

Johanna Koivisto

Mielensä menettänyt, toisen tappanut

Kriminaalipotilaana Mustasaaren sairaalassa 1940-luvulla

Jyväskylän yliopisto
Historian ja etnologian laitos
Pro gradu -työ
elokuu 2014

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

| | |
|--|--|
| Tiedekunta – Faculty Humanistinen tiedekunta | Laitos – Department Historian ja etnologian laitos |
| Tekijä – Author Koivisto, Johanna Essi Tuulia | |
| Työn nimi – Title Mielensä menettänyt, toisen tappanut. Kriminaalipotilaana Mustasaaren sairaalassa 1940-luvulla. | |
| Oppiaine – Subject Suomen historia | Työn laji – Level Pro gradu-tutkielma |
| Aika – Month and year Elokuu 2014 | Sivumäärä – Number of pages 119 |
| <p>Tiivistelmä – Abstract</p> <p>Mielisairaus on ollut rangaistusta lieventävä tekijä länsimaisessa kulttuurissa antiikista ajoista lähtien. Syytetyn mielentilan arvioiminen siirtyi yhteisöltä lääkäreille 1800-luvun kuluessa. Tieteellistynyt psykiatria otti tehtäväkseen laatia lausuntoja henkilöistä, joiden rikosoikeudellista vastuuta oli syytä epäillä. Ensimmäiset lääkäreiden tekemät mielentilatutkimukset tehtiin Suomessa 1830-luvulla vankiloissa. Mielisairaalarakentamisen myötä lausuntoja alettiin tehdä sairaaloissa, psykiatrien suorittamina. Suomessa säädettiin vuoden 1889 rikoslaissa, että ymmärrystä vailla oleva syytetty ei ollut rikosoikeudellisessa vastuussa teoistaan. Vankilan sijasta syytetty voitiin tuomita kriminaalipotilaana hoitoon mielisairaalaan.</p> <p>Tutkielman kohteena ovat Mustasaaren sairaalassa vuosina 1939–1950 hoidossa olleiden kriminaalipotilaiden sairaala-arki. Mustasaaren sairaala oli vuodesta 1939 lähtien yksi valtion viidestä mielisairaalaista. Sen tehtävänä oli hoitaa maan vaikeahoitoisimmat potilaat, joita ei pystytty hoitamaan muissa sairaaloissa. Mustasaaren rakennettiin 60-paikkainen lujaosasto (F-osasto) näitä potilaita varten. Tutkimuksen aineistona ovat F-osaston 128 potilaan sairaukset, sairaalan vuosikertomukset sekä ylilääkärin ja taloudenhoitajan käymä kirjeenvaihto.</p> <p>Potilaiden arjen kannalta merkittävimpiä tekijöitä olivat työ, vapaa-ajan mahdollisuudet ja suhteet toisiin potilaisiin, henkilökuntaan ja omaisiin. Nämä asiat määrittivät myös sen, saattoiko kriminaalipotilas päästä sairaalasta pois. Kriminaalipotilaan kohdalla pois pääsy riippui siitä, kykenikö potilas täyttämään yhteiskunnan asettamat rajat. Potilaan tuli olla rehellinen ja ahkera sekä omata tukiverkko sairaalan ulkopuolella, jotta koevapauteen pääseminen onnistui.</p> <p>Sairaala oli tarkoitettu vaikeille potilaille, joten arki rakentui kurin ja hoivalle. Sota vaikutti sairaalan arkeen merkittävästi. Arkea hankaloitti erityisesti hoitajapula, jonka takia kaikkia hoitokeinoja, kuten insuliinihoitoa, ei sairaalassa voitu käyttää. Rauhoittavien lääkkeiden käyttö sen sijaan oli yleistä. Hoitajapulan takia valvontaa oli pakko kiristää, mikä näkyi muun muassa pakkokeinojen ja eristystoimenpiteiden käytössä ja siinä.</p> <p>Tutkielma on terveyden historiaa sosiaalisesta näkökulmasta. Tutkimuksen aineisto on analysoitu mikrohistoriallisella lähestymistavalla, jonka kohteena on marginaaliryhmän menneisyyden tutkiminen.</p> | |
| Asiasanat – Keywords Psykiatriset potilaat, arki, mielisairaalat, mielisairaanhoito, mielisairaas, mielentilatutkimus, Mustasaari, mikrohistoria | |
| Säilytyspaikka – Depository Historian ja etnologian laitos | |
| Muita tietoja – Additional information | |

SISÄLLYS

| | |
|---|-----|
| 1 JOHDANTO | 4 |
| 1.1 Tutkimusaihe ja tutkimuskysymykset..... | 4 |
| 1.2 Aiempi tutkimus..... | 9 |
| 1.3 Tutkimuksen lähteet ja menetelmät | 12 |
| 1.4 Mielentilatutkimuksen historiallinen jatkumo | 21 |
| 2 MUSTASAAREN KRIMINAALIPOTILAAT | 24 |
| 2.1 Ymmärrystä vailla, hoidon tarpeessa – mielentilalausannon merkitys..... | 24 |
| 2.2 Mielisairaita ja sairasmielisiä..... | 31 |
| 2.3 Puukottajia ja pyörävarkaita..... | 41 |
| 3 TERVETULOJA MUSTASAAREEN | 44 |
| 3.1 Kriminaalimielisairaala..... | 44 |
| 3.2 Sairaalaympäristön asukkaat..... | 48 |
| 3.3 Vankikyydissä uuteen kotiin..... | 53 |
| 4 KUURAAAMISTA JA KORONAA..... | 56 |
| 4.1 Työ – luottamuksen mittari..... | 57 |
| 4.2 Vapaa-aikaa mahdollisuuksien mukaan..... | 65 |
| 4.3 Potilaiden suhteet toisiinsa, hoitajiin ja ulkomaailmaan | 69 |
| 4.4 Valvontaa ja väkivaltaa..... | 72 |
| 5 HOITOA VAI HUOLTOA? | 77 |
| 5.1 Erikoishoitoja ja -hoidottomuutta | 78 |
| 5.2 Pilleri aamuin ja illoin..... | 85 |
| 5.3 Pakkokeinot kurin ja järjestyksen välineenä..... | 88 |
| 5.4 Eristys | 92 |
| 6 UNELMA POISPÄÄSYSTÄ | 96 |
| 6.1 Hoitoajat..... | 97 |
| 6.2 Koevapauden mahdollisuus | 100 |
| 6.3 Syliin mustan maan – kuolema sairaalassa..... | 104 |
| 7 TURVALAITOS SAIRAILLE, KASVATUSLAITOS KURITTOMILLE..... | 108 |
| LÄHTEET..... | 115 |

1 JOHDANTO

1.1 Tutkimusaihe ja tutkimuskysymykset

”Täällä on tutkittavalle asetettu diagnoosi: Imbecillitas, constitutio psychopathica forma aggressiva.

Keskitän lausuntoni seuraaviin loppuponsiin:

- 1) Tutkittava on vähämielinen henkilö, jonka älykkyyssikä on 8,9 v. ja lisäksi hän on sairasmielinen.*
- 2) Tämän vuoksi hän on ollut nyt kyseessä olevan teon tehdessään ymmärrystä vailla.*
- 3) Ympäristölleen vaarallisena häntä on hoidettava suljetussa laitoksessa.”¹*

Näin kirjoitti Mustasaaren sairaalan² alilääkäri Sirkka Suominen³ vuonna 1946 erään mielen-tilatutkimukseen tulleen syytetyn mielenlilalausuntoon. Miestä syytettiin murhasta: hän oli puukottanut sisarensa miestä kuolettavasti selkään nujakan päätteeksi. Riita oli syntynyt paitsi perinnöstä, myös syytetyn kokemasta huonosta kohtelusta. Perheessään miestä oli sanottu hulluksi ja pöljäksi. Hän oli uhannut aiemminkin tappaa milloin itsensä, milloin perheensä, mutta kukaan ei ottanut puheita kovin tosissaan. Ikäviä tapahtumia selvitettiin sittemmin kihlakunnanoikeudessa, jossa oikeus katsoi miehen olleen ymmärrystä vailla, eikä hän siten ollut rikosoikeudellisessa vastuussa. Mies todettiin kuitenkin yleiselle turvallisuudelle vaaralliseksi, ja

¹ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 80/1946, muutettu 4515.

² Sairaala toimi Mustasaaren sairaalan nimellä vuoteen 1987 asti. Nimi päätettiin muuttaa Vanhan Vaasan sairaalaksi kuntaliitoksen yhteydessä, kun Mustasaaren kunta liitettiin osaksi Vaasaa. Mustasaaren kaupungin osaan oli tullut vuodeosasto, josta käytettiin niin ikä nimitystä Mustasaaren sairaala. Nimitys toi ongelmia sekä postille että potilaiden omaisille. Uusi nimikuvasi sairaalan sijaintia, historiallisuutta ja poisti mahdolliset epäselvyydet. Selistö 1990, 27–28. Käytän työssäni nimeä Mustasaaren sairaala, ajan nimityksen mukaisesti. Lisää sairaalasta luvussa 3.1.

³ Sirkka Suominen syntyi Porvoossa vuonna 1904 apteekkarien perheeseen. Suominen valmistui lääketieteen lisensiaatiksi vuonna 1933. Hän toimi hetken Lapinlahden sairaalassa, jossa ilmeisesti tapasi miehensä Yrjö K.Suomisen. Kun Y.K. Suominen toimi Mikkelin piirimielisairaalan ylilääkärinä, Sirkka Suominen toimi yksityislääkärinä Mikkelissä. Uransa alkuvuosien aikana Sirkka Suominen teki lyhyitä sijaisuuksia vastaavana ylilääkärinä, lääkärinä ja alilääkärinä muun muassa Noormarkussa, Turun lääninsairaalassa, Alastaron ja Vampulan kunnassa, Pälksaaren piirimielisairaалassa ja Mikkelin piirimielisairaалassa. Mustasaaren alilääkärin virkaa Sirkka Suominen alkoi hoitaa vakituisesti vuonna 1944. Samalla Mustasaaren lääkärin tehtävien kanssa, Suominen toimi lääkärinä Vaasan Huutoniemen sairaalan lääkärinä 1940–1942. Rouva Suomisen harrastuksiin kuuluivat käsityöt ja puutarhanhoito. Suomisen pariskunnalle syntyi neljä lasta: Juha (1936), Teuvo (1937), Pekka (1940) ja Sirkka (1941–1953). Suomen lääkärit 1956, 996–997.

vankilan sijasta hänet määrättiin hoidettavaksi mielisairaalaan.⁴ Oikeusprosessin ja mielentilatutkimuksen tuloksen myötä henkilöstä tuli kriminaalipotilas.

Kriminaalipotilaan käsite on ongelmallinen. Sen käyttö muotoutui lääketieteen ja lain ammatilaisten käsissä, mutta sitä ei ole tarkkaan määritelty esimerkiksi lainsäädännössä. Tiedettävästi ensimmäisenä suomalaisena käsitettä käytti oikeustieteen asiantuntija O. Hj. Granfelt vuonna 1915. Hän selvitti, olisiko törkeistä rikoksista syytettyjen mielentilan tutkiminen määrättävä pakolliseksi. Granfelt käytti termiä kriminaalipotilas, jolla hän viittasi ymmärrystä vailla rankaisematta jätettyihin, vaarallisuutensa vuoksi hallinnollisilla määräyksillä mielisairaalaan suljettuihin ihmisiin sekä niihin rangaistuvankeihin, jotka olivat sairastuneet rangaistusaikana.⁵ Lääkäri Ernst Therman tarkensi ja jakoi kriminaalipotilaan käsitteen neljään osaan, jotka nousivat 1900-luvun alussa vakiintuneeksi käsitykseksi. Kriminaalipotilaita olivat 1) rikoksesta syytetyt henkilöt, jotka mielentilansa vuoksi joutuivat oikeuslääketieteelliseen tutkimukseen eli niin sanotut tarkastuspotilaat, 2) tutkimusvangit, 3) mielisairaajat rangaistusvangit ja 4) rikoksesta syytetyt, mutta mielisairauden takia syyntakeettomiksi julistetut henkilöt.⁶

Pro gradu -työssäni tutkin Mustasaaren sairaalassa vuosina 1939–1950 hoidettujen kriminaalipotilaiden hoitoa ja arkea. Tavoitteenani on rakentaa kuva siitä, millaista kriminaalipotilaan elämä oli 1940-luvun Suomessa. Minkälaisen prosessin kriminaalipotilaaksi Mustasaaren sairaalaan päätnyt potilas kävi läpi, ja miten arki rakentui Mustasaaren sairaalassa 1940-luvulla? Olin aluksi kiinnostunut kriminaalipotilaisiin kohdistuneista hoitotoimenpiteistä, mutta arkistotyön edetessä selvisi, että potilaan elämän kannalta oleelliseksi nousivat sairaalan muut kuin hoitotoimenpiteelliset tapahtumat. Kriminaalipotilasta määrittävät kaksi leimaavaa käsitettä: mielisairaus ja rikollisuus. Nähtiinkö potilaat ennen kaikkea mielensä kadottaneina sairaina, jotka tarvitsivat hoitoa, vai yhteiskuntajärjestystä rikkovina rikollisina, joita tuli rangaista? Voidakseni vastata tähän kysymykseen, täytyy selvittää sairaalan tavat ja käytänteet, eli se, miten rikoksen tehnyttä mielisairasta suljetussa laitoksessa kohdeltiin.

⁴ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 80/1946, muutettu 4515.

⁵ Wagner-Prenner 2000, 4-5.

⁶ Therman 1917, 499. Mustasaaren sairaalan ylilääkäri Y.K. Suominen oli nimekkeen kanssa myös tarkka. Esimeriksi vaikeahoitoisten kohdalla hän teki selkeän erotuksen kriminaalipotilaisiin, vaikka he olisivatkin olleet väkivaltaisia aiemmissä hoitopaikoissaan. VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 50/1941, LXX, muutettu 5573.

Tarkastelen kriminaalipotilaan elämää kolmesta eri näkökulmasta: yhteisön, ympäristön ja yksilön näkökulmasta. Yhteisön näkökulmasta selvitän kriminaalipotilaan aseman: miksi ja millaisen tapahtumaketjun seurauksena rikoksesta syytetty päätyi mielisairaalaan ja miksi juuri Mustasaareen, joka oli tarkoitettu vaikeille ja väkivaltaisille potilaille? Tässä hyödynnän ennen kaikkea potilaiden mielentilatutkimuksia ja tutkimuskirjallisuutta. Tutkin, miten syyntakeettomuus määritettiin ja mihin toimenpiteisiin se johti. Heti laitokseen sulkemisensa jälkeen potilas hävisi aiemmasta yhteisöstään ja siirtyi uuteen, joka oli usein, kirjaimellisesti, aidattuna kauas kaupungin laidalle. Tämä internoiminen kertoo yhteisön ja yhteiskunnan arvoista, normeista ja peloista. Miksi kriminaalipotilas ajautui marginaaliin ja oliko sieltä ulospääsyä?

Ympäristön näkökulmasta tutkin, millaiseen elinympäristöön potilas joutui päätyessään juuri Mustasaaren mielisairaalaan 1940-luvulla. Millainen sairaala oli? Mitä käytänteitä sairaalassa oli, ja miten sota vaikutti sairaalan arkeen? Millainen sairaala oli suhteessa muihin sairaaloihin? Suomen mielisairaalajärjestelmä rakentui 1800-luvun ja 1900-luvun taitteessa. Samaan aikaan lainsäädäntö pisti yhteiskunnan huono-osaiset kuriin ja laitoksia alettiin rakentaa kiihtyvää tahtia.⁷ Jokaiselle poikkeavalle oli oma paikkansa. Mustasaaren sairaalan profiilin ymmärtäminen selkeyttää kuvaa suhtautumisesta kriminaalipotilaisiin. Vaikka en varsinaisesti tutki Mustasaaren sairaalan historiaa vaan potilaiden historiaa, on ymmärrettävä juuri Mustasaaren sairaalaa ympäristönä, sen henkilökuntaa ja puitteita, joissa sairaat elivät.

Yksilön tasolla tärkeimmäksi kohteeksi nousevat potilaat itse: potilaan toiminta sairaalassa ja häneen kohdistuvat toimenpiteet hoidoista eristykseen ja vapaa-aikaan. Oliko elämä sairaalassa passivoivaa vai pyrittiinkö rikoksenteijät parantamaan? 1940-luvulla elettiin kautta, jolloin psykiatriassa käytettiin erilaisia erikoishoitoja, kuten sähköhoitoa, kouristushoitoa, insuliinishokkeja ja lobotomiaa.⁸ Tarkoitus on selvittää, mitä hoitokeinoja sairaalassa käytettiin ja millaisiin potilaisiin niitä kohdistettiin tai oltiin kohdistamatta. Näen, että Mustasaarella hoidot olivat arkisia, eivätkä siitä erillisiä tapahtumia. Potilas oli osa sairaalaympäristöä, ei siitä irrallinen hahmo, johon vain hoitotoimenpiteillä kohdennettiin huomiota. Suurin osa potilaiden sairaalassa viettämästä ajasta oli aikaa, jolloin heihin ei kohdistunut lääkäreiden tai hoitajien

⁷ Laitosrakentaminen liittyy ns. oikeudelliseen vallankumoukseen, jossa oikeus tuomita siirtyi suvulta ja yhteisöltä valtiovallalle, juridisen kontrollin alle. Kehitys oli ominaista uuden ajan alussa. Ensimmäisiä laitoksia olivat vankilat, mutta kontrollikoneiston kasvaessa syntyivät myös muut laitokset, kuten työ- ja ojennuslaitokset, kehruhuoneet ja myöhemmin kunnalliskodit, sairaalat jne. Harjula 2007, 46–50; Foucault 2006, 47–77; Pukero 2009, 55–63; Pietikäinen 2013, 139–144.

⁸ Ks. esim. Huttunen 1983, 291–294; Hyvönen 2008, 51–53; Pietikäinen 2013, 210–240.

osalta varsinaisia hoitokeinoja, vaan arki rakentui yhteisille säännöille ja toimintatavoille. Potilaat itse rakensivat suhteita paitsi hoitajiin myös muihin hoidettaviin, joten kuva sängyssä tai ammeessa makaavista potilaista on yksipuolinen. Eräs potilas kertoo tulleen koevapaudesta takaisin ”kotiin”, sillä kotopuolella asiat olivat hänen poissa ollessaan jo menneet eteenpäin.⁹ Joillekin sairaalasta tuli loppuelämän elinympäristö, koti. Potilaiden arkeen perehtyminen on olennaista, jotta voisi ymmärtää, millaiseksi kriminaalipotilaan elämä muodostui.

Rikoksentekejiä, mielisairaita ja yhteiskunnan kurjia tutkittaessa on mahdotonta sivuuttaa ranskalaisen Michel Foucaultin ajatuksia. Foucault on tutkinut rikoksen ja rangaistuksen välistä suhteesta, vallan rakentumisesta ja laitoksien syntyisestä sekä kurinpito- ja valvontajärjestyksistä teoksessaan *Tarkkailla ja rangaista* (alkuperäinen teos on vuodelta 1975). Foucaultin mukaan 1700- ja 1800-luvulla oikeuslaitoksen tehtävä laajentui. Oikeudenistunnoissa ei arvioitu pelkästään mahdollista rikosta, vaan syynättiin epäillyn muita ominaisuuksia. Arvioinnin ja tuomitsemisen kohteeksi nousivat rikoksen tunnusmerkistöjen lisäksi tekijän intohimot, vietit, poikkeavuus, sopeutumattomuus ja vammat. Niiden pohjalta tehtiin tuomio. Miten tuomittu sovitti tekonsa?¹⁰

Annetun tuomion myötä henkilö joutui hänelle sopivaksi katsottuun laitokseen eli vankilaan, pakkotyöhön tai sairaalaan. Tavoite oli kaikissa sama: saada rikoksentekejiä, mielisairas, perverssi ja irtolainen elämään nuhteetonta elämää ja huolehtimaan itsestään yhteiskunnan asettamissa rajoissa. Rangaistuksissa siirryttiin pois suorista ruumiillisista rangaistuksista, mutta ruumis rankaisun kohteena ei hävinnyt, vaan rankaisutavat vaihtuivat. Vankiloissa työ, tiukka päiväjärjestys, kiellot, velvoitteet ja jatkuva valvonta olivat keinoja, joilla vangeista pyrittiin tekemään yhteiskuntakelpoisia. Sairaalassa taas ohjaaminen, kasvatuksellinen kontrolli ja hoitokuurit olivat tapa normalisoida.¹¹ Kurinpidollinen lähtökohta on kuitenkin otettava huomioon myös sairaalan kohdalla, varsinkin kun kyseessä oli potilas, joka oli rikkonut moraalialueita ja lakeja vastaan.

Sairaalaan liittyy vahva hoivallinen aspekti, sillä tavoitteena on auttaa ja parantaa potilaita. Sairaalan arjessa kurinpidolliset toimet kohtasivat hoivan periaatteet. Karin Neuman-Rahn kirjoitti sairaanhoitajille tarkoitettussa opuksessaan vuonna 1924, että sairaanhoitajan tulisi suhtautua potilaaseen lempeydellä: mitä ”*paremmin koulittu hänen sydämensä, sitä suurempi on*

⁹ VVS:n arkisto, Mustasaaren sairaalan vuosikertomus 1946.

¹⁰ Foucault 2005, 26–37, 113, 167–182.

