

HULLUUDEN HALLINTA

Tahdosta riippumatonta psykiatrista hoitoa koskevat päätökset hallinto-oikeudessa

**Veera Juntunen
Pro gradu-tutkielma
Sosiaalityö
Yhteiskuntatieteiden
ja filosofian laitos
Jyväskylän yliopisto
syksy 2016**

Sisällys

1 JOHDANTO.....	4
2 TAHDOSTA RIIPPUMATONTA HOITOA KOSKEVAT PÄÄTÖKSET HALLINTO- OIKEUDESSA	7
2.1 Tahdosta riippumaton hoito	7
2.2 Oikeusturva ja valitusoikeus	10
2.3 Itsemäärääminen	13
3 HULLUUDEN MÄÄRITELMIÄ.....	16
3.1 Hulluus historian saatossa.....	16
3.2 Antipsykiatrisia näkemyksiä ja laitoshoidon kritiikkiä	20
4 HALLINTAVALTA	25
4.1 Foucault’lainen valta	25
4.2 Kurivalta	27
4.3 Uudet hallinnan keinot	29
4.4 Subjektivointi ja objektivointi.....	31
5 TUTKIMUKSELLISET VALINNAT JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	34
5.1 Tutkimuskysymykset.....	34
5.2 Eettiset valinnat.....	35
5.3 Oikeuden asiakirjat aineistona	37
5.4 Aineiston kuvaus	39
5.5 Kriittinen diskurssianalyysi	42
5.6 Kategorisointi.....	46
6 HEGEMONISET DISKURSSIT OIKEUDEN PÄÄTÖKSISSÄ	49
6.1 Aineiston analysointi prosessina	49
6.2 Ihmisoikeusdiskurssi	51
6.3 Auktoriteettidiskurssi	53
6.4 Historiallisuuden merkitys diskursseihin ja hallinnallisuuden muutos.....	56
6.5 Kategorisoinnin avulla tuotettu subjekti	59
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	63
LÄHTEET	67

TIIVISTELMÄ

HULLUUDEN HALLINTA

Tahdosta riippumatonta psykiatrista hoitoa koskevat päätökset hallinto-oikeudessa

Veera Juntunen

Sosiaalityö

Pro gradu-tutkielma

Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos

Jyväskylän yliopisto

Ohjaaja: Marjo Kuronen

Joulukuu 2016

sivumäärä: 71 sivua

Hallinto-oikeuksilla on merkittävä rooli asiakkaiden ja potilaiden oikeusturvan takaamisessa, sillä viranomaisten toiminnasta on mahdollista valittaa hallinto-oikeuteen. Olen kiinnostunut asiakkaiden oikeuksista ja sen reunaehdoista. Tutkimukseni tehtävänä on selvittää, millaisia diskursseja käytetään hallinto-oikeuksien ratkaisemissa päätöksissä koskien tahdosta riippumatonta psykiatrista hoitoa ja millaisia seurauksia näiden diskurssien käytöllä on päätösten ratkaisun kannalta. Lisäksi tarkastelen millaisia toimijoita päätösten taustalla kerrotaan olevan. Näitä kysymyksiä tarkastelen kriittisen diskurssianalyysin keinoin. Teoria rakentuu hulluuden käsitteen ja foucault'laisen hallintakäsityksen ympärille. Tutkimuksen aineiston muodostaa hallinto-oikeuksien ja lääninoikeuksien julkaistut päätökset vuosilta 1991-2016. Päätöksiä on yhteensä 41 kappaletta.

Olen jäsenellyt ja tulkinnut hallinto-oikeuksien diskurssit ihmisoikeus- ja auktoriteettidiskurssin näkökulmasta. Ihmisoikeusdiskurssi on näistä uudempi diskurssi päätöksissä. Ihmisoikeusdiskurssissa olennaista oli vetoaminen ihmis- ja perusoikeuksiin sekä ihmisoikeusmyönteinen laintulkinta. Auktoriteettidiskurssissa puolestaan vedottiin lääkärin asemaan ja ammattitaitoon. Vanhemmissa päätöksissä ihmisoikeusdiskurssia ei juuri esiinny, sen sijaan auktoriteettidiskurssi on myös viimeaikaisissa päätöksissä yleistä. Pidemmälle meneviä johtopäätöksiä ja tulkintoja diskurssien vaikutuksista päätösten lopputuloksiin on kuitenkin vaikea tehdä.

Päätöksissä potilaan rooliksi asettuu lähinnä objektin rooli. Hänen puolestaan päätetään ja hänelle tehdään toimenpiteitä. Subjektina hänelle asettuu lähinnä sellainen rooli, minkä sairaala ja hallinto-oikeus hänelle sallivat. Sen sijaan aktiivisia toimijoita ratkaisuisissa ovat lääkärit, jotka aineistossa päättävät, tutkivat, tapaavat ja laativat.

Avainsanat: pakkohoito, mielenterveysongelmat, itsemäärääminen, hallinta, hallinto-oikeudet

1 JOHDANTO

Hulluus - tai mielenterveyden ongelmat, kuten asia tänä päivänä korrektisti ilmaistaisiin - on kiinnostanut ihmisiä aina. Kiinnostavaksi sen on varmaankin tehnyt poikkeavuuden ja normaalin välinen rajanveto, joka ei ole ollut ihan selvä. Yhteiskunnallinen ilmapiiri on pyrkinyt lokeroimaan hulluuden niin synniksi, rikokseksi kuin sairaudeksikin.

Selitysmallit ovat vaihdelleet, samoin tautiluokitukset sen jälkeen, kun hulluutta alettiin pitää lääketieteellisenä ongelmana. Tarpeeksi suuret poikkeamat normaalista on nähty uhkaksi sosiaaliselle järjestykselle ja näin ollen tällaiset poikkeavat ihmiset on pyritty sulkemaan ulos yhteiskunnasta eri keinoin.

Myös kaunokirjallisuudessa ja elokuvissa aihetta on käsitelty. Erityisesti monet teokset ovat käsitelleet potilaiden elämää laitoksissa ja sekä hulluuden ja niin sanotun normaaliuden välistä suhdetta. Näistä teoksista varmaankin Ken Kenseyn kirjaan perustuva Milos Formanin ohjaama elokuva Yksi lensi yli käenpesän, on tunnetuin. Kirjassa päähenkilö, Randall McMurphy, tutustuu toisiin asukkaisiin ja hänelle selviää, ettei eräs asukkaista, Päällikkö, ole lainkaan mielisairas ja yrittää paeta tämän kanssa.

Laitoshoito on vuosien varrella muuttunut merkittävästi myös Suomessa. Vuoden 1952 mielisairaslain seurauksena laitospaikat kaksinkertaistuivat ensimmäisen 15 vuoden aikana ja pysyivät ennallaan seuraavat 15 vuotta (Salokangas ym. 2000, 3). 1980-luvun alussa laitospaikkoja oli yli 4 1000 asukasta kohden. 1980-luvulla laitospaikat vähenivät voimakkaasti, lopulta vain kolmannes laitospaikoista säilyi. Taustalla oli 1978 voimaan tullut mielisairaslain osittaisuudistus, Lääkintöhallituksen työryhmän mietintö (1977), Mielenterveystyön komitean mietintö (1984) ja valtakunnallinen skitsofreniaprojekti (1981-1987). Muutosta perusteltiin avohoidon ensisijaisuudella ja ennen kaikkea skitsofreniapotilaiden avohoitoa alettiin kehittää. (Salokangas ym. 2000, 15-16.)

Avohoidon nähtiin olevan potilaan hoidon kannalta parempi vaihtoehto kuin sairaalahoidon. Avohoito on paitsi laitoshoitoa halvempaa, laitostaa myös vähemmän potilaita. Ennen kaikkea tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen edellytyksiä tiukennettiin mielisairaslain osittaisuudistuksessa 1978. Siihen tarvittiin nyt aikuisten osalta mielisairausdiagnoosi, käytännössä edellytettiin psykoosia (Isohanni ym. 1992, 148).

Tahdosta riippumattoman hoidon nähtiin olevan merkittävä puuttuminen ihmisen itsemääräämisoikeuteen ja täten viimesijainen puuttumiskeino.

Vuonna 2013 lähetteitä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon tehtiin Suomessa 8339 kappaletta, joka oli 29 prosenttia kaikista potilaista. Määrä on ollut melko tasaisesti laskeva koko 2000-luvun, esimerkiksi vielä vuonna 2005 lähetteitä oli 11349. Määrä onkin laskenut 27 prosenttia. (Rainio ja Rätty 2015, 10). Tahdosta riippumatonta hoitoa on pyritty tietoisesti vähentämään siihen liittyvien ihmisoikeuskysymysten takia. Myös tahdosta riippumattoman hoidon tuloksellisuutta on kritisoitu (Dishet ja Høglend 2011, Spandler ja Calton 2009).

Tiivistettynä voitaisiin sanoa, että aiheeni käsittelee sosiaalista ja oikeudellista dilemmaa, jossa perusoikeudet ovat ristiriidassa keskenään ja eri osapuolilla on tilanteeseen erilaiset näkemykset. Omaisten hätä on suuri ja monesti he saattavat toivoa terveydenhuollon ja sairaalan pitävän potilaasta kiinni, vaikka vastoin hänen omaa tahtoaan. He saattavat tuntea itsensä avuttomiksi ja neuvottomiksi potilaan kanssa. Potilailla on kuitenkin myös itsemääräämisoikeus näissäkin tilanteissa, ainakin tietyn varauksin, toisaalta heillä on myös oikeus hoitoon. Lisäksi edelleen liian suuret poikkeamat normaalista nähdään myös uhkana sosiaaliselle järjestykselle, joten myös esimerkiksi naapurit ja muut ns. ”ulkopuoliset” saattavat haluta potilaan laitokseen. Terveydenhuollon ammattilaiset ovatkin melkoisessa ristipaineessa, kenen ääntä kuunnella ja millä perusteella.

Aineistoa kerätessäni ja aiheeseen perehtyessäni olin kiinnostunut erilaisten professioiden ja asiakkaan välisistä valtasuhteista päätösten taustalla. Millaisiin ratkaisuihin hallinto-oikeudet päätyvät tahdosta riippumattomasta hoidosta ratkaistaessa? Millaiset argumentit vaikuttavat päätöksenteon tukena? Entä millaisia professioiden ääniä päätöksenteossa kuuluu? Entä kuuluuko asiakkaan ääntä? Olen kiinnostunut tarkastelemaan oikeudellista päätöksentekoa kriittisestä yhteiskuntatieteellisestä näkökulmasta käsin.

Tutkimukseni käsittelee hallinto-oikeuksien ratkaisuja tahdosta riippumattomasta hoidosta. Aineistonani on vuosien 1991-2016 hallinto-oikeuksien julkaisemat päätökset koskien tahdosta riippumatonta hoitoa. Aiheeni käsittelee heikoimmassa yhteiskunnallisessa asemassa olevien oikeuksia ja on siksi kiinnostava kysymys myös sosiaalityön kannalta, vaikka ensi näkemältä voisi ajatella, ettei aiheella ole kosketuspintaa sosiaalityöhön.

Mielenkiintoista kuitenkin on se, ovatko ihmisoikeudet todella kaikille yhtenevät vai onko yhä olemassa joukko ihmisiä, jotka halutaan sulkea ulos yhteiskunnasta?

Lastensuojelussa tehdään myös tahdosta riippumattomia päätöksiä, lasten kiireellisiä sijoituksia ja huostaanottoja (lastensuojelulain luvut 8 ja 9). Mikäli 12 vuotta täyttänyt lapsi tai hänen vanhempansa vastustavat huostaanottoa, huostaanotosta päättää hallinto-oikeus (lastensuojelulaki 43§). Tältä osin sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö ei ole täysin yhtenäinen, sillä tahdosta riippumattomasta hoidosta psykiatrisesta hoidosta päättävät lääkärit, potilaalla on kuitenkin ainakin teoriassa mahdollista valittaa päätöksestä hallinto-oikeuteen. Onko siis lääkäreiden auktoriteetti suurempi kuin sosiaalityöntekijöiden? Vai onko syynä se, että kyseessä on lapsen asiasta päättäminen?

Seuraavassa luvussa käsitelen aiheen yhteiskunnallista tilannetta, eli kontekstia, jossa tahdosta riippumattomasta hoidosta päätetään. Luvussa kolme ja neljä käsittelevät teoriataustaa, josta aihetta tarkastelen. Luku kolme muodostuu historiallisista näkökulmista ja antipsykiatrisen liikkeen noususta. Luvussa neljä käsitelen puolestani Foucault'n ajatuksia vallasta sekä hallinnan keinoja vallankäytön tukena. Luvussa viisi käsitelen niin aiheeseen liittyviä eettisiä kysymyksiä kuin kriittistä diskurssianalyysiäkin, jonka olen ottanut tutkimusmenetelmäksi. Luku kuusi on puolestaan tulosluku, pohdin millaisia hegemonisia diskursseja aineistosta löytyy, miten päätösten tekemisen ajankohta tai kategorisoinnit vaikuttavat päätöksiin. Luvussa seitsemän teen yhteenvetoa ja pohdin tutkielman johtopäätöksiä.

2 TAHDOSTA RIIPPUMATONTA HOITOA KOSKEVAT PÄÄTÖKSET HALLINTO-OIKEUDESSA

Tässä luvussa tarkastelen tutkimukseni kontekstia, joita ovat tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen perusteet sekä potilaan oikeusturva ja valitusmahdollisuudet päätöksistä. Merja Laitisen mukaan kontekstilla tarkoitetaan tutkimusilmiön suhdetta johonkin eli sen taustan ja paikan hahmottamista (Laitinen 2010, 44). Siinä käydään vuoropuhelua tutkimuksen taustojen ja oman tutkimusprosessin kesken (Laitinen 2010, 59). Olen tutkielmassani kiinnostunut mielenterveydellisistä syistä toteutetusta tahdosta riippumattomasta hoidosta ja ennen kaikkea siitä tehdyistä hallinto-oikeuden päätöksistä. Lähestyn aineistoani konstruktivistisesti. Tässä esittelen enemmänkin instituutioita ja niiden muodollisia ehtoja, joissa tahdosta riippumattomasta hoidosta päätetään, sillä sitä ei voi konstruktivistisesta tulokulmasta huolimatta ohittaa.

2.1 Tahdosta riippumaton hoito

Tahdosta riippumattomaan hoitoon voidaan Suomessa määrätä vain tiettyjen erityislakien pohjalta. Näitä erityislakeja ovat mielenterveyslaki, laki kehitysvammaisten erityishuollosta, tartuntatautilaki sekä päihdehuoltolaki. Päihdehuoltolakiin kirjattua tahdosta riippumatonta hoitoa toteutetaan kuitenkin harvoin, sillä täysi-ikäisen potilaan täytyy olla psykoottinen, sekä vaaraksi itselleen tai muille, jotta hänet voidaan päihdeistä aiheutuvasta syystä määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon. Tässä tilanteessa siis myös mielenterveyslakiin kirjattu tahdosta riippumaton hoito tulee sovellettavaksi. Alaikäisten päihdeongelmaisten kohdalla ei kuitenkaan vaadita psykoottisuutta, mutta heidän osaltaan usein lastensuojelun toimenpiteet, avohuollon sijoitus ja huostaanotto, ovat yleisimmät toimintatavat. (Huttunen 2015).

Psykiatristen potilaiden tahdosta riippumatonta hoitoa käsittelee mielenterveyslaki (1116/1990). Tämän lisäksi tahdosta riippumatonta hoitoa voidaan määrätä tartuntatautilain eristämissäännösten (583/1986, Narikka 2006, 60) sekä lain kehitysvammaisten erityishuollosta (519/1977, 33§) nojalla. Lain kehitysvammaisten erityishuollosta perusteella annettavaa tahdosta riippumatonta erityishuoltoa koskevia säännöksiä ollaan kuitenkin tiukentamassa, sillä YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksia

koskevan yleissopimuksen ratifiointi sitä edellyttää (HE 108/2014). Yhdistävänä tekijänä kaikille suomalaisille pakkohoitopäätöksille on kuitenkin tarkat diagnostiset määritelmät. Lääkäri tekee diagnoosin lisäksi myös päätöksen tahdosta riippumattomasta hoidosta. Tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyy suurena yhteiskunnallisena kysymyksenä aina kysymys oikeudesta itsemääräämiseen.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira on ohjeistanut tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämistä seuraavasti: kuka tahansa laillinen lääkäri, myös lääkärin tehtävää tilapäisesti hoitava opiskelija, saa tehdä tarkkailulähetteen (M1-lomake) potilaasta, kun uskoo hoitoon määräämisen edellytysten todennäköisesti olevan olemassa. Virkasuhdetta vaaditaan tarkkailuun ottamisesta päättävältä lääkäriltä. Lääkärin on myös oltava psykiatrisessa toimintayksikössä töissä. Sama lääkäri kirjoittaa myös viimeistään neljäntenä päivänä potilaan tarkkailuun ottamisen jälkeen tarkkailulausunnon (M2-lomake). Lääkärin tulee olla virkasuhteessa ja nimenomaan psykiatrisessa toimintayksikössä töissä, sillä potilaan tahdosta riippumattomaa hoitoa koskevien vaiheiden nähdään olevan merkittävää julkisen vallan käyttöä. Tarkkailulausunto on annettava viimeistään neljäntenä päivänä tarkkailuun ottamisesta ja siinä on otettava kantaa siihen, ovatko perusteet tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämiseen olemassa. (Valvira 9.4.2014.)

Varsinaisesti tahdosta riippumattomasta psykiatrisesta hoitoon määräämisestä (M3-lomake) päättää psykiatrian ylilääkäri tai hänen ollessa estynyt joku muu, tehtävään määrätty, ensisijaisesti psykiatrian erikoislääkäri. Päätös tehdään kirjallisesti samana päivänä tarkkailulausunnon jälkeen ja se tehdään tarkkailulähetteen, tarkkailulausunnon ja sairaskertomuksen pohjalta. Alaikäisiä koskevat päätökset menevät hallinto-oikeuden vahvistettavaksi. (Valvira 9.4.2014.) Alaikäisiä koskevien päätösten alistaminen hallinto-oikeuden vahvistettavaksi tuli mielenterveyslakiin (1116/1990) kuitenkin vasta vuonna 2009 (laki mielenterveyslain muuttamisesta 1066/2009).

Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrätään vuosittain vajaat 8000 täysi-ikäistä henkilöä (7663 henkilöä vuonna 2014). Vuosien 1996-2014 eniten tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättiin noin 10 vuotta sitten, vuosina 2004-2006. Vuonna 2006 tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättiin 10578. Luku on tasaisesti laskenut vuodesta 2006 ja vuonna 2012 päästiin alle 8000 (7802 henkilöä). Myös alaikäisten osalta suhdanne on ollut

laskeva. Kun vuonna 2005 alaikäisiä määrättiin tahdosta riippumattomaan hoitoon 810, on luku pysytellyt vuoden 2011 jälkeen alle 700. (Sotkanet 5.12.2016.) Tahdosta riippumatonta hoitoa on pyritty tietoisesti vähentämään siihen liittyvien ihmisoikeuskysymysten takia. Myös tahdosta riippumattoman hoidon tuloksellisuutta on kritisoitu (Dishet ja Høglend 2011, Spandler ja Calton 2009).

Mielenterveyslaissa (1116/1990) lääkärille annetaan valta päättää tahdosta riippumattomasta hoidosta, mutta sille on määritelty tarkat lääketieteelliset perustelut. Täysi-ikäisen potilaan kohdalla potilaan on oltava mielisairas, hoitamatta jättäminen pahentaisi merkittävästi hänen mielisairauttaan, vaarantaisi hänen omaa tai muiden ihmisten terveyttä tai turvallisuutta ja muut mielenterveyspalvelut ovat riittämättömiä tai eivät sovellu käytettäväksi (mielenterveyslaki 8§ 1116/1990). Lisäksi tahdosta riippumatonta hoitoa voidaan toteuttaa mielenterveyslain mukaan vain sairaalassa, ei avohoitona.

Lönnqvistin, Pylkkäsen ja Moringin (2011, 643) tiivistävät artikkelissaan mielenterveyslain ytimen kolmeen kohtaan. Ensimmäinen lain periaate on kunnioittaa potilaan oikeusturvaa ja itsemääräämisoikeutta. Sitä voidaan rajoittaa vain lailla, potilaan parhaaksi. Toiseksi korostetaan potilaan oikeutta asianmukaiseen hoitoon. Terveyskeskuksen vastaavan lääkärin on sen mukaan toimitettava potilas hoitoon, mikäli hän arvioi, että hoitoon määräämisen edellytykset todennäköisesti täyttyvät potilaan kohdalla. Kolmas kohta on tärkeä hoidon sisällöllisestä näkökulmasta. Se korostaa, että pakko itsessään ei koskaan ole hoitoa ja tahdosta riippumattomaan hoitoon voidaan määrätä vain, jos on olemassa tehokas hoitokeino. Potilaan on oltava myös psykoottinen, jotta pakkoa voidaan soveltaa. Muut häiriöt eivät ole riittäviä oikeuttaakseen pakkokeinoja. Nuorten kohdalla pakkoa voidaan tosin käyttää myös vakavien mielenterveyden häiriöiden hoidossa.

Lönnqvistin, Pylkkäsen ja Moringin artikkelissa (2011) kerrotaan myös, että samanlaista vallankäyttöä ei anneta kaikkialla lääkärille, monissa Euroopan maissa tuomioistuimet päättävät tahdonvastaisesta hoidosta. Myös Suomessa asiaa on pohdittu. Pylkkänen, Eskola ja Hemmi kuvaavat artikkelissaan (2010), että tahdosta riippumaton hoito voi nykyisessä laveassa muodossaan toimia myös sosiaalisen kontrollin välineenä. Avohoidossa tapahtuva pakkolääkitys on mahdollista esimerkiksi Skotlannissa, Ruotsissa, Norjassa,

Italiassa, Irlannissa ja Englannissa. Sitä perusteltiin sillä, että se rajoittaa vähemmän itsemääräämisoikeutta kuin tahdonvastainen laitoshoido. Myös pakkokeinojen käytöstä tahdosta riippumattomassa hoidossa säännellään melko laveasti. Yksityiskohtaista sääntelyä löytyy vain Englannista, Hollannista, Itävallasta, Tanskasta, Ruotsista ja Saksasta (Pylkkänen, Eskola, Hemmi, 2010, 3333).

Myös perusteet tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämiselle vaihtelevat maakohtaisesti. Suomessa on eurooppalaisittain melko tiukka diagnostinen kuvaus siitä, milloin tahdosta riippumattomaan hoitoon voidaan määrätä. Ainoastaan Suomessa ja Tanskassa vaaditaan pääperusteeksi mielisairaus, jotta tahdosta riippumattomaan hoitoon voidaan määrätä. Lavea diagnostinen kuvaus yhdistettynä ehtoon potilaan vaarallisuudesta voi muuttaa psykiatrian sosiaalisen kontrollin välineeksi. (Pylkkänen, Eskola, Hemmi 2010, 3334.)

Päätökset tahdosta riippumattomasta hoidosta Italiassa ja Ranskassa tekevät pormestari ja tuomari yhdessä (Pylkkänen, Eskola, Hemmi 2010, 3334). Tämä eroaa suuresti suomalaisesta mallista, jossa päätökset tehdään vain lääkärin päätöksellä. Monissa maissa myös yhdistellään lääkärin ja juristin ammattitaitoa ja tehdään päätöksiä tuomioistuimissa lääkärin esittelystä.

