JYX JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

This is a self-archived version of an original article. This version may differ from the original in pagination and typographic details.

Author(s): Rissanen, Anu

Title: Suomalaisen laitospsykiatrian historiaa

Year: 2022

Version: Published version

Copyright: © 2022 kirjoittajat

Rights: CC BY-NC-ND 4.0

Rights url: https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

Please cite the original version:

Rissanen, A. (2022). Suomalaisen laitospsykiatrian historiaa. In S. Jäntti, K. Heimonen, S. Kuuva, K. Maanmieli, & A. Rissanen (Eds.), Kokemuksia mielisairaalasta : muistoihin kaivertuneet tilat (pp. 65-86). Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran toimituksia, 1483. https://oa.finlit.fi/site/books/e/10.21435/skst.1483/

https://doi.org/10.21435/skst.1483

Suomalaisen laitospsykiatrian historiaa

Anu Rissanen
https://orcid.org/0000-0003-4849-8752

Mielisairaalamuistot kiinnittyvät konkreettisiin rakennuksiin, mielisairaaloihin, joiden rakentamisen historia puolestaan kytkeytyy psykiatristen hoitoideologioiden ja mielisairaanhoidon järjestämistä koskevaan mielenterveyspolitiikkaan ja lainsäädäntöön. Mielisairaalarakennukset heijastavat kulloinkin vallalla olevaa käsitystä mielisairauksien syistä, olemuksesta sekä hoitoideologioista ja -käytänteistä. Kirsi Saarikankaan mukaan rakennus on tilallinen polttopiste, jossa arkkitehtuuri, kulttuurinen konteksti, itse rakennus, käyttäjät ja aiemmin koetut tilalliset kokemukset kohtaavat ja muovaavat toisiaan. Eletyissä tiloissa kohtaavat mielisairaalarakennusten ja niiden käyttäjien menneisyys, nykyisyys ja joskus tulevaisuuskin. (Saarikangas 2002, 9–32; Enges ja muut 2015, 138–139.) Tämä luku valottaa sen vuosikymmenien aikana kehittyneen mielisairaalalaitoksen rakentumista, johon aineiston muistot kiinnittyvät.

Suomalaisen mielisairauden ja mielenterveyden hoitamisen historia nojaa länsimaisen psykiatrian perinteeseen. 1800-luvulta alkaen siirryttiin yhteisön tarjoamasta huollosta laitoshoitoon, josta vastasivat joko kunnat tai valtio. Samalla laitospotilaat jaettiin parantuviin ja parantumattomiin. Tätä jakoa vahvisti parantumattomasti sairaiksi katsotuille potilaille tarkoitetun B-sairaalaketjun syntyminen 1950-luvulla. Jako oli

https://doi.org/10.21435/skst.1483

voimassa 1970-luvun loppupuolelle saakka, jolloin B-sairaalat asteittain lakkautettiin. Hoitoideologiat ja -tavat omaksuttiin Keski-Euroopasta, jonne suomalaiset psykiatrit tekivät lukuisia opintomatkoja. Suuntautuminen kohti avohoitoa alkoi kansainvälisesti myöhään. Lainsäädäntöön se tuli 1950-luvulla, mutta käytännössä avopalveluiden määrä kasvoi vasta 1970-luvulla. Mielenterveystyötä ovat 1990-luvulta lähtien koetelleet muun muassa kansantalouden taantumat. Hoitoajatuksen painopisteen siirtymä laitoshoidosta avohoitoon on myös aiheuttanut ongelmia hoitomahdollisuuksien mitoittamisessa niitä eritasoisesti tarvitseville. Avohoidossa on pula työntekijöistä ja psykiatristen osastopaikkojen niukkuus aiheuttaa sen, että vakavasti sairastuneidenkaan on vaikea päästä nopeasti tarpeeksi pitkälle osastohoitojaksolle (ks. esim. Ahonen 2019).

Myös mielisairaalarakennusten esikuvat löytyivät Euroopasta ja Venäjältä. Laitosrakennukset, kuten sairaalat, kuvasivat sosiaalista järjestystä, ja niiden tehtävänä oli hallita, kuntouttaa ja parantaa potilaita. 1800-luvun alussa Euroopassa alettiin rakentaa uudisrakennuksia, jotka suunniteltiin mielisairaalatoimintaa varten ja niin kutsutun sellijärjestelmän pohjalle, jossa käytävän varteen sijoitettiin pieniä yhden hengen koppeja. (Soininen 1934; Achté 1991, 24–25.) 1920- ja 1930-luvuilla rakennetut suomalaiset mielisairaalaosastot koostuivat vähintään kahden, yleensä neljän ja suurimmillaan jopa kymmenen potilaan huoneista (ks. esim. HSA, Hg:1–2.sairaalan rakennuspiirustukset).

Laitospsykiatrian ja mielisairaalarakennusten ensiaskeleet

Suomen ensimmäistä mielisairaalaa, Lapinlahtea, alettiin suunnitella 1830-luvun alkuvuosina Helsinkiin. Lääkintöylihallituksen vt. ylijohtajana toiminut Carl Daniel von Haartman otti esikuvaksi Pietarissa sijainneen ”kaikkien kärsivien sairaalan”, jonka suunnittelussa oli kiinnitetty erityistä huomiota sijaintipaikan luonnonkauneuteen, potilaiden ulkoilumahdollisuuksiin sekä osastointiin, jossa erilaisista oireista kärsivät potilaat oli sijoitettu omiin osastoihinsa. (Rosén 1991, 27.) Sairaalan suunnitteli intendenttikonttorin (myöhemmin rakennushallitus) johtaja,

https://doi.org/10.21435/skst.1483

arkkitehti Carl Ludvig Engel. Engel laati piirustukset kaksikerroksisesta sairaalarakennuksesta, joka rakentui H-kirjaimen muotoisesti julkisivun kaksikerroksisesta päärakennuksesta sekä siihen liittyvistä yksikerroksisista talousrakennuksista. Arkkitehtuurin yleisilme oli piirustuksissa askeettinen. Toiminnot oli sijoitettu omiin yksiköihinsä. Alun perin potilassiivet jaettiin levottomien ja rauhallisen osastoihin, mutta lopullisessa ratkaisussa noudatettiin sukupuolijakoa, jossa naiset ja miehet eristettiin toisistaan eri siipiin. (Rosén 1991, 27–30; Achté 1991, 43–44.) Vastoin sairaalan ensimmäiseksi ylilääkäriksi jo vuonna 1837 valitun Leonard Fahlanderin (ylilääkärinä 1841–1868) toiveita, sairaala rakennettiin sellijärjestelmän mukaiseksi. (Achté 1991, 45–46.) Aikojen saatossa Lapinlahden sairaalan ympärille muodostui kaunis puutarha, jonka raivaamisesta vastasivat pääasiassa miespotilaat. Sairaalan toinen ylilääkäri Anders Thiodolf Saelan (ylilääkärinä 1868–1904) oli innokas kasvitieteilijä, joka painotti puutarhan ja puutarhatyön merkitystä potilaille. Sairaalan taimitarhassa kasvatettiin muun muassa jalopuita ja -pensaita. Lapinlahden sairaala-alueella onkin edelleen mielenkiintoinen ja arvokas kasvisto. (Achté 1991, 59–60, 65; Harenko 2000, 78.)

Helmikuussa 1840 keisari Nikolai I antoi asetuksen ”heikkomielisten holhouksesta ja paremmista laitoksista heidän parantamiseksensa”, jossa mielisairaiden laitoshoito määriteltiin valtion tehtäväksi. Mielisairaat luokiteltiin parantumattomiin ja parantuviin, ja akuutti- ja pitkäaikaishoito jaettiin toteutettavaksi eri hoitolaitoksissa. (Keisarillinen asetus 1840; Hyvönen 2008, 89.)[1] Vuoden 1840 asetus oli Hyvösen mukaan (2008, 206–207) tarkoituksenmukainen ja kattava, mutta sen käytännön toteutus osoittautui mahdottomaksi. Pitkäaikaisesti tai parantumattomasti sairaiden suuri määrä esti akuutisti sairastuneiden pääsyn lääninsairaaloiden mielisairasosastoille. Vuonna 1841 valmistunut Lapinlahti täyttyi parantumattomista potilaista, vaikka sen sairaansija-

