



Niuvanniemen erityisrootit

Kaija Vuorio

KOLMESTI MUUTTUNUT TEHTÄVÄ

Niuvanniemen sairaala on 125-vuotisen historiansa aikana kokenut kolme suurta tehtävän ja roolin muutosta. Pitkälle 1950-luvulle saakka Niuvanniemi oli lähinnä yleispsykiatrisen sairaala, joskin sille valtion ylläpitämänä sairaalana kuului vastuu oikeuspsykiatrista potilaista ja mielentilatutkimuksista sekä muitakin valtiolle kuuluvia tehtäviä kuten hoitovastuu kotikuntaa vailla olleista. Tuolloin päävastuuna oli kuitenkin vastata itäisen Suomen akuuttipsykiatrisesta hoidosta.

Kokonaan uusi vaihe Niuvanniemessä alkoi 1950-luvulla, kun mielisairaanhoito järjestettiin kuntien vastuulle. Valtiolle jäi vain muutamia erityistehtävistä vastanneita sairaaloita. Niuvanniemeen ryhdyttiin keskittämään valtakunnallisesti ns. kriminaalipotilaat eli oikeudessa mielisairauden takia tuomitsematta jätetyt ja hoitoon määrätyt potilaat. Niuvanniemi sai suljetun laitoksen maineensa, sillä kriminaalipotilaat ovat aina olleet tahdostaan riippumattomassa hoidossa.

Kolmas vaihe alkoi vuonna 1989 maksujärjestelmän uudistuksesta ja 1990-luvun alussa toteutetusta psykiatrisen hoitojärjestelmän integroinnista somaattiseen hoitojärjestelmään sairaanhoitopiirin alaisuuteen. Siihen saakka valtio maksoi kriminaalipotilaiden hoidon, mutta maksajina olivat sairaanhoitopiirit. Niuvanniemessä hoidettiin edelleen psykiatrisesti vaikeimmat oikeuspsykiatriset potilaat.

Sairaanhoitopiirit karsivat kuitenkin voimallisesti omia psykiatrisia sairaansijojaan, jolloin vaarallisia ja vaikeahoitaisia potilaita ryhdyttiin keskittämään Niuvanniemeen. Niinpä sairaalan luonne muuttui tyystin. Pitkäaikaishoidossa olleiden usein varsin rauhallisten kriminaalipotilaiden tilalle ja rinnalle tulivat koko maan vaikeimmin oireilevat potilaat. Pitkäaikaishoito alkoi samalla muuttua erikoissairaanhoidoksi, niin että pitkistä hoitoajoista huolimatta perustavoite oli potilaiden kuntouttaminen ja palauttaminen takaisin jatkohoitoon kunnallisen sektorin hoitopaikkoihin tai yhteiskuntaan. Lääkehoidon kehitys ja terapiahoidon koko paletti ovat tehneet sen mahdolliseksi.

Niuvanniemessä potilaita on hoidettu kulloinkin voimassa olleiden lakien ja asetusten edellyttämällä tavalla ja oman aikansa parhaan psykiatrisen tietämyksen varassa. Lainsäädäntö ja tieteenalan kehitys eivät kuitenkaan ole muusta yhteiskunnasta irrallisina leijuvia ilmiöitä, vaan pohjimmiltaan kytköksissä aikakautensa ihmiskuvaan ja käsityksiin ihmisestä. Niinpä maan vaikeimpien psykiatristen potilaiden hoito ja potilaiden oikeuksien kehitys on samalla heijastanut yhteiskunnallista arvopohjaa.

Hoitojärjestelmän sisällä kriminaalipotilaat olivat pitkään alinta kastia, joiden oikeus hoitoon ja sitä kautta sairaalan asianmukainen resursointi tunnustettiin aivan viimeisenä. Niuvanniemen taistelua

olemassaolonsa ja tehtävänsä puolesta voi siten tarkastella myös ihmisoikeuksien toteutumisen näkökulmasta.

Historiantutkijan tehtävin kuuluu jaksottaa menneisyyden ilmiötä valitsemastaan näkökulmasta. Tosin jaksotuksia ja näkökulmia on vain historiankirjoissa, sillä todellisuus on päättymätöntä prosessia. Silti on perusteltua todeta potilaan oikeuksien näkökulmasta, että 1950- ja 1960-luvuilla eli johtavan lääkärin Gunnar Lindqvistin kaudella ponnisteltiin aineellisten ja henkisten resurssien saamiseksi sekä potilaiden kansalaisoikeuksien ja sosiaalisen aseman puolesta.

Professori Panu Hakola avasi 1970- ja 1980-luvulla siihen saakka umpihangessa olleen oikeuspsykiatrisen opetuksen ja tutkimuksen tien, niin että oikeuspsykiatristen potilaiden hoitoa alettiin pitää lääketieteen piiriin kuuluvana ja oikeuspsykiatrisen erityiskysymyksiä yleensä tutkimisen ja opettamisen arvoisina.

Johtavan lääkäri Heikki Vartiaisen kaudella puolestaan koko sairaalan olemassaolo oli vaakaaludalla, kun oikeuspsykiatrisen hoito haluttiin sulauttaa kunnalliseen erikoissairaanhoidon. Silloinkin oli kyse pienen, erikoishoitoa vaativan potilasryhmän oikeudesta hoitoonsa.

Johtavan lääkäri Eila Tiihosen kausi on puolestaan merkinnyt sairaalan koko hoitokulttuurin muutosta. Tavoitteena oli irtaantua laitostavallasta, jolloin haasteet olivat kulttuurin muuttamisessa eivätkä säädösten tai ohjeiden tasolla. Perusoikeuksien uudistus vuonna 1995 ja uusi perustuslaki vuodelta 2000 ovat tuoneet oikeuspsykiatrisille potilaille samat lakiin perustuvat oikeudet kuin muillekin kansalaisille. Lähtökohta rajoituksia tai pakkotoimia käytettäessä on lievimmän puuttumisen periaate. Niinpä kysymys asettuu yleisinhimilliselle tasolle. Miten toivoisit sairasta lähiomaistasi kohdeltavan?

Historian saatossa potilaan oikeuksiin liittynyt ajattelutapa – vallitseva paradigma – kääntynyt täyden ympyrän eteenkin mitä tulee hoidon aikaisiin rajoittamisiin. Vanhastaan ei ollut mitään oikeuksia, mutta nyt potilaalla on periaatteessa täydet oikeudet ja niiden rajoittaminen sallittua vain erikseen lailla määritellyissä poikkeustapauksissa ja laissa määritellyllä tavalla.

PAKKOKEINOTTOMUDESTA IHANNE

Kun mennään riittävän pitkälle ajassa taaksepäin, mielisairaalla ei ollut mitään oikeuksia. Ei edes Jumalan armosta, vaikkakin keskiajalla kirkko ainoana osoitti laupeutta mielisairaita kohtaan. Kristillisen laupeuden lantissa oli nimittäin tuomiopäivän puoli. Mielisairauksia pidettiin paholaisen aikaansaannoksina. Niinpä vasta humanismin ja järjen liitto tuotti parannuksen mielisairaiden kohteluun. Mielisairaloita ryhdyttiin perustamaan, koska sairaiden uskottiin voivan parantua. (Shorter 2005, 1–10.)