Suomessa tahdosta riippumattomaan hoitoon voidaan määrätä kolmeksi kuukaudeksi kerrallaan. Ihmisoikeuskysymys ei ole syntynyt niinkään tästä ensimmäisestä hoitoon määräämisestä. Sen jatkaminen on kuitenkin joissain tapauksissa ollut ongelmallisempaa. Päätöksen voi tehdä yksin sairaalan oma lääkäri, jos tulkitaan, ettei potilas ole halunnut ulkopuolisen lääkärin arviota. Kuitenkin vuodesta 2014 lähtien potilaalle on tullut tarjota mahdollisuutta saada sairaalan ulkopuolinen arvio (mielenterveyslaki 12a§ 1116/1990).

2.2 Oikeusturva ja valitusoikeus

Oikeusturvalla tarkoitetaan kansalaisen suojelemista mielivaltaiselta vallankäytöltä. Laajassa mielessä sen läheistermejä on myös oikeudenmukaisuus, oikeussuoja ja oikeusvarmuus (Nuotio 1999). Päätöksenteon on oltava luotettavaa ja perusteltua.

Perustuslaissa oikeusturva määritellään jokaisen oikeutena saada asiansa käsiteltyksi ”asianmukaisesti ja ilman aiheetonta viivytystä” (perustuslaki 731/1999, 21§) joko tuomioistuimessa tai muussa viranomaisessa. Tällaisiksi viranomaisiksi on laskettavissa myös sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaiset. Lisäksi pykälässä säädetään jälkikäteisistä oikeusturvakeinoista: yksilöä koskevan päätöksen saattamisesta tuomioistuimen tai muun riippumattoman lainkäyttöelimen käsiteltäväksi. Tarkemmin hyvästä hallinnosta säädetään hallintolaissa (434/2003). Oikeusturva rakentuu siis kaikissa asiakkuuden vaiheissa sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Asianmukainen ja ilman aiheetonta viivytystä tapahtuva asian käsittely on prosessin oikeusturvaa, mutta se ei aina riitä. Jälkikäteisiä oikeusturvakeinoja ovat muistutus, oikaisu ja muutoksenhaku valittamalla sekä hallintokantelu. Muistutus on ehkä helpoin tie pyrkiä muuttamaan kokemaansa vääryyttä. Sille ei ole varsinaisia muotovaatimuksia ja sen ei tarvitse koskea päätöstä vaan valittaa voi esimerkiksi saamastaan kohtelusta. Muistutus ohjataan suoraan sille viranomaiselle, jonka toimintaan ollaan tyytymättömiä. Muistutukseen vastaa yleensä johtava viranhaltija kirjallisesti. Viranomaisen on siis mahdollista itse korjata omaa toimintatapaansa. Muistutuskin kuitenkin suositellaan tekemään kirjallisena. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 23§, laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 10§.)

Oikaisu ja muutoksenhaku valittamalla koskevat puolestaan jo saatuja päätöksiä. Joissain tapauksissa ennen varsinaista muutoksenhakua viranomainen saattaa pyytää asianosaiselta oikaisua. Tällaisen päätösten mukana tulevat ohjeet, kuinka oikaisu tehdään, mikäli päätöksessä on asiakkaan mielestä jotain korjattavaa. (Hallintolaki 434/2003, 46§). Tämä on siis yhä kunnan sisällä tapahtuvaa toimintaa ja antaa mahdollisuuden korjata toimintatapaa ennen hallinto-oikeuteen menemistä. Terveydenhuollossa oikaisu ja muutoksenhaku ovat vähäisempää, sillä toiminta on lähinnä tosiasiallista hallintotoimintaa, joka ei perustu päätöksiin.

Tahdosta riippumattomasta hoidosta kuitenkin tehdään aina päätös ja siitä on mahdollista valittaa 14 päivän kuluessa (mielenterveyslaki 1116/1990, 24§). Tämä varsinainen muutoksenhaku, valitus, tapahtuu hallinto-oikeudessa. Toisinaan valitusluvan hallinto-oikeuden päätöksestä voi saada vielä korkeimpaan hallinto-oikeuteen asti (hallintolainkäyttölaki, 586/1996, 9§). Hallintokantelu puolestaan tehdään viranomaisen

toimintaa valvovalle viranomaiselle (hallintolaki, 434/2003, 53a§). Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita valvoo aluehallintovirasto (AVI). Valituksen johdosta valvova viranomainen ryhtyy niihin toimenpiteisiin, jotka se katsoo tarpeelliseksi ja mikäli toimenpiteille ei ole aihetta, tulee tämä kertoa kantelun tekijälle ilman viivytystä (hallintolaki 434/2003, 53b§).

Mielenkiintoista on kuitenkin myös se, millaiset tosiasialliset valittamismahdollisuudet psykiatrisilla potilailla on. Päätöksen mukana tulee ohjeet siitä, minne päätöksestä voi valittaa. Kuitenkin valitusprosessi on raskas ja potilaalla ei välttämättä ole siihen voimavaroja. Erityisesti tilanne on hankala silloin, jos potilas valittaa tahdosta riippumattoman hoidon jatkumisesta. Tällöin puhutaan tilanteesta, jossa potilas on jo valittamishetkellä suljettuna laitokseen vastoin oma tahtoaan. Aiemmin potilaalla ei käytännössä ollut mahdollisuutta saada hoidon jatkamisen ehtojen täyttymistä arvioitavaksi tuomioistuimessa ennen kuin enimmäisaika täyttyy. Vuonna 2014 mielenterveyslakiin lisättiin kohta, jossa asiakkaalle annetaan mahdollisuus arviointiin jo aiemmin (mielenterveyslaki 1116/1990, 12d§).

Lainsäädännöllä on keskeinen rooli yhtäläisten toimintaedellytysten takaamisessa. Tahdosta riippumattomasta hoidosta on säädettävä tarkasti ja sen muotomääräysten noudattamista on seurattava tarkasti. EU-maiden lainsäädännöt kuitenkin poikkeavat keskenään siitä, millä perusteiden tahdosta riippumattomaan hoitoon voidaan määrätä sekä millaiset potilaan oikeudet ovat siinä tilanteessa. Salizen raportissa vuonna 2002 listattiin erilaisia käytäntöjä EU-maiden välillä, kun potilaan tahdosta riippumattomasta hoidosta päätettiin. Silloin Suomessa ei ollut ilmoitusvelvollisuutta potilaan tahdosta riippumattomasta hoidosta millekään taholle, potilaan lailliselle edustajalle tai omaisille. Sama käytäntö oli ainoastaan Italiassa ja Kreikassa. Myöskään ilmaista oikeusapua ei ollut potilaalle tarjolla tai selvää ohjeistusta potilaan oikeuksista tilanteessa, esimerkiksi mahdollisuudesta kieltäytyä tietyistä hoitotoimenpiteistä. Sen sijaan valitusoikeus päätöksestä potilaalla oli. (Salize, Dressing, Peitz, 2002, 35-38.)

Japanissa psykiatrista sairaalahoitoa toteutetaan enemmän kuin länsimaissa. Vuonna 2011 Japanissa sairaalahoidossa mielenterveyssyistä oli kolme miljoonaa potilasta. Toda ym. toteuttivat Japanissa tutkimuksen psykiatristen sairaanhoitajien potilaiden asianajosta (advocacy). Siinä psykiatriset sairaanhoitajat kertoivat kohtaamistaan ristiriidoista

puolustaessaan potilaidensa oikeuksia (em. 2015). Ristiriidoiksi ilmenivät omaisten huoli potilaan hengestä ja turvallisuudesta, toisten terveydenhuollon ammattilaisten tekemät päätökset potilaiden itsemääräämisoikeuden rajoituksista, potilaiden saama somaattinen hoito, kun heillä oli todettu mielenterveysongelmia, potilaan tai perheen viivyttely potilaan itsemääräämisoikeuksien lisäämiseksi sekä potilaiden vapauden rajoittaminen ja epäasiallinen hoito (em, 2015, 769-772). Tutkimuksessa huomattiin, että potilaat olivat usein tietämättömiä omista oikeuksistaan ja siitä, että niitä rikottiin (Toda ym. 2015, 775.)

2.3 Itsemäärääminen

Tahdosta riippumaton hoito liikkuu vapausoikeuksien ja TSS-oikeuksien rajapinnalla. Suomen perustuslain (731/1999) 7§ säätelee oikeudesta elämään, henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen, siinä kielletään kidutus ja vapaudenriisto. 19§:ssä puolestaan säädetään oikeudesta sosiaaliturvaan. Sosiaaliturvaan lasketaan sisältyväksi myös jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja julkiselle vallalle annetaan vastuu edistää väestön terveyttä.

Petteri Niemi pohtii artikkelissaan Minä itse ja sen määrääminen (2011) itsemääräämisoikeutta. Hän kysyy, onko itsemääräämisoikeudessa asteita ja millaiset reunaehdot annamme itsemääräämisoikeudelle. Hänen mukaansa hyvän elämän sisältökysymykset jäävät jokaisen omaan harkintaan, mutta sille on annettavissa jonkinlaiset objektiiviset reunaehdot. Ainoastaan näiltä osin objektiivis-rationaalinen itsemääräämisoikeuden teoria voi edes säännellä hyvää elämää.

Niemi esittää artikkelissaan esimerkin mielenterveysongelmista kärsivästä, vaikeasti päihderiippuvaisesta, raskaana olevasta naisesta, joka väittää, ettei tarvitse hoitoa. Niemen mukaan tällaisessa tapauksessa pakkohoito palvelisi parhaiten asiakkaan itsemääräämisoikeutta, mikäli sen avulla todella pystyttäisiin palauttamaan asiakkaan itsemääräämisen edellytykset ennalleen. (Niemi 2011, 185). Tämän kaltaisen tapauksen Niemi näkee siis hyvän elämän objektiivisten reunaehtojen rikkoutumisena. Tällaisessa tilanteessa hänen mukaansa asiakkaan todellista itsemääräämisoikeutta kunnioittaakseen työntekijöiden on puollettava pakkohoitoa. Niemen näkemys korostaa vapausoikeuksien sijasta TSS-oikeuksia.

Myös hoitoetiikassa yhtenä keskeisimmistä asioista on hoitamisen velvoite, tämä voi olla toisinaan ristiriidassa itsemääräämisen kanssa. Kun henkilön itsemääräämiseen puututaan tavalla, jolla pyritään suojelemaan hänen etujaan, kutsutaan sitä paternalismiksi.

Paternalismia usein oikeutetaan sillä, että silloin puuttumatta jättämisen haitat olisivat suuremmat kuin puuttumisen haitat. Tämä on niin kutsuttua heikkoa paternalismia, sillä edellytyksenä on kuitenkin, että joku arvioi, ettei potilas itse ole täysin kykenevä tekemään päätöstä hoidosta itse (Pietarinen 1995, 45-46).

Entä miten tahdosta riippumattoman hoidon erilaiset hoitotoimenpiteet, kuten eristäminen, perustellaan? Sitä usein tarkastellaan paternalistisesta näkökulmasta, eli ettei potilas ymmärrä tilanteessa omaa parastaan, jonka vuoksi niin menetellään. Potilaiden kokemus on kuitenkin ollut, että eristämistä käytetty myös rangaistuksena tai kontrollin välineenä. Potilaat myös raportoivat henkilökunnan taholta tullutta epäasiallista käytöstä heitä kohtaan heidän hoidossa ollessaan. Osin he myös vaikenivat kokemistaan epäkohdista vedoten siihen, ettei niistä saa puhua. (Salo 2010, 47-50.)

Vuodesta 2001 lähtien on tehty erilaisia selvityksiä koskien esimerkiksi mielenterveyspotilaiden itsemääräämisoikeutta ja lakimuutoksia on tehty. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriössä on kuitenkin katsottu, että oma lainsäädäntömme ei ole kansainvälisten sopimusten suhteen ajan tasalla. Esimerkiksi vuonna 2008 Suomi sai huomautuksia Euroopan neuvoston kidutuksen vastaisen komitean selonteossa (2009). Siinä kiinnitettiin erityisesti huomiota tahdosta riippumattomaan hoidon oikeusturvakeinojen lainsäädännön kehittämiseen. Osa havaituista puutteista on havaittu selonteon mukaan jo 1998 (2009, 52).

Myös Euroopan ihmisoikeustuomioistuimien (EIT) on antanut Suomelle langettavan tuomion 2012 tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan potilaan oikeusturvan liian heikosta tasosta Suomessa (EIT, 3.7.2012). Keskitynkään analyysissäni potilaan asemaan ja hänen mahdollisuuksiinsa käyttää valtaa – ja ennen kaikkea saada oikeudenmukaista kohtelua viranomaisilta. Vaikka pakkohoidon nähtäisiinkin joissain tapauksissa olevan täysin perusteltu päätös, on kuitenkin erittäin keskeistä muistaa huolehtia asiakkaan oikeusturvakeinoista tällaisissa tilanteissa. Myös päätöksenteon muotoseikat ovat keskeisiä, sillä ne määrittävät päättäjän ja päätöksen kohteen todellisia valtasuhteita.

Ottamatta kantaa siihen, ovatko tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen syyt täytyneet, ovat päätösten muotoseikat keskeisiä. Esimerkiksi sellaiset seikat vaikuttavat, kuin kuka päättää, millaiset valta-asetelmat päättäjällä ja päätöksen kohteella on päätösprosessissa ja onko päätöksen kohteena olevalla todellisia resursseja valittaa päätöksestä. Tiedosta on myös tullut valtaa ja psykiatrian erikoislääkärin ja potilaan tietotasero voi olla mittava. Lohiniva-Kerkelän mukaan lain potilaan asemasta ja oikeuksista pykälän kuusi (6§ potilaan itsemääräämisoikeus) on tältä osin vaikeaselkoinen ja tulkinnanvarainen (Lohiniva-Kerkelä 2007, 134). Päätöksenteon tekeminen vaatii tuekseen tietoa vaihtoehtoista. Kyseenalaista on myös, mikäli potilaan kykyä tehdä päätöksiä hoidossaan ei katsota tapauskohtaisesti, vaikka hänellä olisikin diagnosoitu mielenterveyden häiriö.

3 HULLUUDEN MÄÄRITELMIÄ

3.1 Hulluus historian saatossa

Hulluista puhuminen ei ole enää tänä päivänä korrektia, mutta käytän tässä yhteydessä käsitettä. Monet korrekkeista ilmaisuista, kuten mielenterveyspotilas, ovat lääketieteellisiä termejä. Hulluuden on nähty käsitteenä olevan lääketieteellistä selitysmallia laajempi. Käsitteen supistumista ainoastaan lääketieteellisten selitysmallien alle on myös kritisoitu ja sosiaalisia selitysmalleja hulluudelle on annettu (Scheff 2012). Historiallisessa mielessä hulluus ei aina myöskään ole ollut lääketieteellisesti selitetty, vaan se saatettiin nähdä esimerkiksi yliluonnollisena tai jumalan aikaansaannoksena.

Hulluksi määritellään ihminen, joka poikkeaa käytökseltään keskimääräisestä niin paljon, etteivät kulttuurisen normaalin rajat sitä salli (Pietikäinen, 2013, 12). Eri aikoina hulluksi nimetyt saattoivat saada myös erilaisia lääketieteellisiä tai juridisia seuraamuksia, joiden mukaan hulluksi määrittelemistä on saatettu vältellä. Pietikäisen tulokulma ihmisen käyttäytymiseen on tilannesidonnainen eli yksilön käyttäytymiseen vaikuttaa hänen perimänsä lisäksi myös ne merkittävät ihmiset, joiden kanssa hän viettää paljon aikaa ja joihin hänellä on tunneside. (Pietikäinen 2013, 15-16.)

Hulluuden syitä on yritetty selvittää yhtä pitkään kuin hulluutta on määritelty. Onko hulluus henkistä, fyysistä vai aiheuttavatko elämän vastoinkäymiset, sosiaaliset ongelmat, hulluutta? Onko hulluus geneettistä tai periytyvää? Vaikka hulluutta on määritelty erilaisiin kategorioihin, ei hulluuden syitä ole pystytty vieläkään määrittämään aukottomasti. Hulluuden nimeäminen ja kategorisointi on lähinnä rauhoittanut ja auttanut ymmärtämään poikkeavaa ja häiritsevää käytöstä. (Gomory, Cohen & Kirk 2013, 120-122.)

Lääketieteen selitysmallit hulluuden määrittelyssä löivät läpi 1800-luvun alussa. Sitä ennen muun muassa kreikkalaisessa mytologiassa hulluus oli jotain ulkopuolista, joka tapahtui ihmiselle, useimmiten syynä oli jumalten ja paholaisten väliintulo, eräänlaisen ”pahan hengen” seurauksena (Pietikäinen 2013, 26-27). Hippokraattinen lääketiede puolestaan syntyi 400-300-luvuilla ennen ajanlaskun alkua. Silloin hulluus alkoi näyttäytyä elämännesteiden epätasapainona kuten muutkin sairaudet. Hoitona käytettiin muun muassa

kuppausta sekä erilaisia yrtejä, ruokavalion muutoksia sekä kuumia ja kylmiä kylpyjä, joiden ajateltiin vaikuttavan nesteiden tasapainoon. (Pietikäinen 2013, 27-28.) Nämä kaksi selitysmallia elivät rinnakkain, jolloin yliluonnollinen, yläluokan hulluus, näyttäytyi tavoiteltavana ja arvokkaana, kun taas rahvaiden inhimillistä hulluutta hoidettiin muun muassa ruoskinnalla ja nälkään näännyttämisellä (Pietikäinen 2013, 30-31).

Hulluuden hoitoon ja näkemykseen hullusta on siis vaikuttanut tämän sosiaalinen asema. Vähemmän arvostettuja potilaita hoidettiin rankaisemalla ja eristämällä, kun taas yhteiskunnassa ylemmällä tasolla olevia hoidettiin paremmin. Myös tietynlainen poikkeava käyttäytyminen oli sallitumpaa ja hyväksytympää kuin toisenlainen poikkeava käytös. Missä määrin tällainen ilmiö on olemassa myös tänä päivänä? Milloin eristäminen on sallittua? Entä kuinka valittamiseen suhtaudutaan?

1800-luvun alussa psykiatria alkoi hallita hulluuden määritelmää (Pietikäinen 2013, 69). Perinteisten kehoon kohdistuneiden hoitomuotojen rinnalle Phillippe Pinel (1745-1826) toi hoitomenetelmän, joka kohdistui potilaan älyyn ja tunteisiin, moraalihoidon. Moraalihoidossa oli keskeisintä potilaiden kuunteleminen ja suhtautuminen sen vaatimalla tavalla. Toisinaan se saattoi olla sympatiaa, toisinaan taas potilaan tarinaan mukaan menemistä tai sen kyseenalaistamista (Pietikäinen 2013, 74-76). Pinelin mukaan hulluus oli seurausta elämän stressitekijöistä, psyykkisistä ja sosiaalisista ja kutsui näitä hulluuden moraaliseksi syiksi (Feldman, 2012, 12). Pinelin moraalihoido jäi kuitenkin 1800-luvulla varjoon, keskiössä olivat säilömiseen ja kasvattamiseen perustuvat toimet (Pietikäinen 2013, 76).

Mielenterveydellisistä syistä syyntakeettomuudella on pitkä historia. Etienne-Jean Georget ehdotti 1820-luvulla, että monomaniaa sairastava olisi oikeudellisesti syyntakeeton. Ajatus syyntakeettomuudesta mielisairauden perusteella ei ollut uusi, mutta se, että sen arvioimiseen tarvitaan lääkärien asiantuntemusta, oli. (Pietikäinen 2013, 78.) Georget'n ajatuksia alettiin soveltaa tuomioistuimissa Ranskassa 1832, jolloin psykiatrisia todistuksia alettiin antaa tuomioistuimissa. Englannissa puolestaan syyntakeeton pystyi edelleen olemaan vain, jos ei tiennyt tekonsa olevan laitonta sen tekohetkellä. (Donovan 2010, 61-62.) Ranskassa psykiatrisen yhteiskunnallinen asema kuitenkin vakiintui ja tilanne toi oikeudellista vaikutusvaltaa psykiatreille, jota sillä on laajemminkin länsimaissa tänä

päivänä. Lääketieteessä psykiatria ei kuitenkaan vielä ollut onnistunut vakiinnuttamaan asemaansa (Pietikäinen 2013, 79).

1800-luvun lopulla asenteet myös kovenivat kaikenlaisia poikkeavia ihmisryhmiä kohtaan ja heihin kohdistettiin mm. sterilisaatioita, jotta ”rotu pysyisi puhtaana”. Eugeniikan eli rotuhygienian kulta-aikaa oli maailmansotien välinen aika. Puhuttiin positiivisesta ja negatiivisesta rotuhygieniasta, jossa positiivinen oli hyvän perimän suosimista ja lisääntymään kannustamista sekä negatiivinen eroonpääsemistä ”huonosta perimästä”. Eugeniikan perustajana pidetty Francis Galton kannatti edellä mainittua hyvän perimän suosimista, eräänlaista ”ihmisrodun jalostamista”. Hän kuitenkin itsekin hylkäsi ajatuksen lopulta sosiaalisesti mahdottomana. Myöskään ominaisuuksien periytyminen ei ollut niin yksinkertaista kuin hän ajatteli sen mendeliläisittäin olevan. (Pietikäinen 2013, 308-310.) Saksalainen tutkija Ernst Rüdin tutki 1920-luvulla maanisdepressiivisyyden periyymistä. Tutkimus epäonnistui vahvistamaan totena pidetyn periyymisen, joten sitä ei julkaistu kuin vasta 2015. (Köstters ym. 2015.)

Negatiivinen eugeniikka puolestaan kukoisti Yhdysvalloissa. Se ruokki rasismia ja luokkavihaa. Sen mukaan ”kelvottomat” tuli poistaa yhteiskunnasta tai ainakin sterilisoida. Tahdosta riippumattomat sterilisaatiot aloitettiin jo 1800-luvun puolella Gideon Lincecumin ajatusten pohjalta (Largent 2007, 11-12). Lääkärit tukivat lainsäädäntömuutosta pakkosterilisaatioiden sallimiseksi (Largent 2007, 31). Noin 23 500 mielenterveyspotilasta steriloidiin Yhdysvalloissa, laillisesti tai laittomasti. Erityisesti skitsofrenialla ja kaksisuuntaisella mielialahäiriöllä ajateltiin olevan geneettinen tausta. Enemmistö pakkosteriloiduista oli naisia. (Pietikäinen 2013, 310-314.)

Myös Suomessa pakkosterilisoinnit oikeutettiin joiltain osin. Vuonna 1935 lainsäädäntö salli pakkosterilisoinnin muun muassa sillä perusteella, että potilas sairasti skitsofreniaa tai kaksisuuntaista mielialahäiriötä. Näiden nähtiin olevan periytyviä sairauksia. Vuosina 1935-1970 Suomessa sterilisoitiin eugeneettisistä ja sosiaalisista syistä yli 10000 ihmistä. (Hietala 2005, 232-240.)

Hulluus on saanut erilaisia nimikkeitä ja diagnooseja aikasidonnaisesti. Määrittely on auttanut ymmärtämään outoa ja pelottavaakin käytöstä, jolle ei muuten ole ollut selitystä. Hulluuden syyt ovat edelleen melko tuntemattomat (Gomory, Cohen & Kirk, 2013, 121.)

