeriksi oli merkittävä uudistus. Tarkoituksena oli välttää tarpeetonta sairaalaan ottamista erityisesti akuuteissa ja nopeasti ohi menevissä häiriötiloissa, kun henkilön tila korjaantuisi jo tarkkailun aikana. Ehdotetun lain 3 momenttiin sisällytettiin säännös, joka velvoitti antamaan potilaalle tämän tarvitsemaa hoitoa jo henkilön ollessa tarkkailtavana. Hoitoonottamispäätöstä ei hallituksen esityksen mukaan tarvittaisi hoidon aloittamiselle.²⁹¹

²⁸⁹ HE 85/1976 vp, 9. Valtiopäivät 1976, Asiakirjat A4.

²⁹⁰ HE 85/1976 vp, 9. Valtiopäivät 1976, Asiakirjat A4.

²⁹¹ HE 85/1976 vp, 9–10. Valtiopäivät 1976, Asiakirjat A4.

Edellisessä tavoiteltiin myös avohoitoa. Mikäli potilas saatiin hoidettua tehokkaasti jo tarkkailuaikanaan, hän ei kuluttanut myöhemmin kalliita resursseja sairaalassa tahtonsa vastaisessa hoidossa. Tavoitteena oli varmasti myös sairaalapaikkojen vähentäminen pyrkimällä hoitamaan potilaita lyhytaikaisesti. Tarkkailuajan ehdotettiin tuolloin olevan viiden vuorokauden pituinen, joten ilmeisesti tuossa ajassa uskottiin vähäisten häiriöiden menevän ohi. Kesällä 1977 annettuja mielisairaslain tahdosta riippumattoman hoidon säädöksiä esittelen jäljempänä nykyisen mielenterveyslain säädöksiin vertaillen. Kuten edellä esitetystä havaitaan, pohja mielenterveyslain säätämislle seuraavalla vuosikymmenellä oli luotu 1970-luvun osittaisuudistuksella. Useassa kohtaa osittaisuudistuksen teksti oli yhteneväinen mielenterveyslain kanssa.

Suomalainen mielenterveyslainsäädäntö pysyi potilaan oikeusturvan osalta lähes muuttumattomina puoli vuosikymmentä vuosien 1938–1978 välillä. Vaatimus hoitoon määräämisestä oli yksiselitteinen. Potilaan oikeuksien takaamiseksi ei tarvinnut tarkkailuajalla selvittää, oliko potilaan hoitoon määräämiselle edellytyksiä. Vasta vuonna 1978 voimaan astuneessa mielisairaslain osittaisuudistuksen yhteydessä määriteltiin, että potilaan tila tuli arvioida uudelleen puolen vuoden välein ja hänet on poistettava sairaalasta, mikäli jatkohoidolle ei ole perusteita. Mainitulla viidenkymmenen vuoden ajanjaksolla potilaan hoidon jatkamisesta tai lopettamisesta ei ollut yksiselitteisiä säädöksiä, joten hoidon kohteena olevalla ei voinut olla tietoa missä vaiheessa hänet saatetaan kotiuttaa hoitolaitoksesta.²⁹²

Mielisairaslain osittaisuudistuksessa oli eräs huomiota herättävä kohta. Nimittäin aikaisemmin, eli ennen vuotta 1978, potilas ei voinut valittaa hoitoon määräämisestään tuomioistuimeen²⁹³. Määräystä hoidosta valittamisella tuomioistuimeen oli taustanaan 1960-luvulla vallinnut tahdonvastaisia hoitotoimia kritisoinut keskustelu²⁹⁴. Arvostelijat keskittyivät huomauttamaan etenkin siitä, että vapaudenriisto ja tahdonvastaiset toimenpiteet eivät kuulu sosiaalipolitiikkaan. Vaikka arvostelu keskittyikin ennen muuta sosiaalihuollon palveluja kohtaan, sen voidaan katsoa ajaneen muutosta myös mielisairaslakiin. Päätelmä on tehtävissä, sillä 1972 säädetyistä

²⁹² KM 1984:17 I osa, 11.

²⁹³ Pylkkänen Suomen Lääkärilehti 14/1988, 1360.

²⁹⁴ Ks. tältä osin esimerkiksi Pakkoauttajat-teos vuodelta 1967.

kansanterveyslaista (66/1972) lähtien terveydenhoitoa pyrittiin ohjaamaan avopalveluiden suuntaan.²⁹⁵ Myös mielenterveydellinen hoitotyö kääntyi hiljalleen laitoshoidosta avohoitoon kansanterveyslain säätämisen myötä. Tämä selittyi sillä, että kansanterveyslailla siirrettiin terveydenhuollon painopistettä erikoissairaanhoidosta (laitoshoito) perusterveydenhuoltoon (avohoito).²⁹⁶

Toisaalta mielisairaslakia oli muuttamassa myös arvostelusta vaikutteita ottanut parlamentaarisesti koottu sosiaalihuollon periaatekomitea. Se piti yhtenä sosiaalihuollon pahimpina epäkohtina pakkotoimenpiteiden laajaa käyttömahdollisuutta ja siihen liittyvää oikeusturvan heikkoutta. Komitea korosti muutoksenhaun tärkeyttä sillä, että ratkaisujen tulisi jatkossa olla ennustettavia ja valvottavia.²⁹⁷ Vallitsevan hoitokulttuurin kritiikillä saavutettiin paitsi mahdollisuus muutoksenhakuun myös se, että lakiin kirjattiin entistä selkeämmin säädökset tahdosta riippumattomasta hoidosta.

Suomen on yleisesti katsottu siirtyneen oikeusvaltioiden joukkoon mielisairaiden oikeusturvan osalta valitusoikeuden lakiin kirjaamisen myötä. Toisaalta aikanaan kritisoiinkin kuitenkin sitä, että valitusasteena tuolloin olleet lääninoikeudet eivät omaisi riittävää asiantuntemusta valitusasioita käsiteltäessä²⁹⁸. Tämän vuoksi pidettiin erityisen tärkeänä lääninoikeuden mahdollisuutta konsultoida psykiatrian asiantuntijaa tai asiantuntijoita valitusta käsitellessään. Lisäksi vuoden 1978 lainuudistusta valmisteltaessa oli pitkään pohdittavana ajatus erityisen asiantuntijalautakunnan perustamisesta. Kyseisen lautakunnan olisi ollut tarkoitus ratkaista tahdosta riippumattomasta hoitoa koskevat päätökset. Kyseinen suunnitelma ei lopulta toteutunut taloudellisista syistä.²⁹⁹

²⁹⁵ Urponen 1994, 240–241; Tuori 2004, 96.

²⁹⁶ Simola 1988, 39.

²⁹⁷ KM 1971:A. 25.

²⁹⁸ Huomautettakoon, että Hemmi viittaa tältä osin Ilkka Tiivolan Helsingin Sanomissa julkaistuun artikkeliin 27.9.1984. Tosin kyseisessä lehdessä ei sanottua artikkelia etsinnöistä huolimatta löytynyt.

²⁹⁹ Hemmi 1986, 60.

3.6. Miksi uusin mielenterveyslaki säädettiin?

Mielenterveyslaki ei ollut aikanaan mikään yksittäinen suuri muutos, vaan se oli osa laajaa sosiaalilainsäädännön uudistusta³⁰⁰, joka toteutettiin pääosin 1980-luvun puolivälin ja 1990-luvun alkuvuosien välillä. Mielenterveyslaki oli muutosprosessin päätepiste, jos ei muuten niin säädäntöaikataulultaan. Merkittävin terveydenhuollon lainsäädäntöhanke 1980-luvulla oli niin sanottu VALTAVA-uudistus. Uudistuksen aikaan terveydenhuollon ja sosiaalitoimen ohjaus, tutkimus ja valvontatehtävät yhdistettiin sosiaalihuoltolain ja lääkintöhallituksen Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämiskeskukseksi, nykyiselle Stakesille. Uudistus oli paikallaan, sillä hyvinvointipalvelujen hallinto oli muodostunut raskaaksi ja asioita käsiteltiin useaan kertaan. Toisaalta kahden erillisen laitoksen toiminta oli merkinnyt hallinnon aseman vahvistumista suhteessa poliittisiin elimiin. Valta oli keskittynyt asiantuntijoille ja vastaavasti hallinto oli vieraantunut kansalaisista. Uudistuksen myötä mielenterveysasiat saivat ensimmäisen keskitetyn valvontaelimen.³⁰¹

VALTAVA-uudistus oli nimensä mukaisesti mittava hanke. Se oli kansanterveyslain suunnitelmallisia pyrkimyksiä noudatteleva hanke, joka oli aloitettu sosiaali- ja terveysministeriössä loppuvuodesta 1976. Valmisteluja asiasta oli suoritettu käytännössä koko vuosikymmenen alun. VALTAVA:n eräänä tuloksena annettiin laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta (677/1982). Mainittu laki muutti sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä. Psykiatrissa sairaanhoitoa ovat koskeneet lähinnä välilliset vaikutukset. Säädetyin lain myötä terveydenhuollon valtiosuudet alenivat huomattavasti, kun sosiaalihuollon osalta valtiosuusia nostettiin merkittävästi. Kunnat tulivat nyt entistä suurempaan vastuuseen myös mielenterveystyöstä.³⁰²

Mielenterveyslakia valmisteltaessa asiantuntijat ottivat kantaa siihen ongelmakohtaan, että pääosin pakkohoitoa säätelevä laki ei ansaitsisi missään tapauksessa mielenterveyslain

³⁰⁰ Sosiaalihuollon lainsäädännön kokonaisuudistuksessa säädettiin muun muassa sosiaalihuoltolaki, uusi lastensuojelulaki, päihdehuoltolaki sekä vammaispalvelulaki. Suonoja 1992, 653–682.

³⁰¹ Skitsofreniaprojekti 1981–1987 1988, 186; Suonoja 1992, 617, 621–625.

³⁰² Skitsofreniaprojekti 1981–1987 1988, 186; Simola 1988, 40; Suonoja 1992, 646–625.

nimikettä³⁰³. Suomessa tähän huomautukseen ei kuitenkaan reagoitu, vaan mielenterveyslaissa säädetään tahdosta riippumattomasta hoidosta. Ruotsissa asiaan on jo paneuduttu, sillä samaan aikaan Suomen lainsäädännön kanssa vuonna 1991 voimaan tullut *lag om psykiatrisk tvångsvård* (1991:1128) säätelee psykiatrisesta pakkohoidosta omana lainsäädännöllisenä kokonaisuutenaan³⁰⁴. On joka tapauksessa mielenkiintoista havaita, että Ruotsin sanamuoto on tässä kohtaa kotimaista *tahdosta riippumattoman hoidon*-käsitettä vanhoillisempi ”tvångsvård” (pakkohoito). Suomen mielenterveyslain tekemä ero aikuisten ja alaikäisten välillä on erityislaatuinen. Esimerkiksi Ruotsissa hoitoon otetaan samoin perustein ikään katsomatta. Lisäksi Isossa-Britanniassa vuoden 2000 lakiuudistussuunnitelmassa pakkohoidon mahdollistamille häiriötiloille esitettiin potilaan ikään katsomatta varsin väljät rajat. Ruotsi sääntelee tahdosta riippumatonta hoitoa väljemmin, sillä aikuinenkin voidaan ottaa tahtonsa vastaiseen hoitoon vakavan mielenterveyden häiriön vuoksi.³⁰⁵

Vuonna 1990 säädetty ja seuraavana vuonna voimaan tullut mielenterveyslaki syntyi lähinnä tarpeesta kehittää mielenterveystyötä. Mielenterveystyön komitean mukaan mielenterveystyö oli jäänyt kehityksessään jälkeen muista terveydenhuoltoon tehdyistä uudistuksista. Tämän vuoksi ehdotettiin, että mielenterveyteen kohdistuvat toimenpiteet otettaisiin terveydenhuoltopolitiikan painopistealueiksi 1980–1990-luvuilla. Uudistusten katsottiin olevan niin laajoja, että niitä ei voitu toteuttaa tuolloin olemassa olleen vuonna 1952 laaditun ja vuonna 1977 uudistetun sekä muutetun mielisairaslain perusteella.³⁰⁶ Erityisenä painopistealueena uudessa mielenterveyslaissa oli tahdosta riippumaton hoito ja sen perusteiden selkeyttäminen ja tiukentaminen³⁰⁷. Toisaalta alaikäisten asemaa haluttiin selkiyttää, koska aiemmat mielisairaslait eivät sisältäneet erillisiä määräyksiä alle 18-vuotiaan tahdosta riippumattomasta hoidosta³⁰⁸.

Mielenterveystyön komitean mietinnön mukaan kaikki yhteiskuntaan vaikuttaminen ei ole mielenterveystyötä. Mielenterveystyöksi määritellään ainoastaan se, jota hoitavat tietyn

³⁰³ Pylkkänen ja Lönnqvist Suomen Lääkärilehti 13/1986, 1217.

³⁰⁴ lag om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128). <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19911128.HTM>.

³⁰⁵ Kaltiala-Heino 2003, 28.

³⁰⁶ KM 1984:17 I osa, 7 (kirje sosiaali- ja terveysministeriölle).

³⁰⁷ Pylkkänen 2000, 705.

³⁰⁸ VmTM 1988, 47.

profession omaavat, eli lääkärit, psykologit, hoitajat ja sosiaalityöntekijät.³⁰⁹ Komitean esittämä mielenterveystyön lisäämisen tarve tulkittiin aikanaan hyvinvointivaltiollisen ammattiauttajakunnan lisäämisen tarpeeksi. Tutkimuksen mukaan mietinnön voimakkaasti esiin ottama kanta oli omiaan vahvistamaan medikalisaatiota ja lääketieteen monopoliasemaa. Muilla kuin tietyn ammatillisen aseman saavuttaneilla ei ollut edelleenkaan oikeutta auttaa sairaita.³¹⁰

Niistä uudistuksista tai säädöksistä joista mielenterveystyö oli jäänyt jälkeen, käy erityisinä esimerkkeinä kansanterveyslaki sekä erikoissairaanhoidolaki (1062/1989). Kyseiset säädökset tai niiden esityöt olivat pohjana mielenterveyslaille. Erikoissairaanhoidolakiin oli jo valmisteluvaiheessa tarkoitus sisällyttää psykiatrisen erikoissairaanhoidon hallintoa koskevat säännökset. Mielenterveyslakia ei ollut tarkoitus korvata erikoissairaanhoidolalla, vaan sisällöllisistä erityissäädöksistä oli tarkoitus säätää oma laki, joka täydentäisi erikoissairaanhoidolakia. Toimivan potilastyön nimissä molemmat lait oli tarkoitus hyväksyttää samassa yhteydessä³¹¹. Kansanterveyslaki, joka oli tullut voimaan 1972, oli todennäköisesti 1970-luvun tärkein sosiaalipoliittinen saavutus. Toisaalta sairaalahoidossa kansanterveyslakia vastaavana peruslakina on pidettävä vuonna 1989 voimaan tullutta erikoissairaanhoidolakia. Vasta näiden peruslakien kunnollinen valmistelu ja toiminta antoi mahdollisuuden säätää terveydenhuollon palveluista ja potilaiden asemasta erityislaeilla, jollainen mielenterveyslakikin oli. Aluksi täytyi säännellä tarpeeksi kattavasti kansalaisten terveyspalvelujen yleistä saatavuutta.³¹²

Yhteiskunnallista taustaa vasten ajateltuna ei ole vaikea ymmärtää, että kansanterveyslaki, joka mahdollisti kansalaisten tasavertaiset terveyspalvelut, koettiin tärkeämmäksi kuin mielenterveydelliset palvelut. Perustason turvaaminen oli voimanponnistus, joka syrjäytti 1970-luvulla mielisairaslain uudistuksen osittaisuudistukseksi. Lisäksi 1970–1980-luvulla toteutetut

³⁰⁹ KM 1984:17 I osa, 43–44.

³¹⁰ Salo 1996, 263.

³¹¹ Mielenkiintoista on, että erikoissairaanhoidolaki oli annettu 1.12.1989 ja mielenterveyslaki vasta vuotta myöhemmin 14.12.1990. Mielenterveyslaki tuli voimaan 1.1.1991 ja erikoissairaanhoidolaki 1.3.1991, eli samanaikaisuuden tavoitteesta pidettiin käytännössä kiinni, vaikka asetusten antopäivät vaihtelivatkin suhteellisen paljon. Tiedot: FINLEX® - Valtion säädöstietopankki. <http://www.finlex.fi/fi/>.

³¹² Skitsofreniaprojekti 1981–1987 1988, 186; Tuori 2004, 96–97.

muut terveydenhuollolliset toimet³¹³, jotka koskivat jokaista kansalaista suoraan, menivät oletettavasti mielenterveystyön edelle.³¹⁴

Kun aluksi muuhun terveydenhuoltoon oli saatu muutokset aikaiseksi, oli viimeisten joukossa vuorossa mielisairaisiin kohdistuva lainsäädäntö. 1980-luvulla ongelmiin oli tältäkin osin mahdollisuudet tarttua, sillä bruttokansantuotteen osalta maamme talouskasvu oli tuolloin eurooppalaisittain keskitasoa nopeampaa. Kasvun vuosivauhti oli keskimäärin kolme prosenttia vuodessa. Toisaalta taloudellinen kasvu oli kuitenkin hidastumassa 1980-luvun alusta alkaen, mutta kasvoi vuosikymmenen loppuun saakka. Koska usko talouden kehittymiseen ja kasvuun oli vielä vahva, investointeja uskallettiin toteuttaa myös sellaiseen säätelyyn, joka nieli paljon varoja, mutta joka ei kenties tuottanut puolestapuhujilleen yhtä suurta suosiota kuin perusterveydenhoidon uudistukset.³¹⁵

Tosin, on huomattava, että öljykriisin vuoksi 1970-luvun lopulla hidastunut talouskasvu hillitsi myös osaltaan sosiaalilainsäädännön kehittämistä. Yritysten maksamat sosiaalivakuutusmaksut koettiin rasitteeksi ja niitä oli alennettu, sillä tuolloin oltiin yleisesti huolissaan tuotantolaitosten kilpailukyvyistä ja kansalaisten ostovoimasta. Tällä yhteiskunnallisella takapakilla oli varmasti vaikutuksensa myös siihen, miksi mielenterveyslainsäädäntö jäi muusta terveydenhuollosta jälkeen. Varat eivät riittäneet kaikkialle, eri terveydenhuollon alat joutuivat kilpailemaan keskenään vähitellen heikkenevistä resursseista.³¹⁶

Mielisairaanhoidon järjestämisvastuussa tapahtui suuri muutos 1990-luvun lainuudistamisen yhteydessä. Tällöin luovuttiin erillisestä mielisairaanhoidon järjestämisvastuusta. Mielisairaanhuoltopiirit ja itsenäisesti mielisairaaloita ylläpitäneet kuntainliitot lakkautettiin erikoissairaanhoidolailla vuonna 1991. Uutena mallina oli perustaa sairaanhoitopiirejä, joiden vastuulle lakkautettujen instanssien toiminta siirrettiin. Vastuu kunnallisten psykiatristen palvelujen organisoinnista yhdistyi muun erikoissairaanhoidon järjestämisvastuun osaksi.

³¹³ Näitä olivat esimerkiksi työterveyshuolto 1979, sairausvakuutusjärjestelmän uudistus 1982, nuorten hammashuollon sisällyttäminen sairausvakuutukseen 1986. Ks. teos Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva, liite Suomalaisen sosiaalilainsäädännön aikataulu, etenkin sivu 363–364.

³¹⁴ Urponen 1994, 239.

³¹⁵ Hjerppe, 1988, 47; Hjerppe 1990, 30; Suonoja 1992, 702; Mikkola, Pietiläinen ja Valpola 2002, 26.

³¹⁶ Niemelä 1993, 104.

Psykiatrisen hoidon järjestämisvastuussa koettiin toinenkin suuri muutos, joka toteutui valtioneosuuslain muuttamisen myötä vuonna 1993. Sairaanhoidopiireille ei enää jaettu valtionapua, vaan valtio ryhtyi jakamaan suuntaamatonta laskennallista avustusta suoraan kunnille. Kuntien vastuulle siirrettiin taloudellisten resurssien jakaminen psykiatrisia hoitopalveluja tuottaville terveyskeskuksille ja sairaanhoidopiireille. Kunnat ovat velvollisia järjestämään asukkailleen psykiatriset palvelut osana muita sosiaali- ja terveyspalveluja. Väliä ei ole sillä järjestävätkö kunnat kyseiset palvelut itse, vai ostavatko he palvelut sairaanhoidopiireiltä tai yksityisiltä tuottajilta.³¹⁷

Mielisairaalalaitoksilla oli kotimaisen lainsäädännön mukaan vastuu psykiatrisesta avohoidosta. Avohoito kehittyi muun psykiatrisen hoidon osana 1990-luvulle saakka erillään muusta terveydenhuollosta. Avohoidon tarvetta oli tosin lisännyt jo 1977 suoritettu mielisairaslain osittaisuudistus, joka laajensi ensi kertaa mielisairaanhoidon toimialueen myös muihin mielenterveyden häiriöihin kuin psykooseihin. Tuolloin vahvistettiin mielenterveystoimistojen asemaa hallinnollisesti itsenäisinä yksikköinä. Lisäksi uusia avohoitotoimintoja saatettiin valtionavun piiriin ja tahdosta riippumatonta hoitoa koskevat määräykset uudistettiin.³¹⁸

Avohoitotoimintaa oli maassamme lisännyt jo 1960-luvun huoltolaitoskritiikki. Kansainvälisesti tarkastellen Suomessa oli runsaasti laitospaikkoja. Yleinen laitoshoidon vastustanut kritiikki ei tuonut tulosta, vaan laitospaikkojen lukumäärä pysyi suurena 1980-luvulle saakka. Kyseisiä lakeja säädettäessä on siis haluttu ylläpitää vahvaa taloudellista painotusta. Kuitenkin vähitellen saavutettiin aste, jossa avo- ja laitoshuollon toimipisteet eivät olleet enää toistensa vaihtoehtoja, vaan ne koettiin toisiaan täydentäviksi palveluiksi asiakkaiden kulloisenkin tuen tarpeen mukaan. Tuolloin alkanut keskustelu mahdollisti mielenterveyshoidon painottumista pakottavasta hoidosta kohti avohoittoa.³¹⁹

Avohuollon kehittäminen koettiin Sosiaali- ja terveysministeriössä 1970-luvulta lähtien taloudellisesti edullisemmaksi kuin kalliiden, vaikkakin olemassa olevien, hoitopaikkojen käyttäminen. Tavoitteista huolimatta valtion tuki oli niin vähäistä, että avohoittoa ei voitu lisätä

³¹⁷ Pylkkänen 2000, 675.

³¹⁸ Pylkkänen 2000, 679–680.

³¹⁹ Satka 1994, 330.

tai käyttää toivotussa määrin. Aikakauden arvoista on huomattavissa etenkin sosiaalipolitiikan sidonnaisuus taloudelliseen kehitykseen. Mainittu kehityskulku on jatkunut viimeaikoihin saakka.³²⁰ Mahdollisesti tämä on osasyynä siihen, että mielisairas- ja mielenterveyslakeja valmisteltaessa mietintöjä on pyydetty nimenomaan talousvaliokunnalta eikä esimerkiksi sosiaali- ja terveysvaliokunnalta.

Toisaalta osittaisuudistuksen yhteydessä tahdosta riippumattoman hoidon edellytyksiä tiukennettiin, joten vastaavasti tahtonsa vastaisessa hoidossa olevien potilaiden määrä väheni selvästi. Ennen mielisairaslain osittaisuudistusta psykiatristen sairaaloiden potilaista peräti 83 prosenttia oli hoidossa tahdostaan riippumatta. Lainuudistuksen myötä vastaava luku aleni 19,5 prosenttiin vuoteen 1986 mennessä. Pylkkänen huomauttaa, että tahdostaan riippumatta hoidossa olevien määrä on vähentynyt 1980-luvulla jatkuvasti, vaikka tuolloin ei uusia lakimuutoksia enää tehtykään. Myöskään hoitopäätösten kokonaismäärät eivät ole juuri vaihdelleet 1970-luvulta 1980-luvulle siirryttäessä. Mielisairaalaapaikkojen määrä on tekijä, joka vaikuttaa tahdosta riippumattoman hoidon käytettävyyteen. Käytännössä niissä osissa maata, joissa hoitojärjestelmä on laitosvaltainen ja mielisairaalaapaikkoja käytetään runsaasti, tahdosta riippumaton hoito on yleisempää kuin vähemmän laitosvaltaisilla alueilla³²¹. Osaltaan tämä tekijä puoltaa avohoitoa ja laitospaikkojen karsimista, ainakin mikäli laitosvaltaista hoitoa halutaan vähentää.³²²

Edellä esitetyn mukaan 1970-luvulla uudistettu mielisairaslaki oli käynnistänyt selvän ja jatkuvan kehityssuuntauksen, joka tarkoitus oli johtaa tahdosta riippumattoman hoidon vähenemiseen Suomessa³²³. Optimistinen ajattelu ei näytä täysin toimivan. Timo Tuorin tekemän selvityksen perusteella on pääteltävissä, että vuonna 2006 psykiatrisista potilasta jopa yli 35 prosenttia oli hoidossa tahdostaan riippumatta.³²⁴ Toisaalta määrän suhteellinen kasvu saattaa johtua ennen muuta siitä, että nykyisin hoitoon hakeutumisessa ei ole entisen kaltaista sosiaalista painetta ja hoidon tarve todennäköisesti diagnosoidaan entistä herkemmin.

³²⁰ Suonoja 1992, 646, 704.

³²¹ Aiemman käsittelyn perusteella voi todeta laitosvaltaisen tahdon vastaisen hoidon olleen tunnettua niin kauan kuin säädettyjä mielisairaslakeja on ollut. Vaikka pyrkimys on periaatteessa vähintään mielisairaslain osittaisuudistuksesta saakka ollut laitoshoidon vähentäminen, siinä ei ole näytetty onnistuneen.

³²² Pylkkänen Suomen Lääkärilehti 14/1988, 1358; Pylkkänen Suomen Lääkärilehti 15/1988, 1481.

³²³ Pylkkänen ja Lönnqvist Suomen Lääkärilehti 13/1986, 1222.

³²⁴ Tuori 23.3., 20.4. ja 25.9.2007.

Valtakunnallinen skitsofreniaprojekti, joka toteutettiin vuosikymmenen kestäneenä työnä vuosina 1981–1991, uudisti merkittävästi suomalaista psykiatrista avohoitoa. Projektin tavoitteena oli estää uusien pitkäaikaispotilaiden ilmaantuminen ja vähentää vanhojen pitkäaikaispotilaiden määrä puoleen kymmenessä vuodessa. Kunnianhimoisen tavoitteen tueksi oli tarkoitus kehittää uusia avohoitomalleja. Projekti myös tuotti tulosta. Uusien psykoosipotilaiden ei tarvinnut olla yhtä kauaa tahdostaan riippumattomassa sairaalahoidossa kuin he aiemmin olisivat joutuneet olemaan, vaan he saattoivat siirtyä puoliavointen ja avointen hoitomuotojen piiriin. Kun avohoidosta tuli vähitellen tärkein psykiatrisen palvelujärjestelmän osa, oli tarpeen uudistaa myös psykiatrian palvelu- ja henkilökuntarakennetta sisällöllisesti³²⁵. Tämä tarkoitti esimerkiksi entistä pätevemmän hoitohenkilökunnan kouluttamista potilaita hoitamaan.³²⁶ Avohoidossa voidaan katsoa korostuneen pyrkimys potilaan hoitamiseen, tarkoituksena ei ainoastaan ollut heidän saattaminen valvonnanalaisuuteen sairaalan sisäpuolelle. Avohoitoa voitiin ryhtyä käyttämään 1980-luvulle tultaessa jopa psykoosien ensisijaisena hoitomuotona. Kehittyvät lääkkeet eivät tässäkään tapauksessa enää ehdottomasti vaatineet tahdosta riippumatonta sairaalahoitoa.³²⁷

Perinteisesti psykiatrinen hoito on Suomessa keskittynyt sairaaloihin, joten tätä sairaalapainotteisuutta uudella mielenterveyslailla pyrittiin vähentämään. Vuoden 1952 mielisairaslain perusteella kunnat olivat vastuussa mielen sairauksista kärsivistä potilaista. Ajanjaksolla 1800-luvun puolivälistä 1900-luvun puoliväliin mielisairaaloitten määrä yli kymmenkertaistui.³²⁸ Vuoteen 1963 mennessä oli saavutettu suunnilleen se sairaansijamäärä, joka oli pysynyt ennallaan aina 1980-luvun puoliväliin saakka. Määrä vaihteli 18000:sta 19000:een.³²⁹ Uudistukset liittyivät orastavaan tavoitteeseen julkisten palveluiden lisäämisestä. Samalla on kuitenkin muistettava, että uudistusten myötä moderni yhteiskunta alkoi vaatia sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluja enenevässä määrin. Pelkästään sairaansijojen lisääminen ei enää riittänyt.³³⁰

³²⁵ Henkilökunnan osalta uudistukset vaikuttavat myös siten, että psykiatrisista sairaaloista vähennettiin erikoissairaanhoidotilain voimaantultua 4000 henkeä. Toisaalta psykiatrinen avohoito vaati lähes 500 uuden viran täyttämistä. Pylkkänen 2000, 691.