1 Asetuksen mukaan jokaiseen lääninsairaalaan oli perustettava neljä sairaansijaa akuutisti sairastuneiden koehoitoa varten. Mikäli potilas ei parantunut, hänet piti lunastaa houruinhuoneeseen. Mahdollisesti parantuvat tuli lähettää vuonna 1841 toimintansa 53-paikkaisena aloittaneeseen Lapinlahden sairaalaan ja parantumattomat Seilin hospitaaliin, jossa oli 46 sairaansijaa. (Keisarillinen asetus 1840; Sarvilinna 1938, 148–165; Achté 1974, 15–27; Ahlbeck-Rehn 2006, 105–114; 1800-luvun mielisairaanhoidosta yleensä ks. Pietikäinen 2020, 26–41.)

https://doi.org/10.21435/skst.1483

määrää oli nostettu yhdeksäänkymmeneen (Pesonen 1980, 235). Asetus ei myöskään muuttanut lähiyhteisön asenteita, vaan omaiset ja seurakunnat lähettivät hoitoon vain kaikkein vaikeimmin oirehtivat. Perhe, suku ja kyläyhteisö yrittivät pitää huolen omistaan. Jos sairastunutta ei koettu vaaralliseksi eikä hän rikkonut seksuaalinormistoa tai ollut väkivaltainen ja arvaamaton, oli sietäminen helpompaa ja mielenvikainen – kuten silloin sanottiin – sai elää esimerkiksi ruotuhoitolaisena kyläläisten joukossa. Raivokasta sairasta saatettiin pitää lukkojen takana ja kahleissa, millä estettiin ”mielipuolta” loukkaamasta itseään tai muita. (Pulma 1991, 146–147; Vilkuna 2010, 100; Pietikäinen 2013, 52, 146 ja 160; Alaja 2013, 14–15.)

Laitoshoito olikin Suomessa kansainvälisesti verrattuna pitkään vähäistä: 1880-luvun alussa Suomessa noin kymmenesosa sairastuneista sai hoitoa laitoksissa. Ruotsissa laitoshoidossa oli yli neljännes sairastuneista, Norjassa kolmannes, Tanskassa yli puolet ja Skotlannissa jopa kolme neljäsosaa. (Sarvilinna 1938, 312–329.) Vaivais- eli köyhäinhoidon varassa huollettujen mielisairaiden määrä kasvoi 1800-luvun jälkipuoliskolla. Ruotuhoidossa olleiden määrä vähentyi, mutta elätehoidon piiriin annettujen määrä kasvoi.[2] Vaivaisten ja mielisairaiden julma kohtelu ja huutokauppaaminen nousivat 1880-luvulla julkisuuteen muun muassa Juhani Ahon ja Minna Canthin teosten myötä. Vaikka huutokaupat virallisesti kiellettiin, jatkuivat ne pitkälle 1900-luvulle saakka. (Jaakkola 1994; Hirvonen 2008.)

Toukokuussa 1889 keisari Aleksanteri III antoi uuden mielisairasasetuksen, jossa valtiolle jäi edelleen suuri vastuu mielisairaiden hoidon rahoituksesta ja laitoksista. Asetus jakoi valtion laitokset keskus- eli parannuslaitoksiin (Lapinlahti 1841, Niuvanniemi 1885, Pitkäniemi 1900), turvalaitoksiin (Seili ja Käkisalmi 1889) sekä vuonna 1882 laajennettuihin Turun, Vaasan, Viipurin, Mikkelin ja Oulun lääninsairaaloiden vas-

2 Ruotuhoidossa mielisairaan huoltamisesta vastasivat yleensä hänen kotikylänsä talot. Ruotulainen sai talosta vaatteet ja ruuan, mutta vastapainoksi hänen tuli osallistua talon töihin. Yleensä ruotulainen kiersi talosta toiseen, mutta joskus ruodun talot saattoivat kustantaa hänet asumaan joko yhteen ruodun taloista, vaivaistaloon tai omaan kotimökkiin. Elätehoidossa seurakunta ja myöhemmin kunta antoi mielisairaan elätettäväksi niille, jotka suostuivat hänet halvimmalla ottamaan. Elätteelle anto tapahtui pitkään huutokaupalla. (Ks. esim. Pulma 1994; Jaakkola 1994; Harjula 1996; Hirvonen 2008.)

https://doi.org/10.21435/skst.1483

taanottolaitoksiin. Keskus- ja vastaanottolaitokset ottivat vastaan akuutisti sairastuneita ja muille vaarallisia potilaita sekä oikeuspsykiatrisia mielentilatutkimuspotilaita. Turvalaitokset oli tarkoitettu parantumattomille potilaille. (Keisarillinen asetus 23/1889; Hyvönen 2008, 95; Vuorio 2010, 18–19.)

1800-luvun lopussa Suomeen rakennettiin kaksi mielisairaalaa: Niuvanniemi Kuopioon (1885) ja Pitkäniemi nykyisen Tampereen alueelle (1900). Molemmat rakennettiin maailmalla yleistyneen paviljonkijärjestelmän mukaisesti. Järjestelmässä kukin osasto muodosti oman paviljonkinsa, jotka yhdistettiin toisiinsa käytävillä. Sairaaloiden ympärille muodostui puutarha. (Kaarinen & Kaarninen 1990, 14–18; Harenko 2000, 82–86; Vuorio 2010, 22–29.)

Monissa muistoissa vanhoja sairaalarakennuksia kuvataan kodikkaiksi ja jopa terapeuttisiksi. Yksi potilaista luonnehti Lapinlahtea ”vanhaksi ja sokkeloiseksi”, mutta samalla kuitenkin ”viihtyisän ja kodikkaan oloiseksi” (MKM 013). Niin omaiset, henkilökunta kuin heidän lapsensa ja potilaatkin mainitsevat luonnon rauhoittavan läheisyyden (ks. esim. MKM 224; MKM 339; MKM 348). Eräs keruuseen kirjoittanut potilas koki Pitkäniemen kauneuden ja Pyhäjärven rannan auttaneen häntä toipumaan: ”Myös päivittäin tekemäni kävelylenkit olivat kivoja tuossa upeassa maisemassa. Pitkäniemen sairaalan on todella kauniilla paikalla, luonnon äärellä ja Pyhäjärven läheisyys houkutti minut kävelemään päivittäin järven rantaan ja toipumaan sairaudestani.” (MKM 353–354.)

Kuntien omistamat sairaalat syntyvät

Siinä missä vuoden 1840 keisarillinen asetus oli luonut Suomeen valtion vastuulle kuuluvan hoitojärjestelmän, vuoden 1889 asetus määräsi myös kunnat ja kaupungit ottamaan vastuuta mielisairaanhoidosta. Uusiin vaivaistaloihin oli rakennettava vähintään kolme sairaansijaa kroonisia potilaita varten, mutta akuuttipotilaiden saaminen valtion sairaaloihin vei kuitenkin yhä kuukausia ja köyhäintalojen mielisairasosastoille jouduttiin ottamaan myös akuuttipotilaita. Käytännössä akuuttihoito taantui, sillä mielisairasosastot jäivät kuntien köyhäinhoitolautakuntien

https://doi.org/10.21435/skst.1483

alaisiksi ja lääketieteellinen valvonta puuttui niiltä lähes kokonaan. Vaivaistalojen mielisairasosastot yleistyivät nopeasti, sillä 1800-luvun loppupuolella mennessä niissä oli hoidettavana jo miltei 800 potilasta. (Keisarillinen asetus 23/1889; Sarvilinna 1938, 543–546; Hirvonen 2008, 166; Hyvönen 2008, 95–96.) Suurimmista kaupungeista ensimmäisenä oman mielisairaalansa perusti Turku, ja pian perässä seurasivat myös Viipuri, Helsinki ja Tampere. Kaupunkien mielisairaaloiden toiminnan käynnistymisessä oli merkittävää, että ensimmäistä kertaa niissä erotettiin ainakin käsitteellisellä tasolla toisistaan köyhäinhoito ja mielisairaanhoito. (Keisarillinen asetus 23/1889; Sarvilinna 1938, 548–571; Törrönen 1978, 14–15.)

Vuonna 1900 Suomen mielisairaaloissa oli noin 1 100 sairaansijaa. Mielisairashoito-komitean (Komiteanmietintö 6/1908) kunnallisille viranomaisille lähettämän kyselyn mukaan mielisairaita oli vuonna 1905 kuitenkin yli 8 000. Suomessa käytiinkin ankaraa keskustelua siitä, tulisiko valtion vai kuntien vastata mielisairaanhoidosta. Valtiolla ei ollut tähän taloudellisia edellytyksiä, mutta kuntien kohdalla pelättiin, että hoito jäisi retuperälle, huonosti resursoiduksi osaksi köyhäinhuoltoa. Ennen kaikkea lääkärit vastustivat kuntien omistamien piirimielisairaaloiden perustamista, mutta taloudelliset realiteetit ja kuntien aktiivisuus ajoivat siihen, että 1930-luvun loppuun mennessä Suomeen syntyi kaikkiaan 15 piirimielisairaalaa, joissa oli noin 5 000 potilaspaikkaa. Ensimmäiset rakennettiin Harjavaltaan (1903), Kellokoskelle (1916) ja Uuteenkaupunkiin (1917). (Therman 1924, 384–396; Törrönen 1978, 18–20 ja 26–28; Pesonen 1980, 515.) Piirimielisairaaloihin otettiin hoidettaviksi ensisijaisesti varattomia, vaarattomia ja parantumattomia mielisairaita, jotka eivät sopineet vapaammissa oloissa hoidettavaksi. Lääkärin harkinnan mukaan sairaalaan voitiin ottaa myös potilaita, jotka olivat sairastuneet akuutisti.