Hysteria oli yksi aikasidonnaisista sairauksista. Antiikissa hysteria oli yksinomaan naisten tauti ja johtui kohdun liikkeistä, 1600-luvulla se alettiin nähdä vähemmän sukupuolisidonnaisena ja hermostuneisuus siihen liitettiin yleisemmin 1800-luvulla. (Pietikäinen 2013, 125-126.) Vaihtuvan diagnosoinnin avulla nimetään edelleen uusia aikasidonnaisia käyttäytymistapoja, jotka eivät täysin sovi siihen kategoriaan, mitä nimitämme terveydeksi. Pietikäinen kutsuu tätä diagnoosien tarttuvuudeksi. Niiden käyttö leviää helposti paitsi lääkäreiden keskuudessa, myös puhekieleen ja arkikäyttöön. Tällaisia kulttuurisidonnaisia diagnooseja on tänä päivänä ADHD, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja depressio. Lisäksi inhimillinen ahdinko alkoi 1800-luvun lopulla saada diagnooseja, kuten stressi, depressio ja erilaiset hermostuneisuuteen viittaavat diagnoosit. (Pietikäinen 2013, 130-131.)

1900-luvun uusia ja popularisoituneita diagnooseja oli muun muassa psykopatia. Psykopatia on mielissämme kytköksissä pahuuteen, rikollisuuteen ja yleiseen piittaamattomuuteen. Psykopatia on luokiteltu persoonallisuushäiriöksi, jonka tunnusmerkkejä on tunteeton, epäsosiaalinen ja impulsiivinen käytös. (Pietikäinen 2013, 243.) Mitä on tämä ”epäsosiaalinen käytös” ja kuka sen määrittää? Psykopatia edusti vahvasti sopeutumattomuutta yhteiskuntaan. Kiinnostavaa on, että psykopaateiksi on eri aikoina luettu erilaisia rikollisia sekä homoseksuaaleja ja prostituoituja (Pietikäinen 2013, 245). Psykopatian määre on siis ollut vahvasti aikasidonnainen.

1800-luvun optimismi psykiatrisen hoidon suhteen alkoi hävitä 1900-luvun alussa (Eghigian, Hornstein 2009, 229). Hoitomenetelmien tavoitteena oli rauhoittaa täyttyvien mielisairaaloiden asukkaita, jotta heihin ei tarvitsisi kohdistaa niin paljoa hoitoresursseja tai heidät voitaisiin jopa palauttaa takaisin kotiin (Pietikäinen 2013, 240-241). Menetelmät olivat välillä myös vaarallisia potilaille, kuten erilaisia shokkihoitoja tai lobotomiaa, mutta lääkäreillä ei ollut parempiakaan menetelmiä käytössä, joten näitä käytettiin potilaiden vastustuksesta huolimatta (Pietikäinen 2013, 210-211).

Lääkehoidon kehittyminen 1900-luvun jälkipuoliskolla toi sellaisia hoitomahdollisuuksia, joita aiemmin ei osattu edes kuvitella. Antihistamiini klooripromatsiinia testattiin vuosina 1954 ja 1955, jolloin sen havaittiin rauhoittavan levottomia potilaita ja muuttavan sekavia selväjärkisemmiksi (Eghigian, Hornstein 2009, 370). Kaikki potilaat eivät kuitenkaan hyötäneet lääkkeestä tai heidän oireensa palasivat myöhemmin. Lääkkeistä oli kuitenkin

apua täysiin mielisairaaloihin, joista potilaita voitiin kotiuttaa tai ainakin heitä oli helpompi hoitaa jatkossa. Lääkkeet alkoivat vähitellen korvata psykoterapiaa hoitomuotona (Pietikäinen 2013, 282).

1960-luvulla havahduttiin lääkkeiden sivuvaikutuksiin ja siihen, että jotkin psyykelääkkeistä aiheuttavat riippuvuutta (Pietikäinen 2013, 290-291). Lisäksi monet lääkkeiden vaikutusten tutkimuksista oli lääketehaiden tekemiä. Cochrane-tutkijat totesivat metatutkimuksessaan 2007, että klooripromatsiinin tehokkuus lyhyellä aikavälillä on yllättävänkin heikko ja vaikuttavuus verrattuna lumelääkkeeseen pienempi kuin on luultu (Pietikäinen 2013, 298). Psykoosilääkkeiden, kehitys on lähes pysähtynyt ja ainoa varteenotettava psykoosilääke on edelleen klooripromatsiini (Carpenter, Davis 2012). Lisäksi lääkityksellä hoidetaan vain oireita, ei paranneta itse sairautta. Psykiatrinen hoito on sittemmin kehittynyt tiiviisti lääkehoidon ympärille. Yhteiskunnan integraatioon pyritään osin ihmisoikeusperustein, osin säästösyin. 1990-luvun laman jälkeen laitospaikkoja leikattiin Suomessa.

3.2 Antipsykiatrisia näkemyksiä ja laitoshoidon kritiikkiä

Suomessa ja maailmalla elettiin radikalisoitumisen aikaa toisen maailmansodan jälkeen 1960-luvulla. Itsenäinen nuoriso muotoutui 1960-luvulla ja popmusiikin merkitys kasvoi. Tyypillistä oli sodanvastaisuus ja erilaiset radikaalit aatteet ja liikkeet. (Miettunen 2009, 48, 58). Muutosta haettiin konservatiivisen 1950-luvun jälkeen kaikille elämän osa-alueille. Muutos oli vahvasti vasemmiston arvoille perustuva, myös koulutusta pidettiin keskeisenä. Vapautumista ja vapauttamista haettiin niin kolonialismista kuin naisten oikeuksien kannalta. Keskustelua on käyty siitä, onko nykyinen keskustelu edelleen samaa radikalisoitumisen jatkumoa, vai onko kyse jo muuttuneesta ja uudesta diskurssista. (Jones & O'Donnell 2010.)

Thomas Szasz kirjoitti 1960-luvun alussa kirjan, *The Age of Madness*, jonka sanoma oli, ettei mielisairautta ollut olemassakaan. Tämä laittoi liikkeelle niin sanotun antipsykiatrisen liikkeen. (Pietikäinen 2013, 381.) Liikkeessä keskeinen ajatus oli, että psykiatria oli sosiaalisen kontrollin muoto, sillä potilaat eivät olleet sairaita vaan heitä pyrittiin hallitsemaan psykiatrian avulla. Thomas Szasz oli psykiatri ja silti ajoi psykiatrian aseman

muuttamista. (Gomory, Cohen, Kirk 2013, 124). Suomessa varsinaista antipsykiatrista liikettä ei ollut, mutta Marraskuun liike otti siitä vaikutteita (Pietikäinen 2013, 386).

Thomas Scheff on yhdysvaltalainen sosiologian professori, joka kehitti hulluuden leimaamisteorian, jonka kritiikki vaikutti Yhdysvalloissa mielenterveyslainsäädännön uudistuksiin. (Pietikäinen 2013, 381-382.) Thomas Scheff on myös kehittänyt sosiaalisia selitysmalleja mielenterveysongelmien synnylle: tunteiden käsittelemättömyys ja kierre, esimerkiksi vihasta tunnettu häpeä, synnyttävät mielenterveysongelmia ja näistä ongelmista Scheffin mukaan pitäisi puhua jollain muulla terminologialla kuin terveydenhuollon sanastolla (Scheff 2012).

Myös poikkeavuuteen ja hulluuteen reagointia hulluuden historioitsijat ovat kritisoineet: se on ollut usein epähuumanaa ja epätieteellistä. Yhdysvaltalainen tutkija, hulluuden historiaa tutkinut, Andrew Scull totesi teoksessaan *The most solitary of afflictions*, 1993, että psykiatrit neuvottelevat hulluuden rajat. Myös sanavalinnat, kuten mielisairaus, pyrkivät muuttamaan erikoisen tai poikkeavan käytöksen, hulluuden, lääketieteellisemmäksi. (Gomory, Cohen & Kirk 2013, 124-126.)

Ranskalainen filosofi Michel Foucault (1926-1984) kirjoitti väitöskirjansa *Histoire de la folie à l'âge classique*. *Folie et déraison*, eli vapaasti suomennettuna *Hulluuden historia klassisella aikakaudella*. *Hulluus ja järjettömyys*, vuonna 1961. Siinä hän esittää, että 1600-luvun puolivälistä 1800-luvun alkuun elettiin aikaa, jolloin poikkeavat yksilöt säilöttiin laitoksiin, erityisesti mielisairaaloihin ja vankiloihin. Tätä on kutsuttu Foucault'n säilöntäteesiksi. (Pietikäinen 2013, 139-140.) Foucault'n mukaan hulluja ja vankeja kohdeltiin samoin, suljettiin laitoksiin pois yhteiskunnasta. Heitä pidettiin yhtä vastuullisina ja tietoisina teoistaan. (Foucault 2006, location 3136/16761.) Foucault'n mukaan hulluutta alettiin arvioida eettisin mittarein. Kyse ei välttämättä ollut järjen menetyksestä, mutta moraalisen toiminnan järkkymisestä. (Foucault 2006, location 3113/16761.)

Foucault näki myös humanimmat ja terapeutisemmat hoitomenetelmät ongelmallisina. Esimerkiksi Pinelin kehittämän moraalihoidon, joka pyrki parantamaan potilaiden elämänhallintaa ja itsehillintää, Foucault näki omanlaisenaan moraalisenä vankeutena (Foucault 2006, location 8370/18761). Foucault koki moraalihoidon pyrkimyksenä olevan

muokata yksilöä takaisin yhteiskuntakelpoiseksi sisäistä ohjausta manipuloimalla. Vallankäyttö muuttui Foucault'n mukaan vain hienovaraisemmaksi.

Iso-britannialaisen hulluuden historioitsijan Roy Porterin (1946-2002) mukaan hulluutta hoidetaan kuin fyysistä sairautta, vaikka se on tosiasiallisesti sosiaalisesti rakennettu. Porter nimesi hulluuden henkilökohtaiseksi häiriöksi, personal disorder. (Gomory, Cohen, Kirk 2013, 128.) Hän viittaa edellä siis siihen, ettei hulluuden syytä edelleenkään tiedetä, eikä mielen ongelmia voida hoitaa kuten somaattisia sairauksia. Roy Porter otti vaikutteita häntä edeltäneistä psykiatrian historioitsijoista, erityisesti Foucault'sta (Andrews 2003, 273).

Toisaalta Porterin mukaan Foucault syyllistyi liialliseen yleistämiseen väitteissään eikä ollut historiallisessa mielessä kovin tarkka (Pietikäinen 2013, 141). Joiltain osin väite piti paikkansa Ranskassa, mutta esimerkiksi Englannissa samanlaista säilömistä ei tuona aikana tapahtunut (Pietikäinen 2013, 141). Jo 1700-luvulla Ranskassakin otettiin terapeuttisempi ote käyttöön mielisairaiden hoidossa (Pietikäinen 2013, 149). Myöskään mielisairaita ei kohdeltu erityisen julmasti. Foucault'n teesi ei ole ehkä historiallisesti paikkaansa pitävä, mutta se keskeisin ansio on siinä, että se haastaa tutkijan pohtimaan kysymystä oman tutkimusasetelmansa kanssa. Tällainen säilöminen nimittäin tapahtui myöhemmin, 1800-1960-luvuilla (Pietikäinen 2013, 141-142).

1900-luvun alkupuolella, eugeniikan kukoistaessa, potilaita kuitenkin säilöttiin sairaaloissa vuosikymmeniä, ettei väestön perimä heikkenisi (Pietikäinen 2013, 347). Osin kyse oli myös sosiaalisten ongelmien ratkaisemisesta säilömisellä. Esimerkiksi yksin elävä nainen saattoi romahtaa vaikeuksien edessä myös henkisesti, kun apua ei saanut tiukassa taloudellisessa tilanteessa. (Pietikäinen 2013, 350.) Lisäksi naisten käytöstä saatettiin pitää aikanaan sopimattomana, jonka vuoksi heidät suljettiin laitokseen (Pietikäinen 2013, 356). Potilaat myös passivoitiin ja laitostettiin, jolloin heistä tuli aloitekyvyttömiä. Oikeuksia heillä ei ollut juurikaan ja paranemisen osoittaminen henkilökunnalle oli vaikeaa. (Pietikäinen 2013, 352-353.)

Sosiologi Ervin Goffman (1922-1982) on vaikuttanut vahvasti tapaamme ymmärtää laitokset. Hän näki mielisairaalat totaalisina instituutioina, jossa ihminen menettää

minuutensa. Goffman tutki 1950-luvulla mielenterveyspotilaiden ja hoitohenkilökunnan välistä suhdetta Bethesdassa (Goffman 1980). Sen seurauksena hän kirjoitti Minuuden riistäjiksi suomennetun teoksensa *Asylums*, joka ilmestyi vuonna 1961. Siinä hän pohtii potilaiden ja muiden laitoksiin vapaaehtoisesti tai vastentahtoisesti menneiden laitostumista sekä potilaiden tai asukkaiden sekä henkilökunnan välistä suhdetta ja vallan jakautumista tässä suhteessa. Goffmanin mukaan laitoksen ”asukin” on opittava uusi rooli tai identiteetti nöyryytyksen kautta, jotta hänen elämänsä alkaa jäsentyä uudelleen (Rantalaiho 2010).

Laitoksen asukkaalle tulee sinne sopiva, auktoriteetille alisteisen rooli ja häntä helposti kohdellaan, kuten elotonta objektia (Goffman 1980, 73). Sairas saa laitoksessa potilaan identiteetin ja hänen elämänsähistoriansa kutistuu sairauskertomukseen. Potilaan hyvää käytöstä mielisairaalassa kannustetaan ja palkitaan, huonoa käytöstä rangaistaan ja tällä ylläpidetään rooleja. Potilaan rooli vaikuttaa myös hänen itseymmärrykseensä, potilas alkaa tulkita epäonnistuneensa ihmisenä, olevansa jotenkin viallinen tai hyödytön. Goffmanin ajatuksilla oli merkittävä vaikutus mielisairaalariformissa 1960- ja 1970-luvuilla Saksassa. (Pietikäinen 2013, 144-145.)

Daniel Rosenhan kokosi 1960-luvulla joukon pseudopotilaita mielisairaaloihin havainnoimaan hoidon arkea. Tuloksena oli, että psykiatrit näkivät potilaat sairaina ja potilaat kadottivat itsensä sairaalassa. Heistä tuli laitoksen asukkaita. Hoitohenkilökunta näki potilaiden toiminnan aina sairauden oireina. Potilaat kohtasivat väkivaltaa ja saivat voimakasta lääkitystä. (Pietikäinen 2013, 388-390.) Rosenhanin koe osoitti antipsykiatristen teoreetikkojen ajatukset tosiksi.

Myös sosiaalisella asemalla on yhteys psyykkiseen sairastavuuteen. Hollingshead ja Redlich huomasivat 1950-luvulla tutkiessaan New Havenin alueen sairastavuutta, että ylemmät sosiaaliluokat sairastuivat neurooseihin ja muihin lievempiin mielenterveyden ongelmiin kuin alemmat yhteiskuntaluokat. Ylemmät luokat saivat myös enemmän hoitoa, myös vähemmän kustannustehokkaita hoitomuotoja kuten psykoterapiaa. Martti Kaila kiinnitti samaan ilmiöön huomionsa 1960-luvulla Suomessa. Markku Ojanen totesi väitöskirjassaan vuonna 1975 nuorten, kouluttamattomien nuorten miesten olevan ylläpidettyinä uusien mielenterveyspotilaiden joukossa ja laitoshoidosta palattuaan he

sopeutuivat huonoiten takaisin yhteiskuntaan. (Pietikäinen 2013, 332-333.) Tilanne on pitkälti sama tänä päivänä.

Ajattelen monien antipsykiatristen näkökulmien haastavan perinteisen lääketieteellisen ajattelun psykiatriasta. Välttämättä kaikkia ajatuksia ei kuitenkaan tule ottaa kirjaimellisesti, enemmän kriittisenä suhtautumisena yleisesti hyväksytyyn ajattelumalliin. Miten tulisi suhtautua mielenterveyspotilaiden tekemiin valituksiin tahdosta riippumattomasta hoidosta? Helposti valitukset näyttäytyvät ”hullun hourailuna”, ainakin laitoksen henkilökunnalle. Hallinto-oikeuksien ratkaisujen tulee kestää kriittistä tarkastelua, jota antipsykiatrinen tulokulma tarjoaa. Seuraavassa esittelen lähemmin Foucault’n näkemyksiä vallasta.

4 HALLINTAVALTA

4.1 Foucault'lainen valta

Michel Foucault käsittelee useassa teoksessaan valtasuhteita laitoksissa. Väitöskirjassaan *Histoire de la folie à l'âge classique. Folie et déraison* vuodelta 1961, Foucault kertoo hulluuden käsitteen ja hoitolaitosten synnystä. Klinikana syntyi julkaistiin ranskaksi 1963 ja se kertoo puolestaan modernin sairaalan synnystä. Tarkkailla ja rangaista julkaistiin ranskaksi vuonna 1975 ja se kertoo kurivallasta. Vankilasta ja kuritushuoneiden astumisesta mukaan kuvaan sekä kurin muutoksesta ruumiin rankaisemisesta mieleen kohdistuvaksi hallinnaksi.

Foucault'n mukaan valta rakentuu vuorovaikutussuhteissa (Jauho 2010, 160). Edes he, jotka ovat laitoksissa ilman omaa tahtoaan, eivät ole täysin vailla määräysvaltaa.

Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen vain tuottaa uudenlaisia vallankäytön tapoja, kun entiset mallit eivät enää sovellu käytettäviksi. Tätä Foucault kutsuu mikrovallaksi. Valta rakentuu tietoisissa ja tiedostamattomissa suhteissa ja nämä suhteet ovat dynaamisia.

Voitaisiin siis ajatella, että esimerkiksi hoidon olosuhteista valittaminen on mikrovallan käyttöä instituutiossa. Foucault puhuu myös biovallasta. Tällä hän tarkoittaa valtaa, jolla on tarkoitus muovata ja ohjailla ihmisiä. (Jauho 2010, 160).

Foucault' vaikutus tutkimuksessa oli pitkään rajoittunut psykiatrian ja lääketieteen alueelle 1960-luvun jälkeen, vaikka voisi ajatella, että teokset käsitelivät valtaa ja väestöjen hallintaa laajemminkin. Suhtautumistavat hulluuteen sekä hulluuden ja normaaliuden välinen rajanveto ovat vaihdelleet aikojen saatossa. Aina kurinpidon tai laitokseen sulkemisen syyt eivät olleet yksin mielenterveydellisiä, vaan esimerkiksi myös moraalisia (Foucault 2006). Foucault'n väitöskirja *Histoire de la folie à l'âge classique. Folie et déraison* käännettiin lyhennettynä englanniksi jo 1960-luvulla. Tarkkailla ja rangaista -teos oli eräänlainen murrospiste, josta Foucault'n valtakäsityksiä lähdettiin soveltamaan myös muille alueille. Kurinpidosta ja rankaisemista kriittisesti tarkasteleva kirja muutti ajatuksia vallasta ja kurinpidosta myös vankilan ulkopuolella. (Miller & Rose 2010, 11-13).

Hallinnalla Foucault tarkoitti toisen toimintaan vaikuttamista, sen ohjaamista tai rajoittamista. Hallinnan analytiikassa vastakkain ovat juridinen valta ja biovalta. Biovallan käsitettä Foucault käyttää ennen kaikkea terveyden tutkimuksen yhteydessä. Biovalta sisältää paitsi hallintaan pohjautuvia yksilöllisiä rangaistusmenetelmiä, niin myös turvallisuuden mekanismeja. (Jauho 2010, 162-163.) Miller ja Rose jatkotyöstivät Foucault'n osin epäselviä hallintakäsityksiä selkeämmiksi jäsennyksiksi, jotka ovat osin jääneet elämään myös Foucault'n jäsennyksinä (Miller & Rose 2010, 24-25).

Turvallisuuden mekanismit ovat väestöllistä hallintaa. Ne kohdistuvat väestöllisiin prosesseihin vaikuttaviin tekijöihin, kuten elintapoihin ja oloihin. Väestö koostuu yksilöistä, joten hallinnalla pyritään vaikuttamaan yksilöihin, mutta etäältä. Hallinnalla säädellään yksilöiden haluja ja tarpeita, jotka ovat monimutkaisia ja yksilötasolla lopulta vaikeasti ennustettavia. Prosessit ja niihin vaikuttavat tekijät kulkevat trendeissä ja niitä on usein myös vaikea ennustaa. Ihmisten tavat vaikuttavat myös turvallisuuden mekanismeihin. Turvallisuuden mekanismeilla pyrittiin normalisoimaan väestöä. (Foucault 2010, 69-80.) Turvallisuuden mekanismit pyrkivätkin parantamaan ennustavuutta ja poistamaan epävarmuutta (Jauho 2010, 163-164). Turvallisuuden mekanismit ovat osa uusliberalistista hyvinvointivaltion hallintaa.

Hallintamentaliteetti puolestaan oli Foucault'n mukaan ”kokonaisuus, joka koostui instituutioista, menetelmistä, analyyseistä ja pohdinnasta sekä laskelmista ja menettelytavoista, joiden myötä kävi mahdolliseksi harjoittaa tätä hyvin erityislaatuista joskin moniaineksista vallan muotoa” (Miller & Rose 2010, 44). Tämä hallintamentaliteetti on havaittavissa myös kaikessa virkamiestyössä ja päätöksenteossa, jotka koostuvat esimerkiksi sosiaalityössä moniäänisesti eri asiantuntijoiden pohdintoina ja näkemyksinä asiakkaiden tilanteesta ja tilanteen parhaasta ratkaisutavasta. Hämmentävän usein viranomaisten näkemys saattaa olla melko yksimielinen, vaikka asiakkaiden näkemykset olisivat ristiriidassa keskenään. Toisaalta eri toimijoilla saattaa olla myös keskenään erilaiset intressit ohjata ja hallita yksilöiden toimintaa. Hallintamentaliteetti rakentuu diskursiivisesti (Miller, Rose 2010, 48). Sanavalinnat ja muut kielelliset keinot vaikuttavat siihen, miten vakuuttavaa päätösten perustelu on ja miten se saavuttaa päämääränsä. Toisaalta sanavalinnat myös vakiintuessaan muuttuvat osaksi konkreettista hallintaa.

Hyvä foucault'lainen tutkimus soveltaa hallinnan analytiikkaa uusiin tutkimuskysymyksiin tarjoten uusia jäsennyksiä tutuiksi tulleille yhteiskunnallisille rakenteille (Jauho 2010, 167). Esimerkiksi, kun puhutaan mielenterveyspalveluista tehdyistä valituksista hallinto-oikeuteen, puhutaan samalla niin juridisesta vallasta kuin biovallastakin. Nykyisissä Pohjoismaisissa mielenterveyspalveluissa on yhä enemmän hallinnan piirteitä kurivallan sijaan. Itsemääräämisoikeuskeskustelu on yhä korostuneempaa, mutta onko asiakkaalla kuitenkin aito oikeus määrätä itse? On tärkeää pohtia sitä, missä menevät itsemääräämisoikeuden rajat. Hallinnan analyysissä kiinnitetään huomiota piileviin hallinnan mekanismeihin, jotka ovat linjassa yhteiskunnallisten pyrkimysten kanssa (Miller, Rose 2010, 43). Ne jäävät helposti huomaamatta jokapäiväisessä tarkastelussa.

4.2 Kurivalta

Foucault'n keskeinen teos kurivallasta puhuttaessa on Tarkkailla ja rangaista (1980). Se rakentuu neljästä osasta, kidutuksesta, rangaistuksesta, kurista ja vankilasta. Teos kertoo vallan muutoksesta. Ruumiillisesta vallasta siirryttiin vähitellen mielen hallintaan ja kidutuksesta on luovuttu. Toisaalta ruumiiseen kohdistuvat vapaudenriisto ja eristäminen ovat edelleen käytössä olevia viimesijaisia vallankäytön keinoja.