1800-luvun yleiseurooppalainen keskustelu mielisairaanhoidon järjestämisestä ja mielisairaiden hoidosta heijastui monella tavalla vuonna 1885 aloittaneeseen Niuvanniemen keskuslaitokseen. Sen nimikin Fagernäs kur- och vårdanstalt för sinnessjuka – Niuvanniemen parannus- ja hoitolaitos sairasmielisiä varten heijasti ajan

henkeä. Samassa laitoksessa aiottiin hoitaa ”kuurina” akuutisti sairastuneet eli aikalaistermein sanottuna parantuvat ja tarjota hoitoa myös pitkäaikaispotilaille eli parantumattomille. Vallankumouksellista oli, että parantumattomienkin katsottiin tarvitsevan hoitoa eikä pelkkää säilytystä.

Usko psykiatria ja parannettavuuteen hiipui laitoshoidon ajauttua umpikujaan edellisen vuosisadan alkupuolella. Niin Niuvanniemi kuin muutkin laitokset täytyivät parantumattomista pitkäaikaispotilaista, sillä auttavaa hoitoa ei tunnettu eikä ollut juuri olemassakaan ennen 1950-lukua. Darwinin oppien herätteestä myös Suomessa sai jalansijaa pelko mielisairauksien suoraan periytyvästä luonteesta. Tämä pelko heikensi mielisairaiden oikeudellista asemaa kahdella tavalla. Vuoden 1929 avioliittolaki kielsi mielisairailta avioliiton ja vuoden 1935 sterilointilaki oikeutti mielisairaiden pakkosteriloinnin. Psykiatrisen potilaan perusoikeudet siis kapenivat huomattavasti 1930-luvulla. (Pahlman 2003, 24–26.)

Psykiatrisen potilaan asemaa heikensi lisäksi se, että Suomi oli rutiiniköyhä maa ja joutui itsenäistyttyään aloittamaan tyhjästä. Lääkäreitä ei ollut, muukin terveydenhuollon koulutus oli heikoissa kantimissa ja kohta olivat edessä uudet sodat tuhoisine taloudellisine seurauksineen. Niuvanniemi oli sidoksissa köyhän isänmaansa kohtaloon 1920-luvulta alkaen, sillä jo tuolloin valtion sairaaloiden kehittäminen pysähtyi. 1940-luvulla koko sairaala vajosi pohjattomaan rappion suohon. Tulevaisuudenuskosella jälleenrakennuskaudellakin Niuvanniemen vuoro tuli vasta viimeisenä.

Vuoden 1877 valtiopäivillä Niuvanniemen keskuslaitoksen perustamisesta oli kuitenkin päätetty mielisairaanhoidon uudistamisen hengessä. Uudistusmieli näkyi jo rakentamisen perusratkaisussa eli erillisiin pieniin rakennuksiin perustuvassa paviljonkijärjestelmässä. Aiemmin sairaalat rakennettiin muiden julkisten rakennusten tapaan painottamatta rakennusten sairaalafunktiota. Paviljonkirakenne piti sisällään avoimen laitoksen ihanteen. Niuvanniemi rakennettiin edustamaan uusinta uutta mielisairaanhoidon alalla, sillä tavoitteena oli nostaa psykiatrisen hoito koppihoidon tasolta somaattisen hoidon tasolle. Niinpä potilashuoneiden piti muistuttaa yksityisasuntoja ja makuusalien muiden sairaaloiden vastaavia saleja. (Therman 1904; Henttonen 2009.)

Hoitojärjestelmästä säädettiin vuoden 1889 mielisairasasetuksen, joka oli ”*julkiluettava saarnastuolista*”. ”*Julkisista laitoksista sairasmielisiä varten*” säädettiin, että läänin kuvernöörin tuli valvoa laitosten järjestystä ja kuntoa sekä määräysten noudattamista. Lääkintöhallituksella puolestaan oli lääketieteellinen valvontavastuu, jotta ”*sairasmielisiä lääketieteen vaatimusten mukaan huolellisesti ja mahdollisuutta myöten pakkokeinoihin rupeamatta hoidetaan ja kohdellaan*”. (Keisarillisen Majesteetin Armollinen Julistus 28.5.1889; Säädoskokoelma 23/1889; Sarvilinna 1938, 371.)

Pakkokeinojen ehdollinenkin kieltäminen asetuksen tasoisesti oli merkittävä yhteiskunnallinen viesti aikana, jolloin suurin osa mielisairaista oli kokonaan vailla hoitoa ja heitä edelleen saatettiin pitää kahleissa ja karsinoissa. Asetuksen vaikutuksia oli, että vaivashoidon tarkastelija Gustav Helsingius muistutti vaivashoitolau-

takuntia kiertokirjeessään pakkokeinojen laittomuudesta. Asetuksen hengen muuttamista käytännöksi kokeiltiin ensimmäisenä Suomessa Niuvanniemessä ylilääkäri Albert Björkmanin kaudella vuosisadan vaihteessa. (Hirvonen 2008, 48; Sarvilinna 1938, 608.)

Vaativuudet mielisairaiden humanista kohtelusta olivat valistusajan perintöä. Italiassa Vincenzo Chiarugi, Ranskassa Philippe Pinel ja hänen oppilaansa Jean-Etienne-Dominique Esquirol, Englannissa William Tuke ja hänen pojanpoikansa Samuel Tuke sekä Saksassa Johann Reil saivat toiminnallaan aikaan psykiatrisen hoidon uudistusaallon. Se tunnettiin Ranskassa Pinellin vuonna 1801 julkaiseman oppikirjan julistuksesta nimellä *le traitemet moral* ja Englannissa ensimmäisenä Tuken suvun ylläpitämän Yorkin parantolan uudistuksista nimellä *moral therapy* tai *moral treatment*. ”Moraalisella hoidolla” tarkoitettiin psykiatrista hoitoa, ehkäpä suorastaan eräänlaista hoitosuhdetta. Kaikessa yksinkertaisuudessaan se oli vallankumouksellista suoneniskenttään ja muihin sitä ennen hoitona pidettyihin poppaskonsteihin verrattuna. (Shorter 2005, 9–24, 48–51.)

Suomessa mielisairaanhoito järjestettiin suoraan parhaina pidettyjen eurooppalaisten esikuvien mukaisesti. Mallia ei otettu sen enempää vanhasta kuin uudestakaan emämaasta. Lapinlahden ylilääkäri Leonhard Fahlander oli lähetetty vuonna 1856 jo toistamiseen opintomatkalle Tanskaan, Saksaan, Ranskaan, Sveitsiin, Englantiin, Hollantiin ja Ruotsiin. Englantiin Fahlander meni ottaakseen selkoa tuolloin kiistanalaisesta non-restaint-järjestelmästä ja kävi Bedlamissa ja St. Lukessa sekä Colney Hatchissa ja Hanwellissa. Hanwellissa oli jo 1840-luvulla lopetettu potilaiden sitominen. Fahlander levitti pakkokeinottoman hoidon periaatetta laajemmaltikin, sillä hän julkaisi raporttinsa vuonna 1857 myös tuolloin Suomen laajalevikkisimmässä lehdessä *Finlands Allmänna Tidningen*issä. Hanwellin lääkärin John Conollyn ”non-restraint-systeemistä” kirjoitti myös Åbo Undersättelser jo vuonna 1869. (Sarvilinna 1938, 250–261; *Finlands Allmänna Tidning* 18.3.1957, 20.3.1857 n:ot 64–66; Åbo Underrättelser 24.8.1869.)