³²⁶ Pylkkänen 2000, 680–683; ks. Skitsofreniaprojekti 1981–1987 1988, 81–87.

³²⁷ Rintala 1995, 50.

³²⁸ Tuohimäki 2007, 29.

³²⁹ KM 1984:17 I osa, 9.

³³⁰ Mikkola Sosiaalinen aikakauskirja 5/6 1987, 35; Mikkola 1992, 218.

Eräs merkittävimmistä syistä mielenterveyslainsäädännön uudistamisessa oli Suomen tahdonvastaisesti hoitoon otettujen lukumäärä, joka tuolloin oli maailman korkeimpia. Lisäksi sairaansijamäärä oli maassamme väestöön nähden toiseksi korkein maailmassa. Arvostelua on 1970-luvulta lähtien herättänyt psykiatristen sairaansijojen huomattava määrä. 1960-luvun lopussa sairaansijoja oli peräti 20 000. Toisaalta taas Suomessa ei vielä tuolloin ollut riittävästi psykiatrian ammattilaisia, joten sairaalakeskeinen hoito oli ainoa vaihtoehto. Avohoitoon ei ollut kunnollisia resursseja. Sairaalapainotteisuuden lisäksi vuonna 1952 säädetty mielisairaslaki oli osoittautunut ajastaan jäljessä olevaksi.³³¹ Mielisairaaloita, etenkin keskusmielisairaaloita, käytettiin lisäksi vielä 1980-luvulla psykiatrian kannalta toissijaisiin tarkoituksiin, kuten vanhusten ja kehitysvammaisten hoitoon. Etenkin naispuolisten vanhusten osuus oli sairaaloissa suhteettoman suuri. Sairaaloihin ”kertynyt” sinne kuulumattomien henkilöiden aiheuttama väestöpaine haittasi uusien potilaiden intensiivistä kriisihoitoa sekä erityisesti psykiatrisen hoidon kohdentamista apua tarvitseviin potilasryhmiin.³³²

Ongelman korjaamiseksi vuonna 1978 alusta tuli voimaan mielisairaslain osittaisuudistus, joka säänteli tahdosta riippumatonta hoitoa aivan uudella tavalla. Todellisuudessa vanha mielisairaslaki pysyi pitkään voimassa. Sen kumoamista enteili koko 1980-luvun vallinneet uudistuspyrkimykset. Merkittävin uudistava tekijä oli Mielenterveystyön komitea, jonka mietintö saatiin useiden jatkoaikojen myötä valmiiksi 1984. Kyseisen komitean mietinnössä luotiin perusteet psykiatrisen organisaation kehittämiseksi.³³³

Huolimatta uudistuneesta lainsäädännöstä mielenterveyden häiriöt ovat edelleen Suomessa alidiagnosoituja sekä alihoidettuja. Mielenterveyden ongelmat alkavat yleensä varhain, lisäksi ne ovat pitkäaikaisia ja helposti uusiutuvia. Ongelmat hoidossa merkitsevät sitä, että mielen sairaudet ovat suurin yksittäinen työkyvyttömyyttä aiheuttava sairausryhmä. Tämän vuoksi niiden merkitys sekä kansantaloudellisesti että kansanterveydellisesti on huomattava.³³⁴ Alidiagnosointi näkyy siinä, että huomattava osa mielenterveyshäiriöistä kärsivistä on edelleen

³³¹ Hakola 2002, 16.

³³² KM 1984:17 II osa, 50; Hakola 2002, 16.

³³³ KM 1984:17 I osa, 3–6 (kirje sosiaali- ja terveysministeriölle); Joukamaa 2002, 290.

³³⁴ Lepola, Ulla, Koponen, Hannu, Leinonen, Esa, Joukamaa, Matti, Isohanni, Matti, Hakola, Panu. 2002, 7.

vailla hoitoa. Hoidon piiriin päässeistä suurinta osaa puolestaan hoitavat muut kuin psykiatrit. Pääasiassa hoito tapahtuu perusterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa.³³⁵

1990-luvulta lähtien suomalainen psykiatrinen sairaanhoito on ollut poikkeuksellisessa tilanteessa. Toisaalta lain uudistukset vaikuttivat siihen, että avohoitoa lisättiin. Toisaalta samaan aikaan vallinnut taloudellinen lama aiheutti säästöpaineita ja ilmeisestikään avohoitoon ei voitu myöntää tarpeellisia resursseja. Näin siitäkkin huolimatta, että sairaalapaikkojen vähentäminen toi yhteiskunnalle huomattavia säästöjä. Nykyisen avohoidon toimimattomuus näkyy siinä, että avohoidossa olevien potilaiden keski-ikä on alentunut. Psykiatristen sairaansijojen huomattava vähentäminen on johtanut toiminnan vähentämiseen kaikissa sairaaloissa ja joitakin psykiatrisia sairaaloita on suljettu³³⁶.

Matti Huttunen kritisoi sitä, että nimenomaan taloudelliset syyt ovat johtaneet avohoidon lisäämiseen. Hän kokee erittäin haitallisena nykyisen kehityksen, jossa henkilöt, jotka aikaisemmin viettivät vuosikautia sairaalassa, on nyt siirretty asuntoloihin tai omaistensa luokse asumaan. Useat potilaat eivät halua käydä mielenterveystoimistossa kontrollissa tai käyttää lääkkeitä päästyään avohoitoon. Näin voi tapahtua siitä huolimatta, että potilas kärsii harhoista tai on niille altis. Omillaan asuessaan, avohoidossa olevista potilaista osa ajautuu alkoholi- ja huumeriippuvuuteen. Avohoitoon pääsyn ehdoksi on esitetty velvoitetta riittävän tiheisiin hoitokontakteihin ja lääkkeiden ottoon, jotta potilaan tila ei pahenisi sairaalahoidon lopettamisen jälkeen. Huttunen pahoittelee, että mielenterveyslaki ei salli velvoitteista avohoitoa ehtona avohoidolle. Toisaalta potilaita halutaan kotiuttaa sairaaloista, mutta toisaalta hoitokin halutaan evätä.³³⁷ Näyttää siis siltä, että avohoito huomattiin, kuten perhehoito aikanaan vuosisadan vaihteessa, halvemmaksi hoitomuodoksi kuin sairaalahoido, mutta resursseja ei tahtonut riittää kummankaan, psykiatrisen avohoidon ja sairaalahoidon kehittämistarpeisiin.

Pelkästään kritiikkiä avohoitoa kohtaan ei voi esittää. Psykiatrisen avohoidon enenevä käyttö on lisännyt tietoisuutta mielenterveyden häiriöistä. Ainoastaan perinteisessä sairaalahoidossa olevia potilaita tutkimalla ei voida päätellä, ovatko esimerkiksi väestössä esiintyvät

³³⁵ Joukamaa 2002, 282.

³³⁶ Joukamaa 2002, 292.

³³⁷ Huttunen 1999, 95.

mielenterveysongelmat, kuten masentuneisuus, samantyyppisiä kuin psykiatrisilla sairaalapotilailla tavatut.³³⁸ Avohoidon käyttö on myös lisännyt myönteisemmän miellelyhtymän syntyä mielisairaalassa olleita ja sieltä avohoitoon kotiutettuja potilaita kohtaan³³⁹. Toisaalta tutkimuksissa on osoitettu, että mielenterveysongelmallisille ollaan myötätuntoisia, mutta mielisairaus koetaan edelleen valtaväestön keskuudessa pelottavaksi ja vaaralliseksi. Syy on siinä, että ongelma nähdään väliaikaiseksi ja hoidettavissa olevaksi, kun sairaus mielletään pitkäaikaiseksi rasitteeksi.³⁴⁰ Yleisesti avohoidossa oleviin liitettävät negatiiviset mielikuvat saattavat syntyä myös siitä, että kyselyissä ihmiset arvioivat muiden henkilöiden suhtautumisen mielenterveyskuntoutujiin omaa suhtautumistaan kielteisemmäksi³⁴¹. Näin omakin mielipide pysyy suhteellisen negatiivisena, koska yleiseen mielipiteeseen ei koeta onnistuttavan vaikuttamaan.

³³⁸ Hakola 2002, 20; Joukamaa 2002, 282.

³³⁹ Ks. tämän tiedon osalta esimerkiksi Markku Ojosen asennetutkimus vuodelta 1987, 58.

³⁴⁰ Mattila 2002, 103.

³⁴¹ Skitsofreniaprojekti 1981–1987 1988, 153; ks. erityisesti Ojanen 1987, 8–9, 57.

4. MIELIPITEET VOIMASSAOLEVAN MIELENTERVEYSLAIN TAHDOSTA RIIPPUMATTOMAN HOIDON OSALTA

4.1. Lain valmisteluvaiheessa esitetyt ehdotukset

Uuden mielenterveyslain tahdonvastaisen hoidon kriteereistä tulisi asiantuntija-arvioiden mukaan poistaa vahingollisuusperuste. Mainittua uudistusta pidettiin tärkeänä lain valmistelun yhteydessä. Psykiatrian sisäisen kehittämisen kannalta on koettu tärkeäksi se, että yhteiskunta hyväksyisi periaatteen psykiatrisen hoitojärjestelmän kehittämisestä ja käytettävyydestä ainoastaan hoidollisiin päämääriin. Lainsäädäntöön tulisi tehdä muutos, kuten nykyiseen mielenterveyslakiin on toteutettukin, siitä, että tahdonvastaiselta hoidolta poistettaisiin kaikki muut kuin hoidolliset perusteet. Mikäli yhteiskunta haluaa suojella itseään poikkeavia eristämällä, sen tulisi tapahtua muun kuin mielisairaslainsäädännön kautta. Periaatteessa vielä 1970-luvun osittaisuudistuksen jälkeen voimassa ollut laveatulkintainen mielisairaslaki olisi yksinkertaisuudessaan houkutteleva, mutta käytännössä vasta eriytyneempi lainsäädäntö on potilaan oikeuksiakin ajatellen oikeudenmukaisempi.³⁴²

Arvioissa on myös pidetty ongelmallisena sitä, että vuoden 1977 mielisairaslain osittaisuudistuksen yhteydessä lakiin ja sen perusteluihin ei sisällytetty minkäänlaista määrittelyä siitä, mitä mielisairaudella tarkoitetaan. Siksi valmisteilla olevaan mielenterveyslainsäädäntöön on katsottu tarpeelliseksi kirjata kannanotto niistä diagnoosiryhmistä, joita 1980-luvun tietämyksen mukaan voitiin pitää mielisairauksina. Mielisairaudella tarkoitetaan Suomessa vallitsevan käytännön mukaan sellaista vakavaa mielenterveyden häiriötä, johon liittyy vakava todellisuudentajun häiriintyminen ja jota voidaan pitää *psykoosina*^{343, 344}.

³⁴² Lönnqvist Suomen Lääkärilehti 8/1985, 725.

³⁴³ Vuonna 1987 käyttöön otetun tautiluokituksen mukaan psykoosina voidaan pitää dementian vaikea-asteisia ilmenemismuotoja, deliriumtiloja, elimellisiä ja muita harhaluuloisuustiloja, skitsofrenian eri muotoja, masennustiloja, kaksisuuntaisia mielialahäiriöitä sekä muita psykooseja. Pylkkänen Suomen Lääkärilehti 15/1988, 1486.

³⁴⁴ Pylkkänen Suomen Lääkärilehti 15/1988, 1486.

Laatimassaan artikkelissa Tero Taiminen esittää vastoin perinteistä näkemystä, että mielenterveyslain käsite ”mielisairaus” ei merkitse samaa kuin ”psykoottinen”. Hänen mukaansa mielisairaus on ymmärrettävä laajemmaksi käsitteeksi kuin psykoottisuus, termi, jolle ei ole olemassa yleisesti omaksuttua määritelmää³⁴⁵. Taiminen huomauttaa, että mielisairasta potilasta ei voida aina pitää psykoottisena. Esimerkiksi erityisosatekijättömässä skitsofreniassa sairaus ei missään vaiheessa täytä skitsofrenian tai minkään muun psykoottisen häiriön kriteerejä. Kuitenkin tällaista sairautta on ymmärrettävästi pidettävä mielisairautena, kuten Taiminenkin asian perustelee. Taiminen kritisoi lisäksi sitä, että juridiselle termille ”mielisairas” ei ole yleisesti hyväksyttyä määritelmää. Hän pitää kuitenkin selvänä, että termi ”mielisairaus” kattaa psykiatrisia häiriöitä laajemmin kuin suppeimmat määritelmät termille ”psykoottinen”.³⁴⁶ Pelkästään tämä esittely todistaa mielisairaus-termin ongelmallisuuden. Jos tahdosta riippumattoman hoidon oleellisimpana perusteena on todettu mielisairaus, tulisi mielisairaus-käsitteen olla selkeästi määritelty.

Lääkintöhallituksen nuorisopsykiatrisen asiantuntijaryhmän esityksen mukaan säädettävään mielenterveyslakiin tulisi sisällyttää erilliset säännökset nuorten tahdosta riippumattomasta hoidosta. Työryhmä ehdotti, että psykoosin sijasta tahdonvastaisen hoidon edellytys olisi vakava mielenterveyden häiriö. Mikäli henkilö on täyttänyt 15 vuotta, hoitoon määräämistä koskeva päätös tulisi alistaa silloisen lääninoikeuden vahvistettavaksi.³⁴⁷ Nuorten osalta uusi mielenterveyslaki todellakin lisäsi byrokratiaa. Käytännössä tarkkailulähete, tarkkailulausunto sekä hoitoonmääräämispäätös, virkatodistus ja sairauskertomuksesta otetut kopiot tarkkailuajalta tulee varsinaisen alistuskirjelmän ohella lähettää välittömästi hallinto-oikeuteen, jotta hoitoon määräämispäätös voidaan hallinto-oikeudessa käsitellä. Potilasta tulee myös kuulla ym.³⁴⁸

³⁴⁵ Taimisen mukaan perinteinen määritelmä psykoottisuudelle on todellisuuden häiriö, johon liittyy aistiharhoja tai harhaluuloja. Taiminen itse määrittelee psykoottisuuden laaja-alaiseksi todellisuudentajun tai ajatustoiminnan häiriöksi, johon liittyy merkittävää sairautentunnottomuutta. Taiminen Suomen Lääkärilehti 31/1998, 3510.

³⁴⁶ Taiminen Suomen Lääkärilehti 31/1998, 3509–3510.

³⁴⁷ LHtM 3/1987; Lehtonen ja Pylkkänen Suomen Lääkärilehti 8/1988, 713–714.

³⁴⁸ Pulkkinen Suomen Lääkärilehti 21/1992, 1987.

4.2. Kenellä on oikeus päättää psykiatrisesta hoidosta?

Potilas saattaa sairautensa vuoksi olla vaaraksi sekä itselleen että ympäristölleen. Tahdosta riippumattoman hoidon perusteena käytetään harvoin vaarallinen muille -kriteeriä, eli yleensä hoitoon otetaan kun potilas koetaan uhaksi itselleen³⁴⁹. Ympäristöllä tarkoitetaan etenkin potilaan omaisia, jotka usein kuormittuvat sairaan oireilusta jopa yhtä paljon kuin sairas itse, sekä henkisesti että fyysisesti³⁵⁰. Tällöin on sekä omaisten että sairastuneen edun mukaista, että terveydenhuollon ammattihenkilöstö ohjaa hänet tahdosta riippumattomaan hoitoon. Pakon käyttö on perusteltua, koska ajatellaan, että mielisairaus on vahingoittanut potilaan arvostelukykä siten, että hän ei itse voi ottaa vastuuta teoistaan. Oletuksena on, että henkilö käyttäytyy sairaana tavalla, jota hän ei terveenä ollessaan halua. Potilaan mahdollisuudesta olla vaarallinen johtuu yleensäkin psykiatriselle terveydenhuollolle annettu kaksitahoinen hoitovelvoite. Mainitun hoitovelvoitteen mukaan asianomaista on mahdollisuus hoitaa sekä potilaan oman tahdon perusteella että hänen tahdostaan riippumatta.³⁵¹

Kaksitahoinen hoitovelvoitteen tahdosta riippumattomaan puoleen liittyvät olennaisesti potilaan henkilökohtaista etua painottavat *paternalistiset perusteet*³⁵². Riittakerttu Kaltiala-Heino toteaa paternalismin tarkoittavan toisten tekemää päätöstä yksilön puolesta, yksilön parhaan edun nimissä³⁵³. Tuorin määritelmän mukaan itsemäärääminen edellyttää kykyä itsemääräämiseen. Paternalistisen ajattelun mukaan toimenpiteen kohteelta katsotaan sairaudesta johtuen puuttuvan tai olevan rajoittunut kyky määritellä oma etunsa. Paternalistisen hyötyajattelun korostaminen merkitsee osaltaan tahdosta riippumattoman hoidon toteuttamisen näkemistä oikeutettuna. Perusoikeuksia voidaan kaventaa, koska toimitaan, tai on tarkoitus toimia, potilaan parhaaksi. Potilaan itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia saa rajoittaa mielenterveyslain 22a §:n 2

³⁴⁹ Tuohimäki 2007, ks. esim. Abstract/Tiivistelmä tai s. 50, 71, 87.

³⁵⁰ Ks. täältä osin esimerkiksi: Salokangas, Stengård ja Perälä, 1991, 46–54.

³⁵¹ KM 1984:17 II osa, 110, ks. samasta asiasta myös Sintonen teoksessa Narikka 2001, 483; Kaltiala-Heino 1999, 108.

³⁵² Paternalistiset perusteet: toimenpiteen kohteen etuun, hänen tahtonsa ohitse vetoavat perusteet. On otettava huomioon, että mielenterveyslakia tarkasteltaessa, etenkin sen 2 luku, korostetaan potilaan henkilökohtaista etua, potilasta pyritään siis suojelemaan. Vastaavasti osin mielenterveyslain 3 ja 4 luvuissa sekä tartuntatautilain mukaisessa tahdosta riippumattomassa hoidossa painotetaan yleistä etua, jolloin yksilön edut syrjäytetään turvattaessa ympäristö. Kaltiala-Heino 2003, 27; Tuori 2004, 416. Ks. myös paternalismista ja sen kritiikistä Kaltiala-Heino Suomen Lääkärilehti 35/1998, 4101–4102.

³⁵³ Kaltiala-Heino 1995, 16.

momentin mukaan kuitenkin vain sen verran kuin sairauden hoito, potilaan tai toisen henkilön turvallisuus tai muu säädetty etu välttämättä vaatii.³⁵⁴ Paternalismin ohella erityisesti tahdosta riippumatonta hoitoa koskeva päätöksenteko on lääkärin suorittamaa julkisen vallan käyttöä³⁵⁵.

Paternalismi korostuu alaikäistä potilasta hoidettaessa, tosin tällaisessa tapauksessa hoidettavan ja hoitajan roolien yhteensovittamiseen liittyy myös ongelmia³⁵⁶. Ammattiauttajalla on etenkin suhteessa alaikäiseen enemmän tietoa hoitomenetelmistä ja hoidon ennusteesta. Lisäksi auttajalla on kyky punnita hoidon vaikutuksia ja mahdollisia riskejä, mielenterveysongelmista kärsivällä tällaisia ominaisuuksia ei voi olettaa olevan. Hoitaja saattaa olla potilaaseen nähden kaksisuuntaisen vallan käyttäjä. Hoitotyöhön liittyvän tiedon ohella auttajalla on myös viranomaisvaltaa suhteessa hoidettavaansa. Lainsäätäjällä on viimekädessä vastuu siitä, että viranomaisena toimiva hoitaja ei ylitä toimivaltuuksiaan tai aiheuta autettavalle kärsimystä kontrolloidessaan potilaan saamaa apua.³⁵⁷

Kansanedustaja Riitta Kauppinen peräänkuulutti lainsäätäjän vastuuta. Hän pelkäsi psykiatrisen potilaan oikeusturvan olevan olematon aina siihen saakka kunnes oikeusoppineet eivät pysty tarkistamaan psykiatrien diagnostisia arviointeja. Kauppinen kuitenkin epäili, että lainoppineet rajoittuvat toimissaan ainoastaan muutoseikkojen tulkitsemiseen.³⁵⁸ Lääketieteilijänä Kaltiala-Heinolla oli toisenlainen käsitys lääkärin toiminnasta. Hänen mielestään pakon käyttäjälle tai määrääjälle, eli lääkärille, saattaa koitua ongelmia, mikäli hoito ja vallankäyttö tulevat toistensa synonyymeiksi. Toisaalta avoin keskustelu pakkotoimien käytöstä ja siitä ketkä pakkoa työssään käyttävät, tai saavat käyttää, on toivottavaa.³⁵⁹

Jos edustaja Kauppinen suorii lääkäreitä, kritisoi Huttunen varsin voimakkaasti lakimiehiä ja yhteiskuntaa. Oikeusoppineet saattavat vedota yksilön oikeuteen kieltäytyä psykiatrisesta

³⁵⁴ HE 185/1991 vp, 16–17. Valtioapäivät 1991, Asiakirjat A4; Kaltiala-Heino 2003, 26–27; Tuori 2004, 416–418, 462.

³⁵⁵ Paaso Lakimies 1/1993, 24.

³⁵⁶ Potilaan ja häntä hoitavan välillä näkyvät ongelmat johtuvat ennen muuta siitä, että asiantuntija-auttajan ja alaikäisen potilaan välillä vallitsee epätasa-arvoinen suhde. Potilaan ollessa alaikäinen on hänen hoitoonsa liittyvät hyödyt ja haitat sekä kysymykset hoidon oikeudenmukaisuudesta selvitettävä erityisen huolellisesti. Kaivosoja 1996, 7.

³⁵⁷ Kaivosoja 1996, 13.

³⁵⁸ Valtioapäivät 1989, Pöytäkirjat 4, 3239.

³⁵⁹ Kaltiala-Heino ja Laippala Suomen Lääkärilehti 5/1997, 439.

hoidosta. Sairaat voidaan jättää heitteille vetoamalla henkilökohtaisen autonomian kunnioitukseen. Mielenterveyslain 2 §:ssä on säädetty tahdosta riippumattoman hoidon määräämisen olevan takeena sille, että epävakaalle yksilölle palautetaan tehokkaan hoidon myötä hänen yksilön autonomiansa. Hän ei usko siihen nykyäsitykseen, jossa psykiatrinen hoitojärjestelmä toimisi sitä paremmin, mitä harvemmin potilaita toimitetaan tahdosta riippumattomaan hoitoon. Lääkärit, jotka ovat haluttomia tekemään tahdonvastaisia hoitopäätöksiä, ovat todennäköisesti myös välinpitämättömiä psyykkisesti sairaita potilaitaan kohtaan.³⁶⁰

Huttusta enemmän vallinneesta keskustelusta näyttää provosoituvan Heikki Vartiainen, joka Suomen Lääkärilehden kirjoituksessaan tarttuu hanakasti hallituksen esityksen³⁶¹ 12 §:n 2 momenttiin³⁶². Hän ei hyväksy ulkopuolisen lääkärin oikeutta päättää tahdosta riippumattoman hoidon jatkosta, joten hän arvelee hallituksen esityksen luonnoksen laatijoita kalvaneen epäilyksen, että psykiatrit pyrkisivät laitostamaan potilaita ja pitämään näitä mielipidevankeinaan. Sairaalan ulkopuolinen lääkäri siis ”varmistaisi”, että potilasta hoitavat lääkärit eivät pääsisi vaikuttamaan asenteellisuudellaan potilaan hoidon jatkumiseen. Vartiainen katsoo hallituksen esitykseen kirjoitetun merkitsevän koko lääkärikunnan moraalin kyseenalaistamista. Hänen mielestään tulisi pystyä esittämään edes yksi konkreettinen tapaus, jossa psykiatria olisi käytetty väärin loukaten ihmisen vapautta.³⁶³ Myös Kauppinen on eduskunnassa ottanut esiin lääkärin moraalin ja huomautti, ettei lääkärin toimintaohjeita tarvittaisi, mikäli suomalaisen lääkärin moraaliksi olisi järkkymätön.³⁶⁴

Vartiainen ei siis missään määrin hyväksy lääkärikuntaan kohdistettua kritiikkiä. Hän toteaaakin, että psykiatrit eivät ole pyrkineet pitämään potilaita hoidossa väkisin, mutta sen sijaan yhteiskunta, kenties lainsäätäjät, on jättänyt hoitoa tarvitsevia hoitamatta.³⁶⁵ Näin on tapahtunut, jopa kohtalokkain seurauksin. Vartiainen viittaa tältä osin yhdessä Panu Hakolan kanssa tekemäänsä kriminaalipotilaita koskevaan tutkimukseensa. Tutkimuksen mukaan psykiatrit ovat

³⁶⁰ Huttunen 1999, 94, 96.

³⁶¹ HE 201/1989 vp, 18. Valtiopäivät 1989, Asiakirjat A4.

³⁶² Ks. jäljempänä voimassaolevan lainsäädännön yhteydessä oleva tarkempi käsittely mielenterveyslain 12 §:stä.

³⁶³ Vartiainen Suomen Lääkärilehti 3/1990, 194.

³⁶⁴ Valtiopäivät 1990, Pöytäkirjat 4, 3792, 3914.

³⁶⁵ Vartiainen Suomen Lääkärilehti 3/1990, 194.

huolissaan siitä, onko vapauden arvoista se, että ahdistunut ja tuskainen potilas päätyy lopulta väkivallan tekoon³⁶⁶ asiallisen hoidon puuttuessa.³⁶⁷

Pohjimmiltaan Kauppisenkaan tarkoitus ei ole provosoida yleistä mielipidettä lääkäreitä vastaan, onhan hän itsekin erikoissairaanhoidtaja ja lääketieteen lisensiaatti³⁶⁸. Mielestäni hänen tarkoituksensa on pikemminkin herättää yhteiskuntaa siihen, että lääkärikään ei ole erehtymätön. Kauppinen viittaakin puheessaan siihen, että hoitohenkilökunnalla tulisi olla ulkopuolinen taho, jonka valvonta olisi puolueetonta. Hänen toinen kritiikin kohteensa suuntaa yhteiskuntaan ja etenkin eduskuntaan. Kauppisen mielestä mielisairaalat on eristetty liiaksi yhteisöstä. Tällaisissa olosuhteissa hoitohenkilökunnalla ei ole mahdollisuutta tunnistaa potilaiden todellisia tarpeita. Sairaaloissa on, niiden eristyneisyyden vuoksi, lähes poikkeuksetta ainoastaan vaikeista mielenterveyden ongelmista kärsiviä, joten lääkärit syyllistyvät väistämättä ylläkäitsemään potilaita. Pelkästään mieleltään sairastuneiden keskuudessa etenkin ruumiilliset vaivat jäävät hoitamatta ja potilaan oikeusturva vaarantuu.³⁶⁹ Epäselväksi jää tahtoisiko Kauppinen esimerkiksi yhdistää perusterveydenhuollon yksiköt ja psykiatriset sairaalat. Näin ainakin luonnollisesti toteutuisi mielenterveysongelmista kärsivien rinnastaminen muihin potilaisiin, eli somaattisia sairauksia poteviin henkilöihin.