¹¹ Foucault 2005, 26–37, 113, 167–182; Ahlbeck-Rehn, 2006, 37–43, 51–59; Pietikäinen 2013, 167–168.

hänen ymmärtämyksensä toisten ajatuksia, toimintoja ja kärsimyksiä kohtaan, ja sitä helpommin hän luo sen lämmön ilmkehän, jossa sairaat sielut voivat levätä".¹² Näiden pohjalta kuva mielisairaalan arjesta rakentuu kahdelle näkemykselle sen tehtävästä ja suhtautumisesta potilaaseen: kuriin ja hoivaan. Kriminaalipotilaiden kohdalla potilaan aiemmat teot antoivat pohjan oikeutukselle, että tätä sai myös kasvattaa, kurittaa ja rangaista kuten muitakin rikollisia. Toisaalta taas potilaaseen tuli suhtautua kuten haluaisi itseensä suhtauduttavan. Potilaalle tuli antaa ”rakkaudellista valvontaa” sekä ”siveellistä tukea”. Sen sijaan että puhuttaisiin kurista, Neuman-Rahn puhuu kasvatuksen ja ympäristön merkityksestä mielisairaalle. Potilas, jonka tunteet, ajatukset ja tahto on korvattu tottumuksilla, tarvitsi oikeanlaista, rakentavaa ohjaamista. Potilasta ei tullut nuhdella, soimata, eikä ollut sopivaa korostaa tämän vikoja. Sen sijaan piti osoittaa, ”miten tulee menetellä eri tilaisuuksissa”. Esimerkiksi valvontaa ja pakkokeinoja voitiin perustella potilaan, osaston ja henkilökunnan turvallisuuden takaamisella, mutta niiden kurinpidollinen merkitys ei silti häviä.¹³

Erving Goffmanin mukaan mielisairaala oli totaalinen laitos, jossa säilytettiin henkilöitä, jotka olivat kyvyttömiä huolehtimaan itsestään. Vankilalaitoksessa taas säilöttiin ihmisiä, jotka tahallisesti vahingoittivat yhteiskuntaa. Totaalisia laitoksista tuli, kun ne eristettiin ulkomaailmasta muurilla, asukkaiden yhteydenpito ulkomaailmaan oli vähäistä ja henkilökunnan ja asukkaiden välillä vallitsi tiukka jako. Olennaista oli, että päivän tapahtumat kuluivat määrättyssä järjestyksessä ja samassa tilassa muiden asukkien kanssa. Perhe- tai yksityiselämää ei syntynyt, ja laitoksessa oli tiukat säännöt. Sääntöjen rikkomisesta seurasi rangaistus. Goffmanin mukaan totaaliset laitokset riistivät ihmisen itsemääräämisoikeuden ja he joutuivat rakentamaan minuutensa uudestaan laitoksen tarjoamissa puitteissa.¹⁴ Goffmanin ja Foucaultin luomat kuvat eivät anna kovin positiivista kuvaa mielisairaaloista. Osittain kuva on jopa yksimielinen: potilas nähdään vain objektina ilman omaa tahtoa. Perehtymällä sairaala-aineistoon voidaan tutkia, oliko säännöissä joustamisen varaa ja annettiin potilaille vapauksia. Tämän työn tarkoituksena on kurkistaa mielisairaalan oven avaimenreiästä sisään ja katsoa sitä maailmaa lähtökohdasta, jossa kuri ja hoiva risteävät.

¹² Neuman-Rahn 2003, 242–246. Neuman-Rahnin oppikirjasta otettiin uusintapainos vuonna 2003. Oppikirja oli suunnattu sairaanhoitajille, jotka kouluttauivat mielisairaanhoidon alalle. Neuman-Rahnin aatteet hoidosta perustuivat kutsumukselle, sisäiseen vakaumukseen ja valoisaan elämännäkemykseen. Hoidon eettisenä perustana oli kunnioitus. Toinen sairaanhoitajakoulutuksessa käytetty oppikirja oli Lyyli Kinnusen vuonna 1938 ilmestynyt teos *Mielisairaanhoido*. Kinnusen ajatukset hoidosta perustuivat samankaltaisiin arvoihin kuin Neuman-Rahninkin.

¹³ Neuman-Rahn 2003, 244, 252–254, Kinnunen 1950, 69–85.

¹⁴ Goffman 1997, 5–12; Pietikäinen 2013, 144–145.

1.2 Aiempi tutkimus

Kriminaalipotilaaksi määrittelyssä kulkevat rinnakkain psykiatria ja oikeustiede. Kun tähän lisätään arjen ja hoivan ulottuvuudet, on käytettävä tutkimuskirjallisuus varsin pirstaleista. Työpöydälle olen ryhmitellyt tutkimuskirjallisuuden neljään pinkkaan: teoriakirjallisuuteen, sairaaloiden historiikkeihin (arki), psykiatrian kehitys (sairaudet ja hoito) ja syyntakeisuuteen tai syyntakeettomuuteen (normit) liittyvään kirjallisuuteen. Aiemmin on tutkittu sitä, kuka ja miksi mielisairaalaan joutui ja miten häntä hoidettiin. Esimerkiksi Foucault, Edward Shorter, Petteri Pietikäinen ja Jutta Ahlbeck-Rehn ovat tutkineet mielisairautta diagnoosien ja hoitokeinojen kautta.¹⁵ Mielisairaalan lujat portit ovat pysyneet kiinni, eikä sairaalan sisäistä maailmaa ole päässyt juuri kuvaamaan. Syynä on eettinen näkökulma, sillä potilaiden yksityisyyden suoja on korkea. Kuva mielisairaaloista epätoivon linnakkeina, passiivisuuden tyyssijoina, järjestömyyden ruumiillistumina ja pelottavina paikkoina on ollut vankka.

Oikeustieteellisestä näkökulmasta kriminaalipotilaan historiaa laajimmin on selvittänyt Jussi Pajuoja väitöskirjassaan *Väkivalta ja mielentila – Oikeussosiologinen tutkimus syyntakeisuussäännöksistä ja mielentilatutkimuksista* (1995). Pajuoja selvittää teoksessaan mielentilasäännösten kehitystä länsimaisessa lainsäädännössä antiikin ajoista saakka ja antaa siten omalle tutkimukselleni kontekstin oikeudenkäytön näkökulmasta. Pajuoja kiinnittää erityistä huomiota lainsäädännön kehitykseen ja ideologioihin sen taustalla. Pajuoja ei siis kiinnitä tutkimustaan psykiatrian kenttään ja hoitomuotoihin tai kriminaalipotilaisiin ryhmänä.

Marianne Wagner-Prennerin tutkimus *Syyntakeisuus ja mielentila – Rikosoikeudellinen ja empiirinen tutkimus syyntakeisuuden määräytymisestä* vuodelta 2000 selvittää, millä kriteereillä syyntakeisuus on suomalaisessa oikeuskäytänteissä määräytynyt ja onko syyntakeisuussäännösten tulkinnassa ja soveltamisessa tapahtunut muutoksia vuonna 1889 säädetyn rikoslain aikana. Wagner-Prennerillä on tutkimuksessaan mukana empiirinen aineisto vuosilta 1925–1990, joka koostuu mielentilatutkimukseen määräytyistä henkilöistä. Aineistosta on nostettu esille tutkittavien ikä, sukupuoli ja koulutus. Ennen kaikkea on tutkittu sitä, millaisilla määritelmillä ja perusteilla syytetty tuomittiin tahdonvastaiseen hoitoon. Oikeustieteiden tutkimuk-

¹⁵ Ks. Shorter 2005, Foucault 2006, Ahlbeck-Rehn 2006, Pietikäinen 2013.

set, joissa kriminaalipotilasta käsitellään, jättävät potilaan sairaala-ajan tarkastelun ulkopuolelle. Oikeustieteelliset tutkimukset ovat tärkeä osa työtä, sillä ajatus koko kriminaalipotilaista erillisenä ryhmänä pohjautuu lainsäädäntöön.

Historiallista tutkimusta kriminaalipotilaista on varsin vähän. Jutta Ahlbeck-Rehn käyttää väitöskirjassaan *Diagnostisering och disciplinerig – Medicinsk diskurs och kvinnligt vansinne på Själö hospital 1889–1944* kriminaalipotilaiden hoitamisesta syntyneitä aineistoa. Ahlbeck-Rehnin tutkimuksessa käytetään 192 potilaan sairauskertomuksia ja sairaalan asiakirja-aineistoa. Ahlbeck-Rehn käyttää kriminaalipotilasaineiston analyysissä mikrohistoriallista otetta kuvaamaan potilaan ja lääkärin käymää dialogia ja diagnoosin syntymistä. Ahlbeck-Rehn jättää kriminaalipotilaan elämän analysoinnin mielentilalausunnon tasolle, vaikka tuokin hieman esille esimerkiksi työnteon ulottuvuuksia sairaalassa. Ahlbeck-Rehn kuvaa psykiatrian historiaa diagnostiikan ja vallan diskurssien kautta, mutta ottaa huomioon myös sukupuolittuneen mielisairauden näkökulman. Lähestymistapa on kuitenkin erilainen kuin itselläni, sillä Ahlbeck-Rehn ei tutki kokonaisvaltaisesti sairaalaelämää.

Psykiatrisen hoidon ja laitoskehityksen historiasta yleisesityksiä alkaa olla runsaasti. Michel Foucaultin teos *History of Madness* kuvaa kehitystä mielisairausten laitostamisesta, yhteiskunnasta sulkemisesta ja aatteista näiden tekojen taustalla. Hulluuden¹⁶ muuttuminen sairaudeksi ja sitä kontrolloivan tieteenalan historiaa kuvaa Edward Shorterin teos *Psykiatrian historia*. Edellä mainitut teokset pureutuvat laitostamisen aatehistoriaan ja tieteen historiaan niin instituutioiden kuin hoitokeinojenkin historian kautta. Keskiössä on psykiatrian kehitys Euroopassa ja Yhdysvalloissa. Suomalaisista tutkijoista Petteri Pietikäinen on kuvannut hulluuden kokemusta, selitystä ja hoitoa teoksessaan *Hulluuden historia*. Pietikäisen teos on laaja ja ensimmäinen suomalainen yleisesitys hulluuden menneisyydestä.

Viime vuosikymmeninä historian tutkijat ovat alkaneet tehdä tutkimusta psykiatrian historiasta, olipa se sitten kirjoitettua valitun sairaalan näkökulmasta tai ilmiötä laajemmalti kuvaavaa.¹⁷ Tätä ennen suomalaisen psykiatrian historiasta kirjoittivat psykiatrit itse. Esimerkiksi Martti

¹⁶ Käsitteenä hullu, ei ole kohtelias ilmaisu. Mielisairauksien ja psykiatrian historiassa se on kuitenkin laajalti käytetty ja viittaa aikaan ennen mielisairauksien diagnostiikan kehittymistä, kun selitystä sairaudelle ei ollut. Hulluus kuvaa selittämätöntä käytöstä, jota muut eivät voineet ymmärtää. Nygård 2001, 94–95, Pietikäinen 2012, 15–17.

¹⁷ Psykiatrian kehitystä kuvaa muun muassa Ville Kivimäki väitöskirjassaan *Battled Nerves*. Kivimäen teoksessa tarkastellaan suomalaissotilaille sodasta aiheutuneita psyykkisiä häiriöitä jatkosodan aikana. Ville Salmi sen sijaan tutkii väitöskirjassaan neuropsykiatriaa, aiheenaan erityisesti lobotomia. Karoliina Parhi taas on ottanut väitöskirjansa aiheeksi psykopatian historian. Ks. Kivimäki 2013 ja Oulun yliopistossa tekeillä olevat väitöskirjat.

Kaila ja Kalle Achté kunnostautuivat tällä saralla.¹⁸ Vaikka Suomessa terveystietohistorialle ei ole omia professorejaan, on mielenkiinto terveyden ja sairauden historiaa kohtaan kasvanut 1990-luvun lopusta lähtien.¹⁹ Mielenterveyden tematiikka näkyy muun muassa pro gradu -työissä, joissa on analysoitu mielisairaalarakentamista, mielisairaslakien muuttumista ja psykokirurgian kehitystä.²⁰ Sairauskertomusten käyttäminen on kuitenkin ollut vähäistä. Anu Rissanen tekee parhaillaan väitöskirjaa Siilijärven piirimielisairaalassa käytetyistä hoitomuodoista 1900-luvulla. Rissanen on käyttänyt sairauskertomuksia pro gradu -työssään *Työtä, shokkeja ja lääkkeitä – Siilinjärven piirimielisairaala ja potilaiden hoitomuodot 1926–1959*. Hän kuvaa käytettyjä hoitomuotoja ja yhden piirimielisairaalan profiilia.

Suomalaisen psykiatrian historiaa tieteenhistorian näkökulmasta on tutkinut Helena Hirvonen väitöskirjassaan *Suomalaisen psykiatriatieteen juuria etsimässä – Psykiatria tieteenä ja käytäntönä 1800-luvulta vuoteen 1930*. Hirvonen kuvaa laajasti psykiatrian kehittymistä ja kehittymättömyyttä suomalaisessa kontekstissa sekä sitä, miten mielisairautta yritettiin hallita ja parantaa. Juha Hyvösen lääketieteen väitöskirja *Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta* vuodelta 2008 tutkii Suomen psykiatrisen hoitojärjestelmän kehitystä suljetuista laitoksista kohti avohoitoa ja psykiatrista erikoissairaanhoidoa. Hyvönen kuvaa kirjan alussa länsimaista ja suomalaista psykiatrian hoitojärjestelmää ja sen kehittymistä aina varhaisista korkeakulttuureista 1990-luvulle asti.

Sairaala-arkea kuvaavaa tutkimusta löytyy lähinnä sairaaloiden omista historioista ja historiikkeista. Suomalaisten psykiatristen sairaaloiden historiikit keskittyvät pitkälti sairaalan omaan historiaan, laajenemiseen sekä henkilökunnan kehitykseen.²¹ Tämä on ymmärrettävää, sillä usein historiikit ovat pohjautuneet vuosikertomuksiin, joissa arkista toimintaa kuvataan hyvin vähän. Suomen suurimmista sairaaloista tehdyt tutkimukset, sen sijaan kuvaavat arkea kattavammin. Mervi ja Pekka Kaarnisen kirjoittama *Pitkäniemen sairaala 1900–1990* vuodelta 1990 kertoo kattavasti paitsi Pitkäniemen rakenteellisista muutoksista, myös hoidon kehityksestä, potilasmäärien muutoksesta ja sairaalan arjesta. Teos pohjautuu pitkälti ylilääkärin käymään kirjeenvaihtoon, sairaalan vuosikertomuksiin sekä lääkintöhallituksen aineistoihin, mutta siinä ei käytetä potilasaineistoja. Kaija Vuorio sen sijaan käyttää myös sairauskertomuksia kaksisaisessa Niuvanniemen historiassa *Niuva – Niuvanniemen sairaala 1885–1952* ja *Niuva –*

¹⁸ Ks. esim. Achté 1974 ja Kaila 1966; Rissanen 2012, 9.

¹⁹ Hakosalo 2014, 75–77. Ks. myös Pietikäinen 2014, 123–124 ja Ahlbeck-Rehn 2014, 131–132.

²⁰ Ks. esim. Kallio 2007, Mäkelä 2008 ja Salminen 2010.

²¹ Rissanen 2012, 12.

Niuvanniemen sairaala 1953–2010. Niuva on psykiatristen sairaaloiden historiikeista kattavin ja käytän sitä sekä taustoittamisessa että vertailullisessa mielessä omiin havaintoihini nähden. Pitkäniemen ja Niuvan sairaaloiden tarinat ovat siinäkin mielessä työlleni antoisia ja tärkeitä, että myös niissä hoidettiin kriminaalipotilaita.

Mustasaaren sairaalasta on tehty historiikki vuodelta 1990. Seija Selistön *Vanhan Vaasan sairaala 1768–1990* perustuu enemmän henkilökunnan haastatteluihin ja yleisen mielisairaanhoidon kehityksen kuvaamiseen kuin sairaalan omiin aineistoihin ja on siten varsin suppea. Jonkin verran sairaalan historiaa avataan sairaalan johtavana lääkärinä toimineen Eeva Kaupin elämäntyöstä kertovassa teoksessa *Mielenterveys yhteinen voimavaramme*, jonka on koonnut Ilmari Laukkonen vuonna 2003. Laukkosen teos pohjautuu Kaupin muistelmiin. Teokset ovat kuitenkin vaatimattomia verrattuina Niuvan ja Pitkäniemen sairaaloiden historiakuvauksiin. Muita sairaalan historiaa kuvaavia teoksia ei ole, mikä antaa omalta osaltaan haastetta sairaalan taustojen selvittämiseen.

Historiallisessa kontekstissa mielensä menettäneitä rikollisia sivutaan usein esimerkiksi oikeushistorian tutkimuksissa, mutta internoimisen ja yhteiskunnasta piilottamisen jälkeinen maailma on jäänyt vieraaksi. Usein esimerkiksi mainitaan, että eristystä ja pakkokeinoja on käytetty, mutta sen laajuutta ja erilaisia toimintatapoja historiallisessa kontekstissa ei ole kuvattu. Kattava tutkimus sairaala-arjesta, potilaiden välisistä suhteista ja suhtautumisesta sairaalaan on vähäistä, sillä lähteiden rajallisuus on ollut ongelma. Kriminaalipotilaisiin liittyvä analysointi taas on jäänyt pääasiassa mielentilatutkimuksen tasolle. Esimerkiksi koevapauskäytännöistä ei tutkimuskirjallisuudessa juuri ole tietoa. Kriminaalipotilaan asema suhteessa ”tavalliseen” mielisairaalan potilaaseen on jo juridisesti erilainen, joten sosiaalishistorian näkökulmasta tilaa kriminaalipotilaan sairaalaelämän tutkimukselle on. Tutkimukseni luo kuvaa sairaalasta aktiivisena elinympäristönä, jossa potilaat eivät olleet vain toiminnan kohteita. Laajan ja monipuolisen lähdeaineiston tutkimuksella pyrin vastaamaan siihen, miten kriminaalipotilaaksi määritettiin ja millaisessa asemassa kriminaalipotilaat olivat sen jälkeen kun heidät oli todettu syyntakeettomiksi.

1.3 Tutkimuksen lähteet ja menetelmät

Tutkimuksen pääasiallinen aineisto koostuu Mustasaaren sairaalan 128 potilaan sairauskertomuksista, joista olen analysoinut vuosien 1939–1950 välisenä aikana syntyneen aineiston.²² Mustasaaren sairaala aloitti toimintansa valtion mielisairaalanä vuonna 1939, jolloin sen tehtäväksi tuli hoitaa syyntakeettomiksi todettuja syytettyjä sekä valtion vaikeahoitoisimpia potilaita.²³ Sairaala jakautui kahteen osastoon akuuttiosastoon (A-osasto) ja lujaosastoon (F-osasto)²⁴. Kokonaisuudessaan sairaansijojä oli 108, joista 48 oli akuuttiosastolla ja 60 lujaosastolla. Vastaanotto-osastolle otettiin akuutisti sairastuneita sekä tutkintopotilaita, joten potilasvaihtuvuus akuuttiosastolla oli tiheää.²⁵ Aineistossani ovat mukana ainoastaan Mustasaaren sairaalan F-osaston potilaat, sillä tutkittavan aineiston määrä olisi kasvanut liian suureksi, mikäli A-osaston potilaat olisi otettu mukaan.

Lujaosasto oli suunnattu vaikeille ja väkivaltaisille kriminaalipotilaille sekä potilaille, jotka olivat liian vaikeita hoidettavaksi kunnallisissa sairaaloissa. Tutkittavista 128 potilaasta 19:stä olivat vaikeahoitoisina sairaalaan tulleita. 109 potilasta oli siis varsinaiselta statukseltaan kriminaalipotilaita.²⁶ Valtion mielisairaalanä Mustasaaren hoitoalueeksi kuului koko Suomi, joten sairaala oli kaksikielinen. Osastolla hoidettiin vain miehiä, joten tutkimuksen kohteena ovat vain mieskriminaalipotilaat. Aikarajaus perustuu sairaalan lujaosaston perustamisvuodesta aikaan, jolloin sairaalan toiminta alkoi olla vakaalla pohjalla.²⁷ Potilaspaikkojen ja potilaiden lukumäärästä voi päätellä, että potilasvaihtuvuus oli suhteellisen hidasta. Kokonaisuudessaan vuosien 1939–1950 Mustasaaren F-osastolla hoidettiin 136:tä potilasta. Kaikkien osaston potilaiden sairauskertomuksia ei kuitenkaan Vaasan maakunta-arkistosta löytynyt.²⁸ Syynä voi olla epäselvä käsiala, jolloin oikean nimen ja syntymäajan selvittämisen kanssa on voinut tapahtua virhe. On myös mahdollista, että asiakirjat ovat seuranneet potilasta seuraavaan hoitopaikkaan.

²² Määrällisesti sairauskertomuksia on enemmän kuin 128, sillä potilaalle aloitettiin aina uusi kertomus, mikäli hän kirjautui sairaalaan uudestaan esimerkiksi koevapauden keskeydyttyä tai sairaaloiden välisten siirtojen yhteydessä. Olen huomioinut vuoden 1950 jälkeistä aineistoa niiltä osin, mikäli potilas on kuollut sairaalassa myöhemmin tai jos potilas on joutunut sairaalaan uudestaan koevapauden jälkeen.

²³ Selistö 1990, 19.

²⁴ Käytän työssani rinnakkain F-osastoa ja lujaosaston käsitettä.

²⁵ VVA, Mustasaaren sairaalan vuosikertomukset 1939–1950. Mustasaaren sairaalasta tarkemmin luvussa 3.1.

²⁶ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomukset 1939–1950.

²⁷ Mustasaaressa, kuten muuallakin Suomen, mielisairaaloissa kärsittiin 1940-luvulla henkilökuntapulasta ja sodan aiheuttamasta pula-ajasta. Vuonna 1950 Mustasaareen valmistui uusi asuntola, joka helpotti henkilökunnan määrän saamista vaaditulle tasolle. Sairaalan arki alkoi tasaantua vähitellen 1940-luvun lopulla.

²⁸ VMA, Mustasaaren sairaalan kriminaalipotilaiden päiväkirjat.