Pakkokeinottoman hoidon ihanteet tunnettiin siis Suomessa huomattavan varhain. Mielisairauksista sinänsä oli jo Niuvanniemen perustamisen aikoihin saatavissa oikeaa tietoa jopa suomenkielellä ja kansantajuisessa muodossa. Vuonna 1885 Duodecim-seuran jäsen ja Sortavalan seminaarin lehtori O.A. Forsström (Hainari) suomensi norjalaissyntyisen, Wienin yliopiston professorin Th. Billrothin vuonna 1881 ilmestyneen sairaanhoitajien oppikirjan nimellä *Käsikirja sairashoidossa kodin ja sairashuoneen tarpeeksi*. (Billroth 1885, 204–221; Sainio 2008; *Nya Pressen* 8.2.1894 (nekrologi).)

Se sisälsi Ewald Heckerin selityksiä mielisairauksien luonteesta ja ohjeita sairaiden hoidosta. Niissä ehdottomasti kiellettiin pakkopaidat ja sitominen, ja annettiin ohjeita eristetyn psykoottisen potilaan tarkkailusta. Monet Heckerin hoitoa koskevat neuvot hoitajille lienevät päteviä tänäkin päivänä, kuten ettei potilas ole sanoistaan tai teoistaan vastuunalainen ja ettei harhoihin pidä mennä mukaan. Hecker oli vuonna 1871 julkaisut kollegansa Karl Kahlbaumin muutamaa vuotta aiemmin esittämien havaintojen pohjalta ensimmäisen kliinisen kuvauksen skitsofrenian hebefrenisestä muodosta; siis jo parikymmentä vuotta ennen Emil Kraepelinä. (Shorter 2005, 121; Sedler 1985.)

Billrothin kirja oli ilmestynyt ruotsiksi jo vuonna 1882. Suomenkielinen laitos sai osakseen huomiota kielipoliittisista syistä, ottihan suomenkielinen lääketieteellinen kirjallisuus vasta ensi askeleitaan. Kirja oli Kuopion, kuten muidenkin lääninsairaaloiden sairaanhoitajakurssien oppikirja. (Valvoja 1.6.1886; Tampereen Sanomat 19.9.1882; *Uusi Suometar* 2.11.1885; *Aamulehti* 13.2.1886; Vuorio 1996, 24.)

Mielisairaaloiden hoidollinen tehtävä löytyi sitä mukaa kuin psykiatria kehittyi tieteenä, mutta hoidon järjestäminen tuli poliittisestikin tärkeäksi. Syfilis yleistyi ja keskiluokkaistui Euroopassa Napoleonin sotien jälkeen, mistä seurasi muutaman kymmenen vuoden viiveellä neurosyfilisepidemia. Niuvanniemenkin perustamista sävytti säätyläisten hoidon tarve. Vuonna 1885 sisäänkirjoitetuista 125 ensimmäisestä potilaasta 22 oli sosiaaliselta asemaltaan yläluokkaa tai sivistyneistöä ja lisäksi tilanomistajia oli 17. Sitten säätyläis-taustaisten potilaiden osuus supistui noin 8 prosenttiin ja saman verran oli keskiluokkaisia kuten alempia virkamiehiä. Säätyläisille oli järjestettävä säätynsä mukainen hoito, mikä tarkoitti kalliita posliiniastioita peltilautasten sijaan, parempaa ruokaa ja omia vaatteita sekä säädyn mukaista viihtyvyyttä kuten kirjoja ja musiikkia. (Årsberättelse 1885 SVT 1885; Laitinen 1996, 96; *Överläkare till Medicinalstyrelsen* 18.12.1906 n:o 727. NS ark. JoMa.)

Valtion budjetista heltisi siis varoja säätyläisten hoidossa potilaiden virkistykseen saakka. Hoitomaksut oli porrastettu varallisuuden mukaan niin että ylimmän maksuluokan säätyläiset maksoivat aina-kin osan hoidostaan itse. Se lisäsi pakkokeinottomuuden ihanteen kysyntää, sillä pakkokeinot ja maksavat asiakkaat sopivat huonosti yhteen.

TEORIASTA KÄYTÄNNÖKSI

Pakkokeinottomuuden periaatteesta säädettiin siis asetuksentasoisesti vuonna 1889. Sitä ennen vuonna 1884, ennen laitoksen avaamista, Lääkintöhallitus hyväksyi Niuvanniemen hoitajia varten ohjesäännön. Siinä kiellettiin hoitajia ”*omin luvin sulkemasta sairasta yksinäishuoneeseen sekä käyttämästä muuta väkivaltaa*”. Jos ”*pakontekoon käsketään*”, hoitajan tuli ”*menetellä tynnosti ja levollisesti, osoittamatta minkäänlaista maltittomuutta*”. Toisekseen ”*rajumielisiä sairaita*” sekä itselleen tai muille vaarallisia ”*älköön jätettävä ilman katsannotta*”. Nämä periaatteet – eristämistä päättää lääkäri ja eristyspotilaan on oltava välittömässä valvonnassa – tulivat laintasoisesti määriteltyiksi vasta vuoden 2002 mielenterveyslain lisäyksissä. (Säännöt sairaanhoitajille Fagernäsän (Niuvanniemen) Parannus ja hoitolaitoksessa. NS ark; Årsberättelse 1885. SVT XI; Vuorio 2010, 30.)

Ensimmäinen ylilääkäri Axel Hårdh tunsu hyvin aikakautensa psykiatrista hoitosuhdetta kuvaavan käsitteen *le traitement moral*, joka oli lähtöisin Philippe Pinellin 80 vuotta aikaisemmin julkaisemasta oppikirjasta. Hårdhin nimitys ”moraaliselle hoidolle” oli ”psychiska hygienien” eli psykkinen terveydenhoito. Silti Hårdh selosti seikka-peräisessä vuoden 1885 kertomuksessaan, että eristämällä oli huomattava merkitys parantumattomien potilaiden rauhoittamisessa ja työn tekoon taivuttelemisessa. Pakkokeinoja käytettiin Hårdhin oman todistuksen mukaan vähän ja rajoitetusti vain muutamia tun-

teja kerrallaan. Tärkeimmät hoitomuodot olivat nimittäin potilaiden ymmärtävä ja lempeä kohtelu eli juuri ”psychiska hygienien” sekä vuodelepo. (Årsberättelse 1885. SVT XI.)

Pakkokeinoton hoito oli periaate ja tavoite, jota jo ensimmäinen ylilääkäri Axel Hårdh koetti parhaansa mukaan edistää. Ylilääkäri Axel Hårdh kuoli vuoden 1898 alussa ja seuraaja Albert Björkman oli rekrytoitu virkaansa myöntämällä hänelle ensin valtionapuraha ulkomailla opiskelua varten. Björkman tutustui moniin laitoksiin eri puolilla Eurooppaa ja sai tilaisuuden kokeilla uusia hoitomenetelmiä Niuvanniemessä. (Björkman 1900, 25–52.)