Foucault'lle kurivalta tarkoittaa yhtä vallan harjoittamisen tapaa, jossa käytössä on jokin rangaistusmekanismi (Foucault 1980, 241). Sitä voivat käyttää kuriin erikoistuneet laitokset. Nykyisin tätä vallankäytön muotoa harjoittavat lähinnä sellaiset laitokset, joille kuri on keskeinen väline päämäärän saavuttamiseksi. Näin on esimerkiksi mielisairaalassa. Myös esimerkiksi perheessä voidaan käyttää kurivaltaa sisäisten valtamekanismien vahvistamiseksi, joten kurivalta ei yksin rajoitu laitoksiin. (Foucault 1980, 294-295.) Foucault'n mukaan kurivallalla pyrittiin muuttamaan rikolliset ”normaaleiksi kansalaisiksi” subjektivoinnin avulla, vähentää heidän poikkeavuuttaan. Tällä tarkoitettiin siis sitä, että kurin ja rangaistuksen avulla oli tarkoitus saattaa yksilö muuttamaan omaa toimintatapaansa jatkossa. (Alhanen 2007, 103, Foucault 1980, 244).

Kurivallalle Foucault antaa erilaisia sääntöjä. Ensimmäinen sääntö on eristäminen, joka ei kuitenkaan ole välttämätön määre kurivallalle. Toinen määre on alkeellinen lokalisointiperiaate, joka rikkoi joukkoja ja vaikeutti ryhmien muodostumista. Kolmas

määre oli toiminnallisten paikkojen sääntö. Neljänneksi kurivaltaa määrittää mahdollisuus vaihtaa osatekijät keskenään, koska jokainen osa määräytyy sen paikan mukaan, ei sen yksilöllisyyden mukaan. (Foucault 1980, 193-199.) Kurivallassa toimintaa valvottiin kiinteällä päiväjärjestyksellä, tarkemminkin saatettiin valvoa yksittäisten toimintojen ajoitusta. Myös ruumiin kurinalaisuus, niin suhteessa toimintaan kuin esineisiinkin oli tärkeää. Joutilaana ei saanut olla, ajankäyttö oli pyrittävä tehostamaan. (Foucault 1980, 204-213.)

Miten kurivallan noudattamista sitten valvottiin? Sääntöjen noudattamatta jättäminen ja poikkeava käytös aiheuttivat rangaistuksen. Sen tavoitteena oli poikkeavuuden vähentäminen. Myös hyvästä käytöksestä palkittiin, jotta vallankäytön kohteet saataisiin toimimaan toivotulla tavalla. Näin muodostettiin samalla myös arvoasteikoita, joiden häntäpäässä olivat poikkeavasti käyttäytyvät ja kärjessä sääntöjä kuuliaisesti noudattavat. (Foucault 1980, 243-247).

Kurivalta liittyy Foucault'n mukaan totalitaarisiin laitoksiin, vaikka sitä voi olla myös muualla niissä tilanteissa, joihin sisältyy valta-asetelma. Voidaan myös ajatella, että laitosten uhka jollain tapaa kontrolloi toki väestöä myös laajemmin. Kurivallan aikaa seurasi liberalismi ja hallinnan muutos. Siinä oli kyse Foucault'n mukaan vallan eräänlaisesta "itsereflektiosta", jossa vallankäytön oikeutus kyseenalaistettiin (Foucault 1997, 75). Liberalistisen ajattelun mukaan yhteiskunta noudattaa omaa logiikkaansa, joka on tietyllä tapaa kyseenalaistamaton. Tätä logiikkaa valtion tulisi suojella, mutta ei puuttua. Tämä logiikka on pitkälti talouden logiikkaa, mutta myös modernia biopolitiikkaa. (Helén 2010, 32-33.)

Tahdosta riippumatonta hoitoa voidaan tarkastella yhtenä kurivallan piirteistä uusliberalistisella aikakaudella. Siihen sopivat monet Foucault'n kurivallalle antamat piirteet edelleen. Tahdosta riippumaton hoito on eristämistä yhteiskunnan ulkopuolelle, siellä käytetään rangaistuksia silloin, kun yhteisiä pelisääntöjä rikotaan tai ei noudateta päiväjärjestystä. Myös poikkeamien vähentäminen oli yksi keskeisiä kurivallan tavoitteita, johon pyrittiin rangaistuksilla ja palkitsemisilla kasvattamisella (Foucault 1980, 244-245). Ennen kaikkea tämä tulokulma korostuu silloin, kun ihminen määrätään psykiatriseen hoitoon syyntakeettomana vankeusrangaistuksen sijaan. Kuitenkin valtasuhteet ovat tänä

päivänä tahdosta riippumattomasta hoidosta päätettäessä monimutkaisemmat ja niihin yhdistyy kurivallan lisäksi myös modernimpia hallinnan muotoja.

4.3 Uudet hallinnan keinot

Foucault'n mukaan hallinnallisuus alkoi saada uutta muotoa uskonnollisesta sielunpaimennuksesta julkista hallintaa, eli valtiojärkeä, kohti 1500-luvulla. Lisäksi yksityisen, yksilöiden ja perheiden, sisäinen ohjautuminen sai silloin alkunsa. (Foucault 2010, 223-224.) Valtiojärki muotoutui luonnon ja luonnollisuuden vastakohtana ihmisen ja Jumalan hallitseman järjen ympärille. Valtiojärki nimensä mukaisesti pohjautui rationaalisuuden ympärille, samoin moraalin. (Foucault 2010, 229-230.)

Foucault pohti myös talouden vaikutusta valtiojärkeen ja sitä kautta muuttuneeseen väestön hallintaan. Talouden mekanismit olivat Foucault'n mukaan ihmisten yhteiselolle luontaisia tai sellaisena niitä ainakin alettiin tulkita osana hallintaa. Myös tutkittu tieto ja tiede alkoivat olla aiempaa vahvemmin mukana hallinnassa. Lisäksi väestön vapaus ja omalakisuus kasvoivat ja osaltaan vaikuttivat myös hallintaan. Foucault'n mukaan hallinta siis muuttui siltä osin, että näitä luontaisia prosesseja tuli kunnioittaa tai ainakin ottaa huomioon, kun väestöä pyrittiin hallitsemaan. Valtiojärjen väliintulo oli siis aiempaa rajatumpaa ja sen keinot muuttuivat eräänlaisiksi johtamisen keinoiksi, ohjaamiseksi, sallimiseksi, helpottamiseksi ja manipuloimiseksi aiemman sääntelyn sijaan. Foucault'n mukaan vapaudesta tuli tätä kautta osa hallinnallisuutta. (Foucault 2010, 329-334.)

Hallinnan analytiikka on jatkojalostanut Foucault'n genealogista lähestymistapaa valtaan. Se jatkaa siitä, mihin Foucault jäi kirjoittaessaan liberalismista. Hallintaa pohditaan siitä näkökulmasta, miten valta toimii ja miten se vaikuttaa osallisiin. Sen uutta luovat piirteet ovat hallinnan analytiikan kiinnostuksen kohteena. Hallinnan analytiikan keskeisenä käsitteenä on myös valtiojärki. Sillä tarkoitetaan käytännön tasolla vaikuttavaa ”järkeilyä”, sitä miten poliittiset päätökset viime kädessä perustellaan. (Helén 2010, 29-30.) Keskeisiä hallinnan nykyanalytikkoja ovat Nikolas Rose ja Mitchell Dean (Helén 2010, 27).

Valtiojärjen piirteitä ovat moraalisuus, sen pitäminen yleisesti hyväksyttynä totuutena, jolla on oma kielensä ja se on käännettävissä ja käytettävissä myös muissa yhteyksissä

(Helén 2010, 30, Rose 1999, 24-31,47-51). Liberalismia kuvastaa yhtenäisen valtiojärjen häviäminen, se jakautui useiksi erilaisiksi rationalisoinneksi, näistä keskeisimpiä olivat taloudelliset ja sosiaaliset perusteet (Helén 2010, 32). Tämä kuitenkin loi modernin poliittisen järjen paradoksin: valtiovallan tuli olla itseään rajoittavaa, mutta samalla yksilöä suojelevaa, jolloin siitä tulikin ihmiselämää totaalisesti hallitsevaa (Helén 2010, 34).

Biopolitiikka ja turvallisuuden mekanismit muodostavat hallinnan, kurivalta puolestaan antaa eräänlaiset reunaehdot vallalle. Kun koulusta saatu kasvatusta ja muu yhteiskunnan ohjaus ei riitä, viimekädessä kurista vastaa vankila. Näillä pyritään luomaan subjektiiviset edellytykset toimia itsenäisesti yhteiskunnan täysivertaisena jäsenenä. Myös väestön terveydentilasta saaduilla tiedoilla pyritään ohjaamaan uutta hallintaa, joka ei enää perustu mielivaltaan, vaan ajaa väestön hyvinvointia (Miller, Rose 2010, 291.) Yksittäisten henkilöiden hallintamentaliteetin vastaista toimintaa ja muita häiriötiloja alettiin pitää yhteiskunnallisina ongelmina, joihin tarjottiin ratkaisuksi vallanpitäjien näkemyksen mukaiselle oikealle polulle ohjaamista (Miller, Rose 2010, 294).

Turvallisuuden mekanismit ja kurivallan antamat reunaehdot yksin eivät kuitenkaan muodosta hallintaa. Nikolas Rose puhuu kääntämisestä, jolla hän tarkoittaa hallinnan kohteiden ja hallitsemaan pyrkivien tahojen suhteita. Yhteistyön avulla pyritään vaikuttamaan yksilön omaan hallintaan. Esimerkiksi strategioiden tai tautiluokitusten avulla ohjataan eri viranomaisia, sosiaalityöntekijöitä ja lääkäreitä yhteistyön avulla ohjaamaan potilaiden tai asiakkaiden itsehallintaa. Toisaalta myös itsen muovaamisen käytännöt voivat osin olla myös omalakisista ja niillä voi olla mahdollisesti vaikutuksia myös hallinnan keinoihin ja hallitsemaan pyrkiviin tahoihin. Useimmiten hallintaa on kuitenkin tarkasteltu tästä ensin mainitusta näkökulmasta käsin. (Kaisto 2010, 57-59.)

Hallinnan analyytikot tutkivat hankkeita, jotka pyrkivät mitätöimään hyvinvointijärjestelmiä. Näistä hankkeista uusliberalismi on yksi keskeisimmistä. Uusliberalismi nähdään uudenlaisena hallintana ja siitä puhutaan myös edistyneenä liberalismina, jota kuvastaa sosiaalisen hallinnan loppuminen ja riskien ilmestyminen diskursseihin (Helén 2010, 36). Uusliberalistiset hallinnan mekanismit ovat aiempaa näkymättömämpää vaikuttamista yksilöiden toimintaan, siinä helposti korostetaan valinnan mahdollisuutta ja oikeutta määrätä itse. Kuitenkin todellisuudessa senkin taustalla ovat

omanlaisensa hallinnan mekanismit, tavoitteet ja päämäärät, jotka on verhottu valinnan ja vaihtoehtojen taa.

Peter Miller ja Nikolas Rose esittävät teoksessaan ”Miten meitä hallitaan”, että hallinta on paitsi diskursiivista, sillä on myös sellainen muoto, joiden avulla kielelliset käsitteet alkavat muokata todellisuutta. Näitä he kutsuvat hallinnan teknologisiksi muodoiksi. Hallinnan teknologioiden avulla vallankäyttäjät ja päätöksentekijät pyrkivät normalisoimaan omaa toimintaansa ja vaikuttamaan yksilöiden toimintaan saavuttaakseen hyvänä pitämänsä päämäärät. Näitä hallinnan tekniikoita ovat muun muassa poliittiset suuntaviivat ja kansantaloudelliset pyrkimykset, mutta myös erilaiset analyysi- ja arviointimenetelmät sekä erilaisten asiantuntijoiden näkemykset yksilöiden edusta. (Miller, Rose, 2010, 48, 51-52.)

Itsemääräämisoikeus ja ihmisoikeusdiskurssi ovat korostuneet julkista valtaa käytettäessä ja asiakkaiden tai potilaiden asiassa päätöksiä tehdessä. Ennen kaikkea sitä puntaroidaan tarkasti silloin, kun päätöksiä tehdään vastoin potilaan tai asiakkaan tahtoa. Sen toisaalta voidaan ajatella edustavan myös uudenlaista hallintaa ja ajalle tyypillistä yksilöllistymistä. Itsemääräämisoikeuden vastapainona on yksilön vastuu omasta elämästään. Mielenkiintoista on myös se, kuinka paljon itsemääräämisen korostamisessa on kyse lopulta taloudellisista reunaehdoista ja siitä näkemyksestä, että julkista sektoria tulisi kaventaa. Joka tapauksessa hallinnan analytiikan näkökulmasta itsemääräämisoikeusdiskurssissa on ainakin osin kyse eräänlaisesta epäsuorasta hallinnasta.

4.4 Subjektivointi ja objektivointi

Foucault'n näkemys subjektivoinnista ja objektivoinnista haastaa nykyisen ajattelumallin, jossa asiakasta pidetään subjektina omassa asiassaan. Objektivoinnilla Foucault tarkoittaa instituutioiden määrittelyvaltaa, joissa yksilö opastetaan omaksumaan uudenlainen subjektius (Juhila 2009). Alhasen tulkinnan mukaan objektivoinnin ja subjektivoinnin teema lävistää Foucault'n tuotannon. Foucault'lle objektivointi tarkoittaa jonkin asian tai ilmiön muuttamista ajattelun kohteeksi. Subjektivointi puolestaan tarkoittaa ihmisen

subjektuuden muuttamista objektivoinnin avulla. (Alhanen 2007, 21-22.) Tämä liittyy myös hallinnan analytiikkaan valtiojärjen käsitteen kautta.

Liberaali hallinta pyrki etäältä ohjaamaan yksilöiden toimintaa, yleensä epäsuorasti ohjaamalla sen suuntaa, mutta pyrkien olemaan puuttumatta sen omalakisuuheen liikaa (Miller, Rose 2010, 90). Subjektin aseman saa siis ne yksilöt, joiden toiminta on sopusoinnussa näiden hallinnan päämäärien kanssa. Näissä tilanteissa vallankäyttö, subjektivoinnin avulla, on epäsuoraa ja pyrkii siihen, että yksilö käyttää omaa päätösvaltaansa toivotulla tavalla (Miller, Rose 2010, 213). Sen sijaan ne yksilöt, jotka rikkoivat näitä normeja, saavat helpommin objektin aseman ja heihin kohdistuu monenlaisia hallinnan teknologioita aina epäsuorasta vaikuttamispyrkimyksistä laitoksiin sulkemiseen saakka, mikäli antisosiaalinen käytös oli tarpeeksi räikeää.

Esimerkki lienee paikallaan subjektivoinnin ja objektivoinnin selkeyttämiseksi. Vaikka Foucault puhuikin totaalisista laitoksista, voidaan asiaa lähestyä myös sosiaalityön kautta (Juhila 2009). Otetaan vaikka esimerkiksi nuorten syrjäytymisen ehkäiseminen, joka on yksi keskeinen sosiaalipoliittinen agenda tällä hetkellä, johon on yhteistä poliittista tahtotilaa. Sitä voisi siis kutsua eräänlaiseksi valtiojärjeksi tai rationalisoinniksi. Tämä kuitenkin objektivoi yksittäisen nuoren ongelmiseen, hänestä tulee muutoskohde. Kun tämän nuoren kanssa sitten työskennellään sosiaalityössä, häntä pyritään aktivoimaan ja voimaannuttamaan, eli pyritään siis ehkäisemään hänen syrjäytymistään subjektivoimalla hänet.

Sosiaalityön perinteisen ajattelun kannalta tämä lähestymistapa on kuitenkin problemaattinen. Sosiaalityön arvoihin kuuluu asiakkaan autonomisuuden korostaminen, mutta tällainen lähestymistapa tarkoittaa sitä, ettei asiakasta, tai vaikka ”syrjäymisvaarassa olevaa nuorta”, ole olemassakaan asiakasprosessin ulkopuolella. Asiakkuus syntyy objektivoinnin tuloksena. (Juhila 2009, 53.)

Tällainen subjektivoiva valta on kuitenkin todella yleistä sosiaalityössä. Siinä työntekijällä on jokin tavoite, jota kohti pyritään yhdessä asiakkaan kanssa (Juhila 2009, 57). Tätä tavoitetta ei useinkaan ole asiakkaalle auki puhuttu, vaan se on ikään kuin sisään kirjoitettu asiakasprosessissa. Sosiaalityössä onkin siis aina läsnä tuki ja kontrolli, tai ainakin eräänlainen hallinta. Avoimuus auttaa tulemaan toimeen hallinnan kanssa. Silloin

mahdollistuu myös keskustelu siitä, mitkä ominaisuudet ovat oikeasti normaaleja ja tavoiteltavia – ja sellaisia joihin asiakaskin voi sitoutua.

Tahdosta riippumattomasta hoidosta puhuttaessa potilaan kanssa ei ole päästy yhteisymmärrykseen hoidon tarpeesta. Potilas jää tällaisessa tilanteessa helposti objektiksi, jonka puolesta tehdään ja päätetään lain sallimissa puitteissa. Kuitenkin jonkinlaisen, vaikkakin kapean, subjektina toimimisen mahdollisuuden lainsäädäntö myös tarjoaa tässä tilanteessa. Potilaalla on mahdollisuus valittaa hallinto-oikeuteen päätöksestä määrätä hänen tahdosta riippumattomaan hoitoon sekä hoidon jatkamista koskevasta päätöksestä. Myös yhteydenpidon rajoituksista sekä omaisuuden haltuunotosta tehdyistä päätöksistä potilaalla on valitusoikeus. (Mielenterveyslaki 1116/1990, 24§.) Kuinka potilaat käyttävät tätä heille sallittua toimimisen tapaa? Entä kuinka se näkyy hallinto-oikeuksien ratkaisuihin?

5 TUTKIMUKSELLISET VALINNAT JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimuskysymykset

Olen edellä käynyt hulluuden erilaisia historiallisia tulkintoja ja suhtautumistapoja sekä hallinnan muutosta suorasta kurista itsehallinnan ohjaukseen. Alussa kävin läpi, millainen päätöksentekoprosessi tahdosta riippumattomaan hoitoon määrääminen on sekä miten päätöksistä on mahdollista valittaa. Lisäksi pohdin potilaan itsemääräämisoikeutta ja sen rajoja.

Näitä kysymyksiä kiinnostuin tutkimaan myös aineistossani, hallinto-oikeuksien julkaistuissa ratkaisuisa koskien tahdosta riippumatonta hoitoa. Hallinto-oikeuksien päätöksissä on monenlaista kerrostunutta vallankäyttöä, jonka vuoksi vallankäytön ja valtasuhteiden tarkastelu on mielekästä. Valtaa käyttävät paitsi lääkäri hoidosta päättäessään, myös asiaa ratkaisevat tuomarit. Lisäksi joissain päätöksissä myös potilas saattaa olla aktiivinen toimija omassa asiassaan.

Millaisiin ratkaisuihin hallinto-oikeudet päätyvät tahdosta riippumattomasta hoidosta ratkaistaessa? Millaiset diskurssit vaikuttavat päätöksenteon tukena? Entä millaisia professioiden ääniä päätöksenteossa kuuluu? Entä kuuluuko asiakkaan ääntä? Olen kiinnostunut tarkastelemaan kysymyksiä kriittisen diskurssianalyysin keinoin, jolloin pyrin valtasuhteiden selvittämiseen. Myös diskurssien muutos on mahdollinen aineistossa, sillä vanhin lääninoikeuden ratkaisu on vuodelta 1991 ja uusin hallinto-oikeuden ratkaisu on vuodelta 2016. Lainsäädäntö on joltain osin muuttunut, joka on luonnollisesti vaikuttanut myös hallinto-oikeuksien ratkaisuihin sekä niissä käytettyihin perusteluihin. Lainsäädännön lisäksi muutosta on voinut kuitenkin tapahtua myös yleisessä asenneilmapiirissä, joka on voinut vaikuttaa diskurssien muutokseen.

Pohdin myös kategoria-analyysin avulla subjektivointia ja objektivointia aineistossa ja millaisia toimijan tai kohteen rooleja erilaisille kategorioille annetaan. Aineistossa toistuu kategoriaparina ainakin potilas ja lääkäri. Millaisia toimijoita he aineiston valossa ovat? Entä millaisia määreitä näille kategorioille annetaan aineistossa?

Tutkimuskysymykseni ovatkin siis seuraavat:

- a) Millaisia hegemonisia valtakursseja hallinto-oikeuksien päätöksissä esiintyy?
- b) Mitä seurauksia näiden diskurssien käytöstä on tahdosta riippumattomasta hoidosta päätettäessä?
- c) Millaisia kategorioita päätöksenteossa käytetään? Miten käytetyt kategoriat vaikuttavat päätöksiin?

5.2 Eettiset valinnat

Tutkimuksessa on monia kohtia, joiden eettisyyttä tulee pohtia. Ensimmäisenä on tutkimuskysymyksen valinta. Tutkimukseni mielenkiinnon kohteena on tahdosta riippumattomasta psykiatrisesta hoidosta tehdyt valitukset. Vastakkain on siis potilaan itsemääräämisoikeus – ja toisaalta hänen oikeutensa hoitoon. Asetelmassa on myös monitasoista vallankäyttöä. Lääkärin käyttämää valtaa määrätessään potilaan hoitoon vastoin hänen tahtoaan ja toisaalta potilaan valtaa tehdä päätöksestä valitus. Lisäksi valtaa käyttää vielä juridinen viranomainen käsitellessään valitusta.

Eettisesti mielenkiintoisin näistä tutkimusasetelmaan liittyvistä kysymyksistä on varmaankin potilaan itsemääräämisoikeus ja toisaalta hänen oikeutensa hoitoon, vaikka vastoin tahtoaan. Voidaanko ajatella, että tahdosta riippumattomalla hoidolla palautetaan asiakkaan itsemääräämisen edellytykset ennalleen (Niemi 2011, 185)? Näkökulma on melko paternalistinen ja nykyisiä hallintapyrkimyksiä tukeva. Tässä tutkielmassa olen lähtenyt tietoisesti korostamaan laajemmin potilaan oikeutta itsemääräämiseen ja ottanut nimenomaan tämänkaltaiset näkökulmat tutkimuksessa kriittiseen tarkasteluun.

Myös muilla tutkimuksellisilla valinnoilla on yhteys eettisiin valintoihin. Metodologiseksi lähestymistavaksi olen valinnut kriittisen diskurssianalyysin, koska siinä asetutaan heikoimmassa asemassa olevan rooliin ja tarkkaillaan valtasuhteita tästä perspektiivistä. (Van Dijk 1986, 4, Wodak 2001, 1). Vaikka myös potilaalla on mahdollisuus käyttää valtaa esimerkiksi käyttämällä käytössä olevia oikeusturvakeinoja, on tahdosta

riippumattomassa hoidossa olevan potilaan itsemääräämisoikeus rajoitettu niin kapeaksi, että potilaan perspektiivi valtasuhteiden tarkasteluun on mielekäs.