Päätös piirimielisairaaloista johti lukuisten uusien mielisairaaloiden rakentamiseen Suomeen. Sosiaalihallituksen arkkitehti Alex Mörne piirsi ja suunnitteli yhtä lukuun ottamatta (Grelsbyn sairaala Ahvenanmaalla) kaikki uudet piirimielisairaalat. Lisäksi hän suunnitteli uudis- ja lisärakennuksia muun muassa Harjavallan ja Oulun piirimielisairaaloihin. Sairaalat edustavat 1900-luvun alussa syntynyttä blokkisairaalaratkaisua,

https://doi.org/10.21435/skst.1483

jossa vuodeosastot sekä tutkimus- ja toimenpidehuoneet sijaitsevat yhdessä rakennuksessa useassa kerroksessa. (Palmgren 1999, 12–13; Paatela, Havu & Häkli 2003, 42–49.) Sairaalat olivat suurehkoja, yleensä 2–4 kerroksisia, symmetrisiä rakennuksia, jotka rapattiin vaaleiksi. Rakennusten sisäänkäynnit olivat keskellä ja suurehkot potilashuoneet sijaitsivat kahdeksankulmaisten valvomojen ympärillä. Osassa sairaaloita ensimmäisessä kerroksessa vastapäätä ylilääkärin huonetta sijaitsivat niin sanotut vastaanotto-osastot. Mörnen sairaaloissa ei ollut keskikäytäviä, vaan huoneiden välillä liikuttiin kulkemalla toisten huoneiden läpi. (HSA, Hg:1–2, Siilinjärven piirimielisairaalan rakennuspiirustus 1924; Kotilainen 2000, 107.)

Keruuseen osallistuneiden muistelijoiden positiiviset sairaalamuistot liittyvät usein vanhempiin, 1900-luvun alussa rakennettuihin sairaaloihin, joille tyypillisiä olivat korkeat katot ja huoneet sekä ikkunat, joissa riippui pitkät verhot. Niiden pitkien ja leveiden käytävien hallitseva väri oli valkoinen, joka usein mainitaan mielisairaalamuistoissa. Potilashuoneissa oli rautaisten sänkyjen lisäksi pieniä pöytiä ja tuoleja sekä huonekasveja (Neuman-Rahn 1924: 255, 348–349; Kuuva 2018; Heimonen & Kuuva 2020.) Sänkyjen määrä vaihteli sairaaloittain ja huoneittain, mutta kehityksen voi katsoa menneen suurista 6–10 hengen potilassaleista (ks. esim. Manner 1935; Saarikangas 2006) pienempiin, kahden tai useamman hengen jakamiin huoneisiin.

Mörnen piirtämät mielisairaalat muodostivat verstas-, maatalous- ja talousrakennuksineen omia kyliään. Sairaala-alueet sijaitsivat yleensä muutaman kilometrin päässä rakennuskuntiensa keskustoista. Mörnen suunnittelemat sairaalat olivat melko massiivisia ja laitosmaisia, mutta ne sijoitettiin usein luonnonkauniille paikoille vesistöjen läheisyyteen tai maaseutumaiseen ympäristöön. 2000-luvun alussa niiden katsottiin kuitenkin Harengon (2000, 80) sanoin sijaitsevan ”liian korvessa”.

Keruumuistoissa usein idylliseksi mainittu Kellokosken sairaala-alue muodostui 1910-luvulla Kellokosken kartanon alueelle. 1930-luvulla vanhoja potilasrakennuksia saneerattiin ylilääkäri Aarne Soinisen Ruotsista, Saksasta ja Sveitsistä tuomilla opeilla. Sairaalassa aktiivisesti toteutetun työterapian tiloja sekä potilaiden oleskelutiloja lisättiin. Sairaala sijaitsi poikkeuksellisesti Kellokosken keskustan lähellä, joten jotkut muisteli-

https://doi.org/10.21435/skst.1483

jat kokevat sairaala-alueen ja kylän olleen yhtä ja samaa aluetta. (Esim. MKM 394; Tuovinen 1990.)

Piirimielisairaaloiden rakentaminen perustui vapaaehtoisuuteen, joten osa kunnista jättäytyi järjestelmän ulkopuolelle, ja esimerkiksi Lappi kuului aina vuoteen 1973 saakka Oulun piirimielisairaalan (myöhemmin Oulun mielisairaanhuoltopiiri) vastuualueeseen. (MKM 329–336; Hyvönen 2008, 101 ja 212.) Piirimielisairaalat erosivat toisistaan merkittävästi kokonsa ja toimintatasonsa suhteen, ja aktiivisimmat seurasivat psykiatrian kehitystä uusien hoitomuotojen käyttöönotossa. Työhoito oli laajalti käytössä kaikissa sairaaloissa, malariahoito tuli osaan sairaaloista 1920-luvulla ja seuraavalla vuosikymmenellä käyttöön otettiin cardiazoli- ja insuliinisokkihoito. Sähkösokkihoito tuli sairaaloihin 1940-luvulla ja toimintaterapioiden aktiivinen kehittäminen käynnistyi viimeistään 1950-luvun lopusta osin uusien psyykenlääkkeiden käyttöönoton seurauksena. (Hyvönen 2008, 101; Pietikäinen 2013 ja 2020; Rissanen 2018.)

Kuntainliittojen perustamisen myötä mielisairaanhoidon järjestämisvastuu siirtyi yhä enemmän kuntien vastuulle. Valtion sairaaloiden potilaspaikkaluku ei itsenäisyyden ensimmäisinä vuosikymmeninä kasvanut ja lääninsairaaloiden vastaanotto-osastot lakkautettiin vähitellen. Niiden korvaajiksi tulivat kunnalliskotien mielisairasosastot. Vuonna 1935 kunnalliskodeissa oli jopa yli 4 500 mielisairasta. (Eskola 1983, 207–208.) Itsenäisen Suomen ensimmäinen, vuonna 1937 säädetty mielisairaslaki ja -asetus jakoivat edelleen vastuun mielisairauksien ehkäisemisestä ja hoidosta valtion ja kuntien kesken (Mielisairaslaki 286/1937; Mielisairasasetus 455/1937.)

Piirimielisairaalaverkoston rakentuminen on osa suomalaisen yhteiskunnan 1900-luvulla nopeutunutta modernisaatioprosessia. Mielisairaita alettiin pitää taakkana yhteiskunnalle jo 1900-luvun alussa, ensin kaupungeissa ja vähitellen myös maaseudulla. Teollistuminen, maataloustyön koneellistuminen, palkkatyön yleistyminen ja kirkon köyhäinhuollon siirtyminen kunnan vastuulle mursivat ja hajottivat aiemmin yhteisöissä ja yhteiskunnassa koettua yhteisöllisyyttä. Katsottiin, että kunnon kansalaisen tuli kantaa vastuu itsestään ja mahdollisuuksien mukaan myös muista perheensä jäsenistä. Ne, jotka työkyvyttömyyden,

https://doi.org/10.21435/skst.1483

käytöksen, usein myös siveettömyyden ja perimän johdosta katsottiin mielisairaiksi, alettiin eristää ja sulkea yhteisöjen ulkopuolelle. (Salo 1996, 56–60; Ahlbeck ja muut 2013.)

Sotavuosien aikana mielisairaaloissa kuoli merkittävä määrä potilaita tartuntatauteihin, kuten kurkkumätään ja punatautiin. Elintarvikkeista ja vaatteista oli huutava pula. Ari-Pekka Blombergin (1991) tutkimuksen mukaan kuolleisuudella mitattuna sairaalassa oli vaarallisempaa kuin rintamalla. Ennen sotaa 1930-luvulla mielisairaalassa kuolleiden potilaiden määrä oli ollut noin 500 vuodessa, mutta vuonna 1942 peräti 1 400 potilasta menehtyi ollessaan kirjoilla sairaalassa. Tilanahtautta pahensi Karjalan sairaaloiden evakuointi Rauhan ja Kellokosken sairaaloihin ja muiden mielisairaaloiden osastotilojen ottaminen sotasairaaloiden käyttöön. (Hyvönen 2008, 104–105.)