Pakkokeinottomuus tarkoitti eristämisen ja pakkopaidan vaihtoehdona rauhallisten ja rauhattomien potilaiden pitämistä toisistaan erillään, herkeämätöntä valvontaa, vuodelepoa sekä pitkäkestoisia kylpyjä. Valvonta oli niin konemaista, että valvontaosastoille asennettiin vuonna 1900 palokellon kaltaiset kontrollikellot, joilla varmennettiin hoitajien paikallaolo. Kaikki akuuttipotilaat ja muut levottomat hoidettiin säännönmukaisesti sänkyyn. ”*Prolongeeratuissa*” kylvyissä puolestaan potilaita pidettiin päivittäin 10–12 tuntia, eivätkä he nousseet kylvystä edes syömään vaan söivät ruokansa ja parhaassa tapauksessa nukkuivat yönsäkin kylvyssä. Björkman oli nähnyt opintomatkoillaan kylpyammeiden päälle vedettyjä purjekankaisia peittoja ja jopa puisia kansia, joiden alta näkyivät vain potilaiden päät. Potilasta saatettiin pitää kylvyssä vuorokausikaupalla, viikkoja, ja jopa kuukausia. Kun potilas rauhoittui, hänet siirrettiin joko ”*konvalesenttiosastolle*” ja kotiutettiin sieltä tai jos todettiin kroonilliseksi, siirrettiin pitkäaikaisosastolle tai työosastolle. (Vuosikertomus 1901. NS ark. JoMA; Therman 1904; Savo 15.2.1910 Niuvanniemen keskuslaitos 25-vuotias.)

Tarvittiin siis isoja makuusaleja ja kylpyhuoneita. Björkmanin aikana valvontaosastoille rakennettiin erityiset kylpyosastot ja vuonna 1909 kokonainen uusi kylpyhoidon mahdollistava levottomien naisten osastorakennus, jossa oli ammeita kokonainen kylpysallinen.

Pakkokeinoton, mutta hengettömästi potilaita vahtiva hoito kääntyi itseään vastaan. Levottomia, enimmäkseen skitsofreniaa sairastavia potilaita ei suinkaan aina ollut helppo saada pysymään vuoteessa, joten ratkaisuksi tulivat verkkosängyt. Ne olivat puulaatikoita, mahdollisesti sisältä pehmustettuja, jonka laitojen yli pingotettiin naruverkko. Verkkosängy tunnistettiin kylläkin pakkokeinoksi, mutta sitä pidettiin pienempänä pahana verrattuna eristämiseen. (Björkman 1900, 41; Vuorio 2010, 57.)

Vuoteeseen ja ammeeseen hoitamisesta tuli vallitseva hoitomuoto aina 1930-luvulle saakka. Makuuttamisen syrjäytti vasta saksalaisen psykiatrin Hermann Simonin kehittämä aktiivinen työterapia, jota Niuvanniemessäkin ryhdyttiin toteuttamaan 1920-luvun lopulla. Sairaanhoitajien oppikirjoissa pitkäkestoisten kylpyjen ohjeet säilyivät pitkälle kehittyneiden paralyysiapotilaiden hoitomuotona 1940-luvulle saakka ja vielä Martti Kailan ja Lyyli Kinnusen oppikirjan vuoden 1939 painoksesta löytyy hoitomuotojen yleisyydestä kielivä viittaus, että ammeessa tai vuoteessa hoidettu potilas oppii kyllä pitämään vaatteet päällään ja kampaamaan tukkansa, jos hänet vain kärsivällisesti puetaan ja kammataan. (Neuman-Rahn 1924,

263–270; Kaila 1935, 110; Kaila–Kinnunen 1939, 74, 78–79; Kaila–Kinnunen 1943, 87, 90–91.)

Kylpyhoito oli lääketieteellisesti hyväksyttyä käypää hoitoa. Sen sijaan eristäminen ja sitominen oli jos ei ihan kiellettyä niin kuitenkin välttävää. Käytännössä potilaita kuitenkin jouduttiin eristämään. Eristämisistä samoin kuin muistakin käytetyistä pakkokeinoista oli laadittavat vuoden 1889 asetuksen hengessä vuositilastot Lääkintöhallitukselle.

Pakkokeinojen käytön normit voi tulkita alan oppikirjoista. Mainitun Billrothin oppikirjan jälkeen vasta vuonna 1904 saatiin varsinainen mielisairaanhoidon oppikirja *Mielisairaitten hoito*. Lyhyt opastus mielisairaitten hoitajille. Vaikka se oli hyvin suppea, vain 67-sivuihin vihko, se kuitenkin edusti pakkokeinoihin nähden virallista Lääkintöhallituksen kantaa. Kirjan oli toimittanut ja saksan kielestä kääntänyt Lääkintöhallituksen lääkintöneuvos Theodor Löfström. Löfström kuoli jo vuonna 1907, mutta hänen kirjansa oli käytössä Niuvanniemen mielisairaanhoitajakoulussa pitkälle 1930-luvulle saakka. (Löfström 1904; Vuorio 2010, 98; Tiitta 2009, 67.)

Siinä kiellettiin kategorisesti hoitajilta kaikinainen pakko, mutta annettiin kuitenkin toimintaohjeet, jos lääkäri määräsi potilaan ”*soleerattavaksi*” eli suljettavaksi eristyshuoneeseen. Samat ohjeet siirtyivät Martti Kailan vuonna 1935 julkaisemaan oppikirjaan, johon käytännön mielisairaanhoidon osuuden oli kirjoittanut Pitkäniemen ylihoitajatar Karin Koskinen. Vuonna 1918 julkaistu Akseli Nikulan oppikirja *Mielisairaat* ja niiden hoito oli tarkoitettu vanhainkotien mielisairasosastojen hoitajille eikä siinä muita ollut mainintoja pakkokeinoista kuin että eristäminen oli sairaille vahingollisena tuomittavaa. (Löfström 1904, 62–63; Kaila 1935, 110–112; Nikula 1918, 63–64.)

Ennen Kailan kirjaa oli jo ilmestynyt vuonna 1924 sairaanhoitajille tarkoitettu Karin Neuman-Rahnin oppikirja *Sielullisesti sairas ihminen* ja hänen hoitonsa. Siinä eristämisen mainittiin olevan viimeiseen asti välttävää keino, jota oli käytettävä yksinomaan lääkärin määräyksestä ja vain ”*sokeasti raivoaviin ja kaikkea hävittäviin ja hyökkäileviin hysteerikkoihin nähden*”. (Neuman-Rahn 1924, 275.)

Kailan kirjan toinen painos ilmestyi vuonna 1939, ja siitä lähtien aina 1960-luvulle saakka käytännön hoidon osuuden kirjoitti Kellokosken sairaalan ylihoitaja Lyyli Kinnunen. Erona Kailan ensimmäiseen painokseen oli, että eristämisestä mainittiin vain, että on ”*harkiten käytettävä*” ja että eristäminen tulee kyseeseen vain ”*erittäin vaikeassa, rajussa sekavuustilassa*”. Oppikirjoissa ei sen sijaan enää mainittu, että eristämisestä päättää lääkäri. Erityspotilasta oli oppikirjojen mukaan pidettävä silmällä. (Kaila–Kinnunen 1939, 74; Kaila–Kinnunen 1943, 45; Kinnunen 1964, 92.)