Toisaalla tutkimuksissaan Kaltiala-Heino on osoittanut, että 75 prosenttia potilaista toivoo lääkärin tekemän hoitopäätöksen. Vastaavasti ainoastaan joka kymmenes tahtoisu juristien osallistuvan kyseiseen prosessiin.³⁷⁰ Toisaalta voidaan huomauttaa, että psykiatrisilla potilailla ei ehkä ole tarpeellista tuntemusta oikeudellisesta päätöksenteosta. Todennäköisesti juristit koetaan hoitohenkilökuntaa vieraammiksi. Siksi he antavat mieluusti itseään koskevat toimet jonkun heille läheisen tahon, tässä tapauksessa lääkärin, hoidettavaksi. Tosin Kaltiala-Heino huomauttaa osuvasti, että lainkäyttäjillä ei ole riittävää terveydenhoidollista osaamista. Toiseksi ongelmaksi hän nostaa sen, että potilaan ongelmia käsiteltäisiin oikeusistuimessa. Tällöin olisi vaarana

³⁶⁶ Itseen tai muita kohtaan.

³⁶⁷ Hakola ja Vartiainen Suomen Lääkärilehti 9/1988, 831–832.

³⁶⁸ Tieto edustajamatrikkelista: <http://www.eduskunta.fi/thwfakta/hetekau/hex/hxent.htm>. Hakusanalla Kauppinen löytyy muun muassa Riitta Anneli Kauppinen, joka on ollut istuvana kansanedustajana nykyistä mielenterveyslakia säädettäessä.

³⁶⁹ Valtiopäivät 1989, Pöytäkirjat 4, 3239–3240.

³⁷⁰ Kaltiala-Heino 1995, 103.

sairauden rinnastaminen rikokseen, jolloin saatettaisiin jopa estää potilaan vapaaehtoista hoitoon hakeutumista.³⁷¹

Edellisen käsittelyn perusteella on mahdollista havaita, että asennoituminen tahdonvastaiseen psykiatriseen hoitoon voi muodostua jopa äärimmäisen legalismin ja moraalisen käsityksen välillä. Tarkastelijan omaa ammatillista positiota ei voi pitää merkityksettömänä. Jokainen käsittelee asiaa oman ammatillisen tietämyksen kautta, vaikka potilaan kannalta mahdollisimman monipuolinen arvottaminen saataisi olla parasta. Oli lopullinen päätösvalta sitten psykiatrilla tai juristilla, tulee osapuolten ymmärtää psykiatrisen potilaan olevan täysivaltainen kansalainen, joka on pääsääntöisesti oikeustoimikelpoinen. Ongelmia saattaa tulla lähinnä siinä, missä menee raja potilaan tai tämän ympäristön suojelun ja liiallisen rajoittamisen suhteen. Ylilääkäri Heikki Suutala myöntääkin, että yksilön oikeudet ja perinteinen paternalistinen hoidollinen suhtautuminen potilaaseen ovat toisinaan vaikeasti yhteen sovitettavissa.³⁷² Vaikka juridinen ja lääketieteellinen tarkastelu potilaan hoidon suhteen voi olla ongelmallista, nykyisin pidetään selvänä, että molempia tarvitaan. Tämä näkyy siinä, että sekä psykiatrien pyrkimyksissä toteuttaa järjestelyjä potilaan eduksi ilman juristeja että oikeustieteilijöiden yrityksissä kohti samaista päämäärää ilman psykiatreja esiintyy huomattavia puutteita.³⁷³

Potilaan itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia saa rajoittaa mielenterveyslain 22a §:n 2 momentin mukaan vain sen verran kuin sairauden hoito, potilaan tai toisen henkilön turvallisuus tai muu säädetty etu välttämättä vaatii.³⁷⁴ Pitämällä mielessä edellä esitetyn mielenterveyslain 22a §:n viestin, on hyvä muistaa myös paternalistisella ajattelulla olevan vahva oikeutus. Potilaan oman tahdon on oltava ohitettavissa, koska mielisairaus poikkeaa muista sairauksista siten, että potilaalla itsellään ei ole aina halukkuutta hoitoon. Toisaalta potilas ei läheskään aina ymmärrä olevansa sairas.³⁷⁵ Kaltiala-Heino huomauttaa, että paternalismissa on myös ongelmia. Sen avulla yksilön etu määritellään terveydenhuoltojärjestelmän tai ympäristössä vallitsevien arvojen mukaan, mikäli potilas ei käsitä olevansa sairas. Arvostelijoiden mukaan mielisairailta, heistä erityisesti kriminaalipotilailta ympäristön leimaamisen vaikutus ja sen tuottamat ongelmat

³⁷¹ Kaltiala-Heino Suomen Lääkärilehti 1998, 4103.

³⁷² Suutala 1999, 11.

³⁷³ Sosiaalipsykiatria 1989, 84.

³⁷⁴ HE 185/1991 vp, 16–17. Valtiopäivät 1991, Asiakirjat A4.

³⁷⁵ KM 1984:17 I osa, s. 56; Pahlman 2003, 177–178.

näkyvät selvästi. Henkilön käyttäytyminen on sen mukaista millaiseksi se vallitsevien normien mukaan määritellään.³⁷⁶ Käsitteisen mukaan paternalististen toimien tarkoitus on ennen muuta mielenterveyslain 22b §:n 2 momentin mukaan taata potilaan ja hänen ympäristönsä terveys tai turvallisuus. Potilasta on kuitenkin lähtökohtaisesti hoidettava mahdollisuuksien mukaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Lopullisen päätöksen potilaan tahdosta riippumatta suoritettavista hoito- ja tutkimustoimenpiteistä tekee lääkäri³⁷⁷.

Potilaalla on toisaalta lailla turvattu oikeus hoitoon, vaikka potilaan perusoikeuksia tahdosta riippumattomassa hoidossa rajoitetaan. Potilaslain 3 §:n 2 momenttia mukailleen talousvaliokunta on mietinnössään todennut, että mielisairaudesta kärsivällä potilaalla on oikeus tarpeelliseen ja asianmukaiseen hoitoon. Mielenterveysasetuksen (1247/1990) 2 §:n 1 momentin mukaan henkilön tahdosta riippumaton hoito voidaan toteuttaa ainoastaan sairaalan psykiatrista hoitoa antavassa yksikössä, jolla on edellytykset hoidon antamiseen.

Viime vuosikymmeninä on vallitsevana suuntauksena länsimaissa ollut keskittyä mielenterveyttä koskevassa lainsäädännössä sääntelemään erityisesti tahdosta riippumatonta hoitoa. Tällaisen hoidon käyttöä on mahdollisuuksien mukaan pyritty vähentämään.³⁷⁸ Erityislainsäädännöllä, kuten mielenterveyslailla, on ollut tarkoituksena taata potilaan oikeus itsemääräämiseen. Toisaalta erityislainsäädännön tavoitteena on ollut entistä täsmällisemmin säädelyjen tahdosta riippumattomien toimenpiteiden ohella myös niiden rajoittaminen.³⁷⁹

4.3. Äärimmäisen pakon käyttö psykiatrisessa terveydenhuollossa

Edellisissä luvuissa on käsitelty eristämistä. On kuitenkin huomattava, että sairait ihminen halutaan eristää nykypäivänäkin, perusteet ja keinot ovat vain muuttuneet. Suomessa on

³⁷⁶ Kaltiala-Heino Suomen Lääkärilehti 35/1998, 4101–4102.

³⁷⁷ Ks. myös Lehtonen 2003, 66. Lehtonen huomauttaa, että potilasta tulisi hoitaa hänen tahtomallaan tavalla, vaikka lääkäri uskoisi jonkin toisen hoitomenetelmän olevan tehokkaampi. Lääkärin omaehtoinen toiminta olisi mielenterveyslain hengen vastaista.

³⁷⁸ Tuohimäki 2007, 32–33.

³⁷⁹ Tuori 2004, 97.

perinteisesti käytetty huomattavan paljon tahdosta riippumatonta hoitoa ja eristämistä sen osana³⁸⁰. Itsetuhoinen tai aggressiivinen potilas saatetaan eristää ja kytkeä lepositeisiin mielisairaalassa, mikäli hänet esimerkiksi todetaan vaaralliseksi itselleen, toisille potilaille tai hoitajille. Hoitajien turvallisuuden vaaliminen on erittäin tärkeää, koska tällöin taataan myös hoidettavina olevien turvallisuus³⁸¹. Eristäminen on ainoastaan yleisen turvallisuuden vuoksi toteutettava hoitotoimenpide, sillä ei saa olla rangaistuksellista luonnetta³⁸². Perusteena eristämislle esitetään se, että kiihtynyt potilas saadaan poistetuksi vuorovaikutustilanteesta. Samalla pyrkimyksenä on turvata osaston sujuva toiminta. Sekä hoitajat että potilaat hyväksyvät eristämisen turvallisuuden vuoksi.³⁸³

Eristys ja lepositeiden käyttö eivät tarjoa potilaalle turvallisia rajoja, kuten on oletettu. Potilaat raportoivat pelon ja nöyryytyksen kokemuksia helpotuksen ja turvallisuuden tunteen sijaan.³⁸⁴ Hoito ei siis ole vielä nyttemminkään muuttunut ongelmattomaksi. Tosin Tampereen yliopistollisen sairaalan psykiatrian tulosyksikön kahdella suljetulla osastolla toteutetussa kehittämissuunnitelmassa on tarkasteltu ehkäisevää eristämistä väkivallan torjunnassa. Eristäminen koettiin sairaalan henkilökunnan mielestä pahana ja sitä yritettiin välttää, kunnes merkit potilaiden välisestä väkivallasta olivat kiistämättömiä, esimerkiksi näkyvien vammojen vuoksi. Tutkimusaikana potilaille selvitettiin millaisten toimenpiteiden jälkeen eristämistä tulotaisiin käyttämään. Eristämisen ehkäisevällä käytöllä saatiin väkivalta osastoilla vähenemään.³⁸⁵ Tämä on siis esimerkkinä siitä, että eristämistä ei tule nähdä pelkästään huonona ja vanhanaikaisena toimenpiteenä. Oikein käytettynä sillä on merkityksensä sairaaloiden turvallisuuden parantajana.

Ei-psykoottisina hoidettavista ja vapaaehtoisesti hoidettavissa olevista potilaistakin osa on joutunut pakkotoimien ja rajoitusten kohteeksi. Tämä on esimerkki ongelmasta, jota saattaa edelleen esiintyä modernina pidetyssä psykiatrisessa hoidossa³⁸⁶ Apulaisoikeusasiamiehen mukaan tällainen menettely on selkeästi lainvastaista³⁸⁷. Toisaalta lainsäädännön muutoksen

³⁸⁰ Salovaara, Immonen ja Tyybäkinoja 1997, 8, 10; Tuohimäki 2007.

³⁸¹ Koivisto 1999, 67.

³⁸² Kuisma 1999, 69.

³⁸³ Kaltiala-Heino 1999, 107, 109.

³⁸⁴ Kaltiala-Heino ja Laippala Suomen Lääkärilehti 5/1997, 436–437.

³⁸⁵ Kuisma 1999, 69–72.

³⁸⁶ Kaltiala-Heino ja Laippala Suomen Lääkärilehti 5/1997, 436–437.

³⁸⁷ Paunio Suomen Lääkärilehti 35/2000, 3462.

lisäksi myös ensimmäisten virallisten ja sittemmin parantuneiden psyykene lääkkeiden käyttöönotto on tehostanut psykiatrista hoitoa. Pelkästään uudistuneen mielisairaslain ansioksi hoidon kehittymistä ei voi laittaa.³⁸⁸

Eristämisen käyttö herättää oikeutettuja kysymyksiä, etenkin, koska maamme hoitokäytännön tavoitteena on ollut minimoida tahdosta riippumattoman hoidon vapauden rajoituksia³⁸⁹. Eduskunnan apulaisoikeusasiamies huomauttaa päätöksessään vuodelta 1998, että sairaaloiden tekemien selvitysten mukaan lähes kaikissa sairaaloissa ainoastaan tarkkailuun otettu ja tahdosta riippumattomaan hoitoon otettu voidaan eristää. Paunio toteaa eräissä sairaaloissa ja terveyskeskuksessa eristetyn potilaita. Sinällään hyväksyttäviä syitä ovat potilaan itsetuhoisuus ja väkivaltaisuus, mutta potilaita eristetään myös syistä joita on pidettävä virkavirheenä. Perusoikeusnäkökulmasta tulkinnanvaraisia ovat esimerkiksi tilanteet, joissa potilas on rauhaton, sekava tai äänekäs. Toisaalta potilasta ei pitäisi eristää, jos hän on yhteistyökyvytön tai kieltäytyy lääkkeitä. Vastaavasti, ei myöskään ole hyväksyttävä ilmoittaa eristämisen syynä olevan muu syy. Lakiin on vaadittu tarkkaa kirjausta siitä, mistä syistä eristämisen voisi tulkintavaikeuksista suorittaa.³⁹⁰

Suomen Lääkärilehden pakinassa pidetään ymmärrettävänä Paunion kannanottoa. Tilanteeseen puuttuminen on järkevää, koska tahdosta riippumattomaan hoitoon otton kriteerit ovat kiristyneet. Tällöin on luonnollista, että tahdon vastaisen hoidon äärimmäisintä muotoa, eristämistä, säädeltäisiin nykyistä selkeämmin. Pakinassa arvostellaan myös sitä, että laillisuusvalvojan on täytynyt puuttua tilanteeseen, eikä eristämisen eettisiä sääntöjä ole kyetty ratkaisemaan varsinaisen hoitoprofession sisällä.³⁹¹ Vastaavasti tähän voi toki huomauttaa sen, että tulkinnanvaraisuutta löytyy aina, etenkin jos kyseistä alaa ei ole edes pyritty lainsäädännöllä järjestämään.

Toisaalla kirjoittamassaan artikkelissa apulaisoikeusasiamies Paunio huomauttaa lääkärin velvollisuuksiin sekä hyvään hoitoon tulleen uutta sisältöä viimeaikoina. Tähän on vaikuttanut

³⁸⁸ Hakola 2002, 16.

³⁸⁹ Isohanni ym. Duodecim 2/1992, 155.

³⁹⁰ EAOA 1893/2/97 (31.12.1998).

³⁹¹ Pisara Suomen Lääkärilehti 9/1999, 1166.

ihmisen tahdonvapaudesta säätelevä ihmisoikeussopimus. Hoidon aikaista virheellistä potilaan itsemääräämisen rajoittamista voidaan vähentää parantamalla terveydenhuoltohenkilökunnan koulutusta, ammattietiikkaa, mutta myös kehittämällä asianmukaista ammatin harjoittamisen valvontaa. Lisäksi tulisi luoda toimiva vastuuvahinkojärjestelmä. Paunio siis vaatii aiempaa tehokkaampaa terveydenhuollon sisäistä valvontaa ja toisaalta painottaa, että potilaan oikeuksia täsmällisesti määrittelevä lainsäädäntö on välttämätön ohjaamaan lääkäreiden toimintaa. Ainoastaan terveydenhuoltoalan itsesääntely ei riitä.³⁹²

³⁹² Paunio Suomen Lääkärilehti 35/2000, 3463.

5. TAHDOSTA RIIPPUMATON HOITO – MISTÄ MUUTOKSISTA VUONNA 1991 SÄÄDETTIIN?

5.1. Milloin hoidon edellytykset täyttyvät?

Suomen mielenterveyslainsäädännön lähtökohta psykiatrisessa hoidossa käytettävälle pakolle on hoidollinen. Potilaan tulee olla *lain* edellyttämällä tavalla sairas. Käytännössä lääkärit joutuvat suhteellisen usein tilanteeseen, jossa tahdosta riippumaton hoito olisi lääketieteellisesti perusteltua, mutta juridiset edellytykset hoidolle eivät täyty³⁹³. Toisaalta mielenterveyslain pääajatuksena on, että pakkoa voidaan soveltaa ainoastaan kun potilaan tilaan on olemassa hoito.³⁹⁴ Mielenterveyslain 8 §:n 1 momentissa on säädetty, että henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon vain:

- 1) jos hänen todetaan olevan mielisairas;
- 2) jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta; ja
- 3) jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäviksi tai ovat riittämättömiä.

Hallituksen esityksessä lähdettiin siitä, että *kaikkien* yllä esitettyjen kolmen kohdan on täytyttävä, jotta tahdosta riippumattoman hoidon määräämiselle olisi riittävät edellytykset. Mielestäni tässä näkyy nykyisen mielenterveyslain avohoitoon ohjaava painotus. Nimittäin kumotun mielisairaslain 16a §:n 1 momentin mukaan voitiin mielisairaalaan ottaa vain henkilö, jonka *käytöksestä* tai *muista seikoista* kävi ilmi, että hän on mielisairautensa vuoksi välittömän mielisairaanhoidon tarpeessa tai *erityisen vahingollinen itselleen tai muille*. Mielisairaslaki ei edellyttänyt jokaisen kohdan samanaikaista olemassaoloa, vaan sairaalaan ottamisen perusteeksi riitti yhdenkin kriteerin täytyminen.³⁹⁵ Aiemman lain perusteella riitti siis yksi peruste hoitosuhteen alkamiseen. Tällöin avohoidolle ei luonnollisestikaan jäänyt yhtä paljon sijaa kuin

³⁹³ Esimerkkinä tällaisesta tilanteesta on potilas, joka kieltäytyy hoidosta ja on akuutisti voimakkaan itsetuhoisen ja masentunut, mutta joka ei ole psykoottinen. Taiminen Suomen Lääkärilehti 31/1998, 3510.

³⁹⁴ Pylkkänen Suomen Lääkärilehti 18–19/2005, 2103.

³⁹⁵ HE 201/1989 vp, 15. Valtiopäivät 1989, Asiakirjat A4.

nykyisen mielenterveyslain mukaan meneteltäessä. Lönnqvistin mukaan mielisairaslain 16a §:stä, jossa säädettiin tahdosta riippumattomaan hoitoon ottamisen edellytyksistä, oli tullut kyseisen lain kiistellyin ja käytännön työtä tekevien lääkäreiden kannalta tärkein kohta.³⁹⁶ Todennäköisesti väljä säätely oli omiaan aiheuttamaan ongelmia määrättäessä potilaan kannalta merkittävästä oikeustoimesta.

Toisaalta nykyinen mielenterveyslaki on tahdosta riippumattoman hoidon osalta jopa liian tiukka ja mielisairauskeskeinen. On mahdollista, että useat henkilöt jäävät ilman tarpeellista hoitoa ja päätyvät joko itsetuhoon tai rikoksen tehneinä vankilaan. Lisäksi välitöntä mielisairautta vaadittaessa on pelättävissä omaisten kuormituksen lisääntyvän. Kun käytännössä vaaditaan jokaisen kolmen kohdan täyttymistä, lääketieteellisesti, mutta ei kenties juridisesti, sairaan toimittaminen hoitoon tulee lähes mahdottomaksi.³⁹⁷ Seppo Utrian näkemyksen valossa voi perustellusti kritisoida Pirkko Lahden ajatusta siitä, että ainoastaan yleinen mielipide olisi sairaskeskeinen. Pelkästään Lahden mainitsema lain nimen ja hengen terveystavoitteisuus ei voi olla muuttamassa kansalaisten mielipidettä, koska itse laki nojaa esitetyn voimakkaasti todetun mielisairauden olemassaoloon.³⁹⁸

Mielisairaslakia mielenterveyslaiksi uudistettaessa pidettiin ensiksikin tärkeänä säätää tahdosta riippumattomasta hoidosta mahdollisimman täsmällisesti ja yksiselitteisesti. Tämä johtui etenkin siitä, että toimenpiteellä puututaan yksilön henkilökohtaiseen vapauteen.³⁹⁹ Vaikka pyrkimys täsmälliseen säätelyyn toteutui paremmin kuin aiemmissa mielisairaslajeissa, päädyttiin myös kohti uusia ongelmia. Mikäli hoidon juridiset edellytykset eivät täyty, mutta potilas olisi lääketieteellisesti ajatellen hoidon tarpeessa ja mikäli termi ”mielisairas” tulkitaan nykyisenkaltaisen ahtaasti, jolloin se vastaa käsitettä ”psykoottinen”, ei potilasta voida hoitaa. Esitellyn peräänkuulutetun täsmällisyyden ja yksiselitteisyyden kohtaaman haaksirikon vuoksi Suomessakin on alettu Ruotsin tavoin keskustella, tulisiko nykyinen termi ”mielisairas” korvata myös aikuisten osalta käsitteellä ”vakava mielenterveydenhäiriö”, kuten alaikäisten osalta jo

³⁹⁶ Lönnqvist Suomen Lääkärilehti 8/1985, 718.

³⁹⁷ Utria Suomen Lääkärilehti 32/1996, 3443.

³⁹⁸ Lahti Sosiaalinen aikakauskirja 1/1989, 13.

³⁹⁹ HE 201/1989 vp, 15. Valtiopäivät 1989, Asiakirjat A4.

nykyisin toimitaan.⁴⁰⁰ Eräät aikuispsykiatrit ovat esittäneet alaikäisiä koskevan tahdosta riippumattoman hoidon perusteiden väljemmän säätelyn ulottamista myös aikuisiin. Isohannin ym. tutkimuksen mukaan väljemmin kriteerein toteutettu hoito on ollut tarpeellista. Kokemus ei tue olettaa, että liian väljä säätely johtaisi turhiin hoitajaksoihin.⁴⁰¹

Kriittisen mielipiteen mukaan pyrkimys säädellä tahdosta riippumatonta hoitoa täsmällisesti, on ajanut lainsäätäjän siirtämään lain painopisteen tarpeellisen hoidon toteuttamisesta suojamaan potilasta väärältä vapauden riistolta. Käytännössä tällaisin toimin laaja avohoito on onnistuttu toteuttamaan, mutta tahdosta riippumatonta hoitoa ei voida toteuttaa, vaikka yksilön henkinen terveydentila sitä vaatisi. Ongelma on myös siinä, että vakava mielenterveyden häiriö hyväksytään alaikäisten osalta hoidon edellytykseksi, mutta aikuisen osalta se ei riitä. Utria hyökkää vallitsevaa hoitokäsitystä vastaan väittämällä 18 vuotta täyttäneen henkilön olevan vapaa tuhoamaan itsensä tai toisen ihmisen vakavan mielenterveyden häiriön tilassa ilman, että tahdosta riippumatonta hoitoa voidaan häneen soveltaa. Utria ilmeisesti pitää naiivina käsitystä siitä, että aikuinen ongelmainen voitaisiin aina ohjata muunlaisen psykiatrisen hoidon piiriin, mikäli edellytykset eivät riittäisi tahdonvastaisen hoidon määräämiseen.⁴⁰² Sosiaalihuoltolain ja päihdehuoltolain mukaan henkilön voi ohjata väkivaltaisuuden perusteella tahtonsa vastaiseen hoitoon⁴⁰³. Näiden lakien ongelmana on kuitenkin se, että ne eivät priorisoidusti ole tarkoitettu käsittelemään psyykkisiä ongelmia.

Toisaalta potilaan tahdosta riippumatonta hoitoa on vältettävä mahdollisimman pitkään. Talousvaliokunta korosti mietinnössään erityisesti tätä seikkaa.⁴⁰⁴ Lakitekstejä vertailtaessa voidaan havaita pyrkimyksen täsmällisempään ja yksiselitteisempään säätelyyn onnistuneen. Pidän kumotun mielisairaslain sanamuotoa huomattavasti epäselvempänä kuin nykyisen mielenterveyslain säätelyä. Perustan väitteeni erityisesti mielisairaslain kohtaan, jossa mielisairaalahoidon tarve perustellaan käytöksen tai muiden seikkojen vuoksi. Mielestäni käytös ja muut seikat ovat varsin yleisluontoisia ilmauksia. Edelleen on todettava talousvaliokunnan tavoitteen avohoidosta toteutuneen tiukempien hoitoon oton perusteiden myötä.

⁴⁰⁰ Taiminen Suomen Lääkärilehti 31/1998, 3510.

⁴⁰¹ Isohanni ym. Duodecim 2/1992; Rantanen 1999, 49.

⁴⁰² Utria Suomen Lääkärilehti 32/1996, 3442–3443.

⁴⁰³ Korkeila Duodecim 18/2006, 2253.

⁴⁰⁴ TaVM 6/1990 vp, 4. Valtioapäivät 1990, Asiakirjat C2.

Mielisairaslain osittaisuudistuksen esitöissä pohdittiin myös kysymystä siitä, milloin henkilö on mielisairautensa vuoksi välittömän mielisairaanhoidon tarpeessa. Tältä osin lakiin esitettiin tiukennusta, sillä ennen osittaisuudistusta tahdosta riippumattoman hoidon perusteeksi riitti ilmeinen hoidon tarve. Lain osittaisuudistus kavensi huomattavasti lääkärin mahdollisuutta tehdä päätös potilaan hoitoon saattamisesta. Verrattuna vuoden 1952 lakiin enää ei riittänyt lääkärin arvio henkilön ilmeisistä ongelmista, jotka saattaisivat puhjeta kenties myöhemmin esimerkiksi psykoosina. Päinvastoin lääkärin tuli potilasta tutkiessaan välittömästi, eli samanaikaisesti havaita henkilön psyykkisessä tilassa vallitseva häiriö.⁴⁰⁵

Esitöissä esitettiin sairaalaan ottamiselle varsin käytännöllisiä perusteita. Hallitus totesi, että mielisairauden toteaminen on lääketieteellinen asia, joten asiantuntevat lääkärit ratkaisisivat sairaalaan ottamisen kussakin tapauksessa erikseen. Se, että diagnoosi mielisairaudesta tai muista mielenterveyden häiriöistä tulee tehdä lääketieteellisin perustein, merkitsee, että yksilön soveltumattomuus yhteisössä vallitseviin moraalisiin, yhteiskunnallisiin, poliittisiin tai muihin arvoihin ei voi oikeuttaa hänen pitämistä mielisairaana tai mielenterveydeltään häiriintyneenä⁴⁰⁶. Lääkärien tulisi saattaa potilas hoidonalaiseksi, jos tämä on yrittänyt itsemurhaa tai ilmaissut vakavan itsemurha-aikomuksen. Itselleen vahingollisena olisi myös pidettävä sellaista henkilöä, joka mielisairautensa vaikea-asteisuudesta johtuen ei ymmärrä olevansa mieleltään sairas eikä sen vuoksi tahdo hakeutua hoitoon itsenäisesti. Erityisen vahingollisena toiselle nähtiin henkilö, joka käyttäytyy väkivaltaisesti tai uhkaa toista väkivallalla. Lisäksi henkilö, jonka sairaaloinen käyttäytyminen aiheuttaa ympäristölleen haittaa, tulisi saattaa hoidon piiriin.⁴⁰⁷ Ympäristölle aiheutuva ja pitkäaikainen haitta voi olla esimerkiksi silloin, kun mielisairas aiheuttaa häiriötä omien lastensa kehitykselle⁴⁰⁸.

Aiemmin vuoden 1952 mielisairaslain 17 §:ssä oli niin kutsuttu vaarallisuuskriteeri, joka uudistuksessa korvattiin vahingollisuuskriteerillä. Tarkoituksena oli, että vahingollisuuskäsite olisi sisällöltään vaarallisuus-käsitettä laajempi. Tällä tavoiteltiin ennen muuta sitä, että

⁴⁰⁵ HE 85/1976 vp, 9. Valtiopäivät 1976, Asiakirjat A4; Pylkkänen Suomen Lääkärilehti 14/1988, 1359.

⁴⁰⁶ Pylkkänen Suomen Lääkärilehti 18–19/2005, 2105.

⁴⁰⁷ HE 85/1976 vp, 9. Valtiopäivät 1976, Asiakirjat A4.