Mielisairaanhuoltopiirien aika

Vuoden 1937 laki ei ratkaissut mielisairaanhoitojärjestelmän ongelmia. Mielisairaanhoidon järjestämisvastuuta ja taloudellisia kysymyksiä pohtinut Pilppulan komitea totesi mietinnössään vuonna 1943, ettei pelkkä sairaaloille annettava valtionapu riittänyt, vaan mielisairaanhuoltojärjestelmälle oli luotava yhtenäiset perusteet. Hoito tuli siirtää lääkintöhallituksen valvontaan ja maa jakaa mielisairaanhuoltopiireihin, jotka vastaisivat hoidon kehittämisestä alueellaan yhtenäisen hoitojärjestelmän mukaisesti. Komitea korosti myös avo- ja perhehoidon kehittämistä ja ehdotti piiritoimistojen perustamista huoltopiireihin. Kunnalliskotien mielisairasosastot tulisi muuttaa rauhallisten mielisairaiden asuntoloiksi. Komitean esityksen pohjalta valmisteltiin uusi laki, joka hyväksyttiin vuonna 1952. (Komiteamietintö 7/1943; Hyvönen 2008, 104–106.)

Vuoden 1952 mielisairaslain ja -asetuksen mukaan mielisairaanhoito siirtyi kuntien vastuulle ja valvonta lääkintöhallitukselle. Maa jaettiin mielisairaanhuoltopiireihin, joissa jokaisessa oli keskusmielisairaala (entinen piirimielisairaala) eli A-sairaala akuuteille potilaille sekä huoltotoimisto (myöhemmin mielenterveystoimisto) avohoitoa varten. Laki mahdollisti myös kunnalliskotien mielisairaalaosastoja korvaavien,

https://doi.org/10.21435/skst.1483

helppohoitoisia kroonikkoja varten suunnattujen B-sairaaloiden perustamisen. Psykiatrit vastustivat tätä lainkohtaa voimakkaasti, sillä jako A- ja B-sairaaloihin ylläpiti potilaiden jakoa aktiivista hoitoa tarvitseviin parannettaviin ja perustason hoidon piiriin kuuluviin parantumattomiin potilaisiin. Valtion omistamien keskuslaitosten harteille jäivät kriminaalipsykiatriset potilaat, jotka nykyäänkin hoidetaan valtion sairaaloissa. (Mielisairaslaki 187/1952; Mielisairasasetus 448/1952; Kaila 1966, 180–181; Pesonen 1980, 516–520; Hyvönen 2008, 105–108 ja 213).

Vuodesta 1955 alkaen B-sairaaloiden perustamiskustannuksiin annettu valtionapu johti siihen, että kunnat alkoivat nopeasti rakentaa uusia hoitopaikkoja ja kunnalliskotien mielisairasosastoja lopetettiin. Alkoi Suomen toinen kiivas mielisairaaloiden rakentamisaikakausi, jonka aikana Suomeen syntyi kaikkiaan 53 B-mielisairaalaa. (Ahola 2015.) Petteri Pietikäinen (2013, 164) kuvaakin 1900-lukua ja varsinkin sodan jälkeistä aikaa suureksi säilöönoton kaudeksi suomalaisen mielisairaanhoidon historiassa.[3]

Alkuvaiheessa B-sairaaloita sijoitettiin vanhoihin ja kunnostettuihin, pääasiassa terveyden tai sosiaalihuollon käytössä olleisiin rakennuksiin. Tällaisia olivat esimerkiksi Iitin B-mielisairaala ja Piritan B-mielisairaala Salossa. Valtionavun varmistumisen jälkeen alkoi uudisrakentaminen joko omalle rakennuspaikalle tai keskusmielisairaalan tai kunnalliskotien läheisyyteen. Kaksikymmentä B-sairaalaa aloitti toimintansa uudisrakennuksessa. Koska sairaaloissa pyrittiin omavaraisuuteen ja työtä pidettiin hoitona, sairaalat pyrittiin sijoittamaan maaseudulle peltojen läheisyyteen. Esimerkkinä tällaisesta rakentamisesta on Suolahteen vuonna 1953 rakennettu Sisä-Suomen B-sairaala. Kymmenkunta B-sairaalaa, esimerkiksi Halikon, Seinäjoen ja Kevättömän sairaala Siilinjärvellä, rakennettiin lakiuudistuksessa A-sairaaloiksi muuttuneiden piirimielisairaaloiden yhteyteen. Loput rakennettiin kunnalliskotien yhteyteen. (Ahola 2015.)

3 1960-luvun lopulla Suomen mielisairaaloissa oli miltei 20 000 sairaansijaa, joista noin 10 500 oli A-sairaaloissa ja yli 8 800 B-sairaaloissa. Valtion sairaaloiden paikkaluku oli 590. Mielisairaanhuoltopiirejä maahamme muodostettiin kaikkiaan 19. (Kärkkäinen 2004; Hyvönen 2008, 105–108.)

https://doi.org/10.21435/skst.1483

1950-ja 1960-luvulla Suomeen rakennettiin lukuisia sairaaloita. Kiivaan sairaalarakentamisen vuoksi Suomeen syntyi sairaalasuunnitteluun erikoistuneiden, kansainväliseen sairaala-arkkitehtuuriin perehtyneiden arkkitehtien joukko. Tämä näkyi niin yleis- kuin mielisairaaloiden ulkoisena samankaltaisuutena. (Kotilainen 2000.) Lukumääräisesti eniten eli kahdeksan uutta B-sairaalarakennusta suunnittelivat Helsingissä sijainneen Arkkitehtitoimisto Cedercreutz & Railon arkkitehdit. Suunnittelua ei ohjattu mallipiirustuksilla. (Ahola 2015.)

B-sairaalan koko määräytyi kuntainliiton jäsenkuntien väestöpohjan mukaan. Vuodeosaston keskimääräinen koko oli noin neljäkymmentä sairaansijaa ja potilashuoneiden koko vaihteli yhden hengen huoneista kuuden potilaan huoneisiin. Koska sairaalat oli tarkoitettu pitkäaikaissairaille, olivat ne tyypillisesti matalahkoja siipiin jaettuja vuodeosastoblokkeja, jolloin potilaiden liikkuminen sekä liikuttaminen esimerkiksi pyörötuolissa tai sairaalasängyssä oli helpompaa. Tavallisin käytäväratkaisu oli keskikäytävä, johon valoa saatiin esimerkiksi käytävän päätyihin sekä huoneiden ovien yläpuolelle sijoitetuista ikkunoista. Ulospäin B-sairaaloiden julkisivuja luonnehtivat ikkunanauhat, joita voitiin korostaa esimerkiksi värein. (Ahola 2015.)

Potilas-, talous- ja maatalousrakennusten sekä teknisten rakennusten lisäksi mielisairaala-alueen täydensivät henkilökunnan asuntolat, joiden rakentaminen ajoittui varsinkin 1950- ja 1960-luvuille. Ylilääkäri asui yleensä isohkossa omakotitalossa ja muiden lääkäreiden asunnoiksi rakennettiin rivitaloja. Usein myös sairaalan talouspäällikkö asui sairaala-alueella. Vähitellen myös hoitohenkilökunnan oli mahdollista vuokrata rivitaloista perheasuntoja varsinkin, jos molemmat vanhemmat työskentelivät sairaalan palveluksessa. Aviottomat hoitajat saattoivat jakaa pienen huoneen toisen hoitajan kanssa. Yksi sairaaloiden kilpailuvalteista 1950-luvun asuntopulan sekä mielisairaan- ja sairaanhoitajapulan aikana oli, että ne pystyivät tarjoamaan henkilökunnalle edullisia ja ainakin saneerattuja asuntoja. (MKM 224–230; MKM, 246–248; asuntotilanteesta ks. esim. Vuorio 2011.)

Avohoidon kehittyminen lähti liikkeelle vasta 1960-luvun puolella. Vuosikymmenen puolivälissä huoltotoimistoja oli 39. Kymmenen vuotta myöhemmin toimistoja oli 106, ja niissä kirjattiin 425 000 potilaskäyn-

https://doi.org/10.21435/skst.1483

tiä. Aluksi huoltotoimistojen painopiste oli sairaalasta kotiutettujen potilaiden jälkihoidossa, mutta vähitellen ne laajensivat tehtäväänsä akuuttihoidon puolelle ja myöhemmin myös psykiatriseen kuntoutukseen. Ehkäisevä mielenterveystyö pääsi käyntiin vasta 1980-luvulla. Ongelmana suomalaisessa psykiatriassa, niin laitoksissa kuin avohoidossakin, oli vakava pula erikoislääkäreistä. (Anttinen 1983, 225; Hyvönen 2008, 107–108; Alanko 2017.)

