

Teologinen tiedekunta
Helsingin yliopisto

SUOMALAINEN MIELENTERVEYSPOLITIikka

**JULKISEN VALLAN OHJAUS MIELENTERVEYDEN
HÄIRIÖÖN SAIRASTUNEIDEN IHMISOIKEUKSIEN
TURVAAMISEKSI**

Karoliina Ahonen

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

joka Helsingin yliopiston teologisen tiedekunnan suostumuksella esitetään
julkisesti tarkastettavaksi Helsingin yliopiston Metsätalo-rakennuksen salissa 1
perjantaina 10. päivänä tammikuuta 2020 klo 12

Helsinki 2019

ISBN 978-951-51-5670-9 (nid.)
ISBN 978-951-51-5671-6 (PDF)

Unigrafia
Helsinki 2019

TIIVISTELMÄ

Asiasanat: mielenterveyspolitiikka, ihmisoikeudet, mielenterveyden häiriöt, julkinen valta, palvelujärjestelmä, toimijuus

Suomalainen mielenterveyspolitiikka – julkisen vallan ohjaus mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmisoikeuksien turvaamiseksi. Karoliina Ahonen, Helsingin yliopisto.

Mielisairaaloita ryhdyttiin purkamaan Suomessa 1980-luvulla kansainvälisen esimerkin mukaan. Mielenterveyden häiriöiden hoitamista koskevan muutoksen taustalla vaikutti monia erilaisia ajattelusuuntauksia ja niitä heijastavia tavoitteita. Näistä muodostui poliittinen päätös sairaalainstituutioiden purkamiseksi, joka perusteltiin vakavasti sairaiden kansalaisten ihmisoikeuksien vahvistamisella.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on ollut tarkastella suomalaisen mielenterveyspolitiikan muodostumista sairaaloiden lakkauttamisen jälkeen ja selvittää, miten julkinen valta on mielenterveystyötä ohjattaessaan pyrkinyt turvaamaan kansalaisten perus- ja ihmisoikeudet. Olen rajannut tutkimukseni koskemaan vakavasti ja pitkäaikaisesti sairaita kansalaisia, jollaisten katsottiin aiemmin tarvitsevan sairaalahoitoa. Vahvistuivatko heidän ihmisoikeutensa tavoitteiden mukaisesti sairaaloiden lakkauttamisen myötä?

Tutkimusongelman ratkaisemiseksi muotoilin viisi tutkimuskysymystä: 1) Mitä on ollut poliittinen ohjaus, jonka varassa suomalaista mielenterveyspolitiikkaa on harjoitettu? 2) Mitä arvoja ja normeja poliittisen ohjauksen asiakirjat sisältävät? 3) Miten mielenterveystyö on ymmärretty ja hahmotettu poliittisissa asiakirjoissa, mitä tavoitteita sille on asetettu ja mihin suuntaan ohjausasiakirjat ovat kehittäneet mielenterveystyötä? 4) Mitkä näkökulmat on jätetty poliittisissa asiakirjoissa vähälle huomiolle tai huomiotta? 5) Kuinka suomalainen mielenterveyspolitiikka on vaikuttanut mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmis- ja perusoikeuksien toteutumiseen?

Tutkimusmetodini on ollut systemaattinen käsiteanalyysi. Mielenterveyspolitiikka on hahmottunut, kun olen kartoittanut aineistossa esiintyviä keskeisiä käsitteitä ja asiakirjoihin kirjattuja tavoitteita ja keinoja. Lisäksi olen käsitteitä, tavoitteita ja keinoja kartoittamalla tunnistanut kirjausten taustalla vaikuttaneita ajattelumalleja ja yhteiskunnallisia paradigmoja. Olen analysoinut niiden kehittymistä neljän vuosikymmenen aikana ja niiden vaikutuksia edelleen politiikka-asiakirjojen käsiteistöön, tavoitteisiin ja keinoihin. Kokonaisuksena mielenterveystyön kehittymisestä sairaaloiden lakkauttamisen jälkeen ihmisoikeuksien toteutumisen näkökulmasta ei ole aiemmin tehty. Ylipäätään suomalaisen yhteiskuntajärjestelmän

tutkiminen ihmisoikeusnäkökulmasta on ollut liian vähäistä, jotta voisimme aidosti ymmärtää vallitsevan järjestelmän luomia hyvän elämän toteutumisen ehtoja.

Tutkimuskirjallisuus jakaantui metodini ohjaamana kahteen osaan; aineistoon ja lähteisiin. Aineistona olivat julkisen vallan ohjausasiakirjat, joissa kuvattuja tavoitteita, ilmiöitä ja ideoita tutkin erilaisten tutkimusten avulla, joista muodostui tämän tutkimuksen lähdekirjallisuus.

Suomessa ei ole vielä koskaan muotoiltu varsinaista mielenterveyspolitiikkaa. Tutkimus alkaa siksi tutkimuksen kannalta keskeisten tieteenalojen ja yhteiskunnallisten ohjausmekanismien pääparadigmojen esittelyllä. Näin voi saada käsityksen tekijöistä, joiden varaan mielenterveyspolitiikka voidaan muotoilla. Toisessa luvussa tarkastelin kansainvälisiä ihmisoikeussopimuksia ja Suomen perustuslakia julkista valtaa velvoittavasta näkökulmasta tuodakseni esiin eksplitsiittiset tavoitteet, joita poliittisessa päätöksenteossa on asetettu kansalaisten mielenterveyden edistämiseksi ja hoitamiseksi. Luvuissa 3–6 tarkastelin mielenterveyspolitiikan muotoutumista terveystieteiden, dehospitalisaation, NPM-johtamisopin, kannustamisen, medikalisaation, järjestökansalaisuuden, yhteiskunnallisen hallinnan, ennaltaehkäisevän ja terveyttä edistävän työn, stigmatisaation, kokemusasiantuntijuuden sekä terapeuttisen kulttuurin paradigmojen avulla.

Luvussa seitsemän käytiin toiminnan ja toimintamahdollisuuksien teorioita analysoidakseni vakavasti sairaan kansalaisen mahdollisuuksia saada apua mielenterveyspolitiikan seurauksena rakentuneesta palvelujärjestelmästä, ja luvun lopussa esittelin palvelujärjestelmän kehittämiseen keskittyneen mielenterveyspolitiikan seuraukset vakavasti sairaiden ihmisoikeuksien toteutumisen näkökulmasta.

Tutkimalla tällä tavoin mielenterveyspoliittisten kysymysten ohjaamista Suomessa 1970-luvulta nykypäivään, olen tehnyt seuraavat huomiot:

1. Ensimmäisissä mielenterveyspolitiikkaa ohjaavissa asiakirjoissa käytetään vakavasti sairaiden ihmis- ja perusoikeuksien turvaamista kuvaavia käsitteitä, oikeudet asetetaan tavoitteeksi ja muotoillaan keinoja niiden takaimiseksi. Seuraavilla vuosikymmenillä muotoilluissa asiakirjoissa tällaisia tavoitteita ei enää aseteta, vaan tarkastelunäkökulma suppenee.
2. Mielenterveyspolitiikan painopiste siirtyi jo mielenterveystyön kehittämisen alkuvaiheessa vakavasti sairaiden ihmis- ja perusoikeuksien turvaamisesta koko väestön mielenterveyden ja hyvinvoinnin hallintaan. Poliittisen ohjauksen kohde muuttui.
3. Suomalainen mielenterveyspolitiikka on keskeisesti terveyden edistämiseen, ennaltaehkäisemiseen ja hoidon kehittämiseen keskittyvää hyvinvointivaltion politiikkaa. Palvelujärjestelmän kehittämistä ja sairauksien ennaltaehkäisyä on pidetty lähes ainoana keinona toteuttaa tätä päämäärää. Koska tavoitteet ovat olleet laajat ja luonteeltaan abstraktit, tehokkaan poliittisen ohjauksen muotoileminen niiden saavuttamiseksi on ollut mahdotonta.

4. Vakavasti sairaiden ihmis- ja perusoikeuksia ei ole onnistuttu turvaamaan palvelujärjestelmään keskittyneen kehittämistyön avulla. Kehittämistyössä käytettyjen asiakirjojen käsitteet ja niihin sidoksissa olevat paradigmat ovat pikemminkin suunnanneet huomiota pois ihmis- ja perusoikeuksien toteutumisen kannalta tärkeistä kysymyksistä.
5. Hyvin voimisen ja ennaltaehkäisemisen eetos on ohjannut huomiota pois vakavasti sairaiden aseman kohentamisesta. Julkisen vallan määrittelemän hyvän elämän ja palvelujärjestelmän kehittämiseen keskittyneen mielen-terveystyön ohjauksen vaikutuksesta vakavasti sairaat ihmiset unohtuivat avohoidon näennäisosallisuutta tuottaviin palvelumuotoihin.

Suomalaisessa mielenterveyspolitiikassa ei ole hahmoteltu tavoitteita tai keinoja vakavasti sairaiden ihmis- ja perusoikeuksien turvaamiseksi. Niitä ei ole kirjattu terveystyön tavoitteisiin eikä myöhemmin muotoiltuun ihmisoikeuspolitiikkaan. Ainoa ihmisoikeuksien turvaamista edustava eksplisiittinen tavoite tarkastelemisani ohjausasiakirjoissa on ollut stigmatisaation vastainen työ. Stigmatisaatio- ja asenneretoriikalla sivuutetaan kuitenkin se tosiasia, että hyvinvointivaltiossa on ihmisiä, joiden ihmis- ja perusoikeuksien toteutumista ei suojata samalla tavalla kuin muiden kansalaisten oikeuksien toteutumista. Erilaisten ihmisten suvaitsemisesta ja ennakkoluulojen kitkemisestä puhuminen sen sijaan, että keskityttäisiin turvaamaan heikossa asemassa olevien ihmisoikeuksia, siirtää huomion pois perusoikeuksista, jotka perustuslain mukaan kuuluvat jokaiselle kansalaiselle.

ABSTRACT

Key words: Mental health policy, human rights, mental disorders, public authority, service systems, agency

Finnish Mental Health Policy – Public Authority Governance in Protecting the Human Rights of Those with Mental Health Disorders. Karoliina Ahonen, University of Helsinki.

Following international examples, Finland began to dismantle psychiatric hospitals in the 1980s. Changes relating to the treatment of mental health disorders were influenced by many different ideas and objectives influenced by them. These trends led to a political decision to dismantle hospital institutions, which was justified as strengthening the human rights of the seriously ill.

The aim of this research is to examine the development of Finnish mental health policy after the dismantling of the psychiatric hospitals, as well as to examine how public authority, in carrying out its mental health responsibilities, has sought to secure the fundamental and human rights of its citizens. The research focuses only on seriously and chronically ill citizens, those who would have been classified as needing hospitalized care before the dismantling of such care. Thus, the aim of the research is to answer the following research question: Have the human rights of these citizens been strengthened by the dismantling of hospitalized care, as per the objective behind the decision to end such care?

In order to examine the research problem in more depth, the following five research questions were formulated: 1) What has been the political governance guiding the implementation of Finnish mental health policies? 2) What values and norms do the mental health policy governance documents contain? 3) How is mental health work understood and perceived in such mental health policy documents, what objectives do they set, and in which direction have they steered the development of mental health practices? 4) Which mental health-related aspects have been left out of or received little attention in the mental health policy documents? 5) How have Finnish mental health policies influenced the safeguarding of the fundamental and human rights of citizens with mental health disorders?

The research methodology utilized in this study is systematic concept analysis. An overall understanding of Finnish mental health policy is formulated through outlining the main concepts as well as the objectives and the means to achieve them as set out in the mental health policy documents. In addition, through the mapping of these concepts, objectives and means to achieve them, I identify the influential societal paradigms behind them. Furthermore, I analyze the development

of these societal paradigms over four decades, as well as their influence on the content of Finnish mental health policy documents. The human rights aspect of the development of mental health work, after the dismantling of hospitalized care, has not been studied previously. Overall, there has been insufficient research on the Finnish social system from a human rights perspective for us to truly understand the terms set by the predominant system for achieving a good life.

The research material includes primary sources and secondary sources. The primary sources consists of public policy documents describing the objectives, phenomena, and ideas that are then examined with the help of secondary sources which make up the research literature for this study.

To date, Finnish mental health policy as a whole has not been explicitly set out. Therefore, this research begins by outlining the central scientific and societal precepts and main paradigms, in chapter one. This chapter also provides an insight into the main factors on which the formation of Finnish mental health policy has been based. The second chapter examines international human rights agreements as well as Finnish constitutional law from the perspective of the obligatory responsibilities of public authority to bring forth the explicitly set objectives in health policy for taking care of citizens mental health issues. Chapters 3–6 examine mental health policy formation through the following paradigms: citizenship based on health, dehospitalization, New Public Management, encouragement, medicalization, active citizenship, societal management, preventive and health promotion work, stigmatization, experiential expertise, and therapeutic culture.

Chapter seven analyzes the opportunities that seriously ill citizens can have as a result of the service system created by mental health policy. The analysis is carried out using theories of agency and a capabilities approach. The chapter closes with an introduction to the development of the mental health service system with a focus on the consequences of the mental health policy from the perspective of the human rights of the seriously ill.

Examining mental health policy governance in Finland from 1970 to the present in this way leads to the following observations:

1. The first documents governing mental health policies written in Finland clearly include concepts that concern the protection of the fundamental and human rights of seriously ill citizens. These rights are set as objectives and the means of achieving these objectives are formulated. In the following decades, such objectives no longer appear in the written documents governing mental health policies. The viewpoints have become narrower.
2. Already in the beginning of the development of mental health work, the focus of mental health policies changed from protecting the fundamental and human rights of seriously ill citizens to the management of the mental health and wellbeing of the entire population. The target of policy governance thus changed.

3. The Finnish mental health policy focuses on the promotion of health, preventive care and development of a service system as part of welfare state policy. Thus, the development of service systems and the prevention of illness have been considered the only means to fulfil this goal. Because the objectives have been extensive and by their nature abstract, it has been impossible to form effective policy governance to achieve them.
4. It has not been possible to ensure the fundamental and human rights of seriously ill citizens with a development process focused on the service system. The concepts and paradigms utilized in the development process documents have more or less directed the focus away from the important questions relating to the realization of fundamental and human rights.
5. The ethos of wellbeing and preventive healthcare has steered attention away from the improvement of the position of the seriously ill. Public authority's definition of a good life as well as the central focus of mental health governance in the development process of the service system has resulted in the seriously ill being forgotten in seemingly inclusive outpatient care.

Finnish mental health policy has not outlined any objectives or means for protecting the fundamental and human rights of the seriously ill. Furthermore, such objectives and means are not found in Finland's health policy or in the later human rights policy. The only explicit goal stated in the governance documents regarding preserving human rights pertains to the work against stigmatization. However, stigmatization and attitude rhetoric ignore one important fact – that, in a welfare state, there are people whom it is permissible to discriminate against and to whom fundamental and human rights do not apply in the same way as they do to other citizens. If we speak about the need to tolerate different people and the need to eliminate prejudices instead of speaking about the protection of human rights, then we shift our attention away from the fundamental rights of every single citizen.

ESIPUHE

Mitä on tutkimus ja tutkimuksen tekeminen? Mistä tutkimuksen tekeminen alkaa? Keitä sen tekemiseen osallistuu?

Aloitin työelämäni harjoittelijana ja vapaaehtoisena korkeakouluopiskelijoiden tukiyhdistys *Nyyti ry*:ssä. Vapaaehtoisten sähköpostivastaajien illat kuuluivat yksinäisyyttä, itseinhoa ja epävarmuutta huokuvien viestien – joiden joukossa oli aina myös itsemurhaviestejä – lukemisesta ja niihin vastaamisesta. Laitoin oman avuttomuuden ja turhautumisen tunteeni sen piikkiin, että olin vasta tullut alalle. Uskoin, että saadessani lisää kokemusta, ymmärrys lisääntyisi.

Näin ei kuitenkaan käynyt. *Nyyti ry*:n jälkeen työskennellessäni *Kuntoutussäätiöllä* ammatillisen kuntoutuksen parissa avuttomuuden ja turhautumisen tunteet vain lisääntyivät. Päiväni täyttyivät siitä, kun pohdin ihmisten kanssa heidän tulojaan, arkeaan, työelämäänsä ja opintojaan. Tarinat, joita kuulin, olivat käsittämättömiä. Matkat, joita heidän rinnallaan kuljin, olivat kafkamaisia. Ihmiset, jotka olivat arvaamattomien ja ennakoimattomien sattumien seurauksena pudonneet pois niin sanotusta normaalista elämästä, eivät saaneet apua eivätkä tukea. He kamppailivat taloutensa, arkensa, läheistensä, lääkäreidensä, hoitajiensa ja erilaisten virkailijoiden kanssa lakkaamatta. Ajattelin jatkuvasti, kysymmekö oikeita kysymyksiä sen kaaoksen keskellä? Mietin usein, miten näiden ihmisten matka jatkui kuntoutusjakson jälkeen.

Vastauksen tähän sain siirryttyäni Kuntoutussäätiöltä *Mielenterveyden keskusliittoon*. Siellä kohtasin ihmisiä, jotka aikansa kuntoutus- ja hoitorattaissa pyörittäen olivat saaneet työkyvyttömyyseläkepäätöksen. Virkailijoiden armeija oli laskenut heistä irti. Minimitalous oli turvattu, mutta siinä syvän toivottomuuden ja täydellisen arvottomuuden ilmapiirissä tunne siitä, että heidän suhteensa oli luovutettu, oli jokapäiväinen. Työssäni yritin kannustaa, tukea, arvostaa ja kuunnella. Ja jälleen kerran kuulin tarinoita, joiden ei pitäisi olla totta. Kohtaloista, joita ei pitäisi tapahtua. Huomasin ajattelevani yhä useammin hyvinvointivaltiotamme. Sen arvoja. Sen ihmisiä. Ihmisoikeuksia. Ihmisarvoa.

Valmistelin Mielenterveyden keskusliiton liittokokoukseen alustusta mielen-terveyskuntoutujien työelämäosallisuudesta syksyllä 2016. Muistan, miten esitystä valmistellessani ajattelin, että tätähän pitäisi tutkia. Olin aloittanut jatko-opinnot jo vuonna 2006, mutta väitöskirja ei ollut edennyt. Otin ohjaajaani yhteyttä tiedustellakseni mahdollisuutta vaihtaa aihetta. Tahdoin lähteä etsimään vastauksia kysymyksiin, jotka olivat vaivanneet minua koko työelämäni ajan.

Aloitin tämän tutkimuksen tekemisen 2016 syksyllä, mutta oikeastaan aloitin sen jo ensimmäisessä työharjoittelupaikassani ja tein sitä kaikissa työpaikoissani. Tämän tutkimuksen tekemiseen ovat osallistuneet kaikki ne ihmiset, jotka olen

työssäni kohdannut. Kiitän elämäntarinoista heitä, joiden elämää olen tässä tutkinut. Matkan varrella on ollut myös lukuisia älykkäitä, lämpimiä ja osaavia kollegoita, joiden ajatuksia, tietoja ja näkemyksiä olen imenyt kuin sieni. Olen istunut lukuisissa työryhmissä, tavannut useita päättäjiä, tutkijoita ja virkamiehiä ja lausunut kymmeniä lakiehdotuksia. Moni tämän tutkimuksen ajatuksista ja oivalluksista on syntynyt erilaisten keskustelujen ja kohtaamisten seurauksena, enkä voi sanoa niitä omikseni. Pahoittelen, että en saanut lisättyä teitä kaikkia lähdeluetteloon, mutta haluan tuoda sen näkyviin ja kiittää tähän tutkimukseen osallistumisesta.

Tämän tutkimuksen tekeminen ei ole ollut kirjojen lukemista ja kirjoittamista. Se on ollut kuuntelemista, katsomista, ihmettelyä, kysymysten esittämistä ja tämän jälkeen – ajattelemista. Olen ajatellut usein tutkimusta tehdessäni asioita, jotka vaikuttavat elämäämme. Tämän tutkimuksen tekeminen ei sittenkään alkanut työelämään siirryttyäni, vaan oikeastaan jo lapsuudessani, kun sain kasvaa sellaisen naisen lapsena, joka ei pitänyt mitään asiaa maailmassa mahdottomana ja jonka mielestä se, että jokin asia tuntuu vaikealta, ei ole syy olla tekemättä sitä, ja sellaisen miehen lapsena, joka aina kannusti minua ja oli minusta ylpeä. Tutkimuksia tehdään levyseppähitsaajienkin perheissä, joiden suvuissa on vain pari ylioppilasta eikä yhtään kirjahyllyä. Tutkimuksia tehdään seiskan keskiarvoillakin, jos on sopivasti sinnikkyyttä, rohkeutta ja kykyä sietää tylsyyttä. Olen kiitollinen, että tällaiset oman ansioni ulottumattomissa olevat tekijät ja minulle suodut mahdollisuudet ovat sattumalta osuneet kohdalleni ja mahdollistaneet lopulta tämän tutkimuksen tekemisen.

Olen kiitollinen siitä, että olen voinut kasvaa tutkijaksi näin hitaasti ja poukkoillen. Jos minun olisi pitänyt tehdä tämä tutkimus nopeammin tai nuorempana, olisi se todennäköisesti jäänyt tekemättä. Toivon, että poliittiset päättäjämme suovat tällaisia opiskelumahdollisuuksia jatkossakin.

Olen kiitollinen ohjaajalleni *Jaana Hallamaalle*, joka on osannut sopivasti antaa minulle tilaa ja tarpeen tullen puristaa otetta. Hänen johdollaan tutkimus viimeisteltiin huolella ja ajan kanssa. Kiitän luottamuksesta ja asiantuntijuuteni arvostamisesta. Kiitän kärsivällisyydestä pitkän matkan aikana ja uskosta siihen, että tämäkin hetki vielä joskus koittaa.

Tämän tutkimuksen esitarkastajina ovat toimineet ihaillemani tutkijat *Pauli Rautiainen* ja *Veikko Launis*. Kiitos molemmille paneutumisesta tutkimukseeni, seikkaperäisestä palautteesta, arvokkaista korjausehdotuksista sekä kannustuksesta ja rohkaisusta.

Kiitos myös teille muille, jotka olette kannustaneet minua tämän aihepiirin parissa. *Esa Nordlingille*, joka luki ihan ensimmäisiä vedoksia ja vakuutti minut siitä, että tämä on tarpeellinen aihe tutkia. *Outi Hietala*, *Marjo Kurki* ja *Kirsi Pollari* ovat olleet koko ajan kiinnostuneita tutkimukseni etenemisestä ja kannustaneet, kiitos teille. Kiitos myös *Kristiina Brunilalle* viimeistelyvaiheen avuista ja rohkaisuista. Olen myös kiitollinen nykyisen työpaikkani, *Vammaisten lasten ja nuorten*

tukisäätiön työkavereilleni, joiden kanssa paranamme maailmaa joka päivä ja käymme vilkkaita kahvipöytäkeskusteluja ihmisoikeuksista. Erityisen kiitollinen olen Vamlasin mukana tulleista yhteistyökumppaneista erilaisista järjestöistä ja yhteistyöverkostoista. Kiitän vammaistutkija *Reetta Mietolaa* tutustuttamisesta vammaistutkimukseen. Olen kiitollinen siitä, että sukellus vammais- ja lapsipoliitiikkaan toi lopulta tutkimukselleni sen puuttuvan terän ja mahdollisti tarpeellisen irrottautumisen hoitokeskeisestä mielenterveyskontekstista.

Omistan tutkimukseni veljelleni, joka sairastui skitsofreniaan valmistuttuaan Kuvataideakatemiasta maisteriksi ja on nyt työkyvyttömyyseläkkeellä. Olen pahoillani, että en ole osannut tehdä hyväksesi muuta kuin tämän tutkimuksen.

Helsingissä 11.11.2019

Karoliina Ahonen

SISÄLLYS

Tiivistelmä	3
Abstract.....	6
Esipuhe	9
1. Johdanto	15
1.1 Tutkimuksen lähtökohta	19
1.2 Tutkimustehtävä.....	25
1.3 Tutkimuksen aineisto	26
1.4 Tutkimuksen menetelmät	28
1.5 Tutkimuksen rakenne	33
2. Tutkimuksen kannalta keskeisimmät tieteenalat ja yhteiskunnalliset ohjausmekanismit.....	34
2.1 Terveys sosiologia.....	34
2.2 Terveyspolitiikka.....	39
2.3 kansalaisuuspolitiikka	46
2.4 Ihmisoikeuspolitiikka.....	50
3. Ihmisoikeussopimukset ja Suomen perustuslaki.....	54
3.1 Suomen perustuslaki	57
3.2 Sosiaaliset oikeudet	59
3.3 YK:n vammaisten ihmisten oikeuksia koskeva sopimus	63
4. Laitoshoidon purkamisen aika (1970- ja 1980-luvut)	67
4.1 Terveyskansalaisuus	68
4.2 Psykiatrian reformi.....	74
4.3 Mielenterveyspolitiikan alku.....	86
4.4 Potilasjärjestöjen merkitys.....	95
4.5 Lääketieteellinen paradigma.....	102
4.6 Mitä yhteiskunnallinen mielenterveystyö oli 1970- ja 1980-luvuilla?.....	105
5. Palvelujärjestelmän rakentamisen aika (1990-luku)	107
5.1 Informaatio-ohjaus.....	107

5.2	Mielenterveyspolitiikka 1990-luvulla	114
5.3	Psykyen häiriöiden epidemiologia	123
5.4	Medikalisaatio.....	125
5.5	Järjestökansalaisuus.....	130
5.6	Mitä 1990-luvulla tapahtui?.....	135
6.	Terveyden edistämisen aika (2000-luku).....	139
6.1	”Ihminen luo valinnoillaan omaa elämänsä” – yhteiskunnallisen hallinnan mekanismit	140
6.2	Mielenterveyspalveluiden kehittäminen	147
6.3	Mielenterveyspolitiikka EU:ssa	152
6.4	Yhteiskunnallisen osallisuuden politiikka?	153
6.5	Sairauksien hoidosta terveyden edistämiseen – miten mielenterveystyö muuttui 2010-luvulla?.....	157
7.	Terveyspolitiikan ja ihmisoikeuspolitiikan aika (2010-luku).....	162
7.1	Suomen ensimmäinen mielenterveysohjelma	163
7.2	Strateginen ohjaus	180
7.3	Suomalaisen ihmisoikeuspolitiikan synty	183
7.4	Palvelujärjestelmän ja kansalaisen kehittäminen	185
7.5	Palveluilla ja hyvinvoinnilla parempaa elämää?	196
8.	Potilaasta asiakkaaksi – suomalainen mielenterveyspolitiikka	206
8.1	Osallisuutta yhteiskunnassa vai palveluissa?	207
8.2	Osallisuus palvelujärjestelmässä on asiakuutta	209
8.3	Asiakkaasta kuluttajaksi – onko myös sairastunut kuluttaja ja palveluiden käyttäjä?	212
8.4	Toimijuus palvelujärjestelmässä – asiakkuuden vaateet.....	215
8.5	Yhteiskunnallisen hylkäämisen äärellä – ihmisoikeuspolitiikan puuttumisen seuraukset	227
	Johtopäätökset	237
	Aineisto	249
	Lähteet	265

”Aivan kuin ihmiskunta olisi jakaantunut niihin, jotka uskovat ihmisen kaikkivaltiuteen (jotka luulevat kaiken olevan mahdollista, kunhan ihmismassat saadaan mukaan) ja niihin, joille avuttomuudesta on tullut elämän merkittävin kokemus”

Hannah Arendt: Totalitarismin synty (s. 9)

1. JOHDANTO

Muiden joukossa eli 1900-luvun alussa ihmisiä, joiden ajateltiin syystä tai toisesta tarvitsevan ulkopuolelta tulevaa kontrollia ja avustamista. Vanhukset, köyhät, irtolaiset, eri tavoin vammaiset, epilepsiaa sairastavat ja mielisairaat sekä prostituoidut elivät sattumanvaraisen ja järjestäytymättömän köyhäinhoidon ja armeliaisuuden varassa. Vuonna 1922 mielisairaat ja tylsämieliset erotettiin muista vaivaisista omaksi ryhmäkseen. Tuolloin puolet mielensairaista oli köyhäintalojen mielisairasosastoilla, vajaa puolet elätehoidossa ja pari prosenttia mielisairaalassa. ”Inhimillisten raunioiden sekamelskan siivoamiseksi” ryhdyttiin rakentamaan laitoksia, jotka huolehtivat asukeistaan tehokkaasti puoli vuosisataa.¹

Suomessa oli 1960-luvulla suhteellisesti enemmän mielisairaalapaikkoja kuin missään muualla maailmassa – yli 20 000. Laitokset eivät olleet vain hoitopaikkoja, vaan ne tarjosivat myös asunnon ja toimintaympäristön yksinäisille ja köyhille ihmisille. 1990-luvun lopussa sairaalapaikkoja oli jäljellä enää 6000.

Laitoshoidon purkaminen oli kansainvälinen trendi. Laitoksia pidettiin epäinhimillisinä ja niiden katsottiin loukkaavan ihmisoikeuksia, mutta niiden varaan perustuvan hoitojärjestelmän purkaminen ei olisi saanut niin laajaa kannatusta, jos laitoshoidon kritiikin mukana eivät olisi olleet myös taloudelliset intressit; laitosten ylläpitäminen tuli yhteiskunnalle kalliiksi. Laitoshoitoa ajettiin parin vuosikymmenen aikana alas ja sairaaloita suljettiin. Mitä aikaisemmin laitoksissa hoidetuille ihmisryhmille tapahtui? Saavutettiinko laitokset purkamalla tavoite tarjota inhimillisempi elämä myös vakavasti sairaille ja yhdenvertaiset ihmisoikeudet muiden kansalaisten kanssa?

Psykiatri ja yhteiskuntavaikuttaja Ilkka Taipale analysoi jo 1990-luvulla kansainvälisiä signaaleja, jotka heijastivat tämän ihmisryhmän kohtaloa. Niiden mukaan heidän ihmis- ja perusoikeutensa toteutuivat heikosti. Oli havaittavissa, että mielisairaiden asunnottomuus oli kärjistynyt kaikkialla maailmassa – Suomessa heitä asui runsaasti muun muassa yömajoissa. Lisäksi mielenterveyteen liittyvät ongelmat olivat siirtyneet sosiaali- ja terveydenhuollosta poliisien, tuomioistuimien ja vankiloiden käsiteltäväksi. Kuolleisuus ja itsemurhat olivat lisääntyneet. Jäljelle jääneiden sairaaloiden akuuttiosastojen kuormitus oli kasvanut moninkertaiseksi aiempaan verrattuna, ja pitkäaikaispotilaat ja ensikertalaiset olivat samoilla osastoilla. Moniongelmaiset eivät saaneet hoitoa, ja vakavasti sairaistakin osa oli kokonaan hoitojärjestelmän ulkopuolella. Olot sairaaloita korvaamaan perustetuissa yksityisissä hoitokodeissa olivat usein kelvottomat.²

¹ Taipale 2017, 239.

² Taipale 2017, 249–250.

Samaan aikaan laitoshoidon purkamisen kanssa julkisen vallan ohjaamana kehitetty avohoito ryhtyi vastaamaan koko kansan mielenterveydestä. Lääketiede ulottui selitysmallina kattamaan kaikkea elämässä, ja erilaisiin ongelmiin ryhdyttiin tarjoamaan hoidollisia interventioita. Syntyi yhteiskunnallinen mielenterveystyö. Sen tavoitteena ei kuitenkaan ollut auttaa aikaisemmin mielisairaaloissa hoidettuja potilaita löytämään paikkansa yhteiskunnassa ihmis- ja perusoikeuksien mukaisesti. Sen sijaan avohoidon kehittämisen myötä sairaaloista ulkoistettu psykiatria – ei potilas – löysi paikkansa yhteiskunnasta tavallisten ihmisten elämästä ja hyvinvointivaltion terveyskansalaisuudesta. Sairastuneiden ihmisoikeuksien turvaamisen sijaan ryhdyttiin puhumaan mielen hyvinvoinnista. 20 000 mielisairaalan potilasta ja heidän hoitamisensa korvautui koko väestön hyvinvoinnin ja onnellisuuden edistämisellä. Tarkoittiko tämä samalla sitä, että alun perin ihmisoikeuksien toteuttamiseen tähdänneissä, laitoshoidosta luopumiseen johtaneissa yhteiskuntaudistuksissa unohdettiin mielenterveyden häiriöistä kärsivien ihmisoikeudet? Jäivätkö vakavasti sairaat vaille huomiota?

Yhteiskunnallista, laitoshoidon jälkeistä mielenterveystyötä on tutkittu runsaasti. Mielenterveyden tutkimus on edistynyt ennen muuta lääke- ja hoitotieteen eteenpäin viemänä, minkä vuoksi on luonnollista, että se on keskittynyt epidemiologiaan ja diagnooseihin sekä hoito-, kuntoutus- ja palvelujärjestelmän tutkimukseen. Hoito- ja lääketieteen tutkimus mielenterveydestä ei kuitenkaan kata kaikkia aiheen kannalta olennaisia kysymyksiä, eikä niiden avulla voida tutkia mittavan hoitojärjestelmäudistuksen toteutumista ihmis- ja perusoikeuksien kannalta. Lääketieteen ja hoitotieteen hallitsema mielenterveystutkimus ei kykene vastaamaan mielenterveyden häiriöön sairastuneen kansalaisen yhteiskunnalliseen asemaan liittyviin kysymyksiin. Lisäksi se on riittämätön mielenterveyden tutkimuksen viitekehys, kun pyritään löytämään vastauksia siihen, minkälaisia ilmiöitä mielenterveyteen on liittynyt ja millaisin käsittein siitä on keskusteltu ja miten sitä on käsitelty sen jälkeen, kun mielenterveyden häiriöiden hoitaminen yksinomaan sairaalaympäristöissä on lopetettu. Lääketieteellinen tutkimus ei myöskään kykene tarjoamaan vastauksia mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmisten arkielämän keskeisimpiin ongelmiin, kuten sosiaaliseen ja taloudelliseen syrjäytymiseen. Mielenterveydestä puhutaan liittämällä se yleiseen terveysdiskurssiin, jonka käsitteistö ei riitä ihmisoikeuksien toteutumisen tarkasteluun. Mielisairaalan toiminnassa terveysdiskurssin käyttäminen on luontevaa, mutta tilanne muuttuu, kun hoito siirretään koskemaan potilaita, jotka elävät muiden kanssa yhteiskunnassa.

Vallalla olevassa diskurssissa puhutaan yleisesti mielenterveydestä, vaikka sanalle on vaikea antaa selväpiirteistä merkitystä. Mielenterveyden häiriöiden historiassa niistä on puhuttu lähinnä oirekuvan mukaan muodostettuina, yhteisöllisiin sopimuksiin perustuvina tauteina ja niistä käytetyillä nimillä. Mielisairauksien esiintyvyydestä ei edelleenkään voida muodostaa yksiselitteistä kuvaa, koska niiksi luokiteltujen tilojen oireet ja ilmeneminen on määritelty eri tavoin eri aikoina

erilaisissa kulttuurisissa ja sosiaalisissa ympäristöissä. Mielen terveyden häiriöitä koskeva käsitteistö on ollut vakiintumatonta ja eri tilojen määritelmät ovat muuttuneet jatkuvasti, mikä haittaa edelleen mielen terveyden tutkimista joka puolella maailmaa.³ Käsitteen määrittelyyn liittyvä haaste vaikuttaa myös siihen, että mielen terveyden häiriöiden esiintyvyyttä on voitu korkeintaan arvioida, eikä häiriöiden selvittämiseen ole toistaiseksi pystytty kehittämään eksakteja keinoja.⁴ Oireistoja ja tautitiloja koskevien määrittelyongelmien vuoksi myöskään mielen hyvinvointia tai mielen terveyttä ei voida määritellä yksikäsitteisesti.

Ongelmia tuottaa käsitteenmäärittelyn lisäksi itse ilmiön hahmottaminen. Runsaasta lääketieteellisestä tutkimuksesta huolimatta alan ammattilaiset, tutkijat ja asiantuntijat ovat erimielisiä mielen terveyden häiriöiden syistä. Yksimielisyyttä ei ole saavutettu sen paremmin mielen terveyden häiriöiden selvittämisestä, tutkimisesta kuin diagnosoinnistakaan, eivätkä alan asiantuntijat ole päässeet yhteisymmärrykseen myöskään mielen terveyden häiriöiden hoitomuodoista. Tutkimustulosten mukaan hoito on usein tuloksetonta. Sairaudet uusiutuvat, kroonistuvat ja pahenevat hoidoista huolimatta.⁵ Kuntoutuminen ja parantuminen tuntuu olevan sattumanvaraista ja riippuvan ennakoimattomista tekijöistä. Vuosikymmeniä hartaasti rakennettu avohoito ei aina hoida hoitoa tarvitsevia.⁶

Tässä tutkimuksessa ei selvitetä mitään edellä mainituista, yhä edelleen vastausta vailla olevista kysymyksistä. En pyri määrittelemään mielen terveyden käsitettä, enkä analysoimaan sen häiriöiden erilaisia hoitomuotoja. En myöskään pyri luomaan kattavaa käsitystä siitä, missä määrin mielen terveyden häiriöitä esiintyy yhteiskunnassamme tai miten niitä tutkitaan. En aio myöskään kartoittaa olemassa olevaa palvelujärjestelmää sairauksien hoitamiseksi. En ole tässä tutkimuksessa kiinnostunut meidän jokaisen riskistä sairastua jossakin elämämme vaiheessa mielen terveyden häiriöön enkä eri tavoin esiintyvistä ja oireilevasta pahoinvoinnista yhteiskunnassamme.

Tässä tutkimuksessa ei tutkita niin sanottua ”mielen flunssaa”⁷ ja sen epämääräistä yhteiskunnallista merkitystä, vaan keskitytään vakaviin sairauksiin, jotka lamaannuttavat sairastuneen, herättävät pelkoa muissa ihmisissä ja syrjäyttävät

3 Vuorinen 2002, 230–233.

4 Suurin osa selvittämiskeinoista perustuu erilaisiin kyselytutkimuksiin ja haastatteluihin, jolloin tavoitetaan vain kyselyihin vastaavien ja palveluihin hakeutuvien tietoja. Alan ammattilaiset arvioivat kuitenkin, että kyselyiden vastausaktiivisuustaso on erityisen matala mielen terveyden häiriötä sairastavilla ja että suurin osa ei ole hakeutunut mihinkään palveluihin. Rekisteriseurannat kuvaavat puolestaan vain hoitoon hakeutumista ja hoitoa. Juuri vakavista häiriöistä kärsivät jättävät vastaamatta kyselyihin. *Suvisaari 2015, 13–20.*

5 Esimerkiksi lääkkeitä käyttävien määrä on kasvanut tasaisesti koko ajan ja mielen terveyshäiriöiden osuus työkyvyttömyyteen johtavissa sairauksissa on kasvanut hieman myös ja masennushäiriöt näyttävät olevan yleistyvässä. Itsemurhakuolleisuus on eurooppalaisen keskitason yläpuolella. *Suvisaari 2015, 13–20.*

6 Katso tarkemmin esimerkiksi *Toimivat mielen terveys- ja päihdepalvelut 2017.*

7 Mielen terveysongelmiin liittyvää stigmaa on haluttu poistaa rinnastamalla mielen terveyden häiriöt fyysisiin sairauksiin. Mielen flunssa – käsitteen käyttö on tästä kertova esimerkki. ”Epidemia työelämässä – Mielen flunssa johtoryhmien asialistalle”: <https://www.iltalehti.fi/mieli/a/2016031821290738>

ihmisen täysivaltaisen kansalaisuuden ulkopuolelle suhteessa hyvinvoinnin jakamista koskevien ehtojen määrittelymiseen ja luomiseen. Tutkimuksessani olen kiinnostunut vakavaan mielenterveyden häiriöön sairastuneesta⁸ ihmisestä yhteiskunnan jäsenenä ja siitä, millaiset ihmisarvoisen elämän edellytykset vallalla oleva lainsäädäntö ja hoitojärjestelmä turvaavat hänelle. Olen kiinnostunut sellaisista kansalaisista, jotka vielä 1970-luvulla suljettiin mielisairaalaan koko elämäkseen ja jollaiset kuuluvat edelleen kansalaisina yhteiskuntaamme.

Tämän tutkimuksen keskipisteenä on kysymys, kuinka vakavat mielenterveyden häiriöt vaikuttavat ihmis- ja perusoikeuksien toteutumiseen. Mielenterveyden häiriöihin sairastuneita koskevat kysymykset ovat tämän vuoksi lääketieteen lisäksi myös yhteiskunnallisia kysymyksiä. Yhteiskunnalliset kysymykset pyritään yleensä ratkaisemaan poliittikalla. Yhteiskunnallinen mielenterveystyö muuttuu mielenterveyspolitiikaksi, kun poliittiset päätökset ja mielenterveyden häiriöön sairastunut yhteiskunnan jäsen kohtaavat niin, että poliittiset päätökset alkavat vaikuttaa hänen elämäänsä. Julkinen valta toteutuu poliittisina päätöksinä ja niiden toimeenpanona. Laitosten lakkauttaminen oli julkisen vallan toimeenpanema poliittinen päätös. Olen kiinnostunut siitä, mitä päätöksestä seurasi ja mitä muita poliittisia päätöksiä on sen jälkeen tehty.

Laitosten lakkauttamisen eksplisiittinen poliittinen tavoite oli vahvistaa sairastuneiden ihmisoikeuksia. Onko tämä tavoite saavutettu? Ihmis- ja perusoikeuksien toteutuminen on julkisen vallan vastuulla, minkä vuoksi pyrin analysoimaan, miten julkinen valta on onnistunut takaamaan sen, kun tarkastelun kohteena ovat vakaviin mielenterveyden häiriöihin sairastuneet kansalaiset. Havainnoin, mitä suomalainen mielenterveyspolitiikka on ollut ajanjaksona, jota on kutsuttu hyvinvointivaltion⁹ ajaksi ja joka ajoittuu samalle ajanjaksolle laitoshoidon lakkauttamisen kanssa.

8 Suomessa ei ole vakiintunutta ilmaisua vakaville mielenterveyden häiriöille toisin kuin esimerkiksi englannin kielessä *mental retardation* tai *mental disability*. Osa virallisista diagnoosinimikkeistä liitetään yleisesti vakavina pidettyihin tiloihin. Tällaisia ovat erilaiset psykoottistasoiset diagnoosit, esimerkiksi skitsofrenia ja kaksisuuntainen mielialahäiriö sekä vakavat persoonallisuushäiriöt. Masennus luokitellaan sen vakavuuden mukaan ja vakava masennus sekä psykoottistasoinen masennus luetaan vakaviin mielenterveyden häiriöihin. Tässä tutkimuksessa en ole kiinnostunut psykiatrisesta diagnostiikasta lähtökohtana ilmiön määrittelylle, vaan lähestyn vakavan mielenterveyden häiriön käsitettä julkisen vallan ohjausvastuun näkökulmasta, jolloin määrittävä tekijä ei ole diagnoosi vaan henkilön pitkäaikainen riippuvuus palvelu- ja etuusjärjestelmästä sekä syrjäytyminen keskeisistä yhteiskunnan osallisuusalueista, kuten työelämästä, itsenäisestä asumisesta ja aktiivisesta osallistumisesta johonkin toimintaan/yhteisöön. Tämä määritelmä muistuttaa vammaispolitiikan määritelmiä. Pyrin tässä tutkimuksessa pitämään fokuksen niissä kansalaisissa, jotka ennen dehospitalisaatiota olisivat eläneet elämänsä mielisairaaloiden potilaina.

9 Hyvinvointivaltion käsitettä koskeva keskustelu on laajaa ja monitieteistä. Raija Julkunen luonnehtii hyvinvointivaltiota hankalaksi käsitteeksi, jonka voidaan ajatella olevan materiaalisesti olemassa tai jota voidaan pitää diskurssina, joka yhdistää joukon ideoita, tavoitteita, järjestelmiä, organisaatiota, hallintoa, rahoitusta, politiikka ja politiikkoja. Kapeimmillaan hyvinvointivaltio on sosiaaliturvajärjestelmä, laajimmillaan kapitalismia taltuttava valtiomuoto. Julkunen 2017, 1–30. Tässä tutkimuksessa olen kiinnostunut hyvinvointivaltion arvoista ja normeista.

Eri tavoin syrjäytyneitä ihmisryhmiä on tutkittu,¹⁰ mutta mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmisten asemasta ei ole tehty tutkimusta eikä heidän ihmisoikeuksiensa toteutumista hyvinvointivaltiossa ole tarkasteltu systemaattisesti. 1960- ja 1970-luvulla yhteiskunnallista mielenterveyden tutkimusta aloiteltiin, mutta muutaman sosiologian klassikoksi muodostuneen kirjoituksen¹¹ jälkeen ja aktiivisen toimijan luovuttua aiheesta näkökulma unohtui, ja lääketieteen menetelmistä ja kysymyksenasetteluista tuli vallitseva tutkimuksellinen lähestymistapa. On yllättävää, että juuri hyvinvointivaltion rakentamisvuosina 1960-luvulta nykypäivään ei ole tehty systemaattista tutkimusta mielenterveydestä yhteiskunnallisena ilmiönä. Koskevatko hyvinvointivaltion arvot ja ihmisoikeusnormit myös sairaita kansalaisia, vai takaako hyvinvointivaltio täysipainoisen elämän vain niille, jotka ovat terveitä?

1.1 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHTA

Hyvinvointivaltiossa ihmisoikeudet kuuluvat jokaiselle. Ihmisoikeuksien turvaaminen on julkisen vallan vastuulla. Suomen perustuslain mukaan ”*Julkisen vallan on turvattava perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen*”.¹² Valtio ohjaa yhteiskunnan toimintaa säättämällä lakeja, jakamalla resursseja ja tuottamalla tietoa. Tätä kutsutaan normi-, resurssi- ja tieto-ohjaukseksi. Näitä keinoja käyttämällä julkinen valta pyrkii myös turvaamaan kansalaisten ihmis- ja perusoikeuksien toteutumisen.

Suomalainen yhteiskunta edustaa toistaiseksi hyvinvointivaltiomallia, jossa sitoudutaan julkisen vallan toimintaa ohjaaviin peruseriaatteisiin. Anna Metteri, joka on väitöskirjassaan tutkinut erilaisia pohjoismaisen hyvinvointimallin selitys- ja syntytapoja, tiivistää hyvinvointivaltion toimintaa ohjaavat peruseriaatteet kolmeen käsitteeseen, jotka ovat tasa-arvo, universaalisuus ja julkinen vastuu. Ne voidaan ymmärtää lupauksiksi, joihin hyvinvointivaltio on sitoutunut suhteessa kansalaisiinsa. Lupauksiin kuuluu myös ihmisen kunnioittaminen ja ihmisarvon tunnustaminen. Hyvinvointivaltion kansalaisilleen antamia lupauksia voidaan nimittää myös pohjoismaiseksi normatiiviseksi perinnöksi, johon kuuluvat universaalit sosiaaliset oikeudet, julkisen vallan vastuu ihmisen hyvinvoinnista sekä pyrkimys tasa-arvoon ja täystyöllisyyteen. Pohjoismaisten yhteiskuntien piirteiksi on tunnistettu myös korkea demokraattisen osallistumisen aste sekä ihmisoikeuksien

10 Esimerkiksi vammaispoliittinen tutkimus, maahanmuuttajien asemaan liittyvä tutkimus, seksuaalivähemmistöjen ihmisoikeuksiin liittyvä tutkimus sekä asunnottomien ja paperittomien ihmisten perus- ja ihmisoikeustutkimus.

11 Esimerkiksi Goffman, Parsons, Scheff.

12 Suomen Perustuslaki 731/1999.

kunnioittaminen ja lain noudattaminen. Yhteys kansalaisen ja työn välillä on ollut kaikissa pohjoismaissa vahva.¹³

Ihmisoikeudet eivät ole vain hyvinvointivaltion arvovalinta tai ideologia, vaan Suomi on valtiona sitoutunut toisen maailmansodan jälkeen solmittuihin kansainvälisiin ihmisoikeussopimuksiin. Ihmisoikeuksien tavoite on turvata kaikille ihmisille ihmisarvoinen elämä. Suomen perustuslain toisessa luvussa kuvataan, miten Suomen valtio sitoutuu kansainvälisiin ihmisoikeussopimuksiin ja turvaa kaikkien Suomen oikeudenkäyttöpiirissä olevien oikeudet. Erityislaeissa, kuten terveydenhuolto- ja sosiaalihuoltolaissa säädetään, miten perustuslain ihmisoikeusvelvoitteita toteutetaan käytännössä. Ihmisoikeussopimuksista ja lainsäädännöstä syntyy julkisen vallan normiohjaus.¹⁴

Julkisen vallan tieto-ohjaus syntyy puolestaan ohjeistuksista ja suosituksista, joissa annetaan tarkentavat ohjeet lainsäädännön käytännön toimeenpanoon. Tämän lisäksi eri hallinnonalojen strategiset toimintaohjelmat suuntaavat julkisen vallan toimintaa kulloistenkin tavoitteiden mukaisesti. Näitä tavoitteita varten tuotetaan erilaisia kehittämisohjelmia ja -hankkeita, joista syntyy hyviä käytäntöjä ja kokeiluja. Näistä kaikista muodostuu julkisen vallan tieto-ohjaus.

Valvonnalla on merkittävä rooli terveystoiminnassa ohjauksessa. Palveluita valvotaan ennakoiden esimerkiksi juuri informaatio-ohjauksen keinoin ja jälkikäteen muun muassa valvontaviranomaisille tehtyinä kanteluina. Ylin valvontaelin on valtioneuvoston oikeuskansleri sekä eduskunnan oikeusasiamies. Valvira ohjaa ja valvoo sosiaali- ja terveyspalveluja silloin, kun kyseessä ovat laajakantoiset ja periaatteellisesti tärkeät asiat, mutta muuten aluehallintovirasto valvoo oman toimialueensa palveluita ja niiden saatavuutta. Kunnilla on voimassa olevan lainsäädännön mukaan ensisijainen vastuu järjestämiensä palvelujen laadusta. Potilas- ja sosiaaliasiamiesten toimintaan sisältyy valvontaa ja sitä voidaan hoitaa myös muistutusmenettelyillä ja hallintokanteluilla.¹⁵

Tieto- ja normi -ohjauksen lisäksi julkinen valta ohjaa yhteiskunnallista toimintaa talousarvioiden, budjettien ja kehittämistoiminnan rahoituksen eli resurssiohjauksen välityksellä. Resurssiohjaus on käytännössä päätöksentekoa siitä, mihin voimavaroja yhteiskunnassa käytetään. Eduskunta päättää vuosittain valtakunnan tasoisista resurssikysymyksistä valtion talousarviossa. Resurssiohjauksen on todettu olevan kaikista vaikuttavin ja tehokkain julkisen vallan käyttämistä ohjauskeinoista.

13 Metteri 2012, 25–26, 28–29. Raija Julkunen tarkastelee hyvinvointivaltion oikeudenmukaisuuskäsityksiä vastavuoroisuuden, puolueettomuuden ja huolenpidon näkökulmasta ja huomauttaa, että huolenpito on sosiaalieleettinen periaate, joka voidaan johtaa ihmisoikeuksista ja perustuslaista. Tämän lisäksi oikeudenmukaisuuskäsityksiimme vaikuttaa kansallinen eetos, joka pohjoismaissa liitetään universalismiin, sosiaaliseen oikeudenmukaisuuteen ja tasa-arvoon sekä solidaarisuuteen ja kohtuullisuuteen. Julkunen mukaan suomalaisen mentaliteettiin on kuulunut kohtuullisuuden korostaminen. Julkunen 2018, 102–103.

14 Hansson 2002 sekä Suomen perustuslaki 1999/731. Katso tarkemmin ihmisoikeuksista ja Suomen perustuslaista luvusta 2.

15 Arviomuistio: mielenterveyslain ja päihdehuoltolain palvelut 18.1.2016, 6–8, 11–15.

Esimerkkinä voidaan mainita, että yhä pienempi osuus kuntien terveydenhuollon menoista ohjautuu mielenterveyspalveluihin (2015 vuonna vain 4,3%), vaikka ongelmat ovat lisääntyneet koko ajan. Resurssien vähyys on osaltaan vaikuttanut siihen, että palvelujärjestelmä ei kykene vastaamaan väestön mielenterveyden hoitamista koskeviin tarpeisiin.¹⁶

Keskeinen julkisen vallan ohjauskeinojen toimivuuden koetin on se, kuinka ne vaikuttavat yhteiskunnan heikommassa asemassa oleviin jäseniin ja kansalaisiin. Kuinka valtio turvaa apua ja tukea tarvitsevien – lasten, sairaiden, vammaisten, maahanmuuttajien, asunnottomien, päihteiden käyttäjien, köyhien ja vanhusten – oikeuden ihmisarvoiseen elämään ja osallisuuteen täysivaltaisina yhteiskunnan jäsenenä ja vaikuttajina? Täyttyvätkö ihmisarvoisen elämän edellytykset heidän elämässään? Tulevatko heidän näkemyksensä, tarpeensa ja äänensä esiin osana yhteistä demokraattista päätöksentekoa?

Tutkijat, poliitikot, puolueet ja kansalaisjärjestöt esittävät säännöllisesti huolensa siitä, että heikommassa asemassa olevien kansalaisten ihmisoikeudet eivät toteudu. Lehtien mielipidekirjoituspalstoilla tuodaan esiin tällaisia epäkohtia. Muun muassa lapsiasiainvaltuutettu vaati vuonna 2018 yhteiskuntapoliittisia toimia, jotta päätöksenteossa harjoitettaisiin pitkäjänteisempää politiikkaa lyhytkestoisien kehittämistoiminnan sijaan niin, että lasten oikeudet toteutuisivat. Hän syytti puheenvuorossaan hyvinvointivaltiota lasten heitteillejätöstä.¹⁷ Myös esimerkiksi leipäjonon on kritisoitu vastaavasti sanomalla, että nälkä poistuu vain poliittisella tahdolla.¹⁸ Nuorten syrjäytymiskeskustelua on moitittu vinoutuneeksi, koska se sivuuttaa todelliset, rakenteelliset ja poliittiset ongelmat ja siirtää katseen yksilön ongelmiin.¹⁹ Vammaispoliittista keskustelua on kuohuttanut Suomen vuonna 2016 ratifioima YK:n vammaissopimus, koska sen vaatimuksia ei ole toteutettu yhteiskunnan toiminnassa millään tavalla. Erityisenä puutteena keskustelussa on tuotu esiin vammaisten ihmisten eristäminen koulutuksesta ja työelämästä.²⁰

Hyvinvointivaltion ajatellaan toteuttavan Suomessa mahdollisuuksien tasa-arvoa. Juho Saari on kuitenkin huomauttanut, että mahdollisuuksien tasa-arvo muuntuu harvoin marginaalissa olevien ryhmien kohdalla todelliseksi, toiminnan tasolla toteutuvaksi tasa-arvoksi tai tosiasialliseksi osallisuudeksi yhteiskuntaan.²¹ Tarjolla olevat mahdollisuudet eivät takaa todellista tasa-arvoisuutta, koska myös

16 Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut 2017, sekä Paakkonen 2012.

17 Lapsiasiainvaltuutetun kertomus eduskunnalle 2018.

18 ”Köyhyydentutkija Maria Ohisalo: Nälkä on todellinen ruokatrendi”: <https://www.is.fi/kotimaa/art-2000005576388.html>

19 ”Väitöntutkija: Työ tai koulu ei pelasta ketään”: https://yle.fi/uutiset/3-7817024?utm_source=twitter-share&utm_medium=social

20 Ahonen & Lampinen 2018.

21 Saari 2015.

pohjoismaisissa hyvinvointivaltioissa väestön tuloerot ja eriarvoisuus kasvavat.²² On käymässä niin, että yleisesti esitetty kertomus hyvinvointivaltiosta ei vastaa todellisuutta. Koska yhtäläisten mahdollisuuksien takaaminen ei johda yhtäläiseen osallisuuteen, hyvinvointivaltio ei tosiasiaassa takaa ja suojaa kaikkien ihmisoikeuksia vaan huolehtii ennen muuta terveiden ja tuottavien – työtä tekevien – kansalaisten oikeuksien toteutumisesta, ja palvelee heidän tarpeitaan.

Vakaviin mielenterveyden häiriöihin sairastuneet ihmiset eivät yleensä ole fyysisestikään terveitä, toimeliaita, aktiivisia, tuottavia ja työtä tekeviä kansalaisia. Vakavat mielenterveyden häiriöt ovat vakavia sairauksia, jotka vaikuttavat laajalajaisesti ihmisen psyykkisiin, fyysisiin ja sosiaalisiin ominaisuuksiin. Ne puhkeavat usein nuoruusiässä juuri silloin, kun olisi tarkoitus opiskella, hankkia ammatti, siirtyä työelämään ja perustaa perhe – tulla yhteiskunnan täysivaltaiseksi jäseneksi. Vakavat mielenterveydenhäiriöt tarkoittavat yksilön kannalta sitä, että hän tarvitsee apua ja tukea. Hän tarvitsee hoitoa ja kuntoutusta sairauteensa. Hän tarvitsee kompensatiota tulojen menetykseen. Hän tarvitsee tukea opiskeluun ja työn tekemiseen. Näiden monenlaisten tarpeiden vuoksi mielenterveyden häiriöt luovat sairastuneelle erityyppisiä, pitkäaikaisia tai jopa pysyviä riippuvuussuhteita hyvinvointivaltion palvelu- ja tulonsiirtojärjestelmään.

Tiedämme tutkimuksista, raporteista ja selvityksistä, että hyvinvointivaltion mahdollistama ja ylläpitämä riippuvuussuhde palvelujärjestelmään ei ole muodostunut keinoksi auttaa mielenterveyden häiriöihin sairastuneita. He ovat ihmisryhmänä muuta väestöä huomattavasti koulutettuja, he osallistuvat muita vähemmän työelämään, he ovat fyysisesti sairaampia kuin muut, he kuolevat nuorempina, he kuuluvat yhteiskunnan köyhimpiin, he perustavat muita harvemmin oman perheen, he ovat usein päihdeongelmaisia ja asunnottomia ja elävät yksinäisempinä ja eristäytyneempinä kuin muut. He ovat monin tavoin muuta väestöä passiivisempia yhteiskunnan eri areenoilla.²³

Mielenterveyden häiriöön sairastuneet ihmiset eivät kuitenkaan ole, sen paremmin kuin vammaisestakaan ihmiset, homogeeninen ryhmä, vaan erilaisten määritelmien varassa joukkoistettu väestönosa, johon kuuluvilla on taustana hyvin erilaisia lähtökohtia, he oireilevat hyvin eri tavoin ja he ovat keskenään eri tavoin kyvykkäitä ja osallisia. Ainoa heitä yhdistävä tekijä on yleensä jonkin avun tai tuen tarve.

Oikeus hoitoon, apuun, kuntoutukseen ja taloudelliseen tukeen muodostuu yhteiskunnassamme yksilölle sen perusteella, että hänellä on jokin sairaus, joka rajoittaa hänen toimintakykyään. Sairauden tuoman haitan kuvaaminen on väylä saada tukea ja etuuksia tarveperustaisesta auttamisjärjestelmästä, joka toteutuu yhteiskunnan auttamis- ja tulonsiirtoinstituutioiden välityksellä. Joukkoistaminen

22 Alanko 2017, 25–26.

23 Katso esimerkiksi Suvisaari 2015, 21–24 sekä Marttunen & Haravuori 2015, 83–100, Hänninen 2015, 142–155 sekä Karjalainen & Nordling 2015, 158–165.

määritelmän perusteella jonkin ryhmän jäseneksi tapahtuu yhteiskunnallisten rakenteiden kautta. Se, että ihminen luokitellaan – vallalla olevan terminologian mukaisesti – mielenterveyskuntoutujaksi, heijastaa ennen muuta hyvinvointivaltion instituutioita ja niiden määrittelykäytäntöjä – eikä niinkään kuvaa ihmistä itseään.

Vammaispolitiikassa on jo pitkään ollut meneillään paradigman muutos, jossa vammaisuutta ei enää tarkastella erilaisten toimintarajoitteiden kautta, vaan sosiaalisena ilmiönä, joka kuvaa, miten yhteiskunta on saavutettava sen erilaisille jäsenille, ja miten vammaisten ihmisten ihmisoikeudet tosiasiallisesti toteutuvat.²⁴ Keskeinen mielenterveyden häiriöihin sairastuneiden asemaan vaikuttaneista tekijöistä on se, että mielenterveyspolitiikkaa ei ole onnistuttu liittämään osaksi vammaispolitiikkaa. Vammaisuuden määritelmiä ei ole ulotettu mielenterveyden häiriöön sairastuneisiin sen paremmin lainsäädännössä kuin palvelujärjestelmissäkään siitä huolimatta, että vuonna 1984 uudistettu Vammaispalvelulaki määritteli vammaisuuden paitsi fyysiseksi myös psyykkiseksi toimintarajoitteeksi. Mielenterveyden häiriöt on erotettu vammaisuudesta, vaikka molempia määriteltäessä puhutaan pitkäaikaissairaudesta, toimintakyvyn rajoitteista ja tuen tarpeesta. Aktiivinen vammaispolitiikka ei ole johtanut aktiiviseen mielenterveyspolitiikkaan. Sen sijaan on harjoitettu aktiivista kansanterveyspolitiikkaa.

Kansanterveyspolitiikassa ihmisoikeuksille tai kansalaisten yhteiskunnalliselle asemalle ei ole kuitenkaan annettu juuri minkäänlaista merkitystä. Samalla kun mielenterveyden häiriöön sairastuneet on sysätty yhteiskunnan laitamille, eikä heidän asemansa parantamiseen ole tartuttu pyrkimyksenä kohentaa sitä, yhteiskunnassa on keskitytty yhä voimakkaammin onnellisuuden, pärjäämisen ja elämänhallinnan eetokseen. Elämä nähdään jokaisen henkilökohtaisena, terapeuttisena, hyvinvointiin tähtäävänä prosessina, johon ei kuitenkaan sisälly elämään olennaisesti kuuluvan kärsimyksen huomioon ottaminen. Kärsimyksen minimoimisen tavoitteen merkitystä on voimistanut se, että ihmisiä kannustetaan keskittymään omiin henkilökohtaisiin ongelmiinsa yhteiskunnallisten kysymysten pohtimisen sijaan.

24 Katso esimerkiksi Oliver 1996, sekä Vehmas 2005. Sosiaalisen vammaistutkimuksen juuret ovat vammaisten ihmisten poliittisessa aktivoitumisessa 1960- ja 1970-luvuilla, jolloin he ryhtyivät vaatimaan oikeutta päättää omasta elämästään. Erityisesti haluttiin päästä eroon riippuvuudesta, avuttomuudesta ja heikosta toimeentulosta. Alettiin puhua oikeuksista tarpeiden sijaan. Sosiaalisessa lähestymistavassa lääketieteellisen lähestymistavan sijaan ei kielletä elimillisten vammojen merkitystä, mutta yksilön sijaan ollaan kiinnostuneita niistä sosiaalisista tekijöistä, jotka vaikeuttavat vammaisten ihmisten osallistumista yhteiskuntaan. Vammaisuuden sosiaalista mallia on myös kritisoitu esimerkiksi siitä, että se ylläpitää jaottelua vammaisten ja ei-vammaisten henkilöiden välillä sekä korostaa vammaisen henkilön määrittymistä vammansa, ei muiden tekijöiden, kautta. Osalle vammaisista henkilöistä vammaisuus on vain marginaalinen osa minuutta. Vehmas myös muistuttaa, että malli ei sano mitään kehitysvammaisista tai psyykkisesti sairaiksi luokitelluista ihmisistä eikä esimerkiksi sukupuoleen liittyvistä kysymyksistä. Vehmas 2005, 109–110, 115, 140–145. Oliverin mukaan vammaisuuden sosiaalisessa mallissa ymmärretään, että työelämäkeskeinen yhteiskunta pitää vammaisia henkilöitä tarpeettomina sekä ajaa heidät työelämän ulkopuolelle sulkien heidät köyhyyteen. Oliver korostaa tämän takia vammaisten ihmisten työelämään osallistumisen tärkeyttä. Lisäksi Oliver kritisoi lääketiedettä ja kuntoutusta niiden perustuessa ajatukseen normaaliudesta ja sen tavoittelemisen tärkeydestä. Oliver 1996, 22–26, 35–37, 103–109.

1970-luvulta alkanut medikalisaation, elämän lääketieteellistymisen, voittokulku on saanut jatkokseen niin sanotun psy-tieteellisen paradigman ja onnellisuusimperatiivin.²⁵

kehityskulku on vahvistanut jo ennestään vahvaa stigmatisaatiota, joka on aina merkittävästi heikentänyt mielenterveyspotilaiden edellytyksiä yhteiskunnalliseen täysivaltaisuuteen ja osallisuuteen. Masennus, ahdistus ja harhaisuus sopivat huonosti eetokseen itsensä hallitsevasta, hyvinvoivasta ja onnellisesta kansalaisesta. Sairastumisesta tulee henkilökohtainen epäonnistumistarina lukuisten onnistumistarinoiden maailmassa. Sairaus hävettää, koska se on jotenkin oma vika, huonoa kansalaisuutta. Vallalla oleva käsitys sosiaalisesti hyväksyttävästä toiminnasta, vuorovaikutuksesta ja olemisesta on kapea. Stigmatisaation mekanismit ja vaikutukset ulottuvat yhteiskunnan palveluihin ja kansalaisuuden toteutumisen toimintaympäristöihin ja niiden välityksellä mielenterveyden häiriöön sairastuneiden arkeen. Niiden välityksellä uusinnetaan ja muokataan yhteiskunnallista todellisuutta, jossa toisten täysivaltainen kansalaisuus toteutuu toisten taas jää toteutumatta.

Jatkuva hyvinvoinnin tavoittelu peittää näkyvistä sen, että yhteiskunnassa tulee aina olemaan mieleltään sairaita ja sen vuoksi toimintarajoitteisia henkilöitä. Tällaisia ihmisiä on aina ollut kaikissa yhteisöissä ja yhteiskunnissa kulttuurista riippumatta. Vakavia mielen sairauksia ei voida kokonaan hävittää ja ennaltaehkäistä. Mielenterveyden häiriöt ovat samanlainen ilmiö kuin vammaisuus – erilaisuutta syntyy aina, milloin tahansa voi sattua onnettomuus, joka vammauttaa tai tapahtuma, jonka seurauksena ihminen traumatisoituu vakavasti. Onko tällaiselle erilaisuudelle tilaa yhteiskunnassamme? Lähihistoriassa on hirvittäviä esimerkkejä siitä, mitä tapahtuu, kun yhteiskunta ei siedä erilaisuutta, heikkoutta ja sairautta. Julkisen vallan ohjauksella osa kansalaisista on eristetty, heiltä on riistetty äänioikeus, oikeus avioitua, oikeus lisääntyä ja lopuksi heidät on yritetty hävittää.²⁶

Suomi on sitoutunut YK:n kansainvälisiin ihmisoikeussopimuksiin ja ihmis-oikeusajattelun pohjalta on muotoiltu myös voimassa oleva perustuslaki, joka asettaa tavoitteeksi turvata oikeudenmukaisuuden yhteiskunnan kaikille jäsenille. Mielenterveyden häiriöön sairastuneiden segregoitunutta kansalaisasemaa ei siksi voida pitää yleisen asenneilmapiirin muovaamana päätöksenä ja käytäntönä, vaan se on seurausta julkisen vallan toiminnasta, jonka valinnat vaikuttavat ratkaisevasti ihmisoikeuksien toteutumiseen.

Keskeisin ongelma ei ehkä kuitenkaan ole se, ettei ihmisoikeuksien arvoa tunnusteta yleisesti, vaan merkittävä vaikeus koskee mielenterveyttä käsitteenä, joka nyt kattaa koko väestön ja kaikki elämänilmiöt. Lääketieteen selitysvaiva ei riitä kattamaan kaikkea inhimillistä ja yhteisöllistä elämää, eikä julkisen vallan ohjausta

25 Katso tarkemmin esim. Brunila sekä tämän tutkimuksen luku kuusi (6).

26 Tästä lisää tämän tutkimuksen eugeniikkaa ja ihmisoikeusrikkomuksia käsittelevissä luvussa kolme (3) ja luvun seitsemän (7) lopussa.

voida kohdistaa niin laajaan ja hahmottomaan kokonaisuuteen. WHO on arvioinut, että vuoteen 2020 mennessä masennus tulee olemaan teollistuneissa maissa sepevaltimotautien jälkeen yleisin kansanterveydellinen ongelma. Esimerkiksi Jarkko Eskolan mukaan on aiheellista miettiä, panostaako Suomi kansalaistensa oikeudenmukaiseen hoitoon sairausryhmästä riippumatta. Eskolan mukaan biolääketiede ja näyttöön perustuvien menetelmien ylivalta ovat vakava uhka mielenterveyspolitiikalle.²⁷

Mielisairaaloiden potilaita oli mahdollista ohjata hoitojärjestelmän kautta välittömästi, ja heitä koskevien päätösten seuraukset voitiin todentaa melko helposti. Yhteiskuntaan levinnyttä psykiatria, joka toimii sen eri instituutioissa, ei voida kohdistaa yhtä helposti. Mielenterveyspoliittisesta ohjauksesta on vaikea saada tehokasta, jos siltä puuttuu selvä kohde. Sen jälkeen, kun mielenterveyden häiriöitä lakattiin hoitamasta sairaaloissa ja potilaat kotiutettiin, poliittisten ohjausvälineiden käyttäminen tarkoituksenmukaisesti mielenterveyden hoitamiseksi on ollut lähes mahdotonta.

Sairaloita sulkemalla pyrittiin vahvistamaan ihmisoikeuksia. Nyt on uskallettava kysyä, onko julkinen valta kyennyt mielenterveystyötä erilaisilla strategioilla ja ohjelmilla ohjattaessaan konkreettisesti hahmottelemaan keinoja ja mekanismeja, joilla mielenterveyden häiriöön sairastuneiden yhdenvertaista kansalaisasemaa voidaan edistää. Vai onko se sen sijaan keskittynyt hyvinvointivaltion hyvinvoivien kansalaisten terveyden vaalimiseen? Näihin kysymyksiin on mahdollista hahmottaa vastauksia valitsemallani tutkimusmenetelmillä.

1.2 TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Selvitän tutkimuksessani, miten suomalainen mielenterveyspolitiikka ilmenee mielenterveyden häiriöön sairastuneen kansalaisen ihmisoikeuksien toteutumisen kannalta. Tarkastelen, mitä poliittisissa ja hallinnollisissa asiakirjoissa ja aihepiirin tieteellisessä tutkimuksessa sanotaan. Näin voin selvittää, miten ja millaisista elementeistä suomalainen mielenterveyspolitiikka on rakentunut.

Tutkimustehtävän toteuttamiseksi on löydettävä vastaus seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitä on ollut poliittinen ohjaus, jonka varassa suomalaista mielenterveyspolitiikkaa on harjoitettu?
2. Mitä arvoja ja normeja poliittisen ohjauksen asiakirjat sisältävät?
3. Miten mielenterveystyö on ymmärretty ja hahmotettu poliittisissa asiakirjoissa, mitä tavoitteita sille on asetettu ja mihin suuntaan ohjausasiakirjat ovat kehittäneet mielenterveystyötä?

²⁷ Eskola 2007, 39–42.

4. Mitkä näkökulmat on jätetty poliittisissa asiakirjoissa vähälle huomiolle tai huomiotta?
5. Kuinka suomalainen mielenterveyspolitiikka on vaikuttanut mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmis- ja perusoikeuksien toteutumiseen?

Tutkimuskysymysten kietoutuessa yhteen, ei tutkimuksen analyysilukuja ole mahdollista rakentaa tutkimuskysymyksittäin, vaan tutkimustehtävä ratkaistaan tarkastelemalla historiallista kehityskulkua tutkimuskysymysten avulla.

1.3 TUTKIMUKSEN AINEISTO

Käytän tutkimuksessa kahta erityyppistä lähde- ja aineistomateriaalia. Varsinaisen aineiston muodostavat julkisen vallan tieto- ja normiohjausasiakirjat 1970-luvulta tähän päivään. Tällaisia dokumentteja ovat kansainväliset ihmisoikeussopimukset sekä kansainväliset terveysohjelmat ja -strategiat. Kansallisen tason ohjausasiakirjoja ovat hallitusohjelmat, toimintaohjelmat, sosiaali- ja terveydenalan toimeenpääntö-ohjelmat, selvitys- ja kehittämishankkeet, strategiat sekä lainsäädäntö siihen myöhemmin tehtyine muutoksineen. Aineiston laajuuden takia ei ole ollut mahdollista sisällyttää aineistoon esimerkiksi lainvalmisteluun vaikuttaneita hallituksen esityksiä tai niiden eduskuntakäsittelyyn liittyviä valtiopäiväasiakirjoja. Tällainen aineisto harvoin ohjaa konkreettisesti esimerkiksi palveluiden järjestämisestä päättäviä tahoja samalla tavalla kuin niin ohjausasiakirjat. Mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmisten asioita ei myöskään ole perinteisesti käsitelty juurikaan eduskuntapuheen tasolla, vaan ne ovat jääneet ministeriötasolla hallinnoitavaksi.

Analysoidessani julkisen vallan asiakirjoja hyödynnän myös sosiologista, yhteiskuntatieteellistä, antropologista sekä lääke- ja hoitotieteellistä tutkimusta ja niissä muotoiltuja paradigmoja. Mielenterveyttä koskevassa tutkimuskirjallisuudessa hoito- ja lääketieteen kysymyksenasettelut, metodit ja terminologia korostuvat. Olen tietoisesti pyrkinyt vähentämään tämän tieteenalan tutkimusperinteen yliedustusta hahmotellessani mielenterveyskysymysten yhteiskunnallisia ulottuvuuksia ja tutkimusperinnettä voidakseni johdonmukaisesti vastata tutkimustehtävääni ja tasapainottaakseni lääketieteellisten selitysmallien yliedustusta mielenterveyden tutkimuksessa. On välttämätöntä tutkia mielenterveyttä myös yhteiskunnallisena ilmiönä.

Suomalaisen yhteiskunnan kannalta relevanttia, lääke- ja hoitotieteen perinteistä poikkeavaa tutkimusta mielenterveydestä ovat 2000-luvulla tehneet muun muassa vuonna 2017 valtiotieteistä väitellyt Anna Alanko, joka tutki suomalais-ta terveyspolitiikkaa tarkastelemalla dehospitalisaatiota²⁸, sekä Ruotsissa vuonna

²⁸ Alanko 2017.

2010 julkishallinnon alalta väitellyt Anna Melke, joka tutki mielenterveyspolitiikkaa Ruotsissa, Ranskassa ja Englannissa.²⁹ Mielenkiintoinen on myös Anna Metterin sosiaalityön väitöskirja vuodelta 2012, jossa hän analysoi hyvinvointivaltion sosiaali- ja terveyspolitiikan synnyttämiä, oikeustajun kannalta kohtuuttomia tapauksia.³⁰ Sosiaalitieteistä vuonna 2016 väitellyt Lotta Hautamäki tutki puolestaan psykiatrian käyttämiä keinoja kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa.³¹ Huomionarvoinen on myös Päivi Rissanen autoetnografinen väitöstutkimus vuodelta 2015, jossa hän tutki sairastumista ja kuntoutumista oman kokemuksensa avulla.³²

Tarja Paakkonen on tutkinut mielenterveyspolitiikan soveltamista käytäntöön yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden väitöskirjassa vuonna 2012 tarkastelemalla lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujärjestelmää vaikeahoitoisuuden näkökulmasta.³³ Jari Mäkelä on tutkinut mielenterveyspolitiikan kehittymistä historian pro gradu -tutkielmassa vuodelta 2008.³⁴ Vuonna 2013 ilmestyi Pentti Pietikäisen ansiokas suomenkielinen perusteos Hulluuden historia, joka jäljittää historiallisia kehityskulkuja, jotka voidaan edelleen tunnistaa nykyjärjestelmässä.³⁵ Kattava perusteos yhteiskunnallisesta mielenterveystyöstä ilmestyi vuonna 2011 nimellä Reformin pirstaleet. Sen kirjoittajiin kuuluvat muun muassa Ilpo Helen ja Markku Salo. Teologiassa ja sosiaali-tieteissä ei jostain syystä ole tartuttu mielenterveyteen liittyviin tutkimuskysymyksiin, lukuun ottamatta Mari Stenlundin vuonna 2014 valmistunutta ansiokasta ja palkittua väitöstutkimusta psykoottisen ihmisen mielipiteen ja ajatuksenvapaudesta.³⁶

Olen keskittynyt lähde- ja aineistovalinnoissani suomenkieliseen ja Suomesta tehtyyn tutkimukseen, johon perehtyminen on välttämätöntä tutkittaessa suomalais-ta julkisen vallan ohjausta Suomessa elävien kansalaisten elämän näkökulmasta.³⁷

29 Melke 2010.

30 Metteri 2012.

31 Hautamäki 2016.

32 Rissanen 2015.

33 Paakkonen 2012.

34 Mäkelä 2008.

35 Pietikäinen 2013.

36 Stenlund 2014.

37 Anna Melken väitöskirjassa on vertailltu suomalaista mielenterveyspolitiikkaa Ruotsin, Ranskan ja Englannin politiikkaan. Kaikissa maissa on yhteistä se, että missään ei ole harjoitettu johdonmukaista ihmisoikeuksia turvaavaa mielenterveyspolitiikkaa. Anna Melken lähtökohdana väitöskirjassa on, että mielenterveysongelmista kärsivät ihmiset ovat yhteiskunnan marginaalissa. He eivät ole samalla tavalla kuin muut kansalaiset mukana koulutuksessa, työelämässä tai perhe-elämässä. He jäävät myös terveydenhuollon ja kaiken yhteisöllisyyden ulkopuolelle. Hän osoittaa tutkimuksessaan, että vaikka kaikissa em. valtioissa on eksplisiittisesti tunnustettu tämän ihmisryhmän tuen tarve, ei tukikeinoja itsessään ole eksplikoitu. Englanti on ainoa maa, jossa on erikseen kiinnitetty huomiota poliittisella ohjauksella mielenterveyden häiriöön sairastuneiden inklusioon yhteiskunnassa. Melke 2010. WHO linjaa kaikkien maiden mielenterveystyötä ja jokainen maa on sitoutunut toimillaan yhteisesti määriteltyjen tavoitteiden saavuttamiseksi. Tämän lisäksi on yhteisiä ohjelmia ja kehittämishankkeita, kuten Roamer – a Roadmap for Mental Health Research in Europe, jonka tavoitteena on kehittää mielenterveyden tutkimusta. http://www.roamer-mh.org/files/ROAMER%20Brochure_March%202015_FINNISH.pdf

1.4 TUTKIMUKSEN MENETELMÄT

Tutkimukseni edustaa sosiaalietiikkaa ja hyödyntää monitieteisiä lähestymistapoja ja viitekehyksiä. Sosiaalietiikka on osa moraalifilosofian perinnettä, jossa tarkastellaan toimintaa ihmisen hyvän elämän ja sen toteutumisen ehtojen kannalta. Yksilön ja yhteisön hyvän on nähty olevan sidoksissa toisiinsa jo antiikin ajoista lähtien. Yhteiskuntafilosofian keskeisimpiä kysymyksiä on, kuinka oikeudenmukaisuutta voidaan toteuttaa. Minkälaisia käsityksiä hyvästä on olemassa eli minkälaisia arvoja yhteiskunnassamme on ja minkälaisia moraaliperiaatteita eli normeja yhteiskunnassamme kannatetaan ja noudatetaan?³⁸ Arvot voidaan karkeasti jaotella käytännöllisiin ja eettisiin arvoihin. Eettinen argumentointi liittyy perustaviin kysymyksiin ensinnäkin siitä, mitä hyvä elämä on ja toiseksi, kuinka ihmisten tulisi toimia toisiaan kohtaan, jotta he toimisivat oikein.

Perinteisiä eettisiä arvoja ovat esimerkiksi oikeudenmukaisuus, tasa-arvo ja itsemääräämisoikeus. Käytännöllisessä argumentoinnissa puolestaan vedotaan sellaisiin arvoihin kuin taloudellisuus, tehokkuus ja toimivuus. Normit ovat arvojen varaan rakentuvia, käyttäytymistä ohjaavia sääntöjä. Normit muuttavat arvot toiminnaksi ja toteuttavat niitä käytännössä.³⁹ Julkisen vallan ohjaus koostuu sekä eettisistä, että käytännöllisistä arvoista ja normeista. Sen sijaan, että tässä tutkimuksessa pyrkisin vastamaan kysymykseen siitä, että minkälaista olisi oikein toimiminen hyvän elämän takaamiseksi, pyrin selvittämään ensin, miten on toimittu sekä voidaanko sanoa, että tavoitteena ollut hyvä elämä kaikille.

Tässä tutkimuksessa selvitän, miten julkisen vallan ohjaus erilaisiin normatiivisiin lähtökohtiin ja toimintaperiaatteisiin kirjattuina tavoitteina ja toimina luo ja ylläpitää tai estää ja haittaa mielenterveyden häiriöön sairastuneen hyvän elämän toteutumisen edellytyksiä. Hyvän elämän normatiiviset edellytykset on kirjattu kansainvälisiin ihmisoikeussopimuksiin, joihin Suomi on perustuslaillaan sitoutunut. Julkinen valta vastaa ihmis- ja perusoikeuksien toteutumisesta kaikkien kansalaistensa kohdalla. Ovatko julkisen vallan ohjausasiakirjojen normatiiviset lähtökohdat, toimintaperiaatteet ja tavoitteet edistäneet myös vakavasti sairaiden ihmisoikeuksien toteutumista?

Ihmisoikeuksien toteutumisen selvittäminen edellyttää sen tarkastelemista, millaisia yhteiskunnallisia arvoja ja normeja mielenterveyden häiriöihin sairastuneisiin kohdistuva julkisen vallan ohjaus ilmentää. Ideologiset piirteet ovat kulttuurisia ja

38 Hallamaa 2017, 8.

39 Moraaliset lähestymistavat antavat erilaisia merkityksiä normien asemalle. Velvollisuusetiikka pitää normeja toiminnan lähtökohtana. Tällöin toiminta on moraalisesti oikeaa, kun se on ihmisen arvoa suojaavien normien mukaista. Seurausetiikka laskee puolestaan parhaan mahdollisen lopputuloksen varaan ja kannatta normien valitsemista sen mukaisesti. Nykyään käytävälle moraalikeskustelulle on ominaista vedota oikeuksiin, jotka perustellaan usein ihmisarvolla tai tasapuolisuudella. Argumentti ja kritiikki – lukemisen, keskustelun ja vakuuttamisen taidot 1999, 226, 228–229.

poliittisia katsomuksia, joilla on yhteiskuntaan ja yksilöihin vaikuttavia seurauksia, mutta joiden arvosidonnaisuutta ei aina tiedosteta tai se on peitetty. Minkälaiset paradigmat, ideat ja normit ovat vaikuttaneet poliittiseen ohjaukseen ja miten ne ovat muuttuneet ajan kuluessa?

Tutkimusmetodinä on käsiteanalyysi. Käsiteanalyttisen metodin tavoite on lisätä ymmärrystä erilaisista ilmiöistä selventämällä niitä kuvaavien keskeisten käsitteiden merkitystä. Dekompositionaalisella ja regressiivisellä analyysillä käytössä olevat käsitteet voidaan purkaa yksinkertaisemmiksi käsitteiksi ja tämän jälkeen määritellä ehdot, joiden nojalla jokin asia joko kuuluu tai ei kuulu analysoitavan käsitteen alaan. Näin käsite on mahdollista muotoilla uudelleen. Tämän uuden muotoilun myötä käsiteanalyysiin kuuluu käsitteiden purkamisen ja hajottamisen lisäksi rakentava, konstruktivinen ulottuvuus, jonka voidaan sanoa lisäävän tietoa. Tätä käsiteanalyttisen menetelmän piirrettä kutsutaan transformatiiviseksi pyrkimykseksi.⁴⁰ Tässä tutkimuksessa tavoitteena ei ole tuottaa uutta tietoa (transformatiivinen pyrkimys), vaan pyrkimyksenä on etsiä aineiston keskeiset käsitteet.

Tällaisen käsiteanalyttisen menetelmän avulla voidaan kirkastaa todellisuutta, joka on usein sumea, käsitteellistämällä todellisuutta sanallisesti. Sanat muodostavat yhdessä merkitysten verkoston, johon inhimillinen todellisuus on sidoksissa. Sanallisten muotoilujen varassa yhteiskuntamme toteutuu erilaisina uskomuksina, toimintoina, instituutioina ja käytänteinä. Yhteiskunnan mutkikkautta voidaan ymmärtää paremmin selventämällä käsitteitä ja luomalla välineitä, joilla monella tavalla sotkuista ihmiselämää voidaan kohentaa. Käsiteanalyttiseen menetelmään voidaan näin liittää sosiaalieettinen, normatiivinen tavoite parantaa ihmisen kannalta epätydyttäviä elämänehtoja ja muuttaa yhteiskuntaamme oikeudenmukaisemmaksi.⁴¹

Tämän tutkimuksen normatiivisena tavoitteena on tuoda esiin mielenterveyden häiriöön sairastuneen kansalaisen elämään vaikuttava julkisen vallan ohjaus. Lisäksi tavoitteena on nähdä mielenterveyden häiriöön sairastuneet kansalaiset ihmisoikeuksien haltijoina, joina heitä ei perinteisesti ole nähty. En kuitenkaan tule muotoilemaan tiukkoja normatiivisia ohjeita tai suosituksia esimerkiksi paremman mielenterveyspolitiikan tuottamiseksi vaan ennemminkin epäkohtiin keskittyen tarjoamaan välineitä ja havaintoja ajattelun ja päätöksenteon tueksi.

Inhimillistä todellisuutta tarkasteltaessa päästään harvoin eksaktiin tarkkuuteen, sillä joskus sanat voidaan palauttaa kielellisiin konventioihin ja joskus taas ne kuvaavat tosiasioiden välisiä riippuvaisuuksia. Merkitysten tutkiminen on kuitenkin tärkeää, sillä niiden käyttöyhteyksiä tarkastelemalla voidaan esittää huomioita ajattelutavoista ja sosiaalisista ilmiöistä. Sanojen vakiintuneiden käyttötapojen analyysi paljastaa, ovatko ne ilmiön kannalta sopusoinnussa toistensa kanssa vai sisältykö

40 Hallamaa 2017, 9–12.

41 Hallamaa 2017, 12–14.

niihin merkityksiä, jotka ovat keskenään ristiriidassa. Sisäisesti ristiriitainen käsite ei ole käyttökelpoinen.⁴²

Julkisen vallan informaatio-ohjausasiakirjat ja poliittiset ohjelmat ovat harvoin sen luonteisia, että niistä olisi järkevää yrittää tehdä suoraviivaista argumentaatioanalyysiä, jossa voidaan tutkailla esimerkiksi pääväitteitä ja niiden tueksi valittuja perusteluita sekä testata niiden toimivuutta. Ongelmana ei ole niinkään se, että väitteitä ei lausuttaisi julki vaan se, että poliittisissa asiakirjoissa varotaan väittämästä mitään tosiasioista. Sen sijaan niissä esiintyy tavoitteita, arvoja ja näihin johtavia keinoja. Argumentaatioanalyysi auttaa näiden poliittisten asiakirjojen eli aineiston kielellisessä yksinkertaistamisessa ja aineistossa esiintyvän käsitteistön kontekstuaalisuuden paljastamisessa. Aineistossa voi esiintyä esimerkiksi käsitteellisiä toistoja ja ilmaisuja, joita ei käytetä arkikielessä. Mistä paradigmasta ne kertovat ja mitä arvoja niihin sisältyy? Argumentin asiasisältö saadaan esiin karsimalla aineiston ylimääräisiä ilmaisuja, adjektiiveja ja tehokeinoja. Tämä selkeäkielistäminen paljastaa aineiston keskeiset käsitteet.⁴³

Moraalisten arvojen ja normien tunnistamiseksi voidaan esimerkiksi kiinnittää huomiota käytettäviin adjektiiveihin ja niiden vertailumuotoihin, jotka paljastavat, mitä pidetään hyvänä, tavoiteltavana ja kannattavana ja mitä puolestaan huonona, vältettävänä tai torjuttavana. Mahdollisia taustaoletuksia ei voida kuitenkaan jäljittää yksinomaan aineiston adjektiiveja seuraamalla, sillä taustaoletuksia ovat myös käsitykset ihmisyydestä, erilaiset maailmankatsomukset sekä moraalien luonnetta koskevat näkemykset. Näiden taustaoletusten paljastaminen on tärkeää, jotta aineiston reunaehdot rajautuvat ja käsitteet tulevat ymmärrettäviksi.⁴⁴

Käsiteanalyysi on erityisen hedelmällinen menetelmä, kun lähdeaineistona on mielenterveyspolitiikkaa ohjaava, erityyppinen *tieto*. Mitä pidetään tietona ja millaista se on luonteeltaan? Mitä käsitteitä käytetään ja minkälaisia suhteita ja yhteyksiä käsitteiden välillä vallitsee? On hämmäntävää, että hyvinvointivaltion instituutiota on ohjattu vuosikymmenet tiedolla, jonka luonnetta ei ole tarkkaan analysoitu. Kun mielenterveyden tutkimusta ovat hallinneet lääke- ja hoitotieteelliset lähestymistavat, onko käynyt niin, että myös mielenterveyden ohjaamisessa on keskitytty lähes yksinomaan hoitojärjestelmän kehittämiseen näiden tieteenalojen näkökulmasta?

Hoitomallin muutos sairaalahoidosta avohoitoon edellytti lääke- ja hoitotieteen perustuvaa tutkimusotetta, mutta onko avohoidon vakiintuminen ja mielenterveyden häiriöön sairastuneen kansalaisen muuttuminen sairaalapotilaasta palvelujärjestelmän asiakkaaksi laajentanut tutkimusparadigmaa vai hallitseeko tutkimusta ja siihen perustuvia toimenpiteitä lähtökohta, joka ei enää vastaa mielenterveyden

42 Hallamaa 2017, 10–11.

43 Argumentti ja kritiikki – lukemisen, keskustelun ja vakuuttamisen taidot 1999, 60–64, 101.

44 Argumentti ja kritiikki – lukemisen, keskustelun ja vakuuttamisen taidot 1999, 227–228.

häiriöön sairastuneiden ihmisten elämän todellisuutta? Tällaisiin kysymyksiin voidaan vastata käsiteanalyysin avulla.

Käsiteanalyysin avulla voidaan tutkia, missä määrin ohjausasiakirjoissa asetetaan tavoitteeksi mielenterveyden häiriöön sairastuneisiin kohdistuviin kielteisiin ja heidän kannaltaan vahingollisiin asenteisiin vaikuttaminen ja onko asennemuutoksen aikaansaamiseksi luotu toimenpiteitä. Ihmisoikeusperustaisessa oikeusvaltiossa julkisen vallan ohjauksen tärkeisiin tavoitteisiin kuuluu keskeisten ihmisoikeuksien toteutumista ilmentävien ulottuvuuksien, kuten asumisen, koulutuksen ja toimeentulon kehittäminen. Se, kuinka hyvin mielenterveyspoliittiset tavoitteet ja toimet kohdistuvat mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmisoikeuksien turvaamiseen yhdenvertaisuutta edistävällä tavalla tuo esiin, millaisiin arvoihin ja normeihin yhteiskuntamme on tosiasiallisesti sitoutunut.

Käsiteanalyttinen metodi on sidoksissa kieleen. Olen tehnyt tämän tutkimuksen suomen kielellä. Olen myös pyrkinyt käyttämään pääasiassa suomalaisia lähdeaineistoa. Tutkimukseni kielivalinta on tarkoituksellinen ja kantaaottava. Tavoitteena on ollut löytää juuri suomenkielisiä käsitteitä tutkimusaiheesta. Suomenkieliset käsitteet ohjaavat suomalaista yhteiskuntaa, joten en tosiasiallisesti edes harkinnut muita kielivaihtoehtoja tutkimukselle. Toisena tavoitteena on ollut myös suomalaisen, suomen kielellä tehdyn tutkimuksen esiin nostaminen ja arvostaminen tutkimusaineistona, vaikka akateeminen tutkimuskieli onkin herättänyt keskustelua.⁴⁵ Englannin kieli hallitsee akateemista keskustelua, mutta on tärkeää ylläpitää akateemista tutkimusta myös omalla kielellämme.

Kielivalintaan vaikuttava kantaaottava elementti on peräisin tutkimukseni aiheesta. Tutkin yhteiskunnan laitamille työnnettyjä ihmisiä. Tutkimuksen kirjoittaminen kielellä, joka on akateemisessa maailmassa marginaalinen toistaa tutkimuskohteeni yhteiskunnallista asemaa. Kansainvälinen tunnettuisuus on tälle tutkimukselle vastaavanlainen haaste kuin täysvaltainen kansalaisuus tutkimukseni kohteena oleville ihmisille.

Suomeksi kirjoittaminen antaa myös mahdollisuuden suunnata tutkimus ennen kaikkea suomalaisen yhteiskunnan kaikilla tasoilla toimiville; eri alojen ja sektoreiden asiantuntijoille, päättävälle ja ohjaaville tahoille sekä kaikille yhteiskuntamme jäsenille. Yhteisiä asioitamme voidaan aidosti kehittää vain, jos meillä on yhteinen ymmärrys tavoitteista. Ymmärrettävät ja selvät käsitteet edesauttavat tavoitteiden muotoilemista, mikä on ihmisten yhteinen, ei vain akateemista keskustelua käyvien teoreetikkojen tehtävä.

45 Helsingin Sanomissa käytiin debattia tieteellisen julkaisun valtakielestä, joka on tällä hetkellä englanti. Mieli-
pidekirjoituksessa 2.1.2018 kirjoitettiin, että akateeminen suomalaisuusliike nostaa päätään, kun suomen kiele-
nen asemaa akateemisessa maailmassa halutaan vahvistaa: <https://www.hs.fi/mielipide/art-2000005547080.html> Helsingin sanomat nosti aiheen uudestaan esiin elokuussa 2018, kysymällä otsikossaan: ”Häviääkö
suomen kieli yliopistoista?” <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000005797766.html>

Olen valinnut tutkimukseni nimeksi *Suomalainen mielenterveyspolitiikka – julkisen vallan ohjaus mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmisoikeuksien turvaamiseksi*. Olen muotoillut nimen näin, vaikka Suomessa ei erilaisista yrityksistä huolimatta ole koskaan laadittu mielenterveyspoliittista ohjelmaa. Terveyspolitiikan valitseminen tutkimuksen viitekehyyksi on ongelmallista myös, koska se jättää sosiaalisen ulottuvuuden – jälleen kerran – huomiotta. Terveyspolitiikka voi silti olla paras viitekehys tarkastella mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmisten ihmis- ja perusoikeuksien toteutumista hyvinvointivaltioajan Suomessa, sillä hyvinvointivaltion kansalainen on aina ollut ensisijaisesti myös terveyskansalainen. Modernissa sosiaalipolitiikassa terveys ja kansalaisuus kietoutuvat toisiinsa, koska terveyden avulla ja kautta määritellään sekä kansalaisen oikeuksia että velvollisuuksia.

Aineistoni sisältää myös laajasti politiikkaan kietoutuvia niin sanottuja suuria käsitteitä kuten oikeudenmukaisuus, hyvinvointi, kansalaisuus, joista kaikista on olemassa useita erilaisia käsityksiä ja teorioita. En pyri tässä tutkimuksessa analysoimaan kaikkia mahdollisia politiikan tasoja tai keskeisimpiä hyvinvointivaltioon liittyviä käsitteitä, eikä se olisi käytännössä mahdollistakaan. Sen sijaan pyrin palauttamaan kerta toisensa jälkeen monitieteisen ja monialaisen aineiston keskeisimmät arvot ja normit julkisen vallan perustehtävien tarkasteluun. Tutkimuksessa ei hyödynnetä tai testata mitään yksittäistä teoriaa enkä sido omaa ajattelua mihinkään tiettyyn näkökulmaan, vaan pyrin aineistolle uskollisesti ja rehellisesti nostamaan esiin aineistosta nousevat kysymykset tutkimuksen keskiöön.

Julkisen vallan ensisijaisena tehtävänä on perustuslain mukaisen yhteiskunnan rakentaminen ja ylläpitäminen. Ihmisoikeuksien toteutuminen on julkisen vallan ja ylimmän poliittisen ohjauksen vastuulla. Tämän vuoksi tässä tutkimuksessa keskitytään mielenterveyspolitiikan ylimpään tasoon; hallitusohjelmiin, kansallisiin ohjelmiin, strategioihin ja hankkeisiin sekä lainsäädäntöön ja niitä tarkastellaan ihmis- ja perusoikeuksien sisältämien hyvän elämän edellytysten näkökulmasta.

Valitsen mielenterveyspolitiikan harjoittamisen ylätasoinen siitäkin huolimatta, että Suomessa on ollut vahva alue- ja kuntapolitiikan perinne. Tiedän myös, että päätösten toimeenpano on eri asia kuin informaatio- tai normiohjaus, ja että arvot ja normit siirretään käytäntöön paikallisissa toimintakulttuureissa sekä johtamisjärjestelmissä. Lisäksi jokaisella yksittäisellä ihmisellä, osana yhteiskuntaa, on merkitystä sen kannalta, kuinka erilaisuus kohdataan.

Viimekätinen vastuu ihmisoikeuksien toteutumisen ehdoista on kuitenkin julkisella vallalla ja sen päätökset vaikuttavat alemman tason päätöksentekoon ja toimintaan ja ohjaa niitä. Tästä syystä on tärkeää kysyä, kuinka julkinen valta on kantanut vastuutaan? Miten se on huolehtinut siitä, että myös mielenterveyden häiriöön sairastuneelle kansalaiselle taataan sellaiset edellytykset, että myös hänen ihmisarvonsa ja ihmisoikeutensa voisivat toteutua täydesti?

1.5 TUTKIMUKSEN RAKENNE

Tutkimuskysymyksiin vastaaminen edellyttää tukeutumista muiden tieteenalojen tutkimukseen, jossa hyödynnetään toisaalta lääketieteen perinteen mukaisesti tehtyjä ja terveys sosiologisia tutkimuksia mutta toisaalta myös yhteiskuntapoliittisen ja yhteiskuntatutkimuksen käyttämiä viitekehyksiä. Tutkimuksen aineistona on eri tieteenalojen metodeja ja lähtökohtia hyödyntäviä tutkimuksia ja asiakirjoja. Jotta kompleksista ja monitahoista aihepiiriä ja sitä koskevaa tutkimusta voisi hahmottaa, tutkimus alkaa luvulla, jossa esitellään tiiviisti aihepiiriin kannalta keskeisten tieteenalojen perusparadigmat tutkimusaiheen näkökulmasta. Tämän jälkeen esittelen keskeisimmät ihmisoikeussopimukset ja niiden keskeiset paradigmat. Ne luovat taustan seuraaville luvuille, joissa esittelen mielenterveyden häiriöiden hoitamisen historiallisen kehityskulun Suomessa 1970-luvulta alkaen.

Varsinainen analyysiosuus koostuu neljästä pääluvusta, jotka on jaoteltu hyvinvointivaltion kehitysvaiheita vastaavalle aikajanelle. Tutkin julkisen vallan ohjaukskeinoja kullakin ajanjaksolla mielenterveyden häiriöön sairastuneen kansalaisen näkökulmasta. En tarkastele normiohjausta eli lainsäädännöllistä aineistoa erillisenä kokonaisuutena vaan osana yhteiskunnallista kehitystä, joka on luonut haasteen uudistaa myös lainsäädäntöä. Esittelen keskeiset lainsäädäntöhankkeet siinä järjestyksessä, jossa ne ovat seuranneet toisiaan.

Tutkimuksen analyysiä ei ole mahdollista rakentaa tutkimuskysymysten mukaisesti, sillä kysymykset kietoutuvat sekä toisiinsa että historialliseen kehityskulkuun. Tämän takia tutkimuksen aikajanaa noudattava eteneminen alkaa tarkastelulla 1970–1980-luvun yhteiskunnallisista muutoksista Suomessa mielenterveyspolitiikan näkökulmasta. Tarkastelen erityisesti dehospitalisaatioparadigmaa ja sen omaksumiseen johtaneita aatteita ja ideologioita sekä sen käyttöön ottamisen seurauksia. Tämän jälkeen tarkastelen erikseen kuhunkin aihepiiriin keskittyvissä luvuissa 1990-, 2000- ja 2010-luvuilla vaikuttaneita kansainvälisiä ja kansallisia normi- ja rakenneuudistuksia sekä sitä, miten sairaaloiden purkaminen vaikutti mielenterveyspolitiikan kehittymiseen. Lisäksi analysoin kunkin ajanjakson aikana esitetyt keskeisimmät poliittiset ideat ja selvitän, miten ne näkyvät palvelurakenteissa ja kansalaisuutta koskevissa käsityksissä.

Tutkimukseni tarkastelee poliittisten ja hallinnollisten asiakirjojen kuvaamaa todellisuutta 1970-luvulta 2010-luvulle. Koska tutkimukseni on käsiteanalyttinen eikä yhteiskuntatieteellinen tai oikeustieteellinen tutkimus, keskityn tarkastelemaan käsitteitä ja normeja, joita käyttäen aineistossani kuvataan todellisuutta, enkä pyri analysoimaan ilmiöiden yhteiskunnallisia tai oikeustieteellisiä selitysmalleja. En myöskään pyri varsinaisesti hahmottamaan historiallisia kehityskulkuja, vaikka aineisto koostuukin usean vuosikymmenen aikana syntyneistä asiakirjoista. Analyysin avulla tunnistan aineistosta aihepiirin kannalta keskeisimmät käsitteet ja selvitän, miten niitä on eritelty tutkimuskirjallisuudessa.

2. TUTKIMUKSEN KANNALTA KESKEISIMMÄT TIETEENALAT JA YHTEISKUNNALLISET OHJAUSMEKANISMIT

Tämä tutkimus on monitieteinen, koska tutkimuskysymyksiin vastaamiseksi on selvitettävä usean tieteenalan ja yhteiskunnallisten ohjausmekanismien tutkimuksia, käsityksiä ja johtopäätöksiä. Koska Suomessa ei ole muotoiltu varsinaisia mielen-terveyden politiikkaohjelmia, toteutunutta mielenterveyspolitiikkaa on tarkasteltava monentyyppisen aineiston varassa, ja niiden ymmärtämiseksi on turvauduttava eri tieteenalojen tutkimukseen ja erilaisiin käsityksiin yhteiskunnan toiminnan ohjauksesta. Selvitän seuraavaksi lyhyesti, kuinka mielenterveyden häiriöitä ja yhteiskuntaa on tarkasteltu aiheen kannalta keskeisimmillä tieteenaloilla terveystieteissä sekä terveys- kansalaisuus- ja ihmisoikeuspolitiikan tutkimuksessa.

En tarkastele erikseen lääketieteellistä tutkimusta tässä taustaluvussa sillä sen kehityskulkua käyn seikkaperäisesti läpi tutkimuksen analyysiluvuissa, mutta on huomattava, että lääketieteellinen tutkimus on ollut tämän tutkimuksen kannalta keskeinen tieteenala. Aineiston rajaamisen vuoksi tässä tutkimuksessa tarkastelun ulkopuolelle jäävät myös hallinto-, oikeus- ja politiikkatieteelliset tutkimukset, jotka olisivat tutkimusaiheen kannalta kiinnostavia ja oleellisia.

2.1 TERVEYSSOSIOLOGIA

Terveyssosiologian kehittymisen myötä kehittyi myös mielenterveyden ymmärtäminen osana yhteiskunnan toimintamekanismeja. Tämän tutkimuksen keskeisimmät klassikot ovat juuri terveyssosiologisia tutkimuksia. Jo 1950-luvulla Talcot Parsons julkaisi teoksensa *The Social System*, jossa hän analysoi sairaan roolia yhteiskunnassa. Myöhemmin Erving Goffman käytti sosiologisia teorioita tutkiesaan mielisairaaloita ja sairaut terveistä eristävää stigmatisointia. Thomas Scheff puolestaan jatkoi hänen työtään syventämällä stigmatisaation analyysia ja luomalla leimaamisteorian. Vaikka terveyssosiologiassa ajauduttiin 1980-luvulta alkaen metodologisiin kiistoihin,⁴⁶ tutkimussuuntaus vaikutti merkittäväällä tavalla siihen, että mielenterveyttä ryhdyttiin tarkastelemaan osana yhteiskunnallista todellisuutta eikä

46 Parsonsin ajatteluun olivat puolestaan vaikuttaneet Sigmund Freudin, Emile Durkheimin ja Max Weberin ajatukset ihmisistä osana yhteiskuntaa. Merkittävä vaikutus on ollut myös ns. konfliktiteorialla, jonka Karl Marx ja Max Weber loivat. Teorian mukaan yhteiskunta koostuu useista erilaisista, omaa etuaan ajavista ryhmittymistä ja epätasapaino sekä eriarvoisuus syntyvät statuseroista ja epätasaisesti jakaantuneesta poliittisesta vaikutusvallasta. Konfliktiteorian merkittävin anti terveyssosiologialle on ollut poliittisten intressien esiin nostaminen terveyteen liittyvissä yhteiskunnallisissa reformeissa. The new Blackwell company to Medical Sociology 2010, 4- 10.

pelkästään lääketieteellisenä kysymyksenä. Terveys sosiologian pioneerien vaikutusta on sekä, että mielisairaalahoitoon mielekkyys ja tulokset kyseenalaistettiin.⁴⁷

Muita mielenterveyspolitiikan kannalta mielenkiintoisia terveystieteologiaan vaikuttaneita ajattelijoita ovat olleet monialaiset tutkijat kuten Max Weber, Jürgen Habermas sekä Michel Foucault. Weber eritteli tutkimuksessaan rationaliteetin käsitettä ja jaotteli yksilön päätöksentekoon vaikuttavat tekijät toisaalta päämäärään ja toisaalta keinoa koskevaan harkintaan. Hänen mukaansa länsimaissa vallitseva formaalisen rationaliteetin valta-asema on yhteydessä kapitalismiin, lääketieteeseen ja moderniin yhteiskunnan rakenteeseen. Terveystieteologiaassa Weberin ajatuksia on hyödyntänyt myöhemmin erityisesti Elliot Freidson analysoidessaan lääkäreiden ammatillisuutta niin sanotussa uusweberiläisessä professiovaltatutkimuksessa. Weberin ajattelua on hyödynnetty myös terveystieteologia-analyysissä sekä tarkasteltaessa, kuinka potiluus muuttuu kuluttajuudeksi.⁴⁸ Weberin rationaliteettiin liittyvät tutkielmat ovat erityisen mielenkiintoisia mielenterveyden häiriöitä koskevien kysymysten kannalta, sillä monet mielenterveyden häiriöt muuttavat potilaan päätöksentekoa ohjaavia tekijöitä ja hänen toimijuutensa ehtoja, joilla on suuri vaikutus hyvän elämän toteutumisen ehtoihin yhteiskunnassa, jossa korostetaan rationaalista toimintaa.⁴⁹

Mielenterveyttä ja sen yhteiskunnallista ulottuvuutta tutkinut Michel Foucault on ollut merkittävä vaikuttaja terveystieteologiseen tutkimukseen. Terveystieteilijät ovat hyödyntäneet erityisesti niitä Foucault'n tutkielmia, joissa hän käsittelee ammatillisuutta ja yhteiskunnallista kontrollia. Myös hänen analyysinsä hulluudesta, klinikoista ja seksuaalisuudesta ovat antaneet aineksia terveystieteologiaan. Myöhemmin biovallan ja biopolitiikan tutkijat ovat jatkaneet Foucault'n työtä,⁵⁰ ja yhteiskunnallista hallintavaltaa tarkasteleva tutkimusperinne nojaa Foucaultin ajatuksiin vallasta ja väestön hallinnasta.⁵¹ Foucault'n ajatuksia on myös kritisoitu, mutta hänen vaikutuksensa tapaan, jolla mielenterveyden yhteiskunnallisia ulottuvuuksia on tutkittu, on kiistaton.

47 Syvennyin näihin klassikoihin tämän tutkimuksen 1980-lukua käsittelevässä luvussa kolme (3) sekä stigmatisaation käsitteanalyysissä luvussa kuusi (6).

48 Habermasilla oli puolestaan päinvastainen käsitys rationaliteetista. Hän kehitti käsitteen ”communicative rationality” (kommunikatiivisen toiminnan teoria), jossa huomioidaan kulttuurin ja yhteiskunnan vaikutukset päätöksentekoon. Habermas esitti Marxista poiketen, että yhteiskunta on kaikille sen jäsenille merkityksellinen ja että yhteiskunta on systeemi, joka koostuu kaikista sen jäsenistä (systeemiteoria). *The New Blackwell Companion to Medical Sociology* 2010, 11–14.

49 Tässä tutkimuksessa ei ole mahdollista syventyä kuitenkaan tähän näkökulmaan.

50 *The New Blackwell Companion to Medical Sociology* 2010, 15–16.

51 Palaan näihin kysymyksiin tutkimukseni myöhemmässä vaiheessa kartoittaessani paradigmaattisia muutoksia julkisen vallan ohjauksessa, kun on ryhdytty edistämään väestön terveyttä ja yksilöiden elämänhallintaa. Hallintavaltaa on tutkittu runsaasti myös poliittisen ohjauksen kontekstissa, mutta en aio tässä tutkimuksessa syventyä tähän viitekehukseen huolimatta sen merkittävistä eduista myös mielenterveyden hallintaan liittyvissä kysymyksissä.

Mielenterveyspolitiikan tutkimuksen kannalta merkittävä sosiologi on ollut myös Karl Marx. Hänen ajatuksiaan on hyödynnetty terveystieteissä esimerkiksi terveystieteiden kritiikkinä, ja käyttämällä hänen vieraantumisteoriaansa, kun on tarkasteltu sosioekonomisen aseman vaikutuksia huonoon terveyteen. Vieraantumisteorian mukaan ihminen ei enää tunnista itseään yhteiskunnan todelliseksi jäseneksi, koska tuotantosuhteet ovat vieraannuttaneet hänet työstä ja itsestään. Tilannetta heikentää edelleen se, että lohduksi materiaaliseen puutteeseen omaksuttu uskonto estää ihmistä kiinnittämästä huomiota epäkohtien varsinaiseen aiheuttajaan. Terveystieteissä tätä ajatusta on sovellettu esimerkiksi sen tutkimiseen, miten biolääketiede on vieraannuttanut ihmisen terveyteen vaikuttavat tekijät yhteiskunnallisesta keskustelusta.

Merkittävä Marxin ajattelun soveltamiskohde on ollut mielenterveyden lähtökohtien kritiikissä, jossa on kysytty, onko yksilö, joka ei sopeudu sosiaaliseen ympäristöönsä, mieleltään sairas, vai onko sopeutumattomuus merkki sosiaalisen ympäristön ongelmista. Erityisesti 1960–1980-luvulla vaikuttanut antipsykiatriseksi liikkeeksi kutsuttu suuntaus tutki tämänkaltaisia kysymyksiä. Marxin ajattelua työvoiman asemasta yhteiskunnassa on hyödynnetty myöhemmin esimerkiksi väestön hyvinvointi- ja terveyserojen analyyseissä sekä terveyden elinkeinosektoreiden kasvua kritisoitaessa.⁵²

Terveystieteissä on oltu laajasti kiinnostuneita mielenterveydestä yhteiskunnallisena ilmiönä. Huolimatta terveystieteen osuudesta yhteiskunnalliseen mielenterveystutkimukseen käsitteanalyttinen väitöstutkimus haastaa terveystieteen lähtökohdat. Tämä johtuu siitä, että mielenterveystutkimuksen keskeiset ongelmat ovat yhteydessä peruskäsitteisiin mieli ja terveys, joista kumpaakaan ei voida tyhjentävästi määritellä, vaikka molemmat käsitteet ovat olleet kautta aikain filosofien pohdinnan kohteena.

Käsitys terveydestä on muuttunut modernilla ajalla radikaalisti. Nykyään terveyden ajatellaan olevan yksilön omalla vastuulla ja tavoite, jota kohti jokaisen tulee ponnistella. Samalla käsitys terveysriskeistä on muuttunut. Yleisten riskitekijöiden sijaan korostetaan ihmisten yksilöllisiä ominaisuuksia sairauksien puhkeamiseen vaikuttavina tekijöinä. Terveyskäsitteeseen voimakkaasti yhdistetyn riskiajattelun juuret ulottuvat 1800-luvulle. Silloin tehokkaita hoitokeinoja useimpiin sairauksiin ei ollut, minkä vuoksi ennaltaehkäisyn tarve korostui. Hoitokeinojen runsastumisesta huolimatta sairauksien riski- ja altistumistekijöitä tutkitaan edelleen vimmatusti – myös mielenterveytyksessä ja -tutkimuksessa.⁵³

52 Lehto 2010, 13–25. Tutkin myöhemmin medikalisaation vaikutuksia mielenterveytyksen näkökulmasta luvussa neljä (4).

53 Sosiaaliepideemiologia 2011, 17–18. Käsitteelen myöhemmin tässä tutkimuksessa, erityisesti luvussa viisi (5), mielenterveytykseen voimakkaasti liittyvää sairauksien ennaltaehkäisyn ja terveyden edistämisen paradigmaa, joka ilmenee asiakirjoissa ja politiikkaohjelmissa.

Samalla tiedetään kuitenkin, että terveyttä koskevat valinnat eivät ole yksilön vapaasti päätettävissä. Niitä ohjaavat monimutkaiset sosiaaliset rakenteet, jotka vaikuttavat siihen, miten ihmiset ajattelevat, päättävät ja toimivat.⁵⁴ Vaikka sosiaalisten mekanismien vaikutus tunnustetaan, terveyteen liittyviä kysymyksiä tarkastellaan vain harvoin koko yhteiskunnan tasolla ottamalla huomioon poliittiset, taloudelliset ja sosiaaliset tekijät.⁵⁵ Mielenterveyttäkin tutkitaan edelleen lähinnä lääketieteellisessä tutkimusperinteessä. Se on yllättävää, sillä terveys on ilmiönä paitsi lääketieteen myös poliittisten ja kaupallisten intressien kohde, ja sitä on tutkittu lääketieteen ja terveystieteiden lisäksi myös filosofiassa, antropologiassa ja hyvinvointitutkimuksessa. Tämän myötä tiedetään, että sosiaaliset ja kulttuuriset merkitykset sitovat lääketieteen määritelmät aikaan, paikkaan ja sivistyksen tasoon.⁵⁶

Terveyden käsitettä on pyritty määrittelemään julkisen vallan poliittisissa asiakirjoissa. Esimerkiksi World Health Organization, WHO, määrittelee terveyden laajasti täydelliseksi fyysiseksi, psyykkiseksi ja sosiaalisesti hyvinvoinnin tilaksi.⁵⁷ Määritelmä edustaa sosiaalista terveystieteistä ja sen vahvuutena on pidetty positiivista näkemystä, jossa terveyttä ei ajatella vain sairauden puuttumisena. Positiivista terveystieteistä edustaa myös Aaron Antonovskyn salutogeeninen terveystieteellinen malli, joka keskittyy terveyteen sairauden sijaan. Mallin keskeinen käsite on koherenssin tunne, joka kuvaa henkilön temperamenttia ja valmiuksia kohdata haasteita elämässä.⁵⁸ Salutogeeninen terveystieteellinen malli on saanut erityistä huomiota nykyään, kun sairauksia ennaltaehkäisevä ja mielenterveyttä edistävä paradigma on vahvistunut psykiatriassa, mutta mallia kohtaan on esitetty myös kritiikkiä.

Lähtökohdiltaan päinvastaista terveystieteellistä ajattelua edustaa puolestaan suomalaisen tutkijan, Tapani Purolan luoma, kansainvälistäkin huomiota saanut systeeminen malli, jossa keskitytään ihmisen kannalta negatiiviseen asiaan, sairauteen. Malli esittää sairaudet psyko-fyysisinä, sosiaalisina ja kokemuksellisinä tiloina, jotka ovat osa sosiaalista järjestelmää. Purolan mallin avulla on tutkittu muun muassa sairauskäyttäytymistä, sairastavuutta sekä hoitoon hakeutumista. Lisäksi mallin avulla on voitu tarkastella terveyteen ja sairauteen liittyvää toimintakykyisyyttä, mikä on auttanut kytkemään terveyden ja sairauden yhteiskunta- ja terveystieteiden keskeisiin tavoitteisiin.⁵⁹

Terveydellä ja sairaudella on monia yhteiskunnallisia kytköksiä, joiden paikantaminen voi kuitenkin olla vaikeaa. Sosioekonomisten erojen ja terveyden

54 The New Blackwell Companion to medical Sociology 2010, 160–161, 178–179.

55 Sosiaaliepideemiologia 2011, 22.

56 Palosuo & Lahelma 2013, 40–41.

57 Constitution of WHO: Principles.

58 Antonovsky 1996 sekä Palosuo & Lahelma 2013, 42.

59 Palosuo & Lahelma 2013, 42–43.

välisestä yhteydestä ollaan eri mieltä. Jotkut kieltävät tämän yhteyden kokonaan, ja toiset taas kiistelevät vaikutussuhteista: johtaako huono terveys huonompaan sosioekonomiseen asemaan vai onko huono sosioekonominen asema huonon terveyden aiheuttaja. Tutkijat eivät ole kyenneet muodostamaan aukotonta selitystä terveyserojen ja sosioekonomisten erojen yhteydelle. Myös sukupuolten välisiä terveyseroja on tutkittu, ja miesten naisia huonompi terveys on ollut kiinnostuksen kohteena.⁶⁰ Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen, THL, *Alueellinen terveyden ja hyvinvoinnin -tutkimushanke* tuottaa jatkuvaa tietoa väestöryhmien terveys- ja hyvinvointieroista.⁶¹

Sosioekonomiset erot ovat erityisen mielenkiintoisia mielenterveyspolitiikan kannalta. Tutkimusten mukaan yksilön sosiaaliluokalla näyttää olevan yhteys siihen, millaisista mielenterveyden häiriöistä hän kärsii. Skitsofreeniset psykoosit, itsemurhat ja alkoholiongelmat kasautuvat niin sanottuihin alempiin sosiaaliluokkiin. Muita sairastavuuteen vaikuttavia sosiaalisia tekijöitä voivat olla siviilisäätö sekä työ- ja asuinolosuhteet. Yhteyttä on selitetty muun muassa sosiaalisen stressin kasautumisella sekä mielenterveyden häiriöiden geneettisellä periytyvyydellä.⁶²

Sosiologisen tutkimuksen lisäksi terveyden ja sairauden merkitystä yhteiskunnassa tutkitaan kulttuurintutkimuksessa. Kulttuuritutkimuksen lähtökohtana on käsitys siitä, että sosiaaliset tosiasiat ovat ajatuksia ja tunteita, jotka ovat siirtyneet yksilöstä yhteiskuntaan ja muuttuneet myyteiksi, legendoiksi, uskonnoiksi, moraaliksi uskomuksiksi ja tavoiksi.⁶³ Kulttuurin vaikutusta terveyskäyttäytymiseen on tutkittu esimerkiksi tarkastelemalla, mikä edistää terveyttä ja mikä vaikuttaa sairauskäyttäytymiseen. Sairauskäyttäytymistä ja sairausrooleja eri kulttuureissa tutkittaessa on havaittu, että erityisesti suhtautuminen mielenterveyden häiriöihin sekä niiden määrittely, hoito ja kuntoutus vaihtelevat suuresti eri kulttuureissa. Eroja on myös parantaja-potilassuhteiden välillä ja hoitokulttuurien välillä ylipäätään.⁶⁴

60 The New Blackwell Companion to Medical Sociology 2010, 71–72, 77–78, 84–86, 97–99, 107–109. Kohtuullisen selkeä yhteys sen sijaan on löydetty sen välillä, että sosioekonomiset erot johtavat eroihin terveydessä erityisesti etnisten vähemmistöjen kohdalla, jotka eivät käytä terveyspalveluja/saa terveyspalveluja samalla tavalla esim. kielimuurin takia kuin ns. kantäväestö. Kulttuurierot ovat erityisen merkittäviä mielenterveyden hoidon suhteen. Sosioekonomisen aseman lisäksi terveyteen voi vaikuttaa ns. sosiaalinen pääoma, joka koostuu verkostoista, sosiaalisesta koheesioista, sosiaalisesta integraatiosta sekä luottamuksesta ja tuesta. Sosiaalinen pääoma edistää terveellisiä elintapoja ja ennaltaehkäisee sairauksia. The New Blackwell Companion to Medical Sociology 2010, 123–126, 199–203, Sosiaalielepidemiologia 2011, 43–51 sekä Palosuo & Lahelma 2013, 45–50.

61 Aikuisten terveys- ja hyvinvointi- ja palvelututkimus ATH on 2010 vuonna alkanut THL:n koordinoima tutkimushanke, jossa selvitetään hyvinvoinnissa ja terveydessä tapahtuvia muutoksia väestössä ja eri väestöryhmissä. <https://www.thl.fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/aikuisten-terveys-hyvinvointi-ja-palvelututkimus-ath> sekä Sosiaalielepidemiologia 2011, 60–72.

62 Lehtinen & Alanen & Anttinen & al. 1989, 23–24, 53.

63 Durkheim kutsui tätä kulttuuriksi jo vuonna 1895. Käsittelem Durkheimia myöhemmin tämän tutkimuksen luvussa kolme (3).

64 The New Blackwell Companion to Medical sociology 2010, 27–41. Emile Durkheim on tutkinut myös uskonnon ja terveyden välistä suhdetta ja Mary Douglas on syventänyt tätä pyhän ja profaanin erottelun tutkimuksilla. Uskonnoilla on merkittävä vaikutus yksilöiden ja yhteisöjen elämään ja se voi säädellä hyvin tarkasti

Lääketieteen hallitsemassa mielenterveystutkimuksessa terveystieteologia ja kulttuurintutkimus ovat olleet merkittäviä lähtökohtia poikkeavien näkökulmien esille tuomiseen. Tutkimusten mukaan mielenterveyden ja sosiaalisten ilmiöiden välillä voidaan osoittaa voimakas vaikutussuhde. Jokainen yksilö elää jonkin kulttuurin vaikutuspiirissä ja jokaisella kulttuurilla on omat arvonsa, uskomuksensa ja käyttäytymistä koskevat norminsa, jotka luovat kehyksen myös mielenterveyden kehitykselle ja sen häiriöiden tulkinnalle. Kulttuurit eivät ole yhtenäisiä, vaan ne koostuvat monista alakulttuureista. Mielenterveyden häiriöiden ilmeneminen vaihtelee kulttuuristen erojen mukaan jopa häiriöiden ilmiöiden ja sisällön suhteen. Lisäksi häiriöiden kroonistuminen vaihtelee eri kulttuureissa.⁶⁵

Koska terveys on tiiviisti yhteydessä yhteiskunnallisiin tekijöihin, sen ymmärtämiseksi on luotu lääketieteellisten selitys- ja vaikutusmallien lisäksi yhteiskuntapoliittisia selitys- ja vaikutusmalleja. Kuten terveystieteologinen tutkimusperinne on osoittanut, terveys on harvoin vain yksilön ominaisuus ja yksilön omassa vallassa oleva asia. Lukuisat yhteiskunnalliset ja yksilön lähiympäristön tekijät vaikuttavat siihen, mitä ja miten yksilö sairastaa. Erityisesti mielenterveyden häiriöistä ajatellaan usein, että sairauden sosiaaliset ja yhteiskunnalliset seuraukset ovat yksilön näkökulmasta vakavampia kuin itse sairaus.⁶⁶ Poliittiset tavoitteet ja kulloinkin valitut keinot voivat joko vahvistaa tai heikentää sairauksien sosiaalisia ja sairastuneen yhteiskunnalliseen asemaan kytkeytyviä seurauksia. Terveyspoliittisessa tutkimuksessa tutkitaan esimerkiksi näitä erilaisia poliittisia tavoitteita ja keinoja.

2.2 TERVEYSPOLITIikka

Terveyttä koskevat kysymykset ovat aina myös poliittisia kysymyksiä. Terveyspolitiikasta on kuitenkin alettu Suomessa puhua vasta 1960-luvulla. Yleisesti voidaan ajatella, että terveystieteologian tavoitteena on pitää huolta väestön hyvinvoinnista edistämällä terveyttä ja sen edellytyksiä sekä torjumalla sairauksia ja hoitamalla niitä. Terveyspolitiikan tutkimuksen kohteena on siis kansanterveys.

Kansanterveydellä tarkoitetaan tieto- ja toimintakokonaisuutta, joka pyrkii edistämään kollektiivisesti väestön terveyttä. Sen perustana pidetään 1800-luvun

henkisen ja fyysisen terveyden ja hyvinvoinnin normeja. Tutkimusten mukaan uskovaisilla ihmisillä on vähemmän terveydelle haitallista käyttäytymistä ja laajemmat sosiaaliset verkostot kuin muilla. Tutkimusten mukaan mm. masennusoireita on vähemmän uskovaisilla ihmisillä. Weberin mukaan uskovaisilla ihmisillä on ns. kärsimyksen kieli käytössään vaikeiden asioiden ja tunteiden käsittelemiseksi. Toisaalta uskonnollisten yhteisöjen normisto voi olla hyvin jyrkkää ja niiden rikkomisesta joutuu usein poissuljetuksi yhteisöstä. Tavallaan uskonnollisiin yhteisöihin siis lähtökohtaisesti ”valikoituu” ihmisiä, joten terveystieteologian tutkimisen ja uskonnon välille on tästä syystä vaikea tehdä suoria johtopäätöksiä. *The New Blackwell Companion to Medical sociology* 2010, 134–144. Tässä tutkimuksessa en tarkastele muiden kuin suomalaisen kulttuurin vaikutusta mielenterveyteen ja sitäkin vain aineiston esittämän todellisuuden valossa.

65 *The New Blackwell Companion to Medical sociology* 2010, 35–38.

66 Katso esimerkiksi Saarni 2008.

ympäristöhygienia-ajattelua. Moderni kansanterveystiede syntyi kliinisen lääketieteen, sosiologian ja fysiologian yhdistelmästä ja sen alueisiin kuuluvat terveyden parantaminen, terveyden suojelu sekä terveyspalvelut. Terveyden parantamiseen ajatellaan kuuluvan myös työllisyydestä, asumisesta ja koulutuksesta huolehtiminen. Terveyspolitiikkaa määrittelevät julkisen vallan, kuten valtion ja kuntien lisäksi muun muassa lääketeollisuus, potilasjärjestöt ja palveluiden tuottajat.⁶⁷

Kansanterveyteen pyritään vaikuttamaan poliittisin päätöksin. Poliittishallinto voidaan nähdä välineenä johonkin tai tietoisina poliittisina valintoina päätöksenteossa. Yleensä poliittisessa järjestelmässä asetetaan yleisiä yhteiskuntapoliittisia tavoitteita, joiden toimeenpanosta julkinen hallinto huolehtii. Jako politiikkaan ja hallintoon on kuitenkin usein vain teoreettinen.⁶⁸

Terveyspolitiikka on yksi poliittishallinnon osa-alue. Kapeasti määriteltynä se koskee terveydenhuoltoa ja sen järjestämistä, kuten terveyspalvelujärjestelmän toimintaa, palvelujen järjestämistapoja, hoitoon pääsyä sekä rahoituksen jakautumista. Laajasti määriteltynä terveyspolitiikka tarkoittaa ennaltaehkäiseviä toimia sekä palvelujärjestelmän lisäksi terveyteen vaikuttavien tekijöiden huomioimista.⁶⁹

Mielenterveyspolitiikka tarkoittaa käytännössä olemassa olevan mielenterveyden hoitoon tarkoitettun palvelujärjestelmän ohjaamista poliittisin keinoin. Palvelujärjestelmä koostuu tällä hetkellä perusterveydenhuollosta, erikoissairaanhoidosta, sosiaalihuollosta sekä kuntoutuksesta. Mielenterveyspolitiikalla säädelään hoitojärjestelmän lisäksi laajasti yhteiskunnallista mielenterveystyötä, johon kuuluu sairauksia ennaltaehkäisevää ja terveyttä edistävää työtä sekä toisessa ääripäässä tahdonvastaisia hoitointerventioita ja oikeuspsykiatrisia toimenpiteitä. Lisäksi mielenterveyspolitiikalla säädelään asumiseen, työllisyyteen ja koulutukseen liittyviä tavoitteita. Perustuslaissa määritelty yhdenvertaisuus punnitaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden osalta riittävien palvelujen turvaamisena sekä alueellisten erojen ja palvelujen hinnoittelujen valossa. Palvelujen riittävyttä ja toimivuutta voidaan arvioida sen mukaan, kuinka hyvin ne takaavat ihmisen edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä.

Palveluiden merkitys on kiistaton, mutta tutkijat ovat myös kritisoineet hallitusten tapaa toimia niin, että ne tavoittelevat hallitusohjelmassaan laajemmin yhteiskunnallisten rakenteiden muuttamista, mutta rajoittavat toimeenpano-ohjelmissa tavoitteet ainoastaan palvelujärjestelmän kehittämiseen. Terveyspolitiikkaa toteutetaan kuitenkin myös palvelujärjestelmän ulkopuolella. Tutkijoiden mukaan vaikeutta kytkeä terveyspolitiikka osaksi muuta politiikkaa selittää esimerkiksi se, että terveydenhuoltoa hallitsee jako eri terveyssektoreihin, kuten terveyden edistäminen, väestön terveys, kansanterveys ja terveydenhuolto. Terveyteen liittyviä

67 Sihto 2013, 14–17.

68 Paakkonen 2012, 23–24 sekä esimerkiksi Tiuhonen 2006.

69 Sihto 2013, 21.

kysymyksiä ei myöskään ole haluttu kytkeä läheisesti muihin politiikka-alueisiin kuten työllisyyspolitiikkaan.⁷⁰

Palvelujärjestelmän merkitys kattaa kuitenkin vain noin 20% suomalaisesta kansanterveydestä. Terveysvaikuttaja Pekka Puska kirjoitti Helsingin sanomissa kesällä 2018, että tosiasiallisesti terveyteen vaikuttavaa politiikkaa tehdään enimmäkseen palvelujärjestelmän ulkopuolella. Hän kritisoi voimakkaasti palvelujärjestelmän kehittämiseen keskittyntä terveyspolitiikkaa ja moitti sitä kapea-alaiseksi.⁷¹ Mielenterveyspolitiikkakin voidaan nähdä palvelujärjestelmän ohjaamisen lisäksi laajempaan ja abstraktimpaan yhteiskunnallisiin arvoihin ja normeihin vaikuttamisena, joka tulee esiin esimerkiksi hallitusohjelmien käsitteissä ja ihmiskäsityksissä.⁷² On aiheellista kysyä, miten julkisen vallan on mahdollista ohjata näin laajaa ja epämääräistä terveyspolitiikkaa.