⁴⁰⁸ Pylkkänen Suomen Lääkärilehti 14/1988, 1359.

toimenpiteisiin henkilön hoitoon ottamiseksi voitaisiin ryhtyä jo ennen kuin henkilön sairaus on edennyt niin pitkälle, että hän on osoittautunut vaaralliseksi joko itselleen tai muille. Vaarallisuuskriteeri on aiemmin täyttynyt myös henkilön omaisuuden ollessa vaarassa. Vakiintuneen käytännön perusteella omaisuuttaan hävittänyt henkilö on yleensä tällä perusteella suljettu mielisairaalaan. Osittaisuudistuksen myötä 1970-luvulla katsottiin kuitenkin omaisuuden varjelemisen olevan toissijainen verrattuna henkilön tai muiden terveyteen, että mielisairaslainsäädännössä kyseistä vakiintunutta käytäntöä ei voitaisi säädellä. Hallituksen tavoitteena oli muuttaa lakia siten, että vahingollisuuden piiri koskisi ainoastaan ihmisiä, eikä enää omaisuutta.⁴⁰⁹

Julkisessa keskustelussa hallituksen esityksessään perustelemaa kantaa on tuettu. Omaisuuttaan tuhlaavan mielisairaalan edut tulisi turvata muuten kuin lähettämällä potilas tahdosta riippumattomaan hoitoon psykiatriseen sairaalaan. Toisaalta myös arvostelevia kannanottoja on esitetty uudistettua lainsäädäntöä kohtaan. Vaikka vaarallisuuskäsitteen hylkäämisellä haluttiin osoittaa, että mielisairauteen ei haluttu lainsäädännön tasolla aktiivisesti liittää vaarallisuutta, niin ongelmaksi muotoutui nyt vahingollisuus, joka ei ollutkaan periaatteessa lainkaan lääketieteellinen kysymys. Eräs esitetty näkemys on, että uudistuksen myötä yhteiskunta siirsi, paitsi huomattavaa kontrollivaltaa, myös kontrollivastuuta lääkäreille heille luonnollisesti kuuluvan hoitovallan ja hoitovastuun lisäksi.⁴¹⁰ Ilpo Paaso ihmettelee, kuinka vahvoja valtuuksia lääkärintoimeen on uskottu, mutta ei vastaavasti ole kiinnitetty huomiota erityisen vallankäytöllisen vastuun tarpeeseen. Erityisesti vastuukysymykset nousevat esiin, mikäli julkinen terveydenhuolto korvautuisi nykyistä enemmän yksityisillä toimijoilla. Tällöin toimijoilla ei ole julkisen terveydenhoidon viranomaisvastuuta potilaisiin kohdistuvien toimenpiteiden suhteen.⁴¹¹

Artikkelissaan Lönnqvist ottaa kantaa myös oikeusasemaan niiden henkilöiden osalta, jotka ovat yrittäneet itsemurhaa tai ilmaisseet vakavan itsemurha-aikomuksen sekä niiden, joilta puuttuu sairautentunnon, eivätkä hakeudu hoitoon. Heidänkin osaltaan lainsäätäjällä on asettanut hoitoon ohjaamisvastuun nimenomaan psykiatrisesta hoidosta vastaaville lääkäreille. Kuitenkaan valtaosa

⁴⁰⁹ HE 85/1976 vp, 9. Valtiopäivät 1976, Asiakirjat A4.

⁴¹⁰ Lönnqvist Suomen Lääkärilehti 8/1985, 721.

⁴¹¹ Paaso Lakimies 1/1993, 24.

itsemurhavaarassa olevista henkilöistä ei ole mielisairaita. Tällöin heihin ei tulisi, eikä heihin voida kohdistaa hoidollista pakkoa. Edellisen perusteella on tulkittava, että hoidollista pakkoa ei voida itsemurhavaarassa oleviin kohdistaa ainakaan psykiatrisessa mielessä. Myös sairautentunteen puutteen vuoksi ei tahdosta riippumatonta hoitoa tulisi käyttää, vaikka sairaustila olisi psyykkinenkin.⁴¹²

Aiemman vaarallisuuskriteerin muuttaminen vahingollisuuskriteeriksi merkitsi hallituksen esityksen mukaan tahdosta riippumattoman hoidon edellytysten muodostumista vuonna 1952 säädettyä ankarammiksi. Käytännössä lain osittaisuudistuksella annettiin yksilölle, sairaallekin, vallintaoikeus omaan omaisuuteensa ja myös sen vahingoittamiseen. Edelleen säädeltiin tiukasti siitä, että omalle ja etenkin toisten turvallisuudelle ei saisi muodostaa uhkaa. Vahingollisuuskäsitteen omaksumisella oli myös laajempia tavoitteita parantaa sairaan asemaa. Tällöin potilas ei joutuisi enää yhtä helposti leimautumaan vaaralliseksi, eli omaamaan ominaisuutta, jolla olisi mahdollisesti negatiivinen vaikutus potilaan hoitoon ja tulevaisuuteen hoidon päättymisen jälkeen.⁴¹³

Mielisairaslain osittaisuudistuksen käytännölliset tavoitteet sairaan ohjaamisesta hoitoon omakuttiin varsin samankaltaisina 1990-luvulla uudistettuun mielenterveyslakiin. Toisaalta käytännön ohjauksessa oli myös puutteensa. Tosiasiallisesti lääkärin vastuulle jätettiin vielä 1970-luvun uudistuksessa huomattavan suuri harkinta siitä, milloin henkilö on mielisairaanhoidon tarpeessa. Toisaalta on myös tulkittavissa niinkin, että kumotun mielisairaslain aikaan lääkärin ammattitaitoon luotettiin nykyistä enemmän. Epätarkempi säätely pakotti lääkärin soveltamaan lakia sekä tutkimaan ja hoitamaan potilasta. Nykyisin ongelmana saattaa olla se, että lain mukaan potilaalle etsitään ensiksi muita mahdollisia hoitomuotoja avohoidossa. Näin saatetaan toimia, vaikka psykiatrisesta sairaalahoidosta ja viimesijaisesti tahdosta riippumattomasta sairaalahoidosta saattaisi olla sairaalle henkilölle tosiasiallisesti huomattavasti enemmän hyötyä, ainakin hänen paranemisprosessiaan ajatellen.

⁴¹² Lönnqvist Suomen Lääkärilehti 8/1985, 721.

⁴¹³ HE 85/1976 vp, 9. Valtioapäivät 1976, Asiakirjat A4.

Kaikkia asiantuntijoita eivät uudistuneen mielenterveyslain täsmennetyt perusteet vastentahtoiseen hoitoon ottamisesta miellytä. Vartiainen huomauttaa, että ensinnäkin kotimainen lainsäädäntö edellyttää todettua mielisairautta perusteeksi hoidolle. Vastaavasti Euroopan Neuvoston suosituksissa, joihin hallituksen esityksessä epäsuorasti viitataan, sallitaan tahdosta riippumaton hoito myös aikuisilla toteutettavan vakavan mielenterveyden häiriön vuoksi. Tämä merkitsee sitä, että sairaalahoitoa saavien psyykkisesti sairaiden potilaiden joukko tulee Suomessa huomattavasti ahtaammaksi kuin muualla Euroopassa. Vartiainen kritisoi yhtäältä sitä, että uuden lakiesityksen myötä halutaan olla osa Eurooppaa vetoamalla yhteisiin suosituksiin, mutta toisaalta yhteisiä pelisääntöjä ei haluta silti Suomessa noudattaa.⁴¹⁴

Talousvaliokunnan kantaa tukee mielestäni eniten hoitoon määräämisen edellytysten kohta 3, jossa säädetään muiden mielenterveyspalvelujen käytettävyyden ensisijaisuudesta. Muiden hoitovaihtoehtojen selvittämisen velvollisuus ilmentää hallinto-oikeudessa käytettävää *suhteellisuusperiaatetta*^{415, 416}. Hallituksen esityksen mukaan potilaan oikeusturvaa voidaan kehittää parantamalla muiden mielenterveyspalveluiden kuin hoitoon oton saatavuutta. Tosin hallituksen esityksessä painotetaan, että on lääketieteellisesti arvioitava, mikä mielenterveystyön vaihtoehto olisi paras potilaan hoitamiseksi. Toisaalta ei myöskään edellytetä, että ennen päätöstä tahdosta riippumattoman hoidon aloittamisesta tulisi kokeilla pakkoon perustumattomia hoitovaihtoehtoja. Jälleen nojaututaan vahvasti lääketieteeseen, jonka asiaksi jää melko vapaasti, joskin vakavaa harkintaa käyttäen, tehdä kokemukseen perustuva päätös hoitomuodosta.⁴¹⁷

Vaikka laissa ei edellytetä kaikkien vaihtoehtojen mielenterveyspalvelujen läpikäyntiä ennen tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämistä, siinä vaaditaan kokemuseräisen tiedon perusteella tehtävää hyöty-haitta harkintaa hoitomuodosta. Päätöksen tekvän lääkärin odotetaan erityisesti perusteltua pohdintaa siitä, voisiko jonkun muun palvelun käyttö muuttaa potilaan

⁴¹⁴ Vartiainen Suomen Lääkärilehti 3/1990, 193–194. Vertaa HE 201/1989 vp, 4.

⁴¹⁵ Suhteellisuusperiaate merkitsee hallintolain 6 §:n mukaan viranomaisen toimien oikeasuhteisuutta tavoiteltavaan päämäärään nähden. Suhteellisuusperiaatteen merkitys on huomattava etenkin kielteiseen tai rajoittavaan ratkaisuun päättyvien asioiden ollessa kyseessä. Mielestäni mielenterveyslain 2 luvun mukainen tahdosta riippumaton hoito on potilaan oikeuksien kannalta rajoitettavaa. Sen sijaan kielteisenä sitä ei ole pidettävä, ellei sellaiseksi katsota kyseisen lain 4 a luvun mukaista itsemääräämisen rajoittamista. Katson kuitenkin, että viime kädessä potilaasta itsestään riippuu, kokeeko hän perusoikeuksiensa rajoittamisen kielteisenä vai välttämättömänä sairauden osana. Ks. suhteellisuusperiaatteesta tarkemmin Mäenpää 2003, 93–94.

⁴¹⁶ Tuori 2004, 449.

⁴¹⁷ HE 201/1989 vp, 12, 16, Sintonen 2001, s. 283. Valtiopäivät 1989, Asiakirjat A4.

hoidon tarvetta.⁴¹⁸ Toisaalta riittää, että lääkäri arvioi ainoastaan oman toimialueen vaihtoehtoisten hoitomuotojen olevan riittämättömiä potilaan hoitamiseksi. Osaltaan tämä asettaa hoitoon hakeutuvat eriarvoiseen asemaan, sillä joillakin alueilla saattaa toimia sellaisia psykoosiryhmiä, jotka vähentävät merkittävästi tahdosta riippumattoman hoidon tarvetta.⁴¹⁹ Tutkimusten perusteella tiedetään, että aikuisten tahdosta riippumattomaan hoitoon vaikuttavat lainsäädännön ohella palvelurakenne, terveys- ja sosiaalipalvelujen saatavuus, palvelujen etäisyys, paikkakuntien toimintakäytännöt ja hoitoideologiat⁴²⁰.

Tarkasteltaessa muita tahdosta riippumattoman hoidon määräämisen perusteita, voidaan todeta kohdassa 1 edellytetyn mielisairauden olevan lääketieteellisesti määriteltävissä. Aikuisen henkilön ollessa kyseessä mielisairaudella tarkoitetaan vakavaa mielenterveyden häiriötä, jota voidaan pitää psykoosina. Lisäksi tällaiseen tilaan liittyy selkeä todellisuudentajun häiriintyminen.⁴²¹ Näin määritelty Suomen lain mukainen tahdosta riippumattoman hoidon edellytys poikkeaa Sintosen käsityksen mukaan Ruotsin laista, jossa hoitoon määräämisen edellytyksenä on pelkästään vakava mielenterveyden häiriö.⁴²² Näin ollen Ruotsin lakia voi pitää tältä osin määrittelyltään Suomen mielenterveyslakia epätarkempaan. Toisaalta on mahdollista tehdä sellainen tulkinta, että Ruotsi väljemmällä sääntelyllään jatkaa meillä kumotun mielisairaslain perinnettä pakkohoidon käytössä. Näin siksi että pakkohoitoon otto on väljemmän sääntelyn vuoksi oleellisesti helpompaa. Tosin on todettava Ruotsissakin lainuudistusten jälkeen psykiatrisen pakkohoidon käytön vähentyneen, kuten hallituksen esityksen yleisperusteluissa todetaan⁴²³.

Mielenterveislain 8 §:n 1 momentin 2 kohdassa henkilön hoitoon ottamisen perusteeksi katsotaan mielisairauden vuoksi ilmeinen hoidon tarve. Mielisairaustilan tulisi olla lievennettävissä tai parannettavissa asianmukaisella hoidolla. Ajatuksena on, että hoidon tarve on voinut olla olemassa jo pitkään. Mikäli tutkimusten jälkeen hoito laiminlyödään, pahennettaisiin henkilön sairautta tai aiheutetaan vakavaa varaa joko henkilölle itselleen tai muille. Sairaus

⁴¹⁸ Pylkkänen 2000, 708.

⁴¹⁹ Taiminen Suomen Lääkärilehti 31/1998, 3510.

⁴²⁰ Kaltiala-Heino 2003, 40.

⁴²¹ HE 201/1989 vp, 15, Kaltiala-Heino 2003, 28. Valtiopäivät 1989, Asiakirjat A4.

⁴²² Sintonen 2001, 283.

⁴²³ HE 113/2001 vp, 15. Valtiopäivät 2001, Asiakirjat A4.

pahenisi tai aiheuttaisi varaa etenkin akuutissa vaiheessa. Tällöin esimerkiksi sekavuus ja harhat estäisivät henkilön itsenäistä hoitoon hakeutumista.⁴²⁴

5.2. Tarkkailuun ottaminen

Tarkkailuun ottamisella selvitetään, ovatko edellytykset mielenterveyslain 8 §:ssä säädettyihin tahdosta riippumattoman hoidon kriteereihin olemassa. Mikäli jokainen 8 §:n kolmesta kohdasta täyttyy, voidaan henkilö kyseisen lain 9 §:n 1 momentin mukaan ottaa sairaalaan tarkkailuun. Edelleen saman lain 9 §:n 2 momentissa säädetään lääkärin velvollisuudesta tutkia potilas. Mikäli lääkäri katsoo potilaan hoitoon määräämisen välttämättömäksi, tulee potilaasta laatia kirjallinen tarkkailulähete. Perustaltaan mielenterveyslaki on tältä osin yhtenevä kumotun mielisairaslain kanssa. Mielisairaslain 16a §:n mukaan hoitoon lähettävänä tahona ei voinut olla enää omainen, holhooja, sosiaaliviranomainen tai poliisi, kuten vielä ennen mielisairaslain osittaisuudistusta vuonna 1978 oli ollut. Mielisairaslaisissa edellytettiin, että hoitoon lähettäminen perustuu lääkärin läheteeseen.⁴²⁵

Tuori huomauttaa kelpoisuuden tarkkailulähetteen antamiseen olevan sekä yksityisessä että julkisessa terveydenhuollossa toimivalla.⁴²⁶ Toisaalta mielenterveyslain 29 § antaa laajan vastuun julkispuolella toimiville terveyskeskuslääkäreille. Myös Tuori painottaa tätä näkökohtaa. Hallituksen esityksessä nimittäin korostetaan julkisessa perusterveyden huollossa toimivan lääkärin asemaa. Tämä johtuu etenkin siitä, että tällä paikallistason toimijana on kyky arvioida mielenterveyslain 8 §:n 3 momentissa esitettyjä muiden kuin tahdosta riippumattomien mielenterveyspalvelujen käytettävyyttä sekä saatavuutta.⁴²⁷ Sintonen tyytyy toteamaan kuivasti, että tarkkailulähetteen kirjoittavalta lääkäriltä ei edellytetä perehtyneisyyttä tai koulutusta psykiatriaan.⁴²⁸ Ainoa edellytys on hänen mukaansa esteettömyys. Hallituksen esityksessä ollaan

⁴²⁴ HE 201/1989 vp, 15–16. Valtiopäivät 1989, Asiakirjat A4.

⁴²⁵ VmTM 1988, 12.

⁴²⁶ Tuori 2004, 449–450.

⁴²⁷ HE 201/1989 vp, 16–17. Valtiopäivät 1989, Asiakirjat A4.

⁴²⁸ Sintonen 2001, 284.

osin toisilla linjoilla. Tarkkailulähetteen laatijan tulisi kyetä esittää perusteltu kannanotto hoitoon määräämisen edellytyksistä.⁴²⁹ Sintosen kommentin voidaan katsoa osaltaan kumoavan hallituksen esityksessä asetettuja tavoitteita. Voi kysyä onnistuuko perustellun kannanoton laatiminen sellaiselta, joka ei ole psykiatriaan perehtynyt. Lisäksi Sintonen ei kommenttinsa perusteella näytä jakavan yhtä laajaa vastuuta julkisen puolen lääkäreille kuten Tuori tekee.

Toisaalta lainvalmisteluvaiheessa on lähdetty siitä, että tarkkailulähete laaditaan terveyskeskuksessa. Vaikka terveyskeskuksen lääkäriltä puuttuisikin psykiatrinen koulutus, on hän käytännössä potilasta lähellä oleva paikallisten olosuhteiden erityisasiantuntija. Voidaan siis katsoa, että juuri terveyskeskuslääkäri on se potilasta lähellä oleva taho, joka tuntee potilaan ja tietää hänen tilastaan tarpeeksi, jotta henkilön hoitoon määräämisen edellytykset ovat hänen ymmärrettävissään. Vastaavasti psykiatrissa hoitoa antavan yksikön lääkärit oppivat tuntemaan potilaan vasta hänen jo ollessaan sairaalassa hoidettavana. Toisaalta taas on muistettava, että tarkkailulähetteen on oikeutettu kirjoittamaan muukin lääkäri kuin terveyskeskuslääkäri.⁴³⁰ Tältä osin johtoa voidaan hakea esimerkiksi kumotusta mielisairaslaista, jossa määritellään, että lääkärinlausunnon on oikeutettu antamaan myös esimerkiksi mielenterveystoimiston lääkäri⁴³¹.

Vaikka nykyinen mielenterveyslaki ei tästä suoraan säädäkään, voidaan katsoa mielenterveystoimiston lääkärin olevan edelleen kelvollinen antamaan lausunnon. Hallitus ei eduskunnalle antamassaan lakiesityksessä kuitenkaan määrittele lääkäristä yksityiskohtaisesti⁴³². Itse asiassa voimassa olevan mielenterveyslain 9 §:n 2 momentti on kirjoitettu tältä osin niin väljään sanamuotoon, että siinä annetaan ymmärtää lääkärilausunnon voivan kirjoittaa jopa sen sairaalan lääkäri, johon potilasta ollaan hoidettavaksi ottamassa. Tämä oikeus kiellettiin yksiselitteisesti vielä vuoden 1978 mielisairaslain osittaisuudistuksen yhteydessä. Mielisairaslain 17 §:ssä säädettiin, että lausuntoa ei saa antaa sen sairaalan lääkäri, johon potilaaksi ottamisesta on kysymys.⁴³³

⁴²⁹ HE 201/1989 vp, 17. Valtiopäivät 1989, Asiakirjat A4.

⁴³⁰ HE 201/1989 vp, 17. Valtiopäivät 1989, Asiakirjat A4; Pylkkänen 2000, 708.

⁴³¹ Ks. mielisairaslain 187/1952 17 §.

⁴³² HE 201/1989 vp, 25. Valtiopäivät 1989, Asiakirjat A4.

⁴³³ Vrt. mielisairaslain 187/1952 17 §:n 1 momentti ja mielenterveyslaki 1116/1990, erityisesti 9, 29 §.

Mielenterveyslain 29 § antaa terveyskeskuslääkärille toimintavelvoitteen. Lääkärillä on vastuu, mikäli hänellä on syytä epäillä, että terveyskeskuksen toiminta-alueella asuva tai oleskeleva henkilö täyttää mielenterveyslain mukaiset hoitoon määräämisen edellytykset. Tällöin terveyskeskuksen vastaavan lääkärin tai hänen määräämänsä lääkärin on tarvittaessa laadittava henkilöstä tarkkailulähete ja toimitettava hänet sairaalaan. Sairaalaan toimittaminen tapahtuu viimekädessä terveyskeskuksen kustannuksella. Toisaalta terveyskeskuksen toimintavelvollisuus on vähentynyt nykyisen mielenterveyslain säätämisen myötä verrattuna vuoden 1952 mielisairaslakiin vuonna 1977 suoritetun osittaisuudistuksen vaatimuksiin. Erityisesti huomioitava on mielenterveyslain sanamuoto *syytä epäillä*. Terveyskeskuslääkärillä on jo tässä vaiheessa mahdollisuus lähettää potilas sairaalaan tutkimuksia varten, mikäli hän epäilee hoidon edellytysten täyttyvän. Terveyskeskuslääkäriltä ei siis edellytetä varman diagnoosin tekoa. Hänen tulee tunnistaa oireet, mutta varsinaisen hoidon tarpeen määrittelee psykiatriaerikoistunut lääkäri.⁴³⁴

Tosin, vaikka varmaa diagnoosia ei vaaditakaan, edellyttää tarkkailulähetteen laatiminen itsenäistä kannanottoa jokaisen hoitoon määräämisen kriteerin osalta. Potilasta ei voi lähettää vasten tahtoaan ainoastaan psyykkisen tilan arviointiin psykiatriseen sairaalaan. Tällöin terveyskeskus- tai muu lääkäri siirtäisi oman vastuunsa mielisairaalan päivystävän lääkärin kannettavaksi. On huomattava, että tällainen menettely olisi myös lain vastaista, sillä henkilön toimittaminen tahdosta riippumattomaan hoitoon ilman lain edellyttämiä toimia merkitsisi ihmisoikeusloukkausta.⁴³⁵

Mielenterveyslain 9 §:n 3 momentti säätää mahdollisuudesta ottaa potilas tarkkailuun, mutta potilaan tutkimukseen perustuva tarkkailulähete ei voi olla tässä vaiheessa enempää kuin kolmea päivää aiemmin tehty. Potilaan oikeusturvanäkökohtien vuoksi tarkkailulähetteen tulee olla mahdollisimman hyvin ajan tasalla, eikä hallitus pitänyt esityksessään mahdollisena pysyttää mielisairaslain 17 §:n 1 momentin mukaista kymmenen päivän lähetteen antoaikaa⁴³⁶. Hallitus ei kuitenkaan katsonut tarpeelliseksi säätää potilaan oikeusturvasta niin tiukasti kuin virkamiestyöryhmä oli muistiossaan ehdottanut. Työryhmän mielestä tarkkailulähetteen olisi

⁴³⁴ Pylkkänen 2000, 710.

⁴³⁵ Stoor 23.3.2007.

⁴³⁶ HE 201/1989 vp, 16–17. Valtiopäivät 1989, Asiakirjat A4

saanut laatia ainoastaan päivää ennen tarkkailuun ottamista suoritetun henkilökohtaisen tutkimuksen perusteella.⁴³⁷

Kyseessä olevan lain 9 §:n 3 momentin mielenkiintoinen kohta on maininta potilaan ottamisesta tarkkailuun, jos hoitoon määräämisen edellytykset ovat *todennäköisesti* olemassa⁴³⁸. Hallituksen esityksen yksityiskohtaisten perustelujen mukaan tällaisen sanamuodon käyttö on omiaan korostamaan tarkkailumenettelyn päätöksentekovaiheiden itsenäisyyttä. Käsitykseni mukaan maininta tarkoittaa sitä, että hoitoon ottaminen ja määrääminen on porrastettu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Hoitoon hakeutuvan potilaan ensimmäinen hoitokontakti on perusterveydenhuollossa, yleensä siis terveyskeskuksessa. Varsinainen psykiatrinen sairaanhoito kuuluu erikoissairaanhoidon.⁴³⁹

Perusterveydenhuollon resurssit ovat rajalliset, joten sen työntekijöiltä ei voi vaatia yhtä punnettua ratkaisun tekoa kuin erikoissairaanhoidossa työskenteleviltä. Toisaalta maininta todennäköisyydestä on siksi, että pelkän tarkkailulähetteen ei tule, eikä se saa sitoa, tarkkailuun ottavaa lääkäriä. Lääkärin tulee kulloisessakin tilanteessa itsenäisesti määrittellä milloin edellytykset tarkkailuun ottamiselle ovat olemassa.⁴⁴⁰ Käytännössä tutkivan lääkärin diagnoosi voi vaihdella hoitoprosessin vaiheissa riippuen potilaan psyykkisestä tilasta ja kenties toisinaan, jopa potilaan vahingoksi, lääkärin ammattitaidostakin. Tahdosta riippumattomasta hoidosta päättäneelle lääkärille ei anneta prosessissa asianosaisen asemaa. Tällöin hän ei voi valittaa hallinto-, tässä tapauksessa lääninoikeuden päätöksestä.⁴⁴¹ Ilmeisesti asianosaisen asemaa ei anneta, koska hallintolainkäyttölain (586/1996) 6 §:n 1 momentin perusteella oikeuden päätöksellä ei välittömästi vaikuteta lääkärin etuun, oikeuteen tai velvollisuuteen. Mikäli valitusoikeutta ei katsota olevan, valitus jätetään asiallisesti tutkimatta.⁴⁴²

Osaltaan uudistuneessa laissa mielenkiinto keskittyy 9 §:n 3 momenttiin, jossa todetaan, että lääkärin tulee todeta edellytysten tahdosta riippumattoman hoidon määräämiselle *olevan*

⁴³⁷ VmTM 1988, 49.

⁴³⁸ Kumotun mielisairaslain 16a §:n perusteella edellytettiin siis mielisairaudesta johtavasta vaiheesta.

⁴³⁹ HE 201/1989 vp, 7–8, 16–17. Valtiopäivät 1989, Asiakirjat A4; TaVM 6/1990 vp, 11. Valtiopäivät 1990, Asiakirjat C2.

⁴⁴⁰ Tuori 2004, 451.

⁴⁴¹ Lehtonen 2003, 65.

⁴⁴² Mäenpää 2003, 334.

todennäköisesti olemassa. Tällainen menettely tulee helpottamaan käytännön lääkärintyötä. Hoitoon lähettävän lääkärin ei tarvitse enää varmuudella todeta hoitoon määrättävää henkilöä mielisairaaksi.⁴⁴³ Ilmeisesti tällä on tarkoitettu sitä, että kumotussa mielisairaslaisissa ei ollut mainittua lieventävää sanamuotoa käytetty⁴⁴⁴.

Mielisairaslain 17 §:n 1 momentissa todettiin, että lääkärin tulee esittää lääkärinlausunnossa perusteltu kannanotto samaisen lain 16 §:n 1 momentissa tarkoitettujen edellytysten henkilön ottamiselle mielisairaalaan tahdostaan riippumatta *olevan olemassa*. Esimerkistä nähdään, että ero kumotun ja uuden lain välillä ei ole suuri, mutta silti havaittava. Uusi laki osaltaan tunnustaa lääkäreille mahdollisuuden tehdä ratkaisuja sen hetkisten tietojensa ja kykyjensä varassa, lääkäreiltä ei odoteta enää ehdotonta varmuutta. Toisaalta nykyisen määritelmän epätarkkuus saattaa olla haitaksikin. Vaikka tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset ovat tiukentuneet ja tarkentuneet, saattaa lääkäri omalla päätöksellään vaikuttaa tosiasiallisesti huomattavastikin siihen kuka otetaan sairaalahoitoon ja ketä ei. On mahdollista tulkita lakia niinkin, että lääkärille halutaan jättää tällä sanavalinnalla valta päättää hoidosta. Tätähän hallituksen esityksessä tarkoitetaan⁴⁴⁵, lääkärille kuuluvaa itsenäistä, suhteellisen laveaa tulkintavaltaa, ahtaasti kirjoitetun mielenterveyslain 8 §:n vastapainoksi.

Edellä käsitelty tarkkailumenettely oli voimassa jo kumotussa mielisairaslaisissa. Kyseisen lain 17 §:ssä 1 momentissa säädetyn mukaan lääkärin lausunto saattoi olla tehty jopa kymmentä päivää ennen kuin varsinainen mielisairaalaan otto tapahtui. Uutta lakia valmisteltaessa on päädytty lyhyempään määräaikaan, toisin sanoen siis edellä mainittuun kolmeen vuorokauteen. Tämä siksi että potilaan terveydentilassa on saattanut tapahtua merkittäviä muutoksia.⁴⁴⁶

⁴⁴³ Vartiainen Suomen Lääkärilehti 3/1990, 193.

⁴⁴⁴ Ks. tältä osin kumotun mielisairaslain (187/1952) 16–17 §.

⁴⁴⁵ HE 201/1989 vp, 17. Valtiopäivät 1989, Asiakirjat A4.

⁴⁴⁶ HE 201/1989 vp, 17. Valtiopäivät 1989, Asiakirjat A4.