Eettiset kysymykset koskevat myös muita tutkimuksen vaiheita, kuten aineiston keräämistä ja analyysimenetelmiä sekä tutkimustulosten yhteiskunnallisia vaikutuksia. Aineiston keräämiseen yleisesti liittyy kysymyksiä tietosuojasta. Kuitenkin olen kiinnostunut julkisista asiakirjoista, joista on jo valmiiksi poistettu esimerkiksi potilaiden tunnistustiedot. Aineisto on myös jokaisen saatavilla Finlex-tietokannasta.

Sen sijaan parempi kysymys on, saako julkisen asiakirja-aineiston pohjalta kattavan kuvan koko ilmiöstä. Hallinto-oikeudet julkaisevat vain pienen osan kaikista tekemistään päätöksistä. Hallinto-oikeuksien asiakirjoja tutkineet ovat todenneet tutkimuslupien hakemisen erikseen kaikista hallinto-oikeuksista olleen työläs prosessi (Hiitola, Heinonen 2009, 12; Hautanen, 2010, 59). Kuitenkin julkistakin aineistoa oli melko paljon saatavilla ja siitäkin tuli mielenkiintoinen analyysi. Silti on hyvä muistaa, että nämä päätökset eivät edusta kattavaa kuvaa kaikista hallinto-oikeuksien ratkaisuista koskien tahdosta riippumatonta hoitoa.

Asiakirja-aineisto ei ole kuitenkaan ensisijaisesti tutkimusta varten tehty, vaan se on olemassa hallintoa varten. Sen avulla tehdään monissa tapauksissa asiakkaita koskevia päätöksiä, joten siltä odotetaan objektiivisuutta. Monesti asiakirja-aineistoja onkin pidetty totuutena, eräänlaisena tarkastusaineistona vallitsevista asiantiloista (Saurama, 2002, 51-52). Tässä tarkastelen asiakirja-aineistoa kuitenkin kriittisen diskurssianalyysin keinoin, joten tämä illuusio asiakirja-aineiston absoluuttisesta totuudesta särkyä. Mielenkiinto kohdistuu asiakirjan tuottajiin ja heidän tapaansa rakentaa todellisuutta tekstin avulla.

Tämä asettaakin asiakirja-aineiston tutkimiselle uuden eettisen kysymyksen: kuinka asettaa asiakirjat kriittiseen tarkasteluun hakematta niille tutkimuslupaa? Kuitenkin viranomaisten asiakirjojen on kestettävä kriittistä tarkastelua. Näiden asiakirjojen avulla käytetään merkittävää julkista valtaa. Tästä syystä viranomaisten tekemät asiakirjat ovat julkisia niiltä osin, mitkä eivät sisällä salassa pidettävää tietoa (laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta, 621/1999, 1§). Tällaisia ovat asiakkaiden yksityisyydensuojaa tarkastelevat kysymykset. Jokaisella on myös oikeus saada tietoa viranomaisten julkisista asiakirjoista

(em, 9§) ja viranomaisilla on velvollisuus tuottaa ja jakaa tietoa toimintansa avoimuuden ylläpitämiseksi (em. 20§).

Joitain päätöksiä voidaan pitää myös niin sanottuina ennakkopäätöksinä, vaikka Suomen oikeusjärjestelmä ei perustukaan samalla tapaa ennakkopäätöksiin kuten anglosaksisten maiden oikeusjärjestelmät. Kuitenkin laintulkinnan apuna on mahdollista käyttää myös merkittäviä hallinto-oikeuden, ennen kaikkea korkeimman hallinto-oikeuden ratkaisuja. Aineistossani on mukana eräs tällainen julkaistu ratkaisu Kuopion hallinto-oikeudesta (13/0017/7), jossa on laajat perustelut ja myös Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen ratkaisuihin vedottiin päätöksen tukena. Tämän ratkaisun jälkeen myös muissa ratkaisuissa alettiin vahvemmin käyttää samanlaista ratkaisutapaa ja retoriikkaa. Tällaisesta päätöksestä muodostuu paitsi yksilön oikeusturvan kannalta merkittävä, myös laajemmin yhteiskunnallisesti merkittävä sen toimiessa laintulkinnan apuna uusia tapauksia ratkottaessa.

5.3 Oikeuden asiakirjat aineistona

Käytän tutkimukseni aineistona oikeustieteellistä dokumenttiaineistoa. Oikeustieteen puolella oikeustieteellistä dokumenttiaineistoa on luonnollisesti tutkittu enemmän kuin sosiaalityössä. Siellä aineistosta on tehty myös diskurssianalyysiä. Ennen kaikkea diskurssianalyysiä on sovellettu parisuhdeväkivaltaa koskevissa oikeudellisissa tutkimuksissa sekä seksuaalirikoksia koskevassa tutkimuksissa (Niemi-Kiesiläinen ym. 2005, 21-22).

Oikeustieteellisestä tutkimuksesta voidaan erotella oikeusjärjestyksen sisäinen ja ulkoinen näkökulma. Ulkoiseen näkökulmaan voidaan laskea myös tuomioistuineläytöksessä vaikuttavat arvot ja käsitykset ja näiden tutkimiseksi on käytettävä joitain muita menetelmiä kuin perinteisiä oikeustieteen menetelmiä. (Ruuskanen, 2005, 45-46.) Esimerkiksi Hautasen väitöskirja (Hautanen 2010) on selvästi ulkoista näkökulmaa. Myös minun kiinnostuksen kohteenani on tämä oikeusjärjestyksen ulkoinen näkökulma, jota tarkastelen kriittisen diskurssianalyysin keinoin.

Teija Hautanen päätyi käyttämään oikeuden asiakirjoja, sillä hän halusi tutkia ammattilaisten julkilausuttuja näkemyksiä vanhemmuudesta (Hautanen, 2010, 57). Yksi hänen tutkimuskysymyksistään onkin ”Miten huoltoriidan viranomaiset käsittelevät oikeusprosessissa väitteitä perhesuhteissa tapahtuneesta väkivallasta?” Hautanen keräsi aineistonsa kolmesta käräjäoikeudesta ja neljästä hovioikeudesta, tapauksia oli yhteensä 158. (Hautanen, 2010, 55-56.)

Aiemmassa sosiaalityön tutkimuksessa oikeuden asiakirjoja on käytetty ainakin tahdonvastaisia huostaanottoja tutkittaessa. Johanna Hiitola ja Hanna Heinonen tutkivat kaikki vuoden 2008 tahdonvastaiset huostaanotot, kun viimeisin lastensuojelulakimme astui voimaan. Päätökset koskivat 600 lasta. Tutkimus oli määrällistä ja analyysi kuvailevaa, sillä uuden lastensuojelulain vaikutuksista haluttiin saada kattava kuva. (Hiitola & Heinonen 2009.)

Aineisto oli peräisin THL:n arkistoimista hallinto-oikeuksien tapauksista. Johanna Hiitola oli hakenut tutkimuslupaa kaikista hallinto-oikeuksista väitöskirjatutkimustaan varten. Aineiston asiakirjat voi karkeasti jakaa kolmeen osaan, huostaanottohakemusten perusteluihin, oikeutta varten tehtyjen selvitysten ja lausuntojen lyhennelmiin ja suulliseen käsittelyyn sekä oikeuden päätelmiin eli varsinaisen päätöksen perusteluihin. (Hiitola, Heinonen, 2009, 12-13.)

Lisäksi Johanna Hiitola käyttää väitöskirjassaan (2015) koskee samaa aineistoa tehden laadullista tutkimusta. Hän määrittelee tutkimuksensa feministiseksi ja kriittiseksi perhetutkimukseksi. Lisäksi tutkimuksessa käytetään hallinnan analyysiä, pohditaan suostutteluvallan yhteyttä hyvän vanhemmuuden määrittelemisessä. Lisäksi Johanna Korpinen on tehnyt etnografiaa hallinto-oikeudessa ja tutkinut väitöstutkimuksessaan (2008) lastensuojeluasioiden suullisia käsittelyitä hallintotuomioistuimissa.

Erja Sauraman väitöskirjan (2002) aineistona oli vuosien 1953-1979 tahdonvastaiset huostaanotot. Näitä käsiteltiin siihen aikaan lastensuojelulautakunnan alaisessa lastenhuoltojaostossa. (Saurama, 2002, 56-57.) Vaikka kyseessä ei olekaan varsinaisesti oikeuden asiakirjat, on kyseessä pitkältä aikaväliltä kerätyt arkiston asiakirjat. Myös oma tutkimusaineistoni käsittelee aineistoa viimeiseltä 25 vuodelta. Sauraman aineisto on kauemmas historiaan, mutta myös 26 vuodelta.

Saurama on myös pohtinut sitä, mitä asiakirjoista voidaan lopulta sanoa ja tutkia. Asiakirja-aineisto on olemassa tutkimuksesta huolimatta, sillä se on luotu hallinnon näkökulmasta käsin. Sauraman mukaan tästä syystä aineiston tutkiminen on väistämättä aineistosidonnaista. (Saurama, 2002, 50-52.) Ennen aineistoon perehtymistä on mahdotonta tietää, millaisiin kysymyksiin sen avulla pystytään vastaamaan. Tästä syystä tutkimuskysymykseni ovat täsmentyneet sen myötä, kun olen tutustunut aineistoon tarkemmin.

5.4 Aineiston kuvaus

Päädyin tutkimaan hallinto-oikeuksien päätöksiä, sillä kiinnostukseni kohteena on niissä esiintyvä monitahoinen vallankäyttö. Hiitola toteaa omasta aineistostaan, että se on voimakkaasti intertekstuaalista. Siinä viitataan suoraan tai epäsuorasti myös lastensuojelun viranomaisten huostaanottohakemuksiin, jotka puolestaan ovat usein moniäänisiä. (Hiitola, 2015, 75.) Samoin on myös tahdosta riippumattomasta hoidosta päätettäessä hallinto-oikeuksissa. Hallinto-oikeuksien päätöksissä on läsnä yhtäaikaaisesti myös lääkäreiden tekemät päätökset hoidosta, vaikka suoraan näitä dokumentteja minulla ei olekaan osana aineistoani.

Aineistoni koostuu 41 hallinto-oikeuden ratkaisusta koskien tahdosta riippumatonta psykiatrista hoitoa. Uusin päätöksistä on vuodelta 2016 ja vanhin vuodelta 1991 ja aineisto on kerätty julkisista asiakirjoista Finlex tietokannasta keväällä 2016. Hakutermeinä käytin seuraavia: tahdosta riippumatta, tahdosta riippumaton, mielenterveysasia sekä hoitoon määrääminen. Poistin tuloksista päällekkäisyydet ja jäljelle jäi 41 erillistä tapausta. Kopioin tapaukset yhdeksi tiedostoksi, joka on laajuudeltaan 97 sivua rivinvälillä 1,5. Yksittäisen päätöksen pituus vaihteli puolesta sivusta aina 19 sivuun.

Seuraavassa taulukossa (Taulukko 1) esitän hallinto-oikeuksien julkaistujen ratkaisujen määrät vuosilta 2000-2016 listattuna sen mukaan, missä hallinto-oikeudessa asiaa on käsitelty. 1990-luvulta olevat päätökset käsiteltiin silloisissa lääninoikeuksissa, 1990-luvun päätöksistä on oma taulukkonsa (Taulukko 2).

Taulukko 1: Ratkaisut hallinto-oikeuksittain 2000-2016

	Helsingin hallinto- oikeus	Hämeenlinnan hallinto-oikeus	Kuopion hallinto- oikeus	Turun hallinto- oikeus	Vaasan hallinto- oikeus	Yhteensä
2000- 2001	2	1				3
2002- 2004	2		2	1		5
2005- 2007	2				1	3
2008- 2010	1		3			4
2011- 2013	3		6		1	10
2014- 2016	1			1		
Yhtensä	11	1	11	2	2	27

Kuopion ja Helsingin hallinto-oikeuksien vahva edustus johtuu todennäköisesti siitä, että Niuvanniemen ja Kellokosken sairaalat kuuluvat näiden hallinto-oikeuksien alueelle. Molemmat sairaalat ovat valtakunnallisesti suuria psykiatrisia sairaaloita ja molemmissa hoidetaan myös oikeuspsykiatrisia potilaita.

Vuodelta 2013 oli erityisen monta ratkaisua. Tämä johtuu todennäköisesti siitä, että Euroopan ihmisoikeustuomioistuin (EIT) antoi Suomea koskevan ratkaisun vuonna 2012. (X v. Suomi, 3.7.2012). Tapauksessa käsitellään X:n tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämistä ja hoidon jatkamista. EIT toteaa, että hoitoon määräämisessä ei ole ollut

ihmisoikeudellisia ongelmia, mutta hoidon jatkamisessa ei ole kuultu sairaalan ulkopuolista lääkäriä ja näin ollen X:n oikeusturva on vaarantunut.

Taulukko 2: 1990-luvun päätökset lääninoikeuksittain 1991-1999

	Hämeen LO	Keski- Suomen LO	Kuopion LO	Pohjois- Karjalan LO	Turun ja Porin LO	Uudenmaan LO	Yhteensä
1991- 1993	1		1			2	4
1994- 1996		1	1	1		3	6
1997- 1999	1				1	2	4
Yhteensä	2	1	2	1	1	7	14

Osa ratkaisuista on erilaisia tuomiolyhennelmiä eikä yhdenkään ratkaisun yhteydessä ole hallinto-oikeuden ratkaisun lisäksi siihen liittyviä liitteitä, esimerkiksi oikeuden käytössä olleita selvityksiä. Erityisesti lyhyitä tuomiolyhennelmiä on vanhemmassa, 1990-luvun aineistossa. Tähän vaikuttaa osaltaan se, että laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta tuli voimaan vasta vuonna 1999 (621/1999). Sillä korvattiin vuoden 1951 laki yleisten asiakirjain julkisuudesta. Lain tarkoituksena oli parantaa julkisuusperiaatteen toteutumista viranomaistoiminnassa ja lisätä kansalaisten mahdollisuuksia osallistua julkiseen keskusteluun. (HE 30/1998.)

Tapauksista 13 käsittelee määräaikojen noudattamista ja sitä, aiheutuuko määräajan ylitymisestä se, ettei hallinto-oikeus voi vahvistaa lääkärin päätöstä. Muita menettelyvirheitä on puolestaan 11 tapauksessa, tällaisia on esimerkiksi avohoitona annettu tahdosta riippumaton hoito. Ulkopuolisen lääkärin arviota käsitteli seitsemän tapausta.

Yleensä arvioitavana oli ulkopuolisen lääkärin arvion puuttuminen tai se, kenet voidaan laskea riippumattomaksi ulkopuoliseksi lääkäriksi.

Toimivaltakysymyksiä käsiteltiin kuudessa tapauksessa, näistä kahdessa kyse oli virkasuhteen ulkopuolella olevien lääkäreiden oikeudesta tehdä tarkkailulähete. Näiden lisäksi yksittäisissä tapauksissa käsiteltiin mm. yhteydenpidon rajoittamista ja vanhempien kuulemista, kun tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättiin alaikäinen. Myös parissa tapauksessa hallinto-oikeus totesi, että tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen edellytykset eivät käyneet selviksi.

Aineisto vaikuttaa ensi näkemältä teknisluonteiselta, jossa käsitellään lähinnä määrääaikojen toteutumista ja sitä, onko päätös tahdosta riippumattoman hoidon jatkamisesta tehty määrääjassa vai ei (Mielenterveyslaki luku 2 ja luvun 3 17§) tai onko kuultu sairaalan ulkopuolista lääkäriä (Mielenterveyslaki 12a§, 12b§, 12c§). Aineiston lähempi tarkastelu kuitenkin osoittaa aineiston kiinnostavaksi myös diskurssianalyysin kannalta. Myös teknisluonteinen teksti voi sisältää diskurssianalyysin kannalta kiinnostavia elementtejä. Kiinnostavaa tällöin usein on myös se, mistä tekstissä vaietaan. On myös todettu, että oikeudellisissa asiakirjoissa vallitsevat diskurssit helposti hiljentävät muut vaihtoehdot. Näitä keskeisiä diskursseja kutsutaan hegemonisiksi diskursseiksi. (Niemi-Kiesiläinen ym., 2005, 34-36.)

5.5 Kriittinen diskurssianalyysi

Juridiset tekstit on luotu ajatellen, että ne kuvaavat todellisuutta sellaisena kuin se on (Niemi-Kiesiläinen ym. 2005, 23). Tällöin teksti nähdään välineenä todellisuuden kuvantamiseen ja sillä pyritään objektiivisuuteen. Taustalla siis vaikuttaa tietoteoreettinen realismi. Diskurssianalyysissä puolestaan ajatellaan, että todellisuus rakentuu kielen kautta ja teksti itsessään rakentaa todellisuutta – eli taustalta löytyy sosiaalinen konstruktivismi.

Sosiaalisen konstruktivismin, mukaan esimerkiksi käsitteet määritellään aineistossa. (Niemi-Kiesiläinen ym. 2006, 12-13.) Konstruktivistisissa tutkimuksissa pohditaan mitä aineistossa sillä kertaan tarkoitetaan, kun puhutaan esimerkiksi rodusta, etnisyydestä, yhteiskuntaluokasta, kansalaisuudesta tai sukupuolesta. Omassa tutkimuksessani olen

kiinnostunut siitä, miten mielenterveysongelmaisen identiteettiä rakennetaan ja millaisen roolin potilaat saavat aineistossa. Olen kiinnostunut myös siitä, onko potilaan rooli muuttunut ajan saatossa hallinto-oikeuksien päätöksissä.

Sosiaalisen konstruktivismin mukaan on olemassa useita merkityssysteemeitä, jotka kilpailevat keskenään, toiminta on kontekstisidonnaista ja toimijat sitoutuvat merkityssysteemeihin sekä siihen oletukseen, että kielenkäytöllä on seurauksia (Jokinen ym, 2004, 17-18).

Sauraman (2002) mukaan asiakirja-aineistoa kohtaan esitetty kritiikki kuvaa asiakirja-aineiston katkonaiseksi, eikä sen avulla saa kattavaa kokonaiskuvaa tutkittavasta ilmiöstä. Tällaisen tulkinnan taustalla on kuitenkin ajatus siitä, että asiakirja-aineisto on tarkka kuvaus todellisuudesta sellaisena kuin se on. (Saurama, 2002, 51.) Jos asiaa tarkastellaan kuitenkin sosiaalisen konstruktivismin näkökulmasta, ei aineiston ajatellakaan olevan koko totuus tutkittavasta ilmiöstä. Kiinnostuksen kohteena on se, millaisen kuvan todellisuudesta aineisto välittää lukijalle.

Päädyin valitsemaan kriittisen diskurssianalyysin, sillä olin kiinnostunut tutkimaan valtasuhteita päätöksenteossa. Tutkimuskysymyksen luonteeseen siis sopi paremmin ajatus siitä, että hallinto-oikeuksien päätökset eivät kuvaa todellisuutta sellaisenaan, vaan niiden avulla rakennetaan kuvaa todellisuudesta. Niissä käytettyjen diskurssien avulla annetaan erilaisia rooleja ja identiteettejä tekstissä esiintyvillä potilaille ja lääkäreille sekä luodaan ja ylläpidetään valtasuhteita.

Juridisissa teksteissä käytetään yleisesti auktoriteettiargumentteja, mutta diskurssianalyysissä ne problematisoidaan (Burr, 1999). Niitä pidetään usein tekstissä itsestään selvänä tietona, mutta diskurssianalyysissä niitä tarkastellaan sosiaalisesti konstruoituina. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkijan on myös pohdittava suhdettaan todellisuuteen sekä tutkimuksen kohteeseen. Diskurssianalyysillä tutkitaan myös muita tekstin merkityksiä, kuin sitä normatiivista merkitystä, jonka juridinen teksti pyrkii saamaan aikaan. (Niemi-Kiesiläinen ym., 2005, 31.)

Jokinen ja Juhila (2004, 75) jakavat valtaan keskittyvän diskurssianalyysin tutkimuskohteet erilaisiin painotusalueisiin; diskurssien välisiä ja sisäisiä valtasuhteita painottaviin,

hegemonisia diskursseja ja sen vaikutuksia painottaviin sekä muutoksen mahdollisuuteen keskittyvää valta-analyysia. Analyysissäni hyödynnän osia kaikista näistä painotusalueista, erityisesti tarkastelen hegemonisia diskursseja sekä niiden vaikutuksia päätöksiin.

Kriittinen diskurssianalyysi painottaa erityisesti muutoksen mahdollisuutta. Tässä suhteessa se hyödyntää myös tietoteoreettista realismia, sillä tiukan konstruktivistisen tietoteorian mukaan tekstin ulkopuolisesta todellisuudesta ei voida tehdä tulkintoja.

Oikeudellisten asiakirjojen diskurssianalyysiä vaikeuttaa diskurssien vähäinen määrä ja niiden katoaminen teknisten perusteluiden alle (Niemi-Kiesiläinen ym. 2005, 34).

Päätökset saattavat sisältää runsaasti pohdintaa esimerkiksi siitä, kuuluuko asia ylipäättään kyseisen tuomioistuimen ratkaistavaksi, mutta lopulta vain vähän varsinaisen, ratkaistavana olevan asian perusteluja. Lisäksi, jos jokin diskursseista on vallitseva, se helposti hiljentää muut näkemykset. Hegemoninen käsitys voi näyttäytyä ”luonnollisena” ja muut näkemykset asettuvat toiseuden kategorioihin (Niemi-Kiesiläinen ym., 2005, 36). Hegemonisen diskurssin käytössä on myös kyse eräänlaisesta vallankäytön muodosta.

Diskurssista tulee hegemoninen esimerkiksi vakuuttavalla retoriikalla, eli asia esitetään faktana, kiistattomana tosiasiana. Tehokasta on myös kategorioiden käyttäminen ja tapausten yksityiskohtainen kuvaileminen sen todistamiseksi, että kuvailu tukee kategorian käyttämistä. Poliitikassa tällainen retoriikka on yleistä, mutta oikeudellisen kielen suhteen on vallinnut objektiivisuuden illuusio. (Ruuskanen, 2005, 54.) Tutkin myös, millaisin vakuuttavin keinoin diskursseista tulee aineistossani hegemonisia.

Kriittinen diskurssianalyysi on tiukan teoriapohjaista (Meyer 2001, 17). Teoriapohja voi rakentua niin mikrososiologiasta kuin foucault’laisesta näkemyksestä valtaan ja yhteiskuntaan. Seuraavaksi vuorossa on teoreettisten käsitteiden operationalisointi. Tutkielmassani operationalisoitavia käsitteitä ovat siis Foucault’n tavat ymmärtää valta eli kurivalta, hallintavalta, subjektivointi ja objektivointi. Analyysissäni siis tarkastelen, miten nämä vallankäytön muodot näkyvät aineistossani. Tarkastelen sitä, miten hegemoniset diskurssit vaikuttavat hallinto-oikeuksien ratkaisuihin ja sitä, millaiset roolit potilaat ja lääkärit saavat aineistossa.

Kriittinen diskurssianalyysi liikkuu erilaisilla teorian tasoilla. Näitä ovat Mertonin (1967) mukaan epistemologinen teoria, yleiset sosiaalitieteen teorit, tiettyihin sosiaalisiin tai

yhteiskunnallisiin ilmiöihin keskittyvät teoriat sekä mikrososiologiset teoriat tai psykososiaaliset teoriat, diskurssiteoriat tai lingvistiset teoriat. (Meyer 2001, 19-20). Foucault'n valtakäsitykset ja subjektivointi ja objektivointi ovat yleisiä sosiaalitieteen teorioita. Käsittelin näitä tarkemmin aiemmassa luvussa.