Julkisen vallan terveyspoliittinen ohjaus on ollut huolenaiheena yleisemminkin. Suomessa pyritään uudistamaan koko sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä niin kutsutun sote-uudistuksen avulla. Samalla halutaan uudistaa palveluiden rahoitukseen ja järjestämiseen liittyviä rakenteita. Tämä rakennereformi on ollut monivuotinen hanke, jonka toteuttamisvaikeudet tuovat esiin sen, kuinka erilaisia poliittisia intressejä puolueilla on ja kuinka suuria niiden väliset näkemyserot ovat. Terveyteen ja yhteiskuntajärjestelmään näyttää kytkeytyvän merkittäviä puoluepoliittisia kysymyksiä, minkä vuoksi uudistusta toteuttava hallitus joutuu etsimään erilaisia kompromisseja. Teoksessa *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt* Arttu Saarinen analysoi eduskuntapuolueiden terveyspoliittisia linjauksia 2000-luvulla. Analyysin mukaan kokoomus on historiallisesti painottanut muita puolueita enemmän yksilön vastuuta, ja esimerkiksi tarveharkintaa terveydenhuollossa. SDP on puolestaan suhtautunut muita puolueita epäilevämmiin markkinaehtoisiin palveluihin.⁷³

Uudistuksen toteuttamisen tiellä on monia puoluepolitiikasta johtuvia esteitä, mutta hankaluutena on myös se, että sitä pyrkivät ohjaamaan hyvin erilaiset intressit ja yhteiskunnan eri toimijat, joilla on vaikutusvaltaa terveyspoliittisissa päätöksissä. Puoluepoliittisten intressien lisäksi terveyspolitiikkaan vaikuttavat monet hallituksen ja eduskunnan ulkopuoliset toimijat, joihin kuuluu julkisia, yksityisiä ja vapaaehtoistoiminnan organisaatioita. WHO korostaa julkisen vallan, erityisesti

70 Sihto 2013, 22.

71 Pekka Puskan mielestä sote-uudistus on ollut valmis läpivietäväksi jo 1,5 vuotta- ”kyllä eduskunnan pitäisi tässä ajassa pystyä päättöksentekoon”: <https://www.hs.fi/politiikka/art-2000005738278.html> Tulen tässä tutkimuksessa tarkastelemaan, onko mielenterveyspolitiikkakin ollut suomessa palvelujärjestelmän kehittämiseen keskittyntä ja onko siitä ollut joitakin ei-tavoitteiden mukaisia seurauksia.

72 Tutkin hallitusohjelmia juuri tästä näkökulmasta tämän tutkimuksen edetessä.

73 Saarinen 2013, 328–336. Kunnallisan kehittämistätiö toisti samankaltaisen kansalaistutkimuksen vuonna 2018, jonka keskeisin tulos oli, että 52 % suomalaisista ajattelee, että yksilön tulisi olla itse vastuussa omasta hyvinvoinnistaan. 74 % vastaajista katsoi vastuun kuuluvan perheille ja lähiomaisille. Puolueista ainoastaan vasemmistoliihto ajatteli, että valtiolla on yksilöä suurempi vastuu ihmisten hyvinvoinnista. Tiedote: Yksilö itse vastuussa omasta hyvinvoinnistaan 2018. https://kaks.fi/wp-content/uploads/2018/02/tiedote_kansalaiset-yksilo-itse-vastuussa-omasta-hyvinvoinnistaan.pdf

valtiovallan ja hallituksen, toimintaa terveystaloudessa. On kuitenkin merkkejä siitä, että valtion rooli supistuu ja siitä tulee vain yksi osapuoli muiden joukossa. Esimerkiksi *Suomen Terveys 2001 -kansanterveysohjelmassa* sosiaali- ja terveysministeriön rooliksi mainitaan vain ohjelman koordinointi ja seuranta. Julkisen vallan rooli voi vähentyä myös kuluttajalähtöisyyden korostamisen myötä, kun palveluiden järjestämistä vastuuta siirretään yhä enemmän yksityisille palvelutuottajille.⁷⁴

Kansainvälisten ihmisoikeussopimusten lisäksi Suomen terveystaloudella ohjaavat useat muutkin kansainväliset instanssit ja instituutiot. Kansainvälistä terveystaloudella määrittävät kansainväliset järjestöt, kansainvälisen yhteistyön erilaiset muodot sekä kansainväliset yhteiset haasteet ja niiden muodot. Kansainvälinen terveystaloudella vaikuttaa monin tavoin myös siihen, miten Suomessa terveyspalvelujärjestelmä toimii ja miltä arvopohjalta palveluja järjestetään. Kansainvälisessä terveystaloudella voidaan erottaa toisistaan sekä säädös- ja normipohja, että myös globaalin tason käytännön työ.

Terveystalouden normien sääntelyyn liittyvä ensisijainen mandaatti on WHO:lla, jonka puitteissa neuvotellaan kansainvälisiä sopimuksia ja toimintaohjeita sekä laaditaan kansainvälisiä standardeja ja suosituksia ja muita teknisiä ohjeita. WHO on päätöksistään tilivelvollinen terveysministeriölle, jotka päättävät vuosittaisessa maailman terveyskokouksessa (WHA) järjestön toiminnasta. Lisäksi WHO kerää ja tuottaa erilaisia tilastoja ja monenlaista terveystietoa. Suurin osa toiminnan rahoituksesta tulee lahjoituksina, jotka on usein korvamerkitty tietyille toiminta-alueille. WHO:n kautta kanavoitetaan rahoitusta myös asiantuntijatuella.

Ihmisoikeudet ja sosiaalisten oikeuksien julistukset luovat perustan kansainväliselle terveystaloudelle. Peruskirjan hyväksymisen myötä jäsenvaltiot ovat sitoutuneet terveystaloudella koskevaan vastuuseen. WHO:n myötävaikutuksella on neuvoteltu muun muassa kansainvälinen terveysjärjestelmä, IHR. Maailman työjärjestön ILO:n sopimukset muodostavat puolestaan työolojen ja työturvallisuuden valvonnan oikeudellisen pohjan. ILO on tehnyt myös sosiaalista oikeudenmukaisuutta koskevia aloitteita. Terveystaloudellisia ulottuvuuksia on myös muiden YK:n jäsenjärjestöjen kuten Unescon ja Unicefin (YK:n lasten rahasto) sekä Elintarvike ja maatalousjärjestön FAO:n toiminnassa. Lisäksi myös OECD (Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö) ja maailmanpankki keräävät ja tuottavat tilastollista tietoa erityisesti palvelujärjestelmästä. Erityisesti OECD:llä on vaikutusvaltaa hyvinkin konkreettiseen vaikuttamiseen kansallisessa politiikassa ja terveyssektorin toiminnassa esimerkiksi politiikan vertaisarvontien kautta.

74 Sihto 2013, 22. Kuvaan tässä tutkimuksessa myöhemmin minkälaisia vaikutuksia yksityisillä toimijoilla ja kolmannen sektorin toiminnalla on ollut suomalaisen mielenterveystaloudella. Erityisen merkittäviä ovat olleet potilasjärjestöt sekä myöhemmin NPM-paradigman jalkautuminen suomalaisen julkishallintoon. Poliittisia päätöksiä ovat ohjanneet pitkälti tämän paradigman arvot ja normit potilasjärjestöjen edustaessa kansalaisyhteiskunnan vastavoimaa ja valvoessa ihmisoikeuksien toteutumista.

Globaaleja terveyspolitiikan toimijoita ovat myös eri maiden talous- ja kauppapolitiikoista koostuvat yhteenliittymät G8, G20 sekä G77, jonka muodostavat kehitysmaat, jotka eivät ole OECD:n jäseniä. Yhteenliittymien asialistalla ovat esimerkiksi kansainvälinen solidaarisuus ja rahoituksen turvaaminen lääkkeiden saatavuuden takaamiseksi. Yhteenliittymien esiin tuomat kysymykset omaksutaan yleensä myös muissa maissa. Edellä mainittujen tahojen lisäksi kansalaisjärjestöillä mutta myös yksityisillä rahoittajilla on nykyään merkittävä rooli kansainvälisessä terveyspolitiikassa. Suuri vaikutus on myös muilla toimintasektoreilla, etenkin taloudellisilla instituutioilla, kansainvälisellä kaupalla ja maailmanlaajuisella liikkuvuudella.⁷⁵

Kansalliseen terveyspolitiikkaan vaikuttaa myös yhä vahvemmin Euroopan unioni, sillä suomalaisestakin lainsäädännöstä yhä suurempi osa pohjautuu EU:n lainsäädäntöön. EU:n asetuksia on noudatettava kaikissa jäsenmaissa. Muita EU:n ohjauskeinoja ovat päätökset, suositukset ja lausunnot. EU:n toimijoita ovat komissio, ministerineuvosto ja parlamentti. Komissiolla on yksinoikeus tehdä lakialoitteita. Terveyspolitiikkaan se vaikuttaa säätelyn, erilaisten standardien ja tutkimustoiminnan rahoituksen kautta, mutta rahoittaa rakennerahaston kautta myös kehittämistoimintaa. Ministerineuvosto vastaa suositusten laatimisesta ja kulloisenkin jäsenvaltion puheenjohtajakautenaan muotoilemien asiakokonaisuuksien ajamisesta. Parlamentilla puolestaan on vaikutusvaltaa sekä uusien ehdotusten tekemiseen että lopullisiin päätöksiin. Terveystalouden rahoitus on kokonaan jäsenmaiden omalla vastuulla. EU:lla on kuitenkin terveysstrategia, jota toteutetaan erillisellä terveysohjelmalla. Ylikansalliset intressit ja lobbaus vaikuttavat vahvasti EU:n toimintaan. Suomen EU-poliittisista linjauksista päätetään hallituksen EU-ministerivaliokunnassa.⁷⁶

Terveyspolitiikka koostuu kansainvälisen ja kansallisen julkisen vallan lisäksi esimerkiksi lääketeollisuuden, potilasjärjestöjen ja yksityisten palveluntuottajien tavoitteista. Terveyspolitiikkaan osallistuvat erilaiset tahot, joista jokaisella on omat intressit. Lobbaus on voimakasta ja siihen osallistuvat kaikki yhteiskunnan toimintasektorit. Tällaiset tekijät voivat vaikeuttaa tehokkaan terveyspolitiikan toteuttamista. Suomalaisen terveyspolitiikan erityispiirteenä on pidetty voimakasta kansalaisjärjestöjen osuutta. Suomalainen päätöksenteko on perinteisesti perustunut vahvasti erilaisten potilasjärjestöjen kanssa tehtyyn yhteistyöhön ja potilaiden kuulemiseen.

Terveyspolitiikka näyttää ensin kansainvälisten ja kansallisten päättäjätahojen koordinoimalta kokonaisuudelta, mutta paljastuu tarkemmassa tarkastelussa monimutkaiseksi ja monien erilaisten toimijoiden vaikutuksesta jatkuvasti muuttuvaksi epämääräiseksi erilaisten tavoitteiden kompromissiksi. Ei ole selvää, millä tavoin erilaisten toimijoiden arvot ja normit heijastuvat julkiseen terveyspoliittiseen ohjaukseen kuten kansallisiin kansanterveysohjelmiin.

75 Koivusalo & Ollila 2013, 381–382, 385–388.

76 Koivusalo & Ollila 2013, 390–394, 400, 402.

Terveyspolitiikalla on suuri merkitys yksittäisen kansalaisen elämään, mutta sitä on tutkittu vain vähän. Policy -analyysillä voitaisiin lähestyä terveystieteiden tutkimusta poliittisen päätöksenteon tueksi, tai tutkimalla politiikan syntyyn vaikuttavia prosesseja ja arvoja.⁷⁷ Näin poliittista ohjausta voitaisiin suunnata nykyistä tarkoituksenmukaisemmin ja vaikuttavammin. Poliittikan tutkimuksessa ei kuitenkaan ole ollut tavallista tarkastella terveystieteitä, eikä terveystieteellinen tutkimus ole hyödyntänyt politiikan tutkimuksen lähestymistapoja. Tutkimusten mukaan terveystieteitä analysoidaan usein vain tunnuslukujen avulla, kun taas tulosten saavuttamisen analysointi jää tekemättä.⁷⁸

Toimintapolitiikan analyysissä sen sijaan tutkitaan tulosten lisäksi myös politiikan prosesseja, sisältöjä ja niihin vaikuttaneita arvoja. Tutkijat puhuvat politiikan mustasta laatikosta, jonka sisältöä on vaikea hahmottaa muuten kuin kysymällä, miksi tulokset eivät aina vastaa sitä, mitä poliittisessa päätöksenteossa alun perin tavoiteltiin. Poliittikan kulku saatetaan usein tulkita vain hallinnolliseksi prosessiksi, mikä jättää huomiotta valtakysymykset ja erilaisten intressien vaikutuksen silloinkin, kun tutkijat ovat korostaneet valtapelien merkitystä päätösten toimeenpanossa.⁷⁹ Poliittikkaprosesseja tutkimalla ja analysoimalla pyritään selittämään ilmiöitä eikä vain kuvaamaan niitä.⁸⁰

Terveystieteiden tutkimuksen haasteet näkyvät esimerkiksi uutisoinnissa, jossa erilaisia lukuja esittämällä raportoidaan kasvaneesta pahoinvoinnista, oireilusta ja syrjäytymisestä. Sosiaalipolitiikan alaan kuuluvasta syrjäytymisretoriikasta on tehty kriittistä tutkimusta, jossa on kysytty, miksi sosiaalisia ilmiöitä esitetään turvautumalla matemaattiseen numeroretoriikkaan.⁸¹ Yleisessä keskustelussa interventioiksi ehdotetaan usein oireilevien ihmisryhmien tukemista sen sijaan, että alettaisiin pohtia, mitkä yhteiskunnalliset olosuhteet lisäävät oireilua ja mitä poliittisia tavoitteita sen vähentämiseen tarvittaisiin.⁸²

77 Sihto 2013, 31–32.

78 Sihto 2013, 23–26.

79 Tämä on näkynyt erityisen hyvin mm. sote- ja maku-rakenneuudistuksissa Sipilän hallituskaudella.

80 Sihto 2013, 27–31.

81 mm. Otso Sandberg on tutkinut vuonna 2015 julkaistussa väitöskirjassaan kysymystä siitä, miten syrjäytymisestä muodostui jokaiseen kansalaiseen ulottuva riski. Hän osoittaa, että syrjäytymiseen liittyvän riskin mahdollisimman varhainen tunnistaminen on kasvanut suomalaisen terveystieteiden keskeiseksi premissiksi. Sandberg 2015. Syrjäytymiskeskustelujen lukuja painottavaa tutkimusta kritisoi niin ikään syrjäytymisestä aikaisemmin väitellyt Tuula Helne blogissaan kesällä 2018. Helne kritisoi syrjäytymisen käsitettä, koska sitä ei hänen mukaansa ilmiönä ole olemassakaan. Silti syrjäytyneiden määrää pyritään laskemaan yhä uudelleen ja uudelleen ja Helne sanookin blogissaan olevansa huolissaan siitä, että nämä laskelmat vaikuttavat olevan sitä onnistuneempia, mitä isompi syrjäytyneiden luku saadaan. <https://www.hetki.org/2018/06/12/syrjaytymisen/>. Myös terapeutin kulttuurin tutkijat ovat kritisoineet numeroretoriikkaa, jossa elämän monimutkainen todellisuus ja erilaiset elämäntilanteet taivutetaan helposti mitattavaan muotoon kuten työ- ja koulutuspaikkojen puuttumiseen. Brunila & Mertanen & Ikävalko & al. 2019.

82 Tarkastelen tätä kysymystä tarkemmin tutkimukseni myöhemmässä vaiheessa, kun etsin selitystä niin sanotun onnellisuusimperatiivin kehittymiselle osaksi yhteiskunnallista eetosamme ja kartoitan yhteiskunnalliseen, terapeutin hallintaan liittyviä paradigmoja.

Policy-tutkimuksen puutteita on pyritty paikkaamaan tutkimuksella, jossa on tarkasteltu yhteiskunnallista hallintaa ja sen kytkeytymistä politiikkaan. Biovallan tutkijat esittävät, että sosiaaliset terveyshankkeet tekivät aikanaan terveyspolitiikasta hyvinvointivaltion rakentamisessa keskeisen tekijän. Kansanterveystyötä ohjasi hallinnaksi mielletty ajattelutapa, joka määrittää länsimaisen sosiaali- ja hyvinvointivaltion poliittista rationaalisuutta. Valtion hallinnollistumisella tarkoitetaan kehityskulkua, jossa modernien hyvinvointivaltioiden erilaiset tehtävät hajaantuvat käytännöiksi, joille ovat ominaisia rajatut päämäärät, asiantuntijuudet ja tietovallan muodostumat. Ihmisten toimintaa pyritään eri tavoin ohjaamaan ja johtamaan instituutioiden, hankkeiden ja prosessien kautta sekä joukkoistamalla heitä eri tavoin syrjäytyneiksi, marginaaleissa tai heikossa asemassa oleviksi tai haavoittuviksi ryhmittymiksi, joihin voidaan kohdentaa interventioita sen sijaan, että toimet suunnattaisiin yhteiskunnan eriarvoistaviin rakenteisiin.⁸³ Terveyden politisoituminen puolestaan tarkoittaa käytännössä jonkin poliittisen idean valjastamista kansanterveyden hallitsemiseen.⁸⁴

Poliittisia ideoita edustavat esimerkiksi erilaiset paradigmat, politiikkaohjelmat ja viitekehykset. Poliittikkaparadigmassa on kyse tavasta tarkastella sosiaalista todellisuutta ja selittää yhteiskunnassa tapahtuvia muutoksia. Poliittisesti ja taloudellisesti epävakaisissa tilanteissa paradigmojen merkitys vahvistuu poliittisessä päätöksenteossa ja uusia ideoita omaksutaan yhteiskunnallisen kehityksen käännekohdissa. Ideat ilmenevät poliittisen argumentaation uusina sanavalintoina ja yhteiskuntapuheessa toistuvina käsitteinä,⁸⁵ joita on mahdollista tarkastella poliittisissa asiakirjoissa.

Poliittiset ideat voidaan muiden normien tapaan jakaa normatiivisiin, kausaaliisiin ja maailmankuvaa koskeviin uskomuksiin. Erilaiset ideat muodostavat yhdessä politiikan intentionaalisen uskomusmaailman, josta voidaan erottaa normatiivinen, toiminnallinen ja kognitiivinen ulottuvuus. Ideoiden avulla pyritään vaikuttamaan osapuolien näkemyksiin. Ne vaikuttavat merkittävästi poliittiseen päätöksentekoon, sillä politiikassa tavoitellaan uskomusten varassa muotoiltuja päämääriä, jotka innostavat toimimaan niiden toteuttamiseksi. Uskomukset voivat perustua tutkittuun tietoon, mutta myös luuloihin, arvailuihin ja ennakkoluuloihin. Institutionaaliset

83 Helen & Jauho 2003, 18–19. Tutkin, miten tämä poliittinen idea näkyy myös mielenterveystyötä ohjanneissa poliittisissa asiakirjoissa hyvinvointivaltion aikana. Aineistoni koostuu juuri näiden erilaisten hankkeiden ja prosessien asiakirjoista.

84 Poliittiset ideat huomioonottavassa tutkimussuuntauksessa voidaan yrittää ymmärtää sellaisia poliittisia muutoksia, joihin perinteiset selityskäsitteet kuten institutionaalisten rakenteiden ja poliittisten intressiryhmien vaikutusten tutkiminen ei enää 2000-luvulta alkaen ole riittänyt. Björklund 2008, 257–262.

85 Ideoiden tutkimus voi hyödyntää sosiaalietiikan metodia. Systemaattinen käsiteanalyysi mahdollistaa diskurssianalyysin ja retoriikan tarkastelun lisäksi paradigman muuttumisen kausaalisten ja käsitteellisten tekijöiden tarkastelun. Tällöin on mahdollista lisätä ymmärrystä yhteiskunnan kehittymisestä ja antaa poliittisille toimijoille välineitä arvioida olemassa olevia rakenteita ja käytäntöjä. Björklund 2008, 257–262.

olosuhteet, politiikan toimijoiden intressit ja poliittinen diskurssi vaikuttavat yhdessä siihen, miten ideat toteutuvat käytännössä.⁸⁶

Terveyspoliittinen tutkimus on osoittanut, että terveyteen ja sairauteen ja sen hoitamiseen kytkeytyy erilaisia poliittisia intressejä ja niiden myötä poliittista ohjausta. Tämän tutkimuksen kannalta on kiinnostavaa, kuinka biopolitiikan tutkijat ovat osoittaneet kansalaisuuden ehtojen kytkeytyvän terveyteen. Hyvinvointivaltion terveysterveys ja kansanterveys tuntuvat olevan aivan keskeisiä käsitteitä, kun tarkastelen tässä tutkimuksessa mieleltään sairaan kansalaisien ihmis- ja perusoikeuksien toteutumista ja yhteiskuntapolitiikan roolia siinä. Ihmis- ja perusoikeudet kuuluvat kaikille kansalaisille, mutta mitä kansalaisuus on? Tarkastelen seuraavaksi kansalaisuuden käsitettä ja yhteiskuntapolitiittista tutkimusta sen verran, kuin se tämän tutkimuksen ilmiöiden ymmärtämisen kannalta on välttämätöntä.

2.3 KANSALAIUUSPOLITIikka

Käsitykset kansalaisuudesta ja yhteiskunnasta ovat olennaisia yhteiskuntapolitiikan kannalta, sillä yhteiskuntaan liitytään kansalaisuuden kautta. Kansalaisyhteiskunnan käsite yhdistetään vahvimmin Hegeliin. Toinen tärkeä teoreettinen lähtökohta on anglo-amerikkalainen liberaali kansalaisyhteiskunnan käsite. Käsitteitä erottaa toisistaan erilainen käsitys vapaudesta. Tutkijat Cohen ja Arato ovat muotoilleet kolmannen, poliittisesta ja taloudellisesta yhteiskunnasta erillisen käytännöllisen kansalaisyhteiskunnan käsitteen. Sen mukaan kansalaisyhteiskunta tarkoittaa sosiaalisen kanssakäymisen aluetta taloudellisen toiminnan ja valtion välillä. Habermas puolestaan ajattelee julkisen alueen koostuvan vapaasta keskustelusta, johon hän yhdistää osallistuvan demokratian vaatimuksen. Sen ehtona on liberaali kansalaisyhteiskunta, jossa sanan-, mielipiteen- ja lehdistönvapaus toteutuvat ja kansalaiset ovat keskenään tasa-arvoisia.⁸⁷

⁸⁶ Björklund 2008, 336- 337.

⁸⁷ Pulkkinen 2003, 17–21, 33, 67, 70, 146. Näiden lisäksi myös sosiaalinen pääoma käsitteenä liittyy kansalaisyhteiskuntaan. Sosiaalinen pääoma tarkoittaa joko yhteisön jäsenten kykyä keskinäiseen kykyyn toimia yhdessä tai yleisesti niitä sosiaalisia suhteita, jotka edistävät yksilön toimintaa yhteisöissä. Pierre Bourdieu jakoi pääomat taloudelliseen, kulttuuriseen ja sosiaaliseen pääomaan. Hänen mukaansa sosiaalisesta pääomasta kamppaillaan sen niukoilla markkinoilla ja toiset pystyvät hyödyntämään siihen liittyviä resursseja muita paremmin. Sosiaalinen pääoma perustuu pitkälti homogeeniseen vuorovaikutusverkostoon ja toimii tehokkaasti erilaisuutta poissulkevana. Taloudellinen pääoma toimii kahden muun pääoman lähteenä. Lin Nan erottelee sosiaalisesta pääomasta kontaktiresurssit ja verkostoresurssit. Mitä korkeampi asema yksilöllä on verkostossa, sitä paremmat mahdollisuudet ovat kasvattaa sitä entisestään. James Coleman vuorostaan erottelee sosiaalisen pääoman käsitteenä sosiaalisista suhteista ja painottaa sen sosiaalisen rakenteellista merkitystä. Robert Putnamin mukaan sosiaalinen pääoma vähentää rikollisuutta ja korruptiota ja pidentää mm. elinikää. Hänen mukaansa sosiaalinen pääoma syntyy yksilöiden välisistä yhteyksistä, sosiaalisista verkostoista ja näissä syntyvistä normeista. Myös Putnam jaottelee sosiaalisen pääoman kahteen osaan; *bonding* on kahden homogeenisen yksilön välinen vuorovaikutussuhde ja *bridging* puolestaan linkittää heterogeenisiä ihmisiä yhteen. The New Blackwell Companion to Medical Sociology 2010, 185–192.

Tässä tutkimuksessa tarkastelen erityisesti hyvinvointivaltion vakavasti sairaalle kansalaiselle turvaamia osallistumis- ja ilmenemismuotoja. Perinteisesti Suomessa on ollut voimakas kansalaisyhteiskunta⁸⁸, joka on osittain mielletty valtiovallan vastavoimaksi ja sosiaalisen pääoman kasvattajaksi, mutta kansalaisyhteiskunta on myös osa julkista valtaa. Mielen terveyden häiriöön sairastuneilla on ollut omia potilasjärjestöjä ja heidän kansalaisoikeuksiaan ajavia asiantuntijajärjestöjä, mutta niiden toiminta on ollut poliittisesti tehotonta 1970-luvun jälkeen. Demokratian, vapauden ja itsensä toteuttamisen sijaan polttaviksi kansalaisuuskysymyksiksi ovat mielen terveyden häiriöön sairastuneiden kohdalla muodostuneet kansalaisuuteen kytkeytyvät oikeudet yhteiseen hyvään ja yhteiskunnan edellyttämistä velvoitteista suoriutuminen. Tarkastelen tätä kysymystä tarkemmin myöhemmin, kun kuvaan, kuinka entiset sairaalapotilaat aktivoituivat osaksi kansalaisyhteiskuntaa heidän hakiessa paikkaansa yhteiskunnasta sairaaloiden suljettua ovensa.

Kansalainen on osa julkisen toiminnan ohjaamaa yhteiskuntaa ja yhteisen hyvän tavoittelua. Saadakseen yhtäläiset oikeudet ja etuisuudet yhteiskunnassa ihmisen on täytettävä myös kansalaisuuteen kytkeytyvät velvollisuudet. Kansalaisen oikeudet voidaan klassisen määritelmän mukaan jaotella siviili-, sosiaali- ja poliittisiin oikeuksiin. Marshall erottaa sosiaaliset oikeudet poliittisista ja kansalaisoikeuksista. Sosiaalinen kansalaisuus yhdistetään usein keskusteluun hyvinvoinnista ja hyvinvointiyhteiskunnasta. Lähestymistapaa on kuitenkin kritisoitu keskittymisestä vain oikeuksiin velvollisuuksien kustannuksella ja siitä, että kansalaisuuteen kuuluva oikeus päättää omista asioista jää liian vähälle huomiolle.⁸⁹

Poliittinen kansalaisuus ja sen tunnustaminen ovat ihmisoikeuksien toteutumisen ehto. Esimerkiksi Suomen sterilointikomitean mietinnössä vuodelta 1929 todetaan, että *”yleisesti tunnustettu oikeusperiaate on, että yksilön edun on väistytävä silloin kun hänen ja yhteiskunnan edut jollakin alalla joutuvat ristiriitaan keskenään”*⁹⁰. Mietinnön pohjalta säädettiin sterilisointilaki, jonka nojalla ihmiset, joille ei ollut vajaamielisyyden tai mielisairauden perusteella poliittista kansalaisuutta, voitiin steriloida ilman heidän suostumustaan. Jos lakia ei olisi säädetty, tällaisia ihmisiä ei olisi voitu lainkaan sterilisoida sen vuoksi, että heitä oli heidän alentuneen käsityskykynsä perusteella pidettävä oikeustoimikelvottomina tavalla, joka teki heidän suostumuksestaan oikeudellisesti pätemättömän. Perusoikeuksiin kajoamista perusteltiin sillä, että ihmisellä, joka ei ole täysivaltainen poliittinen

88 Nuorisojärjestöjen identiteetistä syksyllä 2018 väitellyt Laitinen Hanna on jaotellut kansalaisyhteiskunnan määrittelyn neljään eri näkökulmaan: 1) vanhin määritelmä on liittynyt sivistyneen yhteiselon ihanteeseen ja sen tavoitteluun aatteellisella toiminnalla, 2) vapaaehtoisten osallistumisella toimintaan, 3) riippumattomuudella valtion toiminnasta sekä 4) yleishyödyllisyytenä. Laitinen 2018, 14–18.

89 Valkama 2012, 42.

90 Mattila 2003, 122.

kansalainen, ei voi olla täysią kansalaisoikeuksia, kuten ehdotonta ruumiillista koskemattomuutta.⁹¹

Hyvinvointivaltion kansalaisuus ei ole kuitenkaan rakentunut ihmisoikeusajattelun vaan terveystalitiikan varaan. Terveyskansalaisuuden määritelmä on syntynyt klassisen jakolinjan mukaisesti niin, että kansalaisuus on määritelty oikeuksien tai kansakuntaan kuulumisen kautta. Hyvinvointivaltion rakentamisesta alkaen terveydenhoidon ja kansalaisuuden yhteys on muotoiltu oikeuden käsitteen varaan pyrkimyksenä kansalaistaa jokainen yksilö terveydenhoidon nimissä. Taustalla ovat Immanuel Kantin ja J. V. Snellmannin ajatukset siitä, että valtion kansalaisuus edellyttää yksilöiltä itsensä kehittämistä ja kunkin kasvattamista itsenäiseksi, arvostelukykyiseksi henkilöksi. Suomessa valistuksellisen toiminnan aloittivat erilaiset järjestöt, jotka edistivät suomalaiskansallisia hankkeita kansansivistyksen keinoin.⁹²

Kansalaisyhteiskunta on ollut valtion merkittävä yhteistyökumppani kansanterveyspolitiikassa, eikä niinkään valtiollisen ohjauksen vastavoima. Mielen-terveyspolitiikassa tämä on Suomessa näkynyt esimerkiksi MIELI Suomen Mielen-terveys ry:n strategisina tavoitteina mielenterveyden edistämiseksi ja sairauksien ennaltaehkäisemiseksi tavalla, joka on linjassa hallitusohjelmien terveystalitiittisten tavoitteiden kanssa.⁹³ 1970-luvulla Mielen-terveyden keskusliitto, MTKL, edusti puolestaan vakavasti sairaiden ihmisoikeuksien turvaamista järjestölähtöisellä toiminnalla irrallaan valtiollisista kansanterveystavoitteista. Myöhemmin myös MTKL on omaksunut kansanterveystyön elementtejä mielen hyvinvoinnin vahvistamiseen keskittyneessä toiminnassaan.⁹⁴

Kansalaisyhteiskunnan kolmannen sektorin harjoittamassa mielenterveyspolitiikassa on ollut valistuksellisia elementtejä. Kansanterveysvalistuksessa kansalaisuus on määrittynyt niin, että omasta terveydestä huolehtimista on pidetty velvollisuutena kansakuntaa kohtaan, ja tavoitteena on ollut, että jokaisen on huolehdittava siitä itsenäisesti. Kansakuntaan kuulumisen terveystalitiisuuden näkökulmasta synnytti myös toisen lähestymistavan, jota Helen ja Jauho kutsuvat eriarvoistamiseksi. Sen avulla kansalaisia pyrittiin jakamaan luokkiin kansanterveyden vaalimisen nimissä. Julkinen valta ja terveydenhoidon ammatinharjoittajat määrittelivät, ryhmittelivät ja erittelivät kansakunnan jäseniä terveisiin ja sairaisiin,

91 Mattila 2003, 122–123.

92 Helen & Jauho 2003, 15–18.

93 Hallitusohjelmataavoitteet: 10 toimenpidettä mielenterveyden edistämiseksi vaalikaudella 2019–2023. <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/yhteiskunta/vaikuttaminen/10-toimenpidett%C3%A4-mielenterveyden-edist%C3%A4miseksi-vaalikaudella-2019%E2%80%932023>

94 Esimerkiksi MTKL:n strategian visiona on ”Jokainen meistä on oikeutettu mielen hyvinvointiin”. Jokainen meistä – mielenterveyden keskusliiton strategia 18.5.2014. http://mtkl.fi/wp-content/uploads/2014/04/MTKL-strategia-2014_nettiin.pdf. Tarkastelen näitä suomalaisen järjestölähtöisen toiminnan muotoja osana julkisen vallan ohjausta tässä tutkimuksessa, kun tutkin kolmannen sektorin harjoittamaa mielenterveyspolitiikkaa ensin 1970- ja sitten 1990-luvuilla.

normaaleihin ja epänormaaleihin sekä tuottaviin ja rasittaviin sekä kunnollisiin ja vaarallisiin kansalaisiin.⁹⁵

Luokiteltu kansalaisuus ei ole historiallisesti uusi ilmiö, vaan se syntyi jo antiikin Kreikassa.⁹⁶ Kansalaisuus on aina määrittynyt suhteessa vajaan tai täydelliseen kansalaisuuteen ja näiden luokittelujen varassa ihmisiä on kontrolloitu. Myös terveysterveystieteitä on luotu määrittelemällä toiseutta, kun kansalaisuuden kriteereistä on tullut biologisia ja lääketieteellisiä. Terveysterveystieteet on jatkumo, jossa yksilö voi elämänsä aikana olla välillä enemmän ja välillä vähemmän kansalainen. Vähemmän kansalaisia ei suljeta ulkopuolelle, vaan heitä valvotaan ja eristetään ja heille tarjotaan hoitoa ja hoivaa. Valvonta-, eristys- ja integrointikäytänteet ylläpitävät terveysterveystieteitä ja määrittävät kansaan kuulumisen ehdot.⁹⁷

Terveysterveysteekniikat luovat keinoja epäterveiden yksilöiden tunnistamiseksi, eristämiseksi ja eliminoimiseksi. Biopolitiikka määrittelee kansalaisuutta väestön hallinnan, biologisten ominaisuuksien ja itsekasvatuksen hengessä. Tästä näkökulmasta terveysterveystieteiden muotoutumista määrittää kaksi piirrettä. Ensinnäkin elämää hallitaan aina yhteiskunnan nimissä ja sen hyväksi ja toiseksi terveys politisoituu myös muissa kuin valtiota edustavan virkavallan toimenpiteissä. Poliittikkaa harjoittavat myös lääkärit ja muut terveydenhoidon ammattilaiset sekä järjestöt ja paikallishallinto.⁹⁸

Terveysterveysteekniikoiden liitetyt hallinnan tekniikat, ja sen taustalla vallitsevat normit ja poliittiset ideat näkyvät myös suomalaista mielenterveyspolitiikkaa ohjanneissa asiakirjoissa. Terveysterveysteekniikka, terveysterveystieteellinen tutkimus ja yhteiskunta- ja kansalaisuuspoliittiset selitysmallit auttavat ymmärtämään vuosikymmenien aikana kehittyneitä palvelujärjestelmiä ja siihen vaikuttaneita mekanismeja. Sairaalahoidon korvattu yhteiskunnassa toteutettavalla mielenterveysteekniikalla ja mielenterveyspolitiikalla, ja yhteiskunnallisella hallinnalla edistetään terveysterveysteekniikkaa. On kuitenkin kysyttävä, onko julkisen vallan toimeenpanemissa, monien erilaisten intressien ristipaineessa muotoilluissa hankkeissa ja uudistuksissa päästy tavoitteeseen, johon dehospitalisaatiolla alun perin pyrittiin - ihmisoikeuksien turvaamiseen? Onko julkinen valta noudattanut perustuslakia, jonka mukaan valtio vastaa kaikkien kansalaistensa – vakavasti sairaidenkin – ihmisoikeuksien toteutumisesta? Yritän vastata tähän kysymykseen peilaamalla tutkimusaineistoa ihmisoikeussopimukseen ja Suomen perustuslakiin.

95 Helen & Jauho 2003, 13–15.

96 Arendt 2017.

97 Helen & Jauho 2003, 15. Mielenterveyden häiriöön sairastuneiden historia ilmentää näitä terveysterveysteekniikan ehtoja. Tässä tutkimuksessa tarkastelen, onko tilanne muuttunut hyvinvointivaltiossa toimeenpanun mielenterveyden häiriöihin sairastuneiden dehospitalisaation jälkeen.

98 Helen & Jauho 2003, 16–17, 19–20.

Ihmisoikeuskeskustelu on laajaa ja ihmisoikeuksia on tutkittu runsaasti eri näkökulmista⁹⁹. Tälläkin hetkellä ihmisoikeudet ovat jatkuvan oikeudellisen ja filosofisen keskustelun kohteena. Tämän tutkimuksen kattaessa pitkän ajanjakson tarkastelun on myös huomattava, että ihmisoikeuksien moraalinen ja oikeudellinen merkitys on vaihdellut vuosikymmenten aikana. Lisäksi ihmisarvon käsitteen¹⁰⁰ ajatellaan kuuluvan keskeisesti ihmisoikeuksiin, mutta tosiasiallisesti ihmisarvon käsite niinkään on vaikeaselkoinen ja sen suhde ihmisoikeuksiin ratkaisematta.¹⁰¹

Tämän tutkimuksen tarpeiden kannalta ei ole välttämätöntä tuntee ihmisoikeusteoriaa syvällisesti, mutta on ymmärrettävä joitakin sen keskeisiä piirteitä ja ongelmia, kuten ihmisoikeuksien käsitteellistä epäselvyyttä ja niiden velvoittavuuteen liittyviä avoimia kysymyksiä, jotta aineiston ja muiden tutkimusten tarkastelu ihmisoikeuksien toteutumisen näkökulmasta olisi mahdollista. Tarkastelen vielä tämän luvun lopuksi tiiviisti ihmisoikeuspolitiikkaa, jotta ihmisoikeusnormiston – YK:n kansainvälisen ihmisoikeussopimuksen ja Suomen perustuslain merkitys tulisi ymmärrettäväksi.

2.4 IHMISOIKEUSPOLITIikka

Hannah Arendtin mukaan Ihmisoikeuksien julistus 1700-luvulla¹⁰² oli käännekohta sekä ihmisen että kansalaisuuden näkökulmasta, sillä siitä alkaen ihmisen arvon mitaksi tuli ihminen itse Jumalan käskyjen tai syntymäsäädyn sijaan. Säätyetuoikeudet kumottiin vähitellen ja alempien säätöjen holhouksenalaisuus kumottiin vähitellen. Holhouksesta vapautuneet ihmiset eivät kuitenkaan voineet uudessa tilanteessa olla varmoja asemastaan ja oikeuksistaan, nyt kun niitä ei enää taannut jumalan järjestys vaan poliittinen järjestelmä, sen hallitus ja lainsäädäntö.¹⁰³

Ihmisoikeudet julistettiin luovuttamattomiksi, sillä niitä ajettaessa ei vedottu mihinkään muuhun auktoriteettiin. Arendt väittää kuitenkin, että alusta alkaen ihmisoikeuksien julistukseen sisältyi paradoksi, sillä se tuntui koskevan teoreettista ihmistä, jota ei ollut missään. Vähitellen kävi selväksi, että ihmisarvon

99 Harkoma 2017.

100 Englanniksi *Human dignity*.

101 Esimerkiksi Veikko Launis on tutkinut seikkaperäisesti ihmisarvon käsitettä ja hän muistuttaa, että ihmisarvon käsitteellä voi olla useita merkityssisältöjä ja että se voi toisaalta olla perustaltaan objektiivinen, moraalikäsitteellistämme ja -arvostuksistamme riippumaton asia tai ihmisen itsensä tuottama keksintö, joka voi yhtä hyvin lakata olemasta. Ihmisarvon käsitettä voi yrittää tutkia selvittämällä mihin käsite perustuu, mihin käsitteellä viitataan sekä mitä käytännön seurauksia ihmisarvon kunnioittamisella on esimerkiksi erilaisissa moraalisisissa ongelmatilanteissa. Launis 2018.

102 Arendt muistuttaa, että jo tuolloin ihmisoikeudet määriteltiin joko yhdysvaltalaisittain (elämä, vapaus ja onnen tavoittelu) tai ranskalaisittain (tasa-arvo lain edessä, vapaus, omaisuuden suoja ja kansallinen suverenius). Arendt 2013, 365.

103 Arendt 2013, 359–360.

mitta oli kansa ei yksilö. Vain kokonaisen kansan vapaus näytti takaavan ihmisoikeudet. Kansallisuus oikeuksien menetyks merkitsi ihmisoikeuksien menetystä. Kansalaisoikeuksien ajateltiin myös konkreettisina oikeuksina ilmentävän abstraktimpia ihmisoikeuksia.¹⁰⁴

Kun ihminen nyt oli ihmisarvon mitta, syntyi uusi ongelma. Pelkässä ihmisessä itsessään ei ollut mitään pyhää. Arendt mainitsee tästä esimerkkinä tuhoamisleireissä olleet ihmiset, jotka pitivät sinnikkäästi kiinni kansalaisoikeuksistaan. He uskoivat, että kansalaisoikeudet antoivat ihmisoikeuksia vankemman pohjan heidän ihmisarvolleen. *”Ihminen, joka ei ole mitään muuta kuin ihminen, näyttää menettäneen juuri ne ominaisuudet, jotka mahdollistavat sen, että muut kohtelevat häntä kanssaihminenä”*.¹⁰⁵ Jos siis ihmisellä ei ole paikkaa yhteisössä, poliittista asemaa tai asemaa oikeushenkilönä, hänen elämällään on merkitystä vain yksityiselämässä, mutta ei yhteiskunnassa. Arendtin mukaan ihmiset eivät synny tasa-arvoisina, vaan ihmisistä tulee tasa-arvoisia jäseniä ryhmässä, jossa on vastavuoroisesti päätetty kunkin ryhmän kuuluvan tasa-arvon takaamisesta.¹⁰⁶

Sosiologi Kate Nash on huomauttanut, että kansalaisuus näyttää jakaantuvan eri tavoin marginalisoituihin ryhmiin, joita ihmisoikeudet koskevat eri tavalla. Osalle kansalaisista ihmisoikeudet eivät ole edes relevantteja, sillä he eivät joudu kohtaamaan omiin ihmisoikeuksiinsa liittyviä ongelmatilanteita. Marginalisoidut kansalaiset puolestaan kohtaavat puutteita ihmisoikeuksiensa toteutumisessa, jos heillä ei ole esimerkiksi työpaikkaa, ja he ovat köyhiä. Sosiaalisia oikeuksia, kuten riittävää toimeentuloa tai työtä on kuitenkin vaikea taata ihmisoikeussäännösten varassa. Kansalaisuus oikeudet eivät siksi riitäkään takaamaan universaaleja ihmisoikeuksia kaikille, sillä yhtenäistä kansaa ei ole olemassakaan.

Perinteisesti kansalaisuuden ajatellaan perustuvan syntymäoikeutena tai prosessin kautta saatuun asemaan kuulua kansakuntaan kansalaisena, jolla on laillisia oikeuksia ja velvollisuuksia. Se takaa oikeuden poliittiseen osallistumiseen ja aktiiviseen kansalaisuuteen. Kansalaisuus on myös osa ihmisen identiteettiä. Globalisaatio, maahanmuutto ja vähemmistöjen olemassaolo haastavat kuitenkin näitä ajattelumalleja.¹⁰⁷

Kansalaisuuden määräytyminen on ongelmallista ihmisoikeuksien näkökulmasta. Oikeudet on perinteisesti sidottu kansalaisuuteen, vaikka valtiot ovat sitoutuneet toteuttamaan universaaleja ihmisoikeuksia. Ihmisoikeuksia ei pidetä enää vain moraalisisina normeina, vaan valtioita sitovina lakivaatimuksina. Lisäksi ihmisoikeuksien ajatellaan koskevan kaikkia – riippumatta kansalaisuuteen liittyvistä statuksista. Nash kuitenkin muistuttaa, että ihmisoikeudet eivät koskaan ole

104 Arendt 2013, 360–363.

105 Arendt 2013, 371.

106 Arendt 2013, 371–373.

107 Nash 2009 1067–1068, 1073–1074, 1080.

olleet pelkästään lain määrittämiä oikeuksia, vaan niiden toteutumiseen ovat aina vaikuttaneet erilaiset sosiaaliset rakenteet. Laki turvaa ihmisoikeudet vain osittain, ne antavat esimerkiksi vain vähän välineitä globaalin ilmiön, eriarvoisuuden kasvun, hillitsemiseksi.¹⁰⁸

Ihmisoikeuspolitiikan tavoitteena kuitenkin on ihmisoikeuksien toteuttaminen ja jo toteutuvien oikeuksien tason parantaminen. Miten ihmisoikeuspolitiikka toimii tästä näkökulmasta? Suomessa perus- ja ihmisoikeustutkimus on perinteisesti ollut enimmäkseen oikeusdogmaattista analyysiä, josta on puuttunut sosiaalitieteellisen tutkimuksen keinoin saatava tieto siitä, miten ihmisoikeussopimuksissa ja perustuslaissa taatut oikeudet tosiasiallisesti toteutuvat. Suomessa on myös sellainen hallintokulttuuri, joka periaatteessa tukee selkeiden ihmisoikeuksien toteuttamista, mutta jos säännökset ovat tulkinnanvaraisia muuttuu tilanne ongelmalliseksi. Lisäksi ihmisoikeuksien minimisuojan turvaaminen otetaan huomioon, mutta ihmisoikeuksien aktiivinen edistäminen on ollut vähäisempää. Ihmisoikeuksien edistäminen edellyttäisi kansalaisyhteiskunnan ja poliittisten päättäjien aktiivisuutta eri tavalla kuin tuomioistuimissa ratkaistavat ihmisoikeusloukkaukset.¹⁰⁹

Valtionneuvosto julkaisi syksyllä 2019 selonteon, jonka mukaan suomalaista ihmisoikeuspolitiikkaa olisi kehitettävä. Suomalaisen ihmisoikeuspolitiikan olisi kyettävä vastaamaan muutoksiin maailmassa, kuten muuttoliikkeisiin ja turvallisuusuhkiin, ja lisäksi Suomen omaa, sisäistä ihmisoikeusnäkökulmaa olisi vahvistettava. Selonteon mukaan Suomessa olisi jatkossa keskityttävä ilmastonmuutoksen ja ihmisoikeuksien edistämiseen yhdessä, maahanmuuttajien ihmisoikeuksien edistämiseen, huomioimaan ihmisoikeudet myös teknologian kehityksessä, lähestymään turvallisuuteen liittyviä kysymyksiä ihmisoikeusnäkökulmasta, sukupuolten välisen tasa-arvon vahvistamiseen sekä hallinnon, politiikan ja ammattien rajat ylittävään yhteistyöhön. Lisäksi selonteossa kehoitetaan suhtautumaan ihmisoikeusvelvoitteisiin aikaisempaa vakavammin ja toimimaan aktiivisemmin kansalaistensa osallisuuden vahvistamiseksi.¹¹⁰

Ihmisoikeuksien toteutuminen, kehittäminen, turvaaminen ja edistäminen ovat samalla tavalla poliittisesta päätöksenteosta riippuvaisia kuten muutkin asiat yhteiskunnassa. Erilaiset intressit ja resurssien jakomallit pakottavat erilaisiin kompromisseihin ja ihmisoikeudet ovat sidoksissa yhteiskunnalliseen tilanteeseen.

Marie Benedicte Dembour on tiivistänyt ihmisoikeuspolitiikkakeskustelun neljään erilaiseen näkökulmaan. Sisällöllisestä näkökulmasta ihmisoikeudet ovat ihmisarvoa turvaavia ja ihmiselle peruuttamattomasti kuuluvia oikeuksia, jotka kuuluvat jokaiselle ihmiselle hänen ihmisyytensä perusteella. Ihmisoikeudet ovat universaaleja toimintaperiaatteita. Kamppailunäkökulmasta ihmisoikeuksien

108 Nash 2009 1068, 1071.

109 Rautiainen & Lavapuro & al. 2016, IX–XIII, 13.

110 Finland in the International Human Rights System 2019, 123–143.

vähimmäistason turvaaminen ei välttämättä edistä ihmisarvoisen elämän edellytyksiä, jonka takia jotkut ihmiset tai ihmisryhmät joutuvat aktiivisesti edistämään omien oikeuksiensa tosiasiallista toteutumista. Kertomusten näkökulmasta ihmisoikeudet ovat vain ajalle tyypillistä puheentapaa, jota käytetään esimerkiksi oikeuttamaan jotakin toimintaa tai luomaan identiteettejä. Sopimusten näkökulmasta ihmisoikeudet ovat puolestaan kansainvälisissä ihmisoikeuksissa turvattuja ihmisten oikeuksia, joiden mukaan sopimukseen sitoutuneiden valtioiden on muotoiltava kansalliset perusoikeutensa.¹¹¹

Tarkastelen seuraavassa luvussa näitä Suomen valtiota sitovia kansainvälisiä ihmisoikeussopimuksia ja Suomen perustuslakia.

111 Dembour 2010, sekä Rautiainen & Lavanpuro & al. 2016, 13–22.

3. IHMISOIKEUSSOPIMUKSET JA SUOMEN PERUSTUSLAKI

Ihmisoikeussopimusten historia alkaa maailmasodista, vaikka ihmisoikeusajattelun juuret ovat jo antiikissa. Päävastuu universaalien ihmisoikeuksien laatimisesta oli ensin Kansainvälinen työjärjestö ILO:lla ja toisen maailmansodan jälkeen Yhdistyneet kansakunnat YK:lla. YK:n ihmisoikeusjulistus¹¹² hyväksyttiin vuonna 1948. Vuotta myöhemmin perustettiin Euroopan neuvosto edistämään rauhaa, demokratiaa ja ihmisoikeuksia. Ihmisoikeussopimus hyväksyttiin vuonna 1950. Sosiaaliset oikeudet kauttaaltaan kattava Euroopan sosiaalinen peruskirja hyväksyttiin vuonna 1961¹¹³. Euroopan unionin valtiot hyväksyivät perusoikeuskirjan sitovaksi kokoelmaksi eurooppalaisia perusoikeuksia vuonna 2007.

Ihmisoikeudet jaotellaan ensimmäisen, toisen ja kolmannen sukupolven ihmisoikeuksiin syntyajankohtansa mukaan. Euroopan ihmisoikeussopimuksen oikeuksia pidetään ensimmäisen sukupolven oikeuksina, jotka suojaavat perusvapauksia, oikeudenmukaista lainkäyttöä ja kieltävät syrjinnän (*KP-oikeudet*)¹¹⁴. Euroopan sosiaalisen peruskirjan oikeuksia pidetään toisen sukupolven oikeuksina ja ne perustuvat ajatukseen hyvästä valtiosta, jossa elämän riskejä tasataan ja niihin vastataan yhteisvastuun ja hyvinvointivaltion hengessä niin, että kaikille turvataan yhdenvertaiset mahdollisuudet (*TSS-oikeudet*)¹¹⁵. Näiden erilaisten oikeuksien perustana ja yhteisenä nimittäjänä on ihmisarvoisen elämän kunnioittaminen ja kaikenlaisen syrjinnän kieltäminen. Kolmannen sukupolven ns. kollektiivisista solidaarisuus-ihmisoikeuksista eli yhteisöllisistä oikeuksista ei ole vielä kattavaa kansainvälistä sopimusta.¹¹⁶

Ihmisoikeudet eivät tyhjene yhden määritelmän tai tulkinnan alle, vaan niitä voidaan lähestyä useasta eri näkökulmasta ja niiden merkitystä voidaan ymmärtää ja tulkita eri tavoin. Tämä on tärkeää ymmärtää, jotta voidaan hyväksyä se, miksi niistä käydään jatkuvasti keskustelua ja miksi ihmisoikeussopimusten toteutuminen näyttäytyy välillä haasteelliselta. Ihmisoikeuksia voidaan esimerkiksi tarkastella sisällöllisestä ja muodollisesta näkökulmasta. Sisällöllisestä näkökulmasta ihmisoikeudet voidaan ymmärtää aatteina tai ideoina, jossa universaaleina pidetyt

112 Universal Declaration of Human Rights. <https://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>

113 European Social Charter. <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/090000168006b642>

114 Kansalaisyhteisö- ja poliittisia oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus 8/1976.

115 Asetus taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevan kansainvälisen yleissopimuksen voimaansaattamisesta 1976.

116 Mikkola 2017, 39–40. Kolmannen sukupolven oikeuksilla voidaan tarkoittaa esim. kansojen itsemääräämisoikeutta, oikeutta rauhaan sekä vaikkapa oikeutta puhtaaseen ympäristöön. Nieminen 2015, 44.

moraaliperiaatteet nähdään tärkeimpinä, kuin ihmisoikeuksien oikeudellinen velvoittavuus. Ihmisoikeudelliset asiakirjat ikään kuin tunnistavat jo olemassa olevat universaalit ihmisoikeudet ja kuvaavat sitä arvomaailmaa. Tällöin ihmisoikeudet voidaan kuitenkin ymmärtää vain poliittisina tavoitteina ja politiikan etiikkana, ei oikeuksina sinänsä. Muodollinen näkökulma sitä vastoin painottaa ihmisoikeuksien oikeudellista ensisijaisuutta. Tällöin ihmisoikeudet ymmärretään osana kansainvälistä oikeutta ja niiden tulkintaa ohjaavat kansainvälisen oikeuden tulkintaa yleisesti ohjaavat oikeuslähteet.¹¹⁷

Toinen tapa jaotella ihmisoikeuksia on tarkastella niitä välineellisestä tai konstitutiivisesta näkökulmasta. Välineellisestä näkökulmasta ihmisoikeudet määrittävät ensisijaisesti etuuskien ja palveluiden vähimmäistason. Ihmisoikeuksien tärkein tarkoitus on tällöin yhdenvertaisuuden toteutumisen varmistaminen, kun yhteiskunnallisten mahdollisuuksien tasa-arvo ei todellisuudessa toteudu toimintavalmiuksien synnyttämien erojen takia. Ihmisoikeuksien toteutumisen ei tule tämän ajattelun mukaan perustua tuomioistuin- tai viranomaisprosesseihin, joissa toimimiseen edellytetään sellaista osaamista, mitä kaikilla ei ole.

Konstitutiivisesta näkökulmasta ihmisoikeudet ovat puolestaan läsnä kaikessa yhteiskuntapolitiikassa ja raamittaa sitä silloinkin, kun sen olemassaoloon ei kiinnitetä erityistä huomiota. Tämän näkökulman mukaan ihmisoikeuksien merkitys näyttäytyy yhteiskunnassa erilaisina täysipainoisen ja marginaalisen kansalaisuuden näkökulmista. Marginalisoidut kansalaiset kohtaavat päivittäisessä elämässään sosiaalisiin ihmisoikeuksiin liittyviä kysymyksiä – toisin kuin täysipainoisen kansalaisuuden omaavat.¹¹⁸ Tämän takia ihmisoikeuskeskustelu näyttäytyy usein yhteiskuntapolitiikassa vain erilaisten vähemmistöjen vaatimuksina ja erilaisina identiteettipoliittikkoina. Ihmisoikeuksien merkityksen huomaava vasta, kun niiden toteutuminen ei ole omalla kohdalla itsestään selvää.

Tulkintaeroista huolimatta ihmisoikeuksien ydin on aina ihmisarvon¹¹⁹ kunnioittamisessa. Oikeudet ovat riippuvaisia toisistaan. Esimerkiksi sosiaalisten oikeuksien

117 Rautiainen 2017, 28, Rautiainen & Lavanpuro & al 2016, 14–15, sekä Dembour 2010.

118 Rautiainen 2017, 33–34.

119 Ihmisarvon käsite eroaa merkitykseltään eri ihmisoikeussopimuksissa, eikä sitä esimerkiksi turvata Euroopan ihmisoikeussopimuksessa. Ihmisarvolla tarkoitetaan ihmisoikeusjärjestelmässä sitä, että yksilöllä on oltava vapaus päättää itse omasta autonomiastaan eivätkä muut saa puuttua siihen. EU:n perusoikeuskirjassa on oma ihmisarvoa käsittelevä osio, joka koostuu viidestä artiklasta: 1 Ihmisarvo, 2 oikeus elämään, 3 oikeus henkilökohtaiseen koskemattomuuteen, 4 kidutuksen sekä epäinhimillisen tai halventavan rangaistuksen ja kohtelun kielto sekä 5 orjuuden ja pakkotyön kielto. Ihmisarvo on keskeisenä lähtökohtana myös Suomen perusoikeusjärjestelmässä. Nykyään ihmisoikeuksien ajattelaa kuuluvan jokaiselle ja sopimusten lähtökohtana on ihmisten yhdenvertaisuus. Samalla kuitenkin tunnustetaan ihmisten erilaisuus ihmisoikeussuojan lähtökohtana. Nieminen 2015, 24–25, 57, 73, 107, 186. On kuitenkin huomattava, että merkittävät yhteiskunnalliset ajattelijat eivät ajattele yhdenmukaisesti ihmisoikeuksien koskevan kaikkia ihmisryhmiä. Mm. John Rawls ajattelee Oikeudenmukaisuusteoriassa, että kansalaisuuteen kuuluu tiettyjä perusvaatimuksia, jotka yksilön on täytettävä, ja että mm. vakavat mielenterveydenhäiriöt estävät näiden vaatimusten täyttymistä. Samoin mm. Immanuel Kant ja muut rationaliteettia painottavat ajattelijat, edellyttävät kansalaisuuteen lukeutuvan mm. aktiivisuuden, omatoimisuuden, järkevyyden ja itseriittoisuuden passiivisuuden ja tarvitsevuuden sijaan. Katso esimerkiksi Rawls 1972 sekä Häyry 2018.

toteutuminen on poliittisten oikeuksien käyttämisen edellytys. Lisäksi esimerkiksi riittävä toimeentulo on usein edellytys myös muiden oikeuksien toteutumisessa.¹²⁰ Periaatteessa ihmisoikeudet ovat luovuttamattomia – perusvapauksia voi rajoittaa ja etuuksia leikata vain tiukoin reunaehdoin. Sopimusten normit ovat kuitenkin abstrakteja, informaatiosisällöltään joustavia ja usein avoimia paikasta ja ajankohdasta nouseville tulkinnoille,¹²¹ mikä tekee ihmisoikeuksien soveltamisesta käytäntöön haastavaa.

Jonkin yhteiskunnallisen ongelman ihmisoikeuslottuvuuden tunnistaminen ei ole selkeä prosessi, vaan siihen vaikuttaa useita erilaisia mekanismeja, ja tunnistamisen jälkeenkin siihen liittyvän keskustelun argumenteista osa voidaan julistaa oikeudellisesti päteviksi, mutta osa jää oikeudellisesti tarkasteltuna merkityksettömiksi, vaikka ne tunnistettaisiinkin poliittisesti, moraalisesti tai eettisesti ihmisoikeuslottuvuudeltaan kestäviksi.¹²² Tämän vuoksi korostuu sopimuksia valvovien elimien merkitys ihmisoikeuksien turvaamisessa. Perustavaa laatua olevat kiellot ovat jo sellaisenaan suoraan sovellettavia konkreettisia sääntöjä. Näitä ovat esimerkiksi lapsityövoiman, pakkotyön, seksuaalisen häirinnän ja hyväksikäytön sekä syrjinnän kiellot. Lisäksi myös kiireelliselle terveydenhuollolle sekä toimeentulon ja asumisen turvaamiselle ei ole tilaa tulkinnalle tai vaihtoehtojen punnitsemiselle.¹²³

Ihmisoikeussopimusten tulkintahaasteista huolimatta Euroopan Unionin perusoikeudet säädettiin vuonna 2010 Lissabonissa pidetyssä kokouksessa oikeudellisesti sitovaksi.¹²⁴ Päätöksen mukaan EU:n jäsenvaltiot ja unionin toimielimet ovat sitoutuneet kunnioittamaan perusoikeuskirjan mukaisia oikeuksia, noudattamaan sen sisältämiä periaatteita sekä edistämään niiden soveltamista. Perusoikeuskirjan perusoikeuksilla on yksilön kannalta merkitystä sitä kautta, että jäsenvaltiot ovat velvollisia ottamaan Euroopan unionin lainsäädännön huomioon lainsäädäntö- ja täytäntöönpanotoiminnassaan. Perustuslakivaliokunta on korostanut ihmisoikeussopimusten merkitystä ihmisoikeusmyönteisellä laintulkinnalla. Vuonna 2000 Suomen perustuslakia uudistettiin niin, että pykälässä 22 asetetaan kaikille julkista valtaa käyttäville velvollisuuden turvata perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen.¹²⁵

120 Ihmisoikeuksien jakamattomuudella tarkoitetaan sitä, että KP-oikeuksia ja TSS-oikeuksia ei voida täysin erottaa toisistaan, vaikka ne on sijoitettu eri ihmisoikeussopimuksiin. Nieminen 2015, 67.

121 Nykänen & Kalliomaa-Puha 2017, 8–9, 12 sekä Mikkola 2017.

122 Rautiainen 2017, 21.

123 Mikkola 2017, 41.

124 Euroopan Unionin perusoikeuskirja.

125 Tolonen 2011, 16–18, 30–32 sekä Suomen perustuslaki 731/1999.

3.1 SUOMEN PERUSTUSLAKI

Suomessa ihmisoikeuksista ja perusoikeuksista keskustellaan usein rinnakkain, sillä lähes kaikki kansainvälisesti vahvistetut ihmisoikeudet on kirjattu perusoikeuksina Suomen perustuslakiin – mukaan lukien sosiaaliset oikeudet. Euroopan neuvoston piirissä laadittujen ihmisoikeussopimusten sisältö otettiin vuoden 1995 hallintomuotoon, josta ne siirtyivät vuonna 2000 perustuslakiin. Köyhyyden ja syrjäytymisen torjumisessa menttiin Suomessa tällöin Euroopan ihmisoikeussopimuksia pidemmälle, kun viimesijaisen toimeentulonturvaan oikeutettujen henkilöiden piiri määriteltiin universaaliksi. Myös huolenpidon viimesijainen järjestäminen muotoiltiin subjektiiviseksi oikeudeksi niille, jotka eivät itse selviä.¹²⁶

Vuoden 1995 perustuslakiuudistuksessa kansalliset perustuslain säännökset saatettiin vastaamaan kansainvälisiä ihmisoikeussopimuksia. Uudistuksilla laajennettiin esimerkiksi perusoikeuksien henkilöllistä soveltamisalaa ja perusoikeusturvan sisältöä sekä parannettiin valvontamekanismeja. Perusoikeudet ymmärretään perustavaa laatua olevien arvojen ilmaisuina, mutta perustuslain perusoikeussäännökset eivät kuitenkaan ole sillä tavoin ehdottomia, ettei niitä voisi missään laajuudessa eikä millään edellytyksin rajoittaa. Esimerkiksi tilanteissa, joissa perusoikeudet ovat ristiriidassa, joudutaan kahta tai useampaa perusoikeutta punnitsemaan keskenään pyrkimällä ratkaisuun, joka mahdollisimman hyvin turvaisi kilpailevien oikeuksien samanaikaisen toteutumisen. Ehdottomiin perusoikeuksiin kuuluu kuitenkin esimerkiksi syrjintäkielto.¹²⁷

Perustuslain muutos vuonna 1995 merkitsi myös oikeudellisessa ajattelussa siirtymistä liberaalista kansalais- ja vapausoikeuksien oikeusparadigmasta kohti hyvinvointivaltiolista oikeusparadigmaa, jonka mukaan ihmisarvoisen elämän edellytysten turvaaminen on julkisen vallan vastuulla. Julkisen vallan vastuu ja sen käytettävissä olevat resurssit aiheuttavat usein jännitteitä hyvinvointivaltion toimintaan. Esimerkiksi Anna Metteri huomauttaa, että perusoikeuksia olisi arvioitava jatkuvasti suhteessa julkisen talouden tilaan, ja säännösten tulkinnassa olisi erotettava toisistaan ne oikeusvaikutukset, jotka ovat riippuvaisia käytettävissä olevista resursseista, niistä oikeusvaikutuksista, jotka ovat riippumattomia taloudesta. Perustuslaki edellyttää, että kaikki yksilön oikeusasemaan vaikuttavat säännökset tulee antaa lailla. Tämä vaatimus merkitsee käytännössä sitä, että perusoikeuksien mahdollista rajoittamista tai niiden toteuttamistapoja koskeva päätöksenteko tapahtuu demokraattisesti valitussa elimessä, eduskunnassa.¹²⁸

Suomen perustuslaki turvaa ihmisarvon loukkaamattomuuden, yksilön vapaudet ja oikeudet sekä edistää oikeudenmukaisuutta yhteiskunnassa. Valta kuuluu

¹²⁶ Mikkola 2017, 46.

¹²⁷ Tolonen 2011, 39, 46–47.

¹²⁸ Metteri 2012, 36–37.

kansalle, jolloin siihen sisältyy yksilön oikeus osallistua ja vaikuttaa yhteiskunnan ja elinympäristönsä kehittämiseen.¹²⁹ Perusoikeuksia ovat yhdenvertaisuus,¹³⁰ oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen,¹³¹ rikosoikeudellinen laillisuusperiaate, liikkumisvapaus, yksityiselämänsuoja, uskonnon ja omantunnon vapaus, sananvapaus ja julkisuus-, kokoontumis- ja yhdistymisvapaus, vaali- ja osallistumisoikeudet, omaisuuden suoja, sivistykselliset oikeudet,¹³² oikeus omaan kieleen ja kulttuuriin, oikeus työhön ja elinkeinovapaus,¹³³ oikeus sosiaaliturvaan,¹³⁴ vastuu ympäristöstä, oikeusturva, sekä perusoikeuksien turvaaminen, jonka mukaan julkisen vallan on turvattava perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen.¹³⁵

Perustuslaki ei sisällä pelkästään kansalaisen perusoikeuksia, vaan siinä on myös palvelujärjestelmään vaikuttavia säännöksiä. Lainsäädäntävaltaa käyttävällä eduskunnalla on kuitenkin palvelujärjestelmän suhteen harkintavaltaa, sillä perustuslain säännökset ovat sanonnoiltaan niukkoja. Lainsäätäjän harkintaan vaikuttaa se, onko kyse järjestelmän, saamisperusteiden vai saamisedellytysten tarveharkinnasta. Lainsäätäjä on harkinnassaan sidottu perustuslain asettamiin vaatimuksiin ja rajoituksiin niin, että lainsäätäjän toimivalta on sidottu perustuslain säännöksiin ja kansainvälisiin normeihin.¹³⁶

Mielenterveyden häiriöön sairastuneiden kansalaisten tarvitsema palvelujärjestelmä koostuu enimmäkseen sosiaali- ja terveystalvasta. Perustuslaissa on säädetty myös sosiaali- ja terveystalvasta, joiden on katettava jokainen ihmisyksilö ja oltava riittävät. Riittävyys tarkoittaa sitä, että palveluiden on luotava yksilölle edellytykset täysipainoiseen elämään yhteiskunnassa, ja se koskee sekä ennaltaehkäiseviä, että korjaavia palveluja. Riittävyden tulkinnan tekee haasteelliseksi muun muassa ristiriita väestötason toimintojen ja yksilölle suunnattujen toimintojen välillä. Perustuslain mukaan julkisen vallan tehtävänä on koko väestön terveyden edistäminen, mutta yhteisiä oikeuksia on vaikea palauttaa yksilön

129 Suomen perustuslaki 731/1999, luku 1.

130 sisältää myös terveydentilan ja vammaisuuden. Suomen perustuslaki 731/1999, luku 2, pykälä 6.

131 sisältää käsitteen ihmisarvon loukkaamattomuus. Suomen perustuslaki 731/1999, luku 2, pykälä 7.

132 sisältää jokaiselle oikeuden saada kykijensä ja erityisten tarpeidensa mukaisesti myös muuta kuin perusopetusta. Suomen perustuslaki 731/1999, luku 2, pykälä 16.

133 *”Julkisen vallan on edistettävä työllisyyttä ja pyrittävä turvaamaan jokaiselle oikeus työhön...ketään ei saa ilman lakiin kirjattua syytä erottaa työstä”*. Suomen perustuslaki 731/1999, luku 2, pykälä 18.

134 *”Jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Lailla taataan jokaiselle oikeus perustoimeentulon turvaan työttömyyden, sairauden, työkyvyttömyyden ja vanhuuden aikana sekä lapsen syntymän ja huoltajan menetyksen perusteella. Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvat ja edistettävä väestön terveyttä. Julkisen vallan on myös tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu. Julkisen vallan tehtävänä on edistää jokaisen oikeutta asuntoon ja tukea asumisen omatomista järjestämisistä.”* Suomen perustuslaki 731/1999, luku 2, pykälä 19.

135 Suomen perustuslaki 731/1999, luku 2.

136 Arajärvi 2017, 70–71.

oikeuksiksi. Oikeutta saada palveluja arvioidaan kuitenkin yksilökohtaisesti ja kunta mitoittaa määrärahasidonnaiset palvelunsa alueellaan esiintyvän tarpeen mukaisesti. Yhdenvertaisuuden loukkaamattomuus on kuitenkin ehdoton oikeus. Vaikka määrärahat loppuisivatkin kesken, on yksilöitä aina kohdeltava samalaisissa tilanteissa samalla tavalla.

Perusoikeuksien toteuttamiseksi on olennaista määrittää saamisperusteet ja ne elämäntilanteet tai olosuhteet, joissa etuutta tai palvelua voi saada. Perustuslaissa säädetään, että jokaiselle, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellytyksiä, on oikeus välttämättömään huolenpitoon – säännös on subjektiivinen, joka julkisen vallan on kaikissa olosuhteissa täytettävä. Aina kun ihmisarvoisen elämän edellytykset ovat uhattuina, muuntuvat tarveperusteiset palvelut subjektiiviseksi oikeudeksi, riippumatta siitä, millaisiksi ne on tavallisella lainsäädännöllä säädetty.¹³⁷

Perustuslaki sisältää ihmiselämän kannalta luovuttamattomia arvoja. Ihminen on arvokas yhteiskunnan jäsen, vaikka hän sairastuisi psyykkisesti. Hänellä on oikeus elämään oikeudenmukaisessa yhteiskunnassa, jossa sairastuminen ei aseta häntä eriarvoiseen asemaan suhteessa muihin eikä muuta hänen elämänsä yhteiskunnassa merkittävästi. Lain arvojen mukaisesti yhteiskunnan jäsen ei ole vain toimintojen kohde, vaan aktiivinen vaikuttaja ja hyvinvointiyhteiskunnan rakentaja omalta osaltaan. Miten tämä perustuslain henki näkyy muissa laeissa ja miten se ilmenee käytännössä?

3.2 SOSIAALISET OIKEUDET

Yhteiskunnalliseen asemaan ja yhteiskuntaosallisuuteen vaikuttavat sosiaaliset oikeudet edellyttävät perusoikeussäädösten lisäksi erillistä lainsäädäntöä, jolla oikeudet käytännössä turvataan. Taloudelliset ja sosiaaliset perusoikeudet tarkoittavat yleensä työtä, vähimmäistoimeentuloa, erilaisten sosiaalisten riskien aikaista toimeentuloa sekä julkista huolenpitoa, hoivaa ja palveluita koskevia oikeuksia. Keskeisiä perusoikeuksia sosiaalisten oikeuksien toteutumisen kannalta ovat muun muassa yhdenvertaisuutta, hyvää hallintoa ja oikeusturvaa koskevat oikeudet. Perustuslaissa ei kuitenkaan ole lainsäätäjälle osoitettuja oikeudellisia pakotteita eikä toisaalta yksilölle oikeudellisia keinoja taata omien oikeuksiensa toteutuminen. Tämän takia julkiselle vallalle asetetut velvoitteet ovat oikeudellisesti sitovia. Yksilön sosiaalisia oikeuksia vastaavat siis aina julkisen vallan velvoitteet, joita se toteuttaa normi- ja resurssiohjauksella.¹³⁸

Julkisen vallan on kehitettävä yhteiskuntaa sosiaalisen tasa-arvon ja yhdenvertaisuuden lähtökohdista. Tätä toteutetaan esimerkiksi sosiaalivakuutusjärjestelmän

¹³⁷ Arajärvi 2017, 73.

¹³⁸ Metteri 2012, 33 – 35.

sekä sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän avulla. Lisäksi tasa-arvoisen ja yhdenvertaisen yhteiskunnan kehittäminen edellyttää sosiaalipolitiikkaa toteuttavien instituutioiden rakentamista ja ylläpitämistä. Sosiaalipolitiikalla jaetaan uudelleen talouden tuottamaan hyvinvointia koko väestön terveyden ja toimeentulon turvaamiseksi. Sosiaaliset oikeudet koskevat ihmisryhmiä, jotka ovat kohdanneet tilapäisiä tai pysyviä sosiaalisia riskejä, ja niiden päätavoite on huono-osaisten aseman kohentaminen yhteiskunnassa. Niitä voidaan kutsua myös hyvinvointioikeuksiksi, sillä niiden toteutumisella on keskeinen merkitys ihmisen hyvinvoinnille. Sosiaalipolitiikan kautta sosiaalisista ihmisoikeuksista käytävä keskustelu liittyy aina myös keskusteluun valtion tehtävistä.¹³⁹

Sosiaalisia oikeuksia voi olla kuitenkin vaikea soveltaa käytäntöön, sillä sosiaalisten ihmisoikeuksien kirjaaminen lakiin ei muutu suoraan konkreettiseksi toiminnaksi. Esimerkiksi Pauli Rautiainen muistuttaa, että sosiaalisten ihmisoikeuksien toteutumisen esteenä on, että ne on kirjattu sopimuksiin ja lakeihin turvaamis- ja edistämismuotojen muotoon. Tästä syystä niiden toimeenpanoa ei johdeta suoraan yksilön oikeuksista vaan yleisen tason oikeudellisista reunaehdoista. Oikeuksien kiistattoman edistämisen ja loukkaamisen välille jää harmaa alue, jossa toimintaa arvioidaankin poliittisista eikä oikeudellisista lähtökohdistta. Kansallisina perusoikeuksina sosiaaliset oikeudet luovat lähinnä normatiiviset raamit todellisuudelle, jossa perus- ja ihmisoikeuksia konkretisoivat lait pannaan täytäntöön. Vasta sosiaalioikeudellinen lainsäädäntö muuttaa ne ihmisten konkreettiseksi oikeudeksi.¹⁴⁰

Sosiaaliset oikeudet ja niiden toteutuminen saavat muodon kansalaisen mahdollisuuksina olla aktiivinen toimija yhteiskunnassa – osallisuutena. Muiden ihmisoikeuksien tapaan myös sosiaalisia oikeuksia voidaan määrittellä eri tavoin. Esimerkiksi Antti Mikkola jaottelee sosiaaliset oikeudet negatiivisiin ja positiivisiin oikeuksiin sekä fundamentaaliin ja hyvinvoinnin jakautumista edistäviin oikeuksiin. Fundamentaalisten oikeuksien turvaamiseksi ei riitä, että valtiolla on niitä suojaavat lait ja järjestelmät, vaan lakien tulee tuottaa myös käytännössä toimivia vaikutuksia. Perustavia oikeuksia ovat muun muassa oikeus henkilökohtaiseen koskemattomuuteen, oikeus kiireellisiin terveyspalveluihin ja huolenpitopalveluihin, oikeus ihmisarvoisen elämän standardit täyttävään asumiseen, oikeus vähimmäistoimeentuloon, oikeus sosiaaliseen neuvontaan sekä oikeus yhteenkuuluvuuteen ja täysimääräiseen osallistumiseen omassa yhteisössä ja oikeus yhdenvertaiseen kohteluun. Näiden oikeuksien loukkaaminen on sanktioitu.¹⁴¹

Yhdenvertaisen kohtelun vaatimus koskee sekä työelämää että työelämän ulkopuolista elämää. Vammaisille henkilöille on kuitenkin pyritty turvaamaan sellaiset

139 Rautiainen 2017, 20–22.

140 Rautiainen 2017, 23, 30.

141 Mikkola 2017, 42.

yhdenvertaiset mahdollisuudet, jotka edellyttävät syrjäntäkieltoa pidemmälle meneviä positiivisia toimia, sillä oikeus tulla kohdelluksi yhdenvertaisesti muiden kanssa on perustavanlaatuinen oikeus. Tarvittaessa tämä voi edellyttää joikin ihmisryhmän, kuten vammaisten, positiivista erityiskohtelua ja esimerkiksi kohtuullisia mukautuksia tarjolla oleviin palveluihin, erilaisten tilojen saavutettavuuteen sekä työpaikkojen ja oppilaitosten käytäntöihin ja menetelmiin.¹⁴²

Julkisen vallan on huomioitava erityisesti myös mielenterveyden häiriöiden hoitojärjestelmän järjestäminen niin, että siinä toteutuu ihmisoikeuksien turvaaminen, sillä oikeus terveyspalveluihin on osa sosiaalisia oikeuksia. Sosiaalisen peruskirjan artiklan pykälän 11 mukaan ”*jokaisella on oikeus kiireelliseen lääkinälliseen hoitoon sekä muuhun asianmukaiseen hoitoon kohtuullisen ajan kuluessa*”. Tämän lisäksi on asetettu kriteerejä, joiden mukaan terveyspalvelujen kustannusten tulee jakaantua koko yhteisön kannettavaksi, asiakasmaksujen ei tule muodostaa ylityspääsemätöntä estettä palveluihin pääsemiselle, rahoituksen järjestelyt eivät saa viivyttää hoitoon pääsyä, ja hoitoon pääsyn kriteerien on oltava läpinäkyviä sekä sairaanhoitohenkilöstön tulee olla riittävää. Oikeus huolenpitoon palveluihin turvaa myös mahdollisuuden sosiaalityön avulla toteutettuun kiireelliseen huolenpitoon. Tämän lisäksi jokaisella on oikeus saada ohjausta ja neuvontaa avun tarpeen varalta. Julkinen valta vastaa siitä, ettei kukaan jää heitteille.¹⁴³

YK:n ihmisoikeusneuvostolla on erikseen raportoija, joka seuraa, kuinka oikeus terveyteen toteutuu eri jäsenvaltioissa. Kysymystä käsitellään myös kansainvälisessä terveyspolitiikassa. Oikeus terveyteen ja sairaudenhoitoon on ollut taustalla myös silloin, kun on kampanjoitu lääkkeiden saatavuuden puolesta kehittyvissä maissa.¹⁴⁴

Terveyspalveluiden peruskäsite terveys on ongelmallinen sosiaalisten oikeuksien toteuttamisen näkökulmasta. Muun muassa Mikko Jauho ja Ilpo Helen ovat problematisoineet käsiteparin ”oikeus terveyteen”. He muistuttavat, että oikeus terveyteen on sidoksissa konkreettiseen sisältöön kuten muutkin sosiaaliset oikeudet. Oikeus terveyteen viittaa julkisen vallan takaamiin palveluihin ja etuuksiin, joiden on tarkoitus antaa yksilölle yhteiskunnan elämään osallistumisen edellytykset. Konkreettinen sisältö vaihtelee kuitenkin historiallisesti, ja palveluiden saaminen riippuu poliittisista suhdanteista, yleisestä arvoilmapiiiristä ja yhteiskunnan voimavaroista. Sosiaaliset oikeudet ovat tämän vuoksi poliittisia kiistanaiheita, kun on päätettävä, keitä oikeudet koskevat ja kuinka laajasti kansalaisuuden sosiaaliset edellytykset on turvattava yksilölle.¹⁴⁵

Koska terveyden käsite on epämääräinen, on vaikea määrittellä, mitä oikeus terveyteen tarkoittaa. Terveyden määrittely on hankalaa lääketieteen, saatika politiikan

142 Mikkola 2017, 43–44. Esimerkiksi vammaisten ihmisten kohdalla.

143 Mikkola 2017, 50, 54.

144 Koivusalo & Ollila 2013, 384.

145 Helen & Jauho 2003, 25.

kohteena, eikä sitä tämän vuoksi voi yksiselitteisesti soveltaa kaikkiin yksilöihin samalla tavalla. Nykykeskustelussa terveys politisoituu, kun keskustellaan siitä, ketkä kuuluvat julkisten terveystalvelujen piiriin ja kuinka laaja kansalaisen oikeus terveyteen on.¹⁴⁶

Ihmisoikeuskeskusteluissa on pidetty vain vähän esillä sitä, että mielenterveys on osa oikeutta terveyteen. Vuonna 1991 YK julkaisi perusperiaatteet, joilla suojellaan ihmisiä, joilla on mielenterveyden häiriö, ja varmistetaan mielenterveystyön kehittäminen. Periaatteiden mukaan jokaisella mielenterveyden häiriöön sairastuneella ihmisellä on kansalaisoikeudet, poliittiset oikeudet sekä taloudelliset, sosiaaliset ja kulttuuriset oikeudet.¹⁴⁷ Euroopan neuvosto on vahvistanut tämän julistuksen ja korostaa, että erityisesti hoitohenkilökunnalla on vastuu näiden oikeuksien toteutumisesta.¹⁴⁸ Molemmissa asiakirjoissa myös kielletään kaikenlainen syrjintä.

Psykiatrisessa hoidossa olevien ihmisoikeuksia väitöskirjassaan tarkastellut Mari Stenlund toteaa, että ihmisoikeuksista on tullut keskeisiä psykiatriassa, erityisesti psykiatriseen hoitoon ja diagnostiikkaan liittyvän vallankäytön takia, ja ihmisoikeuksien tarkoituksena voidaan nähdä eettisen hoidon varmistaminen. Ihmisoikeuksien lisäksi psykiatrista hoitoa ohjaakin eettinen normisto – hoitoetiikka. Stenlund huomauttaa kuitenkin, että käsitteisiin ja käytäntöihin liittyvät epäselvyydet sekä tulkinta- ja näkemuserot asettavat ihmisoikeuksien toteutumisesta vastaavat tahot ongelmallisiin tilanteisiin.¹⁴⁹

On myös huomattava, että mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmisoikeudet eivät koske vain hoito- tai palvelujärjestelmää tai psykiatria vaan koko yhteiskuntaa ja kansalaisasemaa yhteiskunnassa. Onkin kiinnostavaa huomata, että mielenterveyteen liittyvän ihmisoikeuskeskustelun painotukset toisintavat lääke- ja hoitotieteen paradigman hallitsevuutta. Ihmisoikeuskysymyksiinkin kohdistuva tutkimus etenee mielenterveyteen liittyvissä asioissa hoito- ja lääketieteen eikä yhteiskuntatieteiden ohjaamana. Kysymys, kuuluvatko mielenterveyden häiriöön sairastuneille muutkin ihmisoikeudet kuin oikeus terveyteen ja hoitoon, on siksi edelleen relevantti.

Valvonnan merkitys korostuu, jos halutaan taata, ettei ihmisoikeuksia rikota. Sosiaalisten oikeuksien komitea (ESOK) on Euroopan neuvostossa toimiva puolueeton elin, joka tutkii, ovatko Euroopan sosiaalisen peruskirjan hyväksyneet maat noudattaneet peruskirjan määräyksiä. Sosiaaliturvan asiakkaat ovat usein palveluja ja toimeentuloa tarvitessaan muita heikommassa asemassa, eivätkä he aina pysty valvomaan oikeuksiaan, minkä vuoksi hyvän hallinnon merkitys korostuu.

146 Helen & Jauho 2003, 26.

147 Principles for the protection of persons with mental health illness and improvement of mental health care 1991.

148 Recommendation No. Rec (2004)10 of the Committee of ministers to member states concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum.

149 Stenlund 2014, 10, 16, 82–85.

Sosiaali oikeuksilla onkin vahva yhteys ihmisten yhdenvertaisuudesta huolehtimiseen, ja niiden keskeisenä tehtävänä on muistuttaa, että kaikilla ihmisillä on yhtäläinen ihmisarvo niin, ettei ketään jollain tavoin poikkeavaa ihmistä saa sulkea yhteiskunnan täysimääräisen jäsenyyden ulkopuolelle.¹⁵⁰ Potilasjärjestöt ovat perinteisesti valvoneet oikeuksien toteutumista heikommassa asemassa olevien kansalaisten puolesta.

Jäsenistönsä etujen toteutumista valvovat potilasjärjestöt vaativat sosiaaliin oikeuksiin pohjautuvien etuuskien toteuttamista. Helen ja Jauho muistuttavat kuitenkin, että 1960-luvulla ajatusta yksilöiden oikeuksista ja tasa-arvosta ei perusteltu yksilön ihmisarvolähtökohdilla, vaan ne olivat hyvinvointivaltion rakentamiseen liitettyjä yhteiskuntapoliittisia ihanteita. Oikeuskeskustelu ei kummunnut kansalaistoiminnasta ja etuisuuskamppailussa, vaan sosiaali- ja terveystalitiikan laatijat käyttivät erilaisia oikeuksia iskusanoina yhteiskuntasuunnittelussa.¹⁵¹ Tilanne muistuttaa 2017 vuonna aloitettua valinnanvapauslainsäädännön laatimisprosessia, jossa poliittiset tarkoituserät on puettu kansalaisten etua ja oikeuksia ajaviin ilmiäsiihin, jotta uudistus saisi mahdollisimman laajan kannatuksen kansalaisten keskuudessa.

Erityisen haavoittuvassa asemassa olevien kansalaisten suojaaminen laiminlyönneiltä ja syrjinnältä on edellyttänyt yhteiskuntapoliittisten tavoitteiden muotoilemisen sijaan poikkeuksellisen vahvaa ihmisoikeusajattelua. Tällainen lähtökohta on muun muassa Lasten oikeuksien sopimuksen¹⁵² sekä Vammaisten ihmisten oikeuksia koskevan sopimuksen laatimisen taustalla. Vammaisten ihmisten oikeuksia koskeva sopimus koskee myös vakavia mielenterveyden häiriöitä sairastavia kansalaisia.

3.3 YK:N VAMMAISTEN IHMISTEN OIKEUKSIA KOSKEVA SOPIMUS

Ihmisoikeussopimuksissa ja perustuslaissa kirjatut oikeudet eivät toteudu samalla tavalla kaikkien kansalaisten kohdalla. Tasa-arvoisten mahdollisuuksien takaaminen edellyttää joidenkin – kuten lasten – kohdalla erityistä suojaa. Vammaisten ihmisten kohdalla tasa-arvon toteutuminen velvoittaa puolestaan julkista valtaa kunkin tarpeita vastaaviin erityisiin toimenpiteisiin. Lasten oikeuksia ja vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevien sopimusten tavoitteena on kiinnittää erityistä

150 Nykänen & Kalliomaa-Puha 2017, 9, 13, 23. Hallintopäätöksiä tehdään Suomessa vuosittain n. 20–30 miljoonaa, joista 20% johtaa muutokseen tai päätöksen palauttamiseen. Sosiaalihuollossa syntyy hallintopäätöksiä, joista voidaan valittaa – terveydenhuollossa harvemmin. Nykänen & Kalliomaa-Puha 2017, 13.

151 Helen & Jauho 2003, 28.

152 YK:n lapsen oikeuksien yleissopimus 2011.

huomiota muita heikommassa asemassa olevien ihmisten oikeuksien tosiasialliseen toteutumiseen yhteiskunnassa.

YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksia koskeva sopimus solmittiin vuonna 2006. Suomi allekirjoitti sopimuksen ensimmäisten joukossa jo vuonna 2007, mutta ratifioi sen vasta kesällä 2016, sillä eduskunta halusi ensin saattaa Suomen itsemääräämisoikeuslainsäädännön ajan tasalle. Ratifioinnin myötä Suomi on sitoutunut keräämään tietoa vammaisten ihmisten oikeuksien toteutumisesta Suomessa ja raportoimaan siitä yleisopimusta valvovalle komitealle. Ratifioinnin myötä myös yksilövalitusmekanismi astui voimaan.¹⁵³

Keväällä 2018 Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevan sopimuksen toimeenpanosuunnitelman, jossa kiinnitettiin huomiota esimerkiksi kohtuullisten mukautusten¹⁵⁴ merkitykseen vammaisten ihmisten yhdenvertaisen osallisuuden mahdollistamiseksi. Ohjelman tavoitteena oli lisätä tietoisuutta vammaisten ihmisten oikeuksista sekä vahvistaa yhdenvertaista osallisuutta 82 erilaisella toimenpiteellä.¹⁵⁵

Vammaisten ihmisten oikeuksia koskeva sopimus kieltää laaja-alaisesti vammaisten ihmisten kaikenlaisen syrjinnän ja edellyttää yhdenvertaisen kohtelun periaatteen noudattamista. Sopimus kattaa poliittisten ja kansalaisoikeuksien lisäksi sosiaaliset oikeudet ja jopa vahvistaa sosiaalisten oikeuksien ihmisoikeuskökökulmaa, sillä sopimuksessa todetaan esimerkiksi, että vammaisella henkilöllä on yhdenvertaisesti muiden kanssa oikeus valita asuinpaikkansa. Sopimus myös vahvistaa näkökulmaa vammaisista henkilöistä omien oikeuksiensa haltijoina ja aktiivisina toimijoina yhteiskunnassa sen sijaan, että heidät nähdään erilaisten toimenpiteiden kohteena.¹⁵⁶

Sopimuksessa on keskeistä, että jokainen kansalainen on oikeutettu yhdenvertaisiin oikeuksiin ilman erotusta tai minkäänlaista syrjintää. Sopimuksessa korostetaan myös mielenkiintoisella tavalla, kuinka vammaisuuden käsite on vuorovaikutuksessa yhteiskunnassa esitettyjen näkemysten kanssa ja kuinka käsitteen sisältö jatkuvasti muuttuu. Sopimuksessa vammaisen henkilö määritellään

”henkilöksi, jolla on sellainen pitkäaikainen, ruumiillinen, henkinen, älyllinen tai aisteihin liittyvä vamma, joka vuorovaikutuksessa erilaisten esteiden kanssa voi estää heidän täysimääräisen ja

153 YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista ja sopimuksen valinnainen pöytäkirja 2015, 1–3.

154 Kohtuullisilla mukautuksilla voidaan tarkoittaa esimerkiksi työnantajien ja yritysten velvollisuuksia järjestää työskentelymahdollisuudet sellaisiksi, että vammaiset voivat työskennellä yhdenvertaisesti esimerkiksi järjestelmällä työolosuhteita, työhönkulkumahdollisuuksia tai varmistamalla tiedonkulun esteettömyys. Katso esimerkiksi: Vamlas: ”kohtuulliset mukautukset yhdenvertaisuuden edistäjänä”. <https://www.vamlas.fi/kohtuulliset-mukautukset-yhdenvertaisuuden-edistajina/> sekä Konttinen 2017, 101–112.

155 Oikeus osallisuuteen ja yhdenvertaisuuteen – YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksien yleissopimuksen kansallinen toimintaohjelma 2018–2019.

156 YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista ja sopimuksen valinnainen pöytäkirja 2015, 4–5.

tehokkaan osallistumisensa yhteiskuntaan yhdenvertaisesti muiden kanssa.”

Sopimus koostuu yhteensä noin 40 artiklasta, jotka käsittelevät ihmisen eri toimintaympäristöjä ja velvoittavat julkista valtaa kuulemaan vammaisia henkilöitä tai heitä edustavia järjestöjä ja kansalaisyhteiskuntaa vammaisia ihmisiä koskevassa päätöksenteossa.¹⁵⁷

Vammaisjärjestöt ovat olleet aktiivisia sen varmistamisessa, että sopimuksen sisältämät asiat myös siirtyvät käytäntöön. Mielensterveysjärjestöt eivät kuitenkaan ole näkyvästi vedonneet sopimukseen ajaessaan mielensterveyden häiriöön sairastuneiden ihmisten oikeuksien toteutumista, eikä sopimusta käytetä samalla tavalla argumenttina kannanotoissa kuin muissa vammaisjärjestöissä.¹⁵⁸

YK:n vammaisten ihmisten oikeuksia koskevan sopimuksen lisäksi Suomi on sitoutunut YK:n kestävä kehityksen Agenda 2030:n tavoitteisiin, joissa korostetaan ihmisoikeuksien merkitystä.¹⁵⁹ Valtioneuvoston kanslia julkaisi vuonna 2017 agendan toimeenpano-ohjelman, jonka tavoitteiksi Suomen osalta luetellaan resursiivias, yhdenvertainen ja tasa-arvoinen ja osaava Suomi vuoteen 2030 mennessä. Suomeen sovelletussa toimeenpanosuunnitelmassa ihmisoikeuksia ei korosteta samalla tavalla kuin YK:n ohjelmassa. Toisaalta yhdenvertaisuus on valittu yhdeksi Suomen painopistealueeksi, joka on kuitenkin määritelty tuloerojen ja eriarvoistumisen kasvun hillitsemiseksi.¹⁶⁰

Se, että Suomen toimeenpano-ohjelmassa ei korosteta ihmisoikeusnäkökulmaa, on johdonmukaista suhteessa suomalaiseen ihmisoikeuspolitiikkaan yleisesti. Suomalainen ihmisoikeuspolitiikka on nuorta. Valtioneuvosto hyväksyi Suomen ensimmäisen kansallisen perus- ja ihmisoikeustoimintaohjelman vuosiksi 2012–2013 vasta maaliskuussa 2012.¹⁶¹ Samana vuonna perustettiin myös ihmisoikeuskeskus. Valtioneuvoston ihmisoikeusselontekoja on valmistunut tähän mennessä kolme, vuosina 2004, 2009 sekä viimeisin valmistui vuonna 2014.¹⁶² Tällä hetkellä on voimassa Suomen toinen ihmisoikeustoimintaohjelma, joka koskee vuosia 2017–2019.¹⁶³

157 YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista ja sopimuksen valinnainen pöytäkirja 2015, 9–12, 17.

158 Esitän myöhemmin tässä tutkimuksessa erilaisia syitä tälle erolle vammaisjärjestöjen ja mielensterveysjärjestöjen toimintatavoissa sekä sille, miksi mielensterveyden häiriöön sairastuneet eivät kuulu vielä tänä päivänäkään vammaispolitiikkaan.

159 YK:n kestävä kehityksen agenda 2030: <https://www.ykliitto.fi/yk70v/yk/kehitys/post-2015>

160 Valtioneuvoston selonteko kestävä kehityksen globaalista toimintaohjelmasta Agenda 2030:sta 2017.

161 Kansallinen perus- ja ihmisoikeustoimintaohjelma 2012–2013 sekä Ihmisoikeustoimintaohjelmat – kokemuksia meiltä ja muualta 2016.

162 Valtioneuvoston ihmisoikeusselonteko 2014.

163 Kansallinen perus- ja ihmisoikeustoimintaohjelma 2017–2019.

Ihmisoikeudet ilmaisevat kaikkien ihmisten luovuttamattoman ihmisarvon. Suomen perustuslaki on kirjattu tätä arvoa toteuttavaksi normiksi. Lisäksi on säädetty sosiaalisia oikeuksia turvaavaa erillislainsäädäntöä, jolla pyritään varmistamaan, että jokaisen ihmisarvoisen elämän edellytykset täyttyvät. Kansalaisten oikeudet ovat julkisen vallan velvollisuuksia, mutta yksityiskohdat käytännössä tilanteissa, joissa sopimusten ja lakien asetusten arvot olisi muutettava toimeenpanoissa normeiksi, muuttuvat hämäräksi ja monimutkaiseksi keskusteluksi tarpeista ja oikeuksista ja alkuperäinen tavoite – ihmisarvon turvaaminen – jää taka-alalle.

Olen tässä luvussa esittänyt muutamin esimerkein, miksi näin tapahtuu, ja miksi ihmisoikeuksien toteutumista voi olla vaikea taata julkisen vallan ohjauksinoin, vaikka se olisi muotoiltu eksplisiittiseksi tavoitteeksi. Päämäärän saavuttaminen saattaa käydä peräti mahdottomaksi, jos ihmisarvon toteutumiseen julkisen vallan ohjauksessa pyritään vain epäsuorasti, varsinaisten tavoitteiden ohella. Julkisen vallan käyttämällä hallinnalla ja ohjauksella voidaan tavoitella näennäisesti ihmisoikeuksia, vaikka varsinaisena päämääränä on toteuttaa muita intressejä, kuten Jauho ja Helen muistuttavat, ja joka näkyy mielestäni esimerkiksi vuonna 2018 käydyssä valinnanvapautta koskeneessa poliittisessä keskustelussa. Onko julkinen valta sitoutunut perustuslailliseen tehtäväänsä ja onko se pyrkinyt suojaamaan kaikkien kansalaistensa ihmisarvoisen elämän edellytykset, kuten sen Suomea sitovien kansainvälisten sopimusten mukaisesti tulisi tehdä, vai ovatko muut poliittiset tavoitteet sivuuttaneet perustuslakiin kirjatun ihmisoikeuksien toteuttamisen veloitteen?

Pyrin löytämään vastauksia näihin kysymyksiin seuraamalla yhteiskunnan kehityskulkua mielenterveyden häiriöön sairastuneen kansalaisen näkökulmasta 1970-luvulta 2010-luvulle. Analysoin kutakin vuosikymmentä aina yhdessä pääluvussa. 1970- ja 1980-luvulla mielisairaalat lakkautettiin poliittisellä päätöksellä vetoamalla perusteluna ihmisoikeuksiin. Kuten olen kahdessa ensimmäisessä luvussa pyrkinyt osoittamaan, kehityskulkuun ovat kuitenkin vaikuttaneet ihmisoikeuksien lisäksi erilaiset lääketieteen, sosiologian ja politiikan paradigmat. Nykytilanteen valossa laitosten purkaminen ei johtanut ensisijaisesti ihmisoikeuksien turvaamiseen, vaan tapahtui paljon muuta.

4. LAITOSHOIDON PURKAMISEN AIKA (1970- JA 1980-LUVUT)

Olen tutkimuksen ensimmäisessä luvussa käynyt tiiviisti läpi terveys sosiologian, terveyspolitiikan sekä kansalaisuus- ja ihmisoikeuspolitiikan peruskäsitteitä ja toimintamekanismeja ja toisessa luvussa kuvannut ihmis- ja perusoikeuksiin liittyviä näkökulmia. Hahmotus muodostaa taustan sen ymmärtämiseksi, millaisista aineksista suomalainen mielenterveyspolitiikka rakentuu.

Tässä luvussa tarkastelen näitä viitekehyksiä hyödyntäen psyykkisesti sairaiden kansalaisten ihmis- ja perusoikeuksien toteutumista sekä julkisen vallan ohjausta Suomessa hyvinvointivaltion rakentumisen aikana 1970- ja 1980-luvuilla, kun sairaalalaitokset päätettiin lakkauttaa. Tälle ajanjaksolle ajoittuvat paradigman muutokset liittyvät terveystieteiden, psykiatrian reformiin, Suomen ensimmäisiin yhteiskunnallista mielenterveystyötä ohjaaviin ohjelmiin sekä mielenterveyspotilaiden oman kansalaistoiminnan syntymiseen. Näitä paradigman muutoksia tarkastelemalla sairaalahoidosta avohoitojärjestelmään siirtymisen syyt ja seuraukset tulevat näkyviin.

Analysoimani aineisto koostuu hallinnollisista ja poliittisista asiakirjoista, joiden voidaan katsoa vaikuttaneen siihen, miten mielenterveystyötä on tuona ajanjaksona Suomessa toteutettu, sekä ajankohtaisista sosiologisista ja psykiatrian historian tutkimuksista. Aineiston kuvaama todellisuus sisältää niin tavoitteita kuin valittuja keinojakin niiden saavuttamiseksi. Sekä tavoitteet että keinot ovat poliittisten päätösten tuloksia. Koska poliittinen ohjaus on arvosidonnaista, aineiston avulla on mahdollista tarkastella poliittisten päätösten ilmentämiä arvoja ja sitä, miten ne ovat ohjanneet valittuja tavoitteita ja keinoja.

Otan tarkastelun lähtökohdaksi 1960-luvun yhteiskunnallisen liikehdinnän, joka vaikutti siihen, että laitoksiin kerätyt eri tavoin sairaat ja vammaiset kansalaiset alettiin nähdä ihmisoikeusajattelun valossa. Tarkasteltavana ajankohtana yhteiskunnan rakenteet muuttuivat merkittävästi, kun luotiin hyvinvointivaltiota, työmarkkinoiden toiminta organisoitiin uudella tavalla ja kehitettiin kaikkia koskeva eläkejärjestelmä. Myös psykiatrinen ajattelutapa muuttui, kun sitä laajennettiin sosiaalipsykiatrian suuntaan, ja mielenterveyden häiriöiden hoidossa otettiin käyttöön uusia lääkkeitä. Monenlaisten muutosten keskellä yritettiin myös toteuttaa uudenlaista, ihmisoikeusajatteluun perustuvaa yhteiskuntanäkemyttä.

Vaikka muutokset tapahtuivat samanaikaisesti, esittelen ne kunkin erikseen. Aloitan kuvaamalla yhteiskunnan rakenteiden muutoksia, minkä jälkeen esittelen sosiaalipsykiatrisen ajattelun muotoutumista ja siitä seurannutta psykiatrisen hoitojärjestelmän kehittämistä. Lopuksi kuvaan mielenterveyden häiriöön sairastuneiden kansalaisten potilasjärjestöjen perustamiseen johtaneita tekijöitä, kun järjestöt

pyrkivät vastaamaan tarpeeseen, jota psykiatrisen hoitojärjestelmän muuttuminen ei kyennyt täyttämään.

4.1 TERVEYSKANSALAISSUUS

Tarkasteltava yhteiskunnallinen rakenneuudistus ei olisi ollut mahdollinen ennen ajatusta kaikille kuuluvista ihmisoikeuksista. On muistettava, että ihmisoikeusliike oli syntynyt vasta kymmenisen vuotta aikaisemmin toisen maailmansodan jälkeen ja saavutti Suomen 1960-luvulla. Suomen ideologinen maaperä oli suotuisa ihmisoikeusajattelulle, sillä 1960-luvulla Suomi teollistui, ihmiset muuttivat maalta kaupunkiin ja kansakunta vaurastui. Kaupungistuminen ja taloudellinen menestys loivat yksityisestä elämästä erillisen työelämän, jonka säätelyyn tarvittiin uudenlaista työmarkkinapolitiikkaa. Työmarkkinapolitiikan muotoileminen edisti ajatusta työkykyyn yhdistetystä kansalaisuudesta. Työkyvyn puutteiden kompensoiminen edellytti puolestaan aiempaa täsmällisempää sosiaalipolitiikkaa. Kaikista kansalaisista haluttiin pitää huolta. Uudessa tilanteessa oli tilaa esimerkiksi vasemmistoliikkeen yhteiskuntapoliittisille visioille ja ajatuksille, jotka saivat myös äänestäjien kannatuksen. 1960-luvulla Suomeen nimitettiin ensimmäinen vasemmistoenemmistöinen hallitus. Yhteiskunnalliset ihanteet muotoiltiin uusvasemmistolaisuuden nimellä tunnetuksi kokonaisuudeksi.

Uusvasemmistolainen yhteiskuntapoliittinen ideologia tähtäsi ”*maailmassa vallitsevan tuskan ja kärsimyksen vähentämiseen – ja mikäli mahdollista, poistamiseen – sekä ihmisen kehittämiseen jalommaksi, täydellisemmäksi ja onnellisemmaksi olennoiksi*”. Sosialismista ajateltiin, että ”*jokainen kanssaihmistensä elämäntoteutumiseen eläytyjä tai heidän hyvinvoinnistaan vastuuta tunteva ihminen on sosialisti*”. Uutta yhteiskuntaa rakennettaessa korostettiin, että ”*kaikeilla yhteiskuntapolitiikalla pitää olla eettinen perustansa, ja sen tulee perustua jokaisen ihmisyyden kunnioitukseen ja ainutlaatuisuuden myöntämiseen.*”¹⁶⁴

Ajatukset konkretisoituivat niin, että kansalaisille maksuttomia yhteiskunnallisia palveluja haluttiin lisätä esimerkiksi koulutuksena ja terveydenhuoltona. Koulutus ja sosiaalipolitiikka sekä humanit ja demokraattiset arvot saivat vahvan jalansijan yhteiskunnallisessa keskustelussa.¹⁶⁵

¹⁶⁴ Kekki 2011, 22–23, 35–36, 40–43.

¹⁶⁵ Vasemmistoliikkeen ajatteluun vaikuttivat marxilaisen filosofian (Kolakowski Leszek, Antonio Gramsci) lisäksi erityisesti sosiologi -psykoanalyttikko Erich Frommin humania ja demokraattista sosialismia korostaneet ajatukset sekä sosiologi C. Wright Mills’ n kriittisen sosiologian perinne. Länsimaisten vaikutteiden lisäksi uusvasemmistolaisuus sai vaikutteita Itä-eurooppalaisesta ideologisen dogmatismista, byrokratian ja yhdenmukaisen kulttuurin kritiikistä. Uusvasemmiston painopiste oli älymystön edustamassa filosofiasa erotuksena perinteiseen työväenliikkeeseen. Siihen voidaan liittää myös taistolaisuus ja opiskelijaradikalismi. Uusvasemmisto kritisoi valtion sorto- ja kontrollipolitiikkaa ja ryhtyi ajamaan sosialistisen Suomen rakentamista rauhanomaisesti. Demokraattinen sosialismi määriteltiin vapaiden, tasa-arvoisten ja ihmisyydestään ylpeiden ihmisten yhteiskuntajärjestelmäksi. Ruotsin mallin mukainen hyvinvointivaltio osoittautui parhaiten tätä ideologiaa vastaavaksi ja kulttuuri nähtiin keskeisenä keinona tavoitteiden ajamisessa. Kekki 2011, 48–52.

Ihmisoikeusajattelu on vahvistunut Suomessa myöhään, sillä suomalainen yhteiskunta on nykyaikaistunut myöhään. Suomalaisen yhteiskunnan nykyaikaistuminen on puolestaan kiinteässä yhteydessä työelämän kehittymiseen. Työnantajat hyväksyivät työehtosopimukset talvella 1940, josta Suomen modernin työmarkkinapolitiikan voidaan katsoa alkaneen.¹⁶⁶ Eläkejärjestelmien kehittyminen 1940-luvulta alkaen mahdollisti sen, että aiemmin eri tavoin avustetut sairaat kansalaiset voitiin luokitella pysyvästi työkyvyttömiksi. Iän lisäksi työkyvyttömyyseläkkeitä voitiin alkaa myöntää myös muun syyn, kuten vammaisuuden tai invaliditeetin perusteella.

Sotainvalidien työhuollon järjestäminen vauhditti invaliditeetti- käsitteen käyttöön ottoa. Vuonna 1946 luotu Invalidihuoltolaki toimi kuntoutuksen järjestämisen ohjenuorana. Kuntoutuksen toivottiin palauttavan kaikki kansalaiset työvoiman piiriin, sillä maa kärsi työnvoimapulasta. Tavoitteesta huolimatta kaikille vammaisille ei taattu oikeutta kuntoutukseen. Sodan vuoksi kunniakkaasti vammautuneiden kansalaisten¹⁶⁷ ohella ryhdyttiin puhumaan toisenlaisista vammaisista – eri syistä vajaamielisistä ihmisistä, joiden vammaisuus ilmeni ruumiillisen vamman sijaan sosiaalisesti poikkeavana käytöksenä. Tähän ryhmään luettiin mielisairaat, epilepsiaa sairastavat ja vajaamieliset ihmiset.¹⁶⁸

Sodan vammauttamat pyrittiin kuntouttamaan työelämään, kun taas toiseen ryhmään kuuluneet vammaiset ohjattiin työelämän ulkopuolelle työkyvyttömyyseläkkeiden turvin.¹⁶⁹ Vuonna 1955 tuli voimaan laki työkyvyttömyyseläkkeistä, joita kokonaiset mielisairaalayksikköjen hoidokit ryhtyivät hakemaan keskitetysti.¹⁷⁰ Entisten mielisairaalapotilaiden työelämäksi määrittyi työtoiminta, jota pidettiin kuntouttavana. Jo sairaaloissa oli harjoitettu hoidollista työtoimintaa, joten perinnettä oli luontevaa jatkaa. Työkyvyttömyyseläkejärjestelmä toi välttävän toimeentulon, sillä työtoiminnasta ei maksettu palkkaa. Työtoiminta vahvisti mielenterveyskuntoutujien riippuvuutta sosiaaliturvajärjestelmistä, satoi köyhyyteen ja eristi heidät muusta kansasta heille varattuun toimintaympäristöön.¹⁷¹

166 Mäkelä 2008, 48–49.

167 On huomattava, että jo tässä asiassa tehtiin jakolinja oikealla ja väärällä tavalla sodassa vaurioituneiden ihmisten välillä. Ville Kivimäki on tutkinut väitöskirjassaan suomalaissotilaiden psyykkistä oireilua ja sen seurauksia. Mieleltään järkkynyt sotilas oli rintamalla hyödytön ja jopa vaarallinen, eikä yhteiskunta osannut siihen suhtautua sodan päätyttyäkään. ”Hermosairauksia” hävettiin, peiteltiin ja hoidettiin itse vaihtelevalla menestyksellä. Sotilaiden psyykkisistä häiriöistä on vaiettu kokonaan sotahistorian kirjoituksissa. Sodan aiheuttamat psyykkiset häiriöt selitettiin usein pois sillä, että potilas oli ollut hermoheikko jo ennen sotaa tai sukurasitteella. Erilaisista vastustelu yrityksistä huolimatta mielisairaalat täyttyivät sodan aikana ja sen jälkeen ”tärähtäneistä” sotilasta. Kivimäki 2013.

168 Kairi & Nummelin & Teittinen 2010, 5.

169 Kairi & Nummelin & Teittinen 2010, 6.

170 1950-luvun puolivälissä oltiin siirtymässä kohti kokoavaa sosiaaliturvan käsitettä hämärtämällä sosiaaliavustuksen, sosiaalivakuutuksen ja köyhäinavun välisiä rajoja. Harjula 2015, 202, 227–229.

171 Myöhemmin työtoimintaa on pyritty kehittämään eri tavoin, mutta se on edelleen vakavasti sairaiden kansalaisten merkittävä työelämäosallisuuden muoto. Kairi & Nummelin & Teittinen 2010, 7–8.

Työ, kansalaisuus ja terveys sidottiin toisiinsa erilaisin laein ja instituutioin jo hyvinvointivaltiota perustettaessa, ja mielisairaaloiden potilaille oli järjestelmässä selvästi oma paikkansa. Terveiden ja toimintakykyisten kansalaisten kansalaisoikeuksia alettiin kehittää ja työelämän modernisaation sanotaankin olevan yhteiskunnan oikeudellistumisen perusta. Kansalaisen asemaa on työelämän kehittymisen jälkeen vahvistettu suhteessa toisiinsa tai virkamiehiin ja toisaalta on edistetty yksilöiden välistä tasa-arvoa.

Oikeus-paradigman vahvistumisen myötä yhteiskunnassa pyrittiin kohentamaan myös kansalaisten elinoloja,¹⁷² mikä loi tarpeen uudistaa sosiaalipolitiikkaa. Kaikki puolueet tukivat uudistuksia, sillä sosiaalipoliittiset epäkohdat olivat ilmeisiä ja YK oli kritisoinut Suomea sosiaaliturvan jälkeenjääneisyydestä. Erityisesti vammaisten ja mielenterveysongelmaisten ihmisten perusoikeudet toteutuivat heikosti, mikä oli ristiriidassa hyvinvointivaltion¹⁷³ arvojen kanssa.

Kansalaisuuden ja terveyden kytkeminen toisiinsa lainsäädännössä ja institutionaalisissa rakenteissa raamitti myös mielenterveyden häiriöön sairastuneen kansalaisuutta. Kun terveyskansalaisuudeksi kutsutusta kuntoisuudesta tuli työelämään osallistumisen edellytys, mielenterveyden häiriöön sairastuneen kansalaisuuden ehdot tiukentuivat. Tarkastelen seuraavaksi tätä kehityskulkua.

Hyvinvointivaltiossa työ, terveys, toimeentulo ja kansalaisuus sidottiin poliittisilla ratkaisuilla toisiinsa ja valtiolta otti asiakseen säädellä niiden välistä yhteyttä. Vaikka hyvinvointivaltion paradigmaan kuului oleellisesti ajatus kansalaisten välisestä solidaarisuudesta ja ihmisarvosta, ihanteiden muuttaminen rakenteiksi ja konkretisoiminen käytäntöön vain vahvisti hyvinvointivaltion ylläpitämisen edellyttämien taloudellisten intressien ja työelämään osallistumisen merkitystä. Ihmisarvon toteutumiseen kytkettiin ajatus oikeudesta työhön. Uudet paradigmat edellyttivät uudenlaisia toimia samalla, kun perinteisillä tulonsiirroilla ei voitu enää ratkaista maalta- ja maastamuuton aiheuttamia uudenlaisia ongelmia. 1970-luvun alussa sosiaalipoliittisten uudistusten painopiste siirtyi tulonsiirtojärjestelmistä palveluihin, erityisesti sosiaali- ja terveydenhuoltoon.

Kaupungistuminen on vaikuttanut merkittävästi mielenterveyden häiriöön sairastuneiden kansalaisten asemaan. Vaikka ihmiset asuivat kaupungissa lähellä toisiaan, kaupunkisuunnittelulla ei pystytty luomaan maaseutuyhteisöä korvaavia sosiaalisia suhteita. Lisäksi ei kyetty järjestämään ihmisten tarvitsemia palveluita, joista kaupungistumisen myötä rikkoutuneet perinteiset sosiaaliset verkostot aiemmin huolehtivat. Maalaiskylien yhteisöllinen riippuvuus katosi, ja tilalle tulivat muut riippuvuudet. Kadonneiden sosiaalisten siteiden tilalle olisi pitänyt kyetä

172 Käytännön sosiaalipolitiikka vaikutti kansalaisten arkeen aluksi hyvin marginaalisesti. Sosiaalimenot olivat ainoastaan yhden prosentin luokkaa valtion menoista vuosina 1918–1922 ja Sosiaalihuollon peruslait astuivat voimaan vasta vuonna 1937. Mäkelä 2008, 50.

173 Hyvinvointivaltio määriteltiin Suomen uudissanoissa vuonna 1953 ”valtioksi, jossa valtiovallan toimenpitein taataan sosiaalinen turvallisuus ja hyvinvointi kaikille kansalaisille”. Harjula 2015, 236.

hankkimaan uudenlaisia virikkeitä kaupungin tarjoamista asioista ja paikoista, joiden tavoittamiseen aiempi kokemus ei kuitenkaan tarjonnut tukea. Perhekeskeisyys ja juurettomuus vahvistuivat. Tämän myötä palveluita alkoi tarvita myös keskiluokka, johon kuuluvat eivät olleet aiemmin olleet olleet sosiaalitoimen asiakaskuntaa.¹⁷⁴

Ratkaisuna ongelmaan pidettiin julkisten palvelujen kehittämistä sen sijaan, että olisi pyritty vahvistamaan ihmisten toimijuutta ja tuettu heidän mahdollisuutensa järjestää erilaista toimintaa ja osallistua siihen uudenaikaisessa ympäristössä ja elämäntilanteessa. Vallalla ollut julkisen vallan roolia korostanut ajattelutapa suuntasi voimavarat hyvinvointivaltion palvelujen kehittämiseen eikä kansalaisten toimijuuden ja yhteisöllisen osallistumisen tukemisesta tullut hyvinvointivaltion poliittisten päättäjien tavoitetta. Sosiaalisia ongelmia ryhdyttiin ratkaisemaan terveydenhoidollisilla interventioilla.

Suuntaus heijastaa kansainvälisten virtausten vaikutusta tapaan, jolla julkisen vallan ohjaustavoitteet ja -keinot ymmärrettiin Suomessa. *Alma-Atan julistus* vuonna 1978 oli merkittävä vaikuttaja, kun suomalainen kansanterveystyö käynnistyi 1980-luvulla. Julistuksessa painotettiin perusterveydenhuollon merkitystä kansanterveystyössä. Julistuksen terveyskäsitys kattoi ihmisen kokonaisvaltaisesti niin, että sosiaalisen, psyykkisen ja fyysisen hyvinvoinnin nähtiin kuuluvan ihmis-oikeutena kaikille.¹⁷⁵ Työikäisten asema suhteessa työelämän ulkopuolella oleviin kansalaisiin vahvistui entisestään, kun sairaanhoito liitettiin osaksi työterveydenhoitoa vuonna 1978 voimaan tulleessa työterveyslaissa. Vuodesta 1981 alkaen koko väestölle tarjottiin maksuttomat lääkäripalvelut. Ilmaispalvelujen ajateltiin olevan keino estää huono-osaisuutta kasautumasta.¹⁷⁶

Hallituspoliittisissa asiakirjoissa näkyi vielä tässä vaiheessa hyvin niukasti sosiaali- tai terveystyöpoliittista ohjausta. Esimerkiksi pääministeri *Mauno Koiviston II hallituksen ohjelma* (1979–1982) oli vielä hyvin ulkopoliittisesti ja työllisyyspoliittisesti painottunut, eikä sosiaalipoliittisia tavoitteita mainita kuin vain lapsiperheiden aseman parantamistavoitteissa.¹⁷⁷ Hallitusohjelmissa ei ollut 1970- ja 1980-luvuilla erillisiä sosiaali- ja terveysalan toimintaohjelmia, vaan ennen vuotta 1993 valtio ohjasi palveluiden järjestämistä kustannusperustaisilla VALSU-suunnitelmissa, joita täydennettiin lääkintöhallituksen ja sosiaalihallituksen erillisillä ohjeilla.¹⁷⁸

Pääministeri Kalevi Sorsan III hallitusohjelma (1982–1983) keskittyi myös vielä taantuman ja inflaation vuoksi työllisyyden ja ulkomaankaupan vahvistamiseen.

174 Mäkelä 2008, 70–71.

175 Alma-Ata 1978, 2–5, 25, 60–78.

176 Harjula 2015, 284, 288, 301. Työterveyshuollon rakentuminen kertoo täystyöllisyydestä sekä työelämään osallistumisen että palkkayhteiskunnan itsestäänselvydestä. Vuosikymmenen puolessa välissä palveluiden piiriin kuului jo 80% palkansaajista. Alueelliset ja väestölliset erot olivat tässäkin huoltomuodossa suuret. Harjula 2015, 303–304.

177 Pääministeri Mauno Koiviston II hallituksen ohjelma.

178 Hansson 2002, 18.

Sosiaalipoliittisia linjauksia ei hallitusohjelmassa ole ollenkaan,¹⁷⁹ mutta *Sorsan IV hallitusohjelmassa* (1983–1987) talous oli jo alkanut elpyä. Vaikka hallitusohjelman keskeinen haaste oli pysäyttää hintojen nousu ja ylläpitää sosiaalipolitiikassa saavutettu taso, hallitusohjelman tavoitteissa kiinnitettiin huomiota vaikeimmassa asemassa olevien ihmisten aseman parantamiseen, mihin luettiin lapsiperheiden lisäksi myös vammaiset ja pitkään sairastaneet. Terveystuottoa pyrittiin kehittämään hoidon saatavuutta parantamalla ja potilaiden oikeusturvaa vahvistamalla.¹⁸⁰ Koska sosiaali- ja terveystuottoa ei ollut kirjattu, WHO oli keskeisin suomalaista mielenterveyspolitiikkaa ohjaava taho.¹⁸¹

WHO:n kokouksessa, Ottawassa, vuonna 1986¹⁸² esitetty terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen teoria haastoi kansakunnat harjoittamaan terveystuottoa ja voimaannuttamaan kansalaisiaan. Samassa yhteydessä esitettiin ajatus mielen terveyden edistämisestä. WHO:n lanseeraaman strategian hengessä alettiin painottaa ennaltaehkäisevän hoidon merkitystä ja resurssien pääpaino suunnattiin työikäiseen väestöön työkyvyn säilyttämiseksi sekä kuntoutuksen kehittämiseksi, mikä palveli myös hyvinvointivaltion työmarkkinallisia tarpeita.¹⁸³ Tämän myötä avohoidon palveluiden kehittämisen ohella toinen tavoite mielenterveyden kehittämisessä oli sairauksien ennaltaehkäisyssä ja mielenterveyden edistämässä.

Hallitusohjelman kanssa samanaikaisesti julkaistiin vuonna 1986 *Terveyttä kaikille vuoteen 2000 –ohjelma*, joka oli ensimmäinen Suomen terveystuottoa tavoite- ja toimintaohjelma. Se oli osa edellä mainittua WHO:n maailmanlaajuisesti toimeenpanemaa strategiaa, jossa oli kolme tavoitetta: lisää vuosia elämään, lisää terveyttä elämään ja lisää elämää vuosiin. Terveys määritellään ohjelmassa laajasti sanomalla, että se on

*”yksilön ja yhteisön hyvinvointia, ihmiselämän suojelemista, suotuisien kasvuedellytysten turvaamista, jokapäiväinen ja arkinen asia (koskettaa meitä kaikkia, ei kuulu vain ammatti-ihmisille), elämän iloja ja suruja, menestyksiä ja tappioita, kamppailua paremmasta huomisesta ja luonnon suojelema”.*¹⁸⁴

1980-lukuun mennessä oli luotu kaikille kansalaisille yhtäläistä palveluntarjontaa ja minimiturvaa, mutta myös ansioihin ja työsuhteeseen perustuvia lisäetuksia.

179 Pääministeri Kalevi Sorsan III hallituksen ohjelma.

180 Pääministeri Kalevi Sorsan IV hallituksen ohjelma.

181 Eskola 2007, 27.

182 The Ottawa Charter for Health Promotion 1986.

<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index4.html>

183 Harjula 2015, 259, 262–263. Eskola & Taipale 2011, 181–183.

184 Terveyttä kaikille vuoteen 2000 1986.

Palkkatyön merkitys korostui uudessa hyvinvointivaltioajattelussa, josta kertoo esimerkiksi se, että 1960- ja 1970-luvuilla työmarkkinajärjestöistä tuli olennainen osa yhteiskunnallista päätöksentekoa, ja ne vaikuttivat myös sosiaalipolitiikan sekä terveydenhuollon suunnan määrittelyyn.¹⁸⁵ Kaikki toimet eivät purkaneet eriarvoisuutta vaan säilyttivät tai jopa lisäsivät sitä. Jakolinja muodostui yhteiskuntaosallisten, palkkatyössä olevien kansalaisten ja työelämän ulkopuolelle jääneiden, eri tavoin osattomien ja syrjäytyneiden väliin. Jakolinjan merkitystä korostaa se, että se vaikutti lähes kaikkiin elämänalueisiin. Mielenterveyden häiriöitä sairastavat kuuluivat jakolinjan osattomuuden puolelle jääneisiin kansalaisiin.¹⁸⁶

Julkisen vallan ohjauksella kehitettiin siis ensisijaisesti työelämässä olevan väestön terveyttä. Julkisen vallan ohjaus kosketti mielenterveyden häiriöön sairastuneita ainoastaan vuonna 1972 annetun kansanterveyslain puitteissa, kun terveydenhoidossa alettiin erikoissairaanhoidon sijaan korostaa perusterveydenhuoltoa. Mielenterveyspotilaille muutos tarkoitti avohoidon yleistymistä.¹⁸⁷ Terveyskeskuksista alkoi kuitenkin todellisuudessa nopeasti muodostua pien-sairaalayksiköitä, joihin tarvittiin sairaanhoitoon keskittyvää työvoimaa ja avohoitosuuntauksen toteuttaminen jäi sairaanhoidollisen toiminnan kehittämisen jalkoihin. Uuteen kansanterveyslakiin ei myöskään kirjattu velvoitetta huolehtia väestön mielenterveyshuollosta. Eduskunnan valiokuntakäsittelyssä enemmistö jopa vastusti mielenterveystyön mainitsemista kansanterveystyön yhteydessä.¹⁸⁸

Vaikka hyvinvointivaltion poliittiset päätöksentekijät eivät lopulta olleetkaan kiinnostuneita vakavasti sairaiden ihmis- ja perusoikeuksien turvaamisesta, tunnettiin kuitenkin tarvetta kohentaa heidän asemaansa. Mielenterveystyön uudistukset olivat alkaneet muissa länsimaissa jo 1950-luvulla ja 1960-luvun aikana ne saavuttivat Suomenkin. Jälleen kerran impulssit muuttaa suomalaista järjestelmää ja yhteiskuntaa tulivat kansainvälisestä politiikasta. Uudenlaisesta ajattelusta kiinnostuneet psykiatrian uudistajat ja alan ammattilaiset vaikuttivat julkisen vallan ohjaukseen siten, että myös näiden kansalaisten palveluita ryhdyttiin kohentamaan.

185 Harjula 2015, 248, 309.

186 Voidaan ajatella vammaisuuden ja vajaakuntoisuuden käsitteiden syntyneen vasta tämän kehityskulun myötä, sillä tarvittiin palkkatyöhön kykenemättömien ihmisryhmien määrittelyä. Nämä ihmisryhmät olivat aikaisemmin kuuluneet kuntien vaivahoitoon ja tehdasyhteisöjen harjoittamaan sosiaaliseen toimintaan. Kairi & Nummelin & Teittinen 2010.

187 Honkala 2010, 100. On kiinnostavaa, miten maksuttomaan terveyskeskuspalveluun siirryttäessä vuonna 1981 alettiin keskustella potilaan ja lääkärin välisen suhteen muuttumisesta. Suhteen ajateltiin muuttuvan, kun aiemmin kahdenväliseen ihmissuhteeseen perustunut vuorovaikutus korvautui palvelujärjestelmän eli instituution ja potilaan välisellä virallisella ja steriilillä suhteella. Luottamuksen menettämisestä kertoo myös huoli väestön elinoloja koskevan tiedon menettämisestä kotikäyntien ja terveysisarten käytännönläheisen työtöiden kadotessa järjestelmästä. Hoitosuhteet muuttuivat sirpaleiseksi, persoonattomiksi ja byrokraattisiksi. Harjula 2015, 291–292. Tätä ongelmaa ei ole kyetty ratkaisemaan vielä 2010-luvullakaan.

188 Eskola 2007, 19–21.

4.2 PSYKIATRIAN REFORMI

Suomessa psykiatrit itse edistivät reformistista psykiatriaa,¹⁸⁹ jonka mukaan psykiatriassa tulisi keskittyä potilaiden toipumisen tukemiseen ja saattaa heidät sairaaloista yhteiskuntaan. Suomen mielisairaaloita alettiin pitää aikaan sopimattomina ja kansainvälisesti häpeällisinä, sillä monissa läntisissä maissa mielisairaaloista oli luovuttu jo 1950-luvulta alkaen. Kritiikkiä esittäneet ammattilaiset edustivat sosiaalipsykiatrista aatesuuntausta, joka syntyi 1960-luvulla Isossa-Britanniassa ja kyseenalaisti vallitsevan laitoshoidon. Brittiläinen sosiaalipsykiatria kyseenalaisti jopa psykiatrian kokonaisuudessaan ja muistutti tämän vuoksi antipsykiatrista liikettä.¹⁹⁰ 1960-luvulla mielisairaanhoidosta käytiin runsaasti keskustelua eri maissa, joiden pohjalta WHO kannusti arvioimaan mielenterveyspolitiikkaa uudelleen, mutta ei vielä antanut suosituksia hoidon järjestämisestä.¹⁹¹ Hoitoa alettiin kuitenkin kehittää. Sosiaalipsykiatrisen ajattelutavan omaksuminen muutti mielisairaaloiden psykiatrista hoitokäytäntöä.¹⁹²

189 Tämä erotuksena esimerkiksi Yhdysvaltoihin, Italiaan, Ranskaan, Alankomaihin ja Britanniaan, jossa vaikutti 1960-luvulla voimakas antipsykiatrinen liike. Suomessa antipsykiatria sai laitoskritiikin ja pakkohoidon vastaisen muodon. Taipale 2017, 30–32.

190 Antipsykiatrian kukoistuskauti oli vuosina 1960–1970. Sen merkittävimpiä edustajia olivat brittiläinen R.D. Laing sekä yhdysvaltalainen Thomas Szasz, jotka molemmat olivat itse psykiatreja. Antipsykiatriassa kyseenalaistettiin vallitsevien hoitokäytäntöjen ja sairaalainstituutioiden lisäksi itse mielisairauden käsite ja mielisairaalaan joutuneiden nähtiin edustavan yhteiskunnan syntipukkiutta, noitien modernia korviketta. Liikkeen ansioksi voidaan katsoa uudenlaisten näkökulmien esittämisen lisäksi huomion kiinnittäminen sairastuneiden perheisiin ja näin ymmärryksen monipuolistaminen mielenterveyden häiriöihin liittyen. Liike sai Yhdysvalloissa voimakasta kannatusta samanaikaisesti vaikuttaneen ns. hippiliikkeen ansiosta, jossa kyseenalaistettiin voimakkaasti vallitsevia rakenteita yhteiskunnassa yleensä. Liike ajautui kuitenkin lopulta kriisiin jatkuvasti syvenevän radikalisoitumisen myötä. Jokela 2010. Laingin teos *Psychiatry and Antipsychiatry* on antipsykiatrian perusteos. Laing kehitti omalta osaltaan perheterapiaa, sillä hän piti perhettä ihmisen todellisuudesta vieraantumisen syynä. Hänen kollegansa Cooper oli jopa häntä radikaalimpi ja vaati porvarillisen elämäntavan tuhoamisen, sillä se sairastutti hänen mukaansa ihmisen. Pietikäinen 2013, 383–385. Yhdysvalloissa sosiaalipsykiatriaan liittyi antipsykiatrian lisäksi ajatus yhteisöpsykiatriasta (*community psychiatry*), jonka keskeinen käsite oli yhteisömielenterveys ja toiminnan suuntaaminen mielenterveyden edistämiseen, ongelmien ehkäisyyn ja yleiseen elämänlaatuun. Yhteisöpsykiatrista mielenterveyspolitiikka vauhdittivat vaikutusvaltaiset aikalaikirjoitukset, esimerkiksi Erwing Goffman ja Gerald Caplain. Yhdysvalloissa liike ajautui kuitenkin kriisiin jo 1980-luvulla toimintaan suunnatun rahoituksen lakattua Yhdysvalloissa toteutetun valtionosuusuudistuksen myötä. Helen & Metteri 2011, 11–16.