1960-luku oli psykiatriassa niin kuin muussakin terveydenhoidossa muutoksien sekä murrosten aikaa. Mielisairaanhoidon vanhat käsitykset ja hoitomallit sekä -järjestelmät joutuivat voimakkaan kritiikin kohteeksi. Laitoshoidon kroonistavaa ja eristävää vaikutusta arvosteltiin voimakkaasti antipsykiatrisessa liikkeessä, joka kyseenalaisti viralliset psykiatrian oppirakenteet ja hoitojärjestelmät. Liikkeen edustajien mielestä psykiatria ei voinut enää pohjata vain luonnontieteelliselle tieteenkäsitykselle, vaan sen oli lähdettävä humanistisesta ja ymmärtäväisestä ajattelusta. Itsekin suomalaisessa Marraskuun liikkeessä[4] toiminut psykiatri Claes Andersson on käyttänyt liikehdinnästä nimitystä kriittinen psykiatria. (Hyvönen 2008, 112–113; Honkala 2010.)

Kohti avohoitoa ja mielenterveyden hoitoa

1970-luvun alkuvuosina psykiatristen laitospaikkojen tiheys oli Suomessa maailman korkeampia. Vuonna 1975 paikkoja oli 4,2 suhteutettuna tuhanteen asukkaaseen. Hoitojärjestelmä oli erittäin laitospainotteinen eivätkä avohoitopalvelut ja sairaalan ulkopuoliset hoitomuodot kehittyneet. Niiden osuus oli vain viisi prosenttia koko mielisairaanhoitojärjestelmän menoista. Suomen mielisairaanhoitopolitiikan kehitys sodan jälkeen kulki ajan valtavirtaa vastaan, sillä Länsi-Euroopan maissa psykiatristen sairaanhoitosijojen määrä oli lähtenyt jatkuvaan laskuun jo 1950-luvun puolivälissä. (Salo 1996; Kärkkäinen 2004, 36–37; Lönnqvist ja muut 2013.)

4 Marraskuun liike keskittyi paitsi psykiatristen sairaalapotilaiden myös muiden laitosasukkien, kuten vankien, aseman parantamiseen. Ks. Honkala 2010.

https://doi.org/10.21435/skst.1483

Yhdysvalloissa useat psykiatrit kiinnittivät huomiota mielenterveyden ja sosiaalisen ympäristön väliseen yhteyteen. Varsinaisesti sosiaalipsykiatrinen lähestymistapa yleistyi toisen maailmansodan jälkeen. Suomessakin psykiatrit kiinnostuivat sosiaalitieteisiin perustuvasta tutkimuksesta ja ajattelutavoista 1960-luvulta lähtien. Psykiatria jakaantui toimintatapojen ja tutkimuksen suhteen kolmeen erilaiseen suuntaukseen: biologiseen[5], psykoterapeuttiseen[6] ja sosiaaliseen. 1970-lukua luonnehditaan suomalaisen psykiatrian historiassa sosiaalipsykiatrian vuosikymmeneksi. Sosiaalipsykiatria korosti yhteisön ja ympäristön vuorovaikutuksen merkitystä yksilön mielenterveydellisissä häiriöissä. Tämä ajattelutapa voimisti myös suomalaisessa psykiatriassa pyrkimystä kokonaisvaltaisuuteen ja siihen, että mielenterveyspalvelut tuotaisiin lähemmäksi niiden tarvitsijoita. Sosiaalipsykiatrian myötä erilaiset toimintaterapiat yleistyivät sairaaloissa ja avohoidossa. (Lehtinen ja muut 1989; Hyvönen 2008, 112; Helén ja muut 2011, 49–50; Ahonen 2019, 74–75.)

Sosiaalipsykiatria vaikutti omalta osaltaan siihen, että mielisairaalalainsäädännön uudistaminen ja hoidon painopisteen siirtäminen avohoitoon koettiin välttämättömäksi. Tätä suuntausta tuki myös 1972 voimaan tullut kansanterveyslaki, jonka myötä kansanterveydessä alettiin erikoissairaanhoidon sijaan painottaa perusterveydenhuoltoa. Lainsäädäntöä muutettiinkin osittain vuonna 1978, jolloin mielisairaslain osauudistuksessa vahvistettiin psykiatrisen avohoidon asemaa tuomalla valtionavun piiriin kuntoutus, asuntolatoiminta ja suojatyö. Huoltotoimistot muuttuivat mielenterveystoimistoiksi, joiden tehtäväkenttä laajeni ehkäisevään mielenterveystyöhön. B-sairaalakategoriasta luovuttiin, ja jako paraneviin ja parantumattomiin jäi viimein historiaan. Tahdosta riippumattoman hoidon edellytyksiä tiukennettiin. Lähettävän esteettömän lääkärin lisäksi sairaalassa vähintään kolmen lääkärin tuli todeta tahdosta riippumaton hoito tarpeelliseksi. Omasta tahdostaan hoitoon tulleet määritettiin samaan asemaan yleissairaalapotilaiden kanssa.

5 Biologinen psykiatria on kiinnostunut mielenterveyteen vaikuttavista biologisista mekanismeista. Mielenterveyden häiriöiden katsotaan pohjaavan aivojen toiminnan poikkeavuuksiin. Pääasiallinen hoitomuoto piirissä on lääkehoito.

6 Psykoterapeuttisessa lähestymistavassa ihmisen mieli ja käyttäytyminen nähdään avaintekijöinä mielenterveyshäiriöiden ymmärtämisessä ja hoitamisessa.

https://doi.org/10.21435/skst.1483

Uudistus edisti myös psykiatrisen kuntoutuksen asemaa, mutta vasta 1987 mielenterveyspotilaiden asema tuli yhtäläiseksi muiden vammaisryhmien kanssa. (Laki mielisairaslain muuttamisesta 521/1978; Eskola 1983, 211–212; Salo 1996, 202–203; Hyvönen 2008, 113; Ahonen 2019, 73.)

1980-luvulla Suomessa elettiin nousukautta, mikä heijastui mielenterveystyöhön optimistisina näkemyksinä julkisten palvelujen – myös terveydenhuollon – jatkuvasta kasvusta. Psykiatria suuntautui yhä vahvasti kohti avohoitoa, mitä mielenterveystyön eri osa-alueita edustavat komiteat myös painottivat. Yleissairaaloihin alettiin perustaa psykiatrisia klinikoita ja pieniä osastoja. Hoitojärjestelmä oli voimakkaassa rakennemuutoksessa, mikä näkyi laitoshoitopaikkojen nopeana vähenemisenä. Kun psykiatristen sairaanhoitosijojen määrä vuonna 1980 oli ollut noin 20 000, oli se vuonna 1999 noin 6 200. (Hyvönen 2008, 116–119 ja 136–137; Alanko 2017.) Mielenterveystyön komitean vuonna 1984 julkaisema komiteamietintö loi suuntaviivoja tulevaisuuden psykiatriselle hoitoajatukselle, jonka mukaan mielenterveystyötä tuli monipuolistaa ja avohoitopalveluja kehittää. Mietinnössä todettiin, että hoidon lisäksi mielenterveystyö kattaa myös ehkäisevän toiminnan. (Mielenterveystyön komitean mietintö 17/1984, osa II; ks. myös Ahonen 2019, 88.)

Uusi mielenterveyslaki ja -asetus astuivat voimaan 1991. Laissa puhuttiin ensi kertaa *mielisairaanhoidon* sijaan *mielenterveystyöstä*, jolla tarkoitettiin ”yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, lieventämistä ja parantamista” (Mielenterveyslaki 116/1990). Mielenterveys nähtiin ensimmäistä kertaa voimavarana, jota edistettäisiin mielenterveyspalveluilla sekä väestön elinolosuhteita kehittämällä. Palvelujen järjestämisestä huolehtivat kunnat kansanterveyslain ja sairaanhoitopiirit erikoissairaanhoidon säännösten mukaan. Erikoissairaanhoitolaki astui sekin voimaan 1991. Se yhdisti erilleen kehittyneen psykiatrisen hoitojärjestelmän hallinnollisesti muuhun erikoissairaanhoitoon ja teki ainakin nimellisesti psykiatriasta tasavertaisen muiden lääketieteen erikoisalojen kanssa. Mielisairaanhuoltopiirit lakkautettiin ja ne sulautuivat 21 sairaanhoitopiiriin, joissa erikoissairaanhoito toteutettiin. Psykiatriassa otettiin käyttöön

https://doi.org/10.21435/skst.1483

aluepsykiatriamalli, jossa tavoitteena oli tarvittavien palvelujen tuottaminen sairaanhoitopiirin alueella, ja väestövastuu, jonka mukaisesti sama henkilökunta vastasi esimerkiksi tietyiltä alueilta kotoisin olevien potilaiden hoitamisesta. (Mielenterveyslaki 116/1990; Mielenterveysasetus 1247/1990; Kärkkäinen 2004, 46–53; Hyvönen 2008, 130–186.)