5.3. Tarkkailu

Tarkkailusta säädetään mielenterveyslain 10 §:ssä. Hallituksen esityksen tarkoituksena on vapauttaa perusterveydenhuollon kuormitusta. Sen vuoksi on esitetty, että tarkkailulähetteen perusteella toteutettu tarkkailu voisi kestää enintään kaksi päivää. Mikäli potilas otetaan psykiatriselle sairaansijalle tarkkailuun, tulisi tutkimuksesta vastaavan lääkärin antaa tutkittavasta kirjallinen tarkkailulausunto. Lausunnon antamisen olisi määrä tapahtua viimeistään toisena päivänä tarkkailuun otosta. Kyseiseen määräaikaan ei huomioitaisi varsinaista tarkkailuunottamispäivää.⁴⁴⁷ Kuitenkin mielenterveyslain 10 §:n 1 momentissa säädetään, että tarkkailulausunto on annettava vasta neljäntenä päivänä tarkkailuunottamispäivästä. Tuona aikana potilaan mielisairaus tulee voida todeta varmasti⁴⁴⁸.

Hallituksen esittämää kahden vuorokauden tarkkailuaikaa on kritisoitu. Psykiatrit eivät pysty noin lyhyessä määräajassa luotettavasti selvittämään potilaan psyykkistä tilaa ja sen perusteella määriteltävää hoidon tarvetta. Lisäksi tällainen menettely merkitsisi ympärivuorokautista työsidonnaisuutta vastaaville lääkäreille. On mahdollista, että ainakin pienempien toimipaikkojen psykiatrian erikoislääkärit saattaisivat paeta yksityiselle sektorille, mikäli työntekijöiden taakkaa kohtuuttomasti lisättäisiin. On myös huomautettu, että tältä osin ei voitaisi nojata ainakaan Euroopan Neuvoston suositukseen, sillä siinä puhutaan ainoastaan tarkkailun edellytysten mahdollisimman nopeasta selvittelystä.⁴⁴⁹

Mielipide-ero hallituksen esityksen ja toteutuneen lain välillä johtuu talousvaliokunnan mietinnöstä mielenterveyslaiksi annetuista perusteluista. Yksityiskohtaisissa perusteluissaan talousvaliokunta ehdottaa, hallituksen esityksen vastaisesti, että lausunnonantoaikaa pidennetään kahdesta neljään päivään. Valiokunta pitää yleisperusteluissaan tärkeämpänä taata potilaan turvallisuus ja hoidonsaanti kuin puolustaa perusterveydenhuollon resursseja. Talousvaliokunta ottaa toisaalta resurssien riittävyyden huomioon. Valiokunta mainitsee, että kahden vuorokauden aika tarkkailulausunnon antamiseen toisi huomattavia vaikeuksia käytännön toimijoille. Mielenterveyslain 8 §:n mukaista hoitoon määräämisen edellytysten täyttymistä ei voida

⁴⁴⁷ HE 201/1989 vp, 17. Valtiopäivät 1989, Asiakirjat A4.

⁴⁴⁸ Korkeila Duodecim 18/2006, 2252.

⁴⁴⁹ Vartiainen Suomen Lääkärilehti 3/1990, 194.

tehokkaasti valvoa näin lyhyessä ajassa. Etenkään muiden kuin tahdosta riippumattomien hoitomuotojen sopivuutta ei ehditä varmistaa, koska esimerkiksi mielenterveystoimistot eivät ole auki viikonloppuisin ja juhlapyhinä. Jos tarkkailulausunnon antamiseen pyritään liian kiireesti, on pelättävissä, että potilas joutuu väistämättä sairaalahoitoon vasten tahtoaan tai ainakin psykiatrisen hoidon, ei avohoidon piiriin.⁴⁵⁰

On esitetty, että tarkkailun tarkoitus ei ole lainkaan hoidollinen. Edellytyksiä tarkkailun keston pidentämiselle kahdesta vuorokaudesta neljään ei ole, koska pyrkimys on ainoastaan varmistaa hoidon tarve. Lisäksi, koska tarkkailu ei Kauppisen mukaan ole hoitoa, ei psykoosia ole tarkoitus tuona aikana parantaa. Ilmeisesti hän lähtee siitä, että tärkeintä olisi todeta sairauden tarve mahdollisimman nopeasti ja hoitaa lyhytkestoinenkin psykoosi varsinaisen hoitoon määräämisen jälkeen.⁴⁵¹

Talousvaliokunta myöntää hallitukselle, että kumotussa mielisairaslaissa säädetyn viiden vuorokauden tarkkailuajan lyhentäminen kahteen olisi toisaalta tärkeää. Tarkkailuajan lyhentäminen koetaan tärkeäksi etenkin kansainvälisten ihmisoikeuksien kannalta. Omaa ehdotustaan valiokunta perustelee sillä, että ihmisoikeussopimukset eivät säätele nimenomaan tarkkailuajan kestoa.⁴⁵² Tarkkailuajan lyhennys on ongelmallinen. Tarkkailuajan väheneminen viidestä neljään vuorokauteen saattaa huonontaa mahdollisuuksia potilaan tilan arviointiin ja psyykkisen ensiavun antoon. Toisaalta tarkkailuajan lyhentäminen parantaa potilaan oikeusturvaa, sillä se lyhentää aikaa, jolloin potilaan vapautta voidaan rajoittaa ilman tuomioistuinkäsittelyä.⁴⁵³ On todettu, että merkittävä tarkkailuajan lyhennys ei lisäisi potilaan oikeusturvaa. Hän huomauttaa mielenterveyslain joka tapauksessa edellyttävän tarkkailun keskeyttämistä, 10.2 §:n mukaan, jos sen jatkamiselle ei ole edellytyksiä. Lisäksi akuutti psykoosi laukeaa yleensä alle viidessä vuorokaudessa, joten varsinaista hoitopäätöstä ei tarvitse tehdä.⁴⁵⁴

⁴⁵⁰ TaVM 6/1990 vp, 4. Valtiopäivät 1990, Asiakirjat C2.

⁴⁵¹ Valtiopäivät 1990, Pöytäkirjat 4, 3795. (puheenvuoro, edustaja Kauppinen.)

⁴⁵² TaVM 6/1990 vp, 4, 6. Valtiopäivät 1990, Asiakirjat C2.

⁴⁵³ Isohanni ym. Duodecim 2/1992, 155.

⁴⁵⁴ Winell Suomen Lääkärilehti 6/1990, 513.

Edellä käsitellyn mukaan voidaan perustellusti todeta, että kansainväliset vaatimukset täytetään ja potilaan oikeusturva taataan, vaikka tarkkailuaikaa hallituksen esityksen vastaisesti pidennetäänkin. Tosin kansainvälisille sopimuksille on tehty myönnytys siinä, että sanamuotoa on muutettu. Ei ole enää viiden päivän tarkkailuaikaa, vaan tarkkailulausunto annetaan *neljäntenä* päivänä tarkkailuun ottamisesta.

Osapuolten kannanotoissa on yhtäläinen tavoite, vaikka talousvaliokunta on mietinnössään eri linjalla hallituksen esittämän näkemyksen kanssa. Tosin lopputulokseen tullaan hieman eri perusteiden kautta. Hallituksella on tavoitteena lisätä avohoitoa.⁴⁵⁵ Hallituksen esityksessään ajama linja ei tarkkailun osalta kuitenkaan näyttäisi tukevan tehtyä valintaa. Huomion arvoista on, että hallitus oli itse esityksessään valmis lyhentämään tarkkailun aikaa, joka olisi oletettavasti nostanut tahdosta riippumattomaan hoitoon otettujen määrää. Näin ainakin talousvaliokunta arvioi. Mietinnössä oletetaan pakkohoitopäätöksien vähenevän kun tarkkailuaikaa pidennetään. Neljän vuorokauden tarkkailuajan perusteeksi esitetään potilaiden henkisen tilan koheneminen mainittuna aikana. Talousvaliokunnan mietinnön mukaan lähes puolet potilaiden akuuteista sekavuustiloista seestyy neljässä vuorokaudessa. Tällöin päätöstä tahdosta riippumattomasta hoidosta ei tarvitse tehdä.⁴⁵⁶

Talousvaliokunnan kannan mukaista pitkää tarkkailuaikaa puolsi voimakkaasti myös psykiatrian erikoislääkäri Seppo Utria. Itse asiassa on jopa tulkittava hänen kannattaneen pidempää tarkkailua kuin mihin kumottu mielisairaslaki antoi myöten. Pitkä tarkkailuaika toimii hyödyksi sekä potilaalle että erityisesti yhteiskunnalle. Potilas tulisi ottaa sairaalaan tarkkailtavaksi kun mielenterveys on uhattuna, eikä vasta silloin kun mielisairaus on todettavissa. Tältä osin Utria siis kritisoi voimakkaasti mielenterveyslain 8 §:n 1 momentin 1 kohdassa säädettyä edellytystä todetusta mielisairaudesta. Hänen näkemyksensä on, että Suomessa tarkkailu koetaan negatiivisena. Koska, kuten Winell esitti, tarkkailuun joutuminen ei merkitse välttämätöntä sairaalahoitoon jäämistä, se ei myöskään voi leimata potilasta. Utria puolestaan huomautti, että tarkkailu tulisi mieltää tapahtumaksi, jossa potilas voisi saada ”terveen paperit” mikäli kyseisenä aikana todetaan, edellytysten hoitoon puuttuvan.⁴⁵⁷

⁴⁵⁵ HE 201/1989 vp, 1. Valtiopäivät 1989, Asiakirjat A4.

⁴⁵⁶ TaVM 6/1990 vp, 11. Valtiopäivät 1990, Asiakirjat C2.

⁴⁵⁷ Utria Suomen Lääkärelehti 32/1996, 3443–3445.

Nykyistä lainsäädäntöä väljempiperusteista tarkkailua tukee puolestaan se, että potilaat kokevat psykoottiset oireensa huomattavasti traumaattisempina kuin sairaalaan lähettämisen ja heihin kohdistetut tahdonvastaiset hoitotoimenpiteet⁴⁵⁸. Inhimilliseltä kannalta katsoen voimassaolevaa mielenterveyslakia olisi aihetta muuttaa. Ongelmana ovat kuitenkin kansainväliset säännökset, jotka takaavat mahdollisimman suuren toimintavapauden myös mielen ongelmista kärsivälle, kenties jopa henkilön itsensä ja yhteiskunnan kustannuksella. Toisaalta harhaisen ihmisen hoitamattomuus aiheuttaa Utrian mukaan turvallisuusuhan hänen ympäristölleen.

Tosin on aiheellista huomata sekin, että yleensä kyse on siitä mihin kansainvälisiin sopimuksiin vedotaan ja millä tavoin. Euroopan sosiaalisen peruskirjan V osan G artiklan mukaan yksilön oikeuksiin saadaan kohdistaa rajoituksia, mikäli niistä on säädetty laissa ja jos ne ovat välttämättömiä demokraattisessa yhteiskunnassa muiden henkilöiden oikeuksien ja vapauksien turvaamiseksi tai yleisen edun, kansallisen turvallisuuden, kansan terveyden tai moraalien suojelemiseksi.⁴⁵⁹ Utria huomauttaa, että aiemman peruskirjan⁴⁶⁰ suositus, olisi mahdollistanut potilaan vapauden riiston, mikäli tämä mielensä häiriön vuoksi muodostaa vakavan uhan itselleen tai muille⁴⁶¹. Koska kansainvälisten sopimusten painotukset voivat olla toisistaan erillisiä, on tulkinnalla käytännössä hyvin suuri painoarvo. Kyse on usein siitä, kumpi painotus valitaan, toisen sopimuksen yksilönvapauksia painottava käsitys, vai otetaanko tulkintalinjaksi yleistä etua painottava linjaus. Käytännössä silläkin on painoarvoa kumpaa linjaa asiantuntijat yleisesti ryhtyvät puolustamaan saaden näin poliittisesti laajemman hyväksynnän puolelleen.

Mielenterveyslain 10 §:n 1 momentin mukaan tarkkailusta vastaavan lääkärin ollessa esteellinen tai estynyt, antaa tarkkailulausunnon sairaalan muu lääkäri. Tarkkailulausunnossa tulee esittää perustelut siitä, ovatko edellytykset tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisestä olemassa. Esteellisyys on nähty niin tärkeäksi, että hallituksen esityksessä on ehdotettu säädettäväksi oma kohta tästä asiasta⁴⁶². Esteellisyyden määrittelee mielenterveyslain 23 §. Yleisesti tahdosta

⁴⁵⁸ Taiminen Suomen Lääkärilehti 31/1998, 3511.

⁴⁵⁹ Uudistettu Euroopan sosiaalinen peruskirja. <http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/2002/20020080>. Luettu 15.4.2008.

⁴⁶⁰ Euroopan sosiaalinen peruskirja. <http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1991/19910044>. Luettu 15.4.2008.

⁴⁶¹ Utria Suomen Lääkärilehti 32/1996, 3442.

⁴⁶² HE 201/1989 vp, 17. Valtiopäivät 1989, Asiakirjat A4.

riippumattoman hoidon yhteydessä vallitsevat ne esteellisyysäännökset, jotka on kirjattu hallintolain (434/2003) 27–30 §:iin. Riippumattomien lääkäreiden tulee päättää potilaan tahdonvastaisesta hoitosuhteesta. Kokonaisuudessaan potilaan hoitosuhteesta päättää neljä eri lääkäriä.⁴⁶³ Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrääminen on siis neliportainen prosessi, jossa jokaisessa vaiheessa lääkärintutkimus on keskeinen tapahtuma. Hoitoon määräämisen edellytykset perustuvat kliiniseen tutkimukseen. Tutkimus suoritetaan yleensä vastaanottotilanteessa, potilaan ja lääkärin välisessä vuorovaikutuksessa, jossa potilaan psyykkinen tila pyritään luokittelemaan.⁴⁶⁴

Nykyisen mielenterveyslain vahvuus on edellä esitetty moniportaisuus.⁴⁶⁵ Mielenterveyslain 23 §:n mukaisesti tarkkailuun lähettämisen, sairaalaan tarkkailuun ottamisen, tarkkailulausunnon antamisen ja päätöksen hoitoon määräämisestä tulee perustua eri lääkäreiden perusteltuun mielipiteeseen. On todennäköistä, että ainoastaan suurissa yksiköissä, sairaaloissa tai hoitolaitoksissa, on mahdollisuus päättää hoidosta siten, että päätöstä ei tee potilasta välittömästi hoitanut henkilö. Toisaalta, miten varmistetaan se, että tuomioistuimessa asiantuntijana toimiva, riippumaton, potilaalle ulkopuolinen lääkäri tietää kyseisen potilaan sairaudesta luotettavammin kuin hänen henkilökohtainen hoitajansa?

Tarkkailulausuntojen osalta ongelmia ilmeni välittömästi uuden mielenterveyslain säätämisen jälkeen. Lääkäreitä on arvosteltu liian niukkojen tarkkailulausuntojen antamisesta. Tosiasiaperustelut potilaan tilasta eivät ole kattavia, jos niitä on ollenkaan, vaan yleensä tyydytään kirjoittamaan pelkät johtopäätökset. Niissä saatetaan todeta varsin yksipuolisesti potilaan olevan mielisairas, eikä avohoito hänen hoidontarve huomioiden ole tällöin mahdollinen. Koska tuolloinen lääninoikeus teki päätöksensä kirjallisessa oikeudenkäynnissä saamiensa asiakirjojen perusteella, olisi potilaan oikeusturvan kannalta tärkeää, että hänen tilastaan annettaisiin mahdollisimman kattava selvitys. Puutteellisen informaation vuoksi potilaan hoitopäätös saattaisi jäädä aiheetta vahvistamatta. Mielenterveyslaki tuli voimaan erittäin

⁴⁶³ Lehtonen 2003, 65, Tuori 2004, 451–452.

⁴⁶⁴ Ks. Psykiatrisen potilaan kliinisestä tutkimuksesta tarkemmin esim. yleisesitys: Aalberg 1990, 70–73; yksityiskohtaisemmin: Aalberg 1994, 56–62; Lönnqvist 1999, 26–30.

⁴⁶⁵ Rantanen 1999, 48.

nopeasti. Sen vuoksi sairaalat, kuten tuomioistuimetkaan, eivät voineet varautua uusiin säännöksiin.⁴⁶⁶

5.4. Kuuleminen ja hoidon määrääminen

Periaatetta siitä, että potilasta on hoidettava yhdessä hänen kanssaan, toteutetaan mielenterveislain 11 §:n 1 momentin mukaan toimittaessa. Ajatuksena on selvittää potilaan oma mielipide ja vasta tämän jälkeen määrätään hänen siirtämisestä tarkkailusta hoitoon. Kyseisen lain 10 §:n 2 momentissa on säädetty, että henkilön tarkkailu on lopetettava ja potilas on poistettava sairaalasta, mikäli edellytyksiä tarkkailuun otetun hoitoon määräämiselle ei ole. Edellä kuvattujen toimenpiteiden tulisi lain mukaan perustua potilaan omaan tahtoon. Jos potilas haluaa pysyä hoidossa, ei hänen hoitosuhdetta saa katkaista, vaan hoitohenkilöstön tulisi pohtia sopivan avohoidon mahdollisuutta. Mielestäni lakia voi tulkita siten, että potilaan antaessa suostumuksensa, tai pyytäessä hoidon jatkamista, hän toisaalta antaa suostumuksensa terveydentilansa vaatimiin hoitotoimenpiteisiin.⁴⁶⁷

Potilas, joka on näin otettu omasta tahdostaan hoitoon, voi hoidon edetessä haluta sairaalasta poistamista. Tällöin hänet voidaan myöhemmin, mikäli tarvetta, määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon mielenterveislain 13 §:n mukaan. Mielenterveislain 13 §:n mukaisessa tilanteessa omasta tahdostaan hoitoon otettu määrätään tahdosta riippumattomaan hoitoon siten kuin hoitoon määräämismenettelystä saman lain 11 §:ssä säädetään. Mielenterveislain 13 § tunnetaan yleisesti sairaalakeielessä nimityksellä *kaappauspykälä*⁴⁶⁸. Omasta tahdostaan hoitoon otettu määrätään tahdosta riippumattomaan hoitoon tarkkailulausunnon perusteella. Tarkasteltavan pykälän 2 momentin perusteella päätös tulee tehdä viimeistään neljäntenä päivänä potilaan ilmaistua halunsa poistua sairaalasta. Mielenterveislain 13 §:n 3 momentissa on

⁴⁶⁶ Renvall Suomen Lääkärilehti 8/1992, 732–733.

⁴⁶⁷ HE 185/1991 vp, 16. Valtiopäivät 1991, Asiakirjat A4.

⁴⁶⁸ Vammalan aluesairaala/psykiatria. Ohje tahdosta riippumattomasta hoidosta 29.9.1998.

säädetty, että potilaan ollessa alaikäinen, tulee päätös hoitoon ottamisesta välittömästi alistaa hallinto-oikeuden vahvistettavaksi.

Päätöksen, jossa tarkkailuun otettu määrätään hoitoon, on oikeutettu tekemään mielenterveyslain 11 §:n 2 momentissa säädetyksi sairaalan psykiatrisesta hoidosta vastaava ylilääkäri. Talousvaliokunnan mietinnössä esitetään, että päätöksen tulisi ensisijaisesti olla psykiatrian erikoislääkärin tekemä⁴⁶⁹. Kyseessä olevassa laissa määritellään edelleen muun psykiatrian erikoislääkärin määräävän hoitoon otosta, mikäli ylilääkäri on esteellinen tai estynyt.

Hallituksen esityksessä korostetaan jo kumotun mielisairaslain perusteella sairaalan vastuunalaisen lääkärin asemaa päätöksen teossa. Talousvaliokunta näkee puolestaan tärkeäksi erikoistumisella saavutetun pätevyyden. Hoitoon määrääminen tulee tehdä kirjallisesti kaiken käytettävissä olevan tiedon perusteella. Jotta tämä edellytys toteutuisi, esittää hallitus tarkkailulähetteen, tarkkailulausunnon ja sairauskertomuksen huomioimista hoitoon määräämispäätöstä tehtäessä. Päätös tulisi antaa viimeistään toisena päivänä tarkkailuun ottamisesta.⁴⁷⁰ Talousvaliokunta ei tyydy näin lyhyeen aikarajaan, vaan ehdottaa tarkkailuajan pidentämistä neljään päivään.⁴⁷¹ Kyseinen ehdotus on lakiin hyväksytty. Valiokunnan perustelut ovat samat kuin edellä tarkkailun yhteydessä. Mielenterveyslain 11 §:n 2 momentin mukaan päätöksen, jonka on sisällettävä perustelut hoitoon määräämisen edellytyksistä, on annettava potilaille viipymättä tiedoksi⁴⁷².

Tutkimuksen mukaan tahdostaan riippumattomassa hoidossa olleet potilaat ovat kokeneet sairaalaan tulonsa helpottavaksi. Hoitoon on oltu myös pääosin tyytyväisiä. Koska tutkimus on toteutettu kumotun mielisairaslain aikaan, pääosin vuonna 1987, jolloin tarkkailuaika oli vuorokautta nykyistä pidempi, on ymmärrettävää, että noin puolet potilaiden psyykkisen ongelmansa ehti lientyä jo tarkkailuaikana. Sairaalan toimittaminen ja tarkkailuaika koettiin potilaiden keskuudessa hyväksi, koska kyseisessä ajassa henkilöä rasittanut tilanne lieveni.

⁴⁶⁹ TaVM 6/1990 vp, 6. Valtiopäivät 1990, Asiakirjat C2.

⁴⁷⁰ HE 201/1989 vp, 17–18. Valtiopäivät 1989, Asiakirjat A4.

⁴⁷¹ TaVM 6/1990 vp, 6. Valtiopäivät 1990, Asiakirjat C2.

⁴⁷² Mielenterveysasetuksen 8 §:ssä säädetään, että tiedoksiannon on tapahduttava lain tiedoksiannosta hallintoasioissa (232/1966) erityistiedoksiannosta edellyttämällä tavalla. Tosin kyseinen laki on kumottu hallintolain astuessa voimaan 1. päivänä tammikuuta 2004. Nykyisin tiedoksianto tulee toimittaa hallintolain 9–10 lukujen perusteella.

Vastaavasti itse sairaalahoidossa vietetty aika miellettiin negatiivisena, potilaat kokivat sen pelkkänä oleiluna, eikä kiireisellä hoitohenkilökunnalla potilaiden mielestä ollut aikaa heille. Tutkimustuloksen voidaan katsoa osaltaan näkevän hyväksi sen, että potilas voisi olla tarkkailussa mahdollisimman pitkään. Toisaalta hoidossa pitempään ollut potilas kokee hoitoon tulonsa negatiivisempänä kuin vasta hoitoon saapunut. Tutkijat olettavatkin, että kyseessä saattaa olla eräänlainen torjuntareaktio epämiellyttävään tilanteeseen.⁴⁷³ On mahdollista, että pitkä tarkkailuaika toimisi tältä osin potilaita vastaan. Mikäli tarkkailuaika kestää kauan, potilaalla voi mielisairautensa vuoksi olla sietämätön tilanne ja psyykinen tila, kun hän ei tiedä otetaanko hänet hoitoon vai ei. Tämä saattaa vaikuttaa hoidon alun kokemiseen negatiivisena ja sen vuoksi edellä kuvattu hallituksen esittämä varsin lyhyt tarkkailuaika olisi puolestaan onnistunut ratkaisu.

Mielenterveyslain 24 §:ssä säädetään muutoksenhausta, joka koskee sairaalan lääkärin päätöstä määrätä henkilö hoitoon tai hoidon jatkamista potilaan tahdosta riippumatta. Päätöksestä saa hakea muutosta valittamalla hallinto-oikeuteen. Tutkimuksessani esimerkkinä käyttämästäni Vammalan psykiatrisesta sairaalasta valitetaan Hämeenlinnan hallinto-oikeuteen⁴⁷⁴. Esitellyn 24 §:n 1 momentin mukaan valitus on tehtävä 14 päivän kuluttua asianomaisen saatua päätöksen tiedokseen. Laki ei anna oikeutta tulkita määräaikoja laveammin. Ongelmia saattaa syntyä, mikäli potilas ei sairautensa vuoksi ole kykenevä valvomaan etujaan. On vaikea määrittellä, milloin potilaana olevan sairaus yleensäkin sallii hänelle ymmärryksen käsittää oikeusturvaansa loukatun. Apulaisoikeusasiamies Paunio huomauttaa, että lain oikeuttaessa hoitoon määräämisen tahdosta riippumatta, tulisi ratkaisu aina voida saattaa tuomioistuimen tutkittavaksi. Silti apulaisoikeusasiamieskään ei ota kantaa mahdollisiin joustoihin määräaajoista.⁴⁷⁵

⁴⁷³ Kaltiala-Heino ja Salokangas Suomen Lääkärilehti 28/1990, 2447, 2452.

⁴⁷⁴ Vammalan aluesairaala/psykiatria. Ohje tahdostaan riippumattomassa hoidossa olevien itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta 28.5.2002.

⁴⁷⁵ Paunio Suomen Lääkärilehti 35/2000, 3463.

5.5. Hoidon jatkaminen

Mielenterveyslain 12 §:n 1 momentti säättää, että hoitoon määrättyä potilasta saa 11 §:n 2 momentissa tarkoitetun päätöksen nojalla pitää tahdostaan riippumattomassa hoidossa enintään kolmen kuukauden ajan. Hoitoa saadaan jatkaa edelleen vain, mikäli kolmen kuukauden määräajan kuluessa potilaasta annetaan uusi tarkkailulausunto. Hoidon jatkamisesta tai lopettamisesta tulee antaa ratkaisu 11 §:n mukaisesti, eli käytännössä vastaavan ylilääkärin kirjallisella päätöksellä.⁴⁷⁶ Hoitoonmääräämispäätöksen voimassaoloaika on muuttunut useasti viimeisten lakien myötä. Vielä vuoden 1952 mielisairaslain mukaan voimassaoloaika oli käytännössä rajoittamaton. Ensimmäinen muutos tähän säätelämättömään tilanteeseen tapahtui vuonna 1978 voimaan astuneen mielisairaslain osittaisuudistuksen jälkeen, jolloin hoitoonmääräämispäätös oli voimassa kuusi kuukautta.⁴⁷⁷

Määräajalla varmistetaan nykyisin, että potilaan oikeusturvasta huolehditaan tehokkaasti hoitoon määräämispäätöksen teon jälkeen.⁴⁷⁸ Hoidossa olevan oikeusturvaa taataan nykyisellä mielenterveyslailla esimerkiksi siten, että mielisairaslain 20 a §:n mukaista kuuden kuukauden tahdosta riippumattoman hoidon aikaa on rajoitettu. Toisaalta mielenterveyslaissa edellytetään uuden tarkkailulausunnon antamista siitä syystä, että varmistutaan tahdosta riippumattoman hoidon määräämisen edellytysten olevan edelleen olemassa. Kolmanneksi oikeusturvaedellytykseksi voidaan nostaa hallinto-oikeuden suorittama vahvistamismenettely. Hallitus esitti, vastoin kumottavaa mielisairaslakia, että päätös jatkaa tahdosta riippumattoman hoidon antamista tulee välittömästi alistaa hallinto-oikeuden vahvistettavaksi.⁴⁷⁹

Hallituksen esityksestä oli jäänyt pois eräs olennainen kohta potilaan oikeuksista. Talousvaliokunta korjasi tämän puutteen. Mietinnössä potilas katsottiin oikeutetuksi saamaan hoidon jatkamista käsittelevän päätöksen viipymättä tiedoksi.⁴⁸⁰ Myös Paaso korostaa potilaan oikeutta välittömään tiedonsaantiin. Talousvaliokunnan huomion kirjaaminen lakiin on oikeutettua, koska erityisesti tässä vaiheessa hoitosuhde saattaisi vallankäytöllisen luonteensa

⁴⁷⁶ HE 201/1989 vp, 18. Valtiopäivät 1989, Asiakirjat A4.

⁴⁷⁷ Pylkkänen 2000, 710–711.

⁴⁷⁸ Tuori 2004, 452.

⁴⁷⁹ HE 201/1989 vp, 18. Valtiopäivät 1989, Asiakirjat A4.