Fairclough (2001) tarkastelee kriittisen diskurssianalyysin eräitä lingvistisiä ominaisuuksia, eli sen semioottisia piirteitä. Faircloughin mukaan semiotiikan ja sosiaalisen todellisuuden välillä vallitsee dialoginen suhde, jota ei tule ottaa itsestään selvänä vaan se rakentuu kriittisessä diskurssianalyysissä. Fairclough jakaa suhteen kolmeen osaan, ensimmäinen on sosiaalisten tilanteiden ja semiotiikan suhde, jossa esimerkiksi käytetyillä sanavalinnoilla tullaan rakentaneeksi tietynlaista todellisuutta. Toinen on kuvausten ja semiotiikan välinen suhde, tekemisen ohella asioille annetaan erilaisia kuvauksia, joissa mm. sanavalinnoilla on oma merkityksensä. Kolmas on identiteettien ja semiotiikan suhde. Näistä syntyy semioottinen tyylilaji, joka ei ole sidoksissa esimerkiksi professioon vaan on tätä monimutkaisempi suhde. Se rakentaa eräänlaisen semioottisen identiteetin (Fairclough, 2001, 123-124.)

Hautanen on hyödyntänyt väitöskirjassaan (2010) Faircloughing kolmiulotteista kehystä, jossa teksti yhdistyy sen kontekstiin ja analyysissä tekstiä tarkastellaan sosiokulttuurisena käytäntönä (1995, 1-9). Hautanen näkee myös oikeussosiologiassa yhtäläisyyksiä oikeuden asiakirjojen diskurssianalyysin kanssa (2010, 64). Tässä tarkoitetaan sitä, että sen lisäksi, että oikeuden asiakirjoja pitää tulkita kontekstisidonnaisina, ovat ne myös yksi vallan käytön muoto. Oikeuden asiakirjojen analysoimisessa pitääkin huomioida monia vallankäytön tasoja.

Sovellan myös Faircloughin kolmiulotteista kehystä analyysissäni. Tarkastelen oikeuden ratkaisusta myös sitä, millä tavoin eri diskurssit sekä sanavalinnat vaikuttavat oikeuden ratkaisuihin. Tutkin sitä, millaisin termein potilaita ja lääkäreitä kuvaillaan aineistossa ja millaisia rooleja he saavat. Pohdin sitä, millaisia vaikutuksia termeillä ja diskursseilla on päätösten kannalta, voidaanko havaita käytetyn diskurssin ja ratkaisun välillä jotain yhteyttä.

Faircloughin analyysitapa perustuu Roy Bhaskarin (1986) selittävään kritiikkiin. Siinä aluksi kiinnitetään huomio sosiaaliseen ongelmaan, jolla on semioottinen aspekti. Sen

jälkeen se analysoidaan joko sen kanssa samanlaisten tilanteiden kanssa tai semiotiikan analysoinnin keinoin suhteessa muihin ilmiön elementteihin tai keskitytään semiotiikan analysointiin itsessään. Seuraavaksi pitää pohtia onko ongelma välttämätön ja miten sen voisi estää. Viimeisessä vaiheessa reflektoidaan aiempia vaiheita. (Fairclough, 2001, 125.)

Fairclough kuitenkin korostaa, ettei kyseessä ole tarkka työkalu analyysin avuksi vaan enemmänkin laajempi viitekehys tutkimukselle (Fairclough, 2001, 121). Faircloughin tapa hahmottaa kriittisen diskurssianalyysin kielellisiä ominaisuuksia on kuitenkin kiinnostava ja käytän sitä hyödyksi analysoidessani aineistoa. Bhaskarin malliin pohjautuen olen aloittanut analyysini etsimällä yhteneviä diskursseja kysymällä millaiset tilanteet toistuvat tekstissä. Nimesin nämä toistuvat diskurssit ihmisoikeusdiskurssiksi ja auktoriteetidiskurssiksi.

Tämän lisäksi tarkastelen myös diskurssien suhdetta toisiinsa, sillä kriittinen diskurssianalyysi lähtee ajatuksesta, että kaikki diskurssit ovat sidottuja kontekstiin ja täten diskurssien historian tunteminen nousee keskeiseksi. Millainen suhde tutkittavalla diskurssilla on kulttuuriin, yhteiskuntaan ja ideologioihin? (Meyer 2001, 15) Entä miten teksti suhteutuu aiempiin aiheesta käytyihin keskusteluihin? Kontekstuaalisuus voidaan ymmärtää myös tiukemmin, tekstin sisäisenä kysymyksenä, jolloin se käsittää esimerkiksi lause-, vuorovaikutus- ja episodikonteksteja (Jokinen ym., 2004, 30-34). Kriittisessä diskurssianalyysissä kuitenkin tarkastellaan myös todellisuutta tekstin ulkopuolella.

Tämä tarkoittaa analyysissäni sitä, että pyrin pohtimaan diskursseja myös niiden laajemmassa merkityksessä ja vertaamaan niitä muissa yhteydessä käytyihin keskusteluihin tahdosta riippumattomasta hoidosta. Millainen merkitys näillä keskusteluilla on hallinto-oikeuden päätöksiin? Entä miten hallinto-oikeuksien päätökset vaikuttavat näiden keskustelujen tulevaisuuteen? Millaisia näkemyksiä ne kenties ylläpitävät?

5.6 Kategorisointi

Kategoriat ovat osa arkipäiväistä kielenkäyttöämme. Annamme erilaisia nimiä asioille, esineille ja ihmisillekin. Esimerkiksi kansalaisuudet erottavat ihmisiä, on suomalaisia ja ruotsalaisia. Tätä luokittelua kutsutaan kategorisoinniksi. Myös yksi keskeisistä

argumentaatiokeinoista on kategorisointi, sillä näitä kategorioita käytetään eri tavoin eri yhteyksissä (Juhila, Jokinen & Suoninen, 2012a, 19). Kategoriat ovat samaan aikaan myös kulttuurista tietoa. Kun käytämme jotain kategoriaa, vaikka ”suomalainen”, niin emme selitä sitä käyttäessämme kategorian merkitystä vaan oletamme olevamme yhteisessä ymmärryksessä siitä, mitä käsitteellä asiayhteydessä tarkoitetaan. Kuitenkaan tämä kulttuurinen tietovaranto kategorioiden merkityksistä ei koskaan ole täysin yhtenevä. (Juhila, Jokinen & Suoninen, 2012b, 46.)

Kategorisointia voi lähteä analysoimaan eri tavoin. Harvey Sacksin jäsenyysskategorisointi tarkoittaa sitä, että jokainen meistä kuuluu useisiin kategorioihin samanaikaisesti. Nämä kategoriat määrittävät myös suhdettamme kategorioinnin kohteeseen. Sachs nimittää kategoriasidonnaisiksi toiminnoiksi sitä, mitä kulttuurisesti liitetään eri kategorioihin, esimerkiksi lapsen liitetään leikki. (Juhila, Jokinen & Suoninen, 2012a, 27.)

Aineistossani tällaisia kategorioita ovat ennen kaikkea päätöksiä tehneet lääkärit sekä potilaat, joiden elämää päätökset koskettavat. Näitä Sachs nimittää kategoriapariksi, toisiinsa liittyviksi kategorioiksi. Useampien kategorioiden yhteenliittymiä Sachs kutsuu kategoriakokoelmiksi. Johdonmukaisuussääntö puolestaan kuvastaa sitä, miten kaikki ihmiset yleensä kategorisoidaan samaan kategoriaan toistensa kanssa. (Juhila, Jokinen, Suoninen 2012a, 28-29.) Helposti siis käy esimerkiksi sosiaalityössä, että asiakkaat tulevat kaikki määritellyiksi sosiaalisen ongelmansa kautta. Asiakkaat saattavat olla työntekijän silmissä esimerkiksi huumeidenkäyttäjiä, rikollisia tai masentuneita.

Entä millaisia kategoriasidonnaisia toimintoja näihin liittyy aineistossa? Ihmisiä määrittelemällä ja kategorisoimalla tulemme samalla luoneeksi tietynlaisen asiakkaan, potilaan tai mielenterveysongelmaisen kategorian, johon potilas ei ehkä itse lainkaan identifioitu. Asiakkuus tai potilaana oleminen on jo itsessään kategorioita, joita ei ole olemassa ilman instituutiota, jossa toiminta tapahtuu. Foucault'n mukaan subjektivoinnin ja objektivoinnin teema korostuu nimenomaan institutionaalisissa käytännöissä (Juhila, 2009, 52). Aineistossa institutionaalisia käytäntöjä on niin sairaalassa jo tapahtunut tahdosta riippumaton hoito kuin siitä tehty valituskin. Kuitenkaan aineiston mukana ei ole sairaalasta tulleita liitteitä, joten kaikki informaatio välittyy hallinto-oikeuden tekemän tulkinnan kautta.

Myös poikkeavuutta on pyritty aikojen saatossa eri tavoin kategorisoimaan.

Poikkeavuuteen liitetään asioita, joita kulttuurisesti pidetään epänormaaleina ja sopimattomina. Poikkeavat muodostavat usein itsestä ja meistä ulkopuolisen ryhmän, ne. Toisaalta poikkeavuus voidaan liittää myös itseen: ”mä olin ihan hullu, kun mä menin huutamaan sille sillä tavalla, mutta se itse kyllä aloitti sen”. (Juhila 2012b, 190-192.) Poikkeava käytös voidaan joutua myös selonteon kautta selittämään muille. Edellä olevassa esimerkissä on kyse oikeuttavasta selonteosta, jossa vastuu omasta käytöksestä siirrettiin riidan aloittajalle (Juhila 2012a, 133-137).

Ajan saatossa myös normaaliuden rajat muuttuvat ja poikkeavan käsitys onkin vahvasti kulttuurisidonnainen. Poikkeavuuden kategoriaa on pidetty ongelmallisena, sillä se ohjaa nimeämään erilaisia poikkeavuuden alalajeja, esimerkiksi mielenterveysongelmaiset masennusta sairastaviin ja psykoosissa oleviin, ja samalla se asettuu normaaliuden vastapariksi (Juhila 2012b, 196). Poikkeavuuden kategoriaan joutuminen on usein leimaavaa. Mielenkiintoista onkin, millaisia seurauksia kategorian käytöllä on.

6 HEGEMONISET DISKURSSIT OIKEUDEN PÄÄTÖKSISSÄ

6.1 Aineiston analysointi prosessina

Usein kriittinen diskurssianalyysi etenee hermeneuttisen kehän kautta (Meyer 2001, 16). Mikäli näin menetellään, täytyy analyysiprosessi dokumentoida tarkasti. Aineiston keruuprosessin dokumentoin aiemmassa metodiluvussa. Aineistoa lähdin lukemaan etsien siitä niitä argumentoinnin tapoja, joilla asetetaan joko päätöksen tehneen lääkärin tai potilaan puolelle. Tein tämän manuaalisesti tulostamalla koko aineiston ja käyttämällä yliviiwaustusseja etsiessäni näitä argumentaatiokeinoja. Syvensin analyysiä sen jälkeen tarkastelemalla aineiston suhdetta hallinnan keinoihin ja subjektivoinnin ja objektivoinnin tapoihin. Näitä esittelin tarkemmin hallintavaltaa käsittelevässä luvussa neljä.

Vaikka kiinnostuksen kohteenani ei varsinaisesti olekaan se, millaisiin ratkaisuihin päätöksissä on päädytty, voi sillä olla yhteys päätöksessä käytettyihin diskursseihin. Siksi tarkastelin myös sitä, mille kannalle päätöksissä on päädytty. Jonkin verran enemmän on julkaistu päätöksiä, joissa lääkärin päätös on jätetty vahvistamatta tai kumottu. Päätökset on listattu myös eri aikojen perusteella seuraavassa taulukossa (Taulukko 3):

Taulukko 3: Vahvistetut ja vahvistamatta jätetyt hallinto-oikeuden päätökset 1991-2016

	Päätös vahvistettu	Päätös jätetty vahvistamatta	Muut tapaukset
1991-1995	2	4	2
1996-2000	2	4	1
200-2005	3	3	2
2006-2010	3	3	
2011-2016	4	7	1
Yhteensä	14	21	6

Taulukossa 3 on lisäksi listattuna muita tapauksia. Nämä tapaukset käsittelevät yleisimmin toimivaltaan liittyviä kysymyksiä, eli siihen, olisiko Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen tullut päättää hoidon jatkamisesta oikeuspsykiatristen potilaiden osalta, jolloin saattoi olla kyse myös määräaikojen ylittämisestä hoidon jatkamisesta päätettäessä (esim. Keski-Suomen lääninoikeus 1.6.1995 396).

Keskeisiä diskursseja kutsutaan hegemonisiksi diskursseiksi. On monia tapoja, joilla voidaan saada kyseinen argumentointi tekstissä näyttämään siltä, että siinä esitetty asia on ikään kuin luonnollinen olotila, kiistaton tosiasia. Tästä hyviä esimerkkejä ovat kategorisointi ja luonnollistaminen. (Niemi-Kiesiläinen ym. 2005, 36.) Aineistossa hegemonisia diskursseja olen nimennyt ihmisoikeusdiskurssiksi sekä auktoriteetidiskurssiksi.

Diskurssien jakautuminen kahtia oli osaltaan sen tulosta, että aloin lukea aineistoa etsimällä siitä niitä keinoja ja argumentaatiotapoja, joilla asetettiin päätöksen tehneen lääkärin tai potilaan puolelle. Näitä keinoja olivat ennen kaikkea erilaiset tavat vedota lääkärin asemaan ja ammattitaitoon päätöksenteossa sekä ihmisoikeuksiin vetoaminen ja ihmisoikeusmyönteisen tulkinnan tekeminen päätöstä ratkaistaessa. Sisällöllisesti samankaltaiset perustelut niputin yhteen ja nimesin ne ihmisoikeusdiskurssiksi ja auktoriteetidiskurssiksi. Nimesin nämä myös hegemonisiksi diskursseiksi, sillä näiden perustelujen käyttäminen, erityisesti auktoriteetidiskurssin käyttäminen, oli erittäin yleistä ja ”luonnollinen” osa ratkaisun perusteluja. Diskursseja kuitenkin esiintyi ristiin. Tällä tarkoitan sitä, että niissä tapauksissa, joissa päätös vahvistettiin, käytettiin ihmisoikeusdiskurssia ja niissä, joissa päätös jätettiin vahvistamatta, käytettiin auktoriteetidiskurssia.

Aineistoni on vuosilta 1991-2016, eli 26 vuodelta. Pohdin myös sitä, onko diskursseissa tapahtunut historiallisesti muutosta ja mitkä hallinto-oikeuden ratkaisujen ulkopuoliset seikat diskurssien muutokseen ovat voineet vaikuttaa. Tämän lisäksi pohdin potilaan roolin ja hallinto-oikeuden ratkaisun välistä suhdetta. Listasin ylös nelikenttään ne päätökset, joissa potilas oli toimija omassa asemassaan ja ne päätökset, joissa potilasta kohdeltiin objektina suhteessa siihen, vahvistettiinko lääkärin tekemä päätös tahdosta riippumattomasta hoidosta vai ei. Siinä en kuitenkaan havainnut muutosta, sillä potilaan rooli jäi kapeaksi kaikissa päätöksissä, myös uudemmissa.

6.2 Ihmisoikeusdiskurssi

Olen nimennyt ihmisoikeusdiskurssiksi kaiken sellaisen argumentaation, jolla viitataan tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan potilaan oikeusturvaa koskeviin kysymyksiin. Kuopion hallinto-oikeuden ratkaisu (18.1.2013, 13/0017/7) on hyvä esimerkkitapaus, jossa ihmisoikeusdiskurssi korostuu. Perustelut nojaavat vahvasti kansainvälisiin ihmisoikeussopimuksiin sekä perustuslakiin. Alla esitän tästä kaksi esimerkkiä.

”-- on oikeus vaatia tuomioistuimessa, että hänen vapaudenriistonsa laillisuus tutkitaan viipymättä, ja että hänet vapautetaan, mikäli toimenpide ei ole laillinen.” (Kuopion hallinto-oikeuden ratkaisu 18.1.2013, 13/0017/7)

”Suomessa lakina voimassa olevan Euroopan neuvoston ihmisoikeussopimuksen (439/1990) 5 artiklan 1 kappaleen mukaan jokaisella on oikeus vapauteen ja henkilökohtaiseen turvallisuuteen.”
(Kuopion hallinto-oikeuden ratkaisu 18.1.2013, 13/0017/7)

Tätä diskurssia vahvistetaan oikeusperiaatteisiin liittyvällä argumentaatiolla, kuten jälkimmäisestä lainauksestakin selviää. Oikeusperiaatteisiin liittyvä argumentaatio oikeutetaan ja luonnollistetaan laintulkintulkintaan liittyvien perustelujen avulla, sillä hierarkialla, missä järjestyksessä erilaisia oikeusnormeja olisi tulkittava sekä sen lisäksi korostamalla ihmisoikeuksien asemaa yleensä päätöstä tehdessä. Tällaisella perustelulla halutaan vahvistaa oman tulkinnan paremmuutta ja oikeellisuutta suhteessa toisenlaiseen laintulkintaan.

”—ihmisoikeussopimuksen etusijaa muuhun lakiin verrattuna ei voida mahdollisessa ristiriitatilanteessa ratkaista suoraan sen lainsäädäntöhierarkkisen aseman perusteella. Ihmisoikeussopimuksen hierarkkinen asema ei kuitenkaan typisty sen muodolliseen lainsäädännölliseen asemaan. – Muun muassa perustuslakivaliokunta on korostanut, että viranomaisten ja tuomioistuinten on pyrittävä antamaan kansalliselle lainsäädännölle tulkinnallisesti sellainen sisältö, joka on sopusoinnussa ihmisoikeussopimuksen kanssa –”
(Kuopion hallinto-oikeus 18.1.2013, 13/0017/7)

Oheisessa lainauksessa pohditaan laintulkintaan liittyvän harkinnan lisäksi sitä, mikä on ihmisoikeuksien merkitys laajemmin. Lainauksessa sanotaan, ettei ihmisoikeuksien asema *typisty* yksin sen muodolliseen asemaan. Ihmisoikeusmyönteistä tulkintaa perustellaan oikeuskirjallisuudessa otetuilla kannanotoilla sekä perustuslakivaliokunnan kannanotolla ihmisoikeuksien soveltamiseen lainsäädännön tulkinnassa.

Tämän lisäksi ihmisoikeusdiskurssia esiintyy myös sellaisten tapausten perusteluissa, joissa lopputulos on ollut se, että hallinto-oikeudelle alistettu päätös on vahvistettu. Näin esimerkiksi seuraavassa Helsingin hallinto-oikeuden päätöksessä, jossa asiantuntijajäsen on esittänyt eriävän mielipiteen:

”Sen lisäksi, ettei mielenterveyslaki mahdollista tarkkailulausunnon laatimisen ulkoistamista, tällainen ulkoistaminen voisi myös vaikuttaa potilaan oikeusturvaa heikentävästi.” (Helsingin hallinto-oikeus 19.7.2013, 13/0574/2)

”Tahdosta riippumatta psykiatrisen tutkimuksen kohteeksi joutuminen on puuttumista yksilön perusoikeuksiin.” (Helsingin hallinto-oikeus 19.7.2013, 13/0574/2)

Sen sijaan vähemmän ihmisoikeusdiskurssia löytyy yksimielisistä ratkaisuista, joissa tahdosta riippumatonta hoitoa on jatkettu. Niissä korostuu puolestaan selvästi auktoriteettidiskurssi. Kuitenkin joissain tapauksissa puntaroidaan myös ihmisoikeudellisia kysymyksiä. Näin esimerkiksi seuraavassa Helsingin hallinto-oikeuden ratkaisussa vuodelta 2007, alla olevasta huolimatta päätös kuitenkin vahvistettiin yksimielisesti:

”Vaikka puheena olevien määräaikojen noudattamatta jättämisen vaikutuksista ei ole mielenterveyslaissa erikseen säädetty, kysymys on potilaan oikeusturvan vuoksi säädettyistä määräajoista. Siten määräaikojen noudattaminen muodostaa lähtökohtaisen edellytyksen sille, että hallinto-oikeudelle vahvistettavaksi alistettu päätös voidaan vahvistaa.” (Helsingin hallinto-oikeus 8.2.2007, 07/0114/2)

Edellä esitetty on ristiriidassa päätöksen lopputuloksen kanssa. Edellä esitetään, että määräaikojen noudattaminen muodostaa *lähtökohtaisen* edellytyksen sille, että lääkärin

päätös voidaan vahvistaa. Lähtökohtaisen edellytyksen lisäksi tilanteessa otettiin kuitenkin huomioon myös muita tekijöitä. Nämä muut tekijät isolta osin olivat auktoriteettidiskurssia, jota esittelen tarkemmin seuraavassa luvussa.

”--potilaan tilan muutoin asianmukaisesti toimitettu arviointi, viivästyksen vähäisyys ja se, että hoidon jatkamispäätös oli tehty mielenterveyslain 12 §:n 1 momentissa säädetyssä kolmen kuukauden määräajassa, päätöstä ei ollut tapahtuneen menettelyvirheen vuoksi jätettävä vahvistamatta.” (Helsingin hallinto-oikeus 8.2.2007, 07/0114/2)

6.3 Auktoriteettidiskurssi

Auktoriteettidiskurssiksi puolestani nimesin sellaisen argumentaation, joka perustuu päättävien tahojen arvostelukykyyn, asemaan tai koulutukseen. Osa tästä diskurssista ei ole suoraa vaan hienovaraisempaa ja rakentuu oikeastaan sen kautta, että edellä esitetty ihmisoikeusdiskurssi asetetaan kyseenalaiseksi. Osin auktoriteettidiskurssi oli myös suoraa. Seuraava lainaus on Helsingin hallinto-oikeuden ratkaisusta vuodelta 2013.

”Tarkkailulausunnon on antanut Hyvinkään sairaalan yleissairaalapsykiatrian apulaisylilääkäri B. B on yleislääketieteen ja psykiatrian erikoislääkäri. – B on pystynyt koulutuksensa ja asemansa pohjalta arvioimaan myös, onko hän voinut tehdä arvionsa käytettävissä olleen aineiston pohjalta.” (Helsingin hallinto-oikeus 19.7.2013, 13/0547/2)

Kyse oli siis B:n toimivallasta antaa tarkkailulausunto, sillä potilasta hoitava psykiatrinen sairaala oli Kellokosken sairaala. Tässä esitetyssä lainauksessa nojataan hyvin vahvasti tarkkailulausunnon kirjoittaneen lääkärin asemaan. Kerrotaan hänen olevan paitsi psykiatrian erikoislääkäri, myös apulaisylilääkäri. Lopuksi vielä korostetaan, että B:n tarkkailulausunto on luotettava, koska hän on koulutuksensa ja asemansa pohjalta sen tehnyt. Näillä keinoilla oikeutetaan päätöksen vahvistaminen, vaikka muotomääräykset hoitoon määräämisen suhteen eivät ole täyttyneet.

Epäsuoraa auktoriteettidiskurssia käytettiin esimerkiksi sellaisissa ratkaisuisissa, joissa lääkärin päätöstä ei vahvistettu. Niissä saattoi olla runsaastikin ihmisoikeusdiskurssia, mutta auktoriteettidiskurssin jäänteitä oli niistä silti havaittavissa. Esimerkiksi Kuopion hallinto-oikeuden ratkaisu vuodelta 2013 sisältää runsaasti ihmisoikeusdiskurssia, mutta myös epäsuoraa auktoriteettidiskurssia. Kursiivit ovat omia lisäyksiäni.