Edellä mainitut uudistukset kuitenkin kariutuivat alkuunsa kansantalouden laman myötä. Terveydenhuollon kustannukset olivat kasvaneet yhtäjaksoisesti 1960-luvun alkuvuosista lähtien, mutta vuodesta 1992 julkinen rahoitus alkoi vähentyä. Useat kunnat karsivat sairaanhoitopiireiltä ostamiaan terveydenhuoltopalveluja. Supistusten kohteeksi joutuivat erityisesti päihdehuollon, mielenterveystyön, vammaishuollon ja kuntouksen asiakkaiden palvelut. Avohoidon kehitys joutui 1990-luvulla voimakkaaseen epätasapainoon. Sairaansijoja purettiin nopeammin kuin avohoitoa rakennettiin. Puoliavoimen ja avohoitoa tukevien toimintojen kehittyminen jäi laadituista suunnitelmista kaikkein eniten. Vaikka kansantalous lähti 1990-luvun puolivälissä uudelleen nousuun, olivat erot kuntien talouskehityksessä suuria ja vuosikymmenen loppupuolella useissa kunnissa jouduttiin yhä säästämään sosiaali- ja terveydenhuollosta. (Kärkkäinen 2004, 55–56; Hyvönen 2008, 136–149.) Tosin Ilpo Helén, Pertti Hämäläinen ja Anna Metteri (2011) tuovat esille, että käsitys psykiatristen palvelujen taantumisesta nousee psykiatrian sisältä, ja että keskustelu suomalaisen psykiatrian taloudellisten voimavarojen puutteesta ja avohoitopalvelujen riittämättömyydestä käynnistyi jo 1980-luvun puolivälissä. Mielenterveystyön supistuminen ei myöskään näkynyt mielenterveystoimistokäyntien kohdalla: ne lisääntyivät vuosina 1994–2004 peräti 61 prosenttia. Lisäksi psykiatriaan erikoistuneita sairaanhoitajia valmistui vuosittain yli 6 000 ja erikoislääkäreitä 50–70. (Helén ja muut 2011.)

Helén ja muut (2011, 43–47) luonnehtivat suomalaista mielenterveystyötä 1990-luvulta lähtien jakaantuneeksi ja hajanaiseksi. Psykiatrinen erikoissairaanhoito on keskittynyt sairaalahoidon uudistamiseen, pitkäaikais- eli laitospotilaiden hoitoon sekä kroonisten mielisairauksien avohoidon järjestämiseen. Terapiapalveluita on saatavilla vain vähän, joten avohoidettavat potilaat eriytyvät taloudellisen asemansa mukaan. Karoliina Ahonen (2019) katsoo, että mielisairaaloiden lakkauttamisen

https://doi.org/10.21435/skst.1483

jälkeen suomalaisen mielenterveyspolitiikan painopisteen siirtyminen ennaltaehkäisyyn ja työikäisten mielenterveyden edistämiseen tapahtui vakavasti sairastuneiden hoidon ja ihmisoikeuksien kustannuksella.

Sosiaali- ja terveysministeriön Mieli 2009 -työryhmä laati 2010-luvun mielenterveystyön kehittämiseksi Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (STM 2009). Suunnitelmassa tavoitteeksi asetettiin asiakkaan aseman parantaminen sekä perus- ja avohoitopalvelujen vahvistaminen. Toimintaperiaatteeksi määriteltiin yhden oven ja matalan kynnyksen malli. Potilaan itsemääräämisoikeuksien kirjaamisen tuli sisältyä esimerkiksi pakkohoitoa ja tahdosta riippumatonta hoitoa määritteleviin säädöksiin niin mielenterveyslain uudistuksissa kuin rajoituksia säätelevässä puitelaissa. Suunnitelman myötä käynnistettiin Käypä hoito -suositusten toteutumisen seuraaminen. Suunnitelma ei saavuttanut kaikkia tavoitteitaan, mutta sen myötä onnistuttiin toteuttamaan esimerkiksi säädösuudistuksia, jotka vaikuttavat mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien toimeentuloon, kuntoisuusetuuksiin sekä asumistukeen. Toisaalta muun muassa asumispalvelujen saatavuus ja niiden määrämittaisuus tuottavat edelleen ongelmia kuntoutumisessa. (Raitakari & Günther 2015; Jäntti 2019a ja 2019b; Ahonen 2019, 162–205.)

Vuonna 2020 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) ja sosiaali- ja terveysministeriö julkaisivat kansallisen mielenterveysstrategian vuosille 2020–2030. Strategian tavoitteena on turvata mielenterveystyön jatkuvuus ja tavoitteellisuus kehittämällä asiakkaille suunnattuja palveluja. Sen lähtökohtana on ajatus, että mielenterveys on pääoma, joka liittyy kokonaisvaltaisesti ihmisten terveyteen sekä sosiaaliseen ja taloudelliseen hyvinvointiin sekä yksilön että yhteiskunnan tasolla. Strategia sisältää myös itsemurhien ehkäisyohjelman, joka jatkaa vuosina 1986–1996 toteutetun valtakunnallisen itsemurhien ehkäisyprojektin työtä. (Vorma ja muut 2020.)

2000-luvulla psykiatrisia osastoja ja sairaaloita rakennetaan kaupunkeihin. Potilaat ovat poistuneet monista vanhoista sairaalamiljöistä, kuten Nikkilästä, Lapinlahdelta ja Kellokoskelta. Sairaala-alueet ja -rakennukset ovat siirtyneet uusiokäyttöön. Nikkilän alueelle peruskorjattiin asuntoja, Hattelmalan sairaalan rakennuksissa toimii koulutustiloja ja teknologiakeskus ja Tyrvään sairaalan vanhasta päärakennuksesta tuli

https://doi.org/10.21435/skst.1483

kunnantalo. Rauhan sairaala Lappeenrannassa palautui alkuperäiseen käyttöönsä: alun perin palossa tuhoutuneen kylpylän perustuksille rakennetun sairaalan alueella toimii nyt kylpylähotelli. Lapinlahti tyhjeni 2008 ja sen tulevaisuudesta käydään Helsingissä kiivasta keskustelua yksityisten rakentajien ja mielenterveystyötä tekevien kansalaisjärjestöjen kesken. Myös Kellokosken sairaala-alueen tilanne on avoin: psykiatrinen osastotoiminta loppui kesällä 2019 ja sairaala-alue rakennuksineen on myytävänä. (Sommar 2016; Hämeenlinnan Lydia 2020; Koivuranta 2020; Bäckgren 2020).

Nykyisin psykiatriset sairaansijat pyritään sijoittamaan somaattisten sairaalatilojen yhteyteen. Tavoitteena on psykiatrisiin sairaaloihin liittyneen häpeän tunteen poistaminen sekä potilaiden perusterveydenhuollon helpottuminen. Uudet sairaalatilat ovat rakenteilla esimerkiksi Turussa ja Mikkelissä. On kuitenkin selvää, ettei pelkkä uusi tila somaattisen hoidon yhteydessä poista potilaiden kokemaa häpeää, jos tiloissa tarjottava hoito on potilaan mielestä alistavaa ja huonoa. Parhaita vastavoimia häpeälle ovat toivoa ylläpitävät hoitosuhteet, terapia ja ympäristön ymmärtävä ja vastaanottava suhtautuminen (ks. esim. Maanmieli 2019, 189).