⁴⁸⁰ TaVM 6/1990 vp, 7. Valtiopäivät 1990, Asiakirjat C2.

vuoksi muodostua potilaalle epäedulliseksi. Lain sääntely on tärkeää, koska hallinnollisen menettelyn vuoksi tiedoksianto hoidon jatkamispäätöksestä ei potilaalle anneta tavallisessa viestintätilanteessa. Tällöin olisi pelättävissä, että potilas jää oman asiansa ulkopuolelle. Laissa tarkoin määritelty joutuisuuden vaatimus on luonnollinen seuraus tälle vallankäytölle.⁴⁸¹

Mikäli hoitoa päätetään jatkaa, saadaan tehdyn päätöksen perusteella potilasta pitää hoidossa tahdostaan riippumatta enintään kuusi kuukautta. Tämä merkitsisi sitä, että potilasta olisi mahdollisuus pitää tahdosta riippumattomassa hoidossa yhteensä yhdeksän kuukauden ajan. Tällaisen hoitajakson jälkeenkin potilas voitaisiin määrätä edelleen tahdosta riippumattomaan hoitoon. Menettely hoitoon määräämisestä tulee aloittaa alusta, jos tahdosta riippumattoman hoidon jatkaminen koetaan välttämättömäksi⁴⁸². Tilanteessa on tärkeää, että kaikki mielenterveyslain 8 §:n mukaiset hoitoon määräämisen edellytykset täyttyvät. Perusteiden varmistuttua mielenterveyslain 12 §:n 2 momentissa säädetään, että kyseisen lain 9 ja 10 §:n perusteella on selvitettävä uudelleen, ovatko edellytykset potilaan tahdosta riippumattoman hoidon määräämiseen yhä olemassa⁴⁸³. Hoitoon määrääminen toteutettaisiin normaalisti lain 11 §:n 2 momentin mukaisesti. Ilmeisesti potilaan oikeusturvan varmistamiseksi hallitus esittää, että ulkopuolinen lääkäri arvioisi edellytysten toteutumisen uuden tarkkailulähetteen perusteella.⁴⁸⁴

Vartiainen tarttuu myös ulkopuolisen lääkärin kykyyn arvioida tahdosta riippumattoman hoidon jatkamisen mahdollisuuksia. Hän kritisoi hallituksen esitystä siitä, että se ei esitä perusteluja miksi sairaalan tulisi hankkia ulkopuolisen lääkärin arvio potilaan tilasta, jos sairaalan omat lääkärit ovat arvioineet henkilön tarvitsevan hoitoa. Vartiainen kysyykin, voiko ulkopuolinen lääkäri olla pätevämpi arvioimaan mielisairaana potilaan hoidon tarpeen kuin henkilöä kuukausia hoitanut psykiatrian erikoislääkäri.⁴⁸⁵ Vaikka Vartiainen huomioi ansiokkaasti ongelmia kyseisessä 12 §:n 2 momentissa olevan, myös talousvaliokunta asettui kannattamaan hallituksen

⁴⁸¹ Paaso 2001, 60.

⁴⁸² Tuori 2004, 453.

⁴⁸³ Tuori selvittää melko hankalaa lainkohtaa. Mikäli menettely hoitoon määräämisestä käynnistetään uudelleen, potilaasta laaditaan uusi tarkkailulähete, hänet otetaan tarkkailuun ja annetaan tarkkailulausunto. Vasta näiden vaiheiden jälkeen hoitoon määräämisestä on mahdollisuus päättää kuten siitä mielenterveyslain 11 §:n 2 momentissa säädetään. Tuori 2004, 453.

⁴⁸⁴ HE 201/1989 vp, 18. Valtiopäivät 1989, Asiakirjat A4.

⁴⁸⁵ Vartiainen Suomen Lääkärilehti 3/1990, 194.

esitykseen kirjatus ulkopuolisen lääkärin toimivaltaa asiassa⁴⁸⁶. Tosin varsinainen mielenterveyslain 12 § ei sisällä sanamuodossaan vaatimusta ulkopuolisesta lääkäristä. Kuitenkin 12 §:n 2 momentin viittaus 9 ja 10 §:n merkitsee sitä, että koko toimenpide on suoritettava uudelleen tarkkailumenettelyineen, eikä potilaan hoitoa voida jatkaa ainoastaan mielisairaalassa tehdyllä sisäisellä päätöksellä.

Esitetyn perusteella on ymmärrettävä, että potilaan hoitoa tahdosta riippumatta voidaan jatkaa koko hänen loppuelämänsä ajan. Käytännössä koko menettely tahdosta riippumattomasta hoidosta on tällöin uusittava yhdeksän/kuuden kuukauden välein. Näin meneteltäessä hoidon määräämisedellytyksiin on kiinnitettävä erityistä huomiota myös hoidon jatkamispäätöksen määräaikojen välillä⁴⁸⁷. Hoitoon määräämisedellytysten tarkastelu on tärkeää ilmeisesti siksi, että jatkuvassa pakkohoidossa oleva joutuu luopumaan oleellisesta osasta itsemääräämisoikeuttaan. Tällöin hänen perusoikeuksien rajoitukselle tulee antaa jokaisen hoidon jatkoilanteessa mahdollisimman tarkat perusteet.

5.6. Hoidon lopettaminen

Mielenterveyslain 14 § säätelee hoidon lopettamisesta ja potilaan sairaalasta poistamisesta. Jos hoitoon määrättyä potilasta hoidettaessa käy ilmi, että edellytyksiä hänen hoitoon määräämiseen tahdosta riippumatta ei ole, tulee hoito heti lopettaa ja potilas poistaa sairaalasta hänen sitä halutessaan. Jälleen korostuu potilaslain 6 §:n periaate siitä, että potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan.

Lakia uudistettaessa on tapahtunut tarkennusta. Kumotun mielisairaslain 20 §:n 2 momentti sääteli samasta asiasta, ollen kuitenkin painotukseltaan potilaan omatoimisuutta korostava. Mielisairaslain sanamuoto painotti enemmän potilaan omaa velvollisuutta *pyytää* sairaalasta poistamistaan. Nykyisessä mielenterveyslaissa todetaan velvollisuudesta poistaa potilas

⁴⁸⁶ TaVM 6/1990 vp, 8. Valtiopäivät 1990, Asiakirjat C2.

⁴⁸⁷ Sintonen 2001, 285.

sairaalasta hänen sitä *halutessaan*.⁴⁸⁸ Toisaalta potilaan tahdosta riippumaton hoito tulee lopettaa jo ennen päätöksen määräaikaisen voimassaoloajan umpeutumista, mikäli edellytyksiä hoidolle ei ole⁴⁸⁹. Tämän voidaan katsoa korostavan hoitohenkilökunnan vastuuta potilaan hoitamisessa. Lisäksi voi todeta hoidon tarpeen häviävän mikäli yksikin 8 §:n 1 momentin kolmesta hoidon määräämisen edellytyksestä raukeaa. Lopuksi voi tiivistetysti todeta hoidon päättyvän kahdella tavalla:

- 1) Hoito päättyy määräajan, kolmen tai kuuden kuukauden, kuluttua umpeen mikäli edellytyksiä hoidon jatkamiseen ei ole.
- 2) Hoito on päätettävä kesken ennalta määritellyä hoitojaksoa. Näin tulee menetellä jos edellytyksiä hoitoon määräämisen tahdosta riippumatta ei ole.

⁴⁸⁸ HE 201/1989 vp, 18. Valtiopäivät 1989, Asiakirjat A4.

⁴⁸⁹ Tuori 2004, 453.

6. HOURUINHOITOASETUKSESTA MIELENTERVEYSLAKIIN

Tutkimuksen perusteella voi todeta, että mielisairaslainsäädäntö on muuttunut suhteellisen tasaisesti potilaan oikeusturvan kannalta parempaan suuntaan. Erityisesti juuri mitään suurempia muutoksia ei ole kerralla tapahtunut. Toisaalta taas valitusoikeutta ja siihen liittyvä muutoksenhaku ei ole ollut mahdollinen ennen 1978 voimaan tullutta lainsäädännön osittaisuudistusta. Tämän lainuudistuksen nostan itse merkittävämmäksi mielisairas-/mielenterveyslain muutokseksi, sillä sen avulla vaikutetaan eniten potilaan mahdollisuuteen hakea oikeusturvaa itselleen.

Mielisairaanhoidosta on säädetty hyvin erilaisissa yhteiskuntaoloissa. Venäjän vallan aikana suhteellisen rauhallisella vuosisadalla kehittyvän virkamieskunnan voimin uutta lainsäädäntöä onnistuttiin muodostamaan. Toisaalta siihen oli myös painetta, sillä vaivaishoitoa jouduttiin pakon edessä uudistamaan kerjuun ja nälänhädän kitkemiseksi. Mielisairaanhoido oli ollut aiemmin osa köyhäin tai vaivaishoitoa. Kuitenkin jo vuonna 1840 annetulla asetuksella mielisairaanhoido kytkettiin osaksi kehittyvää sairaalalaitosta ja sen sidonnaisuus vaivaishoitoon lakkasi.

Alkujaan mielisairaanhoido kuului kokonaan valtion huoleksi, mutta jo vuoden 1889 asetuksella kunnille mahdollistettiin oikeus osallistua mieleltään sairaiden hoitoon. Toisaalta tässä vaiheessa luovuttiin valtion taloudellisen tilanteen vuoksi potilaiden elinikäisestä hoidosta. Vaikka mielisairaiden laitoshoido oli harvinaista, ennen muuta sairaaloiden vähäisyyden vuoksi vielä 1900-luvun alkuun saakka, alettiin eristämishoitoja suosia, sillä väestönkasvun myötä maaseudun ongelmaväen osuus lisääntyi. Tilalliset maksoivat mieluummin korkeampia veroja, jotta heidän huolehtimisrasituksensa vähenisi. Pelkästään pakkohoito keskeistä 1800-luvun hoito ei ollut. On muistettava, että vuoden 1889 julistuksella pakkokeinojen todettiin olevan toissijaisia hoitokeinoja. Inhimillisyyden suhteessa potilaisiin nosti päätään jo tuolloin.

Suomen itsenäistyttyä mielisairaslainsäädäntö eteni edelleen suhteellisen verkkaisesti. Kuitenkin näennäisen hitauden voidaan katsoa johtuneen vallinneista yhteiskunnallisista ja maailmanpoliittisista oloista ei niinkään tahdon puutteesta. Jälkikäteen mielisairas-

/mielenterveyslakeja arvioidessa voi todeta niiden ”osuneen” yhteiskunnan murrosaikaan. Vuoden 1938 lakia varjosti ensin voimakas lama-aika, mutta mielisairaslaki ehdittiin saattaa voimaan ennen toista maailmansotaa. Vaikka mielisairaiden asemaa säätelevä lainsäädäntö ei ollut itsenäistyneen maan tärkeimpiä uudistuskohteita, sai ensimmäinen mielisairaslaki varmasti merkittävän sysäyksen 1920-luvulla uudistetusta sosiaalilainsäädännöstä. Toisaalta taas sosiaalilainsäädännön uudistamiselle loi pohjaa itsenäistymisen jälkeen huomattavasti lisää tehokkuutta saavuttanut hallinto. Kun eduskuntaa ei enää jatkuvasti ulkoapäin hajotettu, oli paremmat edellytykset myös täsmällisempien lakien säätämiseen. Tosin tämä ei suoraan mielisairaslainsäädännössä välittömästi näkynyt.

Tilanne oli osittain samankaltainen vuoden 1952 mielisairaslain säätämisen aikaan. Ongelmavuodet käytännössä ympäröivät uudistunutta säädöstä. Käyty sota ei estänyt aikanaan modernin lain säätämistä. Toisaalta jo muutaman vuoden kuluttua mielisairaslain säätämisestä taloudelliset suhdanteet heikkenivät ja sodan jälkeen uudistunutta sosiaalilainsäädäntöä pidettiin syyllisenä ongelmiin. Vuoden 1952 laki herättää huomiota oikeusturvan tai sen olemattomuuden kannalta. Vaikka sosiaalihuoltolakiin muutoksenhaluoikeus sisällytettiin, mielisairaspotilaille sitä ei myönnetty. Ilmeisesti mieleltään ongelmaisten oikeusturvanäkökohdat eivät painaneet edelleenkään lainsäätäjän mieltä, vaikka vuoden 1952 mielisairaslain pääasiallisena taustana oli edellisen lain jälkeenjääneisyys.

Vuoden 1952 mielisairaslaki uudistui vuoden 1978 osittaisuudistuksen myötä vaihtuakseen vuonna 1991 nimeltään mielenterveyslaiksi. 1970-luvun lopulta lähtien laajennettiin hyvinvointivaltiota ja siinä yhteydessä mielenterveyspalvelut haluttiin saattaa koskemaan koko kansaa. Mainittu kehitys jatkui käytännössä hyvän taloudellisen ajanjakson myötä mielenterveyslain säätämiseen saakka. Tässä mielessä sekä osittaisuudistus että lainsäädännön varsinainen kokonaisuudistuskin olivat taloudellisen korkeasuhdanteen tuotoksia. Osittaisuudistuksessa säädettiin ensimmäisen kerran lakiin erilliset säädökset tahdosta riippumattomasta hoidosta. Kyseisiä säädöksiä tiukennettiin, etenkin hoitoon ottamisen perusteiden osalta, merkittävästi voimassaolevaa lainsäädäntöä muodostettaessa. Samalla päädyttiin aiempaa täsmällisempään säätelyyn.

Mielenterveyslaki on onnistunut täsmentämään, mutta myös tiukentamaan menettelyä tahdosta riippumattomaan hoitoon otettaessa. Hoitoon oton edellytykset ovat tästä oiva esimerkki. Aiemmin potilaan sai ottaa tahdostaan riippumattomaan hoitoon ainoastaan yhdenkin laissa määritellyn kriteerin toteutuessa. Vastaavasti nykyään vaaditaan jokaisen kohdan täyttymistä. Tällä perusteella turvataan, paitsi potilaan itsemääräämistä, myös hänen oikeuttaan muihin mielenterveyden hoitomuotoihin. Tahdosta riippumattomalla hoidolla ei enää ole niin vahvaa sijaa psykiatristen potilaiden hoidossa, vaan vallalla on ajatus tahdosta riippumattoman hoidon viimesijaisuudesta. Tätä ajatusta ilmentää erityisesti Talousvaliokunnan suosittelema tarkkailuajan pidennys sekä hallituksen esittämä tahdosta riippumattomaan hoitoon määrätyn hoidon jatkamispäätöksen alistaminen hallinto-oikeudelle.

Käsittelyn perusteella on mahdollista havaita, että mielisairaslainsäädännön osalta edettiin kuten muussa sosiaalihuollon lainsäädännössä, jossa myös päädyttiin osittaisuudistusten kautta lopulliseen päämäärään. Se, että 1970-luvulta alkaen kehitettiin mielisairaslainsäädäntöä, ei ollut sattuma. Muuttuneessa yhteiskunnallisessa tilanteessa väestö tarvitsi uusia palveluja. Erityisen osansa tästä saivat sosiaali- ja terveydenhuolto. Palveluihin keskittyminen vaikutti avohoitoon panostamiseen. Koska avohoidon palveluihin ryhdyttiin entistä tarmokkaammin järjestämään, oli tahdosta riippumattoman hoidon täsmälliselle lakiin kirjaamiselle tarvetta. Käsitän lain muutoksen siten, että tässä vaiheessa säätelällä tahdosta riippumattomasta hoidosta, haluttiin tehdä selvyys siitä, että on olemassa kaksi erillistä hoitomuotoa: henkilön tahdosta riippumaton ja avohoito.

Vielä 1920-luvun lopulla tilanne oli se, että perhehoitoa, jonka voi katsoa olleen eräänlaista avohoitoa, haluttiin lisätä, koska laitospaikkoja ei ollut tarpeeksi. Itse asiassa avohoito painotteinen mielisairaanhoido oli saanut kannatusta jo vuoden 1908 komitean mietinnössä. Kuitenkin jo 1930-luvulta lähtien laitospaikkojen määrä kasvoi ja hoitopaikkoja alettiin luonnollisesti myös käyttää. Muutoksen vuoksi mahdollisuudet avohoidon käyttöön vähenivät. 1900-luvun alun pyrkimykset konkretisoituivat vasta vuosisadan loppupuolella, sillä avohoitoa alettiin uudelleen tuoda esiin mielisairaslain osittaisuudistuksen myötä. Vasta nykyinen mielenterveyslaki on vahvistanut avohoidon aseman ensisijaisena hoitomuotona.

Avohoidolla koetetaan saada sairastuneita palaamaan yhteisöön, sillä erityisesti viimeaikoina on ryhdytty pelkäämään yksilön eristymistä yhteiskunnasta. Toisaalta avohoitoon on tarjottava voimavaroja, muuten ongelmat kasautuvat, kun ei olla sairaalassa, jossa valvottua hoitoa voitaisiin antaa. Hyvää on tietysti se, että ihmiset eivät jää sairaalaan varastoituina loppuiäkseen, vaan heitä ainakin lainsäädännön perusteella pyritään hoitamaan terveeksi ja kotouttamaan. Lisäksi tällä tavoin ympäröivä yhteiskunta ja ihmiset muuttuvat, tai heillä on mahdollisuus muuttua suvaitsevaisemmiksi mielen ongelmista kärsiviä kohtaan.

Kokonaan toinen asia on se, toteutuvatko lain tavoitteet käytännön elämässä ja jos toteutuvat, niin meneekö yhteiskunnalla suvaitsevaisuuden oppimiseen kymmeniä vuosia vai vuosisatoja. Ongelmia on ollut aina – yhteisöstä on eristetty kuluneina vuosisatoina – todennäköisesti tämä suuntaus ei nopeasti lopu. Toisaalta saatamme olla tällä hetkellä eräänlaisessa käännekohdassa. Lisääntyvän avohoidon myötä sairastuneet eivät enää joudu eristyksiin sairaalaan tahdosta riippumattomaan hoitoon, vaan ympäröivän yhteisön on opittava suvaitsemaan erilaisiaan. Ollaan ikään kuin palaamassa vanhan maalaisyhteisön suvaitsevaisuuteen, jossa poikkeavuus hyväksyttiin⁴⁹⁰, koska valtio ei pyrkinyt vallallaan eristämään poikkeavaa tai valtiolla ei ollut keinoja kontrolloida sairaita.

Valtiolla oli ollut alkujaan päävastuu mielenterveyspalvelujen järjestämisessä. Muutos tapahtui 1920-luvulta alkaen kehittyneiden valtionosuussäädösten myötä. Tällöin palveluja hoitivat valtio ja kunnat yhteistyössä. Seuraavassa vaiheessa 1950-luvulla vastuu järjestämisestä siirrettiin kuntien omistamille mielisairaanhoitopiireille, joiden päätehtävänä oli psykiatriseen hoitoon keskittyminen. Seuraavat suuremmat muutokset nähtiin 1990-luvulla, jolloin järjestämisvastuu siirrettiin ensin osaksi sairaanhoitopiirien toimintaa ja myöhemmin suoraan yksittäisille kunnille. Kuntien tehtävänä oli päättää itsenäisesti siitä, miten ne hankkivat tai tuottavat asukkaidensa tarvitsemat psykiatriset palvelut. Käytännössä kyse oli siitä tuotettiinko palvelut itsenäisesti vai yhteistyössä eri tuottajien kanssa. Esittämäni tarkastelun perusteella voin kuitenkin todeta valtion ja kuntien yhteistoiminnan tehdyn mahdolliseksi jo vuonna 1890 annetun keisarillisen asetuksen perusteella.

⁴⁹⁰ Ehkä ei kuitenkaan täysin varauksetta.

Tahdosta riippumattoman – tai pakkohoidon edellytykset ovat luonnollisesti muuttuneet sillä noin 150 vuoden ajanjaksolla, jolla niistä on eduskuntalain tasoilla säädöksillä säännelty⁴⁹¹. Toisaalta muutos ei sittenkään ole ollut kaikilta osin mitenkään radikaalia, kuten *Taulukosta 1*⁴⁹² voi päätellä. Hoidon perusedellytyksenä on aina ollut mielisairaus. Käytännössä hoitoon ottamisen lisäedellytyksenä on varsin pitkään ollut hoidon tarve yhdistettynä henkilön vaarallisuuteen. Muutosta tapahtui vasta vuoden 1978 mielisairaslain osittaisuudistuksen yhteydessä, jolloin lisäedellytykseksi muodostui välitön mielisairaanhoidon tarve ja lisäksi potilaan erityinen vahingollisuus itselleen sekä ympäristölleen. Voimassaolevan lainsäädännön mukaan henkilön saa ottaa tahdosta riippumattomaan hoitoon, mikäli hoidolle on tarve ja mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi. Merkittävä muutos on tältä osin tapahtunut vasta viimeisimmän lain uudistuksen yhteydessä. Ainoastaan mielenterveyslaissa painotetaan selkeästi muita hoitomuotoja, käytännössä avohoitoa, kuin tahdosta riippumatonta.

Hoitoon lähettämisen edellytyksenä on varhaisemmin ollut havaittavat mielisairauden oireet. Siinä missä vuoden 1978 osittaisuudistuksessa edellytettiin mielisairautta, edellyttää nykyinen mielenterveyslaki (terveyskeskus)lääkäriin kirjoittamaa tarkkailulähetettä, jos hoitoon määräämisen edellytykset ovat todennäköisesti olemassa. Nykyisin tähdätään siihen, että varsinaisesta tahdosta riippumattomasta hoidosta päätettäisiin vasta mielisairaalassa. Toisaalta perusterveydenhuollon toimijoilta ei edellytetä hoitoon lähettämisvaiheessa mielisairauden toteamista, kuten kumotun lainsäädännön voimassa ollessa tosiasiallisesti vaadittiin. Mielenkiintoista sen sijaan on, että esteetön lääkäri tunnustettiin vastuunalaiseksi hoitoon lähittäjäksi vasta vuoden 1978 lainuudistuksen myötä. Siihen asti kyseinen velvoite oli säädetty ensisijaisesti omaisille tai holhoojille ja vasta toissijaisesti kunnallis- tai sosiaalilautakunnan puheenjohtajalle ja poliisille.

Tarkkailuaika on yhdessä hoitoonottopäätöksen keston kanssa kokenut suhteellisesti suurimmat muutokset. Mikäli eräänlaiseksi tarkkailuajaksi määritellään, kuten olen itse katsonut, vuoden 1840 asetuksessa mainittu lääninlasaretissa annettu kahden kuukauden koehoito ja vuoden 1889 julistuksessa säädetty vastaanottolaitoksessa olon kuuden kuukauden määräaika, voidaan todeta,

⁴⁹¹ Tai Venäjän keisarin nimissä toimineen senaatin antamin asetuksin ja julistuksin, vuodet 1840 ja 1889.

⁴⁹² Taulukkoon 1 olen koonnut mielisairaslainsäädännön keskeisimmät muutostekijät tahdosta riippumattoman hoidon osalta vuosilta 1840–1991.

että tarkkailuaika on lyhentynyt huomattavasti, eli nykyiseen neljään vuorokauteen. Käytännössä tarkkailumenettely otettiin käyttöön vasta 1978 osittaisuudistuksen yhteydessä, mutta myös vuosina 1938 ja 1952 voimaan tulleissa mielisairaslaeissa voidaan katsoa tarkoitettua nykyisenkaltaista tarkkailumenettelyä muistuttavaa käytäntöä. Kun potilaasta oli aikaa hankkia 14 vuorokautta tarpeelliset asiakirjat ennen kuin hoidosta voitiin lopullisesti päättää, on tämäkin aika perusteltavissa tarkkailuajaksi.

Tehty hoitoonottopäätös on ollut rajaton, eikä siitä ole voinut myöskään valittaa ennen vuoden 1978 mielisairaslain osittaisuudistusta. Käytännössä molemmat ovat olleet merkittäviä ongelmakohtia potilaan oikeusturvassa. Potilaan ottamisesta hoitoon tahdostaan riippumatta on ollut mahdollisuus valittaa vuodesta 1978 lähtien lääninoikeuteen ja muutoksen myötä 1.3.2000 lähtien alueelliseen hallinto-oikeuteen. Lisäksi päätös hoitoon ottamisesta tuli vielä vuoden 1978 mielisairaslain uudistuksen perusteella tehdä kuuden kuukauden välein, kun nykyinen mielenterveyslaki velvoittaa uusimaan päätöksen kolmen kuukauden välein. Päätös on myös alistettava hallinto-oikeuden vahvistettavaksi.

Ilmeisesti, koska hoito oli aikaisemmin suurelta osin pakkohoitokeskeistä, siitä ei tarvinnut erikseen säätää. Vasta avohoidon saadessa suurempaa kannatusta, saatettiin mielisairaslain osittaisuudistuksen yhteydessä säädellä entistä tarkemmin ja ensimmäisen kerran nimenomaisesti tahdosta riippumattoman hoidon osalta. Esimerkiksi varhaisemmat komitean mietinnöt keskittyvät pääasiassa muihin asioihin, eivät potilaan tahdonvastaisen hoidon säätelyyn.

Kansalaisten, mutta kenties erityisesti lainsäätäjien ajattelussa on tapahtunut muutos. Negatiivisista sanamuodoista on pyritty pääsemään mielenterveyshoidon osalta eroon. Vastustukseltaan ei ole välttytty. Esimerkiksi termistä *hourinhoito* olisi haluttu luopua jo 1860-luvulla siinä kuitenkaan aluksi onnistumatta. Vastaavasti 1960–1970-luvuilla oltiin jo laatimassa mielenterveyslakia⁴⁹³, mutta *vuoden 1978 uudistuksen*⁴⁹⁴ yhteydessä pitäydettiin

⁴⁹³ Esimerkiksi mielisairaslain tarkastamiskomitea on mietinnössään vuodelta 1964 asettunut luonnoksessaan hallituksen esitys Eduskunnalle mielenterveyslaiksi ja laiksi oikeudenkäymiskaaren muuttamisesta kannattamaan lain nimeämistä mielenterveyslaiksi. KM 1964:B. 9, ks. ehdotus mielenterveyslaiksi s. 1, sekä s. 25 alkaen.

⁴⁹⁴ Ehdotuksista huolimatta HE 85/1976 vp.:ssä pitäydettiin edelleen vanhassa mielisairaslaki-nimikkeessä. Keskeisin lähtökohta nimen muuttumattomuudelle oli siinä, että tavoiteltua kokonaan uutta lainsäädäntöä ei osa-

edelleen nimikkeessä mielisairaslaki. Uudistus sai odottaa seuraavaan lainmuutosprosessi-
vaiheeseen.⁴⁹⁵ Käytännössä henkisen ilmapiirin muutos sairauden hoitamisesta terveyden
edistämiseen kesti lähes kolmekymmentä vuotta, kunnes vuosikymmenen vaihteessa 1980–1990
muutokseen oltiin valmiita.

alueelta ennätetty saamaan valmiiksi. Tällöin päädyttiin osittaisuudistukseen, joten laki pysyi näin luonnollisesti
nimitykseltään samana. HE 85/1976 vp, 1. Valtiopäivät 1976, Asiakirjat A4.

⁴⁹⁵ KM 1984:17 I osa, 14.

Taulukko 1. Tahdosta riippumattomalle hoidolle asetuksilla/laeilla säädetyt edellytykset vuosien 1840–1991 säädösten mukaan.

	1840	1889	1938	1952	1978	1991
perusedellytys	mielisairaus	mielisairaus	mielisairaus	mielisairaus	mielisairaus	mielisairaus
lisäedellytys	hoidon tarve/vaarallisuus	hoidon tarve/vaarallisuus	hoidon tarve/vaarallisuus	hoidon tarve/vaarallisuus	välitön mielisairaanhoidon tarve/erityinen vahingollisuus	hoidon tarve/muiden mielenterveys- palveluiden riittämättömyys
lähettämisen edellytys	Mielisairauden oireiden osoitus	tiedossa, että esiintyy mielisairauden oireita	tiedossa, että esiintyy mielisairauden oireita	tiedossa, että esiintyy mielisairauden oireita	mielisairaus	todennäköinen mielisairaus
lähettäjä	omainen, holhooja (isäntä, emäntä)	omainen, holhooja, kunnallislautakunnan esimies, poliisi ⁴⁹⁶	puoliso, omainen, holhooja, sosiaalilautakunnan ⁴⁹⁷ pj., poliisi	puoliso, omainen, holhooja, sosiaalilautakunnan pj., poliisi	esteetön lääkäri	esteetön lääkäri
päätätjä	sairaalan lääkäri	sairaalan lääkäri	sairaalan lääkäri	sairaalan lääkäri	esteetön vastaava lääkäri	ylilääkäri
tarkkailuaika	2 kk ⁴⁹⁸	6 kk	14 vrk	14 vrk	5 vrk	4 vrk
päätöksen kesto	rajaton	rajaton	rajaton	rajaton	enintään 6 kk	3 kk
valitusoikeus	ei	ei	ei	ei	lääninoikeus	hallinto-oikeus

Lähteet: Käsillä oleva tutkimus sekä osittain Pyllkkänen 2000, 711.