”Tulkinnanvaraista on kuitenkin se, onko menettely laillinen myös hoitopäätösten perusteena olevan lääketieteellisen selvityksen osalta. Y:n asiassa *onkin näin ollen erityisesti arvioitava* sitä, onko mielenterveyslain säännöksiä tulkittava Suomea sitovien kansainvälisten sopimusten valossa siten, että Y:n tahdosta riippumattoman hoidon jatkaminen olisi edellyttänyt mielenterveyslaissa säädettyjen menettelymääräysten noudattamisen ohella hoitavan sairaalan ulkopuolisen lääketieteellisen selvityksen hankkimista.” (Kuopion hallinto-oikeus, 18.1.2013, 13/0017/7, 18.1.2013)

Keskeisin auktoriteettidiskurssi löytyy kursiivista. Hallinto-oikeus antaa ymmärtää, että muussa tapauksessa tällä arviolla ei välttämättä olisi niin keskeistä merkitystä. Siitä voisi tulla ns. ”muotoseikka”, kuten esimerkiksi tuoreimmassa tapauksessa, joka on Turun hallinto-oikeudesta tammikuulta 2016. Tapauksessa ei oltu kuultu sairaalan ulkopuolista lääkäriä, eikä alistettu hoidon jatkamista koskevaa päätöstä hallinto-oikeuteen kuin vasta kahden kuukauden kuluttua, vaikka se olisi pitänyt alistaa heti. Siitä huolimatta hallinto-oikeus toteaa seuraavaa:

”Menettelyllisten määräysten noudattamatta jättämisen seurauksista ei ole säädetty mitään, vaan ne on jätetty tuomioistuinten harkintaan. Olennaista on arvioida, mikä merkitys virheillä on hoitoon määrätyn oikeusturvan kannalta. X ei ollut valittanut päätöksestä hallinto-oikeuteen eikä asiakirjoista ilmeneviä mielenterveyslain 8§ säädettyjä hoitoon määräämisen asiallisia edellytyksiä ollut pidettävä tulkinnanvaraisina.” (Turun hallinto-oikeus 14.1.2016, 16/0012/2)

Edellä esitetyssä lainauksessa korostuu hallinto-oikeuden harkintavallan merkitys. Lainaus koskee mielenterveyslain 3 luvun nojalla tahdosta riippumattomaan hoitoon määrätyn hoidon jatkamista. Tämä tarkoittaa siis rikoksesta tuomitun tahdosta riippumatonta hoitoa

(mielenterveyslaki 17§, oikeudenkäymiskaari 17 luku 37§). Auktoriteettidiskurssi korostuu muissakin vastaavissa tapauksissa, jotka käsittelevät rikoksesta tuomitun tahdosta riippumatonta hoitoa. Mielenkiintoista onkin, nähdäänkö heidän osalta hoitoon määrääminen eräänlaisena rangaistuksena tehdystä rikoksesta, eikä sitä sen vuoksi arvioida samalla tapaa hoitomuotona kuin muuta tahdosta riippumatonta hoitoa.

Kaiken kaikkiaan rikoksesta tuomittuja, tahdosta riippumattomassa hoidossa olevia potilaita, käsitteleviä ratkaisuja aineistossa oli 15 kappaletta. Näistä päätöksistä vahvistettiin kuusi, toimivaltakysymyksiä käsiteltiin kuudessa ratkaisussa, eli toimivallan nähtiin kuuluvan Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselle (tai vanhemmissa päätöksissä Terveidenhuollon oikeusturvakeskukselle). Ainoastaan kolme tapausta ratkaistiin rikoksesta tuomitun hyväksi, eli lääkärin tekemä päätös jätettiin vahvistamatta. Tämä on viidennes päätöksistä. Kaikista tapauksista hallinto-oikeus jätti vahvistamatta yli puolet. Toki osaltaan siihen vaikuttaa myös se, että hallinto-oikeus siirsi toimivallan joissain päätöksissä takaisin Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselle. Myös otanta koskien rikoksesta tuomitun tahdosta riippumatonta hoitoa on melko pieni.

Näistäkin tapauksista yksi käsittelee vankilassa sairastuneen, mielenterveyslain 8§ perusteella hoitoon määrätyn hoidon jatkamista, jäljelle jäävät kaksi päätöstä käsittelevä mielenterveyslain 17§ perusteella hoitoon määrättyjä. Molemmissa tapauksissa vedotaan vahvasti muodollisiin syihin, miksi päätökset on jätetty vahvistamatta. Tässä esimerkki Kuopion hallinto-oikeuden vuoden 2009 ratkaisusta:

”Sairaalan ylilääkärin hallinto-oikeudelle alistama päätös oli tehty vasta -- annetun tarkkailulausunnon perusteella eli mielenterveyslain 17§:n 2 momentissa säädetyn määräajan jälkeen. Lääkäri ei enää 28.8.2009 ole voinut päättää A:n hoidon jatkamisesta tuossa lainkohdassa säädettyssä järjestyksessä. Tämän vuoksi hallinto-oikeus jätti alistetun päätöksen vahvistamatta.” (Kuopion hallinto-oikeus 30.10.2009, 09/0607/7)

6.4 Historiallisuuden merkitys diskursseihin ja hallinnallisuuden muutos

Aineistossa tunnistamani diskurssit ovat yhteydessä myös historialliseen kontekstiinsa. Niihin vaikuttivat lain muutokset ja yleinen yhteiskunnallinen ilmapiiri. Tarkastelen seuraavassa yhteiskunnassa ja lainsäädännössä tapahtuneita muutoksia sekä niiden mahdollisia vaikutuksia lain tulkintaan sekä oikeuden ratkaisuihin. Ratkaisut ulottuvat aivan viime vuosiin saakka, joten muutoksia voi olla vielä vaikea havainta, kun perspektiiviä uusille päätöksille ei vielä juuri ole.

Suomalainen mielisairaanhoito alkoi 1800-luvun alussa, mutta vasta 1841 perustettiin ensimmäinen varsinainen mielisairaala, joka antoi lääkärinhoitoa. Vuoden 1840 Keisarillinen asetus sai hoidon kuulostamaan lähinnä elinikäistä vankeutta, sillä omaisten arvioitua ja lähetettyä läheisensä hoitoon ja sairaalan uudelleen arvioitua hänet, hänelle saatettiin antaa loppuelämäksi hoitopaikka sairaalasta. Vuonna 1865 päätöksenteko siirtyi seurakunnilta kunnille. 1885 perustettiin Niuvanniemen mielisairaala, 1889 Käkisalmen vankila muutettiin mielisairaalaksi ja 1800-luvun lopussa rakennettiin myös Pitkänniemen sairaala. 1900-luvun alussa rauhallisia asukkaita alettiin siirtää perhehoitoon, sillä laitospaikat alkoivat loppua erityisesti pääkaupunkiseudulla. (Pietikäinen 2013, 161-163.)

1900-luvulla mielisairaaloiden määrä kasvoi ja 1970 niitä oli jo 71 ja potilaita hiukan alle 20 000. Potilaaksi pääsyyn piti olla kolme liitettä, joista ensimmäinen oli lääkärin tekemä potilaan terveydentilaa koskeva kuvaus, toinen kunnan viranomaisen, jossa kuvailtiin taustatietoja kuten ammattia, perhetilannetta sekä elämäntapoja, kolmas liite oli kunnan tai omaisten maksusitoumus. Kunnissa hulluksi todettiin aika helposti, mm. omituisen käytöksen, kupan tai kehitysvamman perusteella. Viranomaisetkaan eivät olleet mitään alan asiantuntijoita. (Pietikäinen 2013, 164-166.) Sairaaloissa vallitsi usein tiukka kuri ja simputus aina 1900-luvun puoliväliin (Pietikäinen 2013, 168).

Aineisto on kerätty vuosilta 1991-2016. Sinä aikana lainsäädäntö on kehittynyt ainakin potilaiden oikeusturvan kannalta. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) tuli voimaan vuonna 1992. Siinä korostettiin potilaan itsemääräämisoikeutta sekä oikeusturvakeinoja. Potilaan itsemääräämisoikeutta käsittelee 6§, jossa sanotaan seuraavaa: ”Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai toimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien

mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksytyllä tavalla.” (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 6§)

Myös mielenterveyslakimme on vuodelta 1990. Sitä on vuosien varrella muutettu ja täsmennetty. Tarkkailuun ottamista (Mielenterveyslaki 1116/1990, 9§ ja 10§) on tarkennettu. Nykyisessä lainsäädännössä tarkkailulähete on välttämätön tahdosta riippumattomaan hoitoon määrätessä, alkuperäisessä säädöksessä sanakäännöksi oli seuraava: ”Sen selvittämiseksi, ovatko edellytykset henkilön hoitoon määräämiseen hänen tahdostaan riippumatta olemassa, hänet voidaan ottaa tarkkailuun sairaalaan.” (Alkuperäinen mielenterveyslaki 1116/1990, 9§)

Uusia muutoksia ovat sairaalan ulkopuolista arviota koskevat pykälät 12a§ ja 12b§. Niissä käsitellään potilaan oikeutta saada sairaalan ulkopuolinen arvio tahdosta riippumattomaan hoitoa jatkettaessa sekä oikeutta kieltäytyä sairaalan ulkopuolisesta arviosta. Nämä astuivat voimaan vuoden 2015 alusta. Nämä muutokset tehtiin Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen annettua Suomelle langettavan tuomion (EIT, 3.7.2012) sekä Keduksen ja epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen estämiseksi toimivan eurooppalaisen komitean, CPT:n, annettua selontekonsa hallitukselle, jossa silloista lainsäädäntöä kehoitettiin parantamaan (Selonteko Cpt/Inf 2009/5).

Lisäksi uusia muutoksia ovat lukuun kolme tehty muutokset mielentilatutkimukseen määrätyn mielentilan tutkimuksesta ja hoidosta tahdosta riippumatta, joita täsmennettiin. Joissain hallinto-oikeuksien ratkaisuihin pohdittiin toimivaltaan liittyviä kysymyksiä hallinto-oikeuden sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen välillä. Näihin kysymyksiin uudet muutokset ovat tuoneet selkeämmät ratkaisuohteet.

Uusimpana muutoksena ovat alkuvuodesta 2016 voimaanastuneet 17b ja 17c pykälät. Niissä määritellään aiempaa tarkemmin sairaalan mahdollisuutta päättää oikeuspsykiatrisen potilaan tahdosta riippumattomasta hoidosta silloin, kun esimerkiksi määräämisaika hoidon jatkamisesta päätettäessä on ylittynyt. Sairaalalle on uusimpien muutosten turvin annettu mahdollisuus tehdä väliaikaispäätös asiassa, ennen kuin Terveyden ja hyvinvoinnin laitos varsinaisesti ratkaisee asian sairaalan esityksen perusteella (mielenterveyslaki 1116/1990, 17b§). 17c pykälässä puolestaan säädetään oikeuspsykiatristen potilaiden tahdosta riippumattoman hoidon lopettamisesta.

Kuitenkin diskurssit vaikuttavat analyysini perusteella jossain määrin jopa sattumanvaraisilta. Uusissa päätöksissä on saatettu korostaa auktoriteettidiskurssia, kuten edellä lainaamissani päätöksissä (Helsingin hallinto-oikeus, 13/0574/2, 2013; Turun hallinto-oikeus 16/0012/2, 2016) ja 1990-luvun päätöksissä on saatettu käyttää ihmisoikeusdiskurssia, kuten esimerkiksi tässä Uudenmaan lääninoikeuden vuoden 1998 päätöksessä.

”-- lääninoikeus katsoi, että hoidon jatkamista koskevissa päätöksissä on soveltuvien osin noudatettava mielenterveyslain 11§ 2 momentissa ja 13§:n 2 momentissa määrättyjä määräaikoja, kun otettiin huomioon tahdosta riippumatonta hoitoa koskevan päätöksen luonne puuttumisena perustavaa laatua oleviin ihmisoikeuksiin.” (Uudenmaan lääninoikeus 20.1.1998, 53/6)

Kuitenkin ihmisoikeusargumentaatio puuttuu tätä vanhemmista ratkaisuksista. Niissä korostuvat enemmän muodolliset perustelut silloin, kun lääkärin tekemiä päätöksiä ei vahvistettu hallinto-oikeudessa. Toki näissäkin päätöksissä perusteluina on voinut olla ihmisoikeudelliset syyt, mutta suoraan sanavalinnoissa se ei näy. Näin esimerkiksi Pohjois-Karjalan lääninoikeuden vuoden 1995 päätöksessä.

”Ylilääkäri teki 24.1.1995 tahdosta riippumattoman hoidon jatkamisesta päätöksen, joka alistettiin lääninoikeuden vahvistettavaksi. Lääninoikeus jätti ylilääkärin päätöksen vahvistamatta, koska 24.10.1994 tehtyä päätöstä ei tarkkailulähetteen puuttumisen vuoksi oltu tehty lainmukaisessa järjestyksessä eikä hoidon jatkamispäätöksen tekemiseen niin ollen ollut edellytyksiä.” (Pohjois-Karjalan lääninoikeus 8.2.1995, 127)

Lisäksi edellä esitetty lainaus Uudenmaan lääninoikeuden ratkaisusta vaikutti olevan enemmän poikkeus kuin sääntö. Pääasiallisesti määräaikojen suuriakaan ylityksiä ei nähty tällöin vielä ongelmallisina. Ihmisoikeusdiskurssi alkoi yleistyä laajemmin vasta 2000-luvun puolella ratkaisuisissa, oikeastaan vielä sen jälkimmäisellä puoliskolla. Silloin sitä alettiin laajemmin punnita yhtenä ratkaisuperusteena. Auktoriteettidiskurssi on kuitenkin edelleen vahvasti läsnä ratkaisuisissa.

Myös lainsäädännön osalta muutos näkyy, tahdosta riippumattomasta hoidosta päättäminen on aiempaa tarkemmin määriteltyä nimenomaan ihmisoikeuksien ja oikeusturvan kannalta, tosin oikeuspsykiatristen potilaiden kohdalla tilanne on hiukan eri. Siellä muutokset ovat lähinnä paikanneet lainsäädännössä ollutta aukkoa siitä, kuka päättää hoidosta silloin, kun määrääjat ovat ylittyneet. Ihmisoikeusnäkökulmaa ei oikeuspsykiatristen potilaiden osalta nähdä yhtä keskeisenä.

Mielenkiintoista on myös se, millaiseksi päätösten diskurssit ovat jatkossa mahdollisesti muuttumassa. Parhaillaan menossa on suuret sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukset, jotka koskevat muun muassa sitä, millä tavoin sosiaali- ja terveydenhuolto jatkossa järjestetään. Nämä trendit näkyvät kuitenkin hallinto-oikeuksien ratkaisuisissa vasta vuosien viiveellä.

6.5 Kategorisoinnin avulla tuotettu subjekti

Sellaisissa päätöksissä, joissa auktoriteettidiskurssi korostuu, usein potilaan asemaksi jää pelkkä objektin asema. Termejä potilas, psykiatrisessa sairaalahoidossa oleva potilas, vanki X tai pelkkä X käytetään. Lyhenne X viittaa siis tunnistetietojen eli nimen poistamiseen aineistosta. ”Sairaalan on järjestettävä potilaalle --” (Turun hallinto-oikeus 14.1.2016, 16/0012/2). ”—potilasta ei aseteta tavanomaiseen tapaan tarkkailuun” (Helsingin hallinto-oikeus 19.7.2013, 13/0574/2).

Lisäksi potilasta kuvataan aineistossa ”arvaamattomaksi ja uhkaavaksi”, jonka ”todellisuudentaju on muuttunut” (Helsingin hallinto-oikeus 16.2.2015, 15/0124/2), ”mielisairaaksi ja mielisairautensa vuoksi hoidon tarpeessa olevaksi” (Helsingin hallinto-oikeus 19.7.2013 13/0574/2). Näillä kuvauksilla oikeutetaan lääkärin tekemä hoitoonmäärääminen.

Objektivoinnin avulla heistä tehdään normaaliudesta poikkeavia yksilöitä, joita pyritään sopeuttamaan osaksi yhteiskuntaa subjektivoinnin kautta (Alhanen 2007, 103), eli potilaiden tulisi alkaa itse ymmärtää oma poikkeavuutensa ja hoidontarpeensa. Tällä pyritään siihen, että tahdosta riippumatonta hoitoa ei enää tarvittaisi. Silloin voidaan siis

”päästä potilaan kanssa yhteisymmärrykseen vapaaehtoisuuden pohjalta jatkettavasta sairaalahoidosta” (Helsingin hallinto-oikeus 19.7.2013, 13/0574/2).

Niissä päätöksissä, joissa myös ihmisoikeusdiskurssia esiintyi, potilaat saivat muitakin rooleja. Potilas esimerkiksi ”ilmoitti haluavansa sairaalan ulkopuolisen lääkärin arvion” (Vaasan hallinto-oikeus 9.8.2013, 13/0463/2). Toimijana saattoi joissain tapauksissa olla potilaan lisäksi myös omaiset.

”A:n vanhemmat olivat valituksessaan vaatineet psykiatrisen sairaalahoidon jatkamista koskevan päätöksen kumoamista.” (Kuopion hallinto-oikeus 21.8.2012, 12/05217).

Tässä tapauksessa alaikäisen lapsen puolesta puhevaltaa käyttivät hänen vanhempansa, joille toisaalta ei ehkä asettunut samanlaista poikkeavuuden kategorialta kuin heidän lapselleen, joka oli määrätty hoitoon tämän tahdosta riippumatta. Toisaalta voidaan ajatella, että myös vanhemmuus tavallaan ”tahriintuu”, kun lapsi joutuu tahdosta riippumattomaan hoitoon. Toisessa alaikäistä koskevassa tapauksessa hänen isäänsä ei kuultu, sillä potilas itse oli vastustanut kuulemistä

”-- 16-vuotiaan pojan isälle ei ollut varattu tilaisuutta tulla kuulluksi. Poika itse oli vastustanut isänsä kuulemistä eikä hän ollut ollut yhteydessä isäänsä varhaislapsuutensa jälkeen.” (Helsingin hallinto-oikeus 18.5.2001, 01/0377/6)

Mielenkiintoista oli se, että päätöksessä potilaaseen viitattiin kautta linjan poikana potilaan sijaan. Sanavalinnalla muistutettiin, että kyse on alaikäisestä lapsesta. Päätöksen perusteluissa katsottiin, että isän kuuleminen olisi voinut vaarantaa potilaan hoidon, joten häntä ei asiassa kuultu.

Subjektin rooli jää kuitenkin suppeaksi, ainoastaan sellainen subjektius on sallittua, minkä instituutio määrittelee sallituksi. Foucault'n termein voitaisiin puhua subjektoivasta vallasta, potilas voi käyttää hänelle asettuvan subjektin roolin tai kapinoida sitä vastaan (Juhila, 2009, 56). Potilaalla on oikeus saada sairaalan ulkopuolisen lääkärin arvio tahdosta riippumatonta hoitoa jatkettaessa.

Pääasiassa päätöksissä potilaat olivat kuitenkin passiivisia objekteja, jopa silloin, kun ihmisoikeusdiskurssin käyttö perusteluissa oli laajaa. Esimerkiksi Kuopion hallinto-oikeuden päätöksessä vuodelta 2013, jossa on mittavat arviot ihmisoikeuksien toteutumisesta, Y:n rooli oli seuraavissa lainauksissa aktiivisimmillaan:

”Y:n asiassa onkin näin ollen erityisesti arvioitava sitä, onko mielenterveyslain säännöksiä tulkittava Suomea sitovien kansainvälisten sopimusten valossa siten, että Y:n tahdosta riippumattoman hoidon jatkaminen olisi edellyttänyt mielenterveyslaissa säädettyjen menettelymääräysten noudattamisen ohella hoitavan sairaalan ulkopuolisen lääketieteellisen selvityksen hankkimista.” (Kuopion hallinto-oikeus 18.1.2013, 13/0017/7)

Lisäksi siinä todetaan seuraavaa:

”Hallinto-oikeus arvioi, että Y:n määrääminen tahdosta riippumattomaan hoitoon ei ole tapahtunut Suomea sitovien kansainvälisten velvoitteiden edellyttämällä tavalla eikä hallinto-oikeus voi näin ollen vahvistaa sille alistettua päätöstä.” (Kuopion hallinto-oikeus 18.1.2013, 13/0017/7)

Toisaalta potilaan aktiivista toimintaa, tai toimimatta jättämistä, asiassa saatettiin arvioida: ”X ei ollut valittanut päätöksestä hallinto-oikeuteen” (Turun hallinto-oikeus 14.01.2016 16/0012/2). Täytyy muistaa, että näitä päätöksiä käsiteltäessä potilas ei välttämättä ollut tehnyt asiassa mitään aktiivista, jota päätöksessä olisi voinut tuoda esille. Potilas ei välttämättä ollut pyytänyt puolueettoman lääkärin arviota tai valittanut päätöksestä, mutta näiden seikkojen merkitystä arvioitiin silti hallinto-oikeuden ratkaisussa potilaan puolesta. Mielenkiintoista on myös se, miksei potilaalla ollut tahdosta riippumattomassa hoidosta päätettäessä tosiasiallisestikaan aktiivista roolia, kun potilas ei kuitenkaan ollut yhtä mieltä lääkärin kanssa laitoshoidon tarpeesta.

Lääkäreitä puolestaan kuvataan aineistossa tekijänä, subjektina. Lääkäri tutkii, tapaa, tekee ja laatii. Lääkärit ovat lisäksi ylilääkäreitä, erikoislääkäreitä ja vastuunalaisia lääkäreitä – varsinaisia auktoriteetteja. Toisinaan lääkärin vastuu saa heidät osallisiksi myös

vapaudenriistosta (Kuopion hallinto-oikeus, 21.8.2012, 12/0521/7). Yhdessä päätöksessä esiintyy myös ”ulkopuolinen lääkäri”, vastakohtana ”vastuunalaiselle lääkärille” asiantuntijajäsenen ollessa eri mieltä päätöksen ratkaisusta (Helsingin hallinto-oikeus 19.7.2013 13/0574/2). Lääkärien aktiivinen rooli on ymmärrettävä, sillä heidän tekemiään päätöksiä hallinto-oikeuksien ratkaisuisa tarkastellaan. Kuitenkin kontrasti suhteessa potilaiden rooliin on suuri.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Teoreettinen viitekehyseni rakentui hulluuden käsitteen rakentumisen ympärille sekä Foucault'n ajatuksille vallasta sekä muiden foucault'laisten tutkijoiden jatkojalostamille ideoille. Tarkastelin hulluuden saamia erilaisia määreitä ja suhtautumistapoja historiallisessa perspektiivissä. Hullut ovat aina joutuneet eräänlaiseen poikkeavien kategoriaan, mutta heidän kohtelunsa on aikojen saatossa vaihdellut. Ihmisoikeus- ja itsemääräämisoikeusdiskurssit ovat tässä viitekehyksessä melko tuoreita, pidempi historia on erilaisella poissulkemisella ja säilömisellä..

Valitsin siis aineistokseni hallinto-oikeuksien julkaistut ratkaisut vuodesta 1991 vuoteen 2016. Näitä ratkaisuja oli Finlex-tietokannassa yhteensä 41 keväällä 2016, kun kasasin aineistoni. Hallinto-oikeuksien ratkaisut olivat suurelta osin melko teknisluonteista, päätöksen perustelut varsinkin vanhempien päätösten yhteydessä olivat lyhyet. Pohdin pitkään aineiston soveltuvuutta diskurssianalyysin avulla analysoitavaksi. Törmäsin kuitenkin Johanna Niemi-Kiesiläisen, Päivi Honkatukian ja Minna Ruuskasen artikkeliin (2006, 34), jossa todettiin, että myös oikeuden tekstit voivat soveltua diskurssianalyysin avoin analysoitavaksi, vaikka ne ensi näkemältä vaikuttaisivatkin lähinnä teknisluonteisilta ja muutoseikkoihin keskittyviltä.