Kun tarkastelee psykiatrian kehitystä hoitopaikkojen historian kannalta, lienee oikeutettua puhua tietynlaisesta jatkumosta ja kehästä. Jatkumo on parhaimmillaan tuonut uusia hoitoajatuksia ja -malleja sekä keinoja, joiden myötä psyykkisistä sairauksista kärsivien ihmisten elämää pyritään helpottamaan inhimillisesti potilaiden mielipiteitä kuunnellen. Myös kanssaihmisten mielipiteet ja asennoituminen ovat parhaimmillaan avartuneet. Kehä puolestaan osoittaa sen, että muut kuin potilaiden tarpeista lähtevät syyt kuitenkin usein määrittävät hoitoon käytössä olevia resursseja: moni mielenterveyskuntoutuja ei saa tarvitsemiaan hoito- ja tukipalveluja eikä tarvittavaa tukea asumiseen. (Ks. esim. Ahonen 2019.) Asumispalvelut ovat viime vuosina siirtyneet yhä enemmän suuryritysten omistamiin yksiköihin, joiden henkilökunnan vaihtuvuus on usein suurta eikä pysyviä hoitosuhteita henkilökunnan ja asukkaiden välille synny. Markku Salon (2019) mukaan taloudellinen ja toiminnallinen tuloksellisuus on sotkettu toisiinsa, jolloin palvelut mitoitetaan kustannusten säästämisen, ei toiminnallisen tuloksellisuuden mittareilla.

https://doi.org/10.21435/skst.1483

LÄHTEET

ARKISTOLÄHTEET

Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran arkisto.
Perinteen ja nykykulttuurin kokoelma.
Muistoja ja kokemuksia mielisairaalasta 2014–2015. (MKM)

Harjamäen sairaalan arkisto. (HSA)
Hg:1–2 Sairaalan rakentamista koskevat asiakirjat 1922–1929.

LAIT JA ASETUKSET

Asetuskokoelma
Keisarillinen asetus 1840: Hans kejserliga majeståts rådiga förordning, angående sinnessjukte personers wård och förbättrade anstalter till deras botande, den 4 februari. 4.2.1840.
Keisarillinen asetus 23/1889: Keisarillisen majesteetin armollinen asetus sairasmielisten hoidosta, 28.5.1889.
Mielisairaslaki 286/1937, 18.6.1937.
Mielisairasasetus 455/1937, 22.12.1937.
Mielisairaslaki 187/1952, 2.5.1952.
Mielisairasasetus 448/1952, 23.12.1952.
Laki mielisairaslain muuttamisesta 521/1977, 23.6.1978.
Mielenterveyslaki 1116/1990, 14.12.1990.
Mielenterveysasetus 1247/1990, 21.12.1990.

KOMITEAMIETINNÖT

Komiteanmietintö 6/1908: Varsinaisten mielisairasten hoito I.
Komiteamietintö 7/1943: Kunnallisten mielisairaalain ja tuberkuloosiparantolain valtionavustusten järjestämisestä.
Mielenterveystyön komitean mietintö 17/1984, osa II.

KIRJALLISUUS

Achté, Kalle 1974: *Satakolmekymmentä vuotta psykiatriaa. Lapinlahden sairaala 1841–1971.* Otava, Helsinki.
Achté, Kalle 1991: *150 vuotta psykiatriaa. Lapinlahden sairaalan historia 1841–1991.* Recallmed, Klaukkala.
Ahlbeck-Rehn, Jutta 2006: *Diagnostisering och disciplinering. Medicinsk diskurs och kvinnligt vansinne på Själö hospital 1889–1944.* Åbo Akademi, Åbo.
Ahlbeck, Jutta – Lappalainen, Päivi – Launis, Kati – Tuohela, Kirsi 2013: Degeneraatio ja modernisoituva Suomi. Sairauden kulttuuristen merkitysten äärellä. *Kulttuurintutkimus*

20: 2, 3–15. Saatavissa: https://kulttuurintutkimus.fi/artikkelit-pdf/KT_2-2013_3-15_Degeneraatio_ja_modernisoituva_Suomi.pdf. Viitattu 2.8.2019.

Ahola, Teija 2015: Terveyttä kaikille. B-mielisairaalat 1950-luvulta 1970-luvulle [verkkoaineisto]. Museovirasto, Helsinki. Saatavissa: https://www.museovirasto.fi/uploads/Kulttuuriympariston/Rakennettu_hyvinvointi/TEHO_B-mielisairaalat_1950-luvulta_1970-luvulle_Ahola_VALMIS_2015.pdf. Viitattu 5.8.2019.

Ahonen, Karoliina 2019: *Suomalainen mielenterveyspolitiikka. Julkisen vallan ohjaus mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmisoikeuksien turvaamiseksi.* Helsingin yliopisto, Helsinki. http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-5671-6.

Alaja, Paavo 2013: *Suomen maalaisseurakuntien köyhäinhoito luterilaisen ortodoksian aikana (1571–1686)*. Suomen kirkkohistoriallinen seura, Helsinki.

Alanko, Anna Maija 2017: *Improving mental health care. Finnish mental health policy rationale in the era of dehospitalisation.* Helsingin yliopisto, Helsinki.

Anttinen, Erik E. 1983: Avohoidon ideologian kehitys. Teoksessa: Achté, Kalle – Suominen, Jaakko – Tamminen, Tapani (toim.) *Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatriaa*. Suomen psykiatriyhdistys, Helsinki, 217–228.

Blomberg, Ari-Pekka 1991: Mielisairaan aseman sodan aikana. Teoksessa: Salo, Jyrki – Taipale, Ilkka (toim.) *Mielisairaan sosiaalinen asema*. Kellokosken sairaala, Tuusula, 156–161.

Bäckgren, Noora 2020: Hus myy kulttuurihistoriallisesti merkittävän Kellokosken sairaalan – ”Tämä paikka on helmi” [verkkoaineisto]. *Helsingin Sanomat* 11.10.2020. Saatavissa: https://www.hs.fi/kaupunki/art-2000006665974.html. Viitattu 30.3.2022.

Enges, Pasi – Heimo, Anne – Mahlamäki, Tiina – Virtanen, Timo J. 2015: Tila, paikka ja ympäristö. Teoksessa: Kouri, Jaana (toim.) *Askel kulttuurien tutkimiseen*. Turun yliopisto, Turku, 133–150.

Eskola, Jarkko 1983: Psykiatrinen terveydenhuolto. Lainsäädännön ja julkisen toiminnan kehitys. Teoksessa: Achté, Kalle – Suominen, Jaakko – Tamminen, Tapani (toim.) *Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatriaa*. Suomen psykiatriyhdistys, Helsinki, 203–216.

Harenko, Aarno 2000: Mielisairaaloiden puistojen historiaa. Teoksessa: Kaarninen, Pekka (toim.) *Pitkäniemen vuosisata*. Pitkäniemen sairaalan kuntayhtymä, Tampere, 78–86.

Harjula, Minna 1996: *Vaillinaisuudella vaivatut. Vammaisuuden tulkinnat suomalaisessa huoltokeskustelussa 1800-luvun lopulta 1930-luvun lopulle*. Suomen Historiallinen Seura, Helsinki.

Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari 2020: A corridor that moves. Corporeal encounters with materiality in a mental hospital. Teoksessa: Ankele, Monika – Majerus, Benoît (toim.) *Material and immaterial cultures of psychiatry*. Transcript, Bielefeld, 334–353. Saatavissa: https://www.transcript-publishing.com/978-3-8376-4788-4/material-cultures-of-psychiatry/. Viitattu 13.1.2021.

Helén, Ilpo – Hämäläinen, Pertti – Metteri, Anna 2011: Kompleksejа ja katkoksia. Psykiatrian hajaantuminen suomalaiseen sosiaalivaltioon. Teoksessa: Helén, Ilpo (toim.) *Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen*. Vastapaino, Tampere, 11–69.

Hirvonen, Helena 2008: *Vaivaishuollosta psykiatriatieteeksi. Suomalaisen mielisairaanhoidon ja psykiatrian kehityslinjat 1800-luvulta 1910-luvulle.* Historian lisensiaatintyö. Joensuun yliopisto, Joensuu.

Honkala, Kaisa 2010: *"YK:n ihmisoikeudet vankiloihin!" Marraskuun liikkeen suomalaisen kontrollipolitiikankritiikki 1967—1972.* Poliittisen historian pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto, Helsinki. http://urn.fi/URN:NBN:fi:hulib-201703271781

Hyvönen, Juha 2008: *Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta*. Kuopion yliopisto, Kuopio.

Hämeenlinnan Lydia 2020: Hämeenlinna – piirimielisairaala [verkkoaineisto]. Saatavissa: https://lydia.hameenlinna.fi/items/show/974. Viitattu 15.1.2020.

Jaakkola, Jouko 1994: Sosiaalisen kysymyksen yhteiskunta. Teoksessa: Jaakkola, Jouko – Pulma, Panu – Satka, Mirja – Urponen, Kyösti (toim.) *Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva: suomalaisten sosiaalisen turvan historia*. Sosiaaliturvan keskusliitto, Helsinki, 71–162.