191 Eskola 2007, 17. Vuonna 1961 julkaistiin Yhdysvalloissa asiantuntijaryhmän toimesta vaikutusvaltainen raportti *Action for Mental Health*, jossa kritisoi jyrkästi vanhaa laitosmaista ja sairaalapainotteista hoitojärjestelmää. Kaksi vuotta myöhemmin Yhdysvalloissa hyväksyttiin uusi laki mielenterveyskeskuksista ja laitoshuoltoa ryhdyttiin ajamaan alas. Sosiaalipsykiatrian voidaan katsoa syntyneen tällöin virallisesti. Lehtinen & Alanen & Anttinen & al. 1989, 36.

192 Psykiatrian juuret olivat mielisairaalaainstituutioissa ja kliinisen psykiatrian perinteessä. Mielisairaalaainstituution syntymiseen oli puolestaan vaikuttanut lääketieteen levittäytyminen yleisiin sairaaloihin ja köyhäinlaitoksiin ja kehittyminen psykiatriaksi. Mielisairaalahoidon organisoiminen oli poikennut muusta sairauksien hoidon organisoimisesta, kun laitostarvetta perusteltiin muiden yhteiskunnan jäsenten suojelemisella. Vastuu hoidosta kuului kunnille eikä valtiolle. Harjula 58–59. Ennen 1900-lukua sairaita hoidettiin pääasiassa kotona ja suhtautuminen heihin kyläyhteisöissä vaihteli sen mukaan, kuinka perhe suvaitsi sairautta. Ns. kylähulluilla on ollut jopa positiivinen kaiku Suomen historiassa. Varsinaisen mielisairaanhoidon alkoi Suomessa 1841, jolloin perustettiin Lapinlahden houruinhuone. Jo ennen tätä oli Seilin hospitaali määrätty houruinhoitoksi. Ahola 2015. Mielisairaaloissa hoidettiin lähinnä vain kroonikkoja, köyhäinlaitoksissa muita. Pietikäinen 2013, 160–163. Ennen ensimmäistä houruinhuonetta oli mielisairaatt hoidettu vuoden 1922 köyhäinhoitolain mukaisesti joko laitoshoidona tai kotiaivusteisena hoitona. Käytännössä mielisairaatt

Sosiaalipsykiatriassa alettiin ajatella, että psyykkisissä häiriöissä on kyse biologisten, psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden yhteisvaikutuksesta ja korostettiin laaja-alaisen mielenterveystyön sekä hoidon rinnalla ennaltaehkäisevän mielenterveystyön tärkeyttä. Taustalla oli ajatus siitä, että mielenterveysongelmat liittyvät pitkälti yksilöiden ja yhteiskunnan välisiin suhteisiin ja ihmisten väliseen vuorovaikutukseen.¹⁹³

Sosiaalipsykiatrinen ajattelu korosti ihmiskeskeistä näkökulmaa ja terapeutista subjektia, joka tavoittelee onnellisuutta ja persoonan normaalia kehitystä, ja tarkasteli sosiaalisen ympäristön merkitystä mielenterveydelle. Yksilön sosiaalisen ympäristön ajatellaan muodostuvan perheestä, työelämästä ja läheisistä ihmisistä sekä yhteiskunnasta, kulttuurista ja ympäristöstä yleensä. Sosiaalipsykiatrian mukaan näissä kaikissa tekijöissä tapahtuu jatkuvasti muutoksia, ja ne väistämättä vaikuttavat myös koettuun mielenterveyteen, siihen suhtautumiseen ja sen hoitamisympäristöön.¹⁹⁴ Terapeuttinen toiminta ja sitä tukeva sosiaalinen apu alettiin nähdä poliittisiksi ja yhteiskunnallisiksi teoiksi ja yhteiskunnallisen reformin keinoiksi.¹⁹⁵

Sosiaalipsykiatrisen ajattelun myötä kehittyivät myös mielenterveyden häiriöiden hoitomuodot, kuten erilaiset terapiat, perhetyö, kriisi- ja traumatyö, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden näkökulman huomioiminen, lasten hoitaminen, vanhus-ten sekä erilaisten neurologisten vaurioiden hoitaminen, alkoholi- ja päihdehoito sekä ennaltaehkäisevät, edistävät ja kuntouttavat hoitomuodot. 1980-luvulta alkaen

ja vammaiset eristettiin muusta yhteiskunnasta. Uusi köyhäinhuoltolaki vuodelta 1933 sisälsi jo määräykset kunnalliskotien mielisairaanhoidosta, mutta vasta vuonna 1937 annettiin mielisairaslaki, jonka seurauksena ryhdyttiin perustamaan valtion mielisairaaloita. Kaikki hoitomuodot tulivat lääkärin säännölliseen valvontaan. Jo 1939 vuonna julkaistiin komiteamietintö, jossa maan 20 000 mielisairaasta todettiin vain puolet olevan hoidon piirissä. Toimintaa haluttiin muuttaa niin, että valtio keskittyisi vain kriminaalihoitoon ja mielisairaanhuoltopiireihin haluttiin perustaa avohoitoyksiköitä ja ennaltaehkäisevää toimintaa. Kalemaa 1996, 31–32. Suomen mielisairaala-instituutio oli laajimmillaan vuonna 1970, jolloin mielisairaalapalveluja tarjoavia laitoksia oli yli 70 ja varsinaisia mielisairaaloita 61. Sairaansijojen määrä oli lähes korkein koko maailmassa, niitä ollessa 4,2 tuhatta asukasta kohden. Samaan aikaan vastaava luku esimerkiksi Norjassa oli 1,9 ja Ruotsissakin vain 3,2. Skitsofreniaprojekti 1981–1987 1988, 29. Laitoksissa oli yhteensä yli 20 000 sairaansijaa. Mielisairaslain tarkistamiskomitea oli ehdottanut jo vuonna 1964 sairaaloiden lakkauttamista aktiivisten hoitomahdollisuuksien puuttuessa. Tätä ennen mielisairaita oli sijoitettu sairausosastojen lisäksi kunnalliskoteihin köyhäinhuollon yhteyteen. Kunnalliskotien sairas- ja mielisairasosastoista käytyihin keskusteluihin linkittyi vahvasti kysymys potilaan varallisuuden ja hoidon laadun välisestä yhteydestä sekä yhteiskunnan tukeen oikeutettujen kansalaisten määrittelystä ja asemasta. Harjula 2015, 167–174, 176.

193 Helen & Hämäläinen & Metteri 2011, 34, 49–50. WHO määritteli sosiaalipsykiatrian 1950-luvulla koostuvan niistä ehkäisevistä ja hoidollisista toimenpiteistä, jotka auttavat yksilöä tyydyttävään elämään omassa sosiaalisessa ympäristössä. Lehtinen & Alanen & Anttinen & al. 1989, 35. Suomeen perustettiin ensimmäinen sosiaalipsykiatrian professori Tampereen yliopistoon vuonna 1973. Hämäläinen & Metteri 2011, 116.

194 Lehtinen & Alanen & Anttinen & al. 1989, 11, 14–16.

195 Helen 2011, 171–172. Sosiaalipsykiatrian yksi pioneereista, Warren H. Dunham, on esittänyt sosiaalipsykiatriselle tutkimukselle kolme lähtökohtaa; 1) mielenterveyden häiriöitä laukaisevien sosiaalisten tekijöiden eristäminen, 2) kliinisten, ekologisten ja kulttuuristen lähestymistapojen yhtäaikaista käyttöä sekä 3) empiirisesti kehitettyjen yleistysten yhteensopivuus muulla tavalla mielenterveydestä saadun tiedon kanssa. Toinen tunnettu sosiaalipsykiatrian kehittäjä, Gerald Caplan, puolestaan pyrki *Community Mental Health*-liikkeensä avulla varmistamaan, että hoitoa tarvitsevat voivat saada sitä lähellä asuinpaikkaansa ja että mielenterveyspalvelut linkittyisivät saumattomasti yhteiskunnan muiden palvelujärjestelmien kanssa. Lehtinen & Alanen & Anttinen & al. 1989, 34–36.

voimistui myös yhteisöpsykiatrinen ajattelu. Yhteisöpsykiatriaan kuuluvat väestövastuun periaate niin, että koko väestö osallistuu hoitoon, häiriöiden ennaltaehkäisy sekä ajatukset hoidosta niin, että sen on oltava lähellä potilasta. Työskentelytapoihin kuuluu esimerkiksi työryhmätyöskentely ja pitkäaikaishoito.¹⁹⁶ Suomessa syntyi monia tähän ajatteluun pohjautuvia sosiaalipsykiatrisia yhdistyksiä, jotka toimivat vaihtoehtoisina hoitojärjestelminä julkisille palvelujärjestelmille.¹⁹⁷

Psykiatrisen ajattelun kehittymisen lisäksi monet epäkohdat johtivat tarpeeseen uudistaa sairaaloita ja niissä annettua hoitoa. Esimerkiksi tapa päätyä potilaaksi sairaalaan oli sattumanvaraista ja hoidettavaksi otettiin hyvin erilaisin kriteerein,¹⁹⁸ joista osa oli lisäksi kyseenalaisia. Asia selvisi muun muassa psykologi Rosenhamin 1960-luvulla toteuttamassa yksinkertaisessa sosiaalipsykologisessa kokeessa, jossa sairaaloihin lähetettiin terveitä koehenkilöitä tekemään havaintoja. Kaikille kokeeseen värvätyille pseudopotilaille määriteltiin hoitolaitoksissa psykiatrinen diagnoosi. Tämän ja vastaavien tutkimusten mukaan psykiatrian havaintoja ohjaa valmius nähdä ihminen kuin ihminen sairaana. Rosenhamin kokeessa ilmiö näkyi esimerkiksi siinä, että henkilökunta ei kiinnittänyt huomiota siihen, missä yhteydessä potilaat esittävät ajatuksiaan, eikä niiden tilanteiden ehtoihin, joissa heidän käytöksensä vaihteli. Kokeen tutkimusasetelman ylittävänä lisätietona selvisi, että sairaaloiden henkilökunta kohdisti potilaisiin väkivaltaa ja altisti heidät voimakkaalle lääkehoidolle.¹⁹⁹

1960- ja 1970-luvuilla yhteiskuntatutkimus oli kiinnostunut erityisesti julkisen vallan käyttämästä vallasta ja pakkokeinoista. Erilaisia laitoksia ja niiden toimintamekanismeja ryhdyttiin tarkastelemaan yhteiskunnan harjoittaman kontrollin ja kuritoimenpiteiden näkökulmasta. Instituutiot nähtiin keinona hallita yhteiskunnassa esiintyvää poikkeavuutta ja rangaista jossain suhteessa vääranlaisia kansalaisia. Mielenterveyden häiriöön sairastuneen kansalaisen elämää yhteiskunnassa määrittivät tarkastelujaksona sairaalainstituutio ja potilaan rooli, joihin molempiin liittyi runsaasti ihmis- ja perusoikeuksia rikkovia ja niitä loukkaavia elementtejä. Ei siis ole ihme, että sairaaloiden lakkauttamisesta tuli liike, jonka tavoitteena oli kohentaa potilaiden ihmisoikeuksia.

196 Lehtinen & Alanen & Anttinen & al. 1989, 20–40.

197 Myöhemmin esimerkiksi antropologi Sue Estroff on kritisoinut yhteisökontoutuksen perinnettä totaalisten laitosten harjoittamien perinteiden jatkajana. Katso tarkemmin luvusta 7.

198 Hulluuden historiaa selvittäneessä teoksessaan Pietikäinen kuvaa, miten potilaaksi ottamisen kriteerit vaihtelivat hoitopaikasta toiseen Euroopassa. Valtiot alkoivat huolehtia terveydenhuollosta vasta 1800-luvulla, kun alettiin vaatia lääkärinlausuntoa laitoshoitoon päättymiseksi. Lääkärinarvion lisäksi mielenterveyspotilaiden sairaaloihin ottamiskriteeristöihin kuului myös potilaan köyhyys. Miehillä potilaaksi ottamisen ehtoiksi riitti usein alkoholismi, ja naisilla vähäinen koulutus ja yhteiskunnallinen asema. Toisin kuin usein ajatellaan, hoitoon toimittamisesta eivät vastanneet pääasiassa viranomaistahot, vaan sairaiden omaiset, läheiset ja ystävät, jotka halusivat eroon hyödyttömistä sukulaisistaan nälän ja puutteen hallitsemassa maassa. Pietikäinen 2013, 175–177, 185–186.

199 Pietikäinen 2013, 389–390.

Sairaalaan tarkasteltiin instituutiona, jossa vallitsevat sille tyypilliset, sairaalan sisällä olevien elämää määrittävät lainalaisuudet, toimintatavat ja kulttuuri. Sosiologian klassikkoina pidettyjen Ervin Goffmanin ja Talcot Parsonsin kirjoitusten avulla voidaan ymmärtää sairauden kautta muotoutunutta kansalaisuutta. Esittelen seuraavaksi näiden ajattelijoiden keskeiset ajatukset, joiden avulla 1970-luvun kansainvälinen mielisairaalakritiikki tulee ymmärrettäväksi. Samalla on mahdollista arvioida näiden ajatusten vaikutusta julkisen vallan ohjaamaan yhteiskunnalliseen mielenterveystyöhön Suomessa.²⁰⁰

Mielisairaalainstituutiota tutkinut Erving Goffman kuvasi mielisairaalainstituutiota totaaliseksi laitokseksi. Hän tarkoittaa sillä instituutiota, joissa oleskelevia ja työskenteleviä ihmisiä yhdistää jokin tekijä, joka sulkee heidät muun yhteiskunnan ulkopuolelle joksikin ajanjaksoksi. Totaalisille instituutioille on ominaista – ja se erottaa ne muista laitoksista – että elämän normaalit raja-aidat puuttuvat. Tavallisesti elämä rakentuu yhteiskunnassa eri paikoissa ja eri ihmisten kanssa toteutettaviin erilaisiin toimintoihin, kuten esimerkiksi nukkumiseen, työskentelemiseen ja vapaa-ajan viettoon. Totaalisissa instituutioissa ihminen toteuttaa kaikkia toimintoja muiden määrittämän aikataulun mukaan, valvonnan alaisuudessa ja osana samanlaisten joukkoa. Totaalisen instituution tunnusmerkki on hyvin järjestäytyneet organisaatio, jonka tehtävä on hallita suurehkon ihmisjoukon tarpeita. Tehtävän toteuttaminen edellyttää valvontaa, jota varten tarvitaan erityistä henkilöstöä.²⁰¹ Henkilöstöä ja instituution asukkaita erottavat toisistaan asema, rooli ja suhde instituution.²⁰²

200 Suomessa vaikuttanut Marraskuun liike suomensi Goffmannin pääteoksen *Asylums* kaksi päälukua, ja käytti teoksen argumentteja oman sairaalakritiikkinsä perusteluina. Goffmannin teos on siis osaltaan vaikuttanut mielisairaalaopotilaiden järjestötoiminnan syntymiseen sekä heidän ihmis- ja perusoikeuksiensa ajamiseen. Käsitellen tätä kehityskulkua potilasjärjestöjen toimintaa käsittelevässä alaluvussa, 3-4.

201 Goffmanin mukaan instituutioiden työntekijöiden ja henkilöstön työn tekeminen kohde ei ole palvelujen tuottaminen vaan potilaat toiminnan kohteina. Tästä seuraa mm. asenne, jossa työhön ja potilaisiin suhtaudutaan niiden käsittelynä. Potilaita ja heidän asioitaan käsitellään. Toisaalta tätä käsittelyä säätelevät ihmisoikeudet ja säännöt, jotka ovat olennainen osa työntekemistä instituutioissa. Goffman muistuttaa, että koska totaaliset instituutiot ovat ikään kuin valtioita byrokraatioineen, toimivat myös työntekijät väistämättä osittain virkamiesmäisissä rooleissa hoitaja- roolien lisäksi. Instituution vaatima tehokkuus ja potilaiden ihmisoikeudet synnyttävät jatkuvan ristiriidan työntekijöille, kuten myös potilaiden taholta muodostuva jatkuva potentiaalinen uhka sekä toisaalta myös potilaita kohtaan syntyvät tunnesiteet ja empatia. Näin suhtautuminen potilaisiin vain objekteina, joita käsitellään, on vaikeaa sen tavoittelemisesta huolimatta. Goffman 1969, 73–79, 304–305.

202 Parsons on analysoinut potilas-lääkärisuhdetta vuorovaikutussuhteena, jota hän pitää sekä intiiminä ihmisuhteena että sosiaalisesti rakentuneena systeiminä. Potilaan asemaan liittyvä avuttomuus sekä lääkäriä vähäisempi tieto tekevät siitä epätasapainoisen valtasuhteen, joka avaa mahdollisuuden hyväksikäyttöön. Väärinkäytösten estämiseksi tarvitaan potilasta suojaavia tekijöitä, joita ovat esimerkiksi lääkärin neutraalius, lääketieteellisten toimenpiteiden selkeä erottelu muista toimenpiteistä ja tavoitteista, luottamuksen rakentaminen sekä empatia ja solidaarisuus. Myös potilaan rooliin kuuluu aktiivisuus; työskentely yhteistyössä lääkärin kanssa yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Potilas-lääkärisuhde onkin ennen kaikkea yhteistyösuhde. Psykoterapiaprosessin Parsons tulkitsee sosiaalisen kontrollin yhdeksi keinoksi ja sairauden minimoimisen yhteiskunnassa sen toimivuuden elinehtona. Parsons 1964, 331–338 sekä Parsons 1951, 301, 313–314, 430–435, 438–439, 445–453.

Totaalisessa instituutiossa yksilöä rajoitetaan lähes poikkeuksetta eri tavoin. Lupakäytännöt, säännöt, henkilökohtaisen esineistön poistaminen, fyysisestä koskemattomuudesta luopumisen vaatimus ja jopa rangaistukset alistavat yksilön instituution henkilöstön vallankäytölle. Goffman nimittää ilmiötä itsensä kuolettamiseksi. Yksilöllisyydestä riisutun potilaan on mahdotonta välittää itsestään aitoa kuvaa muille potilaille. Tapaan puhua, olla ja pukeutua puututaan ja sitä säädellään. Yksityisyyttä ja intiimiyttä ei ole. Yleensä potilaat ovat myös pakkolääkittyjä. He eivät siksi voi vaikuttaa mihinkään asiaan elämässään.²⁰³

Minuuteen puuttumisen vaikutuksesta toiminta ja sen seuraukset muuttuvat instituutioissa. Potilas ei voi puolustautua loukkauksia vastaan eikä säilyttää kasvojaan, kun häntä loukataan. Normaalit reaktiot tulkitaan sairauden oireeksi. Se, mikä siviilimaailmassa kuuluu omaan persoonallisuuteen, muuttuu instituutiossa sairaudeksi. Lisäksi potilas joutuu koko ajan elämään epävarmuudessa sen suhteen, minkälainen toiminta ja käytös ovat hyväksytyjä. Yleensä kaikilta potilailta vaaditaan yhdenmukaista, samanlaista käytöstä ja henkilöstöstä kuka tahansa saa puuttua kenen tahansa potilaan toimintaan. Goffmannin mukaan totaalisen instituution keskeisiä elementtejä ovat potilaan aikuisuuden, autonomian ja vapauden poistaminen sekä kaikenlaisen päätäntävällän epääminen, aidon keskusteluyhteyden katkaiseminen ja minäkuvan muuttaminen.²⁰⁴

Totaalisen instituution vaikutus toimintaan muuttaa myös työn tekemistä, joka saa tavanomaisesta poikkeavan merkityksen. Työtä ei tehdä palkan vuoksi, eikä työllä ole merkitystä. Työ on yksitoikkoista ja korvaus siitä on symbolinen. Usein voidaan puhua myös ilmaisen työvoiman hyväksikäytöstä.²⁰⁵ Vastaavalla tavalla myös perhe-elämä vääristyy. Totaalisissa instituutioissa ei ole mahdollista ylläpitää tai luoda normaaleja läheisiä ihmissuhteita. Perheiden tapaamisia valvotaan ja rajoitetaan. Organisaation säännöt määrittelevät, mikä ihmissuhteissa on normaalia ja mikä epänormaalia. Instituution jäsenen rooli poikkeaa Goffmanin mukaan täysin ihmisen roolista yhteiskunnan jäsenenä.²⁰⁶

Sen lisäksi, että potilas kohtaa totaalisisessa instituutiossa monia arkielämästä poikkeavia toimintoja, potilasta sitovat erilaiset ”talon säännöt”. Niiden noudattamisesta tarjotaan etuja ja palkintoja ja niiden noudattamatta jättämisestä rangaistaan.

203 Goffman 1969, 26–35, 222–223. Sosiaalisen kontrollin mekanismit Parsons jakoi sekä rakenteisiin, että prosesseihin. Ensimmäiset elementit missä tahansa sosiaalisen kontrollin muodossa on kannustaminen ja luvan antaminen sekä rajoittaminen, jotka Parsonsin mukaan ovat olennainen osa jo lapsen kasvatuksessa ja äidin suhtautumisessa lapseen. Eristämisen eri tavat ja muodot ovat jo vahvempia kontrolloinnin mekanismeja, joita kaikissa yhteiskunnissa sovelletaan vain rikollisiin ja sairaisiin ja ne pitävät sisällään lähes poikkeuksetta erilaisia rankaisemisen muotoja ja voimankäytön elementtejä. Lähes kaikki sosiaalisen kontrolloinnin keinot rakentuvat rooliodotusten varaan. Parsons 1951, 297–300, 309–311.

204 Goffman 1969, 41–51, 186.

205 Mielenterveyskuntoutujien työllistymisen ja työllistämisen kehittäminen on pitänyt sisällään näitä samoja elementtejä aina tähän päivään asti.

206 Goffman 1969, 17–26, 162–164, 169–170, 172.

Lisäksi potilaan mukautuminen sääntöihin vaikuttaa siihen, kuinka kauan häntä pidetään instituutiossa. Ajan myötä totaalisen instituution toimintaa säätelevästä dynamiikasta tulee merkittävä osa potilaan arkea ja toimintaa, ja se muokkaa hänen käsitystään itsestään sekä vähentää hänen aikuisuuttaan ja autonomiaan. Potilaan vapautuminen taloudellisesta ja sosiaalisesta vastuusta vahvistaa eroa siviiliminään, lisää riippuvuutta instituutiosta ja ylläpitää hohlottuna olemista.²⁰⁷

Vaikka psykiatrinen sairaanhoito on muuttunut Goffmanin ajoista, ovat hänen ajatuksensa institutionalisoitumisen mekanismeista edelleen ajankohtaisia.²⁰⁸ Piirteitä, joihin Goffman kiinnitti huomiota, on tuoreissa tutkimuksissa havaittu myös avohoitoa toteuttavissa instituutioissa²⁰⁹ sekä mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa.²¹⁰ Näyttää siltä, että totaalisten instituutioiden elementit eivät ole kadonneet sairaaloiden lakkauttamisen myötä, vaan ne ovat jääneet osaksi mielen-terveyden häiriöön sairastuneiden elämää. Esimerkiksi sairaaloiden aikaisemmin tarjoama työ vastaa niitä työntekemisen muotoja, joita vakavia mielenterveyden häiriöitä sairastaville tarjotaan nykyään osana kuntoutusta: yksitoikkoisia, päämäärättömiä työtehtäviä, joista ei makseta palkkiota, tai erilaisia työharjoitteluita, työkokeiluja ja työtoimintaa, josta ei saa kunnollista korvausta ja jotka eivät yleensä ole ihmisestä kiinnostavia tai mielekkäitä.

Osa totaalisen instituution elementeistä seuraa kansalaista sairaaloiden ulkopuolelle potilaan roolin mukana. Sosiologi Talcot Parsonsin yhteiskunnallisia rooleja, erityisesti potilaana olemista, koskevat tutkimukset ovat tässä yhteydessä merkittäviä. Potiluuksinstituution kuuluvat Parsonsin mukaan sairauden sairastuneen perheessä ja lähipiirissä aikaan saamat elämänmuutokset, vaikeiden tunteiden, kuten kärsimyksen, avuttomuuden ja pelon sietäminen, normaalien elämän toimintojen muuttuminen tai katoaminen, sosiaalisten suhteiden muuttuminen, nautinnon väheneminen, sekä sairauden tuottaman nöyryytyksen tunteen kestäminen. Shokki, sopeutuminen ja huoli tulevaisuudesta vuorottelevat potilaan tunnemaailmassa.²¹¹

Parsons määrittelee sairauden yksilön kykenemättömydeksi solmia ja ylläpitää laadukkaita sosiaalisia suhteita, toimia tyydyttävissä sosiaalisissa rooleissa ja vastata niihin kytkettyihin haasteisiin ja tehtäviin.²¹² Sairauden tunnusmerkkeinä hän

207 Goffman 1969, 51–53, 57, 59.

208 Rantalaiho 2010, 101, 105, 110–111.

209 Estroff 1981.

210 Katso esim. Alanko 2017. Asumispalvelujen Musta laatikko -tutkimushankkeessa huomattiin vuonna 2018, että asumispalveluyksiköistä oli muodostunut uudenlaisia laitoksia, joissa esiintyi runsaasti epäkohtia asukkaiden ihmis- ja perusoikeuksien näkökulmasta. Yhtenä havaintona oli mm. se, että asumisyksiköissä asuvat mielenterveyskuntoutujat eivät saaneet riittävästi hoitoa fyysisiin sairauksiinsa, joka johti usein ennenaikaisiin kuolemiin. Asumispalvelujen musta laatikko 2018. Lisäksi on huomattu muun muassa, että asumispalveluissa käytetään mm. runsaasti tahdon vastaisia toimenpiteitä, vaikka niiden käyttäminen olisi lain mukaan sallittua vain sairaaloissa. Arviomuistio: mielenterveyslain ja päihdehuoltolain palvelut 2016.

211 Parsons 1951, 442–443.

212 Sigmund Freudin klassinen määritelmä mielenterveydelle on kyky rakastaa ja tehdä työtä.

pitää muun muassa sitä, että yksilö ei pysty tekemään itseä koskevia päätöksiä tai suoriutumaan omista tavanomaisista tehtävistä. Lisäksi potilas toivoo pääsevänsä sairaudestaan eroon eli toivoo paranevansa ja tarvitsee apua muilta.²¹³

Sosiaalisena roolina sairaana oleminen koostuu Parsonsien mukaan neljästä elementistä. Sairastaminen tarjoaa perusteen odottaa toisilta hoitoa ja hoivaa, mutta myös olla välittämättä muiden omaa tavanomaista suoritustasoa koskevista odo- tuksista. Yksilön ei odoteta parantuvan ja ryhdistyvän oman päätöksensä voimasta, vaan hänen annetaan parantua rauhassa, ajan kuluessa, sairauden määrittämien tarpeiden mukaisesti. Potilaan odotetaan kuitenkin etsivän apua ja tukea tullakseen jälleen terveeksi. Sairaana rooli poikkeaa monista muista sosiaalisista rooleista siinä, että sitä pidetään väliaikaisena ja siihen kuuluu aina jonkinlaista avuttomuutta ja avuntarvetta.²¹⁴

Sairaus luo riippuvuussuhteita, sillä avun tarpeessa olevan ihmisen on otet- tava vastaan erilaista ja eri tavoin tarjottua apua. Avun vastaanottaminen ei ole mahdollista ilman yhteistyötä avun tarjoajien kanssa, minkä vuoksi sairastumisen edellyttämä hoito johtaa sosiaaliseen kontrolliin. Hoidon tarve johtaa myös riip- puvuussuhteeseen hoidettavan ja hoitajan välille. Usein sairauden määrittelee ja diagnosoi joku muu kuin sairastunut itse, mikä vaikuttaa sairastuneen rooliin ja valtasuhteisiin.²¹⁵

Yhteiskunnassa, jossa terveyden tavoittelua pidetään ihanteena, kansalainen voi ottaa sairaan roolin vain, jos hän hyväksyy sen ei-toivottuna tilana, josta hän pyrkii parantumaan mahdollisimman nopeasti. Sairaana rooliin olennaisesti kuuluva riippuvuus on ristiriidassa yhteiskunnassa vallitsevan implisiittisen parantumis- tavoitteen kanssa. Sairauteen roolina kuuluu eristämisen lisäksi alistuminen passiiviseksi kohteeksi, itsenäisyyttä ja omatoimisuutta tukevan motivaation heik- keneminen ja yleinen toimintakyvyn aleneminen. Psykkistä sairautta voidaan siksi pitää kyvyttömyytenä tavoitella yksilöllisyyttä ja omaa osuutta kokonaisuudesta yhtenä yhteiskunnan toimijana.²¹⁶

Parsonsien mukaan psykkinen sairauden erottaa fyysisistä sairauksista ja vam- maisuudesta se, että siihen liittyy hänen mukaansa sosiaalisen elämän häiriöitä, jotka heikentävät kykyä toimia yhteiskunnassa. Yhteiskunnassa on erilaisia normeja,

213 Parsons 1964, 125–126

214 Parsons 1964, 112–113, 258–259 sekä Parsons 1951, 436–438, 440. Terveys on ihmisen kokonaisvaltaista tasapainoa psykkinisesti, fyysisesti ja sosiaalisesti, jossa hänen kykynsä vastaavat kontrollin välineitä. Saira- us on sopeutumattomuutta kontrollointiin. Tässä mielessä ihminen on sekä persoona, että organismi, jossa vuorottelevat egon ja mielialujen väliset ristiriidat. Parsons määrittelee terveyden lopulta yksilön kyvyk- si mahdollisimman tehokkaaseen toimintaan rooliodotusten ja annettujen tehtävien luomissa sosiaalisissa raameissa eli toisin sanoen sosiaalisesti osallisuudeksi. Hän korostaa kykyä omaksua roolit, joka ei edellytä kuitenkaan sitoutumista niihin- liikkumavaraa ja joustavuutta eri roolien välillä löytyy terveeltä yksilöltä. Parsons 1964, 125–126, 260, 274.

215 Parsons 1964, 274–277 sekä Parsons 1951, 312–313, 475.

216 Parsons 1964, 285–287.

koodeja ja symboleita, jotka aktualisoituvat ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Häiriöt näissä vuorovaikutusnormistoissa ovat yleisiä psyykkisissä sairauksissa, joka asettaa psyykkisesti sairaat huomattavan erilaiseen asemaan fyysisesti sairaiden kanssa.²¹⁷

Suomessa parsonsilasta sairauskäsitystä on käytetty esimerkiksi terveystalve-lujen ja sosiaaliturvan tutkimiseen, jossa sairaus ymmärretään yhteiskunnallisesti määritellyksi ilmiöksi. Parsonsien ajattelussa näkyvät länsimaiset kulttuuriarvot kuten tehokkuus, utteruus ja säästäväisyys, joiden valossa sairaus on uhka yhteisön menestymiselle. Hyvin toimiva yhteiskunta edellyttää ihmisen olevan rationaalinen sekä toimivan niin, että hän osaa asettaa hyviä päämääriä ja pystyy toteuttamaan niitä tehokkailla keinoilla. Psyykkisesti sairas ei kuitenkaan välttämättä ole kum-mallakaan tavalla järkevää.²¹⁸

Parsonsin ajatuksia potilaan roolista on kritisoitu. Terveydenhuollossa on syn-tyntynyt uudenlainen potilaan riskirooli, joka ei selvästi sovi sairaan, mutta ei myös-kään terveen rooliin. Erilaisten riskien perusteella hoidettavalla potilaalle ei siksi ole parsonsilaisittain määriteltyjä velvollisuuksia ja oikeuksia. Samalla potilaan ja lääkärin välinen suhde on muuttunut Parsonsin kuvaamaa epäsymmetrisemmäk-si. Nykyään korostetaan yksilön vastuuta omasta terveydestä ja terveen rooli on vahvistunut. Parsonsin tutkimusta on moitittu siihen sisältyvän sairauskäsityksen kapea-alaisuudesta, joka ei ota huomioon sitä, että esimerkiksi sairauden luonne, sairastuneen sukupuoli, ikä ja etninen alkuperä vaikuttavat siihen, millaisen sairaan rooliin ihminen omaksuu.²¹⁹

Parsonsin analyysi sairaan roolista on ongelmallinen myös kroonisten sairauksien näkökulmasta, jolloin sen sijaan, että potilas voisi varata aikaa sairastaa, kroonisen sairauden kanssa on opittava elämään samalla, kun sairastunut käy työssä ja hoitaa perhettä. Vakavat psyykkiset sairaudet ovat useimmiten, jos eivät täysin kroonisia, ainakin hyvin pitkäaikaisia. Äkillisestä sairastumisesta on tavoitteena parantua, mutta näkökulma krooniseen sairauteen on toisenlainen.²²⁰

217 Parsons 1964, 113–114. Sosiaalisissa systeemeissä näyttää olevan keskeistä se, miten niissä käsitellään erilai-suutta ja normeista poikkeamista ja Parsons esittelee poikkeavuuden tavaksi vastustaa normeja sekä järkyt-tää systeemistä tasapainoa. Tämän vuoksi poikkeavuus onnistuu aina paljastamaan yhteisön ja sosiaalisen systeemin implisiittisetkin normit sekä rooli- ja käytösodotukset. Parsons 1951, 249–251, 285.

218 Vaskilampi 2010, 61–65.

219 Vaskilampi 2010, 70–71, 73, 75.

220 The New Blackwell Companion to Medical Sociology 2010, 314. Australiassa ja Skotlannissa onkin syntynyt idea toipumisesta parantumisen sijaan. *Recovery*-orientaatiossa keskitytään siihen, miten elämää voi sairau-desta huolimatta elää, sen sijaan että keskityttäisiin vain kuntoutumis- ja paranemistavoitteisiin. Suomessa *Recovery*-orientaatio mainitaan ensimmäisen kerran julkisen vallan ohjausasiakirjassa, *Mieli 2009–2015-oh-jelman* loppuraportissa. Toipumisorientaatio lähtee hoidon ja kuntoutuksen rakenteiden ja sisällön kriitikiis-tä. Oireiden hallintaan ja yksittäiseen ongelmaan keskittynyt medikaalinen ajattelu ei ota huomioon ihmisen muuta kontekstia; sosiaalisia suhteita, arkea, fyysistä terveyttä, muita vaikeuksia. Tällöin hoidossa keskity-tään ongelman poistamiseen ja oireiden vähentämiseen implisiittisinä arvoina hyvän elämän edellytyksinä. Toipumisorientaatiossa sitä vastoin painottuu elämän merkityksellisyys, sosiaalisten tekijöiden merkitys ja täysipainoisen elämän eläminen sairauden tuomista rajoituksista huolimatta. Taustalla on käsitys terveydes-

Krooninen sairaus vaikuttaa ihmiseen monella tavalla. Hänen elämässään koostuu oireiden kokeminen ja tarkkailu sekä riippuvaisuus lääkkeistä tai apuvälineistä. Krooninen sairaus pakottaa kohtaamaan vaikeita asioita, joihin potilaan on löydettävä oma suhtautumistapansa. Sairaus voi olla parantumaton, sairastuminen voi aiheuttaa toivottomuutta, se voi murskata tulevaisuuden suunnitelmat ja johtaa kuolemaan. Lisäksi sairaus vaikuttaa sosiaalisiin suhteisiin ja sosiaaliseen toimintaympäristöön. Kroonisesti sairaat ihmiset ovat sosiaalisten, poliittisten ja taloudellisten instituutioiden toimintojen armoilla läpi elämänsä. Hoito ja elämänlaatu riippuvat monista poliittista tekijöistä.²²¹

Psykkisesti sairaiden elämää määrittivät siis hyvinvointivaltion rakentamisen aikana instituutiot, joita Goffman kutsuu totaaliseksi, ja niiden toimintakulttuuri sekä potiluden tuottama yhteiskunnallinen rooli. Julkinen valta ohjasi totaalisia instituutioita ja säätelä potilaana olemisen ehtoja 1950-luvulta peräisin olevalla lainsäädännöllä. Vuonna 1952 voimaan tullut mielisairaslaki oli määrännyt psykiatrisen terveydenhuollon toimimaan erillään muusta terveydenhuollosta sekä sairaala- että avohoitona. Ainoastaan lasten ja nuorten psykiatrasta toimintaa toteutettiin jossain määrin osana perusterveydenhuoltoa tai sosiaalishallituksen alaisena toimintana.²²² Vuonna 1972 uudistettuun kansanterveyslakiin ei sisällytetty psykkisten ongelmien hoitovastuuta, vaan se jäi edelleen erillisen mielisairaanhoidojärjestelmän varaan.²²³ Millainen mielisairaalahoidon lopettamisen jälkeinen hoitojärjestelmä oli?

Ennen varsinaisen uudistuksen toteuttamista piirimielisairaaloista oli poistettu kaltereita ja luovuttu hoito-osaston ovien lukitsemisesta. Avohoito oli liitetty ensimmäisen kerran osaksi mielisairaanhoidoa jo vuonna 1952, jolloin huoltopiirit velvoitettiin perustamaan huoltotoimistoja. Jälkihuoltoon keskittyneet huoltotoimistot muodostivat niin kutsutun B-sairaalaverkoston, jonka rakentamisen jälkeen Suomessa oli väestömäärään suhteutettuna enemmän psykiatrisia laitospaikkoja kuin missään muualla koko maailmassa. Sairaaloiden toiminta perustui näkemykseen, että mielisairaudesta ei voi parantua ja että mielisairaajat kykenevät vain avustaviin maataloustöihin. Syntyi potilastyövoimalla toimivia maatalousyksiköitä, joissa työ oli olennainen osa hoitoa.²²⁴ Vasta 1960-luvun lopulla lääkintöhallitus luopui karjanpitovelvollisuudesta b-sairaaloissa.²²⁵

tä kyvystä sopeutua ja ohjata omaa elämää erilaisten haasteiden keskellä, ei niinkään terveydestä sairauden poissaolona. Toipumisorientaation taustalla on myös vahva käsitys elämän hallinnan mahdollisuudesta ja se jopa edellytetään toipumisen yhdeksi kulmakiveksi. Nordling & Järvinen & Lähteenmäki 2015, 133–137.

221 The New Blackwell Companion to Medical Sociology 2010, 316, 324–325.

222 Psykiatrisen terveydenhuollon kehittäminen 1977, 8.

223 Eskola & Taipale 2013, 183.

224 Työn liittäminen hoitoon on syntynyt pitäjille 1800-luvulla osoitetusta velvollisuudesta perustaa työlaitoksia. Nämä työlaitokset kehittyivät 1900-lukuun mennessä vaivaistaloiksi, joissa hoidon vastineeksi edellytettiin työn tekemistä. Vaivaistalojen purkamisen jälkeen erilaisiin laitoksiin sijoitettujen kansalaisten työntekovelvollisuus säilyi edelleen. Kairi & Nummelin & Teittinen 2010.

225 Eskola 2007, 16, 21–22. A-mielisairaalat olivat kahdeksantoista huoltopiiriin jaettujen mielisairaanhuoltopiirien keskussairaaloita, joissa hoidettiin äkillisesti sairastuneet. B-mielisairaalat hoitivat ja säilyttivät pitkäaikaissairaita. Ahola 2015.

Huoltotoimistot muutettiin mielenterveystoimistoiksi 1970-luvun aikana. Niiden asiakaskunta koostui muistakin kuin sairaalahoitoa saaneista tai sairaalahoitoa tarvitsevista potilaista.²²⁶ Mielenterveystoimistojen työntekijät olivat innostuneet kehittämään avohoitoa, mutta työvoimapula pakotti keskittymään kroonisten psykoosipotilaiden hoitamiseen. Terveyskeskusten toimintakenttää laajennettiin 1970-luvulta alkaen ja psykiatriaa pyrittiin nivomaan yhteen muiden sairaanhoidon erikoisalojen kanssa. Terveyskeskusten psykologivirkkojen myötä ala kytkeytyi osaksi kansanterveystyötä. Tämän toimintamallin arvioinnin pohjalta kirjoitettiin 1970-luvun puolivälissä työryhmämuistio Psykiatrisen terveydenhuollon kehittäminen, joka oli Suomen ensimmäinen yhteiskunnallista mielenterveystyötä ohjannut asiakirja.²²⁷

Avohoidon kehittämistä hidastivat ennen muuta rakenteelliset tekijät. Valtionosuus, joka maksettiin kunnille terveydenhuoltopalvelujen järjestämisestä, oli suurempi kuin muista palveluista maksettu tuki, minkä vuoksi kuntien kannatti pitää yllä laitostavaa mielisairaanhoidoa avohoidon palvelujen kehittämisen sijaan. Samasta syystä vanhuksia hoidettiin pääosin b-mielisairaaloissa.²²⁸ Tämän lisäksi kehittämistyötä mutkisti se, että pitkään sairaalahoidossa olleet potilaat menettivät kotipaikkaoikeutensa, eivätkä kotikunnat halunneet heitä takaisin kalliin sosiaalihuoltoavun piiriin.²²⁹ Kuntien suosimat menettelytavat kuvaavat, missä määrin julkisen vallan harjoittama resurssiohjaus vaikuttaa palveluiden järjestämiseen ja kehittämiseen, ja kuinka varojen suuntaamiseen sovelletut mekanismit vaikuttavat usein vahvemmin kuin suositukset ja jopa lainsäädäntö.

Avohoitajärjestelmään siirtymistä voidaan tulkita myös psykiatrian siirtymiseksi sairaalainstituution sisältä yhteiskunnassa harjoitettavaan mielenterveystyöhön. Avohoito oli legitimoitava, mihin tarvittiin tehokkaan ja tuloksellisen hoidon kehittämistä ja organisoimista psykiatriseksi erikoissairaanhoidoksi lääketieteellisen mallin mukaisesti. Muutos edellytti vaativaa asiantuntemusta ja kehittyntä ammatillisuutta mielenterveysongelmien tunnistamiseksi, diagnosoimiseksi, hoitamiseksi

226 Harjula 2015, 162–163, 262 sekä Kalemaa 1996, 32. Kunnalliskotien mielisairasosastot lakkautettiin vuonna 1982. Huoltotoimistoja oli vielä 1960-luvulla vähän – Helsingissäkin vain yksi koko kaupungissa. Huoltotoimistojen sairaanhoitajat tekivät runsaasti kotikäyntejä ja hoitivat potilaita kokonaisvaltaisesti. Kun huoltotoimistot muutettiin mielenterveystoimistoiksi, oli tavoitteena yksi toimisto 50 000 asukasta kohden. Enimmillään toimistojen asiakkaina oli yhteensä n. 100 000 potilasta eli 2% väestöstä. Taipale 2017, 71–73.

227 Harjula 2015, 263 sekä Eskola 2007, 23–24. Tarkastelen tätä asiakirjaa myöhemmin tässä luvussa.

228 1970-luvulla valtion tilintarkastajat suorittivat psykiatristen sairaaloiden potilaskartoituksen, jonka mukaan 20 000 sairaalapaikasta vain 6000 oli akuutin psykiatrisen hoidon käytössä. Suurin osa oli vanhushoidon käytössä ja loput osin kehitysvammaisten ja muiden pitkäaikaishoidon tarpeessa olevien käytössä. Eskola 2007, 25. 1980-luvun lopussa tehdyn kartoituksen mukaan mielisairaaloissa oli vielä n. 1000 kehitysvammaista, joista suurin osa ei tarvinnut sairaalahoitoa. Aivovammaiset ovat myös olleet mielisairaaloiden vaki-asukkaita, sillä he eivät ole päässeet minkään muun tahon hoidon piiriin. Oma aivovammayhdistys perustettiin vasta vuonna 1990. Kolmas suuri mielisairaaloita asuttava ihmisryhmä olivat dementiapotilaat. Taipale 1991, 254–258. Yhteinen nimittäjä näille kaikille oli, että ne, jotka eivät kyenneet huolehtimaan itsestään, tulivat autetuiksi yhteiskunnan taholta mielisairaaloissa. Mäkelä 2008, 40.

229 Eskola 2007, 24.

ja ihmisten kuntouttamiseksi. Psykodynaaminen ajattelu alkoi hallita muun muassa kasvatus- ja lastenhoito-oppeja. 1970-luvulla alkanut psykoterapeuttinen suuntaus vahvistui 1980-luvulla hoitotyössä, kun yhä useampi mielenterveystyöntekijä koulutautui psykoterapeutiksi.²³⁰

Ihmisoikeusajattelusta alkanut, Goffmannin ja Parsonsin kaltaisten ajattelijoiden argumenteilla perustellut uudistukset muuttuivat luonteeltaan niin, että sosiaalisista ongelmista tuli lääketieteellisiä kysymyksiä. Se tapahtui alan ammattilaisten ajattelussa ja ilmenee asiakirjatasolla ilmaistuissa toiveissa myöhemmässä vaiheessa siinä, minkälaiseksi mielenterveystyö tosiasiallisesti muodostui.

Poliittisesta vallasta riippumattomia, ennakoimattomia tekijöitä tarkasteltaessa havaitaan, miten moninaisista tekijöistä yhteiskunnalliset kehityskulut lopulta muodostuvat. Esimerkiksi avohoitoon siirtymistä ei olisi saatu aikaan pelkkien poliittisten päätösten turvin ja hoitomuotojen kehittymisen myötä, vaan 1960-luvulla tehdyt monet lääketeollisuuden innovaatiot vaikuttavat ratkaisevasti onnistumiseen. Vasta psyykenlääkkeiden kehitys loi perustan sille, että psykiatria siirtyi sairaaloista osaksi avohoidon palveluja.

1950- ja 1960-luvun vaihteessa Suomessa alettiin käyttää ensimmäisiä varsinaisia psyykelääkkeitä, joita ovat Miltown, Valium ja Diapam. Klooripromatsiinia sisältävien lääkkeiden käyttöönotto mahdollisti myös toivottomina pidettyjen kroonistuneiden psykoottistasoisesti sairaiden ihmisten hoitamisen sairaaloiden ulkopuolella.²³¹ Lääkekehityksen myötä neuropsykiatrisen suuntaus vahvistui psykiatrisessa ajattelussa, ja lääkitsemisestä tuli psykiatrisen hoidon kulmakivi. Psyykenlääkkeiden arkipäiväistyminen alkoi 1960-luvulla unilääkkeistä. 1970-luvulla kaksi prosenttia väestöstä käytti Diapameja ja vuonna 1975 neljä prosenttia väestöstä käytti jotain psyykenlääkettä. 1980-luvulla psykoosilääkkeiden käyttäjien määrä kasvoi ja samalla myös unilääkkeiden käytön kasvu kiihtyi.²³²

Lääkehoitojen kehittämiseen kuuluneet epäonnistumiset pakottivat kuitenkin lääkärit kehittämään lääkehoitoa tukevia hoitomuotoja, minkä ansiosta syntyivät esimerkiksi ryhmäterapiamallit ja psykososiaaliset tukimuodot. Lääkehoidon

230 Psykoterapia syntyi hypnoosin ottamisella mukaan hoitomuotoihin 1800-luvun loppupuolella. Hypnoosista kehittyi hiljalleen ”valvesuggestio” eli psykoterapia, jossa hoitomuotona oli potilaan tuottama puhe ja sen tulkinta ja niiden vaikutus oireiden leivittämiseen. Sigmund Freud kehitti psykoterapiasta psykoanalyysin 1800-luvun lopussa, joka on keskeisimpiä koko länsimaiseen ajatteluun vaikuttaneista tekijöistä. Mielisairaalakontekstiin hoitomuoto soveltuivat kuitenkin huonosti aikaresurssien ja hoidon huonojen tulosten vakavasti sairaiden kohdalla vuoksi. Myöhemmin psykoterapiaan yhdistettiin myös ajatus psykosomaatiikasta 1900-luvun alkupuolella. Pietikäinen 2013, 197–206.

231 Helen & Hämäläinen & Metteri 2011, 17.

232 Helen & Hämäläinen & Metteri 2011, 21, 26–28, 70, 73–76 sekä Pietikäinen 2013, 273–289. Monet tutkijat pitävät lääkemarkkinoinnin ja lääkeyritysten vaikutusta merkittävänä tapaan, jolla mielisairauksien psyykkistä ja sosiaalista ulottuvuutta alettiin ymmärtää. Lääkeyritysten markkinointikampanjat vilkastuivat 1960-luvulla ja ovat osaltaan vaikuttaneet siihen, että lääkkeitä ryhdyttiin määräämään aikaisempaa herkemmin. Helen & Hämäläinen & Metteri 2011, 82–83. Lithium on alkuaine, joka todettiin erittäin tehokkaaksi maanisdepressiivisyyden hoitoon, mutta koska lääkeyhtiöt eivät päässeet hyötymään lääkkeestä, jäi sairaus vähemmän tunnetuksi. Pietikäinen 2013, 275–276.

kehittämisen haasteiden lisäksi myös lääkehoitoon itsessään liittyi epäkohtia. Lääkkeiden käyttöön liittyi riskejä, voimakkaita sivuoireita ja jopa kuolemantapauksia yhä kasvavien lääkemäärien seurauksena. Tutkimuksissa ja testeissä onnistuttiin kuitenkin kerta toisensa jälkeen todistamaan lääkkeiden hyöty verrattuna esimerkiksi psykoterapiaan, jonka takia psykofarmakologia löi itsensä psykiatriassa lopullisesti läpi ja lääkitsemisestä tuli mielensairauksien ensisijainen hoitomuoto. On kuitenkin huomattava, että lääkkeet eivät paranna, vaan ainoastaan lievittävät oireita. Pietikäinen on huomauttanut hulluuden historiaa tutkineessa teoksessaan, että lääkehoitojen kehittämisessä on käytännössä kyseessä ihmiskoe, jossa pakko-paidat ja kalterit on korvattu pitkäaikaislääkityksellä.²³³ Pitkäaikaislääkitys on myös siirtänyt huomion aivoihin sen sijaan, että ihmistä tarkasteltaisiin kokonaisuutena.

Psykofarmakologian vaikutuksesta mielenterveyden häiriöitä ryhdyttiin tarkastelemaan aivotoiminnan häiriöinä. Psykiatri ja yhteiskunnallinen vaikuttaja Ilkka Taipale puhuu aivosairaista ja erittelee muistelmissaan seikkaperäisesti, miten neurologiasta tuli psykiatrian erityisala. Aivopsykiatrinen lähestymistapa selittää oudon käytöksen ja oudot tuntemukset aivoperäisiksi sairauksiksi, mikä tarjoaa sekä omaisille että potilaille helpommin hyväksyttävän selityksen kuin puhe mielen sairauksista. Kaikki asiantuntijat eivät ole Taipaleen kanssa samaa mieltä. Yhteiskunnallisesti orientoituneet tutkijat kyseenalaistavat aivopainotteisuuden. Esimerkiksi Hautamäki on pyrkinyt löytämään väitöstutkimuksessaan perusteita sanoa, että ihmisen persoona on mielessä tai aivoissa.²³⁴

Aivoihin keskittynyt psykiatria on edelleen vahvoilla Suomessa. Se näkyy myös siinä, että genetiikan tutkimusta pidetään Suomessa tärkeänä, koska sen on odotettu antavan vastauksia erityisesti vakaviin mielenterveyden häiriöihin. Se, että suomalaiset ovat pitkään olleet melko eristäytynyt populaatio, hyvinvointivaltion luominen sai aikaan luotettavia rekisteriaineistoja ja suomalaiset osallistuvat mielellään tutkimuksiin, luovat erityisen hyvät olosuhteet genetiikan tutkimukseen. Genetiikan tutkimukselta toivotaan suoraviivaisia biologisia selitysmalleja ja niihin pohjautuvia lääkkeellisiä parannuskeinoja muun muassa skitsofreniaan. Tulokset eivät toistaiseksi vastaa toiveita, mutta pettymykset ovat antaneet aiheen lisätutkimukselle.²³⁵ Neurologia on tästä huolimatta tunnustettu tieteenala, joka käyttää tutkimuksissaan kehittyntä tekniikkaa aivojen kuvaamiseksi, eläinkokeita,

233 Pietikäinen 2013, 279, 293–300.

234 Hautamäki puhuu väitöskirjassaan psykofarmakologiasta välineenä, jolla mallinnetaan ja uusinnetaan normaalin ja epänormaalin rajoja ja kertoo esimerkkinä mm. viagrasta, joka kuvaa länsimaiden epätoivoista yritystä vastata ikääntymisen tuomiin haasteisiin. Tutkimuksessaan hän myös analysoi lääkkeiden testausmenetelmiä, lääkkärisidonnaisuuksia ja itse lääkkeiden toimintatapoja sekä lääkkeiden jakamiseen ja rajoittamiseen liittyviä instituutioita. Hautamäki 2016, 11–12, 77–80.

235 Hautamäki 2016, 43–46.

käyttäytymisen genetiikkaa sekä molekyyllisiä prosesseja. Aivoista pyritään löytämään spesifejä alueita, jotka esimerkiksi ohjaavat tunteita.²³⁶

Lääketieteen ja lääkkeiden kehittymisen myötä oli mahdollista siirtyä harjoittamaan sosiaalipsykiatrisesta ajattelusta alkanutta avohoidon kehittämistä laitoshoidon sijaan. Lääkintöhallituksella oli vahva asema mielenterveyspalvelujärjestelmän hallinnossa 1970- ja 1980-luvuilla. Lääkintöhallitus sai puolestaan runsaasti vaikutteita sosiaalipsykiatrisesta ajattelusta. Alan asiantuntijoilla oli siis tuolloin merkittävää valtaa politiikassa ja julkisen vallan ohjauksessa. Sosiaalipsykiatrian pyrkimys laaja-alaiseen mielenterveystyön uudistamiseen ennaltaehkäisemisen näkökulmasta vaikutti siten, että mielenterveyspolitiikassa ryhdyttiin ohjaamaan sellaisia yhteiskunnan toiminta-alueita, joista ei määritelty mielenterveyslaissa tai muussa sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä.²³⁷

Nämä tavoitteet näkyvät Suomen ensimmäisessä mielenterveystyötä ohjanneessa asiakirjassa vuonna 1977, jolloin lääkintöhallitus julkaisi esityksen *Psykiatrisen terveydenhuollon kehittämisestä*. Samanaikaisesti mielenterveyslainsäädäntöä uudistettiin pakkokeinojen käytön osalta ja oikeusturvan parantamisen osalta vuonna 1978²³⁸, ja samalla työnsä käynnisti myös Mielenterveystyön komitea. Kansanterveyslaitokseen perustettiin Mielenterveyden tutkimusyksikkö. Komitean mietintö valmistui kuusivuotisen työskentelyn jälkeen vuonna 1984, jonka suositusten pohjalta toteutettiin kolme valtakunnallista mielenterveystyötä edistävää hanketta.²³⁹ Lääkintöhallituksen esityksen seurauksena mielenterveystyötä ryhdyttiin Suomessa ohjaamaan sosiaalipsykiatrisesta paradigmasta käsin.

4.3 MIELENTERVEYSPOLITIIKAN ALKU

Lääkintöhallituksen työryhmä julkaisi *Esityksen psykiatrisen terveydenhuollon kehittämisestä* vuonna 1977.²⁴⁰ Esityksen laatijat toteavat, että psykiatrinen terveydenhuolto on vain yksi osa mielenterveystyötä ja ehdottaa, että yhteiskunnan eri alojen toimintaan pohjaavan mielenterveystyön suunnittelua varten perustettaisiin oma neuvottelukunta. Tämän ehdotuksen seurauksena perustettiinkin mielenterveystyön komitea, joka julkaisi toimenpide-ehdotuksensa vuonna 1984.²⁴¹

236 Hautamäki 2016, 14–15.

237 Helen & Metteri 2011, 136.

238 Samalla lakkautettiin jako A- ja B-mielisairaaloihin. Hämäläinen & Metteri 2011, 143.

239 Helen & Hämäläinen & Metteri 2011, 13–16, 23.

240 Muissa maissa julkaistiin samansuuntaisia mietintöjä, esimerkiksi Iso-Britanniassa vuonna 1971 ja Ruotsissa vuonna 1973. Kehityssuunta Euroopassa oli kaikkialla samansuuntainen. Tavoitteena oli luopua suurista mielisairaaloista ja luoda tilalle avoimia ja puoliavoimia hoitomuotoja. Psykiatrisen terveydenhuollon kehittäminen 1977, 59–63, 73.

241 Psykiatrisen terveydenhuollon kehittäminen 1977, 1–2, 52.

Psykiatrisen terveydenhuollon kehittämistehtävät jaettiin lääkintöhallituksen esityksessä kolmeen osaan; 1) tulee selvittää ja rajata psykiatrisen terveydenhuollon tarvealue, sen keskeiset asiakasryhmät sekä sen palvelumuodot, 2) toiminnan normistojen tulee olla sellaisia, että toimintaa on mahdollista joustavasti muuttaa tarpeiden mukaan sekä 3) riittävästä resurssista tulee huolehtia psykiatrisen terveydenhuollon toimintakyvyn turvaamiseksi. Työryhmä kritisoi esimerkiksi psykiatrisen terveydenhuollon erillisyyttä muusta terveydenhuollosta, joka perustui vuonna 1952 säädettyyn Mielisairaslakiin. Lisäksi kiinnitettiin huomiota huomattavaan sairaalakeskeisyyteen. Tuolloin mielisairaanhoidon kustannuksista sairaalahoidon osuus oli jopa 95 prosenttia.²⁴²

Esityksessä mielensairaus ymmärrettiin monimuotoiseksi käsitteeksi, johon vaikuttavat kulloiset terveystieteelliset sekä lääketieteellisen näkökulman lisäksi myös psykologiset ja sosiaaliset näkökulmat. Tästä syystä sairauden esiintyvyyden mittaaminen sekä palvelutarpeen arviointi nähtiin haastavana. Mielensairauksiin tiiviisti liittyvät sosiaaliset ongelmat nähtiin heijastuksina yhteiskunnan häiriöistä. Työryhmä arvioi jo tuolloin, että psyykkiset sairaudet ovat keskeisimpiä kansanterveysongelmiamme ja taloudellisesta näkökulmasta sairauksien pääluokista merkittävien.²⁴³ Kiinnostavaa on, että kritiikki ei kohdistu yksilöön ja yksilön epäonnistumiseen elämässä, vaan yhteiskunnallisiin rakenteisiin. Esityksessä ymmärretään myös mielenterveyden ilmiön laajuus ja tätä kautta haasteet sen eksaktissa tutkimisessa.

Ongelmien ratkaisemiseksi työryhmä ehdotti aluepsykiatrisen hoitojärjestelmän rakentamista, jossa toteutuisi joustava ja jatkuvuuden mahdollistava hoito lähellä palveluja tarvitsevia. Tietojärjestelmän ja tutkimuksen kehittämiseksi ehdotettiin toimikuntaa. Ehkäisevän toiminnan haluttiin olevan mukana kaikessa toiminnassa ja avohoito haluttiin ensisijaiseksi hoitomuodoksi, jotta sairastuneet eivät eristäytyisi yhteiskunnasta sairaalahoidon takia. Asuntolatkin nähtiin vain keinona sairaalasta kotiuttamisessa ja sopeuttamiseksi avohoitoon – ei pysyvänä ratkaisuna. Kuntoutuksella sen sijaan oli mietinnössä vahva asema ja sen merkitystä työhön palaamisen tukemisessa, laitostumisen estämisessä sekä sairastuneen yhteiskuntaan palaamisen tukemisessa korostetaan. Työryhmä esitti vajaan kymmenen pitämistä mukana työelämässä esimerkiksi suojatyöpaikkoja perustamalla ja mahdollistamalla osa-aikatyö eläkkeen lisäksi.²⁴⁴ Tämä oli selvä yritys estää entisten mielisairaaloiden potilaiden ajautumista työmarkkinoiden ulkopuolelle ja pysyvään köyhyyteen. Lääkintöhallituksen esitys myös poikkesi voimakkaasti 1950-luvulla syntyneistä työkyvyttömyyseläke- ja kuntoutusjärjestelmän käytännöistä, joilla oli rakennettu eriarvoisuutta eri tavoin sairaiden ja vammaisten henkilöiden välille.²⁴⁵

242 Psykiatrisen terveydenhuollon kehittäminen 1977, 5–9.

243 Psykiatrisen terveydenhuollon kehittäminen 1977, 12–13, 17.

244 Psykiatrisen terveydenhuollon kehittäminen 1977, 23–33, 39–40, 55–56.

245 Tätä ongelmaa ei ole kyetty ratkaisemaan vielä 2010-luvullakaan.

Työryhmän esitykset ammattihenkilöstön osaamisen kehittämiseksi ovat myös kiinnostavia 2000-luvun kontekstista tarkasteltuna. Esimerkiksi psykiatrian ammattilaisten yhteiskuntapolitiikan tuntemusta pidettiin tärkeänä, koska mielen-terveystyön nähtiin läpäisevän kaikki yhteiskuntapoliittiset alueet.²⁴⁶ Työryhmän suositukset johtivat useisiin käytännön toimenpiteisiin. Vuonna 1978 astui voimaan uudistettu mielisairaslaki ja vuonna 1984 julkaistiin suositukset suomalaisesta mielen-terveystyöstä, jotka puolestaan johtivat kolmeen erilaiseen kehittämishankkeeseen ja mielen-terveystyön hankekehittämisen alkamiseen, joka on jatkunut tähän päivään asti.

Mielen-terveystyön komitea julkaisi *Suosituksia mielen-terveystyöstä* vuonna 1984.²⁴⁷ Suositusten tavoitteena oli kehittää avopalveluja, vahvistaa peruspalvelujen mielen-terveystyötä sekä monipuolistaa mielen-terveystyötä erityisesti kuntoutukseen ja perhekeskeiseen työskentelyyn panostaen, kuten lääkintöhallitus oli esittänyt.²⁴⁸ Mietintö käsitteli sekä rakentavaa ja ehkäisevää että hoitavaa ja kuntouttavaa mielen-terveystyötä. Mietinnössä korostettiin avohoidon kehittämistä aluepsykiatriseen malliin siirtymällä lääkintöhallituksen esityksen mukaisesti.²⁴⁹

Mielen-terveystyön komitean mietinnössä mielen-terveystyö määriteltiin ensimmäistä kertaa kattamaan hoidon lisäksi ehkäisevän työn aikaisemman mielisairaanhoidon sijaan. Samoin itse mielen-terveyden käsitettä voitiin mietinnön mukaan lähestyä lääketieteen lisäksi myös sosiaalisesta tutkimusperinteestä. Mietinnössä muistutettiin, että mielen-terveystyö ei voi olla arvovapaata, vaan se perustuu aina johonkin ihmiskäsitykseen. Sen mukaan kasvu rikkaaseen ihmisyyteen edellyttää yhteiskunnallisia mahdollisuuksia tasa-arvoiseen ja tasavertaiseen kohteluun. Mietinnössä korostettiin myös sitä, että mielen-terveystyön kohteena on yksilön lisäksi yhteiskunta, yhteisöt ja ryhmät, ja sen tulee kohdistua yhteiskunnan arvoihin, normeihin, rooleihin ja rakenteisiin. Vaikuttamista erilaisiin instituutioihin pidettiin tärkeänä. Mietintö ehdottikin mielen-terveystyön jakamista kahteen päälohkoon, joista toinen keskittyisi yhteiskunnan rakenteisiin ja toinen yksilön auttamiseen. Yhteiskuntaan kohdistuvaa mielen-terveystyötä komitea ehdotti tehtävän yhteiskuntapoliittisilla keinoilla.²⁵⁰

Jostain syystä komitean ehdotukset yhteiskunnan rakenteisiin kohdistuvasta mielen-terveystyöstä ei kuitenkaan synnyttänyt konkreettisia kehittämishankkeita, vaan mielen-terveystyön kehittäminen aloitettiin hoitoa ja riskienhallintaa

246 Psykiatrisen terveydenhuollon kehittäminen 1977, 47. 2000-luvulla peräänkuulutetaan enää medikaalista osaamista – yhteiskuntapolitiikan tuntemuksesta ei keskustella hoitamisen paradigmassa ollenkaan.

247 Mielen-terveystyön komitean mietintö: II osa: mietinnön tiivistelmä ja komitean ehdotukset 1984.

248 Eskola & Taipale 2011, 181. Mielen-terveystyön komitean työskentely kesti kaikkiaan kuusi vuotta ja sen pohjalta valmistunut mietintö oli lopulta kahtena niteenä yli kuusisataa sivua pitkä. Helen & Hämäläinen & Metteri 2011, 15–16.

249 Skitsofrenia -projekti 1981–1987 1988, 183–184.

250 Mielen-terveystyön komitean mietintö: osa II 1984, 1–9, 17.

kehittäväillä hankkeilla. Nämä olivat *Skitsofreniaprojekti* 1981–1991 ja *Itsemurhien ehkäisyohjelma* 1987–1997.²⁵¹ Komitean mietintö oli omalta osaltaan myös edesauttamassa kehityskulkua, jossa mielenterveystyö ryhdyttiin näkemään kaikkia hallinnonaloja koskevaksi asiaksi ennaltaehkäisevän ja edistävän mielenterveystyön paradigman vaikutuksesta.²⁵² Komitean kokoonpanoa kritisoitiinkin liian terveyshuoltopainotteiseksi, jonka vuoksi sosiaalipuolen huomioiminen näkyi ehdotuksissa liian ohuena. Lisäksi komitean työskentelyä pidettiin liian pinnallisena ja keskustelun puutetta laajasti eri toimijoiden kanssa kritisoitiin.²⁵³

Ensimmäinen hoitamista ja riskien hallintaa koskeva kehittämishanke koski skitsofrenian hoidon kehittämistä, mutta hoidon kehittämisen lisäksi hankkeella oli selvästi tavoitteita parantaa myös vakavasti sairaiden elämänlaatua ja mahdollisuuksia elää osana yhteiskuntaa. Laitoshoidon aikakaudella valtaosa potilaista sairasti juuri skitsofreniaa ja yhä tänä päivänä se on voimakkaimmin ihmisen toimintakykyyn ja osallisuuteen vaikuttava mielenterveyden häiriö. Skitsofrenia on vakava ja usein krooninen sairaus, joka edelleen syrjäyttää helposti ihmisen täysivaltaisesta kansalaisuudesta. Skitsofrenia on myös sairaus, joka herättää eniten pelkoja ja epäluuloja, ja skitsofreniaa sairastavien pelätään usein olevan väkivaltaisia, vaikka he ovat lähes poikkeuksetta syrjään vetäytyviä ja arkoja ihmisiä. Muun muassa näistä syistä skitsofrenian hoidon kehittämiseen keskittynyt hanke on ollut luonnollinen valinta mielenterveystyössä jo 1980-luvun alussa.²⁵⁴

Skitsofreniaprojektin tavoitteena oli kehittää skitsofreniaan sairastuvien tehosta hoitoa ja kuntoutusta. Tarve uusien hoitomuotojen kehittämiseksi oli suuri, sillä sairaalat olivat edelleen ylikuormittuneita, ja skitsofreniaa sairastavat muodostivat potilaista yli puolet.²⁵⁵ Tämä kehittämishanke oli selvä yritys julkiselta vallalta kehittää vakavasti sairaiden asemaa yhteiskunnassa. Toisaalta hanketta on kritisoitu diagnoosikeskeisenä lääketieteellisen paradigman ajamana hankkeena. Joka tapauksessa tavoitteet olivat ihmis- ja perusoikeuksien vahvistamiseen pyrkiviä.

Toimenpiteet keskittyivät kuitenkin hoitojärjestelmän kehittämiseen. Projektissa tuettiin perhettä ja ympäristöä huomioivia hoitomuotoja sekä erilaisia kuntoutusmuotoja. Lisäksi korostettiin hoitohenkilöstön osaamista hoidon onnistumisessa, jossa näkyy kiinnostavasti lääkintöhallituksen esitys ammattilaisten osaamisen kasvattamisesta. Kehittämistavoitteiksi asetettiin kroonistumisen ehkäiseminen,

251 Medikaalisen mallin voittokulku suhteessa yhteiskunnalliseen mielenterveysmalliin näkyy juuri näissä kehittämishankkeissa, joissa kohteena on sairastava yksilö. Käännettiin lääketieteessä totuttuihin ajattelutapoihin ja käytäntöihin. Helen & Hämäläinen & Metteri 2011, 23–24.

252 Mielenterveystyön komitean mietintö: osa II 1984, 289–308

253 Mielenterveystyön komitean mietintö: osa II 1984, 309–319.

254 Katso esimerkiksi: <http://www.skitsofreniainfo.fi/skitsofrenia/Skitsofrenian-merkit-naehtaevissae-jovarhain-avun-saaminen-voi-olla-vaikea>

255 Skitsofreniaprojekti 1981–1987 1988, 3, 29–30. Ensimmäinen skitsofreniaprojekti oli järjestetty Suomessa jo vuonna 1968. Valtakunnallinen skitsofreniaprojekti oli jatkoa tälle ja sen tuloksena oli, että vakavasti sairaiden sairaaloihin kroonistuminen väheni radikaalisti. Aaltonen 2007, 67–71.

avohoitoon siirtymisen lisääntyminen sekä avohoidon kehittäminen. Näiden tavoitteiden avulla toivottiin estettävän pitkäaikaispotilaiden kerääntyminen sairaaloihin.²⁵⁶

Valtakunnallista skitsofrenia - projektia jatkettiin vuonna 1992 *API-projektilla*, jossa tavoitteena oli tutkia, millä tavalla perhekeskeisyyttä korostava hoitomalli soveltuu erilaisiin hoitokulttuureihin. Projektin tuloksina syntyivät käsitykset siitä, että hoidossa tarvitaan monialaista asiantuntijuutta, vanhojen käytäntöjen purkamista sekä avointa dialogia potilaiden ja heidän perheidensä kanssa. Näiden suositusten pohjalta hoitoa on kehitetty edelleen Länsi-Pohjan psykiatriassa ja se tunnetaan nimellä Keroputaan-malli²⁵⁷. Hoitomallin seurauksena uusien pitkäaikaissairaiden potilaiden määrä väheni kyseisellä alueella nollaan. Samaa kehittämistyötä on tämän jälkeen käynnistetty esimerkiksi Kainuussa.²⁵⁸ Keroputaan hoitomalli ei ole kuitenkaan vakiintunut valtakunnalliseksi toimintamalliksi.

Vakavien sairauksien hoidon parantamisen lisäksi lääkintöhallituksen esitys ja mielenterveyskomitean mietintö halusivat kehittää tehokkaita keinoja korkeiden itsemurhalukujen vähentämiseksi. Itsemurhakuolleisuus oli runsasta mielenterveyden häiriöön sairastuneilla ja erityisesti skitsofreniaa sairastaneilla, joten tavoite on tässä mielessä ymmärrettävä ja luonnollinen. Kehittämishankkeen tarpeet nousivat kuitenkin valtakunnallisesta kansanterveysohjelmasta, eikä vakavasti sairaiden potilaiden auttamistavoitteista. Onkin kiinnostavaa huomata, miten tässä kehittämishankkeessa otetaan ensimmäinen askel kohti elämän lääketieteellistymistä, medikalisaatiota. Medikalisaation paradigma auttoi psykiatria siirtymään sairaaloista yhteiskunnallisiin ja väestötason interventioihin, ja Itsemurha -projekti voidaan nähdä ensimmäisenä selvänä merkinä tästä.²⁵⁹

Sosiaali- ja terveyshallitus julkaisi *Itsemurhien ehkäisyn tavoite- ja toimintaohjelman perusteet* vuonna 1992. Itsemurhien ehkäisyn tarpeeseen oli kiinnitetty huomiota 1980-luvun alussa valmisteltaessa kansallista *Terveyttä kaikille vuoteen 2000-ohjelmaa* ja itsemurhien ehkäisyä koskeva asiantuntijatyöryhmä perustettiin vuonna 1986. Ryhmän suositusten mukaisesti ohjelman tavoitteeksi asetettiin itsemurhakuolleisuuden vähentäminen neljänneksellä vuoteen 1995 mennessä.

²⁵⁶ Skitsofreniaprojekti 1981–1987 1988, 31–33.

²⁵⁷ Keroputaan mallia toteutetaan avoimen dialogin periaatteilla, sairastuneen potilaan koko perhe otetaan mukaan hoitoon ja lääkkeiden käyttö pyritään pitämään mahdollisimman pienenä. Malli on herättänyt runsaasti kiinnostusta kansainvälisissä yhteyksissä ja siihen tullaan tutustumaan eri puolilta maailmaa. Suomessa malli herättää ristiriitaisen vastaanoton, kuten kaikki muukin psykiatriaan liittyvä, jossa kukaan ei omista koko totuutta. Useat hoito- ja lääketieteen edustajat kritisoivat mallia voimakkaasti. Potilasjärjestöissä ja kokemusasiantuntijatoiminnassa malli sitä vastoin herättää hyväksyvää kiinnostusta. Seikkula & Alakare 2004, 289–296 sekä ”Torniossa mielenterveyshoito toimii”: <https://www.hs.fi/sunnuntai/art-2000002600206.html>

²⁵⁸ Aaltonen 2007, 72–78.

²⁵⁹ Tarkastelen medikalisaation paradigma seuraavassa luvussa tarkemmin.

Projekti haluttiin perustaa mahdollisimman kattavaan tietoon suomalaisesta itsemurhasta, jota varten perustettiin oma tutkimusprojekti vuonna 1987.

Projektiryhmä julkaisi sekä tutkimustuloksia, että suosituksia. Suositukset koskivat enimmäkseen hoitotoimintojen kehittämistä. Tuen muotoja haluttiin tehostaa, ongelmia tunnistaa sekä saada useampia ihmisiä hoidon piiriin. Lisäksi suosituksissa huomioitiin itsemurhavälineiden saatavuuteen liittyviä seikkoja. Päävastuun itsemurhien ehkäisyssä ajateltiin kuitenkin kuuluvan terveydenhuollolle. Projektin tutkimuksessa huomattiin, että useimmilla itsemurhan tehneistä oli jokin mielen-terveyden häiriö, yleisimmin masennushäiriö, jota ei projektin tulosten mukaan tunnisteta ja hoideta riittävän tehokkaasti. Tämän vuoksi työryhmän suosituksissa korostuu perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuoltolain kehittäminen. Hoito- ja palvelujärjestelmän kehittämisen lisäksi työryhmä haastoi pohtimaan itsemurhien ehkäisyä myös yhteiskuntapoliittisena kysymyksenä ja pyrki esimerkiksi selvittämään miten yhteiskunnalliset olot ja ihmisen elinolot vaikuttavat itsemurhiin. Lisäksi pohdittiin suomalaista kulttuuria, ilmapiiriä ja ajattelutapoja sekä näiden vaikutusta ihmisten psyykkiseen hyvinvointiin. 1990-luvun alussa oli ajankohtaista pohtia myös laman vaikutusta kansalaisten psyykkiseen selviytymiseen.²⁶⁰

Yhteiskunnallinen aspekti näkyi siis tässä mielenterveystyön kehittämiseen liittyvässä virallisessa asiakirjassa samalla tavalla kuin *Lääkintöhallituksen esityksessä psykiatrisen terveydenhuollon kehittämiseksi*. 1980-luvun ohjelmissa näkyvätkin selvästi sosiaalipsykiatrisen paradigman vaikutteet. Mielenterveyspolitiikka ei ollut 1980-luvulla yksinomaan lääketieteellinen kysymys, vaan siihen vaikuttivat monet lääketieteen ulkopuoliset ajattelijat. Esimerkiksi itsemurha – projekti sosiaalisena kysymyksenä perustuu antropologi Emile Durkheimin klassikkoon *Le Suicide – etude de sociologie* vuodelta 1897, jossa itsemurhaa tutkitaan sosiaalisena ilmiönä.

Durkheimin ajattelussa korostuu yhteiskunnan vastuu ihmisen pahoinvoinnin aiheuttajana. Hänen mukaansa ihmisen ja yhteiskunnan välinen suhde rakentuu sekä integraation, että regulaation varaan. Regulaatiolla hän tarkoittaa ihmiseen kohdistuvaa kollektiivista säätelyä. Integraatio ilmenee puolestaan yhteisöllisyytenä. Durkheimin mukaan itsemurha kuvastaa tilannetta, jossa integraatio ihmisen ja yhteisön välillä on heltynyt, ja jossa elämä menettää arvonsa ja mielensä. Durkheimin tutkimuksen mukaan yhteiskunnalliset voimat vaikuttavat ihmisten elämään, ja tällä on patologisia seurauksia, kuten itsemurhien lisääntyminen.²⁶¹

260 Itsemurhien ehkäisy Suomessa 1992–1995, 1–4, 7, 10–12, 30, 56–57, 80–88.

261 Jotkut katsovat, että sosiologian tieteenalana syntyi tämän teoksen myötä. Durkheim vertasi tutkimuksessaan Euroopan eri maiden erilaista itsemurhakuolleisuutta ja selvitti, mitä yhteisöllisiä tekijöitä itsemurhille on löydettävissä. Hänen johtopäätöksensä oli, että itsemurha on osoitus yhteisöllisyyden murenemisesta, jossa ihmistä ei ole onnistuneesti soviaalistettu ja sidottu yhteisöön. Durkheim määrittelee itsemurhan käsitteenä sellaiseksi kuolemantapaukseksi, jotka johtuvat suorasti tai epäsuorasti uhrin omasta positiivisesta tai negatiivisesta teosta, jonka hän varmasti tietää tuottavan tämän tuloksen. Hän kiistää itsemurhan liittyvän mielisairauteen, sillä tällöin itsemurha olisi vain yksilöllinen sairaus eikä sosiaalinen ilmiö ja se ei olisi mah-

Myöhemmät tutkijat ovat huomanneet, että Durkheimin mainitsemat yhteiskunnalliset muutokset ovat vain lisääntyneet kiihtyvällä tahdilla Durkheimin tutkimuksen jälkeen ja samalla myös tutkitusti sen patologiset seuraukset, kun ihmisten pahoinvointi on lisääntynyt. Tälle ajalle ominaiselle sairastamiselle ja oireilulle voi hyvinkin olla sosiaalisen ympäristön merkitys suuri.²⁶²

Itsemurhaprojekti ei kuitenkaan käynnistänyt yhteiskunnallisten mekanismien vaikutusten tutkimista yksilön psyykkiseen oireiluun. Sen sijaan itsemurhaprojekti tematisoi psyykkisen sairastuvuuden riskin käsitteen kautta, kun masennus löydettiin riskitekijänä itsemurhien suhteen. Riski-ajattelu vakiintui psykiatriseen keskusteluun 1980-luvun puolivälissä, kun ryhdyttiin tutkimaan terveyteen ja sairauteen vaikuttavia riskitekijöitä tilastojen ja väestöaineistojen avulla. Mielenterveytyön tavoitteet siirtyivät siis tämän projektin myötä ensimmäistä kertaa aktuaalisesta sairauden hoidosta sairauden puhkeamista ennakoiiviin asioihin.²⁶³

Olen edellä kuvannut niitä muutamia taitekohtia, joissa on valittu yksilöihin ja ihmisryhmiin kohdistuvien interventoiden kehittäminen yhteiskunnallisten rakenteiden kehittämisen sijaan. Julkisen vallan ohjaus kohdisti kehittämistoimintaansa yksilöihin ja ihmisryhmiin ja koko väestöön. Yhteiskunnalliset näkökulmat katosivat kehittämistyöstä ja vakavasti sairaat unohtuivat kansanterveyden jalkoihin. Vakavasti ja kroonisesti sairaiden kansalaisten elämään liittyviä epäkohtia ei kuitenkaan unohdettu kansalaisyhteiskunnassa ja potilasjärjestötoiminnassa, vaan 1980-luvun lopulla toteutettiin voimakasta vammaispolitiikka, jonka seurauksena vanhaa Invalidihuoltolakia ryhdyttiin uudistamaan ajankohtaisemmaksi. Myös mielenterveyden häiriöön sairastuneille avautui mahdollisuus edistää omia oikeuksiaan tämän uudistustyön puitteissa – tarttuivatko he tähän mahdollisuuteen?

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista²⁶⁴ vuonna 1987 muutti ratkaisevasti tilannetta vamman tai sairauden määrittelyn

dollista terveillä ihmisillä. Hän kritisoi itsemurhien luokittelua erilaisten mielenhäiriöiden mukaan (mm. melankolia ja pakko-oireet), ja toteaa, että monet vapaaehtoisista kuolemista eivät sovi mihinkään näistä luokitteluista, sillä niiden vaikuttimet liittyvät todellisuuteen eikä mielen sisäiseen maailmaan. Durkheim pitää sairautta merkittävämpänä tekijänä ns. perinnöllisyyttä ja itsemurhien ”tarttumista” ihmiseltä toiselle ja käyttää todisteena esim. alueellisia, kulttuurisia ja rodullisia eroja. Itsemurhien sosiaalisia syitä etsiessään Durkheim tutki mm. sitä, että millä tavoin erilaiset uskonnot vaikuttavat itsemurhiin sekä perhestatuksen ja yhteiskunnallisten mullistusten ja poliittisten muutosten merkitystä. Lisäksi hän esittää, että yhteisöjen tavoissa säädellä yksilöitä on suora yhteys itsemurhakuolleisuuteen ja huomauttaa, että mikään olento ei voi elää, ellei sen tarpeiden suhde käytettävissä oleviin keinoihin ole riittävä. Hänen mukaansa sosiaalinen elämä edellyttää, että yksilöllä on tietty persoonallisuus ja että hän on valmis antamaan periksi yhteisön sitä vaatiessa. Tämän takia Durkheim selittää itsemurhien määrän kasvun sillä, että ihmiset eivät enää tunne oikeutettujen tarpeiden rajoja eikä tiedä pyrkimystensä merkityksiä ja että valtio on tämän suhteen samanaikaisesti sekä tungetteleva, että kyvytön. Durkheim 1973, 5, 20–21, 27–33, 54–81, 117–120, 149, 174, 222–233, 264, 272, 363, 415–419, 444, 448. Durkheimin sosiaalisen kontrollin kritiikki näkyy myöhemmissä mielenterveystutkimuksissa mm. Goffmannilla ja Scheffellä.

262 Järventie 2010, 32–33, 41, 43. Myöhemmin Foucault on jatkanut yhteiskunnallisen hallinnan ja vallan analysointia.

263 Helen & Hämäläinen & Metteri 2011, 36.

264 Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987.

osalta vanhaan invalidihuoltolakiin verrattuna. Yli 40 vuotta voimassa ollut laki oli rajannut psyykkisesti sairaat lain ulkopuolelle. Heidän mahdollisuutensa sosiaalitoimen vammaispalveluihin olivat olleet olemattomat. Uusi vammaispalvelulaki perustui toiminnallisen haitan määrittelyyn vamma-/diagnoosiperäisten rajoitteiden sijaan. Laissa vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista vammaisella henkilöllä tarkoitetaan henkilöä, jolla vamman tai sairauden johdosta on pitkäaikaisesti erityisiä vaikeuksia suoriutua tavanomaisista elämän toiminnoista.²⁶⁵

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 1989 teettämän selvityksen mukaan uuden lain toimeenpanossa oli kuitenkin puutteita. Psyykkisesti sairaat eivät olleet hakeneet palveluita. Potilasjärjestöt olivat jo ennen tätä esittäneet kritiikkiä lain toimimattomuudesta psyykkisesti sairaiden kohdalla. Haasteena oli ollut psyykkisen sairauden aiheuttaman haitan kuvaaminen.²⁶⁶ Vammaispalveluiden viitekehyksenä säilyi siis somaattinen vamma lakiuudistuksesta huolimatta, joka on jatkunut tähän päivään asti. Monet vammaispalvelut, kuten henkilökohtainen apu, on harvoin toteutunut psyykkisesti sairaan kohdalla, vaikka yksilö siitä selvästi hyötyisi. Kysyttäessä sosiaalityöntekijöiltä asiasta, oli psyykkisesti sairaiden kohdalla hyödynnetty lähinnä kuljetuspalveluja. Suurin este vammaispalvelulain soveltamisessa psyykkisesti sairaiden kohdalla oli virkailijoiden tietämättömyys ja asenteet sekä mielenterveyspalveluissa toimivien tahojen passiivisuus tiedon lisäämisen suhteen.²⁶⁷

Vaikuttaa erikoiselta, että alan ammattilaiset eivät ole tienneet, että mielen-terveysasiakas saattaa tarvita esimerkiksi tukea asumiseen ja omatoimisuuteen,

265 Lain tarkoituksena on edistää vammaisen henkilön edellytyksiä elää ja toimia muiden kanssa yhdenvertaisena yhteiskunnan jäsenenä sekä ehkäistä ja poistaa vammaisuuden aiheuttamia haittoja ja esteitä. Lain mukaan vaikeavammaisella henkilöllä on oikeus saada kuljetuspalveluja matkoihin, jotka liittyvät työssä käymiseen, opiskeluun, asiointiin, yhteiskunnalliseen osallistumiseen, harrastamiseen tai virkistykseen. Hänellä on myös oikeus saada korvausta kuluista, jotka aiheutuvat asunnossa tehtävistä muutostöistä ja asuntoon kuuluvien välineiden ja laitteiden hankkimisesta sekä henkilökohtaisten apuvälineiden hankkimisesta ja henkilökohtaisen avustajan palkkaamisesta. Vaikeasti kuulovammaisilla, kuulonäkövammaisilla sekä puhevammaisilla henkilöillä on oikeus maksuttomaan tulkkauspalveluun. Sopeutumisvalmennus auttaa vammaista henkilöä elämään täysipainoista elämää vammansa kanssa. Vammaisille henkilöille järjestetään erilaisia asumis- ja palveluja. Tämän lisäksi heillä on lain suoma oikeus tulkkauspalveluihin, päivätoimintaan, henkilökohtaiseen apuun ja tuettuun asumiseen. Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987. Vammaisten palveluista säädetään lisäksi Kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa. Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977.

266 Heiskanen 1991, 179–181. Jo vuonna 1966 Kuntoutuskomitea oli mietinnössään esittänyt, että silloinen Invalidihuoltolaki ei enää vastannut kuntoutusjärjestelmään liittyviä vaatimuksia ja tähän liittyen vaati, että fyysisesti tai psyykkisesti sairaat sekä muun tavoin vammaiset tuli saattaa Invalidihuoltolain toimeenpanon ja kuntoutuksen piiriin. Komitean näkemyksen mukaan kuntoutuksen tavoitteeksi tuli nostaa päivittäisistä toiminnoista ja normaalista elämästä suoriutumisen edistäminen. Kehitysvammakomitea julkaisi vastaavasisältöisen ehdotuksen vuonna 1969. 1960-luku oli kauttaaltaan vammaishuollossa kuntoutusajattelun levähdämisen aikaa. 1970-luvulla Suojatyötoimikunta laajensi kuntoutusajattelua koskemaan työtä ja se vaati Invalidihuoltolain suojatyön laajentamista koskemaan myös psyykkisesti sairaita. Suojatyön tarve näyttää syntyneen samaan aikaan, kun työ alettiin hahmottaa kansalaisen oikeudeksi 1960- ja 1970-lukujen aikana. Suojatyöstä kaavailtiin ratkaisua niiden kansalaisten työllistymiseen, jotka eivät voisi työllistyä avoimille työmarkkinoille. Leppälä 2014, 104, 108, 125, 150, 153, 159.

267 Vesänen 1991, 182–185.

päivittäisistä askareista selviytymiseen, henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimiseen ja kodinhoitoon. Anna Metteri, joka on väitöskirjassaan tutkinut hyvinvointivaltion lupausten ja toteutuneiden palveluiden välistä ristiriitaa sekä niistä syntyviä kohtuuttomia tilanteita yksittäisille kansalaisille, nostaa yhdeksi esimerkiksi kohtuuttomista tilanteista psyykkisesti sairaiden jäämisen vammaispalvelulain soveltamisen ulkopuolelle. Hänen mukaansa psyykkisen sairauden aiheuttamaa vammaisuutta eikä hoidon tarvetta tunnusteta samalla tavalla kuin fyysisen sairauden kohdalla. Tämän takia psyykkisesti sairastuneet jäävät ilman sosiaaliturvaa, eikä psykiatrisissa hoitokontakteissa osata asiaa edistää. Taustalla on laajempi ammatillisuuteen liittyvä ongelma. Metterin mukaan sosiaalityöntekijät eivät tunnista omaa rooliaan mielenterveytyössä.²⁶⁸

Mielenterveyden ja vammaisuuden välisessä suhteessa voidaan taustalla nähdä historiallinen kehityskulku²⁶⁹, jota kuvasin jo lyhyesti tämän luvun alkupuolella käsitellessäni työmarkkinapolitiikan rinnalla syntynyttä eläkepolitiikkaa. Vuodesta 1946 vuoteen 1987 oli Invalidilaissa kirjattu selvästi, että laki ei koskenut ”*psykkilistä laatua olevaa vajavaisuutta*”, eikä mitään muitakaan vammairyhmiä liikuntavammaisia, sokeita ja kuuroja lukuun ottamatta. Vasta 1950-luvulla hyväksyttiin vammairyhmiin myös tuberkuloosia ja tämän perässä reumaa ja sydäntautia sairastavat ihmiset. Mielenterveyden häiriöön sairastuneita koskivat kuitenkin vielä tässä vaiheessa mielisairaslaki. Vuonna 1987 voimaan astuneen vammaispalvelulain piti rikkoa tämä jaottelu, mutta käytännössä esimerkiksi asumiseen ja hoitomaksuihin liittyvä eriarvoisuus mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmisten ja vammaisten ihmisten välillä säilyi. Esimerkiksi 1990-luvun lopulla Helsingissä 13 000 henkilöä sai vammaispalvelulain mukaista kuljetustukea. Heistä vain 44:llä oli mielenterveydenhäiriö.²⁷⁰

Mielenterveysjärjestöjen vaikuttamistyö sen suhteen, että vammaispalvelulain tulkintatapoihin saataisiin muutosta ja myös vakaviin mielenterveydenhäiriöön sairastuneet lain soveltamisen piiriin, on ollut kuitenkin heikkoa. 1990-luvun lopussa Mielenterveyden keskusliiton puheenjohtaja Ilkka Taipale julkaisi raportin *Mielen sairaat samalla viivalle – vammaisetuksien soveltaminen*. Kirjan tarkoituksena oli herättää keskustelua sosiaali- ja terveydenhuollon etuuksia koskevien lakien soveltamista mielenterveysvammasiin.²⁷¹ Samoihin aikoihin julkaistu Sosiaali- ja terveysministeriön *Mielekäs elämä -loppuraportti* vaatii myös asiaan muutosta. Myöhemmin tämä epäkohta kirjattiin myös *Mielenterveyspalveluiden*

268 Metteri 2017, 105–106.

269 Päivi Rissanen tuo omaa kuntoutumista tutkivassa väitöstyössään esiin senkin, että vammaistutkimuksen ja mielenterveyskuntoutujien kokemustutkijoiden välinen suhde on haastava. Hänen mukaansa vammaiset ihmiset eivät välttämättä halua samaistua mielenterveyskuntoutujiin pelätessään leimautumista. Rissanen 2015, 40.

270 Taipale 2017, 241–242.

271 Taipale 1997.

laatusuosituksiin, mutta näistä yksittäisistä ponnisteluista huolimatta ei tilanteeseen ole saatu vielä tänäkään päivänä muutosta.

Mielenterveyspotilaat eivät ole ainoa potilasryhmä, joka jää lain soveltamisen ulkopuolelle, vaan vammaispalvelulain toimeenpanoon liittyvistä erimielisyyksistä johtuen myös autismin kirjon henkilöt jäävät vaille heille kuuluvia palveluja. Erityisesti tämän lain kohdalla voidaan siis huomata, miten julkisen vallan ohjauskeinonaan käyttämä normiohjaus ei hyvistä tavoitteistaan huolimatta toimi käytännössä. Perus- ja ihmisoikeuksia jää tämän takia monen kohdalla toteutumatta, kun mikään taho ei aja asiaan muutosta. Tämä on yllättävää, sillä potilasjärjestöillä on perinteisesti ollut merkittävä rooli yhteiskuntapolitiikassa ja ne ovat kyenneet vaikuttamaan julkisen vallan ohjaukseen tehokkaastikin. Järjestöt ovat profiloituneet toiminnassaan edustamansa kohderyhmän edunvalvontaan ja oikeuksien ajamiseen, sekä tarjonneet toimintaa ja paikkoja samassa elämäntilanteessa oleville ihmisille eli vertaistukea. Mielenterveyden häiriöitä sairastavien potilasjärjestöt ovat syntyneet muita vammaisjärjestöjä myöhemmin. Akuutti tarve niille on noussut vasta sairaaloiden lakkauttamisen myötä 1970-luvulta alkaen, kun huomattiin, miten heikosti julkinen valta kykeni ratkaisemaan vakavasti sairaiden yhteiskunnalliseen asemaan liittyviä ongelmia.

Huolimatta siitä, että vammaispolitiikalla oli yhtenevät tavoitteet mielenterveyspolitiikan kanssa marginaalissa elävien kansalaisten yhteiskunnallisen aseman vahvistamiseksi, eivät nämä kaksi tahoja lähteneet kuitenkaan rakentamaan yhteistä vaikuttamis- ja painostamistoimintaa. Sen sijaan syntyi mielenterveyskuntoutujien omaa järjestö- ja vaikuttamistoimintaa. Esittelen seuraavaksi tiiviisti mielenterveyteen liittyvän kansalaisjärjestötoiminnan syntymistä, sillä potilasjärjestötoiminnalla on ollut tärkeä rooli julkisen palvelujärjestelmän ja psykiatrian aukkojen paikkaajana. Kun psykiatria toimi lääkkeiden, aivojen ja yhä kasvavan masennuksen parissa ja julkinen valta ohjasi resursseja ja ohjausta palvelujärjestelmän kehittämiseen, olivat vakavasti sairaat jääneet suorastaan heitteille. Heidän ihmis- ja perusoikeuksiensa toteutumisessa oli edelleen suuria puutteita. Voimakkain kritiikki kohdistui erilaisiin hoitomuotoihin.

4.4 POTILASJÄRJESTÖJEN MERKITYS

Hoitojärjestelmän puutteiden takia psykiatria uudistavien sosiaalipsykiatristen ammattilaisten huomio suuntautui palvelujärjestelmän ja psykiatrisen hoidon uudistamiseen sekä yhteiskunnassa tehtävän mielenterveystyön käynnistämiseen. Sosiaalipsykiatriasta poikkeava ajattelu kanavoitui kansalaisjärjestötoimintaan. Kansalaisjärjestötoiminnan aktivoituminen oli mielenterveyspotilaiden edunvalvonnassa tärkeä vaihe dehospitalisaation aikana. Järjestötoiminnan kautta oli mahdollista kyseenalaistaa julkisen vallan ohjausnormeja. Kansalaisjärjestötoimijat

olivat erityisen huolissaan hoitokäytäntöihin liittyvien ihmisoikeusrikkomusten lisäksi lääketieteellisen näkökulman vahvistumisesta sosiaalisen ja yhteiskunnallisen näkökulman kustannuksella. Yksipuolista psykiatriasta näkökulmaa vastustettiin. Suomeen syntyi ensimmäinen mielenterveyspotilaiden ihmisoikeuksia puolustava kansalaisliike jo 1960-luvun loppupuolella.

Sadankomitean²⁷² jälkeen perustettu Marraskuun liike pyrki kiinnittämään huomiota mielisairaiden²⁷³ ja vankien asemaan. Helsinkiläiset akateemiset asiantuntijat perustivat Marraskuun liikkeen vuonna 1967. Perustajat puolustivat vankeja, mielisairaita ja asunnottomia vetoamalla ihmisoikeuksiin ja kyseenalaistivat yhteiskunnan käyttämiä toimenpiteitä, joilla ylläpidettiin yhdenmukaisuutta. Liike perustui tieteelliseen tutkimukseen ja se oli kiinnostunut ihmisoikeuksista modernin sosiologian kuten edellä esiteltyjen Goffmanin ja Parsonsin tutkimusten valossa.

Liike syntyi arvomurroksessa, kun perinteisen agraariyhteiskunnan konservatiivisia hyveitä ryhdyttiin korvaamaan uusvasemmistolaisilla arvoilla, solidaarisuudella, humanisuudella ja tasa-arvolla.²⁷⁴ Liikkeen alkuna voidaan pitää erilaisia huoltolaitoksia ankarasti kritisoineen *Pakkoautetut* kirjan julkaisemista. Suurta huomiota tutkijoiden, sosiaalihuollon ja median piirissä saavuttaneessa teoksessa suositellaan, että laitoshoidosta²⁷⁵ on päästävä eroon ja on siirryttävä avohoitoon.

Marraskuun liikkeessä pyrittiin muuttamaan olosuhteita eikä yksilöitä, ja sen tavoitteet koskivat yhteiskunnallisten epäkohtien korjaamista. Se myös kritisoi mielivaltaista tapaa määritellä poikkeavuus ja Suomen muita maita yleisempiä vapaudenriistoja osana hoitoa.²⁷⁶ Laitoksissa olleita ihmisiä oli alusta alkaen mukana liikkeessä,²⁷⁷ jossa haluttiin aktivoida kontrollipolitiikan kohteeksi joutuneet ihmiset, kuten mielenterveyspotilaat. Tavoitteena oli voimaannuttaa ja aktivoida heidät niin, että liikkeestä tulisi lopulta tarpeeton.²⁷⁸ Marraskuun liike oli tarkka siitä, että se ei identifioitunut hyväntekeväisyysjärjestöksi, vaan yhteiskunnan

272 Sadankomitea oli pasifistinen rauhanjärjestö ja loi kansalaisjärjestön mallin, jota muut liikkeet myöhemmin seurasivat. Honkala 2010, 25–26.

273 Pietikäinen 2013, 166.

274 Honkala 2010, 1–7. Vaikutteet Marraskuun liikkeen arvoille tulivat jälleen kerran kansainvälisestä yhteyksistä, erityisesti tutkimusmaailmasta, sillä Marraskuun liikkeen taustalla vaikuttivat silloista yhteiskunnallista tutkimusta hallinneet Dahrendorfin konfliktien säätelyteoria sekä Allardtin solidaarisuusteoria. Liike siirtyi nopeasti ideologisesti vasemmalle marxilaisen ajattelun vaikutuksesta ja sai vaikutteita myös yhdysvaltalaisesta Scheffin leimaamisteoriasta. Honkala 2010, 26–47.

275 Mielisairaaloiden lisäksi Suomessa oli tuolloin runsaasti myös vankiloita, työlaitoksia, alkoholistihuoltoloita sekä koulu- ja vastaanottokoteja. Laitosten epäkohtien esiin nostamisen ja voimakkaan kritiikin lisäksi Marraskuun liike arvosteli myös laitosten ulkopuolista kontrollipolitiikkaa. Suurimmassa puutteessa oleville annettiin huoltoapua, joka perittiin myöhemmin takaisin työlaitoksen uhalla. Yhteiskunnan tarjoama apua oli siis voimakkaasti vastikkeellista. Honkala 2010, 47–49.

276 On huomattava, että Suomen suuremmat ns. vapaudenriistot muihin maihin verrattuna on edelleen sama haaste tänäkin päivänä.

277 Liike järjesti myös kirjoituskilpailun mielisairaalan potilaille ja näistä kokemuksista koottiin *Vaatteet pois ja aatteet* teos, jossa potilaat pääsivät ensimmäistä kertaa ääneen. Kirjoituksissa arvosteltiin mielisairaaloitten oloja kovin sanoin. Honkala 2010, 99.

278 Yhteistyö ns. poikkeavien ja ei-poikkeavien välillä ei ollut ongelmatonta. Honkala 2010, 120.

rakenteiden muuttamiseen tähtääväksi poliittiseksi liikkeeksi ja poikkeavien yksilöiden etujärjestöksi.²⁷⁹

Marraskuun liike järjesti maaliskuussa 1967 Mielisairaalaiviikon, jonka aikana tuotiin esiin psykiatriaan liittyviä epäkohtia. Laitosten oloja kritisoitiin epäinhimilliseksi ja pakkohoidon kerrottiin loukkaavan useita ihmisoikeuksia. Liike myös kritisoi kehitysvammaisten, alkoholistien ja epilepsiaa sairastavien sulkemista mielisairaaloihin. Sen mukaan psykiatrisessa hoidossa korostuivat myös luokkaerot, sillä suurin osa pakkohoitoon otetuista kuului alempaan sosiaaliluokkaan, ja vain varakkaille kansalaisille oli tarjolla sairaalahoidolle vaihtoehtoista pitkäaikaista psykoterapiaa. Marraskuun liike kritisoi myös kehittämätöntä avohoitoa.

Marraskuun liike vaati osaeläkejärjestelmän luomista Suomeen Hollannin mallin mukaisesti sekä mielisairaiden suojatyöverkoston rakentamista tavalla, jota Lääkintöhallitus esitti myöhemmin vuonna 1977. Mielisairaiden ajateltiin integroituvan yhteiskuntaan ensisijaisesti työn kautta. Liike korosti myös ehkäisevän työn merkitystä ja kritisoi esimerkiksi sitä, että Helsingin koulujen 30 000 oppilaalle oli vain kaksi psykiatria, mutta kuusikymmentä hammaslääkärää. Marraskuun liike nautti yhteiskunnallista arvostusta ja siltä pyydettiin lausuntoja komiteamietintöihin ja lainsäädännön kehittämiseen. Liike ajautui kuitenkin hiljalleen sisäisiin erimielisyyksiin ja lopulta se lopetettiin.²⁸⁰

Potilasjärjestötoiminnalla on Marraskuun liikettäkin vanhemmat perinteet Suomessa. Potilasjärjestöillä on ollut tärkeä rooli osana yhteiskunnallista päätöksentekoa sekä vaikutusta kulloinkin harjoitettuun yhteiskuntapolitiikkaan. Toisaalta potilasjärjestöt ovat olleet julkisen vallan tarpeellinen ja jopa välttämätön vastavoima ja toisaalta ne ovat toimineet julkisen vallan kanssa yhteistyössä yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Kokonaiskuvan luominen mielenterveyspotilaiden ihmisoikeuksien toteutumista koskeviin ongelmiin havahtumisesta edellyttää Suomessa toimivien niin kutsutun kolmannen sektorin järjestöjen ja instituutioiden toiminnan esittelemistä. Ilman sitä ei voida saada kunnollista kuvaa tämän potilasryhmän edunvalvonnasta hyvinvointivaltiossa ja sen vaikutuksesta yhteiskunnan mielenterveyspolitiikkaan.

Ennen varsinaisia potilasjärjestöjä oli jo olemassa laaja-alaista kansalaisjärjestötoimintaa. Suomessa perustettiin 1800-luvun jälkipuolella raittius-, urheilu-, ja nuorisoseuroja. Filantrooppisten aatteiden vaikutuksesta korostui yksityinen, yhdistysmuotoinen hyväntekeväisyys. Aatesisältö voidaan tiivistetysti määritellä koskemaan rahan, palveluiden tai tavaroiden antamiseksi vähempiosaisille ilman vaatimusta vastapalvelusta. Se oli poikkeuksellista aikana, jolloin köyhäinavunkin vastikkeellisuus konkretisoitui työvelvollisuutena. Hyväntekeväisyystyö

279 Honkala 2010, 17- 19, 29, 31, 34, 36, 40, 50, 52.

280 Honkala 2010, 93-98.

yhdisti naisten yhteiskunnallisen aktivoitumisen ja kaupungistumisen kärjistämän köyhyysongelman.²⁸¹

Ensimmäinen vammaisten oma järjestö oli Turun kuuromykkäyhdistys, joka perustettiin vuonna 1886. Sen jäsenistö oli pääosin kuurojen koulujen entisiä oppilaita. Vammaisten oma potilasyhdistys on ollut selvä askel kohti aikaisempaa aktiivisempaa kansalaisosallisuutta. Sokeain ystävät -yhdistys perustettiin seuraavana vuonna 1887. Kuuroilla ja sokeilla oli muita vammaisia paremmat mahdollisuudet ryhtyä toimimaan yhdistyksissä, sillä he olivat ensimmäinen koulutusta saanut ryhmä ja he kykenivät oppimaan ammatteja ja olemaan näin aktiivisia myös yleisemmin. Kun sokeat ja kuurot oppivat tulemaan itsenäisesti toimeen, holhoava yhteiskunta alkoi samalla tuntua sietämättömältä. Yhdistykset järjestäytyivät keskusliitoiksi ja ryhtyivät rahoittamaan toimintaansa varainkeruun lisäksi valtion avustuksilla ja vuodesta 1938 alkaen järjestöjen perustaman Raha-automaattiyhdistyksen avustuksilla.²⁸²

Samoihin aikoihin muutkin yhdistykset ryhtyivät perustamaan hoitokoteja ja parantoloita muun muassa niin kutsuttua kaatumatautia ja tuberkuloosia sairastaville. Vaikka Turun Kuuromykkäyhdistys oli jo potilaiden perustama yhdistys, potilasjärjestöt alkoivat toimia myöhemmin kuin hyväntekeväisyysjärjestöt. Ensimmäinen varsinainen potilasyhdistys oli vuonna 1941 perustettu Tuberkuloosipotilaiden liitto, jonka tehtävänä oli edustaa potilaita yhteisissä asioissa, tukea paikallisyhdistyksiä ja tehdä yleistä valistustyötä. Ensimmäinen neurologinen vammaisjärjestö oli vuonna 1953 perustettu Vajaaliikkeisten kunto ry, VLK.²⁸³

Potilasjärjestöjen juuret ovat varsinaisesti kansalais- ja kuluttajaliikkeessä, naisliikkeessä ja itsehoitoliikkeessä, jotka syntyivät 1950–1960-luvuilla Yhdysvalloissa ja levisivät sieltä Eurooppaan. Ne korostivat potilaiden oikeuksia, oman avun, voimavaraistamisen (*empowerment*) ja vaikuttamisen merkitystä. Potilasjärjestöjen tarve syntyi valta- ja auktoriteettirakenteiden heiketessä yhteiskunnassa, ja kun henkilökohtaisen elämäntavan merkitystä ja kunkin omaa vastuuta korostava ajattelutapa vahvistui.²⁸⁴

Käsitteenä potilasjärjestö voidaan ymmärtää laajasti. Stakesin määritelmän mukaan potilasjärjestö on järjestö, joka on muodostunut jokin sairauden, taudin, vamman, tai sairaus-, tauti- tai vamma ryhmän ympärille, ja kyseenä oleva tila on

281 Nygård & Tuunainen 1996, 185–187. Suomen ensimmäisistä hyväntekeväisyisyhdistyksistä käytettiin myös ilmaisua ”rouvasväen yhdistykset”, sillä ne olivat ensimmäisiä areenoita, joissa ”äitiys” työntyi yksityiseltä sektorilta julkisen toiminnan piiriin. Hyväntekeväisyyden lisäksi toimintaan liittyi myös kasvatuksellinen ulottuvuus. Ruuhonen 2003, 43 sekä Koskinen & Ollonqvist & Aalto-Kallio 2013, 339–340.

282 Nygård & Tuunainen 1996, 187–193, 200, 208–209.

283 Nygård & Tuunainen 1996, 194–197, 225–230, 234–235, 239–240.

284 Potilasjärjestöt ovat ajan myötä muuttaneet nimiään sairauskeskeisyydestä laajempaan kontekstiin niin Suomessa kuin kansainvälisesti (esim. *chronic illness, long-term conditions*). Lisäksi nykyisin puhutaan kuluttajajärjestöistä (*patient groups, health consumer groups*), koska sen katsotaan kertovan toiminnasta kattavammin. Toiviainen 2005, 7–8 sekä Toiviainen 2007, 27–29 sekä Toiviainen 2013, 348.

virallisesti hyväksytty ja tunnustettu kansainvälisen ICD-10-tautiluokituksen²⁸⁵ mukaan sairaudeksi tai vammaksi. Potilasjärjestössä on jäsenenä potilaita tai sairaiden lasten vanhempia ja perheitä ja se on valtakunnallinen. Potilasjärjestöjä väitöskirjassaan tutkinut Toiviainen määrittelee potilasjärjestön yleisesti järjestöksi, jonka tarkoitus on vaikuttaa sairauksien hoitoon ja terveystalveluiden toimintaan.²⁸⁶

Vaikka mielenterveyspotilaiden oma järjestötoiminta on alkanut melko myöhään, on mielenterveyspotilaiden edunvalvonnalla pitkä historia. Mentaalihygieeninen liike syntyi ensimmäisen julkisen potilaan kokemuskertomuksen ilmestyttyä vuonna 1907 Yhdysvalloissa. Liikkeen tehtävänä oli potilaiden hoidon ja kohtelun parantamisen lisäksi mielisairauksien ennaltaehkäisy. Suomeen perustettiin jo vuonna 1897 Turvayhdistys²⁸⁷, myöhemmin Sielunterveysseura ja Suomen Mielenterveysseura (nykyään Mieli Suomen mielenterveys ry) yhteiskunnallisten epäkohtien korjaamiseksi. Seura halusi tukea hädänalaisia mielenterveyspotilaita esimerkiksi perustamalla turvakoteja sairaaloista kotiutetuille ja ennaltaehkäistä mielenterveysongelmia.²⁸⁸ Yhdistyksen alkuvuodet olivat haasteellisia, sillä ennakkoluulot mielisairaiden yhteiskuntaan palauttamista kohtaan olivat suuret ja turvakoteja saatiin perustettua vain muutama.²⁸⁹

Mielisairaaloiden potilaiden oman yhdistystoiminnan mahdollisti sosiaalipsykiatrisen kuntoutusajattelun tuleminen osaksi mielisairaaloiden hoitoparadigmaa. Markku Salon mukaan kuntoutusmyönteistä sosiaalipsykiatrisen suuntauksen mukaista hoitoa toteutettiin joissain sairaaloissa jo 1960-luvulla.²⁹⁰ Aluksi avohoitoa edistettiin kehittämällä kuntoutusta, jonka tavoitteena oli tukea ja auttaa potilasta kotiutumaan sairaalasta. Se toteutettiin huoltotoimistojen kautta, jollaisia Suomen Mielenterveysseura ja Helsingin kaupunki olivat perustaneet jo 1920-luvulla.²⁹¹ Kuntoutusajattelun omaksuminen Suomessa käynnisti muutoksia sairaaloissa ja niiden potilaissa. Käynnistettiin potilastoimintaa ja perustettiin potilastoimikuntia, joiden pohjalta muodostettiin myöhemmät potilasyhdistykset ja lopulta perustettiin potilaiden oma keskusliitto.²⁹²

285 ICD eli *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* on WHO:n luoma kansainvälinen luokitusjärjestelmä. Tautiluokitus ICD – 10 2011. Tästä lisää tarkemmin luvussa 4.

286 Toiviainen 2007.

287 Ensimmäinen mielisairauksiin keskittynyt yhdistys, Turvayhdistys mielenvikaisia varten, perustettiin vuonna 1897. Lapinlahden mielisairaalan ylilääkäri oli kiinnittänyt huomiota siihen, ettei sairaiden hoidossa juuri ollut edistytty, vaikka mielisairaloita oli rakennettu runsaasti 1800-luvun loppupuolella. Hänen näkemyksensä mukaan monet sairaaloiden potilaista olisi mahdollista palauttaa perhehoidon kautta takaisin yhteiskuntaan. Nygård & Tuunainen 1996, 199.

288 Pietikäinen 2013, 365–369.

289 Yhdistyksen toiminta laajennettiin vuonna 1919 kattamaan mielisairaiden lisäksi myös kaatumatautiset ja heikkomieliset ja nimi muutettiin Sielunterveysseuraksi. Nygård & Tuunainen 1996, 199.

290 Salo 2011, 272.

291 Pietikäinen 2013, 271–272.

292 Suomen ensimmäinen sairaalan ulkopuolinen potilasyhdistys perustettiin vuonna 1968 Iisalmessa. Tavoitteena oli tukea sairaaloista kotiutuvia psyykepotilaita palaamaan tavalliseen arkeen tarjoamalla mm. ryh-

Mielenterveyden keskusliitto, MTKL, perustettiin samaan aikaan, kun mielen-terveystoimistojen asiakkuudet muuttuivat niin, että niihin alkoi tulla entisten sairaalapotilaiden lisäksi muuta eri tavoin oirehtivaa väestöä 1978 voimaan tulleen mielenterveyslain myötä. Julkisen palvelujärjestelmän antamassa hoidossa keskityttiin nyt lievähköjen häiriöiden hoitoon ja vielä 1970-luvulla asiakkaiden enemmistön muodostaneet psykoottisesti sairaat hävisivät hoidon piiristä muun muassa lääkkeiden kehityksen myötä.²⁹³

Mielenterveyden keskusliitto ryhtyi toimimaan näiden kansalaisten etujärjestönä.²⁹⁴ Potilasjärjestöt tarjosivat jäsenilleen edunvalvonnan lisäksi julkisen vallan ohjaamasta palvelujärjestelmästä poikkeavaa vertais- ja yhteisökuntoutusta. Vuonna 1970 perustettu Sopimusvuori ry. oli Suomen ensimmäinen terapeuttisena yhteisönä toimiva mielenterveyskuntoutusyhdistys.²⁹⁵ Mielenterveysalan potilasjärjestöt perustettiin paikkaamaan laman aiheuttamaa resurssivajetta, joka oli johtanut siihen, että mielenterveyslain toimeenpano epäonnistui julkisessa palvelujärjestelmässä jopa siinä määrin, että lakia jätettiin tietoisesti noudattamatta. Kansalaisyhteiskunta aktivoitui puolustamaan vakavasti sairaille suunnattuja mielenterveyspalveluja, kun yhteiskunta laiminlöi velvollisuutensa.²⁹⁶

Lääketieteellisestä paradigmasta riippumaton mielenterveystyön kehittäminen jatkui ensisijaisesti kansalaisjärjestötyönä, jonka tavoitteena oli sairastuneiden voimaannuttaminen, vertaisuuden mahdollistaminen ja osallisuustapojen luominen. Samaan aikaan uusvasemmistolaisen ideologian mukaisten ja Marraskuun liikkeen

mäterapiaa. Seuraavina vuosina uusia potilasyhdistyksiä perustettiin eri puolille maata ja laadittiin mm. kannanottoja mielenterveystyön muuttamiseksi, sillä tuohon aikaan 90% mielenterveystyöstä tapahtui Helsingissä ja muualla Suomessa jäätin vaille hoitotoimenpiteitä. Lääkärit, hoitajat ja mm. mielenterveystoimistot edesauttoivat ja tukivat yhdistysten syntymistä. Psykepotilaille ei ollut tarjolla juuri ollenkaan kuntoutusta lukuun ottamatta potilaskerhoja, toimintaterapiaa tai teollisuusterapiaa. Varsinainen keskusliitto perustettiin vuonna 1971 lissalnessa. Liiton tarkoituksiksi määriteltiin sairauksien syiden kartoittaminen ja poistaminen sekä tuen antaminen sairaalasta kotiutuville potilaille yhteiskuntaan integroitumiseksi. Kalemaa 1996, 36–41, 45–46, 48, 50, 54, 74.

293 Kalemaa 1996, 22.

294 Honkala 2010, 113, 133. Markku Salo on pitänyt mielenterveysjärjestöä merkittävänä tekijänä mielenterveyskuntoutujien osallisuuden ja aktiivisuuden edistämisessä, kun järjestötoiminta on kyennyt tarjoamaan aktiivista osallistumista hoidon kohteena olemisen sijaan. Hän pitää järjestötoimintaa demokratisoitumisen ja kulttuurisen moniäänisyyden vahvistamisen mahdollisuutena. Salo 2011, 274–275. Itse näen potilasjärjestötoiminnan haasteena sen, että se on yksi uusi tapa olla muusta yhteiskunnasta erillään, kuntoutujat keskenään ilman aitoa inklusiota ja vuorovaikutusta valtaväestöön. Mikäli toiminta keskittyy vain vertaisuuden tarjoamiseen ja toimintaympäristöjen luomiseen mieleltään sairastuneille, ei aitoa poliittiseen vaikuttamiseen tähtääviä tavoitteita synny. Tähän Markku Salokin viittaa, kun kysyy, että onko järjestöillä ollut merkittävää roolia oikeudenmukaisemman toimeentulon ja kuntoutujien kulttuurisen tunnistamisen toteutumisessa? Hänen ratkaisunsa tähän on ollut kokemustutkimustoiminnan ja kokemusasantuntijatoinnin vahvistaminen. Salo 2011, 280–284. Poliittinen sitoutumattomuus ja epäpoliittinen toiminta on ollut Mielenterveyden keskusliiton kantava periaate sen perustamisajoista lähtien. Vasta 1990-luvun alussa valittiin puheenjohtajaksi ensimmäistä kertaa julkipoliittinen henkilö. Kuitenkin poliittisten kannanottojen vältteleminen on ollut johdonmukaista – kuten muissakin vammaisjärjestöissä. Kalemaa 1996, 84–85.

295 Sopimusvuori ry saavutti merkittävän aseman Päijät-Hämeen mielisairaanhoitopiirin ylilääkärin Erik Anttisen ansiosta. Hämäläinen & Metteri 2011, 116 sekä Eskola 2007, 26.

296 Eskola 2007, 34–35.

ajamien, poliittista kansalaisuutta korostavien tavoitteiden merkitys heikkeni.²⁹⁷ Sairastuneiden ja kuntoutuvien poliittisen aseman vahvistamisen ja aktiivisen kansalaisuuden tukemisen sijaan muodostui uusia paikkoja ja tapoja olla muusta yhteiskunnasta ja tavallisesta kansasta erillään. Voidaan jopa sanoa, että syntyi eristynyttä järjestökansalaisuutta.

Järjestökansalaisuutta määrittivät kansalaisaktiivisuus ja vertaisuus, jotka toisaalta voimaannuttivat mielenterveyden häiriöön sairastuneita, mutta toisaalta ne estivät aidon inklusion valtaväestöön ja yhteistyön ammattilaisten ja viranomaisten kanssa sairastuneiden oman yhteiskunnallisen asemansa vahvistamiseksi. Mielenterveyden häiriöön sairastunut ei ollut enää vain potilas, mutta hänestä ei myöskään tullut kansalaista vaan kuntoutuja ja vertainen. Uudenlaisesta asemasta tuli usein loppuelämää määrittävä positio, eivätkä sairastuneet löytäneet paikkaansa esimerkiksi avoimilta työmarkkinoilta tai järjestöjen ulkopuolisista yhteisöllisyyden muodoista. Vaikka sairaaloiden ovet olivat auenneet, ovet valtaväestön yhteiskuntaan pysyivät kiinni.

Hyvinvointivaltion julkinen valta ei kuitenkaan ollut kiinnostunut epäkohdasta, vaan mielenterveyspolitiikkaa jatkettiin palvelujärjestelmäkeskeisesti ja lääketieteellisen paradigman mukaisesti. Ihmis- ja perusoikeuksien turvaamisen sijaan turvattiin palvelut. Yhteiskuntakriittisen Marraskuun liikkeen innoittamina syntyneet mielenterveysalan järjestöt mukauttivat toimintaansa vuosien mittaan julkisen vallan tavoitteisiin. Aikaisemmin julkisen vallan vastavoimana toimineesta instituutiosta tuli yhteistyökumppani, ja poliittisesta vertaistoiminnasta palvelujärjestelmän kehittämiseen valjastettua kokemusasiantuntijuutta. Tarkastelen tätä järjestötoiminnan kehittymistä myöhemmin tässä tutkimuksessa lisää, mutta seuraavaksi tarkastelen, miksi lääketieteellisestä paradigmasta tuli vallitseva ajattelutapa mielenterveyskysymysten ratkaisemisessa, vaikka hyvinvointivaltion alkuaikoina myös sosiaaliset ja yhteiskunnalliset kysymykset olivat esillä mielenterveystyön kehittämisessä, ja vaikka kansalaistoiminta mielenterveyskuntoutujien potilasjärjestöinä oli myös vaikuttava taho mielenterveystyön ohjaamisessa.

²⁹⁷ Yhteiskunnallisten epäkohtien huomioimattomuus mielenterveysalan potilasjärjestöissä on merkittävä ero esimerkiksi vammaispolitiikkaan verrattuna. Yhteiskuntakriittinen vammaistutkimus löysi paikkansa akateemisesta maailmasta ja onnistui vakiinnuttamaan käsityksen vammaisuuden yhteiskunnallisesta mallista lääketieteellisen mallin sijaan. Yhteiskunnallisessa mallissa huomio kiinnittyy yksilön sijaan sosiaalisiin ja yhteiskunnallisiin esteisiin. Yhteiskunnallinen malli muodostui vammaispolitiikassa lääketieteellisen mallin poliittiseksi, kulttuuriseksi ja tiedolliseksi vastakohdaksi. Salo 2011, 268. Suomessa nimettiin ensimmäinen vammaistutkimuksen professori Helsingin yliopistoon vuonna 2010 osana Vammaispoliittisen ohjelman (VAMPO) tavoitteita. Mielenterveyden keskusliiton jäsenille oli tärkeää erottautuminen invalidilain piiristä, sillä sen nähtiin vain lisäävän yhteiskunnasta eristäytymistä. Kalemaa 1996, 64.

4.5 LÄÄKETIETEELLINEN PARADIGMA

Alkuvuosien mielenterveystyössä tavoiteltiin yhteiskunnan rakenteisiin suunnattuja toimia ja esimerkiksi potilasjärjestöt pyrkivät potilaiden yhteiskunnallisen aseman kohentamiseen. Avohoitoon siirtymisen tavoitteiden saavuttaminen edellytti kuitenkin aiemmin sairaalaympäristössä harjoitetun psykiatrian uudistamista. Sairauksia tuli kyetä seuraamaan ja ennaltaehkäisemään väestötasolla ja edistämään mielen terveyttä. Hoitamisen haluttiin johtavan mitattaviin tuloksiin. Erilaiset kehittämispaineet nivoivat psykiatria entistä tiukemmin näyttöön perustuvaan lääketieteeseen, luonnontieteisiin ja mitattaviin, tilastoitaviin interventioihin. Poliittiset päättäjät odottivat avohoitoon siirtymisen tuottavan tuloksia talouden tehokkuusvaatimusten mukaisesti.

Interventioiden tehokkuutta ja vaikuttavuutta ryhdyttiin jo varhain arvioimaan lääketieteellisestä paradigmasta käsin, sillä sekä yhteiskunnan rakenteisiin suunnatuilta toimilta, että myös potilasjärjestöjen harjoittamalta toiminnalta puuttui lääketieteellisen viitekehyksen tutkimustuloksiin nojautuva näyttö - *evidence based practices*, jonka merkityksen vahvistuminen on jatkunut terveydenhuollossa tähän vuosikymmeneen saakka.²⁹⁸

Lääketieteestä lainattu vaatimus tuottaa näyttöön perustuvia hoitomenetelmiä johti siihen, että mielenterveystyön yhteiskunnallinen tutkimus ja ei-lääkkeellisten hoitomuotojen kehittäminen muuttuivat toissijaisiksi. Näyttöön perustuvien hoitomenetelmien lisäksi lääketieteellä oli selkeä, rajattu kohde eli potilas. Yhteiskunnan rakenteiden muutoksia tavoittelevan yhteiskunnallisen mielenterveystyön tai yhteisöllisyyttä ja kansalaisaktiivisuutta tavoittelevan potilasjärjestötyön kohde sen sijaan oli epämääräinen ja ennakoimaton.²⁹⁹

Lääketieteen potilas muuttui vaihikka väestöksi. Väestön terveydenhoito edellytti, että käytössä oli hoitomuotoja, joiden teho ja vaikuttavuus on arvioitu toistettavissa olevin koejärjestelyin, joissa käytetään tulosten yleistettävyyden kannalta tarpeeksi suuria aineistoja. Keskeisenä vaikuttavuuden osoittajana käytetään *RCT:tä* (*Randomised Controlled Trials*), jota pidetään luotettavuudeltaan ylivoimaisena metodina. Näytön vaatimusta on vähitellen ruvettu soveltamaan myös sellaisiin hoitomuotoihin, jotka poikkeavat luonteeltaan menetelmistä, joiden kehittämiseen RCT-lähestymistapa alun perin kehitettiin. Näyttöön perustuvan lääketieteen korostaminen on vahvistanut biolääketieteellistä lähestymistapaa.³⁰⁰

Näyttöön perustuvia käytäntöjä on sovellettu myös lääketieteen ulkopuolelle. Esimerkiksi Petteri Paasio sosiaalityön ammatillisessa lisensiaattitutkimuksessaan

298 Nykyään ei käytännössä voida tehdä uskottavaa lääke- tai hoitotieteellistä tutkimus- tai kehittämistyötä ilman ajatusta, että hoidon tuloksellisuus on voitava todentaa jonkin mitattavan suureen avulla.

299 On huomattava, että esimerkiksi sosiologia oli tuolloin vielä nuori tutkimusala.

300 Eskola 2007, 33 sekä Hautamäki 2016, 13–14.

korostaa sosiaalityön näyttöön perustuvien käytäntöjen merkittävyyttä sen takia, että esimerkiksi Yhdysvalloissa suurin mielenterveystyötä tekevä ammattiryhmä on sosiaalityöntekijät. Hän huomauttaa erityisesti mielenterveyspalveluiden olevan alue, jossa toimii useita eri alojen asiantuntijoita, jolloin on tärkeää kehittää yhtenevää käsitteistöä. Tieteenalat ylittävää, yhteistä näyttöön perustuvaa mallia onkin pyritty kehittämään.³⁰¹

Näyttöön perustuvat käytännöt voidaan helposti yleisessä keskustelussa sekoittaa käytännön työtä helpottaviin instrumentteihin, kuten käypä hoito -suositukseen³⁰². Terveydenhuollossa laaditut käypä hoito -suositukset perustuvat käsitykseen tehokkaista interventioista eri sairauksien hoidossa. Käypä hoito -suosituksia ja niiden tarkoituksenmukaisuutta kritisoidaan. Esimerkiksi Paasio huomauttaa, että tällaiset suositukset voivat jopa estää yksittäisen asiakkaan yksilöllisen, hänen arvoistaan ja olosuhteistaan löytyvän ratkaisun tai intervention käyttämisen.³⁰³

Näyttövaatimusten siirtäminen mielenterveystyön hoitomuotojen arvioimiseen on ongelmallista, koska oireisiin vaikuttavat monet muutkin tekijät kuin ne, joita lääketieteen menetelmin voidaan mitata ja tarkastella. Miten RCT-lähestymistavan edustama tutkimusperinne sopii yhteen niiden sosiaalipsykiatristen ajatusten kanssa, joiden mukaan mielenterveys koostuu yksilön ja yhteisön vuorovaikutuksesta ja joiden mukaan yhteiskunnalliset tekijät vaikuttavat merkittävästi ihmisen mielenterveyteen? Kuinka sosiaalipsykiatrinen lähestymistapa voidaan muokata näyttöön perustuviksi ratkaisumalleiksi?

Näyttöön perustuvuuden vaatimusta kritisoidaan. Esimerkiksi Eskola ja Taipale ovat arvostelleet sitä, että näyttöön perustuvasta lähestymistavasta on tullut ainoa mielenterveystyön kehittämisväline. Heidän mukaansa vaarana on, että se syrjäyttää sosiaalilääketieteellisen näkökulman lääkärin työssä. Lisäksi he muistuttavat, että kovan tieteellisen näytön hankkiminen mielenterveystyössä edellyttäisi pitkiä, hankalasti toteutettavia tutkimushankkeita, minkä lisäksi monesta kysymyksestä on mahdotonta hankkia pitävää näyttöä, koska se edellyttäisi eettisesti kestävämmien tutkimusmenetelmien käyttämistä.³⁰⁴

301 Tieteenalat yhdistävää toimintaa voidaan kutsua myös käsitteellä käyttäytymistieteellinen terveydenhuolto (*behavioral health care*), sillä siihen kuuluvat mm. lääketiede, terveydenhuolto, psykologia, terveyden edistäminen ja kansanterveystiede. Paasio 2014, 33–34.

302 Käypä-hoidon www-sivut: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/etusivu>

303 Lisäksi on tehtävä ero käsitteeseen *Knowledge transfer* tai *Translational research*, jotka viittaavat nykyään suosittuun kokonaisprosessin tarkasteluun tieteellisen perustutkimuksen ja ihmisen hyvinvointia edistävien ratkaisujen konkreettisen ratkaisemisen välillä. Paasio 2014, 46–47, 50, 87, 91–97.

304 Eskola & Taipale 2013, 185. Näyttöön perustuvan lääketieteen rajoista käytiin vilkasta keskustelua vuonna 2017 *Duodecim*-aikakausjulkaisussa. Ortopedian professori ja psykiatrian professori perustelevat näkemystään, miksi tarvitaan masennuslääkkeiden vaikutusta koskevaa objektiivista tutkimusta. Keskustelussa tuodaan esiin, että näyttöön perustuva lähestymistapa voi vääristää tutkimusdataa. Raivio 2017 ja Isometsä 2017 sekä Järvinen 2017. Mielenkiintoinen väitöskirja *mielenterveydestä on myös sosiologi Lotta Hautamäen tutkimus kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä sosiaalisena ilmiönä ja peilinä psykiatrian professioon*. Peilinä psykiatristen menetelmien tutkimiselle hän käyttää kaksisuuntaista mielialahäiriötä. Kiinnostava on hänen havaintonsa siitä, että psykiatrian tutkimuksen kentällä on yleisesti tunnettu tosiasia, että vain positiivisia

Näyttöön perustuvaa vaatimusta myös vaalitaan ja monet tahot pitävät sitä tärkeänä keinona varmistaa mielenterveyspalveluiden laadukkuus. Esimerkiksi tulevan mielenterveysstrategian luonnos toimenpide-ehdotuksista perustuu näyttöön perustuvien menetelmien kehittämiseen ja käyttöön ottamiselle, jopa perusoikeuksien turvaamisen näkökulmasta.³⁰⁵ Näyttöön perustuva vaatimus koskee aikaisempaa enemmän myös esimerkiksi lasten ja perheiden palveluja, jota varten on perustettu oma instituutio, ITLA, jonka Kasvun tuki-portaaliin kerätään näyttöön perustuvia interventioita ja edistetään näiden interventioiden käyttöönottoa palveluissa.³⁰⁶ Pidetään näyttöön perustuvia menetelmiä joko haitallisina tai tavoiteltavina, on kuitenkin selvää, että mielipide asiasta vaikuttaa siihen, miten ja mihin suuntaan mielenterveystyötä ohjataan. Esimerkiksi kolmannen sektorin vertaistukeen, sopeutumisvalmennukseen, neuvontaan ja ohjaukseen sekä edunvalvontaan liittyvät interventiot jäävät näyttöön perustuvien menetelmien vaatimuksessa mielenterveystyön kehittämisessä ulkopuolelle, vaikka ne ovat mahdollisesti vähintään yhtä vaikuttavia interventioita. Erityisesti vakavasti sairaat, jotka eivät yleensä ole palvelujärjestelmän näyttöön perustuvien hoitomenetelmien piirissä, saavat todennäköisesti vaikuttavinta mahdollista tukea näistä kolmannen sektorin interventioista.