Lähdin siis tarkastelemaan hallinto-oikeuksien ratkaisuja kriittisen diskurssianalyysin keinoin. Pohdin, onko ratkaisuissa jotain hegemonisia eli vallitsevia diskursseja. Tällaisiksi hegemonisiksi diskursseiksi nimesin kaksi, ihmisoikeusdiskurssin sekä auktoriteetidiskurssin. Ihmisoikeusdiskurssin piirteitä olivat potilaan oikeusturvaan liittyvät kysymykset. Joissain tilanteissa myös suoraan ihmisoikeuksiin vedottiin ja tehtiin ihmisoikeusmyönteistä laintulkintaa.

Auktoriteetidiskurssille luonteenomaista puolestaan oli lääkärin aseman ja koulutuksen korostaminen, jolla perusteltiin päätöksen oikeellisuutta. Päätöksessä saatettiin esimerkiksi korostaa lääkärin pätevyyttä silloin, kun muutoseikat hoitoon määräämisessä eivät täysin täytyneet. Auktoriteetidiskurssi oli toisinaan myös epäsuorempaa ja näkyi lähinnä siinä, että ihmisoikeusdiskurssi asetettiin kyseenalaiseksi ja asiantuntijavallalle annettiin suurempi painoarvo.

Hallinto-oikeuksien päätöksissä auktoriteettidiskurssi oli yleistä. Erityisesti se korostui vanhemmissa päätöksissä, joissa välttämättä ihmisoikeusdiskurssia ei juuri ollut. Uudemmissa päätöksissä ihmisoikeusdiskurssin määrä kuitenkin alkoi kasvaa, erityisesti sen jälkeen, kun X vs. Suomi (3.7.2012) tapaus ratkaistiin Euroopan ihmisoikeustuomioistuimessa X:n hyväksi ja Suomi sai huomautuksen Cpt:ltä (CPT/Inf (2009)5). Päätöksiä ei toki senkään jälkeen aina ratkaistu niin, että lääkärin tekemä päätös olisi jätetty vahvistamatta, mutta ainakin näitä seikkoja alettiin punnita aiempaa enemmän tuomioissa.

Foucault'laisen hallintavallan näkökulmasta asia näyttäytyy vallankäytön muutoksena. Aiemmin päätöksenteko pohjautui selvemmin kurivallan näkemyksiin, jossa potilas oli kurin kohteena. Ihmisoikeuksien lisääntyminen voidaan nähdä myös subjektin aseman korostumisena ja yksilön vastuun lisääntymisenä omasta elämästään. Nämä muutokset ovat olleet näkyvissä sosiaali- ja terveydenhuollossa pidempään niissä kysymyksissä, joissa potilaan tai asiakkaan kanssa voidaan toimia yhteistyössä. Tällainen subjektivoinnin kautta tapahtuva vallankäyttö on monessa yhteydessä myös tehokkaampaa, kuin ruumiiseen kohdistuva kurivallankäyttö.

Potilaiden rooli jäi kapeaksi päätöksissä. He näyttäytyivät aineiston valossa passiivisina objekteina, joiden puolesta päätettiin ja joille toimenpiteet tapahtuivat. Joissain harvoissa tilanteissa he saivat myös kapeita toimijan rooleja. Potilaille kuitenkin asettui toimijana ainoastaan se rooli, minkä instituutio sille salli. Yksittäisissä tapauksissa toimijan roolin saivat myös alaikäisen lapsen vanhemmat. Sen sijaan lääkäreillä päätöksissä oli aktiivinen rooli, he tutkivat, tekivät, tapasivat ja laativat. Heidän auktoriteettiasemaansa korostettiin kertomalla heidän asemastaan ja koulutuksestaan myös silloin, kun lääkärin päätös kumottiin hallinto-oikeudessa.

Entä millaisia vaikutuksia erilaisten diskurssien käytöllä oli päätöksille? Potilas ei saanut lainkaan subjektin roolia niissä päätöksissä, joissa sairaalan tekemä päätös hoidosta vahvistettiin hallinto-oikeudessa. Tästä ei kuitenkaan ehkä kannata tehdä pitkälle meneviä johtopäätöksiä, sillä potilaan subjektius oli muutenkin hyvin rajattua ja ylipäätään sitä oli havaittavissa vain muutamissa päätöksissä. Voi siis olla myös sattumaa, että juuri nämä päätökset, joissa potilas asettui kerronnassa subjektiksi, jätettiin hallinto-oikeudessa vahvistamatta.

Kiinnostavaa on myös se, mitä aineistossa ei kerrota. Useassa päätöksistä ei ole tuomareiden nimiä, eikä välttämättä juuri edes perusteluja. Ei välttämättä edes silloin, kun ratkaisusta on äänestetty hallinto-oikeudessa. Voiko perustelujen puuttuminen asiakirjoista tarkoittaa, että nämä kohdat ovat salassa pidettäviä, eivätkä tästä syystä ole esillä hallinto-oikeuden julkaistuissa asiakirjoissa? Kaikki eriävät mielipiteet kuitenkin perustellaan aina ratkaisujen yhteydessä. Todennäköisesti syynä on, että osa julkaisuista ratkaisuista on erilaisista lähteistä olevia tuomiolyhennelmiä. Mielenkiintoista on kuitenkin myös se, miksi juuri nämä versiot on lähetetty julkaistavaksi. Kuitenkin kaikista päätöksistä vain murto-osa julkaistaan, joten kovin pitkälle meneviä johtopäätöksiä siitä, miksi jotain puuttuu, ei kannata tehdä.

Tuomiolyhennelmistä puuttuvat myös lääkärin lausunnot ja muu aineisto, joka hallinto-oikeudella on ollut käytettävissä päätöstä ratkaistaessa. Tämä aineisto olisi mielenkiintoinen analysoitava, sillä siitä voisi suoraan analysoida myös sitä, millaisen arvion esimerkiksi lääkäreiden lausunnoissa potilas saa ja kuinka aktiivinen toimija hän niissä asiakirjoissa on omassa asiassaan. Se olisikin mielenkiintoinen jatkotutkimuksen aihe. Millaisia diskursseja niissä esiintyy? Saavatko asiakkaat aktiivisemmän roolin lääkärin lausunnoissa? Kiinnostava jatkotutkimuksen aihe olisi myös julkaisemattomat hallinto-oikeuksien ratkaisut. Ovatko ne linjassa julkaistuista päätöksistä tekemieni tulkintojeni kanssa? Eroavatko julkaisemattomat päätökset jollain tavalla julkaistuista päätöksistä?

Tahdosta riippumatonta hoitoa olisi voinut toki lähestyä myös hyvin toisenlaisesta näkökulmasta. Kriittinen diskurssianalyysi ja foucault’lainen näkemys vallasta ohjasivat tarkastelemaan asiantuntijoiden vallankäyttöä tarkasti. Tämä kysymys saattaa siis vaikuttaa, että päätöksen oikeellisuus asetetaan kyseenalaiseksi. Julkisen vallankäytön on kestettävä kriittistä tarkastelua, mutta näissä tapauksissa käänköpuolena on potilaan oikeus hoitoon. Ainakin mikäli ajatellaan, että tahdosta riippumattomalla hoidolla nimenomaan palautetaan potilaan edellytykset tehdä itseä koskevia päätöksiä (Niemi 2011, 185). Mielenkiintoinen tutkimus olisi varmasti myös se, missä näkökulmaksi otetaan se, toteutuuko potilaiden oikeus hoitoon. Sen arvioiminen vaatisi ehkä toisenlaista aineistoa, sillä hallinto-oikeuksien ratkaisut eivät siihen juuri ota kantaa.

Lisäksi suurempien historiallisten muutosten tarkastelussa pidempi aikaväli olisi tarpeen. Jonkinlaista muutosta päätösten diskursseissa on havaittavissa, mutta selkeämmän kuvan tilanteesta saisi pidemmällä aikavälillä. Historiallisessa mielessä 26 vuoden tarkastelujakso ei ole vielä kovin pitkä. Erityisesti haasteen aiheuttaa myös se, että uusimmat päätökset ovat niin tuoreita historiallisen analyysin tekemiseksi. Mielenkiintoista on myös se, millaisia tahdosta riippumattomat päätökset olivat lääninoikeuksissa 1980-luvulla, kun nykyistä mielenterveyslakia ei vielä ollut? Onko suurempi murros tapahtunut uuden mielenterveyslain myötä, kuin ehkä nyt havaittavissa oleva murros ihmisoikeusdiskurssin lisääntymisessä 2010-luvulla?

Tutkimukseni perusteella voisi sanoa, että tahdosta riippumattomassa psykiatrisesta hoidosta päätettäessä hallinto-oikeuksissa olisi vielä parantamisen varaa siinä, miten lain ehkä muodolliseltakin vaikuttavia reunaehtoja noudatetaan. Nämä reunaehdot ovat kuitenkin potilaiden oikeusturvan kannalta keskeisiä, sillä tosiasialliset valitusmahdollisuudet ovat tälläkin hetkellä melko kapeat. Myös psykiatristen potilaiden tosiasiallista valittamisen mahdollisuutta hoitopäätöksistä olisi syytä parantaa. Hyvä muutos on kuitenkin se, että ihmisoikeuksia on alettu puntaroida päätösten perusteluissa aiempaa enemmän.

LÄHTEET

- Alhanen Kai: Käytännöt ja ajattelu Michel Foucault'n filosofiassa. Gaudeamus. Helsinki 2007.
- Carpenter WT, Davis JM: Antipsychotic Drug Discovery and Development. *Molecular Psychiatry* 17(2012), 1168-1173.
- Dishet Rigmor, Høglend Per: Potential legal protection problems in the use of compulsory commitment in mental health care in Norway. *International Journal of Law and Psychiatry* 34 (2011):6, 393-399.
- Donovan James: *Studies in Legal History: Juries and the Transformation of Criminal Justice in France in the Nineteenth and Twentieth Centuries*. The university of North Carolina Press, Chapel Hill 2010.
- Eghigian Greg, Hornstein Gail: *Psychiatric Disorder and Its Treatment in Western Civilization*. Rutgers University Press, New Brunswick 2009.
- Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen ratkaisu X v. Finland 3.7.2012 löytyy: <http://www.finlex.fi/fi/oikeus/eurooppa/feit/2012/20124742> viitattu 10.3.2016
- Fairclough Norman: *Critical discourse analysis. The critical study of language*. Longman. London 1995.
- Fairclough Norman: *Critical discourse analysis as a method in social scientific research*. Teoksessa Wodak Ruth ja Meyer Michael (toim.): *Methods of critical discourse analysis*. SAGE. London 2011. doi: <http://dx.doi.org.ezproxy.jyu.fi/10.4135/9780857028020.d3>
- Feldman Jacqueline: *History of Community Psychiatry*. Teoksessa McQuiston Hunter, Sowers Wesley, Ranz Jules, Feldman Jacqueline (toim.): *Handbook of Community Psychiatry*. Springer Science+Business Media, LLC 2012.
- Foucault Michel: *Tarkkailla ja rangaista*. Otava. Helsinki 1980 (1975). Suomentanut Eevi Nivanka.
- Foucault Michel: *The Birth of Biopolitics*. Teoksessa Paul Rainbow (toim.): *Michel Foucault. Ethics, Subjectivity and Truth*. Käänt. Graham Burchell. The New York Press. New York 1997.
- Foucault Michel: *History of Madness*. Routledge. Abingdon 2006 (1961). Käännös englanniksi Jonathan Murphy ja Jean Khalifa.
- Foucault Michel: *Turvallisuus, alue, väestö: Hallinnallisuuden historia Collège de Francen luennot 1977-1978*. Episteme-sarja, Tutkijaliitto. Helsinki 2010 (2004). Suomentanut Antti Paakkari.
- Goffman Erving: *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Penguin books. Harmondsworth 1980(1961).

Gomory Tomi, Cohen David, Kirk Stuart: Madness or Mental Illness? Revisiting Historians of Psychiatry. *Current Psychology* 32 (2013):2, 119-135. doi: 10.1007/s12144-013-9168-3.

Hallintolainkäyttölaki 586/1996.

Hallintolaki 434/2003.

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaalihuollon asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta ja rajoitustoimenpiteiden käytön edellytyksistä sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, HE 108/2014.

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi viranomaisten toiminnan julkisuudesta ja siihen liittyviksi laeiksi. HE 30/1998.

Hautanen Teija: Väkivalta ja huoltoriidat. Tampereen yliopisto. Tampere 2010.

Helén Ilpo: Hyvinvointi, vapaus ja elämän politiikka: Foucault’lainen hallinnan analytiikka. Teoksessa Kaisto Jani ja Pyykkönen Miikka (toim.): Hallintavalta: Sosiaalisen, politiikan ja talouden kysymyksiä. Gaudeamus Helsinki University Press. Helsinki 2010.

Hiitola Johanna: Hallittu vanhemmuus: Sukupuoli, luokka ja etnisyys huostaanottoasiakirjoissa. Tampereen yliopisto. Tampere 2015.

Hiltola Johanna, Heinonen Hanna: Huostaanotto ja oikeudellinen päätöksenteko: hallinto-oikeuksien ratkaisut huostaanottoasioissa 2008. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 46/2009. Helsinki 2009.

Huttunen Matti: Päihdepotilaan tahdosta riippumattomat toimenpiteet. Duodecim Kustannus Oy, Helsinki 2015.

Jauho, Mikko: Michel Foucault ja terveyden tutkimus. Teoksessa Ashorn, Ulla ym. (toim.) Yhteiskunta ja terveys. Gaudeamus. Helsinki 2010.

Jones Bryn, O’Donnell Mike: Sixties Radicalism: Creating Spaces and Leaving Legacies. Teoksessa Jones Bryn, O’Donnell Mike: Sixties Radicalism and Social Movement Activism: Retreat or Resurgence. Anthem Press. London 2010.

Isohanni Matti, Nieminen Pentti, Moring Juha, Pylkkänen Kari, Winbald Ilkka, Spalding Michael: Tahdosta riippumaton hoito – vapaudenriistoa vai välttämätöntä hoitoa? Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 108 (1992):2, 148-156.

Jokinen Arja, Juhila Kirsi, Suoninen Eero: Diskurssianalyysin aakkoset. Vastapaino. Tampere 2004 (3.painos, 1.painos 1993).

Juhila, Kirsi: Objektivointi ja subjektivointi sosiaalityön käytännöissä – Michel Foucaultin perintöä tulkitsemassa. Teoksessa Mäntysaari, Mikko ym. (toim.) Sosiaalityö ja teoria. PS-Kustannus. Jyväskylä 2009.

Juhila Kirsi: Ongelmat, niiden selittäminen ja kategoriat. Teoksessa Jokinen Arja, Juhila Kirsi, Suoninen Eero: Kategoriat, kulttuuri & moraalit. Vastapaino. Tampere 2012a.

Juhila Kirsi: Poikkeavan kategorian jäsenen tuottaminen ja vastustaminen. Teoksessa Jokinen Arja, Juhila Kirsi, Suoninen Eero: Kategoriat, kulttuuri & moraalit. Vastapaino. Tampere 2012b.

Juhila Kirsi, Jokinen Arja, Suoninen Eero: Kategoria-analyysin juuret. Teoksessa Jokinen Arja, Juhila Kirsi, Suoninen Eero: Kategoriat, kulttuuri & moraali. Vastapaino. Tampere 2012a.

Juhila Kirsi, Jokinen Arja, Suoninen Eero: Kategoria-analyysin teesit. Teoksessa Jokinen Arja, Juhila Kirsi, Suoninen Eero: Kategoriat, kulttuuri & moraali. Vastapaino. Tampere 2012b.

Kaisto Jani: Kääntämisen sosiologia hallinnan analytiikan työkaluna. Teoksessa Kaisto Jani ja Pyykkönen Miikka (toim.): Hallintavalta: Sosiaalisen, politiikan ja talouden kysymyksiä. Gaudeamus Helsinki University Press. Helsinki 2010.

Korpinen, Johanna: Istuntoja institutionaalisen katseen alla: lastensuojelun suulliset käsittelyt hallinto-oikeudessa. Acta Universitatis Tamperensis; 1322, Tampere University Press, Tampere 2008.

Kösters Gundula, Steinberg Holger, Kirkby Kenneth, Himmerich Hubertus: Ernst Rüdin's Unpublished 1922-1925 Study "Inheritance of Manic Depressive Insanity": Genetic Research Findings Subordinated to Eugenic Ideology. Plos Genetics 11 (2015) 1-14. doi: 10.1371/journal.pgen.1005524

Laitinen Merja: Kontekstin ja teorian hahmottamisen taito. Teoksessa Johanna Hurtig, Merja Laitinen ja Katriina Uljas-Rautio (toim.): Ajattele itse! Tutkimuksellisen lukutaidon perusteet. PS-kustannus. Jyväskylä 2010.

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977.

Laki mielenterveyslain muuttamisesta 1066/1099.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000.

Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 621/1999.

Largent Mark: Breeding Contempt: The History of Coerced Sterilization in the United States. Rutgers University Press. New Brunswick, 2007.

Lastensuojelulaki 417/2007.

Lohiniva-Kerkelä Mirva: Terveysthuollon juridiikka. Talentum. Helsinki 2007.

Lönnqvist Jouko, Pyökkänen Kari ja Moring Juha: Hoitoon ohjaaminen. Teoksessa Lönnqvist Jouko [et al.] (toim.): Psykiatria. Duodecim. Helsinki 2011.

Mielenterveyslaki 1116/1990.

Miettunen Katja-Maaria: Menneisyys ja historiakuva. Suomalainen kuusikymmentäluku muistelijoiden rakentamana ajanjaksona. Bibliotheca Historica 126. Suomalaisen kirjallisuuden seura. Helsinki 2009.

Miller Peter, Rose Nikolas: Miten meitä hallitaan. Vastapaino. Tampere 2010 (2008). Suomentanut Risto Suikkanen.

Meyer Michael: Between theory, method, and politics: positioning of the approaches to CDA. Teoksessa Wodak Ruth ja Meyer Michael (toim.): Methods of critical discourse analysis. SAGE. London 2011. doi: <http://dx.doi.org.ezproxy.jyu.fi/10.4135/9780857028020.d3>

Narikka Jouko (toim.): Sosiaali- ja terveystalveluiden lainsäädäntö käytännössä. Tietosanoma. Helsinki 2006.

Niemi Petteri: Minä itse ja sen määrääminen. Teoksessa Kotiranta Tuija, Niemi Petteri, Haaki Raili (toim.) Sosiaalisen toiminnan perusta. Gaudeamus Helsinki University Press. Helsinki 2011.

Niemi-Kiesiläinen Johanna: Diskurssianalyysiä käytännössä. Teoksessa Niemi-Kiesiläinen, Honkatukia Päivi, Karma Helena, Ruuskanen Minna (toim.): Oikeuden tekstit diskursseina. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja, E-sarja N:o 13. Helsinki 2006.

Niemi-Kiesiläinen Johanna, Honkatukia Päivi, Karma Helena, Ruuskanen Minna: Johdanto: diskurssianalyysiä juristeille. Teoksessa Niemi-Kiesiläinen, Honkatukia Päivi, Karma Helena, Ruuskanen Minna (toim.): Oikeuden tekstit diskursseina. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja, E-sarja N:o 13. Helsinki 2006.

Nuotio Kimmo: Oikeusturva. Teoksessa Encyclopedia Iuridica fennica VII : Oikeuden yleistieteet. 1999.

Oikeudenkäymiskaari 4/1734.

Pietarinen Juhani: Lääkintä- ja hoitoetiikan keskeiset periaatteet. Teoksessa Veikko Launis (toim.): Lääkintä- ja hoitoetiikka. Painatuskeskus Oy. Helsinki 1995.

Pietikäinen Petteri: Hulluuden historia. Gaudeamus. Helsinki 2013.

Pylkkänen Kari, Eskola Jarkko, Hemmi Antti: Pakon käyttö psykiatriassa – lääketiedettä vai sosiaalista kontrollia? Suomen Lääkärilehti 65 (2010):41, 3332-3337. Viitattu 25.11.2013, Saatavissa: <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2010/SLL412010-3332.pdf>

Rainio Juha, Rätty Tarja: Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2013. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, tilastoraportti. Helsinki 2015. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125570/Tr02_15_fi_sv_en.pdf?sequence=8

Rantalaiho Liisa: Erving Goffman – terveyden ja sairauden dramaturgia. Teoksessa Ashorn, Ulla ym. (toim.) Yhteiskunta ja terveys. Gaudeamus. Helsinki 2010.

Rose Nikolas: Powers of Freedom. Reframing Political Thought. Cambridge University Press. Cambridge 1999.

Ruuskanen Minna: Tuomioistuinratkaisut diskurssianalyysin kohteena. Teoksessa Niemi-Kiesiläinen, Honkatukia Päivi, Karma Helena, Ruuskanen Minna (toim.): Oikeuden tekstit diskursseina. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja, E-sarja N:o 13. Helsinki 2006.

Salize Hans Joachim, Dressing Harald, Peitz Monika: Compulsory Admission and Involuntary Treatment Of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States. Final Report. Central Institute of Mental Health. Mannheim, 2002.

Salo Markku: Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemusrvioinnin kohteina. ITHACA-hankkeen Suomen raportti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki 2010. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085086>

Salokangas Raimo K. R., Stengård Eija, Honkonen Teija, Anna-Maija Koivisto, Soile Saarinen: Sairaalasta yhteiskuntaan. Seurantatutkimus sairaalasta kotiuttamisen vaikutuksista skitsofreniapotilaan elämään ja hoitotilanteeseen. STAKES Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, raportteja 248. Helsinki 2000.

Saurama, Erja: Vastoin vanhempien tahtoa. Helsingin kaupungin tietokeskus, tutkimuksia 2002:7. Helsinki 2002.

Scheff Thomas: A social/emotional theory of ‘mental illness’. International Journal of Social Psychiatry 59 (2012):1, 87-92. doi: 10.1177/0020764012445004

Selonteko Suomen hallitukselle kidutuksen ja epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen estämiseksi toimivan Eurooppalaisen komitena (CPT) käynnistä Suomessa, 20.-30. huhtikuuta 2008. Epävirallinen käännös. Cpt/Inf 2009/5. [Viitattu 23.3.2016] Saatavissa: <http://www.cpt.coe.int/documents/fin/2009-05-inf-fin.pdf>

Spandler Helen, Calton Tim: Psychosis and human rights: conflicts in mental health policy and practice. Social Policy and Society 8 (2009):2, 245-256. doi:10.1017/S1474746408004764

Suomen perustuslaki 731/1999.

Tartuntatautilaki 583/1986.

Toda Yumiko, Sakamoto Masayo, Tagaya Akira, Takahashi Mimi, Davis Anne: Patient Advocacy. Nursing Ethics 22.7 (2015), 765-777.

Valviran ohjeet tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämiseen. [viitattu 9.4.2014].

Saatavissa:

http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/mielenterveys/hoitoon_maaramisen_vaiheet

Wodak Ruth: What CDA is about – a summary of its history, important concepts and its developments. Teoksessa Wodak Ruth ja Meyer Michael (toim.): Methods of critical discourse analysis. SAGE. London 2011. doi:

<http://dx.doi.org.ezproxy.jyu.fi/10.4135/9780857028020.d3>