Sairauskertomuksista löytyvät tiedot potilaan elämästä aina lapsuudesta siihen hetkeen, kun potilas on poistunut sairaalasta. Kansilehdelle merkittiin potilaan perustiedot, kuten nimi, syntymäaika, ikä, asuinpaikka, sairaalassaolon juridinen perusta, siviilisääty, lasten määrä ja tiedot lähimmistä omaisista tai huoltajasta sekä tietenkin diagnoosi. Lisäksi merkittiin tiedot vanhemmista, sisaruksista ja sukurasituksesta sekä aiemmista hoitopaikoista ja mahdollisista diagnooseista. Sairauden syntyminen ja kulku kuvattiin anamneesissa. Anamneesin tiedot olivat peräisin sairaan omaisilta tai potilaalta itseltään, mutta omassa aineistossani suurin osa anamneesien tiedoista on joko aiemman hoitopaikan antamia tai mielentilalausunnosta esiin nostettuja asioita. Monella potilaalla oli taustallaan laituskierre eri laitoksissa, kuten vankiloissa, mielisairaloissa, alkoholistiparantoloissa ja kunnalliskodeissa, joten tietoja potilaan aiemmasta käyttäytymisestä ja toimintatavoista kirjattiin myös ylös. Merkintöjä näistä löytyi ylimalkaisesti sen mukaan, kuinka ahkerasti lääkäri kirjoitti niitä uuteen sairauskertomukseen.

Sairauskertomuksiin liitettiin potilaasta tehty vuorokausi-ilmoitus eli taulukko, johon merkittiin tiedot sairaan tilasta: onko potilas ollut jalkeilla vai vuoteessa, onko potilas tehnyt töitä, mitä lääkkeitä hänelle on annettu ja onko häneen kohdistettu erityisiä toimenpiteitä, kuten eristämistä, hihanuttua, kylpyjä tai esimerkiksi kääreitä. Vuorokausi-ilmoituksesta selviää myös potilaan mahdollinen poikkeava käyttäytyminen kuten levottomuus, väkivaltaisuus, paikkojen särkeminen, kovaäänisyys ja kohtaukset. Vuorokausi-ilmoitukseen ei välttämättä muistettu merkitä kaikkia tapahtumia. Usein löytyykin mainintoja hoitajan päivin ja öin kirjaamista raporteista, että potilas on saanut esimerkiksi ylimääräisen lääkepistoksen, mutta tätä ei löydy vuorokausi-ilmoituksen puolelta. Samoin lieviä väkivaltatapauksia ei ole joka kerta vuorokausi-ilmoitukseen merkitty. Toisaalta oli myös niin, että kaikkia vuorokausi-ilmoitukseen merkittyjä tapahtumia ei erikseen kirjattu raportteihin.

Lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan merkinnät potilaista jäivät yleensä siis anamneesin kuvaamiseen, vuorokausi-ilmoituksen tekemiseen sekä erillisiin raportteihin. Näiden lisäksi sairauskertomuksiin talletettiin potilaaseen liittyvät virkakirjeet, jotka saattoivat tulla esimerkiksi lääkintöhallitukselta, kansaneläkelaitokselta ja aiemman asuinpaikkakunnan hallinnosta. Ylilääkäri Y.K. Suomisella²⁹ oli tapana liittää kansioihin myös lehtileikkeet, jotka koskivat potilasta.

²⁹ Yrjö Kaarlo Suominen toimi Mustasaaren ylilääkärinä vuosina 1939–1963. Hän syntyi Pietarissa räätälimestarin perheeseen. Hän kouluttautui Hermo- ja mielitautien erikoislääkäriksi vuonna 1931. Ennen Vaasaan tuloaan Suominen toimi Lapinlahden sairaalassa apulaislääkärinä 1929–1933 ja Mikkelin piirimielisairaalassa ylilääkärinä 1933–1938. Lisäksi Suominen teki 1920–1930-luvuilla lyhyitä pestejä muun muassa Helsingin yliopiston anatomian laitoksella, Halilan parantolassa, Oulun Diakonissakodissa, Helsingin yliopiston oikeuslääketieteelli-

Virallisten asiapapereiden lisäksi sairauskertomuksiin liitettiin potilaan itsensä kirjoittamat kirjeet, jotka päätyivät henkilökunnalle. Suurin osa kirjeistä oli tarkoitettu lääkäreille, hoitohenkilökunnalle, viranomaisille tai potilaan läheisille. Kirjeiden määrä ja muoto vaihtelivat potilaan aktiivisuuden ja psyykkisen tilan mukaan. Ahkeran kirjoittajan sairauskertomus saattoi kasvaa paksuksi kansioksi, kun taas sulkeutuneen tai kirjoitustaidottoman potilaan sairauskertomus sisälsi vain hoitohenkilökunnan merkinnät.

Kriminaalipotilaiden kohdalla sairauskertomuksista löytyvät kopiot oikeuden pöytäkirjoista, joiden joukossa on myös mielentilalausunto³⁰. Mielentilalausunnon rakenne ja tyyli vaihtelivat hieman sen tehneen lääkärin tapojen mukaan. Toiset kirjasiivat sairaalahavaintoja suoraan potilaan raporteista, toiset taas kuvailivat suurpiirteisemmin potilaan käytöstä sairaalassa.³¹ Oli tyyli mikä tahansa, mielentilalausuntoa ei puristettu muutamaan sivuun. Potilaan iän, saatujen tietojen ja elämän vaihtelevaisuudesta riippuen, lausunnot saattoivat olla useita kymmeniä sivuja pitkiä elämäkertoja, jotka oli koonnut ulkopuolinen. Yhteinen malli oli, että lausunnosta löytyi kuvaus syytettävästä teosta ja tekotavasta, tiedot potilaan historiasta, sairauden tilasta ja arvio potilaan vaarallisuudesta. Kuvaus perustui oikeusasiakirjoihin, kirjeaineistoon sekä potilaan omaan kertomukseen. Koska mielentilalausunnon tuli olla kattava, sinne oli kirjattu myös aiemman rikosrekisterin tiedot ja tutkintovankeusajan kuvaus vankilalääkärin havaintojen pohjalta. Lausunto rakentui tutkittavan menneisyyden selvittämiseen, nykyisen tilan kuvaamiseen ja tulevaisuuden vaarallisuusarvioinnin tekemiseen.³²

Potilasaineiston käyttäminen tutkimuksessa ei ole ongelmantonta. Kriittisestä näkökulmasta on vaikea arvioida esimerkiksi sitä, miten luotettava potilaan kirjoittama valitus- tai kiitoskirje oli. Entä jos harhainen potilas olikin kuvitellut konfliktin tai toisen lausuman, josta sitten syntyi myöhemmin mekkala? Myöskään hoitajien sanaan ei voi täydellä varmuudella luottaa. Mieli-sairaana kertomus tapahtuneesta voidaan kiistä ja todeta hullun jorinaksi, kun jo lähtökohtaisesti

sellä laitoksella ja Rauhan piirimielisairaalassa. Suominen oli mukana suojeluskuntalaisten toiminnassa ja osallistui muun muassa Vienan Karjalan retkeen vuonna 1918. Suominen harrasti laulua, uintia ja pikakirjoitusta. Suomen lääkärit 1952, 997–998.

³⁰ Ks. mielentilalausunnoista tarkemmin luvusta 2.1. Kaikkien potilaiden oikeuden pöytäkirjoja sairauskertomuksissa ei ollut. Tämä johtui siitä, että tuomioistuimet eivät aina lähettäneet pöytäkirjoja sairaalaan. Toisaalta taas pöytäkirjat saattoivat jäädä potilaan edelliseen sairaalaan.

³¹ Esimerkiksi Pitkäniemen ylilääkäri Ilmari Kalpan tekemät mielentilalausunnot sisälsivät pitkiäkin osia lääkärin ja potilaan välisestä dialogista. Sen sijaan Y.K Suominen ja Sirkka Suominen eivät juuri tuoneet esille käytyä dialogia. Joskus he saattoivat liittää lausuntoon lainauksen esimerkiksi potilaan lähettämästä kirjeestä, mikäli kirje kuvasi potilaan psyykkistä tilaa erinomaisella tavalla. VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

³² VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

potilaat olivat sairaalassa siksi, etteivät he ymmärtäneet tekojensa seurauksia. Olennaista on se, mitkä asiat halutaan kiistää ja piilottaa, oli niitä sitten tapahtunut tai ei.

Aineistossa on kuvattu ihmisten elämäntarinoita lapsuudesta kuolemaan saakka. Yksityisyyden suoja potilasaineistojen kohdalla on korkea. Eettisestä näkökulmasta, on selvää, että yksityisyyden suoja ei saa rikkoa.³³ Sairauskertomuksissa kuvataan arkaluonteisia asioita, kuten rikkollista tekoa, terveydentilaa, seksuaalista suuntautumista, etnistä alkuperää ja ulkonäköä. Erittäin mielenlalausunnoissa esitetään asioita, joiden julkituominen niin, että potilas voidaan tunnistaa, rikkovat yksityisyyden suojan. Anonymiteetin säilyttäminen on siis erityisen tärkeää. Sen takia tutkimuksen rakentaminen on vaatinut harkinnanvaraisuutta muun muassa taustatietojen kertomisessa ja rikoksen kuvailussa. Tapahtumia selostaessa olen kertonut vain olennaisen tiedon, ilman pitkää ja tarkkaa elämäkerrallista kuvailua.

Sairauskertomusten ohella olen käyttänyt sairaalan muuta asiakirja-aineistoa eli sairaalan vuosikertomuksia ja kirjeitä. Vuosikertomukset laati sairaalan ylilääkäri, ja niissä kuvattiin kuluvan vuoden tärkeimmät asiat, kuten sairaalaympäristössä tapahtuneet muutokset, sairaalassa kiertäneet kulkutaudit ja muut sairaustapaukset henkilökunnan ja potilaiden keskuudessa. Lyhyesti ja luettelomaisesti kerrottiin muun muassa kuolemantapauksista, karkaamisista ja käytetyistä hoitokeinoista. Lääkintöhallituksen³⁴ toiveiden mukaisesti vuosikertomuksiin liitettiin taulukot muun muassa sairaalaan otetuista ja poistetuista potilaista sekä esimerkiksi työtä tekevien potilaiden määrästä. Henkilökunnan muutokset ja nimiluettelot liitettiin mukaan. Vuosikertomuksista nousee selville ajankohtaiset ja sairaalan toiminnan kannalta välttämättömimmät toimet erityisesti henkilökunnan näkökulmasta. Sairaalaympäristön rakentamisen kuvaamisessa olen nojannut myös ylilääkärin ja taloudenhoitajan kirjeenvaihtoihin.

Olen käynyt lävitse myös muiden sairaaloiden vuosikertomuksia erilaisten toimintatapojen ja mallien selvittämiseksi, sillä kaikki eivät tule lävitse tutkimuskirjallisuudesta. Vertailun kannalta läpikäynti oli tärkeää, sillä vain Seilin sairaalan vuosikertomukset olivat Mustasaaren vuosikertomusten kanssa samankaltaisia: lyhyitä ja yksinkertaisia kuvauksia vuoden aikana ta-

³³ Ks. Henkilötietolaki 22.4.1999/523.

³⁴ Lääkintöhallituksen tehtävä oli johtaa ja valvoa maan sairaanhoitoa, eläinlääkintä- ja apteekkitoimintaa. Vuodesta 1927 lähtien Lääkintöhallitus oli virallinen taho, joka esitti mielenlalausannon tuomioistuimelle. Ks. Tiitta 2009.

pahtuneesta. Verrattuna esimerkiksi Pitkäniemen ja Niuvanniemen vuosikertomuksiin, Mustasaaren vuosikertomukset ovat niukkasanaisia ja sisälsivät vain Lääkintöhallituksen vaatimat tiedot sairaalan toiminnasta.³⁵ Sairaalan profiilin selvittämisen kannalta tämä oli olennaista, sillä vertailulla selvisi muun muassa hoitokeinojen ja potilaiden vapaa-ajan eroavuudet.

Puhuttaessa potilaasta, käsitteeseen liittyy sairauden ja terveyden tematiikka. Terveyshistoria voidaan jakaa lähestymistavan mukaan toisaalta tekniseen ja toisaalta sosiaaliseen terveystoriaan. Tekninen terveystoria pitää sisällään esimerkiksi tieteen ja hoitomenetelmien yksityiskohtaisen analysoinnin, mikä vaatii historiantutkijalta menemistä lääketieteen teknisen osaamisen alueelle ja on siten haastavaa. Useasti tekninen terveystoria onkin tieteen historiaa. Sen sijaan sosiaalinen terveystoria lähestyy sairautta sosiaalisena ja kulttuurisidonnaisena ilmiönä. Tämän tyyppisessä tutkimuksessa kohteena ovat ihmiset tai yhteisöt, jolloin tutkimus voidaan luokitella sosiaalihistoriaksi.³⁶

Terveyden sosiaalihistoria sijoittuu siis sosiaalihistorian kentälle. Pertti Haapalan mukaan sosiaalihistoria on yhteiskunnan historiaa. Historiantutkija pyrkii vastaamaan historiallisella aineistollaan siihen, mitä yhteiskunta on. Tutkimuskohteena voi tällöin olla kaikki ihmisen toiminta. Olennaiseksi omalle tutkimukselleni näen sosiaalisen ryhmän historian. Tällöin tutkimuskohteena voivat olla sosiaalisen ryhmän suuruus, rakenne, asema, merkitys, keskinäiset suhteet ja esimerkiksi sosiaalinen liikkuvuus. Vaikka kriminaalipotilaiden kohdalla arki ei ollut sitä, mitä se oli tavallisilla ihmisillä, kertoo sairaalan arjen kuvaaminen kriminaalipotilaiden elämästä. Tutkimuksen näkökulma on siis kahtalainen: erilainen ryhmä, joka kertoo yhteiskunnan rakenteista ja arvoista, mutta tutkimus itsessään ei sysää heitä pois normaalista. Näilläkin ihmisillä oli arkipäiväinen elämä, johon kuului samoja elementtejä kuin tavallisilla ihmisillä.³⁷

Sosiaalihistorian tutkimuskohteena on usein arkipäivän historia, minkä tavoitteena on kirjoittaa historiaa ”alhaalta”. Tällöin olennaiseksi nousee elinolojen ja sosiaalisen miljöö kartoittaminen, joka pohjautuu kattavaan määrään samankaltaisia elämäkertoja. Näiden perusteella voidaan eritellä toisistaan erilaisia ryhmiä.³⁸ Vaikka sairauskertomukset ovat suurelta osin hoitohenkilökunnan kirjaamaa materiaalia eivätkä siten kerro suoraan potilaan omasta kokemuk-

³⁵ Ks. KA Lääkintöhallituksen V-arkisto, Saapuneet vuosikertomukset 1939–1950.

³⁶ Haapala 1989, 18–20; Hakosalo 2014, 73–76.

³⁷ Haapala 1989, 14–20.

³⁸ Haapala 1989, 14–20.

sesta, ne kertovat siitä, miten asiat olisi pitänyt tehdä ja kokea. Raporttien merkinnät vastahan-
kaisuudesta, rivoudesta ja levottomuudesta kertovat, mikä oli sallittua ja kiellettyä sairaalassa.
Se, mikä oli sallittua ja toivottua sairaalassa, oli toivottua myös yhteiskunnassa. Laitosten arki
kertoo huomattavan paljon siitä, millaisin ominaisuuksin, kyvyin ja luonteenpiirtein varustettu
ihminen oli toivottu yhteiskunnan jäsen.

Erilaisia sosiaaliryhmiä syntyy sosiaalisten ongelmien myötä. Toivo Nygårdin mukaan ”nor-
maalien” ihmisten ja ongelmallisten välillä on aina ollut konfliktitilanne, jonka poistamiseen
normaalit ovat pyrkineet. Yhteiskunnan tavoitteena on ollut eristää, sopeuttaa, samanlaistaa tai
yksinkertaisesti hävittää poikkeavat – hallita ja poistaa poikkeavuus. Välineinä ovat toimineet
lainsäädäntö, rangaistukset, laitokset ja sosiaalinen syrjäyttäminen. Poikkeavuus on ongelma,
jota analysoimalla päästään kiinni yhteiskunnan rakenteisiin, arvoihin ja normeihin. Useimmi-
ten poikkeavat ja erilaiset nähdään nimenomaan toiminnan kohteena, mutta heidät voidaan
nostaa myös toimijoiksi ja kokijoiksi eli subjekteiksi. Tällöin puhutaan marginaaliryhmästä.³⁹

Marginaaliryhmiä määrittävänä tekijänä voivat olla esimerkiksi etninen tausta, taloudellinen
tilanne, perhetilanne, sairaus tai rikollisuus. Tekijä voi olla erottuvaa tai piilotettua ja näkymä-
töntä.⁴⁰ Kustaa H.J. Vilkinsonin mukaan sosiaalisissa suhteissa käytettävä valta oli jo esimoder-
nina aikana hierarkkisoivaa ja marginalisoivaa. Virallinen normijärjestelmä loi hierarkioita esi-
vallan ja alamaisten välille, jolloin kohteena ollut ryhmä (esimerkiksi vanhukset, lapset, vajaa-
mieliset ja rikolliset) tosiasiallisesti sysättiin marginaaliin. Ongelmana oli se, etteivät esivallan ja
alamaisten moraalikäsitteet kohdanneet.⁴¹ Käsite kriminaalipotilas rakentuu kahdesta eri sa-
nasta: kriminaali ja potilas, jotka voidaan katsoa omaksi marginaaliryhmäkseen. Näenkin, että
tutkimukseni on osa marginaaliryhmän historiaa. Se pureutuu erilaisuuteen ja eriarvoisuuteen,
sillä mielisairaat ja rikolliset on nähty jonakin *toisena*⁴². Kriminaalipotilaita hoidettiin useissa

³⁹ Haapala 1989, 88–89, 94–95; Nygård 2001, 11–24; Häkkinen & Tervonen 2005, 10–12; Pukero 2009, 27–33.

⁴⁰ Haapala 1989, 88–95; Nygård 2001, 11–20; Vilkinson 2010, 152–161.

⁴¹ Vilkinson 2010, 8–9.

⁴² Kts. esim. Goffman 1986, 151–160; Hänninen 2013, 9–11 ja Eilola 2003, 23. Hännisen mukaan ”toinen” on
mielikuva, ei tosiasia. Toiseuttamisesta voidaan puhua, kun itsestä tai ”normaalista” poikkeava yksilö tai ryhmä
määritellään huonommaksi ja vähempiarvoiseksi ja samalla kontrollin kohteeksi. Tämän myötä syntyy vastinpa-
reja, kuten valkoihoiset ja mustaihoiset tai oman tutkimuksen kohteessa terveet ja sairaat, rikolliset ja lainkuu-
liaiset. Tällä tavalla rakennetaan rajoja ”meidän ja muiden” välille ja kielletään yhteiset ominaisuudet. Aina
kyse ei ole halvennuksesta tai vihasta, vaan taustalla voi olla pelon, ihailun ja uteliaisuuden tunteet. Mielisairaita
on siedetty yhteisössä yleensä niin pitkään, kunnes jokin raja ja yhteisön sietokyky ylittyy: ihminen käyttäytyy
räikeästi, väkivaltaisesti tai tuhoisasti. *Toiseutta* voi olla myös toiseksi luokitellun ryhmän sisällä, jotka luokitel-
laan erilaisiksi ryhmänsä sisällä. Tämän ajatuksen mukaan kriminaalipotilaat on voitu nähdä *toiseksi* sekä suh-
teessa terveisiin, että *toiseksi* suhteessa mielisairaisiin.

Suomen sairaaloissa, mutta vain Mustasaarella kriminaalipotilaat olivat omassa osastossaan.⁴³ Lainsäädännöllisesti kriminaalipotilaiden tilanne oli kuitenkin erilainen ja heidät oli organisatorisesti erotettu muista sairaista. Vaikka sairaus olisi ollut oireeltaan samanlainen kuin potilaalla, jolla ei ollut rikostaustaa, sairaalaan päätyminen ja sieltä lähtemisen prosessi oli erilainen.

Marginaaliryhmät ovat tyypillinen tutkimuskohde mikrohistoriassa, jossa tutkitaan usein poikkeuksellisia yksilöitä ja tapahtumia. Mikrohistoria on tutkimuksen yleistä strategiaa koskeva termi. Mikrohistoriallinen tarkastelu ei siis ole metodi, vaan jotain laajempaa: se liittyy kaikkien tutkimuksen lähtökohdista aina koko työn kattaviin valintoihin asti. Marginaaliryhmien tutkiminen toimii välineenä mikrohistorialliselle tutkimukselle, jonka avulla pyritään selvittämään menneisyyden ajattelutapoja ja käytäntöjä. Mikrohistorialle on usein luonnollista marginaaliryhmien tai -henkilöiden kuvaus ja erittely.⁴⁴ Kriminaalipotilaat toimivat ryhmänä, mikä kertoo paitsi psykiatrian käytänteistä ja ajattelutavoista, laajemmin ajateltuna myös yhteiskunnan näkökulmasta kaksinkertaisen ongelmaryhmän hoitoon. Mielentilalausunnoissa ja sairaala-arjessa piilotetusta tulee näkyvää, sillä tarkastelun kohteeksi joutuvat ihmisten elämäntavat, joita ei pidä sietää. Pureutumalla marginaaliryhmän historiaan voi löytää ajattelutapoja, jotka muuten jäisivät piiloon. Poikkeavuus ja toiseus heijastavat sitä, millainen yhteisö haluaisi olla ja millaiset asiat sieltä tulisi poistaa, jotta yhteiskunta olisi täydellinen.⁴⁵

Tutkimusaineistoa analysoitaessa olen käyttänyt pääasiassa laadullisia menetelmiä. Pertti Alasuutari on määrittänyt laadullisen tutkimuksen kahteen vaiheeseen, jotka limittyvät toisiinsa. Ensimmäisessä vaiheessa aineistoista nousevat havainnot pelkistetään, toisessa vaiheessa niitä käytetään tutkimusongelman ratkaisemiseen. Havaintojen kanssa tehdään eräänlaista karsintaa: tärkeät, tutkimuskysymyksen kannalta olennaiset havainnot kirjataan ylös. Havaintoja yhdistetään etsimällä niistä yhteinen nimittäjä tai piirre, jolloin havainnoista rakentuu ilmiö. Havainnot itsessään eivät riitä, vaan ne toimivat johtolankoina, joiden avulla pääsee havaintojen ”taakse”, kiinni ilmiöön ja johtopäätöksiin.⁴⁶ Esimerkiksi käytettävästä potilasaineistosta olen nostanut esiin havaintoja siitä, mistä asioista potilaiden arki sairaalassa rakentui.