Näyttöön perustuva lähestymistapa vaikutti myös osaltaan siihen, että lääketieteellinen kehittämistyö syrjäytti sosiaalisen ja yhteiskunnan rakenteiden kehittämiseen tähtäävän mielenterveystyön. Lääketieteellisen lähestymistavan ylivalta näkyy siinä, että kansallisissa mielenterveystyön kehittämishankkeissa mielenterveyden häiriöön sairastuneiden yksilöiden auttamiseksi lähtökohtana olivat lääketieteen hoitokeinot, eikä mielenterveysongelmista aiheutuvien yhteiskunnallisten seurausten ja vaikutusten tutkiminen tai niiden vähentäminen,³⁰⁷ vaikka *Lääkintöhallituksen esitys* ja *Mielenterveystyön komitean mietintö* tarjosivat kaikki mahdollisuudet myös tällaisen tutkimusotteen toteuttamiseen.

Lääketieteen yliedustukseen mielenterveystyön kehittämisessä on voinut vaikuttaa sekin, että mielenterveystyön ammattilaiset eivät ole kyenneet saamaan aikaan riittävää professionaalista painetta palvelujärjestelmän tehokkaaseen kehittämiseen. Psykiatriset koulukunnat riitelevät keskenään, palvelujärjestelmä on hajanainen ja alan henkilökunta on vierastanut hallinnollisia tehtäviä. Kehittämisen tavoitteita ei ole psykiatriassa pystytty asettamaan yhtä tehokkaasti kuin muilla lääketieteen aloilla. Yleiset asenteet ja enakkoluulot psykiatria ja mielenterveyspotilaita kohtaan

tuloksia saaneet koasetelmat julkaistaan. Psykiatriset julkaisut aiheuttavat tämän vuoksi merkittäviä tilastollisia ja tiedollisia harjoja. Hän myös kuvaava psykiatrian tutkimuskenttää värittävää alakuloa, joka liittyy pettymyksiin neurologian ja genetiikan löydösten saralla. Selvä ongelma näyttää olevan myös, että EBP ja DSM – standardoitujen diagnosointi- ja hoitomenetelmät eivät sovi aina yksilöiden ennakoitua sekavimpiin tilanteisiin ja epämääräisempiin oireisiin. Psykiatria muodostuu lopulta sen ideaalien ja todellisuuden välisestä tilasta. Muuttujia on liikaa eksaktin tieteen harjoittamiseksi. Hautamäki 2016, 2–16, 66–68, 128–129, 139–143.

305 Mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma luonnos 2019.

306 ITLA eli Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiö: <https://itla.fi/>

307 Helen & Hämäläinen & Metteri 2011, 22–23 sekä Paasio 2014, 86.

ovat vaikeuttaneet kehittämistyötä entisestään, eivätkä mielenterveysalan potilasjärjestötkään ole onnistuneet toimimaan yhtä tehokkaasti kuin muut potilasjärjestöt.³⁰⁸

4.6 MITÄ YHTEISKUNNALLINEN MIELENTERVEYSTYÖ OLI 1970- JA 1980-LUVUILLA?

Kun Suomessa ryhdyttiin rakentamaan hyvinvointiyhteiskuntaa 1960-luvulla, tavoitteena oli lisätä kansalaisten yhdenvertaisuutta ja saada marginalisoituneet ihmisryhmät mukaan parantamalla erityisesti heille suunnattuja palveluita. 1970-luvulla säädetyt kansanterveyslaki, peruskoululaki ja päivähoitolaki olivat toimia tavoitteen saavuttamiseksi.

Uusien lääkkeiden avulla mielenterveyden häiriöitä voitiin hoitaa, eikä sairastuneita tarvinnut enää sulkea sairaalaosastoille. Kiinnostus kansanterveystyötä kohtaan kasvoi, mikä näkyi myös käsitteiden laajentumisena, kun mielisairaanhoidon rinnalla alettiin puhua mielenterveystyöstä. Ajattelutavan muutos heijastui myös lainsäädäntöön, kun kunnat velvoitettiin 1980- ja 1990-luvun taitteessa vastaamaan koko väestön mielenterveystyöstä, ei vain mielisairaanhoidosta. Mielenterveyspolitiikkaa ei siis rakennettu omana kokonaisuutena, vaan muiden sosiaalipoliittisten uudistusten ja yhteiskunnallisten rakennemuutosten yhteydessä.³⁰⁹

Muutokset olivat hitaita. Aikaisemmin erillislainsäädännön, erillishoitajärjestelmän ja eriytyneiden laitoshuutojen varaan rakennettua mielisairaanhoidoa ryhdyttiin käytännössä purkamaan vasta 1980-luvun lopussa.³¹⁰ Avohoidon kehittämisen mahdollistivat mielenterveyshäiriöiden syntyä koskevan bio-psyko-sosiaalisen mallin ja kokonaisvaltaisen ihmiskäsityksen omaksuminen. Systeminen ja psykodynaaminen ajattelu tarjosivat viitekehyksen modernille, sairaaloiden ulkopuoliselle mielenterveystyölle.

Ennen 1980-luvulla aloitettua mielenterveyspolitiikkaa oli tapahtunut neljä merkittävää paradigmaattista muutosta, jotka vaikuttivat mielenterveyden häiriöön sairastuneen ihmisen ihmis- ja perusoikeuksien toteutumiseen; 1) uusvasemmistolaiset arvot vauhdittivat inhimillisemmän yhteiskunnan rakentamista, 2) hyvinvointivaltion rakentamisessa oltiin kiinnostuneita kansalaisten terveyden parantamisesta ja yhteiskunnan kaikkien jäsenten osallisuuden lisäämisestä, joka konkretisoitui

308 Ilmiö on kansainvälinen. Esimerkiksi Yhdysvalloissa syöväen tutkimukseen kohdenneet varat ovat 22 kertaiset verrattuna skitsofrenian tutkimukseen. Lehtinen & Alanen & Anttinen & al. 1989, 341.

309 Helen & Hämäläinen & Metteri 2011, 17–18.

310 Sairaanhoidonhallintoa koskevan yhtenäisen lainsäädännön esteenä oli Eskolan mukaan käytännössä politiikka, jossa keskusta ja sosiaalidemokraatit eivät päässeet yksimielisyyteen väliportaan hallinnon kehittämistä vasta eli maakuntahallinto- vs. valtionhallinto – näkemyserot myöhästyttivät yhtenäistämistä. Sairaanhoidonhallinnon uudistamisen yhteydessä toteutettiin myös valtion ja kuntien välisen talouden kokonaisuudistus (katso tarkemmin tämän tutkimuksen luvussa 4). Eskola 2007, 29.

merkittävinä terveydenhuollon rakenneuudistuksina, 3) sosiaalipsykiatrinen ajattelu ja vaikutusvaltaiset toimijat toivat mielenterveyskysymykset yhteiskunnalliseen keskusteluun ja 4) lääketiede kehitti uusia lääkkeitä ja hoidossa omaksuttiin uudenlainen ihmiskäsitys ja käsitys mielenterveydestä, joiden vaikutuksesta miensairauksien hoito tuli aiempaa inhimillisemmäksi ja mielenterveystyö ymmärrettiin laajasti niin, että se siirtyi sairaaloista koko yhteiskuntaan.

Kansanterveystyön keskiössä eivät kuitenkaan olleet ihmisoikeuskysymykset, vaan työtä tekevien kansalaisten hyvinvoinnin tukeminen. Marginaalissa elävien ei-hyvinvoivien kansalaisten ihmisoikeuksia ryhtyivät puolustamaan erilaiset kansanliikkeet ja myöhemmin mielenterveyden häiriöön sairastuneiden omat järjestöt. Julkisen vallan keskittyessä terveyden edistämiseen, pyrkivät järjestöt toiminnallaan turvaamaan heikommassa asemassa olevien ihmis- ja perusoikeuksien toteutumisen. Huolet liittyivät asumisoloihin, toimeentuloon, fyysisen terveyden hoitamiseen ja oikeuteen olla osallisena yhteisöä, toiminnallista ja aktiivista elämää. Julkinen valta ei omalla ohjauksellaan kyennyt näihin haasteisiin vastaamaan. Sairaaloista kotiutetut potilaat jäivät vaille sitä tukea, jota sairaalat olivat kyenneet tarjoamaan; asuntoa, tekemistä, toimeentuloa ja hoitoa.

Mielenterveyden häiriöön sairastuneiden yhteiskunnalliseen asemaan vaikuttivat terveydenhoidon ja sosiaalihuollon merkittävät uudistukset, mutta ne eivät vahvistaneet ihmis- ja perusoikeuksia vaan loivat uudenlaisia suljettuja tiloja ja syrjäyttivät sairastuneita yhteiskunnallisesta osallisuudesta. Työn korostuminen kansalaisuutta rakentavana tekijänä ei johtanut siihen, että olisi kyetty luomaan kaikille sopivaa työelämää. Päinvastoin vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsivät kansalaiset jäivät työelämän ulkopuolelle, eikä tilanne ole sittemmin muuttunut. Perustuslaillinen oikeus työhön ja toimeentuloon näyttää koskeneen vain terveitä kansalaisia, eikä julkinen valta ryhtynyt pontevasti etsimään toisenlaisia ratkaisuja. Sen sijaan julkinen valta ryhtyi kehittämään palvelujärjestelmää.

Tarkastelen seuraavassa luvussa, mitä tämä merkitsi seuraavalla vuosikymmenellä eli vuosina 1990–2000. Minkälaisia arvoja hallitusohjelmiin kirjattiin, millä keinoin ja minkälaisen asiakirjojen avulla mielenterveyspolitiikka ohjattiin? Vieläkö luotettiin yksittäisiin hankkeisiin ja työryhmäkomiteoiden työskentelyihin ja näissä syntyviin suosituksiin ja ehdotuksiin? Kuinka asiakirjoissa näkyy mielenterveyspolitiikan paradigmaattinen muutos, jossa kohteena on koko väestö eivätkä vain potilaat? Kuinka muutoksen toteuttaminen näkyy asiakirjoissa suhteessa potilaiden ihmisarvoisen elämän edellytysten turvaamiseen ja ihmis- ja perusoikeuksien toteutumiseen?

5. PALVELUJÄRJESTELMÄN RAKENTAMISEN AIKA (1990-LUKU)

Tässä luvussa tutkin julkisen vallan mielenterveystyön ohjausta 1990-luvun alusta 2000-luvulle kuvaamalla poliittisten asiakirjojen luomaa todellisuutta, niissä esitettyjä tavoitteita ja keinoja sekä niihin vaikuttaneita ideologioita ja paradigmoja. Vuosituhannen vaihteessa Sosiaali- ja terveysministeriö selvitti mielenterveyspolitiikan tarpeita ja tavoitteita asettamalla STAKESin johtajan Vappu Taipaleen tekemään selvityksen siitä, mitä seurauksia oli sillä, kun sairaalahoito oli korvattu avohoidolla. Selvityksen mukaan avohoitoon siirrettyjen ihmisoikeudet eivät toteutuneet, ja siinä esitetään useita suosituksia asian korjaamiseksi. Tarkastelen tässä luvussa hallitusohjelmien lisäksi Taipaleen selvitystä ja sen suositusten toteuttamiseksi perustettuja kehittämishankkeita.

1990-luvun alussa Suomessa oltiin edelleen kiinnostuneita ihmisoikeuksista ja ihmisarvoisesta elämästä, mikä näkyi esimerkiksi perusoikeusuudistuksen toteuttamisena vuosikymmenen alussa. Uudistus vahvisti kansalaisten vähimmäisturvaa. Samalla kuitenkin edellisellä vuosikymmenellä alkanut lääkkeiden kehittäminen ja näyttöön perustuvien menetelmien suosiminen vahvisti lääketieteen asemaa mielenterveyteen liittyvien kysymysten tutkimisessa ja niiden ratkaisemisessa. Ilmiötä on kutsuttu medikalisaatioksi. Yhteiskuntapolitiikasta ja sen vaikutuksista mielenterveyteen ei enää keskusteltu. Sen sijaan keskityttiin palvelujärjestelmän kehittämiseen lääketieteen ohjaamana. Muotiin tullut julkisjohtamisen paradigma vahvisti palvelujen kehittämistä tulos- ja tehokkuusvaatimusten mukaisesti, mikä sai lisäperusteita 1990-luvun taloudellisesta lamasta. Kolmatta sektoria ja järjestöjen toimintaa tarvittiin talouslaman vuoksi enemmän kuin aikaisemmin, mikä toisaalta vahvisti ja kasvatti niitä, mutta samalla niiden oli toimittava kiinteämmässä yhteistyössä julkisen vallan kanssa. Valtion vastavoimana toimineet järjestöt alkoivat menettää otettaan ihmisoikeuksien tinkimättöminä vartijoina.

5.1 INFORMAATIO-OHJAUS

Taloudellinen lama vaikutti 1990-luvulla julkisen vallan toimintaan siten, että julkista sektoria haluttiin lähteä muuttamaan. *Harri Holkerin hallitus* (1987–1991) selkiinnytti valtion ja kuntien suhteita. Valtion määräysvaltaa vähennettiin ja tehtiin tilaa paikalliselle päätöksenteolle ja markkinasuhteille. Hallitusohjelman tavoitteena oli uudenaikainen ja tasa-arvoinen hyvinvointiyhteiskunta ja tärkeimpänä keino-
na tavoitteen saavuttamiseen oli työllisyyspolitiikka. Valtion kannalta merkittäviä menotalouden kohteita listattaessa niihin ei luettu sosiaali- ja terveyspalveluita

ollenkaan. Sosiaali- ja terveystalouden kohdalla on vain yksi lause mielenterveyden häiriötä sairastavista: ”*Hallitus parantaa vammaisten ja muiden vastaavien erityisryhmien asemaa*”. Tätä tavoitetta koskevia toimenpiteitä ei muotoiltu, mutta ohjelmassa kuvataan kyllä hammashuollon laajentamista koko väestölle, sosiaaliturvan vahvistamista, vanhuspalveluiden kehittämistä sekä henkilöstöresurssien lisäämistä. Lisäksi hallitus aloitti erikoissairaanhoidon lainsäädännön uudistamisen.³¹¹ Uudistuksia on luonnehdittu pragmaattisiksi ja ideologiattomiksi, sillä niitä kannatettiin laajasti eri puolueissa.³¹²

Taloudellisen laman takia kriisijohtaminen jatkui myös *Esko Ahon (1991–1995) hallitusohjelmassa*, jossa kuvataan talouden tasapainottomuutta ja työllisyyden jyrkkää heikkenemistä. Hallituksen tavoitteena oli vastata uhkiin kehittämällä työmarkkinoita. Molemmista hallitusohjelmista näkyy, että 1990-luvun alussa politiikkaa ovat ohjanneet työllisyyspoliittiset paradigmat. Ahon hallitusohjelmassa oli kuitenkin myös sosiaalipoliittisia tavoitteita, kuten kohtuuhintaisen asuntokannan turvaaminen ja heikommassa asemassa olevien kansalaisten turvallisuuden parantaminen perustoimeentuloa, peruspalveluita ja asumista kehittämällä. Tavoitteet koskivat palvelujärjestelmän kehittämisen lisäksi ennaltaehkäisevän työn ja kansalaisjärjestötoiminnan vahvistamista.³¹³

Julkista sektoria kehitettiin uudistamalla sen ohjaamista ja johtamista. Uudeksi keinoksi omaksuttiin informaatio-ohjaus, joka siirsi valtion ohjausvastuuta kunnille. Kuntien toimintaa ryhdyttiin ohjaamaan tulosohtaus- ja laatuoppien mukaan, jotka kuitenkin jäivät vaille sisältöä ja määrittelyjä. Ohjaus ei myöskään ollut kuntia sitovaa. Informaatio-ohjaus oli näennäinen keino auttaa kuntia taloudellisten leikkausten aikana, mutta valtion keskushallinto ei kehittänyt informaatio-ohjausta kokonaisuutena eikä yhteyttä poliittisiin strategioihin syntynyt. Laatusuosituksia, tietoa ja arviointitoimintaa jaettiin vailla kokonaistavoitteita.³¹⁴ Jotta voitaisiin paremmin ymmärtää, minkälaiseksi julkinen sektori ja sen tarjoamat palvelut muuttivat mielenterveyden häiriöön sairastuneiden kannalta, on perehdyttävä tarkemmin julkisen sektorin uudistamiseen 1990-luvulla.

Palveluja tuottava julkinen sektori muodostuu kuntien ja valtion yksiköistä ja sosiaaliturvarahastoista. Julkiseksi sektoriksi kutsutaan kaikkea verovaroin rahoitettu toimintaa yhteiskunnassa. Julkista hallintoa ja julkista sektoria käytetään usein toistensa synonyyminä. Hyvinvointivaltio voidaan määritellä julkisen sektorin avulla tulonsiirto-, sosiaali-, koulutus- ja terveystaloudeksi tai vero- ja sosiaalivaltioksi. Julkisen sektorin osuutta kritisoitiin jo hyvinvointivaltion rakentamisen alkuvaiheessa. Osa päätöksentekijöistä arvosteli julkista sektoria kalliiksi,

311 Pääministeri Harri Holkerin hallituksen ohjelma.

312 Yliaska 2014, 32–37.

313 Pääministeri Esko Ahon hallituksen ohjelma.

314 Yliaska 2014, 413–414.

minkä ajateltiin johtuvan sen tehottomuudesta. Haluttiin lisätä tehokkuutta, joka on voitu asettaa esimerkiksi laadun tai ihmisten välittävän kohtaamisen edelle. Tehokkuuden arvostaminen on ollut poliittinen valinta. Miksi siitä tuli niin keskeinen arvo 1990-luvun politiikassa?

Tehokkuusajattelu vahvistui talouskasvun hidastumisen myötä. Juuri kun 1970-luvulla huoli kansalaisten elämänlaadusta oli ulottunut myös heikommassa asemassa oleviin kansalaisiin, talouskasvu alkoi hidastua.³¹⁵ 1990-luvun lamaa seurasi vilkas keskustelu ongelmien syistä ja ratkaisuihin, ja hyvinvointivaltion ajateltiin olevan kriisissä. Keskusteluissa käsiteltiin hyvinvointivaltion luonnetta sekä sen kestävyttä ja onnistumista. Kysyttiin esimerkiksi, vaarantaako liian korkea verotus talouskasvun mahdollisuudet ja onko hyvinvointivaltioon ylipäätään varaa. Nähtiin, että kaikki Suomen taloudelliset ongelmat oli johdettavissa hyvinvointivaltion liian suuresta julkisesta sektorista. Uusoikeistolaisen kritiikin lisäksi esitettiin myös uusmarxilaisittain perusteltua hyvinvointivaltion arvostelua, jossa sen harjoittamassa kansalaisten kontrollissa nähtiin tavoite tukea kapitalismia.³¹⁶

Jälleen kerran ratkaisuideat Suomen vaikeaan taloudelliseen tilanteeseen saatiin kansainvälisestä politiikasta. 1980-luvun loppupuolella Yhdysvalloissa alkaneen reaganilaisen ja Iossa-Britanniassa thatcherilaisen taloudellisen uusliberalismin varassa harjoitettiin politiikkaa, jossa kilpailukykyideologian nimissä tehostettiin julkista palvelujärjestelmää, yksityistettiin julkista omistusta ja kevennettiin verotusta.³¹⁷ 1990-luvun alussa näin toteutettua julkisen sektorin uudistusta ryhdyttiin kutsumaan nimellä *New Public Management* tai tavallisimmin pelkkänä lyhenteenä *NPM*. Uudistuksessa markkinatalouden mekanismit haluttiin siirtää julkiseen talouteen, minkä vuoksi julkisia laitoksia yksityistettiin, mutta sen lisäksi siirrettiin yksityisten yritysten johtamismallit julkisiin organisaatioihin. Tavoitteena oli menojen kasvun pysäyttäminen ja työn tuottavuuden parantaminen.³¹⁸

Suomessa NPM- paradigman mukaiset uudistukset konkretisoituivat tulosohjaus uudistukseksi, valtionosuus uudistukseksi ja yhtiöittämis uudistukseksi. Suomessa toteutettuihin uudistuksiin kuuluivat myös ulkoistamiset, kilpailuttamiset sekä tilaaja-tuottaja-mallien muuttaminen.³¹⁹ NPM-paradigmaa tutkineen Yliaskan mukaan yksityistämistä ja markkinaistamista pidettiin nopeasti toteutettavana ratkaisuna hyvinvointivaltioon kohdistettuun kritiikkiin. Ammattilaisten johtamat

315 Yksi selittävä tekijä on 1973-luvulla alkanut öljykriisi ja sitä seurannut energian hinnannousu. Kriisi muutti ratkaisevasti tehokkuus -käsitteen merkitystä. Tällöin nousi ensimmäistä kertaa pääoman tehokkuus keskiöön. Yliaska 2014, 69–71 sekä pääoman merkityksen kehityksestä esimerkiksi Piketty 2016.

316 Yliaska 2014, 66, 79, 83, 85–87.

317 Pietikäinen 2013, 399 sekä esimerkiksi Pollit 2003. NPM-reformia on pohjoismaista innokkaimmin toteutettu Suomessa ja voidaan jopa sanoa, että Suomi, Tanskan ohella, irtautui pohjoismaisesta hyvinvointivaltiomallista 1980- ja 1990-luvuilla NPM-paradigman takia. Yliaska 2014, 163–182.

318 Katso esimerkiksi Pollit 2003.

319 Yliaska 2014, 11–12.

laitokset haluttiin korvata asiakaspalvelulla ja asiakkaan valinnanvapaudella,³²⁰ henkilökohtaisilla tulospalkoilla haluttiin kannustaa työntekijöitä, ja palvelujen kilpailutuksella tavoiteltiin toimintojen tehostamista. Samaan aikaan muotoiltu julkisen valinnan teoria³²¹ muutti radikaalilla tavalla hyvinvointivaltion perusajatuk- sia. Merkittävin NPM-paradigmaa levittänyt yksittäinen organisaatio oli OECD.³²²

Uudistuksia toteutettiin Suomessa myös hajauttamalla hallintoa. Uudistuksia ajavat tahot ryhtyivät kannattamaan itsehallintoa. Hyvinvointivaltion oli ajateltu heikentäneen kansalaisten omaa vaikutusta elämäänsä ja jopa hämärtäneen kan- salaisten perusoikeudet. Puhuttiin ihmisten holhouksesta ja oma-aloitteisuuden heikentymisestä. Keskitetyn valtion arvostelun osana kritisoitiin myös niin sanottua massayhteiskuntaa.³²³ Keskustelu hajauttamisesta konkretisoitui lähidemokratia- tavoitteisiin, pyrkimyksiin vähentää erilaisia valtatasoja ja vahvistaa kunnallishal- lintoa. Käytännössä hajauttamispolitiikka tarkoitti vallan siirtämistä ministeriöille. Normiohjaus haluttiin korvata yleisohjauksella, sillä hyvinvointipalvelujen katsot- tiin, erikoista kyllä, jo vakiintuneen 1980-luvulla.³²⁴

Vuonna 1993³²⁵ toteutettu valtionosuusuudistus oli osa valtionhallinnon ha- jauttamisuudistusta. Valtionosuusuudistuksella kunnat haluttiin ”katkaisuhoi- toon”, jonka tavoitteena oli kannustaa kuntia säästämään ja tuottamaan palveluja tehokkaasti. Perusteena käytettiin käsitystä, että kunnissa liikkuu rahaa, jolla ei ole ”isäntää”, kehitetään tarpeetonta toimintaa, ja tarjotaan liian kalliita hoitoja valtionavustuksina saatujen varojen tuhlaamiseksi.³²⁶ Samalla lakkautettiin lääkin- töhallitus, joka oli ohjannut 135 vuotta suomalaista terveydenhuoltoa³²⁷ ja tuottanut Suomen ensimmäisen mielenterveystyötä ohjanneen poliittisen asiakirjan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuuksista säädettiin niin sanottu VALTAVA-uudistus, joka lisäsi sosiaalihuollon valtionosuuksia suhteessa terveydenhuollon osuuksiin. Sen varassa sosiaalihuoltoa kehitettiin muun muassa perustamalla asuntoloita ja tukiasuntoja mielisairaaloista kotiutuville sekä luomalla laaja ja kirjava asumispalvelutuotantomalli, jonka kautta rakennettuihin asuntoihin

320 Mielisairaaloiden korvaaminen avohoidolla kuului siis olennaisesti NPM-paradigman tavoitteisiin.

321 Teorian mukaan yksilöiden hyvinvoinnista ei voi suoraan johtaa yhteiskunnan hyvinvointia, sillä ihminen voi toteuttaa halujaan vain markkinoilla – ei demokraattisessa ohjauksessa. Teoriassa keskustellaan yksilöiden preferensseistä, rationaalisista valinnoista ja demokratian kriisistä. Yliaska 2014, 95–101.

322 Yliaska 2014, 94, 103.

323 Massayhteiskuntaa on kritisoitu mm. siksi, että sen demokratisoivan voiman on nähty lisäävän vain enem- mistön toimintakykyä sekä siksi, että sen nähtiin johtavan yksipuoliseen näkemykseen yhteiskunnasta. Yli- aska 2014, 168.

324 Yliaska 2014, 163–182.

325 Eduskunta hyväksyi muutokset jo vuonna 1989, mutta toimeenpanon siirtymäajan aikana eli vuoteen 1992 mennessä, asiat maailmassa ja yhteiskunnassa ehtivät muuttumaan. Eskola 2007, 30.

326 Yliaska 2014, 273.

327 Eskola 2007, 29.

suurin osa sairaaloissa olleista potilaista muutti.³²⁸ Samalla mielenterveyden häiriötä sairastavien asumispalvelujen tuottaminen siirtyi lähes kokonaan niille yksityisten markkinoiden toimijoille, jotka menestyivät palveluiden kilpailutuksissa.³²⁹

Julkisten hankintojen kilpailuttaminen ja julkisten instituutioiden muuttaminen liikelaitoksiksi olivat osa NPM-paradigmaa. Käytännössä uudistus johti palveluiden yksityistämiseen ja vapaan kilpailun lisäämiseen, jonka uskottiin olevan keino saavuttaa maksimaalinen tehokkuus. Valtion oli synnyttävä kilpailua myös aloille, joka oli ollut sen ulkopuolella. Kilpailumallin ongelmat tulivat kuitenkin nopeasti ilmeisiksi esimerkiksi hyvinvointipalveluiden tuotantokatkoksina.³³⁰ Liikelaitosuudistuksen seurauksena myös työterveyshuolto yhtiöitettiin tavalla, josta tuli merkittävä kansalaisten eriarvoisuutta lisäävä tekijä suomalaisessa terveydenhuollossa.³³¹

Lama vauhditti NPM-uudistusten toteuttamista. Lamaan johtaneista syistä, sen synnyttämästä kriisistä ja seurauksista esitetään edelleen keskenään ristiriitaisia näkemyksiä. Laman alettua jotkut poliitikot ja virkamiehet kirjasivat sen syyksi julkisen sektorin koon ja toiminnan tehottomuuden. Toisten mukaan syytä oli etsittävä pikemminkin Suomen toteuttaman devalvaation ja elvytyksen vaikutuksista.³³² Jälkeenpäin on arvioitu, että Suomen hallituksen toimista riippumattomien tekijöiden merkitystä laman vaikutusten arvioimisessa on suurenneltu ja taitamattoman talouspolitiikan merkitystä vähätelty. Lama-aikana harjoitetun talouspolitiikan on jopa tulkittu sisältäneen moralistisia rangaistuselementtejä, joiden avulla kansalaiset palautettiin pitkään jatkuneen talouskasvun jälkeen – ansaitusti – takaisin talouden ankariin realiteetteihin. Monien asiantuntijoiden mukaan kansalaisia kurruttaneet julkisen sektorin leikkaukset syvensivät lamaa entisestään.³³³

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakesin silloinen johtaja Vappu Taipale kritisoiivat leikkauksia sillä perusteella, että Suomen julkinen sektori edusti kustannuksiltaan kansainvälistä keskiarvoa ja henkilöstön määrä oli muihin pohjoismaihin verrattuna pieni. Lisäksi arvosteltiin sitä, että vaihtoehtoisia toimintamalleja ei tarjottu, ja että uudistuksen perusteluissa käytetyt käsitteet olivat hämäriä. Kriitikistä huolimatta uudistusta ryhdyttiin toteuttamaan antamalla kunnille mahdollisuus ratkaista itse se, miten ne tuottavat palvelunsa. Käytännössä kunnat saivat kuitenkin vain päättää yhä pienenevien resurssien kohdentamisesta. Asiakasmaksuja nostamalla haluttiin saada kansalaiset itse harkitsemaan omaa palvelujen- ja niiden määrän

328 Skitsofreniaprojekti 1981–1987 1988, 187.

329 Unelmana oma asunto ja tukea pärjäämiseen 2014 sekä Karjalainen & Nordling 2015 sekä Salo 2019.

330 Yliaska 2014, 195–198.

331 Yliaska 2014, 398.

332 Yliaska 2014, 339, 343–352.

333 Yliaska 2014, 354–357. Vielä tänäkään päivänä ei laman syistä olla yhtä mieltä. Toisaalta talouspolitiikka laman aikana voitiin nähdä myös onnistuneeksi ja joidenkin näkemysten mukaan Suomi pelastettiin nimenomaan rajulla leikkauspolitiikalla. Taloustieteilijöillä on asiasta eriaviä näkemyksiä. Yliaska 2014, 362.

tarvetta. Pääministeri Ahon mukaan oli siirryttävä holhousvallasta yhteisvastuun ja yrittäjyyden yhteiskuntaan ja rohkaistava kansalaisyhteiskunnan vastuuta valtion vastuun sijaan. Hallitusohjelma kirjoitettiin näiden ajatusten mukaiseksi.³³⁴

Tutkimusten mukaan NPM-uudistukset ovat vaikuttaneet hyvinvointivaltion instituutioihin ja palveluihin monella tavalla. Niiden toteuttamisen jälkeen kansalaisten on entistä vaikeampi seurata ja ymmärtää päätöksenteon vaiheita. NPM-ajattelutapa on kaventanut demokratiaa, kun talouspoliittisia päätöksentekomekanismeja on siirretty demokraattisen päätöksenteon ulottumattomiin. Kansalaisuuden käsitteestä on tullut aiempaa abstraktimpi niin, että ihmisten ei ole helppo ymmärtää asemaansa ja oikeuksiaan yhteiskunnan jäsenenä ja kunnan asukkaana. NPM-mallin käyttöönoton on arveltu myös kasvattaneen alueellista eriarvoisuutta ja jyrkentäneen siihen liitetyn veropolitiikan seurauksena myös tuloeroja. Uudistuksen seurauksista ei kuitenkaan voi muodostaa kokonaiskuvaa, sillä palvelujen järjestämistä vastuun siirryttyä kunnille ei ole onnistuttu kehittämään yhdenmukaisia mittareita toimintojen ja palvelujen arvioimiseksi. Toisin kuin NPM:n mukaisen poliittisen ajattelun haitoista, sen hyödyistä ei ole kertynyt vielä tutkimustietoa.³³⁵ Yhteiskunta-ajattelijaja -kriitikko Naomi Klein on kutsunut NPM-politiikkaa tuhokapitalismin shokkihoidoksi, jossa muutoksia on tehty kovalla kiireellä, kriisien varjolla ja työntekijöitä kuulematta. Siitä on tullut pysyvän muutoksen oppi, jonka mukaan tehostaminen ja muutos ovat osa normaalia toimintaa.³³⁶

NPM-paradigman mukaiset ideologiat näkyivät selvästi myös suomalaisessa hallitusohjelmassa 1990-luvun puolivälissä. *Lipposen hallitus* (1995–1999) nimettiin työllisyyden ja yhteisvastuun hallitukseksi, jonka ohjelmassa mainittiin pyrkimys rakentaa kansalaisten omiin ponnisteluihin ja yrittämiseen kannustavaa hyvinvointia. Tavoitteena oli uudistaa hyvinvointiyhteiskuntaa oikeudenmukaiseksi, tehokkaaksi ja reiluksi. Hallitusohjelman sosiaali- ja terveysalaa koskevassa osiossa ilmaistiin tavoite uudistaa sosiaaliturvaa työn tekoon kannustavaksi heikko-osaisimpien turvaa heikentämättä. Hallitusohjelmassa luvattiin myös uudistaa palvelurakennetta kehittämällä avohoitoa ja välimuotoisia palveluja ottamalla huomioon asiakasnäkökulma ja kustannustehokkuus. Syrjäytymisvaarassa olevat mainittiin erityistä huolta aiheuttavana ryhmänä, ja ehkäisevää sosiaali- ja terveyspolitiikkaa sitouduttiin harjoittamaan perusteena paitsi lisätä ihmisten omatoimisuutta ja elämänhallintaa, myös säästää näin julkisia varoja.³³⁷

Anna Metteri muistuttaa hyvinvointivaltion lupauksia tarkastelevassa väitös-kirjassaan, että Ahon ja Lipposen hallitus- ja toimeenpano-ohjelmien keskeisiksi tavoitteiksi on kirjattu syrjäytymisen, huono-osaisuuden sekä köyhyysongelmien

334 Yliaska 2014, 361, 380–383, 387–388, 409.

335 Yliaska 2014, 464–465, 517.

336 Klein 2008.

337 Pääministeri Paavo Lipposen hallituksen ohjelma.

ehkäisy ja vähentäminen turvaamalla sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sekä takaamalla ansiosidonnainen sosiaaliturva ja vähimmäisturva. Vaikka ohjelmissa on siis nähtävissä jo kansalaisen omaa aktiivisuutta korostavaa normistoa, siinä käytetyt ilmaiset ilmentävät myös vastuunkantoa heikommassa asemassa olevista kansalaisista. Hallitusohjelmien hengessä vuonna 1991 uudistettu perustuslaki vahvisti kansalaisten vähimmäisturvaa entisestään, koska laki asetti viranomaisille velvoitteen huolehtia aktiivisesti siitä, että perustuslain säännösten mukaiset edut ovat niihin oikeutettujen saatavilla.³³⁸

Sosiaalipolitiikan tutkijat ovat esittäneet, että 1990-luvulla siirryttiin hyvinvointivaltion rakentamisesta ja suojelemisesta liberalistiseen kilpailutalouteen, joka vaikutti työllisyyspolitiikan lisäksi sosiaali- ja terveysalaan.³³⁹ Metterin väitöstutkimus tukee muiden sosiaalipoliittisten tutkijoiden näkemystä, että hyvinvointivaltion murroskohta oli 1990-luvun alku, jolloin kansalaisten näkökulmasta kohtuuttomina pidettäviä tilanteita alkoi ilmaantua palveluihin aikaisempaa enemmän. Koska hyvinvointivaltion arvoihin kuuluu solidaarisuus ja heikoimmista huolehtiminen, on Metteri kuvannut, kuinka palvelujärjestelmän työntekijöiden näkemykset julkisen vallan vastuusta ja asiakkaiden tosiasiallisesta saama palvelu synnyttivät ristiriitoja. Sosiaaliturvaan liitetty eettinen periaate sitoo toisiinsa kansalaisen oikeuden perustavaan turvaan ja yhteiskunnan velvollisuuden huolehtia siitä. Mitä kykenemättömämpi yksilö on omien voimavarojensa heikkouden vuoksi huolehtimaan perustavimmista inhimillisistä tarpeistaan, sitä suurempi on julkisen vallan velvollisuus taata hänelle lakiin kirjattu vähimmäisturva. Periaatetta ei voitu kuitenkaan toteuttaa käytännön työssä,³⁴⁰ mikä oli ristiriidassa juuri uudistetun perustuslain kanssa.

Vuosikymmenen aikana harjoitettua politiikkaa on tutkittu laajasti. Jarkko Eskola on tiivistänyt vuosikymmenen vaihteen muutokset seurausten jatkumoksi: työtahti työpaikoilla kiristyi ja työpaikan epävarmuus lisäsi stressiä, ihmiset ajautuivat psykososiaalisiin kriiseihin, perheväkivalta yleisty, avioeroihin päädyttiin aiempaa useammin, lasten käyttäytymishäiriöitä ilmeni enemmän ja päihteiden kulutus kasvoi.³⁴¹ Eskolan kuvauksen mukaan on perusteltua sanoa, että ne yhteiskunnalliset muutokset, jotka voimistivat erilaista pahoinvointia, aiheuttivat elämänkriisejä ja synnyttivät stressiä, saivat aikaan myös sen, että mielenterveydenhäiriöt yleistyivät.

Miten julkinen valta reagoi tähän ja miten rakenneuudistuksen ja laman seurauksena eri tavoin pahoinvoivan ja oireilevan väestön tarpeisiin pyrittiin vastaamaan? 1990-luvulla harjoitetun mielenterveyspolitiikan tavoitteeksi ei jostain syystä otettu yhteiskunnallisten epäkohtien korjaamista vaan siinä keskityttiin nurinkurisesti

338 Metteri 2012, 33.

339 Eskola & Taipale 2011, 185–186.

340 Metteri 2012, 16, 38.

341 Eskola 2007, 31.

yksilöiden hoitamiseen. *Skitsofrenia-projektin* sekä *Itsemurhien ennaltaehkäisy-ohjelman* jatkoksi aloitettiin *Mieli maasta -depressioprojekti* 1995–1998, joka keskittyi masennuksen tutkimiseen ja sen hoidon kehittämiseen. 1990-luvun merkittävin mielenterveyspoliittinen saavutus oli Vappu Taipaleen johdolla tehty laaja selvitys mielenterveyspalveluiden saatavuudesta Suomessa, jonka pohjalta annettiin useita suosituksia mielenterveystyön kehittämiseksi. Lisäksi uudistettiin mielenterveystyötä peruspalveluiden osana. Mielisairaslaki muutettiin Mielenterveyslaiksi heti vuosikymmenen alussa vuonna 1991.

5.2 MIELENTERVEYSPOLITIikka 1990-LUVULLA

Tarve uudistaa Mielisairaslaki oli huomattu jo 1980-luvulla Mielenterveystyön komitean tekemien selvitysten ja mielenterveystyön suositusten laatimisen yhteydessä. Suomen ensimmäistä mielenterveyslakia ryhdyttiin valmistelemaan jo 1980-luvulla. Tavoitteena oli määritellä tarkemmin mielenterveyden käsite, joka oli jäänyt tekemättä 1970-luvun osittaisessa mielisairaslainuudistuksessa. Vanhaa lakia arvosteltiin siitä, että se keskittyi lähinnä vain säätelemään pakkohoitoa. Lakiuudistuksen avulla haluttiin erityisesti pienentää tahdonvastaisesti hoitoon otettavien lukumäärää, joka oli tuolloin Suomessa maailman suurimpia, sekä vähentää runsasta sairaansijojen määrää.³⁴²

Uusi Mielenterveyslaki oli osa laajaa sosiaalilainsäädännön uudistusta, jonka taustalla oli terveydenhuollon VALTAVA-uudistus. Siinä sosiaalitoimen ja terveydenhuollon ohjaus oli siirretty sosiaalihuoltolain ja lääkintähallituksen sille silloiselle Stakesille, johon oli ensimmäistä kertaa perustettu erillinen valvontaelin mielenterveysasioita varten. Lainvalmistelun pohjaksi otettiin kansanterveyslaki (1972)³⁴³ ja erikoissairaanhoidonlaki (1989)³⁴⁴. Uudessa mallissa perustettiin sairaanhoitopiirit, ja psykiatriset palvelut siirrettiin osaksi erikoissairaanhoidon ja sen järjestämistä.³⁴⁵

Mielenterveyslain mukaan mielenterveystyöllä

”tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat

³⁴² Mäkelä 2008, 66, 80–82, 86.

³⁴³ Kansanterveyslaki 66/1972.

³⁴⁴ Erikoissairaanhoidonlaki 1062/1989.

³⁴⁵ Mäkelä 2008, 79, 82–82.

sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (mielenterveyspalvelut). Mielenterveystyöhön kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveydenhäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä.”³⁴⁶ Lisäksi ”mielenterveyslaissa esitetään tahdosta riippumattomaan hoitoon (ns. pakkohoitoon) määräämisen edellytykset”.³⁴⁷

Laissa mielenterveystyön käsite on laaja. Siinä korostetaan avohoitoa ensisijaisena hoitomuotona, oma-aloitteista hoitoon hakeutumisten tärkeyttä ja tuen antamista itsenäiseen suoriutumiseen. Mielisairaalaan otetaan vain, jos hoidon arvioidaan olevan erityisen vaikeaa.³⁴⁸ Mielenterveyslaki sisältää useita epäselviä ilmauksia. Esimerkiksi lain mukaan hoidon saamisen edellytys on lääketieteellisten perustein todettu sairaus tai häiriö, mikä vaikeuttaa käytännössä hoitoon hakeutumista ja sen saamista.

Lain epämääräiset muotoilut vaikeuttavat myös tavoitteeksi otettua ennaltaehkäisevän työn järjestämistä. Laista ei käy ilmi, miten käytännössä olisi toteutettava esimerkiksi lain edellyttämä elinolosuhteiden kehittäminen niin, että ne ehkäisevät mielenterveydenhäiriöitä, kuinka mielenterveystyötä olisi edistettävä tai mielenterveyspalvelujen järjestämistä tuettava. Lakiin ei ole edes kirjattu, minkä tahon olisi vastattava näiden tavoitteiden toteuttamisesta. Lain mukaan mielenterveystyön asiantuntijataho on Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja sen suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta vastaa Sosiaali- ja terveysministeriö.³⁴⁹ Muotoilujen perusteella voidaan sanoa, että laki velvoittaa julkisen vallan kehittämään mielenterveystyötä.

Mielenterveyslaki oli merkittävä ilmaisu julkisen vallan mielenterveyspoliittisista tavoitteista. Mielenterveystyötä haluttiin kehittää ennaltaehkäiseväksi ja hoito haluttiin siirtää osaksi perusterveydenhuoltoa. Kunnille annettiin valta päättää niiden vastuulle annettujen palvelujen järjestämisestä kunnan alueella asuvan väestön palvelutarpeiden mukaisesti. Menettely lisäsi kuntapäätäjien kiinnostusta kehittää mielenterveyden edistämistyötä, sillä sairauksien hoitaminen ja potilaiden kuntouttaminen oli kunnille kalliimpaa kuin ennaltaehkäisy ja terveyden edistäminen. Kunnat saivat kuitenkin valtiolta vähän, jos ollenkaan, ohjausta siihen, miten ennaltaehkäisevä ja edistävä työ olisi konkreettisesti järjestettävä. Samanaikaiset yhteiskunnalliset rakenneuudistukset veivät kuntien päättäjien

346 Mielenterveyslaki 1116/1990, luku 1, pykälä 1.

347 Mielenterveyslaki 1116/1990, luku 2.

348 Päätöksen tekee valtion mielisairaalan ylilääkäri, lukuun ottamatta rikoksesta epäillyn/syytetyn tai mielenterveysyistä rangaistukseen tuomitsematta jätetyn kohdalla, jolloin päätöksen tekee Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Mielenterveyslaki 1116/1990.

349 Mielenterveyslaki 1116/1990.

huomion akuuttien tilanteiden hoitamiseen, eikä ennaltaehkäisevän työn kehittämiseen jäänyt resursseja.

Resurssien puutteesta huolimatta käynnistettiin kansallinen *Mieli maasta -depressioprojekti*. Sillä pyrittiin vastaamaan aikaisemmin toteutetun *Itsemurhien ehkäisy -ohjelman* keskeiseen havaintoon, jonka mukaan depressio kasvattaa itsemurhariskiä. *Mieli Maasta -depressioprojekti* toteutettiin vuosina 1994–1998. WHO oli perustanut jo 1980-luvun alussa lääketeollisuuden aloitteesta komitean tutkimaan masennusta. Suomessa perustettiin vastaava työryhmä vuonna 1985. Depressionvastainen työryhmä kokosi masennuksen epidemiologiaa, etiologiaa, diagnostiikkaa, hoitoa ja sosiaalipsykiatriaa käsittelevän teoksen,³⁵⁰ jota käytännön mielenterveystyötä tekevät saattoivat käyttää työnsä tukena.³⁵¹

Masennuksesta tuli nopeasti sairaaloiden lakkauttamisen jälkeen kansansairaus. Helen, Hämäläinen ja Metteri esittävät kehityskululle useita syitä. Kansallinen Itsemurha-hanke tunnisti masennuksen itsemurhariskiksi. Psykiatrisen epidemiologian kehittyminen mahdollisti koko väestön häiriöiden kartoittamisen. Samaan aikaan Suomessa otettiin käyttöön ICD-lyhenteellä tunnettu psykiatrinen luokittelu ja ammattilaisia koulutettiin hyödyntämään sitä. Uusien lääkkeiden avulla voitiin hoitaa mielisairauksien lisäksi myös mielialahäiriöitä, mikä kannusti etsimään niitä. Vielä 1940-luvulla Suomessa arvioitiin, että vain vajaa yksi prosentti väestöstä kärsi mielisairauksista. Suurin osa heistä sairasti skitsofreniaa, ja masennus oli tuntematon ilmiö. Nykyään noin viisi prosenttia suomalaisista kärsii masennuksesta ja lähes jokaisen uskotaan sairastavan masennusta jossain elämänsä vaiheessa.³⁵²

Masennuksen lisääntymistä on käytetty yhtenä selityksenä sille, miksi mielisairaalapotilaiden määrä kymmenkertaistui, kun sairaalat lakkautettiin. *Itsemurha-projektista* alkanut masennuksen tutkiminen johti siihen, että mielenterveyspolitiikkaa ohjasi keskittyminen uuteen kansantautiin ja sen ennaltaehkäisyyn sekä sen hoitomuotojen kehittämiseen. Kun skitsofreniaprojektin tavoitteena oli vakavasti sairaiden ihmis- ja perusoikeuksien vahvistaminen ja Itsemurha-projektissakin yritettiin pidentää riskiryhmiin kuuluvien muuta väestöä huomattavasti lyhyempää elinikää, julkisen vallan vastuulla olevassa mielenterveyspolitiikassa keskityttiin 1980-luvun lopulla kehittämään lievemmin oireilevien kansalaisten mielenterveyttä.

Julkinen valta ei selvästi ohjannut mielenterveystyötä minkään ohjelman tai hankkeen avulla 1990-luvun alussa *Mieli maasta -depressioprojektia* lukuun ottamatta. Kuntien voimavarat menivät palveluiden luomiseen sekä hallintorakenteiden ja rahoitusmuotojen uudistamiseen. Avohoitoon siirretyt sairaaloiden pitkäaikaispotilaat ja heidän kohtalonsa näiden rakenneuudistusten keskellä eivät

350 Lääkäri ja Depressiopotilas 1987.

351 Helen & Hämäläinen & Metteri 2011, 79.

352 Helen, Hämäläinen & Metteri 2011, 30–31.

näytä herättäneen huolta poliittisissa päättäjissä ennen kuin vuonna 1995 päätettiin teettää selvitys mielenterveyspalvelujen tilasta Suomessa.

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi Stakesin johtajalle, Vappu Taipaleelle tehtäväksi selvittää mielenterveyspotilaiden asemaa ja palveluita laitoshoidon lakkauttamisen jälkeen. Taipale esitti selvitystyönsä johtopäätöksenä, että *”millään muulla sairastamisen alueella ei ole yhtä suurta ristiriitaa tarpeen ja tarjonnan välillä”*.³⁵³ Palvelut vaihtelivat merkittävästi eri kuntien välillä, eikä perusterveydenhuollossa ollut riittävästi mielenterveystyön edellyttämää ammattitaitoa. Iso osa akuutti- ja kriisipalveluista oli siirtynyt kolmannen sektorin toteutettavaksi. Yhdeksi suurimmaksi ongelmaksi huomattiin rajat eri toimintasektoreiden välillä, joiden seurauksena ihmistä ei kohdattu palveluissa psykofyysisenä kokonaisuutena. Selvityksessä korostettiin, että erillisiä mielenterveyspalveluita ei tarvitse rakentaa lisää, vaan on lisättävä olemassa oleviin palveluihin mielenterveysosaamista. Selvityksen tuloksena syntyi useita mielenterveystyön kehittämishankkeita. Useita selvityksessä esitettyjä suosituksia jätettiin kuitenkin myös toteuttamatta.³⁵⁴

Merkittävin kehittämishanke oli vuosina 1998–2002 toteutettu *Mielekäs Elämä -ohjelma*, jonka tavoitteena oli luoda pohja valtakunnallisen, alueellisen ja paikallisen mielenterveystyön kehittämiseksi. Ohjelmassa pyrittiin osoittamaan uuden mielenterveyslain hengessä, että mielenterveystyö kuuluu kaikille kansalaisille, kaikille palveluille ja kaikille hallinnaloille. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnoimaa ohjelmaa tehtiin yhteistyössä lähes kaikkien ministeriöiden kanssa.³⁵⁵

Mielekäs elämä! – ohjelmassa koottuja hyviä toimintamalleja analysoitaessa tuli ilmi, että palveluiden käyttäjien ongelmat liittyivät yksinäisyyteen, toimettomuuteen ja palveluiden virka-aikaisuuteen. Palveluita tarvitsevat ihmiset olisivat tarvinneet palveluissa yhteisöllisyyttä, toimintaa ja tukea mihin vuorokauden aikaan tahansa. Ihmiset toivoivat apua ajoissa, lähelle kotia ja hyviä kriisipalveluita. Hyvin onnistuneissa toimintamalleissa oli yhdistynyt palvelun helpon saatavuuden lisäksi työntekijöiden vahva osaaminen ja ihmisten arvostava kohtaaminen.³⁵⁶ Vaikuttaa siltä, että avohoito ei ollut kyennyt korvaamaan aikaisemmin sairaaloissa tarjolla olleita tekijöitä, kuten ympärivuorokautisia palveluja, toimintaa ja yhteisöllisyyttä, vaikka juuri nämä olivat potilaiden nimeämiä tarpeita.

Ohjelman loppuraportissa suositeltiin, että

”Hyvän mielenterveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämiseksi on inhimillisyyden vahvistettava yhteiskunnan kaikilla tasoilla. Mielenterveyden painoarvoa ja näkyvyyttä on lisättävä.

353 Taipale 1996, 25.

354 Taipale 1996 ja Immonen & Kiikkala & Ahonen 2003, 15–17 sekä Kiikkala & Immonen 2002, 11–12.

355 Immonen & Kiikkala & Ahonen 2003, 22–23, 27.

356 Immonen & Kiikkala & Ahonen 2003, 72–73.

Mielenterveyden edistämisen näkökulman tulee sisäistyä yhteiskuntapoliittiseen päätöksentekoon. Ihmisten hyvinvoinnin ja selviytymisen turvaamiseen on kiinnitettävä erityistä huomiota yhteiskunnan rakenteellisissa muutoksissa. Käyttäjälähtöisyyden on oltava sisäistettynä toimintatapana sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa.”³⁵⁷

Ohjelman suositukset korostivat yhteiskunnallisten ratkaisujen etsimisen tärkeyttä yhteiskunnallisiin ongelmiin, joita ihmiset eri tavoin oireillen ilmensivät. Ohjelman suositusten mukaan tarvittiin hyvää kohtaamista mahdollistavan toimintakulttuurin luomista palvelujärjestelmän laajentamisen sijaan.³⁵⁸

Taipaleen selvitys ja siitä seurannut ohjelma olivat merkittävä kannanotto mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmis- ja perusoikeuksien turvaamiseksi, sillä ne eivät olleet lääketieteellisen paradigman hallitsemia, vaan niissä huomioitiin yhteiskunnalliset näkökulmat. Lisäksi niissä vedottiin vammaispalvelulain soveltamiseksi myös mielenterveyden häiriöön sairastuneisiin heidän oikeuksiensa turvaamiseksi.³⁵⁹

Paineet yksilöiden hoitamiseen ja palvelujärjestelmän kehittämiseen syntyivät kuitenkin toisessa ohjelmassa. Samaan aikaan *Mielekäs elämä! -ohjelman* kanssa käynnistettiin *Rakenteista sisältöön, sanoista tekoihin! -mielenterveyttä peruspalveluissa Pääsky-ohjelma* 1998–2001, jonka tavoitteena oli peruspalveluiden mielenterveystyön kehittäminen asiakaslähtöisyyttä ja työntekijöiden osaamista vahvistamalla. Ohjelmassa korostettiin kansalaisosallisuutta, voimaantumisen näkökulmaa ja dialogisuutta. Ohjelman aikana käynnistettiin useita kehittämishankkeita. Kaikessa toiminnassa pyrittiin huomioimaan biopsykososiaalinen terveys- ja sairauskäsitys, perhekeskeisyys, yhteisöllisyys sekä jaettu asiantuntijuus.³⁶⁰

Osana ohjelmaa toteutettiin hanke, jonka tavoitteena oli luoda asiakaslähtöinen mielenterveystyön toimintamalli, jossa asiakkaan tahtoa kunnioitettaisiin ja hänen valinnanvapauttaan ja vaikuttamismahdollisuuksiaan vahvistettaisiin. Asiakaslähtöisyyden ajateltiin perustuvan ihmisarvoon, ihmisen kunnioittamiseen ja ihmisestä välittämiseen ja sen ajateltiin toteutuvan dialogisessa vuorovaikutuksessa ja sujuvissa palvelukokonaisuuksissa. Hankkeen tuloksia kirjatessa jouduttiin kuitenkin toteamaan, että asiakaslähtöisyys oli vain harvoin työntekijöiden sisäistävä tapa toimia.³⁶¹

357 Immonen & Kiikkala & Ahonen 2003, 28.

358 Immonen & Kiikkala & Ahonen 2003, 90–112.

359 Taipale 1996, 42–43.

360 Kiikkala & Immonen 2002, 15, 35–42.

361 Kiikkala & Immonen 2002, 52–53, 63.

Kansallisissa ohjelmissa ja uudistetussa mielenterveyslaissa käytetyt käsitteet heijastavat niiden taustalla vaikuttaneita ideologioita tekijöitä. Niissä puhutaan kansalaisten voimaannuttamisesta, voimavarojen löytämisestä, vaikutusmahdollisuuksien lisäämisestä ja käyttäjälähtöisyyden kehittämisestä, mutta korostetaan myös ihmisarvon ja ihmisen kunnioittamisen sekä ihmisestä välittämisen merkitystä. Dokumenteista näkyy, että avohoitoa kehittämällä pyrittiin tekemään eroa laitoshoidon käytäntöihin, mutta tavoiteltua muutosta kuvattiin käyttämällä hallitusohjelmiin sisällytettyjä, NPM-paradigman mukaisia käsitteitä, kuten vastuulliset kansalaiset ja aktiiviset toimijat. Turvautumalla NPM-paradigmaan tehostettiin näin palvelujärjestelmän lisäksi myös yksittäistä kansalaista. Keinona mainittiin erilaiset kannustimet. Mistä kannustamisen ajatus tuli hallitusohjelmiin ja miksi se omaksuttiin myös mielenterveystyötä ohjaaviin asiakirjoihin?

Kannustaminen on poliittinen idea, joka omaksuttiin keinoksi julkisen vallan ohjausasiakirjoihin 1990-luvulla. Käsitettä tutkineen Liisa Björklundin mukaan kannustamisen idea³⁶² on vaikuttanut suomalaisen hyvinvointipolitiikan suuntaan, kun on etsitty uusia ratkaisuja hyvinvointia koskeviin yhteiskunnallisiin ongelmiin. Björklundin mukaan kannustamisesta puhuttaessa ei ole ollut kyse vain taloudesta, vaan myös hyvinvointipolitiikan arvoista ja yhteisön moraalista, mikä näkyy siinä, että kannustamispolitiikassa määritellään sekä yhteisön että yksilön vastuulla olevat alueet. Taustalla on NPM-paradigmassa arvona pidetty tehokas kansantalous, joka toteutuu vain, jos toimeentuloa kansalaisista saadaan toimeliaita.³⁶³ Tavoite näkyy selvästi työllisyyspolitiikkaan keskittyneissä 1990-luvun hallitusohjelmissa.³⁶⁴

Kannustamisen idea omaksuttiin politiikkaan EU:n vuonna 1993 julkaisemasta valkoisesta kirjasta *Kasvu, kilpailukyky ja työllisyys*, jossa se sidottiin työllisyyspolitiikkaan. Koska työttömyysaste oli korkea ja rakenteellisen työttömyyden yleistyminen oli viitteitä, hallitus laati erityisen työllisyysohjelman. Kannustamisen idealla ryhdyttiin toteuttamaan työvoimapolitiittisia tavoitteita kuten työn tekoon innostamista ja työllisyyden lisäämistä. Lama sai poliittiset päättäjät kiinnittämään huomiota erityisesti kannustimiin, jotka ohjasivat kansalaisia tekemään taloudellisen kasvun kannalta haitallisia valintoja. Tavoitteiden vastaisia kannustin- ja tuloloukkoja purkamaan asetettiin kannustinloukkutyöryhmä ensimmäisen kerran jo vuonna 1996.³⁶⁵

362 Kokonaisuudessaan kannustaminen on yritystä tehdä vallitsevissa olosuhteissa jokin toimintavaihtoehto houkuttelevaksi joko kannustettavan omien preferenssien ja arvojen tai kannustajan päämäärien ja arvojen kannalta. Björklund 2008, 43.

363 Björklund 2008, 281.

364 Esimerkiksi Lipposen hallitusohjelma nimettiin työllisyyden ja yhteisvastuun ohjelmaksi. Pääministeri Pavo Lipposen hallituksen ohjelma.

365 Björklund 2008, 271- 273. Taustalla olivat Lipposen hallitusohjelmat. Sittenkin kannustinloukkutyöryhmistä on tullut pysyvä päätöksenteon apu. Yksi tällainen työryhmä julkaisi vuonna 2017 ehdotuksen lineaarisiksi eläkemalliksi. Kannustinloukut ja alueellinen liikkuminen 2017.

Kannustusidean mukaisesti eurooppalaisessa työllisyyspolitiikassa on korostettu kansalaisten vastuuta ja velvollisuutta työllistyä. Kannustuspolitiikan tavoitteena on ollut poistaa tukiriippuvuutta sen sijaan, että olisi kiinnitetty huomiota esimerkiksi työn kysyntään vaikuttaviin tekijöihin.³⁶⁶ Samaa ajattelutapaa edustaa suomalaisessa työllisyys- ja sosiaalipolitiikassa näkemys, että kansalaisten on sopeuduttava talouspolitiikkaan ja osoitettava taloudellinen tuottavuutensa.³⁶⁷

Björklundin mukaan institutionalisoitunut kannustaminen on kytketty taloustyövoima- ja sosiaalipoliittisiin tehtäviin. Samalla sosiaalisten oikeuksien toteuttaminen on sidottu kansalaisen omaan toimintaan ja kytketty osaksi työn tekemistä. Taustalla on ajatus ihmisten ohjaamisesta taloudellisten kannustimien avulla.³⁶⁸ Toisaalta kannustinidea sisältää taustaoletuksen, että ihminen valitsee tukien varassa elämisen työn tekemisen sijaan, mikäli yhteiskunta luo mahdollisuuden toimia niin. Aktiivisen sosiaalipolitiikan tehtäväksi jää pyrkiä palauttamaan työelämään työmarkkinoilta pudonneita, osatyökykyisiä ja pitkäaikaistyöttömiä. Perusteluksi on esitetty, että jokaisella on paitsi oikeus, myös velvollisuus osallistua työelämään.³⁶⁹

2000-luvulla työllisyyspolitiikan suunnittelijat ryhtyivät puhumaan sosiaalisesta työllistämisestä, jolla vaikeimmin työllistyvät ohjataan välityömarkkinoille. Tavoitteena oli tukea työllistettävien toiminta- ja työelämävalmiuksia.³⁷⁰ Kannustimia on suunnattu myös mielenterveyden häiriöön sairastuneisiin, joiden toiminta- ja työkyky on alentunut. Heidät on ohjattu erityisesti kolmannen sektorin vastuulle annettuun toimintaan, kun on etsitty täyttä työkykyä vaille oleville tapoja osallistua työelämään. Suomeen ei kuitenkaan ole kyetty luomaan kattavia välityömarkkinoita toisin kuin esimerkiksi Italiassa, eikä yrityksille ole Suomessa asetettu osatyökykyisten työllistämiseen velvoittavia kiintiöitä niin kuin Saksassa. Suomalaisessa työllisyyspolitiikassa ihanteena on pidetty täyttä työkykyisyyttä, jonka varassa työllistytään avoimilla työmarkkinoilla. Niille, jotka eivät täytä tätä mittaa, on varattu osa työmarkkinoiden ulkopuolella passiivisena, tuottamattomana

366 Björklund 2008, 283- 285.

367 Björklund 2008, 296.

368 Björklund 2008, 305- 307. Tuija Kotiranta esittää väitöskirjassaan, että työmarkkinoiden rakenneuutos on niin merkittävä, että suuri osa ihmisistä tulee jäämään tulevaisuudessa pysyvästi työelämän ulkopuolelle. Kotiranta 2008, 15.

369 Björklund 2008, 318- 319.

370 Björklund 2008, 327- 328. Välityömarkkinat nähtiin laman aikana mahdollisuutena työllistää osa massatyöttömyyden ihmisistä palkkatuella järjestöihin, joka tuki sekä järjestöjen toimintaa että työllistettävien työkykyä. Välityömarkkinoiden ideana oli toimia siirtymänä vaikean työttömyyden ja avointen työmarkkinoiden välillä. Pysyviä tuettuja työpaikkoja ei kuitenkaan ikinä Suomeen syntynyt. Selvitysasiames Tarja Filatov tuotti selvityksen työministeriölle välityömarkkinoista vuonna 2013, jonka tavoitteena oli selvittää välityömarkkinoiden työmahdollisuuksia erityisesti niille ihmisille, jotka eivät työkykyisyyteen liittyvien rajoitteiden vuoksi voi työllistyä avoimille työmarkkinoille. Selvitystyössä ilmeni, että välityömarkkinoilla on mahdollista luoda pitkäjänteisiä, räätälöityjä tukimuotoja niille ihmisille, jotka tarvitsevat tukea työllistymiseen. Välityömarkkinoiden toimivuutta ovat hankaloittaneet kuitenkin esimerkiksi toimijoiden erilaisuus ja jakaantuminen eri puolelle Suomea sekä työnjaon epäselvyys ja erilaisten tukimuotojen, kuten palkkatuen, toimimattomuus käytännössä. Selvitysasiames Tarja Filatovin raportti työministeri Lauri Ihalaiselle 2013.

kansalaisena. Kahtiajako on osaltaan vahvistanut mielenterveyden häiriöön sairastuneiden häpeäkokemuksia. Kansalaisjärjestöt ovat perinteisesti olleet vahvoja toimijoita ajaessaan monimuotoisempia työllisyysratkaisuja Suomeen. Ne eivät toistaiseksi ole kuitenkaan onnistuneet tavoitteessaan.³⁷¹

Kannustinpolitiikan vaikutusten valossa näyttää siltä, että työllistymistavoite on rajattu vain kykeneviin kansanosiin, kun taas toisten ihmisryhmien suhteen riittää, että heidät saadaan puuhaamaan jotain. Kannustamisen rinnalla alettiinkin puhua aktivoinnista. Tuija Kotiranta on tutkinut aktivoinnin paradokseja yhteiskunnassa. Hänen mukaansa aktivointi ja kannustaminen kytkettiin toisiinsa niin, että työttömyys yhdistettiin kuntoutustarpeeseen. Syntyi kuntouttavan sosiaalityön käsite. Kansainvälisesti sosiaalityössä toiminnan tavoitteeksi omaksuttiin *empowerment*³⁷², joka on käännetty asiakkaiden voimaannuttamiseksi.³⁷³

Kotirannan mukaan aktivointi tarkoittaa käytännössä sanktioiden kytkemistä työllisyyspolitiikkaan. Aktivointi on tavoitteena paradoksaalinen, mikä johtuu siitä, ettei ihmistä voida aktivoida ulkoapäin, koska aito aktiivisuus on ihmisen omaehtoista toimintaa jonkin hänen hyväksi tunnustamansa tavoitteen edistämiseksi. Kun aktivointi on otettu poliittiseksi tavoitteeksi, joudutaan kuitenkin ryhtymään toimiin ihmisten aktivoimiseksi. Kotirannan mukaan aktivoinnin käsite konkretisoitui osaksi poliittista ohjausta vuonna 2001 säädetyssä laissa kuntouttavasta työtoiminnasta³⁷⁴, jota edelsi Aktiivinen sosiaalipolitiikka -työryhmän perustaminen vuonna 1999. Kotiranta arvostelee lähestymistapaa siitä, että työttömyyden sitominen sairauteen muuttaa työttömyyden ilmiön luonteen virheellisellä tavalla yksilön ongelmaksi.³⁷⁵

Suomessa hallitukset ovat pyrkineet edistämään työllisyyttä työmarkkinoita kehittämällä sekä kannustamista ja aktivoivaa kuntoutusta lisäämällä. Keinoina on käytetty yksilöiden voimaannuttamisen lisäksi kannustinloukkujen purkamista³⁷⁶. Kannustinrakenne on suunniteltu työkykyisten kansalaisten näkökulmas-

371 Selvitysasiames Tarja Filatovin raportti työministeri Lauri Ihalaiselle 2013.

372 Kotiranta määrittelee *empowermentin* eli voimaantumisen niin, että se tapahtuu aina ihmisen oman toiminnan kautta ja että siihen kytkeytyy motivaation käsite. *Power* voi olla joko synnynnäistä tai hankittua. Kotiranta 2008, 87–89.

373 Kotiranta 2008, 22–23, 93–94. 2010-lvulla alettiin puhua sosiaalisesta kuntoutuksesta. ”Sosiaalinen kuntoutus käytännössä”: <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankeet/sosku/sosiaalinen-kuntoutus/kuntakysely/kaytanta>.

374 Laki kuntouttavasta työtoiminnasta 189/2001.

375 Kotiranta 2008, 99, 155–162, 169.

376 Kannustinloukkuongelmaa on yritetty ratkaista säännöllisesti. Kannustinloukkujen purkamista varten asetettiin loppuvuodesta 2016 jälleen kerran työryhmä, jonka tavoitteena oli tehdä ehdotuksia muun muassa sosiaaliturvasta ja työperäisestä liikkumisesta. Työryhmä ei esittänyt hallitukselle toimenpide-ehdotuksia, vaan ehdotti lisätutkimuksia. Tätä varten perustettiin *TOIMI-hanke* selvittämään sosiaaliturvaa ja toimeliaisuutta. Kannustinloukut ja alueellinen liikkuminen-työryhmän selvityksiä. Vuoden 2017 lopulla asetetun TOIMI-hankkeen tavoitteena oli kehittää sosiaaliturvajärjestelmää perusturvan ja toimeliaisuuden näkökulmasta. Aktiivisuudesta puhuminen oli korvattu puheella toimeliaisuudesta, vaikka tavoitteita ei oltu muutettu vaan päämääränä oli edelleen aktiivinen, kannustettu ja toimelias kansalainen. Perusturvan ja toimeliaisuuden kokonaisuudistus 2017.

ta ja sen hyödyntäminen edellyttää kansalaisilta aktiivisuutta ja vastuunottoa. Taustaoletuksena on, että kansalainen toimii taloudellisen etunsa mukaisesti. Kannustinparadigma ei ota huomioon työllisyysongelman yhteiskunnallisia kytköksiä vaan tarkastelee sitä työttömän vastuulla olevana asiana. Työntekoa pidetään kansalaisen ainoana hyväksyttävänä perustoimeentulon lähteenä, eikä muita tulomuotoja pidetä hyväksyttävänä. Vaikka palkkatyöhön osallistumiseen veloitetaan erilaisin sanktioin, kannustinmekanismit eivät toistaiseksi ole riittäneet ratkaisemaan ongelmia.³⁷⁷ Liisa Björklund on huomauttanut, että kansalaisia kannustetaan pääasiassa toimenpiteillä, jotka eivät tosiasiallisesti lisää heidän toimintamahdollisuuksiaan.³⁷⁸

Kannustamisen seurauksena kytkös kansalaisuuden, oikeuksien, ihmisarvon ja työelämän välillä vahvistui. Hyvinvointivaltion aikana rakennettu jako työssä oleviin ja työelämän ulkopuolella oleviin konkretisoitui laman seurauksena useiden ihmisten huono-osaisuudella.³⁷⁹

Edellä kuvatut poliittiset ideat, NPM-paradigma ja kannustaminen, näkyvät selvästi myös mielenterveystyön informaatio-ohjaukseen laadituissa asiakirjoissa. Mielenterveystyön kannalta keskeisimmät toimet, kuten uudistettu mielenterveyslaki ja Vappu Taipaleen selvitys mielenterveyspalveluista ilmentävät kuitenkin vielä 1980-luvun humaania ja sosiaalipsykiatrista paradigmaa. Mielenterveyspolitiikan

377 Taloudellisten kannustimien lisäksi moraaliset, sosiaaliset ja psykologiset tekijät ohjaavat ihmisen toimintaa ja kollektiiviseen toimintaan motivoitumista. Sosiologinen tapa lähestyä kannustamista tarjoaa keinoja tarkastella kannustamista sosiaalisenä keinona, jolla luodaan mielekkään yhteiselämän välttämättömiä perusehtoja. Yhteiskuntapolitiikassa kannustamisen käsite liitetään työelämään ja työllistymiseen liittyvään kannustamiseen. Tällöin korostuu taloudellinen rationalismi ja toisaalta osallisuuden merkitys, mutta yhteiskuntapolitiikassa kannustamisella on pääasiassa pyritty lisäämään työllisyyttä ja vähentämään sosiaaliturvan käyttämistä. Hyvinvointivaltion kannustinrakenne perustuu erilaisille tulonsiirtojärjestelmille, jotka suuntaavat kansalaisten valintoja. Lisäksi on sosiaalisia kannustinjärjestelmiä, kuten yhteisölliset käytännöt sekä normatiivisia kannustinjärjestelmiä kuten yhteisön arvostukset ja moraalikoodit. Björklund 2008, 35–39, 346–352.

378 Björklundin mukaan kannustaminen perustuu ulkoisille ja sisäisille determinanteille, jotka saattavat vaihdella ympäröivän yhteiskunnan ja siinä olevien toimijoiden erilaisten asemien mukaan. Yhteiskunnassa voimassa olevia sosiaalisia käytäntöjä määräävät rajat voivat olla hyvin hallitsevia yksilön toiminnan suhteen. Kannustamisen determinanttien tehtävänä onkin yhdenmukaistaa yhteisön toimintaa sekä sitouttaa toimijoita tietynlaisiin sosiaalisiin käytäntöihin. Yhteisöjen sääntöjen hyväksyminen on yhtä olennaista kuin kannustajan auktoriteetin varassa toimiminen. Kannustinrakenne liittyy toimijat tiettyyn institutionaaliseen elämänmuotoon. Toimijan asemaan ja rooliin yhteisön jäsenenä vaikuttaa siis kulloisenkin yhteiskunnan ideologinen perusta ja sen pohjalta luotu kannustinrakenne. Tällöin kannustinmekanismin avulla on mahdollista tarjota toimijalle kannustimia, jotka eivät edesauta hänen todellista hyvänsä. Kannustaminen eroaa kuitenkin säännöistä ja käskyistä, koska siinä otetaan huomioon kannustettavan hyvä. Björklund 2008, 71, 152, 157–159, 167.

379 Kannustamisen ja aktiivoinnin ideologia on näkynyt myös 2010-luvulla aktivointipolitiikkana. Se konkretisoitui 2018 vuoden alussa hallituksen säätämänä *aktivointimallina*, jossa taloudelliseen tukeen oikeuttavia työttömyyden ja työllisyyden ehtoja tiukennettiin ja edellytettiin, että tuen saadakseen tuli osoittaa omaa aktiivisuutta työllistykseen. Mallin vastustajat keräsivät kansalaisaloitteen pohjalta käynnistettävään eduskuntakäsittelyyn tarvittavat 50 000 allekirjoitusta parissa kuukaudessa ja mallin kumoamista koskeva asia otettiin eduskunnan käsittelyyn. Kansalaisaloitteena toteutunut protesti oli selvä osoitus kansalaisten ja hallituksen näkemysten välisestä ristiriidasta. Laki työttömyysturvalain muuttamisesta 906/2017 sekä kirjoitus ”Analyysi – työttömän kansalaisaloitteesta on tullut eri tahojen oppositiopolitiikan työkalu”: <https://yle.fi/uutiset/3-9999670>

tavoitteet muotoiltiin kuitenkin tukeutumalla kansallisissa ohjelmissa ja uudistetussa mielenterveyslaissa psyykkisiä häiriöitä ennaltaehkäisevään ja psyyken terveyttä edistävään mielenterveystyön käsitteistöön. Taustalla oli implisiittisesti toive, että ongelmat ja häiriöt voisi tunnistaa jo ennen yksilön sairastumista, jotta ne voitaisiin jollakin interventiolla estää ja kaikki kansalaiset saataisiin pidettyä aktiivisina työntekijöinä. Tavoitteen saavuttaminen edellyttää ihmisten tarkkailua kaikilla elämän ja yhteiskunnan toiminta-alueilla – ei vain sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tähän tarkkailun tarpeeseen pyrki vastaamaan psykiatrian omaksuma epidemiologinen ajattelu, jota tarkastelen seuraavaksi.

5.3 PSYYKEN HÄIRIÖIDEN EPIDEMIOLOGIA

Mielisairaaloiissa hoidettiin yksilöitä, mutta mielisairaaloiden ulkopuolella tavoitteeksi otettiin väestön hoitaminen – vieläpä ennen kuin se sairastui. Tavoitteeseen pääsemiseksi tarvittiin epidemiologiaa. Se pyrkii selvittämään sairauksien ja niiden aiheuttaman hoidon tarpeen ja toimintakyvyn heikkenemisen esiintyvyyttä väestössä ja esiintyvyyteen yhteydessä olevia biologisia, sosiaalisia ja psykologisia tekijöitä. Psykiatrisessa epidemiologiassa pyritään selvittämään mielenterveyden häiriöiden esiintyvyyttä.³⁸⁰

Väestön psyykkistä sairastavuutta ryhdyttiin tutkimaan jo 1960-luvulla. Se alkoi tarkoittaa kliinisesti määritellyn sairauden sijaan monenlaisia psyykkisiä häiriöitä ja toimintakyvyn heikkenemistä. Kiinnostus siirtyi mielisairauksista mielenterveyshäiriöihin, joita tarkasteltiin tieteellisinä kohteita ja taloudellisinä ja terveystaloudellisinä ilmiöinä. Jo 1970-luvulla mielenterveystyön kehittämisessä korostui oirehtimisen tutkiminen ja kartoittaminen, jonka perusteella voitiin esittää esimerkiksi arvio, että kolmannes suomalaisista sairastaa jossain vaiheessa elämänsä aikana jotain mielenterveyden häiriötä.³⁸¹ Mielenterveyden epidemiologinen tutkimus on tukenut mielenterveyspolitiikan päätavoitteita, kun on tarvittu tietoa mielenterveyspalvelujen suunnittelemiseksi ja kehittämiseksi, ennaltaehkäisevän mielenterveystyön kehittämiseksi sekä väestön mielenterveyden hallitsemiseksi.

Käsitykset mielenterveyden häiriöiden etiologiasta ovat kuitenkin puutteellisia ja näkemykset ovat keskenään ristiriitaisia.³⁸² Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyy-

380 Epidemiologian klassinen määritelmä koskee tartuntatautien epidemioita ja se oli tarttuvien tautien syiden ja leviämistapojen tutkimista. Esimerkki tällaisesta tutkimuksesta oli Lontoossa vuonna 1849 tehty tutkimus koleran aiheuttamien kuolemantapausten ja kaupungin juomaveden toimituksiin liittyvien yhteyksien selvittämisestä. Sotien jälkeen epidemiologian kiinnostus suuntautui tarttuvien tautien lisäksi ei-tarttuviin, kroonisiin tauteihin. Lehtinen & Alanen & Anttinen & al. 1989, 129–130.

381 Ensimmäiset psykiatriset epidemiologiat USA:ssa ja Isossa-Britanniassa esittivät häiriöiden esiintyvyydeksi 40–50% väestöstä. Helen & Hämäläinen & Metteri 2011, 34–35.

382 Lehtinen & Alanen & Anttinen & al. 1989, 131–132.

den mittaaminen väestöstä on edelleen vaikeaa. Mittareina on käytetty esimerkiksi mielenterveyssyistä työkyvyttömyyseläkkeellä olevien määrää ja psykiatristen sairaansijojen määrää, mutta tällaiset tilastot kuvaavat vain pientä osaa sairastuneista. Suuri osa hoidon tarpeessa olevista ei ole ollenkaan hoidon piirissä, eikä hoidon tarve aina kerro sairastavuudesta. Laajat kansanterveyskyselyt eivät tuota tämän tarkempaa kuvaa, sillä suuri osa mielenterveysongelmista kärsivistä ei vastaa kyselyihin. Joitakin häiriöihin vaikuttavia taustatekijöitä on kuitenkin voitu tunnistaa niin, että voidaan sanoa mielenterveyden häiriöiden korreloivan muun muassa sukupuolen (naisilla yleisempää), asuinpaikan (eniten Pohjois- ja Itä-Suomessa), siviilisäädyn (vakavasti sairassa enemmän naimattomia) ja sosiaalisen statuksen (yleisempää alemmissa sosiaaliryhmissä) kanssa.³⁸³

Epidemiologista tutkimusta on vaikeaa soveltaa psykiatriaan myös siksi, että mielenterveyttä ei edelleenkään voida määrittellä yksikäsitteisesti. Väestötasoa kuvaava määrittely on yksilöiden diagnosoimista monimutkaisempaa sillä se, mitä pidetään psyykkisenä sairautena, on yhteydessä kulttuurin ja yhteiskunnan arvoihin ja normeihin. Monet tutkijat ovat sitä mieltä, että mielenterveyden häiriöitä ei voida jakaa tarkasti rajattuihin sairausluokkiin - diagnooseihin.³⁸⁴ Lääketieteellisessä kielessä diagnoosilla viitataan sekä diagnoosin tekemisprosessiin ja sen lopputulokseen.³⁸⁵

Määrittelyssä kohdattuja puutteita ja ristiriitoja on pyritty ratkaisemaan sairauksien ja häiriöiden luokittelumallien avulla. Niitä ovat kehittäneet WHO ja Amerikan psykiatriyhdistys. Ensimmäinen DSM³⁸⁶ oli ilmestynyt pienenä vihkosena jo vuonna 1952. Vuonna 1968 julkaistussa DSM-II:ssa näkyi psykoanalyttinen ajattelutapa, jota muokattiin myöhemmin biologiseen ja tieteellisempään suuntaan. DSM-III:n kuvauksista oli poistettu epämääräisinä pidetyt muotoilut ja spekulatiiviset oletukset, mutta kritiikkiä herätti se, että luokittelussa ei puhuttu mitään sairastumisen kontekstista.³⁸⁷ Myös 1994 julkaistu DSM-IV jäi vain kuvailevalle tasolle. DSM-V julkaistiin vuonna 2013. Siinä on erilaisia diagnooseja jo yli 300, kun ensimmäisessä niitä oli vain 106.³⁸⁸ Tautiluokituksen kehittäminen on lisännyt diagnoosien

383 Mittareina voidaan käyttää myös erialaisia toiminta- ja työkyvyn mittauksia, arkisto- ja rekisteritietoja, avainhenkilöiden tietoja, väestötutkimuksia, kyselyissä ilmennyttä koettua sairautta sekä muita psykiatrisia kyselyitä ja seuloja kuten CMI ja GHQ ja erilaisia psykologisia testejä ja psykiatrisia haastatteluja. Lehtinen & Alanen & Anttinen & al. 1989, 136–145, 153–155, 158–177.

384 Vaikeuksia tuottaa myös se, että tutkijat eivät ole päässeet yksimielisyyteen häiriöiden syntysyistä. Osa etsii selitystä biolääketieteellisistä malleista, osa yksilöpsykologisista tekijöistä. Jotkut selittävät häiriöiden syntymisen vetoamalla sosiaalisiin tekijöihin. Lehtinen & Alanen & Anttinen & al. 1989, 171, 180–186.

385 Louhiala 2019.

386 DSM eli *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. https://fi.wikipedia.org/wiki/Diagnostic_and_Statistical_Manual_of_Mental_Disorders

387 Hautamäki on huomauttanut väitöstutkimuksessaan, että tässä näkyy selvästi paradigman muutos psykiatriassa. DSM III keskittyi yksinomia oireiden havaintoon ja häivytti kaikki oireiden syntyyn vaikuttaneet tekijät pois. Samalla se standardisoi psykiatriset diagnoosit. Hautamäki 2016, 8–9.

388 Pietikäinen 2013, 390–393. DSM-mittaristolla voidaan arvioida potilaassa mielenterveyden häiriön aiheuttamaa muutosta psykososiaalisessa toimintakyvyssä. Arvioinnissa otetaan huomioon psyykinen, sosiaalinen ja ammatillinen toimintakyky ja huomioon otetaan vain suoraan mielenterveyden häiriöön liittyvät tekijät,

määrää. Tautiluokitusten yleistyminen on yhteydessä sen kanssa, että psykiatria laajeni monialaiseksi mielenterveystyöksi. Tautiluokituksia ryhdyttiin käyttämään apuna terveyskeskuksissa, mielenterveystyöpoliittisissa muistioissa, kuntoutus- ja eläkepäätöksissä, lääkemainonnassa ja itsehoito-oppaissa, ja DSM oli eri tahoja yhdistävä yhteinen kieli.³⁸⁹

Erilaisesta mielenterveyden oireilusta ja psyykkisesti pahoinvoinnista ja niiden hoitamisesta on tullut iso osa yhteiskunnan mielenterveystyötä. Lääketieteellisiä selitysmalleja on ryhdytty hyödyntämään elämään kuuluvien ilmiöiden ja asioiden tarkastelussa. Näin eri elämänalueet ovat lääketieteellistyneet eli medikalisoituneet. Medikalisaatio-paradigman avulla voidaan ymmärtää myös sitä, miten psykiatria levisi sairaaloiden ulkopuolelle.

5.4 MEDIKALISAATIO

Medikalisaatiolle ei ole yhteisesti hyväksyttyä määritelmää. Se voidaan karkeasti jakaa poikkeavien käytösmuotojen ja elämään kuuluvien prosessien lääketieteellistämiseen. Mielenterveyteen kuuluvien ilmiöiden selittämisessä medikalisaatio on ilmennyt poikkeavuuden ja elämään kuuluvien prosessien patologisointina. Elämään kuuluvista tavallisista tunteista ja ilmiöistä on tullut mielenterveyden häiriöitä. Samalla ihmiselämän keskeiseksi tavoitteeksi on tullut jatkuva onnen etsintä ja itsensä parantamisen ihanne,³⁹⁰ joita kuvaan tarkemmin tämän tutkimuksen luvussa kuusi.

Medikalisaation keksijänä on pidetty vammaistutkija Irving Zolaa. Zolan mukaan medikalisaatiolla tarkoitetaan lääketieteen laajentumista ei-lääketieteellisiin kysymyksiin.³⁹¹ Artikkelissaan vuodelta 1973 hän tutki lääketiedettä sosiaalisen kontrollin välineenä. Hänen mukaansa lääketieteestä oli tullut näennäisesti neutraali ja objektiivinen taho, joka teki yksilöä koskevia päätöksiä terveyden perusteella. Zola analysoi medikalisaatiota neljästä näkökulmasta: 1) miten elämän eri osa-alueista

jolloin ulkopuolelle jäävät mm. ruumiilliset sairaudet ja ympäristötekijöistä johtuvat rajoitukset. Asteikkona käytetään jatkumoa, joka on jaettu yhdeksään eri tasoon, jolloin ensimmäisellä tasolla on ihminen, joka on oireeton, aktiivinen ja osallistuva, kun taas viimeisen tason ihminen on jatkuvasti vaarassa vahingoittaa itseään tai muita tai joka on jatkuvasti kykenemätön huolehtimaan minimitasoisen hygieniasta. Tautiluokituksessa käytetään myös seitsenluokkaista mittaria, jolla voidaan arvioida psykososiaalisten rasitustekijöiden voimakkuutta. Kun rasitustekijöitä on useita, otetaan huomioon niiden yhteisvaikutus. Lehtinen & Alanen & Anttinen & al. 1989, 25–28.

389 Helen & Hämäläinen & Metteri 2011, 32–34.

390 The New Blackwell Companion to Medical Sociology 2010, 211–212, 222–228.

391 Suomalaisessa sosiaalipsykiatriassa käytetään käsitettä Diagnostinen kulttuuri kuvaamaan samaa ilmiötä. Tässä kritiikki on kohdistunut psykiatristen diagnoosien epäasiallisen väljään käyttöön yhteisöllisiä ilmiöitä tai yksittäisiä kansalaisia arvioitaessa. Suhtautuminen poikkeavuuksiin, kulttuurieroihin tai arvoihin voi vääristyä. On esimerkiksi esitetty jopa epäilyjä, että psykiatrissa diagnostiikkaa käytettiin Neuvostoliitossa toisin ajattelevia vastaan. Lehtinen & Alanen & Anttinen & al. 1989, 73, 78.

tulee relevantteja lääketieteen kannalta, 2) miten tekniset operaatiot, mukaan lukien lääkkeidenmääräysvalta, kuuluu medikalisaatioon 3) miten erilaisia ”tabuja” ts. intiimiasioita kontrolloidaan lääketieteen avulla sekä 4) miten hyvän elämän määrittelyyn kytketään lääketiede. Lääketieteen laajenemisen todisteena Zola piti esimerkiksi lisääntyntä lääkkeiden ja terveyspalveluiden käyttöä sekä lisääntyntä terveellisiä elämäntapoja koskevien tutkimusten ja kirjallisuuden määrää.³⁹²

Lääketieteen ja sosiaalisten ilmiöiden välisiä yhteyksiä ryhdyttiin kritisoimaan jo varhain, kun huomattiin, että lääketieteen tutkimus ja kehitys keskittyi paremmin toimeentulevien kansalaisten sairauksiin, kuten syöpään ja sydänsairauksiin, köyhemmän kansanosan, esimerkiksi huonosta ravinnosta johtuvien sairauksien tutkimisen sijaan.³⁹³ Medikalisaation kritiikki on pohjautunut erilaisiin teorioihin. Esimerkiksi Marxin vieraantumisteorian avulla on pyritty osoittamaan, että lääketieteellisessä ymmärryksessä ihmisestä ja terveydestä ei tunnusteta ihmisen ja terveyden yhteiskunnallisia yhteyksiä. Ivan Illich’in mukaan puolestaan länsimainen valtavirtälääketiede on vieraantunut ihmisten arjesta, kun siinä ei huomioida yksilön spiritualistisuutta. Habermas meni kritiikissään vielä pidemmälle väittäessään, että asiantuntijajärjestelmät ovat vallanneet ihmisen elämysmaailman kokonaisuudessaan. Doyal myös kritisoi lääketiedettä, ja hänen mukaansa se tuottaa potilaita alistavia käytäntöjä, eristää potilaan yhteisöistä ja heikentää potilaan kykyä puolustaa itseään tai asettua vastarintaan.³⁹⁴

Eniten medikalisaatiota on kritisoitu siitä, että se on lisännyt lääketieteen asiantuntijuusvaltaa yhteiskunnassa. Freidson Eliot, joka on tutkinut lääketieteen ammatti-instituutiota kyseenalaistaa Zolan tavoin lääketieteen vallan sairauteen liittyvissä kysymyksissä ja lääkäreiden yksinoikeuden sairauden määrittelyyn.³⁹⁵ Medikalisaatioissa valta ja lääkäreiden ammatti yhdistyvät, vaikka lääketieteen ammatti-instituutio on epämääräinen. Freidson esimerkiksi huomauttaa, että suuri osa sairauksien parantamiseen liittyvistä kehityskuluista ei ole ollut lääketieteellisiä, vaan tekniikan ja muun tieteen kehittymiseen kuuluvia. Kehityskuluihin kytkettiin kuitenkin lääkärin ihmisiä konsultoiva ammatti-instituutio, ja ainoastaan lääkärin ammatista harjoitettu parantaminen legitimoitiin.³⁹⁶

Lääketieteellisiä diagnooseja pidetään neutraaleina ja objektiivisina sekä tieteellisinä selitysmalleina erilaisille oireiluille,³⁹⁷ vaikka lääketieteen ongelmana on aina

392 Zola 1973, 492–498.

393 Zola 1973, 487–489.

394 Lehto 2010, 18–19.

395 Freidson 1972, 3–6.

396 Freidson 1972, 15–17, 21–22, 48–54, 91–92, 99–100, 137–157, 161–166.

397 Kuten muutkin aikalaiset, myös Freidson analysoi sosiaalisen kontrollin keinoja ja välineitä poikkeavuuteen suhtautumiseen ja yhteiskunnallisen poikkeavuuden määrittelyyn. Tämä ns. poikkeavuuden teoria kuvaa, miten sairaudesta seuraa erilaisia poikkeavuuden muotoja. Poikkeavuus rikkoo sosiaalisia normeja ja sosiaalisten normien rikkominen muuttuu nopeasti yksilön attribuutiksi. Teko ja toiminta saa sosiaalisessa kontekstissa tekijää määrittävän muodon. Poikkeavuus syntyy siis muiden suhtautumistavoista poikkeavaan, ei

ollut sen sisällä vallitseva erimielisyys sairaudesta, terveydestä, diagnosoinnista ja eri hoitomuodoista sekä tavoiteltavista tuloksista. Lääketiede ei ole homogeeninen instituutio ja sen epävarmuutta lisäävät myös monet ei-lääketieteelliset tekijät hoitoprosesseissa, kuten vuorovaikutuksen merkitys. Lääketiede -instituution haasteena on myös se, että suuri osa itsensä sairaksi tunteviksi ei hakeudu hoitoon – etenkin silloin, kun eivät koe sairautta vakavaksi tai itselleen ongelmalliseksi.³⁹⁸

Tutkijat eri tieteenaloilta ovat kuvanneet medikalisaatiota yhdeksi länsimaiden merkittävimmiksi ja vaikuttavimmiksi kehityskuluksi.³⁹⁹ Nykyään ymmärretään, että lääketieteen ja lääkäreiden lisäksi medikalisaatiota ovat vahvistaneet myös potilasjärjestöt ja potilaat itse. Peter Conradin mukaan on lisäksi huomattava, että on tapahtunut myös demedikalisaatiota esimerkiksi vammaispoliittisten tavoitteiden onnistuttua. Vammaisuutta ei selitetä enää yksinomaan lääketieteellisestä paradigmasta käsin.⁴⁰⁰ Medikalisaatiolla on ollut myös myönteisiä seurauksia. Esimerkiksi kun vanhuuden vaivoja ei pidetä vain luonnollisena osana ihmiselämää, myös vanhuksille on tarjottu heidän tarvitsemiaan kaihileikkauksia ja kuulokojeita elämänlaatua parantamaan. Rokotukset ovat pelastaneet ihmishenkiä ja esimerkiksi lääketieteellinen ymmärrys seksuaalisuudesta on vaikuttanut myönteisesti ihmisten elämään, kun infektiotuhoja ei ole pidetty vääjäämättöminä ja myös seksuaalielämän vaikeuksia on ruvettu hoitamaan.⁴⁰¹

Medikalisaatio koskee nykyään erityisesti psykiatriaa ja mielenterveyden häiriöitä. Conradin mukaan on kiinnostavaa, että medikalisaation kehittymisen kanssa samanaikaisesti psyykinen sairastavuus on lisääntynyt. Tutkimusten ja arvioiden mukaan jopa puolet amerikkalaisista sairastuu psyykkisesti jossain vaiheessa elämänsä. Arvio on sama myös Suomessa tehtyjen selvitysten mukaan.⁴⁰² Vaikka mielenterveyden hoito on kasvanut määrällisesti koko ajan, jää kuitenkin yhä enemmän ihmisiä hoidon ulkopuolelle.⁴⁰³ Conradin mukaan on epäselvää, että onko kyseessä

poikkeavan omana toimintana. Sosiaalisesta kontrollista tulee siis syrjäytymisen syy, ei sen seuraus. Freidson huomauttaa, että tästä syystä myös sairauksien luokittelu eli diagnosointi syntyy ihmisten antamista merkityksistä erilaisille toimintoille ja teoille. Motivaatio luokittelulle on kiinnostavampaa ja merkityksellisempää kuin tieteelliset faktat. On huomattava, että merkitysten antaminen erilaisille asioille ja sitä ohjaavat motivaatiotekijät vaihtelevat ajan, paikan ja näkökulman mukaan. Tämän takia ihminen ei ikinä pysty ennustamaan tai vaikuttamaan oman toimintansa ja käytöksensä seurauksiin. Tulkintoihin vaikuttavat kulloisenkin kulttuurin käsitykset ruumiista, kivusta, oireista, sekä erilaiset asenteet ja tieto. Freidson 1972, 205–209, 216–226, 283–292.

398 Freidson 1972, 244, 250, 261, 263–265, 271–272.

399 Conrad 2007, 4.

400 Conrad 2007, 6–8.

401 Louhiala 2019.

402 ”Suomalaisten mielenterveys ei ole kohentunut fyysisen terveyden tahtiin”: <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/ylhteiskunta/suomalaisten-mielenterveys-ei-ole-kohentunut-fyysisen-terveyden-tahtiin>

403 ”Noin puolet mielenterveyden häiriöitä kohtaavista ei saa tarvitsemaansa hoitoa Suomessa”: <https://www.iltalehti.fi/kotimaa/a/201809062201183810> sekä ”Monen mieli järkkyy, mutta apua on vaikea saada – suurta osaa alihoidetaan tai ei hoideta ollenkaan”: https://www.hameensanomat.fi/kanta-hame/monen-mieli-jarkkyy-mutta-apua-on-vaikea-saada-suurta-osaa-alihoidetaan-tai-ei-hoideta-lainkaan-417971/?fbclid=IwAR2V_6o_6w27fYlk_jamMvysDx9BgDvXQdfMB1kegl9WlCJbb-zow4jcAgQ

hoitamaton sairaus vai diagnosoimaton kärsimys. Hän haluaa siirtää vastuuta mielenterveyshäiriöiden lisääntymisestä myös psykiatriselle tutkimukselle ja sen tuottamille tuloksille.⁴⁰⁴

Medikalisaation tutkija, sosiologi Nikolas Rose on puolestaan ollut huolissaan riskien hallinnan sekä ennaltaehkäisevän ja terveyttä edistävän työn lisääntymisestä ja vakuutusbisneksen yhteyksistä näihin. Terveystietä on tullut yksi keskeisimmistä normeista länsimaisessa yhteiskunnassa ja yhteiskunnan jäsen on velvoitettu hoitamaan ja ylläpitämään omaa terveyttään. Terveyttä on tarkkailtava, edistettävä ja arvostettava. Tätä tuetaan esimerkiksi oma-apumallien avulla, vertaistuellalla ja erilaisilla kampanjoilla. Kolmannen sektorin toimijoilta ja yhteisöiltä odotetaan aktiivista roolia kansalaisten terveyden ylläpitämisessä. On muodostunut esi-potilisuuden ilmiö, jota ei aikaisemmin lääketieteessä tunnettu. Varhainen puuttuminen, ennako-oireiden tarkkailu ja näkymättömän tekeminen näkyväksi ei lisääkään terveyttä vaan sairautta.⁴⁰⁵

Riskien hallinnassa auttaa genetiikka. Genetiikan avulla voidaan paikantaa erilaisten sairauksien geeniperimää – myös psyykkisten sairauksien kohdalla. Sairausta kattaa tässä ajattelutavassa yksilön sijaan koko perheen ja suvun eli perimän. Yksilö ei siis voikaan olla vastuussa omasta terveydestään, jolloin voi syntyä passivoitumista ja fatalismia, mutta toisaalta perimän seulominen myös lisää painetta omahoitoon ja terveyden hallintaan. Uhkana on myös geenitestien laajeneminen ja sitä kautta syrjinnän lisääntyminen yhteiskunnassa. Potentiaalisesti sairaita ei haluta esimerkiksi työpaikoille eikä vakuutusyhtiöiden asiakkaiksi.⁴⁰⁶

Medikalisaation seurauksena on muodostunut uudenlaista kansalaisuutta, jota Rose nimittää biokansalaisuudeksi. Rosen mukaan aktivoituminen omaan biomedikaaliseen vointiin ja tilaan saattaa muodostua jopa asiaksi, jota ihmiseltä odotetaan. Biokansalaisuutta ylläpidetään Rosen mukaan esimerkiksi potilasjärjestöissä niiden tarjotessa roolia vertaisena. Biologisten ominaisuuksien pohjalta tehty edunvalvonta ja vaikuttamistyö muuttaa sairauden tai vamman poliittiseksi asiaksi – ihmisen odotetaan osallistuvan politiikkaan yksinkertaisesti siitä syystä, että hän on sairas.⁴⁰⁷

Uudenlaisen kansalaisuuden lisäksi Rosen mukaan medikalisaatiosta on seurannut myös uudenlaista minätietoisuutta. Psykologinen ja psykiatrinen sanasto on ujuttautunut ihmisten tapaan puhua itsestään. Ajatuksista, toiveista, tunteista ja

404 Conrad 2007, 16–19, 130, 132, 163.

405 Rose 2007, 19, 22–23, 25–27, 52–53, 63–64, 70, 84–85.

406 Rose 2007, 106–110, 116–117, 120. Esimerkkejä näistä on jo käsitelty mediassa runsaasti, ja esimerkiksi tekoälyä kehitetään sellaiseksi, että se voisi seuloa aineistosta potentiaalisesti työkyvyttömyyseläkkeelle joutuvat työntekijät. ”Uusi tekoäly tunnistaa työkyvyttömyyden kaksi vuotta ennen eläkkeelle joutumista – aineistona puolen miljoonan suomalaisen tiedot”: <https://www.kauppalehti.fi/uutiset/uusi-tekoaly-tunnistaa-tyokyvyttömyyden-kaksi-vuotta-ennen-elakkeelle-joutumista-aineistona-puolen-miljoonan-suomalaisen-tiedot/e7f67f9b-fcd4-3795-a335-ba05e45b0c3a>

407 Rose 2007, 144–147, 149, 216. Nämä Rosen pohdinnat ovat mielenkiintoisia myös nykyisen kokemusasiantuntijuus-ilmion näkökulmasta.

käytöksestä on tullut huomion keskipiste ja aivoista näiden ohjauskeskus, jota Rose nimittää ”neurokemialliseksi” itseksi. Aivot ovat muodostuneet omaksi, irralliseksi kokonaisuudeksi ihmisen kehossa. Tutkimuksessa ja hoidossa huomio keskittyy aivojen toimintaan ja siihen vaikuttavien tekijöiden löytämiseen – potilaan omat kokemukset ja tulkinnat muuttuvat toissijaisiksi. Neuropsykiatria ei ota kantaa pelkästään siihen, että mikä kelpuutetaan selitykseksi vaan myös siihen, että mitä selitetään. Mieli on yhtä kuin elin – aivot.⁴⁰⁸

Medikalisaatiota kritisoidaan edelleen siitä, miten se patologisoi elämän ilmiöitä ja kapeuttaa normaaliutta. Kritiikki on Conradin mukaan ajankohtaista siksi, että medikalisaatio vaikuttaa siten, että yhteiskunnallisessa keskustelussa problematisoidaan yksilöt yhteiskunnallisten tekijöiden sijaan. Tästä seuraa, että myös ratkaisuja haetaan yksilötasolla eikä kollektiivisella tai yhteiskunnallisella tasolla. Uusiksi haasteiksi ovat tulleet lääkemarkkinoiden laajentuminen entisestään, mainonnan merkityksen kasvu sekä biotekniikkaan liittyvät kysymykset.⁴⁰⁹ Lisäksi valta on siirtymässä lääkäriammattista sosiaalsiin liikkeisiin ja etujärjestöihin sekä lääkemarkkinoille ja kuluttajille.⁴¹⁰

Mielenterveyden häiriöiden epidemiologia sekä *evidence based practises*-käytännöt legitimoivat psykiatrian toimimaan sairaaloiden ulkopuolelle. Avohoidossa toteutettu psykiatria oli kuitenkin ratkaisevalla tavalla erilaista kuin sairaaloissa harjoitettu psykiatria. Sairaaloiden potilaiden sijaan psykiatrian kohteena oli koko väestö. Medikalisaatio tarjosi työvälineet sekä kansalaisten parantamiseen, että sairauksien ennaltaehkäisyyn toimimalla kaikilla elämän osa-alueilla. Samalla kun parantumattomasti vammaiset onnistuivat kehittämään yhteiskunnallista vammaispolitiikkaa⁴¹¹, mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmisoikeuksiin kuuluvat kysymykset kärsivät näistä julkisen vallan ajamien ennaltaehkäisy- ja terveyden edistämisen tavoitteista.⁴¹²

Vappu Taipaleen selvityksessä ja sitä seuranneessa Mielekäs elämä -ohjelmassa havaittiin tämä ja pyrittiin puuttumaan siihen tuomalla terveystoimintaan keskusteluun jo vakavasti sairastuneiden ihmisarvo sekä heidän perusoikeuksiensa toteutuminen. Tämä julkisen vallan virkamiestyönä tehty vaikuttamistoiminta olisi vielä 1970- ja 1980-luvulla ollut Marraskuun liikkeen kaltaisen järjestötoimijan toimintaa, mutta 1990-luvulla edunvalvontaa harjoittavat järjestöt eivät onnistuneet vaikuttamaan edellä mainittuihin epäkohtiin. Mistä tämä johtui? Tarkastelen seuraavaksi järjestöjen ja kolmannen sektorin toimintaa Suomessa 1990-luvulla.

408 Rose 2007, 188–192, 206–215, 222–223.

409 Conrad 2007, 7–8, 16–19, 163.

410 Riska 2010, 205–214.

411 Vehmas 2018, 46–47, 51–55.

412 Esimerkiksi Mieli maasta depressio -projekti ja Pääsky-ohjelma.

Miten ne onnistuvat tuomaan esiin vakavasti sairaiden yhteiskunnallisia kysymyksiä osana suomalaista mielenterveyspolitiikkaa?

5.5 JÄRJESTÖKANSALAISSUUS

Sosiaali- ja terveysalan järjestöt olivat merkittäviä toimijoita 1990-luvulla. Kun hyvinvointivaltiota rakennettiin 1970-luvulla, oli järjestöjen merkitys vielä vähäinen ja järjestöjen tarjoama vapaaehtoistyö oli jopa uhka hoiva-alalle ja sen vielä nuorelle ammatillistumiselle. 1990-luvulla järjestöjä alettiin kuitenkin arvostaa, kun laman seurauksena vähentyneille palveluille tarvittiin täydentäjiä. Samaan aikaan muodostui sosiaalisen pääoman käsite, jolla kuvattiin järjestötoiminnan tuottamaa hyötyä yhteiskunnalle, joka lisäsi järjestöjen arvostusta yhteiskunnassa.⁴¹³

Potilasjärjestöt lisääntyivät 1990-luvulla kaikkialla maailmassa. Esimerkiksi yli puolet amerikkalaisista järjestöistä on syntynyt vuoden 1980 jälkeen. Medikalisaatio sekä uudet diagnosointimenetelmät ovat johtaneet myös potilasjärjestöjen erikoistumiseen ja eriytymiseen. Uusia potilasjärjestöjä on muodostunut esimerkiksi paniikkihäiriöön, syömishäiriöihin, uniongelmiin, kipuun, migreeniin, osteoporoosiin ja endometriooseen liittyen.⁴¹⁴ Kansainvälisten tutkimusten mukaan erityisesti mielenterveysjärjestöjen määrä on lisääntynyt. Viime vuosina järjestöjä ovat perustaneet ihmiset, joilla on asiasta henkilökohtainen kokemus ja toiminnassa on korostunut kokemusasiantuntijuus.⁴¹⁵

1970-luvulla perustettu Mielenterveyden keskusliittokin, MTKL, kasvoi huomattavasti 1990-luvun aikana, ja entiset potilaat perustivat paikallisyhdistyksiä joka puolelle Suomea. 1980- ja 1990-luvuilla perustettiin myös useita Sosiaalipsykiatrisia yhdistyksiä⁴¹⁶ ja vuonna 1995 toimintansa Suomessa aloitti Yhdysvalloista tuotu yhteisökuntoutuksen toimija Klubitalo.⁴¹⁷ Mielenterveyspotilaiden omaisten oma yhdistystoiminta alkoi silloin, kun mielenterveyden hoitoon ryhtyi vaikuttamaan psykoterapeuttiset ja erityisesti psykoanalyttiset ajattelumallit. Ajattelumalleissa

413 Ruohonen 2003, 46 sekä Koskinen-Ollonqvist & Aalto-Kallio 2013, 340–341.

414 Toiviainen 2005, 19, 36.

415 Toiviainen 2005, 36–37. Kokemusasiantuntijuudesta tarkemmin seuraavassa luvussa, 5.

416 Suomen sosiaalipsykiatristen yhteisöjen keskusliitto ry: <https://ssyk.fi/>. Italiassa 1960-luvulla käynnistynyt mielenterveyden reformi lakkautti maan mielisairaalat ja mielenterveyskuntoutujien yhteiskunnallinen asema muuttui potilaista ”toisten” työmarkkinoiden työntekijöiksi sosiaalisissa yrityksissä ja osuuskunnissa. Hoitojärjestelmästä siirryttiin yhteiskunnan rakenteisiin ja tavoitteeksi tuli potilaan kiinnittyminen yhteiskuntaan. Suomessa dehospitalisaatio ei saanut tätä Italialaista muotoa, sillä toisin kuin Italiassa, ei psykiatrista muutostyötä mielletty Suomessa ensisijaisesti yhteiskuntapolitiikaksi, vaan terveyspolitiikaksi. Italiassa onnistuttiin myös yhdistämään taide- ja kulttuurielämä reformiin ja mielenterveystyöntekijät itse ottivat vahvan vaikuttamiseen tähtäävän roolin. Salo 2011, 261–262.

417 Suomen Klubitalot ry: <http://www.suomenklubitalot.fi/> Klubitalojen lisäksi 2000-luvulla syntyneet sosiaaliset yritykset ovat mahdollistaneet mielenterveyskuntoutujien työelämäkokeilut: Sosiaalinen yritys: <https://tem.fi/sosiaaliset-yritykset>

korostettiin vanhempien merkitystä ja vastuuta lastensa mielenterveyden häiriöiden muodostumisessa. Vuonna 1991 perustettiin Mielenterveysomaisten keskusliitto tukemaan mielenterveysomaisten jaksamista, edunvalvontaa ja mahdollisuutta saada vertaistukea.⁴¹⁸

Potilasjärjestöt toimivat usein julkisen vallan ajamien ajattelumallien ja ideologioiden haastajina, mutta etenkin pohjoismaissa potilasjärjestöt ovat myös osa valtiollista sosiaali- ja terveyspolitiikkaa. Järjestötoiminta on osa yhteiskunnan järjestelmää, jossa vapaaehtoistoiminta, ammatillinen toiminta ja valtio toimivat yhdessä. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen rooli vertaistuen antajina ja palvelujen tuottajina on ollut Suomessakin huomattava. Raha-automaattiyhdistys, RAY,⁴¹⁹ on tukenut sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaa taloudellisesti, ja taloudellisten resurssien jakamisesta ovat päättäneet valtiovalta ja järjestöt yhdessä.⁴²⁰

Vaikka järjestöjen toimintaan on kuulunut myös julkisen vallan harjoittama kansanterveystyö, ovat järjestöt ensisijaisesti olleet sosiaalisia liikkeitä. Esimerkiksi monet 1960-luvun potilasjärjestöt syntyivät erilaisina valtioon ja julkisen vallan toimintaan vaatimuksensa kohdistavina painostusryhminä. Järjestöt ovat pohjoismaissakin usein vallitsevan järjestelmän haastajia, vaikka yhteistyö julkisen vallan kanssa on runsasta.⁴²¹ Kaikki potilasjärjestöjen toiminta on poliittista toimintaa, jonka tavoitteena on vaikuttaa eri tavoin yhteiskuntaan, järjestelmään, viranomaisiin ja politiikkaan. Osa järjestöistä on syntynyt reaktiona epäkohdalle, kuten palvelujen riittämättömyydelle. Järjestöt voivat myös haastaa lääketieteellisen tiedon auktoriteetin sekä lääkäreiden ja sairaaloiden toiminnan periaatteita. Järjestöt tekevät vaikuttamistyötä myös kuluttamisen näkökulmasta, kun ne voivat vaikuttaa mitä ja minkälaista tietoa annetaan palveluiden ja hyödykkeiden kuluttajille.⁴²²

Julkisen vallan ohjauksen tavoitteet muodostuvat siis osittain myös potilasjärjestöjen tavoitteista. Miksi tästä vaikuttamistyöstä huolimatta eri tavoin sairaat ja vammaiset ihmiset ja heidän asemansa yhteiskunnassa on kuitenkin jäänyt

418 Kalemaa 1996, 170–173.

419 RAY perustettiin järjestöjen toimesta vuonna 1938 keräämään rahapelitoiminnalla varoja suomalaisten sosiaali- ja terveysjärjestöjen toiminnan tukemiseen. RAY:stä tuli julkisoikeudellinen yhdistys vuonna 1962. RAY:n kahdeksasta alkuperäisestä perustajajäsenestä yksikään ei ollut ns. potilasjärjestö. Päätösvaltaa RAY:ssä käyttivät yhdistyksen kokous ja hallitus. Hallituksen muodostivat seitsemän valtioneuvoston määräämää ja seitsemän yhdistyksen kokouksen valitsemaa edustajaa. RAY oli yksi kolmesta rahapeliyhdistyksestä, joilla oli Suomessa yksinoikeus omalla rahapelitoiminnan alueellaan. Rahapelitoiminnan harjoittaminen yksinoikeudella perustuu arpajaislakiin (1047/2001). Lain mukaan rahapeliluvan antaa valtioneuvosto. Toiviainen 2005, 8. RAY lakkautettiin vuonna 2016 ja tällä hetkellä sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaa rahoitetaan Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnoimasta avustusyksiköstä, STEA:sta. Resurssit STEA:an tulevat rahapelaamisesta, jonka tuotot kerää Veikkaus. Aikaisemmin järjestöjen perustama ja hallinnoima rahankeräys ja -jakoinstituutio on siis muutettu osaksi valtiollista toimintaa. Järjestöjen autonomian säilyminen tässä muutoksessa on herättänyt huolta. Järjestöbarometri 2018.

420 Toiviainen 2005, 8 sekä Toiviainen 2007, 49–50.

421 Toiviainen 2005, 40–41.

422 Toiviainen 2005, 41 sekä Toiviainen 2007, 49–50.

mielenterveyspolitiikassa palvelujärjestelmäkeskeisen ja ennaltaehkäisevän työn kehittämisen jalkoihin?

Valtion toimiminen järjestöjen päärahoittajana on yksi selitys, sillä rahoituksen jakoperusteista päättää valtion instituutio STEA,⁴²³ mutta mikä selittää järjestöjen heikkoa vaikutusvaltaa jo 1990-luvulla? Hanna Toiviainen on tutkinut sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaa Suomessa ja hänen mukaansa järjestöjen toiminta muuttui 1990-luvulla. Potilasjärjestöjen tärkeintä toimintaa niiden perustamisen alkuvaiheissa oli ollut tiedon ja vertaistuen antaminen. Vapaaehtoisjärjestöt olivat olleet tärkeitä yksilöiden voimaantumisen, yhteisöjen kehittymisen ja kansalaisaktiivisuuden näkökulmista. Myöhemmin järjestöjen toiminta on muuttunut ihmisten tukemiseksi omahoidossa, kun lääketieteen ja ennaltaehkäisyksen merkitys on yhteiskunnassa kasvanut. Järjestöjen organisaatiot ovat myös muuttuneet muiden yhteiskunnan organisaatioiden kaltaisiksi. Potilasjärjestöjen muuttuminen organisaatiokeskeiseksi toimijaksi voidaan tutkimusten mukaan jakaa viiteen jaksoon: perustaminen/innostuminen, painostuspolitiikka, ammatillistuminen, kabinetti-politiikka ja monumenttipolitiikka. Viimeisessä jaksossa järjestöt vieraantuvat alkuperäisestä tehtävästä, ja järjestön tärkeimmäksi tavoitteeksi tulee organisaation laajentaminen ja palvelujen lisääminen.⁴²⁴

Potilasjärjestöt ovat perinteisesti edustaneet objektiivisuutta, riippumattomuutta, yleistä tai erityistä hyvää sekä potilaan parasta, mutta nykyisin monilla järjestöillä on erilaisia taloudellisia, kontrolliin, valtaan ja yhdessä luotuihin tavoitteisiin liittyviä intressejä. Järjestöjen suhde muihin toimijoihin on tullut monimuotoisemmaksi ja ristiriitaisemmaksi. Välillä niiden toiminnassa korostetaan sairauksia ja niiden hoitamiseen liittyviä edunvalvontatehtäviä, välillä taas yleisempää kansanterveysystyötä ja ihmisten hyvinvoinnin tukemista. Jokainen potilasryhmä haluaa tulla kuulluksi. Se tarkoittaa lisääntyvää kilpailua rahoituksesta, näkyvyydestä ja vaikutusvallasta. Toiviaisen mukaan joitakin sairauksia ja vammoja on pidetty muita sairauksia merkittävimpinä ja niitä edustavat järjestöt ovat vahvemmin edustettuina myös poliittisessa päätöksenteossa ja yhteiskunnallisessa keskustelussa.⁴²⁵

Järjestöjen toimiminen osana julkista valtaa vaikuttaa väistämättä niiden omaan toimintaan. Järjestöjen rahoittajat odottavat järjestöiltä esimerkiksi tuloksellista toimintaa ja sen seurauksena toiminnan arviointia ja sen osoittamista, että saadaan aikaan tuloksia ja vaikutuksia.⁴²⁶ Rahoittajilla on myös odotuksia järjestöjen osallistumisesta työllisyystalkoisiin, sekä sille, että osa yhteiskunnan toiminnasta hoidetaan

423 Avustusten hakeminen: <https://www.stea.fi/avustusten-haku>

424 Toiviainen 2005, 39.

425 Toiviainen 2005, 48–49. Toisin kuin ulkomailla, Suomessa ei ole ollut näkyvästi esillä potilasliikettä tai rekisteröityneitä potilasjärjestöjä, jotka suhtautuisivat kriittisesti uusien lääkkeiden ja hoitokäytäntöjen käyttöönottoon. Poikkeuksen muodostavat rokottamiseen kriittisesti suhtautuvat lasten vanhemmat (Rokotusinfo ry) sekä esimerkiksi narkolepsiaan sairastuneiden lasten vanhemmat. Toiviainen 2013, 348–354.

426 Raportointi, valvonta ja arviointi: <https://www.stea.fi/raportointi>

vapaaehtoisvoimin, jota järjestöt koordinoivat. Konkreettisten toimenpiteiden lisäksi rahoittajat odottavat, että järjestöt edistävät kansalaisosallistumisen mahdollisuuksia.⁴²⁷ Lisäksi toivotaan ammattimaisesti toteutettua kehittämistoimintaa, joka mahdollistaa innovaatioiden ja kansalaisaloitteiden jalostumista tuotteiksi.⁴²⁸

Järjestötoiminta on siis osa julkista valtaa ja sen lisäksi osittain etääntynyt aluperäisistä tavoitteistaan. Julkisen vallan politiikka-asiakirjoissa on kohtuullisen usein mainintoja järjestöjen roolista.⁴²⁹ Asiakirjojen tuottamiseen osallistuneita tahoja seuratessa voidaan huomata, että järjestöjen edustajat ovat olleet vaikuttamassa asiakirjojen sisältöön⁴³⁰ ja jopa lainsäädäntöön. Esimerkiksi lainsäädäntöhankkeita tehdään tiiviissä yhteistyössä järjestöjen kanssa ja niiltä pyydetään lausuntoja lakiluonnoksiin.⁴³¹

On kuitenkin ollut keskustelua siitä, että koskeeko mahdollisuus yhteistyöhön ja vaikuttamiseen kaikkia järjestöjä. Valtioneuvoston vuonna 2016 tilaaman selvityksen mukaan lainsäädäntötyöhön pääsevät mukaan vain suuret järjestöt ja vain harvoin joitakin ihmisiä edustavat niin kutsutut identiteettijärjestöt, joihin vammais- ja mielenterveysjärjestötkin kuuluvat. Selvityksen mukaan lainvalmistelijat kuuntelivat lähinnä julkisen vallan institutionaalisia järjestöjä, elinkeinoelämän järjestöjä sekä ammattijärjestöjä. Vähiten tyytyväisiä vaikuttamismahdollisuuksiinsa olivat selvityksen mukaan juuri identiteettijärjestöt. Erityisesti lausumalla lainsäädäntöhankkeita koettiin olevan vain vähän vaikutusta, sillä poliittiset linjat rakennetaan jo varhaisemmassa vaiheessa kehittämistyötä.⁴³² Vahvaan kansalaisvaikuttamisnarratiiviin uskova suomalainen politiikka osoittautui selvityksessä myös muihin maihin verrattaessa epädemokraattisemmaksi kuin esimerkiksi Iso-Britannia, jossa vaikutusmahdollisuudet eivät kasautuneet samalla tavalla vain suurille järjestöille kuten Suomessa.⁴³³

Keväällä 2018 valmistunut väitöskirja lobbaamisesta toi esiin toisen vaikuttamistoimintaan liittyvän ilmiön. Liike-elämällä on sen mukaan suuri rooli suomalaisessa politiikassa ja päätöksenteossa ja lisäksi sillä on muita vaikuttamiseen pyrkiviä tahoja suuremmat mahdollisuudet päästä käsiksi sisäpiiritietoon. Tätä ei perinteisesti

427 Avustuskokonaisuudet: <https://www.stea.fi/stea-avustukset/avustuskokonaisuudet>

428 Koskinen-Ollonqvist & Aalto-Kallio 2013, 343. Esimerkiksi Markku Salo on pitänyt järjestötoiminnan haasteena niiden yksipuolista rahoitus pohjaa, joka määrittää niiden puolivaltiollista toimintaa ja estää aidon poliittisen aktiivisuuden. Salo 2011, 286.

429 Esimerkiksi Tarja Filatovin raportti sekä Mieli-ohjelman raportit.

430 Esimerkiksi Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015 2009, 3–4.

431 Sosiaali- ja terveysministeriön lausuntopyynnöt: <https://stm.fi/lausuntopyynnnot>

432 Kuitenkin esimerkiksi asiakas- ja potilaslain valmistelua lykättiin lausuntokierroksella tulleiden runsaiden korjausehdotusten takia. ”Itsemääräämisoikeutta vahvistavan lakikokonaisuuden valmistelu jatkuu – asiakas- ja potilaslaki ei ehdi eduskuntaan tällä kaudella”: https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/itsemaaraamisoikeutta-vahvistavan-lakikokonaisuuden-valmistelu-jatkuu-asiakas-ja-potilaslaki-ei-ehdi-eduskuntaan-talla-hallituskaudella

433 Vesa & Kantola 2016.

ole pidetty ongelmallisena, koska Suomessa politiikasta neuvotellaan kolmikantaisesti niin, että työmarkkinajärjestöt ovat avoimesti neuvotteluissa mukana⁴³⁴, mutta paljastaa sen, miten vähän potilasjärjestöillä on tosiasiallista vaikutusvaltaa – ellei niillä ole liike-elämässä mukana olevia kumppaneita.

Järjestöjen autonominen toiminta ja vaikutusmahdollisuudet ovat siis heikentyneet. Valtioneuvoston selvityksen lisäksi esimerkiksi globaali kansalaisyhteiskunnan tilaa seuraava, *Civicus*, on tutkimuksissaan huomannut, että kansalaistoimijoiden tila kaventuu ja (itse)sensuuri lisääntyy. Riippuvuus valtiollisista rahoituksista vaikuttaa siihen, mitä ja miten asioita voidaan tuoda yleiseen keskusteluun.⁴³⁵ Toisaalta tämä on vain yksi selitys järjestöjen vaikutusvoiman vähenemiselle. On huomattava, että myös järjestöt itse ovat muuttaneet toimintaansa, kuten Toiviainen on tutkimuksissaan huomannut. Syksyllä 2018 ilmestyneessä väitöskirjassa suomalaisia nuorisojärjestöjä kritisoitiin liian vähäisestä sosiaalisen oikeudenmukaisuuden ajamisesta sekä liiallisesta sopeutumisesta muutoksiin muutosvoimana toimimisena sijaan.⁴³⁶ Väitöskirjan mukaan kolmannen sektorin toimijat ovat omaksuneet toimintatapoja julkisesta ja yksityisestä sektorista ja hävittänyt omia alkuperäisiä toimintatapoja. Kolmannen sektorin toimijoita voidaankin tämän vuoksi kutsua nykyään hybridiorganisaatioiksi.⁴³⁷

Mielenterveyteen liittyvä vaikuttamistyö on ollut haasteellista edellä mainittujen syiden lisäksi niistä samoista syistä kuin mielenterveystyön kehittäminen yleensä. Alan ammattilaiset ja vaikuttajat ovat aina olleet erimielisiä siitä, mikä on akuutein ongelma ja mikä olisi paras ratkaisukeino. Mielenterveysjärjestöjen yhteinen tavoite on ollut ihmisoikeuksien puolustamisessa ja stigman poistamisessa sekä yleiseen asenneilmapiiriin vaikuttamisessa, mutta keinot näiden tavoitteiden saavuttamiseen ovat olleet erilaisia. Esimerkiksi Mieli Suomen mielenterveys ry on keskittynyt ennaltaehkäisevään ja edistävään työn kehittämiseen ja Mielenterveyden keskusliitossa on puolestaan kehitetty vertaistukeen perustuvia kuntoutumisen muotoja mielenterveyspotilaille. Klubitalot ovat kehittäneet vaihtoehtoisia työn tekemisen ja toiminnan areenoita ihmisille, jotka eivät sairautensa takia kykene työskentelemään avoimilla työmarkkinoilla. Finfam Mielenterveysomaiset ry on puolestaan tehnyt vaikuttamistyötä sen eteen, että myös mielenterveyden häiriöön sairastuneen ihmisen läheiset saisivat tukea ja apua. Järjestöt ovat myös keskittyneet

434 Blom 2018.

435 2018 State of Civil society Report: <https://www.civicus.org/index.php/state-of-civil-society-report-2018>

436 Myös talvella 2019 yleistä keskustelua herättänyt vanhusten kaltoinkohtelu markkinoilla toimivissa hoitolaitoksissa herätti kysymyksiä siitä, miksi vanhusten asiaa ajavat järjestöt eivät ole toimineet pontevammin kaltoinkohtelun estämiseksi. ”Hoitajat ja omaiset tekivät sata uutta valitusta, ja Valviran mukaan hoivakotuja saatetaan vielä sulkea – Näin hoivakriisi on edennyt”: <https://yle.fi/uutiset/3-10649175>

437 Laitinen 2018, 40–48, 84–107. Järjestöjen hybridiorganisaation tutkimusta tehtiin myös Työ- ja elinkeinoministeriön toimesta vuonna 2013, ja sen johtopäätökset ovat samanlaisia. Palkkatyössä kolmannelle sektorilla 2013.

oman organisaationsa kehittämiseen, kuten Toiviainen huomautti. Yhteiskunnan rakenteiden muuttuessa on tämä korostunut entisestään.

Järjestöt ovat olleet merkittäviä toimijoita mielenterveyden häiriöön sairastuneiden tukemisessa ja auttamisessa, mutta vammaispolitiikan kaltaista yhteiskunnallisesti vaikuttavaa mielenterveystyötä mielenterveysjärjestöt eivät ole rakentaneet. Tähän lienee yhtenä syynä erimielisyydet häiriöiden syistä, diagnooseista, hoidoista ja kuntoutuksesta, mutta vielä ei ole tutkittu miten mielenterveysjärjestöjen jäsenistön heikko aktiivisuus ja rajoitteet toimintakyvyssä vaikuttavat mahdollisesti siihen, miten he pystyvät asioitaan yhteiskunnassa edistämään. Potilasjärjestöt menestyvät hyvinvointivaltiossa, jonka keskeisiä arvoja ovat vastuunottaminen omasta terveydestä ja aktivoituminen oman hyvinvoinnin suhteen. Potilasjärjestötoiminnan perustuessa aktiivisuuteen ja toimeliaisuuteen sekä jäsenistönsä osallistumiseen on ilmeistä, miksi mielenterveysalan potilasjärjestöjä ei ole syntynyt samalla tavalla kuin muita potilasjärjestöjä, ja että miksi mielenterveysjärjestöjen vaikuttamistyö on ollut muita vammaisjärjestöjä heikompaa. Aktiivisuus, toimeliaisuus ja hienovaraiseen lobbaustaitoon perustuva menestykäs vaikuttamistyö kärsii mielenterveysjärjestöissä jäsenistönsä toimintakykyrajoituksista näissä samoissa ominaisuuksissa. Tuoko potilasjärjestötoiminta esiin normittuneen kansalaisuuden; vain tietynlaiset ihmiset ja tietyllä tavalla toimivat ihmiset voivat vaikuttaa asioidensa edistämiseen hyvinvointivaltiossa?

5.6 MITÄ 1990-LUVULLA TAPAHTUI?

Julkinen valta ohjasi mielenterveystyön kehittämistä 1990-luvulla useiden muutosten keskellä. Muutoksia tehtiin lakeihin, rakenteisiin sekä palveluiden ohjaamiseen ja järjestämiseen. Poliittiset ideologiat kehittyivät perusturvallisuuden ja tasa-arvoisten palveluiden turvaamisesta elämänhallintaan, yksilöiden vastuuseen, työn tekoon ja aktiiviseen osallisuuteen korostaviksi. Työvoimapolitiikan käsitteet kannustaminen ja aktivointi näkyvät myös mielenterveystyötä ohjanneissa asiakirjoissa. Ajanjaksolle mahtuu sekä taloudellinen laskusuhdanne, että noususuhdanne. Suomalaista hallintopolitiikkaa uudistettiin niin, että valtion määräysvaltaa vähennettiin ja paikallista päätöksentekoa sekä markkinoiden vaikutusvaltaa lisättiin. Julkisten palveluiden rahoitusmallia eli resurssiohjausta muutettiin. Menoperusteisen rahoitusmallin sijaan kunnille annettiin väestöpohjaan perustuvia osuuksia ja ne saivat järjestää palvelunsa itse päättämällään tavalla. Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että kuntien valtionosuus väheni neljästäkymmenestä prosentista

kahteenkymmeneen viiteen prosenttiin.⁴³⁸ Resurssien pienenemistä kompensoitiin kehittämällä informaatio-ohjaus kuntien tueksi.

1990-luvun rakenne-, resurssi ja tieto-ohjaus uudistuksien ongelmana oli uudistusten tavoitteiden hämärtyminen tehokkuus- ja säästövaatimusten sekä tulosjohtamisen seurauksena.⁴³⁹ Alkuperäisistä tavoitteista poiketen erot eri toimijoiden välillä suurenvivat sen sijaan, että niitä olisi saatu pienennettyä. Pari vuosikymmentä kestäneestä kehittämistyöstä huolimatta mielenterveystyö oli edelleen muista sosiaali- ja terveystalvueluista erillään. Syyt tähän olivat liian moninaiset, jotta niitä olisi voitu tehokkaasti korjata. Pääsky-ohjelman loppuraportissa vuonna 2002 todetaan suoraan, että mielenterveyslakiin kirjattu arvo, jonka mukaan mielenterveys tulisi nähdä kaikkien ihmisten voimavarana ja mielenterveystyö ihmisen kasvua tukevana, psyykkistä hyvinvointia edistäväna ja ongelmia ennaltaehkäiseväna toimintana jää irralliseksi ihanteeksi käytännön työstä.⁴⁴⁰

Samanaikainen rakenneuudistus ja siirtyminen palveluiden kehittämiseen tieto-ohjauksen periaatteiden mukaisesti erilaisten ohjelmien ja hankkeiden avulla näyttää johtaneen siihen, että palvelut kehittyivät erilaisiksi eri puolella Suomea. Mielenterveystalvueluiden alueellista eriarvoisuutta lisäsi psykiatrian ammattilaisten jakaantuminen epätasaisesti eri puolella Suomea.⁴⁴¹

Mielenterveyden häiriöön sairastuneen kansalaisen näkökulmasta muutokset konkretisoituivat dehospitalisaatioon. Dehospitalisaatio tarkoitti laitospaikkojen vähentämistä ja avohoidon kehittämistä, mutta avohoitoa ei kyetty kehittämään riittävästi. Pietikäisen mukaan muutokset työ- ja työkyvyttömyyseläkkeissä sekä kansaneläke- ja sairausvakuutusjärjestelmässä loivat mahdollisuuden korvata sairaalahoito avohoidolla, mutta samaan aikaan alkanut lama ja resurssipula estivät avohoidon kehittämisen. Hänen mukaansa avohoito pelkistyi lääkehoidon tarjoamiseksi.⁴⁴² Lääkkeiden kehitys vaikutti myös siihen, että psykiatria alkoi keskittyä vaikeiden sairauksien hoitamisen sijaan lievempien oireilujen hoitoon. Epätarkoituksellisesti lääkkeiden käytön yleistymisen lisäsi psyykkistä sairastuvuutta kaikkialla länsimaissa.⁴⁴³

438 Helen & Hämäläinen & Metteri 2011, 44.

439 *New Public Managementiin* kuulunut palvelujen kilpailuttaminen on vaikuttanut myös mielenterveystyötä perinteisesti tehneisiin kansalaisjärjestöihin, joihin on syntynyt aatteellisia osakeyhtiöitä. Lund 2015, 238.

440 Immonen & Kiikkala & Ahonen 2002, 75–76. Monista oppaista, selvityksistä ja ohjeista huolimatta palvelujen kehittäminen oli jäänyt monessa kunnassa vähäiseksi. Vuoteen 2005 mennessä vain joka neljäs kunta oli ottanut käyttöönsä mielenterveystyön strategian. Wahlbeck 2007, 88.

441 Aikuisten mielenterveystalvuelut 2006, 20. Erityisiä ongelmia palvelujärjestelmän hajanaisuus oli aiheuttanut lapsille ja nuorille, joiden palvelut kattavat sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi oppilashuollon sekä moni-ongelmiaisille ihmisille, joilla voi samanaikaisesti olla esimerkiksi päihde- ja mielenterveyshäiriö. Wahlbeck 2007, 89–90.