Jäntti, Saara 2019a: Kodittomuuksia nuorten mielenterveyskuntoutujien draamaryhmässä. Teoksessa: Jäntti, Saara – Heimonen, Kirsi – Kuuva, Sari – Mäkilä, Annastiina (toim.) *Hulluus ja kulttuurinen mielenterveystutkimus*. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä, 159–182. http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7706-1.

Jäntti, Saara 2019b: Kodin merkitysten rakentuminen *Koti! Paikka maailmassa* -esityksessä. Teoksessa: Hiltunen, Kaisa – Sääskilahti, Nina – Ahvenjärvi Kaisa (toim.) *Kuulumisen reittejä taiteessa*. Eetos, Turku, 275–300.

Kaila, Martti 1966: *Psykiatrian historia lääketieteen yleiskehityksen ja kulttuurihistorian valossa*. WSOY, Helsinki.

Kaarinen, Mervi – Kaarninen, Pekka 1990: *Pitkänimen sairaala 1900–1990*. Pitkäniemen sairaalan kuntainliitto, Tampere.

Koivuranta, Esa 2020: *Yllätyskäänne Helsingissä: Lapinlahden sairaalan ideakisassa on enää yksi osallistuja, toinen vetäytyi viime metreillä. Ratkesiko sairaalan tulevaisuus?* [verkkoaineisto]. Ylen verkkouutiset 16.1.2020. Saatavissa: https://yle.fi/uutiset/3-11160487. Viitattu 16.1.2020.

Kotilainen, Helinä 2000: Rakentaminen Suomen terveydenhuollossa 1900-luvulla. *Hippokrates: Suomen Lääketieteen Historian Seuran Vuosikirja* 17, 102–121.

Kuuva, Sari 2018: Ruumiillinen tieto sairaalaympäristöissä. Valokuvia suomalaisista mielisairaalahistoriikeista. *Ennen ja nyt,* 18: 4. Saatavissa: https://journal.fi/ennenjanyt/article/view/108898/63890. Viitattu 21.1.2020.

Kärkkäinen, Jukka 2004*: Onnistuiko psykiatrian yhdentyminen somaattiseen hoitojärjestelmään? Psykiatrisen hoitojärjestelmän kehitys Suomessa ja sairaanhoitopiiriuudistuksen arviointi psykiatrian näkökulmasta*. Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus STAKES, Helsinki.

Lehtinen, Ville – Alanen, Yrjö O. – Anttinen, Erik E. – Eerola, Kaija – Lönnqvist, Jouko – Pylkkänen, Kari – Taipale, Vappu 1989: *Sosiaalipsykiatria*. Tammi, Helsinki.

Lönnqvist, Jouko – Moring, Juha – Pylkkänen, Kari – Vuorilehto, Maria 2013: Suomalainen hoitojärjestelmä. Teoksessa: Lönnqvist, Jouko – Henriksson, Markus – Marttunen, Mauri – Partonen, Timo (toim.) *Psykiatria*. 9–10. uudistettu painos. Duodecim, Helsinki, 47–68.

Maanmieli, Karoliina 2019: Häpeä ja stigma mielisairaaloiden potilaiden ja heidän omaistensa muistoissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 56: 3, 181–191.

Manner, Aino 1935: *Viesti yöstä. Mielisairaalakokemuksia*. WSOY, Porvoo.

Neuman-Rahn, Karin 1924: *Sielullisesti sairas ihminen ja hänen hoitonsa*. WSOY, Porvoo.

Paatela, Mikael – Havu, Petra – Häkli, Gillian 2003: *Sairaalarakennuksen kehitys. Development of the hospital building*. Arkkitehtitoimisto Paatela-Paatela & co, Espoo.

Palmgren, Heikki 1999: *Piirimielisairaalasta kaupungintaloksi. Tyrvään piirimielisairaalan päärakennuksen, henkilökunnan ja sairaalaympäristön historiaa seitsemältä vuosikymmeneltä*. Tyrvään seudun kotiseutuyhdistys, Vammala.

Pesonen, Niilo 1980: *Terveyden puolesta – sairautta vastaan. Terveyden- ja sairaanhoito Suomessa 1800- ja 1900-luvulla*. WSOY, Porvoo.

Pietikäinen, Petteri 2013: *Hulluuden historia*. Gaudeamus, Helsinki.

Pietikäinen, Petteri 2020: *Kipeät sielut. Hulluuden historia Suomessa*. Gaudeamus, Helsinki.

Pulma, Panu 1991: Mielisairaan sosiaalisesta asemasta 1700–1800-luvuilla. Teoksessa: Salo, Jyrki – Taipale, Ilkka (toim.) *Mielisairaan sosiaalinen asema*. Kellokosken sairaala, Kellokoski, 144–150.

Pulma, Panu 1994: Vaivaisten valtakunta. Teoksessa: Jaakkola, Jouko – Pulma, Panu – Satka, Mirja – Urponen, Kyösti: *Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva. Suomalaisten sosiaalisen turvan historia*. Sosiaaliturvan keskusliitto, Helsinki, 15–70.

Raitakari, Suvi – Günther, Kirsi 2015: Mielenterveysasiakkaan asema portaikkomallin ja asunto ensin -mallin asumispoluilla. *Janus: sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti* 23: 1, 66–82. Saatavissa: https://journal.fi/janus/article/view/51243/15695. Viitattu 4.2.2020.

Rissanen, Anu 2018: Silmitön ja väkivaltainen. Erään mielisairaalapotilaan ura 1900-luvulla. *J@rgonia* 16: 31, 41–66. http://urn.fi/URN:NBN:fi:jyu-201805302902.

Rosén, Helena 1991: Lapinlahden sairaalan rakennushistoriasta. Teoksessa: Achté, Kalle (toim.) *150 vuotta psykiatriaa. Lapionlahden sairaalan historia 1841–1991*. Recallmed, Klaukkala, 26–33.

Saarikangas, Kirsi 2002: *Asunnon muodonmuutoksia. Puhtauden estetiikka ja sukupuoli modernissa arkkitehtuurissa*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki.

Saarikangas, Kirsi 2006: *Eletyt tilat ja sukupuoli. Asukkaiden ja ympäristön kulttuurisia kohtaamisia*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki.

Salo, Markku 1996: *Sietämisestä solidaarisuuteen. Mielisairaalareformit Italiassa ja Suomessa*. Vastapaino, Tampere.

Salo, Markku 2019: *Hullut mielenterveysmarkkinat. Kuinka korjata kurjistuneet mielenterveyspalvelut?* Vastapaino, Tampere.

Sarvilinna, Atso 1938: *Mielisairaanhoidon kehityksestä Suomessa vuoteen 1919. Lääketieteellis-historiallinen tutkielma*. A. Sarvilinna, Uusikaupunki.

Soininen, Aarne 1934: Mielisairaalarakennuksen historiasta. *Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehti* 4/1934, 79–90.

Sommar, Heidi 2016: Lapinlahden sairaala. Hourujen hoidosta psyyken parantamiseen [verkkoaineisto]. *Yle Elävä arkisto*. Saatavissa: https://yle.fi/aihe/artikkeli/2016/09/27/lapinlahden-sairaala-hourujen-hoidosta-psyyken-parantamiseen. Viitattu 15.1.2020.

STM = Sosiaali- ja terveysministeriö 2009: *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015*. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2768-1.

Therman, Ernst 1924: Katsaus piirimielisairaaloiden syntyyn ja kehitykseen maassamme.

Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 8–9, 384–396. Duodecim, Helsinki. Saatavissa: https://www.terveysportti.fi/d-htm/articles/1924_8-9_384-396.pdf. Viitattu 25.1.2020.

Tuovinen, Sirkka Liisa 1990: *Kellokosken sairaala 1915–1990*. Kellokosken sairaala, Kellokoski.

Törrönen, Sirkka 1978: *50 vuotta työtä mielenterveyden hyväksi*. Mielisairaanhuoltopiirien liitto, Papinsalmi.

Vilkuna, Kustaa H. J. 2010: *Katse menneisyyden ihmiseen. Valta ja aineettomat elinolot 1500–1850*. Suomen Historiallinen Seura, Helsinki.

Vorma, Helena – Rotko, Tuulia – Larivaara, Meri – Kosloff, Anu 2020: *Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030*. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. Saatavissa: http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7. Viitattu 2.10.2021.

Vuorio, Kaija 2010: *Niuva. Niuvanniemen sairaala 1885–1952*. Niuvanniemen sairaala, Kuopio.

Vuorio, Kaija 2011: *Niuva. Niuvanniemen sairaala 1953–2010*. Niuvanniemen sairaala, Kuopio.