⁴³ Ks. Kinnunen 1950, 84. Esimerkiksi Pitkäniemen sairaalassa kriminaalipotilaat olivat tavallisten potilaiden joukossa. Kaarninen & Kaarninen 1990, 52.

⁴⁴ Markkola 1996, 10; Peltonen 1999, 13–21; Walton, Brooks & DeCorse 2007, 3–7.

⁴⁵ Harjula 1996, 11–16; Markkola 1996, 13; Nygård 2001, 15–16; Viikuna 2010, 71–83.

⁴⁶ Alasuutari 1994, 29–34, 28–29; Ginzburg 1996, 37–40, 66.

Pieniä, merkityksettömiltä tuntuvia asioita ei ole jätetty syrjään, vaan niistä rakentuu isompia havaintoja. Tätä johtolankaparadigmaa käytän läpi työn.⁴⁷ Esimerkiksi hoitajien potilaista tekemät merkinnät saattavat olla hyvinkin merkityksettömiltä tuntuvia, mutta kertovat siitä, mitkä asiat nähtiin sairaalan ja potilaan kannalta olennaisiksi. Jos potilas söi, nukkui hyvin ja teki töitä, nämä havainnot riittivät henkilökunnalle. Aineistostani ei löytynyt esimerkiksi sairaalan sääntöjä tai annettuja järjestyssääntöjä vaikka vihjeitä niiden olemassaolosta löytyy. Usean erilaisen aineiston yhdistämisellä, johtolankojen löytämisellä ja suurempien rakennekokonaisuuksien hahmottamisella syntyy kuva sairaalaympäristöstä, myös sen kirjoittamattomista ja sanomattomista ulottuvuuksista.

Mikrohistorian tutkimuksen lähteinä on usein käytetty oikeuden tuottamaa aineistoa, tuomiokirjoja ja oikeuden pöytäkirjoja. Oikeustapauksissa keskitytään totutusta poikkeavaan tapahtumaan tai ilmiöön, tyypilliseen poikkeukseen. Samalla määritellään normaaliutta ja tuodaan esille jokapäiväistä elämää. Yksittäinen tapahtuma tai pienen yhteisön analysointi voivat kertoa tavallisen ihmisen elämästä ja sosiaalisista rakenteista runsaasti, kun niihin otetaan uudenlainen lähestymistapa.⁴⁸ Oman aineistoni tyypillisinä poikkeuksina toimivat erityisesti ne potilaat, jotka eivät ole mukautuneet sairaalansääntöihin ongelmitta. Heidän toimistaan hoitajat ovat kirjanneet siinä määrin, että voidaan puhua tyypillisestä poikkeuksesta. Jos havainto ”söi, nukkui hyvin ja teki töitä” kertoo siitä, mikä riitti henkilökunnalle, arjesta poikkeavat tapaukset puolestaan kertovat siitä, mikä oli liikaa. Näiden pohjalta pystyy tutkimaan sitä, mikä oli sallittua ja mikä ei. Poikkeus määrittää normaalia ja toisin päin. Tutkimukselle ominaista on sen luotettavuus, verifioitavuus ja edustavuus: ei voida analysoida vain niitä lähteitä, joista saa irti eniten.⁴⁹ Kaikkien potilaiden sairauskertomukset ovat tärkeitä ja kuvaavat sairaalan jokapäiväistä elämää.

Jokaisen potilaan asiakirjat on laadittu yksittäiseen potilaaseen liittyvistä näkökulmista. Lujasaston sairaala-arki muodostui kerrallaan noin 60 potilaan elämästä. Potilaat kokivat osaston tapahtumat eri tavoin: osa potilaista vetäytyi, osa oli hyvin aktiivisessa vuorovaikutuksessa muiden potilaiden ja henkilökunnan kanssa. Potilaiden omaa käsitystä sairaalan tapahtumista ja elämästään voi tutkia heidän kirjoittamistaan kirjeistä sekä mielentilalausuntoja varten teh-

⁴⁷ Peltonen 1992, 26–30; Ginzburg 1996, 37–40, 66.

⁴⁸ Ks. Levi 1992, 19–25; Zemon Davies 2001, 13–18; Ahlbeck-Rehn 2005, 261–263; Ginzburg 2007, 25–42; Peltonen 2006, 21–30.

⁴⁹ Hietala 2001, 21–23.

dyistä haastatteluista. Potilaiden käymä kirjeenvaihto kuvaa potilaille tärkeitä asioita. Tutkimustapani myötäilee Kirsi Tuohelan tapaa ymmärtää mikrohistoria tutkimuksen välineenä: tavoitteena on yksilöllisten tilanteiden tarkka huomioiminen ja erittely sekä näistä rakennettu dialogi rakenteiden ja yksityiskohtien välille.⁵⁰ Antero Heikkisen mukaan mikrohistoriallisen tutkimuksen kohteena on ihminen pienyhteisössään. Pienyhteisö voidaan määrittellä sosiaalisten suhteiden verkostoksi, jonka säikeet ja kokonaisuus on kaivettava tutkimuksessa esille. Tutkimuskohteena on siis pienyhteisön elämä, josta tutkimus saa kiinni vain tiettyjä piirteitä, ääriä ja rakenteita. Yhdistämällä niitä ja osoittamalla niiden välisiä yhteyksiä saadaan monipuolisempi kuva kokonaisuudesta.⁵¹ Kriminaalipotilaan elämä ei päättynyt sairaaksi määrittelemiseen.

Laadullisten menetelmien lisäksi olen käyttänyt apuna kvantitatiivisia menetelmiä. 128 sairauskertomuksen käyttäminen yksittäisinä elämäntarinoina on edellyttänyt tilastollisen analyysin apua kokonaiskuvan selvittämisessä. Kvalitatiivisten ominaisuuksien tilastollinen taulukointi helpotti esimerkiksi diagnoosien ja rikosten välisen yhteyden määrittämistä, koevapautteen laskettujen potilaiden diagnoosien ja rikosten kokoamista sekä hoitoaikojen laskemista. Tällä tavalla olen saanut aineistoista esille muuttujien välisiä riippuvuuksia. Taulukointi auttaa käymään aineistoa läpi systemaattisesti, kun havainnot eivät perustu vain intuitiivisille tulkinnoille teksteistä.⁵²

1.4 Mielentilatutkimuksen historiallinen jatkumo

Mielen järkkäminen, hulluus ja järjettömyys ovat olleet rangaistusta lieventäviä tekijöitä varhaisissa länsimaisissa laeissa. Jussi Pajuojan mukaan varhaisin yksityiskohtainen kuvaus löytyy Platonin *Lait*-teoksesta (n. 350 eaa). Platon hahmotteli ihannevaltiota, joten ei voida varmuudella sanoa, miten hänen näkemystään noudatettiin tai sovellettiin. Joka tapauksessa rikoksen tehneen henkilön ulospäin näkyvän hulluuden tilaa on arvioitu luultavasti siitä lähtien, kun vakavaan rikokseen liittyi raakuutta eikä suoranaista selitystä teolle ollut. Varhaisemmissa laeissa mielisairas rikollinen karkotettiin. Karkotus pois omasta elinpiiristä toimi riittävänä rangaistuksena. Antiikin Roomassa käytäntöön tuli huollollinen aspekti: hullua oli jonkun pidettävä silmällä ja vahdittava, ettei tämä vahingoita itseään tai muita. Yleensä tämä tehtävä lankesi

⁵⁰ Tuohela 2008, 32–33.

⁵¹ Heikkinen 1993, 21, 40–42.

⁵² Alasuutari 1994, 162–163; Hietala 2001, 23–24.

isälle. Virallinen valvoja määrättiin erityisesti silloin, kun oli kyse omaisuuteen liittyvistä selvittelyistä. Varhaisessa ruotsalaisessa lainsäädännössä taas oli olennaista, että sairastuneen omaiset olivat kuuluttaneet ja ilmoittaneet muille omaisensa hulluudesta. Tällä tavalla syytetyn ja tämän perheen rikosoikeudellinen vastuu laski.⁵³

Aiemmin syytetyn mielentilan arvion tekivät siis paikalliset ja yhteisön jäsenet itse. Varhaisin tunnettu lääkärin väliintulo tapahtui vuonna 1629, kun lääkäri oli tehnyt tuomioistuimen pyynnöstä selvitystä syytetyn mielentilasta. Länsimaisen lääketieteen historiassa italialaista Paulus Zacchiasta (1584–1659) on pidetty ensimmäisenä, joka yhdisti modernilla tavalla mentaaliset tilat ja oikeudelliset käsitteet. Zacchias toi syytetyn henkilöhistorian rinnalle myös ajatuksen siitä, että mielentilan häiriö oli vain rikoshetkellä olevaa. Henkilöhistoria oli ollut mielentilan määrittelyn tiedon kenttä jo aiemmin, mutta nyt toiseksi kentäksi nousi myös rikosentekohetken analysoiminen. Jussi Pajuojaan mukaan näiden kenttien hallinnasta psykiatria nousi taistelemaan seuraaviksi vuosisadoiksi. Varsinainen läpimurto Euroopassa tapahtui myöhemmin yhdessä mielisairaanhoidon kehityksen kanssa: Englannissa 1700-luvun puolessa välissä, Ranskassa vallankumouksen jälkeen, Saksassa 1800-luvun alussa, Pohjoismaissa 1800-luvun alkupuolella ja Venäjällä 1800-luvun keskivaiheilla.⁵⁴

Suomeen mielentilan selvittämisen tavat tulivat Ruotsista. Ennen vuoden 1889 rikoslain uudistusta Suomen rikoslaki oli Ruotsin ajalta peräisin, ja pitkään 1800-luvulle asti käytänteet mukailivat Ruotsin mallia. Ruotsissa mielentilan selvittämisestä annettiin kuninkaallinen kirje vuonna 1826. Siinä majesteetti katsoi aiheelliseksi pyytää syytetystä lääkärintodistus, mikäli oli mahdollista ja todennäköistä, että syytetty oli tehnyt rikoksensa sekapääissään. Jos syytetty havaittiin mielisairaaksi, tuomioistuimen tuli ainoastaan todeta hänen olevan hoidon tarpeessa eikä päättää tarkemmin jatkotoimenpiteistä, jatkotoimista päätti maaherra. Lääkärin antama lausunto ei ollut tuomioistuinta sitova.⁵⁵ Todennäköistä on, että aiemmin selvityksiä mielentilasta antoivat papit.⁵⁶

⁵³ Pajuoja 1995, 7–14 ; Hakola 2003, 59; Huttunen 2008, 121–122

⁵⁴ Pajuoja 1993, 199–200, Foucault 2006, 122–131.

⁵⁵ Pajuoja 1995, 59–60.

⁵⁶ Skålevåg 2006, 48–68. Skålevågin näkemyksen mukaan tuomioistuimet käyttivät pappeja antamaan lausuntoja syytetyn mielentilasta, mikäli oli epäilystä mielenvikaisuudesta. Papin lausunto yhdessä ”silminnäkiätodistusten” eli yhteisön muiden jäsenten arviointien kanssa oli ratkaiseva tuomion kannalta. Skålevågin mukaan psykiatrit veivät lausuntovallan lääkäreiltä, jotka veivät lausuntovallan papeilta. Onkin sanottu, että oikeuslääketieteellä on pitkä historia, mutta oikeuspsykiatria on kehittynyt vasta 1800-luvun lopulla. Ks. Oosterhuis 2014, 5–8.

On arvioitu, että Suomessa varhaisimmat mielentilatutkimukset suorittivat vankilalääkärit 1830-luvulla, pian kuninkaallisen kirjeen antamisen jälkeen, joten käytäntö siirtyi nopeasti Ruotsista Suomeen. Ensimmäinen sairaalassa tehty mielentilatutkimus tehtiin Lapinlahden sairaalassa vuonna 1841, heti sairaalan valmistuttua.⁵⁷ Varsinaisesti mielisairaudesta tuomiota alentavana tekijänä säädettiin Suomen rikoslaisissa vuonna 1889:

*”Mielipuolen teko, taikka semmoisen, joka ikäheikkouden tahi muun samanlaisen syyn takia on ymmärrystään vailla, jääköön rankaisematta. Jos joku on joutunut sellaiseen satunnaiseen mielenhäiriöön, ettei hän ole tunnossaan; jääköön teko, jonka hän tässä tunnottomassa tilassa tekee, niinikään rankaisematta.”*⁵⁸

Rikoslain mukaan henkilö, joka tekee rikoksen ymmärtämättä mitä tekee, on ymmärrystä vailla. Rikoslaisissa esiintyy myös käsite täyttä ymmärrystä vailla:

*”Jos jonkun harkitaan rikosta tehdessään olleen täyttä ymmärrystä vailla, vaikkei häntä 3 §:n mukaan voida syyhyin mahdottomaksi katsoa; olkoon yleistä lajia oleva rangaistus, se mikä 2§:ssa on säädetty. Älköön tässä tapauksessa päihtymystä taikka muuta senkaltaista mielenhäiriötä, johon rikoksentehtyjä on itsensä saattanut, yksinään pidettävä syynä tällaisen rangaistuksen vähentämiseen.”*⁵⁹

Syyntakeisuuden asteita oli siis kolme: syyntakeinen (täydessä ymmärryksessä), alentuneesti syyntakeinen (täyttä ymmärrystä vailla) ja syyntakeeton (ymmärrystä vailla). Syyntakeinen tuomittiin tavalliseen rangaistukseen. Alentuneesti syyntakeiset saivat normaalia rangaistusta neljänneksen lievemmän rangaistuksen. Syyntakeettomat taas vapautettiin rikosoikeudellisesta vastuusta kokonaan.⁶⁰ Rikoslaki ei määrittänyt tarkasti syyllisyyden poissulkevia mielenhäiriöitä eikä sitä tehnyt myöskään mielisairaslaki.⁶¹ Syyntakeettomuutta alentavaksi tekijäksi tulivat mielisairaus tai mielisairauteen verrannolliset tilat. Käsitteenä mielisairas oli mahdollinen siinä vaiheessa, kun sairaus diagnosoitiin.⁶²

⁵⁷ Achte 1983, 101; Keisu & Wagner-Prenner 1987, 55; Huttunen 1993, 12–13.

⁵⁸ Rikoslaki 19.12.1889/39, 3§.

⁵⁹ Rikoslaki 19.12.1889/39, 3§. Vuonna 1889 säädetyt rikoslain periaatteet ovat voimassa edelleen. Vasta vuonna 2003 pykäliin liitettiin syyntakeettomuuden ja alentuneen syyntakeisuuden käsitteet.

⁶⁰ Wagner-Prenner 2000, 1-3; Hakola 2003, 59–60; Huttunen 2008, 122

⁶¹ Erkkilä 1939, 90.

⁶² Kallio 2007, 7-8.

Varsinainen läpimurto mielentilatutkimuksessa tapahtui 1930-luvulla, käsi kädessä psykiatrian kehityksen kanssa. Mielisairaspaikat lisääntyivät sairaalarakentamisen myötä ja tieteellinen psykiatria alkoi kehittyä myös Suomessa. Ensimmäinen oikeusmielitalautiopin apulaislääkärin virka perustettiin Lapinlahteen vuonna 1918. Vuosittain suoritettujen tutkimusten määrä kohosi nopeasti muutamista kymmenistä noin sataan tutkimukseen 1930-luvulle tultaessa. Syinä kehitykselle olivat mielisairaanhoidopaikkojen lisääntyminen, kriminaalipolitiikan keskustelu ja kansalaissodan jälkeinen rikollisuuden kasvu.⁶³ Huippunsa mielentilalausuntojen määrä saavutti sotavuosien jälkeen: vuonna 1947 mielentilatutkimuksia tehtiin 231 kappaletta. Sittemmin määrä on laskenut alle kahden sadan.⁶⁴ Vaikka käytänteet mielentilalausuntojen antamiseksi olivat jo muotoutuneet, varsinaisesti suomalaisessa lainsäädännössä asiantuntijalausuntojen oikeuskäytöstä säädettiin ensimmäistä kertaa vasta vuonna 1949 oikeudenkäymiskaaressa.⁶⁵

2 MUSTASAAREN KRIMINAALIPOTILAAT

2.1 Ymmärrystä vailla, hoidon tarpeessa – mielentilalausunnon merkitys

Mielentilatutkimuksessa potilaalle määritettiin diagnoosi, jonka perusteella potilas oli sijoitettava hoitoon. Vaikka analysoimistani sairauskertomuksista selviää, että monet kriminaalipotilaista olivat saaneet hoitoa jo ennen mielentilatutkimusta, voidaan katsoa, että heidän statuksensa kriminaalipotilaina alkoi siinä vaiheessa, kun syytetty asetettiin mielentilatutkimukseen. Tutkimuksessa käytiin syytetyn elämä perusteellisesti läpi. Miten diagnoosiin päädyttiin ja miten sitä käytettiin perusteena mielisairaalahoidon aloittamiselle?

Mielentilatutkimukseen ei määrätty kaikkia tietyn rikoksen tehneitä vaan määräyksessä käytettiin harkinnanvaraisuutta. 1940-luvulla mielentilatutkimukseen lähettämisen taustalla vaikuttivat yhdessä tai erikseen kolme syytä: a) syytetyn aiemmat hoitajaksot mielisairaaloissa tai vankimielisairaalassa, joista oli lääkärin lausunto, b) syytetyn käytös oikeusistunnossa tai c)

⁶³ Huttunen 1993, 13–18; Hakola 2003, 60–61; Hyvönen 2008, 87–95; Tiitta 2009, 82.

⁶⁴ Huttunen 1993, 18–19; Wagner-Prenner 2000, 112–114.

⁶⁵ Wagner-Prenner 2000, 4, 103–104.

syytetyn tai edustajan oma pyyntö ja perustelut.⁶⁶ Laissa ei määritelty, millaisen lääkärin tehtäväksi lausunnon kokoaminen annettiin. Sen sijaan oikeudenkäynnissä vankilälääkäri saattoi suositella erikoislääkärin tutkimusta. Lapinlahden sairaalan perustamisen jälkeen oli luonnollista, että niin sanottuja oikeusmielitautiopillisiä tutkimuksia suoritettiin nimenomaan siellä. Lapinlahti säilyi pitkään sairaalana, jossa tutkimuksia tehtiin eniten. Mielisairaaloverkoston laajentumisen myötä lausuntoja alkoivat tehdä muutkin sairaalat, kuten vastaanottolaitokset ja piirimielisairaalat. Varsinaisesti tutkimusten tekemisestä pääasiassa valtion mielisairaaloissa määrättiin vuoden 1937 mielisairaslaissa. Erikoissopimuksella tutkimuksia voitiin tehdä myös kuntien sairaaloissa.⁶⁷ Tutkimuksia suorittaneita lääkäreitä oli useita, eivätkä tutkimukset keskittyneet kenellekään tietylle lääkärille. Mielitaudin pystyi diagnosoimaan tavallinen lääkäri, mutta tarkempia tutkimuksia tekivät mielisairaaloiden palveluksessa toimivat lääkärit.⁶⁸

Kuten aiemmasta selviää, henkilöhistoriallinen aineisto oli merkittävässä roolissa mielentilan selvittämisen taustalla jo ennen varsinaisia asiantuntijalausuntoja. Henkilöhistoriallista aineistoa lausunnoissa edustavat sekä muilta saadut tiedot että syytetyn oma näkemys omasta elämästään ja menneisyydestään. Henkilöhistoriaa selvitettiin lähestymällä potilaan omaisia, entisiä opettajia ja työnantajia sekä muun muassa seurakunnan pastoria. Papintodistusta kysyttiin poikkeuksetta. Potilaan perheolot ja kasvatusympäristö, koulumenestys ja käytös perheessä, koulussa ja työpaikoilla kertoivat tutkivalle lääkärille, minkälaisesta ihmisestä oli kyse. Samalla kun lääkäri teki arviota tutkittavasta, hän arvioi jatkuvasti myös niitä ihmisiä, jotka olivat syytetyn elämässä mukana. Maineen merkitystä ei voi liiaksi korostaa: jos esimerkiksi Suomen oli tavannut potilaan omaisia, hän saattoi mainita heidän luotettavuudestaan tai omituisuudestaan. Jos potilaan äiti oli käyttäytynyt omituisesti tai vaikuttanut yksinkertaiselta, äidin todistusarvo mielentilatutkimuksen tekemisessä laski. Mitä kunniallisemmasta, paremmin käyttäytyvästä ja rehdimmän oloisesta henkilöstä oli kysymys, sitä enemmän lääkäri saattoi luottaa tämän sanaan. Arvioinnin kohteeksi ei joutunut ainoastaan syytetty, vaan koko syytetyn perhe ja tuttavapiiri.⁶⁹

⁶⁶ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950. Sama käytäntö toistui kaikissa potilaiden mukana kulkeneissa oikeuden pöytäkirjoissa.