442 Pietikäinen 2013, 373.

443 Hyvinvointivaltiota rakennettaessa myös vammaispolitiikassa kritisoitiin lääkehoitoa, vallalla ollutta kuntoutusajattelua ja tapaa kehittää avohoitoa. Vammaispolitiikan toimijat alkoivat keskustella vammaisten ihmisten hoito-, kuntoutus- ja asumismuodoista ja arvostella vammaisten potilaiden perusteetonta lääkitsemistä. Leppälä 2014, 129–135, 196–204.

Sairaalainstituutio näyttääkin katoamisen sijaan laajentuneen koko yhteiskuntaan. Dehospitalisaation myötä mielenterveystyö ei sijoittunutkaan psykiatriseen avohoitoon, vaan se levisi kasvatus- ja perheneuvontaan, kouluihin, terveydenhuoltoon, työelämään, päihdehuoltoon, vanhustenhuoltoon, kuntoutukseen ja erikoistuneeseen psykiatriseen sairaanhoitoon. Toiminnan tavoitteet siirtyivät sairaaloiden kroonikoiden hoidosta ja kuntoutuksesta laaja-alaiseen mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyyn ja väestöllisen mielenterveyden vaalimiseen. Julkiset mielenterveystyötä toteuttavat sosiaali- ja terveyspalvelut rakennettiin tästä näkökulmasta.⁴⁴⁴

Näitä palveluita käyttivät eri ihmiset kuin ne, jotka olivat aikaisemmin sairaaloissa. Esimerkiksi Alanko esittää väitöskirjassaan, että avohoidon palveluja käyttävät erilaiset asiakaskunnat kuin aikaisemmat sairaaloiden potilaat. 1990-luvun työllisyyspolitiikan korostuksen seurauksena mielenterveyspolitiikan huomio kiinnittyi niihin kuntoutujiin, jotka pystyivät vielä edes osa-aikaisesti työskentelemään avoimilla työmarkkinoilla. Samasta syystä vakavaan mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmisoikeuksiin ja autonomiaan liittyvät kysymykset ohitettiin poliittisessa ohjauksessa.⁴⁴⁵

Myös tutkija Markku Salo on huomauttanut, että kroonikoiden ja mielisairaalapotilaiden sijaan ryhdyttiin 1990-luvulla hoitamaan työssäkäyviä keskiluokkaisia ihmisiä. Pitkäaikaissairaiden kuntoutuksesta ei oltu enää kiinnostuneita. Eläkepäätösten ja tehokkaiden lääkkeiden avulla heidät saatiin pois palveluiden piiristä tai markkinoituneisiin asumispalveluihin. Koska poliittinen ohjaus ei ollut kiinnostunut ihmisoikeuksien edistämisestä, jatkui syrjäytyminen laitoshoidosta vapautumisesta huolimatta, ellei kuntoutuja onnistunut pääsemään järjestösektorille, josta pitkäaikaissairaajat saivat palvelunsa julkisen sektorin hoitaessa muita. *”Mielenterveyskuntoutuja oli siis 1990-luvulla avohoidon kroonikko, syrjäytetty palveluista eläkkeiden ja lääkkeiden avulla, josta ei ole yhteiskunnan tuottajaksi, poliittiseksi kansalaiseksi eikä kuluttajaksi”*.⁴⁴⁶

Mielenterveyden häiriöitä sairastavat kansalaiset jakaantuivat kahteen osaan; toivottomiin ja vakavasti sairaisiin, joille tarjottiin työkyvyttömyyseläke, vahva lääkitys, asuntola ja järjestökansalaisuus sekä lievästi oireileviin, potentiaalisesti yhteiskunnan kannalta hyödyllisiin sairaisiin, joille tarjottiin avohoitoa ja kuntoutusta eri muodoissa. Julkinen valta ei tätä jakaantumista ohjauskeinoissaan huomionnut. Sen sijaan vuosituhannen vaihteessa siirrytään aikaisempaa massiivisempaan palvelujärjestelmän kehittämiseen. Vuosituhannen vaihteesta alkaen valtioneuvosto ryhtyi tuottamaan sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisia kehittämisohjelmia joka neljäs vuosi. Kehittämisohjelmat pohjautuivat hallitusohjelmiin sekä myöhemmin sosiaali- ja terveysministeriön strategiaan. Nämä ohjelmat olivat myös

444 Helen & Hämäläinen & Metteri 2011, 28–29.

445 Alanko 2017, 3–4.

446 Salo 2011, 273–274, 280.

mielenterveystyötä ohjaavia politiikka-asiakirjoja. Muotoillaanko näissä asiakirjoissa alkuvuosien tavoitteita; ihmisarvon ja ihmisoikeuksien turvaaminen kaikille kansalaisille – myös vakavasti sairaille?

6. TERVEYDEN EDISTÄMISEN AIKA (2000-LUKU)

Tässä luvussa tutkin mielenterveyspolitiikan muotoutumista 2000-luvun alusta 2010-luvulle. Vuosituhannen vaihteessa mielenterveyspolitiikassa keskityttiin yhä vahvemmin palvelujärjestelmän kehittämiseen sekä mielenterveyden edistämiseen ja häiriöiden ennaltaehkäisemiseen erilaisten kehittämissuunnitelmien ja -projektien avulla. Varovaisen arvion mukaan vuosituhannen alussa Suomessa oli meneillään satoja sosiaali- ja terveysalan kehittämishankkeita. Tässä tutkimuksessa ei ole ollut mahdollista perehtyä kaikkiin projektien tuottamiin raportteihin. Tämän luvun aineisto koostuu kolmesta sosiaali- ja terveysalan toimintaohjelmasta (TATO I ja TATO II sekä KASTE I), joita käytettiin Lipposen, Vanhasen ja Kataisen hallitusohjelmien informaatio-ohjauksellisina välineinä. Lisäksi informaatio-ohjausta toteutettiin poikkihallinnollisessa kansanterveysohjelmassa ja erilaisten laatusuositusten avulla, mikä näkyy myös mielenterveyspolitiikassa. Mielenterveyspolitiikkaan vaikutti näiden lisäksi EU:n mielenterveyssohjeet sekä Suomen valinta EU- kauden puheenjohtajamaaksi. 2000-luvulla ryhdyttiin vihdoinkin konkretisoimaan myös Suomen ihmisoikeuspolitiikkaa laatimalla ihmisoikeusselontekoja ja ihmisoikeuspoliittisia toimintaohjelmia.

Vaikka EU:n asiakirjoissa ihmisoikeuksien toteutumista pidettiin tärkeänä, Suomen poliittiset ohjausasiakirjat keskittyivät kuitenkin palvelujärjestelmän ja ennaltaehkäisevän työn kehittämiseen. Ennaltaehkäisevien tavoitteiden saavuttamiseksi laadittiin ensimmäisen vuosikymmenen aikana lukuisia toimintaohjelmia, strategioita ja kehittämishankkeita, joilla kansalaisia haluttiin vastuuttaa terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Luvun lopuksi kuvaan poliittisten asiakirjojen ilmaisemien normien ja arvojen taustalla vaikuttaneita hallinta- ja biovallan sekä ennaltaehkäisevän ja edistävän mielenterveystyön paradigmoja.

Vuosituhanen vaihteessa huomio terveyspolitiikassa kääntyi mielenterveystyöhön, kun havaittiin, että mielenterveyden häiriöistä oli tullut suurin kansansairaus. Erilaisten selvitysten mukaan lähes koko kansa oireili. Julkisen vallan oli puututtava asiaan, sillä oireilu näkyi työelämässä yleistyneinä sairauspoissaoloina ja työkyvyttömyyseläkkeinä – joiden suurin yksittäinen aiheuttaja mielenterveyden häiriöt olivat. Näyttää siltä, että politiikkaohjelmissa kiinnostutaan ihmisten mielenterveydestä silloin, kun se vaikuttaa tavalla tai toisella täystyöllisyysihanteeseen perustuvaan hyvinvointiyhteiskuntaan. Kiinnostus kohdistui näin työelämään – ei vakavasti sairaiden perusoikeuksien toteutumiseen.

6.1 ”IHMINEN LUO VALINNOILLAAN OMAA ELÄMÄÄNSÄ” – YHTEISKUNNALLISEN HALLINNAN MEKANISMIT

Mielenterveystyön kehittäminen vahvistui Suomen EU- puheenjohtajakaudella, kun kauden teemaksi valittiin mielenterveys. ”*There is no health without mental health*” oli suomalaisen terveystalouden viesti Euroopassa. Mielenterveysteema oli esillä seuraavienkin puheenjohtajuuksien ajan yhteensä kuusi vuotta.⁴⁴⁷ Vuosituhannen vaihteessa keskustelu mielenterveydestä vilkastui muutenkin, kun WHO:n uusi pääjohtaja, Gro Harlem Brundtland, valitsi viisivuotisen toimikautensa teemoiksi tupakanpolton vastustamisen lisäksi mielenterveyden edistämisen.⁴⁴⁸ Vuonna 2001 WHO:n vuosittainen terveyspäivä oli omistettu mielenterveydelle ja päivän iskulause oli ”*Stop exclusion – dare to dare*”.⁴⁴⁹

Kansainvälisen terveystalouden lisäksi Suomen talouden koheneminen vaikutti suomalaiseen mielenterveyspolitiikkaan. Positiivisesta kehityksestä rohkaistuneena *Mielekäs Elämä! -ohjelman* johtoryhmä esitti *Lipposen II hallitusohjelmaan*, että mielenterveystyöstä olisi tehtävä hallitusohjelman keskeinen kysymys, jotta laaja-alaista ja ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä voitaisiin kehittää. Toivottua mielenterveyspoliittista toimintaohjelmaa ei saatu hallitusohjelmaan, mutta mielenterveys oli nyt ensimmäistä kertaa tuotu osaksi yleistä terveystalouden keskustelua.⁴⁵⁰

Lipposen toisen pääministerikauden hallitusohjelma on ensimmäinen hallitusohjelma, jossa mainitaan erikseen mielenterveysongelmaiset ja vammaiset sekä pitkäaikaissairaat. Siinä väestön terveys ja sen edistäminen kirjattiin kaikkea päätöksentekoa ohjaavaksi asiaksi, kun tavoiteltiin oikeudenmukaista, kannustavaa ja sosiaalisesti eheää Suomea. Talouden nousukautta pidettiin mahdollisuutena lisätä kansalaisten hyvinvointia ja kantaa aiempaa paremmin huolta vähempiosaisista. Hallitusohjelmaan kirjattujen tavoitteiden mukaan köyhyyden ja syrjäytymisen ehkäisemiseksi haettiin ratkaisuja esimerkiksi mielenterveysongelmaisten kasautuviin elämänhallinta- ja toimeentulo-ongelmiin ja palveluohjausta haluttiin vahvistaa. Asiakaslähtöisyydestä haluttiin tehdä osa palveluiden laadunarviointia ja avopalveluiden käyttämiseen kannustettiin maksujärjestelyin. Hallitusohjelmatavoitteita voidaan pitää pyrkimyksinä vahvistaa ihmisoikeuksia, kun perustuslakia haluttiin

447 Mielenterveysteema otettiin vastaan hämmennyneinä ja naureskellen, mikä paljasti yhä vahvana elävät ennakoluulot mielenterveyspolitiikkaa ja psykiatria kohtaan. Eskola & Taipale 2011, 181.

448 Mielenterveydestä julkaistiin oma raportti; *The world health report 2001*, jonka teemana oli ”*Mental health; New understanding, New hope*”. Raportissa esitettiin, että mielenterveyden häiriöt eivät ole yksilön epäonnistumisia, vaan ne voivat kohdata ketä tahansa. Raportin tavoitteena oli lisätä tietoisuutta siitä, miten mielenterveyden häiriöt vaikuttavat koko yhteiskuntaan ja miten stigmatisaatio, asenteet ja ennakoluulot sekä riittämättömät palvelut vaikeuttavat hoidon saamista. Raportissa annettiin kymmenen suositusta mielenterveystyön kehittämiseen, joihin kuuluivat mm. panostaminen päiväkodeihin, lääkkeiden saatavuuteen sekä yhteisöllisyyden ja tiedon vahvistaminen. The European Mental Health Action Plan 2001.

449 Stop exclusion, dare to care 2001.

450 Immonen & Kiikkala & Ahonen 2003, 24.

uudistaa kokonaisuudessaan kansalaisten perusoikeuksien toteutumisen varmistamiseksi. Uuteen perustuslakiin lisätty viittaus “perus- ja ihmisoikeuksien turvaamisesta” (PL 22 §) liitti ihmisoikeussopimukset kiinteämmin osaksi perustuslain tasoista sääntelyä.

Hallitusohjelma tarjosi kannustimet heikossa asemassa olevien kansalaisten ihmisoikeuksien turvaamiseksi ja mainitsee jopa perusoikeuksien toteutumisen varmistamisen tärkeyden. Tämän lisäksi hallitusohjelmassa kuitenkin myös kannustettiin kansalaisia ponnistelemaan omaehtoisesti hyvinvoinnin lisäämiseksi ja tavoiteltiin sellaisen yhteiskunnan rakentamista, jossa kaikilla on mahdollisuus oman elämänsä hallintaan ja aktiiviseen osallisuuteen.⁴⁵¹

Toimeenpano-ohjelmissa on korostettu kansalaisten elämänhallintaa ja aktiivista osallisuutta, jotka muistuttavat samanaikaisesti hallitusohjelman kanssa julkaistun Valtioneuvoston kansanterveysohjelman tavoitteita. Kansanterveysohjelma vaikutti hallitusohjelman ohella sosiaali- ja terveyspolitiikan ohjaamiseen Suomessa, ja siihen on suorasanaisiksi tavoitteiksi kirjattu elämänhallinta ja terveyden edistäminen. Kumpi näistä – Valtioneuvoston kansanterveysohjelma vai hallitusohjelman kirjaukset – oli vaikuttavampi poliittinen ohjausasiakirja mielenterveyden häiriöön sairastuneen ihmisoikeuksien näkökulmasta?

Vuosituhanne alussa julkaistiin valtioneuvoston periaatepäätös *Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta*, jonka tavoitteena oli valtakunnallinen terveyden edistäminen. Taustalla oli jälleen kerran WHO ja kansainväliset poliittiset agendat. Edellisellä vuosikymmenennellä WHO oli jo julkaissut *Terveyttä kaikille -ohjelman*, jota oli Suomessa toteutettu kansallisella *Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä* -ohjelmalla. Ohjelman mielenterveystyötä koskeneet tavoitteet eivät olleet toteutuneet. Itsemurhien määrät olivat pysyneet ennallaan, nuorten mielenterveysongelmat olivat yleistyneet, ihmiset olivat jääneet aikaisempaa enemmän työelämän ulkopuolelle ja sosioekonomiset erot olivat kasvaneet – erityisesti erot sairastavuudessa olivat suuria.

Uudessa kansanterveysohjelman periaatepäätöksessä argumentoitiin vahvasti sen puolesta, että terveys ja sen kehittäminen ovat tärkeimpiä hyvinvoinnin voimavaroja. Mahdollisimman hyvän terveyden saavuttamista pidettiin perusihmisoikeutena ja keinona köyhyyden torjumiseksi. Uusiksi tavoitteiksi asetettiin työ- ja toimintakyvyn sekä työelämän parantaminen. Erillisiä mielenterveyttä koskevia tavoitteita ei ohjelmassa ollut.

Tavoitteet uskottiin saavutettavan palvelujärjestelmää kehittämällä ja kansalaisia vastuuttamalla. Toimeenpanosuunnitelmassa valtioneuvosto korosti erilaisia toimenpiteitä, joina lueteltiin terveydenhuollon kehittäminen laadukkaaksi, kaikille yhtäläisiä ja riittäviä palveluja tarjoavaksi järjestelmäksi sekä palvelujen tarjoamista

451 Pääministeri Paavo Lipposen II hallituksen ohjelma.

ymmärrettävästi, ihmisiä vastuuttaen ja heidän oikeutensa turvaten. Ohjelmassa korostettiin ihmisen omien valintojen merkitystä; ”*ihminen luo valinnoillaan viime kädessä omaa elämänsä*”⁴⁵². Autonomia sanoitettiin ihmisen tärkeimmäksi tavoitteeksi. Autonomian kunnioittamista ja sen edellytysten tukemista pidettiin tärkeänä kaikessa toiminnassa, ja vastuun ottamista omista päätöksistä ja niiden seurauksista korostetaan. Toisaalta tuotiin esiin myös se, että kaikilla ei ole kykyä, tietoa tai mahdollisuutta oman elämänsä ohjaamiseen, mutta tätä näkökulmaa ei käsitellä mainintaa enempää.⁴⁵³

Valtioneuvoston periaatepäätös on normatiivinen, ja siinä korostetaan voimakkaasti yksilön elämänhallintaa ja vastuuta. 2000-luvun alussa julkaistun kansanterveysohjelman normisto osoittaa, että hyvinvointivaltiota edustava julkinen valta ei suinkaan ole arvojen suhteen neutraali toimija, vaan sillä on selkeästi muotoiltuja tavoitteita ja näkemyksiä siitä, mitä hyvä elämä ja hyvä kansalaisuus ovat. Erityisesti pohjoismaisessa hyvinvointivaltioeetoksessa, jossa on perinteisesti arvostettu yksittäisen kansalaisen vapautta määrittellä hyvä elämä valtion määräyksistä riippumatta, selväpiirteiset määrittelyt ovat hämmäntäviä ja yllättäviäkin. Esimerkiksi Jaana Hallamaa on kirjoittanut, miten kansalaisoikeuksille rakentuvassa yhteiskunnassa ei voida tavoitella sellaista eheyttä, joka perustuisi yhteisesti jaetuille sisällöllisille hyväksytyksille, koska samalla on tunnustettava se, että erilaiset ihmiset ja ihmisryhmät tavoittelevat erilaisia asioita elämässään.⁴⁵⁴ On ajateltu, että moderneissa länsimaisissa yhteiskunnissa ei ole koko kansaa yhdistävää arvopäämäärää, mikä on taannut ajatuksen- ja omantunnonvapauden.⁴⁵⁵ Vain totalitaristisissa valtiomuodoissa valtion johto päättää kansalaisten hyvästä. Mistä sitten on kyse, kun hyvinvointivaltio vapaiden kansalaisten yhteenliittymänä ryhtyy kirjaamaan näinkin seikkaperäisesti hyvän elämän elementtejä?

Yksi selitys asiakirjan normistolle on yhteiskunnassa viime vuosikymmeninä lisääntynyt hallinta ja tapa käyttää sitä valtakinona poliittista valtaa käyttävien tahojen intressien läpiviemiseksi. Hallinnalla (*governance*) tarkoitetaan mitä tahansa strategiaa, taktiikkaa, prosessia, menettelytapaa tai ohjelmaa, jolla kontrolloidaan, säädellään, muovataan ja hallitaan itseä ja toisia valtiossa, organisaatiossa tai paikallisesti. Erilaisten yhteiskunnallisten hallintakeinojen avulla myös lääketieteestä voidaan tehdä osa hallintaan ja politiikan kohde. Medikalisaatio ja sen mukana levinnyt puhetapa ovat vaikuttaneet siten, että on tullut luontevaksi tarkastella koko väestöä ja yksilön koko elämää lääketieteen näkökulmasta ja sen terminologiaa käyttäen.

452 Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 kansanterveysohjelmasta 2001, 22.

453 Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 kansanterveysohjelmasta 2001, 3–21, 22, 28–29.

454 Hallamaa 2018, 106–107.

455 Hallamaa 1993, 186. Hallamaankin mielestä voidaan tehdä johtopäätös siitä, että suomalaisilla on yhä laaja yhteinen arvopohja, jota esimerkiksi perusoikeuskomitean ehdotukset lakiluonnoksiin ilmentävät. Hallamaa 1993, 189.

Sairaalainstituutioiden toimintaperiaatteet, joita käytänteinä toteutuva hallinta, monenlaiset säännöt ja toimijoiden suhteissa toteutuva vallankäyttö ilmensivät, eivät kadonneet yhteiskunnasta, kun sairaalat lakkautettiin. Päinvastoin yhteiskunnallista mielenterveystyötä ohjanneita kansanterveysohjelmia sekä hallitusohjelmia lukiessa voidaan huomata, että yhteiskuntaan on kehkeytynyt samankaltaista hallintaa, jota sairaaloissa toteutettiin.

Julkisen vallan hallinnan kohde on väestö. Hallinta on yksilöiden käyttäytymiseen suuntautuvaa vallankäyttöä, jota on analysoitu muun muassa kasvatuksen, koulutuksen, rangaistuskäytäntöjen, seksuaaliterveyden ja psykologisten teknologioiden tutkimuksessa.⁴⁵⁶ Julkisen vallan hallintakäytännöt voidaan jakaa karkeasti juridiseen valtaan ja biovaltaan. Länsimaiden hallinnan tärkein keino on talous. Uusliberalistisessa hallinnan muodossa hallinnan kohteena olevien ihmisten vastuuta ja autonomiaa lisätään ja heitä muokataan kuluttajiksi.⁴⁵⁷

Kiinnostavan näkökulman julkisen vallan hallintavallan tutkimiseen tarjoavat Michel Foucault'n hallintavaltaan keskittyneet tutkielmat. Foucault määrittelee hallinnan toisen toimintaan vaikuttamiseksi sekä kyvyksi ohjata käytöstä tai asettaa sille rajoituksia. Hallintaa voidaan kohdistaa valtioon, yhteisöön, perheeseen, yksilöön ja jopa omaan itseen. Foucault oli kiinnostunut erityisesti poliittisen hallinnan suhteesta tapaan, jolla ihmiset hallitsevat itseään. Hänen mukaansa poliittinen hallinta on suunnitelmallista, pitkäjänteistä ja vakiintunutta vallankäyttöä, jota toteutetaan erilaisilla käytännöillä.⁴⁵⁸

Olen tässä tutkimuksessa kiinnostunut erityisesti väestön hallinnasta, sillä valtion perustehtävä on sen kansalaisten perus- ja ihmisoikeuksien turvaaminen. Näyttää kuitenkin siltä, että valtio hallitsee ja ohjaa väestöä joistain muista kuin perus- ja ihmisoikeuksista käsin. Lisäksi vaikuttaa siltä, että väestö jaotellaan erilaisiin ryhmiin, joita julkinen valta sitten ohjaa eri tavoin. Foucault'n käsityksen mukaan hallinnan mekanismeja hyödyntävässä tarkastelussa väestön käsitteestä tulee keskeinen, minkä vuoksi yksilöihin, yksilöjoukkoihin, ryhmiin ja ihmisten moninaisuuteen keskittyvät näkökulmat muuttuvat toissijaisiksi ja niitä käytetään vain, kun on muotoiltava keinoja päästä väestötason tavoitteisiin. On huomionarvoista ja paradoksaalista, että keskeinen hallinnan keino on vapaus, jota edistämällä yksilöistä muotoillaan autonomisia ja itseään ohjaavia subjekteja. Väestöä tarkastellaan erillisenä poliittisena toimijana, jota vaaditaan käyttäytymään normin mukaisella tavalla.⁴⁵⁹

Mielenterveyspolitiikkaan vahvasti kuuluva sairauksien vastustaminen ja terveyden edistäminen ovat Foucault'n mukaan valtion harjoittaman biovallan

456 Kaisto & Pyykkönen 2010.

457 Jauho 2010, 163–165.

458 Alhanen 2007, 124–127.

459 Foucault 1977–1978, 54–56.

ydintoimintaa. Foucault määrittelee biovallan sellaisten mekanismien kokonaisuudeksi, joilla biologisista ominaisuuksista tehdään politiikan, poliittisen strategian ja yleisen vallan kohteita. Ehkäisevässä lääketieteessä määritellään tavoiteltava normaalityla, mutta sen saavuttamiseksi ei voida turvautua kurinpitomekanismeihin ja niitä tukeviin ehdottomiin normeihin. Niiden sijaan käytetään pehmeitä vallankäytön muotoja, joista keskeisiä ovat erilaiset normaalin ja epänormaalin määrittelyt.⁴⁶⁰ Sairauksien hallinnassa tavoitteeksi asetetaan mahdollisimman normaali tila.⁴⁶¹ Jotta tavoite voitaisiin saavuttaa, biopolitiikkana ilmenevässä hallinnassa on kiinnitettävä jatkuvasti huomiota eri elämänprosessien arviointiin ja hallintaan. Biopolitiikka ei muotoile perinteisen politiikan tapaan lakeja vaan erilaisia terveys- ja elämäntapanormeja, joihin ihmisiä jatkuvasti sopeutetaan, ja käsityksiä, millainen ihmisen tulisi olla. Foucault'n mukaan normaaliutta korostava ja sen tavoitteeksi asettava normalisoiva hallinta on tehokkaampi vaikuttamiskeino kuin lainsäädäntö.⁴⁶²

Hallintavaltaan kuuluu myös erilaisia turvallisuutta luovia tekijöitä, joita Foucault vertaa keinoihin torjua tartuntatauteja sulkemalla yhteisön ulkopuolelle ei-toivotut ihmiset ja vaalimalla puhtaan yhteisön ihannetta. Tavoitteena on kurinalainen yhteiskunta, josta on poistettu kaikki häiritsevä. Keinot päästä tavoitteeseen voidaan kehittää käyttämällä hyväksi erilaista tilastotietoa yksilöistä ja muodostamalla heistä erilaisia ryhmiä. Menettelyä kutsutaan joukkoistamiseksi. Hyvinvointia ja terveyttä koskevaan hallintaan kuuluu, että sairauksien esiintyvyyttä pidetään hyväksyttävänä viranomaisten määrittelemissä rajoissa. Jokaisen yksilön velvollisuus on hallita omaa terveyttään.⁴⁶³

Mitä hallintavalta tarkoittaa perus- ja ihmisoikeuksien toteutumisen näkökulmasta, kun ihminen sairastuu mielenterveyden häiriöön ja hänen toimintansa ja käytöksensä rikkoo normaaliuden rajoja? Mikko Jauho ja Ilpo Helen ovat analysoineet terveystieteellisen käsitteen Foucault'n käsitteiden avulla. Terveystieteellisyydessä kansa käsitetään eläväksi organismiksi. Sen elinvoiman vaaliminen on yhteiskunnallisen terveydenhoidon päätehtävä, joka kuuluu julkiselle vallalle sillä perusteella, että sota-, työ- ja lisääntymisvoiman ylläpitäminen on valtion perustehtävä. Ajattelun mukaan kansalaisen arvo on yhteydessä yksilön elinvoimaan. Biologisiin ominaisuuksiin sidottu kansalaisuus ei ole kuitenkaan moraalisesti neutraali, minkä vuoksi se vastuuttaa yksilön omasta terveydestään. Käsitteet sopii huonosti hyvinvointivaltion paradigmaan, jonka mukaan jokaisella

460 Foucault 1977–1978, 73–74.

461 Alhanen 2007, 141–142.

462 Alhanen 2007, 143–144, 183.

463 Jauho 2010, 168–169.

on oikeus hoitoon siitä riippumatta, miten hän kykenee ottamaan vastuuta omasta terveydestään.⁴⁶⁴

Helen ja Jauho esittävät, että oikeudesta terveyteen tuli terveystalouden keskeinen tavoite samaan aikaan, kun alettiin kiinnittää entistä enemmän huomiota yksilöiden elämäntapaan, terveyskäyttäytymiseen ja terveyttä uhkaaviin riskitekijöihin. Myös hyvinvointivaltion harjoittama kontrolli on muuttunut. Kansalaisten luokittelu on korvattu aiempaa epämääräisemmällä väestön säätelyllä. Kontrollin kohteena eivät ole poikkeavat yksilöt ja ihmisryhmät vaan yksilö- ja ryhmäkoh- taisten riskien hallinta. Kansalaisvastuun tilalle on tullut omaa terveyttä koskeva rationaalinen laskelmointi. Helenin ja Jauhon mukaan elämänhallinta on terveystalouden perustekijä.⁴⁶⁵

Erityisesti 2000-luvulla informaatio-ohjauksessa vahvistui uudenlainen ohjaus- ja hallintatapa. Syntyi projektiyhteiskunta. Sosiaali- ja terveystaloutta toteutettiin projektiyhteiskunnassa *new governance* -paradigman mukaisesti. Uudella hallintatavalla (*new governance*) tarkoitetaan politiikantutkimuksessa valtion ja sen ohjausmuotojen sopeuttamista toimintaympäristön muutoksiin ja perinteisen valtio-kansalaisyhteiskunta-suhteen murtumista. Uuden hallintatavan mukaan toimivat organisaatiot tavoittelevat kumppanuuksia, verkostoitumista, aktiivista ja vastuullista kansalaisuutta ja paikallista osallistumista ylhäältäpäin määriteltyjen tavoitteiden mukaisesti erilaisten kehittämisprojektien muodossa.⁴⁶⁶

Dehospitalisaatiota seurannut muutos, jossa sairaalapotilaiden kontrolloiminen muuttui informaatio-ohjauksen avulla toteutetuksi yksilöiden elämänhallinnaksi ei poistanut mielenterveystyöhön kuulunutta vallankäyttöä. Voidaan ajatella, että hallinnan keinojen avulla mielisairaaloiden kontrolli ulotettiin koskemaan koko väestöä puhumalla kansalaisen vastuulla olevasta elämänhallinnasta ja hyvinvoinnista. Henkilökohtaisen onnellisuuden ja hyvän elämän tavoittelu perustuvat itsehallintaan ja itsestä huolehtimiseen, kuten ennen mielisairaanhoidon toisesta huolehtimiseen ja toisen hallintaan. Hyvinvointiyhteiskunnassa ihmisten elämät organisoidaan erilaisiksi yhteenliittymiksi, kuten ”mielenterveyskuntoutujiksi”. Tätä massayhteiskunnan elämänhallinnaksi kutsuttua ohjailua toteutetaan tietohjauksen suosituksilla ja ohjeistuksilla.⁴⁶⁷ Poliittikaohjauksen asiakirjoissa tämä ajattelu konkretisoituu 2000-luvulla, kun ryhdytään tuottamaan lukuisia eri tavoin

464 Helen & Jauho 2003, 16–17.

465 Helen & Jauho 2003, 27–28, 32.

466 Katso esimerkiksi The New Public Governance 2010. Esimerkiksi EU:n rakennerahastoista rahoitetaan kehittämishankkeita, jotka koostuvat esimerkiksi kuntien, järjestöjen ja liike-elämän toimijoista. Rahastoissa määritellään tarkasti hankkeiden tavoitteet ja hankkeissa kokeillaan usein paikallisesti uusia toimintamalleja kansalaisten osallistumisen lisäämiseksi. Rakennerahastot.fi on verkkopalvelu Euroopan aluekehitysrahaston (EAKR) ja Euroopan sosiaalirahaston (ESR) rahoituksen hakijoille, viranomaisille ja kaikille EU-rahoituksesta kiinnostuneille: <https://www.rakennerahastot.fi/>.

467 Helen & Hämäläinen & Metteri 2011, 26–27.

kohdennettuja kehittämishankkeita, joiden tavoitteita ohjattiin sosiaali- ja terveydenalan toimintaohjelmilla.

Julkinen valta alkoi 2000-luvulla käyttää terveystalouden ohjauksena sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevaa toimintaohjelmaa, joka julkaistiin osana hallitusohjelmien toimeenpanosuunnitelmaa. Ohjelma oli nelivuotinen ja sen tavoitteena oli ohjata sosiaali- ja terveydenhuollon kansallista kehittämistä. Ensimmäiset ohjelmat olivat TATO I ja TATO II sekä näiden jälkeen KASTE I ja KASTE II. Kaikissa niissä pyritään kehittämään palvelujärjestelmää keskittymällä edistävään ja ennaltaehkäisevään toimintaan. Hyvinvointi on niiden eksplisiittinen tavoite. Eikö hyvinvointivaltiolla ole keinoja kohdata pahoinvointia, vai mistä syystä terveyden edistämisen paradigma korostuu? Kuuluuko hyvinvointivaltion legitiimi kansalaisuus myös niille, jotka eivät voi hyvin? Miten hyvinvointitavoitteet ovat tukeneet julkisen vallan vastuuta erilaisten kansalaisten oikeudesta täysivaltaiseen kansalaisuuteen?

Ensimmäisessä *sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa (TATO 2000–2003)* sosiaali- ja terveystalouden palvelujärjestelmää kehitettiin ja uudistettiin *Lipposen II hallitusohjelman* mukaisesti. Ohjelmassa korostettiin ennaltaehkäisevää toimintaa, mutta ohjelman seurantajulkaisussa todetaan sen kehittämisen jääneen liian vähäiseksi.⁴⁶⁸ Ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä kehitettiin keskittymällä lasten ja nuorten hyvinvointiin, päihdeongelmien ehkäisyyn sekä sosiaalityön vahvistamiseen.⁴⁶⁹ Palvelujen saatavuutta tehostettiin ja palveluiden käyttäjien osallisuutta lisättiin. Mielenterveystyön vahvistaminen oli keskeinen tavoite, joka pyrittiin saamaan aikaan muotoilemalla Mielenterveystalouden laatusuosituksen. Lisäksi selvitettiin mielenterveystalouden asumistilannetta. Toimintaohjelmassa selkeytettiin potilaan asemaa uudistamalla mielenterveystalouden sisältäviä pakkotoimissäännöksiä⁴⁷⁰ ja käynnistettiin Käypä hoito -projekti.⁴⁷¹

468 Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma TATO 2000–2003 2003,3–11. Suomalaista palvelujärjestelmää arvioinut WHO:n asiantuntijaryhmä antaa palautetta myös siitä, että kuntien resurssit ovat leikattu liikaa ja että johtajuus vaatisi kehittämistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma TATO 2000–2003, 17.

469 Toimintaohjelmassa käynnistettiin erilaisia kehittämissuunnitelmia ja valtionavustuksista jaettiin rahaa muun muassa lasten ja nuorten psykiatrisiin palveluihin ja syrjäytymisuhan alla olevien lasten ja nuorten palveluihin. Lisäksi toteutettiin esimerkiksi Aktivoiva ja kuntouttava työtoiminta (AKKU)-hanke, Kuntouttavan ja työllistävän sosiaalityön hanke, Vammaispalvelujen selvityshanke, Kansallisen köyhyyden ja syrjäytymisen vastainen toimintasuunnitelma, Varhainen puuttuminen-projekti sekä Nuorten kuntoutuskokeilu. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma TATO 2000–2003, 65–85.

470 Immonen & Kiikkala & Ahonen 2003, 39.

471 Käypä hoito-projektin seurauksena luotiin näyttöön perustuvia hoitosuosituksia. 2010-luvulla suosituksia on jo n. sadasta sairaudesta. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/etusivu>. Käytännössä käypä hoito- suositukset ovat samanlaisia informaatio-ohjauksen keinoja kuin muutkin suositukset. Niitä ei ole pakko noudattaa ja niiden käytännöllisyydestä, tulokellisuudesta ja toimivuudesta on eriäviä mielipiteitä. Esimerkiksi Lääkäriliitto on antanut julkisen varoituksen epäkollegiaalisesta käytöksestä käypähoitoa kritisoiville lääkäreille. <https://www.laakariliitto.fi/uutiset/blogi/laakariliitto-antaa-julkisen-varoituksen-epakollegiaalisesta-kaytoksesta/>

6.2 MIELENTERVEYSPALVELUIDEN KEHITTÄMINEN

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi *mielenterveyspalveluiden laatusuosituks*et vuonna 2001. Koska mielenterveyden ongelmat kehittyvät laatusuosituksissa ilmaistun käsityksen mukaan prosessina eri elämänvaiheissa ja –tilanteissa, asiakirjassa muotoiltiin paitsi ennaltaehkäisyä, hoitoa, kuntoutusta ja terveydenhuoltopalveluita koskevia suosituksia myös ohjeita muidenkin kunnan palvelujen järjestämiseksi. Suositukset eivät velvoita kuntia eivätkä ne sido kuntien toimintaa, vaan niiden tavoite on ohjata kuntien päättäjiä suunnittelemaan kunnan palveluita.⁴⁷² Laatusuosituks

et muistuttavat tältä osin muutakin tieto-ohjausta, joka on sen suositusluonteen vuoksi osoittautunut käytännössä tehottomaksi ja alueellisesti eriarvoistavaksi tavaksi ohjata palveluiden järjestämistä.

Suosituksissa tarkastellaan asiakkaiden tarpeita ja ammattilaisten ja hallinnon näkökulmaa. Suositusten mukaan jokaisessa kunnassa tulisi laatia mielenterveystyön kokonaissuunnitelma osaksi hyvinvointipoliittista ohjelmaa. Mielenterveyspalveluissa olisi kunnioitettava asiakkaan ihmisarvoa ja ihmisoi-keuksia, ja kunnan olisi luotava olosuhteet, jotka tukevat mielenterveyttä. Kuntien tulisi tunnistaa mielenterveysongelmia aiheuttavia tekijöitä, jotta niihin voitaisiin puuttua. Lisäksi kunnan olisi luotava työmahdollisuuksia.

Laatusuosituksissa kunnilta edellytetään, että ne järjestävät laajaa, sektorirajat ylittävää monipuolista kuntoutusta, perustavat palveluasuntoja, päivä-, työ- ja toimintakeskuksia, vapaamuotoisia jäsenyhteisöjä ja klubitaloja, vertaisryhmiä ja vertaistoimintaa, järjestävät tuettua työllistymistä, räätälöityä ja valmentavaa koulutusta, palveluohjausta, ryhmäkuntoutusta, tukitoimia työpaikoilla, kuntoutuskursseja, kotikuntoutusta sekä yksilöterapiaa.⁴⁷³

Kuntalaiselta puolestaan odotetaan vastuun ottamista omasta terveydestä ja hyvinvoinnista. Kuntalaisen ajatellaan tarvitsevan tietoa, tukea, selvittelyapua ja neuvontaa. Suosituksissa puhutaan myös kuulluksi tulemisen tärkeydestä ihmiselle tärkeissä asioissa. Taustaoletuksena on, että ihmisen ajatellaan hakeutuvan tarpeenmukaiseen hoitoon ja haluavan osallistua hoitonsa suunnitteluun. Suosituksissa edellytetään, että nuoren on päästävä hoitoon ilman lähetettä. Sellaiseen kuntalaiseen, joka ei itse hakeudu hoitoon, on otettava yhteyttä, jos hän on syrjäytymisvaarassa. Kuntalaiselta toivotaan palautetta ja se halutaan huomioida toiminnan kehittämisessä. Toiveena on myös, että kuntalainen osallistuu kunnan kokonaissuunnitelman laatimiseen sopivaksi katsotulla tavalla. Suosituksissa todetaan, että kuntalaisella on oikeus mielekkääseen toimintaan ja työhön. Toiveena on, että mahdollisimman monella on omaisia ja läheisiä, jotka auttavat ongelmissa ja että jokaisen saatavilla on tietoa harrastuksista, jotka edistävät mielenterveyttä ja

⁴⁷² Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001, 2–3.

⁴⁷³ Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001, 6–29.

hyvinvointia. Suosituksissa korostetaan, että mielenterveysongelmista kärsivillä on samat oikeudet kuin muillakin kunnan asukkailla.

Ammattilaisten toivotaan kehittävän työtapoja, jotka opettavat ihmiset ottamaan vastuuta itsestään ja huolehtimaan omista voimavaroistaan. Heillä odotetaan olevan asenteellista valmiutta ja tietotaitoa psykososiaalisten ongelmien havaitsemiseen. Ammattilaisten toivotaan arvioivan asiakkaan tarpeet ja ohjaavan heidät tarkoituksenmukaiseen hoitoon, joka on ensisijaisesti toteutettava avohoitona. Kaikessa hoidossa on pyrittävä kuntouttavaan otteeseen.⁴⁷⁴

Laatusuosituksissa mainitaan suoraan, että hoito suunnitellaan potilaan tarpeen ja käytössä olevien resurssien mukaisesti. Laissa puhutaan kuitenkin vain tarpeenmukaisesta – eikä resurssien mukaisesta – palvelutarjonnasta.⁴⁷⁵ Suosituksissa ensisijaisena hoitopaikkana pidetään terveyskeskusta. Laatusuosituksissa määritellään palveluiden taso hyväksi, jos väestötiheys on yhtä terveyskeskuslääkäriä kohden alle 1800 ihmistä, tyydyttäväksi, jos ihmisiä on 1800–2200 ja välttäväksi, jos heitä on 2200–3000.⁴⁷⁶ Palveluiden laatua ei määritellä muulla tavoin.⁴⁷⁷

Mielenterveyspalveluiden laatusuositukset ovat hyvä esimerkki siitä, miten julkinen valta ohjasi mielenterveystyötä 2000-luvun alusta alkaen. Kunnille annettiin abstrakteja suosituksia ja tavoitteita, kuten työmahdollisuuksien luominen, mutta ei konkreettisia tavoitteita tai resursseja laatusuositusten toteuttamiseksi. Suositukset jäivät nimensä mukaisesti vain suosituksiksi.

Laatusuosituksissa näkyy myös selvästi yksilön vastuuttamisen paradigma, vaikka toisaalta ilmaistaan valmius olla yhteydessä jopa hoidotta jääneisiin kansalaisiin, jos he uhkaavat syrjäytyä. Ihmisarvon kunnioittaminen ja ihmisoikeuksien toteutuminen mainitaan ylimalkaisesti laatusuosituksissa, mutta kumpaakaan ei muotoilla konkreettisesti tavoitteeksi eikä pohdita, mitä toimenpiteitä oikeuksien toteutuminen edellyttäisi.

Laatusuositukset vaikuttavat olevan vastaus Taipaleen tekemään selvitystyöhön, jossa todettiin, että mielenterveyskuntoutujille tarjottujen palveluiden taso on kaikkein huonoin. Laatusuosituksissa ilmenee vankka usko siihen, että toimiva palvelujärjestelmä kuntouttaa ihmisen yhteiskuntaosallisuuteen. Palveluiden kehittämiseen keskittynyt suositus julkiselta vallalta on tässä mielessä ymmärrettävä, mutta kohensiko se Taipaleen kuvaamaa epätydyttävää tilannetta edes palveluissa

474 Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001, 2–3, 6–29.

475 Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001, 23. Selvitysten mukaan avohoidon henkilöstön määrä on pienentynyt ja vaihtelu henkilöstöresurssien suhteen eri kuntien välillä on suurta. Mielekäs Elämä-hankkeen mukaan lisästarve kaikissa psykiatrian palveluissa olisi ollut jo vuonna 2000 7–15 %. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001, 35.

476 Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001, 35–36.

477 Myöhemmin näitä 2000-luvun alussa julkaistujen laatusuosituksien uudistamista varten ryhdyttiin KASTE-ohjelman aikana kehittämään palvelujen laadun ja vaikuttavuuden mittaamista. Osittain vanhentuneita palvelusuosituksia haluttiin kehittää paremmin nykyistä palvelujärjestelmää ja hyvinvointia kokonaisvaltaisesti tukeviksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011 2008, 50.

– mielen terveyden häiriöön sairastuneiden perus- ja ihmisoikeuksien toteutumisesta puhumattakaan?

2000-luvulla Suomessa itseasiassa kiinnostuttiin ihmisoikeuspolitiikasta. Vanhasen ensimmäinen hallitus oli Suomen ensimmäinen hallitus, joka tilasi *selonteon Suomen Ihmisoikeuspolitiikasta* vuonna 2004⁴⁷⁸. Ihmisoikeudet kuuluivat hallituksen ulkopoliittikan toimintasuunnitelmaan, ja selonteon avulla oli tarkoitus selkeyttää hallituksen ihmisoikeuskysymysten tavoitteita. Selonteon avulla suunniteltiin hallituksen ihmisoikeuspolitiikkaa muun muassa EU:ssa, maiden kahdenvälisissä suhteissa sekä kansainvälisissä järjestöissä. Kotimaisista ihmisoikeuskysymyksistä selonteko keskittyy kansainvälisten ihmisoikeussopimusten valvovien elinten Suomea koskeviin suosituksiin. Yhdeksi tavoitteeksi valittiin vammaisten henkilöiden ihmisoikeuksien edistäminen. Suosituksissa korostettiin esimerkiksi työelämään osallistumista ihmisoikeutena ja vedottiin juuri voimaantulleeseen lakiin sosiaalisista yrityksistä⁴⁷⁹ yhtenä keinona työllistää vammaisia. Selonteossa tuotiin esiin myös Suomessa eriarvoisuutta tuottava sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä, joka loukkaa yhdenvertaisuusperiaatetta. Selonteon mukaan ”*Suomen hallitus on sitoutunut ihmisoikeusnäkökohtien johdonmukaiseen paimottamiseen eri politiikan lohkoilla*”.⁴⁸⁰

Palvelujärjestelmän eriarvoistavia piirteitä pyrittiin kyllä korjaamaan. *Suomen toinen tavoite- ja toimintaohjelma* (TATO II, 2004–2007) keskittyi TATO I – ohjelmaa vahvemmin sosiaali- ja terveysalan yhdistämiseen. Tavoitteena oli kehittää kuntien palvelurakenteita, palveluiden tuottamistapoja ja kuntien keskinäistä yhteistyötä. Taustalla olivat sosiaalihuollon lainsäädäntömuutokset, joilla asiakkaan asemaa pyrittiin vahvistamaan. Lisäksi tavoitteena oli asiakasosallisuuden kehittäminen ihmisten omatoimisuutta tukemalla. Silti jouduttiin toteamaan, että asiakkaan kohtelussa ja osallisuudessa oli edelleen paljon parantamisen varaa.⁴⁸¹

Lisäksi kehitettiin mielen terveyspalveluiden laatusuosituksen seurantaindikaattoreita, käynnistettiin hanke mielen terveyskuntoutuksen kehittämiseksi ja uudistettiin työvoimahallintoa työvoiman palvelukeskuksilla (TYP) syrjäytymisen ehkäisemiseksi sekä ihmisten aktivoimiseksi ja kuntouttamiseksi.⁴⁸² Kehittämishankkeiden

478 Ennen tätä ihmisoikeusselonteot olivat olleet ulkoministeriön valmistelemia ja ne olivat keskittyneet kansainvälisiin ihmisoikeuskysymyksiin.

479 Laki sosiaalisista yrityksistä 2003/1351.

480 Valtioneuvoston selonteko Suomen ihmisoikeuspolitiikasta 2004 sekä Ulkoministeriö uutiset: ”Valtioneuvoston ihmisoikeusselonteossa tarkastellaan myös Suomen ihmisoikeuskysymyksiä”: https://um.fi/uutiset/-/asset_publisher/GRSnUwaHDPv5/content/valtioneuvoston-ihmisoikeusselonteossa-tarkastellaan-myos-suomen-ihmisoikeuskysymyksiä?curAsset=0&stId=47307

481 Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007 2004, 3–10, 12–13.

482 Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007 2004, 23–28. Vajaakuntoisten työllistymisen edistämiseksi suunniteltiin palkkatukea ja sosiaalisia työllistämismalleja- ja menetelmiä. Tavoitteena oli saattaa laki sosiaalisista yrityksistä voimaan vuonna 2004. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007 2004, 30.

tavoitteena oli konkretisoida Käypä hoito -suositusten toimeenpanoa sekä luoda uusia ratkaisumalleja mielenterveys- ja päihdepalvelujen yhteiskehittämiseen.⁴⁸³ Tämä oli ensimmäinen kerta, kun mielenterveys- ja päihdetyötä ryhdyttiin kehittämään yhdessä.⁴⁸⁴

Tavoitteena oli edelleen kansalaisten työkyvyn ja aktiivisuuden vahvistaminen Vanhasen hallitusohjelman mukaisesti. *Vanhasen ensimmäinen hallitusohjelma* (2003–2006) perustui Lipposen edellisen hallitusohjelman tavoin työnteeseen, yrittämiseen ja osaamiseen hyvinvointiyhteiskunnan parantamiseksi. Hallitusohjelmassa mainittiin ensimmäistä kertaa vammaisten ihmisten työelämäosallisuuden edistäminen. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteiksi mainittiin terveyden edistäminen, sairauksien ennaltaehkäisy, elämänhallinnan sekä työ- ja toimintakyvyn ja omatoimisuuden tukeminen. Terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin näkökulma haluttiin mukaan kaikkeen päätöksentekoon. Valtion rahoitusta päätettiin ohjata erityisesti mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidon ja tukipalvelujen turvaamiseen. Lisäksi tavoitteena oli edistää psykiatrasta osaamista perusterveydenhuollossa. Hallitusohjelmassa haluttiin myös kehittää vammaislaainsäädäntöä kokonaisuudessaan.⁴⁸⁵

Asiakaslähtöisyyttä korostetaan TATO-ohjelmissa selvästi. Palveluita halutaan kehittää asiakkaiden tarpeista käsin ja asiakkaita osallistaen. Uusi korostus kuvastaa toisaalta ohjelman julkaisuajankohdasta vallinnutta riski-, epidemiologia- ja väestövastuuajattelua ja toisaalta voimistunutta vaatimusta lisätä kansalaisten aktiivisuutta ja toimeliaisuutta. Hoidettavista tulee kuluttajia ja palveluiden valitsijoita. Kehitys vahvistuu vuosituhatosen ensikymmenen aikana niin, että 2010-luvulla Suomessa on jo palveluita kehittäviä kokemusasiantuntijoita ja valinnanvapauslakia valmistellaan.⁴⁸⁶ TATO II:n aikana valmistuvat myös mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämissuosituksat. Oltiinko siis vihdoin valmiita käyttämään poliittista ohjausta mielenterveyden häiriöön sairastuneiden perus- ja ihmisoikeuksien turvaamiseksi?

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi keväällä 2007 *Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden kehittämissuosituksat*. Niiden tavoitteena oli parantaa mielenterveyskuntoutujien asumisen ja kuntouttavien palvelujen laatua. Suosituksissa mielenterveyskuntoutuja määritellään täysi-ikäiseksi mielenterveydenhäiriön takia kuntouttavia tai asumiseen liittyviä palveluja tarvitseväksi henkilöksi. Kuntouttavilla

483 Harjajärvi & Pirkola & Wahlbeck 2006, 25–26. Mielenterveys- ja päihdehankkeiden innovaatioista ja hyvistä käytännöistä on julkaistu raportti; Innovaatioita terveyden edistämiseen mielenterveys- ja päihdetyössä – kokemuksia Pohjanmaa-hankkeesta, Sateenkaari-projektista ja Lapin mielenterveys- ja päihdetyön hankkeesta 2005–2009.

484 Taustalla mielenterveys- ja päihdetyön yhteiskehittämiseksi oli vuonna 2005 kansanedustajien jättämä aloite kansallisen mielenterveysohjelman laatimiseksi, josta käynnistyi mielenterveys- ja päihdeohjelman suunnittelu vuonna 2007. Mieli-ohjelman suunnitelma julkaistiin helmikuussa 2009, jossa muotoiltiin keskeiset mielenterveys- ja päihdetyötä suuntaavat periaatteet.

485 Pääministeri Matti Vanhasen hallituksen ohjelma.

486 Tästä tarkemmin luvussa kuusi (6).

palveluilla tarkoitetaan kuntoutumista ja itsenäistä selviytymistä tukevia palveluja. Näistä koostuu käsite mielenterveyskuntoutus.⁴⁸⁷

Asumispalvelujen järjestäminen perustuu sosiaalihuoltolakiin ja mielenterveyslakiin. Lainsäädännössä asumispalvelut kuuluvat sosiaalihuoltopalveluihin ja ne tarkoittavat käytännössä asumista palvelu- tai tukiasunnossa. Vammaispalvelulain mukaiset asumispalvelut kuuluvat myös mielenterveyskuntoutujille. Asumispalvelumuotoja ovat tuettu asuminen, palveluasuminen sekä tehostettu palveluasuminen. Sosiaali- ja terveysministeriö antoi suositukset palveluiden järjestämisestä, asumispalveluihin liitettävistä kuntouttavista palveluista, asumisen laadusta, henkilöstön osaamisesta ja resursseista sekä palveluiden arvioinnista ja kehittämisestä. Suosituksissa korostettiin, että asumispalveluita on annettava aina, kun henkilö tarvitsee toisen ihmisen apua päivittäisten asioidensa hoitamisessa, mutta selviytyy ilman kaikkia laitosasumiseen kuuluvia palveluita. Palvelua ei lain mukaan voi evätä määrärahojen vähäisyyden perusteella. Suositusten päätavoitteena oli turvata kodissa asuminen niin, että sinne saadaan riittävät tukipalvelut. Pitkäaikaisessa asumispalvelussa laadun haluttiin vastaavan yleisiä asumisen laatustandardeja. Lisäksi haluttiin, että asumispalveluihin liitetään aina myös kuntouttavia palveluita.⁴⁸⁸

Toisin kuin muussa mielenterveystyön kehittämisessä asumispalvelusuosituksissa keskityttiin ihmisen perusoikeuksiin kuuluviin asioihin – kotiin ja asuntoon – eikä vain hoidon ja hoitojärjestelmän kehittämiseen. Asumispalvelusuositukset poikkeavat muista asiakirjoista ja ohjelmista siinä, että näkökulma ei rajaudu oireilun hoitoon. Kansallisten politiikkaohjelmien vertaaminen kansainvälisiin asiakirjoihin osoittaa, että kansainvälisissä asiakirjoissa ilmaistaan samat tavoitteet – mielenterveyden edistäminen – kuin suomalaisessa terveyspolitiikassa, mutta niihin kirjatut keinot eivät rajoitu suomalaiseen tapaan vain hoitopalvelujärjestelmän kehittämiseen.

Esimerkiksi korostuseroista käy EU:n *Vihreä kirja*. Vuonna 2005 WHO, EU ja Euroopan neuvosto järjestivät ensimmäisen ministeriötasoisien mielenterveys-

487 Vammaisten ihmisten asumispalvelusuositukset oli tehty jo vuonna 2003. Asumista ja kuntoutusta 2007, 9–14.

488 Asumista ja kuntoutusta 2007, 15–28. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluita kehitettiin myöhemmin osana valtioneuvoston asuntopoliittista ohjelmaa vuosina 2012–2015. Valtioneuvoston asuntopoliittinen toimenpideohjelma 2012–2015 2012, ja osana pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämisohjelmia. Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämisohjelma 2008–2011 2012 sekä Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämisohjelma Paavo II 2016, sekä osana Mieli 2009 -ohjelmaa erillisenä mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämisen työryhmätyöskentelynä vuonna 2012. Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittäminen 2012. Vuonna 2012 ilmestyi myös Valviran valvontaohjelma asumisen laadun varmistamiseksi. Mielenterveys ja päihdehuollon ympärivuorokautiset asumispalvelut sekä päihdehuollon laitoshoidon valtakunnallinen valvontaohjelma 2012–2014. Asumispalveluita tutkittiin 2010-luvulla lisäksi kokemustutkimuksena, jonka tulokset koottiin vuonna 2010 julkaistun asumispalveluja ihmisoikeusnäkökulmasta tarkastelleeseen Ithica-raporttiin. Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemusarvioinnin kohteina 2010. Tästä tarkemmin myöhemmin tässä luvussa.

konferenssin.⁴⁸⁹ Konferenssin jälkeen jäsenmaille lähetettiin EU:n *Vihreä kirja*, jotta ne sitoutuisivat toteuttamaan mielenterveyttä edistävää politiikkaa. Vuonna 2008 allekirjoitettiin EU:n mielenterveyssojimus. Siinä esitellään viisi mielenterveyttä koskevaa asiakokonaisuutta työstettäväksi edelleen erilaisissa konferensseissa.⁴⁹⁰

6.3 MIELENTERVEYSPOLITIikka EU:ssa

Vihreän kirjan tavoite oli vahvistaa yhteistyötä mielenterveyden merkityksen selvittämiseksi EU:ssa. Kirjassa todettiin mielenterveysongelmien muodostuneen koko Eurooppaa koskevaksi vakavaksi ongelmaksi. Ne leimaavat ihmisiä ja johtavat syrjäytymiseen sekä loukkaa ihmisarvoa.

Kirjassa mielenterveys ymmärretään yksilön voimavaraksi ja kykyjen käyttämiseksi, joka ilmenee yhteiskunnan hyvinvoinnin edistämisenä, solidaarisuutena ja sosiaalisena oikeudenmukaisuutena. Kirjassa korostetaan psyykkisen terveyden ja fyysisen terveyden kytkeytymistä toisiinsa.⁴⁹¹ Suosituksissa ehdotetaan EU:n yhteisen mielenterveysstrategian muotoilemista niin, että tavoitteiksi otetaan mielenterveyden edistäminen, psyykkisen pahoinvoinnin ennaltaehkäiseminen ja elämänlaadun edistäminen lisäämällä sosiaalista osallisuutta sekä suojelemalla oikeuksia ja ihmisarvoa. Tavoitteiden toteuttamiseksi ehdotettiin EU:n yhteisen tiedotus- ja tutkimusjärjestelmän perustamista. Pahoinvoinnin torjunnassa korostettiin masennukseen ja päihteiden väärinkäyttöön puuttumista sekä itsemurhien ehkäisyä. Lisäksi pidettiin tärkeänä leimautumisen ja syrjinnän vähentämistä.⁴⁹²

Vihreän kirjan julkaisemisen jälkeen vuonna 2008 pidetyssä konferenssissa muotoiltiin Euroopan mielenterveyttä ja hyvinvointia koskeva sojimus. Sopimuksen mukaan mielenterveys on ihmisoikeus. Sosiaali- ja terveyspalvelujen ja lääkehoidon ohella olisi edistettävä myös ihmisten hyvinvointia ja vahvistettava ehkäisevää työtä ja oma-aputoimintaa. Ihmiset, joilla on mielenterveysongelmia, olisi otettava mukaan toimintojen suunnitteluun ja toteutukseen. Sopimuksen allekirjoittaneet haastetaan sitoutumaan masennuksen ja itsemurhien ehkäisyyn, nuorten ja ikään-tyneiden mielenterveyden edistämiseen, työpaikkojen mielenterveysosaamisen vahvistamiseen sekä leimautumisen ja syrjäytymisen torjumiseen. Syrjäytyminen on

489 Mental Health Declaration for Europe 2005, 2–8.

490 Eskola & Taipale 2011, 188–189. konferenssit keinona ovat osoittautuneet riittämättömiksi.

491 Vihreä kirja 2005, 3–4. Muita EU:n mielenterveyttä edistäviä strategioita ovat olleet mm. EU:n kansanterveysohjelma 2003–2008, jossa huomioidaan mm. päihteiden väärinkäyttöön liittyvät haitat, sosiaali- ja työllisyyspolitiikkaan kuuluvat syrjinnänvastaiset asetukset (2000) ja vammaisuuteen liittyvät toimet (2003) sekä työperäistä stressiä koskeva puitesojimus (2004). Vihreä kirja 2005, 6.

492 Vihreä kirja 2005, 8–11. Jatkotoimenpiteinä voidaan mainita mm. vuosina 2006–2008 toteutettu hanke, jonka tavoitteena oli kehittää vertailuväline, jolla voidaan mitata etiikkaa ja ihmisoikeuksia mielenterveyden alla. Hankkeen suositukset on julkaistu; <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=775685&BackColorInternet=DBDCF2&BackColorIntranet=FDC864&BackColorLogged=FDC864>.

sekä riski mielenterveydelle, että mielenterveyden häiriön seurauksena, kun ihminen leimautuu sairastuessaan. Leimautumista ja mielenterveyden häiriöistä johtuvaa häpeää voidaan ehkäistä saattamalla ihmiset aktiivisiksi yhteiskunnan jäseniksi esimerkiksi integroimalla heidät työelämään.⁴⁹³

EU:n mielenterveyssovimuksessa ja Vihreässä kirjassa mielenterveydestä puhutaan sosiaalisena, ei lääketieteellisenä, ilmiönä, mikä näkyy myös tavoitteissa. Leimaantumisen ja syrjäytymisen torjuminen sekä kansalaisen saattaminen taikaisin aktiiviseen yhteiskuntaosallisuuteen ohjaavat julkista valtaa keskittymään näiden haasteiden ratkaisemiseen. Jostain syystä kansainvälisissä asiakirjoissa muotoiltuja tavoitteita ja niissä ilmaistuja käsityksiä ei ole omaksuttu suomalaisen terveystalouden, vaan oireiden hoitamiseen ja palvelujärjestelmän kehittämiseen keskittyvä toiminnanohjaus jatkuu TATO-ohjelmien jälkeen KASTE-ohjelmilla. Lääketieteellinen viitekehys säilyy hallitsevana paradigmana, vaikka kansainvälisissä asiakirjoissa korostetaan yhteiskunnallista näkökulmaa. Suomen ensimmäinen mielenterveysohjelma vuonna 2009 suunnitellaan *Vihreän kirjan* arvojen ja tavoitteiden pohjalta, mutta terveystalouden huomio keskittyy edelleen palvelujärjestelmään.

6.4 YHTEISKUNNALLISEN OSALLISUUDEN POLITIIKKA?

KASTE I (2008–2011) toimintaohjelmakauden tavoitteena oli kunta- ja palvelurakenneuudistus. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusjärjestelmää muutettiin vuonna 2010 niin, että valtionosuuksien hallinnointi ja maksatus siirtyivät valtionvarainministeriölle. Lisäksi uudistettiin valtion aluehallintoa luomalla kuntiin rakenteita, jotka vastaisivat entistä paremmin asiakkaiden tarpeita.⁴⁹⁴

KASTE I -ohjelman taustalla oli *Vanhasen toisen hallituksen (2007–2010)* käynnistämät kolme poikkihallinnollista politiikkaohjelmaa työn, yrittämisen ja työelämän, terveyden edistämisen sekä lasten, nuorten ja perheiden asioiden edistämiseksi.⁴⁹⁵ Vanhasen toisen hallitusohjelman keskeisiä arvoja olivat vastuu, vapaus, välittäminen ja kannustaminen. Siinä korostettiin kansalaisten oikeutta osallistua ja vaikuttaa. Palveluita haluttiin kohdentaa erityisesti niitä eniten tarvitseville.

Hallitusohjelman tavoitteena oli hyvinvoinnin lisääminen vahvistamalla asiakaskeskeisyyttä, kannustavaa ja oikeudenmukaista sosiaaliturvaa, edistämällä terveyttä ja kaventamalla terveyseroja. Nämä tavoitteet ajateltiin saavutettavan palveluiden rakenteiden uudistuksella, viemällä varhainen puuttuminen osaksi

493 Mielenterveyttä ja hyvinvointia koskeva eurooppalainen sopimus 2008, 2–6 sekä European Pact for Mental health and Well-being 2008, 2–7.

494 Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2008–2011, 20–21.

495 Terveyden 2015-kansanterveysohjelman väliarviointi 2012, 40–43.

kuntien päätöksentekoa, kehittämällä lasten ja nuorten palveluja ja uudistamalla lastensuojelulakia. Inhimillisen ja demokraattisen yhteiskunnan rakentamisessa tärkeintä oli asiakkaiden osallisuuden vahvistaminen.⁴⁹⁶

Hallitusohjelmassa haluttiin erityisesti vahvistaa toiminta- ja työkykyä sekä oma-toimisuutta, jonka seurauksena siinä on tavoitteita mielenterveyskuntoutujienkin työllistymisen edistämiseen. Työelämää haluttiin kehittää niin, että jokainen voisi osallistua yhteiskunnan rakentamiseen tekemällä työtä omien kykyjen mukaan, esimerkiksi sosiaalisen yritystoiminnan avulla. Lisäksi haluttiin kehittää vaikeimmin työllistyville välityömarkkinoita, kuntouttavaa työtoimintaa ja työhön kuntouttavia toimintatapoja, jotka pitäisivät yllä toimintakykyä.⁴⁹⁷ Terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa kehitettiin erityisesti mielenterveysongelmien tunnistamista ja mielenterveystyön osaamista.⁴⁹⁸

Hallitusohjelman normistossa näky selvästi kannustamisen idea, aktivoinnin paradigma ja biopoliittiset tavoitteet, mutta myös edellisen hallituksen aloittamaa ihmisoikeuspolitiikan kehittämistä jatkettiin tässä hallitusohjelmassa. Vanhasen toinen hallitus tilasi selonteon *Suomen ihmisoikeuspolitiikan tilasta* vuonna 2009. Selonteossa ihmisoikeuspolitiikan tavoitteeksi kerrottiin oikeudenmukaisemman ja ihmisarvoisemman maailman saavuttaminen. Keinoiksi valittiin esimerkiksi vammaisten ihmisten oikeuksien edistäminen vahvistamalla heidän osallistumistaan poliittiseen päätöksentekoon. Lisäksi vaadittiin vahvempia toimia vammaisten henkilöiden työllistymiseksi ja vammaispoliittisen ohjelman laatimista. Erityisesti oltiin huolissaan niistä ihmisistä, jotka jäävät pitkäksi aikaa työelämän ulkopuolelle ja joutuvat pysyvään köyhyyteen, sillä työn ajateltiin olevan parasta sosiaaliturvaa.⁴⁹⁹

Vammais- ja työllisyyspolitiikan lisäksi tavoitteena oli vahvistaa ihmisarvoista asumista ja oikeutta terveydenhuoltoon. Selonteossa oltiin huolissaan Suomen riittämättömistä toiminna köyhyden ja syrjäytymisen torjumiseksi ja yhdenvertaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseksi. Tämän selonteon mukaan myös mielenterveysongelmiin olisi kiinnitettävä erikseen huomiota puuttamalla mielenterveysongelmien perussyihin sekä seuraamalla kuntoutus- ja pienkoteihin siirtyneen avohoidon laatua ja ihmisoikeuksien toteutumista.⁵⁰⁰

Mielenterveystyön kehittämistarpeet mainitaan siis hallitusohjelmassa erikseen ja ihmisoikeusselonteossa sen epäkohdat nostetaan esiin, mutta jostain syystä nämä korostukset ja huomiot eivät näy mielenterveystyön kehittämisessä. Esimerkiksi

496 Asiakasosallisuuden edistämässä korostettiin sähköisen asioinnin kehittämistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011, 39–46.

497 Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011, 24–36. Tähän liittyi myös aikaisemmin mainitsemani Tarja Filatovin selvitys hallitukselle välityömarkkinoista.

498 Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma. Pääministeri Mari Kiviniemen hallituksen ohjelma jatkoi Vanhasen hallituksen ohjelman tavoitteita.

499 Valtioneuvoston selonteko Suomen ihmisoikeuspolitiikan tilasta vuonna 2009.

500 Valtioneuvoston selonteko Suomen ihmisoikeuspolitiikan tilasta vuonna 2009.

vuonna 2008 alkaneella *Masto-hankkeella* olisi ollut mahdollisuuksia toimia myös ihmisoikeus- ja perusoikeusnäkökulmasta, mutta kuten kaikki kansallinen kehittämistoiminta, keskittyi sekin ennaltaehkäisevien toimien kehittämiseen. Masto-hankkeen tavoitteena oli masennuksesta johtuvan työkyvyttömyyden vähentäminen. Hankkeessa pyrittiin löytämään osatyökykyisten työelämäosallisuutta vahvistavia tekijöitä ja toimintatapoja. Hankkeessa korostettiin työhyvinvoinnin merkitystä, ja mielenterveysongelmia koskeviin asenteisiin ja ennakkoluuloihin haluttiin vaikuttaa työpaikoilla järjestettävillä koulutuksilla ja esimiesvalmennuksilla.⁵⁰¹

Masto-hankkeen tavoitteiden taustalla oli poliittinen tavoite työurien pidentämiselle. Hankkeen kohderyhmä poikkesi muista valtiollisista kehittämishankkeista, sillä kehittämisen kohteena oli työterveyshuollon piirissä ja työelämässä olevat ihmiset peruspalveluiden varassa olevien kansalaisten sijaan. Toisaalta hankkeessa pyrittiin kehittämään myös terveyskeskusten masennuksen hoitoa, jolloin hankkeen tulokset olisivat kaikkien kansalaisten eduksi. Hankkeen arvioinnissa havaittiin, että asenteet muuttuvat hitaasti, pienet yritykset ovat ongelmissa, ja että pätkätyöläisiä ja työttömiä ei tavoiteta. Masennuksen hoidon suurin haaste oli ollut psykoterapian riittämättömyys. Masennuspotilaiden psykoterapia oli ollut Kelan harkinnanvaraisena lääkinnällisenä kuntoutuksena vuoteen 2011 asti, jolloin kuntoutuspsykoterapia lakisääteistettiin⁵⁰². Kelan psykoterapiaan pääsyn ehtona oli kuitenkin edelleen työ- ja opiskelukyvyn vahvistamisen tavoite. Masto-hankkeen ehdotusten mukaan sairaanhoitopiirien olisi vastattava psykoterapiapalvelujen riittävydestä myös niiden ihmisten kohdalla, jotka tarvitsivat hoitoa työkyvyn vahvistamisen sijaan esimerkiksi elämänhallintaan.⁵⁰³

Masto-hankkeessa suositeltiin osatyökykyisten ihmisten työllistämistä eri keinoin ja osa-aikaisen työn mahdollistamista.⁵⁰⁴ Tämän seurauksena aloitettiin *Osatyökykyiset työssä- selvitys* vuosina 2012 ja 2013, jonka tehtävänä oli selvittää osatyökykyisten työllistymistä edistävien säädösmuutostarpeiden ja palvelujen arviointi. *Osatyökykyiset työssä-ohjelma* käynnistettiin tämän selvityksen pohjalta vuosiksi 2013–2015.⁵⁰⁵ Tämän jälkeen osatyökykyisten työllistämiseen panostettiin yhdessä Sipilän hallitusohjelman *kärkihankkeessa (OTE)*.⁵⁰⁶ Molempien ohjelmien tavoitteet keskittyivät jäljellä olevan työkyvyn hyödyntämiseen sekä vielä työelämässä mukanaolevien ihmisten tukemiseen. Työelämän ulkopuolella olevat

501 Honkonen 2011, 171–173 sekä Masto-hankkeen (2008–2011) loppuraportti 2011.

502 Korvaustasoja muutettiin vuosina 2014 ja 2015 ensin niin, että aikuisten ja nuorten psykoterapian korvaustasot yhdenmukaistettiin ja toisella kerralla korvaustasoja nostettiin asiakkaan eduksi.

503 Masto-hankkeen (2008–2010) loppuraportti 2011, 96.

504 Masto-hankkeen (2008–2010) loppuraportti 2011, 11–18, 30, 72–73, 96–100.

505 Kaikki keinot käyttöön – yhteistyöllä ratkaisuihin 2015.

506 Osatyökykyisille tie työelämään (OTE): <https://stm.fi/hankkeet/osatyokykyisyys> sekä Kaikki mukaan työelämään 2019.

vakavasti sairaat jäivät kohderyhmänä edellä mainittujen työllisyyspoliittisten ohjelmien ulkopuolelle.

Tämä on erikoista, sillä jo vuonna 2008 Mielenterveyden keskusliiton selvitys-asiamies Mika Vuorela oli tehnyt Työ- ja elinkeinoministeriön pyynnöstä selvityksen työelämän ulkopuolella olevista kansalaisista, ja selvityksen tuloksena oli, että huomattava osa esimerkiksi vakavasti sairaista ja mielenterveysystistä työelämän ulkopuolella olevista olisi halukas osallistumaan työelämään omien voimavarojensa mukaisesti. Tässä selvityksessä osatyökykyinen ihminen määriteltiin ”*henkilöksi, jolla on osa työkyvystään jäljellä sekä halua käyttää sitä*” ja samaa määritelmää käytettiin myöhemmissäkin selvityksissä ja raporteissa.⁵⁰⁷

Vuonna 2011 Markku Lehto jatkoi Mika Vuorelan työtä selvittämällä osatyökykyisten työllistymiseen liittyviä esteitä ja ehdottamalla oman toimintaohjelman perustamista asian korjaamiseksi.⁵⁰⁸ Viimeisin selvitys osatyökykyisyydestä suhteessa työvoimapolitiikkaa valmistui syksyllä 2018. Tässä selvityksessä keskityttiin pitkäaikaistyöttömien työkykyisyyden selvittämiseen ja palvelujärjestelmän toimivuuden arvioimiseen tästä näkökulmasta. Selvityksen tuloksena ehdotettiin hallituskaudet ylittävää työvoimapalveluiden kehittämistä paremmin ihmisten tarpeita vastaaviksi.⁵⁰⁹

Työelämän ulkopuolella olevien ja vakavasti sairaiden kansalaisten yhteiskunnallista asemaa ja perusoikeuksien toteutumista selviteltiin 2000-luvulla Ihmisoikeusselonteon sekä Mika Vuorelan selvityksen lisäksi vain yhdessä mielenterveystyötä ohjanneessa asiakirjassa. Osana Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen koordinoimaa kansainvälistä *Ithaca-hanketta* oli käynnistetty *Institutional Treatment, Human Rights and Care Assessment – Laitoshoito, ihmisoikeudet ja hoidon arviointi- hanke* vuonna 2009. Taustalla oli Euroopan neuvoston julkaisemat suositukset mielenterveyden häiriöstä kärsivien henkilöiden ihmisoikeuksien vaalimisesta ja ihmisarvon kunnioittamisesta. Hankkeen tavoitteena oli kehittää työkalu ihmisoikeuksien, ihmisarvon kunnioituksen ja palveluiden käyttäjien fyysisen terveydenhoidon arvioimiseksi mielenterveys- ja päihdelaitoksissa sekä asumis- palveluissa. Kokemusasiantuntijoiden toteuttama arviointihanke käsitteli kuuden suomalaisen mielenterveys- ja päihdeyksikön toimintaa.⁵¹⁰

Arviointihankkeessa tuotetun raportin tulosten mukaan kaikissa yksiköissä oli suuria eroja asiakkaiden inhimillisessä kohtelussa, kuntoutumisen tukemisessa, asumisen laadussa, palveluiden käyttäjien osallistumisessa sekä yhteiskuntaan kiinnittymisessä. Tulosten mukaan asiakkaiden, asukkaiden ja potilaiden elämää rajoitettiin kohtuuttomasti ja yksityisyys turvattiin vain poikkeustapauksissa. Lisäksi

⁵⁰⁷ Vuorela 2008.

⁵⁰⁸ Lehto 2011.

⁵⁰⁹ Osatyökykyisten reitit työllisyyteen – etuudet, palvelut, tukitoimet 2018.

⁵¹⁰ Ihmisoikeudet päihde- ja mielenterveysyksiköissä kokemuservioinnin kohteena 2010.

havaittiin vakavia ihmisoikeusloukkauksia arkielämän rajoituksissa, epäasiallisessa kohtelussa ja esimerkiksi asukkaiden käyttämisessä työvoimana työyksiköissä ilman korvausta. Asiakkaita ei kohdattu aikuisina toimijoina ja henkilökunta suhtautui heihin epäkunnioittavasti. Näiden epäkohtien esiin tuomisen lisäksi raportissa julkaistiin suosituksia esimerkiksi hyvän kuntoutumisen edellytyksistä ja ihmisoikeuksia kunnioittavasta hoidosta.⁵¹¹

6.5 SAIRAUKSIEN HOIDOSTA TERVEYDEN EDISTÄMISEEN – MITEN MIELENTERVEYSTYÖ MUUTTUI 2010-LUVULLA?

Sairaaloiden lakkauttamisen seurauksena ihmisiltä hävisivät hoidon lisäksi myös työpaikka, yhteisö ja asunto. Mielenterveyspolitiikassa oli keskitytty kuitenkin vain yhden asian – hoidon - kehittämiseen ja työelämäosallisuuden mahdollistaminen vakavasti sairaille oli hävinnyt jo työelämässä olevien työkykyisyyden hoitoon. Mielisairaaloiden ihmisoikeuksia loukkaavat käytänteet olivat tutkimusten mukaan siirtyneet hoito- ja asumisyksiköihin. Tähän vakavaan epäkohtaan ei kuitenkaan puututtu ja Markku Salon toimittama Ithaca-hankkeen loppuraportti jää ainoaksi asiakirjaksi, jossa asumiseen ja työtoimintaan liittyviä epäkohtia pyritään selvittämään. Tämä on hämmäntävää, sillä myös vuonna 2009 julkaistussa Suomen toisesa ihmisoikeusselonteossa oli korostettu, että kuntoutus- ja pienkoteihin siirtyneen avohoidon laatua ja ihmisoikeuksien toteutumista olisi seurattava.⁵¹²

Mielenterveystyötä kehitettiin työkykyyn, sairauksien ennaltaehkäisyyn, terveyden edistämiseen ja palveluiden kehittämiseen keskittyen. Nämä tavoitteet eivät koskeneet vakavasti sairaiden kansalaisten perus- ja ihmisoikeuksien turvaamista. Näyttää siltä, että esimerkiksi Masto-hankkeessa tehdyt parannukset psykoterapi-an saatavuuteen konkretisoituivat lähinnä työelämässä olevien tai sinne palaavien hyödyksi, mutta ei pitkäaikaissairaiden elämänlaadun kohentumiseksi, sillä tarjolla oleva kuntoutus oli sidottu työllistymistavoitteisiin.

Mikään taho ei näytä tarttuvan vakavasti sairaiden hyvän elämän ehtoja määrittäviin tekijöihin. Asiakirjoja lukiessa vaikuttaa siltä, että vakavasti sairaiden kansalaisten aseman kohentaminen unohtui, kun mielen hyvinvoinnin edistäminen muodostui vallitsevaksi mielenterveystyön viitekehyykseksi. Onko vakavasti sairaiden unohtamisen syynä keskittyminen sairauksia ennaltaehkäisevään työhön?

511 Ihmisoikeudet päihde- ja mielenterveysyksiköissä kokemusarvioinnin kohteena 2010. Markku Salo oli jo aikaisemmassa tutkimuksessa havainnut, että asumispalveluihin liittyi merkittäviä epäkohtia eivätkä asumisen ehtolot vastanneet muiden kuntalaisten asumisen tasoa. Asumispalveluissa olevat eivät juurikaan osallistuneet koulutukseen tai työelämään eivätkä he saaneet juuri muunlaista kuntoutusta kuin laitosmaista rutiinien pyörittystä. Lisäksi asumisyksiköiden laadun välillä oli kohtuuttoman suuria eroja ja laadukkaimmat yksiköt pitivät tärkeänä kuntoutujien elämäntilanteeseen vaikuttamista osallistumalla esimerkiksi julkiseen keskusteluun. Salo & Kallinen 2007, 82–84, 121–122.

512 katso aikaisemmin tästä luvusta.

Ainakin voidaan sanoa, että ennaltaehkäiseviin toimiin keskittynyt hankekehittäminen on ollut massiivista. Hankejärjestelmää haluttiin uudistaa jo vuonna 2008 seudullisten hankkeiden arvioinnin yhteydessä. Tällöin oli ollut yhteensä noin sata mielenterveys- ja päihdepalvelun kehittämishanketta ja silti jouduttiin toteamaan, että ennaltaehkäisyä oli edelleen liian vähän, että innovaatioita oli ollut liian vähän, ja että tavoitteista oli jouduttu usein luopumaan, koska niitä ei oltu saavutettu. Johtopäätös oli selkeä; haluttiin määrällisesti vähemmän hankkeita, enemmän vaikuttavia hankkeita.⁵¹³ 2000-luvun alun hallitusohjelmissa sekä Sosiaali- ja terveysalan toimeenpano-ohjelmissa toistuvat kuitenkin entistä vahvemmin ennaltaehkäisyyn ja terveyden edistämisen käsitteet. Mitä niillä tarkoitetaan?

Ennaltaehkäisevä ja edistävä työ omaksuttiin suomalaisen mielenterveyspolitiikkaan jo 1980-luvulla Mielenterveyskomitean mietinnössä, josta se kirjattiin uudistettuun mielenterveyslakiin vuonna 1990. Vaikka edistävä ja ennaltaehkäisevä työ on lakisääteistä, palataan sen vähäisyyteen ja tavoitteissa epäonnistumiseen jokaisessa toimeenpano-ohjelmassa ensimmäisestä TATO:sta aina Mieli 2009–2015-ohjelman loppuraporttiin saakka.⁵¹⁴

Kolmekymmentä vuotta kehittämistä ilman tavoitteen saavuttamista herättää jo useampia kysymyksiä. Ensinnäkin, mitä tavoitellaan, kun halutaan vahvistaa ennaltaehkäisevää ja edistävää työtä? Toimenpidetasolla tavoitellaan ilmeisesti sitä, että kansalaisilla on tietoa terveyttä edistävästä tekijöistä ja että kansalaisilla on tietoa terveyden riskitekijöistä. Tiedon lisäksi tavoitellaan sairauksien etsimistä erilaisten testien, mittausten, kyselyjen ja kartoitusten avulla. Mielenterveystyötä pyritään viemään perheneuvoloihin, lastentarhoihin, kouluihin ja parisuhdetaitoihin. Mutta mitä näillä toimenpiteillä tavoitellaan?

Ehkäisevän politiikan idean avulla on haluttu rakentaa riskiyhteiskuntaa ja syrjäytymisuhkien hallintaa. Ehkäisevässä politiikassa pyritään hallitsemaan sairastumisia ennen kuin ne aktualisoituvat ja pahenevat seulomalla piileviä riskejä ja tarkkailemalla kaikkia ja kaikkea. Korjaavien, erikoistuneiden ja kalliiden sairaudenhoitopalveluiden kehittelystä on haluttu siirtyä ehkäisevien toimien kehittelyyn. Ehkäisevien toimien kehittäminen edellyttää innovaatioita, hyviä käytäntöjä ja vakuuttavien vaikuttavuuslaskelmien etsimistä, jotta kehittämistyössä saataisiin aikaan näkyviä tuloksia. Näitä on luonnollista toteuttaa erilaisina määräaikaikkaisina kehittämishankkeina. Ennaltaehkäisevän ja edistävän työn lisääntyttä yhteiskunnassa onkin samanaikaisesti lisääntynyt erilaisten projektien määrä. On muodostunut

513 Vuoteen 2008 mennessä Sosiaali- ja terveysministeriö oli rahoittanut edellisellä ohjelmakaudella 630:tä hanketta. Lankinen 2006; diaesitys. Tavoitteena oli tämän jälkeen luoda Hyvä käytäntö -verkosto vaikuttavien toimintamallien levittämiseksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011, 48. Kirjallisuuskatsauksen mukaan Suomessa on kehitetty tai Suomeen on tuotu n. 20 mielenterveyden edistämisen ohjelmaa. Reini 2016.

514 Nykyään, 2010-luvulla, mielenterveyden edistämistä tutkitaan pääasiassa Australiassa ja Britteissä. Professori Clemens Hosmannin mukaan mielenterveyden edistämisen teoria on vahva ja sen metodiikka yhtä validia kuin biolääketieteessä, psykologiassa tai sosiaalitieteissä. Eskola & Taipale 2011, 183.

niin sanottu projekti- ja kehittämissyhteiskunta, joka kytkeytyy aikaisemmin tässä luvussa esitettyyn hallintavaltaan.⁵¹⁵

Edistävän ja ennaltaehkäisevän työn omaksuminen osaksi mielenterveyspolitiikkaa on ollut iso muutos paradigmassa. Toisaalta on ymmärrettävää, että kun tieto mielenterveydestä on lisääntynyt, niin on haluttu vähentää yksilön kärsimystä. Kärsimyksen vähentämisen ja jopa sen kokonaan poistamisen tavoitteeseen kytkeytyy kuitenkin mahdollisesti käsitys hyvästä elämästä sellaisessa muodossa, jossa kärsimys sekä negatiiviset ilmiöt ja tunteet ovat ei-toivottuja elämän aspekteja. Periaatteessa yhteiskunnassa puututaan ihmisen elämään vasta hänen toimijuutensa muuttuessa. Psykkinen kärsimys ja oireilu on näkymätöntä niin kauan kun ihminen suoriutuu opinnoista ja työstä ja aktiivisesta kansalaisuudesta. Esimerkiksi omaisille aiheutuva haitta tai oireilusta johtuva yksinäisyys ei samalla tavalla herätä tarvetta interventiolle.

Terveyttä edistävässä ja sairauksia ennaltaehkäisevässä näkökulmassa psykkinen kärsimys ilmenee helposti epänormaalina tilana, jolloin ei riitä enää vain se, että se hoidetaan pois, vaan lisäksi sen estämiseksi on toimittava. Siitä seuraa epärealistinen ajattelu elämänhallinnasta ja kontrollista, joka korostaa ihmisen omaa vaikutusvaltaa elämäänsä ja sen tapahtumiin suhteessa mielenterveyden häiriöihin. Tämä on kuitenkin ristiriidassa nykyisen tiedon kanssa siitä, mitä psykkinen kärsimys on. Esimerkiksi vuonna 2015 julkaistu tutkimus⁵¹⁶ osoittaa, että kaksi kolmesta psykiatrisesta potilaasta on traumatisoitunut. Traumatisoituminen ei ole ihmisen omassa hallinnassa. Tästä syystä ennaltaehkäisevät toimet suunnataankin usein perheisiin, jotta lasten traumatisoitumista voitaisiin vähentää.⁵¹⁷

Ennaltaehkäisevä ja edistävä työ tavoittelee poliittisten asiakirjojen mukaan kansalaisten hyvinvointia ja yhdenmukaisuutta, normitettua ihmisyyttä. Taustalla on hyvinvointivaltiomallin tarve aktiivisille, työssäkäyville kansalaisille. Ideologinen taso ei kuitenkaan kohtaa oikeaa elämää. Ihmisen psykkinen kehitykseen kuuluvat olennaisesti eri kehitysvaiheiden haasteet, jotka enemmän tai vähemmän epäonnistuvat. Sairastuminen kuuluu elämään samalla tavalla kuin menetykset, hylkäämiskokemukset, vastoinikäymiset ja epäonnistumistarinatkin. Käykö nyt kuitenkin niin, että voimakas tavoite psykkinesti eheästä ihmisestä ei salli tilaa näille elämän normaaleille asioille? Tuleeko niistä epänormaaleja ja ei-toivottuja ja ihmisistä epäonnistujia? Ehkä ihmisen toimijuus ei olisi niin helposti uhattuna, jos elämässä olisi tilaa myös psykkinelle kärsimykselle? Ehkä psykkinen hyvinvointi on tämän kärsimyksen sietämistä ja silloin edistävä työ siinä tukemista ongelmien ennaltaehkäisemisen ja riskiajattelun sijaan? Mieli 2009–2015-ohjelman

515 Rauhala & Simpura & Uusitalo 2000.

516 Kaiken takana onkin trauma? <https://yle.fi/aihe/artikkeli/2011/10/18/kaiken-takana-onkin-trauma>

517 Katso esimerkiksi Kasvun tuki -portaali- vaikuttavan varhaisen tuen lähde: <https://www.kasvuntuki.fi/>

loppuraportissa on jo viitteitä tämän tyyppiseen ajatteluun toipumisorientaatiota käsittelevässä artikkelissa.⁵¹⁸

Seuraavalla vuosikymmenellä käynnistyvässä Mieli 2009-ohjelman raporteissa arvioidaan myös mielenterveyttä edistävää työtä. Mielenterveyden edistämisellä tarkoitetaan ohjelman asiakirjoissa kaikkea sitä toimintaa, jonka tavoitteena on parantaa mielenterveyttä. Paradigmassa mielenterveydestä ajatellaan terveyslähteisesti, salutogeenisesti, vastakohtana tautilähteiselle eli patogeeniselle ajattelutavalle. Asiakirjojen mukaan edistävää ja ehkäisevää työtä kytetään toisiinsa, vaikka niiden erottaminen käsitteellisesti on vakiintunut tapa. Käytännössä mielenterveyden edistäminen ei kuitenkaan ole vakiintunut käsite. Se ei esimerkiksi näy ollenkaan Terveyden edistämisen laatusuosituksissa, jotka on annettu vuonna 2006.⁵¹⁹ Tämä on hämmäntävää, sillä käsite on esitelty jo vuonna 1984 mielenterveyskomitean mietinnössä.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos julkaisi ennaltaehkäisevän mielenterveystyön kehittämisen tueksi raportin vuonna 2012. Raportin mukaan ennaltaehkäisevä työ on tärkeää yksilöiden kärsimyksen ja yhteiskunnallisen rasitteen takia. Raportissa korostettiin mielenterveyden häiriöistä johtuvia taloudellisia rasitteita yhteiskunnalle ja kärsimyksestä muodostuvia kustannusvaikutuksia.⁵²⁰ Ennaltaehkäisevän työn tarvetta perustellaan näillä samoilla syillä usein myös median kirjoittelussa, kehittämishankkeissa ja ohjelmissa sekä mielenterveyspolitiikan merkityksen esiin tuomisessa poliittiseen päätöksentekoon. Legitimiteetti muodostuu siis kustannuksista ja yhteiskunnallisesta rasitteesta – ei ihmis- ja perusoikeuksista – ihmisen kärsimyskin muotoillaan yhteiskunnan taloudelliseksi taakaksi.

Seuraavana vuosikymmenenä käynnistyvä Mieli-ohjelma jatkaa näiden ennaltaehkäisevien ja edistävien interventioiden kehittämistä erilaisina hankkeina, mutta lisäksi voidaan havaita paluuta 1970-luvulla julkaistuun lääkintöhallituksen raportin paradigmaan, ja nähtävissä on myös WHO:n 2008 vuoden mielenterveys-sopimuksen vaikutus. Pitkästä aikaa mielenterveystyötä ohjaavissa asiakirjoissa ilmenee aikaisempaa vahvemmin ihmisoikeuskysymykset ja huoli syrjäytymisestä. Julkisen vallan intressit hyvinvoinnin vahvistamiseen näkyvät kuitenkin edelleen

518 Toipumisorientaatio on syntynyt hoidon ja kuntoutuksen rakenteiden ja sisällön kritiikistä. Oireiden hallintaan ja yksittäiseen ongelmaan keskittynyt medikaalinen ajattelu ei ota huomioon ihmisen sosiaalisia suhteita, arkea, fyysistä terveyttä tai muita vaikeuksia. Hoidossa keskitytään ongelman poistamiseen ja oireiden vähentämiseen implisiittisinä arvoina hyvän elämän edellytyksinä. Toipumisorientaatioissa keskitytään sen sijaan elämän merkityksellisyteen, sosiaalisiin suhteisiin ja täysipainoisen elämän elämiseen sairauden aiheuttamista rajoituksista huolimatta. Taustalla on käsitys terveydestä kyvystä sopeutua ja ohjata omaa elämää erilaisten haasteiden keskellä, ei terveydestä sairauden poissaolona. Nordling, & Järvinen & Lähteenmäki 2015, 133–137.

519 Ainoastaan eri ikäryhmien erityisiä tarpeita terveyden edistämisessä käsitellessä luvussa huomautetaan, että tukea tulee suunnata erityisesti niille vanhemmille, joilla on mielenterveysongelmia, jotta vanhempien ongelmat eivät siirry lapsille. Lisäksi suositellaan lasten ja nuorten mielenterveyden vahvistamista. Työikäiset ja työssäkäyvät-luvussa puolestaan kuntien halutaan edistävän mielenterveyttä ehkäisemällä työuupumusta. Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 64–65, 68.

520 Ennen kuin on liian myöhäistä 2012.

strategisissa kansanterveys -ohjelmissa. Miten Mieli-ohjelman suositukset ja kansainvälisten asiakirjojen arvot onnistutaan siirtämään käytäntöön? Minkälaista toimeenpanoa julkinen valta ryhtyy harjoittamaan? Häviävätkö perusoikeudet vielä kerran hyvinvoinnille?

7. TERVEYSPOLITIIKAN JA IHMISOIKEUSPOLITIIKAN AIKA (2010-LUKU)

Tässä luvussa keskityn analysoimaan vuonna 2010 alkaneen vuosikymmenen mielenterveystyön ohjausta, jota koskeva aineisto koostuu hallitusohjelmien sekä sosiaali- ja terveyspolitiikan strategian ja *Kansanterveysohjelman* lisäksi kansallisen *Mieli 2009 -ohjelman* asiakirjoista. Kansainvälisistä ohjauksen asiakirjoista analysoin *The European Mental Health Action Plan* -dokumenttia. 2010-luvulla luotiin ensimmäistä kertaa Suomen ihmisoikeuspolitiikkaa ohjaavia ohjelmia ja strategioita. Myös nämä asiakirjat kuuluvat tässä luvussa aineistooni.

Tutkin näihin asiakirjoihin kirjattujen arvojen ja normien kuvaamaa todellisuutta paneutumalla niissä ilmaistuihin tavoitteisiin hyvinvoinnin ja asiakasosallisuuden vahvistamiseksi. Käytän analyysin apuna terapeuttisen kulttuurin sekä stigmatisaation ja kokemusasiantuntijuuden käsitteitä. Lopuksi selvitän, miten julkinen valta on palvelujärjestelmän kehittämiseen keskittyessään onnistunut omassa tavoitteessaan tuottaa parempaa elämää kaikille kansalaisille.

2010-luvulla mielenterveystyön kehittämistä varten laadittiin vihdoin erillinen kansallinen *Mieli 2009 -ohjelma*. Sen tarvetta perusteltiin sillä, että mielenterveyden häiriöitä pidettiin edelleen suurimpana kansanterveydellisenä ongelmana. *Mieli-ohjelman* avulla haluttiin vähentää stigmatisaatiota, edistää perusoikeuksien toteutumista ja vahvistaa yhteisöllisyyttä.

Mielenterveystyön suuntaan pyrittiin *Mieli-ohjelman* lisäksi vaikuttamaan myös Suomen strategisen kehittämisen avulla. Hallitus- ja toimintaohjelmissä sekä terveysstrategioissa toistuvat sanat asiakkaan asema, oma vastuu ja hyvinvointi. Julkisen vallan tuottamien mielenterveysasiakirjojen tapa kuvata tavoitteita antaa perusteen sanoa, että 2010-luvulla medikalisaation on korvannut terapeuttinen kulttuuri. Siinä psyykinen hyvinvointi esitetään normina, jonka avulla väestön hallintaa toteutetaan. Toinen asiakirjojen muotoilema normi on kokemusasiantuntijuus, joka esitetään tärkeimmäksi keinoksi vahvistaa asiakkaan asemaa. Palveluiden käyttäjät alkavat kehittää palveluita ammattilaisten rinnalla. Käyttäjille avautuu mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palveluihin, mutta ei muihin elämänalueisiin kuten opiskeluun, työelämään tai erilaisiin yhteisöihin. Vakavasti sairaiden ihmisten elämää määrittää tarkasteltavan kauden asiakirjoissa osallisuus palvelujärjestelmään, ja heidän toimijuuttaan pyritään edelleen ohjaamaan erilaisin normaaliutta kuvaavin luonnehdinnoin.

7.1 SUOMEN ENSIMMÄINEN MIELENTERVEYSHOHJELMA

Kansallista mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa valmisteltiin vuosina 2007–2009, ja valmistelutyöryhmän ehdotukset julkaistiin 2009 vuoden alussa. Mielenterveystyön tavoitteiksi ehdotettiin asiakkaan aseman ja perus- ja avohoitopalvelujen vahvistamista sekä yhden oven ja matalan kynnyksen toimintaperiaatteen noudattamista.⁵²¹ Asiakkaan aseman vahvistamiseksi ehdotettiin asenteisiin vaikuttavan koulutuksen lisäämistä, hoitoon pääsyn helpottamista, kokemusasi-
antuntijuuden mukaan ottamista palveluiden kehittämiseen sekä pakon käyttöä vähentävän ohjelman luomista. Yhdenvertaisuutta ehdotettiin parannettavaksi laatimalla hoito- ja palvelutakuu niin, että asiakas saa tarvitessaan nopeasti käypä hoito -suositusten mukaista hoitoa. Tässä suosituksessa tuotiin jälleen kerran esiin, että kuntoutus- ja vammaislainsäädännön mukaiset etuudet kuuluvat myös mielenterveys- ja päihdekuntoutujille.

Työryhmä teki ehdotuksia paitsi palvelujärjestelmän parantamiseksi myös mielenterveystyön kehittämiseksi. Aikaisempiin ohjelmiin verrattuna työryhmä korosti yhteisöllisyyden merkitystä ihmisen hyvinvoinnin ja demokratian toteutumisen ehtona, ja yhteisöllisyyden edistämiseen haluttiin ottaa mukaan kaikki poliittiset tahot. Lisäksi suositeltiin heikoimmassa asemassa olevien ihmisten olosuhteiden kohentamista turvaamalla heidän elinolonsa ja toimeentulonsa. Työelämään hakeutumista suositeltiin helpotettavan erilaisilla toimeentuloturvaan liittyvillä seikoilla.⁵²²

Työryhmä otti kantaa myös normiohjaukseen, ja ehdotti mielenterveys- ja päihdehuoltolakien yhdistämisen selvittämistä. Työryhmä kiinnitti huomiota siihen, että mielenterveys- ja päihdehuoltolakien tahdosta riippumatonta hoitoa koskevat säädökset ja menettelyt poikkesivat toisistaan. Työryhmän mukaan lait olisi yhdenmukaistettava ja tahdosta riippumatonta hoitoa ja pakkohoitoa koskevat säädökset olisi sisällytettävä sosiaali- ja terveydenhuoltoon itsemääräämisoikeuden rajoituksia säätelevään puitelakiin. Mielenterveyslakia haluttiin muuttaa psykiatrisen hoitotahdon ja ulkopuolisen asiantuntijan arvon suhteen asiakkaan oikeusturvan toteutumiseksi.⁵²³

Vaikka mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanoon ei saatu toivottua erillishoitusta, THL julkaisi *toimeenpanosuunnitelman kansalliseen mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan vuosille 2009–2015*. Työryhmän suosituksista

521 Yhden oven ja matalan kynnyksen toimintaperiaatteilla tarkoitetaan sitä, että palvelut tulee järjestää niin, että ihminen saa kaiken tarvitsemansa avun ja tuen yhdestä paikasta tai yhden henkilön tai tahon koordinoimana ilman monimutkaisia ja vaikeaselkoisia palveluihin pääsemisen rituaaleja, kuten lähetteitä, hakemuslomakkeita tms. Kumpaakaan näistä toimintaperiaatteista ei ole selvennetty eikä määritelty asiakirjassa.

522 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015 2009, 5, 9–40.

523 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015 2009, 5, 9–40 sekä Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 – suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009 2010, 15–16.

huolimatta toimeenpanosuunnitelmassa keskitytään kuitenkin vain palvelujärjestelmän ja ennaltaehkäisevän työn kehittämiseen. Toimeenpano-ohjeistus jakaantui neljään alueeseen; 1) asiakkaan aseman vahvistaminen, 2) edistävän ja ehkäisevän työn lisääminen 3) palveluiden kokonaisuuden kehittäminen sekä 4) ohjauskeinojen tehostaminen. Toimeenpano-ohjelman ohjeistuksiin vaikuttivat muut samanaikaiset mielenterveyden- ja päihdetyön kehittämiseksi käynnistetyt ohjelmat, kuten *KASTE II-ohjelma*, *Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelma* sekä *Kansallinen terveyserojen kaventamishjelma*.⁵²⁴

Yhdenvertaisen kohtelun vahvistamiseksi ja terveyserojen kaventamiseksi pyrittiin keräämään tietoa mielenterveys- ja päihdepalvelujen jakaantumisesta sekä mielenterveysasiakkaiden somaattisten sairauksien hoidosta.⁵²⁵ Mieli-suunnitelman laatineen työryhmän suosituksista poiketen laajaa asennekoulutusta ei käynnistetty, vaan asenneilmapiirin ajateltiin muuttuvan osana muuta hanketoimintaa, muun muassa *ASPEN-hankkeen* ansiosta, jonka tavoitteena oli kehittää työkaluja masennukseen liitetyn stigman vähentämiseksi.⁵²⁶

Ohjelmalla aloitettiin myös käypä hoito -suositusten toteutumisen seuranta⁵²⁷ ja käynnistettiin mielenterveyslain uudistaminen. Lakia potilaan asemasta ja oikeuksista muutettiin vahvistamalla potilaan itsemääräämisoikeuden turvaavia säännöksiä ja täsmennettiin potilasasiamiestoimintaa koskevaa säännöstöä. Lisäksi käynnistettiin vammaispalveluja koskevan lainsäädännön uudistaminen.⁵²⁸ Vuonna 2010 alkoi myös THL:n koordinoima valtakunnallinen pakon käyttöä vähentävä ohjelma.⁵²⁹ Mieli 2009–2015 -ohjelman avulla pyrittiin muuttamaan asiakkaat yh-

524 Kansallinen terveyserojen kaventamishjelmissä ei ole muotoiltu erikseen mielenterveyttä koskevia toimenpiteitä ja suosituksia, vaan ne on sisällytetty muihin tavoitteisiin mm. terveyserojen tutkimuksen vahvistamiseen, työttömien työkyvyn ylläpitämiseen, kuntoutuksen kohdentumisen selvittämiseen, sosioekonomisesti huonomassa asemassa ja syrjäytymisvaarassa olevien ihmisten terveyden edistämiseen ravitsemuksen ja liikunnan avulla, ehkäisevää päihdetyötä kehittämällä sekä terveyden edistämiseen juurruttamalla se työpaikkakulttuuriin. Kuilun kaventajat – kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011 loppuraportti 2012, 16–24.

525 Erilaisten selvitysten mukaan mielenterveyden häiriöön sairastuneiden fyysisiä sairauksia jää huomaamatta ja niitä hoidetaan huonommin ja harvemmin kuin muun väestön sairauksia. Tämän vuoksi mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ennaikainen kuolleisuus on myös muuta väestöä suurempaa. Suvisaari 2015, 21–25.

526 ASPEN-projektisuunnitelma.

527 THL:n toimeenpanosuunnitelma kansalliseen mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan 2009–2015 – toimenpiteet 2009–2010 2010, ii, 21–31.

528 Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011, 56–59.

529 Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010 2011, 23–167. Mieli-ohjelman ohella toteutettiin myös muita ohjelmia. Esimerkiksi KASTE-ohjelmassa oli mielenterveyden kehittämiseen keskittyneitä hankkeita, kuten Länsi 2012-hanke, Välittäjä-hanke Väli-Suomessa, Mielen avain-hanke Etelä-Suomessa, Tervein mielin Pohjois-Suomessa-hanke sekä Itä- ja Keski-Suomen Arjen mieli -hanke ja eri järjestöjen hankkeet. Mielen tuki -hanke perustettiin tukemaan kuntien mielenterveys- ja päihdestrategiatyötä. THL:n oma kärkihanke oli Toimiva lapsi ja perhe -hanke sukupolvelta toiselle siirtyvien ongelmien ehkäisemiseksi. PARAS-hankkeella uudistettiin kuntarakenteita, jonka ansiosta ihmisten hoitoon pääsy parani jonkin verran. Mieli 2009–2015-ohjelman aikana aloitettiin alueellinen terveyden ja hyvinvoinnin tutkimus (ATH) väestön terveyden kartoittamiseksi. Mieli 2009 -ohjelman suosituksia viedään siis edelleen eteenpäin runsaalla hankemäärällä, vaikka aikaisemmin oli jo esitetty kritiikkiä sosiaali- ja

teistyökumppaneiksi sen sijaan, että he ovat toiminnan kohteita. Asiakkaiden aktivoitumisen ajateltiin uudistavan hoitojärjestelmää. Ohjelman aikana korostettiin myös työn ja muun aktiivisuuden merkitystä ihmisen hyvinvoinnille.⁵³⁰

Ohjelman toisena toimintavuonna lainsäädännön uudistustavoitteita muutettiin niin, etteivät ne enää vastanneet työryhmän vuonna 2009 antamia suosituksia. Tavoitteesta yhdistää mielenterveys- ja päihdehuoltolaki oli luovuttu, ja sen sijaan haluttiin uudistaa mielenterveyslaki ja laatia erillinen oikeuspsykiatria koskeva laki.⁵³¹

Ohjelmakauden kolmantena vuonna toimintaan integroitiin ensimmäistä kertaa omaiset, kun Mielenterveystyö omaisten tukena ryhtyi kouluttamaan omaiskokemusasiantuntijoita. Koulutuksen tavoitteena oli vähentää mielenterveysongelmiin liittyvää häpeää ja epänormaaliuden leimaa.⁵³² On kiinnostavaa, että omaisten näkökulma tuodaan esiin vasta Mieli-ohjelmakauden puolessa välissä, vaikka mielenterveyskomitea suositteli jo vuonna 1984 perhetyön vahvistamista. Omaisten merkitys ja rooli mielenterveyden häiriöön sairastuneiden elämässä on kasvanut samalla, kun avohoitoa on yritetty kehittää, mikä on lisännyt omaisten riskiä sairastua mielenterveyden häiriöön.⁵³³

Arkikielinen ilmaisu mielenterveysomainen kuvaa, miten yhden perheenjäsenen sairastuminen tuottaa diagnoosin myös hänen läheiselleen. Samanlainen arkikielinen vakiintunut termi on vammaisperhe, jota käytetään perheestä, joissa on ainakin yksi vammaisen lapsi. Sanat mielenterveysomainen ja vammaisperhe paljastavat, että diagnoosiin riittää, että tarvitsee jollakin tavalla yhteiskunnan tuottamia palveluja, vaikka ei itse ole sairas eikä vammaisen.

Mieli-ohjelmassa paneuduttiin myös mielenterveyden häiriöön sairastuneiden asuinolosuhteisiin. Asumiseen liittyvien epäkohtien korjaamiseksi asetettiin vuonna 2011 ohjausryhmä. Psykiatrisiin asumispalveluihin oli tuolloin sijoitettu 7000 ihmistä. Heidän joukossaan oli niitä, jotka olivat kokonaan vailla asuntoa, itsenäiseen asumiseen kykenemättömiä, ja erilaisten asumiseen liittyvien ongelmien takia sairaalahoidossa olevia. Mieli 2009 -ohjelman ohjausryhmä suositteli asumispalveluiden liittämistä osaksi kuntoutus- ja muita mielenterveyspalveluita.

Ympäristöministeriö tuotti työryhmän tuloksista vuonna 2014 raportin, jonka yhteenvedossa todettiin, että mielenterveyskuntoutujien asumistilanne on huono.

terveyspalveluiden kehittämiseen hankekehittämisen varassa. Innokylä oli myös yksi uusi hanke, jonka oli tarkoitus koota hankkeissa syntyneitä hyviä käytäntöjä ja vahvistaa eri puolilla Suomea tapahtuvan kehittämisen vuorovaikutusta verkkoalustalla. Runsaasta hanketoiminnasta johtuen Mieli-ohjelman rooli korostui informaatio-ohjauksen välineenä konkreettisten toimenpiteiden toteuttamisen sijaan. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010 2011, 23–167.

530 Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010 2011.

531 Lönnqvist 2011, 177–179.

532 Hytönen & Haikola 2012, 32.

533 Omaistyön hyvät käytännöt mielenterveys- ja päihdetyössä 2015.

Puutteita oli erityisesti tuen saamisessa ja asumisen laadussa.⁵³⁴ Vakavaksi todettujen ongelmien ratkaisemiseksi käynnistettiin mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämishanke ASKE vuosiksi 2012–2015.⁵³⁵ Asumiseen liittyvien epäkohtien lisäksi Mieli-ohjelman toteuttamisesta vastaavat olivat huolissaan myös stigmatisaatiosta. Sen vähentämiseksi ei kuitenkaan muotoiltu käytännön toimenpiteitä.⁵³⁶

Kirstyvä taloustilanne oli alkanut jo näkyä *Mieli-ohjelman väliarvioinnissa* vuonna 2012, ja toimenpiteistä vastaavat olivat huolissaan ohjelman tavoitteiden saavuttamisesta.⁵³⁷ Väliarviointiin liitettiin kehittämis ehdotuksia muun muassa työelämän ulkopuolella olevien ihmisten yhteisöllisyyden vahvistamiseksi tarjoamalla tilaisuuksia toimia ja mahdollisuuksia kokoontua. Lisäksi suositeltiin perusterveydenhuollon vahvistamista ja yhden luukun periaatteen eli sen, että ihminen saa tarvitsemansa palvelut yhdestä paikasta, toteuttamista. Osatyökykyisten työllistymistä edistäviä toimenpiteitä ehdotettiin vahvistettavaksi ja lainsäädäntöä kehitettäväksi tavoitteen mahdollistamiseksi. Mielenterveyspalveluiden laatuositusten ja käypä hoito -suositusten päivittäminen ja niiden toimeenpanon kehittäminen oli väliarvioinnin mukaan kesken. Käypä kuntoutus -ohjeiston⁵³⁸ laatiminen aloitettiin osana kuntoutuksen kehittämistä, ja sitä koskevat suositukset valmistuivat loppuvuodesta 2015.⁵³⁹

Erilaisia kehittämistoimintoja jatkettiin ohjelmakauden viimeisenä vuonna. *Mieli 2009–2015 -ohjelman loppuraportissa* taloudellinen tilanne todettiin edelleen huonoksi, mikä näkyi julkisten menojen leikkauksina. Samanaikaisesti turvapaikanhakijoiden määrä oli lisääntynyt globaalien kriisien takia. Ohjelman loppuraportissa ilmaistiin huoli siitä, että hallitusohjelmissa korostetaan yksilön ja kansalaisen vastuuntunnon lisäämistä, mikä voitiin kirjoittajien mukaan tulkita arvojen koventumisena. Sen pelättiin syrjäyttävän heikoimmassa asemassa olevat kansalaiset ohjelmien toteutuksesta, minkä vuoksi arvioinnissa korostettiin stigman vastaista toimintaa. Loppuarvioinnissa todettiin kuitenkin, että mielenterveyden häiriöön sairastuneiden yhteiskunnallista asemaa on vaikeaa hahmottaa. Keskeisistä ongelmista ei ole saatavilla luotettavaa tietoa, eivätkä etenkin vakavista häiriöistä kärsivät vastaa terveyskyselyihin tai muihin vastaaviin tutkimuksiin. Lääkeostojen ja hoitotoimenpiteiden määrä on huono indikaattori, sillä ne kertonevat enemmän hoidon tehostumisesta kuin väestön sairastavuudesta yleensä.

534 Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittäminen 2012.

535 Unelmana oma asunto ja tukea pärjäämiseen 2014.

536 Kuussaari & Partanen 2012, 14–22.

537 Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 – Monipuolista sisällöllistä ja rakenteellista kehittämistä 2012 2012, 3.

538 Käypä kuntoutus -loppuraportti.

539 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma- ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015 2012, 19–70.

Ohjelman loppuraportissa esitettiin ajankohtaisia havaintoja mielenterveystyöstä. Raportissa pohdittiin esimerkiksi mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraation mielekkyyttä. Raportissa viitattiin tutkimuksiin, joiden mukaan on vaikea sanoa, mitä integraatiolla tarkoitetaan käytännössä ja että integraatio on tavoitteena epärealistinen, koska mielenterveystyöhön suunnatut resurssit ovat niin heikot. Raportissa arvostellaan toiminnan hajuttamista erilaisiksi hankkeiksi ja esitetään huoli siitä, ettei aikaisempien ohjelmien tuloksia ole hyödynnetty riittävästi.⁵⁴⁰

Ohjelmaa arvioitiin vielä kokonaisuutena vuonna 2016. Arvion mukaan ohjelmassa oli onnistuttu toteuttamaan useita asiakkaan asemaan vaikuttavia säädösuudistuksia, joilla muun muassa parannettiin mielenterveys- ja päihdeongelmaisten toimeentuloturvaa ja tehostettiin työllistymistä ja opiskelua edistäviä toimia muuttamalla lakia toimeentulotuesta, lakia kansaneläkelaitosten kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista, lakia työkyvyttömyyseläkkeellä olevien työhönpaluun edistämisestä, sairausvakuutuslakia, työttömyysturvalakia sekä lakia yleisestä asumistuesta.⁵⁴¹

Tarkastelun perusteella voidaan sanoa, että normiohjauksen uudistaminen oli ollut tehokasta, mutta ohjausryhmän arvion mukaan palvelujärjestelmässä oli edelleen suuria puutteita. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaat olivat lainsäädäntöuudistuksista huolimatta edelleen syrjinnän ja leimaamisen kohteena, yhden oven toimintaperiaate oli hävittänyt erityisosaamista, tahdosta riippumattoman hoidon toteuttamisessa oli edelleen suuria alueellisia eroja, mahdollisuus palata työelämään ei ollut parantunut, toimeentulo ei ollut kohentunut eikä köyhyys liehtynyt. Lisäksi eri alueiden välillä oli suuria eroja ennaltaehkäisevän työn toteuttamisessa ja peruspalveluiden kehittämisessä. Lisäksi havaittiin palveluiden laatuongelmia, niiden saatavuutta ei ollut kyetty seuraamaan riittävästi, eikä palvelujen hankintamenettelyistä ollut tarpeeksi tietoa. Tiedon puute koski myös päihde- ja mielenterveyspalvelujen suositusten vaikuttavuutta. Käypä hoito -suositusten mukaisen psykoterapian saatavuudessa oli arvioinnin mukaan edelleen suuria epäkohtia, eikä hoitotakuu toteutunut mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohdalla. Arvioinnin ohessa teetetyin kyselyn mukaan useat vastaajat⁵⁴² arvioivat palveluihin pääsyn vaikeutuneen. Lisäksi asenteiden ja heikon taloudellisen tilanteen arvioitiin estävän asiakkaan aseman vahvistumista. Yhteenvetona voi todeta, että palvelujärjestelmän kehittämisessä oli epäonnistuttu monesta näkökulmasta.⁵⁴³

540 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Loppuraportti.

541 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelman loppuarviointi ja johtoryhmän ehdotukset 2016, 11.

542 Loppuarvioinnissa teetettiin ohjelman ohjausryhmän itsearvioinnin lisäksi ulkoinen arviointi, jonka aineisto koostui erilaisista asiantuntijahaastatteluista ja kyselyistä esimerkiksi kuntien työntekijöille ja päättäjille. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelman loppuarviointi ja johtoryhmän ehdotukset 2016, 40–42.

543 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelman loppuarviointi ja johtoryhmän ehdotukset 2016, 49–71.

Loppuarvioinnissa kiinnitettiin hoitojärjestelmän puutteiden lisäksi huomiota myös kuntoutuksen ja työllistymisen epäkohtiin. Kuntoutuksen koordinointi oli loppuarvioinnin mukaan edelleen riittämätöntä ja asumispalvelujen laatu, valvonta ja kuntouttavuus vaihtelivat. Vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsivien ihmisten työllistymisen edellytykset olivat edelleen heikot. Loppuarvioinnin mukaan työllistymisen edellytyksiä voitaisiin vahvistaa tehokkaammin kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistuksella kuin toimeentuloturva parantamalla. Kuntouttavasta työtoiminnasta saatujen tutkimustulosten mukaan näistä palveluista ei oltu työllistytty avoimille työmarkkinoille. Pitkäaikaistyöttömyyden vähentämiseen tähdänneet toimet olivat olleet tehottomia ja nuorisotakuun vaikutus työttömyyden keston arvioitiin olemattomaksi.⁵⁴⁴

Lisäksi kritisoitiin sitä, että eri toimijat eivät toimineet yhdessä. Se, että Mieli-ohjelmaan kirjatut toimenpiteet keskittyivät psykiatrian ja päihdehuollon hoitojärjestelmiin, oli loppuarvioinnin vastaajien mukaan ollut virhe sen perusteella, että ohjelman tavoitteet olivat toteutuneet huonommin muilla hallinnonaloilla kuin sosiaali- ja terveysministeriöllä. Tutkimuksen ja kehittämistyön resurssit olivat vähentyneet ohjelmakauden aikana, eikä psykiatria ollut saanut mielenterveysongelmien hoitamisen edellyttämää osuutta voimavaroista. Eniten ohjelman tuloksiin oli loppuarvioinnin mukaan vaikuttanut pitkä taloudellinen laskusuhdanne ja sen seurauksena kilpailu pienenevistä resursseista. Arvioinnin mukaan ohjelmassa olisi onnistuttu paremmin, mikäli sen toteuttamiseen olisi varattu enemmän rahaa.⁵⁴⁵

Mieli-ohjelma oli ensimmäinen erillinen mielenterveysohjelma Suomessa. WHO:n Vihreän kirjan, Taipaleen selvityksen sekä jo 1970-luvun laaditun lääkintöhallituksen esityksen tavoitteet vahvistaa ihmisoikeuksia ja ihmisarvoa näkyivät pitkästä ajasta myös tässä ohjelmassa. Ohjelman toimeenpanossa keskityttiin kuitenkin edelleen palvelujärjestelmän kehittämiseen käynnistämällä erilaisia määräaikaisia, tavoitteiltaan kohdennettuja hankkeita. Ohjelman arvioinnissa kiinnitetään huomiota vähäisiin resursseihin ja nimetään ne pääsyyksi sille, ettei suurinta osaa ohjelman tavoitteista saavutettu.

Ohjelman kuluessa tuotettuja julkaisuja ja asiakirjoja lukiessa tulee kuitenkin mieleen myös toinen selitys, jota ohjelman arvioinneissa ei juurikaan tarkastella. Ihmis- ja perusoikeuksien turvaamiseksi ja niiden vahvistamiseksi ei muotoilla yhtään konkreettista kehittämissideaa, -ohjelmaa, tai -projektia. Ohjelman suosituksista voidaan nähdä, että ohjelman laatijat pitävät ihmisoikeuksien vahvistamisen merkittävimpinä keinoina vaikuttaa asenteisiin ja palveluiden käyttäjien osallistamista parhaana tapana kehittää palveluita ja lisätä mielenterveyden häiriöön

544 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelman loppuarviointi ja johtoryhmän ehdotukset 2016, 15–21, 49–71.

545 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelman loppuarviointi ja johtoryhmän ehdotukset 2016, 39, 52–61, 67–68, 75.

sairastuneiden osallisuutta. Nämä keinot voidaan tiivistää puheeksi *stigmatisaatiosta* ja *kokemusasiantuntijuudesta*, jotka toistuvat usein ohjelman asiakirjoissa. Mitä niillä tarkoitetaan ja miksi niiden mukaiset toimet eivät ole edistäneet ihmis- ja perusoikeuksien vahvistumista?

Mielenterveyden häiriöihin kohdistuvat asenteet voidaan jäljittää kauas historiaan. Hullu tai mielenvikainen ihminen on ollut käsittämätön, järjetön ja pelottava, ja hänet ja hänen läheisensä on tehokkaasti eristetty yhteisöistä. Hoito on ollut erityyppistä fyysistä ja farmakologista pakottamista, rajoittamista ja eristämistä mutta myös erilaisten menetelmien vapaata kokeilemistä – ja on sitä edelleen monissa maissa. Jarkko Eskolan ja Vappu Taipaleen mukaan vanhat asenteet siirtyvät alitajuisesti sukupolvelta toiselle, ja niin kauan kuin sitä ei tiedosteta, erilaisuuden leima säilyy. Menneisyydessä esiintyneiden asenteiden ja vajavaisen tiedon pohjalta harjoitetun hoidon yksipuolinen demonisointi tekee ihmiset myös sokeaksi sille, että tieto mielenterveydestä on nykyäänkin vajavaista ja monet hoitomenetelmät kyseenalaisia. Mielenterveyden häiriöistä ei edelleenkään ole aukotonta, eksaktia ja yhteisesti hyväksyttyä käsitystä.⁵⁴⁶

Poliittisten asiakirjojen tutkiminen osoittaa, että kansainväliset toimijat ovat aina olleet huolissaan asenteiden vaikutuksesta ihmisten oikeuksien toteutumiseen. Esimerkiksi EU:n *Vihreässä kirjassa* (2005) asenteiden ajatellaan aiheuttavan karsimystä ja sosiaalista syrjäytymistä, ja vaikeuttavan asunnon tai työpaikan saamista. Leimautumisriskin ajatellaan vaikeuttavan myös hoitoon hakeutumista. *Vihreän kirjan* mukaan on saatava aikaan yhteiskunnan rakenteet läpäisevä asennemuutos, jonka toteuttamiseksi ehdotetaan tiedon lisäämistä mielenterveyden häiriöistä ja niiden hoidosta sekä psyykkisten palveluiden integroimista perusterveydenhuoltoon ja sairastuneiden työllistymisen tukemista.⁵⁴⁷

Euroopan yhteisessä mielenterveysopimuksessa vuodelta 2008 torjutaan niin ikään leimautumista, häpeää ja syrjäytymistä. Sopimukseen sitoutuneita valtioita haastetaan niitä ehkäiseviin toimenpiteisiin. Myös tässä sopimuksessa mielenterveyspalveluiden integroimista muihin palveluihin pidetään tehokkaana keinona saavuttaa tavoite. Lisäksi ehdotetaan mielenterveyden häiriöistä kärsivien ja heidän läheistensä mukaan ottamista heitä koskevaan päätöksentekoon.⁵⁴⁸ Myös WHO:n mielenterveyden toimintasuunnitelma vuodelta 2013 mainitsee kamppailemisen leimaantumista vastaan.⁵⁴⁹

Suomalaisesta mielenterveyspolitiikasta vastaavat ovat olleet kiinnostuneita asennevaikuttamisesta mielenterveystyötä koskevissa ohjelmissa ja selvityksissä,

⁵⁴⁶ Eskola & Taipale 2011, 184–185.

⁵⁴⁷ Vihreä kirja 2005, 11–12. Vuonna 2006 perustettiin *European reference tool for ethics and human rights in mental health*-hanke. Vihreä kirja 2005, 12.

⁵⁴⁸ Mielenterveyttä ja hyvinvointia koskeva eurooppalainen sopimus 2008, 5–6.

⁵⁴⁹ Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelma 2013.

mutta hallitusohjelmissa, strategioissa tai sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelmissa tämä tavoite ei näy juuri ollenkaan. Asenteisiin vaikuttamisen merkitys tuotiin esiin jo vuonna 1977 *Psykiatrisen terveydenhuollon kehittämisraportissa*, jossa korostettiin kasvatuksen ja koulutuksen merkitystä asenteisiin vaikuttamisessa. Joukkotiedotuksen kerrottiin vaikuttavan voimakkaasti ihmisten asenteisiin ja arvoihin.⁵⁵⁰ Lisäksi esimerkiksi *Masto-hankkeessa* on pyritty vaikuttamaan sairastuneiden työllistymistä vaikeuttaviin asenteisiin muun muassa esimiehiä kouluttamalla.⁵⁵¹ *Mieli 2009-ohjelman* suosituksissa korostetaan asennevaikuttamisen tärkeyttä ja siihen tähtäävien koulutusten järjestämistä, mutta suositusta ei toteutettu.⁵⁵²

Myös mielenterveyden häiriöihin kohdistettuja asenteita on selvitetty jo vuosikymmeniä sitten. *Skitsofrenia-projektissa* vuosina 1981–1991 kartoitettiin psykiatriisiin potilaisiin kohdistuneita asenteita. Tällöin huomattiin, että väestön asenteet mielisairaalassa olleita potilaita kohtaan olivat keskimäärin myönteisiä. Työntekijöiden asenteet olivat vain hiukan muuta väestöä myönteisempiä. Projektin loppuraportissa todetaan, että väestön asenteista on vaikeaa muodostaa kokonaiskuvaa. Avointa ja perusteetonta torjumista esiintyi kuitenkin vain vähän, sillä lähtökohtaisesti ihmiset pitivät itseään ennakkoluulottomina.⁵⁵³

Potilasjärjestöjen yksi tärkeimmistä tehtävistä on potilasryhmään kohdistettuihin asenteisiin vaikuttaminen. Myös Mielenterveyden keskusliitto on selvittänyt mielenterveyden häiriöihin liitettyjä asenteita tuottamalla vuodesta 2005 alkaen vuosittaisen *mielenterveysbarometrin*. Sen tavoitteena on ollut tutkia käsityksiä mielenterveyskuntoutujista ja mielenterveysongelmista selvittämällä alan ammattilaisten, kuntoutujien ja heidän läheistensä, mutta myös muiden ihmisten asenteita. Barometrien avulla on selvitetty mielenterveyskuntoutujien asemaa suomalaisessa yhteiskunnassa, ja mielenterveyttä koskevia uskomuksia.

Barometrien mukaan mielenterveyskuntoutujaa ei vieläkään pidetä täysivaltaisena yhteiskunnan jäsenenä, eikä muutosta juuri ole tapahtunut kymmenen vuoden aikana. Yllättäen alan ammattilaiset ja omaiset pitävät sairauden aiheuttamaa leimaantumista voimakkaampana kuin sairastuneet itse. Leimaantumisen ei koeta vähentyneen vuosien kuluessa, vaan omaiset kokevat sen vahvistuneen. Sen sijaan sairastuneet itse ajattelevat aikaisempaa yleisemmin voivansa elää tavallista elämää sairastumisesta huolimatta.⁵⁵⁴

Mielenterveyden häiriöön kohdistuvat asenteet näkyvät yhteiskunnassa eri tavoin. Kysymys ei ole vain yksittäisten ihmisten välisestä kanssakäymisestä tai

550 Psykiatrisen terveydenhuollon kehittäminen 1977, 57–58.

551 Masto-hankkeen (2008–2011) loppuraportti 2011.

552 Ohjelman aikana käynnistettiin kuitenkin ASPEN-hanke masennukseen liittyvän stigmatisoinnin vähentämiseksi EU-maissa, jonka tavoitteena oli koota hyviä käytäntöjä stigman vähentämiseksi huomioiden poliittinen taso käytännön toimien lisäksi. ASPEN-projektisuunnitelma.

553 Skitsofrenia-projekti 1981–1987 1988, 153–154.

554 Mielenterveysbarometri 2015.

kansalaisten suhtautumisesta yhteen ihmisryhmään, vaan asenteet heijastuvat politiikkaan, siihen, kuinka mielenterveysalan ammattilaisiin suhtaudutaan, ja sairastuneen käsitykseen itsestään. Esimerkiksi käy se, kuinka mielenterveyspolitiikkaa on väheksytty poliittisessa keskustelussa. EU:n puheenjohtajuuskauden alussa Suomen valitsemaan teemaan ”*There is no health without mental health*”, suhtauduttiin hämmentyneesti ja naureskellen. Vappu Taipaleen ja Jarkko Eskolan mukaan reaktio paljasti asenteet. Asenteen taustalla olevat ennakkoluulot leimautuvat myös kaikki mielenterveyspolitiikkaan osallistuvat, koko psykiatrian kenttää ja vaikeuttaa mielenterveyden liittämistä muuhun terveydenhuoltoon. Psykiatrian demonisoitu historia on vaikeuttanut arvostuksen saamista, eikä biolääketieteeseen suuntautuva lääkärikunta ole luottanut psykiatreihin.⁵⁵⁵ Asenteista kärsivät siis myös psykiatrian ammattilaiset.

Terveyspolitiikassa on otettu 2000-luvulla käyttöön uusia käsitteitä, jotta leimaantumista voitaisiin vähentää. Hullujen ja mielenvikaisten sijaan puhutaan mielenterveysongelmista, psyykkisistä sairauksista ja mielenterveyden häiriöistä. Julkisuuden henkilöt ovat kertoneet omista mielenterveyden ongelmistaan, mutta esimerkiksi Ilkka Taipale on kritisoinut puheenvuoroja siitä, että usein puhutaan uupumuksesta tai lievästä masennuksesta, joilla harvoin on mitään yhteistä vakavien ja kroonisten sairauksien kanssa.⁵⁵⁶ Toisaalta uutisoinnit esimerkiksi väkivallanteoista käynnistävät nopeasti keskustelun mielenterveysongelmista, jotka yhdistetään vaaralliseen käyttäytymiseen.⁵⁵⁷ Yleisestä keskustelusta välittyy vaikutelma, että mielenterveysongelmista on helpompi puhua kuin aiemmin. Vaikka se voidaan tulkita stigman heikentymiseksi, on vaikea sanoa, ovatko asenteet aidosti muuttuneet ja mitä mielenterveyden ongelmiin liitetty stigma⁵⁵⁸ merkitsee nykyään.⁵⁵⁹

Mielenterveyteen liitetty stigma on aikaisemmin ilmennyt suoraan julkisen vallan vallankäyttönä, kun erilaisten oppien avulla mielen sairauksia on ensin käsitteellistetty ja sen jälkeen legitimoitu valtion väestöön suuntaamia toimenpiteitä. Rotuoppi ja eugeniikka ja niiden pohjalta 1800-luvun lopulta alkaen harjoitettu rotuhygieeninen ajattelu⁵⁶⁰ vaikuttivat siihen, että vieroksuviien asenteiden tueksi on voitu vedota tieteelliseksi väitettyihin teorioihin. Rotuhygieenisiiä toimia kohdistettiin

555 Eskola & Taipale 2011, 181, 185.

556 ”Psykiatri Ilkka Taipale ei pidä siitä, että julkkikset nyhkyttävät naistenlehdissä masennuksestaan – Oikeasti mielisairaot jäävät silloin jalkoihin”. <https://www.hs.fi/kulttuuri/art-2000005488778.html>

557 ”Mielenterveyden häiriöt sairastava on harvoin väkivaltainen”: <https://www.tehylehti.fi/fi/blogit/mainio/mielenterveyden-hairiota-sairastava-harvoin-vakivaltainen>

558 Alun perin käsite stigma syntyi antiikin kreikassa, jossa ruumiiseen tehtyjä merkkejä käytettiin ilmaisemaan ihmisen moraalisesti poikkeavaa sosiaalista statusta, kuten rikollisuutta, orjuutta tai petturuutta. Mielenterveyden tutkija Erwin Goffmanin mukaan stigma on pilaantuneen identiteetin merkki, joka estää ihmistä saamasta kanssaihmisiltään hyväksyntää tai arvostusta. Goffman 1963, 1–2.

559 Eskola & Taipale 2011, 189.

560 Rotuhygieniä eli eugeniikka kehittyi tiedepoliittiseksi liikkeeksi ja ideologiaksi, jonka tavoitteena oli parantaa kansakunnan rodullista laatua. Pietikäinen 2013, 307–321, 326–328.

mielenterveyspotilaisiin, kehitysvammaisiin ja vajaamielisiin. Pietikäisen mukaan rotuhygieniassa näkyi yksilön perusoikeuksia polkeva ideologia, jonka varjolla julkinen valta sekaantuu kansalaisensa elämään. Kansan perintöaineksen suojelun nimissä voitiin ylläpitää käsitystä, jossa yksilöllä on arvoa vain valtionruumin osana.