⁴⁹⁶ Vuoden 1889 asetuksessa säädettiin ensimmäistä kertaa siitä, että hoitoon ottavan laitoksen henkilökuntaan kuuluva lääkäri ei saanut hoitoon lähettämisen jälkeen kirjoittaa potilasta laitokseen sisään. Toimenpiteen sai suorittaa ainoastaan laitokseen kuulumaton, eli käytännössä esteetön lääkäri. Kuitenkaan lääkäri ei ollut vielä tässä vaiheessa sellainen hoitoon lähettäjä kuin vuosien 1978 ja 1991 lainsäädännössä tarkoitetaan.

⁴⁹⁷ Sosiaalilautakunnan puheenjohtajana on tässä yhteydessä ymmärrettävä terveydenhoito- tai huoltolautakunnan tai sen asianomaisen osaston puheenjohtaja, kuten käsittelykappaleissa vuosien 1938 ja 1952 mielisairaslakien yhteydessä on käytetty.

⁴⁹⁸ Tarkkailuajaksi voidaan määritellä esitetty 2 kuukautta, jos tarkkailuajana ymmärretään lääninlasaretissa toteutettu koehoitto. Tämän kannan olen itse muodostanut vuoden 1840 asetuksen käsittelyn yhteydessä.

Miten tutkimusta voisi jatkaa tästä eteenpäin? Kriminaalimielisairaiden osalta laista ja sen kehityksestä olisi mielenkiintoista tehdä oma selvitys. Rikokseen syyllistyneistä mielisairaista on kirjoitettu jo 1900-luvun alussa suhteellisen paljon etenkin Lakimies-lehdessä. Lisäksi kriminaalipotilaiden tahdosta riippumatonta hoitoa kehitetään parhaillaan. Sosiaali- ja terveysministeriön alainen työryhmä on antanut asiasta muistionsa⁴⁹⁹ ja lakiin ehdotetut, etenkin avohoitoa painottavat, toimenpiteet ovat parhaillaan lausuntokierroksella pääasiassa eri vankimielisairaaloiden johtavilla lääkäreillä⁵⁰⁰. Kenties tällainen tutkimus olisi aiheellista tehdä perusteellisesti vasta sen jälkeen kun mahdolliset muutokset mielenterveyslakiin on toteutettu tai on tiedossa se, onko asiantuntijoiden mukaan lakia ollut tarpeen muuttaa. Tähän tutkimukseen tulisi sisällyttää käsillä olevaa työtä perusteellisempi ja selvitys lainsäädäntöajan yhteiskunnallisista olosuhteista. Toisaalta voisi olla paikallaan toteuttaa pelkästään lainopillinen työ, jossa keskityttäisiin ainoastaan voimassaolevan oikeuden tulkintaan ja systematisointiin. Siihen taidan siirtyäkin...

⁴⁹⁹ Lankinen ym. 2005.

⁵⁰⁰ Tiedonanto: Eila Tiuhonen 2.11.2007.

LÄHTEET

Arkisto lähteet

Vammalan aluesairaalan/psykiatria, vastaavan ylilääkärin kanslia

Ohje mielenterveyslain mukaisesta tahdosta riippumattomasta hoidosta ja siihen liittyvistä juridisista ja käytännön menettelytavoista. Annettu 29.9.1998. Ylilääkäri Irma Järvinen-Aro.

Ohje psykiatrisessa hoidossa tahdostaan riippumatta olevien potilaiden itsemääräämisoikeuden rajoittamisen toteuttamisesta (Mielenterveyslain 4a luku). Annettu 28.5.2002. Ylilääkäri Irma Järvinen-Aro.

Painetut lähteet

Komiteamietinnöt

KM 1908:6. Mielisairashoito-komitean mietintö I. Varsinaisten mielisairasten hoito. Keisarillisen senaatin kirjapaino, Helsinki. (painettu 1909).

KM 1929:5. Komiteamietintö Valtioneuvostolle komitealta, joka on asetettu harkitsemaan tylsämielisten y.m. sterilisoinnista koskevaa kysymystä. Valtioneuvoston kirjapaino, Helsinki.

KM 1939:9. Maaseudun terveydenhoito-olot ja niiden kehittäminen. Maaseudun terveydenhoitokomitean mietintö. Valtioneuvoston kirjapaino, Helsinki.

KM 1943:7. Kunnallisten mielisairaalain ja tuberkuloosiparantolain valtionavustuksen järjestämisestä. Valtioneuvoston kirjapaino, Helsinki.

KM 1964:B. 9. Mielisairaslain tarkistamiskomitean mietintö. Asiakirja nidottu, mutta ei sisällä tietoja kustantajasta tai painopaikasta. Asiakirja eduskunnan kirjaston kokoelmista.

KM 1971:A. 25. Sosiaalihuollon periaatekomitean mietintö. I osa yleiset periaatteet. Valtion painatuskeskus, Helsinki.

KM 1984:17. Mielenterveystyön komitean mietintö. I osa. Mielenterveystyön kehittämisen perustelut. Valtion painatuskeskus, Helsinki.

KM 1984:17. Mielenterveystyön komitean mietintö. II osa. Mietinnön tiivistelmä ja komitean ehdotukset. Valtion painatuskeskus, Helsinki.

Muut mietinnöt

LHtM 1977. Lääkintöhallituksen työryhmän mietintö. Psykiatrisen terveydenhuollon kehittäminen. Lääkintöhallitus, Helsinki.

LHtM 3/1987. Lääkintöhallituksen työryhmien mietintöjä nro 3. Nuorten mielenterveysongelmat ja terveydenhuolto. Valtion painatuskeskus, Helsinki.

Suomen Akatemian Työr. miet. 1976. Mielenterveystutkimuksen tausta, nykytila ja tehtäväkenttä Suomessa. Suomen Akatemia. (ei kustantajaa, painopaikkaa, nide Joensuun yliopiston kirjastosta).

Työryhmämuistio

VmTM 1988. Ehdotus laiksi mielenterveystyöstä. Sosiaali- ja terveysministeriölle valmisteltu virkamiestyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Valtiopäiväasiakirjat

EV 1935 vp. Eduskunnan vastaus Hallituksen esitykseen mielisairaslaiksi 108/1934 vp. Valtiopäivät 1935, Asiakirjat III.

EV 1937 vp. Eduskunnan vastaus Hallituksen esitykseen mielisairaslaiksi 19/1936 vp. Valtiopäivät 1937, Asiakirjat III.

HE 108/1934 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle mielisairaslaiksi. Valtiopäivät 1934, Asiakirjat II–III.

HE 19/1936 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle mielisairaslaiksi. Valtiopäivät 1936, Asiakirjat I–III.

HE 21/1951 vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle mielisairaslaiksi. Valtiopäivät 1951, Asiakirjat III.

HE 85/1976 vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi mielisairaslain muuttamisesta. Valtiopäivät 1976, Asiakirjat A4.

HE 201/1989 vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle mielenterveyslaiksi. Valtiopäivät 1989, Asiakirjat A4.

HE 185/1991 vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi potilaan asemasta ja oikeuksista. Valtiopäivät 1991, Asiakirjat A4.

HE 113/2001 vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi mielenterveyslain ja hallinto-oikeuslain 7 §:n muuttamisesta. Valtiopäivät 2001. Asiakirjat A4.

HE 44/2002 vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle rikosoikeuden yleisiä oppeja koskevan lainsäädännön uudistamiseksi. Valtiopäivät 2002, Asiakirjat A2.

HE 271/2004 vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi oikeudenkäynnistä rikosasioissa annetun lain, oikeudenkäymiskaaren ja eräiden muiden lakien rikosasioiden käsittelyä käräjäoikeudessa koskevien säännösten muuttamisesta. Valtiopäivät 2004, Asiakirjat A9.

TaVM 3/1934 vp. Talousvaliokunnan mietintö N:o 3 mielisairashoidon ottamista valtion huostaan tarkoittavan toivomusaloitteen (Toiv. al. N:o 31) johdosta. Valtiopäivät 1934, Asiakirjat IV–V.

TaVM 11/1935 vp. Talousvaliokunnan mietintö N:o 11 hallituksen esityksen (HE 108/1934 vp.) johdosta mielisairaslaiksi. Valtiopäivät 1935, Asiakirjat III.

TaVM 6/1936 vp. Talousvaliokunnan mietintö N:o 6 hallituksen esityksen (HE 19/1936 vp.) johdosta mielisairaslaiksi. Valtiopäivät 1936, Asiakirjat I–III.

TaVM 6/1951 vp. Talousvaliokunnan mietintö N:o 6 hallituksen esityksen (HE 21/1951 vp.) johdosta mielisairaslaiksi. Valtiopäivät 1951, Asiakirjat III.

TaVM 1/1977 vp. Talousvaliokunnan mietintö N:o 1 hallituksen esityksen (HE 85/1976 vp.) johdosta laiksi mielisairaslain muuttamisesta. Valtiopäivät 1977, Asiakirjat C1.

TaVM 6/1990 vp. Talousvaliokunnan mietintö N:o 6 hallituksen esityksestä (HE 201/1989 vp) mielenterveyslaiksi. Valtiopäivät 1990, Asiakirjat C2.

Toiv. al. N:o 47 (1935 vp.). Toivomusaloite N:o 47 Salo ym. Mielisairashoidon ottamisesta valtion huollettavaksi. Valtiopäivät 1935, Liitteet I–XIII, liitteet VI.

Valtiopäivien pöytäkirjat

Valtiopäivien pöytäkirjat vuosilta 1937, 1977, 1989–1990.

*Suomen säädöskokoelma*⁵⁰¹ – *Finlands Allmänna Författningar (asetusten, säädösten antopäivä, voimaan myöhemmin)*

1062/1989 erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989

586/1996 hallintolainkäyttölaki 26.7.1996

⁵⁰¹ Suomen säädöskokoelman nimi on ennen vuotta 1981 ollut Suomen asetuskokoelma, sekä vuosina 1860–1889 Suomen Suuriruhtinanmaan Asetus-Kokous. Ennen vuotta 1860, jolloin asetuksia ei julkaistu vielä suomeksi, käytettiin nimitystä *Finlands Allmänna Författningar*.

Hans Kejserliga Majestäts Rådiga Förordning, angående sinnessjukte personers vård och förbättrade anstalter till deras botande Den 4 Februari. 4.2.1840.

66/1972 kansanterveyslaki 28.1.1972

23/1889 Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus sairasmielisten hoidosta 28.5.1889.

23/1889 Keisarillisen Majesteetin Armollinen Julistus, sisältävä tarkempia määräyksiä sairasmielisten hoidosta 28.5.1889.

1147/1996 kuntien valtionosuuslaki 20.12.1996

112/1933 köyhäinhoitolaki 7.4.1933 (kumottu)

1991:1128 lag om psykiatrisk tvångsvård) <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19911128.HTM>.
luettu 18.5.2007.

269/1929 laki kunnallisille mielisairaaloille sekä tuberkulosia sairastavien hoitolaitoksille ja tuberkulosin vastustamistyön edistämiseksi annettavasta valtionavusta, työssä valtionapulaki 31.5.1929 (kumottu)

521/1977 laki mielisairaslain muuttamisesta 23.6.1977 (kumottu)

785/1992 laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992

677/1982 laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 17.9.1982 (kumottu)

232/1966 laki tiedoksiannosta hallintoasioissa 15.4.1966 (kumottu)

683/1983 lastensuojelulaki 3.8.1983 (kumottu)

1116/1990 mielenterveyslaki 14.12.1990

1247/1990 mielenterveysasetus 21.12.1990

455/1937 mielisairasasetus 22.12.1937

448/1952 mielisairasasetus 23.12.1952

286/1937 mielisairaslaki 18.6.1937 (kumottu)

187/1952 mielisairaslaki 2.5.1952 (kumottu)

4/1734 oikeudenkäymiskaari 1.1.1734

39/1889 rikoslaki 19.12.1889

710/1982 sosiaalihuoltolaki 17.9.1982

88/1924 työehtosopimuslaki 22.3.1924 (kumottu)

731/1999 Suomen perustuslaki 11.6.1999

Oikeustapaukset

Korkein hallinto-oikeus

KHO 2006:85

Eduskunnan oikeusasiamiehen päätös

EAOA 1052/2/1996 (31.12.1997): Apulaisoikeusasiamiehen päätös 31.12.1996 omasta aloitteesta tutkitussa asiassa alaikäisten psykiatriseen tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyvät ongelmat 1052/2/1996.

EAOA 1893/2/97 (31.12.1998): Apulaisoikeusasiamiehen päätös 31.12.1998 omasta aloitteesta tutkitussa asiassa eristämisen käytöstä psykiatrisessa sairaalahoidossa 1893/2/97.

EOA 1934/4/05 (31.12.2007): Oikeusasiamiehen ratkaisu 31.12.2007 viivästyksen valituksen käsittelyä koskevassa asiassa 1934/4/05.

Tutkimusartikkelit

Hakola, Panu ja Vartiainen, Heikki 1988. Kriminaalipotilaiden vakavat rikosresidiivit. Suomen Lääkärilehti nro. 9/1988. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki, s. 827–832.

Heikkinen, Antti 1990. Eugeniikka suomalaisessa mielenterveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti nro. 27/1990. Sosiaalilääketieteen yhdistys, Tampere, s. 298–305.

Isohanni, Matti, Nieminen, Pentti, Moring, Juha, Pylkkänen, Kari, Winblad, Ilkka ja Spalding, Michael 1992. Tahdosta riippumaton hoito – vapaudenriistoa vai välttämätöntä hoitoa? Duodecim nro. 2/1992. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, s. 148–156.

Kaila, Martti 1941. Mielisairauksien ja sielullisten vajavuustilojen yleisyydestä rikoksiin syyllistyneiden joukossa. Lakimies 1941, vuosikirja. Werner Söderström osakeyhtiö, Porvoo, s. 555–574.

Kalpa, Ilmari 1950. Pakon kielteisestä vaikutuksesta mielisairaanhoidossa. Duodecim 1950, vuosikirja. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, s. 393–397.

Kaltiala-Heino, Riitakerttu ja Salokangas, Raimo, K. R. 1990. Potilaiden kokemukset tahdosta riippumattomasta psykiatrisesta hoidosta. Suomen Lääkärilehti nro. 28/1990. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki, s. 2446–2453.

Kaltiala-Heino, Riitakerttu ja Laippala, Pekka 1997. Pakkotoimet ja rajoitukset psykiatrisessa sairaalahoidossa. Suomen Lääkärilehti nro. 5/1997. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki, s. 435–439.

Kaltiala-Heino, Riitakerttu 1998. Tahdosta riippumattoman hoidon eettisistä ongelmista. Suomen Lääkärilehti nro. 35/1998. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki, s. 4099–4105.

Korkeila, Jyrki 2006. Pakkohoito: milloin ja miten? Duodecim nro. 18/2006, 2252. Oy Duodecim, Helsinki, s. 2251–2257.

Lahti, Pirkko 1989. Mielisairaslaista mielenterveyslakiin. Sosiaalinen aikakauskirja. Sosiaali- ja terveystieteellinen julkaisu nro. 1/1989. Valtion painatuskeskus, Helsinki, s. 11–13.

Lehtonen, Johannes ja Pylkkänen, Kari 1988. Nuorten mielenterveys terveydenhuollon haasteena. Suomen Lääkärilehti nro. 8/1988, 710–714.

Lönnqvist, Jouko 1985. Mielisairaslaki ja sen tahdosta riippumatonta hoitoa koskeva sisältö. Suomen Lääkärilehti nro. 8/1985. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki, s. 717–725.

Mikkola, Matti 1987. Sosiaalilainsäädännön kehitys Suomessa – Sarja hallitsemattomia rakennemuutoksia. Sosiaalinen aikakauskirja nro. 5/6 1987. Sosiaali- ja terveystieteellinen julkaisu, Helsinki, s. 25–39.

Paaso, Ilpo 1993. Julkisen vallan käyttäminen ja lääkärintoimi. Ilpo Paason väitöstilaisuudessaan 8.5.1992 pitämä lectio praecursoria. Lakimies nro. 1/1993. Suomalainen Lakimiesyhdistys, Helsinki, s. 21–26.

Paunio, Riitta-Leena 2000. Pakko terveydenhuollossa – tarvitaanko uusia säännöksiä ja ohjeita? Suomen Lääkärilehti nro. 35/2000. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki, s. 3461–3463.

Pisara 1999. Ajasta, paikasta ja tahdosta riippumaton hoito (pakina). Suomen Lääkärilehti nro. 9/1999. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki, s. 1166.

Pulkkinen, Erkki 1992. Nuorten tahdosta riippumaton hoito uuden mielenterveyslain aikana. Suomen Lääkärilehti nro. 21/1992. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki, s. 1985–1987.

Pylkkänen, Kari ja Lönnqvist, Jouko 1986. Tahdosta riippumaton hoito Suomessa. Suomen Lääkärilehti nro. 13/1986. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki, s. 1217–1222.

Pylkkänen, Kari 1988. Tahdosta riippumaton hoito I: kansainvälinen kehitys ja Suomen lainsäädäntö. Suomen Lääkärilehti nro. 14/1988. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki, s. 1353–1360.

Pykkänen, Kari 1988. Tahdosta riippumaton hoito II: Suomen kehitysnäkymät. Suomen Lääkärilehti nro. 15/1988. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki, s. 1481–1490.

Pykkänen, Kari 2005. Pakko ja nuori mielenterveyspotilas. Suomen Lääkärilehti nro. 18–19/2005. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki, s. 2103–2107.

Renvall, Hannu 1992. Tahdosta riippumattoman hoidon oikeudellisia ongelmia. Suomen Lääkärilehti nro. 8/1992. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki, s. 732–736.

Taiminen, Tero 1998. Milloin aikuinen tulisi lähettää tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon? Suomen Lääkärilehti nro. 31/1998. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki, s. 3509–3513.

Tuori, Timo ja Kiikkala, Irma 2004. Pakon käyttö psykiatrisessa sairaalahoidossa. Suomen Lääkärilehti nro. 37/2004. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki, s. 3411–3414.

Utria, Seppo 1996. Tahdosta riippumaton psykiatrisen hoito – kriittinen tarkastelu. Suomen Lääkärilehti nro. 32/1996. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki, s. 3442–3445.

Vartiainen, Heikki 1990. Uusi mielenterveyslaki – lääkäritkö Suomen Securitate? Suomen Lääkärilehti nro. 3/1990. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki, s. 193–194.

Winell, Klas 1990. Mielisairaslaista mielenterveyslakiin (pääkirjoitus). Suomen Lääkärilehti nro. 6/1990. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki, s. 513.

Tutkimuskirjallisuus

Aalberg, Veikko 1990. Psykiatrisen tutkimus. Teoksessa Potilaan kliininen tutkiminen ja testit. Toim. Harjula, Ari, Naukkarinen, Marja ja Österlund, Kalle. Recallmed Oy, Hanko, s. 70–76.

Aalberg, Veikko 1994. Psykykinen tila. Teoksessa Potilaan tutkiminen. Toim. Mustajoki, Pertti, Pelkonen, Risto ja Sane, Timo. Kustannus Oy Duodecim, Vammala, s. 56–64

Aarnio, Aulis 1989. Laintulkinnan teoria. Yleisen oikeustieteen oppikirja. WSOY. Juva.

Aarnio, Aulis 1997. Oikeussäännösten systematisointi ja tulkinta. Teoksessa Minun metodini. Toim. Häyhä, Juha. Werner Söderström Lakitieto Oy. Porvoo, s. 35–56.

Achté, Kalle 1974. Satakolmekymmentä vuotta psykiatria. Lapinlahden sairaala 1841–1971. kustannusosakeyhtiö Otava, Keuruu.

Achté, Kalle, Alanen, Yrjö ja Tienari, Pekka 1981. Psykiatrian historiaa. Teoksessa Psykiatria 1. Toim. Achté, Kalle, Alanen, Yrjö ja Tienari, Pekka. WSOY. Juva, s. 1–16.

Achté, Kalle 1983. Lapinlahden sairaalan historia ja nykyhetki. Teoksessa Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatria. Toim. Achté, Kalle, Suominen, Jaakko ja Tamminen Tapani. Suomen Psykiatriyhdistys r.y. Helsinki, 101–117.

Achté, Kalle 1991. Psykiatrian historiaa. Teoksessa *Psykiatria 1*. Toim. Achté, Kalle, Alanen, Yrjö ja Tienari, Pekka. WSOY. Juva, s. 11–27.

Van Aerschot, Paul 1996. Köyhät ja laki. Toimeentulotukilainsäädännön kehitys oikeudellistumisprosessien valossa. Suomalaisen Lakimiesyhdistyksen julkaisuja A-sarja N:o 210. Suomalainen Lakimiesyhdistys, Vammala.

Ahtiainen, Pekka ja Tervonen, Jukka 1996. Menneisyyden tutkijat ja metodien vartijat. Matka suomalaisen historiantutkimukseen. Suomen Historiallinen Seura, Vammala.

Ahvenainen, Jorma ja Vartiainen, Henri, J. 1982. Itsenäisen Suomen talouspolitiikka. Teoksessa *Suomen taloushistoria 2. Teollistuva Suomi*. Toim. Ahvenainen, Jorma, Pihkala, Erkki ja Rasila, Viljo. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki, s. 175–191.

Anttinen, Erik, E. 1983. Avohoidon ideologinen kehitys. Teoksessa *Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatria*. Toim. Achté, Kalle, Suominen, Jaakko ja Tamminen Tapani. Suomen Psykiatriyhdistys r.y. Helsinki, s. 217–227.

Borg, Olavi 1965. Suomen puolueet ja puolueohjelmat 1880–1964. Valtiotieteellisen yhdistyksen julkaisusarja. *Politiikan tutkimuksia 7*. Werner Söderström Osakeyhtiö, Porvoo.

Eribon, Didier 1993. Michel Foucault. Teoksen suomennos: Järvinen, Päivi ja Hynynen, Pertti. Vastapaino, Jyväskylä.

Eriksson, Lars, D. (toim.) 1967. Pakkoauttajat. Tammi, Helsinki.

Eskola, Jarkko 1983. Psykiatrinen terveydenhuolto – lainsäädännön ja julkisen toiminnan kehitys. Teoksessa *Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatria*. Toim. Achté, Kalle, Suominen, Jaakko ja Tamminen Tapani. Suomen Psykiatriyhdistys r.y. Helsinki, 203–216.

Fisher, William, W. 1997. *The Application to Legal History of the Methodologies of Intellectual History*. Teoksessa *Rättshistoriska studier XXI. History and European Private Law. Development of Common Methods and Principles*. Institutet för rättshistorisk forskning grundat av Gustaf och Carin Olin. Lund, s. 29–66.

Foucault, Michel 1988. *Madness and civilization. A History of Insanity in the Age of Reason*. Translated from the French by Richard Howard. Translation of *Folie et déraison; histoire de la folie*. Vintage Books. A Division of Random House, New York.

Foucault, Michel 1991. *Discipline and Punish. The Birth of the Prison*. Translated from the French by Alan Sheridan. First published as *Surveiller et punir: Naissance de la prison*. Penguin Books, London.

Foucault, Michel 1997. *Mental illness and psychology*. Translated by Alan Sheridan. University of California Press, Berkeley.

Foucault, Michel 2000. *Tarkkailla ja rangaista*. Teoksen suomennos: Nivanka, Eevi. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu.

Foucault, Michel 2006. *History of Madness*. Edited by Jean Khalfa. Translated by Jonathan Murphy and Jean Khalfa. Routledge, Bodmin.

Gutting, Gary 2005. *Foucault: A Very Short Introduction*. Oxford University Press, Gosport, Hampshire.

Haatanen, Pekka 1992. Elämän varjopuolelle joutuneiden parissa. Sosiaaliministeriö 1917–1939. Teoksessa *Suuriruhtinaskunnasta hyvinvointivaltioon. Sosiaali- ja terveysministeriö 75 vuotta*. Toim. Haatanen, Pekka ja Suonoja, Kyösti. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki, s. 17–312.

Hakola, Panu 2002. Psykiatrian kehitys Suomessa. Teoksessa *Psykiatria*. Toim. Lepola, Ulla, Koponen, Hannu, Leinonen, Esa, Joukamaa, Matti, Isohanni, Matti sekä Hakola, Panu. WSOY. Porvoo, s. 9–20.

Hakola, Panu 2002. Oikeuspsykiatria. Oikeuspsykiatrian tehtävä, kehitys ja osa-alueet. Teoksessa *Psykiatria*. Toim. Lepola, Ulla, Koponen, Hannu, Leinonen, Esa, Joukamaa, Matti, Isohanni, Matti sekä Hakola, Panu. WSOY. Porvoo, s. 294–308.

Helén, Ilpo 1994. Michel Foucault'n valta-analytiikka. Teoksessa *Sosiologisen teorian nykysuuntauksia*. Toim. Risto Heiskala. Gaudeamus, Tampere, s. 270–315.

Helsingin hallinto-oikeuden toimintakertomus 2007. Helsingin hallinto-oikeus, Helsinki.

Hemmi, Antti 1986. Tahdonvastaisesta hoidosta. Teoksessa *Suomen Psykiatriyhdistyksen kevään 1986 koulutuspäivien luentojulkaisu*. Toim. Avento, Veli-Pekka. *Psykiatria Fennican julkaisusarja*. Report No. 72. Psykiatrian tutkimussäätiö, Helsinki.

Hirvonen, Helena 2003. Hourukuuri mieleltänsä wiallisille. Suomalaista mielisairaanhoitoa 1800-luvun lopulta vuoteen 1930. Julkaisussa *Decursus morbi – taudin kulku. Näkökulmia terveyteen ja sairauteen keskiajalta nykyaikaan*. Pohjois-Karjalan historiallisen yhdistyksen vuosikirja 10. Toim. Hirvonen, Helena. Pohjois-karjalan historiallinen yhdistys, Joensuu, s. 115–129.

Hjerppe, Riitta 1988. Suomen talous 1860–1985. Kasvu ja rakennemuutos. Suomen Pankin julkaisuja. *Kasvututkimuksia XIII*. Valtion painatuskeskus, Helsinki.

Hjerppe, Riitta 1990. Kasvun vuosisata. Valtion painatuskeskus, Helsinki.

Husa, Jaakko ja Pohjolainen, Teuvo 1994. Julkisoikeuden kirjallisen työn laadintaopas. Ohjeita julkisoikeudellisen esseen, seminaariesitelmän ja pro gradu –työn laatijalle. Joensuun yliopiston julkisoikeuden opetusmonisteita N:o 2. Joensuun yliopiston monistuskeskus, Joensuu.

Husa, Jaakko 1997. Hermeneuttinen filosofia ja lainopin tieteenteoria. Julkaisussa *Lakimies, Suomalaisen Lakimiesyhdistyksen aikakauskirja 7/1997*. Suomalainen Lakimiesyhdistys, Vammala, s. 999–1031.

Huttunen, Matti 1999. Ajatuksia vapaudesta ja pakkohoidosta. Teoksessa Rajoitetaanko rajoittamista – Eristys ja lepositeet psykiatrisessa hoidossa. Toim. Kaltiala-Heino, Riittakerttu ja Välimäki, Maritta. Tampereen yliopisto, Terveystieteen laitos. Julkaisuja 2. Terveystieteen laitos, Tampere, s. 94–96.

Hynynen, Eeva 1999. Psykiatrisen sairaanhoitajan koulutusammatin kehittyminen psykiatrisen hoitotyön näkökulmasta. Teoksessa Mielenterveystyö ja opetus – matkalla kohti muutosta. Mielenterveystyön opettajat ja ylihoitajat ry. Toim. Linnainmaa, Pirjo, Innamaa, Marja ja Honkala, Leila. Kirjayhtymä Oy, Tampere, s. 9–27.