Pakkokeinoja vastustaneella Neuman-Rahnilla oli ollut tilaisuus opiskella 1890-luvulla Helsingin ja Heidelbergin yliopistoissa. Sittenmin hän pääsi professori Gustav Aschaffenburgin klinikalle Kölniin nähdäkseen, että riittävän ja hyvin koulutetun henkilökunnan avulla akuuttipsykooseja pystyttiin hoitamaan pakkokeinottomasti. (Matilainen 1997, 61, 67; Neuman-Rahn 1924, 9; Hakosalo 2008; Shorter 2005, 181–182, 217.)

Aschaffenburg oli puolestaan Emil Kraepelinin oppilas, ja hänet tunnetaan oikeuspsykiatrian alan pioneerinä. Hän oli ensimmäisiä, jotka ryhtyivät kritisoimaan Freudin psykoanalyttisiä näkemyksiä. Tuolloin oli kyse koko tieteenalan suunnasta. Yliopistopsykiatrian näkökulmasta mielisairaus tarkoitti psykoosia, joka vaati laitoshoidoa, mutta uudet virrat veivät psykiatrian mielenkiinnon mielisairaaloiden ulkopuolelle neuroosien pariin. (Shorter 2005, 182–183.)

Lainsäädäntö lakaisi oppikirjojen opetukset maton alle. Kun Suomi itsenäistyi, asetettiin komitea laatimaan ehdotusta uudeksi mielisairaanhoitoa koskeväksi laiksi ja asetukseksi. Komitean vuonna 1922 valmistuneessa asetusehdotuksessa vielä mainittiin vuoden 1889 asetuksen sanamuodoin, että Lääkintöhallituksen mielisairaanhoitosta vastaavan jäsenen velvollisuus olisi mielisairaaloihin tarkastuksessa erityisesti kiinnittää huomiota siihen, ettei pakkokeinoja tarpeettomasti käytetä. Laki ja asetus tulivat voimaan vasta 1937. Silloin itse lakiin kirjattiin, että *”mielisairaita on hyvin kohdeltava ja huolellisesti hoidettava”*, mutta viittaus pakkokeinojen välttämisestä tai niiden valvonnasta jäi asetuksestakin pois. (Komitean mietintö 2/1923; As. kok. 286/1937, 455/1937.)

Niinpä oppikirjoistakin sai 1960-luvulle saakka lukea, ettei Suomen mielisairaloissa enää käytetä pakkokeinoja, ei ainakaan mekaanisia pakkokeinoja kuten lepositeitä tai suojakäsineitä. (Kaila 1935, 144; Kinnunen 1939, 76; Kinnunen 1964, 91.) Pakkokeinot kuuluivat siten vuosikymmenten ajan hoidon etiikan piiriin eikä niistä tarvinnut keskustella oikeudellisesta näkökulmasta, siis potilaan perusoikeuksien toteutumisen kannalta ennen 1990-lukua.

Ensimmäisiä, jotka epäilivät pakon käytön vahingollisten vaikutusten unohtuneen mielisairaanhoidossa, oli Pitkämäen ylilääkäri Ilmari Kalpa. Hän esitelmöi aiheesta Pohjoismaisessa psykiatrikongressissa vuonna 1949. Kalpa varoitti tottumasta pakonkäyttöön, sillä tottumuksella on hoitokulttuuria muokkaava voima eikä silloin nähdä hoitotoimenpiteiden muuttumista pakoksi. Vuonna 1949 Kalpa arveli Suomen mielisairaloissa jo luovutun aiemmin hyvänä hoitona pideytyistä kokokääreistä, mutta epäili sähköshokkeja käytettävän erittäin heikoin lääketieteellisin perustein, etenkin jos hoitohenkilökunta asettaa hoitoindikaatiot. Sama koski hänen mukaansa eristämistä. Se ei saanut riippua hoitohenkilökunnan mielipiteestä, vaan olla sallittua vain *”lääkärin valvonnan alaisena”*. (Kalpa 1950.)

Sähköshokit olivat auttavaa hoitoa, eikä hoitoon tiedetä ainakaan Niuvanniemessä liittyneen muita kuin lääketieteellisiä indikaatioita. Niuvanniemessä sähköshokkihoidosta luovuttiin kokonaan 1960-luvun taitteessa.

HUOMIO UDESTAAN PAKKOKEINOIHIN

Kun laki ja asetus vaikenivat pakkokeinoista, ei niistä tarvinnut keskustella. Vuoden 1952 mielisairaslaki toisti vuoden 1937 lain artiklan, että potilaita on hyvin kohdeltava ja huolellisesti hoidettava. Pakon käytöstä säädettiin varsin irtonaisesti, että mielisairaanhoitolaitoksessa ei saa käyttää muuta pakkoa kuin mitä hoito edellyttää tai ympäristön turvallisuus vaatii. (As. kok. 187/1952.)

Yhteiskunnallinen keskustelu psykiatriasta ei tosin ollut ihan helppoa, sillä psykiatrian kenttä oli hajallaan. Psykiatrinen hoito oli eriytynyt omaksi, muusta terveydenhuollosta erilliseksi järjestelmäksi, josta vastasivat erilliset mielisairaanhoitopiirit ja toisaalta suuri osa eli vanhainkotien mielisairasosastot olivat kokonaan terveystoimien ulottumattomissa sosiaalitoimen vastuualueella. Psykiatrinen hoitojärjestelmä oli lisäksi vielä 1970-luvulla niin laitoskeskeistä, että 40 prosenttia maan sairaansijoista oli psykiatristen potilaiden käytössä. (Lääkintöhallituksen työryhmän mietintö 1977.)

Kriittisellä 1960-luvulla keskusteltiin lähinnä psykiatrian koulukuntien ristivetoon liittyen laitoshoidon mielekkyydestä sinänsä. Koulukuntakiista saattoi jättää varjoonsa sen, että vuoden 1952 lain nojalla määrättiin tahdosta riippumattomaan hoitoon väärinkin perustein ja jopa taloudellisista syistä, kun mielisairaalain hoitomaksut olivat alhaisemmat kuin alkoholihuoltoloissa, työlaitoksissa tai vajeamielislaitoksissa. Mielisairaaloihin toimitettiin pakkopäätöksillä alkoholisteja, jotka olisivat kuuluneet PAV-lakien piiriin, vajeamielisiä, joita ei saatu vajeamielislaitoksiin sekä geriatria potilaita, olisivat tarvinneet ennen kaikkea somaattista tutkimusta. (Weckström 1968.) Niuvanniemessä oli sinne periaatteessa kuulumattomia vajeamielisiä jopa suhteellisesti enemmän kuin keskusmielisairaloissa.

Pakkohoitokriteereitä haluttiin 1970-luvulla tiukentaa, sillä vanhan lain nojalla valtaosa potilaista todella tuli hoitoon vastoin tahtoaan. Vuonna 1965 M3-päätöksellä otettiin 58 prosenttia keskusmielisairaaloiden ja 69 prosenttia B-mielisairaaloiden potilaista. Vuonna 1974 vastaavat prosenttiluvut olivat 41 ja 63. (HE 83/14.5.1976.)