Rotuhygieniassa näkyi myös marginaaliryhmiin kohdistettu autoritaarinen kontrollipolitiikka, jossa ihmisoikeusnäkökohdille ei ollut sijaa. Hyvä kansalainen oli terve ja työteliäs, eikä muunlaisia kansalaisia haluttu yhteiskunnan kustannustaakaksi. Rotuhygieniä paljasti myös kansalaisyhteiskunnan heikkouden, kun yksittäisen kansalaisen etuja ei kyetty ajamaan, vaikka rotuhygienian aikaan oli jo olemassa monenlaisia kansalaisjärjestöjä. Yksilötasolla eugeniikan seuraukset näkyivät potilaiden mielivaltaisena kohteluna ja ihmisoikeuksien ja autonomian häpäisyinä. Yksi vakavimmista seurauksista oli natsi-Saksan hallitsemilla alueilla tavoite tuhota juutalaisten lisäksi myös vammaiset ja mielisairaats.⁵⁶¹

1960- ja 1970-luvulla tutkittiin runsaasti kontrollipolitiikkaa, stigmatisointia ja ihmisoikeuksien toteutumista. Thomas Scheff analysoi mielenterveyden häiriön sosiaalista ilmenemismuotoa ja eritteli yhteiskunnallisia normeja, suhtautumista poikkeavuuteen, rooleja, sosiaalista uraa sekä statusta. Tutkimustensa perusteella hän muotoili teorian, jonka mukaan psykiatriset diagnoosit ovat leimoja, joilla poikkeavat ihmiset merkitään ja joiden nojalla heidät voidaan eristää.⁵⁶² Scheffin mukaan mielenterveyden häiriöihin liitetyn stigman vähentäminen on keskeistä sen kannalta, että mielenterveyden häiriöitä voidaan oppia ymmärtämään osana sosiaalista kanssakäymistä ja yhteiskuntarakennetta.⁵⁶³ Scheffin leimaamisteoria täydensi merkittäväällä tavalla lääketieteen hallitsemaa mielenterveystutkimusta.

Lääketieteen diagnostiikan sijaan mielenterveyden häiriötä kuvaavat Scheffen mukaan paremmin ajatukset normien rikkomisesta ja poikkeavuudesta. Scheff muotoilee mielenterveyden häiriön sosiaalisiksi rooliksi, joka annetaan, kun ihminen oirehtii tavalla, joka rikkoo sosiaalisia normeja. Itse sairaus ei näkemyksen mukaan tee ihmisestä poikkeavaa vaan sen seuraukset. Scheff kritisoi psykiatriaa siitä, että se keskittyy vain oireisiin ja sivuuttaa kontekstin, jossa oireet syntyvät.⁵⁶⁴

Scheff ei kyseenalaista psykiatriasta diagnostiikkaa, vaan on huolissaan sen vaikutuksesta potilaan sosiaaliseen statukseen ja siihen kytkettyyn rooliin, joka voi määritellä potilaan koko loppuelämän. Scheffin mukaan stereotyyppinen käsitys

561 Pietikäinen 2013, 321–328.

562 Pietikäinen 2013, 382.

563 Scheff 1966, 3, 9.

564 Scheff kiinnittää Parsonsin tavoin huomiota potilaan ja lääkärin väliseen valtasuhteeseen, jolla on suuri merkitys diagnostiikassa ja hoidossa. Valtasuhteen vaikutus näkyy sairauden määrittelyssä, joka on tulosta ennustamattomista ja epävarmoista sosiaalisista tapahtumista eikä niinkään potilaan lääketieteellisestä tilasta. Oireiden tarkasteleminen irrallisina käyttäytymispiirteinä johtaa harhaan, koska tapaa, jolla ihminen käyttäytyy, voidaan ymmärtää vain yhteydessä sosiaaliseen kontekstiin ja siihen kytkettyihin normatiivisiin odotuksiin. Koska psykiatria ei ota tällaisia seikkoja huomioon sekä diagnosointi että hoito epäonnistuvat Scheffin mukaan väistämättä. Scheff 1966, 117–121, 123, 127.

mielenterveyden häiriöstä omaksutaan jo lapsena ja stereotypia vahvistuu erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa ja median ruokkimana. Scheff pitää median roolia merkittävänä stereotypioiden ylläpitämisessä, mutta sanoo myös vallitsevan tavan puhua mielenterveyden häiriöistä – jota myös mielenterveysalan ammattilaiset käyttävät – ylläpitävän stigmaa.⁵⁶⁵ Scheffin tapaan myös *Lääkintöhallituksen esitys* vuodelta 1977 korosti median vaikutusvaltaa. Tämän jälkeen esimerkiksi Suomen Mielenterveysseura on säännöllisesti vedonnut mediaan ja sen tapaan käsitellä mielenterveysasioita stigmatisaation lieventämiseksi.⁵⁶⁶

Toinen 1960- ja 1970-luvun stigmatisaatiotutkija oli myös totaalaisia instituutioita tutkinut Erwin Goffman. Goffman jaottelee stigmat kolmeen eri tyyppiin; ruumiillisiin poikkeavuuksiin, vääränlaisiin persoonallisiin tai psyykkisiin ominaisuuksiin sekä rotuun, uskontoon tai kansalaisuuteen. Niitä yhdistävä tekijä on epätoivottu erilaisuus suhteessa muihin ihmisiin. Muut ihmiset määrittyvät normaaleiksi ja stigmatisoidut epänormaaleiksi, joiden syrjintä on oikeutettua. Stigman seurauksena ihmiselle annetaan uusia ominaisuuksia ja hänelle keksitään nimityksiä.⁵⁶⁷ Stigmatisoidun ihmisen odotetaan omaksuvan heille näin annettu kategoria ja identiteetti. Tämä on Goffmannin mukaan kuitenkin ristiriidassa ihmisen oman kokemuksen kanssa, jolloin ainoa mahdollisuus selvittää ristiriidasta on häpeän ja itseinhon tunteminen.⁵⁶⁸

Mielenterveyden häiriöön liittyvä stigmatisaatioprosessi poikkeaa muista epänormaaliuden kategorioista siinä, että epänormaaliutta ei voida aina välittömästi havaita. Sairastunut henkilö joutuu olemaan huolissaan siitä, ettei hänen sairastumisensa ja epänormaaliutensa tule ilmi ja toisaalta hän joutuu punnitsemaan, miten, missä ja kenelle voi sairastumisestaan kertoa.⁵⁶⁹ Stigmatisaatio vaikuttaakin väistämättä niin sanottujen normaalien ja epänormaalien ihmisten väliseen vuorovaikutukseen. Kanssakäymisestä tulee ristiriitaisuuksien värittämää, laskelmoitua, näyteltyä ja epäaitoa, jossa ei-stigmatisoidut ihmisetkin tuntevat olonsa epävarmaksi, eivätkä löydä oikeaa toimintatapaa.⁵⁷⁰

Goffmanin mukaan stigmatisoitu henkilö joutuu kantamaan vastuuta myös niin sanottujen normaalien ihmisten reaktioista ja epänormaaliuden herättämisestä

565 Scheff 1966, 64–78. Scheffin Leimaamisteoriaa on kritisoitu myös siitä, että siinä yksinkertaistetaan monimerkityksisiä ilmiöitä. Tutkijat pitävät esimerkiksi yksilön omaa suhtautumista sairastumiseensa merkittävänä tekijänä leimaantumisessa, mutta tätä ei huomioida riittävästi Scheffin teoriassa. Gullestad & Schudi 1981, 213–225.

566 Kuinka viestiä mielenterveydestä ja sen häiriöistä? Työkalupakki toimittajille ja viestijöille. <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveysseura/medialle/kuinka-viesti%C3%A4-mielenterveydest%C3%A4-jasen-h%C3%A4iri%C3%B6ist%C3%A4-ty%C3%B6kalupakki>

567 Esimerkiksi mielenterveyden häiriöitä sairastavia ihmisiä kutsutaan yleisesti mielenterveyskuntoutujiksi. Samalla tavalla esimerkiksi diabetesta sairastavia kutsutaan diabeetikoiksi. Sairaudet muuttuvat siis ihmisryhmiä kuvaaviksi nimittäjiksi.

568 Goffman 1963, 2–7.

569 Goffman 1963, 42, 48, 74.

570 Goffman 1963, 8–19.

tunteista sekä usein helpottamaan vuorovaikutusta ja suojelemaan normaaleja ihmisiä liian vaikeilta tai haastavilta tilanteilta. Mitä helpompi ja mukavampi stigmatisoitu ihminen on persoonana, sitä todennäköisemmin hänet hyväksytään normaalien kanssa samoihin sosiaalisiin tiloihin. Ristiriitaisuutta lisää se, että normaaleillakin ihmisillä on usein salattuja ja piiloteltuja sairauksia, vastoinkäymisiä tai haasteita elämässä, mutta he haluavat ajatella olevansa erilaisia kuin stigmatisoidut ihmiset. Kaikki ihmiset ovat kuitenkin jatkuvasti stigmatisaation uhan alla, kun normaalin ja epänormaalin raja on muuttuva, epämääräinen ja arvaamaton.⁵⁷¹

Sekä Scheffin että Goffmannin tutkielmat stigmatisaatiosta lisäävät ymmärrystä siitä, miksi kolmannen sektorin tarjoama vertaistuki on ollut niin merkityksellistä mielenterveyden häiriöön sairastuneille, kun saman stigman saaneet ihmiset ovat voineet tukea toisiaan. Goffman muistuttaa kuitenkin, että stigmatisoituneeseen ryhmään ja kategoriaan kuuluminen ei ole hyvinvointia ja yhdenvertaisuutta edistävä tekijä ihmisen elämässä. On myös huomattava, että ulkopuolisten antama leima ei riitä yhdistämään ihmisiä aidoksi ryhmäksi. Stigmatisoidussa ryhmässä yksilöllisyys ja erillaisuus katoavat, ja sairaudesta tulee ihmisiä yhdistävä ja määrittävä tekijä.⁵⁷² Yksittäiset jäsenet voivat vuorotellen edustaa ryhmää ja esimerkiksi valvoa yhteisten oikeuksiensa toteutumista tai kertoa voimaannuttavia tarinoita stigmatisaation voittamisesta ja rajojen häivyttämisestä suhteessa normaaliin väestöön. Stigmatisoituuun ryhmään kuulumisesta voi tulla jopa eräänlainen ammatti.⁵⁷³ Tämä Goffmannin 1960-luvulla tekemä havainto on jo toteutunut 2010-luvulla kokemusasiantuntijatoiminnan seurauksena.

Tutkielmat stigmatisaatiosta lisäävätkin ymmärrystä paitsi kolmannen sektorin menestyksestä, myös kokemusasiantuntijuudesta, jota käytetään stigmatisaatiokäsitteen ohella ahkerasti Mieli-ohjelman asiakirjoissa. Kokemusasiantuntijuudesta tulee kolmannen sektorin vertaisuus- ajattelun ja yksityisen sektorin asiakkuus- ja kuluttajuuksiajattelun yhdistelmä, ja se ilmenee Mieli-ohjelman palvelujärjestelmän kehittämistavoitteissa näiden kahden ajattelutavan jäsentymättömänä yhdistelmänä. Kolmannen sektorin toimintaan kuuluu ajatus ihmisten voimaantumisen, kun heidät otetaan toimijoiksi sen sijaan, että he olisivat pelkkiä toiminnan kohteita. Yksityisen sektorin toimintaan taas kuuluu tavoite tuottaa asiakkaalle

571 Goffman 1963, 115–121, 127, 130–132, 138.

572 Scheff 1966, 82, 84, 87–88, 92–93, 169.

573 Goffman 1963, 20–25, 106–108. Vertaisryhmän lisäksi omaiset, ystävät ja hoitohenkilöstö ovat tärkeitä sillon rakentajia leimatun ihmisen ja normaalien ihmisten välille. Vertaisryhmään liittyminen on kuitenkin myös ambivalentti prosessi sisältäen monia normeja kuten ”omanlaistensa” tukeminen ja auttaminen ja ryhmän oikeuksien puolustaminen. Ryhmään kuulumista pidetään itsestäänselvyytenä ja erottautumista suhteessa muihin ryhmiin pidetään usein tärkeinä. Ammattimainen oman tarinan kertominen ja ryhmän edustaminen on kuitenkin riski ihmisen hyvinvoinnin kannalta, sillä kuten Goffman muistuttaa, ollaan siinä tekemisissä ihmisen kaikista henkilökohtaisimpien ja intiimimpien elämäntapahtumien ja tragedioiden kanssa ja tasapainoiltaan erottautumisen ja kuulumisen välillä. Goffman 1963, 28–30, 109–114.

mahdollisimman hyvä palvelukokemus ja hyödyntää asiakaspalautetta. Tavoitteet yhdistyvät kokemusasiantuntijuuden käsitteessä julkisen sektorin palveluiden kehittämiseksi.

Asiakirjoista on nähtävissä, kuinka kolmannelta sektorilta lähtöisin oleva vertaisuus⁵⁷⁴ muuntuu 2000-luvun aikana kokemusasiantuntijuudeksi, joka kirjataan lopulta jopa yhdeksi Sipilän hallitusohjelman kärkihankkeeksi. Paradigmaan kuuluu sote -palveluita käyttäneiden asiakkaiden kokemusten hyödyntäminen palveluiden kehittämiseen ja tuottamiseen sekä asiakkaan osallistaminen. Taustalla on ihanne aktiivisesta, toimeliaasta kansalaisesta, joka on kiinnostunut osallistumisesta ja vaikuttamisesta.⁵⁷⁵

Vertaisuus ja kokemusasiantuntijuus ovat vanhoja ilmiöitä, joita Scheff ja Goffman tutkivat jo 1960-luvulla. Stigmatisoidut ihmiset ovat löytäneet yhteiskunnassa paikkansa perinteisesti potilasjärjestöissä. Jo Marraskuun liike 1970-luvulla piti tärkeänä, että liikkeen toiminnassa oli mukana entisiä mielenterveyspotilaita, koska sen ajateltiin vahvistavan heidän toimijuuttaan. Ihmisiä kannustettiin eri keinoin siirtymään objektista subjektiksi. Tämän jälkeen esimerkiksi Mielenterveyden keskusliitossa ja Klubitaloissa on varmistettu, että järjestön toiminnasta päättävät ihmiset, joilla on kokemusta mielenterveyden häiriöiden vaikutuksesta elämään. Järjestöjen liittokokouksen, -valtuuston ja hallitukseen valitut ja toiminnan toteuttamiseen osallistuvat ovat osittain tai kaikki ihmisiä, joilla on mielenterveyden häiriöitä. Mielenterveyden häiriöön sairastuneista käytetään potilasjärjestöissä yleensä sanaa mielenterveyskuntoutuja.⁵⁷⁶

Ammattilaisten ja kokemusasiantuntijoiden työskentely yhdessä, ja yhteiskehittäminen on Marraskuun liikettäkin vanhempi ilmiö. Julkisen sektorin ja valtiovalan rinnalla on Suomessa aina ollut vahva kolmas sektori ja kansalaisyhteiskunta, jossa ovat toimineet ne palveluiden käyttäjät ja potilaat, jotka ovat halunneet tukea samassa elämäntilanteessa olevia sekä ajaa asiaansa. Kokemusasiantuntijuus on järjestäytynyt jo 1800-luvulla, jolloin ammattilaiset ja potilaat perustivat yhdessä ensimmäiset potilasjärjestöt.⁵⁷⁷ Järjestöjen ja julkisen sektorin rinnalle on 2000-luvulla syntynyt yksittäisten organisaatioiden ja toimijoiden yhteiskehittämistoimintaa,

574 Laajasti määriteltynä vertaisuudella tarkoitetaan sitä inhimillistä vuorovaikutusta, jossa yksilöt keskustele-
vat omasta elämäntilanteestaan. Vertaistuki puolestaan voidaan määritellä organisoiduksi toiminnaksi, jos-
sa samanlaisissa tilanteissa ja/tai ongelmista kärsivät ihmiset pääsevät jakamaan kokemuksiaan. Omasta
kokemuksestaan Rissanen kuvaa, miten vertaistuen avulla hän sai kokemuksen siitä, että on ”normaali ja
tavallinen” ja ”että en ole kokemuksieni kanssa yksin, muutkin ovat kokeneet samaa”. Rissanen muistuttaa,
että vertaisryhmään kuuluminen voi muuttaa identiteettiä ja edesauttaa kuntoutumista. Erityisesti psyykki-
sesti sairastuneilla voi vertaistuki muodostua hyvin tärkeäksi, sillä sairastumisen myötä ovat muut sosiaali-
set suhteet saattaneet katketa tai jäädä muodostumatta kokonaan. Rissanen 2015, 20, 112–117.

575 Hallitusohjelman toimeenpanosuunnitelma STM:n hallinnonalalle 2016–2019 2016.

576 Mielenterveyskuntoutuja määritellään esimerkiksi Mielenterveyden keskusliitossa henkilöksi, jonka sairaus
on hallinnassa ja joka on toipumassa sairaudesta. <http://mtkl.fi/tietoa-mielenterveydesta/kasitteita-mielen-terveydesta/>

577 Katso tarkemmin luvusta kolme (3) ja neljä (4).

johon molemmille osapuolille on tarjottu täsmäkoulutusta. Sairaanhoidopiirit ja terveyskeskukset kouluttavat kokemusasiantuntijoita osana toimintaansa, eikä jonkin potilasryhmän oikeuksia ajavaa järjestötoimijaa enää tarvita välittäjän rooliin.⁵⁷⁸ On kuitenkin huomattava, että koulutettu kokemusasiantuntija edustaa omaa kokemustaan, mutta perinteinen potilasjärjestö edustaa sen koko jäsenistöä, ja kuuluviin tulevat erilaiset kokemukset ja näkemykset.

Kolmannen sektorin vertaisuuteen perustuva kokemusasiantuntijuus ja Goffmannin kuvaama mielisairaalahoidon jälkeinen potilasura ovat eri asioita kuin julkisen vallan edistämä kokemusasiantuntijuus, joka perustuu asiakkuuteen – ei identiteettiin tai yhteiskuntapolitiikkaan. Retoriikka palveluiden käyttäjistä ja asiakkaista kumpuaa puolestaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kehittämisestä NPM-paradigman mukaisesti. Asiakkaiden osallisuutta koskevat palvelutavoitteet näkyvät poliittisissa asiakirjoissa jo 1970- ja 1980-luvuilla.

Parempaa julkista palvelua -kampanja toteutettiin vuosina 1986–1988 ja valtiovarainministeriön *Palveluhanke* käynnistyi vuonna 1989.⁵⁷⁹ Tämän jälkeen julkinen valta on tavoitellut asiakasosallisuutta esimerkiksi *Pääsky-ohjelmassa*⁵⁸⁰ sekä esimerkiksi *aktiivisena potilaana toimimisen oppaissa*.⁵⁸¹ Myös WHO on suositellut asiakkaan mukaan ottamista palveluiden kehittämiseen *User Empowerment in Mental Health* -asiakirjassa vuonna 2010⁵⁸³ sekä *Mielenterveyden toimintasuunnitelmassa* vuonna 2013⁵⁸⁴. Käyttäjälähtöistä palveluiden kehittämistä suositellaan myös esimerkiksi *Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman*

578 "kokemusasiantuntijat tulivat sairaaloihin": <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/kokemus-asi-antuntijat-tulivat-sairaaloihin/>

579 Valkama 2012, 43.

580 Kiikkala & Immonen 2002.

581 Potilaan opas: http://www.potilaanopas.fi/fi/potilaan_opas.pdf

582 WHO:n raportissa kokemusasiantuntijuuden hyödyntämistä palveluiden kehittämisessä perustellaan ihmisten voimaantumisen avulla. Voimaantumisen tavoitteena on ihmisoikeuksiin kuuluvan terveyden vahvistaminen. Yksilön näkökulmasta voimaantumisen on kyse esimerkiksi itsenäisyydestä, osallistumisesta päätöksentekoon, arvokkuudesta ja kunnioituksesta ja yhteisöön kuulumisesta sekä siirtymisestä voimattomuudesta oman elämän hallintaan. WHO ohjeistaa raportissaan, että voimaantumista voi käytännössä tukea mm. poistamalla muodollisia ja epämuodollisia esteitä ja valtasuhteiden muutoksella yksilöiden, yhteisöjen, hallinnon ja palveluiden välillä. Historiallisessa kontekstissa sekä sairastuneilta itseltään, että heidän läheisiltään on "puutunut ääni" ja heidät on eristetty, mikä näkyy edelleen palveluissa ja yksilöiden elämässä. WHO näkee kuitenkin, että voimaantumisen voi olla merkitystä yksilöiden lisäksi mielenterveyspalveluille. Tulisi tunnistaa palveluiden käyttäjien kyky tehdä päätöksiä, antaa siihen tukea ja luopua holhoavasta asenteesta. Tämä edellyttää vapaata ja salailematonta tiedon kulkua ja aitojen valinnanmahdollisuuksien tarjoamista. Henkilökunta tarvitsee tätä varten oman ammattitaidon ja itsevarmuuden vahvistamista. Voimaantumisen toteutumisen ehtoina ovat toivo ja kunnioitus, elämän arvostus, yhteyden tunteminen, ihmisoikeuksien tunnistaminen ja tunnistaminen, läpinäkyvyys, jatkuva kasvu ja kehittyminen sekä kykyjen ja taitojen tunnistaminen. Palveluiden käyttäjien mukaan saaminen palveluiden kehittämiseen ja päätöksentekoon edellyttää vuorostaan ihmisoikeuksien toteutumista, resurssien turvaamista mm. käyttäjiä edustavien organisaatioiden muodossa, stigmaa vastaan taistelemista sekä median ja palvelunkäyttäjien yhdistämistä. Palveluiden käyttäjien aktiivisuutta ja vaikuttamista ei saa leimata "vaikeaksi potilaaksi". User Empowerment in Mental Health 2010.

583 User Empowerment in Mental Health 2010.

584 Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelma 2013.

loppuraportissa⁵⁸⁵, *Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiassa vuoteen 2020*⁵⁸⁶, *Kansanterveysohjelman* loppuarvioinnissa⁵⁸⁷ sekä *Palvelut asiakaslähtöisiksi -kärkihankkeessa*⁵⁸⁸.

Kokemusasiantuntijuudesta puhutaan ohjausasiakirjoissa vasta *KASTE II* -ohjelman aikana. Ohjelman toimintaperiaatteena oli asiakaslähtöisyys, jolla tarkoitettiin ihmisten kuulemistä ja omia asioita koskevien vaikutusmahdollisuuksien lisäämistä. Yhdeksi konkreettiseksi toimenpiteeksi valittiin kokemusasiantuntijuuden kehittäminen. Haavoittuvassa asemassa olevien kansalaisten kokemuksia haluttiin hyödyntää palveluiden kehittämisessä asiakaslähtöisemmiksi. Etelä-Suomen alueella toimineessa *Mielen avain -hankkeessa* järjestettiin kokemusasiantuntijakoulutusta mielenterveys- ja päihdepalveluiden kokemusasiantuntijuuden lisäämiseksi. Kehittämishankkeessa luotiin kokemusasiantuntijoiden koulutusmalli ja kerättiin koulutuksen käyneiden kokemuksia koulutuksesta ja kokemusasiantuntijuudesta.

Hankkeesta kertyneiden kokemusten mukaan kokemusasiantuntijat voimaantuivat hankkeessa, mutta palveluiden kehittämisestä ja niihin vaikuttamisesta ei ole tietoa. Hankkeen loppuraportissa ehdotetaan, että kokemusasiantuntijatoiminnan kehittämisessä olisi varmistettava, että asiakkaiden tiedonsaanti sekä vaikutus- ja valinnanmahdollisuudet ovat aitoja. Osallisuuden toteuttamisen keinoiksi mainitaan kokemusasiantuntijuuden lisäksi esimerkiksi asiakasraadit, asiakaspalautteet, tutkimustoimintaan osallistuminen sekä kokemustutkimus ja vertaisarviointi.⁵⁸⁹

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos selvitti kokemusasiantuntijatoimintaa vuonna 2014. Se koettiin selvityksen mukaan tärkeäksi ja sen katsottiin täydentävän ammattilaisten osaamista, mutta määrittelyissä ja käytännöissä oli kirjavuutta, ja kokemusasiantuntijatoimintaa haluttiin laajentaa päihde- ja mielenterveyspalveluita laajemmalle.⁵⁹⁰ Myös Päivi Rissanen huomauttaa omaa kuntoutumiskokemustaan tarkastelleessa väitöskirjassaan, että kokemusasiantuntijuutta ei ole vieläkään määritelty tyhjentävästi, vaan sillä tarkoitetaan eri asioita kokemusasiantuntijoina toimivien ihmisten erilaisten tehtävien ja roolien mukaan, jollaisia ovat esimerkiksi vertaisohjaaja, kokemuskouluttaja, yhteiskehittäjä sekä kokemusarvioija.⁵⁹¹

2010-luvun lopussa kokemusasiantuntijalla tarkoitetaan ihmistä, jolla on oma-kohtaista kokemusta sairastumisesta ja kuntoutumisesta sekä halu käyttää tätä kokemusta palveluiden kehittämiseen ja tiedon lisäämiseen sekä muiden ihmisten auttamiseen. Toisin kuin vertaistoimija kokemusasiantuntija ei toimi omassa

585 Kuilun kaventajat – kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011 loppuraportti 2011.

586 Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020- Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia 2010.

587 Terveys 2015 – kansanterveysohjelman loppuarviointi 2016.

588 <https://stm.fi/hankkeet/asiakaslahtoisuus/hankkeen-kuvaus>

589 Falk & Kurki & Rissanen & al. 2013, 4, 12–13, 20–21.

590 Kostiainen & Ahonen & Verho & al. 2014, 4–7.

591 Rissanen 2015, 22.

viiteryhmässään vaan sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kanssa. Hän saa toiminnastaan palkkion tai palkkaa kuten ammattilaisetkin. Kokemusasiantuntija voi suunnitella, kehittää, tuottaa ja arvioida palveluita. Kokemusasiantuntijat saavat koulutuksen tehtäviinsä.⁵⁹²

Kokemusasiantuntijoiden osallisuus rajoittuu julkisen vallan kehittämisohjelmassa juuri samoihin palveluihin, jotka muutenkin määrittävät mielenterveyden häiriöön sairastuneiden kansalaisten elämää. On vielä epäselvää, lisääkö osallisuus palveluihin osallisuutta myös muilla elämän alueilla, kuten työelämässä, politiikassa ja yksityiselämässä. Yhteiskunnan vähemmistöihin kuuluvien ihmisryhmien yhteiskuntapoliittisessa vaikuttamistyössä eli identiteettipoliitikassa on kuitenkin aina tavoiteltu sosiaalisen aseman vahvistamista eikä palveluiden kehittämistä.

Identiteettikysymyksiä on hyödynnetty esimerkiksi vammaispoliittisessa paradigmassa, jossa identiteettipoliittikka on ollut keino kohentaa vammaisten ihmisten asemaa. Identiteettipoliitikassa vammaiset erottautuvat muista ihmisistä ja korostavat vammaisen ihmisryhmän yhteistä kokemusta syrjinnästä. Vammaisista muodostuvan ryhmän korostaminen voi myös tuntua rajoitteelta, eivätkä kaikki vammaiset ihmiset halua identifioitua ensisijaisesti vammansa kautta. Kahtiajako vammaisten ja ei-vammaisten ihmisten välillä on kuitenkin esimerkiksi vammaistutkija Simo Vehmaksen mukaan hyödyllinen abstraktio, joka mahdollistaa syrjityn vähemmistöryhmän poliittisen aktivoitumisen ja vastarinnan – ”*syrjinnän vastaisen politiikan tulee tunnistaa suojeltava ihmisryhmä*”. Vehmas muistuttaakin, että on mahdotonta taistella sellaisen ihmisryhmän sortoa vastaan, jota ei ryhmänä ole olemassa.⁵⁹³

Voidaan pohtia, hyötyisivätkö mielenterveyden häiriöön sairastuneet samankaltaisesta identiteettipoliitikasta vai ovatko tiettyyn ryhmään ja ulkopuolisten rakentamaan kategoriaan kuulumisen riskit hyötyjä suurempia, kuten Goffman ja Scheff ovat esittäneet? Jääkö ihminen sairastumistarinansa vangiksi niin, ettei hän enää löydä muita merkittäviä rooleja yhteiskunnallisena toimijana?

Muun muassa tätä kysymystä on pohtinut Päivi Rissanen, joka teki autoetnografisen väitöstutkimuksen omasta kuntoutumiskokemuksestaan. Väitöskirjassaan hän tutkii, millä tavalla kokemustietoa voidaan käyttää palveluiden kehittämisen lisäksi myös tutkimuksen tekemiseen ja miten identiteetti muuttuu kuntoutumisprosessin aikana.⁵⁹⁴ Rissanen mukaan identiteetin muodostuminen on narratiivista niin, että identiteetti hahmottuu kertomuksiksi. Ne puolestaan tarjoavat ihmiselle

592 Opas kokemusasiantuntijana toimimisesta 2015.

593 Vehmas 2018, 51.

594 Rissanen kertoo kokemustutkimuksen juurien ulottuvan vuoteen 1976, kun Kansainvälisen työorganisaation (ILO) järjestämässä konferenssissa kyseenalaistettiin ulkopuolisten tutkijoiden laatimien kysymysten toimivuus ihmisten omien kokemusten tutkimisessa. Toisena kehityssuuntana voidaan pitää vammaisten, homoseksuaalien, naisten ja etnisten vähemmistöjen omaehtoista tutkimustoimintaa, joissa mm. arvostellaan perinteisiä tutkimusmenetelmiä vähemmistöryhmiä alistaviksi ja omalla tutkimuksella nähdään emancipatorinen merkitys. Rissanen 2015, 38–39.

mahdollisuuden antaa vaikeille kokemuksille merkityksiä ja välittää tietoa ja toivoa muille.⁵⁹⁵ Rissanen kokemustutkimus on kiinnostava myös vammaispolitiikan identiteettikysymysten näkökulmasta. Hänen tavoitteenaan oli muuttua objektista subjektiksi – tutkittavasta tutkijaksi.

Rissanen mukaan potilouden pohjalta muodostuva vertaisuus ja ryhmäytyminen ei ole ongelmatonta. Hän kuvaa kuinka vertaistuki toisaalta auttaa luomaan ihmissuhteita ja opettelemaan ryhmässä toimimista, mutta samalla osallistujien toiminta ja käytös yhdenmukaistuvat ryhmässä. Rissanen korostaa, että ryhmään kuuluminen ei tulisi johtaa ryhmän jäsenten samankaltaistumiseen. Kokemusasiantuntija- ja vertaistoiminnan ristiriita syntyy ihmisen perustarpeesta kuulua joukkoon ja samalla nähdä itsensä ainutlaatuisen ja yksilöllisenä. Lopulta minuus voi syntyä vain siitä, mikä erottaa ihmisen muista. Kokemusasiantuntijuudessa minuus yhdistyy ihmisen muuhun osaamiseen ja omiin taitoihin ja niiden hyödyntämiseen muiden hyväksi. Rissanen kuitenkin muistuttaa, että henkilökohtaisten asioiden tekemisellä julkiseksi kokemusasiantuntijuuden kautta on myös seurauksia itselle – ja läheisille.⁵⁹⁶

Kokemusasiantuntijuus on herättänyt myös kritiikkiä. Asiakkaiden osallistamisen tulisi olla itsestään selvää eikä erillistä kehittämistoimintaa. Yhteiskehittämisen edellytyksenä oleva rationaalinen argumentaatiomalli heijastaa jonkin aate- ja arvo maailman toimintatapaa, eikä siksi aina toimi esimerkiksi monikulttuurisessa työssä. Lisäksi on muistutettu, että joidenkin asiakkaiden, kuten lasten ja vammaisten, argumentaatiokyky on rajoittunut. Ylipäätään on kritisoitu sitä, että palveluiden rakenteellisia ongelmia on pyritty ratkaisemaan asiakasnäkökulmalla.⁵⁹⁷

Syksyllä 2018 julkaistiin ensimmäinen väitöskirjatutkimus kokemusasiantuntijuudesta ilmiönä. Taina Meriluoto tutki kokemusasiantuntijuutta sosiaalialalla osallistavana käytäntönä osana uudenlaista demokratiaa. Lisäksi hän tutki, miten asiantuntijuuden ja kokemuksen käsitteet on yhdistetty. Meriluoto esittää Goffmannin ja Scheffen tavoin, että kokemuksen käsitteen kytkeminen asiantuntijuuden käsitteeseen muuttaa toiminnan normitetuksi ja säädellyksi. Kokemusasiantuntijalta odotetaan omien kokemusten esiin tuomisen lisäksi neutraalia ja puolueetonta tietoa. Identiteettipolitiikan kaltainen yhteiskunnallinen aktiivisuus ja omien asioiden edistäminen eivät esimerkiksi kuulu palveluiden yhteiskehittämiseen. Tutkimuksen mukaan erilaisiin kehittämishankkeisiin valikoidaan niiden tavoitteiden kannalta sopivia kokemusasiantuntijoita, jolloin osallistuminen ja vaikuttaminen määritellään aina kokemusasiantuntijan ulkopuolelta. Määrittelijä – ei kokemusasiantuntija – on myös tosiasiallinen vallankäyttäjä. Kokemusasiantuntijuudella on välinearvoa suhteessa päätöksentekoon tarvittavan tiedon tuottamiseen.

595 Rissanen 2015, 29–33.

596 Rissanen 2015, 120–126.

597 Niemi 2008, 122–124.

Meriluoto kytkee kokemusasiantuntijuusilmiön foucault'laiseen yhteiskunnalliseen hallintaperinteeseen.⁵⁹⁸

Kokemusasiantuntijuudessa näyttää olevan elementtejä yhteiskunnallisesta hallinnasta. Vuonna 2017 alkanut *Kertomuksen vaarat – kokemuspuhe, eksemplumin paluu ja aikalaiskriittinen narratologia* –tutkimushanke kritisoi kokonaisuudessaan erilaisten kertomusten ja tarinoiden hyötykäyttöä yhteiskunnallisessa hallinnassa. Tutkimushankkeen tavoitteena on selvittää, miksi ja miten kertomuksesta on tullut hyvinvointia ja osallisuutta määrittävä muoto ja mitä riskejä siihen liittyy. Lisäksi hankkeessa kartoitetaan kokemuksellisen puheen ja itsestä kertomisen, mutta myös tunteita herättävien ja elämäntyylejä esittelevien juttujen jakamiseen liittyvää poliittista hyötykäyttöä.⁵⁹⁹

Toistaiseksi kokemusasiantuntijuutta on tutkittu hyvin vähän. Edes sen tavoitteita ja tosiallisia vaikutuksia ei ole yritetty selvittää, puhumattakaan siitä, että olisi analysoitu sen yhteyksiä laajempiin yhteiskunnallisiin ilmiöihin kuten yhteiskunnalliseen hallintaan ja sen eri muotoihin. Kokemusasiantuntijuuden yleistyminen julkisen palveluiden kehittämistapana ja ihmisten harjoittama oman elämän tarinallistaminen voivat olla esimerkiksi osa some-käyttäytymistä, jossa oman elämän ja omien kokemusten jakamisesta muille on tullut normi. Joka tapauksessa on kiinnostavaa, että julkinen valta otti juuri tämän ilmiön ja käsitteen osaksi sosiaali- ja terveystalouden strategista kehittämistä 2010-luvulla.

7.2 STRATEGINEN OHJAUS

Mieli-ohjelman päätyttyä mielenterveystyön ohjaaminen jatkui Suomessa lähinnä Sipilän hallitusohjelman tavoitteiden mukaisesti. Pakon käytön vähentämiseen pyrkivä työryhmä valmisteli työkirjan sairaaloille, ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos tuotti siitä julkaisun vuoden 2016 alussa⁶⁰⁰ ja jatkoi pakon käytön seurantaa.⁶⁰¹ Tämän lisäksi Suomi oli edelleen aktiivisesti mukana EU:n mielenterveystyössä kuten *Mielenterveyden ja hyvinvoinnin yhteistoimessa* (2013–2016), jossa julkaistiin raportit muun muassa mielenterveyden edistämisestä, mielenterveydestä työelämässä sekä itsemurhien ehkäisystä.⁶⁰² Suomen Mielenterveysseura julkaisi

598 Meriluoto 2018, 1–11, 39–53, 76–119.

599 Nettisivut: Kertomuksen Vaarat – Kokemuspuhe, eksemplumin paluu ja aikalaiskriittinen narratologia: <https://kertomuksenvaarat.wordpress.com/> sekä artikkeli; Kertomuksen vaarat – Kokemuspuhe, eksemplumin paluu ja aikalaiskriittinen narratologia: <https://journal.fi/avain/article/view/70012/31078>

600 Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa 2016.

601 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 – miten tästä eteenpäin? 2015, 3–20, 55–63, 72–100, 113–120, 123–127, 133–140, 142–155, 158–166, 171–181, 239–318, 321, 339–341, 354, 362.

602 Nettisivut: <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/>

Itsemurhien ehkäisy- raportin suomeksi.⁶⁰³ Lisäksi OECD julkaisi vuonna 2014 *Making Mental Health -raportin*, johon oli koottu tietoa eri maiden hallituksille mielenterveystyön ohjaamisen tueksi.⁶⁰⁴

2010-luvulla siirryttiin Suomen sosiaali- ja terveyspolitiikassa strategiseen suunnitteluun⁶⁰⁵ ja aikaisempien toimintaohjelmien sijaan julkaistiin *sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia, Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020*. Strategiassa kuvataan sosiaali- ja terveyspolitiikan toteuttamista ja kehittämistä resurssi-, säädös- ja informaatio-ohjaukseksi, jota tuetaan viestinnällä. Strategialla johdettiin palvelurakenteiden uudistamista ja asiantuntijalaitosten aseman vahvistamista.

Strategian tavoitteena oli luoda sosiaalisesti kestävä yhteiskunta, jossa ihmisiä kohdellaan yhdenvertaisesti, varmistetaan kaikkien osallisuus sekä edistetään jokaisen terveyttä ja toimintakykyä. Sosiaalisen kestävyuden varmistamiseksi haluttiin parantaa heikoimmassa asemassa olevien tilannetta. Strategian mukaan kaikilla on oikeus hyvinvointiin, osallisuuteen ja terveyteen. Hyvinvointi luodaan työllä ja kaikkien kansalaisten osallisuudella. Sosiaalisen kestävyuden ehtona ovat terveet ja toimintakykyiset kansalaiset. Sosiaaliturvan on kannustettava ihmisiä työntekoon ja rohkaistava ihmistä oman hyvinvointinsa edistämiseen ja osaamisensa ylläpitämiseen.

Toiminta haluttiin strategiassa siirtää sairauksien hoidosta hyvinvoinnin edistämiseen, jonka ajateltiin paitsi parantavan elämänlaatua myös hillitsevän sosiaalimenojen kasvua. Strategian mukaan yhteiskunnan on tuettava ihmisiä hyvinvointia edistävien valintojen tekemisessä. Strategian mukaan yksilöllä on aina vastuu omista valinnoistaan, vaikka perustuslain mukaan julkisen vallan on varmistettava kansalaisten hyvinvoinnin toteutuminen. Valintaan liittyvien kykyjen ajatellaan tulevan riittävästä tiedon saannista.⁶⁰⁶

Strategiassa on nähtävissä mihin *Mieli-ohjelman* asiakirjoissa eksplikoitu huoli arvojen kovenemisesta pohjautuu. Yksilön oma vastuu, hyvinvoinnin tavoitteet, oikeus terveyteen sekä toimintakykyiset ja työelämässä olevat kansalaiset ovat tämän asiakirjan keskeistä normistoa. Hyvä elämä esitetään kuvaamalla tervettä ja toimeliasta kansalaista. Jopa perustuslakiin kirjattu ihmisarvoinen elämä kytketään yksilön vastuuseen omista valinnoista.

Strategista ohjausta voidaan pitää pyrkimyksenä saada väestö hallintaan siirtämällä ongelmat ja niiden ratkaisuvastuu yksilölle. Hyvinvoinnista ja laadukkaasta elämästä muodostetaan kansalaisen tärkein tavoite. Strategiassa käytetyt käsitteet

603 Itsemurhien ehkäisy – Globaali velvollisuus 2014.

604 Making Mental Health count 2014 sekä Finland's falling mental health spending and high suicide rates concerning, says OECD: <http://www.oecd.org/els/health-systems/MMHC-Country-Press-Note-Finland.pdf>

605 Vuonna 2018 strategisen ohjauksen lisääntyminen näkyi mm. kansallisen lapsistrategian sekä kansallisen mielenterveysstrategian valmistelutyönä.

606 Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 - Sosiaali- ja terveyspolitiikan Strategia 2010.

muistuttavat *Kansanterveysohjelman* kielenkäyttöä. Tämä arvopohja ohjasi sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä.

Sosiaali- ja terveydenalan toimeenpano-ohjelma KASTE II vuosina 2012–2015 keskittyi jälleen kerran palvelujärjestelmän kehittämiseen. Kaste II oli jo sosiaali- ja terveyspolitiikan johtamiseen ja uudistamiseen tarkoitettu strateginen ohjausväline. Tavoitteena oli hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen sekä asiakaslähtöisten palveluiden rakentaminen hallitusohjelman ja Sosiaali- ja terveysministeriön strategian tavoitteiden mukaisesti.⁶⁰⁷

Kaste II -ohjelman lisäksi jatkettiin osatyökykyisten työelämäosallisuuden kehittämistä erillisellä ohjelmalla⁶⁰⁸ sekä mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä *Mieli 2009–2015 -ohjelmalla*. Ongelmat olivat samat kuin kaikkina muinakin ohjelma-kausina: palveluita ei ollut riittävästi eikä yhdenvertaisesti, eivätkä ne vastanneet tarpeita. Peruspalvelut olivat heikkoja ja yhteistyö eri toimijoiden välillä vähäistä.⁶⁰⁹

Strategian seurauksena ennaltaehkäisevää ja psyykkistä terveyttä edistävää mielenterveystyötä kehitettiin niin, että kunnat veloitettiin tekemään strategisia suunnitelmia hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Lisäksi kehitettiin normiohjausta. Jo uudistetun terveydenhuoltolain lisäksi uudistettiin sosiaalihuollon lainsäädäntöä kokonaisuudessaan sekä potilaan itsemääräämisoikeutta koskevia säädöksiä. Uuden terveydenhuoltolain tarkoituksena oli vahvistaa asiakkaan asemaa ja palveluiden yhdenvertaista saatavuutta. Asiakkaan aseman vahvistamiseen kuuluivat käytännössä valinnanvapauden laajentaminen, terveysneuvonnan ja terveystarkastusten järjestäminen työelämän ulkopuolella oleville sekä yhtenäisten hoidon perusteiden ulottaminen myös kiireelliseen hoitoon ja päivystykseen.⁶¹⁰

Mieli- ja Kaste-ohjelmat sekä strategia olivat julkisen vallan kansallisia ohjausvälineitä, mutta kuten aikaisempinakin vuosikymmeninä, vaikutti suomalaisen terveyspolitiikkaan myös kansainvälinen ohjaus. EU:n *Vihreän kirjan* jälkeen EU-hallinnossa julkaistiin eurooppalaista mielenterveystyötä ohjaava asiakirja *The European Mental Health Action Plan*, jonka tavoitteena oli palauttaa kehittämis-työhön perus- ja ihmisoikeuksien turvaamisen näkökulma ja keskittyä ihmisarvon vahvistamiseen.⁶¹¹ Myös Suomen julkinen valta muotoili vihdoin erillisen toimintaohjelman ihmisoikeuksien vahvistamiseksi.

607 Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015 2012, 4.

608 Kaikki keinot käyttöön – yhteistyöllä ratkaisuihin 2015.

609 Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015 2012, 20–23.

610 Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015 2012, 4, 20–23, 26, 31–34.

611 The European Mental Health Action Plan 2013–2020 2013.

7.3 SUOMALAISEN IHMISOIKEUSPOLITIIKAN SYNTY

Pääministeri Kataisen hallitusohjelmassa (2011–2013) tavoitteena oli luoda avoin, oikeudenmukainen ja rohkea Suomi. Sen keskeisiksi arvoiksi oli kirjattu ahkeruus, työn tekeminen, tasa-arvo, yhteisvastuu ja toisista välittäminen. Vaikka työelämä sanoitettiin siinä parhaaksi sosiaaliturvaksi, se on ensimmäinen hallitusohjelma, jossa tuodaan suoraan esiin se, että kaikki kansalaiset eivät kykene osallistumaan työelämään. Sosiaaliturvan kehittämistä pidetään tämän takia tärkeänä. Hallitusohjelmassa tavoiteltiin sitä, että mielenterveysongelmiin puututtaisiin ajoissa. Mielenterveyspalvelujen saatavuutta haluttiin kehittää uudistamalla Mielenterveyslaki. Lisäksi haluttiin uudistaa potilaiden itsemääräämisoikeutta ja sen rajoittamista säätelevä laki.⁶¹²

Kataisen hallitusohjelman aikana laadittiin Suomen ensimmäinen *Ihmisoikeustoimintaohjelma*. Sen tarkoituksena oli konkretisoida hallituksen kaikkia hallinnonaloja koskeva perus- ja ihmisoikeuksien turvaamisvelvoite. Suomen haasteiksi toimintaohjelmassa todettiin esimerkiksi tarve koordinoida perus- ja ihmisoikeuskysymysten käsittelyä, vahvistaa oikeusperustaista ajattelua, turvata tiedonsaanti, vahvistaa oikeusturvaa sekä tehostaa perus- ja ihmisoikeusvalvontaa. Erityisiksi ongelmiksi tunnistettiin muun muassa yksityissektorin kasvanut osuus palveluiden tuottajana, sosiaaliturvan riittämättömyys, vähemmistöjen ja vammaisten henkilöiden oikeuksien toteutumattomuus sekä oikeuksien toteutumattomuus työelämässä.⁶¹³

Ennen kansallisen ihmisoikeustoimintaohjelman laatimista oli käynnistetty vammaispoliittinen toimintaohjelma, Vampo. Sen tavoitteena oli turvata vammaisten henkilöiden oikeudenmukainen asema yhteiskunnassa sekä kehittää kestäväää ja vastuullista vammaispolitiikkaa. Lisäksi haluttiin parantaa vammaisten henkilöiden sosioekonomista asemaa, torjua köyhyyttä ja kehittää vammaistutkimusta. Ohjelman tavoitteet poikkesivat palvelujärjestelmän kehittämiseen keskittyneen Mieli-ohjelman tai Kansanterveysstrategian hoitoon ja hyvinvointiin kytkeytyvistä tavoitteista. Kuitenkin myös Vampo-ohjelmassa tavoitteisiin pyrittiin yksittäisillä, kohdennetuilla kehittämishankkeilla sen sijaan, että olisi etsitty ratkaisuja vammaispolitiikan vahvistamiseen koko yhteiskunnassa. Vampon ja Mieli-ohjelman painotuserot ilmentävät eroa mielenterveystyön lääketieteellisesti paradigman hallitseman kehittämistyön ja vammaispolitiikassa vallalla olevan yhteiskunnallisen ajattelutavan välillä.⁶¹⁴

612 Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma. Pääministeri Alexander Stubbin hallituksen ohjelma jatkoisamoilla tavoitteilla.

613 Kansallinen perus- ja ihmisoikeustoimintaohjelma 2012–2013.

614 Suomen vammaispoliittisen ohjelman Vampo 2010–2015 loppuraportti 2016.

Vampon toimenpidelinjauksia ei ole kyetty hyödyntämään mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmisoikeuksien vahvistamisessa, eikä seuraamaan sen esi-merkkiä oikeuspolitiikan rakentamiseksi syrjäytettyjen kansalaisten näkökulmas- ta. Toisaalta on huomattava, että rakenteellinen ihmisoikeuspolitiikka ylipäättään käynnistettiin Suomessa vasta Kataisen hallitusohjelman aikana, eikä Suomessa ole perinteitä tämänkaltaisen identiteettipolitiikan harjoittamiseen.

Hallituksen ihmisoikeuspolitiikka sai tukea kansainvälisestä mielenterveys- politiikasta. WHO julkaisi vuonna 2013 *The European Mental Health Action Plan -asiakirjan*, jossa esitellään neljä tavoitetta mielenterveyden edistämiseksi yhdenmukaisesti EU-maissa. Ne ovat 1) jokaisen oikeus mielen hyvinvointiin, 2) mielenterveyshäiriöistä kärsivien ihmisoikeuksien turvaaminen, 3) hyvän hoidon takaaminen sekä 4) kunnioittava suhtautuminen. Mielenterveysongelmat olivat yleistyneet Euroopassa, hoitomuodot olivat tehottomia ja hoitoon hakeuduttiin stigman takia liian harvoin, joten tarvittiin yhteistä toimintasuunnitelmaa. Se perustui ihmisoikeuksiin ja yhteisiin arvoihin, joita olivat tasa-arvo, autonomia sekä turvallinen ja vaikuttava hoito.⁶¹⁵

WHO:n toteuttama ihmisoikeuksiin ja ihmisarvoon keskittynyt mielenterveys- politiikka muuttuu jostain syystä Suomessa palvelujärjestelmän kehittämiseksi, vaikka *The European Mental Health Action Planissa* on suora tavoite varmistaa mielenterveyden häiriöistä kärsivien kansalaisoikeudet:

”Around the European Region, the aim of mental health policies and legislation is being transformed towards creating opportunities that empower people with mental health problems to make use of their own assets, and to participate fully in community and family life in ways they would choose and to which they are entitled. It is now accepted that disability and handicaps are not only a consequence of illness, but also result from the interaction between people with mental health problems and external attitudinal and environmental barriers. The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities requires governments and institutions to provide the social, economic and legal support to allow persons with mental disabilities to exercise all their rights to citizenship.”⁶¹⁶

Tulisiko myös suomalaisen mielenterveyspolitiikan keskittyä kansalaispalvelujen kehittämiseen hyvinvointipalveluiden kehittämisen sijaan ja tulisiko tarpeiden sijaan puhua oikeuksista, mikäli todella halutaan vahvistaa ihmisoikeusperustaisuutta suomalaisessa mielenterveystyössä?

615 The European Mental Health Action Plan 2013–2020 2013, 1–25.

616 The European Mental Health Action Plan 2013, 6–7.

WHO:n ohjelman ensimmäinen tavoite on jokaisen oikeus mielen hyvinvointiin, joka muistuttaa Suomen julkisen vallan ohjausasiakirjojen tavoitetta toteuttaa hyvinvointia eikä vahvistaa ihmisoikeuksia. Jokaisella on oikeus mielen hyvinvointiin - slogan on ongelmallinen, sillä se sivuuttaa kysymyksen, miten tämä oikeus voidaan turvata niille kansalaisille, joiden oikeus täysivaltaiseen kansalaisuuteen, ihmisarvoon ja kunnioittavaan kohteluun ei toteudu mielen pahoinvoinnin vuoksi.

The European Mental Health Action Planin toinen tavoite oli varmistaa ihmisoikeuksien toteutuminen. Sitä ei kuitenkaan yhdistetä mihinkään konkreettisiin toimiin, joilla tavoitetta voitaisiin edistää. Kolmas tavoite hyvän hoidon takaamiseksi kuului myös suomalaisen mielenterveystyön kehittämistavoitteisiin. Puutteellinen palvelujärjestelmä tarvitsi muutosta ja uudistusta. Palvelujärjestelmän uudistuksen valmistelu oli ollut jo usean hallituksen tavoitteena ja siihen tartuttiin myös 2010-luvulla. Uudistus tulisi vaikuttamaan myös siihen, miten mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmisten hyvä hoito sekä perus- ja ihmisoikeudet jatkossa turvattaisiin.

7.4 PALVELUJÄRJESTELMÄN JA KANSALAISEN KEHITTÄMINEN

2010-luvulla valmistauduttiin suurimpaan palvelujärjestelmän reformiin hyvinvointivaltion rakentamisen jälkeen. Julkisen vallan tavoitteena oli uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja hallinto. Uudistuksen käynnistämiseksi Sosiaali- ja terveysministeriö asetti selvityshenkilöt arvioimaan sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen kehittämistarpeita. Selvityshenkilöt esittivät useita uudistukseen liittyviä huolenaiheita ja edellyttivät perustuslain toteutumisen varmistamista rakenneuudistuksessa niin, että varmistettaisiin perusoikeuksien toteutuminen yhdenvertaisesti kaikkien ihmisten kohdalla. Yhtenä keinona tähän nähtiin positiivinen diskriminointi eli erityiskohtelun avulla saavutettavat yhdenvertaiset mahdollisuudet.

Julkisen vallan informaatio-ohjauksen epämääräisyyttä ja toimimattomuutta kuvannee se, että selvityksen yhteydessä tehdyn kyselyn vastauksissa käy ilmi, että valtion vahvaa tiedolla johtamista kaivataan - ”*järjestelmän keskeiset normit on vietävä poliittiseen päätöksentekoon.*” Informaatio-ohjaus koettiin käytännössä vaikeaksi, sillä sen kaikki keskeiset käsitteet olivat määrittelemättä. Hämmennystä herättivät esimerkiksi palvelun tarpeen määrittely, vaikutusten mittaaminen, valinnanvapauden määrittely, asenteiden ja vuorovaikutuksen merkitys palveluiden toteutumisessa ja jopa pelkästään vaikeudet määrittellä käsitettä asiakas.⁶¹⁷

Käsitteiden epäselvyyden lisäksi palvelujen valvonta herätti huolta - erityisesti perus- ja ihmisoikeuksien toteutumisen näkökulmasta: ”*Demokraattinen prosessi*

617 Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttava ja tehokas ohjaus. Selvityshenkilöraportti 2016 2016, 6–10.

ei automaattisesti suojaa heikompiensaisten asemaa. Miten käy niille asiakasryhmille, joista ei välttämättä olla poliittisesti kiinnostuneita. Kuka valvoo niiden asiakasryhmien asioita ja etua?”

Lisäksi oltiin huolissaan asiakkaiden eriarvoisuudesta: *”Köyhät, syrjäytyneet, mielenterveyskuntoutujat, päihdeongelmaiset ja vaikkapa kehitysvammaiset kansalaiset tarvitsevat tukea päästäkseen oikeuksiensa äärelle. He ovat esimerkkejä helposti ohitettavista asiakkaista. ´Desibelidemokratian´ aikakaudella palveluja saavat ne, jotka pitävät kaikista kovinta ääntä ja joilla on jo valmiiksi hyvät tiedolliset valmiudet hakea tietoa ja soveltaa sitä. Toimintakykyisillä asiakkailla on myös ymmärrystä sekä keinoja ilmaista itseään oikeassa paikassa. Avuttomat henkilöt eivät hallitse palveluverkoston etikettiä eikä heidän huutonsa kuulu riittävän kauas. Avuttomia henkilöitä ovat lapset ja muisti- tai muutoin sairaat vanhukset, päihdeongelmaiset henkilöt sekä henkilöt, joilla on puutteita kognitiivisissa taidoissa, suuria vaikeuksia sosiaalisessa kanssakäymisessä sekä vuorovaikutuksessa.”*⁶¹⁸

Selvityksessä kyseenalaistetaan myös kysynnän ja tarpeen syntymekanismia, terveyden edistämisen toimivuutta, palvelujen riittävyyttä, käypähoitoidologiaa, vaikuttavuuden mittaamista, valinnanvapautta, innovaatioita ja it-huumaa. Lisäksi selvityksessä arvioidaan, että terveydenhuollon ohjaamiseen vaikuttavat enemmän poliittiset ja ammatilliset valinnat kuin esimerkiksi väestörakenne tai sairastuvuus. Ihmisten tarpeita pitäisi arvioida huolellisemmin ja toiminnan vaikuttavuutta olisi aina arvioitava suhteessa resursseihin. Ohjausta ehdotetaan järjestettävän jatkossa kolmesta näkökulmasta: 1) palvelut (mitä tehdään), 2) resurssit (millä voimavaroilla) sekä 3) arviointi (miten mitataan).⁶¹⁹

Selvityshenkilöiden raportti paljasti sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaamisen keskeisimmät haasteet. Palveluiden järjestäjät kokivat julkisen vallan tarjoaman ohjauksen riittämättömäksi ja epämääräiseksi. Kaikki tieto-ohjauksen keskeiset käsitteet olivat määrittelemättä, eikä niiden sisällöistä tai merkityksistä ollut yhteisesti jaettua käsitystä. Palveluiden järjestäjät olivat huolissaan asiakkaiden perus- ja ihmisoikeuksien toteutumisesta palvelujärjestelmässä, joka oli rakennettu kyvykkäiden ja ”äänekkäiden” asiakkaiden tarpeisiin ja jonka laatua ei valvottu riittävästi.

Osattiinko nämä epäkohdat huomioida uudessa hallitusohjelmassa? Sipilän hallitus alkoi rakentaa hallitusohjelmaansa erilaisten poliittisten intressien keskellä. Suomi oli taloudellisesti kiristyvässä tilanteessa, eikä rakenteellisista uudistuksista oltu päästy yksimielisyyteen. Samalla globaali tilanne kriisiytyi lisääntyvän pakolaisuuden myötä. Työttömyys ja eläkkeelle siirtyvien määrä oli kasvanut koko

⁶¹⁸ Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttava ja tehokas ohjaus. Selvityshenkilöraportti 2016 2016, 6–10, 12–15.

⁶¹⁹ Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttava ja tehokas ohjaus. Selvityshenkilöraportti 2016 2016, 6–10, 12–15, 17, 22–23, 31–38, 45.

ajan ja uusia tulonsiirtomalleja, kuten perustulokokeilua, jouduttiin harkitsemaan. Hyvinvointivaltiomallin ajateltiin olevan taas kerran kriisissä.⁶²⁰

Pääministeri Sipilän hallitusohjelma (2015–2019) oli strateginen ja sen visio oli: ”Suomi vuonna 2025 on uudistuva, välittävä ja turvallinen maa, jossa jokainen meistä voi kokea olevansa tärkeä.” Hallitusohjelmassa oli esimerkiksi seuraavia tavoitteita: vahva yhteenkuuluvuuden tunne maassa, jossa jokaisesta pidetään huolta ja autetaan ajoissa, vapaus ja vastuu rakentaa omaa elämää, keskinäinen luottamus ja kunnioitus vähemmällä säätelyllä, kansalaisten palkitseminen ahkeruudesta, työstä ja toimeliaisuudesta, koko Suomen voimavarojen hyödyntäminen sekä uusiutumisen, luovuuden ja uteliaisuuden arvostaminen.⁶²¹

Mielenterveystyö mainittiin hallitusohjelmassa hyvinvoinnin edistämisen yhteydessä; ”käynnistetään kansallinen mielenterveyttä edistävä ja yksinäisyyttä vähentävä ohjelma”. Mielenterveyspoliittinen neuvottelukunta⁶²² ja Mielenterveyspooli⁶²³ esitti psyykkisen hyvinvoinnin ohjelmaa⁶²⁴ hallitusohjelmaan. Esityksen mukaan mielenterveystyötä olisi siirrettävä korjaavasta ja hoitavasta työstä edistävään ja ennaltaehkäisevään työhön, mutta psyykkisen hyvinvoinnin ohjelmaa ei otettu hallitusohjelmaan omaksi ohjelmakseen.⁶²⁵

Psyykinen hyvinvointi -ohjelman sijaan mielenterveystyötä kehitettiin osana Sosiaali- ja terveysministeriön toimeenpano-ohjelmaa, jossa yhtenä tavoitteena oli mielenterveyden edistäminen ja yksinäisyyden ehkäisy⁶²⁶ sekä kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistus. Sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelman tavoitteena oli; ”Suomalaiset voivat paremmin ja kokevat pärjäävänsä erilaisissa

620 Taloudellista lamaa ja hyvinvointivaltion kriisiä on syytetty johdonmukaisesti 1980-luvulta alkaen, kun on haluttu löytää syyllisiä toimimattomaan järjestelmään. Kuten luvussa 3, jossa käsiteltiin NPM-paradigmaa, voidaan näiden syytösten taustalla nähdä kuitenkin myös selkeitä poliittisia intressejä, eikä tämä hallitus ollut tästä poikkeus.

621 Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma.

622 Mielenterveyspoliittinen neuvottelukunta on valtakunnallisten mielenterveysjärjestöjen kokoama kaikkien eduskuntapuolueiden yhteinen mielenterveyspoliittinen yhteistyöelin, joka käsittelee ajankohtaisia sosiaali- ja terveydenhuollon lainvalmisteluasioita sekä pyrkii vaikuttamaan yhteiskunnalliseen keskusteluun mielenterveyskysymysten näkökulmasta. <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/yhteiskunta/verkostot/neuvottelukunta-vaikuttaa-yhteiskunnalliseen-keskusteluun>

623 Mielenterveyspooli on suomalaisten pääasiassa mielenterveysjärjestöjen yhteinen vaikuttamisfoorumi. <http://mielenterveyspooli.fi/>

624 Mielenterveyspooli 24.3.2015. <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveyspooli-ty%C3%B6urienpident%C3%A4minen-edellytt%C3%A4%C3%A4-kansallista-psyykkisen-hyvinvoinnin-ohjelmaa>

625 Aikaisemmin mielenterveyspoliittista ohjelmaa oli esittänyt hallitusohjelmaan vuonna 1999 Mielekäs Elämä! -ohjelman johtoryhmä. Katso tarkemmin luvusta 3.

626 Sipilän hallitusohjelmassa yksinäisyyden käsite kytketään ensimmäistä kertaa mielen hyvinvointiin. 2010-luvulla yksinäisyydestä oli tullut yleisessä keskustelussa kiinnostava ilmiö. Sitä tutkittiin runsaasti ja sen sanottiin olevan seuraava suuri kansansairaus, joka tulee aiheuttamaan enemmän ennenaikaisia kuolemia kuin ylipaino. ”Tutkijat; yksinäisyys suurempi terveysriski kuin Ylipaino”: <https://www.tekniikkatalous.fi/tiede/laaketiede/tutkijat-yksinaisyys-suurempi-terveysriski-kuin-ylipaino-vaikutus-on-verrattavissa-tupakoinnin-lopettamiseen-6667195> Yksinäisyydelle on kehitteillä myös lääkitys. ”Scientists are working on a pill for loneliness”: <https://www.theguardian.com/us-news/2019/jan/26/pill-for-loneliness-psychology-science-medicine>. Tämä on kiinnostava ilmiö medikalisaation näkökulmasta.

*elämäntilanteissa...Jokainen ihminen kokee voivansa vaikuttaa, tehdä valintoja ja ottaa vastuuta...painopiste on ennaltaehkäisyssä.”*⁶²⁷

Näiden tavoitteiden saavuttamiseksi uudistettiin työttömyysturvaa, luotiin osallistava sosiaaliturvamalli sekä helpotettiin työnantajien työllistämismahdollisuuksia. Näiden toimien toivottiin purkavan kannustinloukkuja. Vaikeimmin työllistävien kansalaisten työllistäminen suunniteltiin siirrettäväksi työvoimahallinnolta kuntien vastuulle. Jatkona edellisen hallituksen osatyökykyisten työllistymisen edistämiseksi⁶²⁸ käynnistettiin *OITE – osatyökykyisille väyliä työhön- ohjelma*. Työllistymisen edistämisen lisäksi aiottiin jälleen kerran kehittää palveluja asiakaslähtöisiksi vahvistamalla varhaista tukea ja ennaltaehkäisevää työtä sekä edistämällä ihmisten osallisuutta. Tavoitteena oli määritellä julkinen palvelulupaus sekä kokemusasiantuntijuuden ja asiakkaiden osallistumisen toimintamalli.⁶²⁹

Myös Kataisen hallituksen aloittamaa ihmisoikeuspolitiikan kehittämistä jatkettiin. Vähäinen kiinnostus ihmisoikeuskysymyksiin on näkynyt poliittisten asiakirjojen painotuksissa, ja vasta 2000-luvulla on ryhdytty muotoilemaan suomalaista ihmisoikeuspolitiikkaa. Suomen ensimmäisen kansallisen perus- ja ihmisoikeustoimintaohjelman jälkeen julkaistiin Suomen ensimmäinen *Ihmisoikeusstrategia*⁶³⁰ vuonna 2013, jossa muotoiltiin ihmisoikeuspolitiikan periaatteet, toimintatavat ja tavoitteet ulko- ja turvallisuuspolitiikassa. Teemaksi määriteltiin syrjinnän poistaminen sekä avoimuuden ja osallisuuden lisääminen.⁶³¹ *Strategian toimeenpano-ohjelma* tehtiin vuosille 2013–2015.⁶³²

Ulkopoliittisten ihmisoikeuskysymysten lisäksi jatkettiin myös kansallisen ihmisoikeustilanteen selvittämistä. *Valtioneuvoston ihmisoikeusselonteko* julkaistiin kolmannen kerran vuonna 2014. Selonteon mukaan ihmisoikeustilanne oli muuttunut edellisestä, vuonna 2009 tehdystä niin, että taloudellisen taantuman ja rahoituskriisin seurauksena oltiin aikaisempaa huolestuneempia resurssien riittävyydestä ihmisoikeuksien toteuttamisessa. Selonteon mukaan ihmisoikeusvelvoitteiden puutteellinen tunnistaminen ja turvaaminen oli merkittävä ongelma. Oikeudet eivät toteutuneet yhdenvertaisesti, joka olisi edellyttänyt esimerkiksi syrjintä- ja syrjäytymisvaarassa olevien ihmisten oikeuksien ja näkemysten erityistä huomioimista. Selonteon mukaan kansalaisjärjestöjen rooli korostui ihmisoikeuksien valvojana ja arvioijana, mutta vaikka ihmisoikeusongelmia havaittiin, ei niihin

627 Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma, 20.

628 Kaikki keinot käyttöön – yhteistyöllä ratkaisuihin 2015.

629 Hallitusohjelman toimeenpanosuunnitelma STM:n hallinnonalalle 2016–2019.

630 Taustalla oli EU:n ensimmäisen Ihmisoikeusstrategian julkaiseminen vuonna 2012 (*EU Strategic Framework and Action plan on Human rights and Democracy*), jossa linjattiin EU:n ihmisoikeustyön painopisteet. EN:n Ihmisoikeusvaltuutettu järjesti ensimmäisen ihmisoikeustoimintaohjelmien toimeenpanoa käsittelevän työpajan vasta vuonna 2014. Ulkoasiainhallinnon ihmisoikeuspoliittisen toimintaohjelman (2013–2015) arviointi 2015.

631 Suomen ulkoasiainhallinnon ihmisoikeusstrategia 2014.

632 Suomen ulkoasiainhallinnon ihmisoikeuspoliittinen toimintaohjelma 2013–2015.

reagoitu riittävästi. Selonteossa annettiin kehittämisehdotuksia sananvapauden turvaamiseen, seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen yhdenvertaisuuteen, vammaisten henkilöiden oikeuksien turvaamiseen sekä TSS-oikeuksien⁶³³ täytäntöönpanoon.⁶³⁴

Ihmisoikeuksien toimeenpanoa vahvistettiin kehittämällä lainsäädäntöä. Vuonna 2014 annettiin yhdenvertaisuuslaki, jonka tarkoituksena oli edistää yhdenvertaisuutta ja syrjimättömyyttä sekä tehostaa syrjinnän kohteeksi joutuneen oikeusturvaa. Muista pohjoismaista poiketen laki kattaa Suomessa julkisen sektorin lisäksi myös yksityisen sektorin. Yhdenvertaisuuden edistäminen kuuluu lain mukaan viranomaisille, koulutuksen järjestäjille ja työnantajille. Syrjinnän kieltö koskee myös terveydentilaan liittyvää syrjintää riippumatta siitä, onko syrjintä oletettavaa vai tosiseikka. Syrjinnällä tarkoitetaan tässä laissa välitöntä syrjintää, välillistä syrjintää, häirintää, kohtuullisten mukautusten epäämistä sekä ohjetta tai käskyä syrjiä. Laki velvoittaa myös positiiviseen erityiskohteluun.⁶³⁵

Valtioneuvosto tilasi kansallisten perus- ja ihmisoikeusindikaattoreiden kehittämishankkeen vuonna 2015, sillä aikaisempien selvitysten tuloksena oltiin huomattu, että ihmisoikeuspolitiikan seurantajärjestelmää ei ollut, ja että sitä tulisi kehittää, jotta ihmisoikeuksien toteutumista voitaisiin paremmin seurata. Indikaattoreiden kehittämiskohteiksi valittiin oikeus terveyteen ja vammaisten henkilöiden oikeuksien toteutuminen. Hankkeen loppuraportin toimenpide-ehdotuksena ovat ihmisoikeusindikaattoreiden pilotointi esimerkiksi vammaisten ihmisten oikeuksien kohdalla, viranomaisen osoittaminen ihmisoikeuspolitiikan seurantaan, ihmisoikeusasiantuntijakeskuksen koordinaatio, tiedon kerääminen ja tuottaminen rakenteellisen syrjinnän havaitsemiseksi sekä ihmisoikeusindikaattoreiden tulosten systemaattinen hyödyntäminen lainvalmistelussa.⁶³⁶

Loppuraportissa analysoitiin erikseen ”mielenterveysongelmaisten” tilannetta Suomessa. Heidän todettiin olevan alttiita erilaisille ihmisoikeusloukkauksille palvelu- ja hoitolaitoksissa. Esimerkiksi rajoitustoimenpiteitä käytetään tarpeettomasti ja kyseenalaisin keinoin. Raportin kirjoittavat näkivät mielenterveyslain uudistamisen tarpeellisenä ja kiireellisenä. Lisäksi kiinnitettiin huomiota itsemurhien määrään.⁶³⁷

Valtioneuvoston ihmisoikeusselonteon jälkeen julkaistiin *Kansallinen perus- ja ihmisoikeustoimintaohjelma* vuosille 2017–2019. Toimintaohjelman tavoitteena oli vahvistaa julkisen vallan perus- ja ihmisoikeuksien turvaamisen tehtävää, puuttua havaittuihin ihmisoikeusongelmiin sekä täydentää eri politiikkasektoreilla tehtävää ihmisoikeustyötä. Lisäksi toimintaohjelman tavoitteita olivat perus- ja ihmisoikeuskasvatus, yhdenvertaisuus, itsemääräämisoikeus ja digitalisaatio.

633 Taloudelliset, sivistykselliset ja sosiaaliset oikeudet. Katso tarkemmin luvusta kaksi (2).

634 Valtioneuvoston ihmisoikeusselonteko 2014.

635 Yhdenvertaisuuslaki 1325/2014.

636 Rautiainen & Lavanpuro & al. 2016.

637 Rautiainen & Lavanpuro & al. 2016, 60–62.

Ihmisoikeuksien toteutuminen tiedettiin ongelmalliseksi yksilöiden oikeuksien kohdalla. Eriarvoistumisen kasvu yhteiskunnassa näkyi myös siinä, että ihmisoikeudet toteutuivat eri tavoin erilaisten ihmisten kohdalla.⁶³⁸

Hallitusohjelmat ja sosiaali- ja terveystoimen toimeenpano-ohjelmat painottavat ihmisoikeusajattelun kehittymisestä huolimatta 2010-luvulla aikaisempaa vahvemmin ihmisen omatoimisuutta, aktiivisuutta ja elämänhallintaa. Vapaus, vastuu, ahkeruus ja toimeliaisuus olivat ohjelmien keskeisiä käsitteitä. Mielenterveystyö kytkettiin kiinnostavalla tavalla yksinäisyyden käsitteeseen Sipilän hallitusohjelmataavoitteissa. Mielenterveystyö siirtyi yhä kauemmaksi sairaaloiden psykiatriasta ja potilaiden hoitamisesta. Medikalisaatio koski jo kaikkia elämän ilmiöitä- jopa yksinäisyyttä. Poliittisten asiakirjojen käsitteitä, kuten ”*paremmin voivat suomalaiset*” ja ”*vapaus*”, ”*vastuu*”, ”*uusiutuminen*”, ”*luovuus*” ja ”*uteliasuus*” tarkastellessa herää kuitenkin kysymys, että onko kyse enää vain medikalisaation paradigmasta vai mitä nämä itsen kehittymiseen ja kehittämiseen liittyvät käsitteet merkitsevät? Miten ja miksi rakennetaan parempaa ihmistä? Minkälaisesta normistosta ja arvoista tämänkaltaisen ajattelun vahvistuminen poliittisissa asiakirjoissa kertoo?

Julkisen vallan ohjaama mielenterveystyö on muuttunut vuosikymmenien aikana sairauden hoidosta hyvinvoinnin vaalimiseen ja mielenterveyden edistämisen tavoitteet ilmenevät politiikkaohjelmissa hyvinvoinnin vahvistamisen tavoitteina. Samanaikaisesti yleinen keskustelu yksilön onnellisuudesta ja sen edellytyksistä on lisääntynyt. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2018 julkaiseman kansanterveyskyselyn tulokset sisälsivät jo positiivisen mielenterveyden käsitteen ensimmäistä kertaa.⁶³⁹ Samaan aikaan keväällä 2018 YK valitsi Suomen maailman onnellisemmaksi maaksi.⁶⁴⁰ Keskustelu onnellisuudesta tai sen puutteesta tai suomalaisesta onnesta ei sinänsä ollut kiinnostavaa, mutta se, että siitä keskusteltiin niin paljon, oli kiinnostavaa. Kiinnostavaa oli sekin, että onnellisuutta mitattiin ja tutkittiin ja maita vertailtiin tältä pohjalta. Onnellisuus elämän tavoitteena ei sinänsä ollut uusi asia – onhan se julkilausuttu jo Yhdysvaltojen itsenäisyysjulistuksessakin vuonna 1776.⁶⁴¹

Tämän tutkimuksen kannalta kiinnostavaa on kuitenkin se, että mitä siitä seuraa, kun julkinen valta normittaa hyvää elämää hyvinvoinnin ja onnellisuuden käsitteillä? Mitä siitä seuraa erityisesti niiden kansalaisten näkökulmasta, joilla ei mielen hyvinvointia ja onnellisuutta ole? Edistääkö onnellisuuden tavoitteluun keskittyminen

638 Kansallinen perus- ja ihmisoikeustoimintaohjelma 2017–2019.

639 Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2018. Positiivisen mielenterveyden käsite on myös 2019 vuonna valmistelussa kansallisessa mielenterveysstrategiassa keskeinen käsite. ”Mitä mielenterveysstrategia muuttaa?": <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/mita-mielenterveysstrategia-muuttaa/?public=720cb0930c3239ab7663270fdc235404>

640 World Happiness Report 2018.

641 Yhdysvaltain itsenäisyysjulistus, Wikipedia: https://fi.wikisource.org/wiki/Yhdysvaltain_itsen%C3%A4isyysjulistus

heidän asemaansa? Minkälaisia mahdollisuuksia on kohdata vastoinikäymisiä ja pettymyksiä sekä traumoja ja kriisejä yhteiskunnassa, jossa hallitusohjelmaa myöten tavoitellaan hyvinvointia tärkeimpänä arvona ja jossa vastoinikäymiset odotetaan voitettavan aktiivisesti ja toimeliaasti omien ponnistelujen varassa?

Lisääntyneen onnellisuusretoriikan yhtenä vaikuttavana tekijänä voidaan pitää medikalisaation kehittymistä niin, että psykiatria on siirtynyt eri elämän aloille, ihmisten arkeen ja ihmisen sisäiseen maailmaan. Tyytymättömyyden, onnettomuuden ja alakulon tunteet ovat ongelmallisia onnellisuutta tavoittelevassa yhteiskunnassa, ja psykiatrian medikalisaatio antaa niiden olemassaololle helpottavan selityksen. Esimerkiksi Peter Conradin mukaan elämän vaikeuksia on yhä vaikeampi sietää ja ne ovat hämmentäviä, stressaavia sekä käsittämättömiä. Ilmiöiden ymmärtäminen diagnoosien kautta on ihmisille kokemuksellisesti usein helpottavaa. Diagnoosointi ei ole enää vain lääketieteen vallankäytön väline vaan yksilöiden hakema legitimeetti omille tuntemuksilleen.⁶⁴²

Medikalisaation tutkijat ovat huomanneet, että hyvinvointitavoitteiden lisääntyessä myös diagnoosointi on lisääntynyt. Esimerkiksi Peter Conradin mukaan biolääketieteen kehitys on vaikuttanut siten, että adhd-diagnoosit ovat yleistyneet.⁶⁴³ Lääketieteellisen syyn löytyminen erilaisille oireiluille mahdollistaa sen, että oireilujen sosiaalisten ja yhteiskunnallisten syiden tutkimista voidaan vältellä. Sen lisäksi se on mahdollistanut uudenlaisen ”vammaisuuden” muotoutumisen ja sen seurauksena erilaisten oikeuksien ja etuuksien ajamisen. Potilasjärjestöillä on ollut tässä kehityksessä merkittävä rooli niiden ajaessa oman jäsenistönsä oikeusturvaa – yhteiskunnan tarjoaman tukiverkon toimiessa yleensä vasta diagnoosin saamisen jälkeen.⁶⁴⁴

Terveyden edistäminen muuttuu ongelmalliseksi, kun siirrytään fyysisen terveyden tavoitteista psyykkisen terveyden tavoitteisiin, kuten jo aikaisemmassa luvussa osoitin. Kuka määrittelee, mikä on riittävä määrä psyykkistä terveyttä? Onko onnellisuus psyykkistä terveyttä? Vahvistaako onnellisuuden tavoittelemista sellaisen lääketieteen kehittyminen, joka lupaa onnellisuutta? Esimerkiksi masennuslääkkeet lupaavat ”onnellisuuden” tunteen ilman psyykkistä työtä tai itsetutkiskelua. Medikalisaation tutkija Nikolas Rose kuvaa tätä ilmiötä sanoilla ”kosmeettinen psykofarmakologia”. Myös hän kritisoi tarkkavaisuushäiriöiden lääkitystä ja toteaa,

642 Conrad 2007, 8, 11–12, 15. Päivi Rissanen kuvaa väitöstutkimuksessaan, miten sairastumisesta ja diagnoosin saamisesta seurasi myös hyvää – se antoi oikeuden olla sairas. Hän kuvaa, miten väsymyksen muututtua sairaudeksi, ei enää tarvinnut tuntea syyllisyyttä poissaoloista töistä tai saamattomuudesta. Rissanen 2015, 73.

643 Tätä väitettä myös kritisoidaan voimakkaasti esimerkiksi autismin kirjoon kuuluvien potilaiden omista yhdistyksissä. ”Väärin ymmärretty ADHD”: <https://www.helsinki.fi/fi/uutiset/koulutus-kasvatus-ja-oppiminen/vaarinymmarretty-adhd>. Laajan kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan kuitenkin sanoa, että ADHD-diagnoosien määrä on lisääntynyt medikalisaation ja lasten tunteiden, toiminnan ja reaktioiden patologisoinnin seurauksena sekä toisaalta myös uusliberalistisen hallinnan seurauksena erityisesti koulutuspolitiikassa ja terapeutin kulttuurin yksilökeskeisyyden seurauksena. Koutsoklenis & Honkasilta & Brunila 2019.

644 Conrad 2007, 46, 61, 64 -67.

että kyseessä on usein todellisen kärsimyksen poistamisen ja hoitamisen sijaan ihmisen ”parantaminen” tai oikeiden tunnetilojen väistely. Psykykenlääkkeet lupaavat käyttäjilleen paluun ”oikeaan minään” ja ”aidon minän löytymisen”, joka sopii yleistyneeseen paradigmaan, jossa elämän tarkoituksen ajatellaan löytyvän jatkuvasta itsensä kehittämisestä ja täydellistymisestä.⁶⁴⁵

Onnellisemman ja paremman elämän jatkuva tavoittelu on luonut lääkkeiden lisäksi uusia yhteiskunnallisia ilmiöitä kuten elämäntaidon valmentajat ja konsultit, self help-kirjallisuuden ja erilaiset hyvinvointia tarjoavat palvelut ja sosiaaliset liikkeet. Vuonna 2016 tehdyssä dokumenttielokuvassa jatkuvasta onnellisuuden tavoittelusta tulee painajainen, jossa mikään ei riitä ja lopulta dokumentin tekijä joutuu hyväksymään sen, että pakonomainen onnellisuuden tavoittelu ei onnistu kaikista tarjolla olevista keinoista huolimatta. Dokumentti paljastaa yhteiskunnan onnellisuusimperatiivin – pakkoa tulla onnelliseksi ja sen unohtamista, että kärsimys kuuluu elämään.⁶⁴⁶

Medikalisaatio näkyy myös siinä, miten tunne-elämää tulkitaan. Elämään olennaisesti kuuluvia asioita, kuten surua, patologisoidaan. Suomalaisesta surusta vuonna 2016 väitellyt uskontotieteilijä Mari Pulkkinen kuvaa tutkimuksessaan, miten kuolemansuruakin saatetaan pitää vain tilapäisenä häiriönä elämänsä aikana. Tutkimuksensa perusteella hän väittää, että olemme taipuvaisia ajattelemaan niin, että surusta tulisi päästä yli mahdollisimman nopeasti ja tästä prosessista käytetään käsitettä surutyö. Omissa tutkimuksissaan hän kuitenkin tarkastelee suremisen ilmiötä psykologista viitekehystä laajemmin. Hänen mukaansa surutyö dynaamisena prosessina ei riitä välttämättä kuvaamaan jokaisen yksilön henkilökohtaista tapaa surra – vaikkapa loputtomasti. Suru on muutakin kuin tunteiden työstämistä ja psyykkistä työtä. Se voi olla olennainen osa elämää.⁶⁴⁷

Tunteiden patologisointi ja psyykkisen työn korostaminen voidaan nähdä ilmentävän terapeuttisen kulttuurin vahvistumista yhteiskunnassa. Tutkijoiden mukaan terapeuttinen kulttuuri on jatkoa medikalisaatiolle, kun ensin yhteiskunnan eri toiminta-alueiden lääketieteellistyttyä, on se sittemmin syventynyt psykologian, psykiatrian ja terapian diskursseina. Paradigmaan liittyy ongelma- ja diagnoosikeskeisyys ja ratkaisukeinoina esitetään usein erilaisia elämänhallintaan ja tunteiden hallintaan liittyviä apukeinoja. Terapeuttinen diskurssi ilmentää myös yksilön normia. Enää ei riitä, että on terve ja mahdollisimman tavallinen (ts. samanlainen kuin muut), vaan lisäksi on oltava koostunut, seesteinen, hallittu, hyvinvoiva, elinvoimainen ja onnellinen. Kaikki muu on epäonnistumista elämässä. Ahtaan normin

645 Rose 2007, 77, 80, 98–101.

646 ”Onnellisuuden etsiminen voi olla painajainen”: <https://yle.fi/aihe/artikkeli/2016/01/25/onnellisuuden-etsiminen-voi-olla-painajainen>

647 Pulkkinen 2016.

lisäksi itseen keskittyminen erottaa yksilön yhteisöistä – me emme ole enää me, vaan me olemme minä.⁶⁴⁸

Huolestuttavinta tutkijoiden mukaan tässä paradigmassa on se, että siinä ei kyetä erottamaan vakavia traumoja esimerkiksi tavallisista psyykkiseen kehitykseen kuuluvista tehtävistä. Esimerkkinä tästä ovat oppilaitosten opiskelijoiden lisääntyneet kurssit esimerkiksi tunteiden hallintaan, kommunikointitaitojen lisäämiseen sekä psykodraamallisten menetelmien käyttöön liittyen. Näillä kursseilla käytetään laajasti erilaisia psykologisia, terapeutisia ja positiivisen psykologian keinoja. Edistävän ja ennaltaehkäisevän mielenterveystyön vahvistuminen yhteiskunnassa voidaan nähdä terapeutin kulttuurin seurauksena.⁶⁴⁹

Ennaltaehkäisevä ja edistävä mielenterveystyö on väestön hallintaan kohdistuva yhteiskuntapolitiikkaa. Terapeuttinen kulttuuri on siis hallintavallan yksi muoto. Terapeutin kulttuurin hallitsemassa yhteiskunnassa kansalainen on oppinut hallitsemaan itsensä. Kristiina Brunila on tutkinut terapeutista kulttuuria ja valtaa erityisesti poikkisektoraalisen ja koulutuspolitiikan, koulutuksen, ohjauksen ja kuntoutuksen yhteydessä sekä pohjoismaisen hyvinvointivaltion siirtymistä kilpailua korostavaksi terapeutiksi valtioksi.⁶⁵⁰ Hänen mukaansa paradigma voidaan verrata uusliberalistiseen hallintaan, jonka tavoitteena on autonominen, itsestään vastuussa oleva, joustava ja itseään jatkuvasti kehittävä yksilö. Elämän päämääränä on vapautuminen kaikista mielen ja tunteiden luomista kahleista kohti itsen ja oman elämän täydellistä hallintaa. Terapeutin hallintaan kuuluu autonomian arvostus, joka on nähtävissä poliittisissa asiakirjoissa – tosin itsemääräämisoikeuden sijaan itsen kehittämisen ja luovuuden tavoittelun näkökulmasta⁶⁵¹. Autonominen yksilö ohjaa omaa toimintaansa sopeutuen ja adaptoituen.⁶⁵²

Terapeuttinen kulttuuri vaikuttaa myös siihen, mihin yhteiskunnassa kiinnitetään huomiota – se on keino kääntää yksilön katse itseen yhteiskunnan sijaan. Samalla sosiaalinen eriarvoisuus muuntuu tietyn väestöryhmän psyko-emotionaaliseksi haavoittuvuudeksi – *vulnerabilityksi*.⁶⁵³ Tutkijat tarkastelevat haavoittuvuutta eetosena, tälle ajalle tyypillisenä ajattelu- ja toimintatapana sekä erityisesti poliittisen ohjauksen välineenä, jolla saadaan aikaan asioita, joka ohjaa näkemään ihmiset tietyllä tavalla ja joka ohjaa ihmisten käyttäytymistä tietyllä

648 Brunila & Siivonen 2014, 58.

649 Ecclestone & Brunila 2015, 5 - 7.

650 Brunila, Mertanen, Tiainen & al. 2018.

651 Katso esimerkiksi Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma.

652 Brunila & Siivonen 2014, 56 - 57. Brunila havaitsi ilmiön tutkiessaan koulutuspolitiikka ohjannutta projekti -maailmaa 1990- 2000-luvuilla. Brunila & Siivonen 2014, 61 sekä Brunila 2009. Koulutuspolitiikan ja terveyspolitiikan välillä onkin kiinnostavia yhtymäkohtia. Samat arvot ja ihmiskäsitys on myös selvästi nähtävissä 2010-luvun poliittisissa asiakirjoissa, jotka ovat toimineet tämän tutkimuksen aineistona. Terapeutin kulttuuriin kuuluvat tavoitteet näkyvät selvästi esimerkiksi Sipilän hallitusohjelman luovuuden ja hyvinvoinnin käsitteiden käytönä.

653 Ecclestone & Brunila 2015, 3 - 4, 15, 23.

psyko-emotionaalista haavoittuvuutta korostavalla tavalla. Haavoittuvuudesta on tullut yleinen sosiaali-, työvoima – ja koulutuspolitiikkaa ohjaava hallinnan ja kontrolloinnin tapa, jossa korostetaan psyko-emotionaalisia ongelmia ja itsekontrollia. Tutkijat ovat tuoneet esille myös sen, että haavoittuvuuden eetos unohtaa laajemmat rakenteelliset, yhteiskunnalliset, kulttuuriset, historialliset ja talouspoliittiset näkökulmat.⁶⁵⁴ Haavoittuvassa asemassa olevaa ihmisryhmää, kuten mielenterveyden häiriöön sairastuneita, voidaan ohjata tiettyyn asemaan yhteiskunnassa – haavoittuvaan asemaan. Tähän joukkoistamiseen kuuluu runsas huoli- ja syrjäytymisretoriikka, jossa ollaan huolissaan eriarvoisessa asemassa olevista kansalaisista.⁶⁵⁵

Haavoittuvassa asemassa nähtyinä olevat kansalaiset toistuvat usein huolenaiheena myös tämän tutkimuksen aineistona olevissa poliittisissa asiakirjoissa ja heidän asemaansa halutaan kerta toisensa jälkeen kohentaa. Haavoittuva asema on kuitenkin annettu positio ja tiettyihin arvoihin perustuvan sosiaalipolitiikan harjoittamisen tulosta, eikä yksilöiden itsensä identifioida todellisuus. Esimerkiksi syrjäytynyt nuori ei välttämättä koe olevansa syrjäytynyt, eikä kukaan halua vapaaehtoisesti osaksi haavoittuvaisten joukkoa. Silti hyvinvointivaltiossakin on alettu puhua kasvavasta eriarvoisuudesta väestöryhmien välillä.⁶⁵⁶

On kuitenkin ongelmallista, että haavoittuvassa asemassa olevien väestöryhmien aseman ajatellaan kohentuvan yksilöön suunnatuilla interventioilla kuten olemme sosiaali- ja terveydenalaan kuuluvissa asiakirjoissa voineet huomata. Sosiaalinen epäoikeudenmukaisuus nähdään tässä ajattelutavassa psykologisena kysymyksenä, johon auttaa ihmisten motivointi, osallistaminen ja syrjäytymisen estäminen. Tutkijat ovat kuitenkin huomauttaneet, etteivät osattomuuteen ja syrjäytymiseen johda niinkään yksilön tunne-elämän ilmiöt, vaan niihin vaikuttavat ennen muuta yhteiskunnan rakenteet ja valtajärjestelmät. Ongelman virheellisestä tunnistamisesta seuraa, että kaikki julkisen vallan toimenpiteet suunnataan väärään kohteeseen, eikä haluttuja tuloksia saavuteta.⁶⁵⁷

Brunilan mukaan terapeutin kulttuurin keinoin ei voida saavuttaa sen omia tavoitteita, koska ihmisten tekemien valintojen perusta ei ole hänen ”paras itsestään”, vaan hänen ulkopuolellaan olevat mahdollisuudet, joita joko on tai ei ole. Ihmisestä ei loputtomasta kilvoittelustakaan huolimatta tule onnellisempi ja paremmin voiva *the best version of yourself*, vaan päinvastoin henkilökohtainen epäonnistuminen elämässä on todennäköisempää kuin koskaan aikaisemmin.⁶⁵⁸ Lisääntykö psyykinen pahoinvointi samalla kun media tarjoilee onnistumistarinoita sekä kertomuksia vastoinkäymisten voittamisesta ja sinnikkyydestä, joka lopulta palkitaan? Ainakin

654 Brunila & Mertanen & Ikävalko & al. 2019.

655 Ecclestone & Brunila 2015, 12 sekä Brunila, Mertanen, Ikävalko & al. 2019.

656 Brunila & Mertanen & Ikävalko & al. 2019.

657 Ecclestone & Brunila 2015, 1–2, 22.

658 Brunila & Siivonen 2014, 58–59 sekä Brunila & Mertanen & Tiainen & al. 2018.

kertomatta jäävät usein ne muut tarinat: kun sinnittely ei ole riittänyt, kun voimat ovat loppuneet kesken tai kun kyseessä ei ole ollut yrityksen puute.⁶⁵⁹

Katie Wright, joka on tarkastellut genealogisesti terapeuttisen yhteiskunnan rakentumista, huomauttaa tutkijoiden varoittaneen terapeuttisen kulttuurin vaa-roista jo useamman vuosikymmenen ajan. Se on voimistanut ihmisten itseen ja sisäiseen elämään keskittymistä. Tämä on johtanut tutkijoiden mukaan moraalin romahtamiseen.⁶⁶⁰ Voidaan sanoa, että itseen keskittyminen –*preoccupied with self*- kuuluu olennaisesti postmoderniin kulttuuriin, jossa kenelläkään ei ole vahvaa auktoriteettiasemaa ja jossa kapitalismi on onnistunut yhdistämään terapeuttisen kulttuurin vahvistumisen *life style*-maailmaan ja kuluttamiseen. Terapeuttisen kulttuurin keinoin kansalaiset epäpolitisoidaan yhteiskunnan rakenteiden, tapahtumien ja paradigmojen suhteen. Yksilöiden perusihmisoikeuksista on tullut oikeuksia hyvinvointiin, itsenäisyyteen, omaehtoisuuteen sekä ruumiilliseen autonomiaan ja turvallisuuteen.⁶⁶¹

Toisin kuin 1960-luvun yhteiskuntaradikalismien aikaan, suuntautuu ihmisten mielenkiinto 2010-luvulla yhteiskunnallisen vaikuttamisen sijaan itseen. Yhteiskuntakriitikko Noam Chomskyn mukaan tämä on ollut tietoinen väestön hallinnan keino yhteiskunnan vallanpitäjiltä, jossa yksilön mielenkiinto käännetään yhteiskunnallisten epäkohtien sijaan kuluttamiseen sekä nautinnon ja hyvän mielen tavoitteluun.⁶⁶² Ihmisen näkeminen ensisijaisesti haavoittuvana psyko-emotionaalisenä kohteena, on myös johtanut haavoittuvina pidettyjen ihmisten elämän kapeutumiseen, koska heitä ei nähdä toimijoina, politiikkaan osallistujina tai kyvykkäinä kansalaisina.⁶⁶³

Medikalisaation ja terapisaation kulttuurit sekä väestön hallinta hyvinvointitavoitteilla on ollut erityisen haitallinen kehityskulku vakavasti sairaiden kansalaisten näkökulmasta. Julkisen vallan keskittyminen ennaltaehkäisevään ja edistävään työhön on käytännössä syrjäyttänyt aktiivisen ratkaisujen etsimisen niille kansalaisille, jotka ovat jo sairaita. Voidaan kysyä, että onko hyvinvoinnin tavoittelu johtanut siihen, että sairaiden hätää ei huomata tai siihen ei haluta puuttua? Tai onko käynyt niin, että vakavasti sairaat tuntevat entistä suurempaa epäonnistumista ja häpeää, kun eivät kykene suoriutumaan aktiivisen ja luovan kansalaisuuden

659 Brunila & Siivonen 2014, 66. ”Inspiroivien tarinoiden” suosiosta kertonee myös palveluissa asiakasnäkökulma ja kokemusasiantuntijuus. Siihen voi kuitenkin liittyä myös ilmiö, jossa henkilökohtainen kokemus muuttuu tärkeämmäksi tiedoksi kuin objektiivisesti tutkittu ja selvitetty tieto. Ilmiö kertoo niin sanotusta totuuden jälkeisestä ajasta, jossa kokemus on ylivertaisessa asemassa. Tällöin voi kuitenkin unohtua se, että kokemus on aina subjektiivinen. Kokemustaan jakavat voivat pahimmillaan toistaa terapeuttista itseen käpertynyttä narratiivia palveluissa löytämättä ikinä itsestään laajemmin yhteiskunnalliseen keskusteluun osallistuvaa toimijaa.

660 Wright 2008, 321–322.

661 Wright 2008, 326, 329, 332.

662 Chomsky 2017.

663 Brunila & Mertanen & Tiainen & al. 2018.

vaateista? Voisiko tästä seurata esimerkiksi se, että ihmiset eivät hakeudu hoitoon, kuten mielenterveystyötä ohjanneet asiakirjat usein ongelmana kuvaavat? Näitä kysymyksiä ei ole tutkittu.

Sen sijaan julkinen valta on ponnistellut parempien kansalaisten luomiseksi kehittämällä palvelujärjestelmää yhä aikaisemmin riskejä seulovaksi. Tavoitteena on ollut terve, hyvinvoiva kansalainen, joka tarvitsee mahdollisimman vähän tukea ja apua, kuten voidaan toimintaohjelmista, strategioista ja hallitusohjelmista lukea. Onko julkinen valta onnistunut tässä tavoitteessaan? Onko kansa hyvinvoiva ja aktiivinen ja innokas kehittämään palveluita sekä valmis tekemään valintoja ja ottamaan vastuuta itsestään kuten hallitusohjelmissa toivotaan? Ovatko entiset mielisairaaloiden potilaat hyötyneet tästä kehityskulusta ja saavuttaneet mielen hyvinvointia?

Tarkastelen seuraavaksi poliittisten asiakirjojen asiantuntijoiden näkemyksiä ja heidän kuvaamaa todellisuutta siitä, minkälaisessa tilanteessa olemme neljäkymmentä vuotta kestäneen palvelujärjestelmäkehittämisen jälkeen.

7.5 PALVELUILLA JA HYVINVOINNILLA PAREMPAA ELÄMÄÄ?

Hyvinvointivaltiossa on onnistuttu muun muassa saamaan kuriin vakavia tartuntatauteja, kohentamaan elintasoja huolehtimalla väestön ravitsemuksesta ja pienentämään sairastumisriskiä rajoittamalla väestön tupakointia. Mielenterveyttä ja sosiaalista hyvinvointia ei ole onnistuttu kohentamaan samalla tavalla. Erilaisten sosiaali- ja terveysohjelmien arviointiraportit ja selvitykset kuvaavat, kuinka palveluita kehittämällä ei ole saavutettu mielenterveyteen ja hyvinvointiin kuuluvia tavoitteita. Esimerkiksi 2012 vuonna valmistuneen *Kansanterveys-ohjelman väliarvioinnin* mukaan mielenterveyden häiriöt olivat kymmenessä vuodessa pysyneet samanlaisina ja alkoholista aiheutuneet haitat lisääntyneet. Suomessa tehtiin edelleen eniten itsemurhia pohjoismaiden maista. Väestöryhmien välisiä terveyseroja ei oltu pystytty kaventamaan.⁶⁶⁴

Samanaikaisesti ohjelman loppuarvioinnissa keväällä 2016 todetaan, että sosioekonomisten erojen kaventamisessa ei oltu vielä onnistuttu. Kansanterveysohjelmaa analysoineessa pro gradu -tutkimuksessa epäonnistumisen syiksi nimetään resursien vähäisyys, johtamiseen ja organisointiin liittyvät ongelmat sekä puolueiden sitoutumattomuus ohjelmaan. Ohjelman tavoitteet eivät olleet vaikuttaneet talouden suunnitteluun, minkä vuoksi ne olivat jääneet pelkiksi strategisiksi tavoitteiksi. Erilaisia ohjelmia oli ollut liikaa ja palvelujärjestelmän kehittämiseen keskittyneet ohjelmat olivat saaneet suurempaa huomiota kuin muut ohjelmat. Epäonnistumisen

664 Terveys 2015-kansanterveysohjelman väliarviointi 2012, 14–15, 38, 102–103, 110, 125.

syiksi mainittiin myös se, että ohjelman tavoitteet oli muotoiltu tavalla, jota ei voida soveltaa käytännön työhön sekä käyttämällä hallintokielelle tyypillisiä ilmaisuja, joita on vaikea yhdistää sosiaali- ja terveysalan työtapoihin ja tavoitteisiin.⁶⁶⁵

Kansallisten terveysohjelmien arviointiraporttien lisäksi Suomen palveluita ja järjestelmiä arvioivat kansainväliset toimijat. Myös nämä toimijat ovat esittäneet kritiikkiä suomalaisesta järjestelmästä. Esimerkiksi vuonna 2014 OECD julkaisi vuonna 2010 alkaneen mielenterveyshankkeen, *Making Mental Health Count*-loppuraportin, jossa korostettiin, että mielenterveyspolitiikkaan kuuluvien kysymysten tulisi olla kaikissa Euroopan maissa tärkeimpiä kysymyksiä. Jäsenmaita kehoitettiin turvaamaan vakavasti sairaiden palvelut sekä kehittämään mielenterveystyön ohjaamista. Jokaiselle maalle annettiin kohdennettuja suosituksia. Raportissa kritisoitiin Suomen kehittämätöntä avohoitoa ja perusterveydenhuollon mielenterveystyötä sekä heikosti säädeltyjä asumispalveluja. Erityisen huolissaan oltiin mielenterveysmenojen supistumisesta suhteessa muihin terveysmenoihin sekä korkeista itsemurhaluvuista. Lisäksi toivottiin vahvempaa palveluiden integrointia yli sektorirajojen niin, että mielenterveystyötä ei nähdä vain sosiaali- ja terveysalan työnä, jotta mielenterveyden häiriöstä johtuvia työkyvyttömyyseläkkeiden määrää saataisiin vähennettyä.⁶⁶⁶

Sairaaloiden sulkemisen jälkeen tehtiin poliittinen päätös kehittää mielenterveyspotilaiden yhteiskunnallista asemaa palvelujärjestelmää kehittämällä. Se oli keino, joka valittiin turvaamaan vakavasti sairaiden ihmisoikeudet. Sama keino on ollut käytössä maailmanlaajuisesti. Kuitenkin palvelujärjestelmän kehittämiseen keskittynyt toiminta on saavuttanut vain osittain sille asetetut tavoitteet. Esimerkiksi tutkimusten mukaan avohoito on vähentänyt stigmatisaatiota sekä tukenut potilaiden toimintakykyä ja itsemääräämisoikeutta. Lisäksi avohoito on ollut helpommin saavutettavaa ja hoitotuloksiltaan vaikuttavampaa kuin perinteinen laitohoito. Avohoitoon perustuva hoito on parantanut pitkäaikaispotilaiden

665 Terveys 2015 – kansanterveysohjelman loppuarviointi 2016, 11–12, 21, 40. Samankaltaisia tuloksia saatiin lasten ja lapsiperheiden palveluiden kehittymistä seuranneessa raportissa syksyllä 2018. Raportin mukaan lapsiperhestrategiatyö ei ole ollut YK:n lasten oikeuksia koskevaan sopimukseen perustuvaa. Tämä näkyy mm. lasten kasvaneessa pahoinvoinnissa ja useissa muissa indikaattoreissa. Raportin mukaan ongelmana on ollut myös keskittyminen yksilöihin ja yksilöihin suunnattuihin interventioihin. Raportissa myös kritisoidaan erilaisten ohjelmien ja strategioiden määrää ja niiden tuottamaan ohjeistusta, joka ei siirry käytäntöön. Todellisenä ohjauksena informaatio-ohjauksen sijaan mainitaan resurssiohjaus ja huomautetaan samalla, että esimerkiksi valtion talousarviossa ei näy YK:n lasten oikeuksia koskevan sopimuksen toimeenpanon edellyttämiä resursseja. Määräaikaisten hallitusten määräaikaisten ohjelmat ovat tehneet toiminnan kehittämistä lyhytjänteistä ja poukkoilevaa. Ongelmana nähtiin myös palveluiden markkinoistuminen. Julkinen valta on raportin kirjoittajien mukaan siirtynyt sivusta katsojan rooliin ja peittelee sitä väljällä osallisuusretoriikalla. Esimerkiksi kuntien strategia-asiakirjoja analysoitaessa, huomasivat raportin laatijat, että YK:n lapsen oikeuksia koskevaan sopimukseen oli viitattu vain satunnaisesti, sen toimeenpanoon ei kertaakaan. Onko strategioista tullut tragedioita? 2018. Informaatio-ohjaus ja ihmisoikeusperustainen paradigma on siis puutteellista myös muilla toiminnan sektoreilla kuin vain mielenterveystyön ohjaamisessa.

666 Arviomuistio: Mielenterveyslain ja päihdehuoltolain palvelut 18.1.2016, 38–39 sekä Making Mental Health Count: http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/ocd/social-issues-migration-health/making-mental-health-count_9789264208445-en#page1

elämänlaatua ja se on vähentänyt itsemurhakuolleisuutta⁶⁶⁷ - tosin lääketiedekin ja sen hoitomenetelmät sekä ymmärrys mielenterveydestä yleisesti ovat kehittyneet 40 vuoden aikana, joten voidaanko suoraan päätellä näiden saavutusten olevan avohoitajärjestelmään siirtymisen ansiota?

Amerikkalainen antropologi, Sue Estroff, on tutkinut avohoidon institutionaalaisia mekanismeja ja vakaviin mielenterveyden häiriöihin sairastuneiden ihmisten elämää yhteiskunnassa laitoshoidon lakkauttamisen jälkeen. Estroff muistuttaa, että laitoshoidon lakkauttamiseen on liittynyt aikanaan vahvoja arvoja, joita ei ole juurikaan kyseenalaistettu, mutta jotka ovat legitimoineet muutoksen tarpeen. Näitä ovat olleet esimerkiksi ajatukset siitä, että riippumattomuus ja vapaus ovat yksilölle tärkeämpiä kuin riippuvuus avusta ja tuesta, ja että ihmisiä auttavat parhaiten sellaiset auttajat, joilla on tunteita heitä kohtaan, kuten lähiyhteisö, sen sijaan, että apua antavat ammattilaiset. Lisäksi on ajateltu, että onnellisuus ja mukavuus ovat tavoiteltavia asioita, ja että lopulta olemme moraalisesti vastuussa myös niistä ihmisistä, joilla on erilaisia preferenssejä kuin itsellämme.⁶⁶⁸

Sen lisäksi, että avohoitoon siirtymistä keinona suhteessa asetettuihin tavoitteisiin ei ole tutkittu ja analysoitu, ei sitä myöskään itsessään ole tutkittu ja analysoitu ihmisoikeuksien toteutumisen näkökulmasta. Turvaako avohoito ihmisoikeudet sairaaloita paremmin? Ovatko avohoidon käyttämät keinot ja interventiot ihmisarvoa kunnioittavampia? Sue Estroff kritisoi esimerkiksi avohoitoon liittyvää vahvaa lääkehoidon paradigmaa, lisääntyneitä kanteluiden ja oikaisupyyntöjen määrää, laajasti vaihtelevia hoitomuotoja ja hoitoparadigmoja ja palvelujen epämääräisiä rahoitusmuotoja sekä hoidettaville tarjottavia näennäistyöllisyyden muotoja.⁶⁶⁹

Avohoitajärjestelmässä on monia ongelmia, joista suurimmat liittyvät yhdenvertaisuuden toteutumattomuuteen. Järjestelmä tuottaa erilaisia palveluja sen mukaan, mikä on sairastuneen sosioekonominen asema. Lisäksi aluehallinnan vahvistamisen seurauksena palvelut ovat muodostuneet erilaisiksi eri puolella Suomea. Avohoitoa on kehitetty epätasaisesti, jolloin hoitoon pääsemisessä ja hoidon saamisessa on suuria alueellisia eroja. Ala-Nikkola on tutkimuksessaan huomannut yhteyden palveluiden järjestymisen ja väestön välillä: mitä enemmän alueella on asukkaita, sitä monipuolisemmat ja kattavammat palvelut voidaan tarjota.⁶⁷⁰

Epätasaisen hoidon tarjonnan lisäksi hoitoon hakeutuminen on epätasaista. Esimerkiksi Anna Alanko viittaa väitöskirjassaan kansainvälisiin tutkimuksiin, joiden mukaan vähemmän koulutetut ihmiset eivät usko hyötyvänsä avohoidossa

667 Deinstitutionalisaatiokehitys on vielä kesken useissa Keski-Euroopan entisissä kommunistisissa- ja Itä-Euroopan maissa, joissa sairaalahoito korostuu edelleen. Ala-Nikkola 2017, 23.

668 Estroff 1985, 10–11. Myös Anna Alanko on väitöskirjassaan todennut, että suomalaista mielenterveyspolitiikkaa on alusta alkaen ajaneet arvovalinnat avohoidon painotukseen ja sen kehittämiseen ja tähän ovat olleet ihmisoikeuksiin vetoavat perustelut. Alanko 2017.

669 Estroff 1985, 13–163.

670 Ala-Nikkola 2017, 4–5.

tarjottavan terapian kaltaisesta ”keskusteluavusta”. Samojen tutkimusten mukaan eniten mielenterveyspalveluja tarvitsevat ihmiset eivät hakeudu palvelujen piiriin, sillä heillä on niistä huonoja kokemuksia, eivätkä he koe tulevansa autetuksi.⁶⁷¹ Useat potilaat eivät halunneet käydä mielenterveystoimistossa kontrollissa tai käyttää lääkkeitä päästyään avohoitoon. Mielenterveyslakia on kritisoitu siitä, että se ei salli velvoitteista avohoitoa ehtona avohoidolle. Toisaalta potilaita halutaan kotiuttaa sairaaloista, mutta toisaalta muutakaan hoitoa ei haluta tarjota.⁶⁷²

Suurin osa mieleltään sairastuneista ei siis ole palveluiden piirissä tai edes hakeutunut niihin. Jouko Lönnqvistin sanoin Mieli-ohjelman raportissa: ”*Mielenterveyspalveluihin jonotetaan siis kotona ja omassa mielessä, ei julkisissa hoitotiloissa*”. Hoitoon hakeutuneiden hoito ei ole puolestaan ollut tarpeeksi monipuolista, sillä voimavarat on keskitetty edelleen vakavasti sairaisiin. Lönnqvistin mukaan auttamista ovat vaikeuttaneet myös yksilön oikeuksia korostava ajattelutapa, perheiden sulkeutuneisuus, naapureiden hienotunteisuus, sekä vastuun jakautuminen yhteiskunnassa.⁶⁷³ Tutkimusten mukaan esimerkiksi sairaalasta kotiutettujen skitsofreniapotilaiden elämää määrittävät kroonistuminen ja yksinäisyys - ei tehokas avohoito. Suuri osa aikaisessa vaiheessa (1970–1980-luvulla) kotiutetuista sairaalapotilaista kuoli ennen aikaisesti tai palasi takaisin sairaalahoitoon. 1990-luvulla hoitoa sai varmemmin korkeammin koulutettu henkilö, kun vähemmän koulutetuille ihmisille tarjottiin lyhyitä, tehottomia hoitopaketteja, jotka johtivat pyöröovi-ilmiöihin eli hoitokierteisiin.⁶⁷⁴

Tiedot palvelujärjestelmää käyttävistä ovat ristiriitaisia, sillä toisaalta kerrotaan, että paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevat ihmiset hakeutuvat muita helpommin hoitoon, jolloin lievistä mielenterveyden häiriöistä kärsivät asiakkaat, ei vakavasti sairast, tukkivat erikoispalvelut, ja moninaista apua tarvitsevat jäävät ilman hoitoa. Mielenterveyspalveluja saavat puutteellisesti jo muutenkin marginaalissa olevat ihmiset, kuten maahanmuuttajat, vammaiset, päihdeongelmaiset ja vangit.⁶⁷⁵ Vaikuttaa siltä, että hoitoon pääseminen ja päätyminen on sattumanvaraista, ja pieni osa ihmisistä käyttää paljon palveluja saamatta apua. Tätä kutsutaan palveluiden *heavy user* -ilmiöksi, kun on huomattu, että 10% ihmisistä käyttää 90% palveluista.⁶⁷⁶ Kerran hoidossa ollut päätyy todennäköisesti uudestaan

671 Alanko 2017, 51–52.

672 Mäkelä 2008, 84, 87.

673 Lönnqvist 2011, 178. Erityisesti masennusta potevista enemmistö on palvelujen ulkopuolella. Myönteistä kehitystä on kuitenkin tapahtunut nuorten kohdalla, sillä 60% nuorista saa tarvitsemaansa hoitoa. Tytöt hakeutuvat poikia helpommin hoidon piiriin. Palveluiden saatavuutta on vaikea arvioida, sillä ikärajat vaihtelevat sairaanhoitopiireittäin. Arviomuistio: Mielenterveyslain ja päihdehuoltolain palvelut 18.1.2016, 25.

674 Alanko 2017, 24–25.

675 Wahlbeck 2007, 92.

676 Tulos selviää Sitran, Kelan, Oulun kaupungin ja Nordic Healthcare Groupin yhteistyössä tuottamasta tutkimuksesta vuonna 2015: <https://www.sitra.fi/uutiset/uudet-tutkimukset-yhteen-sote-rahoituskanavaan-siirtyminen/>

hoitoon. Palveluista pois pääsemiseen vaikuttavat hyvin yksilölliset ja ennakoimattomat tekijät. Kuntoutumiskokemuksestaan väitellyt Päivi Rissanen on esimerkiksi maininnut, kuinka vasta kohtaaminen omahoitajan kanssa, joka osasi esittää oikean kysymyksen, mahdollisti kuntoutumisen alkamisen, vaikka hän oli vuosien ajan saanut runsaasti monipuolista, laadukasta ja erilaista hyvää hoitoa.⁶⁷⁷

Kolmas merkittävä tekijä, joka on vaikuttanut siihen, että palvelujärjestelmän kehittäminen ei ole johtanut tavoiteltuihin tuloksiin, on tieto-ohjauksen korvautuminen resurssiohjauksella. Varojen jakaminen on suoraviivaisempaa ja siksi tehokkaampi tapa ohjata toimintaa ja palveluiden järjestämistä kuin tieto-ohjaus. Käytännössä menettely on kuitenkin johtanut päätöksentekijöiden tavoitteiden kanssa ristiriitaiseen tulokseen. Tutkimukset osoittavat, että esimerkiksi kouluterveysterveys- ja terveydenhuollon määrärahojen supistaminen on johtanut erikoissairaanhoidon kuluja kasvamaan, vaikka tavoite on ollut ennaltaehkäisevän työn vahvistamisessa. Erikoissairaanhoidon käytön lisääntymistä selittää myös erikoissairaanhoidon vastuulle kuuluvan lääkitsemisen lisääntyminen hoitomuotona. Palvelujen tarjonta ei tutkimusten mukaan näyttänyt myöskään vastaavan väestön tarpeisiin, vaan siihen, millaisia palveluja pystyttiin resurssien asettamissa rajoissa tarjoamaan. Tästä kertoo esimerkiksi se, että sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannukset eivät ole vaihdelleet kunnittain väestön sairastavuuden mukaan.⁶⁷⁸

Voidaan myös kysyä, että onko palvelujärjestelmän kehittämiseen keskittynyt julkisen vallan ohjaus sille asetettujen tavoitteiden vastaisesti lisännyt psyykkistä sairastuvuutta? Samaan aikaan, kun palvelujärjestelmää on kehitetty tarmokkaasti ovat mielenterveyden häiriöt yleistyneet. Selvityksiä ja tutkimuksia lukemalla voidaan päätellä, että ihmiset sairastavat mielen sairauksia enemmän kuin koskaan aikaisemmin. Jos 1970-luvun alussa sairaaloiden potilaspaiikkoja oli 20 000, arvioidaan tällä hetkellä, että mielenterveyden häiriöitä sairastaa elämänsä aikana joka toinen ihminen. Mielenterveyden häiriöt tulevat tämän takia yhteiskunnalle kalliiksi, sillä ne aiheuttavat vuosittain pelkästään työpanosmenetyksinä noin 10 miljardin euron kokonaiskustannukset eli enemmän kuin julkisen talouden kestävyysvaje. Hyvinvointivaltion kestävyysvaje puolestaan johtuu suurelta osin työikäisten alhaisesta työllisyysasteesta, joka johtuu enimmäkseen mielenterveysongelmista. Lähes puolet työkyvyttömyyseläkkeistä on myönnetty mielenterveyden ongelmien perusteella. Yksi neljästä sairauspäivärahapäivästä, eli vuosittain lähes 4 miljoonaa päivää, johtuu mielenterveyden ongelmista.⁶⁷⁹

677 Rissanen 2015.

678 Paakkonen, 2012, 65, 69, 76–77.

679 Mielenterveyspoliittisen neuvottelukunnan esitys hallitusohjelmaan 11/2014. Hollannissa on tutkittu mielenterveyden vaikutusta kansantalouteen laajemminkin. Rifka Weehuizenin teos *Mental capital* on ensimmäinen taloustieteessä tehty analyysi mielenterveyden ja kansantalouden välisistä suhteista ja sen lähtökohtana on ajatus mielenterveyden häiriöistä keskeisinä kansantaloudellisinä ongelmina. Rifka esittää mm. että mielenterveyden häiriöt vievät 15–25% kaikista terveydenhuollon kustannuksista. Rifka perustelee kasvaneita kus-

Edellä mainitut luvut ovat kuitenkin vain arvioita, sillä julkisella vallalla ei ole tietoa väestön sairastavuudesta. Apua tarvitsevia ei tavoiteta, eikä tiedetä keitä he ovat, missä he ovat ja mitä he tarvitsevat. Tämä johtuu siitä, että vakavasti sairaat eivät vastaa kansanterveyskyselyihin, kouluterveyskyselyihin eivätkä muihinkaan väestötason selvityksenterventioihin.⁶⁸⁰ Ongelmaa vahvistaa se, että sairauden määrittely on haastavaa, sillä sen määritelmät ovat kytkeytyneet määrittelyyn liittyvään tarpeeseen. Esimerkiksi psykoterapiaan päästääkseen ihmisen on kyettävä osoittamaan olevansa riittävän sairas tuen saadakseen, mutta samalla riittävän terve, jotta on takeita parantumisesta haettavan tukimuodon avulla.

Suomalainen palvelujärjestelmä on siis monesta näkökulmasta ongelmallinen. Suomessa mielenterveyspalveluja on kehitetty tavoitteiltaan rajattujen hankkeiden avulla. Kiinnostavan arviointimahdollisuuden tämän politiikan suhteen tarjoaa vertailu muihin pohjoismaihin, joissa poliittiset toimijat ovat paneutuneet mielenterveystyön kehittämiseen ja siihen on usein varattu erityisiä osuuksia valtion tulo- ja menoarvioissa. Suomessa kehittämistyötä ovat poliittisten päättäjien sijaan johtaneet mielenterveystyön asiantuntijat ja ammattikunnat. Olisiko poliittinen kiinnostus mielenterveystyön kehittämiseen johtanut toisenlaiseen lopputulokseen? Esimerkiksi muissa pohjoismaissa ei ole säädetty erillislakia mielenterveystyöstä, vaan mielenterveyspalvelut kuuluvat terveydenhuollon tai/ ja sosiaalihuollon piiriin. Ruotsissa vammaispalvelulaki koskee myös mielenterveyskuntoutujia, ja pakkohoidosta säädetään erikseen, kuten Norjassa ja Tanskassakin. Suomi on ainoa pohjoismaa, jossa perinteisillä, erillisillä psykiatrisilla sairaaloilla on edelleen merkittävä asema mielenterveystyössä.⁶⁸¹

Vuonna 2010 Ruotsissa ilmestyi väitöskirja, jossa tutkittiin Ruotsin, Ranskan ja Englannin mielenterveyspolitiikkaa erityisesti marginaalissa olevien kansalaisten näkökulmasta. Anna Melken lähtökohtana väitöskirjassa on, että mielenterveysongelmista kärsivät ihmiset ovat yhteiskunnan marginaalissa. He eivät ole samalla tavalla kuin muut kansalaiset mukana koulutuksessa, työelämässä tai perhe-elämässä. He jäävät myös terveydenhuollon ulkopuolelle. Hän osoittaa tutkimuksessaan, että vaikka kaikissa tutkimissaan valtioissa on eksplisiittisesti tunnustettu tämän ihmisryhmän tuen tarve, ei tukikeinoja ole eksplikoitu.⁶⁸²

Vertaillen Englannin, Ranskan ja Ruotsin mielenterveyspolitiikkaa keskenään, huomaa Melke, että kaikissa maissa psykiatrista hoitoa saavat vain vaikeimmista ongelmista kärsivät potilaat ja muut mielenterveyden häiriöt hoidetaan perusterveydenhuollossa. Lisäksi voidaan huomata ylikansallinen kehityskulku

tannuksia työn muutoksella, joka rasittaa psyykettä aikaisempaa salakavalammin ja runsaammin. Eskola & Taipale 2011, 187.

680 Suvisaari 2015, 13–20.

681 Wahlbeck 2010, 39–42.

682 Melke 2010, 16–17, 21.

mielenterveystyön muuttumisesta psykiatriasta ennaltaehkäisevään ja edistävään, ylisektorirajojen tapahtuvaan ”hyvinvointityöhön”. Melke huomasi eroja myös yksityisen ja julkisen palvelun tuottajan välillä, kun kaikissa maissa julkinen sektori huolehti kaikista ”raskaimmista” hoitomuodoista, kuten sairaalahoidosta.

Lisäksi Melke tutki, miten eri maat ovat järjestäneet mielenterveyden häiriöihin sairastuneiden asumisen tuen sekä ammatillisen ja sosiaalisen kuntoutuksen ja huomasi, että tukea arkeen, kuten henkilökohtaista apua, saa helpommin silloin kun on vammainen. Vammaispalvelulain mukaiset palvelut harvoin toteutuivat mielenterveyden häiriöön sairastuneiden kohdalla. Joko viranomaiset eivät osanneet soveltaa vammaispalvelulakia mielenterveyskuntoutujiin tai mielenterveyskuntoutujat eivät osanneet hakea palveluita vammaispalveluista. Ranskassa vammaispalvelulain mukaisia palveluita tarjotaan muita maita paremmin myös mielenterveyskuntoutujille. Suuri ongelma kaikissa maissa on tilastoinnin puute. Ei ole olemassa mitään keinoa saada tietoa siitä, mitä palveluja ja tukea mielenterveyskuntoutujat saavat tai tarvitsevat.⁶⁸³

Palvelujärjestelmän kehittämisen lisäksi on julkinen valta Suomessa pyrkinyt kehittämään ennaltaehkäisevää ja mielenterveyttä edistävää työtä. Sairastavuuden ja oireilun lisääntyminen kertonee kuitenkin, että ennaltaehkäisevään ja edistävään mielenterveystyöhön keskittyminen ei sekään ole ollut menestyksekkästä. Yhtenä syynä voinee pitää sitä, että kehittämistyön pääpaino on koko ajan ollut palveluiden kehittämisessä, ei terveyttä edistävässä toiminnassa, ja edistävän työn kehittäminen on perustunut lyhytaikaisiin hankkeisiin. Ehkäisevää ja edistävää työtä on esimerkiksi haluttu vahvistaa Mieli 2009 -ohjelman aikana velvoittamalla kunnat nimeämään ennaltaehkäisevän työn koordinaattoreita. Todellisuudessa tilanne on kuitenkin se, että ehkäisevä mielenterveystyö on edelleen perusterveydenhuollossa toissijaista toimintaa. Vaikka mielenterveyslaissa on korostettu mielenterveyden edistämistä ja ongelmien ennaltaehkäisyä, kohdistuvat palvelut edelleen pääasiassa jo sairastuneisiin tai oirehtiviin.⁶⁸⁴

Monet ongelmat kytkeytyvät puutteelliseen lainsäädäntöön. Esimerkiksi Mielenterveyspoliittinen neuvottelukunta esitti vuonna 2014 Sipilän hallitusohjelmaesityksessään mielenterveyslain uudistamistarpeita. Neuvottelukunnan mukaan nykyinen mielenterveyslainsäädäntö ei tarjoa riittävää oikeussuojaa tai tue riittävästi avohoitoa, eivätkä mielenterveyshoitoa tarvitsevat ole hyötäneet potilaslain hoitotakuusäädöksistä, koska laissa ei ole määritelty hoidon sisältöä. Neuvottelukunnan mukaan lakiin potilaan oikeuksista tulisi sisällyttää säädökset mielenterveyspotilaan oikeudesta laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon.

683 Melke, 2010, 154–155, 163, 166.

684 Nordling 2010, 25–26. Ehkäisevän työn kehittämisessäkin, kuten mielenterveystyön kehittämisessä 1990-luvulla, on kehittämistyön kanssa samanaikainen lama tehnyt työstä lyhytjänteistä ja vaikeuttanut sen siirtämistä palvelurakenteisiin. Warsell 2010, 30.

Nykyinen mielenterveyslaki on neuvottelukunnan mukaan tahdosta riippumattoman hoidon osalta jopa liian tiukka ja mielisairauskeskeinen. Tahdosta riippumaton hoito on hoitoa myös, ja ihmisellä on siihen tarvittaessa oikeus. On mahdollista, että useat henkilöt jäävät ilman tarpeellista hoitoa ja päätyvät joko itsetuhoon tai rikoksen tehneinä vankilaan. Käytännössä sairaan toimittamisesta hoitoon on tullut lähes mahdotonta.⁶⁸⁵

Mielenterveyspoliittisen neuvottelukunnan esille tuomaa epäkohtaa, vanhan-aikaista ja huonosti toimivaa Mielenterveyslakia, joka on vuodelta 1991, on kritisoitu laajemminkin. Esimerkiksi Valtiotalouden tarkastusviraston julkaisussa selvitettiin mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuutta jo vuonna 2009. Selvityksen mukaan mielenterveyspalveluita ohjaavista laeista ei ole syntynyt kokonaisuutta eivätkä ne ole ohjanneet riittävästi palveluiden järjestämistä. Mielenterveyslakia kritisoidaan liian väljäksi, käsitteellisesti ristiriitaiseksi sekä ”pakkohoidon säätelylaiksi”.⁶⁸⁶ Vanhentuneen ja epäselvän lainsäädännön takia palvelujärjestelmässä ei edelleenkaan toteuteta ennaltaehkäisevää toimintaa, vaan järjestelmä on laitospainotteinen.⁶⁸⁷

Suomen ainoassa mielenterveysohjelmassa, Mieli 2009 -ohjelman työpaperissa tuodaan esiin mielenterveyslakia laajemmin lainsäädäntöön liittyvien käsitteiden tulkintaan liittyviä ongelmia. Esimerkiksi käsitteen ”riittävät palvelut” todetaan olevan perustuslain varassa. Lainvalmistelussa riittävät palvelut on tulkittu tarkoittavan edellytysten luomista täysivaltaiseen yhteiskunnan jäsenyyteen. ”Tarvelähtöisten” palvelujen kehittäminen on liian monitulkintaista ohjausta palveluiden järjestämisestä eikä laki anna selkeää perustaa ihmisen kokonaisvaltaiselle kohtaamiselle ja toimii heikosti myös ennaltaehkäisevän työn järjestämisen ohjauksena. Käytännön työssä ongelmia aiheuttaa subjektiivisten oikeuksien ja kuntien määrärahasidon-naisten oikeuksien yhteensovittaminen.⁶⁸⁸

Eduskunnan oikeusasiamiehen toimintakertomuksessa vuodelta 2000 kerrotaan, että selvitysten, tutkimustulosten ja laillisuusvalvonnan kokemusten mukaan oikeudet terveyspalveluihin eivät aina toteudu lainsäädännön edellyttämällä tavalla. On vanhusten kaltointohtelua, tarpeetonta eristämistä psykiatrisessa sairaalassa, ja terveyskeskuslääkärin vastaanotolle joutuu odottamaan viikkoja ja sairaalan päivystyspoliklinikalla tunteja. Apulaisoikeusasiamiehen mukaan viime vuosikymmenellä on havaittu, että väljä järjestämisvelvollisuuslainsäädäntö on mahdollistanut palvelujen järjestämisen joko siedettävästi rimaa hipoen tai niiden jättämisen kokonaan järjestämättä.⁶⁸⁹ Media nostaa säännöllisesti yleiseen keskusteluun palvelujärjes-

685 Mielenterveyspoliittinen neuvottelukunta 11/ 2014.

686 Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus 2009, 17–32, 42–43.

687 Arviomuistio: Mielenterveyslain ja päihdehuoltolain palvelut 18.1.2016, 24.

688 Arajärvi 2012, 29–34.

689 Hansson 2002, 35.

telmään liittyviä mittavia epäkohtia. Esimerkiksi alkuvuodesta 2019 ilmeni laajaa vanhusten heitteillejättöä ja kaltointkohtelua useissa vanhusten hoito- ja palvelukeskuksissa.⁶⁹⁰ Samat haasteet koskevat myös esimerkiksi vammaisten hoitoa⁶⁹¹ sekä lastensuojelua⁶⁹² ja mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja⁶⁹³.

Mieli 2009–2015 -ohjelman viimeisimmissä raporteissa sekä Sosiaali- ja terveysministeriön arviointiraporteissa on nähtävissä hyvin vahvasti vallitsevien paradigmojen kyseenalaistamista. Vaikuttaa kuitenkin siltä, että poliittisten toimijoiden ja päättäjien on haasteellista tarttua esitettyihin epäkohtiin ja tuoda niihin konkreettisia ratkaisukeinoja. Tietoa on, mutta sitä on ilmeisen vaikeaa käyttää hyväksi. Tämä on mielestäni kiinnostava ilmiö ja paljastanee sen, miten vaikeaa on selvittää ja selittää kaikkia erilaisiin ongelmiin liittyviä tekijöitä ja miten ongelmallista tai jopa mahdotonta julkisen vallan on tehdä tarkoituksenmukaista ja tehokasta mielenterveystyön ohjaamista. Pääsky-ohjelman raportissa jo vuonna 2002 myönnetään, että asiat ovat liian monimutkaisia, jotta niitä voitaisiin ratkaista millään ohjelmalla tai hankkeella.⁶⁹⁴

Palvelujärjestelmän kehittämiseen keskittynyt julkinen valta ei kuitenkaan osoita merkkejä siitä, että mielenterveystyön ohjauksen painoituksia tai tavoitteita oltaisiin muuttamassa sen selvistä, tutkituista haasteista ja ongelmista huolimatta. Palvelujärjestelmän kehittämisen lisäksi myös ennaltaehkäisevään ja edistävään työhön tullaan todennäköisesti edelleen panostamaan. Nämä tavoitteet näkyvät esimerkiksi kesällä 2018 käynnistetyn kansallisen mielenterveysstrategian valmistelun tavoitteissa. Strategian on tarkoitus ohjata mielenterveystyötä vuoteen 2030 saakka.⁶⁹⁵

Strategian valmistelusta vastannut asiantuntijaryhmä julkaisi suosituksensa keväällä 2019, jotka koostuivat viidestä tavoitteesta: mielenterveys pääomana, lasten ja nuorten mielenterveyden rakentuminen arjessa, mielenterveysoikeudet, ihmisten tarpeiden mukaiset ja laaja-alaiset palvelut sekä hyvä mielenterveysjohtaminen. Näistä tavoitteista ”mielenterveysoikeudet” ovat kiinnostavia. Vaikka lähtökohdaksi asetetaan jälleen kerran ennakkoluuloihin ja asenteisiin puuttuminen, on tässä kirjattu myös ensimmäistä kertaa ihmisarvon sekä perus- ja ihmisoikeuksien

690 ”Vanushoidosta syntynyt kohu on erinomainen asia – Valviran ylijohtaja teki Esperin Caresta päätöksen, joka herätti poliitikot”: <https://www.hs.fi/politiikka/art-2000005995268.html>

691 ”Äidit suunnittelivat vammaisille lapsilleen unelmien hoitokodin, mutta sen jälkeen kaikki meni pieleen – jo 9 perhettä ottanut lapsensa pois”: <https://yle.fi/uutiset/3-10633501>

692 ”Koulukotinuorten nöyryyttäminen on kuin potkisi maassa makaavaa – tätäkö on lastensuojelu Suomessa?”: <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000005822040.html>

693 ”Esperin asumisyksikkö mielenterveyskuntoutujille suljetaan Espoossa – yhtenä syynä jälleen henkilöstömitoitusten rikkominen”: <https://yle.fi/uutiset/3-10671159>

694 Kiikkala & Immonen 2002, 75–76.

695 STM:n tiedote 131/2018: ”Mielenterveysstrategia tuo jatkuvuutta pitkän aikavälin mielenterveystyöhön”. https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/mielenterveysstrategia-tuo-jatkuvuutta-pitkan-aikavalin-mielenterveystyohon-seka-mita-mielenterveysstrategia-muuttaa? <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/mita-mielenterveysstrategia-muuttaa/>

turvaaminen.⁶⁹⁶ Samoja tavoitteita on kirjattu esim. *Vihreässä kirjassa* sekä 1970 ja 1980-lukujen asiakirjoissa.