Joukamaa, Matti. 2002. Sosiaalipsykiatria. Teoksessa Psykiatria. Toim. Lepola, Ulla, Koponen, Hannu, Leinonen, Esa, Joukamaa, Matti, Isohanni, Matti sekä Hakola, Panu. WSOY. Porvoo, s. 281–293.

Jussila, Osmo 2004. Suomen suuriruhtinaskunta 1809-1917. Werner Söderström Osakeyhtiö, Helsinki.

Jyrkinen, Anna Riitta 2005. Mielisairaanhoito Kellokosken piirimielisairashoitolassa vuosina 1915–1918. Hoitolan ensimmäisten potilaiden dokumentteihin perustuva analyysi. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 120. Kuopion yliopisto, Kuopio.

Kaila, Martti 1966. Psykiatrian historia. Lääketieteen yleiskehityksen ja kulttuurihistorian valossa. Werner Söderström Osakeyhtiö. Porvoo.

Kaivosoja, Matti, Mannila, Marita ja Rannankari, Susanna 1994. Pakotusta? Alaikäisten pakkoauttaminen mielenterveystyössä ja lastensuojelussa vuosina 1991–93. Välikapitoli 2. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1994:11. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Kaivosoja, Matti 1996. Pakko auttaa. Tutkimus mielenterveyslain säätämisen heijastumisesta alaikäisten pakkoauttamiskäytäntöihin vuosina 1991–1993. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1996:2. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Kaltiala-Heino, Riittakerttu 1995. Involuntary Psychiatric Hospitalization. A Comparison of Voluntarily and Involuntarily Admitted Psychotic Patients, their Experiences of and Attitude to Coercion in Psychiatry. Acta Universitatis Tamperensis ser A vol. 466, Vammala.

Kaltiala-Heino, Riittakerttu 1999. Eristys ja lepositeet psykiatrisessa hoidossa. (Stakesille annettu asiantuntijalausunto) Teoksessa Mielen valtaa. Psykiatrian lukemisto. Toim. Taipale, Ilkka. Mielenterveyden keskusliitto ry, Vantaa, s. 107–118. (kirjoitus on julkaistu myös Riittakerttu Kaltiala-Heinon ja Maritta Välimäen toimittamassa julkaisussa Rajoitetaanko rajoittamista – Eristys ja lepositeet psykiatrisessa hoidossa).

Kaltiala-Heino, Riittakerttu ja Välimäki, Maritta 1999. Esipuhe. Teoksessa Rajoitetaanko rajoittamista – Eristys ja lepositeet psykiatrisessa hoidossa. Toim. Kaltiala-Heino, Riittakerttu ja Välimäki, Maritta. Tampereen yliopisto, Terveystieteen laitos. Julkaisuja 2. Terveystieteen laitos, Tampere, s. 1–3.

Kaltiala-Heino, Riittakerttu 2003. Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito. Mitä mielenterveyslain käsite vakava mielenterveyden häiriö alaikäisillä tarkoittaa? Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:7. Helsinki.

Karonen, Petri 2001. Pohjoinen suurvalta. Ruotsi ja Suomi 1521–1809. Werner Söderström Osakeyhtiö, Helsinki.

Kaukiainen, Yrjö 1980. Kehitysmää-Suomi. Teoksessa Suomen taloushistoria 1. Agraarinen Suomi. Toim. Jutikkala, Eino, Kaukiainen, Yrjö ja Åström, Sven-Erik. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki, s. 484–487.

Kekkonen, Jukka 1987. Merkantilismista liberalismiin. Oikeushistoriallinen tutkimus elinkeinovapauden syntytaustasta Suomessa vuosina 1855–1879. Suomalaisen Lakimiesyhdistyksen julkaisuja A-sarja N:o 172. Suomalainen Lakimiesyhdistys, Vammala.

Kekkonen, Jukka 1988. Mitä oikeushistoria on? Jukka Kekkonen väitöstilaisuudessa 28.3.1987 pitämä lectio praeursoria. Julkaisussa Lakimies, Suomalaisen lakimiesyhdistyksen vuosikirja 4/1988. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, s. 355–360.

Kekkonen, Jukka 1996. Kriisit, valta ja oikeus. Näkökulmia oikeushistoriaan. Lakimiesliiton kustannus. Helsinki.

Kekkonen, Jukka 1997a. Oikeustieteen ajallisuus. Julkaisussa Lakimies, Suomalaisen Lakimiesyhdistyksen aikakauskirja 3/1997. Suomalainen Lakimiesyhdistys, Vammala, s. 393–398.

Kekkonen, Jukka 1997b. Oikeudellisen muutoksen tutkimisesta – minun metodini. Teoksessa Minun metodini. Toim. Häyhä, Juha. Werner Söderström Lakitieto Oy. Porvoo, s. 131–150.

Kekkonen, Jukka 1998. Suomen oikeuskulttuurin suuri linja 1898–1998. Teoksessa Suomen oikeuskulttuurin suuri linja. Suomalainen lakimiesyhdistys 100 vuotta. Suomalaisen Lakimiesyhdistyksen julkaisuja C-sarja N:o 32. Toim. Suomalainen Lakimiesyhdistys, Historiatoimikunta. Suomalainen Lakimiesyhdistys, Vammala, s. 1–183.

Kekkonen, Jukka 1999. Suomen oikeuden historiallisia kehityslinjoja. Helsingin yliopiston oikeustieteellisen tiedekunnan julkaisut. Helsinki.

Kekkonen, Jukka 2002. Johdatus kontekstuaaliseen oikeushistoriaan. Helsingin yliopiston oikeustieteellisen tiedekunnan julkaisuja. Helsinki.

Kinnunen, Lyyli 1950. Mielisairaanhoito. Teoksessa Mielitaudit – Mielisairaanhoito. Toim. Kaila, Martti ja Kinnunen, Lyyli. Werner Söderström Osakeyhtiö, Porvoo, s. 1–170.

Klami, Hannu Tapani 1977. Oikeushistorian tutkimusmetodeista. Teoksessa Oikeushistoriallisia tutkielmia I. Toim. Klami, Hannu Tapani. Turun yliopiston offsetpaino. Turku, s. 3–51.

Klami, Hannu Tapani 1980. *Anti-Legalism – Five Essays in the Finalistic Theory of Law*. Publications of the University of Turku.

Klami, Hannu Tapani 1983. *Ihmisen säännöt. Tutkimus oikeuden olemuksesta, synnystä ja toiminnasta*. Turun yliopiston offsetpaino. Turku.

Klami, Hannu Tapani 1993. 1 § Johdanto. Teoksessa *Johdatus Suomen oikeusjärjestelmään*. Nide 1. Yksityisoikeus. Toim. Timonen, Pekka. Lakimiesliiton Kustannus, Jyväskylä, s. 1–61.

Koivisto, Terttu 1999. Miten eristämistä voi yrittää välttää? Teoksessa *Rajoitetaanko rajoittamista – Eristys ja lepositeet psykiatrisessa hoidossa*. Toim. Kaltiala-Heino, Riittakerttu ja Välimäki, Maritta. Tampereen yliopisto, Terveystieteen laitos. Julkaisuja 2. Terveystieteen laitos, Tampere, s. 58–67.

Kosonen, Pekka 1987. Hyvinvointivaltion haasteet ja pohjoismaiset mallit. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia 48. Sosiaalipoliittinen yhdistys, Vastapaino, Mänttä.

Kotkas, Toomas 1999. Kolme näkökulmaa oikeushistorian tutkimukseen – rakenteita, aatteita vai molempia? Julkaisussa *Oikeus* 1999:4. Suomen Demokraattiset Lakimiehet & Oikeus- ja yhteiskuntatieteellinen yhdistys, Helsinki, s. 337–352.

Kotkas, Toomas 2003. ”Suosiosta ja armosta” Tutkimus armahdusoikeuden historiasta autonomian ajan Suomessa. Suomalaisen Lakimiesyhdistyksen julkaisuja nro 245. Jyväskylä.

Kuisma, Jukka 1999. Eristäminen väkivallan ennaltaehkäisyinä. Teoksessa *Rajoitetaanko rajoittamista – Eristys ja lepositeet psykiatrisessa hoidossa*. Toim. Kaltiala-Heino, Riittakerttu ja Välimäki, Maritta. Tampereen yliopisto, Terveystieteen laitos. Julkaisuja 2. Terveystieteen laitos, Tampere, s. 68–73.

Laitinen, Jorma 1989. Mielisairauden analogiamalli. Julkaisussa *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 4/1989. Sosiaalilääketieteen yhdistys ry, Tampere, s. 221–230.

Lankinen, Sakari ym. 2005. Rikos- ja mielenterveyslain yhteensovittaminen. Kriminaalipotilaita koskevat säännökset. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005:20. Helsinki.

Lehtonen, Lasse 2003. *Terveydenhuollon ammattihenkilön salassapitovelvollisuus*. Suomalaiset oikeusjulkaisut, Helsinki.

Lepola, Ulla, Koponen, Hannu, Leinonen, Esa, Joukamaa, Matti, Isohanni, Matti, Hakola, Panu 2002. Johdanto. Teoksessa *Psykiatria*. Toim. Lepola, Ulla, Koponen, Hannu, Leinonen, Esa, Joukamaa, Matti, Isohanni, Matti sekä Hakola, Panu. WSOY. Porvoo, s.7–8.

Letto-Vanamo, Pia 1997. Miten ymmärtää mennyttä oikeutta. Teoksessa *Ymmärtäminen ja oikeudellinen vastuu*. Toim. Takala, Jukka-Pekka ja Nuotio, Kimmo. Oy Edita Ab, Helsinki, s. 13–30.

Lohiniva-Kerkelä, Mirva 2004 (3. uudistettu painos). Terveydenhuollon juridiikka. Talentum, Jyväskylä.

Lönnqvist, Jouko 1999. Potilaan tutkiminen ja mielenterveydenhäiriöiden luokittelu. Teoksessa Psykiatria. Toim. Lönnqvist, Jouko, Heikkinen, Martti, Henriksson, Markus, Marttunen, Mauri ja Partonen, Timo. Kustannus Oy Duodecim, Jyväskylä, s. 19–49.

Mattila, Eija 2002. Miten ohjata mielen kuntoutujaa? Yksityinen mielenterveystyön hoito- tai palvelukoti kehittyvänä pienyhteisönä. Helsingin yliopiston Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 179. Yliopistopaino, Helsinki.

Mattila, Markku 1999. Kansamme parhaaksi. Rotuhygieniä Suomessa vuoden 1935 sterilointilakiin asti. *Bibliotheca historica* 44. Suomen Historiallinen Seura, Helsinki.

Mikkola, Matti 1992 (2. painos). Sosiaalilainsäädännön kehitys – Sarja hallitsemattomia rakennemuutoksia. Teoksessa Suomen oikeushistorian pääpiirteet. Sukuvallasta moderniin oikeuteen. Toim. Pia Letto-Vanamo. Oy Gaudeamus Ab, Jyväskylä, s. 202–242. (Lyhennetty ja muokattu artikkeli *Sosiaalisesta aikakauskirjasta* 5/6 1987.)

Mikkola, Matti, Pietiläinen, Seppo ja Valpola, Olli 2002. Suomalainen toimeentuloturva. Kustantaja Legisacrio Oy, Helsinki.

Mäenpää, Olli 2003. Hallintolaki ja hyvän hallinnon takeet. *Edita Prima*, Helsinki.

Narikka, Jouko 2006. Sosiaali- ja terveystalouden ala – Viranomaisjärjestelmä ja palvelujen järjestäminen. Teoksessa Sosiaali- ja terveystalouden lainsäädäntö käytännössä. Toim. Narikka, Jouko. Tietosanoma, Pieksämäki, s. 29–80.

Niemelä, Heikki 1993. Suomen sosiaaliturvajärjestelmien synty 1945–1990. Teoksessa Hyvinvointivaltio ja historian oikut. Toim. Haapala, Pertti. Työväen historian ja perinteen tutkimuksen seura. Väki voimakas 6, Tampere, s. 88–110.

Nieminen, Liisa 2007. Lasten perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen Suomessa. Teoksessa Lapsiasiavaltuutetun toimintakertomus vuodelta 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:33. Sosiaali- ja terveysministeriö, Lapsiasiavaltuutettu. Helsinki, s. 66–71.

Nummela, Ilkka 1999. Muuttuva Suomi. Teoksessa Historiaa tutkimaan. Toim. Tiainen, Jorma ja Nummela, Ilkka. Atena Kustannus Oy, Jyväskylä, s. 135–145.

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

Ojanen, Markku 1987. Mielisairaalapotilaisiin kohdistuvat asenteet. Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallinen kehittämisohjelma. Julkaisu nro 4. *Psykiatria Fennican julkaisusarja*; report no. 76. Psykiatrian tutkimussäätiö, Helsinki.

Paaso, Ilpo 2001. Potilaan tiedonsaantioikeus terveydenhuollossa. WSOY, Vantaa.

Paasto, Päivi 1994. Omistuskäsitteistön rakenteesta. Tutkimus jaetun omistuksen mahdollisuudesta ja merkityksestä omistuskäsitteistössä 1700-luvun lopulle tultaessa. Turun yliopiston julkaisuja sarja C osa 101. Turun yliopisto, Vammala.

Paasto, Päivi 1997. Oikeustieteen ajallisuudesta. Julkaisussa Lakimies, Suomalaisen Lakimiesyhdistyksen aikakauskirja 3/1997. Suomalainen Lakimiesyhdistys, Vammala, s. 378–392.

Paasto, Päivi 2004. Omistuksen juuret. Omistusoikeuden perustelua koskeva oppihistoriallinen tutkimus. Suomalainen Lakimiesyhdistys, Helsinki.

Pahlman, Irma 2003. Potilaan itsemääräämisoikeus. Edita, Helsinki.

Pekkarinen, Jukka, Vartiainen, Juhana, Väisänen, Jarmo ja Åkerholm, Johnny 1984. Suomalainen finanssipolitiikka ja kysynnän säätely. Teoksessa Sata vuotta suomalaista kansantaloustiedettä. Kansantaloudellinen yhdistys 1884–1984. Toim. Koskenkylä, Heikki, Pekkarinen, Jukka, Räikkönen, Antti ja Vartia, Pentti. Kansantaloudellinen yhdistys, Vammala, s. 207–251.

Pesonen, Niilo 1980. Terveiden puolesta – sairautta vastaan. Terveiden- ja sairaanhoito Suomessa 1800- ja 1900-luvuilla. Werner Söderström Osakeyhtiö, Porvoo.

Pihlajamäki, Heikki 1997. Evidence, Crime and the Legal Profession. The Emergence of Free Evaluation of Evidence in the Finnish Nineteenth-Century Criminal Procedure. Institutet för rättshistorisk forskning grundat av Gustav och Carin Olin. Lund. (Työssä käytetty versio on monistennäköinen, kyseisestä teoksesta, painettu kirja vasta väitöstilaisuuden jälkeen).

Piirainen, Veikko 1958. Kylänkierrolta kunnalliskotiin. Savon ja Pohjois-Karjalan maaseudun vaivashoitotoiminta vaivashoidon murroskautena 1800-luvun jälkipuoliskolla. Historiallisia tutkimuksia 49. Suomen Historiallinen Seura, Forssa.

Pulma, Panu 1991. Mielisairaalan sosiaalisesta asemasta 1700–1800-luvuilla. Teoksessa Mielisairaalan sosiaalinen asema. Toim. Salo, Jyrki ja Taipale, Ilkka. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, s. 144–149.

Pulma, Panu 1994. Vaivaisten valtakunta. Teoksessa Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva. Suomalaisten sosiaalisen turvan historia. Sosiaaliturvan kirjallisuus. Sarja sosiaalipolitiikka, sosiaaliturva I. Toim. Jaakkola, Jouko, Pulma, Panu, Satka, Mirja ja Urponen, Kyösti. Sosiaaliturvan Keskusliitto, Jyväskylä, s. 15–70.

Pylkkänen, Kari 2000. Psykiatrian palvelujärjestelmät Suomessa. Teoksessa Psykiatria. Toim. Lönnqvist, Jouko, Heikkinen, Martti, Henriksson, Markus, Marttunen, Mauri ja Partonen, Timo. Kustannus Oy Duodecim, Jyväskylä, s. 675–711.

Rantanen, Päivi 1999. Pakkotoimet lastenpsykiatriassa ja nuorisopsykiatriassa hoidossa. Teoksessa Rajoitetaanko rajoittamista – Eristys ja lepositeet psykiatriassa hoidossa. Toim.

Kaltiala-Heino, Riittakerttu ja Välimäki, Maritta. Tampereen yliopisto, Terveystieteen laitos. Julkaisuja 2. Terveystieteen laitos, Tampere, s. 44–54.

Renvall, Pentti 1962. Ruotsin vallan aika. Teoksessa Suomen kansanedustuslaitoksen historia I. Suomen kansanedustustuksen vaiheet 1850-luvun puoliväliin. Toim. Salervo, Olavi, Renvall; Pentti, Krusius-Ahrenberg, Lolo, Nurmio, Yrjö, Tarkiainen, Tuttu ja Tuominen, Uuno. Eduskunnan historiakomitea, Helsinki.

Rintala, Taina 1995. Medikalisaatio ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakentuminen 1946–1991. Stakes, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 1995. Tutkimuksia 54. Saarijärvi.

Salo, Markku 1996. Sietämisestä solidaarisuuteen. Mielisairaalariformit Italiassa ja Suomessa. Vastapaino, Tampere.

Salokangas, Raimo, K. R. 1988. Terveystieteen resurssien priorisointi eettisenä ongelmana – Psykiatrian näkökulma. Julkaisussa Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 3/1988. Sosiaalilääketieteen yhdistys ry, Tampere, s. 235–240.

Salokangas, Raimo, K. R., Stengård, Eija ja Perälä, Keijo 1991. Omaisen arkipäivää. Tutkimus psykiatristen potilaiden omaisista ja heidän kokemuksistaan. Mielenterveystutkimusyksikkö – Kansanterveystieteen laitos – Tampereen yliopisto. Psykiatristen potilaiden omaiset ry., Tampere.

Salovaara, Inkeri, Immonen, Sirkku ja Tyybäkinen, Mauri 1997. Koppiin ja kahleisiin? Psykiatrisen potilaan eristäminen laitoksissa. Mielenterveyden Keskusliitto ry., Vantaa.

Sarvilinna, Atso 1938. Mielisairaanhoidon kehityksestä Suomessa vuoteen 1919. Vakka-Suomen Kirjapaino, Uusikaupunki.

Satka, Mirja 1994. Sosiaalinen työ peräänkatsojamiehestä hoivayrittäjäksi. Teoksessa Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva. Suomalaisen sosiaalisen turvan historia. Sosiaaliturvan kirjallisuus. Sarja sosiaalipolitiikka, sosiaaliturva I. Toim. Jaakkola, Jouko, Pulma, Panu, Satka, Mirja ja Urponen, Kyösti. Sosiaaliturvan Keskusliitto, Jyväskylä, s. 261–330.

Shorter, Edward 1997. A History of Psychiatry. From the Era Asylum to the Age of Prozac. John Wiley & Sons, Inc. USA.

Shorter, Edward 2005. Psykiatrian historia. Teoksen suomennos Salomaa, Eila. Mielenterveyden keskusliitto, Helsinki.

Siltala, Raimo 2001. Johdatus oikeusteoriaan. Helsingin yliopiston oikeustieteellisen tiedekunnan julkaisuja. Helsinki.

Siltala, Raimo 2003. Oikeustieteen tieteenteoria. Suomalaisen Lakimiesyhdistyksen julkaisuja nro 234. Vammala.

Simola, Heikki 1988. Maamme terveydenhuollon viimeaikainen kehitys ja psykiatria. Teoksessa Psykiatria 1980-luvulla. Mielisairaalan Liitto 60 vuotta. Mielisairaalan Liitto, Hämeenlinna.

Sintonen, Harri 2006. Mielenterveyspalvelut. Teoksessa Sosiaali- ja terveyspalvelujen lainsäädäntö käytännössä. Toim. Narikka, Jouko. Tietosanoma. Pieksämäki, s. 480–492.

Skitsofreniaprojekti 1981–1987 1988. Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämisohjelman loppuraportti. Lääkintöhallituksen opassarja nro 4. Lääkintöhallitus, Mielisairaalan Liitto ja Sairaalaliitto. Valtion painatuskeskus, Helsinki.

Sosiaalihuolto 1990. Pakosta pois – Sosiaalihuollon pakkokeinoja selvittäneen työryhmän muistio 4/1990. Sosiaalihuollon raporttisarja. Sosiaalihuolto, Helsinki.

Sosiaalipsykiatria 1989. Toim. Lehtinen, Ville, Alanen, Yrjö, O., Anttinen, Erik, E., Eerola, Kaija, Lönnqvist, Jouko, Pylkkänen, Kari ja Taipale, Vappu. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Suomen tilastollinen vuosikirja 1946–47 1948. Tilastollisen päätoimiston julkaisema. Valtioneuvoston kirjapaino, Helsinki.

Suonoja, Kyösti 1992. Kansalaisten parhaaksi – yhteistuntoa ja politiikkaa. Sosiaali- ja terveysministeriö 1939–1992. Teoksessa Suuriruhtinaskunnasta hyvinvointivaltioon. Sosiaali- ja terveysministeriö 75 vuotta. Toim. Haatanen, Pekka ja Suonoja, Kyösti. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki, s. 323–704.

Suutala, Heikki 1999. Pakkotoimet ja ihmisoikeudet Euroopassa. Teoksessa Rajoitetaanko rajoittamista – Eristys ja lepositeet psykiatrisessa hoidossa. Toim. Kaltiala-Heino, Riittakerttu ja Välimäki, Maritta. Tampereen yliopisto, Terveystieteen laitos. Julkaisuja 2. Terveystieteen laitos, Tampere, s. 5–12.

Tallberg, Marianne 1997. Historiantutkimusmenetelmä. Teoksessa Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Toim. Paunonen, Marita ja Vehviläinen-Julkunen, Katri. WSOY. Juva, s. 187–204.

Tolonen, Hannu 1992. Menneet ja nykyiset käsitteet oikeuden ja yhteiskunnan aatehistoriassa. Julkaisussa Oikeus 1992:2. Suomen Demokraattiset Lakimiehet & Oikeus- ja yhteiskuntatieteellinen yhdistys, Helsinki, s. 126–144.

Tommila, Päiviö 1999. Suuri adressi. WSOY, Helsinki.

Tuohimäki, Carita 2007. The use of coercion in the Finnish civil psychiatric inpatients. A part of the Nordic project Paternalism and Autonomy. Oulu University Press. Oulu.

Tuori, Kaarlo 1997. Oikeustieteen ajattomuus. Julkaisussa Lakimies, Suomalaisen lakimiesyhdistyksen aikakauskirja 3/1997. Suomalainen Lakimiesyhdistys, Vammala, s. 399–408.

Tuori, Kaarlo 2004 (3. uudistettu painos). Sosiaalioikeus. WSOY, Porvoo.

Turun hallinto-oikeuden vuosikertomus 2007. Turun hallinto-oikeus, Turku.

Urponen, Kyösti 1994. Huoltoyhteiskunnasta hyvinvointivaltioon. Teoksessa Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva. Suomalaisten sosiaalisen turvan historia. Sosiaaliturvan kirjallisuus. Sarja sosiaalipolitiikka, sosiaaliturva I. Toim. Jaakkola, Jouko, Pulma, Panu, Satka, Mirja ja Urponen, Kyösti. Sosiaaliturvan Keskusliitto, Jyväskylä, s. 163–260.

Wagner-Prenner, Marianne 2000. Syyntakeisuus ja mielentila. Lakimiesliiton kustannus, Helsinki.

Wrede, Rabbe Axel 1963 (neljäs, uusittu painos). Suomen oikeus- ja yhteiskuntajärjestys. Suomentaneet Kahanpää, Hjalmar ja Kaira, Kaarlo. Suomalaisen Lakimiesyhdistyksen julkaisuja B-sarja N:o 7, Porvoo.

Ylikangas, Heikki 1978. Oikeus historiallisena ilmiönä. Suomen Lakimiesliiton kustannus Oy, Vammala.

Ylikangas, Heikki 1979. Näkökulmia historiantutkimukseen. Oikeuden yleistieteiden laitoksen julkaisuja 2. Helsingin yliopisto, Helsinki.

Ylikangas, Heikki 1983 (kolmas painos). Miksi oikeus muuttuu. Laki ja oikeus historiallisen kehityksen osana. Werner Söderström Osakeyhtiö, Juva.

Ylikangas, Heikki 1987. Käännekohtat Suomen historiassa. Pohdiskeluja kehityslinjoista ja niiden muutoksista uudella ajalla. Werner Söderström Osakeyhtiö, Juva.

Internetlähteet

Edustajamatrikkeli: kansanedustajat 1907–2007

<http://www.eduskunta.fi/thwfakta/hetekau/hex/hxent.htm>. Luettu 2.5.2008.

Euroopan sosiaalinen peruskirja 1991.

<http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1991/19910044>. Luettu 15.4.2008.

Mielenterveystyön historian merkkipaaluja – PDF-tidosto. Laatinut lääkintöneuvos, projektiasiantuntija Pauli Poutanen. Esitetty Suomen Psykiatriyhdistyksen Mielenterveystyön johtamisen kurssilla V 30.1.2003, Tuohilampi. Ks. GOOGLE -haku: Mielenterveystyön historian merkkipaaluja. (sivun internet-osoite ei toimi suoraan) Luettu 22.2.2008.

Stakes, Valtion tilintarkastajien raportti. Luettu 27.2.2008.

<http://info.stakes.fi/mielekaselama/FI/toimijoita/valtilta.htm>

Stoor, Håkan 2007. Tahdosta riippumattomaan hoitoon toimittaminen ja pakkotoimet laillisuusvalvonnan näkökulmasta. Stakes 23.3.2007: Pakkoseminaari – työkokous tahdosta riippumattomasta hoidosta ja pakkotoimista.

<http://groups.stakes.fi/MTR/FI/julkaisut/seminaariesitykset/pakkoseminaari.htm>. Kohdasta valitaan Håkan Stoorin esitys. Luettu 24.4.2008.

Tuori, Timo 2007. Katsaus tahdosta riippumattomaan hoitoon ja pakkotoimiin psykiatrisessa sairaalahoidossa Suomessa. Pakkoseminaari – 23.3., 20.4. ja 25.9.2007. <http://groups.stakes.fi/MTR/FI/julkaisut/seminaariesitykset/pakkoseminaari.htm>. Kohdasta valitaan Timo Tuorin esitys. Luettu 5.5.2008.

Uudistettu Euroopan sosiaalinen peruskirja 2002.

<http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/2002/20020080>. Luettu 15.4.2008.

Vankien mielenterveyspalvelut Rikosseuraamusviraston määräys 13/011/2006. 8.9.2006. <http://www.rikosseuraamus.fi/37236.htm>. Luettu 24.4.2008.

Muut lähteet

Prejudikaattien käyttö oikeustieteellisen tutkimuksen lähdeaineistona – seminaari. 21.4.2008. Joensuun yliopisto, Kauppa- ja oikeustieteiden tiedekunta.

Puhelinkeskustelu vastuualuejohtaja (akuuttipsykiatria), ylilääkäri Klaus Lehtisen, Pitkänieni, Tampere, kanssa 2.11.2007.

Puhelinkeskustelu johtava lääkäri, ylilääkäri Eila Tiihosen, Niuvanniemi, Kuopio, kanssa 2.11.2007.

Siltala, Juha 2007. Luento: ”Työelämän huonontuminen mielenterveyden haasteena”. AUVO-projektin päätösseminaari 13.12.2007. Joensuu.

Lyhenteet

EAOA	eduskunnan apulaisoikeusasiamies
EOA	eduskunnan oikeusasiamies
EV	eduskunnan vastaus
HE	hallituksen esitys
KHO	korkein hallinto-oikeus
KM	komiteanmietintö
LHtM	Lääkintöhallituksen työryhmien mietintöjä
Stakes	Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus
StVM	sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintö
TaVM	talousvaliokunnan mietintö
Toiv. al.	toivomusaloite
VmTM	virkamiestyöryhmän muistio
vp.	valtiopäivät