⁶⁷ Leskinen 2007, 105; Huttunen 2008, s. 122–123;

⁶⁸ Huttunen 1993, 47–50; Vuorio 2010, 134–135, Kivimäki 2013, 288–289. Lääkäreistä Lapinlahden Akseli Nikula laati lausunnoista 1930-luvulla kolmanneksen. Muutoin lausunnot jakautuivat tasaisesti eri lääkäreille eri sairaaloissa. Omassa aineistossani lausuntoja tekivät Nikulan ja Mustasaaren lääkäreiden lisäksi Pitkänimen yllilääkäri Ilmari Kalpa, Niuvan Lars-Josef Kaltio ja useat alilääkärit ja sijaiset. VMA, Mustasaaren sairaalan f-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

⁶⁹ VMA, Mustasaaren sairaalan f-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

Tärkeässä osassa potilaan tilan arvioinnissa oli perinnöllisyys. 1930-luvulla degeneraatio toimi välineenä tieteellistyvän psykiatrian läpimurrolle yhdessä oikeussalien avautumisen kanssa. Oppi pohjautui siihen, että ihmisen vajaamielisyys ja heikkous periytyi. Perimä kuljetti sairautta, jonka esiintuloa edistivät huonot sosiaaliset olosuhteet, kuten alkoholismi, siveettömyys ja huono kasvatusta. Eugeniikka ja rotuhygieniä vaikuttivat Suomessakin. Degeneraation viitoittama suunta oli selkeä: ihmisaineksen heikentyminen on vääjäämätöntä, jollei huonon aineksen lisääntymiseen puututa. Lainsäädännössä tämä näkyi (pakko)sterilisaatiolaissa ja avioliittolaissa, jotka rajasivat ihmisten oikeuksia mennä naimisiin ja hankkia lapsia.⁷⁰ Mielentilalausunnat muuttuivat trendien mukaan: Eräs elämäntapavaras sai vuonna 1930 diagnoosikseen vaikean sairasmielisyyden *degeneratio psychopathica*. Kymmenen vuotta myöhemmin diagnoosiksi oli muutettu *constitutio psychopathica criminalis*.⁷¹ Tapaus kertoo oivallisesti degeneraation vaikutuksesta diagnostiikkaan kuvaten diagnoosien muuttumista ajassa, vaikka sairaus itsessään ei ollut muuttunut.

Esimerkiksi Hannes Heikinheimo, joka toimi Turun Vankimielisairaalan lääkärinä, oli erittäin huolissaan ihmiskunnan sielun sairaudesta. Ihmiskunnan sielun sairastumisen taustalla olivat väestönkasvussa tapahtuvat muutokset. Syntyvyys laski, mutta samalla suvun rappeutumistai-pumuksen vuoksi ”*huonommat ainekset, jotka eivät mistään piittaa, lisääntyvät voimakkaammin kuin rotubiologisesti arvokkaammat ainekset*”. Ihmiskunnan sielunsairauden merkeiksi laskettiin myös kasvava rikollisuus, maaltapako ja sota.⁷² Kriminaalipotilaat edustivat sielun-sairautta eturivissä, kun aiemmin moraaliseksi tai rikolliseksi katsotut ongelmat käännettiin lääketieteelliseksi ongelmaksi⁷³.

Potilaiden sairauskertomuksissa degeneraatioon viitattiin suoraa 1920- ja 1930-luvulla laadituissa mielentilalausunnoissa, mutta perinnöllisyyden merkitys ei kadonnut 1940-luvullakaan, vaikka rappeutumisajattelu oli jo hieman lieventynyt.⁷⁴ Sairauskertomukseen oli lueteltava potilaan sukurasitus: sairaudet (kuten mielisairaus, epilepsia, hermostuneisuus, vanhuuden höpe-ryys) ja kaikki epäedullisina pidetyt huomiot potilaan suvusta. Jos heti lähiperheestä ei löytynyt juoppoutta, mielisairautta, siveettömyyttä tai rikollisuutta, mukaan laskettiin kaukaisempien

⁷⁰ Mattila 1999, 27–40, 255–327; Parpola 2013, 62–71; Pietikäinen 2013, 96–97.

⁷¹ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 19/19/18, XXXIX, muutettu 5555.

⁷² Heikinheimo 1946, 13–14.

⁷³ Ahlbeck-Rehn 2006, 227–228; Pietikäinen 2013, s. 102–103.

⁷⁴ Pietikäinen 2013, 101–102.

sukulaisten, kuten serkkujen ja isoisovanhempien sairaudet ja sallimaton käytös. Sopimattomista sosiaalisista olosuhteista kertoivat muun muassa perheen naisten aviottomat lapset ja sopimattomat seurustelukumppanit.⁷⁵ Juoppous, rikollisuus ja aviottomat lapset ylittivät yhteiskunnan sietokyvyn ja olivat siksi vahingollisia. Psykiatreista tuli paitsi parantajia myös moraalinvartijoita.

Vaikka potilaan omaa näkemystä mahdollisen sairautensa tilasta ei suoranaisesti kysytty, potilas sai kertoa oman näkemyksensä rikoksesta ja aiemmasta elämästään. Useat potilaat olivat maininneet elämänsä kurjaksi ja kasvatusolot huonoiksi. Monet löysivät elämästään taitekohdan, jolloin elämä oli alkanut mennä alaspäin. Juupoilla tämä liittyi toimeentulon huonontumiseen, skitsofreenikoilla taas muuhun muutokseen, johon kuului esimerkiksi päänsärkykohtauksia, unettomuutta, ärtyisyyttä ja muistamattomuuskohtauksia. Samoja asioita toivat myös omaiset esille. Monet mainitsivat paitsi fyysisiä tekijöitä, myös luonteen muutoksia, jotka olivat vähitellen hiipineet syytetyille ominaisiksi toimintatavoiksi. Eräs skitsofreenikko oli sairastunut vaimonsa tultua raskaaksi. Raskausaikana potilas oli alkanut olla synkkämielinen, uneton ja toivonut pääsevänsä kaikesta pois. Lopulta potilas oli siirretty hoitoon piirimielisairaalaan, josta tämä vaikeahoitoisena päätyi Mustasaareen.⁷⁶ Potilaista osa ei pystynyt arvioimaan elämänsä lainkaan tai kertomaan menneisyydestään mitään. Tässä vaiheessa oletettavaa oli, että sairaus oli edennyt niin pitkälle, ettei potilaan tilassa ollut edes vaihtoehtoa siitä, että tämä olisi ollut täydessä ymmärryksessä.⁷⁷ Sairaus oli jo ilmeistä.

Henkilöhistoriallisen aineiston lisäksi kuva tutkittavasta rakentui syytetyn kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta:

”Lääkäri: Uni?”

Tutkittava: ’Nukkuisihan sitä, mutta reumatismi kiusaa – särkee niskaa ja selkää ja muualtakin. – Ja sitten vielä kun estävät nukkumasta.’

Lääkäri: Ketkä estävät?”

Tutkittava: ’No eihän sitä kannata sanoa.’

Lääkäri: Miksi ei?”

Tutkittava: ’Ette kumminkaan usko – turha siis sanoa.’ Hymyilee ylimielisen ivallisesti.”⁷⁸

⁷⁵ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 44/40, LXIV, muutettu 5569. Pietikäinen 2013, 98–99.

⁷⁶ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 46/42, LXXI, muutettu 5625.

⁷⁷ VMA, Mustasaaren sairaalan f-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

⁷⁸ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomuskertomus 42/38, muutettu 5565.

Tutkittavan ja lääkärin välisen luottamuksen rakentaminen ei aina ollut mutkatonta. Osa potilaista kertoi hyvin avoimesti ja luottavaisin mielin lääkärille asioistaan, osa taas ei halunnut keskustella lääkärin kanssa ylimääräisiä. Hoitohenkilökunnan roolia mielentilatutkimuksessa ja koko sairaalan arjessa ei voi jättää sivuhuomautukseksi. Lääkäri oli luonnollisesti vastuussa alaisistaan ja koko sairaalan toiminnasta. Hän päätti niin hoitotoimenpiteistä kuin pakkokeinoistakin, mutta suurimman osan sairaala-ajasta potilaat viettivät tavallisen hoitohenkilökunnan kanssa. Henkilökunnan käsitys, arvostukset ja asenteet kulkeutuivat myös johtavan lääkärin korviin. Hoitohenkilökunnan kahtalainen asema lääkäreiden ja potilaiden välissä oli vaativaa, sillä molemmille tuli olla lojaali, mutta yleensä potilaat halusivat päinvastaisia asioita kuin mihin lääkäri olisi voinut suostua.⁷⁹

Potilaan tekemiset, sanomiset, hiljaiset hetket ja kasvojen ilmeet kirjattiin raportteihin, joista sitten tehtiin päätelmiä potilaan sen hetkisestä mielentilasta. Erityisen paljon kertoivat potilaan reaktiot esimerkiksi oikeuksien rajoittamiseen, toisten potilaiden konflikteihin liittyminen ja sairaalasääntöjen rikkominen. Tutkittavan orientoituminen aikaan ja paikkaan kertoivat paljon siitä, elikö tutkittava lainkaan samassa maailmassa kuin muut.⁸⁰ Potilaan suhtautuminen sairaalan arkeen, toisiin potilaisiin ja hoitohenkilökuntaan olivat tärkeitä asioita pohdittaessa sairauden tilaa ja vaarallisuutta yhteiskunnalle. Tiedot käyttäytymisestä potilaan aiemmassa hoitopaikassa antoivat suuntaa siihen, mitä potilaalta voitiin odottaa tuomion jälkeisessä hoidossa.

Koska rikoksenteelijän henkinen kehitys ja moraalikäsitteet olivat keskeisiä rikoksesta tuomitsemisessa, tutkittaville tehtiin myös muisti- ja älykkyystestejä. Testeillä selvitettiin potilaan henkinen ikä, mikä saattoi olla ratkaiseva syyntakeisuuden arvioinnissa. Älyllisesti vajaat rikolliset tuomittiin mielisairaalaan, vaikka kyse ei ollut varsinaisesta mielisairaudesta. Rikollista tekoa selittävä vajaaälyisyys ja -kykyisyys yhdistettiin moraalisiin, joka ei ollut esimerkiksi imbesilleiksi katsotuilla sillä tasolla, että heidät voitaisiin tuomita syyntakeisina tavalliseen tapaan vankeusrangaistukseen.⁸¹ Potilaille tehdyt testit ja esitetyt kysymykset olivat moninaisia.

”Tutkittavan tietovarastoa valaisevat seuraavat esimerkit:

(Montako päivää on vuodessa?) ’---- kuinkas eiks’ se ole 350’

(Montako kuukautta on vuodessa?) ’12’

(Luetelkaa ne) ’---- luettelee ne oikein, (aika 9 sek.)’

⁷⁹ VMA, Mustasaaren sairaalan f-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

⁸⁰ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 9/9/8, XXIX, muutettu 5044.

⁸¹ Ks. Vajaakykyisistä lisää kohdassa 2.2.

(Luettelkaa takaperin) ' ---- joulukuu, marraskuu, syyskuu, lokakuu, ---- ensin lokakuu, sitten syyskuu --- (alkaa tämän jälkeen uudestaan ja luettelee ne nyt oikein (aika 14 sek).''''⁸²

Älykkyystestien kysymykset pysyttelivät loogisen päättelyn ja muistamisen rajoissa. Moraaliset kysymykset sen sijaan selvittivät tutkittavan käsitystä yhteiskunnassa vallitsevista käytännöistä ja oikean ja väärän rajamaasta. Erityisen tärkeää moraalikysymysten selvittäminen oli sairasmielisyyden arvioinnissa. Eettisiä arvoja selvitettiin lukemalla tutkittavalle esimerkkejä tapauksista, joissa rikottiin käytösnormeja. Tutkittavien piti muun muassa laittaa järjestykseen pikkupoikien väliset kahnaukset, valkoisen valheen kertominen, hätävarjelun liioittelu ja kostomurha. Mikäli potilaan antama järjestys ei vastannut normaalia arvostelukykystä, tämän voitiin arvella olevan joko älyltään vajavainen, mielisairas tai psyykeltään sairasmielisesti rakentunut.⁸³

Vaikka syytetty voitiin todeta syytteenalaisen teon tehdessään olleen ymmärrystä vailla, saattoi mielentilatutkimuksen tehnyt lääkäri katsoa, ettei potilas ollut ympäristölle vaarallinen tai mielisairaanhoidon tarpeessa. Muutamissa tapauksissa mielentilalausunnossa todettiin, ettei potilas ollut ympäristölleen vaarallinen. Siitä huolimatta heitä määrättiin laitoshoitoon.⁸⁴ Mielentilalausuntoja kontrolloiva viranomainen oli Lääkintöhallitus. Lääkintöhallitus käytännössä määräsi paikan, jossa mielentilatutkimus tuli suorittaa. Lääkintöhallitus antoi myös lopulta lausunnon oikeudelle, yleensä puollettuna.

Lopullinen arvio tehdystä tutkimuksesta käsiteltiin erityisistunnoissa.⁸⁵ Tieteenalan sisäiset erimielisyydet näkyivät muun muassa siinä, että vuosien 1928–1937 aikana Lääkintöhallitus oli vuosittain eri mieltä lausunnon tehneen lääkärin kanssa jopa neljäsosassa tapauksista.⁸⁶ Esimerkiksi tapauksissa, joissa liikuttiin alentuneen syyntakeisuuden rajamailla, lääkintöhallitus otti yleensä tiukemman kannan. Psykiatrin käsitys diagnoosin pysyvyydestä ja hoidon tai huoltotoimenpiteen vaikutuksista tulivat esiin erityisesti sairasmielisten kohdalla. Y.K. Suominen oli muutamien psykopaateiksi diagnosoitujen potilaiden kohdalla sitä mieltä, että he olivat

⁸² VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 16/16/15, XXXVI muutettu 5550. Lainausta on vuoden 1930 mielentilalausunnosta, mutta sama kysely toistuu vielä 1950 luvulla.

⁸³ VMA, Mustasaaren sairaalan f-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

⁸⁴ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomukset 5622/1948 ja 48/43/1944, LXXXVI; Hyvönen 2008, 103–105.

⁸⁵ Lääkintöhallituksen erityisistunnot olivat mielisairaalapotilaiden kannalta ratkaisevia istuntoja. Istuntoon osallistui lääkintöhallituksen pääjohtaja (vuosina 1928–1939 Hannes Ryömä, vuosina 1939–1953 Oskari Reinikainen), asianomainen osastopäällikkö ja tieteellisen neuvoston jäsen, jonka edustamaan alaan käsiteltävä asia kuului. Istunnoissa käsiteltiin mm. mielentila- ja kuolemansyylausunnot, mielisairaalapotilaiden päästäminen pois sairaaloista, steriloinnit ja kastroitiot. Tiitta 2009, 138–139, 142, 166.

⁸⁶ Tiitta 2009, 168.

alentuneesti syyntakeisia eivätkä tarvinneet sairaalahoitoa. Lääkintöhallitus sen sijaan määräsi heidät sairaalan kirjoihin.⁸⁷ Suomisen näkökulmaan lienevät vaikuttaneet talouden niukkuus ja mielisairaaloiden ruuhkautuneisuus: uusia tutkintopotilaita tuli koko ajan lisää, ja potilasvaihto kriminaalipotilaiden kohdalla oli pientä. Ovelat ja epärehelliset psykopaatit sotkivat sairaalarjen pahasti.

Psykiatrialla ei liioin ollut kilpailijoita, eikä lopullista päätäntävaltaa syytettyjen kohtalosta siirretty lääkäreille. Varsinaisesti rikollisen teon analysointi jäi tuomareille.⁸⁸ Jos ajatellaan psykiatrian kilpailleen päätäntävallasta jonkun kanssa, vastassa oli syytetyn aiempi yhteisö ja kollegiaaliset mielipiteet. Lääkäri pohjusti mielentilan arvion yhteisön havaintoihin, mutta toi välineeksi lääketieteellisen käsitteistön. Täydellisestä oikeusprosessin medikalisaatiosta ei voida puhua. Henkilöhistoriallinen aineisto, syytetyn sukulaisten, läheisten ja esimerkiksi esimiesten arviot syytetyn elämästä loivat kuvan syytetyn mielentilasta myös lääkärille. Aineistoni pohjalta on huomattavissa, että tutkimuksen tehneen lääkärin kanssa eri mieltä olivat hänen omat kollegansa tai syytetyn omaiset, eivät tuomarit.⁸⁹ Erimielisyyttä psykiatrien välille toi se, että mielisairauden syntyperää ei tiedetty. Edelleen on epäselvää, mikä tekijä on ratkaiseva sairauden syntymisessä: perimä, ympäristö vai jokin muu.⁹⁰

Syytetyn psyykkisen tilan arvioiminen oli siirtynyt yhteisöltä lääkärille. Siinä missä varhaisemmissa mielentilan arvioissa hulluus oli näkyvää ja tavallisen kulkijan arvioitavaa, psykiatrian myötä hulluudesta tuli jotain mystistä, joka ei näkynyt ulospäin. Mielentilan selvittäminen ei ollut ainoa lainsäädännöllinen asia, jolla lääkäri liitettiin oikeudenkäytinprosessiin. Asian-
tuntijalausuntoihin vedottiin myös kuolemansyytutkinnassa. Ruotsin maalaki vuonna 1734 määräsi tuomarit ja nimismiehet tutkituttamaan ruumiin aina ennen hautaamista, mikäli oli

⁸⁷ VMA, ks. esim. Mustasaaren sairaalan sairauskertomukset 19/19/18/1940, XXXIX, muutettu 5555, 4615/1950 sekä 71/1945, CXVIII.

⁸⁸ Pajuoja 1993, 201–202; Skålevåg 2006, s. 49–68.

⁸⁹ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950, ks. esim. 17/17/16/1940, XXXVII, muutettu 5553. Erään moninkertaisen varkaan kohdalla, tämän perhe ei ole käsittänyt lainkaan, miksi potilas todettiin sairasmieliseksi ja laitettiin vankilan sijasta mielisairaalaan. Perheen arvion mukaan mies ei ollut yhteiskunnalle vaarallinen. Mielentilalausunnon tehnyt Akseli Nikula taas oli sitä mieltä, että potilas oli ”*a- ja antisosiaalinen psykopaatti, jonka koko elämän viittasi siihen, ettei hän voi itsenäisesti elää vapaudessa, olisi hänet toistaiseksi sijoitettava suljettuun sairaalaan*”. Neljän vuoden sairaalassaolon jälkeen potilas pääsi koepauteen sisarensa luo.

⁹⁰ Kaila 1966, 151; Kallio 2007, 7; Lauerma 2009, 68–84.

syytä epäillä väkivaltaista kuolemaa. Apuna tässä käytettiin lääkäreitä ja välskäreitä, jotta rikoksen luonne voitiin osoittaa käräjillä. Väkivallan luonne ja uhrin kuoleman syy olivat avainasemassa, kun selvitettiin syytteen nimikettä ja rangaistusta.⁹¹ Lääketieteen hivuttautuminen oikeustieteen alueelle ei tapahtunut siis vain psykiatrian askelten mukana. Jälkeenpäin arvioituna on usein katsottu kriittisestä näkökulmasta, että lääkäreiden, erityisesti psykiatrien, osallistuminen oikeudenkäyntiprosessiin on ollut osa oman ammattikunnan ammatillistumisen, vastuullistamisen ja tärkeyden prosessia ja ennen kaikkea lääkäreiden itsensä ajamaa.⁹²

Mielentilalausunnoissa käsiteltiin yhteiskunnan rajoja ja pelkoja sekä sitä, mitä yhteiskunta oli valmis sietämään. Sairautta pyrittiin selittämään tutkittavan kasvuympäristöllä ja perintötekijöillä. Teko ilman kunnollista motiivia tai jatkuva uusintarikollisuus hermostumisen merkkeineen, kertoivat siitä, että syytetty ei ollut mieleltään kunnossa. Jatkon kannalta mielentilalausunnosta tärkeimmäksi nousivat diagnoosi ja lääkärin arvio siitä, oliko tutkittu sairaalahoidon tarpeessa vai ei tai oliko hän ympäristölleen vaarallinen.

2.2 Mielisairaita ja sairasmielisiä

Diagnoosi löi leimansa sairaan otsaan lopullisesti. Se määritteli ihmisen suhtautumista itseensä, muiden suhtautumista häneen ja yhteisön ymmärrystä toiseuteen. 1900-luvun alussa suomalaisessa psykiatriassa oli tavallista, että potilaan sairauskertomuksen kansilehdellä ei ollut määriteltäviä diagnooseja, vaikka lääkintöhallitukselle tiedot piti lähettää tilastointia varten. Helena Hirvosen mukaan tämä kertoo siitä, ettei lääkäreillä ollut yksimielisyyttä diagnooseista.⁹³ Toisaalta diagnoosia ei aina tarvittu mielisairauden selittämiseen, olihan sairaus silmiinpistävää. Kriminaalipotilaiden kohdalla diagnoosi oli merkittävä tekijä, joka vapautti tai langetti rangaistuksen ja oli ohjaava tekijä heidän elämässään.

Hulluus ja järjettömyys olivat keskiajalta lähtien ajateltu olevan saatanallisen voiman asettama ja uskontoon kietoutunutta. Mielisairaus nähtiin rangaistuksena, jonka oli saanut omista tai vanhempiensa teoista. Hullu oli varoittava esimerkki muille: tällaiseksi ei pitä tulla, eikä

⁹¹ Hakola 2003, 59–60; Matikainen 2006, 35, 46–48; Koskivirta 2009, 294–295, 298–303. Lääkärin tuli selvittää vammojen tappavuus ja lyönnin tai surma-aseena käytetyn astalon kohtalokkuutta. Jos uhrin kuolinsyy jäi epäselväksi, tutkijan oli ilmaista oma subjektiivinen kantansa ja alistaa asia Collegium Medicum (myöh. Lääkintöhallitus) tutkittavaksi. Lausunto vainajan kuolinsyytä liitettiin osaksi oikeudenkäynnin todistusaineistoa.