Strategian luonnos lähetettiin lausunnoille syksyllä 2019 ja siinä esiteltiin jo selvemmin tavoitteita. Luonnoksessa strategian tarvetta perustellaan terapeuttiseen hallintaan kuuluvalla käsitteistöllä, kuten ”*psykkinen joustavuus, mukautumiskyky, uuden oppiminen ja kyky tehdä itsenäisiä päätöksiä ovat muuttuneet entistä tarpeellisimmiksi ominaisuuksiksi*”.⁶⁹⁷ Mielenterveys pääomana ajattelu johtaa strategiassa siihen, että toimenpiteitä halutaan kohdistaa kaikkialle yhteiskunnassa perhepolitiikasta harrastamiseen, työelämään ja kansalaisyhteiskuntaan erilaisin hankkein ja toimenpideohjelmien sekä tutkimus- ja kehittämistoimintana. Perhemyönteinen yhteiskunta ja lasten harrastusmahdollisuuksien lisääminen ovat kiinnostavia esimerkkejä niistä tavoitteista, joiden nykyään ajatellaan kuuluvan mielenterveystyöhön. Perusoikeuksien turvaamisen tärkeimpänä keinona pidetään syrjinnän ja kielteisen leiman vastaista työtä ja tähänkin ehdotetaan erilaisten ohjelmien perustamista. Strategialuonnoksessa ehdotetaan myös syrjinnän sanktioimista ja tämä olisikin jo huomattavan konkreettinen toimenpide ihmisoikeuksien vahvistamiseksi.⁶⁹⁸

Nähtäväksi jää, onnistutaanko näihin toimintalinjauksiin kytkemään konkreettisia tavoitteita, toimenpiteitä sekä seurantaa ihmisoikeuksien toteutumisen varmistamiseksi ja onnistuuko ohjelma tai strategia ratkaisemaan tieto-ohjaukseen liittyvän perusongelman: suositukset ovat vain suosituksia. Strategian luonnosvaiheessa näyttää vahvasti siltä, että vakavasti sairaiden ihmisten oikeuksien turvaaminen ei edelleenkään ole keskeinen tavoite eikä heidän näkökulmastaan ehdoteta konkreettisia tavoitteita.

Miksi julkisen vallan valitsemat keinot eivät ole auttaneet tavoitteidensa saavuttamisessa ja miksi se tulee todennäköisesti jatkossakin siinä epäonnistumaan? Tutkimuksen viimeisessä luvussa tarkastelen niitä mekanismeja ja normeja, jotka ovat vaikuttaneet siihen, että julkisen vallan kehittämä palvelujärjestelmä ei tosiasiallisesti vastaa sen luomiselle ja kehittämiselle asetettuun tavoitteeseen; turvata kaikille kansalaisille – myös entisille mielisairaaloiden potilaille – ihmisarvoinen elämä ja ihmisoikeudet.

696 Mielenterveysstrategia 2019.

697 Mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma luonnos 2019, 3.

698 Mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma luonnos 2019.

8. POTILAASTA ASIAKKAAKSI – SUOMALAINEN MIELENTERVEYSPOLITIikka

Ennen dehospitalisaatiota vakavasti sairaita hoidettiin mielisairaaloissa potilaina. Sairaaloitten lakkauttamisen jälkeen julkisen vallan tavoitteena oli integroida heidän hoitonsa osaksi perusterveydenhuoltoa. Samanaikaisesti rakennettiin sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää, jonka osaksi mielenterveystyön kehittäminen ja ohjaaminen kytkettiin. Potilaista tehtiin tässä muutoksessa asiakkaita, mutta entiset potilaat eivät asiakkaina saaneetkaan tarvitsemaansa apua. Tässä luvussa etsin vastauksia siihen, miksi palvelujärjestelmän kehittämiseen keskittynyt mielenterveyspolitiikka ei ole onnistunut turvaamaan vakavasti sairaiden ihmis- ja perusoikeuksien toteutumista. Käytän teoreettisina työkaluina toimintavalmiuksien teoriaa sekä toiminnan teorian perusteita.

Koska mielenterveystyön kehittämistoiminnan tavoitteet ovat olleet palvelujärjestelmän kehittämisessä, on myös mielenterveyspotilaiden osallisuutta pyritty vahvistamaan palvelujärjestelmässä – ei yhteiskunnassa yleensä. Kansalaisuutena toteutuvan osallisuuden sijaan entiset potilaat on tehty osallisiksi palvelujärjestelmästä, jonka kehittäminen on muuttanut ensin potilaiden asiakkuudeksi ja myöhemmin kuluttajuudeksi. Palvelujärjestelmässä toimiminen edellyttää ihmiseltä erilaisina kykyinä ja taitoina ilmenevää vahvaa toimijuutta ja niiden toteuttamista toimintana. Vakavaan mielenterveyden häiriöön sairastuneen kansalaisen kyvyt tai toimintavalmiudet eivät kuitenkaan riitä asiakkuuden ja kuluttajuuden toteuttamiseen, koska mielen sairaudet heikentävät nimenomaan ihmisen toimijuutta.

Terveyspoliittisissa asiakirjoissa tavoitteeksi on asetettu mahdollisuuksien tasa-arvon toteutuminen yhteiskunnassa. Samaa käsitystä tasa-arvosta käytetään peruskäsitteenä myös hyvinvointivaltioparadigmassa. Julkisen vallan keskeisenä tehtävänä on sen mukaan tasa-arvoisten mahdollisuuksien luominen kaikille kansalaisille. Mahdollisuuksien tasa-arvo on käsitteenä epäselvä ja monimerkityksinen. Se, että jokin mahdollisuus on olemassa, ei vielä sisällä tietoa siitä, kuinka mahdollisuuteen voi tarttua tai sen voi käyttää hyväkseen. Juho Saari kutsuu mahdollisuuksien ja toteutumien välistä eroa transformaatio-ongelmaksi. Kyvyttömyys kääntää kaikille tarjotut mahdollisuudet omaksi toiminnaksi selittää Saaren mukaan merkittävän osan vauriassa maissa edelleen esiintyvää huono-osaisuutta. Esimerkiksi jatkuva taloudellisessa niukkuudessa eläminen voi olla niin kuormittavaa, että kyky tehdä itsensä ja perheensä kannalta rationaalisia päätöksiä heikkenee.⁶⁹⁹

699 Saari 2015.

Edellisen luvun lopussa kokosin asiantuntijoiden näkemyksiä siitä, mikä avohoidossa on epäonnistunut ja mitkä tekijät ovat vaikuttaneet epäonnistumiseen. Monien mielestä laintulkintaan liittyvät epäselvyydet ja näkemuserot selittävät, miksi palveluiden kehittämiselle asetettuja tavoitteita ei ole saavutettu. Laintulkintojen lisäksi palvelujärjestelmän toimivuuteen vaikuttaa kuitenkin myös palveluja käyttävän ihmisen kyky tehdä valintoja ja toimia aktiivisesti. Palvelujärjestelmän kehittäjät eivät ole systemaattisesti selvittäneet yksilön toimintaedellytyksiä nykyisessä palvelujärjestelmässä. Mitä asiakirjoissa toistuvasti esiintyvä käsitepari ”osallisuus palveluissa” tosiasiaa edellyttää yksilöltä ja miten osallisuus palveluissa realisoituu hänen elämässään?

8.1 OSALLISUUTTA YHTEISKUNNASSA VAI PALVELUISSA?

Julkinen valta on keskittynyt kehittämään palvelujärjestelmää. Painotus on johtanut siihen, että tavoite vahvistaa ihmisoikeuksia on muuttunut yhteiskuntaosallisuudesta palvelujärjestelmässä toteutuvaksi osallisuudeksi. Sana osallisuus toistuu ohjausasiakirjoissa usein. Osallisuus palvelujärjestelmässä muistuttaa merkitykseltään asiakaslähtöisyyttä, mutta ne ovat eri asioita. Tiivistetysti voidaan sanoa, että asiakaslähtöisyys kuvaa palvelujärjestelmän tavoitetta ja osallisuus palvelukäyttäjän kokemusta.⁷⁰⁰ Sosiaali- ja terveystieteissä osallisuus muodostuu asiakkuudesta, mutta asiakkaalla on myös kansalaisen rooli. Kansalaisuus on muutenkin kuin palveluiden käyttämistä. Siinä osallistutaan hyvinvoinnin tuottamiseen myös veronmaksajana, vapaaehtoistoiminnalla, äänestämällä sekä osallistumalla aktiivisesti esimerkiksi omaan kuntoutukseen.⁷⁰¹ Osallisuuden ajatellaan olevan enemmän kuin osallistumista. Se on sitä, että voi omalla toiminnalla vaikuttaa asioihin. Valtioneuvoston selonteossa vuodelta 2002 osallisuus on määritelty kiinnittymiseksi yhteiskuntaan, kokemukseksi jäsenyydestä, mahdollisuudeksi osallistua, toimia ja vaikuttaa yhteisöissä ja yhteiskunnissa.⁷⁰² Myös kansainvälisissä toimintakyky- ja terveystieteissä osallistuminen määritellään laajasti elämän eri tilanteisiin osallistumiseksi.⁷⁰³

700 Sote -palveluissa asiakaslähtöisyydellä voidaan viitata myös hoitosuhteen määrittämiseen ja ymmärtämiseen, jota voivat määritellä esimerkiksi yhdenvertainen yhteistyö, dialogisuus sekä voimavarat ja voimaantumisen hoitosuhteessa. Hoitosuhteenäkökulman lisäksi asiakaskeskeisyys voi esiintyä myös ammattikäytäntöjen uudistamisen yhteydessä, jossa työntekijä on sekä ammattilainen että ”lähimmäinen”. Asiakaslähtöisyys määrittyy myös suhteessa organisaatioihin ja instituutioihin, joissa keskustellaan johtamisesta, työ- ja toimintakulttuureista sekä työntekijöiden hyvinvoinnin tukemisesta. Valkama 2012, 5–6, 43–44.

701 Valkama 2012, 5–6.

702 Valtioneuvoston selonteko Eduskunnalle kansalaisten suoran osallistumisen kehittymisestä 2002. Osallisuuden erilaisia kuvauksia ja luokituksia on koottu mm. Minna Laitilan terveystieteiden väitöskirjaan. Laitila 2010, 9–15, 17.

703 Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (*International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF*) on yhteinen viitekehys jäsentää toimintakyvyn liittyvää tietoa.

Vuonna 2017 osallisuudesta oli tullut sosiaali- ja terveystieteillä jo niin keskeinen käsite, että Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos julkaisi siitä työpaperin, johon oli koottu erilaisia osallisuuden selitysmalleja. Työpaperin tarkoitus oli tarjota tietoa, jonka avulla palvelujen järjestämistä voidaan ohjata. Osallisuus esitetään osana hahmotelmaa, jossa palvelun käyttäjä kuvataan jäsenenä sellaiseen kokonaisuuteen, jonka osana hän pystyy käyttämään omaksi hyväkseen erilaisia hyvinvoinnin lähteitä ja elämän merkityksellisyyttä lisääviä vuorovaikutussuhteita. Määritelmän mukaan osallisuus on vaikuttamista oman elämän kulkuun, mahdollisuuksiin, toimintoihin, palveluihin ja joihinkin yhteisiin asioihin. Työpaperissa ehdotetaan osallisuuden jakamista erilaisiin kokonaisuuksiin, joista yksi on osallisuutta omassa elämässä, toinen osallisuutta vaikuttamisen prosesseissa ja kolmas osallisuutta paikallisesti.⁷⁰⁴ On epäselvää, miten näin abstraktilla tasolla oleva tieto osallisuudesta voi tosiasiallisesti ohjata palveluiden järjestämistä ihmisten osallisuutta tukeviksi.

Osallisuus on aina ollut myös mielenterveyshäiriöiden kehittämisen tavoite. Se, mitä osallisuudella tarkoitetaan mielenterveyshäiriöissä, on kuitenkin muuttunut vuosien kuluessa radikaalisti. Suurin muutos tapahtui heti kehittämistyön alussa, kun alun perin 1970-luvulla alkanut reformistinen, humaani ja sosiaalipsykiatrisen mielenterveyshäiriön muuttui 1990-luvun aikana ihmiskeskeisestä asiakaskeskeiseksi. Ilpo Helenin ja Markku Salon mukaan mielenterveyspolitiikan luonteen muuttuminen selittää, miksi asiakaslähtöisyys vahvistui edelleen 1990-luvun ja 2000-luvun taitteessa. Silloin vallalle tullut projektiyhteiskuntamalli korosti asiakaskeskeisyyttä.⁷⁰⁵

Asiakaskeskeisessä palvelujärjestelmässä ihmistä tarkastellaan palveluja käyttävänä asiakkaana, jolla on tarpeita ja odotuksia. Asiakas on paitsi palvelun valitsija ja osallistuja myös oman elämänsä hallitsija. Asiakkuutta kuvaavat luonnehdinnat eivät ole poliittisia, vaan ihmisten aktiivisuus liitetään mallissa oman elämän ja itsen hallintaan ja hyvinvoinnin tavoitteluun. Näin hahmotetussa ympäristössä osallisuudesta tulee palveluja koskevaa mielipitteen ilmaisua. Itsen hoitaminen on tärkeämpi kansalaisvelvoite kuin yhteiskunnan toimintaan osallistuminen tai vaikkapa omien oikeuksien ajaminen.⁷⁰⁶

Ilpo Helen on kritisoinut palvelujärjestelmäosallisuutta siitä, että asiakkaat otetaan mukaan päätöksentekoon, joka koskee vain palveluiden organisointia, sisältöä ja arviointia. Vaikka asiakirjoissa tavoitteena on mielenterveyspolitiikan demokratisointi ja suuren yleisen osallistaminen, asiakkuus muuttuu palveluiden rakenteen

Toimintakyky määräytyy yksilön lääketieteellisen terveydentilan sekä ympäristötekijöiden vuorovaikutuksen tuloksena. ICF-luokituksessa toimintakyky käsitetään ja kuvataan biopsykososiaalisena ja kokonaisvaltaisena kokonaisuutena. WHO:n vuonna 2001 julkaisema ICF käännettiin suomeksi vuonna 2004. WHO on päivittänyt luokitusta vuosina 2010–2016. THL julkaisi ICF-luokituksen koodistopalvelimella keväällä 2015 WHO:n THL:lle myöntämän julkaisuluvan perusteella. Asiakaslähtöinen toimintakykyne-sovellus 2017, 7–8.

704 Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa 2017, 3, 26–41, 53–57.

705 katso esimerkiksi Rantala & Sulkunen 2007 tai Brunila 2009.

706 Helen 2011, 167–171.

vuoksi niiden laadunhallinnaksi. Laadunhallinta tarjoaa käyttäjille mahdollisuuden osallistua päätöksentekoon, mutta vain palvelujärjestelmän määrittämässä puitteissa. Näin vaikuttaminen kohdistuu lopulta vain siihen, toimivatko palvelut hyvin vai huonosti. Asiakaslähtöinen toimintatapa ohittaa kysymykset mielenterveystyön yhteiskunnallisesta merkityksestä, hoidon luonteesta ja mielenterveyspolitiikan suhteesta muuhun yhteiskuntapolitiikkaan.⁷⁰⁷

Osallisuus on palvelujärjestelmää laajempi yhteiskunnallinen keskustelunaihe, vaikka mielenterveystyötä ohjaavissa asiakirjoissa se typistyy pelkäksi palvelujärjestelmäosallisuudeksi. Osallisuus palvelujärjestelmässä on suomalaisen mielenterveyspolitiikan normi, jota laajempaa yhteiskunnallista osallisuutta politiikkaohjelmissa ei ole juurikaan tavoiteltu. Koska osallisuus määrittyy palvelujen kautta, tarkastelen seuraavaksi osallisuuden toteutumista sosiaali- ja terveystaloudissa, erityisesti mielenterveystyön kehittämistä ohjanneen ideologian mukaisen palveluiden kehittämisen ja asiakkaiden voimaantumisen näkökulmista.

Suomalainen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä rakentuu kolmesta toimijasta, joita ovat palvelujen käyttäjät, kuten potilaat, asiakkaat, kuluttajat ja väestöyli-päätään, palvelujen tarjoajat ja palvelujen rahoittajat. Palveluiden käyttäjät voidaan jakaa vielä kolmeen tarkastelukategoriaan: yksittäisten toimenpiteiden kohteisiin (potilas tai asiakas), kroonista sairautta sairastaviin tai vammaisiin potilaisiin tai asiakkaisiin sekä terveyttään hallitseviin kansalaisiin, joilla ei tarkasteluhetkellä ole sairauksia. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä kansalainen käsitetään yleensä asiakkaaksi, potilaaksi, palveluiden käyttäjäksi ja palvelujen maksajaksi.⁷⁰⁸

8.2 OSALLISUUS PALVELUJÄRJESTELMÄSSÄ ON ASIAKUUTTA

Mielisairaaloiden potilaista on tullut palvelujärjestelmän asiakkaita. Katja Valkama, joka on tutkinut asiakkuuden käsitettä väitöskirjassaan esittää, että asiakkuusretoriikan vahvistuminen tulee ymmärrettäväksi sen valossa, että hyvinvointivaltion sijaan on ryhdytty puhumaan hyvinvointiyhteiskunnasta. Hyvinvointivaltioon verrattuna hyvinvointiyhteiskunnassa vastuuta on siirretty valtiolta kunnille ja lähiyhteisöille ja näin lähemmäksi kansalaisia. Muutoksen avulla on toisaalta kannustettu yhteisvastuuseen ja kansalaisten yhteisölliseen toimintaan, mutta toisaalta myös siirretty yhä enemmän vastuuta yksittäiselle kansalaiselle.⁷⁰⁹ NPM-paradigman lisäksi asiakkuuden vahvistumiseen sosiaali- ja terveyssektorilla vaikutti myös *New Public service* -paradigman yleistymisen. Ideologian mukana julkiseen palvelujärjestelmään

707 Helen 2011, 153–166.

708 Valkama 2012, 42.

709 Valkama 2012, 49–50.

tuotiin palveluperiaate.⁷¹⁰ Sipilän hallitus vei paradigman uudelle tasolle antaessaan hallituskautellaan palvelulupauksen.⁷¹¹

Asiakas on eri asia kuin potilas ja palvelu merkitsee eri asioita kuin hoitaminen. Asiakkaalla on esimerkiksi usein enemmän oikeuksia kuin potilaalla. Asiakkuusparadigman muotoutumisen ymmärtämiseksi on nähtävä sen yhteys kansalaisoikeuskeskusteluun, jota kansainvälinen ihmisoikeuskeskustelu innoitti. Jo 1970-luvulla sosiaalihuollon toimintaperiaatteiksi kirjattiin palveluhenkisyys, pyrkimys normaaliuteen, valinnanvapauteen ja luottamuksellisuuteen, ennaltaehkäisyyn sekä oma-toimisuuden edistämiseen. Auttamisretoriikka haluttiin korvata palveluretiikalla. Muutosta tuki uusliberalistisen ajattelu, jossa kritisoitiin valtion valta-asemaa suhteessa yksilön oikeuksiin ja kannustettiin yksilöä auttamaan itse itseään ja kantamaan vastuuta hyvinvoinnistaan. Kokoavasti voidaan sanoa, että erilaiset ideologiat ovat vaikuttaneet asiakkuus-käsitteen syntyyn sosiaali- ja terveyssektorilla. Yhteistä ideologioille on ollut yksilön vapauden ja vastuun korostaminen.⁷¹²

Tällä hetkellä asiakas⁷¹³ määritellään subjektiksi, jolla on mahdollisuus tehdä valintoja ja vaikuttaa omiin ja yhteisiin asioihin. Lisäksi asiakkaalla on tarpeita, joiden tyydyttämiseen hän tarvitsee toisia ihmisiä. Yleisessä keskustelussa asiakkaalla tarkoitetaan yleensä palvelujen ja tuotteiden ostajaa, joka valinnoillaan voi vaikuttaa niiden tuotantoon. Suomen kielessä asiakas-sanaa käytetään myös kaupankäynnin ja markkinoinnin kohteena olevasta henkilöstä.⁷¹⁴ Sosiaali- ja terveyspalveluissa asiakas-sanan merkitykset runsastuvat, koska asiakas voi olla palvelun välitön käyttäjä, hyödynsaaja tai maksaja, ja asiakkaalla voidaan tarkoittaa sekä yksilöä että ryhmää kuten perhettä. Asiakkaana voi siksi olla varsinaisen edunsaajan sijaan hänen omaisensa. Asiakas, jolla on myös terveystulmia, on myös potilas.

Asiakas-sanan monet merkitykset antavat aiheen kysyä, mitä asiakaslähtöisyydellä oikeastaan tarkoitetaan? Minkä asiakkaan lähtökohdista kulloinkin puhutaan? Valkama tuo esiin, että erityisesti sosiaali- ja terveysalalla, jossa tavoitteena on auttaa yksilöä, termit asiakas, potilas ja palvelunkäyttäjä voivat käytännön työssä mennä sekaisin, jolloin käsitteitä käytetään ristiriitaisesti eri tilanteissa. Väitöskirjassaan hän kuvaa esimerkkiä kehitysvammaisille tarkoitettusta asumisyksiköstä, jossa oli huone täynnä muoveilla päällystettyjä vuoteita, johon ”asiakas” saatettiin sulkea

710 Valkama 2012, 52.

711 Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma, 20, 27.

712 Valkama 2012, 53.

713 Asiakas- sanan latinankielinen sana *clentum* kuvaakin juuri riippuvuutta toisista ihmisistä. Tässä mielessä asiakas- sana lähestyy merkityksessään potiluuutta ja sen perinteisiä määrittelyjä. *Customer* on vastaavanlainen käsite kuin englanninkielien *client*, joka on kuitenkin merkitykseltään holhouksenalaisempi kuin kulluttajamaisiin valintoihin kykenevä *customer*. Valkama 2012, 1.

714 Valkama 2012, 5–7.

hankalissa tilanteissa. Valkaman mukaan tahdonvastaisuus kumooa asiakkuuden olemuksen.⁷¹⁵

Asiakasosallisuus on ollut jo pitkään sosiaali- ja terveysalan palvelujärjestelmän kehittämisen tärkeimpiä tavoitteita. Ihmisten mukaan ottaminen terveydenhuollon kehittämiseen otettiin ensimmäisen kerran tavoitteeksi WHO:n terveyden edistämisen strategiassa vuonna 1978. Ohjelmassa korostetaan, että ihmisillä on oikeus, jopa velvollisuus, osallistua terveydenhuollon kehittämisen suunnitteluun.⁷¹⁶ Käyttäjälähtöisyyttä tavoitellaan myös 1990-luvulla julkaistussa *Mielekäs elämä -raportissa* ja asiakaslähtöisyys mainittiin sanana jo *Lipposen hallitusohjelmassa*. Tavoite kehittää asiakasosallisuutta on sisällytetty kaikkiin ohjausasiakirjoihin aina tähän päivään asti ja se oli myös kansallisen *Mieli 2009 -ohjelman* keskeisin tavoite.⁷¹⁷ WHO julkaisi vuonna 2010 raportin *User Empowerment in Mental Health*, jossa edellytetään toimintaa ja tekoja palvelunkäyttäjien äänen vahvistamiseksi. Ihmisten ja yhteisöjen voimaannuttaminen on sen keskeinen normi, jolla tavoitellaan ihmisten aktiivista osallisuutta palveluissa sekä vastuun ottamista omasta terveydestä. Sipilän hallituskauden sote- ja maku- rakenneuudistuksen keskeisin tavoite oli niin ikään asiakaslähtöisyys. Asiakaslähtöisyyden ajatus on vaikuttanut myös sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön. Lait asiakkaan ja potilaan asemasta ovat tästä konkreettinen esimerkki.

Asiakaslähtöisyyttä ja asiakkaiden mukaan ottamista palveluiden kehittämiseen on siis toteutettu julkisen vallan ohjauksessa ja monena vuosikymmenenä. Onko siitä seurannut parempia palveluja ja parempaa elämää? Minna Laitila on terveystieteiden väitöskirjassaan vuonna 2010 kiinnittänyt huomiota siihen, että vaikka asiakaslähtöisyys on mielenterveys- ja päihdetyössä tunnustettu arvo, ei se toteudu käytännössä. Hän muistuttaa, että osallisuus toteutuu harvoin silloin, kun palvelunkäyttäjä on riippuvainen palvelusta. Kuluttaja-asiakkuudesta voidaan puhua vasta, kun asiakkaalla on tosiasiallinen mahdollisuus vapaasti jättää ja valita itse tarvitsemansa palvelu.

Osallisuudeksi ei riitä se, että ihmisellä on mahdollisuus valittaa tai antaa palautetta. Osallisuutta estävät syyt voivat olla niinkin konkreettisia kuin pitkät välimatkat ja hankalat aukioloajat.⁷¹⁸ Arnstein on luokitellut erilaisia osallistumisen muotoja,⁷¹⁹

715 Valkama 2012, 1, 10, 68.

716 Alma-Ata 1978, 3, 49–51.

717 Paremmman palvelun avaimia 2012.

718 Laitila 2010, 2–5, 19–22.

719 Arnstein rinnastaa kansalaisen osallisuuden kansalaisen valtaan ja erottelee yksiselitteisesti ”rituaalinomaisen osallisuuden” tosiasiallisista vaikutusmahdollisuuksista. Tämän osoittamiseksi hän loi kahdeksantasoiset tikapuut-osallisuusmallin, joka koostuu aidosta osallisuudesta (jaettu valta, kumppanuus, kansalaisuus), näennäisestä osallisuudesta (tiedottaminen, konsultointi, edustuksellisuus) sekä ei-osallisuudesta (terapia, manipulointi). Tämän ulkopuolelle hän jättää täydellisen osattomuuden muodot, kuten rasismien, rankaisun, paternalismin ja voimakkaan vallankäytön sekä köyhyyden, kyvyttömyyden ja epävakaa yhteisön. Arnstein 1969, 216–224.

joista yhtä hän nimittää näennäisosallisuudeksi. Siinä kansalaisilta kysytään mielipiteitä, pyydetään mukaan keskusteluihin ja järjestetään tiedotustilaisuuksia, mutta millään niistä ei ole mitään vaikutusta varsinaiseen päätöksentekoon. Vaikka asiakkaat itse toivovat eniten suoria vaikuttamiskeinoja, niitä on tosiasiasa tarjolla vain vähän.⁷²⁰

Asiakaslähtöisyys ja palvelujen käyttäjäyys ovat kapeaa, palveluntarjoajan määrittelemää osallisuutta. Osallisuuden toteutumista heikentää myös se, että kyvykkäät palveluidenkäyttäjät syrjäyttävät hiljaisemmat ja passiivisemmat palveluiden käyttäjät. Valitut toimintatavat voivat toistaa ja ylläpitää ihmisryhmien toiseutta ja kulttuuria, joka saa aikaan syrjäyttämistä. Osallistumisen tiellä on esteitä, eivätkä kaikki voi saavuttaa palveluita.⁷²¹ Vaikka yhteiskunnallisissa paternalismissa on monia ongelmia, on se myös suojellut heikommassa asemassa olevia kansalaisia ”vahvojen ja pärjäävien lakia” vastaan.⁷²²

Myös se on ongelma, että kaikki eivät halua olla osallisia, ja osallistumisen velvoite voi luoda heille lisästressiä. Kaikilla ei ole kykyjä, voimavaroja tai taitoa osallistua omaan hoitoonsa. On relevanttia kysyä, edustavatko aktiiviset ja pystyvät palveluiden käyttäjät myös näiden hiljaisten asiakkaiden näkemyksiä palvelujärjestelmän kehittämisestä. Asiakkaan osallisuuden korostaminen siirtää entistä enemmän vastuuta yksilölle itselleen, vaikka hoidettava oleminen on myös hoidon tarjoama oikeus.⁷²³ Erityisesti Talcot Parsons on potiluuksa koskevassa analyysissään korostanut ihmisen oikeutta olla heikko ja tarvitseva niin, että hän voi väliaikaisesti luovuttaa osan osallisuuttaan ja toimijuuttaan jollekulle toiselle.⁷²⁴ Ajatus on ristiriidassa yksilön vastuuttamisen eetoksen ja pärjäämisen kulttuurin kanssa, joka näkyy siinä, että avun pyytäminen voidaan kokea häpeäksi ja sitä voidaan pitää osoituksena henkilökohtaisesta epäonnistumisesta.

8.3 ASIAKKAASTA KULUTTAJAKSI – ONKO MYÖS SAIRASTUNUT KULUTTAJA JA PALVELUIDEN KÄYTTÄJÄ?

Hyvinvointivaltion rakentamisen aikaisesta valtiollisesta ohjausjärjestelmästä on siis siirrytty kohti markkinaehtoista palvelujärjestelmää, jossa kansalaiset ovat muuttaneet terveydestään vastuullisiksi asiakkaiksi yksityistyvän terveydenhuollon piirissä. Asiakaslähtöisyys ei ole ainoa uusi ideologia tässä muutoksessa. Asiakkaiden lisäksi puhutaan myös kuluttajista, sillä markkinoiden logiikka edellyttää sekä palveluita,

⁷²⁰ Valkama 2012, 59–60, 75.

⁷²¹ Valkama 2012, 60–61, 63.

⁷²² Toiviainen 2007, 72–73.

⁷²³ Laitila 2010, 22.

⁷²⁴ Vaskilampi 2010.

että kuluttajia. Kuluttajuudesta väitelleen Toiviaisen mukaan kuluttaja-potilaan syntyyn ovat vaikuttaneet esimerkiksi terveydenhuoltoalan kaupallistuminen, teknologian käytön lisääntyminen väestössä, kuluttaja- ja potilasliikkeiden vahvistuminen, lääketeollisuuden kasvu sekä muutokset lääkäriprofessionissa.⁷²⁵ Kuluttajuuden logiikasta eli konsumerismista ei kuitenkaan ole välttämättä hyvän hoidon takeeksi, sillä sairaus ei toimi samoin kuin markkinoiden logiikka.⁷²⁶ Potiluteen istuu huonosti konsumerismiin liittyvä markkinaideologinen terveyskäsitelmä, jossa terveys nähdään kulutushyödykkeenä. Tosiasiassa ihminen ei kuitenkaan voi valita terveyden ja sairauden väliltä eikä hän voi millään tietää, mitä tulee tulevaisuudessa tarvitsemaan.⁷²⁷

Konsumerismin vahvistuminen on ollut seurausta potilaiden aktivoitumisesta 1990-luvulta alkaen Yhdysvalloissa ja Britanniassa. Taustalla on väestörakenteen muutokset ja ikääntyvä väestö, jolla on terveydenhuollossa uusia vaatimuksia. Suuret ikäluokat ovat ensimmäinen koulutettu, kuluttajaorientoitunut ja laajasti sairaalapalveluja käyttänyt sukupolvi. He haluavat lisää tietoa sekä kontrolloimisen, osallistumisen ja valinnan mahdollisuuksia. Suomi oli ensimmäinen Euroopan maa, joka säätöi erillisen lain potilaiden oikeuksista. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista tuli voimaan 1993.⁷²⁸ Potilaiden asema ja rooli kuluttajina on vahvistunut kuluttajaoikeuksien ja valinnanvapauden merkityksen korostuessa terveystaloudessa.⁷²⁹ Nykyään potilasjärjestöt tekevät yhteistyötä kuluttajaliikkeen kanssa. Suomen Potilasliitto on Suomen Kuluttajaliiton jäsen ja molemmat tahot yhdessä ja erikseen ottavat kantaa terveysasioihin.⁷³⁰

Kuluttajuus muuttaa perinteistä potilaan roolia, sillä kuluttajilla on tietoa, he ovat aktiivisia ja he tahtovat valita, ja yhä useampi kuluttajapotilas on halukas asettumaan hoitosuhteeseen tasa-arvoiseen asemaan hoitavan tahon kanssa. Tämä on nähty mahdolliseksi voimaantumisen eli *empowermentin* seurauksena. *Empowerment*

725 Toiviainen 2007, 17–21, 29–30. Lääkäriprofessionia koskeva kritiikki vahvistui 1970-luvulla, jolloin Eliot Freidson loi lääkärin ja potilaan konflikteja koskevan teorian. Kritiikki kohdistui siinä lääketieteen vallankäyttöön ja terveydenhuollon ammattilaisten harjoittamaan kontrolliin. Freidsonin tulkintaa myös kritisoiin, ja hän itsekin korosti myöhemmin lääketieteellisen asiantuntija-aseman merkityksellisyyttä potilaalle sen positiivisessa merkityksessä. Tutkimusten mukaan lääkärit ovat suhtautuneet varauksellisesti potilaiden aseman muuttumiseen ja kannattavat potilaita harvemmin jaettua päätöksentekoa. Nykyisen Suomen Lääkäriliiton eettisissä ohjeissa korostetaan lääkärin tasavertaista kumppanuussuhdetta potilaan kanssa. Lääkärit mieltävät sellaiset potilaat kuluttajiksi, jotka ilmaisevat oman mielipiteensä ja osallistuvat hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Toisaalta tutkimusten mukaan lääkärit arvioivat potilaat todellista tietämättömmiksi ja potilaan puolestaan itsensä todellista tietävimmiksi. Näiden selvitysten ja tutkimusten puutteena on, että ne on lähes kokonaan tehty Yhdysvalloissa tai Iso-Britanniassa. Toiviainen 2007, 30–38. Ks. lisää medikalisaatiota käsittelevästä luvusta neljä (4).

726 Honkasalo 2013, 68–69.

727 Toiviainen 2007, 71–73.

728 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Myöhemmin annettiin myös Laki Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812.

729 Toiviainen 2013, 348.

730 Toiviainen 2005, 48–49.

on konsumerismiin kuuluva käsite, jota on käytetty sosiaali- ja terveystieteissä keskustelussa jo 1990-luvulta lähtien.⁷³¹ Terveyspalveluissa tietoisesti tavoitellun ja harjoitetun *empowermentin* seurauksena palveluista vastaavat professionaaliset asiantuntijat ovat saaneet rinnalleen kuluttajamaisesti käyttäytyvän ja aktiivisesti valitsevan asiakkaan. Valinnanmahdollisuuksien lisäksi keskustelua hallitsevat kansalaisoikeudet sekä oikeus oikeudenmukaisuuteen ja yhdenvertaisuuteen.⁷³² On huomattava, että potilas voi toimia tällaisena kuluttajana vain, mikäli hänellä on tietoa ja kykyjä valintojen tekemiseen ja jos hänen valintansa tosiasiallisesti vaikuttavat hänen hoitoonsa.

Ei kuitenkaan ole yksiselitteistä, että kaikki kuluttaja- potilaat voivat tehdä aitoja valintoja. Tutkimusten mukaan potilaan valintoihin vaikuttavat ikä, koulutus, tieto, sosioekonominen asema, perhekoko, aiemmat hoitokokemukset, suhtautuminen lääketieteeseen ja lääkäreihin, terveydentila ja suhde hoitohenkilökuntaan. Kuluttajatutkimusten mukaan jopa yli puolet ihmisistä pitää mediaa ja viidesosa kaupallisia toimijoita luotettavana tietolähteenä valintojen tekemiseen. Lisäksi markkinoihin perustuvassa järjestelmässä palvelut rakennetaan mukailemaan kuluttajien toiveita ja seuraamaan heidän tyytyväisyyttään, mikä johtaa yksittäisten toiveiden korostumiseen, palvelujen ylikäyttöön ja erilaisia tuotteita sisältävien palveluiden lisääntymiseen ja tuotteistamiseen.⁷³³ Palveluita koskevan valinnanvapauden lisääntyessä erityisesti kauan sairastaneiden mielenterveyspotilaiden voi olla vaikea hahmottaa, millaisia palveluita he tarvitsevat, mitkä palvelut auttavat heitä parhaiten ja millaiset palvelut heille kulloinkin sopivat.⁷³⁴

Käytännön asiakastyötä tekevät tietävät, että osallisuus palvelujärjestelmässä edellyttää monenlaisia kykyjä. Koska toimintakyky on osallisuuden edellytys, palvelujärjestelmän kehittäjiäkin on jo pitkään kiinnostanut, millainen palveluiden käyttäjien ja asiakkaiden toimintakyky on, mitkä tekijät vaikuttavat siihen ja kuinka sitä voi vahvistaa.⁷³⁵ Tästä huolimatta palvelujärjestelmän kehittämisessä on keskitytty toimintakyvyn tukemisen sijaan asiakkuuden kehittämiseen. Vaikka potilaista onkin haluttu tehdä asiakkaita vaihtamalla asiakirjoissa käytetyt käsitteet, potilaat eivät ole muuttuneet asiakkaita. Sosiaalihuollossa puhutaan aina asiakkaista, mutta sairaanhoidossa vielä potilaista, vaikka myös siellä puhe asiakkaista korvaa puheen potilaista, koska myös potiluuksien halutaan liittää aiempaa autonomisempi ja osallistuvampi käsitys toimijuudesta.⁷³⁶

731 Toiviainen 2007, 13, 15–16. Tarkemmin *empowermentistä* esim. kokemusasiantuntijuuden käsitettä tarkastelevassa luvussa kuusi (6).

732 Valkama 2012, 42.

733 Toiviainen 2007, 71–72.

734 Harjajärvi & Pirkola & Wahlbeck 2006, 23.

735 Asiakaslähtöinen toimintakyky- sovellus 2017.

736 Valkama 2012, 2, 4.

Asiakaslähtöisyys ja kuluttajuusparadigma sekä potilaan lisääntyvä osallistumisen ja autonomisuuden vaade ovat tehneet palvelujärjestelmästä sellaisen, että siinä toimiminen edellyttää suurta toimintakykyä. Palvelujärjestelmän toimivuuden ollessa yhteydessä kansalaisen avun saamiseen, kytkee se palvelujärjestelmän asiakkuuden ja yhteiskunnallisen osallisuuden ja kansalaisuuden tiiviisti yhteen. Yhteiskunnan täysivaltainen osallisuus edellyttää aikaisempaa vahvemmin tiettyjen reunaehtojen täyttymistä palvelujärjestelmässä, jotka Valkaman mukaan ovat esimerkiksi toimintakyky, kyky päätöksentekoon sekä valta käyttää kykyjään.⁷³⁷ Mitä asiakkaana toimiminen palvelujärjestelmässä edellyttää kansalaiselta? Mitä tapahtuu, kun tätä toimintakykyä ei ole?

8.4 TOIMIJUUS PALVELUJÄRJESTELMÄSSÄ – ASIAKKUUDEN VAATEET

Anna Metteri on tutkinut väitöskirjassaan hyvinvointivaltiossa kansalaisille tehtyjen lupausten, kuten mahdollisuuksien tasa-arvon, pettämistä ja sen seurauksena syntyneitä kohtuuttomia tilanteita yksittäisille kansalaisille. Hän kuvaa palvelujärjestelmässä toimimista sellaiseksi, että se edellyttää siinä toimivalta monenlaisia ja korkean tason osaamista. *”Aktiivisen asiakkaan suoriutumista vaatimuksiin kuuluu asiointiosaaminen ja byrokratiaosaaminen, jolloin pitää tuntea etuus- ja palvelujärjestelmä ja sen toimintatavat. Pitää osata mennä oikeaan paikkaan oikeaan aikaan. Pitää osata laittaa vireille oikeat hakemukset oikealla tavalla ja oikeaan aikaan. Laiminlyönneistä seuraa kielteisiä asioita, kuten työttömälle karenssi tai sairaalle jääminen vaille sairaudenaikaista sosiaaliturvaa ja riittävää huolenpitoa.”*

Järjestelmä on Metterin mukaan armoton, kun sen sisällä toimivat eivät ota huomioon järjestelmän monimutkaisuutta ja ihmisen toimintavoiman heikkoutta, joka voi liittyä erilaisiin aktiivisuuden esteisiin. Kohtuuttomia tilanteita muodostuu, kun järjestelmässä toimimista voivat vaikeuttaa esimerkiksi sairaus, jonka takia ihminen ei jaksa toimia tai ei kykene toimimaan, tiedon puute, jolloin ihminen ei osaa toimia tai loukkaantuminen kohtelusta, jolloin ihminen ei halua toimia.⁷³⁸

Sairastuneen kannalta kohtuuttomien tilanteiden lisäksi palvelujärjestelmässä toimimista vaikeuttaa se, että palvelujen saamisen edellytyksenä on, että ihminen sovittaa toimintansa järjestelmän määritelmiin ja normeihin. Palvelujärjestelmän tarjoama tuki perustuu asiakkaan todettuihin tarpeisiin, jotka vastaavat säädöksiin kirjattuja palvelun myöntämisen perusteita. Palvelun saamisen ehto on ammattilaisen arvio asiakkaan tarpeesta ja sen suhteuttamisesta oikeuteen saada kyseinen

⁷³⁷ Valkama 2012, 46.

⁷³⁸ Metteri 2012, 202–203.

palvelu. Jotta kansalaisen oikeus saada tuki, palvelu tai etuus toteutuisi, hänen tulee todistaa täyttävänsä palvelun ehdoksi asetetut kriteerit.⁷³⁹

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisella on velvollisuus ja oikeus käyttää omaa harkintaansa ja päättää asiantuntemuksensa turvin, missä määrin kriteerit täyttyvät ja myönnetäänkö palvelu vai evätäänkö se. Siinä missä esimerkiksi päivähoito ja peruskoulutus tarjotaan kaikille pelkän ikäkriteerin perustella, sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaaksi ja palvelujen piiriin pääsee asiantuntijan arvioiman tarpeen nojalla. Sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmän asiakkuutta määrittävät lisäksi erilaiset auttamis-, hoiva-, terapia-, kasvatus- ja kuntoutusinstituutiot, mutta myös johtamisopit ja sopimusohjausjärjestelmä tilaaja-tuottaja-malleineen. Asiakkaan asemaan palvelujärjestelmässä vaikuttaa voimakkaasti myös se, että hän on aina riippuvuussuhteessa palveluntarjoajaan.⁷⁴⁰

Asiakkaan toimijuuden lähtökohta palvelujärjestelmässä on riippuvuussuhde, joka ohjaa ja rajoittaa asiakkaan toimintaa. Saadakseen palveluita asiakkaan on noudatettava järjestelmän normeja, jotka ovat usein keskenään ristiriidassa. Omia tarpeita vastaavien palvelujen saaminen edellyttää, että asiakas onnistuu toimimaan kuhunkin tilanteeseen ja kontekstiin sopivalla tavalla. Sosiaali- ja terveystalvvelujen asiakkaan on oltava vuoroin holhottava ja passiivinen sekä vuoroin aktiivinen ja omia valintoja tekevä. Palvelut ovat osittain tasavertaiseen kumppanuuteen perustuvia ja osittain ne perustuvat paternalistiseen kohdistamiseen. Jotkin palvelut ovat universaaleja ja subjektiivisia, ja jotkin palvelut perustuvat viranomaisen tarveharkintaan.⁷⁴¹

Asiakkaalta odotetaan aktiivisuutta ja omatoimisuutta, mutta samalla hänen odotetaan sopeutuvan viranomaiskäytäntöihin ja toimenpiteisiin.⁷⁴² Potilas, jonka taakkana on kroonisen sairauden hallinta, joutuu olemaan aktiivisempi suhteessa palvelujärjestelmään kuin sellainen, joka vain pistäytyy palveluissa jonkin yksittäisen toimenpiteen vuoksi, puhumattakaan ihmisestä, joka keskittyy pitämään terveydestään huolta ennaltaehkäisevästi.⁷⁴³ Tilanne johtaa kiinnostavaan ristiriitaan, koska mitä vaikeammin ja parantumattomin joku on sairastunut tai vammautunut sitä suurempaa aktiivisuutta järjestelmä odottaa häneltä. Aktiivisuuden toteuttaminen omien tarpeiden vastaavalla intensiteetillä voi kuitenkin johtaa normipoikkeamaan järjestelmän silmissä, koska aktiivinen asiakkuus yhdistetään usein vaatavuuteen, haastavuuteen ja hankaluuteen. Tällainen potilas leimautuu helposti.

Sosiaali- ja terveystalvveluiden asiakkuuteen kuuluu keskeisesti aktiivisuuden käsite. Lainsäädäntö on täynnä käsitteitä, jotka liittyvät asiakkaan aktiiviseen

⁷³⁹ Metteri 2012, 213–216.

⁷⁴⁰ Valkama 2012, 44–45.

⁷⁴¹ Valkama 2012, 68, 75.

⁷⁴² Laitila 2010, 4.

⁷⁴³ Toiviainen 2007, 17, 25.

toimintaan, kuten kieltäytyminen, yhteyden ottaminen, asioiden esittäminen, hankkiminen, riittävien voimavarojen omaaminen sekä osallistuminen ja vaikuttaminen. Toiminta palveluissa edellyttää siis runsasta aktiivisuutta. Valkaman mukaan tämän seurauksena asiakkuuden lisäksi myös kansalaisuus on muuttunut. Sosiaalisen kansalaisen sijaan halutaan nyt aktiivista kansalaista, joka osallistuu, ottaa vastuuta ja tekee valintoja. Kollektiiviseen vastuuseen perustunut yhteiskuntasopimus on korvautunut yksilön vastuulla. Perusturvan muuttumista ehdolliseksi pidetään tämän muutoksen selvänä indikaattorina. Muutos voidaan nähdä joko marginaalissa olevien kansalaisten voimaantumisenä ja emansipatorisena voittona tai äärimmäisenä yksilöiden hylkäämisestä ja sosiaalisten liikkeiden tuhona. Aktiivisuus ei välttämättä tarkoita vapautumista ja valtaistumista, vaan edellytystä, jonka puuttumisesta rangaistaan.⁷⁴⁴

Voidaanko asiakkaan aktiivisuutta vahvistaa? Liisa Björklund on väitöskirjassaan tutkinut, miten kannustamisen mekanismit ovat suomalaisessa politiikassa toimineet ja huomannut, että kannustettavaa ei voida kannustaa käyttämään kykyjään, mikäli hänellä ei ole kapasiteettia niiden omaksumiseen eikä toimintavalmiuksia. Björklund huomauttaa, että toimijan kannustettavuus vaihtelee eri aikoina riippuen toimijan kulloisesta elämäntilanteesta, jonka mukaan preferenssit ja toimintavalmiudet vaihtelevat. Tämän vuoksi kannustettavan mahdollisuutta valita vapaasti erilaisten toimintavaihtoehtojen välillä rajoittavat sisäiset positiiviset esteet, sisäiset negatiiviset esteet sekä ulkoiset positiiviset ja negatiiviset esteet, kuten erilaiset byrokratiasta johtuvat tuloloukut. Pääasiassa hänen mukaansa kansalaisia kannustetaan toimenpiteillä, jotka eivät tosiasiallisesti lisää heidän toimintavalmiuksiaan.⁷⁴⁵

Valkama on tehnyt samoja huomioita kuin Björklund. Hän huomauttaa, että aktivointi on ollut yhteiskunnassa yksisuuntaista: asiakasta on aktivoitu, mutta palveluita, järjestelmiä tai instituutioita ei ole pyritty kehittämään. Lisäksi Valkama huomauttaa, että vaikka palvelujärjestelmän retoriikka kertoo aktiivisista, toimivista, tietoisista ja osallistuvista asiakkaista, konkretisoituu asiakkuus käytännön työssä ongelma- retoriikan kautta. Asiakkuus on esimerkiksi kuntoutujaa, näkövammaista, päihdeongelmaista ja yksihuoltajuutta. On myös muistettava, että asiakkuuden piiriin hakeutuvat ne, jotka osaavat sinne hakeutua. Kyky hallita omia asioita ja ajaa omaa etua, tulee asiakkuuden edellytykseksi ja tässä on asiakaslähtöisyyden paradoksi. Huonoimman toimintakyvyn omaavat kansalaiset putoavat pois

744 Valkama 2012, 53–54.

745 Björklund 2008, 67, 71, 152. Aktiivisen sosiaalipolitiikan työryhmä julkaisi vuonna 1999 muistionsa, jossa se suosittelee uudenlaisen kuntouttavan työllistämisen toiminnan järjestämistä, jossa luotaisiin edellytyksiä henkilön työllistymiselle avoimille työmarkkinoille. Aktiivinen sosiaalipolitiikka – työryhmän muistio 2000. Laki Kuntouttavasta työtoiminnasta säädettiin 2000-luvun alussa. Laki kuntouttavasta työtoiminnasta 189/2001.

asiakkuudesta ja palveluista. Valkaman mukaan aktiivisuus edellyttää kompetenssia, autonomiaa ja voimavaroja sekä kommunikointikykyä, joita kaikilla ei ole.⁷⁴⁶

Palvelujärjestelmän ristiriitaisten asiakkuusodotusten lisäksi myös asiakkaan motivaatio ja kyky valita vaihtelevat väestössä. Potilaan valinnanvapauden korostaminen ja aktiiviseen valintaan perustuva palvelujärjestelmä johtanee todennäköisesti terveyserojen ja epätasa-arvon kasvuun. Lisäksi esimerkiksi Toiviainen huomauttaa, että valintaa edellyttävä tiedottaminen voi muuttua tiedon antamisen sijaan aggressiiviseksi mainonnaksi. Hoitokäytännöistä etukäteen tiedottaminen voi johtaa myös hoitotarpeiden lisääntymiseen.⁷⁴⁷

Honkasalo on tutkimuksissaan kysynyt, mihin valintoihin sairaus ylipäättään antaa mahdollisuuden. Valintoja tekevään ihmiseen on kerrostunut kokemuksia, jotka määrittävät hänen vapauttaan ja toimijuuttaan. Lisäksi valinnat ovat sidoksissa kulttuurin ja sosiaalisiin suhteisiin. Valinnat saattavat olla selkeitä ja vaikuttaa selkeästi sairauden kulkuun, mutta yhtä lailla ihmiset tekevät sairauksien kanssa muutakin kuin valitsevat; he potevat, sinnittelevät, kestävät ja sietävät. Erityisesti pitkäaikaissairaiden toimijuus haastaa perinteistä tutkimusta, johon terveyspoliittinen päätöksenteko vielä tällä hetkellä perustuu. Honkasalo painottaakin, että lääketieteelliset tai epidemiologiset todennäköisyyksiin perustuvat selitykset ovat edelleen itsestään selvästi ja kenties virheellisiin tulkintoihin johtavien interventioiden lähtökohtana. Yhtä virheellistä on olettaa, että valinnanvapaus, autonomia ja riippumattomuus jäsentäisivät määräävinä periaatteena ihmisten sairastamista tai terveenä pysyttelemistä.⁷⁴⁸

Mielenterveyden häiriöt muodostavat lähtökohtaisesti merkittävän ristiriidan mahdollisuuksien tasa-arvolle rakentuneeseen palvelujärjestelmään. Psykkiseen sairastamiseen liittyy paljon tekijöitä, jotka johtavat kohtuuttomiin tilanteisiin, koska palvelujärjestelmän toimijoilta vaaditaan herkkyyttä ja taitoa asiakkaan kohtelussa silloin, kun asiakas on sairautensa takia erityisen haavoittuvainen. Tämän lisäksi psykkiseen sairauteen liittyy usein jaksamattomuutta, aloittekyvyttömyyttä ja monenlaista tuen tarvetta, jolloin ihminen ei yksin selviä sosiaaliturvan vaatimasta byrokraatiaosaamisesta ja kohtaamisten merkitys korostuu entisestään.⁷⁴⁹ Jos asiakkaan toimintakyky on alentunut, voidaan hänen asiakkuuttaan hoitaa myös niin, että joku tai jokin taho kantaa vastuun heidän oikeuksistaan ja ajaa heidän etuaan. Tätä edunvalvonnallista ajattelua kuitenkin myös vastustetaan, josta Valkama nostaa esimerkin vammaispolitiikan sloganista; ”*nothing about us without us*”.⁷⁵⁰

746 Valkama 2012, 54–57.

747 Toiviainen 2007, 71–73.

748 Honkasalo 2013, 78–79.

749 Metteri 2012, 234.

750 *Nothing about us without us* -slogan on James Charltonin vammaispolitiikkaan lanseeraama slogan 1990-luvulla ja se liittyy 1960-luvulla alkaneeseen keskusteluun vammaisten oikeuksista osallistua ja vaikuttaa omaa elämäänsä koskevaan päätöksentekoon ja politiikkaan. Charlton 2000.

Erityisesti pelätään riippuvuussuhteiden syntymistä, jotka perustuvat taloudelliselle eriarvoisuudelle, institutionalismille, paternalismille sekä nöyryytykseen.⁷⁵¹

On siis ilmeistä, että toimiminen palvelujärjestelmässä vaatii suurta aktiivisuutta ja monenlaista kyvykkyyttä. Lisäksi näyttää siltä, että palvelujärjestelmää on kehitetty vuosikymmeniä vastaamaan toimintakykyisten asiakkaiden tarpeisiin ja lopulta konsumerismin ja asiakkuuksien paradigman myötä palvelemaan kyvykkäitä ja toimintakykyisiä asiakkaita – ei niinkään kaikenlaista apua ja tukea tarvitsevia kansalaisia. Erityisen suuri ristiriita palvelujärjestelmän ja kansalaisen välille syntyy siinä tilanteessa, kun asiakkaan toimintakyky, aktiivisuus ja osaaminen ovat puutteellisia, heikkoja tai olemattomia. Yllä mainitut ominaisuudet liittyvät lähes poikkeuksetta vakaviin mielenterveyden häiriöihin. Tällöin vakavasti sairastunut kansalainen ei tosiasiallisesti voi tarttua hyvinvointivaltion kaikille kansalaisille tasa-arvoisesti tarjolla oleviin mahdollisuuksiin, sillä niihin tarttuminen edellyttää ominaisuuksia, jotka häneltä sillä hetkellä puuttuvat tai ovat heikentyneitä. Sen takia aktivoivan ja yksilöitä vastuuttavan sosiaaliturvapolitiikan soveltaminen tuottaa kohtuuttomia tilanteita.

Mitä voisi olla vakavasti sairaan ihmisen toiminta palvelujärjestelmässä? Olen edellä tarkastellut olemassa olevaa palvelujärjestelmää sen omien käsitteiden, kuten asiakkuus ja aktiivisuus, avulla. Olen kuvannut ristiriitaa palvelujärjestelmän toimintaedellytysten ja vakavasti sairaan ihmisen kykyjen välillä. Jotta olisi mahdollista ymmärtää mielenterveyden häiriöön sairastuneen ihmisen kykyjen rajoituksia, on ymmärrettävä toiminnan edellytyksiä, joita seuraavaksi tarkastelen lyhyesti.

Tiivistetysti voidaan sanoa, että toiminta koostuu teoista, joiden tekijä uskoo olevan keinoja asetetun tavoitteen saavuttamiseksi. Eli on olemassa jotain, joka nähdään tavoittelemisen arvoisena ja sen tavoitteen saavuttamista pidetään mahdollisena. Toiminta on siis mielekäästä vain, jos tavoitteita voidaan asettaa eli, jos on haluttavia asioita, ja niitä voidaan tavoitella eli on keinoja, jotka pohjautuvat tietoon, ja tältä pohjalta on mahdollista toimia niin, että tavoitteet voidaan ainakin joskus saavuttaa. Muuten toiminta on mieletöntä. Jaana Hallamaa määrittelee toimijaksi ihmisen, joka kykenee asettamaan päämääriä, ymmärtää syy-seuraussuhteita ja osaa myös arvioida niitä. Toimijuuteen kuuluu myös kyky tavoitella toiminnallaan asettamiaan päämääriä. Nämä toimijuuden ehdot ovat intentionaalisuusehtoja, järkevyysehtoja ja kyvykkyysehtoja.⁷⁵²

Näiden vähimmäisehtojen lisäksi tavoitteena on oltava aina toimijan toiminnan kannalta tilanne, joka on ainakin yhdeltä piirteeltään aikaisempaa, vallitsevaa tilannetta parempi tai jonkin tulevan tilanteen estäminen toiminnan avulla. Jotta toiminta olisi aidosti tehokasta, on toimijan siis tiedettävä jotain siitä, kuinka maailma toimii ja kuinka hän voi vaikuttaa siihen. Toiminta edellyttää edellä kuvattujen

751 Valkama 2012, 46.

752 Hallamaa 2017, 20–23.

perusehtojen ja kykyjen lisäksi erilaisia prosesseja. Prosesseja voivat olla esimerkiksi tarve, toive tai huoli. Näihin prosesseihin vaikuttavat tilannetekijät ja rakennetekijät eli ne tekijät, jotka määrittelevät toimijan asemaa tai roolia koskevia velvollisuuksia. Elämään vaikuttavat sosiaaliset rakenteet ja yhdessä jaetut uskomukset ovat kuitenkin usein tiedostamattomia. Lisäksi minäkuva vaikuttaa voimakkaasti siihen, miten toimija voi uskoa omiin kykyihin ja mahdollisuuksiin, jotka puolestaan määräävät sen, että minkälaisia tavoitteita hänen on mahdollista asettaa. Yhteisöllisesti rajoitettu rooli voi olla sellainen, että toimija ei rohkene edes asettaa tavoitteita.

Toiminnalla on siis erilaisia edellytyksiä. Hallamaa jakaa toiminnan edellytykset intresseihin ja preferensseihin. Toimijan intressinä voidaan pitää asiaa, jota hän arvostaa niin paljon, että on valmis omalla toiminnallaan sen toteutumista edistämään. Preferenssin käsitettä käytetään puolestaan normatiivisen päätöksenteon teoriassa, jolla pyritään selittämään yksilön päätöksentekoa ja valintoja hänelle kokonaisedullisimman vaihtoehdon mukaisesti. Ihmisellä voi olla erilaisia käsityksiä päämääristä ja niiden saavuttamiseksi valituista keinoista. Päämäärien asettamiseen vaikuttavat vallitsevat olosuhteet, jotka pitävät sisällään fyysisiä ja sosiaalisia seikkoja sekä ihmisen erilaisia psyykkisiä tekijöitä.⁷⁵³

On huomattava, että tässä kuvatut toiminnan edellytykset puuttuvat usein ihmisiltä, joilla on vakava mielenterveyden häiriö. Tavoitteiden asettaminen voi olla haastavaa, ellei peräti mahdotonta. Esimerkiksi vakavaan masennukseen kuuluu syvä toivottomuus ja näköalattomuus sekä olematon itsearvostus. Vaikeissa harhoissa, esimerkiksi skitsofreniassa, voi olla puolestaan mahdotonta ymmärtää sitä miten ympärillä oleva maailma – palvelujärjestelmästä puhumattakaan, toimii. Usein pitkään sairastaneet ihmiset lähinnä sinnittelevät, eikä intresseistä, preferensseistä ja prosesseista voi heidän kohdallaan tällä tavalla tosiasiallisesti puhua. Näin ollen toiminta näyttää olevan heidän kohdallaan peräti mahdotonta, mutta silti sitä edellytetään.

Toimintaan kuuluvat myös arvot, sillä toimija tavoittelee niitä asioita, joita hän arvostaa. Toimijoiden arvostamista asioista voidaan muodostaa käsitys ihmisen hyvästä. Ihmisen hyvää voidaan eritellä jakamalla se hyvään terveyteen ja toimintakykyyn sekä hyvinvointiin ja onnellisuuteen. Hyvään toimintakykyyn kuuluvat myös psyykinen kunto ja paikka sosiaalisessa kokonaisuudessa, jotka mahdollistavat toiminnan osana inhimillistä yhteisöä. Riittävä terveys ja toimintakyky ovat puolestaan hyvinvoinnin osia. Hallamaa muistuttaakin, että erilaisten nyt käytössä olevien hyvinvoinnin arviointimittaristojen lisäksi, kuten tulonjaon tasaisuus

753 Hallamaa 2017, 20–28, 34–35, 37–38, 40, 44, 48, 60, 81–82. Amartya Sen ja Jon Elster argumentoivat, että preferenssit ovat adaptiivisia. Jos yhteiskunta asettaa jotkin asiat joidenkin ihmisten ulottumattomiin, he oppivat olemaan haluamatta sitä tai vaihtoehtoisesti eivät osaa niitä alun alkaenkaan haluta sen ollessa mahdotonta heidän omassa viiteryhmissään. Senin mukaan tämä koskettaa jopa fyysistä terveyttä – psyykkisestä puhumattakaan. Nussbaum 2011, 48–56.

tai vähemmistöjen oikeudet,⁷⁵⁴ olisi kiinnitettävä huomiota myös siihen, millaiset mahdollisuudet eri ihmisillä on hankkia ja toteuttaa kyvykkyyksiään sekä millaisen elämän poliittiset ja sosiaaliset järjestelyt mahdollistavat yhteiskunnan jäsenille.

Erialaisten arvokäsitysten tunnistamisessa olisi tärkeää sen selkiinnyttäminen, että erottelevatko ne inhimillisiä hyviä sen mukaan, kenen hyvästä kulloinkin on kysymys vai sisältykö niihin ajatus kaikille ihmisille yhteisestä hyvästä tai yhteisistä hyvistä. Hyväkäsitysten ihmisiä erotteleva tai yhdenvertaisuutta korostava vaikutus tulee esiin esimerkiksi siinä, että mitä oikeuksia ja mahdollisuuksia ihmisille tahdotaan taata. Korostetaanko ihmisten välisiä eroja vai yhdistäviä piirteitä?

Eriarvoisuus ei suoraan kuvasta ihmisten välisiä todellisia eroja, vaan on merkki epätydyttävästi järjestetystä yhteiskunnasta.⁷⁵⁵ Mielenterveyspolitiikkaa ohjaavissa asiakirjoissa on ilmennyt voimakkaitakin käsityksiä hyvästä sekä erilaisia arvokäsityksiä, joiden pohjalta on kehitetty palvelujärjestelmää.⁷⁵⁶ Nämä erilaiset hyvät ja erilaiset arvot eivät kuitenkaan välttämättä ole samoja palveluiden käyttäjillä. Jos he eivät halua samoja asioita kuin julkinen valta haluaa, on selvää, että tältä pohjalta luotu järjestelmä epäonnistuu ja on lisäksi erilaisten ihmisten näkökulmasta epäoikeudenmukainen.

Toimintaan kuuluukin arvojen lisäksi läheisesti käsitteet ja käytänteet oikeudenmukaisuudesta.⁷⁵⁷ Antiikissa oikeudenmukaisuus tiivistyi kahdeksi normiksi;

754 Myös Martha Nussbaum kritisoi perinteisiä yhteiskunnallisia tapoja tutkia ja selvittää sen luomien rakenteiden toimivuutta kansalaistensa kohdalla. Hän kritisoi mm. bkt-ajatteluun perustuvaa yhteiskunnallisen hyvinvoinnin mittausta siitä, että valtio voi saada hyvät tulokset, vaikka osa sen kansalaisista elää eriarvoisessa asemassa, jopa marginalisoituneissa ryhmittymissä. Lisäksi hän kritisoi numeroiden riittämättömyyttä kuvata monimutkaista elämänlaadun kysymystä ja kyvyttömyyttä ottaa huomioon elämän diversiteettiä. Utilitaristisia lähestymistapoja hän puolestaan kritisoi niiden preferenssien tyydytyksen painotuksesta, sillä preferenssit syntyvät vuorovaikutuksessa sosiaalisen ympäristön kanssa. Resurssipohjaiset lähestymistavat hyvinvointiin ovat myös Nussbaumin mukaan ongelmallisia, sillä niissä ei oteta huomioon ihmisten erilaisia kykyjä ja mahdollisuuksia valita resursseista. Nussbaum 2011, 46–58.

755 Hallamaa 2017, 61, 65–69.

756 Esimerkiksi hallitusohjelmat, Kansanterveysohjelmat sekä sosiaali- ja terveyspolitiikan toimeenpano-ohjelmat ja strateginen toimintaohjelma.

757 Oikeudenmukaisuuskeskustelu on monimutkaista ja käsittää useita erilaisia lähestymis- ja tulkintänäkökulmia. Esimerkiksi Matti Häyry määrittelee oikeudenmukaisuuden tasa-arvoisuuden, yhdenvertaisuuden, tasapuolisuuden ja kaikkien asianosaisten huomioonottavien periaatteiden leikkauspisteeksi. Tämän ajattelun mukaa ihmiset syntyvät samanarvoisina ja kaikkia on kohdeltava samalla tavalla, ellei erilaiseen kohteluun ole erityisiä hyviä perusteita. Asioista päätettäessä, olisi kuultava kaikkia niitä, joita asia koskee. Oikeudenmukaisuusteoreetikot ovat näistä peruseriaateista yhtä mieltä, mutta eroavat ajattelussaan toisistaan mm. sen suhteen, että korostetaanko yksilön vai ryhmän vapautta tai ihmisen omaa ansiota tai vastuuta erilaisista valinnoista. Ihmisten hyvinvointia ja tarpeita tyydyttävät yhteiskuntateoreetikot painottavat toimintavalmiuksien (capabilities) saavutettavuutta kaikille yhteiskunnan jäsenille. Vastakkainen ajattelutapa puolestaan korostaa luottamusta ja solidaarisuutta suhteessa erilaisuuden tunnustamiseen ja ihmisen oikeutta hoivasuhteisiin. Erilaisiin oikeudenmukaisuuskäsityksiin kuuluvat siis erilaiset näkemykset yksilöiden ja ryhmien vapauksien suhteen, yksilöiden valintoihin liittyvien ansionmukaisuuksien ja vastuuden suhteen sekä erilaiset käsitykset tarpeiden tyydyttymisen ja toimintavalmiuksien tukemisen sekä erilaisuuden arvostamisen ja solidaarisuuden kohdalla. Häyry 2018. Hallamaan mukaan oikeudenmukaisuuden luonne voidaan erotella kahteen linjaan, jossa toisen mukaan oikeudenmukaisuus perustuu oikeuksille ja vapauksille kaikille kansalaisille ja toisen mukaan se perustuu ansiolle sen mukaan, mitä kukin on yhteiseen hyvään tuottanut. Pohjoismaiset yhteiskuntamallit painottavat ensimmäistä tulkintaa, eli yksilön tarvetta eikä ansiota lähtökohdaksi oikeudenmukaisuudesta jaettavalle yhteiselle hyvälle. Hallamaa 1993, 187.

”jokaisen on saatava se, mikä hänelle kuuluu” sekä ”samanlaisia on kohdeltava samalla tavoin, erilaisia eri tavoin”. Näillä normeilla voidaan ratkaista kysymyksiä jako-oikeudenmukaisuudesta ja rankaisevasta oikeudenmukaisuudesta. Hallamaa esittää tästä poikkeavan näkökulman vastavuoroisen toimijuuden periaatteiden pohjalta, joissa toimijuus perustuu eri osapuolten samankaltaisuuteen, ei erilaisuuteen. Tällöin voidaan yhdessä määritellä oikeudet ja velvollisuudet ja kaikki voivat sitoutua tukemaan näitä yhteisöllisiä sääntöjä. Kaikilla tämän järjestelmän piiriin kuuluvilla on yhtäläiset vapaudet ja oikeudet kunkin omien oikeuksien ja velvollisuuksien sijaan. Samalla jokaisen toimijuutta kunnioitetaan osapuolten toimijuuden ollessa keskenään toisistaan riippuvaisia. Tämä sopimuseettinen teoria yhteistoiminnan mahdollisuuksista korostaa käytännön sitoutumista yhdessä vallittuihin arvoihin.⁷⁵⁸

Jotta tämä olisi mahdollista olisi tarpeen tunnustaa ihmisen monimuotoisuus ja tietoisuus siitä, että ihmiset elävät osana yhteisöjä. Kielelliset ja kulttuuriset viiteryhmit sekä historialliset, fyysiset ja sosiaaliset ympäristöt vaikuttavat monin tavoin toimintaamme. Toimijuus voidaan jaotella karkeasti lähtökohtaeroihin ja kokemukseen. Lähtökohtaeroihin yksilö voi vaikuttaa vain vähän tai ei lainkaan. Kokemus taas liittyy siihen, miten ihminen itse näkee tilanteensa. Lähtökohtaeroista huolimatta kokemus määrittää sitä mihin ihminen ryhtyy. Psykkisen sairastumisen myötä ihminen helposti lamaantuu ja syyttää itseään omasta tilanteestaan sekä häpeää sairastumisestaan. Tällöin hän ei myöskään ryhdy toimimaan.

Toiminta mielletään aktiivisuudeksi, mutta mitä aktiivisuudella oikeastaan tarkoitetaan? Kiinnostava kysymys mielenterveyden häiriöiden ja toiminnan välillä on se, että mikä on mieleltään järkkyneen ihmisen kipsi? Jos toimettomuus on mielen kipsi, tapahtuuko siinä jotain, kuten oikean kipsin alla tapahtuu uudelleen luutumista? Mitä tapahtuu silloin, kun ei tapahdu mitään?⁷⁵⁹ Saako yhteiskunnassa vain olla ja missä tilanteessa? Hallamaa muistuttaa, että useimpia toiminnan tavoitteita ei voida asettaa täysin tietoisesti. Samoin hän muistuttaa siitä, että kaikki tekeminen ei ole toimintaa ja että toiminnasta pidättäytyminenkin on toimintaa. Toiminnasta pidättäytyminen voi kertoa siitä, että toimija ei arvosta omaa toimijuuttaan eikä pidä omaa panostaan minkään arvoisena. Ei -toimiminen lamaannuttaa ihmistä entisestään.⁷⁶⁰

Aktiivisuuden varaan rakennettu yhteiskunta ja palvelujärjestelmä ei tavoita vastauksia näihin kysymyksiin ja usein juuri nämä ovat kysymyksiä, joita mielenterveyden häiriöön sairastunut ihminen kohtaa. Jos psykkisesti sairas ihminen onkin

⁷⁵⁸ Hallamaa 2017, 90–91, 96–97.

⁷⁵⁹ Teoksessa *The Secret World of Doing Nothing analysoidaan* kiinnostavalla tavalla sitä, miten paljon yhteiskunnassamme on ”ei-mitään-tekemistä”, kuten odottamista, unelmointia ja rutiinien suorittamista, mutta jotka liittyvät jokaisen elämään ja omaavat tärkeän paikan ja tehtävän ihmisen elämässä. Ehn & Löfgren 2010.

⁷⁶⁰ Hallamaa 2017, 31–32.

aktiivinen, on hän sitä yleensä väärällä tavalla. Toimintaa säätelevät monenlaiset suositukset, velvollisuudet ja pakot, jotka rajaavat toisin toimimisen mahdollisuuksia. Lisäksi mikä tahansa toiminta ja aktiivisuus ei suinkaan ole toivottavaa, vaan niitä on yhteiskunnissa voimakkaasti normitettu.

Palvelujärjestelmän kontekstissa kysytään, minkälainen toiminta on hyväksi yhteiskunnalle ja minkälainen toiminta yksilölle ja onko näiden välillä merkityseroja? Palvelujärjestelmän luoma toiminta on yleensä työtä, opiskelua ja näennäisosallisuudenmuotoja, kuten välityömarkkinat, hoidossa toteutettu päivätoiminta sekä erilainen toiminta sairaaloissa. Ei - toivottua toimintaa on puolestaan esimerkiksi psykoottinen harhaisuus, masentuneen lamaannus, kaksisuuntaisen mania tai pakkohäiriöisen pakkotoiminnat. Toivottu toiminta on järkevää, mahdollista, yleisesti hyväksyttyä ja tavoitteellista, kuten olen edellä toiminnan teoriaa kuvannut.

Toiminta ja toimijuus eivät kuitenkaan ole pelkästään yksilön ominaisuuksia. Martha Nussbaum on tutkinut toimintavalmiuksia ja tullut siihen tulokseen, että ihmisen toiminta edellyttää toimia yksilön itsensä lisäksi myös ihmisen ympäristöltä. Tarkastelen seuraavaksi tiiviisti toimintavalmiusteoriaa, jotta olisi mahdollista ymmärtää, mitä ihmisen toimijuutta vahvistava toiminta edellyttäisi yhteiskunnassa.

Martha Nussbaumin toimintavalmiusteoriaa on sovellettu useissa erilaisissa tutkimuksissa ja sitä on lähestytty erilaisista näkökulmista. Tässä tutkimuksessa olen kiinnostunut toimintavalmiusteoriasta siltä osin, mitä toimintavalmiuksien huomioiminen tarkoittaa julkisen vallan ohjauksen näkökulmasta ja mitä toimintavalmiuksien huomioiminen edellyttää julkiselta vallalta ihmisoikeuksien turvaamiseksi. Martha Nussbaumin toimintavalmiusteoria sopii mielenterveyspolitiikan arviointiin erityisen hyvin sen takia, että teorian lähtökohtana on ajatus, että ihmisoikeudet voidaan turvata käytännössä parhaiten takaamalla kaikille toimintavalmiudet. Nussbaumin käsitys inhimillisestä toiminnasta ja sen tarpeista nojaa ihmisarvoon ja käsitykseen ihmisen arvokkuudesta.⁷⁶¹

Hyvän elämän sisältöä ja sen toteutumisen ehtoja pohtinut Aristoteles ajatteli, että ihminen on lähtökohtaisesti yhteisöllinen ja poliittinen toimija, jonka hyvän elämän edellytyksenä on oman tehtävänsä täyttäminen mahdollisimman hyvin.⁷⁶² Myöhemmin filosofi Hannah Arendt kirjoitti teoksessaan *Vita Activa!*, että aktiivinen toiminta, poliittinen toiminta, omaan elämään osallistuminen ja yhteisön hyväksi toimiminen kuuluvat olennaisesti ihmisyyteen.⁷⁶³ Martha Nussbaum lisäsi tähän omassa toimintavalmiusteoriassaan ihmisen vapaan valinnan edellytyksenä toimijuudelle.

Edellä mainitut yhteiskunnalliset ajattelijat korostavat yksilön oman aktiivisuuden merkitystä edellytyksenä hyvinvoinnille - sekä yhteiskunnan, että

⁷⁶¹ Gluchman 2019.

⁷⁶² Aristoteles 2012.

⁷⁶³ Arendt 2017.

yksilön. Nurinkurisesti palvelujärjestelmämme on kuitenkin rakentunut niin, että avuntarvitsijasta tulee siinä passiivinen vastaanottaja aktiivisen toimijan sijaa. Palvelujärjestelmä edellyttää aktiivisuutta, jota se ei missään vaiheessa kuitenkaan kehitä tai vahvista. Hyvinvointipolitiikkamme ei ole kyennyt aidosti panostamaan sellaisten edellytysten luomiseen, joissa aktiivinen toimijuus voisi olla kaikille tosiasiallisesti mahdollista.

Suomalaisessa yhteiskuntapolitiikassa mahdollisuuksien tasa-arvon ajatus on voimakas. Kaikilla tasa-arvoiset mahdollisuudet eivät kuitenkaan muutu toiminnaksi ja mahdollisuuksien tasa-arvosta on pitkä matka yhdenvertaiseen toimintakykyyn. Tämän vuoksi pelkkiin mahdollisuuksiin keskittyminen ei ole riittävää toiminnan määrittelyn kannalta. Martha Nussbaum on toimintakykyajattelussaan purkanut tätä ajatusta auki kysymällä, mitä ihmiset todella voivat olla ja tehdä. Nussbaumin mukaan toimintamahdollisuuksiin ei riitä kaikille yhtäläiset mahdollisuudet, vaan niihin on liitettävä kyky käyttää noita mahdollisuuksia. Nussbaum on konkretisoinut ajatteluaan listaamalla kymmenen toimintakykyä, jotka jokaisella vapaaseen ja vastuulliseen elämään kykenevällä ihmisellä tulisi olla. Hän muistuttaa, että lista ei ole aukoton taikka täydellinen ja että aito oikeudenmukaisuus yhteiskunnassa edellyttää tämän minimilistan ylittämistä. Lisäksi Nussbaum huomauttaa, että lista on abstrakti ja vasta jokaisen valtion perustuslaki konkretisoi listan käytäntöön.

Nussbaumin ajattelussa toimintavalmiudet yhdistyvätkin mielenkiintoisella tavalla yksilön ja yhteiskunnan väliseksi vuorovaikutukseksi, jolloin yksilön synnynnäisten ominaisuuksien lisäksi myös yhteiskunnalliset rakenteet tulevat yhtä merkittäviksi, kun halutaan ymmärtää erilaisia toimintavalmiuksia. Yksilön vapaus valita eri vaihtoehtoista ja muuttaa mahdollisuudet toiminnaksi sekä itsemääräämisoikeus ovat Nussbaumin ajattelussa keskeisiä. Näiden lisäksi keskeinen tekijä toimintavalmiuksissa on laadukkaan elämän monimuotoisuus. Toimintavalmius edellyttää aina vapautta valita ja toisaalta siitä on aina seurattava toimintaa, jotta toimintavalmiudet olisivat relevantteja. Poliittisen ohjauksen kannalta on oleellisempaa keskittyä toimintavalmiuksiin kuin niistä seuraavaan toimintaan, sillä niin kunnioitetaan ihmisen valinnanvapautta.⁷⁶⁴

Toimintavalmiudet eivät siis ole pelkästään ihmisen itsensä ominaisuuksia, hänen sisällään olevia tekijöitä, vaan ne muodostuvat vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa ja toiminnassa. Toimintavalmiuksilla tarkoitetaan ihmisen sisäisten toimintavalmiuksien sekä sosiaalisten, poliittisten ja taloudellisten mahdollisuuksien yhdistelmää. Osa toimintakyvyistä tuotetaan vahvistamalla yksilön taitoja ja osa yhteiskunnallisilla toimenpiteillä.⁷⁶⁵

Nussbaumin mukaan yhteiskunnalla on mahdollisuus vaikuttaa myös ihmisten sisäisten toimintavalmiuksien vahvistamiseen esimerkiksi koulutuksen,

⁷⁶⁴ Nussbaum 2011, 17–19.

⁷⁶⁵ Nussbaum 2011, 32–40 sekä Ahonen 2017.

terveydenhoidon ja perhepolitiikan keinoin. Hän muistuttaa, että yhteiskunnassa saatetaan tukea implisiittisesti vain sisäisiä tai vain ulkoisia toimintavalmiuksia, jolloin kummassakaan tapauksessa yksilö ei pääse tosiasiallisesti käyttämään kykyjään. Molempia toimintavalmiuksia tarvitaan kummankin toimintavalmiusmuodon aktualisoitumiseen.

Nussbaum korostaa vapauden, itsemääräämisoikeuden ja hyvän elämän monimuotoisuuden lisäksi ihmisarvoa ja ihmisarvoista kohtelua ja pitää sitä poliittisen päätöksenteon kannalta eettisempänä periaattina kuin hyvää elämää. Ihmisarvoisesta elämästä voidaan johtaa esimerkiksi vakavasti vammaisten ihmisten oikeus koulutukseen, vaikka kouluttamattominakin he voisivat elää aivan hyvää elämää. Ihmisarvoinen elämä tavoitteena pakottaa jokaisen toimijuuden tunnustamiseen ja tunnustamiseen. Nussbaum korostaa, että toimintavalmiudet ovat ihmisoikeuksia – jolloin jonkun oikeus on aina toisen velvollisuus turvata tämän oikeuden toteutuminen. Tässä tapauksessa ihmisoikeuksien toteutumisen varmistaminen on valtion velvollisuus.⁷⁶⁶

Nussbaum on erityisen huolissaan fyysisesti ja psyykkisesti vammautuneiden ihmisten toimintavalmiuksien suojaamisesta ja korostaa, että käytännön toimien lisäksi käsitteellisiä viitekehyksiä on muutettava, jotta ihmisten yhtäläinen arvostus yhteiskunnassa toteutuu. Historia on osoittanut, että toimijoiden oman edun turvaamat sosiaaliset rakenteet eivät riitä merkittäviin muutoksiin, vaan lisäksi tarvitaan puhdasta altruismia. Kaikkien kansalaisten, myös heikommassa asemassa olevien, oikeuksien tosiasiallinen toteutuminen edellyttää psykologista politiikkaa: myötätuntoa, kunnioitusta ja solidaarisuutta sekä primitiivistä heikkouteen liittyvän häpeän ymmärtämistä. Tunteiden merkityksellisyyttä politiikassa on korostettu jo Aristoteleesta lähtien, joten mistään uudesta asiasta ei ole kyse. Nussbaumin mukaan hyvän hallinnon ja laintulkinnan merkinä voidaan pitää sitä, miten siinä kyetään keskittymään vähemmistöjen oikeuksiin ja tasa-arvoisten oikeuksien toteutumisen varmistamiseen.⁷⁶⁷

Usein erilaiset mahdollisuudet hyödyntää yhteisiä resursseja liittyy yhteiskunnan marginalisoiviin ja eriarvoistaviin rakenteisiin, jolloin todellisen tasa-arvoisen resurssien käytön edellytyksenä on, että heikommassa asemassa olevat ihmiset

766 Nussbaum 2011, 149–151, 176–177. Tutkijat ovat esittäneet kritiikkiä Nussbaumin ihmisarvon käsitteestä osana toimintavalmiuksia. On ollut esimerkiksi epäselvää, miten ihmisarvon kunnioituksen tulisi näkyä käytännössä, ja miten tasa-arvoinen ihmisarvo tulisi ymmärtää. Ihmisarvon käsitettä osana poliittista toimintaa ja ohjausta pidetään myös ongelmallisena. Ongelmallisena on nähty myös ihmisarvon yhdenvertaisuus. Onko esimerkiksi raiskaajan ihmisarvo sama kuin hänen raiskaamansa ihmisen ihmisarvo? Yhdenvertaisen ihmisarvon tunnustamisen seurauksena voi olla jopa se, että yksilön ei ajatella tarvitsevan kantaa tekojensa seurauksia. Nussbaum onkin korostanut esittäneensä ideaaleja, mutta juuri tämän takia kritiikot ovat esittäneet, että sen sijaan, että ihmisarvo on synnynnäisesti automaattisesti kaikilla ihmisillä, tulisi sen perustua myös yksilön tekoihin. Gluchman 2019.

767 Nussbaum 2011, 180–182. Nussbaum painottaa erityisesti kunnioitusta, jonka näkee ihmisarvon toteutumisen edellytyksenä. Jotta ihmisarvo voidaan ymmärtää, on ymmärrettävä kunnioituksen merkitys. Gluchman 2019.

saisivat muita enemmän resursseja – tasa-arvoisen lähtötilanteen saavuttamiseksi. Perustoimintavalmiuksilla Nussbaum tarkoittaaakin niitä yksilön ominaisuuksia ja kykyjä, jotka on mahdollista saada kukoistamaan harjoittelun ja kehittymisen kautta. Tästä Nussbaum johtaa ajatuksen, että ne yksilöt, jotka omaavat muita heikommin toimintavalmiuksia, tulisi saada myös muita vahvempaa tukea.⁷⁶⁸

Tähän perustuu muun muassa YK:n sopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista ja siinä esitetty positiivisen diskriminoinnin käsite sekä edellytys kohtuullisten mukautusten toteuttamiseen yhdenvertaisten mahdollisuuksien turvaamiseksi.⁷⁶⁹ Hyvinvointia ja elämänlaatua ei voi mitata yleistetyillä mittareilla, vaan se tarkoittaa jokaiselle jotakin hyvin yksilöllistä ja henkilökohtaista heidän toimintavalmiuksistaan käsin. Valtion toimijoilla on suuri merkitys hyvinvoinnin ja elämänlaadun rakentamisessa. Nussbaum edellyttää oikein harjoitettua politiikkaa keinona vähentää eriarvoisuutta ja erityisryhmien marginalisoitumista.⁷⁷⁰

Nussbaumin mukaan perustuslain tulisi siis toimeenpanna toimintavalmiusteoria varmistamaan jokaisen kansalaisen arvokkuus ja ihmisarvon kunnioitus. Poliittisen ohjauksen kannalta on oltava kuitenkin käsitys siitä, mitä esimerkiksi toimintavalmiustaus käytännössä edellyttää ja mitkä listan kohdista ovat ihmisarvon toteutumisen kannalta erityisen luovuttamattomia. Nussbaumin mukaan juuri tämä on perustuslain laatijoiden perimmäinen tehtävä ja hän tähdentää edelleen, että kaiken keskiössä on oltava ihmisen vapaus valita itse voimakkaan poliittisen ohjauksen sijaan. Nussbaum muistuttaa myös, että vain konkreettisen toimeenpanon kautta voidaan päästä selville kaikista keskeisimmistä toimintavalmiuksista eli ihmisoikeuksista, ja vain käytännön esimerkkien kautta rakentuvat perustuslailliset oikeudet.⁷⁷¹

⁷⁶⁸ Nussbaum 2011, 46–58.

⁷⁶⁹ YK:n yleissopimus vammaisten ihmisten oikeuksista ja sopimuksen valinnainen pöytäkirja 2015.

⁷⁷⁰ Nussbaum 2011, 167–168, 174–176. Nussbaum perustaa toimintakykyajattelunsa länsimaisen ajattelun ja filosofian kehityskulkuun. Jo Sokrates ajatteli, että aitoa kriittistä ajattelua syntyy vain dialogissa kaikkien osapuolten kanssa. Aristoteleen teorioissa ajattelua muotoiltiin tarkemmin; poliittisessa suunnittelussa ja tavoitteiden saavuttamiseksi on tärkeää ymmärtää, mitä tekijöitä ihmiset tarvitsevat elämässään kukoistaakseen ja painotti jokaisen yksilön omaa kykyä ja mahdollisuutta ajatteluun ja vapaaseen valintaan. Näin ollen hän ei suosittelut poliittisia toimijoita ohjailemaan ihmisiä haluttuun suuntaan vaan luomaan mahdollisuuksia ja toimintakykyä. Aristoteles piti erilaisuuden ja diversiteetin vaalimista sekä ihmisen haavoittuvaisuuden suojaamista yhteiskunnan hyvinvoinnin kannalta tärkeänä. Stoaalaisuus on kuitenkin loppujen lopuksi länsimaisen yhteiskunta-ajattelun ja mm. ihmisoikeusajattelun pohjalla sen painottaessa jokaisen ihmisen ihmisarvoisuutta. Stoaalaisuudessa ajattelua toteutettiin käytännössä tasa-arvoisen yhteiskunnan rakentamisessa. Ihmisarvoisuuden tunnustamisen edellytys on käytännössä se, että ketään ei voi kohdella objektina eikä ihmisiä voida asettaa eriarvoiseen asemaan. 1700 ja 1800-luvulla toimintavalmiustajattelua vei eteenpäin erityisesti Adam Smith, joka oli kiinnostunut yhteiskunnallisen hallinnan keinoista ihmisen kykyjen vahvistamiseen ja oli kiinnostunut ihmisarvoisuudesta mm. työmiesten minimipalkkaa ajaessaan ja kolonialisimia vastustaessaan. Hän piti kuitenkin ihmisarvoa hauraana ja tämän vuoksi materiaalisia resursseja tärkeänä mm. köyhyyden ja sairauden estämiseksi. Aristoteleen lisäksi myös hän painotti koulutuksen merkitystä ihmisen kykyjen vahvistamisessa. Hän siis ymmärsi toimintavalmiustajattelussaan ympäristön merkityksen ja tarvittavan tuen tärkeiden. John Stuart Mill korosti ihmisten vapautta ja oli myötävaikuttamassa erityisesti amerikkalaiseen vapaus -ajatteluun. Nussbaum 125- 131, 133–137, 141.

⁷⁷¹ Nussbaum 2011, 20–30, 73–79, 97–100. Toisaalta on ajateltu myös niin, että esimerkiksi valtio tai yhteiskunnalliset päättäjät eivät yksinomaan ole vastuussa jokaisen ihmisarvon kunnioituksesta, vaan kyky edistää oman ihmisarvon kunnioitusta on ihmisen toimijuuden kannalta tärkeää. Jokaisella yksilöllä on myös

Nussbaumin pohdinnat ihmisarvon ja hyvän elämän välisistä yhteyksistä ovat erityisen kiinnostavia mielenterveyden häiriöön sairastuneiden toimintavalmiuksia pohdittaessa. Oikein ymmärrettynä toimintakyky ei ole ehto tai kriteeri kansalaisen arvokkuudelle tai merkityksellisyydelle yhteiskunnan jäsenenä. Sen sijaan toimintakyky on yhteiskunnalle suunnattu vaatimus luoda mahdollisuus jokaiselle elää ihmisarvoista elämää, joka voidaan perustella ihmisarvosta ja ihmisoikeuksista käsin.⁷⁷²

Onko myös toimintakykynsä osittain tai kokonaan, pysyvästi tai väliaikaisesti menettänyt kansalainen arvokas ja merkityksellinen yhteiskunnan jäsen? Jos sairautteen kuuluu olennaisesti oman arvon kieltäminen, niin miten yhteiskunta ja yhteisö voisi tukea sen palauttamisessa? Hyvinvointia ei synny pakottamalla eikä edes sitä suoraan tavoittelemalla. Miksi silti juuri se on ollut toistuvasti politiikka-asiakirjojen tavoitteena? Miksi tavoitellaan hyvinvointia ihmisarvoisen elämän sijaan?

Tämän luvun lopuksi tarkastelen, minkälaisena suomalainen mielenterveyspolitiikka ilmenee Nussbaumin toimintavalmiusteorian näkökulmasta. Onko siinä toimittu niin, että oikeudet ja hyvän elämän edellytykset toteutuvat tasa-arvoisesti kaikille kansalaisille? Onko palvelujärjestelmän kehittämiseen keskittyneellä julkisen vallan ohjauksella ollut alkuperäisten tavoitteiden mukaisia toimia – ihmisoikeuksien ja ihmisarvon turvaamista? Entä miltä valitut keinot näyttävät toiminnan teorian näkökulmasta? Onko niiden avulla kyetty luomaan ihmisen omaa toimintaa tukevia rakenteita?

8.5 YHTEISKUNNALLISEN HYLKÄÄMISEN ÄÄRELLÄ – IHMISOIKEUSPOLITIIKAN PUUTTUMISEN SEURAUKSET

1970-luvulle asti suomalainen mielenterveystyö tarkoitti potilaiden hoitamista sitä tarkoitusta varten perustetuissa mielisairaaloissa ja köyhäinholaitoksissa. Mielisairaaloissa potilaat saivat sen aikaiseen tietoon ja osaamiseen perustuvaa hoitoa ja kuntoutusta. Heidän asumisestaan, toimeentulostaan ja virikkeistään huolehdittiin. Mielisairaaloissa tehtiin työtä, opiskeltiin ja harrastettiin – kukin omien kykyjensä ja voimavarojensa mukaan. Ihmisoikeusajattelun myötä mielisairaaloita ryhdyttiin pitämään 1970-luvulla potilaiden ihmisoikeuksia rikkovina ja niiden ajateltiin eristävän heidät muusta yhteiskunnasta.

Voimme huomata poliittisen ohjauksen asiakirjoista, että sairaaloiden alasajon alkuperäinen tavoite – ihmisoikeuksien vahvistaminen – ei synnyttänyt juuri minikäänlaisia toimenpiteitä, vaan se jäi tavoitekielen tasolle. Sen sijaan julkisen vallan

vastuuta koko yhteisön hyvästä. Nussbaumin ihmiskäsitystä onkin sanottu passiiviseksi. Gluchman 2019. Kriittikissä näkyy miten keskeisessä asemassa aktiivisuus ja toimijuus on länsimaaisessa hyvinvointivaltiossa.

772 Gluchman 2019.

ohjauksessa ryhdyttiin kehittämään avohoitoa, jonka oli tarkoitus hoitaa jatkossa potilaiden sairauden hoitamiseen liittyviä tehtäviä. Muut aikaisemmin sairaaloissa hoidetut tehtävät jäivät poliittisessa ohjauksessa vähemmälle huomiolle. Sairaaloiden aikaisemmin ratkaisema asumisen tuki jäi vaille konkreettista ohjausta, kuten myös elinkeinon ja aktiiviseen yhteiskuntaosallisuuteen tähtäävät tavoitteet. Potilaiden toimijuuden ylläpitäminen siirtyi järjestöjen vertaistoiminnan tuettavaksi.

Samalla kehitettiin aktiivisten ja osaavien sekä toimeliiden ja kyvykkäiden ihmisten palvelujärjestelmää, joka on nyt huipentumassa siihen, että kansalaisia hoidetaan etänä digitaalisilla interventioilla, jos kansalainen ei itse itseään hoida lukuksilla omahoito -sovelluksilla ja erilaisilla mittareilla. Terveyskansalaisuus, onnellisuuden eetos, omaan elämään keskittyminen sekä erilaisten lifestyle-paradigmojen ylivalta yhteiskunnallisessa keskustelussa korostaa entistä vahvemmin terveyttä edistävää ja sairauksia ennaltaehkäisevää yhteiskuntaa. Samalla olemme saaneet kuitenkin huomata, että terveyden edistäminen ja sairauksien ennaltaehkäisy ovat hitaita ja kivikkoisia kehittämisteitä ja julkiselle vallalle vaikeita, jollei mahdollisuutta, ohjata järkevästi ja tehokkaasti. Ennaltaehkäisevään ja edistävään työhön keskittynyt mielenterveyspolitiikka on myös jättänyt huomiomatta sen tosiasian, että kaikkea sairautta ja psyykkistä kärsimystä ei voida ehkäistä ja edistää yhteiskunnastamme pois. Ennaltaehkäisevän työn tuloksia odotellessa eivät jo sairautta ja heidän elämänsä lakkaa olemasta. Missä he ovat? Mikä taho vastaa heidän perus- ja ihmisoikeuksiensa toteutumisesta?

Yleisin arvio on, että psykiatrisen sairaalahoidon purkamisen myötä ovat pitkäaikaispotilaat siirtyneet asumispalveluihin ja näistä siirtyminen itsenäiseen asumiseen on ollut vähäistä. Asumispalvelujen asiakasmäärät ovat kasvaneet sitä mukaan, kun sairaalapaikkoja on vähennetty.⁷⁷³ Toisaalta mielenterveyskuntoutujia on psykiatrisissa sairaaloissa riittämättömän asumisen tuen tai jopa asunnon puutteen vuoksi. Asumispalvelut ovat selvitysraporttien mukaan harvoin laatusuosituksen mukaisia ja stigma vaikeuttaa yhteiskuntaan osallistumista.⁷⁷⁴ Asuminen, asunnottomuus ja asumispalvelut määrittelevät usein vakavasti sairaiden elämää – ei koti. Joidenkin tutkimusten mukaan asumispalvelut ovat entisiä mielisairaloita. Tämän vuoksi ei haluta käyttää käsitettä deinstitutionalisaatio, sillä sitä ei ikinä tosiasiallisesti tapahtunut. Rehellisempi käsite kehityskulkua kuvaamaan on sanottu olevan reinstitutionalisaatio. Näissä uusissa instituutioissa tapahtuu samanlaisia ihmisoikeusrikkomuksia kuin aikaisemmin mielisairaloissa.⁷⁷⁵

773 Unelmana oma asunto ja tukea pärjäämiseen 2014.

774 Arviomuistio: Mielenterveyslain ja päihdehuoltolain palvelut 18.1.2016, 29–30.

775 Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemusarvioinnin kohteena 2010, Salo & Kallinen 2007 sekä Asumispalvelujen musta laatikko 2018 ja Muutokset aikuisten ympärivuorokautisissa mielenterveyspalveluissa HUS-alueella 2012–2014. Markku Salon mukaan mielenterveyskuntoutujista on tullut asumispalveluyrittäjien kauppatavaraa ja nykypäivän kaupattavia huutolaisia sille, joka halvimalla palvelun tarjoaa. Suurin syy tähän muutokseen on hänen mukaansa ollut se, että mielenterveyskuntoutujien hoitaminen on

Asumispalveluiden lisäksi vakavasti sairaat ovat työelämän ulkopuolelle tai näennäisesti työelämässä. Sairaaloiden työtoiminta on korvautunut palvelujärjestelmän tarjoamana työtoimintana. Sairaaloissa ennen tehty työ on siirtynyt työpajoihin, avotyötoimintoihin, työtoimintoihin, työkokeiluihin, ammatillisen kuntoutuksen työharjoitteluihin ja kuntouttavalle työtoiminnalle. Näillä kaikilla on samat tunnuspiirteet kuin sairaaloiden työtehtävissä; yksitoikkoisuus, palkattomuus, ihmisen omien intressien ja kykyjen sekä taitojen ohittaminen ja jopa hyväksikäyttö. Työtoiminta voi olla työsaleissa tapahtuvaa rutiininomaista alihankintatyötä, jota kunta ostaa yksityissektorin ja kolmannen sektorin palveluntuottajilta. Työtoiminta voi olla myös avotyötoimintaa, jolloin työtä tehdään esimerkiksi markettien hyllyttäjinä. Työtoiminnasta ei makseta palkkaa, eikä siihen kuulu työsuhteen tunnuspiirteet.⁷⁷⁶ Näennäistä työelämäosallisuutta edustaa myös työttömyys, sillä valtaosa pitkäaikaistyöttömistä on tosiasiallisesti työkyvyttömiä – ja suurin osa mielenterveyssyistä.⁷⁷⁷

Työkyvyttömyyseläkkeet ovat kuitenkin suurin vakavasti sairaan työelämää määrittävä tekijä. Eniten työkyvyttömyyseläkkeitä myönnetään mielenterveyssyistä – suuri osa jo alle 30-vuotiaana.⁷⁷⁸ Työkyvyttömyyseläke on säilynyt näihin päiviin asti merkittävänä toimeentulon lähteenä mielenterveyden häiriöihin sairastuneilla ihmisillä. Eläkeläisen positio on tarjottu ihmiselle silloin kun yhteiskunnalla on loppunut keinot tarjota hänelle mitään muuta. Työkyvyttömyyseläke on ollut legitimi tapa työntää vaikea tai hankala marginaaliin. Työkyvyttömyyseläkkeestä on muodostunut niin sanottujen toivottomien tapausten instituutio, joka koostuu sairaudesta, köyhyydestä, ulkopuolisuudesta ja toivottomuudesta tulevaisuuden suhteen.

siirtynyt julkisen sektorin vastuulta yksityiselle sektorille. Samalla asumisyksiköiden asukasmäärät ovat jopa kolminkertaistuneet. Tämän tehostumisen myötä asumisyksiköiden työntekijöiden ja asukkaiden väliset erot ja hierarkia ovat korostuneet aikaisempiin käytäntöihin verrattuna. Hänen mukaansa asumispalveluiden suurimmat epäkohdat liittyvät siihen, että asumispalveluissa olevat mielenterveyskuntoutujat eivät saa psykiatrista eivätkä somaattista hoitoa, itsemääräämisoikeus hämärtyy useissa erilaisissa käytännöissä, joissa ”asukit tai asukkaat” pakkoyhteisöllistetään, veloitetaan noudattamaan rutiineja ja irrotetaan muista ihmissuhteista. Lisäksi asumisyksiköitä käytetään enenevässä määrin viimesijaisina ”saattohoitokoteina” asiakaskunnan moninaistuessa ja toisaalta siksi, että mielenterveyskuntoutujat eivät helposti pääse ns. tavallisten vanhushuoneiden piiriin. Laitostumista ei ole saatu vähennettyä, vaan esimerkiksi yli puolesta asumispalveluksista yksikään ei ollut siirtynyt itsenäisempään asumismuotoon kuluneen vuoden aikana. Asumispalvelut ulossulkevat ihmisiä muista palveluista ja edistävät heidän syrjäytymistään sekä ylläpitävät laitostumista. Esimerkiksi asunnottomuus on yleistä mielenterveyskuntoutujien keskuudessa eikä asukkaista juuri kukaan ole mukana työelämässä. Salo 2019.

776 Paanetoja 2013. Työtoiminnan käytäntöjä ja niihin osallistuvien kokemuksia selviteltiin vuonna 2010 Mielenterveyden keskusliiton ja Kehitysvammaliiton toimesta. Selvityksen mukaan mielenterveyskuntoutujien työtoimintaan osallistumista pidetään kuntouttavana ja yhteiskunnalle taloudellisena. Palkattoman työn tekeminen koettiin kuitenkin moraalisesti ristiriitaiseksi. Lisäksi avotyötoimintaa pidettiin ihmisoikeusnäkökulmasta epäoikeudenmukaisena. Työtoiminnan työtehtäviä pidettiin liian yksipuolisina. Työtoimintaan liittyvät käytännöt vaihtelivat yksilöittäin ja alueittain. Siirtymiä avoimille työmarkkinoille ei ollut riittävästi. Kairi & Nummelin & Teittinen 2010.

777 Kerätär 2016.

778 ”Mielenterveyden häiriöt vievät yhä useamman nuoren työkyvyn”: <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajan-kohtaista/mielenterveyden-hairiot-vievat-yha-useamman-nuoren-tyokyvyn/>

Työkyvyttömyyseläkekäytäntö muodostui jo heti mielenterveystyön kehittämissen alussa, 1950-luvulla ”yhteiskunnalliseksi anteeksipyynnöksi”. Niitä kirjoitettiin useammin ihmisille, jotka kuuluivat alimpiin sosiaaliluokkiin ja jotka olivat vähiten koulutettuja ja toimivat raskaimmissa ammateissa. Jopa asuinalue vaikutti, sillä enemmän työkyvyttömyyseläkkeitä kirjoitettiin maan kehittymättömässä koillisuusseudussa.⁷⁷⁹ Vuonna 2016 valmistuneessa työkyvyttömyyseläkkeitä tutkineessa sosiologian gradussa huomataan ilmiön jatkuneen 2000-luvulle saakka. Korkeasti koulutetut ja ylemmät toimihenkilöt ovat terveempiä, hyvinvoivempia ja työkykyisempiä kuin matalamman koulutustason omaavat ihmiset. Erot koskevat sekä arvioitua, että koettua työkykyä. Erot työkykyisyydessä ovat suuret myös eri ammattiryhmien välillä.⁷⁸⁰

Suomessa työkyvyttömyyseläkkeen tarkoituksena on toimia viimeisenä vaihtoehtona silloin, kun työelämään pääseminen tai siellä jatkaminen on vaikeutunut. Sen viimesijaisuutta on pyritty varmentamaan esimerkiksi säännöllisillä työkyvyn arvioinneilla, mutta tämä jättää ulkopuolelle esimerkiksi työttömät ja muut työelämän ulkopuolella olevat väestöryhmät kokonaan. Työkyvyttömyyseläkeprosessi on muuttunut vuosien varrella ja sen myötä myös sen sairausperusteet. 1990-luvulta lähtien työkyvyttömyyseläkkeet mielenterveyssyistä lisääntyivät huomattavasti. Kasvua oli siitakin huolimatta, että eniten hylkääviä eläkepäättöksiä annettiin mielenterveyssyistä. Yleisin diagnoosi on masennus, josta kärsii 49% työkyvyttömyyseläkkeen saajista.⁷⁸¹

Eri maiden mielenterveyspolitiikkaa tutkinut Melke huomauttaa, että kaikissa vertailtavissa maissa työkyvyttömyyseläke johti työelämää laajempaan eksklusioon yhteiskunnan eri palveluista. Ruotsalaisten tilastojen mukaan esimerkiksi työllisyys on mielenterveyskuntoutujilla muita vammaisryhmiä alhaisempi. Toisin kuin Ruotsissa ja Englannissa, jossa tämä nähdään ongelmana, ei ranskalainen politiikka tunnista tai tunnusta osatyökykyisten työllistymiseen liittyviä ongelmia.⁷⁸²

Englanti on ainoa maa, jossa on erikseen kiinnitetty poliittisella ohjauksella huomiota mielenterveyskuntoutujien inklusioon yhteiskunnassa. Inklusio-ohjelman toimeenpanoa varten on jopa perustettu inklusio -instituutti, jonka yksi päätehtävistä on ollut mielenterveyskuntoutujien työelämäosallisuuden parantaminen.

779 Lehtinen & Alanen & Anttinen & al. 1989, 77.

780 Työkyvyn määrittely riippuu kontekstista. Jos sitä määritellään kuntoutuksen kannalta, korostuvat jäljellä olevan työkyvyn ylläpitämiseen liittyvät tekijät. Työnhaun yhteydessä työkyky liitetään puolestaan haettavan työn ominaisuuksiin. Sosiaalivakuutuksen näkökulmassa painotetaan sairauden tai vamman vaikutusta työkykyyn ja työkyvyn edistämiseksi elämän kokonaisvaltaista tarkastelua. Lääketieteellisestä näkökulmasta työkyky määrittyy toimintakyvyn käsitteen kautta. Lainsäädännössä työkyvyttömyys määritellään riittävästi heikentyneeksi työkyvyksi, jolloin työkyvyttömyys on hyvin sairaussidonnainen ja painottuu yksilön ominaisuuksiin. Tarkemmat perustelut löytyvät kelan ja työeläkelaitosten omista säädöksistä. Käytännössä todentamisen perusteena toimii aina lääkärinlausunto. Salonen 2016, 4–8.

781 Salonen 2016, 9, 14–15.

782 Melke 2010, 112–113, 115–116, 133–134, 137, 147.

Työllisyysprosentit ovatkin olleet nousussa. Englanti on panostanut kuntoutukseen ja työllisyyden edistämiseen eri tavalla kuin muut maat.⁷⁸³

Työelämän ulkopuolella olemiseen liittyy oleellisesti elämä köyhänä. Eskolan mukaan hyvinvointiyhteiskunnan kannalta tärkeimpänä köyhyyden ilmiönä voidaan pitää sitä köyhyyttä, joka ilmenee kyvyttömyytenä hyväksikäyttää yhteiskuntaan osallistumisen mahdollisuuksia. Tämä kyvyttömyys syntyy yksilöllisten kehitysedellytysten niukkuuden kohdatessa monimutkaistuvan yhteiskunnan osallistumistavat, kun ihmiset eivät asemansa tai osallistumisrajoitteidensa takia kykene itse ilmaisemaan tarpeitaan, vaatimaan oikeuksiaan tai osallistumaan oikeuksiaan koskevaan keskusteluun.⁷⁸⁴

Köyhyys voidaan määritellä tilaksi, josta puuttuu jotakin. Absoluuttista köyhyyttä määritellään universaalein kriteerein, mutta esimerkiksi länsimaissa suhteellisen köyhyyden käsite kuvaa yhteiskunnallista tilannetta ja ihmisen asemaa siinä paremmin. Suhteellinen köyhyyskäsite syntyy vertailussa muihin ihmisiin ja voimassaoleviin sosiaalisiin standardeihin sekä normatiivisissa kannanotoissa. Deprivaation käsitteen avulla voidaan määritellä ne ryhmät, jotka ovat selvästi muita ihmisryhmiä heikommassa asemassa.⁷⁸⁵

Syrjäytyminen tai tarkemmin sanottuna syrjäyttäminen on kuitenkin enemmän kuin köyhyyttä – se on prosessi, jonka toimeenpanijana voi olla yhteiskunta, lähiyhteisö tai yksilö. 1970-luvulla syrjäytymisestä puhuttiin työelämän ulkopuolelle jäämisen yhteydessä, mutta myöhemmin sen merkitykset ovat moninaistuneet. Syrjäytymisprosesseja voidaan jaotella esimerkiksi työelämästä poispuotamiseen, joutumista yhteiskunnalle tyypillisten kulutusmallien ulkopuolelle, joutumista sosiaalisten suhteiden ulkopuolelle sekä poissulkemista yhteiskunnallisesta vallankäytöstä ja vaikuttamisesta.⁷⁸⁶ Syrjäytymistä parempi termi olisi syrjäyttäminen, sillä se kuvaa mekanismeja paremmin. Ihminen ei itse valitse syrjäytymistä, vaan hänet syrjäytetään. Samat mekanismit myös määrittelevät sen mitä pidetään syrjäytymisenä.

Mielenterveyden häiriöön sairastuneen kansalaisen syrjäyttäminen on raadollisimmillaan rikollisuutta. Vaikuttaakin siltä, että ihmisten mielenterveysongelmia hoidetaan yhä enemmän muissa instituutioissa kuin perinteisessä sosiaali- ja terveydenhuollossa, kuten vankiloissa ja kaduilla. Joissakin tutkimuksissa deinstitutionalisaatioketkitykseen on liitetty asunnottomuuden ja rikollisuuden kasvu, mutta Ala-Nikkola esittää väitöstutkimuksessaan, että ilmiöiden taustalla voi olla muitakin tekijöitä, kuten nopeat muuttoliikkeet, yksilökeskeisyys, lisääntynyt työttömyys,

783 Englanti on ollut myös edelläkävijä henkilökohtaisen budjetoinnin ja siihen rakennettujen tarveperustaisten palvelujen suhteen. Melke 2010, 168, 170, 173, 175–176.

784 Eskola 1991, 24–25.

785 Lahti 1991, 47–48.

786 Lahti 1991, 49–53.

laittomien päihteiden käyttö sekä palveluiden rahoitusleikkaukset.⁷⁸⁷ Tutkimuksissa on havaittu kuitenkin, että yhä useammalla rikokseen tuomitulla on mielenterveysdiagnoosi, minkä vuoksi vankiloista on tullut mielenterveyskuntoutujista huolehtivia instituutioita.⁷⁸⁸

Vakavasti sairaat viettävät myös vapaa-aikaa, harrastavat ja ovat eri tavoin yhteisöllisiä kuin muut kansalaiset. He ovat yleensä erilaisten kolmannen sektorin tarjoamien vertaistuki-, vapaaehtois- ja tapahtumatoimintojen kohteena. He osallistuvat erilaisille kursseille, joissa pohditaan elämää ja voimavaroja, omaa kuntoutumista ja sairautta. He viettävät vapaa-aikaansa yleensä muiden samalla tai eri tavoin sairaiden kanssa ja jakavat kokemuksiaan ja tarinaansa. Vakava sairaus on heidän koko elämänsä. Jos he aktivoituvat kansalaistoimintaan, liittyy sekin yleensä heidän sairauteensa. Kokemusasiatuntijuus mahdollistaa jopa ammatillistumisen sairauden kautta.⁷⁸⁹

Sue Estroff on tutkinut avohoitoon siirtymisen seurauksia myös kolmannen sektorin toiminnan näkökulmasta. Tutkimuksessaan hän on keskittynyt erityisesti yhteisöterapeuttiliseen avohoidon muotoon ja kiinnittänyt huomiota siihen, että yhteisö toimi samoilla logiikoilla kuin sairaalainstituutiot. Eli hänen havaintojensa mukaan esimerkiksi kurinpidolliset, rajoittavat, aikataululliset, ohjelmoidut ja ohjatut toiminnot esiintyivät samalla tavoin näissä kansalaisyhteiskunnan terapeuttisissa yhteisöissä ja asumispalveluissa kuin julkisen vallan ylläpitämissä sairaaloissa.⁷⁹⁰ Lisäksi hän huomauttaa, että tutkimuksensa mukaan ero normaaleiden ja ”hullujen” välillä on aina samalla tavalla pysyvä, annetaan hoitoa sairaalassa tai sairaalan ulkopuolella, ja tätä eroa vahvistavat lukuisat pienet käytänteet ja normit.⁷⁹¹

Entiset mielisairaaloiden potilaat eivät siis työskentele, opiskele, harrasta, asu tai vietä vapaa-aikaa samalla tavalla kuin muut kansalaiset tai siellä missä muutkin. He elävät omassa ”sairaassa” maailmassaan. Yhteiskuntaan on syntynyt erilaisia näennäisosallisuuden paikkoja, jotka hoitavat ennen sairaalainstituutiolle kuuluneita tehtäviä. Näyttää myös siltä, että edes sairaalahoittoon liitetyt totaalisen instituution elementit eivät ole kadonneet.

Jo 1990-luvulla asiantuntijat olivat huolissaan siitä, että osa yhteiskunnan jäsenistä on jäänyt suorastaan heitteille. Vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsivät kansalaiset olivat työelämän, perhe-elämän ja koulutuksen ulkopuolella. He eivät saaneet hoitoa ja he asuivat muista ihmisistä erillään ja toimivat muista ihmisistä

787 Ala-Nikkola 2017, 22–23.

788 Alanko 2017, 51–52.

789 Katso esimerkiksi Mielenterveyden keskusliiton vuosikertomus: http://mtkl.fi/wp-content/uploads/2014/04/MTKL_vuosikertomus_2016.pdf

790 Estroff 1985, 52–67.

791 Estroff 1985, 185–191.

erillisissä yhdistyksissä ja toiminnoissa.⁷⁹² Nyt kolmisenkymmentä vuotta myöhemmin tilanne on edelleen samanlainen. Yhteiskunnassamme asuu ja elää kansalaisia, jotka elävät aivan erilaista elämää kuin muut kansalaiset. Heille tarjoutuu erilaisia mahdollisuuksia ja heidän toimimistaan rajoitetaan eri tavoin kuin muiden ihmisten kohdalla. Hyvinvointivaltioon näyttää mahtuvan vain tietynlaista kansalaisuutta, eikä se suinkaan vaali kaikkien ihmisten ihmisarvoa. Voiko hyvinvointivaltio legitimitä hylätä osan kansalaisistaan?

Antropologi Joao Biehl on tutkinut yhteiskunnan harjoittamaa kansalaisten hylkäämistä ilmiönä. Tutkimuksessaan hän kysyy, kuinka yleinen moraalitaju sallii sen, että osa yhteiskunnan jäsenistä hylätään niin, että heidän oikeuksiaan ja ihmisyyttään ei enää suojella. Biehl kuvaa tutkimuksessaan, miten mielenterveyden häiriöön sairastuneet eivät syrjäytyneet yhteiskunnasta ainoastaan putoamalla palvelujärjestelmän aukkojen läpi, vaan nimenomaa palvelujärjestelmän hyvää tarkoittavien interventioiden seurauksena. Tällaisiksi Biehl kuvaa esimerkiksi vahvaa lääkitystä, eristäytymistä perheestä, yleensä perheen omasta aloitteesta ja tahdosta, lääketieteen kaikille sopivia käytäntöjä sekä heikkoja poliittisia päätöksiä. Biehl kuvaa tätä yhteiskunnassa harjoitettavaa hylkäämisen prosessia sosiaalisena psykoosina, jossa psykoosin diagnoosi annetaan kuitenkin yksilölle. Tämän prosessin päärooleissa ovat hänen mukaansa valtio ja sairastuneen ihmisen perhe, jotka eliminoivat heille vaikean ja tarpeettoman pois. Yleinen arvoilmapiiri määrittelee sitä, minkälainen elämä on arvokasta ja minkälainen elämä saa kuolla. Tutkimuksessaan Biehl palaa kuitenkin kerta toisensa jälkeen siihen, että ihmisen minä ei häviä tai kuole, vaan etsii loputtomasti ymmärrystä hylkäämiselleen tavalla tai toisella.⁷⁹³

Tutkimuksessaan Biehl analysoi yhteiskunnan toimivuutta siitä näkökulmasta, jossa julkinen valta vastaa jokaisen kansalaisen oikeudesta terveyteen ja hoitoon julkilaisuuksena arvona. Hänen mukaansa poliittiset muutokset, joissa terveydenhuoltoa on hajautettu, laitoksia lakkautettu ja yhteisö- ja perheterapeuttisia menetelmiä korostettu, ovat edesauttaneet hylkäämisen ilmiön muodostumista. Yhteisöjä on vastuutettu ottamaan aikaisemmin valtiolle kuuluneita tehtäviä epäinhimillisin seurauksin. Ihmisten hoito on ollut määräaikaisten ja alueellisesti vaihtelevien kehittämishankkeiden varassa. Samalla valtio on käyttänyt mielenterveystyöhön enää kolmanneksen taloudellisista resursseista aikaisempaan verrattuna. Biehl mukaan muutokset mielenterveystyöhön liittyvissä paradigmoissa, kuten medikalisaatio, vahva terveyskansalaisuus käsitys ja sairaalainstituutioiden alasajo, on tehnyt ihmisten hylkäämisen mahdolliseksi. Lopulta on käynyt niin, että hylättyjen ihmisoikeuksista ei kukaan ole ollut kiinnostunut. Biehl käyttää tästä ilmiöstä käsitettä *ex-human*.⁷⁹⁴

792 Taipale 2017, 249–250.

793 Biehl 2005, 1–24.

794 Biehl 2005, 45–50, 85–92, 138–145, 274–277.

Metteri puolestaan viittaa väitöskirjassaan politiikan tabuihin, jotka tarkoittavat yleisesti hyväksytyjä ajatuksia, joita ei saa kyseenalaistaa, joita ovat esimerkiksi kasvu, kilpailukyky, osaaminen, teknologia ja kannustaminen. Poliitiikan tabuihin kuuluu myös vapaus ja siihen liittyvä ihmiskäsitys, joka kieltää ihmisten riippuvuuden muista sekä elämänhaurauden ja olettaa merkittäväksi tekijäksi elämänhallinnan sekä siihen liittyvän yksilön vastuun yhteiskunnallisten rakenteiden vaikutusten sijaan. Turvallisuus on politisoitunut ja osallisuusretoriikka ilman konkretiaa yleistynyt. Metteri esittää, että hyvinvointivaltiossa ei enää tunnusteta sosiaalisia ja taloudellisia oikeuksia sen kaikille kansalaisille, jolloin voidaan puhua kulttuurisesta hylkäämisestä sillä tämän myötä myös ihmiset eivät koe enää identiteettiään, ihmisarvoaan tai merkitystäänkään yhteiskunnassa tunnustettavan.⁷⁹⁵

Näistä mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmis- ja perusoikeuksien toteutumiseen liittyvistä epäkohdista ei kuitenkaan käydä juurikaan yhteiskunnallista keskustelua. Sen sijaan mielenterveyden häiriöön sairastuneiden kansalaisten ihmis- ja perusoikeuksiin liittyvät epäkohdat tulevat kummallisella tavalla yhteiskunnassamme esiin stigma -retoriikan kautta. Stigman käsitettä käytetään kuvaamaan ennakkoluuloja ja asenteita, jotka tosiasiallisesti kuitenkin edistävät syrjiviä käytäntöjä. On huomattava, että kun yleisessä keskustelussa puhutaan asenteista ja stigmatisaatiosta, puhutaan tosiasiallisesti siitä, että yhteiskunnassamme on aina ollut ja on edelleen ihmisiä, joiden ihmis- ja perusoikeuksien ei anneta toteutua samalla tavalla kuin muiden ihmisten kohdalla. Mielenterveyden häiriöön sairastuneet ovat aina kuuluneet näihin ihmisiin. He eivät siis kärsi ensisijaisesti ennakkoluuloista, asenteista ja stigmasta, vaan yhteiskunnan eriarvoistavista rakenteista sekä suoranaيسista ihmis- ja perusoikeusrikkomuksista.

Ihmis- ja perusoikeusrikkomuksista on olemassa lukuisia esimerkkejä. Esimerkiksi lähtökohtaisesti täysin potilaan omasta tahdosta riippumatonta hoitoa on ollut suomalaisessa kansanterveystyössä ainoastaan mielisairaiden hoito. Mielisairaajat olivat aikaisemmin lähes poikkeuksetta holhouksenalaisia, oikeustoimikelvottomia ja vailla yhteiskunnan täysivaltaista jäsenyyttä. Säätyläisillä oli köyhiä paremmat mahdollisuudet saada sairaalapaikkoja ja hoitoa, sillä köyhät joutuivat sairaaloiden sijaan köyhäinhoidon piiriin ja jäivät käytännössä ilman hoitoa.⁷⁹⁶ Köyhäinhoidon lisäksi mielisairaaloihin on koko historiansa ajan liittynyt myös kontrollin harjoittaminen häiriköiviä ja poikkeavasti käyttäytyviä sairaaloihin sulkemalla ja tällä on ollut myös oikeudellinen ulottuvuus; rikollisten mielentilan, syynätakeisuuden ja vaarallisuuden arviointi.⁷⁹⁷

795 Metteri 2012, 52–53, 192–193.

796 Harjula 2015, 98, 101, 103, 106.

797 Helen & Hämäläinen & Metteri 2011, 25–26 sekä Pietikäinen 2013, 79. Foucault on esittänyt myös ajatuksia mielisairaalainstituutioista hallintavälineinä työhaluttomien kansalaisten kohdalla. Hän on tiivistänyt ajatuksensa kolmeen teesiin, joiden mukaan Euroopassa ryhdyttiin kehittämään poikkeavien ihmisten suljettuja instituutioita, joissa hullut laitettiin työhön ja joissa heitä kohdeltiin kuin eläimiä. Foucaultin näkemyksiä ei

Pakkohoidon, kontrollin ja kurinpidon lisäksi mielisairaiden täysvaltaista demokratiaa on rajoitettu radikaalisti. 1956 voimaan tullut huoltoapulaki oli poistanut holhouksenalaisuuden köyhäinhoidosta ja mielisairaaloiden hoidokkeja lukuun ottamatta muut pysyvästi avustetut saivat äänioikeuden. Hyvinvointipolitiikan reformissa pakkohoidon perusoikeuksia rikkovaa näkökulmaa korostettiin kritisoidulla huoltoapulainsäädännön holhouksenalaisuus-pykälää. Tämä kumottiinkin vuonna 1970 sosiaalipolitiikan yleisten periaatteiden vastaisena. Samalla kumottiin sosiaaliturvan äänioikeuden esto.⁷⁹⁸ Mielisairaajat saivat siis äänioikeuden vasta vuonna 1972 holhouksenalaisuuden statuksen poistussa.⁷⁹⁹

Ihmis- ja perusoikeusrikkomuksista kertovat myös mielisairaiden lisääntymisen rajoittaminen. Mielisairaiden mittava pakkosterilointi toteutettiin 1950- ja 1960-luvuilla. Sterilisaatiolaki poistettiin vuonna 1970.⁸⁰⁰ Sterilisaatiolaki liittyy yhteen mielenterveyden näkökulmasta häpeällisempään oppiin, rotuhygieniaan, joka vaikutti vahvasti 1800-luvun lopusta maailmasotiin saakka. Sterilisaatiolaki oli muodissa olleen rotuhygienian paradigman tärkein toimenpide, ja se oli voimassa kolmessakymmenessä maassa, kaikki Pohjoismaat mukaan lukien. Suomessa sterilisaatiolaki säädettiin, koska valtiolla oli velvollisuus poistaa väestöstä huonoksi todettu ihmisainees. 1970-lukuun mennessä Suomessa oli steriloitu yli 54 000 ihmistä. Sterilointileikkaukseen voitiin määrätä ilman asianomaisen suostumusta. Tämä oli tehokasta sosiaalipolitiikkaa kustannusten vähentämiseksi. Muita rotuhygieniaan kuuluneita keinoja olivat laitoksiin sulkemiset ja esimerkiksi avioliittokiello. 1929 vuodelta voimassa ollut avioliittolaki kielsi avioliitot mielisairailta.⁸⁰¹

Yhteiskunnan eriarvoistavat rakenteet, käytännöt ja lain soveltaminen ylläpitävät ihmisoikeusrikkomuksia vielä 2000-luvullakin. Mielenterveysdiagnoosista on yhä haitallisia seurauksia. Mielenterveysdiagnoosi estää useisiin aloihin työllistymisen sekä niiden opiskelemisen. Mielenterveysdiagnoosi voi olla esteenä adoptio-prosessien käynnistämiseen eikä mielenterveysdiagnoosin omaavalle henkilölle myönnetä erilaisia vakuutuksia.⁸⁰² Mielenterveysdiagnoosi on riski myös ennenaikaiselle kuolemalle, sillä diagnoosin omaavia potilaita hoidetaan huonommin, hitaammin ja tehottomammin kuin muita potilaita. Fyysiset sairaudet jäävät heiltä usein hoitamatta kokonaan.⁸⁰³

ole todistettu historiallisesti paikkansa pitäväksi. Mielisairaala-instituutio on kuitenkin yksi esimerkki instituutiosta, jossa ihmisen tapaa ja toimintaa on pyritty muokkaamaan. Alhanen 2007, 22 sekä Pietikäinen 2013, 139–141

798 Harjula 2015, 243.

799 Suomessa rajoitettiin ylipäättään äänioikeutta huomattavasti 1900-luvun ensimmäisellä puoliskolla, kun vain arviolta 13–15 % äänioikeusikäisistä oli äänioikeutettuja. Mattila 2003, 112–113, 115.

800 Harjula 2015, 244.

801 Harjula 2015, 243–244.

802 ”Masentunut saattaa jäädä ilman vakuutusta tai asuntolainaa”: <https://yle.fi/uutiset/3-9082776>

803 ”Mielenterveyspotilaan fyysinen sairaus jää usein hoitamatta”: <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankoh-taista/mielenterveyspotilaan-fyysinen-sairaus-jaa-usein-hoitamatta/> sekä Vakaviin mielenterveyshäiriöihin

Ihmisoikeusrikkomuksia tutkiessa, tuntuu entistä erikoisemmalta, että julkinen valta ei ole näihin tarttunut. Ihmisoikeuksien ja perustuslain ohittaminen julkisen vallan ohjausasiakirjoissa on hämmäntävää, sillä Euroopan ihmisoikeussopimuksilla on perinteisesti ollut vaikutusta suomalaiseen mielenterveyteen liittyvään lainvalmisteluun jo ennen sopimukseen sitoutumista. Esimerkiksi vuoden 1991 mielenterveyslain valmistelussa näkyvät ihmisoikeussopimusten vaatimukset tahdosta riippumattoman hoidon osalta. Ihmisoikeussopimukseen sitoutumisesta seurasivat kuitenkin raportoinnit, laitosten tarkastukset sekä valvontakäytännöt, joiden seurauksena viranomaiset alkoivat suhtautua varauksellisesti ihmisoikeuksiin.

Nykyään lakeja valmistelevissa ministeriöissä ihmisoikeuksien tuntemus on huonoa ja hallituksen esityksissä ne huomioidaan vain sattumanvaraisesti. Suomessa näyttää myös jääneen vähemmälle huomiolle terveyden ja hyvinvoinnin ulkopuolelle asetuvat oikeudet. Kotimaisen lainvalmistelun poliittinen ohjaus on vahvistunut, ajatushautomot ovat korvanneet virkamiesvalmistelun ja valmistelu-aika on supistunut vuosista kuukausiin ja viikkoihin.⁸⁰⁴ Ihmisoikeuksia ei oteta myöskään samalla tavalla huomioon julkisessa keskustelussa eikä lainvalmistelussa kuin aikaisemmin. Suomella ei ole omaa asiantuntijaa missään sosiaalisia ihmisoikeuksia valvovassa lainkäyttöelimessä.⁸⁰⁵ Suomen ensimmäiset ihmisoikeuspoliittiset toimintaohjelmat on julkaistu vasta 2010-luvun puolessa välissä.

Julkisen vallan ohjausjärjestelmän uskottavuutta yritetään parantaa tehostamalla informaatiota. Informaatio-ohjauksen vaikuttavuutta ja tehokkuutta palveluja tarvitsevien ja käyttävien ihmisten asemaan on ollut toistaiseksi kuitenkin vaikea todentaa, eikä informaatio-ohjauksen tueksi ole ollut viime vuosina käytettävissä riittäviä taloudellisia resursseja. Kehittämishankkeiden erillinen valtionavustus perustamishankkeiden sijaan tulee lisäämään informaatio-ohjauksen määrää. Kehittämishankkeet eivät kuitenkaan ratkaise perustehtävien ja niihin suunnatun rahoituksen välistä kuilua ja ohjauksen legitimitettiongelmaa. Korvamerkatuilla rahoilla paikataan tilapäisesti puutteita, jotka tulisi hoitaa muutenkin lakisäätteisten tehtävien piirissä ja normaalin valtionosuusjärjestelmän puitteissa.⁸⁰⁶

Tämä poliittinen linjaus on synnyttänyt projektiyhteiskunnan, ja ihmisen hoidon, kuntouksen ja jopa ihmisoikeuksien toteutumisen vastuun siirtämisen valtiolta määrääaikaisille, eri puolella Suomea eri tavoin toteutetuille projekteille. Käypä hoito -suositukset ja laatusuositukset ovat joukkoistaneet ihmiset oire-, diagnoosi- ja tarvepohjaisiksi toimintojen kohteiksi sen sijaan, että jokaisen kansalaisen omaa toimijuutta olisi pyritty kehittämään eri tavoin.

sairastuneiden fyysisten terveysongelmien riskitekijät 2019.

804 Mikkola 2017, 47.

805 Mikkola 2017, 65.

806 Hansson 2002, 36.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Mielisairaaloita ryhdyttiin purkamaan Suomessa 1980-luvulla kansainvälisen esimerkin mukaan. Mielenterveyden häiriöiden hoitamista koskevan muutoksen taustalla vaikutti monia erilaisia ajattelusuuntauksia ja niitä heijastavia tavoitteita. Toisaalta haluttiin lisätä julkisen palvelujärjestelmän taloudellista tehokkuutta, toisaalta yritettiin kehittää psykiatrista hoitoa lopettamalla epäinhimillisenä pidetty laitoshoido ja puuttamalla mielisairaalahoidon ihmisoikeuksien vastaisiin piirteisiin. 1990-luvulla sairaalapaikat oli vähennetty murto-osaan niiden määrästä 1970-luvulla. Sairaalainstituutioiden purkaminen oli poliittinen päätös, joka perusteltiin vakavasti sairaiden kansalaisten ihmisoikeuksien vahvistamisella.

Olen tarkastellut tässä tutkimuksessa sitä, miten julkinen valta on ohjannut mielenterveystyön kehittämistä sairaaloiden lakkauttamisesta lähtien. Erityisesti olen etsinyt vastauksia siihen, miten julkinen valta on toteuttanut perustuslaissa määriteltyä tehtäväänsä kaikkien kansalaisten perus- ja ihmisoikeuksien turvaamiseksi sellaisten kansalaisten näkökulmasta, joita vielä 1970-luvulla hoidettiin mielisairaaloissa. Olen kutsunut heitä mielenterveyden häiriöitä sairastaviksi ihmisiksi ja rajannut tutkimukseni koskemaan vakavasti ja pitkäaikaisesti sairaita kansalaisia, jollaisten katsottiin aiemmin tarvitsevan ennen muuta sairaalahoitoa. Vahvistuivatko heidän ihmisoikeutensa tavoitteiden mukaisesti sairaaloiden lakkauttamisen myötä? Vastatakseni kysymykseen selvitin suomalaista mielenterveyspolitiikkaa tarkastelemalla julkisen vallan harjoittamaa ohjausta mielenterveyden häiriöön sairastuneiden kansalaisten ihmisoikeuksien turvaamisen näkökulmasta.

Tutkimusongelman ratkaisemiseksi muotoilin viisi tutkimuskysymystä:

1. Mitä on ollut poliittinen ohjaus, jonka varassa suomalaista mielenterveyspolitiikkaa on harjoitettu?
2. Mitä arvoja ja normeja poliittisen ohjauksen asiakirjat sisältävät?
3. Miten mielenterveystyö on ymmärretty ja hahmotettu poliittisissa asiakirjoissa, mitä tavoitteita sille on asetettu ja mihin suuntaan ohjausasiakirjat ovat kehittäneet mielenterveystyötä?
4. Mitkä näkökulmat on jätetty poliittisissa asiakirjoissa vähälle huomiolle tai huomiotta?
5. Kuinka suomalainen mielenterveyspolitiikka on vaikuttanut mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmis- ja perusoikeuksien toteutumiseen?