Pakkopäätöksellä mielisairaalaan toimitettujen vapaudenriiston nosti yhteiskunnallisena epäkohtana esiin Suomessa Marraskuun liike. Silloin keskusteltiin yhteiskunnallisen vallankäytön termin pakkohoittoon määrittämisestä, muttei kuitenkaan menty yksilön perusoikeuksiin ja ihmisoikeuksiin asti eikä hoidon aikaisiin pakkokeinoihin.

Perusoikeuksien uudistamista oli pohdittu 1970-luvun alusta lähtien kolmenkin eri komitean voimin, sillä hallitusmuodon perusoikeussäännöksiä ei ollut sitten niiden säätämisen vuoden 1919 jälkeen juuri muutettu. Yksimielisten komiteoiden esityksistä huolimatta uudistukset eivät jostakin syystä edenneet, joten vuonna 1989 asetettiin K. J. Längin johdolla jälleen uusi perusoikeuskomitea, jonka tuli ottaa huomioon kansainväliset ihmisoikeussopimukset ja velvoitteet. Se sai työnsä valmiiksi 1992. (Komiteamietintö 1992:3, 86–87.)

Vuoden 1937 mielisairaslain jälkeen pakkokeinoista ei enää tarvinnut raportoida Lääkintöhallitukselle. Pakkokeinoista ei siten liene ollut kenelläkään yhtenäistä ja selkeää kuvaa. Asiaan kiinnitti huomiota Ilkka Taipale vuonna 1969 ja esitti, että mielisairaaloiden osastoilla ryhdyttäisiin pitämään eristyksistä ja lepositeistä kirjaa. (Taipale 1969.)

Paradoksaalista sinänsä oli, että Niuvanniemen ylle langetettiin 1980-luvun alussa Englannin ja Norjan turvasairaloissa paljastuneiden väärinkäytösten takia synkeä epäilyksen varjo. Kun kaikki Niuvanniemen potilaat olivat silloin kuten nykyäänkin tahdon vastaisessa hoidossa, oletettiin Niuvanniemessä käytettävän pakkokeinojakin

kaikkia muita laitoksia enemmän. Vielä 1980-luvun alussa lepositeet olivat kuitenkin Niuvanniemessä liki tuntemattomat, eristäminen varsin harvinaista eikä eristystilojakaan ollut kuin kolmella osastolla.

Käsitys, että juuri kriminaalipotilaita eristettäisiin tai jouduttaisiin rajoittamaan muita enemmän oli niin yleinen, että tutkijatkin neliaisivat oletuksen. Vuonna 1997 selvitettiin Tampereen yliopistollisen sairaalan klinikoiden pakkotoimet ja rajoitukset ja tulokseksi tuli, että peräti 44 prosenttia työikäisistä potilaista joutui pakkotoimien kohteeksi. Oletus oli, että jos tutkimukseen olisi otettu mukaan myös kriminaalipotilaat, luku olisi vieläkin suurempi. (Kaltiala-Heino & Laippala 1997; Salovaara, Immonen & Tyybäkinöja 1997, 10.)

Niuvanniemessä on eristämiset ja rajoittamiset tilastoitu potilaan statuksen mukaan vuodesta 2000 lähtien. Niiden mukaan valtaosa aikuisikäisten rajoittamisista kohdistui vaarallisiin ja vaikeahoitoisiin eli 61–77 prosenttia vuosina 2000–2009 ja peräti 90 prosenttia vuonna 2010. Vastoin yleistä luuloa kriminaalipotilaat eli oikeudessa tuomitsematta jätetyt eivät siis ole niitä, joita joudutaan eristämään, sillä alimmillaan vain 8 prosenttia ja ylimmillään kolmannes rajoittamisista kohdistui 2000-luvulla kriminaalipotilaisiin. (Niuvanniemen sairaalan potilastietokanta.)

Lääkintöhallitus antoi vasta vuonna 1975 pakkokeinoista ensimmäisen ohjekirjeen. Siinä korostettiin, että yksilö on Suomen oikeusjärjestyksen mukaan pääsääntöisesti vapaa ja että rajoitusten pitää perustua lakiin. Jos potilas ei halua ottaa hoitoa vastaan, on hoidon keskeyttämistä tai lopettamista harkittava. Jos kuitenkin joudutaan eristämään, eristämistä saa jatkaa vain niin kauan kuin on ehdottoman välttämätöntä. Ohje oli varsin hampaaton velvoittaessaan, että ahdistuneen, levottoman tai pelokkaan potilaan seuraksi oli laitettava sairaanhoitohenkilökuntaa, jos henkilöstöressurit niin sallivat. Lasta tai alaikäistä ei saanut kuitenkaan eristää ilman valvontaa. Vuoden 1975 ohjeessa ei sanottu, että eristämispäätöksen tekee lääkäri, mutta kuitenkin viitattiin psykiatrien koulutuksen suuntaviivoihin ja lääketieteelliseen indikaatioon. Rajoittamisista piti tehdä sairauskertomuksiin selvät merkinnät ja lisäksi niistä oli pidettävä osastoittain erillistä luetteloa. (Lääkintöhallituksen ohjekirje Dn:o 5483/701/75. NS ark.)

Kun ohje oli osoitettu ”mielisairaaloita ylläpitävien kuntien ja kuntainliittojen liittohallituksille johtavien ja vastaavien lääkäreiden tietoon saatettavaksi” kirje saapui Niuvanniemeen vasta kuukauden viiveellä elokuussa 1975. Ohjeen mukainen eristysvihko otettiin silti välittömästi käytäntöön niillä kolmella osastolla, joissa eristystiloja ylipäättään oli. (Lääkintöhallituksen ohjekirje Dn:o 5483/701/75. saap. 11.8.1975 n:o 386. Osasto 9:n eristysvihko 1975–1979. NS ark.)

Tarkemmat ohjeet eristämisistä annettiin vuoden 1977 mielisairaslain osittaisuudistuksen jälkeen vuonna 1981. Edeltävällä lausuntokierroksella ja keskustelussa kirjattiin myös syy, miksi mitään ohjetta ei ole aikaisemmin laadittu. Eristäminen on kliininen toimenpide eikä kliinisestä hoidosta ole Lääkintöhallituksella ollut tapana antaa yksityiskohtaisia ohjeita. Vasta nyt ohjeisiin kirjautui periaate, että eristämisestä ja lepositeiden käytöstä päättää aina lääkäri. Kannattaa muistaa, että tämä periaate oli kirjattu Niuvanniemessä

hoitajan ohjeisiin jo vuonna 1884. (Lääkintöhallituksen ohjekirje Dn:o 1018/02/81. NS ark.)