⁹² Ks. esim. Sivenius 1989, 41; Pajuoja 1993, 201; Prosono 2003, 14; Pietikäinen 2013, 78–79; Skålevåg 2006, 49–68.

⁹³ Hirvonen 2014, 159.

tätä pidä sietää. 1800-luvun aikana hulluus medikalisoitui mielisairaudeksi, jota alkoivat määrittää pappien ja yhteisöjen sijasta lääkärit. Petteri Pietikäisen mukaan hulluuden medikalisaatio alkoi siitä, kun potilailta poistettiin laitoksissa kahleet. Kahleiden poistaminen tarkoitti hulluuden hallinnan medikaalista alkua. Käynnistäjänä tälle suuntaukselle pidetään ranskalaista lääkäriä, Philippe Pineliä (1745–1826). Pinel korosti, että mielisairaus ei ollut järjettömyyttä, eivätkä sairaut olleet vieraantuneet itsestään tai ympäristöstään vaan sairaus oli vaurioittanut heidän ymmärrystään. Vaurioituneisuutta voitiin yrittää korjata. Tieteellistymistä Pinel edisti selvittämällä tilastollisesti hoitomenetelmien vaikutuksia, paranemisprosenttia ja potilaan taustatekijöitä. Pinel pyrki eroon puoskaroinnista; hulluudesta ja sen hoitamisesta yritettiin tehdä mahdollisimman eksaktia.⁹⁴

Mielisairauksien määrittäminen yksimielisesti oli lähes mahdotonta. Näkökohdat siitä, mikä mielisairauden aiheutti, olivat eriäviä. Diagnosoinnin yhtenäistäminen kulki käsi kädessä erityisesti Emil Kraepelinin 1900-luvun alussa luoman mielisairauksien järjestelmän kanssa. Kraepelin korosti sairauden kokonaiskuva: oireita, sairauden kulkua ja ennustetta. Kraepel loi tautiluokitukset havaintojensa perusteella. Yhtenäisyyden puute söi psykiatrian uskottavuutta, joten tautiluokitusten rakentaminen oli väistämätöntä psykiatialle, mikäli se halusi tieteellistyä. Suomeen tautiluokitukset saapuivat 1800-luvun lopussa. Sairauksien luokittelu ei onnistunut ilman pääsyä yhteisymmärrykseen siitä, mistä sairaudet johtuivat.⁹⁵

Mielisairauden määrittelyä vaikeutti ilmiön monimuotoisuus, sillä oireet vaihtelivat laajasti. Periaatteessa mikä tahansa epänormaali tuntemus, teko tai ajatus voitiin lukea mielisairaudeksi, varsinkin jos siitä oli haittaa muille. Määrittelyn vaikeudesta ja sitomisesta kiinni lääketieteen kertoo mielisairauden diagnoosiluokkien lisääntyminen. Philippe Pinel lähti neljästä diagnoosista, 1940-luvun suomalaisessa psykiatriassa käytettiin 10 diagnoosiluokkaa, joissa oli 28 eri diagnoosia. Nyt Suomessa käytettävässä ICD-10 luokituksessa on satoja mielenterveyden häiriöitä määrittäviä diagnooseja.⁹⁶ Diagnostiikka pohjautui potilaassa ilmeneville oireille, mutta muut taustatekijät, keskustelu potilaan kanssa ja erilaiset testit auttoivat diagnoosin määrittämisessä.⁹⁷

⁹⁴ Nygård 2001, 18; Pietikäinen 2013, 69–80.

⁹⁵ Hirvonen 2014, 159–162.

⁹⁶ SVT 1940; Pietikäinen 2013, 110–111; THL (toim.) 2011, ICD-10 tautiluokitukset.

⁹⁷ Pietikäinen 2013, s. 111–113, VMA, Mustasaaren sairaalan f-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

Diagnoosin tekijänä on lääkäri, joka etenkin mielisairauksien kohdalla tekee näkymättömästä näkyvää. Foucault'n mukaan lääkärin ja potilaan suhde oli ongelmallinen. Lääkärin piti neutralisoida itsensä ja ajatuksensa potilaasta ja tehdä havaintoja sairaudesta potilaan ulkoisen käyttäytymisen pohjalta. Lääkärille oli haaste etäännyä potilaasta niin, että hän pystyi tarkastelemaan häntä objektiivisesti. Foucault'n mukaan potilas on lääketieteen objekti, johon katse ja valta kohdistuvat. Tällä tavalla potilaista tehdään passiivisia ja kontrollin alaisia, vailla omaa tahtoa olevia ohjattavia ruumiita.⁹⁸ Potilaan oma sairautentunto on voinut ohjata lääkärin tekemää diagnoosia: osa potilaista ei tuntenut lainkaan olevansa sairaita, mutta jotkut totesivat, ettei tämä taida olla ihan tavallistakaan. Jos potilas tunsu itsensä sairaaksi, lääkäri nosti asian esille. Potilaan subjektiivista kokemusta sairaudesta ja lääketieteen objektina olemisesta ei pidä sivuuttaa olettamuksella, jossa potilaista tuli vain vallankäytön kohteita.

1900-luvun alkupuolella mielisairauden syyt voitiin lajitella seitsemän eri kategorian alle. Syiksi luettiin psykologiset syyt (säikähtäminen, pelästys, vastoinkäymiset, surut, liikarasitus, heikkohermoisuus, rakkausongelmat), somaattiset syyt (ruumiillinen sairaus kuten aivovammat ja syfilis), yhteiskunnalliset syyt (sota, siirtolaisuus, vankeus), moraaliset syyt (luonnottomat taipumukset, muun muassa onania ja huono elämä), synnynnäiset taipumukset ja perimä (degeneraation merkit), alkoholista johtuvat syyt (juoppous) sekä tuntemattomat syyt.⁹⁹ 1900-luvun alkupuolen sairauskertomuksiin sairauden syyt lajiteltiin yllä olevalla tavalla, mutta 1940-luvun sairauskertomuksissa niin ei enää tehty. Kriminaalipotilaiden kohdalla kaikki edellä mainitut syyt käsiteltiin mielentilalausunnossa ja koottiin loppuyhteenvetoon. Mustasaaren hoidetuilla kriminaalipotilailla ei voi nostaa yhtä yksittäistä syytä sairauden aiheuttajaksi, sillä sairauden taustalla oli yleensä useita syitä, jotka lukeutuvat edellä mainittuihin.¹⁰⁰

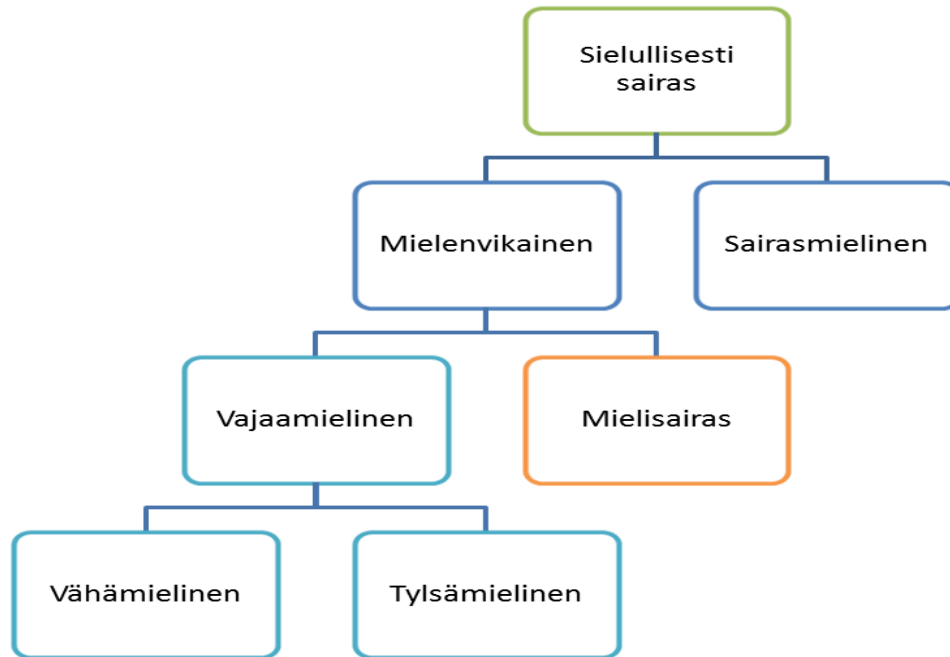
Hannes Heikinheimo selvensi vuonna 1946 teoksessaan *Sielunterveys ja sen hoito* sielullisten sairauksien eri muotoja ja niiden välisiä suhteita seuraavan kaavion avulla:¹⁰¹

⁹⁸ Ahlbeck-Rehn 2006, 51–55; Foucault 2013, 28–29, 76, 192.

⁹⁹ Hirvonen 2014, 176–177.

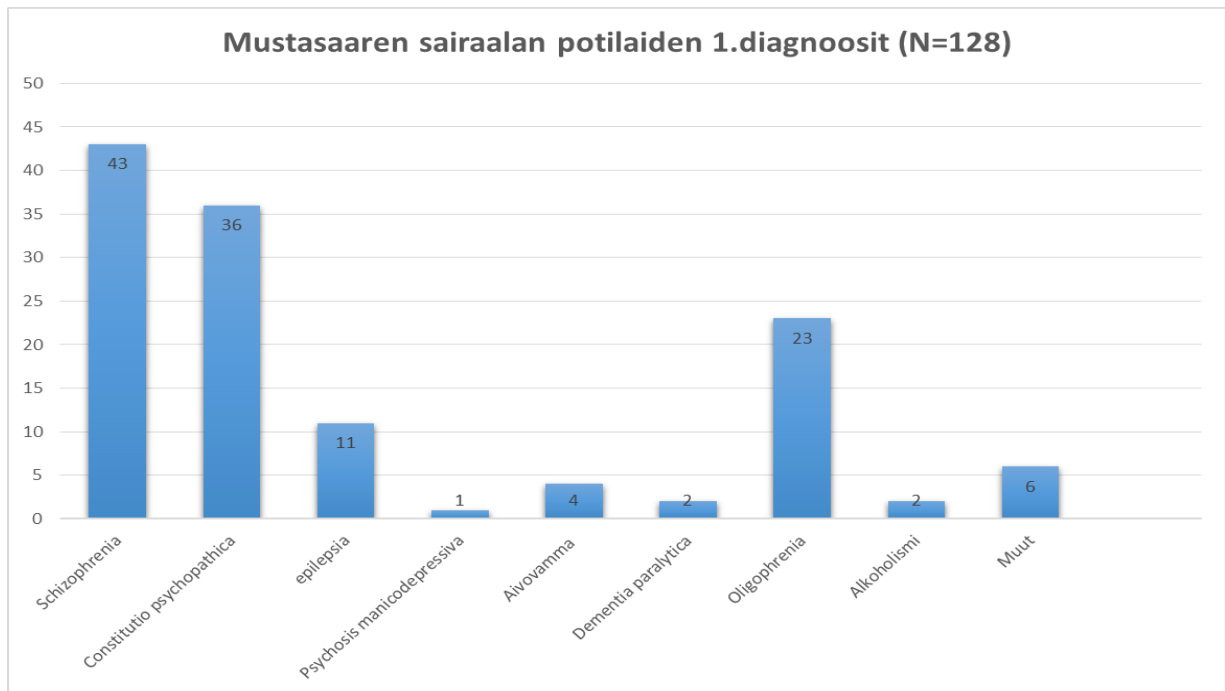
¹⁰⁰ VMA, Mustasaaren sairaalan f-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

¹⁰¹ Heikinheimo 1946, 239.



Heikinheimo antoi yhteisen nimityksen vajaamielisille ja mielisairaille. Heidän asemansa yhteiskunnassa oli samankaltainen, sillä he eivät olleet oikeustoimikelpoisia, he olivat syynäkeettomia ja he tarvitsivat huoltoa. Mielenvikaisuudesta erilleen Heikinheimo nosti sairasmielisyyden, jolla hän viittasi psykopaatteihin. Heillä oli ”*jatkuvia taudinomaisia häiriöitä luonteessa*”, mutta he eivät olleet varsinaisesti mielisairaita. Varsinaisesti mielisairaita olivat ne, jotka olivat sairastuneet mielitautiin, skitsofreniaan, maanis-depressiivisyyteen, epilepsiaan tai aivovammoista johtuneeseen mielisairauteen. Mielisairauteen verrattavia tiloja olivat myös alkoholin aiheuttamat häiriötilat ja syfiliksen aiheuttama ”aivojen pehmeneminen” eli halvaava tylsistyminen.¹⁰²

¹⁰² Heikinheimo 1946, 240–245.



Kuva 1. Lähde: VMA, Mustasaaren sairaalan f-osaston sairauskertomukset 1939 - 1950.

Mielentilalausunnoista diagnoosi siirtyi potilaan sairauskertomukseen. Mustasaaren sairaalan F-osaston 128 potilaan sairauskertomuksista 1940-luvulla on nostettavissa esiin kolme vallitsevaa diagnoosia: skitsofreenikot, psykopaatit ja vajaamieliset potilaat (ks. taulukko 1). Muita diagnooseja olivat epilepsia, aivovammat ja aivosairaudet, alkoholismi ja reaktiivisiin mielisairauksiin sairastuneet.

F-osaston potilaista 33 prosenttia sairasti skitsofreniaa (*schizophrenia*), 28 prosenttia oli sairasmielisiä (*constitutio psychopathica*), 18 prosenttia vajaälyisiä tai vajaakykyisiä (*oligophrenia/imbecillitas/debilitas*), 8 prosenttia epileptikoita ja 12 prosenttia kirjautui sairaalaan muulla diagnoosilla. Potilaalla saattoi olla useampia diagnooseja, jotka täydensivät kuvaa potilaan sairaudesta. Esimerkiksi psykopatia toisena tai kolmantena diagnoosina oli 15 potilaalla eli 11 prosentilla potilaista. Vajaamielisyys taas oli toisena tai kolmantena diagnoosina 8 potilaalla eli 6 prosentilla potilaista. Alkoholismi täydentävänä diagnoosina oli 12 potilaalla eli 9 prosentilla potilaista. Skitsofreenikoista vain kuudella potilaalla oli täydentävä diagnoosi. Viidellä se oli psykopatia ja yhdellä vajaamielisyys.¹⁰³ Sairaalan potilaat olivat siis lähinnä kroonisesti mielisairaita skitsofreenikkoja, mutta toisaalta sairasmielisiä psykopaatteja, jotka eivät olleet

¹⁰³ VMA, Mustasaaren sairaalan f-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

varsinaisesti mielisairaita. Sairaalan arki pohtautui pitkälti näiden kahden potilasryhmän edesottamuksille.

Skitsofrenia eli jakomielitauti tunnetaan varhaisemmalla nimikkeellä *dementia praecoxiana*. Emil Kraepelin esitteli sairauden vuonna 1893. Modernin nimikkeen skitsofrenia¹⁰⁴ sairaudelle antoi sveitsiläinen psykiatri Eugen Bleuer. Nuoruudessa puhkeava sairaus tylsistyi, vieraannutti ympäristöstä ja muutti käyttäytymistä olennaisesti. Skitsofrenialla oli erilaisia muotoja, joista tunnetuin oli paranoidinen skitsofrenia, jossa sairaus näkyi erilaisina harha-aistimuksina. Näkö- ja erityisesti kuuloharhoista kärsivät potilaat saattoivat olla arvaamattomia, saada väkivallan puuskia ja heidän henkinen tasonsa aleni. Stupoorisessa muodossa sairas lukkiutui sulkutilaan, eikä häneen saanut mitään kontaktia. Potilas saattoi liikkua ja elehtiä oudosti. Katoonisessa muodossa potilas jähmettyi myös fyysisesti: potilas saattoi istua, seistä tai maata samassa asennossa tunteja. Jähmettyneisyys saattoi purkautua äkillisenä väkivaltaisuutena. Kraepelin arveli sairauden johtuvan biologisista tekijöistä eli elimistön sisäisestä myrkytystilasta, joka taas oli seurausta kehon sairaalloisesta prosessista.¹⁰⁵

Skitsofreenikoiden kohdalla diagnostisena tukena käytettiin erityisesti harhoja, kuten kuuloharjoja, myrkytysharjoja ja vainoamisharjoja.¹⁰⁶ Selittämättömät naurukohtaukset ja äänien kanssa keskustelu olivat oireita, joihin kiinnitettiin erityisesti huomiota. Skitsofreenikot alkoivat käyttäytyä harhojen ohjaamalla tavalla: ruokaa ei voinut syödä, koska siinä pelättiin olevan myrkkyä. Pahimmillaan tämä johti siihen, että potilas kävi ”myrkyttäjän” kimppuun väkivaltaisain seurauksin. Kuuloharhat taas saattoivat käskeä sairastunutta tappamaan jonkun. Harhoja yritettiin saada kuriin ja potilas rauhalliseksi ja vaarattomaksi itselleen tai toisille. Aina siinä ei onnistuttu.¹⁰⁷ Vuonna 1940 kaikista Suomen mielisairaista lähes 60 prosenttia sairasti skitsofreniaa, joten diagnoosi oli mielisairauksista yleisin. Seuraavana tuli epilepsia, jota sairasti 11

¹⁰⁴ Dementia praecox viittasi suoraan nuoruuden dementiaan. Eugen Bleuer oli sitä mieltä, että vaikka sairaus kohtasikin nuoria ihmisiä, oli nimitys harhaan johtava. Skitsofrenia –nimitys tulee kreikan keilisistä sanoista schizein, ”katkaista” ja phren ”mieli”. Mieli hajautui kahtia, ajatusprosessi hajosi ja pirstaloitui. Shorter 2005, 123–126; Pietikäinen 2013, 252.

¹⁰⁵ Shorter 2005, 123–126; Pietikäinen 2013, 248–256.

¹⁰⁶ VMA, Mustasaaren sairaalan f-osaston sairauskertomukset 1939–1950. Ks. esim. 59/1945, CVII.

¹⁰⁷ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950. Ks. esim. 28/1941, XLVIII, muutettu 5560 ja 67/49, CLXXXIV, muutettu 5636.

prosenttia mielisairaista. Kolmas diagnoosi oli *constitutio psychopathica*, jota sairasti 4,5 prosenttia mielisairaista. Sairasmielisten luku oli varsin pieni tavallisten mielisairaiden keskuudessa. Sen sijaan rikollisilla sitä arveltiin olevan jopa 25 prosentilla.¹⁰⁸

Mustasaaren kriminaalipotilaista 43:lla oli skitsofrenia. Suurin osa Mustasaassa hoidetuista skitsofreenikoista oli joko sulkeutuneita tai äärimmäisen levottomia. Rajuja väkivaltapuuskia saivat muutamat, mutta lyömiset, läpsimiset, tavaroiden särkeminen ja heittäly olivat ominaista vaikeahoitoisille skitsofreenikoille.¹⁰⁹ Erään vuosikymmeniä skitsofreniaa sairastaneen tauti oli ajanut potilaan jo kauas todellisesta maailmasta. Mies oli päivästä toiseen ”*tylsä, epäsiisti, kaikessa hoivattava ja aj. hyvin levoton ja äänekas*”.¹¹⁰ Eräs katatoninen skitsofreenikko taas ”*istui kaiket päivät epämukavasti penkin reunalla niin että koko ruumiin paino tulee samaan kohtaan, kädet jäykästi koukkuun.*” Katatoninen tila ajoi hänet lopulta kuolemaan. Jäykistynyt asento esti verenkiertoa ja rikkoi ihon. Huono syöminen kuihdutti potilaan, ja lopulta hän kuoli 32-vuotiaana sairaalassa.¹¹¹

Mustasaaren F-osastolla vuosien 1939–1950 aikana hoidetuista potilaista 28 prosenttia oli sairasmielisiä, diagnoosinaan *constitutio psychopathia*. Psykopatia, perustui käsitykseen ihmisen sielullis-ruumiillisesta yleisrakenteesta. Se rakentui ihmisen varhaiskehityksestä ja hänen oppimistaan asenteista, joten perintötekijöiden ja kasvatusympäristön merkitys korostui. Käsitys degeneraatiosta kytkeytyi konstituutio-oppiin, jonka myötä mielisairaiksi luokiteltujen määrä alkoi kasvaa ja laitospaikkojen tarve nousta.¹¹² Psykopaatit saattoivat saada niin sanottuja patologisia reaktioita, jolloin sairaus oirehti varsinaisen mielisairauden tapaan. Tämä saattoi aiheuttaa sekaannusta muun muassa skitsofreniaan ja maanis-depressiivisyyteen, mikä kertoo diagnoosin vaikeasta määrittelystä.¹¹³

Hyväksymättömästä, paheksuttavasta käytöksestä tuli asia, jolla jaettiin ihmisiä normaaleihin ja epänormaaleihin. Epänormaalius aiheutti yhteiskunnassa ongelmia: normaalista poikkeavat olivat vaarallisia itselleen ja muille eivätkä sopeutuneet ympäristöönsä. Pietikäisen mukaan

¹⁰⁸ SVT 1940, 25, 131.

¹⁰⁹ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

¹¹⁰ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 15/15/14/1940, XXXV, muutettu 5549.

¹¹¹ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 54/1944, CXII, muutettu 5586.

¹¹² Kaila 1966, 128–129.; Pietikäinen 2013, 96–103, 307–334., Konstituutio-opin mukaisesti tutkittavalle voitiin suorittaa antropologisia mittauksia, kuten kallon muodon ja etäisyyksien selvittämistä. Myös Mustasaareen hankittiin tähän sopivat välineet, sillä alilääkäri Bruno A. Sourander oli perehtynyt mittausten tekemiseen. VMA, Ylilääkärin Lääkintöhallitukselle lähettämä kirje 17.12.1938.