Tutkimuskysymyksiä ei ollut mahdollista analysoida yksi kerrallaan, vaan niitä käsiteltiin historiallisen kehityskulun tarkasteluna. Tutkimuksen analyysiluvut rakentuivat ajallisiin periodeihin 1970-luvulta 2010-luvulle.

Tutkimusmetodini on ollut systemaattinen käsiteanalyysi. Mielenterveyspolitiikka on hahmottunut, kun olen kartoittanut aineistossa esiintyviä keskeisiä käsitteitä ja asiakirjoihin kirjattuja tavoitteita ja keinoja. Lisäksi olen käsitteitä, tavoitteita ja keinoja kartoittamalla tunnistanut kirjausten taustalla vaikuttaneita ajattelumalleja ja yhteiskunnallisia paradigmoja. Olen analysoinut niiden kehittymistä neljän vuosikymmenen aikana ja niiden vaikutuksia edelleen politiikka-asiakirjojen käsitteistöön, tavoitteisiin ja keinoihin.

Tutkimusmenetelmäni on ollut hyödyllinen tutkimusongelman ratkaisemiseksi useasta eri syystä. Ensinnäkin lääketieteellinen tutkimus on ollut riittämätön näkökulma mielenterveyteen liittyvien yhteiskunnallisten kysymysten ratkaisemiseksi. Lisäksi mielenterveyttä koskevassa tutkimuksessa on käytetty runsaasti empiriistä aineistoa, ja erilaisten ilmiöiden kuvaamiseen käytettyjen käsitteiden tarkastelu on ollut vähäistä. Kokonaisjäsennyistä mielenterveystyön kehittymisestä sairaaloiden lakkauttamisen jälkeen ihmisoikeuksien toteutumisen näkökulmasta ei ole aiemmin tehty, ja tämän puutteen tutkimukseni korjaa. Ylipäätään suomenkielinen, suomalaisen yhteiskuntajärjestelmän tutkiminen ihmisoikeusnäkökulmasta on ollut liian vähäistä, jotta voisimme aidosti ymmärtää vallitsevan järjestelmän luomia hyvän elämän toteutumisen ehtoja. Tutkimusmenetelmäni on mahdollistanut yhteiskunnassa harjoitetun mielenterveystyön analysoimista sitä ohjanneista asiakirjoista.

En ole tutkinut näistä asiakirjoista julkisen vallan ohjausta sinänsä enkä sen onnistumiseen tai epäonnistumiseen vaikuttaneita syitä. En ole analysoinut asiakirjoja hallinnollisesta näkökulmasta. Sen sijaan olen pyrkinyt löytämään taustalla vallitsevia ajattelumalleja ja poliittisia ideoita, sillä toimintaa ja kehittämistyötä ohjaavat arvot ja normit ovat yleensä aina implisiittisiä, mikä tekee niiden vaikutusten havaitsemisesta vaikeaa ja työlästä. Olen pyrkinyt tarttumaan juuri tähän haasteeseen, sillä sen tutkiminen on välttämätöntä erilaisten kehityskulkujen ymmärtämiseksi.

Tutkimuskirjallisuus jakaantui metodini ohjaamana kahteen osaan; aineistoon ja lähteisiin. Aineistona olivat julkisen vallan ohjausasiakirjat, joissa kuvattuja tavoitteita, ilmiöitä ja ideoita tutkin erilaisten tutkimusten avulla, joista muodostui tämän tutkimuksen lähdekirjallisuus. Ensimmäisen luvun lähdekirjallisuus muodostui terveys sosiologiaa, terveyspolitiikkaa sekä kansalaisuus- ja ihmisoikeuspolitiikkaa käsittelevistä yleisteoksista ja tutkimuksista. Toisessa luvussa käytin lähteinä ihmisoikeuskeskustelusta tehtyjä yleiskatsauksia, artikkelikokoelmia ja tutkimuksia.

Kolmannessa luvussa aineistona olivat hallitusohjelmien lisäksi kansanterveystyötä ohjanneet asiakirjat sekä Suomen ensimmäiset mielenterveystyötä ohjanneet asiakirjat, joita tarkastelin psykiatrian reformiin johtaneiden terveys sosiologisten teorioiden avulla. Neljännen luvun aineistona olivat hallitusohjelmien lisäksi pääasiassa Vappu Taipaleen tekemä selvitys sekä sitä seurannut Mielekäs elämä!- hankkeen aineisto ja Suomen ensimmäinen mielenterveyslaki. Tämän luvun lähteinä olivat erilaiset tutkimukset ja teoriat medikalisaatiosta sekä NPM-paradigmasta. Viidennen luvun aineisto koostui kolmesta sosiaali- ja terveysalan

toimintaohjelmasta, joita käytettiin hallitusohjelmien informaatio-ohjauksellisina välineinä sekä näiden lisäksi kansanterveysohjelman asiakirjoista, palveluiden laatusuosituksista ja ihmisoikeuspoliittisista asiakirjoista. Tämän luvun lähteinä olivat erilaiset tutkimukset ja teoriat yhteiskunnallisesta hallinnasta. Kuudennessa luvussa pääaineiston muodosti Mieli-ohjelman lukuisat asiakirjat ja raportit sekä sosiaali- ja terveystieteiden strategia ja ihmisoikeuspoliittiset asiakirjat. Asiakirjojen kuvaamia ilmiöitä, kuten kokemusasiantuntijuutta, stigmatisaatiota ja terapeuttista kulttuuria tutkin käyttämällä lähteinäni niistä tehtyjä tutkimuksia. Luvun lopussa käytin aineistona erilaisia palvelujärjestelmästä tehtyjä arviointeja.

Luvun seitsemän aineisto koostui asiakasosallisuutta käsittelevistä poliittisista ohjausasiakirjoista ja asiakkuudesta tehdyistä tutkimuksista, sekä näiden lisäksi toiminnan teoriaa ja toimintavalmiuksia koskevista tutkimuksista ja teorioista. Luvun lopussa mielenterveydenhäiriöön sairastuneiden ihmisoikeuksien toteutumista kartoittavan alaluvun aineistoon kuuluivat erilaiset antropologiset ja yhteiskunnalliset tutkimukset sekä aiheesta tehdyt selvitykset.

Koska tutkimuskysymykset sisältävät monimerkityksellisiä käsitteitä ja tutkimuksen aineisto edustaa eri aloja, esittelin aluksi ensimmäisessä luvussa (1) tutkimuksen kannalta keskeisten tieteenalojen ja yhteiskunnallisten ohjausmekanismien pääparadigmoja. Tarkastelin terveystieteiden käsityksiä terveyden, yhteiskunnan ja kulttuurin yhteyksistä. Terveystieteiden käsittelyssä alaluvussa tarkastelin tekijöitä, joista poliittinen ohjaus mielenterveyspolitiikassa muodostuu. Kansalaisuuspoliittista tutkimusta tarkastelin sen verran kuin se kansalaisuus käsitteen ymmärtämiseksi on tarpeellista. Luvun lopuksi tarkastelin lyhyesti ihmisoikeuspolitiikkaa. Näin sain käsityksen tekijöistä, joiden varaan mielenterveyspolitiikka voidaan muotoilla.

En ole ollut kiinnostunut yksin omaa mielenterveyspolitiikan muodostumisesta Suomessa sairaaloiden lakkauttamisen jälkeen vaan erityisesti olen halunnut tarkastella, kuinka vakavasti sairaiden kansalaisten ihmisoikeudet ovat toteutuneet Suomessa viimeksi kuluneina vuosikymmeninä. Perusoikeuksien varaan rakentuvassa yhteiskunnassa mielenterveyspolitiikka on julkisen vallan keino turvata mielenterveyden häiriöön sairastuneiden kansalaisten ihmisoikeudet. Koska mielenterveystyötä on Suomessa kehitetty osana terveystieteiden, ihmisoikeuksien turvaamisen näkökulma on jäänyt toissijaiseksi, eikä tutkimusaineistossa siksi tarkastella niitä suoraan. Valitsemani näkökulman selventämiseksi käsitteelin tutkimukseni toisessa luvussa (2) kansainvälisiä ihmisoikeussopimuksia ja Suomen perustuslakia. Tavoitteenani oli kuvata, miten ihmisoikeusajattelu rakentuu julkista valtaa velvoittavien oikeudellisten dokumenttien eli Suomen ratifioimien kansainvälisten ihmisoikeussopimusten ja voimassa olevan lainsäädännön näkökulmasta. Näin luomani ihmisoikeuskehitys tarjosi kriteerit, joihin mielenterveyspolitiikan ohjausasiakirjojen tavoitteita voitiin verrata.

Mielenterveyspolitiikasta tuli aiempaa sekavampaa dehospitalisaation myötä. Lääketieteellinen viitekehys oli riittävä mielenterveystyötä ohjaava ajattelumalli niin kauan, kun mielenterveyden ongelmia hoidettiin sairaaloissa. Kun sairaalat purettiin, mielenterveyden ongelmia alettiin hoitaa koko yhteiskunnassa. Muutos näkyi siinä, että potilaiden sijaan hoidettiin väestöä. Lääketieteellinen selitysmalli ei enää kyennyt vastaamaan kaikkiin kysymyksiin ja haasteisiin, joita uudenlainen toimintaympäristö asetti. Mielenterveyspolitiikan ohjausmalleissa sen asema kuitenkin säilyi vallitsevana. Tutkimukseni seuraavissa luvuissa tarkastelin mielenterveyspolitiikan ohjausasiakirjoja vuosikymmenittäin selvittääkseni niiden keskeiset tavoitteet, jotta olisi mahdollista saada käsitys dehospitalisaation aikaisesta mielenterveyspolitiikasta.

Luvussa kolme (3) tarkastelin hyvinvointivaltion syntyä ja sen vaikutusta tapaan ymmärtää kansalaisuus. Hyvinvointivaltiossa kansalaisuus yhdistettiin terveyteen, työtekoon ja oikeuksiin. Ajattelutapa heijastui myös mielisairaalapotilaiden asemaan ja siihen, kuinka heihin suhtauduttiin.

Hyvinvointivaltion muotoutumisen aikoihin alkoi myös psykiatrian reformi. Sen yhteydessä vallitsevia hoitokeinoja, -käytäntöjä ja potilaiden heikkoa asemaa kritisoitiin. Arvostelun vaikutuksesta myös psykiatriaa alettiin kehittää. Hahmottaakseni kehitystä tarkastelin ensimmäisten virallisten mielenterveysohjelmien tavoitteita ja potilasliikkeiden syntymistä.

Aineiston analyysin perusteella voidaan sanoa, että 1970- ja 1980-luvulla sekä psykiatria että potilaat alkoivat etsiä paikkaansa yhteiskunnassa, ja että psykiatria saavutti tavoitteen paremmin kuin potilaat. Mielenterveystyön kehittäminen keskittyi jo tässä vaiheessa hoitojärjestelmän kehittämiseen, mutta Lääkintöhallituksen esityksessä, Mielenterveystyön komitean työryhmän ehdotuksissa ja Skitsofreniaprojektissa korostettiin myös ihmisoikeuksia, ihmisarvoa ja ihmisten oikeutta ja tarvetta kuulua yhteiskuntaan ja yhteisöön. Yhteiskunnallisia näkökulmia ei kuitenkaan myöhemmin julkaistuissa asiakirjoissa pidetty esillä, kun alettiin keskittyä koko väestön mielenterveydestä huolehtimiseen. Muutos näkyi myös kansalaisjärjestöjen roolissa niin, että niiden merkitys vakavasti sairaiden yhteiskunnallisen aseman kohentamisessa korostui.

Luvussa neljä (4) keskityin tarkastelemaan mielenterveyspolitiikan kehittymistä 1990-luvulla. Vuosituhannen viimeisenä vuosikymmenenä keskityttiin rakentamaan avohoitojärjestelmää NPM-oppien mukaisesti, jonka asiakkaiksi alkoi tulla entisten mielisairaalapotilaiden lisäksi myös muita ihmisiä. Julkisen sektorin tehostamisen myötä palvelujärjestelmästä muodostui nopeasti sellainen, että se kykeni auttamaan vain sellaisia ihmisiä, joilla oli toimintakykyä jäljellä ja joita voitiin kannustaa kohti omatoimisuutta ja elämänhallintaa. Mielenterveyspolitiikassa alettiin keskittyä masennuksen ja muiden melko lievien mielenterveyden häiriöiden hoidon kehittämiseen. Samalla poliittisen ohjauksen kehykseksi valittu lääketieteellinen lähestymistapa osoittautui riittämättömäksi, kun sairaaloiden ulkopuolelle siirretty

hoito ei toteutunut dehospitalisaatiolle asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Kun asiantuntijat eivät päässeet yksimielisyyteen edes mielenterveystyön peruskäsitteistä, oli vaikea myöskään ilmaista, mitä väestön mielenterveyden hallinnalla tarkoitetaan tai kuinka tällainen tavoite voitaisiin saavuttaa.

Lääketieteellisen paradigman rajoitukset eivät estäneet sitä, että erilaisten sosiaalisten ja muiden elämänilmiöiden tarkasteleminen lääketieteellisinä kysymyksinä, medikalisaatio, yleistyi. Siinä yhteydessä myös psykiatriset selitysmallit levisivät yhteiskunnan eri alueille. Kiinnostus kohdistui sairauksia ennaltaehkäisevän työn kehittämiseen. Samanaikaisesti hallitusohjelmissa ilmenevä kannustamisen ideologia vahvisti entisestään työelämään kytkeytyvää kansalaisuutta. Vakavasti sairastuneet löysivät palvelunsa kolmannelta sektorilta, kun tehostettu ja ihmisten aktivoimiseen keskittyvä palvelujärjestelmä muodostui heille liian vaativaksi.

2000-luvulla, jonka kuluessa toteutettua mielenterveyspolitiikkaa tarkastelin luvussa viisi (5), julkisen vallan tavoitteet keskittyivät entistä selvemmin pärjääviin, elämänsä hallitsevien ja aktiivisten kansalaisten elinehtojen kehittämiseen. Se, että tätä ajanjaksoa edustava aineisto oli todella laaja ja hajanainen – käynnissä oli ollut lukemattomia projekteja ja hankkeita, jotka laativat raportteja ja suosituksia ja toimintaohjelmia – kuvaa hyvin mielenterveyspolitiikan luonnetta. Suunnitelmien ja toimenpiteiden pirstaloituminen saa kysymään, miten mielenterveyspolitiikka on voitu ohjata kokonaisuutena.

Suomen EU-puheenjohtajuuskauden aikana, 2000-luvun alussa, Suomessa alettiin harjoittaa ihmisoikeuksien turvaamiseen tähtäävää politiikkaa. Sen ansiosta vakavasti sairaiden asemaan kiinnitettiin ensimmäistä kertaa huomiota ja heidän asumisoloihin ryhdyttiin selvittämään. Selvitystyö toi esiin monia epäkohtia ja suorannaisia ihmisoikeusrikkomuksia. Mielenterveystyön kehittämisen painopistettä ei kuitenkaan muutettu vaan aiemmin valittua linjausta jatkettiin keskittymällä entistä vahvemmin ennaltaehkäisevän ja terveyttä edistävän työn kehittämiseen. Ohjausasiakirjoja analysoidessani pyrin ymmärtämään kehityssuuntaa yhteiskunnallista hallintaa kuvaavan paradigman ja terveyden edistämisen ja sairauksien ennaltaehkäisemisen ideologioilla.

Luvun kuusi (6) tarkastelukohteena oli 2010-luvulla toteutettu kansallinen Mieli-ohjelma. Ohjelman ohella mielenterveystyötä linjasi julkisen vallan työvälineeksi omaksuttu ajatus strategisesta ohjaamisesta. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia asetti kielenkäytön tapaa myöten entistäkin selvemmin tavoitteeksi luoda pärjääviä ja hyvinvoivia kansalaisia.

Medikalisaatiokehityksen voimasta yhteiskuntaan levinnyt psykiatrinen ajattelu muuntui terapeuttiseksi kulttuuriksi, jossa onnellisuuden imperatiivi muuttuu jokaisen ihmisen elämän henkilökohtaiseksi projektiksi. Samalla huomio kääntyy pois yhteiskunnallisista epäkohdista. Vakavasti sairaiden yhteiskunnallista asemaa pyrittiin kohentamaan Mieli-ohjelman stigman vastaisella työllä ja

kokemusasiantuntijatoiminnalla, mutta ensimmäistä keinoa ei otettu tehokkaasti käyttöön ja toinen keino osoittautui ongelmalliseksi.

Ihmisoikeuspoliittisissa asiakirjoissa vaadittiin edelleen vakavasti sairaiden ja vammaisten ihmisten ihmisoikeuksien toteutumisen valvomista ja varmistamista. Mielenterveyspolitiikkaa toteuttavat toimijat eivät kuitenkaan olleet kiinnostuneet tällaisista epäkohdista, vaan suuntasivat kehittämistoimet palvelujärjestelmään. Tulosten kannalta valinta osoittautui kuitenkin huonoksi keinoksi kehittää mielen-terveystyötä, mihin arvioijat kiinnittivät huomiota. Luvun lopussa tiivistin yhteen asiantuntijoiden näkemyksiä palvelujärjestelmän toimivuudesta sekä erilaisten arviointi- ja selvityshankkeiden tuloksista, joiden mukaan palvelujärjestelmän kehittämiseen keskittynyt mielen-terveystyö on ollut eri tavoin epäonnistunutta.

Kehityskulkua tarkasteltaessa on voitu huomata, että mielen-terveyspolitiikasta tuli jo alussa palvelujärjestelmän sekä ennaltaehkäisevän ja edistävän työn kehittämistä. Huomio vaati lisäselvittelyä, jotta voisin ratkaista muutoilemani tutkimus-ongelman. Luvussa seitsemän (7) analysoin tekijöitä, joiden vuoksi julkisen vallan panostukset palvelujärjestelmän kehittämiseen eivät ole onnistuneet vakavasti sairaiden kansalaisten ihmisoikeuksien turvaamisen näkökulmasta.

Tarkastelin siksi vielä erikseen vuosikymmenten kuluessa kehitetyn palvelujärjestelmän toimivuutta vakavasti sairaiden näkökulmasta käyttämällä teoreettisena työkaluna toiminnan teoriaa. Sen avulla pystyin osoittamaan, että palvelujärjestelmästä hyötyminen edellyttää kansalaiselta monimuotoista toimijuutta. Vakavasti sairaille kansalaisilla ei kuitenkaan ole – nimenomaan sairauden vuoksi – kykyä tällaiseen toimijuuteen. Jotta kansalainen voisi hyötyä järjestelmän tarjoamista palveluista, hänen olisi ensin tervehdyttävä jossain muualla siihen kuntoon, että hän pystyisi hakemaan, saamaan ja käyttämään palveluita.

Koska tutkin ensisijaisesti julkisen vallan vastuuta ihmisoikeuksien turvaamiseksi, minun oli vielä tarkasteltava palvelujärjestelmää poliittisena kehittämistoimintana ihmisoikeuksien turvaamisen näkökulmasta. Valitsin teoreettiseksi työkaluksi Martha Nussbaumin toimintavalmiusteorian siltä kannalta, mihin se julkista valtaa velvoittaa, kun halutaan turvata kaikkien kansalaisten ihmisoikeudet. Nussbaumin mukaan ihmisen toimintavalmiudet syntyvät yksilön kykyjen ja yhteiskunnan rakenteiden yhteisvaikutuksesta. Tämän takia yksinomaa yksilöön ja yksilön kykyihin keskittyvä politiikka ei johda haluttuihin tuloksiin, vaan myös yhteiskunnallisia rakenteita on muutettava yksilöiden toimijuutta tukeviksi. Vallalla oleva järjestelmä kohdistaa kuitenkin interventioita vain yksilöön. Lisäksi Nussbaumin mukaan julkisen vallan on vaalittava hyvän elämän moninaisuutta ja moniarvoisuutta. Poliittisissa ohjausasiakirjoissa ei tule asettaa tiukkoja hyvän elämän määritelmiä, kuten nyt tehdään, sillä ne ovat ristiriidassa elämän moninaisuuden ja kompleksisuuden kanssa ja synnyttävät epäoikeudenmukaisuutta.

Osoitin näin toiminnan teorian ja toimintavalmiusteorian avulla ne syyt, jotka estävät palvelujärjestelmän tarjoamaa mahdollisuuksien tasa-arvoa muuntumasta

vakavasti sairaiden tasa-arvoiseksi elämäksi muiden kansalaisten kanssa. Luvun lopuksi tarkastelin tämän seurauksia eli mitä siitä on seurannut vakavasti sairaiden kansalaisten kohdalla, kun ihmisoikeuksien toteutumiseen ei ole kiinnitetty poliittisessa ohjauksessa huomiota. Jos Suomessa olisi poliittista tahtoa ottaa julkisen vallan perustuslailliset ihmisoikeuksien turvaamisvelvoitteet vakavasti, käytössä olevia resursseja voitaisiin suunnata jokaisen kansalaisen – myös vakavasti sairaiden – toimintavalmiuksien kehittämiseen ja tukemiseen. Sen sijaan on keskitytty laatimaan asiakirjoihin kirjattua normistoa pärjäävistä ja aktiivisista kansalaisista, vaikka tosiasiallisesti vain valmiiksi hyvin voivat kansalaiset voivat täysimääräisesti hyödyntää hyvinvointivaltion luomia mahdollisuuksia.

Mitä suomalainen mielenterveyspolitiikka on ollut vakavasti sairaiden kansalaisten ihmisoikeuksien näkökulmasta? Suomessa ei ole vielä koskaan muotoiltu varsinaista mielenterveyspolitiikkaa ja suomalainen ihmisoikeuspolitiikkakin on syntynyt vasta 2000-luvulla. Julkinen valta on ohjannut suomalaista mielenterveyspolitiikkaa osana hyvinvointivaltion terveyspolitiikka. Erillisen mielenterveyspolitiikan ja mielenterveystyötä ohjaavan tahon puuttuminen näkyy myös tutkimukseni aineistosta. Suomessa viime vuosikymmeninä tosiasiallisesti harjoitetun mielenterveyspolitiikan hahmottaminen on edellyttänyt perehtymistä terveyspolitiikan tieto-ohjaukseen, jota on harjoitettu hallitusohjelmiin kirjattuina mainintoina, sosiaali- ja terveysministeriön toimeenpano-ohjelmina, mutta myös mielenterveystyön ohjaamiseen laadittuina asiakirjoina, kuten komiteamietintöinä, kansallisina selvitys- ja kehittämishankkeina ja erilaisina toimintaohjelmina.

Tutkimalla tällä tavoin mielenterveyspolitiikan ohjaamista Suomessa 1970-luvulta tähän päivään, olen tehnyt seuraavia huomiota:

- 1) Ensimmäisissä mielenterveyspolitiikkaa ohjaavissa asiakirjoissa käytetään vakavasti sairaiden ihmis- ja perusoikeuksien turvaamista kuvaavia käsitteitä, oikeudet asetetaan tavoitteeksi ja muotoillaan keinoja niiden takaamiseksi. Tavoitteet ja keinot eivät keskity vain yksilön hoidon kehittämiseen vaan ne kytkeytyvät yhteiskunnalliseen todellisuuteen. Seuraavilla vuosikymmenillä muotoiltavissa asiakirjoissa tällaisia tavoitteita ei enää aseteta, vaan tarkastelunäkökulma kaventuu.
- 2) Mielenterveyspolitiikan painopiste siirtyi jo mielenterveystyön kehittämisen alkuvaiheessa vakavasti sairaiden ihmis- ja perusoikeuksien turvaamisesta koko väestön mielenterveyden ja hyvinvoinnin hallintaan. Poliittisen ohjauksen kohde muuttuu.
- 3) Suomalainen mielenterveyspolitiikka on keskeisesti terveyden edistämiseen, sairauksien ennaltaehkäisemiseen ja hoidon kehittämiseen keskittyvää hyvinvointivaltion politiikkaa. Palvelujärjestelmän kehittämistä on pidetty lähes ainoana keinona toteuttaa tätä päämäärää. Koska tavoitteet ovat olleet laajat ja luonteeltaan abstraktit, tehokkaan poliittisen ohjauksen muotoileminen niiden saavuttamiseksi on ollut mahdotonta.

- 4) Vakavasti sairaiden ihmis- ja perusoikeuksia ei ole onnistuttu turvaamaan palvelujärjestelmän kehittämiseen keskittyneen keinon avulla. Kehittämistyössä käytettyjen asiakirjojen käsitteet ja niihin sidoksissa olevat paradigmat ovat pikemminkin suunnanneet huomiota pois ihmis- ja perusoikeuksien toteutumisen kannalta tärkeistä kysymyksistä.
- 5) Hyvin voimisen ja sairauksien ennaltaehkäisemisen eetos on ohjannut huomiota pois vakavasti sairaiden aseman kohentamisesta. Julkisen vallan määrittelemän hyvän elämän ja palvelujärjestelmän kehittämiseen keskittynyt mielenterveystyön ohjaus ei ole ainoastaan epäonnistunut omien tavoitteidensa saavuttamisessa, vaan lisäksi arvo- ja toimenpidevalinnoilla on olemassa näitäkin vakavampi seuraus - vakavasti sairaat ihmiset unohtuivat avohoidon näennäisosallisuuden muotoihin.

Avohoitoon siirtyminen ei ollut arvoneutraali, pragmaattinen muutos vaan poliittinen päätös, joka legitimoitiin vetoamalla tavoitteeseen turvata ihmisoikeudet. Avohoitoa keinona ei ole kyseenalaistettu missään vaiheessa eikä arvioitu alkuperäisen tavoitteen, ihmisoikeuksien vahvistamisen, toteutumista. Edistykö se vakavasti sairaiden ihmisoikeuksia? Vahvistiko se ihmisarvoisen elämän toteutumisen edellytyksiä? Integroituivatko vakavasti sairaat sen avulla yhteiskuntaan yhdenvertaisiksi muiden kanssa? Hävisikö stigmatisaatio? Missään julkisen vallan poliittisessa ohjausasiakirjassa ei analysoida systemaattisesti, millaisia tuloksia on saavutettu. Yhdessäkään asiakirjassa ei esitetä konkreettisia toimenpiteitä tai edes mitattavia tavoitteita ihmisoikeuksien turvaamiseksi. Sen sijaan niissä toistetaan yhä uudestaan, että hartaasti kehitetty avohoito on osin epäonnistunut eikä ennaltaehkäisevässä ja edistävässä työssäkään ole päästy tavoitteisiin. Johtopäätös on, että julkinen valta on epäonnistunut vakavasti sairaiden ihmisten perustuslaillisten oikeuksien turvaamisessa.

Mielenterveyspolitiikan taustalla olevat ajattelumallit näyttävät sen sijaan toteutuneen julkisen vallan väestönhallintana. Mielenterveystyön alkuvuosia värittäneet heikommassa asemassa olevien ihmisryhmien emansipaatio ja inklusion tavoite, muuttuivat nopeasti massojen hallinnaksi ja koko väestön kansanterveystyöksi. Normitettu toimijuus luo mahdollisuuden puuttua ihmisten elämään, ohjailla sitä ja vaikuttaa siihen. Hyvään elämään ja hyvään kansalaisuuteen kuuluvat kontrolli, elämän hallinta, onni ja toimeliaisuus. Erityisesti toivotaan aktiivisia, osallistuvia ja vaikuttamishaluisia kansalaisia – mutta silloinkin järjestelmän ehdoilla.

Julkinen valta olisi voinut ohjata mielenterveyspolitiikkaa toisinkin. Malli olisi voitu ottaa vammaispolitiikasta. Vammaisten osallistumisen ja tasa-arvon konkreettisia edellytyksiä kartoitettiin jo 1980-luvun alussa. Kynnys ry:n mukaan suurimpia esteitä tasa-arvon toteutumiselle olivat vammaisten koulutukseen, liikkumiseen, työhön, tulotason alhaisuuteen, asumiseen ja kuntoutukseen liittyvät ongelmat. Vammaisten henkilöiden komitea puolestaan selvitti mietinnössään vuodelta 1982

vammaisten fyysisiä, sosiaalisia, taloudellisia ja yhteiskunnallisia toimintaedellytyksiä ja niissä ilmeneviä puutteita. Myös sosiaalhallitus käynnisti 1980-luvun alussa laajan eri vammaryhmien elinoloja ja itsenäisen suoriutumisen edellytyksiä tarkastelleen tutkimusprojektin. Selvityksissä vammaisten heikoksi arvioitua yhteiskunnallista asemaa kuvattiin ajankohdan laajemman sosiaalipoliittisen keskustelun tapaan deprivaaation ja syrjinnän käsitteillä.⁸⁰⁷

Suomalaisesta vammaishuollosta 1970–1980-luvuilla käydyssä keskustelussa tulee esiin uudenlainen suhtautuminen vammaisuuteen sekä vammaisiksi määriteltyjen ihmisten ja muun yhteiskunnan suhteeseen. Normalisaation, osallistumisen ja tasa-arvon periaatteita korostaneessa vammaispolitiikassa ei enää pidetty hyväksyttävänä ajatusta vammaisille yhteiskunnassa varatusta erillisestä paikasta. Alettiin ajatella, että heillä on oikeus kuulua yhteiskuntaan ilman integroivia välivaiheita, joita pidettiin merkittävänä syynä vammaisten marginaaliseksi jääneeseen yhteiskunnalliseen asemaan. Vammaisilla korostettiin olevan oikeus samanlaisiin elämänsisältöihin ja elintasoon kuin muillakin yhteiskunnan jäsenillä. Uusien tavoitteiden ja periaatteiden omaksumista kuvaavat tiukkasävyisetkin vaatimukset kehitysvammahuollon laitosjärjestelmän purkamisesta, kehitysvammaisten ja vaikeavammaisten integroidusta opetuksesta sekä invalidihuoltoon liitetyn suojatyön lopettamisesta.⁸⁰⁸

Tällainen keskustelu ei ole käynnistynyt Suomessa mielenterveyden häiriöön sairastuneiden kansalaisten kohdalla. Markku Salo on huomauttanut, että demokraattinen mielenterveystyö ei ole mahdollista, ellei mielenterveyden häiriöön sairastuneita syrjäyttäviin tekijöihin puututa. Keskeisiä muutosta edellyttäviä asioita ovat palkkatyöstä syrjäytyminen, perhe- ja yhteisösuhteista syrjäytyminen, varhaiseläkkeistäminen, holhous, potilaistaminen ja siihen kuuluva pakkohoito, puutteelliset asumisolot ja erilaiseksi ja vähempiarvoiseksi leimaaminen. Tähän mennessä julkinen valta ei ohjausmekanismeillaan ole keskittynyt mihinkään näistä ihmisen elämään merkittävästi vaikuttavista tekijöistä, vaan mielenterveystyö on Salon mukaan kriisiytynyt mielenterveys- ja päihdetyön medikalisoitumiseen, tilaaja-tuottaja-mallin mukaiseen palveluntuotantoon sekä politiikan yleiseen demokratiavajeeseen.⁸⁰⁹

Myös eri maiden mielenterveyspolitiikkaa tutkinut Anna Melke kiteyttää, että yhteistä eri maiden mielenterveyspolitiikalle on ollut se, että sitä ei ole ollut. Ei ole ollut olemassa selkeitä suoraan vakavia mielenterveyden häiriöitä sairastaville suunnattuja ohjelmia tai poliittista ohjausta – terveydenhuollon yleistä ohjausta lukuun ottamatta. Sen sijaan on ollut yleisempiä vammaisuus- ja osatyökykyisyysohjelmia. Melkeen tarkastelemisissa vertailumaissa oli voimakas työelämäsidonnainen

807 Leppälä 2014, 278.

808 Leppälä 2014, 292.

809 Salo 2011, 288–290.

kansalaisuusajattelu, mutta työelämän muokkauksia ei oltu niissäkään kyetty tekemään. Lisäksi mielenterveyspolitiikka oli ollut jokaisessa maassa riippuvainen siitä, tahdottiinko mielenterveyskuntoutujat ymmärtää osana vammaispolitiikkaa.⁸¹⁰

Yhteistä mielenterveyspolitiikalle oli ollut myös se, että palveluiden ja etuuksien saaminen edellytti yksilön omaa aktiivisuutta hakea niitä. Tähän liittyi implisiittisesti oletus kuluttajuudesta ja asiakkuudesta suhteessa palveluihin. Kuitenkin juuri mielenterveyden häiriöön sairastuneiden aktiivisuus ja tietoisuus omista oikeuksista voivat olla puutteellisia ja valitusmenettelyihin ryhtyminen voi olla ylivoimaista. Lisäksi sairastuneiden asioita hoitavat nykyään ja heidän asioistaan päättävät viranomaiset, joilla ei ole samaa osaamista kuin sairaalalääkäreillä. Usein päätöksiä tehdään keskustelematta toisten päätöksiä tekevien viranomaisten kanssa. Suurin epäkohta Melken mukaan on se, että mielenterveyden häiriöt eivät ole samalla tavalla institutionalisoituneita yhteiskunnassa kuin vammaisuus on.⁸¹¹

Se, miksi näin on, johtuu monesta tekijästä. Ensinnäkin mielenterveys on käsitteenä epäselvä. Terveys sosiologinen tutkimus on valottanut käsitteen perusongelmia, jotka tulevat näkyviin tarkastelemassani tutkimusaineistossa riippumatta siitä, millä vuosikymmenellä asiakirja on julkaistu. Toiseksi, myös julkinen valta ja sen harjoittama ohjaus voidaan käsitteellistää monella tavalla. Luvussa yksi (1) esittelin poliittista ohjausta käsittelevän tutkimuksen keskeisimpiä haasteita ja myös nämä haasteet tulevat esiin aineistossani esimerkiksi siinä, miten erilaisia palveluiden laatusuosituksia ei kyetä viemään käytännön työhön.

Mielenterveyden kannalta merkityksellinen julkinen valta koostuu poliittisen ohjauksen lisäksi myös erilaisista ammattilaisista ja asiantuntijoista, kolmannen sektorin toimijoista ja järjestöistä sekä yhä vahvemmin erilaisista edunsaajajärjestöistä ja elinkeinoelämän toimijoista. Ohjauksessa tehtyihin valintoihin ovat aina vaikuttaneet eri tahojen keskenään ristiriitaiset intressit, maailman tapahtumat sekä eri tieteenalojen kehityskulut. Näiden lisäksi vaikuttaneet arvot- ja normit ovat olleet implisiittisiä. Niitä on ollut mahdollista analysoida näin jälkikäteen aineistosta, mutta poliittisia ratkaisuja vaatineiden tilanteiden keskellä niitä on ollut varmasti vaikea havaita.

Ei ole mahdollista löytää yhtä syytä mielenterveyspolitiikan epäonnistumiseen, mutta keskeisimmät ongelmakohdat voidaan yksilöidä:

- 1) **Tietoon perustuva ohjaus on näennäistä ohjausta.** Tarkastelemissani asiakirjoissa ei ole määritelty ainuttakaan informaatio-ohjauksen keskeistä

810 Melke 2010, 188–193, 198–200, 202. Väitöskirjassaan Melke tutki, minkälaisia hyvinvoinnin järjestelyjä on olemassa ja millä ehdoilla ne ovat saavutettavissa sekä mitä seurauksia näiden järjestelmien piirissä oleville niistä on. Hän ei ole kiinnostunut vain siitä, miten perustarpeet on turvattu, vaan myös siitä, että millä keinoin valtio tukee kansalaisuutta, sosiaalisuutta ja yhteisöllisyyttä. Hän on valinnut tutkimuskohteekseen samat tukimuodot, joita ennen laitostenmuotoisessa hoitomuodossa tarjottiin eli sairauden hoito, asumisen tuki, ammatillinen ja sosiaalinen tuki sekä kuntoutus ja taloudellinen turva. Melken tutkimat maat olivat Ruotsi, Englanti ja Ranska. Melke 2010, 57–58.

811 Melke 2010, 194–195, 208–209.

käsitettä. Tämä koskee lainsäädäntöä, hallitusohjelmia, toimeenpano-ohjelmia ja suosituksia. Tämä näkyy toistuvasti toimeenpanon tasolla, sillä käytännössä ohjauksesta ei ole yhteisymmärrystä ja se ymmärretään, käsitetään ja tulkitaan eri tavoin. Tällöin myös toiminta ja ihmisten saamat palvelut ovat hyvin erilaisia, kehittämishankkeet eivät saavuta tavoitteitaan ja ylipäätään on mahdollista tuottaa raporteissa analyyssejä muun muassa mielenterveyden edistämisen käsitteestä kolmekymmentä vuotta käsitteen lanseerauksen jälkeen. Olen tässä tutkimuksessa nostanut esiin joitakin käsitteitä ja paradigmoja, mutta materiaali on ollut liian laaja ja runsas, jotta sitä olisi voinut tehdä riittävän systemaattisesti. Tieto-ohjauksen käsitteanalyyssejä olisi syytä jatkaa ja syventää, jotta sillä olisi mahdollista saavuttaa haluttuja tuloksia.

2) **Ihmisoikeuskysymyksiä ei käsitellä julkisen vallan ohjauksessa.**

Mielenterveystyön kehittämisen ihmisoikeuskysymykset keskittyvät kummallisella tavalla ennakkoluuloja vastaan kamppailemiseen. Ennakkoluuloja vastustavaa ja asennevaikuttamiseen tähtäävää työtä vaaditaan sinnikkäästi kaikissa toimintaohjelmissa, mutta sitä ei ikinä lähdetä käytännössä toteutamaan. Ennakkoluulojen sijaan olisi puhuttava ihmisoikeusrikkomuksista. Asennevaikuttamisen sijaan tarvitaan tutkimusta siitä, miten mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmis- ja perusoikeudet toteutuvat. Vaikuttavaa ihmisoikeuskysymyksiin ja ihmisarvoon keskittyvää mielenterveyspolitiikkaa ei harjoiteta lukuisista yrityksistä ja aloitteista huolimatta. Vaikuttavaa mielenterveyspolitiikkaa olisi ihmisoikeuspolitiikka. Jos ihmisoikeudet toteutuvat, ihminen pystyy toimimaan yhteiskunnassa. Jos perustuslaki otetaan vakavasti, se sisältää mielenterveyspolitiikan linjaukset, sillä kaiken sosiaali- ja terveyspolitiikan tulee olla sellaista, että se takaa ihmisille sellaiset resurssit, että he voivat toteuttaa yhteiskunnallista toimijuutta sekä kykyä pitää itsestä ja läheisistään huolta.

3) **Laitoshoidon keskeisin piirre hoitokeskeisyys on siirtynyt avohoitoon.**

Sairaaloiden toiminnan kohteena oli potilas, nykyään mielenterveystyö kattaa koko väestön, mutta kehittämistyötä jatketaan sairaaloiden eli psykiatrian viitekehuksesta. Lääketieteellisen paradigman hallitsema mielenterveystyö on edelleen keskittynyt ennaltaehkäisevän ja hoitavan palvelujärjestelmän kehittämiseen, vaikka sairaaloista yhteiskuntaan levinneen mielenterveys-ilmiön selittämiseen ja tarkasteluun on tämä viitekehys mitä ilmeisemmin riittämätön. Yhteiskunnallisten tutkijoiden olisi vahvemmin kiinnostuttava sen tutkimisesta, että mistä ilmiössä todella on kyse tänä päivänä, kuten esimerkiksi terapeuttisen kulttuurin tutkijat ovat tehneet. Lisäksi on huomattava, että kehitetty palvelujärjestelmä ja avohoito ei tosiasiallisesti kykene hoitamaan tehokkaasti vakavasti sairaita, sillä poliittisten asiakirjojen tavoitteet ja ihmiskäsitys eivät vastaa todellisuutta. Ihmiset, joita varten mielisairaalat oli ja joita varten palvelujärjestelmä on, ei kiinnitä huomiota

siihen mitä heille tapahtuu. Jos fokus on palvelujärjestelmässä, niin mennään ihmisen ohi. Keskeisin piirre sairaaloista on siis edelleen säilynyt.

Suomalaisessa mielenterveyspolitiikassa ei ole hahmoteltu tavoitteita tai keinoja vakavasti sairaiden ihmis- ja perusoikeuksien turvaamiseksi. Niitä ei löydy terveyspolitiikasta eikä myöhemmin alkaneesta ihmisoikeuspolitiikasta. Ainoa ihmisoikeuksien turvaamista edustava eksplisiittinen tavoite ohjausasiakirjoissa on ollut stigmatisaation vastainen työ. Stigmatisaatio- ja asenneretoriikalla sivuutetaan kuitenkin se tosiasia, että hyvinvointivaltiossa on ihmisiä, joita saa laillisesti syrjiä, ja joita eivät ihmis- ja perusoikeudet koske samalla tavalla kuin muita kansalaisia. Jos puhumme erilaisten ihmisten suvaitsemisesta ja ennakkoluulojen kitkemisestä ihmisoikeuksien turvaamisen sijaan, siirrämmme huomion pois jokaisen kansalaisen perusoikeuksista.

On huomattava, että suomalainen ihmisoikeuspolitiikka on nuorta. Vasta 2000-luvulla on laadittu ensimmäisiä ihmisoikeuspoliittisia toimintaohjelmia, jotka koskevat kansainvälisen aspektin lisäksi myös kansallisia tavoitteita. Vammaispolitiikka on onnistuttu liittämään osaksi suomalaista ihmisoikeuspolitiikkaa, mutta mielenterveyden häiriöön liittyviä ihmisoikeusrikkomuksia ei vieläkään tutkita systemaattisesti, saatika laadita niiden poistamiseen tähtäviä toimia. Erillistä mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmisoikeussopimusta ei ole suunniteltu, eikä mielenterveydenhäiriöitä sairastavien oikeuksia ajeta osana vammaisten ihmisten oikeuksia koskevaa sopimusta. Kansanterveysohjelmat ja ministeriöiden toimeenpano-ohjelmat sekä hallitusohjelmat eivät ota mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmisoikeuksien turvaamista agendalleen. Mitkään muut julkisen vallan ohjaukseen vaikuttavat tahot, kuten elinkeinoelämä ja suuret järjestöt tai kansanliikkeet eivät ole tuoneet mielenterveyden häiriöön sairastuneiden kansalaisten ihmis- ja perusoikeuksien turvaamista esille julkiseen keskusteluun.

Asian puolesta ei vaikuteta, eikä sitä edistetä. Esimerkiksi vuonna 2017 YK:n ihmisoikeusvaltuutettu julkaisi vetoomuksen aloittaa kokonaisvaltainen mielenterveyspolitiikan uudistus ja ryhtyä puuttumaan ihmisoikeusrikkomuksiin.⁸¹² Tämän tutkimuksen viimeisessä luvussa pohdin yhteiskunnallista hylkäämistä Biehlin tutkimustuloksia arvioiden. Näyttää siltä, että Biehlin tutkimuksen brasilialaisen yhteiskunnan lisäksi myös suomalaisessa hyvinvointivaltiossa on mahdollista jättää osa kansalaisista heitteille. On mahdollista, että ihmisten elämän määrittävämmäksi tekijäksi tulee avuttomuus.

Tarvitsemme lisää tutkimusta tähän liittyvien syiden selvittämiseksi.

812 "World needs revolution in mental health care – UN rights expert": <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=21689> <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=21689>

AINEISTO

- Aktiivinen sosiaalipolitiikka – työryhmän muistio*
2000 Aktiivinen sosiaalipolitiikka – työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistio 1999: 20. Helsinki. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71437/TRM199920.pdf?sequence=2> [viitattu 23.5.2017]
- Alma-Ata*
1978 Alma-Ata. Primary health care. Report of the international Conference on Primary Health Care. Alma-Ata. USSR. 6–12 September 1978. WHO Geneva. http://www.unicef.org/about/history/files/Alma_At_a_conference_1978_report.pdf [viitattu 4.5.2016]
- Aikuisten terveys-, hyvinvointi-, ja palvelututkimus ATH*
2018 Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus ATH. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/aikuisten-terveys-hyvinvointi-ja-palvelututkimus-ath> [viitattu 30.12.2018]
- Arajärvi, Pentti
2013 Pääsy sosiaalihuollon päihdepalveluihin. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015- Monipuolista sisällöllistä ja rakenteellista kehittämistä 2012. Toim. Moring, Juha & Bergman, Viveca & Nordling, Esa & al. Työpaperi 15/2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes print- Suomen yliopistopaino oy. Tampere.
- Arviomuistio: Mielenterveyslain ja päihdehuoltolain palvelut. 18.1.2016*
2016 Arviomuistio: Mielenterveys- ja päihdehuoltolain palvelut. 18.1.2016. <https://stm.fi/documents/1271139/1977545/Arviomuistio+mielenterveyslain+ja+p%C3%A4ihdehuoltolain+palvelut.pdf/22c2f719-e424-4c80-81fa-6caf7c9e2d7e> [viitattu 15.11.2016]
- Asetus taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevan kansainvälisen yleissopimuksen voimaansaattamisesta*
Asetus taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevan kansainvälisen yleissopimuksen voimaansaattamisesta. 6/1976.
- Asiakaslähtöinen toimintakykyne-sovellus*
2017 Asiakaslähtöinen toimintakykyne sovellus. Kehittäminen ja käytettävyydetutkimus. Toim. Anttila, Heidi & Kokko, Kaisa & Hiekkala, Sinikka & al. Työpapereita 110/2017. Kelan tutkimus. Kela/ Fpa. Helsinki. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/187061/Tyopapereita119.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 1.2.2018]
- ASPEN- projektisuunnitelma*
<https://thl.fi/documents/10531/1449887/DESCRIPTION+OF+THE+ACTION.pdf/b753fb30-5c22-4a5f-bd5b-174ff07627ac> [viitattu 2.8.2018]
- Asumista ja kuntoutusta*
2007 Asumista ja kuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:13. Sosiaali- ja terveysministeriö. Yliopistopaino. Helsinki.

Constitution of WHO: Principle

<http://www.who.int/about/mission/en/>

Ennen kuin on liian myöhäistä

2012

Ennen kuin on liian myöhäistä. Ehkäisevän mielenterveystyön toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjille. Laajasalo, Taina & Pirkola, Sami. Raportti 47/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes print- Tampereen yliopistopaino oy. Tampere. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90874/URN_ISBN_978-952-245-686-1.pdf?sequence=1 [viitattu 14.8.2017]

Erikoissairaanhoitolaki

Erikoissairaanhoitolaki 1989/1062.

Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelma

2013

Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelma. Euroopan aluekoomitea. 63. istunto. Turkki 16.-19.syyskuuta 2013. https://thl.fi/documents/10531/115966/Euroopan_mielenterveyden_toimintasuunnitelma_LOPULLINEN.pdf [viitattu 2.8.2018]

Euroopan ihmisoikeussopimus sellaisena kuin se on muutettuna 11. ja 14. pöytäkirjalla sekä 1., 4., 6., 7., 12., 13. ja 16. pöytäkirja

https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_FIN.pdf
[viitattu 2.5.2018]

Euroopan unionin perusoikeuskirja

[http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/fiches_techniques/2013/010106/04A_FT\(2013\)010106_FI.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/fiches_techniques/2013/010106/04A_FT(2013)010106_FI.pdf) [viitattu 17.5.2017]

European pact for mental health and well-being

2008

European pact for mental health and well-being. EU high level conference. Brussels. 12.-13. June 2008. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf [viitattu 23.9.2016]

European Social Charter

<https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/090000168006b642> [viitattu 16.3.2017]

Falk, Hanna & Kurki, Marjo & Rissanen, Päivi & al.

2013

Kuntoutujasta toimijaksi-kokemus asiantuntijuudeksi. Työpöytäkirja 39/2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print- Suomen yliopistopaino oy. Tampere. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110670/URN_ISBN_978-952-302-028-3.pdf?sequence=1 [viitattu 4.8.2017]

Finland in the International Human Rights System

2019

Finland in the International Human Rights System. Toim. Björk, Anna & Paavola, Juha-Matti & Strik, Tineke & al. Publications of the Governments analysis, assesment and research activities. 2019:50. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161754/VNTEAS_50_2019_Finland_in_Human_Rights_System.pdf [viitattu 30.8.2019.]

- Hallitusohjelman toimeenpanosuunnitelma STM: n hallinnonalalle 2016–2019*
 2016 Hallitusohjelman toimeenpanosuunnitelma STM: n hallinnonalalle 2016–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:2. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74745/RAP%202016_2.pdf [viitattu 13.1.2018]
- Hytönen, Pia & Haikola, Pirkko
 2012 Omaisen ääni kuuluviin – kuule kokemuskouluttajaa. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Kehittyviä käytäntöjä 2011. Toim. Moring, Juha & Marttens, Anna & Partanen, Airi & al. Raportti 46/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes print- Tampereen yliopistopaino oy. Tampere. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90849/URN_ISBN_978-952-245-684-7.pdf?sequence=1 [viitattu 18.6.2017]
- Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemusrvioinnin kohteina*
 2010 Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemusrvioinnin kohteena. Ithaca-hankkeen suomen raportti. Markku Salo. Raportti 22/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino. Helsinki.
- Immonen, Tuula & Kiikkala, Irma & Ahonen, Juha
 2003 Mielekäs Elämä! – Ohjelman toimenpidesuosituksukset. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita. sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
 2003 Mielekäs Elämä! – ohjelman loppuraportti. sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:8. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69975/me_loppuraportti.pdf?sequence=1 [viitattu 11.11.2016]
- Innovaatioita terveyden edistämiseen mielenterveys- ja päihdetyössä – kokemuksia Pohjanmaa-hankkeesta, Sateenkaari-projektista ja Lapin mielenterveys- ja päihdetyön hankkeesta 2005–2009*
 2010 Innovaatioita terveyden edistämiseen mielenterveys- ja päihdetyössä – kokemuksia Pohjanmaa-hankkeesta, Sateenkaari-projektista ja Lapin mielenterveys- ja päihdetyön hankkeesta 2005–2009. Avauksia. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 5/2010. 2010. Yliopistopaino. Helsinki. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79990/f8cb23c3-edb6-4fc6-8fdc-c26650a8108d.pdf?sequence=1> [viitattu 23.6.2018]
- Itsemurhien ehkäisy Suomessa 1992–1995*
 1992 Itsemurhien ehkäisy Suomessa 1992–1995. Tavoite- ja toimintaohjelman perusteet. Upanne, Maila & Arinperä, Helena & Lönnqvist, Jouko. Raportteja 45/1991. 1992. Sosiaali- ja terveyshallitus. VAPK-kustannus. Helsinki.
- Kaikki keinot käyttöön – yhteistyöllä ratkaisuihin. Sosiaali- ja terveysministeriön Osatyökykyiset työssä – ohjelma (Osku) 2013–2015*
 Kaikki keinot käyttöön – yhteistyöllä ratkaisuihin. Sosiaali- ja terveysministeriön Osatyökykyiset työssä – ohjelma (Osku) 2013–2015. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75097/loppuraportti_FI_.pdf [viitattu 20.3.2017]
- Kaikki mukaan työelämään*
 2019 Kaikki mukaan työelämään. Osatyökykyisille tie työelämään (OTE) kärkihankkeen tuloksia ja suosituksia. Mattila-Wirola, Päivi & Tiainen,

Raija. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:25. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161453/25_2019_OTE-loppuraportti%20suomi%20netti.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 15.3.2019]

Kannustinloukut ja alueellinen liikkuminen

Kannustinloukut ja alueellinen liikkuminen. Työryhmän selvityksiä. <https://vm.fi/documents/10623/0/kannustinloukkutyoryhman-selvitys/288751e8-52d2-4a11-91e8-d5628e5ccof8> [viitattu 5.6.2018]

Kansalaisoikeuksia ja poliittisia oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus

Kansalaisoikeuksia ja poliittisia oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus 8/1976.

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 – suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009

2010 Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 – suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Toim. Partanen & Moring & Nordling & al. Avauksia. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 16/2010. Yliopistopaino. Helsinki.

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 – Monipuolista sisällöllistä ja rakenteellista kehittämistä 2012

2013 Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015- Monipuolista sisällöllistä ja rakenteellista kehittämistä 2012. Toim. Moring, Juha & Bergman, Viveca & Nordling, Esa & al. Työpäpaperi 15/2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes print- Suomen yliopistopaino oy. Tampere.

Kansallinen perus- ja ihmisoikeustoimintaohjelma 2012–2013

2012 Kansallinen perus- ja ihmisoikeustoimintaohjelma 2012–2013. Selvityksiä ja ohjeita 18/2012. Oikeusministeriö. Edita Prima oy. Helsinki.

Kansallinen perus- ja ihmisoikeustoimintaohjelma 2017–2019

2017 Kansallinen perus- ja ihmisoikeustoimintaohjelma 2017–2019. Mietintöjä ja lausuntoja 9/2017. Oikeusministeriö. Helsinki. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79277/OM_9_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 3.3.2018]

Kansanterveyslaki

Kansanterveyslaki 66/1972.

Kiikkala, Irma & Immonen, Tuula

2002 Rakenteista sisältöön, sanoista tekoihin! Mielenterveyttä peruspalveluissa. Pääsky-ohjelman loppuraportti ja toimenpide-ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:23. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70000/paasky.pdf?sequence=1> [viitattu 12.11.2016]

Kostiainen, Elisa & Ahonen, Sanna & Verho, Tanja & al.

2014 Kokemukset käyttöön – Kokemusasiantuntijatoiminnan kehittäminen. Työpäpaperi 36/2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print- Suomen yliopistopaino oy. Tampere. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125488/URN_ISBN_978-952-302-373-4.pdf?sequence=1 [viitattu 4.8.2017]

Kuilun kaventajat – kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011 – loppuraportti

2012 Kuilun kaventajat – kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011 – loppuraportti. Toim. Rotko & Kauppinen & Mustonen & al. Raportti. 41/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino oy. Tampere. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90863/URN_ISBN_978-952-245-671-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 12.3.2017]

Kuussaari, Kristiina & Partanen, Airi

2013 Yhdistetyt päihde- ja mielenterveyspalvelut vuoden 2011 päihdelaskennassa. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015- Monipuolista sisällöllistä ja rakenteellista kehittämistä 2012. Toim. Moring, Juha & Bergman, Viveca & Nordling, Esa & al. Työpaperi 15/2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes print-Suomen yliopistopaino oy. Tampere.

Käypä kuntoutus - loppuraportti

2015 Käypä kuntoutus – loppuraportti. <https://www.kaypahoito.fi/wp-content/uploads/sites/15/2019/04/K%C3%A4yp%C3%A4-kuntoutus-loppuraportti-150227.pdf> [viitattu 4.5.2018]

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977.

Laki kuntouttavasta työtoiminnasta

Laki kuntouttavasta työtoiminnasta 189/2001.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812.

Laki sosiaalisista yrityksistä

Laki sosiaalisista yrityksistä 1351/2003.

Laki työttömyysturvalain muuttamisesta

Laki työttömyysturvalain muuttamisesta 906/2017.

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987.

Lehto, Markku

2011 Kaikki mukaan! Osatyökykyiset työmarkkinoilla. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011:5. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72539/URN%3ANBN%3Afi-fe201504225679.pdf?sequence=1> [viitattu 1.2.2012]

Lääkäri ja depressiopotilas

Lääkäri ja depressiopotilas. Toim. Achte, Kalle & Tamminen, Tapani. 1987. Ciba-Geigy.

Lönngqvist, Jouko

2011 Mielenterveyden kehitysnäkymiä Suomessa vuonna 2011. Kansallinen mielenterveys- ja päihdeohjelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Toim. Moring, Juha & Martins, Anne & Partanen, Airi & al. Raportti 6/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes print. Tampere. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80007/d5f4cb21-cc45-4398-9679-8207945705d7.pdf?sequence=1> [viitattu 6.6.2017]

Making Mental Health Count

2014 Making Mental Health Count. OECD Health Policy Studies. OECD. https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/making-mental-health-count_9789264208445-en#page4 [viitattu 2.2.2017]

Masto-hankkeen (2008–2011) loppuraportti

2011 Masto-hankkeen (2008–2011) loppuraportti. Masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävän hankkeen toiminta ja ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011:15. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72074/URN%3aNBN%3afe201504223227.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 2.3.2017]

Mental Health Declaration for Europe

2005 Mental Health Declaration for Europe. Facing the challenges, building solutions. WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Helsinki 12–15 January 2005. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/88595/E85445.pdf [viitattu 8.7.2017]

Mielenterveysbarometri

2015 Mielenterveysbarometri. Sakari Nurmela. TNS Gallup. Mielenterveyden keskusliitto.

Mielenterveys- ja päihdehuollon ympärivuorokautiset asumispalvelut sekä päihdehuollon laitoshoidon valtakunnallinen valvontaohjelma 2012–2014

Mielenterveys- ja päihdehuollon ympärivuorokautiset asumispalvelut sekä päihdehuollon laitoshoidon valtakunnallinen valvontaohjelma 2012–2014. Aluehallintovirasto. Valvira. http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/hyvinvointi-hakusessa/pilotit-1/lansi-lappi/liite_49_valvontaohjelma [viitattu 22.5.2017]

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma- ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015

2012 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma- ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti toteutettavat toimet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012: 24. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69912/978-952-00-3382-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 9.9.2017]

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009-työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015

2009 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009- työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/hand>

le/10024/70007/passthru.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 13.12.2016]

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin?
2015 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin? Toim. Partanen, Airi & Moring, Juha & Bergman, Viveca. Työpaperi 20/2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes print – Suomen yliopistopaino oy. Tampere.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset
2016 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset. Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:3. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74820/1004164MIELENTERVEYS__JA_P_IHDESUUNNI1487308985.pdf [viitattu 10.11.2017]

Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittäminen
2012 Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittäminen. Työryhmäraportti 31.3.2012. Ympäristöministeriön raportteja 10/2012. Ympäristöministeriö. Helsinki.

Mielenterveyslaki
Mielenterveyslaki 1116/1990.

Mielenterveyspalveluiden laatusuositus
2001 Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantar ryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69977/laatusuositus.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 2.3.2016]

Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus
2009 Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 194/2009. Edita Prima oy. Helsinki. <https://www.vtv.fi/app/uploads/2018/07/02151738/mielenterveyspalveluja-ohjaavan-lainsaadannon-toimi-194-2009.pdf> [viitattu 16.11.2016]

Mielenterveyspoliittisen neuvottelukunnan esitys hallitusohjelmaan
2014 Mielenterveyspoliittisen neuvottelukunnan esitys hallitusohjelmaan. 11/2014. <http://mtkl.fi/mielenterveyspoliittisen-neuvottelukunnan-esitys-hallitusohjelmaan-edistaminen-maksaa-itsensa-takaisin/> [viitattu 11.11.2014]

Mielenterveysstrategia
2019 Mielenterveysstrategia. Sosiaali- ja terveysministeriö. https://api.hankeikkuna.fi/asiakirjat/708ea88f-d191-4d79-8857-e4c5caca1a0df/f2a8e0d4-ec89-45c3-a7f7-e9058733dc4f/ESITYS_20190402090950.pdf [viitattu 1.4.2019]

Mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma luonnos 2019
Mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma luonnos 2019. <https://www.lausuntopalvelu.fi/FI/Proposal/Participation?proposalId=43cca9fc-28e7-4c35-9a4a-ab0c1fc28b1f> [viitattu 2.10.2019]

Mielenterveystyön komitean mietintö: osa II

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

Mielenterveyttä ja hyvinvointia koskeva eurooppalainen sopimus

2008 Mielenterveyttä ja hyvinvointia koskeva eurooppalainen sopimus. EU:n korkean tason konferenssi. Yhdessä mielenterveyden ja hyvinvoinnin puolesta. Bryssel 12.-13. kesäkuuta 2008. WHO Europe. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/mhpact_fi.pdf [viitattu 24.9.2016]

Mitä osallisuus on?

2017 Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa. Työpaperi 33/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135356/URN_ISBN_978-952-302-917-0.pdf?sequence=1 [viitattu 4.2.2018]

Muutokset aikuisten ympärivuorokautisissa mielenterveyspalveluissa HUS-alueella 2012–2014

2017 Muutokset aikuisten ympärivuorokautisissa mielenterveyspalveluissa HUS-alueella 2012–2014. Wahlbeck, Kristian & Sailas, Eila & Haaramo, Peija & al. Tieteessä. Terveydenhuolto. Lääkärilehti 22/2017 vsk 72.

Oikeus osallisuuteen ja yhdenvertaisuuteen – YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksien yleissopimuksen kansallinen toimintaohjelma 2018–2019

2018 Oikeus osallisuuteen ja yhdenvertaisuuteen – YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksien yleissopimuksen kansallinen toimintaohjelma 2018–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2/2018. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Omaistyön hyvät käytännöt mielenterveys- ja päihdetyössä

2015 Omaistyön hyvät käytännöt mielenterveys- ja päihdetyössä. Varhaistuen mallin kehittäminen omaistyössä-projektin (2010–2014) loppuraportti. Työpaperi 32/2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129590/URN_ISBN_978-952-302-580-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 12.2.2019]

Opas kokemusasiantuntijana toimimisesta

2015 Opas kokemusasiantuntijana toimimisesta. Kokemusasiantuntija hoidon ja avun kohteesta omien kokemusten jakajaksi sekä palveluiden kehittäjäksi. Hietala, Outi Hietala & Rissanen, Päivi. Kuntoutussäätiö & Mielenterveyden keskusliitto. Unigrafia oy. Helsinki.

Osatyökykyisten reitit työllisyyteen – etuudet, palvelut, tukitoimet

2018 Osatyökykyisten reitit työllisyyteen – etuudet, palvelut, tukitoimet. Selvityshenkilöiden raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 43/2018. Oivo, Tuija & Kerätär, Raija. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. <https://valtioneuvosto.fi/documents/1271139/3022628/Osatyökykyisten+reitit+työllisyys+en+%28002%29.pdf/c7c62c6e-293b-6122-5cce-83b107454e6b/Osatyökykyisten+reitit+työllisyys+en+%28002%29.pdf> [viitattu 17.11.2018]

Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa

2016 Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. Työpaperi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 35/2016. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131697/URN_ISBN_978-952-302-751-0.pdf?sequence=1 [viitattu 2.2.2017]

Paremmän palvelun avaimia

2012 Paremmän palvelun avaimia. Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpano Mielen avain -hankkeessa. Toim. Lepistö, Päivi & Kuosmanen, Lauri & Partanen, Airi & al. Raportti 64/2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes print - Suomen yliopistopaino oy. Tampere. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102981/URN_ISBN_978-952-245-754-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 21.3.2017]

Perusturvan ja toimeliaisuuden kokonaisuudistus

Perusturvan ja toimeliaisuuden kokonaisuudistus. Asettamis päätös 28.9.2017. Valtioneuvoston kanslia. <https://vnk.fi/documents/10616/3934867/Perusturvan-ja-toimeliaisuuden-kokonaisuudistus.pdf> [viitattu 3.4.2018]

Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelma 2008–2011

2012 Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelma 2008–2011. Loppuraportti. Kaakinen, Juha. Ympäristöhallinto. http://historia.asuntoensin.fi/files/2648/PAAVO_I_loppuraportti_J_Kaakinen_2012.pdf [viitattu 6.7.2017]

Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelma PAAVO II

2016 Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelma PAAVO II. Loppuraportti. Karppinen, Jari & Fredrikson, Peter. Ympäristöministeriö. http://historia.asuntoensin.fi/files/5408/Paavo_2_loppuraportti_valmis.pdf [viitattu 6.7.2017]

Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care

1991 Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care. General Assembly resolution 46/119 of 17 December 1991. Office of the Human Rights.

Psykiatrisen terveydenhuollon kehittäminen

1977 Psykiatrisen terveydenhuollon kehittäminen. Psykiatrisen terveydenhuollon kehittämisohjelma 1977–1986. Lääkintöhallituksen työryhmän mietintö. Helsinki.

Pääministeri Alexander Stubbin hallituksen ohjelma

2014 Pääministeri Alexander Stubbin hallituksen ohjelma 24.6.2014. <https://valtioneuvosto.fi/documents/10184/145135/Stubbin+hallituksen+ohjelma/fafd39bc-307c-4cde-8b4c-b97724cf24ef/Stubbin+hallituksen+ohjelma.pdf> [viitattu 7.1.2018]

Pääministeri Esko Ahon hallituksen ohjelma

1991 Pääministeri Esko Ahon hallituksen ohjelma 26.4.1991. https://valtioneuvosto.fi/hallitusohjelmat/-/asset_publisher/65-paaministeri-esko-ahon-hallituksen-ohjelma [viitattu 1.12.2016]

Pääministeri Harri Holkerin hallituksen ohjelma

1987 Pääministeri Harri Holkerin hallituksen ohjelma 30.4.1987. http://valtioneuvosto.fi/hallitusohjelmat/-/asset_publisher/64-paaministeri-harri-holkerin-hallituksen-ohjelma [viitattu 2.5.2016]

Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma

2010 Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 22.6.2010. https://vnk.fi/documents/10616/622966/H0111_P%C3%A4%C3%A4minist%20eri+Jyrki+Kataisen+hallituksen+ohjelma.pdf/a49b3eb5-9e98-44c6-bd92-bo54bea36f61?version=1.0 [viitattu 12.12.2017]

Pääministeri Kalevi Sorsan III hallituksen ohjelma

1982 Pääministeri Kalevi Sorsan III hallituksen ohjelma 19.2.1982. http://valtioneuvosto.fi/hallitusohjelmat/-/asset_publisher/62-paaministeri-kalevi-sorsan-iii-hallituksen-ohjelma?p_p_auth=ascyLWJn&redirect=http%3A%2F%2Fvaltioneuvosto.fi%2Fhallitusohjelmat%3Fp_p_auth%3DascyLWJn%26p_p_id%3D101_INSTAN-CE_PSuRAXa52Usp%26p_p_lifecycle%3Do%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-5%26p_p_col_count%3D1 [viitattu 27.9.2016]

Pääministeri Kalevi Sorsan IV hallituksen ohjelma

1983 Pääministeri Kalevi Sorsan IV hallituksen ohjelma 11.5.1983. http://valtioneuvosto.fi/hallitusohjelmat/-/asset_publisher/63-paaministeri-kalevi-sorsan-iv-hallituksen-ohjelma?p_p_auth=ascyLWJn&redirect=http%3A%2F%2Fvaltioneuvosto.fi%2Fhallitusohjelmat%3Fp_p_auth%3DascyLWJn%26p_p_id%3D101_INSTAN-CE_PSuRAXa52Usp%26p_p_lifecycle%3Do%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-5%26p_p_col_count%3D1 [viitattu 27.9.2016]

Pääministeri Mari Kiviniemen hallituksen ohjelma

2010 Pääministeri Mari Kiviniemen hallituksen ohjelma 22.6.2010. <https://valtioneuvosto.fi/documents/10184/367816/hallitusohjelma-kiviniemi.pdf/4ece08eb-c703-4bco-ac36-ab93e3a00607/hallitusohjelma-kiviniemi.pdf.pdf> [viitattu 6.6.2016]

Pääministeri Matti Vanhasen hallituksen ohjelma

2003 Pääministeri Matti Vanhasen hallituksen ohjelma 24.6.2003. <https://valtioneuvosto.fi/documents/10184/369117/hallitusohjelma-vanhanen.pdf/da627124-coee-4015-9642-197b11013c02/hallitusohjelma-vanhanen.pdf.pdf> [viitattu 5.3.2016]

Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma

2007 Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma 19.4.2007. <https://valtioneuvosto.fi/documents/10184/368562/hallitusohjelma-vanhanen-II/2a27514c-b939-4bb6-9167-ce886c358dff> [viitattu 6.6.2016]

Pääministeri Mauno Koiviston II hallituksen ohjelma

1979 Pääministeri Mauno Koiviston II hallituksen ohjelma 26.5.1979. http://valtioneuvosto.fi/hallitusohjelmat/-/asset_publisher/61-paaministeri-mauno-koiviston-ii-hallituksen-ohjelma [viitattu 27.9.2016]

Pääministeri Paavo Lipposen hallituksen ohjelma

1995 Pääministeri Paavo Lipposen hallituksen ohjelma 13.4.1995. https://valtioneuvosto.fi/hallitusohjelmat/-/asset_publisher/66-paaministeri-paavo-lipposen-hallituksen-ohjelma [viitattu 2.12.2016]

Pääministeri Paavo Lipponen II hallituksen ohjelma

1999 Pääministeri Paavo Lipponen II hallituksen ohjelma 15.4.1999.
https://valtioneuvosto.fi/hallitusohjelmat/-/asset_publisher/67-paa-ministeri-paavo-lipponen-ii-hallituksen-ohjelma [viitattu 20.12.2016]

Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma

2015 Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. Edita prima.
https://vnk.fi/documents/10616/1095776/Ratkaisujen+Suomi_FI.pdf/5f59e1a3-bfe8-47cb-a42f-6e18eep6a53a7?version=1.0 [viitattu 28.12.2017]

Rautiainen, Pauli & Lavanpuro, Juha & al.

2016 Ihmisoikeusindikaattorien käyttäminen Suomen perus- ja ihmisoi-
 keustilanteen seurantaan. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoi-
 minta. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisuja
 36/2016. <https://tietokayttoon.fi/documents/10616/2009122/Ihmisoikeusindikaattorien+k%C3%A4ytt%C3%A4minen+Suomen+perus-+ja+ihmisoikeustilanteen/c656coe5-6b2f-49ae-ae0b-86caa0d19930?version=1.0> [viitattu 20.8.2019]

Recommendation No. Rec (2004)10 of the Committee of ministers to member states concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder and it's Explanatory Memorandum

2004 Recommendation No. Rec (2004)10 of the Committee of ministers to
 member states concerning the protection of human rights and dignity
 of persons with mental disorder and it's Explanatory Memorandum.
 Council of Europe. Committee of Ministers.

Roamer – a Roadmap for Mental Health Research in Europe

Roamer – a Roadmap for Mental Health Research in Europe. http://www.roamer-mh.org/files/ROAMER%20Brochure_March%202015_FINNISH.pdf [viitattu 15.5.2018]

Selvitysasiames Tarja Filatovin raportti työministeri Lauri Ihalaiselle 2013

2013 Selvitysasiames Tarja Filatovin raportti työministeri Lauri Ihalaiselle
 2013. Selvitystyö välimarkkinoiden mahdollisuuksista tukea vaikeasti
 työllistyvien työelämään osallistumista ja työmarkkinoille pääsyä.
 TEM raportteja 7/2013. Työ- ja elinkeinoministeriö. <https://tem.fi/documents/1410877/2872337/Selvitysty%C3%B6+v%C3%A4lity%C3%B6markkinoiden+mahdollisuuksista+tukea+vaikeasti+ty%C3%B6llistyvien.25012013.pdf> [viitattu 10.10.2015]

Skitsofrenia-projekti 1981–1987

1988 Skitsofrenia-projekti 1981–1987. Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon
 ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämissuunnitelman loppuraportti.
 Lääkintöhallituksen opassarja nro 4. Lääkintöhallitus & Mielisairaa-
 lainliitto & sairaalaliitto. Helsinki.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2008–2011

2008 Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KAS-
 TE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008: 6.
 Sosiaali- ja terveysministeriö. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73921/julkaisuja_2008_6_Kaste_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 14.3.2016]

- Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015*
2012 Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Sosiaali- ja terveysministeriö. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74066/STM_2012_%20KASTE_FI_uusi.pdf [viitattu 2.1.2017]
- Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttava ja tehokas ohjaus*
2016 Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttava ja tehokas ohjaus. Selvityshenkilöraportti. Kauppila, Tarja & Tuulonen, Anja. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:5. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74756/RAP-2016-05-sos-tervhuollon-kustannusvaikuttava-ja-tehokas-ohjaus.pdf> [viitattu 12.1.2018]
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma TATO 2000–2003*
2003 Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma TATO 2000–2003. Seurantajulkaisu. Sosiaali- ja terveysministerin julkaisuja 2003:12. Sosiaali- ja terveysministeriö. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72886/TATO_2000_2003_seurantajulkaisu_fi.pdf?sequence=1 [viitattu 3.3.2017]
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma TATO 2004–2007*
2004 Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma TATO 2004–2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:20. Sosiaali- ja terveysministeriö. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72864/Sosiaali__ja_terveydenhuollon_tavoite__ja_toimintaohjelma_2004_2007_fi.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 5.5.2016]
- Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020- Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia*
2010 Sosiaalisesti kestävä Suomi. Sosiaali- ja terveyspolitiikan Strategia. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73418/URN%3ANBN%3Afi-fe201504223250.pdf?sequence> [viitattu 18.12.2017]
- STM:n tiedote 131/2018: Mielenterveysstrategia tuo jatkuvuutta pitkän aikavälin mielenterveystyöhön*
2018 STM:n tiedote 131/2018: Mielenterveysstrategia tuo jatkuvuutta pitkän aikavälin mielenterveystyöhön. 26.9.2018. https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/mielenterveysstrategia-tuo-jatkuvuutta-pitkan-aikavalin-mielenterveystyohon [viitattu 12.12.2018]
- Stop exclusion, dare to care*
2001 Stop exclusion, dare to care. World health day 2001. Mental health around the world. http://www.who.int/world-health-day/previous/2001/files/whd2001_dare_to_care_en.pdf [viitattu 10.9.2016]
- Suomen Perustuslaki*
Suomen perustuslaki 731/1999.
- Suomen ulkoasiainhallinnon ihmisoikeuspoliittinen toimintaohjelma 2013–2015*
Suomen ulkoasiainhallinnon ihmisoikeuspoliittinen toimintaohjelma 2013–2015. Liite Suomen ulkoasiainhallinnon ihmisoikeusstrategiaan. Ulkoasiainministeriö. https://um.fi/documents/35732/48132/liite__suomen_ulkoasiainhallinnon_ihmisoikeuspoliittinen_toimintaohjelma_2013_2015 [viitattu 12.6.2018]

Suomen ulkoasiainhallinnon ihmisoikeusstrategia

2013 Suomen ulkoasiainhallinnon ihmisoikeusstrategia. Ulkoasiainministeriö. 10. kesäkuuta 2013. Kopijyvä oy. Jyväskylä. https://um.fi/documents/35732/48132/suomen_ulkoasiainhallinnon_ihmisoikeusstrategia [viitattu 12.6.2018]

Suomen vammaispoliittisen ohjelman Vampo 2010–2015 loppuraportti

2016 Suomen vammaispoliittisen ohjelman Vampo 2010–2015 loppuraportti. Stina Sjöblom. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016: 14. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74810/Rap%20ja%20mui_2016-14_verkkoversio%20100316.pdf [viitattu 8.1.2018]

Taipale, Vappu

1996 Mielekäs elämä. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita. 1996:20. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Terveyden edistämisen laatusuositus

2006 Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006: 19. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. https://stm.fi/documents/1271139/1359643/terveydenlaatusuositus_1.pdf/adbcfaf5-7cad-4e36-86bc-77fac9769466/terveydenlaatusuositus_1.pdf.pdf [viitattu 5.5.2017]

Terveys 2015 – kansanterveysohjelman loppuarviointi

2016 Terveys 2015 – kansanterveysohjelman loppuarviointi. Toim. Rotko, Tuulia & Kauppinen, Tapani. Työpöytä 8/2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130313/TY%c3%962016_8_Terveys%202015_WEB_korjattu%20ja%20linkitetty_6.4.16%20%283%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 13.2.2017]

Terveys 2015-kansanterveysohjelman väliarviointi

2013 Terveys 2015-kansanterveysohjelman väliarviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:4. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74486/FINAL_Terveys%202015-kansantervohjelma_verkkoversio.pdf?sequence=1&isAllowed=y [9.10.2016]

Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa

2018 FinTerveys 2017 – tutkimus. Toim. Koponen, Päivikki & Borodulin, Katja & Lundqvist, Anna-Mari & al. Raportti 4/2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/THL_RAP_2018_04_Finterveys_verkko.pdf?sequence=6&isAllowed=y [viitattu 13.6.2018]

Terveyttä kaikille vuoteen 2000

1986 Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Suomen terveystalouden pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtion painatuskeskus. Helsinki.

The European Mental Health Action Plan

2013 The European Mental Health Action Plan. Regional Committee for Europe sixty-third session. World Health Organization. 16–19. September. 2013. Turkey.

The World Health Report 2001

2001 The World Health Report 2001. Mental Health: New understanding, new hope. World health organization. https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1 [viitattu 9.9.2016]

The Ottawa Charter for Health Promotion 1986

The Ottawa Charter for Health Promotion 1986. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index4.html> [viitattu 12.12.2017]

THL:n toimeenpanosuunnitelma kansalliseen mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan 2009–2015. Toimenpiteet 2009–2010.

THL:n toimeenpanosuunnitelma kansalliseen mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan 2009–2015. Toimenpiteet 2009–2010. Toim. Wahlbeck & Moring & Nevalainen & al. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://thl.fi/documents/10531/1449887/Toimenpiteet.pdf/488a0322258e-4382-ae9c-e5f21193a360> [viitattu 17.12.2016]

Ulkoasiainhallinnon ihmisoikeuspoliittisen toimintaohjelman (2013–2015) arviointi 2015

Ulkoasiainhallinnon ihmisoikeuspoliittisen toimintaohjelman (2013–2015) arviointi. Susan Villa. Ulkoasiainministeriö. https://um.fi/documents/35732/48132/susan_villan_erillisselvitys__ulkoasiainhallinnon_ihmisoikeuspoliittisen_toimintaohjelman__2013_2015__arviointi [viitattu 13.3.2018]

Ulkoministeriö uutiset: Valtioneuvoston ihmisoikeuslonteossa tarkastellaan myös Suomen ihmisoikeuskysymyksiä

2004 Uutiset: Valtioneuvoston ihmisoikeuslonteossa tarkastellaan myös Suomen ihmisoikeuskysymyksiä. 24.3.2004. https://um.fi/uutiset/-/asset_publisher/GRSnUwaHDPv5/content/valtioneuvoston-ihmisoikeuslonteossa-tarkastellaan-myo-suomen-ihmisoikeuskysymyksiya?curAsset=0&stId=47307 [viitattu 15.4.2018]

Unelmana oma asunto ja tukea pärjäämiseen

2014 Unelmana oma asunto ja tukea pärjäämiseen. Mielenterveyskuntoutujien asumisratkaisut ja niiden kehittäminen. Toim. Törmä & Huotari & Nieminen & al. Ympäristöministeriön raportteja 24/2014. Ympäristöministeriö. Helsinki.

Universal Declaration of Human Rights

Universal Declaration of Human Rights. <https://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/> [viitattu 20.3.2017]

User empowerment in Mental Health

2010 User empowerment in Mental Health. WHO. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/113834/E93430.pdf [viitattu 23.3.2016]

Vakaviin mielenterveyshäiriöihin sairastuneiden fyysisten terveysongelmien riskitekijät

2019 Vakaviin mielenterveyshäiriöihin sairastuneiden fyysisten terveysongelmien riskitekijät. Tutkimuksesta tiiviisti 42/2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138707/URN_ISBN_978-952-343-404-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 24.10.2019]

Valtioneuvoston asuntopoliittinen toimenpideohjelma 2012–2015

2012 Valtioneuvoston asuntopoliittinen toimenpideohjelma 2012–2015. Työryhmän ehdotus. Ympäristöministeriö. Helsinki. http://ary.fi/aineisto/ASPOL-tyoryhmaehdotus_final.pdf [viitattu 14.3.2017]

Valtioneuvoston ihmisoikeusselonteko 2014

2014 Valtioneuvoston ihmisoikeusselonteko 2014. Ulkoasiainministeriö. Grano oy. Jyväskylä.

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 kansanterveysohjelmasta

2001 Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 kansanterveysohjelmasta. Julkaisuja 2001:4. sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70092/terveys2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 20.12.2016]

Valtioneuvoston selonteko Eduskunnalle kansalaisten suoran osallistumisen kehittämisestä

2002 Valtioneuvoston selonteko Eduskunnalle kansalaisten suoran osallistumisen kehittämisestä. https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/selonteko/Documents/vns_3+2002.pdf [viitattu 2.4.2017]

Valtioneuvoston selonteko kestävän kehityksen globaalista toimintaohjelmasta Agenda 2030:sta

2017 Valtioneuvoston selonteko kestävän kehityksen globaalista toimintaohjelmasta Agenda 2030:sta. Kestävän kehityksen Suomi – pitkäjänteisesti, johdonmukaisesti ja osallistavasti. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 3/2017. Valtioneuvoston kanslia. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79854/VNK_J0317_net.pdf?sequence=1 [viitattu 1.8.2018]

Valtioneuvoston selonteko Suomen ihmisoikeuspolitiikasta 2004

2004 Valtioneuvoston selonteko Suomen ihmisoikeuspolitiikasta 2004. Edita Prima oy. Helsinki. https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/selonteko/Documents/vns_2+2004.pdf [viitattu 4.5.2018]

Valtioneuvoston selonteko Suomen ihmisoikeuspolitiikasta 2009

2009 Valtioneuvoston selonteko Suomen ihmisoikeuspolitiikasta 2009. VSN 7/2009 vp. https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/selonteko/Documents/vns_7+2009.pdf [viitattu 4.5.2011]

Vihreä kirja

2015 Vihreä kirja. Väestön mielenterveyden parantaminen. Tavoitteena Euroopan Unionin mielenterveysstrategia. Euroopan yhteisöjen komissio. Bryssel 14.10.2015. https://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_fi.pdf [viitattu 8.8.2016]

Vuorela, Mika

2008 Työtä haluaville uusia mahdollisuuksia työhön. Selvityshenkilö Mika Vuorelan selvitys. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Helsinki.

Warsell, Leena

2010 Ehkäisevä päihdetyö. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 – suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Toim. Partanen & Moring & Nordling & al. Avauksia. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 16/2010. Yliopistopaino. Helsinki.

Yhdenvertaisuuslaki

Yhdenvertaisuuslaki 1325/2014.

YK:n kestävän kehityksen agenda

YK:n kestävän kehityksen agenda. Agenda 2030 implementation in Finland. <https://kestavakehitys.fi/documents/2167391/2186383/A2030+implementation+in+Finland+ONEPAGER+13.9.2016+FINAL.pdf/62b5efbc-294e-49e3-904a-9ae546bce2cc/A2030+implementation+in+Finland+ONEPAGER+13.9.2016+FINAL.pdf.pdf> [viitattu 4.5.2017]

YK:n lapsen oikeuksien yleissopimus

YK:n lapsen oikeuksine sopimus. Suomen YK-liitto. 2011. https://www.ykliitto.fi/sites/ykliitto.fi/files/lapsen_oikeudet_paino.pdf [viitattu 4.5.2018]

YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista ja sopimuksen valinnainen pöytäkirja

YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista ja sopimuksen valinnainen pöytäkirja. Suomen YK-liitto. Sälekarin kirjapaino. Somero. 2015.

LÄHTEET

Aaltonen, Jukka

- 2007 Vaikeat mielenterveyshäiriöt yhteiskunnan kuvastajina. Mielekäs Suomi – Näkökulmia mielenterveystyöhön. Edita Prima Oy. Helsinki.

Ahola, Teija

- 2015 Terveyttä kaikille. B-mielisairaalat 1950-luvulta 1970-luvulle. Selvitystyö Ahola 2015. https://www.museovirasto.fi/uploads/Kulttuuriymparisto/Rakennettu_hyvinvointi/TEHO_B-mielisairaalat_1950-luvulta_1970-luvulle_Ahola_VALMIS_2015.pdf [viitattu 8.9.2019]

Ahonen, Karoliina

- 2017 Miksi mahdollisuuksien tasa-arvo ei riitä? – Toimintakyvyn vaade palveluissa. Suuntaaja 3/2017. Aspa. <https://www.aspa.fi/fi/suuntaaja/suuntaaja-32017-kuuluuko-asiakkaan-%C3%A4%C3%A4ni/miksi-mahdollisuuksien-tasa-arvo-ei-riit%C3%A4-%E2%80%93> [viitattu 12.12.2017]

Ahonen, Karoliina & Lampinen Pauliina

- 2017 Vammaisten nuorten siirtymävaiheet – onko Suomella varaa koulutusjärjestelmään, joka ei johda mihinkään? Puheenvuorot. Nuorisotutkimus. 4. 2017/35. vuosikerta. Nuorisotutkimusseura ry. Nuorisotutkimusverkosto. Unigrafia. Helsinki.

Alhanen, Kai

- 2007 Käytännöt ja ajattelu Michel Foucaultin ajattelussa. Gaudeamus. Helsinki.

Ala-Nikkola, Taina

- 2017 Mielenterveyspalveluiden rakenne ja siihen vaikuttavat tekijät Etelä-Suomen sairaanhoitopiirien alueella. Akateeminen väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Helsingin yliopisto. Unigrafia. Helsinki.

Alanko, Anna

- 2017 Improving Mental Health Care. Finnish Mental health policy rationale in the era of dehospitalisation. Academic dissertation. Faculty of social sciences. University of Helsinki. Unigrafia. Helsinki.

Antonovsky, Aaron

- 1996 The Salutogenic model as a Theory to guide Health promotion. Health Promotion International. Vol 1. No 1. Oxford University Press. Great Britain.

Arajärvi, Pentti

- 2017 Sosiaaliturvan perustuslaillisia näkökohtia. Sosiaaliset oikeudet – näkökulmia perustaan ja toteutumiseen. THL. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino oy. Helsinki.

Arendt, Hannah

- 2017 Vita active – ihmisenä olemisen ehdot. Tallinnan Raamatutrukikoja OU. Tallinna. Alkuperäinen: The Human Condition. 1958. The University of Chicago.

- 2016 Totalitarismin synty. Tallinnan Raamatutrukikoja. Tallinna. Alkuperäinen The Oringins of Totalitarism. 1948. Houghton Mifflin Harcourt Publishing Company.

Argumentti ja kritiikki – lukemisen, keskustelun ja vakuuttamisen taidot
Argumentti ja kritiikki – lukemisen, keskustelun ja vakuuttamisen taidot. Toim. Kaakuri-Nuutila Marja -Liisa. Gaudeamus. Tammer- Paino oy. Tampere.

Aristoteles

- 2012 Nikomakhoksen etiikka. Teokset VII. Gaudeamus. Hansaprint oy. Vantaa.
2012 Poliitiikka. Teokset VIII. Gaudeamus. Hansaprint oy. Vantaa.

Arnstein, Sherry R

- 1969 A Ladder of Citizen participation. Journal of the American Institute of Planners. Vol 35. No 4. Julio. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/16699/2/ESCALERA_ARNSTEIN_1969.pdf [viitattu 3.8.2017]

Asumispalvelujen Musta laatikko

- 2018 Asumispalvelujen Musta laatikko. <https://koneensaatio.fi/jakautuuko-suomi-osa-10-yhteiskunnan-nakymattomat-paasivat-otsikoihin/> [viitattu 1.8.2018]

Biehl, Joao

- 2005 Vita. Life in a Zone of Social Abandonment. University of California press. United States.

Björklund, Liisa

- 2008 Kannustaminen ja moraali. Kannustamisen idea suomalaisessa yhteiskuntapolitiikassa 1990-luvulta alkaen. Systemaattisen teologian laitos. Teologinen tiedekunta. Helsingin yliopisto. Nordprint. Helsinki.

Blom, Anders

- 2018 Taloudelliset eturyhmät politiikan sisäpiirissä. Tutkimus liike-elämän poliittisesta vaikuttamisesta kolmikantaisessa Suomessa 1968–2011. Turun yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Turun yliopisto. <https://apps.utu.fi/media/tiedotteet/blom-tiivistelma.pdf> [viitattu 1.2.2019]

Brunila, Kristiina

- 2009 Parasta ennen. Tasa-arvotyön projektitapaistuminen. Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 122. Helsingin yliopisto. Yliopistopaino. Helsinki.

Brunila, Kristiina & Mertanen, Katariina & Ikävalko, Elina & al.

- 2019 Nuoret ja tukijärjestelmät haavoittuvuuden eetoksessa. Kasvatus 50 (2). 107–119.

Brunila, Kristiina & Mertanen, Katariina & Tiainen, Katariina & al.

- 2018 Essay: Vulnerabilizing young people: Interrupting the ethos of vulnerability, the neoliberal rationality, and the precision education governance. Volume 43 issue 3 autumn 2018. Suomen antropologi.

- Brunila, Kristiina & Siivonen, Päivi
 2014 Preoccupied with self: towards self-responsible, enterprising, flexible and self-centered subjectivity in education. *Discourse: Studies in the Cultural Politics of Education* 37 (1).
- Charlton, James
 2000 Nothing about us without us. Disability oppression and Empowerment. University of California press. California.
- Chomsky, Noam
 2017 Requiem for the American dream: the 10 principles on concentration of wealth & power. Seven stories press. New York.
- Conrad, Peter
 2007 The Medicalization of Society – On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders. The John Hopkins University Press. Baltimore.
- Dembour, Marie- Bénédicte
 2010 What are Human Rights? Four Schools of Thought. *Human Rights Quarterly* 32 (2010) 1–20. John Hopkins University Press.
- Doyal, Len & Gough, Ian
 1991 A Theory of Human Need. The Macmillan Press LTD. Hampshire.
- Durkheim, Emile
 1973 Le Suicide – Etude de Sociologie. Presses Universitaires de France. Paris. [alkuperäinen vuodelta 1897]
- Ecclestone, Kathryn & Brunila, Kristiina
 2015 Governing emotionally-vulnerable subjects and the therapisation of social justice. *Pedagogy, Culture & Society* 23(4), 485–506.
- Ehn, Billy & Löfgren, Orvar
 2010 The Secret World of Doing Nothing. University of California press. California.
- Eräsaari, Leena
 2010 Miten tutkia laitoshoittoa? Pois laitoksista! – vammaiset ja hoivan politiikka. Gaudeamus Helsinki University press. Hakapaino. Helsinki.
- Eskola, Jarkko
 2007 Mielenterveystyö ja yhteiskunnan muutos. Mielekäs Suomi – näkökulmia mielenterveystyöhön. Edita prima oy. Helsinki.
 1991 Mielisairaalan sosiaalinen asema. Toim. Salo & Taipale. Kellokosken sairaala. Gummerus kirjapaino oy. Jyväskylä.
- Eskola, Jarkko & Taipale, Vappu
 2013 Mielen terveyden politiikka. Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Toim. Sihto, Palosuo, Topo & al. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Suomen yliopistopaino oy. Tampere.

2011 Mielenterveyspolitiikka terveystalouden keskiöön. Yhteiskuntapolitiikka 76 (2011):2. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102923/eskola.pdf?sequence=1> [viitattu 3.2.2016]

Estroff, Sue E.

1985 Making it Crazy. An Ethnography of Psychiatric Clients in an American Community. University of California Press. United States.

Foucault, Michel

1977–1978 Sécurité, Territoire, Population. Cours au Collège de France 1977–1978. Haute Etudes. Gallimard Seuil.

Freidson, Eliot

1972 Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge. Dod, Mead & Company. New York.

Gluchman, Vasil

2019 Human Dignity as the Essence of Martha Nussbaum's Ethics of Human Development. *Philosophia* 2019; 47, 1127–40.

Goffman, Erving

1963 Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity. Simon & Shuster, Inc. New York.

1961 Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. Penguin books. Great Britain.

Gullestad, Siri & Tschudi, Finn

1981 Labeling theory of mental illness: A critique illustrated by two cases. *Psychiatry and social science*. 1: 213–226. Oslo. ISSN 0333–1032.

Hallamaa, Jaana

2018 Hyvinvointiyhteiskunta moraalisenä hankkeena – Näkökulmana vastavuoroisuus. Teologinen aikakauskirja 2/2018. 123. vuosikerta. Forssa print. Forssa.

2017 Yhdessä toimimisen etiikka. Gaudeamus oy. Tallinna.

1993 Perusoikeudet yhteiskuntasopimuksena. Perusoikeudet. Teologinen aikakauskirja 3. 98. Vuosikerta. Forssan kirjapaino oy. Forssa.

Hansson, Aino – Inkeri

2002 Selvitys sosiaali- ja terveystalouden ohjauksesta ja valvonnasta. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71344/TRM200208.pdf?sequence=1> [viitattu 3.3.2017]

Harjajärvi, Minna & Pirkola, Sami & Wahlbeck, Kristian

2006 Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Acta nro 187. Kuntaliitto ja Stakes. Helsinki. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/74893/p070112120807%5b.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 8.9.2016]

Harjula, Minna

2015 Hoitopääsyn hierarkiat. Terveystalouden ja terveyspalvelut Suomessa 1900-luvulla. Tampere university press. Tampere.

Harkoma, Assi

- 2017 Perus- ja ihmisoikeustutkimuksesta Suomessa – asiantuntijoiden näkemyksiä. Ihmisoikeuskeskus. <https://ihmisoikeuskeskus-fi-bin.directo.fi/@Bin/20c2ec35ba9575dfbabbfe8457bb42e4/1538641741/application/pdf/6457286/Perus-%20ja%20ihmisoikeustutkimuksesta%20Suomesa%20IOK%20selvitys%202017.pdf> [viitattu 20.12.2017]

Hautamäki, Lotta

- 2016 Movements of Moods. Interplay Between Science, Clinical Practise, and Patient in Psychiatry. Academic Dissertation. Faculty of Social Sciences. University of Helsinki. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/160245/movement%20%282%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 5.5.2017]

Heiskanen, Marja-Liisa

- 1991 Vammaispalvelulaki ja mielisairaus. Mielisairaana sosiaalinen asema. Gummerus kirjapaino oy. Jyväskylä.

Helen, Ilpo

- 2011 Asiakaslähtöisyys eli miten mielenterveystyön ajatus epäpolitisoitui. Reformin pirstaleet – mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen. 2011. Vastapaino. Tampere.
- 2011 Asiakaskeskeisyys. Reformin pirstaleet – Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen. Vastapaino. Tampere.

Helen, Ilpo & Hämäläinen, Pertti & Metteri, Anne

- 2011 Komplekseja ja katkoksia. Reformin pirstaleet- Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen. Vastapaino. Tampere.

Helen, Ilpo & Jauho, Mikko

- 2003 Kansalaisuus ja kansanterveys. Gaudeamus. Helsinki

Helne, Tuula

- 2018 Syrjäytymisen poliittinen korrektius. Hetken Blogi 12.6.2018. <https://www.hetki.org/2018/06/12/syrjaytymisen/> [viitattu 12.9.2018]

Helsingin sanomat

- 2019 ”Vanhusten hoidosta syntynyt kohu on erinomainen asia” – Valviran ylijohtaja teki Esperin Caresta päätöksen, joka herätti poliitikot. Toim. Teemu Luukka. 9.2.2019. <https://www.hs.fi/politiikka/art-2000005995268.html> [viitattu 12.2.2019]
- 2018 Koulukotinuorten nöyryyttäminen on kuin potkisi maassa makaavaa -tätäkö on lastensuojelu Suomessa? Toim. Päivi Paulavaara. 10.9.2018 <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000005822040.html> [viitattu 13.3.2019]
- 2018 Häviääkö suomen kieli yliopistoista? Yhä useampi väitöskirja ja opinnäyte-työ tehdään englanniksi. Toim. Anna Takala. 21.8.2018. <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000005797766.html> [viitattu 22.8.2018]
- 2018 Pekka Puskan mielestä sote -uudistus on ollut valmis läpivietäväksi jo 1,5 vuotta – ”kyllä eduskunnan pitäisi tässä ajassa pystyä päätöksentekoon”. Toim. Elli-Alina Hiilamo. 30.6.2018. <https://www.hs.fi/politiikka/art-2000005738278.html> [viitattu 12.11.2018]

- 2018 Tieteellisen julkaisemisen valtakieli on englanti – tämä on jokaisen tutkijan hyväksyttävä. 1.2.2018. <https://www.hs.fi/mielipide/art-2000005547080.html> [viitattu 22.8.2018]
- 2017 Psykiatri Ilkka Taipale ei pidä siitä, että julkikkiset nyhyhkyttävät naisten lehdissä masennuksistaan- ”oikeasti mielisairaat jäävät silloin jalkoihin”. 14.12.2017. Toim. Laura Hallamaa. <https://www.hs.fi/kulttuuri/art-2000005488778.html> [viitattu 2.2.2018]
- 2012 Torniossa mielenterveyshoito toimii. 16.12.2012. Toim. Anna-Sofia Berner. <https://www.hs.fi/sunnuntai/art-2000002600206.html> [viitattu 13.4.2018]

Helsingin yliopisto

- 2016 Väärinymärretty ADHD. Yliopistolehti. Kirj. Anu Vallinkoski. 30.8.2016. <https://www.helsinki.fi/fi/uutiset/koulutus-kasvatus-ja-oppiminen/vaarinymmarretty-adhd> [viitattu 3.3.2017]

Honkala, Kaisa

- 2010 ”YK:n ihmisoikeudet vankiloihin!” – Marraskuun liikkeen suomalaisen kontrollipolitiikan kritiikki 1967–1972. Poliittisen historian pro gradu. Poliitiikan ja talouden tutkimuksen laitos. Valtiotieteellinen tiedekunta. Helsingin yliopisto. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/28033/Gradu_Honkala.pdf?sequence= [viitattu 23.4.2016]

Honkasalo, Marja-Liisa

- 2013 Sidottuja valintoja – kulttuurisia näkökulmia sairauden ja riskin tulkitaan. Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Toim. Sihto, Palosuo, Topo & al. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print-Suomen yliopistopaino oy. Tampere.

Hämeen sanomat

- 2019 Monen mieli järkkyy, mutta apua on vaikeaa saada – ”suurta osaa alihoidetaan tai ei hoideta lainkaan”. Toim. Marika Riikonen. 19.1.2019. https://www.hameensanomat.fi/kanta-hame/monen-mieli-jarkkyy-mutta-apua-on-vaikea-saada-suurta-osaa-alihoidetaan-tai-ei-hoideta-lainkaan-417971/?fbclid=IwAR2V_6o_6w27fYlk_jamMvysDx9BgDvXQdfMB-1kegl9WICJbb-zow4jcAgQ [viitattu 22.1.2019]

Hämäläinen, Pertti & Metteri, Anna

- 2011 Uusi hallinnointi ja mielenterveyspolitiikan tyhjeneminen. Reformin pirstaleet – mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen. Vastapaino. Tampere.

Hänninen, Esko

- 2015 Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien työllistyminen ja sen edistäminen. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 – miten tästä eteenpäin? Työpaperi 20/2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print- Suomen yliopistopaino oy. Tampere.

Häyry, Matti

- 2018 Sopimuksellinen oikeudenmukaisuus ja sen vaihtoehdot. Oikeudenmukaisuuden ongelma. Toim. Häyry, Matti, Takala, Tuija & Ahola-Launonen, Johanna. Gaudeamus. Printon Trukikoda. Tallinna.

Ihmisoikeustoimintaohjelmat – kokemuksia meiltä ja muualta

Ihmisoikeustoimintaohjelmat – kokemuksia meiltä ja muualta. Ihmisoikeuskeskus. Juvenes print. Tampere.

Iltalehti

- 2018 Eduskunnan mielenterveyspoliittinen neuvottelukunta: Noin puolet mielenterveyden häiriöitä kohtaavista ei saa tarvitsemaansa hoitoa Suomessa. 6.9.2018. <https://www.iltalehti.fi/kotimaa/a/201809062201183810> [viitattu 13.12.2018]
- 2016 ”Epidemia” työelämässä: ”Mielen flunssa johtoryhmien asialistalle”. 18.3.2016. <https://www.iltalehti.fi/mieli/a/2016031821290738> [viitattu 2.3.2019]

Iltasanomat

- 2018 Köyhyystutkija Maria Ohisalo: Nälkä on todellinen ruokatrendi. 25.2.2018. <https://www.is.fi/kotimaa/art-2000005576388.html> [viitattu 12.3.2019]

Isometsä, Erkki

- 2017 Vastine Järviselle. Kirjeitä ja mielipiteitä. Duodecim. 2017:133 <https://drive.google.com/file/d/oB186onMs8-hZcXN2Ymd3eHlNR3M/view>

Itsemurhien ehkäisy – globaali velvollisuus

- 2014 Itsemurhien ehkäisy – Globaali velvollisuus http://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/materials_files/who_itsemurhien_ehkaisy_globaali_velvollisuus_.pdf [viitattu 13.3.2017]

Jauho, Mikko

- 2010 Michel Foucault ja terveyden tutkimus. Yhteiskunta ja terveys. Klassisia teoreettisia näkökulmia. Gaudeamus. Helsinki.

Jokela, Teemu

- 2010 Antipsykiatria vasta-alkajille ja tärähtäneille. <http://teemujokelaehome.yolasite.com/resources/Antipsykiatria.pdf> [viitattu 23.4.2016]

Julkunen, Raija

- 2018 Oikeudenmukaisuuden tuntemukset hyvinvointivaltion muuttuessa. Oikeudenmukaisuuden ongelma. Toim. Häyry, Matti, Takala, Tuija & Ahola-Launonen, Johanna. Gaudeamus. Printon Trukikoda. Tallinna.
- 2017 Muuttuvat hyvinvointivaltiot -eurooppalaiset hyvinvointivaltiot reformoitavina. Sophi. Jyväskylän yliopisto.

Järjestöbarometri

- 2018 Rakennetaan tulevaisuuden kansalaisyhteiskunta. Soste. <https://www.soste.fi/media/jarjestobaro2018/jarjestobarometri-2018-soste-esite.pdf> [viitattu 1.9.2018]

Järventie, Irmeli

- 2010 Emile Durkheimin sosiologinen patologioteoria. Yhteiskunta ja terveys – klassisia teoreettisia näkökulmia. Gaudeamus. Helsinki.

Järvinen, Teppo

2017 Oikea vai väärä (uskoinen) keskustelija? Kirjeitä ja mielipiteitä. *Duodecim*. 2017:133. <https://drive.google.com/file/d/oB186onMs8-hZcXN2Ym-d3eHlNR3M/view>

Kairi, Tea & Nummelin, Tuija & Teittinen, Antti

2010 Työtoiminnan käytäntö ja kokemus. Kriittisiä arvioita kehitysvammaisille ja mielenterveyskuntoutujille järjestettävästä työtoiminnasta. Kehitysvammaliiton selvityksiä 6. Kehitysvammaliitto. Helsinki.

Kaisto, Jani & Pyykkönen, Miikka

2010 Johdanto – hallinnan analytiikan suuntaviivoja. Hallintavalta – sosiaalisen, politiikan ja talouden kysymyksiä. Toim. Kaisto & Pyykkönen. Gaudeamus. Helsinki university press. Tallinna raamatutrukikoda.

Kalemaa, Kalevi

1996 Varjosta valoon. Erilaisuuden eristämisestä vapaaseen kansalaistoimintaan. Mielenterveyden keskusliitto 25 vuotta. Mielenterveyden keskusliitto ry. Vantaa.

Karjalainen, Jouko & Nordling, Esa

2015 Asumisen oikeus ja tuen tarve. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 – miten tästä eteenpäin? Työpöytäpaperi 20/2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print- Suomen yliopistopaino oy. Tampere.

Kauppalehti

2018 Uusi tekoäly tunnistaa työkyvyttömyyden kaksi vuotta ennen eläkkeelle joutumista- aineistona puolen miljoonan suomalaisen tiedot. 28.7.2018. <https://www.kauppalehti.fi/uutiset/uusi-tekoaly-tunnistaa-tyokyvyttömyyden-kaksi-vuotta-ennen-elakkeelle-joutumista-aineistona-puolen-miljoonan-suomalaisen-tiedot/e7f67f9b-fcd4-3795-a335-ba05e45b0c3a> [viitattu 13.8.2018]

Kekki, Eerika

2011 Kolmatta linjaa etsimässä – uusvasemmisto 1960-luvun keskusteluissa. Suomen historian pro gradu. Historian oppiaineryhmä. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto. http://publications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110025/urn_nbn_fi_uef-20110025.pdf [viitattu 24.4.2016]

Kerätär, Raija

2016 Kun katsoo kauempaa, näkee enemmän. Monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi pitkäaikaistyöttömillä. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulun yliopisto. Juvenes print. Tampere. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526210865.pdf> [viitattu 12.2.2017]

Kivimäki, Ville

2013 Murtuneet miehet. Taistelu suomalaissotilaiden hermoista 1939–1945. Werner Söderström oy. Helsinki.

Klein, Naomi

2008 The Shock Doctrine. Clays Ltd. Great Britain.

Lankinen, Sakari

2006 Mielenterveys- ja päihdehankkeiden kevätseminaari Pe 24.3 2006 – seudullisten hankkeiden arviointi. http://www.epshp.fi/files/5568/Seudullisten_hankkeiden_arviointi.pdf [viitattu 14.3.2017]

Lapsiasiainvaltuutetun kertomus eduskunnalle

2018 Lapsiasiainvaltuutetun kertomus eduskunnalle.

Launis, Veikko

2018 Ihmisarvo. Vastapaino. Tampere.

Lehtinen, Ville & Alanen, Yrjö & Anttinen Erik & al.

1989 Sosiaalipsykiatria. Toim. Lehtinen Ville, Alanen Yrjö, Anttinen Erik, Eerola Kaija, Lönnqvist Jouko, Pylkkänen Kari sekä Taipale Vappu. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Lehto, Juhani

2010 Karl Marx kapitalismin ja terveyden suhteiden teoreetikkona. Yhteiskunta ja terveys – klassisia teoreettisia näkökulmia. Gaudeamus. Helsinki.

Leppälä, Heli

2014 Vammaisuus hyvinvointivaltiossa. Invalideiksi, vajaamielisiksi tai kehitysvammaisiksi määriteltyjen kansalaisasema suomalaisessa vammaispolitiikassa 1940-luvun taitteesta vuoteen 1987. Akateeminen väitöskirja. Poliitikan tutkimuksen laitos. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Turun yliopisto. Painosalama oy. Turku.

Louhiala, Pekka

2019 Mitä diagnoosit ovat ja mitä väliä sillä on? Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. 2019;135 (15):1355–9. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2019/15/duo15046> [viitattu 10.9.2019]

Lund, Pekka

2015 Järjestöjen asema ja merkitys sosiaali- ja terveydenhuollon kentässä. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 – miten tästä eteenpäin? Työpaperi 20/2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print- Suomen yliopistopaino oy. Tampere.

Lääkärilehti

2019 Mitä mielenterveysstrategia muuttaa? Toim. Hertta Vierula. 8.2.2019. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/mita-mielenterveysstrategia-muuttaa/?public=720cb0930c3239ab7663270fdc235404> [viitattu 10.2.2019]

2018 Mielenterveyden häiriöt vievät yhä useamman nuoren työkyvyn. 3.10.2018. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/mielenterveyden-hairiot-vievat-yha-useamman-nuoren-tyokyvyn/> [viitattu 5.9.2018]

2018 Kokemusasiantuntijat tulivat sairaaloihin. 27.4.2018. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/kokemus-asiantuntijat-tulivat-sairaaloihin/> [viitattu 1.5.2018]

2008 Mielenterveyspotilaan fyysinen sairaus jää usein hoitamatta. 6.2.2008. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/mielenterveyspotilaan-fyysinen-sairaus-jaa-usein-hoitamatta/> [viitattu 2.3.3028]

Lääkäriliitto

- 2019 Lääkäriliitto antaa julkisen varoituksen epäkollegiaalisesta käytöksestä. 8.3.2019. Kirj. Heikki Pälve. <https://www.laakariliitto.fi/uutiset/blogi/laakariliitto-antaa-julkisen-varoituksen-epakollegiaalisesta-kaytoksesta/> [viitattu 15.3.2019]

Making Mental Health Count

- 2014 Making Mental Health count: <http://www.oecd.org/publications/making-mental-health-count-9789264208445-en.htm> [viitattu 5.10.2018]

Marttunen, Mauri & Haravuori, Hanna

- 2015 Nuorison tilanne – miksi nuoret syrjäytyvät vai syrjäytyvätkö? Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 – miten tästä eteenpäin? Työpäperi 20/2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print - Suomen yliopis-topaino oy. Tampere.

Mattila, Markku

- 2003 Rotuhygieniä ja kansalaisuus. Kansalaisuus ja kansanterveys. Toim. Helen & Jauho. Gaudeamus. Helsinki.

Melke, Anna

- 2010 Mental health policy and the welfare state. A study on how Sweden, France and England have addressed a target group at the margins. Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in Public Administration. School of Public Administration. University of Gothenburg. Intellect Infolog AB. Gothenburg.

Meriluoto, Taina

- 2018 Making Experts-by- Experience. Governmental Ethnography of Participatory Initiatives in Finnish Social Welfare Organizations. JYU Dissertations 38. Faculty of Humanities and Social Sciences. University of Jyväskylä. https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/60096/978-951-39-7603-3_vaitos24112018.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 21.11.2018]

Metteri, Anna

- 2012 Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö. Akateeminen väitöskirja. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto. Tampere university press. Tampere.

Mielenterveyden keskusliitto

- 2014 ”Jokainen meistä on oikeutettu mielen hyvinvointiin”. Jokainen meistä – mielenterveyden keskusliiton strategia 18.5.2014. http://mtkl.fi/wp-content/uploads/2014/04/MTKL-strategia-2014_nettiin.pdf. [viitattu 20.9.2018]

Mielenterveyspoliittisen neuvottelukunnan esitys hallitusohjelmaan

Mielenterveyspoliittisen neuvottelukunnan esitys hallitusohjelmaan 11/2014.

Mikkola, Matti

- 2017 Euroopan sosiaaliset ihmisoikeudet ja Suomi. Sosiaaliset oikeudet – näkökulmia perustaan ja toteutumiseen. THL. Juvenes Print – Suomen Yliopis-topaino oy. Helsinki.

Mäkelä, Jari

2008 Hourinhoitoasetuksesta mielenterveyslakiin – mielisairaanhoidon ja erityisesti tahdosta riippumattoman hoidon lainsäädännön muutokset vuosina 1840–1991. Suomen historian pro gradu-tutkielma. Joensuun yliopisto. http://epublications.uef.fi/pub/URN_NBN_fi_joy-20080030/URN_NBN_fi_joy-20080030.pdf [viitattu 2.4.2017]

Nash, Kate

2009 Between Citizenship and Human rights. *Sociology*. Vol. 43 (6): 1067–1083.

Niemi, Petteri

2008 Priorisoinnin eettisestä perustasta sosiaalialalla. Sosiaalialan normatiivinen perusta. Toim. Petteri Niemi & Tuija Kotiranta. Gaudeamus Helsinki University press/Palmenia. Helsinki.

Nieminen, Liisa

2015 Terveys ihmisoikeuskysymyksenä. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja, E-sara No:28. Suomen lakimiesyhdistys. Hansaprint oy. Vantaa.

Nordling, Esa

2010 Edistävä ja ehkäisevä mielenterveystyö. Mielenterveyden edistäminen sekä ehkäisevä mielenterveys- ja päihdetyö. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. toim. Partanen & Moring & Nordling & al. Avauksia. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 16/2010. Yliopistopaino. Helsinki. 2010.

Nordling, Esa & Järvinen, Matti & Lähteenmäki, Yrjö

2015 Toipumisorientaatio hoidon ja kuntoutuksen viitekehyksenä. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin? Toim. Partanen, Moring, Bergman & al. Työpaperi 20/2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print- Suomen yliopistopaino oy. Tampere.

Nussbaum, Martha C.

2011 Creating Capabilities. The Human Development Approach. The Belknap Press of Harvard University Press. England.

Nygård, Toivo & Tuunainen, Kari

1996 Avun kohteesta itsensä auttajaksi: katsaus Suomen vammaishistoriaan. Vammaisuus ja yhteiskunta – projekti. Atena. Jyväskylä.

Nykänen, Eeva & Kalliomaa-Puha, Laura

2017 Johdanto sosiaalisista oikeuksista. Sosiaaliset oikeudet – näkökulmia perustaan ja toteutumiseen. THL. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino oy. Helsinki.

OECD

Finland's falling mental health spending and high suicide rates concerning, says OECD. <http://www.oecd.org/els/health-systems/MMHC-Country-Press-Note-Finland.pdf> [viitattu 25.11.2018]

Oliver, Michael

1996 Understanding Disability – from Theory to Practice. St. Martin's Press. New York.

Onko strategioista tullut tragedioita?

- 2018 Onko strategioista tullut tragedioita? Lapsiperheet ja lapset kuntien strategiatyössä. Rimpelä, Matti & Rimpelä Markku & Heinisuo, Juuso. Kalevi Sorsa Säätiö. Copy-set oy. Helsinki. <http://sorsafoundation.fi/wp-content/uploads/2018/10/Onko-strategioista-tullut-tragedioita.pdf> [viitattu 24.11.2018]

Paakkonen, Tarja

- 2012 Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujärjestelmä vaikeahoitoisuuden näkökulmasta. Dissertations in Social Sciences and Business Studies No 36. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto ja Niuvanniemen sairaala. Kopijyvä. Kuopio.

Paanetoja, Jaana

- 2013 Työsuhteista työtä vai työtoimintaa? Tutkimus vajaakuntoisen tekemän työn oikeudellisesta luonteesta. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisu- ja Nordprint. Helsinki.

Paasio, Petteri

- 2014 Näyttöön perustuva sosiaalityön käytäntö – järjestelmällinen katsaus vuosina 2010–2012 julkaistuista tutkimuksista. ammatillinen lisensiaatin tutkimus. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Jyväskylän yliopisto. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/44412/URN%3aNB%3afi%3ajyu-201410142983.pdf?sequence=1>

Palkkatyössä kolmannella sektorilla

- 2013 Palkkatyössä kolmannella sektorilla. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys 20/2013. Toim. Ruuskanen, Petri & Selander, Kirsikka & Anttila, Timo. Työ- ja elinkeinoministeriö. <https://tem.fi/documents/1410877/2864661/Palkkaty%C3%B6ss%C3%A4+kolmannella+sektorilla+27062013.pdf> [viitattu 13.11.2016]

Palosuo, Helena & Lahelma, Eero

- 2013 Terveiden sosiaaliset määrittäjät. Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Toim. Sihto, Palosuo, Topo & al. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print- Suomen yliopistopaino oy. Tampere.

Parsons, Talcott

- 1964 Social Structure and Personality. The Free Press of Glencoe. United States of America.
1951 The Social System. The Free Press of Glencoe. United States of America.

Pietikäinen, Pentti

- 2013 Hulluuden historia. Gaudeamus. Tallinna.

Piketty, Thomas

- 2016 Pääoma 2000-luvulla. Intokustannus. Dardedze holografija. Riika. (Alkuperäinen Editions du Seuil. 2013.)

Pollit, Christopher

- 2003 The Essential Public Manager. Open university press. Maidenhead. Philadelphia.

Pulkkinen, Mari

2016 Salattu, suoritettu, sanaton suru: läheisen menettäminen kokonaisvaltaise-
na kokemuksena. Väitöskirja. Humanistinen tiedekunta. Helsingin yliopis-
to. Unigrafia. Helsinki.

Pulkkinen, Tuija

2003 Postmoderni politiikan filosofia. Tammer-paino oy. Tampere.

Rantalaiho, Liisa

2010 Erving Goffman – Terveiden ja sairauden dramaturgia. Yhteiskunta ja
terveys – klassisia teoreettisia näkökulmia. Gaudeamus. Helsinki.

Raivio, Kari

2017 Oikea vai väärä profeetta? Kolumni. Duodecim. 2017:133. <https://drive.google.com/file/d/oB186onMs8-hZcXN2Ymd3eHINR3M/view>

Rantala, Kati & Sulkunen, Pekka (toim.)

2007 Projektiyhteiskunnan kääntöpuolia. Gaudeamus.

Rauhala, Pirkko-Liisa

2001 Kunnallisen sosiaalitoimen ja valtion suhde Suomessa: valtakamppailuja,
jännitteitä ja vuorovaikutusta. Yhteiskuntapolitiikka. 66 (2001):4.

Rauhala, Pirkko-Liisa & Simpura, Jussi & Uusitalo, Hannu

2000 Hyvinvoinnin tutkimusperinteet, hyvinvointipolitiikka ja 1990-luvun uu-
det avaukset. Yhteiskuntapolitiikka 65 (2000):3. <http://www.stakes.fi/yp/2000/3/003rauhala.pdf> [viitattu 12.12.2016]

Rautiainen, Pauli

2017 Sosiaaliset oikeudet ihmisoikeuksina. Sosiaaliset oikeudet – näkökulmia
perustaan ja toteutumiseen. THL. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino
oy. Helsinki.

Rawls, John

1972 A Theory of Justice. Oxford University press.

Reini, Kaarina

2016 Mielenterveyden edistämisen taloudelliset vaikutukset. Nuorten miesten
syrjäytymistä ehkäisevän Aikalisä- tukipalvelun arviointi. Vaasan yliopiston
julkaisuja. Selvityksiä ja raportteja 208. Vaasan yliopisto.

Riska, Elianne

2010 Peter Conrad; Medikalisaatio. Yhteiskunta ja terveys – klassisia teoreettisia
näkökulmia. Gaudeamus. Helsinki.

Rissanen, Päivi

2015 Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta.
Kuntoutussäätiön tutkimuksia 88/2015. Unigrafia. Helsinki.

Rose, Nikolas

2007 The Politics of Life Itself – Biomedicine, Power, and Subjectivity, in the
Twenty-First Century. Princeton University Press. New Jersey.

Rosenhan, L. David

1973 On Being Sane in Insane Places. Science. Vol. 179. http://isites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic625827.files/On_Being_Sane_In_Insane_Places-1.pdf [viitattu 20.9.2016]

Ruohonen, Marita

2003 Järjestöt vapaaehtoistoiminnan areenoina ja mahdollistajina. Hyvinvoinnin arjen asiantuntijat – sosiaali- ja terveysjärjestöt uudella vuosituhanalla. Toim. Niemelä, Jorma & Dufva, Virpi. Ps-kustannus. Juva.

Saari, Juho

2015 Huono-osaiset. Elämän edellytykset yhteiskunnan pohjalla. Gaudeamus. Printon Trukikoda. Tallinna.

Saarinen, Arttu

2013 Eduskuntapuolueiden terveyspoliittiset linjaukset 2000-luvulla. Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Toimi. Sihto, Palosuo, Topo & al. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes print – Suomen yliopistopaino oy. Tampere.

Saarni, Samuli

2008 Health-Related Quality of Life and Mental Disorders in Finland. academic Dissertation. Faculty of Medicine. Publications of The National Public Health Institute. 9/2008. Department of Psychiatry. University of Helsinki. Yliopistopaino. Helsinki

Salo, Markku

2019 Hullut mielenterveysmarkkinat: Kuinka korjata kurjistuneet mielenterveyspalvelut? Vastapaino. Tampere.

2011 Mielenterveyskuntoutujien yhteiskunnallisen aseman muutokset ja demokraattisen mielenterveyspolitiikan haasteet. Reformin sirpaleet – mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen. Vastapaino. Tampere.

2011 Mielenterveyskuntoutujien yhteiskunnallinen asema. Reformin pirstaleet – mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen. Vastapaino. Tampere.

Salo, Markku & Kallinen, Mari

2007 Yhteisasumisesta yhteiskuntaan? Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden tila ja tulevaisuus. Mielenterveyden keskusliitto. Kehitys oy. Pori.

Salonen, Laura

2016 Sairauspäivähistoria ja työkyvyttömyyseläkkeelle jääminen – tarkastelussa sosioekonomiset erot. Pro gradu-tutkielma. Sosiologia. Turun yliopisto. https://www.yhteiskunta-ala.fi/site/assets/files/3198/gradu_salonen.pdf [viitattu 5.4.2017]

Sandberg, Otso

2015 Hallittu syrjäytyminen – miten syrjäytymisestä muodostui lähes jokaiseen meistä ulottuva riski? Akateeminen väitöskirja. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto. Suomen yliopistopaino oy- Juvenes Print. Tampere.

Scheff, J. Thomas

1966 Being Mentally Ill: A Sociological theory. Aldline publishing company. Chicago.

Seikkula, Jaakko & Alakare, Birgitta

2004 Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. Katsaus. *Duodecim* 2004; 120: 289–296. <https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo94071.pdf> [viitattu 6.6.2017]

Sihto, Marita

2013 Terveyspolitiikka, kansanterveys ja terveyden edistäminen – käsitteitä ja kehityskulkuja. Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Toim. Sihto, Palo-suo, Topo & al. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print- Suomen yliopistopaino oy. Tampere.

Sosiaaliepideemiologia

2011 Sosiaaliepideemiologia – Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. Toim. Laaksonen, Mikko & Silventoinen, Karri. Gaudeamus. Tallinna.

Sosiaali- ja terveysministeriö

2018 Tiedote 145/2018: Itsemääräämisoikeutta vahvistavan lakikokonaisuuden valmistelu jatkuu - asiakas- ja potilaslaki ei ehdi eduskuntaan tällä hallituskaudella. 11.10.2018. https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/itsemaaraamisoikeutta-vahvistavan-lakikokonaisuuden-valmistelu-jatkuu-asiakas-ja-potilaslaki-ei-ehdi-eduskuntaan-talla-hallituskaudella [viitattu 12.10.2018]

Stenlund, Mari

2014 Freedom of delusion- Interdisciplinary views concerning freedom of belief and opinion meet the individual with psychosis. Academic dissertation. Faculty of Theology. University of Helsinki.

Suomen mielenterveysseura

2018 Hallitusohjelmataavoitteet: 10 toimenpidettä mielenterveyden edistämiseksi vaalikaudella 2019–2023. https://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/inline/mielenterveysseuran_hallitusohjelmataavoitteet_2019-2023.pdf [viitattu 3.3.2019]
Suomalaisten mielenterveys ei ole kohentunut fyysisen terveyden tahtiin. <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/yhteiskunta/suomalaisten-mielen-terveys-ei-ole-kohentunut-fyysisen-terveyden-tahtiin> [viitattu 12.12.2018]

Suvisaari, Jaana

2015 Millaiselta mielenterveys- ja päihdeongelmakenttä näyttää vuonna 2015? Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 – miten tästä eteenpäin? Työpäperi 20/2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print- Suomen yliopistopaino oy. Tampere.

Taipale, Ilkka

2017 Mielisairaalassa – Lääkärin muistelmät. Into kustannus. Dardedze holografija. Riika.
1997 Mielen sairaut samalle viivalle- vammaisuuksien soveltaminen. Mielen-terveyden keskusliitto. Vantaa.
1991 Ei-mielisairaat mielisairaloissa. Mielisairaalan sosiaalinen asema. Gumme-rus kirjapaino oy. Jyväskylä.

Tautiluokitus ICD-10

- 2011 Tautiluokitus ICD-10. Suomalainen 3. uudistettu painos Maailman terveysjärjestön (WHO) luokituksesta ICD-10. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 5. <https://thl.fi/documents/10531/1449887/ICD-10.pdf/8091c7cc-fda6-4e86-8ef9-7790d8d6a1a2> [viitattu 20.6.2018]

Tehylehti

- 2018 Mielenterveyden häiriötä sairastava on harvoin väkivaltainen. Kirj. Jan Holmberg. 27.10.2018. <https://www.tehylehti.fi/fi/blogit/mainio/mielenterveyden-hairiota-sairastava-harvoin-vakivaltainen> [viitattu 12.12.2018]

Teittinen, Antti & Kuusterä, Kirsti

- 2010 Angloamerikkalaisen deinstitutionalisaatio-tutkimuksen aiheista. Pois laitoksista! – vammaiset ja hoivan politiikka. Gaudeamus Helsinki University Press. Hakapaino. Helsinki.

Tekniikka ja talous

- 2017 Tutkijat: Yksinäisyys suurempi terveysriski kuin ylipaino – ”vaikutus on verrattavissa tupakoinnin lopettamiseen”. Toim. Miina Rautiainen. 7.8.2017. <https://www.tekniikkatalous.fi/tiede/laaketiede/tutkijat-yksinaisyys-suurempi-terveysriski-kuin-ylipaino-vaikutus-on-verrattavissa-tupakoinnin-lopettamiseen-6667195> [viitattu 23.5.2018]

The Guardian

- 2019 Scientists are working on a pill for loneliness. Toim. Laura Entis. 26.1.2019. <https://www.theguardian.com/us-news/2019/jan/26/pill-for-loneliness-psychology-science-medicine> [viitattu 3.3.2019]

The New Blackwell Companion to Medical Sociology

- 2010 The New Blackwell Companion to Medical Sociology. Edited by Cockerham, William. Blackwell publishing ltd. United Kingdom.

The New Public Governance.

- 2010 The New Public Governance. Edited by Osborn Stephen. Milton Park. Routledge.

Tiihonen, Seppo

- 2006 Ministeriön johtaminen – poliittisen ja ammatillisen osaamisen liitto. Tampere University press. Tampere.

Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut

- 2018 Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Toim. Wahlbeck, Hietala, Kuosmanen & al. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2017. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta. 2018. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160554/89-2017-YhdessaMielin_valmis.pdf [viitattu 5.4.2018]

Toiviainen, Hanna

- 2013 Potilasjärjestöjen muuttuva rooli. Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Toim. Sihto, Palosuo, Topo & al. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print-suomen yliopistopaino oy. Tampere.

- 2007 Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Helsingin yliopisto. Tutkimuksia 160. Stakes. Gummerus kirjapaino oy. Vaajakoski.
- 2005 Potilasjärjestöt. Avustustoiminnan raportteja 15. RAY. Helsinki.

Tolonen, Leena

- 2011 Psykiatrinen pakkohoito ihmisoikeuskysymyksenä – potilaiden asema ja valvontaelinten työ oikeusturvan toteuttajana. Oikeustieteen maisterin koulutusohjelman lopputyö. Hallinto-oikeus. Lapin yliopisto.

Valkama, Katja

- 2012 Asiakkuuden dilemma. Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen. Väitöskirja. Acta Wasaensia No 267. Sosiaali- ja terveystieteiden tiedekunta. Uudenmaan yliopisto. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-412-4.pdf [viitattu 2.8.2017]

Vamlas

- 2018 ”Kohtuulliset mukautukset yhdenvertaisuuden edistäjinä”. Blogi. Kirj. Tiina Jaakola. 28.3.2018.

Vaskilampi, Tuula

- 2010 Talcott Parsons ja sairaan rooli. Yhteiskunta ja terveys – klassisia teoreettisia näkökulmia. Gaudeamus. Helsinki.

Vehmas, Simo

- 2018 Vammaisuuden luokittelu, sosiaaliset haitat ja yhteiskunnallinen oikeudenmukaisuus. Oikeudenmukaisuuden ongelma. Toim. Häyry, Matti, Takala, Tuija & Ahola-Launonen, Johanna. Gaudeamus. Printon Trukikoda. Tallinna.
- 2005 Vammaisuus – johdatus historiaan, teoriaan ja etiikkaan. Gaudeamus. Helsinki.

Vesa, Juho & Kantola, Anu

- 2016 Kuka pääsee mukaan? Miten järjestöjen ääni kuuluu lakien valmistelussa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 59/2016. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79823/Kuka%20op%C3%A4%C3%A4see%20mukaan.pdf> [viitattu 7.2.2017]

Vesänen, Pirjo

- 1991 Vammaispalvelulaki mielenterveyspotilaiden kannalta. Mielisairaalan sosiaalinen asema. Gummerus kirjapaino oy. Jyväskylä.

Vuorinen, Heikki

- 2002 Tautien historia. Vastapaino. Tampere.

Wahlbeck, Kristian

- 2007 Mielenterveyspalvelut. http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/Palvelukatsaus_2007_Wahlbeck.pdf [viitattu 12.12.2016]

Warsell, Leena

- 2010 Ehkäisevä päihdetyö. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 – suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Toim. Partanen & Moring & Nordling & al. Avauksia. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 16/2010. Yliopistopaino. Helsinki. 2010.

World Happiness Report

- 2018 World Happiness Report. https://s3.amazonaws.com/happiness-report/2018/WHR_web.pdf [viitattu 24.9.2018]

World needs revolution in mental health care – UN rights expert

- World needs revolution in mental health care – UN rights expert <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=21689> [viitattu 2.2.2019] <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=21689>

Wright, Katya

- 2008 Theorizing therapeutic culture: Past influences, future directions. *Journal of Sociology*, 44, 321–336

Yle

- 2019 Esperin asumisyksikkö mielenterveyskuntoutujille suljetaan Espoossa – yhtenä syynä jälleen henkilöstömitoitusten rikkominen. 4.3.2019. <https://yle.fi/uutiset/3-10671159> [viitattu 13.3.2019]
- 2019 Hoitajat ja omaiset tekivät sata uutta valitusta, ja Valviran mukaan hoivakoteja saatetaan vielä sulkea – Näin hoivakriisi on edennyt. 16.2.2019. <https://yle.fi/uutiset/3-10649175> [viitattu 22.3.2019]
- 2019 Äidit suunnittelivat vammaisille lapsilleen unelmien hoitokodin, mutta sen jälkeen kaikki meni pieleen – jo 9 perhettä ottanut lapsensa pois. 7.2.2019. <https://yle.fi/uutiset/3-10633501> [viitattu 13.3.2019]
- 2017 Analyysi: Työttömän kansalaisaloitteesta on tullut eri tahojen oppositio-politiikan työkalu. 29.12.2017. <https://yle.fi/uutiset/3-9999670> [viitattu 12.12.2018]
- 2016 Masentunut saattaa jäädä ilman henkivakuutusta tai asuntolainaa. Toim. Meeri Niinistö. 17.9.2016. <https://yle.fi/uutiset/3-9082776> [viitattu 2.3.2018]
- 2015 Väitöstutkija: ”Työ tai koulu ei pelasta ketään”. 20.2.2015. https://yle.fi/uutiset/3-7817024?utm_source=twitter-share&utm_medium=social [viitattu 12.3.2019]
- 2011 Kaiken takana onkin trauma? 18.10.2011. Toim. Mira Pelo. <https://yle.fi/aihe/artikkeli/2011/10/18/kaiken-takana-onkin-trauma> [viitattu 5.9.2017]

Yle dokumentit

- 2016 Onnellisuuden etsiminen voi olla painajainen. 25.1.2016. <https://yle.fi/aihe/artikkeli/2016/01/25/onnellisuuden-etsiminen-voi-olla-painajainen> [viitattu 12.2.2017]

Yliaska, Ville

- 2016 Tehokkuuden toiveuni – uuden julkisjohtamisen historia Suomessa 1970-luvulta 1990-luvulle. Into kustannus. Helsinki.

Zola, Irving

1972 Medicine as an Institution of Social Control. *The Sociological Review* 20, 487–504. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x/pdf> [viitattu 22.9.2016]

2018 State of Civil Society report

2018 2018 State of Civil Society report <https://www.civicus.org/index.php/state-of-civilsociety-report-2018> [viitattu 20.9.2018]