Vuoden 1977 mielisairaslaki paransi potilaan oikeusturvaa siten, että tahdonvastaiseen hoitoon voitiin määrätä ilman uutta tutkimusta korkeintaan puoleksi vuodeksi, jos oli mielisairaudesta vuoksi välittömän mielisairaalahoidon tarpeessa tai vaarallinen itselleen tai muille. Hoidon aikaiset pakkokeinot rajattiin tahdosta riippumattomaan hoitoon. Lisäksi vaarallisuus rajattiin ihmisiin eli omaisuudelle so. ympäristölle vaarallisuuden perusteella pakkohoitopäätöstä ei enää voinut tehdä. Aiemmassa vuoden 1952 mielisairaslaisissa tahdosta riippumattomaan hoitoon määrääminen oli määritelty hyvin väljästi. Mielentilan tutkimista varten riitti, että oli aihetta epäillä henkilön olevan mielisairas ja esiintymisestäään päätellen olevan vaarallinen yleiselle turvallisuudelle tai itselleen. (As. kok. 187/1952 § 23. HE 83/14.5.1976; as.kok.521/1977 § 16a, § 20 a ja § 37; Paloheimo 1968.)

1970-luvun lainmuutoksia ei perusteltu perusoikeuksien kautta – tosin koko termi vakiintui vasta vuoden 1995 perusoikeusuudistuksen jälkeen –, vaan silloin haluttiin psykiatrisen potilaan asema ja oikeusturva nostaa samalle tasolle somaattisten potilaiden kanssa. Ihmisoikeuksien näkökulma ei 1970- ja 1980-luvun Suomessa nousut keskusteluun saati lainsäädäntöön, sillä Suomi ei ollut Euroopan Neuvoston jäsen eikä sen niin muodoin tarvinnut ratifioida Euroopan ihmisoikeussopimusta. Jäsenyyden puolesta Suomi kuului auttamatta itäblokkiin, sillä muut Pohjoismaat olivat olleet Euroopan Neuvoston perustajamaita vuonna 1949, mukana olivat alusta pitäen jopa Kreikka ja Turkki ja viimeisetkin länsieurooppalaiset valtiot Portugali ja Espanja liittyneet 1970-luvulla. Kun Suomi liittyi vuonna 1989 ja sopimus ratifioitiin 1990, jouduttiin nolostuneena toteamaan, ettei suomalainen lainsäädäntö ollutkaan ollut niin eurooppalaista kuin oli uskottu. (Helsingin Sanomat 10.5.1990 Eurooppalainen ihmisoikeusvaltio (pk); Suutala 1999, 5–12.)

Euroopan maiden lainsäädäntö on ollut pakkohoidon osalta hyvin vaihtelevaa. Suhtautuminen mielisairaisiin kuitenkin selvästi muuttui toisen maailmansodan jälkeen, niin että sairaita alettiin pitää yksilöinä, joilla on myös oikeutensa. YK:n ihmisoikeuksien julistus vuodelta 1948 ja mainittu Euroopan ihmisoikeussopimus ja YK:n yleissopimukset vaikuttivat vähitellen niin Suomen kuin muidenkin maiden lainsäädäntöön ja nostivat ihmisoikeussopimusten periaatteet oikeuslähteeksi. 1990-luvulla jo periaate oli, että viranomaisten oli kansallisen lain tulkinnassa valittava se vaihtoehto, joka parhaiten edisti ihmisoikeuksien tai perusoikeuksien toteutumista. Ihmisoikeudet eivät siten enää olleet pelkästään eettisesti tai ohjelmallisesti velvoittavia, vaan aitoja oikeusnormeja. (Pahlman 2003, 49–53; Välimäki 2000, 86–100; Ojanen 2003, 26–28.)

Euroopan ihmisoikeussopimuksen mielisairaanhoidoa koskevat säädökset käsittelivät vapauden riiston edellytyksiä, eikä niissä puututtu hoidon sisältöön. Myös mielisairaslain tulkinnan katsottiin kuuluvan valtioiden omille sisäisille viranomaisille ja tuomioistuimille, sillä mielisairaudesta käsitettä pidettiin kulttuurisidonnaisena ja psykiatrian kehitystasosta riippuvana. (Pellonpää 1988, 54–55.)

Potilaan oikeuksien ja tahdonvastaisen hoidon osalta monet muutkin maat uudistivat lainsäädäntöään 1990-luvulla. Suomessa itse-määräämisoikeuden käsite tuli ensimmäistä kertaa suomalaiseen terveydenhuollon lainsäädäntöön vuoden 1991 mielenterveyslaissa. Suomen mielenterveyslaki poikkesi monista muista maista siinä, että laissa säädetään pakkohoidon lisäksi muustakin psykiatrisesta hoidosta. Pakkokeinot ovat joissakin maissa lailla kiellettyjä, kuten eristys Tanskassa ja sitominen Englannissa ja Hollannissa. (Pylkkänen, Eskola & Hemmi 2010.)

Mielenterveyslakia valmisteltaessa jo vedottiin Euroopan ihmisoikeussopimuksen tulevaan ratifointiin ja Euroopan Neuvoston vuonna 1983 antamaan suositukseen tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan potilaan oikeudellisesta asemasta. Säädös pakkohoitoon toimittamisesta psykiatriseen sairaalaan todetun mielisairauden perusteella tarkentui viimesijaiseksi eli vain jos muut mielenterveyspalvelut eivät sovi tai riitä. Hoidon aikaisten pakkokeinojen osalta uutta oli, että niistä säädettiin itsemääräämisoikeuden rajoittamisina. (As. kok. 1116/1990. HE 201/1989.)

1970-luvulta lähtien tavoitteena oli ollut sairaansijojen tuntuva pudottaminen mielisairanhoidossa, mutta tavoite toteutui 1990-luvun laman oloissa suunniteltua rajummassa tahdissa. Vaaralliset ja vaikeahoitaiset potilaat oli aiemmin hoidettu keskusmielisairaaloissa, mutta heidän hoitonsa valui psykiatrian suuren rakennemuutoksen jälkeen sairaanhoitopiirien yksiköistä vähitellen Niuvanniemeen.

Vaarallisten ja vaikeahoitoisten mukana sairaanhoitopiirit tulivat ulkoistaneeksi pakkokeinotkin. Niinpä sosiaali- ja terveysministeriön mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa vuodelta 2009 tavoitteeksi asetettu pakkokeinojen kansallinen vähentäminen on ollut erityisesti Niuvanniemen suuri tehtävä.

Lähteet

Billroth, Th. 1885. *Käsikirja sairashoidossa kodin ja sairashuoneen tarpeeksi*. Tekijän luvalla suomennanut O. A. Forsström. Sortavala: C.W. Alopaeus.

Björkman, A. 1900. *Berättelse öfver en med statsstipendium 1898–99 företagen resa för studies i psykiatri*. Kuopio.

Hakosalo, H. 2008. *Virkaa tekemässä – Lääkärinäiset 1990-luvun alun Suomessa*. Tieteessä tapahtuu 8, 13–21.

Henttonen, M. 2009. *Kansakunnan parhaaksi. Suomalaiset naisten- ja lastensairaalat 1920–1940-luvulla arkkitehtonisena, lääketieteellisenä ja yhteiskunnallisena suunnittelukohteena*. Historiallisia tutkimuksia 247.

Hirvonen, H. 2008. *Vaivaishuollosta psykiatriatieteeksi. Suomalaisen psykiatrian ja mielisairanhoidon kehityslinjat 1800-luvulta 1910-luvulle*. Joensuun yliopisto. Lisensiaatintyö.