¹¹³ Kaila 1950, 59–61.

psykopatia eli sairasmielisyys oli diagnoosi, jolla psykiatrit sitoivat itsensä osaksi kriminologiaa.¹¹⁴ Yhteiskuntaa piti suojella heidän vaarallisuudeltaan. He eivät saaneet levittää huonoja tapojaan ja rikkoa yleisesti hyväksytyjä sääntöjä. Psykopatialla viitattiin mielipuolisen väkivaltaiselta tai muutoin piittaamattomalta vaikuttavaan käytökseen, jossa ymmärryskyky oli normaali. Sairasmielisyyteen liitettiin moraali – tai oikeastaan moraalittomuus, sillä hän ei tuntenut moraalista vastuuta teoistaan. Ensimmäisiä kertoja psykopatiaa määriteltiin käsitteellä *moral insanity* vuonna 1835. Sairauden taudinkuvaksi luettiin sairaalloiset tavat, tunnevääristymät sekä epäsiveelliset taipumukset. Olennaista oli, että tavat olivat synnynnäisiä taipumuksia. Esimerkiksi skitsofreniasta sairaus erottui sillä, ettei siihen kuulunut harhaisuutta tai aistiharhoja, vaikka psykopaattit saattoivat reagoida asioihin myös harhoilla. Emil Kraepelin liitti psykopaattisiin tiloihin muun muassa pakkomielleet, impulsiivisuuden ja homoseksuaalisuuden. Psykopatian käsitteen joustavuutta kuvaa, että psykopatian oireet olivat jokaisella hieman erilaiset ja vivahteikkaat. Yhteistä psykopaateille oli se, ettei heidän toimintansa kaikissa tilanteissa ollut hyväksyttävää.¹¹⁵

*”Pidämme häntä siis ns. sairasmielisenä henkilönä, joka – sairastamatta mitään varsinaista mielitautia ja olematta vähämielinenkään – on luonteeltaan tavallisista ihmisistä poikkeavainen. Jos poikkeavaisuudet ovat riittävän suuret, niin henkilön katsotaan olevan mielisairauden veroisessa tilassa, jolloin hänet rikoksia tehneenä oikeus määrää vankilan sijasta mielisairaalaan”.*¹¹⁶

Kuten edellä olevasta Y.S. Suomisen potilaskuvauksesta voi päätellä, liukuma psykopaattien kanssa oli väljää. Aina ei oltu varmoja, johtuiko huono käytös todellisesta mielisairaudesta vai eikö potilas vain ymmärtänyt yhteiskunnan asettamia rajoja. Sairasmielisyys oli diagnoosina eräänlainen romukoppa huonosti käyttäytyville ammattirikollisille, jotka eivät sopeutuneet

¹¹⁴ Pietikäinen 2013, 245–247. Pietikäisen mukaan tällä hetkellä paljon keskustelua aiheuttava diagnoosi on ADHD, joka suurimmalla osalla vangeista väitetään olevan. keskustelua voi verrata 1900-luvun alkupuolella käytyyn vankien psykopaattisuus –keskusteluun.

¹¹⁵ Kaila 1950, 75; Kivimäki 2013, 321–322; Pietikäinen 2013, 245. Pietikäisen teoksessa on kuvattu saksalaisen psykiatrin Kurt Schneiderin näkemys psykopatiasta. Hän lajitteli psykopatian erilaisiin tyypeihin, joiden ominaisuudet olivat erilaisia. Psykopatian oireiden erilaisuus näkyy myös Mustasaaren sairaalan psykopaattien kuvailuissa: yhtenäistä oirekuvailua ei löydy. Ärtäisyys, oveluus, juonittelu, väkivaltaisuus, uhkaileminen, perverssit tavat, toisten hyväksi käyttäminen sekä fyysisesti, seksuaalisesti että henkisesti kuvasivat psykopaatteja. VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

¹¹⁶ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 62/1945, CIX.

minkään laitoksen elämään. Psykopaateista tuli ”yhteiskunnan vihollisia”, ja erityisesti vaaralliset uusintarikolliset olivat ryhmä, johon Suomessakin piti kiinnittää erityistä huomiota.¹¹⁷ Suominen pyrki olemaan diagnoosin kanssa tarkka, ja usein hän pohtikin sitä, mikä katsottiin sairasmielisyydeksi.¹¹⁸ Diagnoosia oli mahdollista jakaa alaryhmiin sen mukaan, mikä ominaisuus oli vallitseva. Vallitseva piirre saattoi olla ylenpalttinen herkkyys, kiihkomielisuus, räjähtelevyys tai tunne-elämän erityinen ailahtelevaisuus. Hannu Lauerma mukaan pätevät keinot arvioida psykopatiaa tulivat käyttöön vasta 1980-luvun lopulta, joten 1900-luvun alkupuolella psykopatian arviointi riippui enemmän lääkärin omista käsityksistä kuin tarkkaan määritetystä arviointitavasta.¹¹⁹

Mustasaaren joutuneet psykopaatit olivat mielentilalausunnon saadessaan miehiä, joilla oli taustallaan pitkä historia vankiloissa, sairaaloissa, työ- ja pakkolaitoksissa sekä osalla myös kasvatuslaitoksissa.¹²⁰ Tutkittua oli, että alkoholistien, rikollisten, irtolaisten, prostituoitujen ja ”kiihkomielisten” keskuudessa psykopaatteja oli suuri määrä. Rikollisuuden ja psykopatian suhteesta kertoo asenne: uusintarikolliset ja (laitos)normeja vastaan käyneet olivat sairaita, sillä he eivät ymmärtäneet tekevänsä väärin rikkoessaan lakeja. Psykiatrit pyrkivät määrittämään tätä rajavetoa, johon degeneraatio-oppi sotkeutui oivalla tavalla: ”niissä, joiden henkiset vajaavuudet etupäässä esiintyvät yhteiskuntavastaisissa pyrkimyksissä ja toimissa, yritetään pakkoparantoloissa saada aikaan parannusta, jota rangaistukset ja vankilat eivät kykene hankkimaan”.¹²¹ Mustasaaresta tuli yksi ”pakkoparantola”, sillä kaikkia psykopaatteja ei vankilangaistus parantanut.

Psykopatia ei yksinään välttämättä ollut varsinaista mielisairautta. Siksipä siihen usein liittyi täydentävä diagnoosi. Täydentävä diagnoosi löytyi 14 eli 39 prosentilta psykopaateiksi diagnosoiduista Mustasaaren potilaista. Jos taas lasketaan, kuinka monella psykopatia oli 1. diagnoosina tai täydentävänä diagnoosina, nousee psykopaattien luku 40 prosenttiin F-osaston potilaista. Psykopaatteja, jotka olivat lisäksi vajaamielisiä, oli 5 (14 prosenttia psykopaateista) ja

¹¹⁷ Kaila 1950, 80–81; ks. esim. VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 21/21/20, XLI, muutettu 5554.

¹¹⁸ Pietikäinen 2013, 245; Parpola 2013, 65. VMA Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 24/1942, XLIV, muutettu 5557, 21/21/20/1940, XLI, muutettu 5554.

¹¹⁹ Hirvonen 2014, 136–137, Pietikäinen 2014, 243–248; Lauerma 2009, 58–65. Nykyään psykopatiaa arvioidaan 20 kohtaisella PCL-R – asteikolla, jossa tutkitaan mm. epäluotettavuutta, manipulointihalua, itsehillinnän puutetta ja aggressiivista käytöstä.

¹²⁰ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

¹²¹ Kaila 1950, 75–79.

vajaamielisiä, jotka olivat lisäksi psykopaatteja, oli 8 (35 prosenttia vajaamielisistä). Psykopaattia liitettiin myös 90 prosentin todennäköisyydellä alkoholismiin.¹²² Alkoholismi oli merkki sielullisesta sairaudesta.

Kolmanneksi suurin ryhmä Mustasaassa hoidetuista kriminaalipotilaista ja vaikeahoitoisista olivat vajaamieliset. Vajaamielisyys jakaantui kahteen ryhmään: vähämielisiin ja tylsämielisiin. Vähämielinen (diagnoosilla imbecillitas) oli henkilö, joka jäi älylliseltä kehitykseltään noin 6–14-vuotiaan tasolle. Tylsämielinen taas jäi älyllisesti 6–7-vuotiaan lapsen tasolle. Nykytermein puhutaan älyllisestä kehitysvammaisuudesta, mutta 1970-luvulle asti se käsitettiin mielisairaudeksi, jolle oli tyypillistä puhjeta lapsuusiässä. Vajaamielisyyden hoitoon liittyi paljon tulkinnanvaraa, eikä sitä sairastaville tiedetty sopivaa sijoituspaikkaa. Vajaamielisille alettiin perustaa omia koulujaan 1800-luvun lopussa, mutta heitä oli edelleen mielisairaaloissa ja kunnalliskodeissa. Olennaista oli oppimiskyky. Tylsämielinen ei voinut edes opetuksella kehittää älyään. Vähämielinen taas saattoi opetuksella ja ohjauksella olla pelastettavissa.¹²⁴

Mustasaaren vajaamielisistä suurin osa oli imbesillejä eli vähämielisiä (18/23). Älykkyystestien kehityttyä vähämielisyyden ja tylsämielisyyden rinnalle kehittyi kolmas alakategoria: heikkomielisuus eli debilitas. Debiilejä Mustasaassa oli 3, joskin debilitas toisena tai kolmantena diagnoosina oli kahdeksalla. Vajaamielisistä 12 oli syyllistynyt omaisuusrikoksiin, neljä väkivaltarikokseen ja neljä seksuaalirikokseen. Kaksi saapui sairaalaan vaikeahoitoisina. Huomattavaa on, että varsinaisesta tylsämielisten laitoksesta ei ollut saapunut kukaan. Toinen vaikeahoitoisista potilaista oli saapunut sairaalaan Pitkäniemestä ja toinen siirtolaisten huoltolaitoksesta.¹²⁵ Martti Kailan mukaan vähämielisiin tyypillisiä rikoksia olivat yksinkertaiset varkaudet, murhapoltot ja seksuaalirikokset. Heikkomielisillä rikollisuus oli yleistä, sillä he eivät tulleet yhteiskunnassa toimeen hyvästä yrityksestä huolimatta. Kailan mukaan heikkomieliset olivat syyntakeisia. Heikkomielisuus ainoana diagnoosina ei riittänyt syytteenä vapauttamiseen: Mustasaaren heikkomielisistä kaikilla oli täydentävä diagnoosi.¹²⁶

Muita diagnooseja saaneita kriminaalipotilaita Mustasaassa oli yhteensä 17. Heistä suurin osa oli epileptikoita (11). Aivovamma- ja sairauspotilaita oli neljä, kuppapotilaita kaksi,

¹²² VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

¹²⁴ Heikinheimo 1946, 239–240; Harjula 1996, 11, 61–66; Vilkuna 2010, 79.

¹²⁵ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950; Harjula 1996, 64–66.

¹²⁶ Kaila 1950, 73–74; VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950, ks. esim. CCXCIII, muutettu 5076; CLXVIII, muutettu 5626; 63/50, CXXCIII, muutettu 5639.

maanis-depressiiviä yksi ja reaktiivisista mielisairauksista¹²⁷ kärsiviä viisi. Epilepsiaan ei liitetty toista diagnoosia kuin muutamissa tapauksissa. Epilepsian taudinkuva oli erilainen riippuen taudin syntyperästä. Olennainen riski oli epilepsiaan liitetyt hämärätilat, jolloin potilas ei ollut tietoinen ympäristöstään, vaan oli tuskainen, ärtyisä ja helposti kiihtyvä. Hämärätiloihin kuuluivat myös harhaisuus ja aistiharhat. Tila saattoi kestää muutamasta tunnista useampaan päivään, joten epileptikot saattoivat olla arvaamattomia.¹²⁸

Diagnoosien muuttuminen ei ollut harvinaista. 17 tapauksessa potilaan diagnoosi muuttui sairaala-aikana tai sisäänkirjauksien välissä.¹²⁹ Tavallisessa mielisairaalassa hoidettu potilas saattoi kirjautua sairaalaan useamman kerran, ja myös kriminaalipotilaalle tämä oli mahdollista. Koevapaudet ja sairaalasiirrot mahdollistivat sen, että kirjautumisia saattoi tulla useita. Esimerkiksi eräs alkoholipotilas, joka oli viinanhimoissaan sortunut varastelemaan, kirjautui Mustasaaren vuosien aikana yhdeksän kertaa. Kahdeksan kertaa koevapaus oli katkennut ryypiskelyyn, ja lopulta potilas siirrettiin alkoholiparantolaan.¹³⁰ Psykopatian liukuvuus tuli esille muutamissa tapauksissa. Psykopatia saattoi muuttua vuosien kuluessa skitsofrenia-diagnoseiksi. Toisaalta taas jotkut psykopaateiksi luokitellut olivat Suomisen mukaan terveitä, mutta elämäntavoiltaan ja olemukseltaan rikoksiin taipuvaisia ja moraalittomia.¹³¹

2.3 Puukottajia ja pyörävarkaita

Mustasaassa hoidettiin siis myös vaikeahoitoisina sairaalaan lähetettyjä potilaita, joten kaikki eivät saapuneet sairaalaan oikeusistuimien päätöksellä. Tutkimuksen 128 potilaasta 109:llä oli taustallaan rikos. Osa potilaista syytettiin useammasta rikoksesta. Usein omaisuusrikokset yhdistyivät johonkin muuhun rikokseen, kuten ampuma-aseen luvattomaan hallussapitoon, viinanpolttamiseen ja -myymiseen tai pahoinpitelyyn. Lisäksi potilaista osa pääsi koevapauteen

¹²⁷ Reaktiivisen mielisairauden luokiteltiin *constitutio psychopathica* -luokan alaisuuteen. Niissä potilas sai luonnollisesta sielullisesta ärsykkeestä johtuvan, poikkeuksellisen voimakkaan reaktion. Mustasaaren sairaalan reaktiivisista mielisairauksista kärsineet olivat sairastuneet sotarintamalla. Sekavuustilat rauhoittuivat nopeasti, joten pitkiä aikoja heitä ei sairaalassa hoidettu. VMA, Mustasaaren sairauskertomukset 1939–1950, SVT 1940, 18.

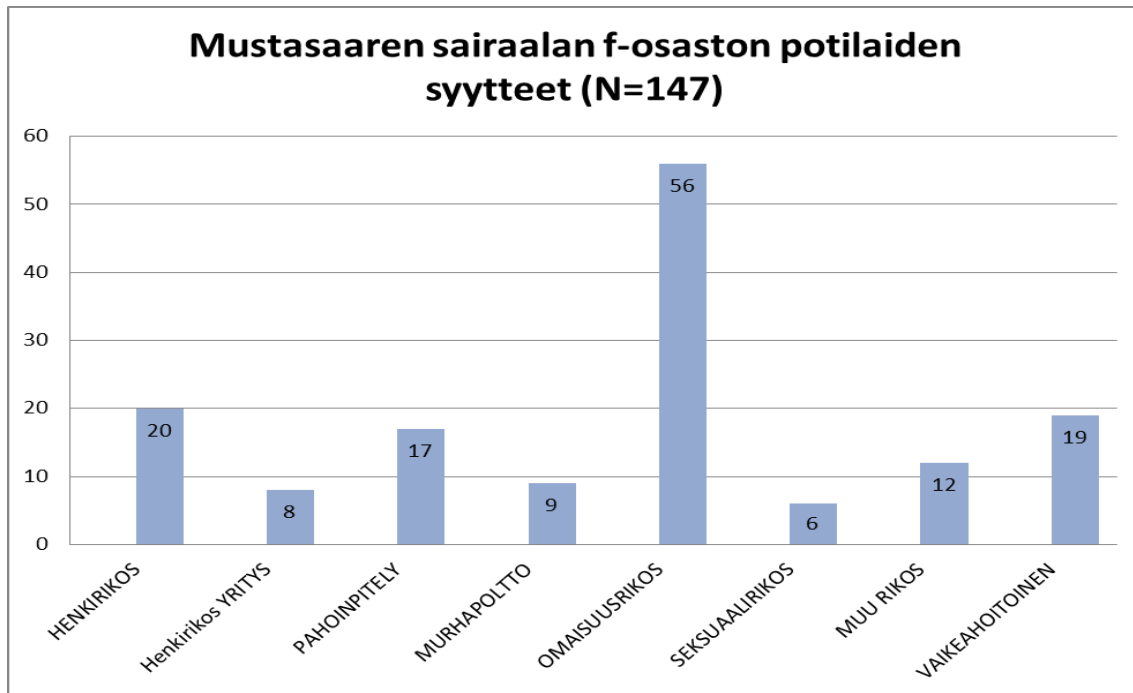
¹²⁸ Kaila 1950, 130–135; VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

¹²⁹ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

¹³⁰ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomukset 4452, 4470, CCXXI, CCII, CCX, CIXXXI, CXCII, CXXXIV, CCXXXII.

¹³¹ VMA, ks. esim. Mustasaaren sairauskertomukset 55/49/1944, XCIII, muutettu 5587, 77/1945, CXXIV ja 63/1950, CXCI, muutettu 5693.

ja lopulta vapautui sairaalan kirjoista, mutta uuden rikkeen tehdessään päätyi sinne uudestaan. Kaiken kaikkiaan lujaosastolla hoidetut potilaat olivat tehtailleet 128 rikosta (ks. kuva 2).



Kuva 2. Lähde: VMA, Mustasaaren sairaalan f-osaston sairauskertomukset 1939 - 1950.

Mustasaassa hoidettujen kriminaalipotilaiden syytteistä voi nostaa esiin kaksi vallitsevaa ryhmää: väkivaltarikolliset ja omaisuusrikolliset. Väkivaltarikoksia oli yhteensä 46. Näistä murhia oli 4, tappoja 16, taponyrityksiä 8 ja pahoinpitelyjä 17. Rikos kohdistui useimmiten tekijälle tuttuun henkilöön, tavallisesti perheenjäseneseen, sukulaiseen tai muuhun tuttavaan, ja aseena käytettiin kättä pidempää. Perheessä tapahtuneita väkivaltarikoksia oli 11, jotka kaikki olivat vakavia. Perheen ja sukulaisen tapauksessa kyse oli naispuoleisesta uhrista: kolme äitiä, kaksi vaimoa ja yksi käly surmattiin tai yritettiin surmata. Jos mukaan lasketaan myös tyttöystävät ja yksipuoleiset ihastukset, nousee naisuhrien luku vielä viidellä. Laajan perhesurman tekneitä joukossa ei ole, vaan henkirikos tai sen yritys kohdistui vain yhteen henkilöön. Muutamissa tapauksissa useammilta uhreilta selvittiin onnen avulla.¹³²

Pahoinpitelyihin liittyi useasti alkoholi ja teräase, kiivastunut mieli ja epäoikeudenmukaiseksi koettu kohtelu. Pahoinpitelyt kohdistuivat yleensä tuttavaan, kuten työtoveriin, pelikaveriin tai

¹³² VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

juoppokööriin kuuluneeseen henkilöön. Vain kolmessa tapauksessa pahoinpideltiin tuntematon henkilö. Huomattavaa on, että tapauksissa uhrina oli aina mies. Pahoinpitelyiden vakavuuden aste vaihteli. Osassa tapauksista uhrin vammat oli lieviä, kun taas joissain tapauksissa uhri kuoli myöhemmin saamiinsa vammoihin.¹³³

Väkivaltarikoksesta syytettyjen potilaiden diagnostinen jakauma on paljon kertova: 45 prosenttia (21 tapausta) oli skitsofreenikkoja tai skitsofrenian jälkitilasta kärsiviä potilaita. Voikin sanoa, että jos väkivaltarikoksen taustalla 1930- ja 1940-luvulla oli mielisairautta, se suurella todennäköisyydellä diagnosoitiin skitsofreniaksi. Väkivaltataustaisista potilaista seitsemällä oli vajaamielisyyteen liittyvä diagnoosi. Myös sairasmielisiä oli seitsemän ja neljällä oli epilepsia. Epilepsia-kohtauksiin liittyvät häiriötilat olivat taustalla myös kahdessa vaikeahoitoisena sairaalaan tulleen potilaan väkivaltakäyttäytymisessä.¹³⁴

Omaisuusrikollisissa Mustasaassa oli kaksi eri ryhmää: ensikertalaiset ja rikoksenuusijat. Ensikertalaisia oli vain yhdeksän, joista varkaita kuusi. Rikoksenuusijoiden määrä oli siis korkea, 47 henkilöä, joista 41 oli varkaita. Uusintarikollisten rikosrekisterit olivat yleensä pitkiä, ja vankimielisairaala oli tullut heille tutuksi jo vankeusaikana. Varkauksien vakavuus vaihteli ryöstöistä näpistyksiin ja luvattomiin lainaamisiin. Monella motiivina oli myydä varastettua tavaraa eteenpäin ja siten elättää itseensä. Uusintarikollisille laitokset olivat hyvin tuttuja. Laitoselämä oli alkanut kasvatuslaitoksesta, jatkunut vankilassa, pakkotyölaitoksessa, vankimielisairaalassa ja lopulta valtion mielisairaalassa. Poikkeuksellista ei ollut myöskään, että valtion mielisairaalaan vapauduttuaan potilas päätyi uudestaan vankilaan tai vankimielisairaalaan.¹³⁵ Vaarallisille rikoksentekijöille piti kohdistaa suoja-toimenpide, jonka tuli olla tehokkaampi kuin varsinaisen rangaistuksen. Toimenpiteen tuli joko antaa paremmat mahdollisuudet henkilölle päästä takaisin sosiaaliseen elämään tai sitten suojata yhteiskuntaa paremmin kuin mitä tavanomainen rangaistus teki. Käytännössä tämä tarkoitti eristämistä.¹³⁶

Muita kuin väkivalta- ja omaisuusrikoksia tehneitä potilaita Mustasaassa oli siis 27. Näistä rikoksistaan yleisin oli murhapoltto eli tuhopoltto. Mustasaassa hoidettujen murhapolttajien

¹³³ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

¹³⁴ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

¹³⁵ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

¹³⁶ Kaila 1944, 359–362.

tekojen seurauksena kukaan ei ollut kuollut, mutta vaara tähän oli. Sen sijaan aineelliset vahingot olivat suuria. Potilas, joka oli sytyttänyt appensa ulkorakennuksen tuleen sillä seurauksella, että tuli oli levinnyt myös asuinhuoneistoihin, joutui korvaamaan tuhotyöstään lähes 91 000 markkaa.¹³⁷ Seksuaalirikollisia sairaalassa oli kuusi. Heistä neljä oli syylistynyt lapsen tai lapsien hyväksikäyttöön ja kaksi oli sekaantunut eläimiin. Seksuaalirikollisten kohdalla silmiinpistävää on diagnoosi: heistä viisi oli vajaamielisiä.¹³⁸

Rikollisuus lisääntyi pulavuosien aikana, jolloin erityisesti väkivalta- ja omaisuusrikosten määrä kasvoi. Mielentilatutkimuksien määrää koko maassa nostivat hetkellisesti sotavuodet 1939–1945. Esimerkiksi vuonna 1946 mielentilalausuntoja tehtiin kaksinkertainen määrä suhteessa vuoteen 1938. Tutkimusten kasvua voidaan selittää myös sodan aiheuttamilla traumaattisilla kokemuksilla ja mielen järkkymisellä.¹³⁹ Uuden rikosryhmän muodostivat rintamalta karanneet. Mustasaassa rintamakarkureita oli vain viisi. Kahdella oli diagnoosina reaktiivinen mielisairaus, yhdellä psykopatia ja yhdellä skitsofrenia. Reaktiivisesta mielisairaudesta kärsineet pääsivät sairaalasta pois muutamassa vuodessa. Rintamalla sairastuminen, masentuneisuus, hallitsemattomat tunteenpurkaukset ja ”tärähtäneisyys” olivat asioita, jotka sotapsykiatrit katsoivat johtuvan sairastuneen huonosta sielunrakenteesta.¹⁴⁰

3 TERVETULOA MUSTASAAREEN

*”Talo synkkä asunto kurjan
Kivimeluoven kätkössä on hullujen
Maailman pettymykset, elävien hauta
Järki petti, ei kukaan auta”¹⁴¹*

3.1 Kriminaalimielisairaala

¹³⁷ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 34/31/41, LIV, muutettu 5050.