Kaila, M. 1935. *Mielitaudit*. Sairaanhoitajattarien oppikirja IX *Mielitaudit*. Sairaanhoitajatarjärjestöjen oppikirjakomitean julkaisema. Porvoo: WSOY.

KIRJOITTAJAT

Kaija Vuorio

FT, historiantutkija, toimittaja
Savon Sanomat

Osmo Vuorio

THM, psykoterapeutti, johtava ylihoitaja
Niuvanniemen sairaala

Merjan kanssa oli yhteisiä antoisia keskusteluja psykiatriasta hoitotyöstä ja psykiatrisia potilaita hoitavien roolista lähinnä opinnäytetöiden yhteydessä.

Niin psykiatriassa kuin muussakin terveydenhuollossa on aina pyritty hoitamaan potilaita parhaan käytettävissä olevan tiedon pohjalta. Psykiatrian ja erityisesti oikeuspsykiatrisen hoidon ongelmana on ollut se että tieto psyykkisten sairauksien syntymekanismeista on ollut puutteellista ja näin ei myöskään vaikuttavia hoitokeinoja ole ollut käytettävissä vasta kuin muutaman viimeisen vuosikymmenen ajan. Erityisesti vaikeimmin oireilevien potilaiden kohtalo on ollut surkea.

Niuvanniemen sairaalan puolesta kiitän dosentti Merja Nikkosta hänen tähänastisesta työstään psykiatristen potilaitten hoidon parantamiseksi, sekä yhteistyöstä haastavalla alallamme. Oikeuspsykiatrisen hoitotyön kannalta oheinen teksti kuvaa niitä kehityskulkuja, jotka on läpi käyty viimeisen 120 vuoden aikana.

Kaila, M. & Kinnunen, L. 1939. *Mielitaudit – Mielisairaanhoito*. Sairaanhoitajattarien oppikirja IX. Julk. Sairaanhoitajatarjärjestöjen oppikirjakomitea. 2. uud. p. WSOY.

Kaila, M. & Kinnunen, L. 1943. *Mielitaudit – Mielisairaanhoito*. Sairaanhoitajattarien oppikirja IX. Julk. Sairaanhoitajatarjärjestöjen oppikirjakomitea. 3. uud. p. WSOY.

Kalpa, I. 1950. *Pakon kielteisestä vaikutuksesta mielisairanhoidossa*. IX Pohjoismaisessa psykiatrikongressissa 12.6.1949 pidetty esitelmä. *Duodecim* 5, 393–397.

Kaltiala-Heino, R. & Laippala, P. 1997. *Pakkotoimet ja rajoitukset psykiatriassa sairaanhoidossa*. *Suomen Lääkärilehti* 5(52), 435.

Kinnunen, L. 1964. *Mielisairaanhoito*. Sairaanhoitajien koulutussäätiön julkaisu. 7. tark. p. Porvoo: WSOY.

- Laitinen, J. 1996. "Niuvanniemen parannus- ja hoitolaitos mielisairaille". Hoitomenetelmät ja potilaat vuosina 1885–1909. Joensuun yliopisto. Pro gradu -tutkielma.
- Löfström, T. 1904. Mielisairaitten hoito. Lyhyt opastus mielisairaitten hoitajille. Lääkintöhallitus. Helsinki.
- Matilainen, D. 1997. Idémönster i Karin Neuman-Rahns livsgärning och författarskap. Idehistorisk-biografisk studie i psykiatrisk vård i Finland under 1990-talets första hälft. Åbo Akademi. Väitöskirja.
- Mielisairaanhoitokomitealta. Komiteamietintö 2/1923.
- Neuman-Rahn, K. 1924. Sielullisesti sairas ihminen ja hänen hoitonsa. Porvoo: WSOY.
- Nikula, A. 1918. Mielisairaatt ja niiden hoito. Suomen sosiaalihuollituksen julkaisemia sosiaalisia käsikirjoja I. Helsinki.
- Niuvanniemen sairaalan arkisto NS ark. Niuvanniemi / JoMA.
- Pahlman, I. 2003. Potilaan itsemääräämisoikeus. Helsingin yliopisto. Helsinki: Edita. Väitöskirja.
- Paloheimo, M. 1968. M III ja mielisairaus-käsite. Suomen Lääkärilehti 23(4), 266–268.
- Pellonpää, M. 1988. Euroopan neuvoston ihmisoikeussopimus Suomen näkökulmasta. Oikeusministeriön lainvalmisteluosaston julkaisu 21.
- Perusoikeuskomitean mietintö 1992:3.
- Psykiatrisen terveydenhuollon kehittäminen. Lääkintöhallituksen työryhmän mietintö 1977.
- Pylkkänen, K., Eskola, J. & Hemmi, A. 2010. Pakon käyttö psykiatriassa – Lääketiedettä vai sosiaalista kontrollia? Suomen Lääkärilehti 41(65), 3332–3337.
- Ojanen, T. 2003. Perusoikeudet ja ihmisoikeudet Suomessa. Helsingin yliopiston oikeustieteellisen tiedekunnan julkaisut.
- Sainio, V. 2008. Hainari, Oskar (1856–1910) historian lehtori, kansanedustaja, Karjala-aktivisti. Suomen kansallisbiografia. www.kansallisbiografia.fi.
- Salovaara, I., Immonen, S. & Tyybäkinoja, M. 1997. Koppiin ja kahleisiin? Psykiatrisen potilaan eristäminen laitoksissa. Vantaa: Mielenterveyden Keskusliitto ry.
- Sarviliina, A. 1938. Mielisairaanhoidon kehityksestä Suomessa vuoteen 1919. Lääketieteellis-historiallinen tutkielma. Helsingin yliopisto. Väitöskirja.
- Shorter, E. 2005. Psykiatrian historia. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.
- Sedler, M.J. 1985. The Legacy of Ewald Hecker. A new translation of "Die Hebefrenie". American Journal of Psychiatry 142(11), 1265–1271.
- Suutala, H. 1999. Pakkotoimet ja ihmisoikeudet Euroopassa. Teoksessa Rajoitetaanko rajoittamista – eristys ja lepoiteet psykiatrisessa hoidossa. R. Kaltiala-Heino & M. Välimäki (toim.) Tampereen yliopiston terveystieteen laitoksen julkaisuja.
- Taipale, I. 1969. Pakkotoimenpiteet sairaalassa. Mielisairaanhoitaja 3, 96–99.
- Therman, E. 1904. Yhtä ja toista psykiatrian alalta. Duodecim 2, 35–43.
- Tiitta, A. 2009. Collegium medicum. Lääkintöhallitus 1878–1991. Jyväskylä: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Välimäki, M. 2000. Psykiatrisen potilaan itsemäärääminen. Teoksessa M. Välimäki, A. Holopainen & M. Jokinen (toim.) Psykiatrisen hoitotyö muutoksessa. Juva: WSOY.
- Vuorio, K. 1996. Sata hoidon ja opin vuotta Kallaveden kaupungissa 1896–1996. Jyväskylä: Kuopion terveydenhuolto-oppilaitos.
- Vuorio, K. 2010. Niuva. Niuvanniemen sairaala 1885–1952. Tampere: Niuvanniemen sairaala.
- Weckström, L. 1968. Milloin kirjoitetaan M III -lausunto. Suomen Lääkärilehti 23(4), 260–265.