¹³⁸ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

¹³⁹ Huttunen 1993, 19–21; Wagner-Prenner 2000, 112–114; Kivimäki 2012, 96–124.

¹⁴⁰ Kivimäki 2012, 277–288; Rissanen 2012, 42.

¹⁴¹ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 34/31/1941, LIV, muutettu 5050. Potilaan runo 4.8.1945.

Suomessa julkinen mielisairaalahjärjestelmä vakiintui 1900-luvun ensi vuosikymmeninä. Mielisairaita hoidettiin Lapinlahden, Niuvanniemen ja Pitkäniemen keskuslaitoksissa, Käkisalmen ja Seilin turvalaitoksissa sekä kuntien vastaanotto-osastoilla ja kunnalliskodeissa. Vuonna 1900 mielisairaspotilaiden määrä koko maassa oli noin 1300, mutta Mustasaaren auetessa vuonna 1939, se oli noussut jo lähes 8 500 potilaaseen. Potilaspaikkojen kasvu ei ollut mahdollista ilman uusien sairaaloiden rakentamista: 1920-luvulla Suomeen rakentui piirimielisairaalahjärjestelmä, jonka piiriin yli puolet mielisairaista sijoitettiin.¹⁴² Piirimielisairaalat olivat suunnattuja kroonisesti sairastuneille, rauhallisille potilaille ja vastaanotto-osastot akuutisti sairastuneille. Vaikeahoitoisimmat potilaat ja kriminaalipotilaita sijoitettiin Lääkintöhallituksen määräyksellä hoitoon Seilin ja Käkisalmen turvalaitoksiin. Seili oli suunnattu naisille ja Käkisalmi miehille. Vastuu heidän hoidon järjestämisestä oli valtiolla, mutta rauhallisia kriminaalipotilaita saattoi hoitaa myös kuntien mielisairaaloissa.¹⁴³

Mustasaaren sairaala oli alkujaan keskeisellä paikalla, sillä sairaala toimi vuodesta 1768 lähtien Vaasan lääninlasarettina. Oman viran sairaalan lääkäri sai vuonna 1814. Sairaalan ensimmäiset mielisairaiksi luokitellut potilaat otettiin sairaalaan hoitoon vuonna 1840.¹⁴⁴ Lääninsairaalan ympärille laajentumassa ollut kaupunki paloi vuonna 1852 lähes kokonaan. Toiminta sairaalassa jatkui, mutta muu alue oli niin rauniona, että kaupunki päätettiin rakentaa uudelle paikalle Klemetsön niemelle.¹⁴⁵ Kun sairaala aloitti toimintansa valtion mielisairaalanä vuonna 1931, se sijaitsi kuten muutkin mielisairaalat: tarpeeksi kaukana kaupungin hälinästä, mutta lähellä esimerkiksi kauppoja ja palveluita.¹⁴⁶ Sairaala-alueen keltaiset rakennukset nousevat vehreältä, puistomaiselta ja aukealta alueelta. Sairaalarakennukset ovat satojen vuosien aikana palvelleet monenlaisia potilaita, ei ainoastaan mielenterveyspotilaita.

Pieni mielisairasosasto muuttui vastaanottolaitokseksi mielisairaanhoidon keisarillisen asetuksen myötä vuonna 1889, jolloin osastolle rakennettiin oma talo. Suomen hallituksen määrättyä Vaasan lääniä varten rakennettavasta sairaalasta Seinäjoelle, jäi vanhoihin tiloihin pelkästään mielisairaiden vastaanottolaitos vuonna 1931. Vuotta myöhemmin Lääkintöhallitus määräsi,

¹⁴² Salo 1996, 55–58; Vuorio 2010, 17–18.

¹⁴³ Vuorio 2010, 17–18; Forsius 2011.

¹⁴⁴ Selistö 1990, 9–13.

¹⁴⁵ Hakanpää 2007, 17–27.

¹⁴⁶ Vrt. esim Seili, Niuva ja Pitkäniemi. Turunen & Achté 1983, 93–94; Kaarninen & Kaarninen 1990, 13; Vuorio 2010, 19–21; Pietikäinen 2013, s. 145–147.

että mielisairaiden vastaanottolaitosta oli ryhdyttävä kutsumaan Mustasaaren sairaalan nimellä vastaanottolaitoksen sijasta, jotta pelko mielisairaaloita kohtaan hälvenisi.¹⁴⁷ Vielä tässä vaiheessa sairaalan tehtävä ei muuttunut. Kun keskustelu vaarallisten rikoksenteekijöiden ja mielisairauksien välisestä yhteydestä laajeni, degeneraatiokeskustelu kiihtyi ja lääketiede kehittyi, oli pakko löytää paikka kriminaalipotilaille. He eivät voineet enää kuormittaa piirimielisairaloita.¹⁴⁸

Mielisairaanhoidon keskittyessä piirimielisairaaloihin, kriminaalipotilaiden asema jäi takalalle eikä varsinaista lainsuojaa kriminaalipotilaiden hoidon järjestymiselle ollut. Pahimmillaan potilas joutui odottamaan vankilassa hoitopaikkaa 2-3 vuotta, sillä sairaalat täyttyivät nopeasti kroonisesti sairastuneista skitsofreenikoista. Sisäasianministeriö sai huomautuksen asiasta eduskunnan oikeusasiamieheltä vuonna 1928. Lääkintöhallituksen uusi pääjohtaja Hannes Ryömä otti asian hoitaakseen heti ja esitti, että Niuvanniemen sairaalaan lisättäisiin 100 uutta hoitopaikkaa. Aloite ei kuitenkaan tuottanut tulosta. Keskustelua kuitenkin alettiin käymään uuden mielisairaslain suunnittelun mukana. Vuonna 1934 laaditun lakiesityksen mukaan kuntien piti huolehtia kaikkien kuntalaistensa sairaanhoidosta huolimatta näiden statuksesta, mutta kunnat vastustivat tätä ankarasti esittäen, että sairaanhoitovelvollisuuden piti jakautua myös valtiolle. Kunnissa uskottiin siihen, että valtiolla oli mahdollisuus rakentaa lisäpaikkoja kroonisesti sairaille ja vaikeille kriminaalipotilaille.¹⁴⁹

Kriminaalipotilaita koskevassa keskustelussa oli vastakkain kaksi näkemystä. Toisen mukaan kriminaalipotilaat olivat sairaita siinä missä muutkin eivätkä kaivanneet erilaista käsittelyä sairaaloissa. Ryömän mukaan heidän jättämisensä täysin valtion kontolle ei veisi tilannetta mihinkään suuntaan, vaan he joutuisivat edelleen odottelemaan hoitopaikkaa pahimmillaan vuosia. Kunnissa näkemys oli, että he olivat rikollisia, joiden käsittely piti järjestää kuten vankienkin: valtion vastuulle. Ongelman taustalla oli raha, sillä kunnilla ei ollut rahaa eikä sitä liian paljon ollut valtiollakaan. Jo aiemmin 1800-luvulla, kun houruinhoitoa järjesteltiin valtion ja kuntien välillä, oli ajatuksena, että vaikeahoitoiset hoidettaisiin valtion kustannuksella. Ongelmana oli, että valtion sairaalat olivat jo niin täynnä, ettei niihin mahtunut enää ketään.¹⁵⁰

¹⁴⁷ Selistö 1990, 13–19; Tiitta 2009, 168.

¹⁴⁸ Vuorio 2010, 83, 100–107.

¹⁴⁹ Vuorio 2010, 134–135.

¹⁵⁰ Mäkelä, 2008, 42–43; Vuorio 2010, 134–35. Valtion mielisairaaloita vuonna 1939 lähtien olivat Lapinlahden sairaala, Niuvanniemen sairaala, Pitkäniemen sairaala, Seilin sairaala ja Mustasaari.

Mielisairaanhoido ei ollut viimeinen linnake, jota 1900-luvun alussa laitettiin kuntoon, vaan rahapulasta kärsi muukin sairaanhoido.¹⁵¹ Lopulta eduskunta ratkaisi asian niin, että kriminaalipotilaiden hoito jäi valtion vastuulle. Vuoden 1937 lopussa annetussa mielisairaslaissa määritettiin valtion mielisairaalan tehtäväksi huolehtia äskettäin sairastuneista sekä hoitoa tarvitsevista puolustus-, raja- ja merivartiolaitoksen henkilöstöstä, vangeista, mielentilatutkittavista ja lääkintöhallituksen määräämistä vaarallisista ja vaikeahoitoisista potilaista. Kriminaalipotilaat ja mielentilatutkittavat hoidettiin valtion vapaapaikoilla, eli potilas itse ei joutunut hoitoaan kustantamaan vaan sen teki valtio.¹⁵²

Lakimuutoksen jälkeen valtion oli pakko ryhtyä toimiin, jotta kriminaalipotilaat pääsisivät hoitoon mahdollisimman nopeasti. Käytännössä pitkät odotusajat oli purettava. Tähän vastaukseksi Vaasan vastaanottolaitoksen tiloihin ryhdyttiin kaavailemaan lujaosastoa vaikeille ja vaarallisille potilaille. Kun Mustasaaresta vuonna 1939 tuli valtion mielisairaala, sille suunniteltu tehtävä oli jo valittu: se oli turvalaitos vaikeille mielisairaille ja kriminaalipotilaille. Se oli ainoa mielisairaaloista, jossa oli nimenomaan kriminaalipotilaille suunniteltu osasto.¹⁵³ Muutostyöt tehtiin arkkitehti Ragnar Wessmanin piirustusten mukaisesti. Mallit otettiin Tukholman oikeuspsykiatrisen klinikasta. Sairaalaan F-rakennukseen tuli 16 eristyshuonetta ja 44 sairaansijan salipää. Rakennusta ympäröi 4,5 metrinen korkea betoniaita, jonka sisälle jäi kävelypiha.¹⁵⁴ Mukana muutostöitä suunnittelemassa oli sairaalan tuleva ylilääkäri Y.K. Suominen, joka huolehti että muutokset tehtiin niin, että ”*valvonta ja muu [suunniteltiin] mahdollisimman tehokkaaksi ja koko systeemi mahdollisimman aukottomaksi*”.¹⁵⁵ Vahvistetuksi potilaspaikkamääräksi koko sairaalassa tuli 108 paikkaa, joista 60 oli tarkoitettu f-osaston vaikeahoitoisille ja kriminaalipotilaille.¹⁵⁶ Muutostöillä vanhasta keltaisesta kivirakennuksesta rakennettiin paikka niille, jotka eivät muissa sairaaloissa tulleet toimeen.

Kriminaalipotilaat olivat syrjitty ryhmä – kukaan ei halunnut heitä ongelmakseen. Ongelma näkyi jo mielisairaslain käsittelyssä. Kunnat ja valtio yrittivät välttää vastuuta kriminaalipoti-

¹⁵¹ Tiitta 2009, 106–107; Vuorio 2010, 134–35.

¹⁵² Vuorio 2010, 134–135.

¹⁵³ Kinnunen 1954, 84. Niuvanniemen sairaala sai oman lujaosaston vuonna 1950. Vuorio 2010, 171. Vuoden 1952 mielisairaslain jälkeen kriminaalipotilaiden hoitoa alettiin keskittää systemaattisesti Niuvan ja Mustasaareen. Hyvönen 2008, 123.

¹⁵⁴ Selistö 1990, 19. Aidatut alueet olivat käytössä mielisairaaloissa yleisesti, mutta rakennusmateriaali ei ollut niin jyrkää. Esimerkiksi Moisio sairaalassa kävelypiha oli aidattu korkealla puuaidalla. Leskinen 2007, 102.

¹⁵⁵ VMA, Ylilääkärin Lääkintöhallitukselle lähettämä kirje 8.10.1938.

¹⁵⁶ VMA, Lääkintöhallituksen ylilääkärille lähettämä kirje 20.7.1938; Selistö 1990, 19.

laiden kontolle ottamisesta. Ongelmat tuntuivat muodostuvan potilaiden köyhyydestä, vaikeasta hoidettavuudesta ja pitkistä hoitoajoista. Niin Pitkäniemessä kuin Niuvassakin haluttiin vaikeimmista potilaista eroon. Sairaaloiden tavoitteena oli saada helpot potilaat perhehoitoon ja vaikeat Mustasaaren tai Vankimielisairaalaan.¹⁵⁷ Vankimielisairaala taas pyrki terävöittämään profiiliaan nimenomaan vankeusaikana sairastuneiden vankien hoitopaikkana.¹⁵⁸ Mustasaarella ei siis ollut vaihtoehtoja, vaan sille annettuna tehtävänä oli hoitaa hankalat potilaat.

Valtion mielisairaalan Mustasaaren ovien piti aueta jo vuonna 1938, mutta muutostöiden keskeisessä ja rakennusmiesten liikkeessä ympäristössä oli lujaosaston avaamista lykättävä vähitellen. Vaikeiden potilaiden takia osastot oli pidettävä pieninä eikä sairaalan hoitopaikkojen määrä kokonaisuudessaan saanut nousta liian korkeaksi.¹⁵⁹ Osastoja rakennettaessa, kalustettaessa ja varustettaessa oletettiin tulevien potilaiden olevan vaikeita. Patterit piti suojata, osa kalusteista piti olla seinään tai lattiaan kiinni pultattavia ja vaatteita piti varata niin paljon, että repijöillekin riitti aina uutta lämmikettä. Värimaailmaltaan ja kalustukseltaan mielisairaala oli pelkistetty ja karu.¹⁶⁰ Ensimmäiset 20 potilaasta F-osasto sai 1.9.1939. Potilaat eivät tulleet kaukaa: A-osaston kriminaalipotilaat siirrettiin viereiseen pytinkiin.¹⁶¹

3.2 Sairaalaympäristön asukkaat

Verrattuna muihin sairaaloihin Mustasaari oli suhteellisen pieni sairaala. Markku Salon mukaan Suomessa oli 311 potilasta mielisairaala kohden vuonna 1940.¹⁶² Valtion mielisairaaloista Mustasaari oli toiseksi pienin 108 sairaansijallaan. Vähiten potilaspaikkoja oli Seilin sairaalassa, 60 paikkaa. Lapinlahdessa paikkoja oli 180, Niuvanniemessä 400 ja Pitkäniemen keskuslaitoksessa massiiviset 700 potilaspaikkaa. Mustasaari profiloitui pienenä erikoissairaalanä, jolla oli oma tehtävänsä. Akuuttiosasto oli pieni, vain 48-paikkainen, joten suurimman osan

¹⁵⁷ Vuorio 2010, 134–142. Kaarninen & Kaarninen 1990, 94–96.

¹⁵⁸ Ranta 1979, 41–44, KA V-arkisto, Turun vankimielisairaalan vuosikertomukset 1939–1950.

¹⁵⁹ VMA, Ylilääkärin lähettämä kirje Lääkintöhallitukselle 15.11.1938 ja Instrumentariumille 1.12.1938.

¹⁶⁰ VMA, Ylilääkärin lähettämä kirje Lääkintöhallitukselle 27.3.1939.

¹⁶¹ VVA:n arkisto, Mustasaaren sairaalan vuosikertomus 1939. Mustasaaren auetessa Suomessa hoidettiin 413 kriminaalipotilasta. Heidät oli jaettu sairaaloihin siten, että Mustasaarella oli 20, Pitkäniemessä 177, Niuvassa 121, Seilissä 19, Oulun vastaanottolaitoksessa yksi ja Turun Vankimielisairaalassa 32. Käkisalmen turvalaitos jäi sodan myötä luovutetun Karjalan alueelle. Potilaat siirrettiin muihin sairaaloihin. Virkkunen, Hakola & Tuovinen 1983, 307.

¹⁶² Salo 1996, 56. Lukua nosti Pitkäniemen keskuslaitos, jossa potilaspaikkoja oli 700.

sairaalan potilaista muodostivat kriminaalipotilaat. Jos kriminaalipotilaiden määrään laskettaisiin myös A-osastolla hoidetut tutkintopotilaat, määrä nousi lähes 80 potilaaseen.¹⁶³

F-osasto jakautui kahteen osastoon, joiden jako meni yksinkertaisesti kerroksittain. F-osaston auetessa hoidettavia potilaita oli vain 20, sillä tilat eivät sallineet enempää. Hoitopaikkojen määrä kohosi talvisodan jälkeen, ja molemmissa osastoissa, sekä yläkerrassa että alakerrassa, hoitoa sai 30 potilasta. Vuonna 1946 potilaiden lukumäärää nostettiin hetkellisesti vielä kymmenellä, kun lääkintöhallitus sai toimitettua sairaalaan lisävuoteita, mutta vuonna 1947 palattiin takaisin 60 sairaavuodesijaan.¹⁶⁴ Alkuvuosina potilaspaikat eivät olleet täysiä: sairaavuoteiden lukumäärä oli korkeampi kuin hoidettujen määrä. Toimintaa supistivat alati muuttuvat olosuhteet, rakennustyöt, sota ja hoitajapula. Vain reilu kuukausi siitä kun ensimmäiset potilaat saapuivat F-osastolle, heidät jouduttiin siirtämään sotasairaalan tieltä Svenska Österbottens Distriktssinnessjukhusetiin Vaasan kaupunkiin. Talvisodan jälkeen arki normalisoitui vain hetkeksi, kun jatkosota alkoi. Jatkosodan aikana sairaalaa pyrittiin pyörittämään, vaikka sitten vajaan miehityksellä. Olot lähtivät vakiintumaan vasta 1940-luvun loppupuolella, kun sairaala sai luvan rakennuttaa henkilökunnalle lisää asuntoja.¹⁶⁵

Sairaalan ylilääkärinä toimi vuodesta 1939 vuoteen 1963 asti Yrjö K. Suominen.¹⁶⁶ Suominen kutsuttiin sairaalan ylilääkärin virkaan lokakuussa 1938, kun aiempi ylilääkäri Bruno A. Sourander¹⁶⁷ kutsuttiin reservinharjoituksiin. Suomisen virka vakinaistettiin helmikuussa 1939, mutta jo vuotta myöhemmin virkaa hoiti Suomisen vaimo Sirkka Suominen. Sotien aikana, kun Y.K. Suominen ja Sourander olivat rintamalla palveluksessa, sairaalasta vastasi siis Sirkka Suominen. Alilääkäreitä ei ollut tarjolla, ja toisaalta sairaalan arki ei ollut päässyt täyteen vauhtiinsaakaan. Sourander siirtyi lopulta vuonna 1943 Vaasa Puuvilla oy:n lääkäriksi, minkä jälkeen sairaala oli virallisesti Suomisen pariskunnan käsissä.¹⁶⁸

¹⁶³ VMA, Ylilääkärille saapunut kirje Lääkintöhallitukselta 27.5.1941, VVS:n arkisto, Mustasaaren sairaalan vuosikertomukset 1939–1950.

¹⁶⁴ VVS:n arkisto, Mustasaaren sairaalan vuosikertomus 1946.

¹⁶⁵ VVS:n arkisto, Mustasaaren sairaalan vuosikertomus 1939–1950.

¹⁶⁶ Laukkonen 2003, 60–63.

¹⁶⁷ Vuonna 1984 syntynyt B. A. Sourander toimi sairaalan ylilääkärinä vuosina 1927–1938 ja alilääkärinä vuosina 1939–1943. Suomen lääkärit 1952, 979.

¹⁶⁸ Suomen lääkärit 1952, 979.

Kuten mainittua, sota sotki sairaalan arkea pahasti. Suomisen ollessa rintamalla ja vaimon tehdessä vastaavan ylilääkärin virkaa vaihteli alilääkäri tarpeen ja tarjonnan mukaan.¹⁶⁹ Y.K. Suominen palasi siviilivirkaansa takaisin helmikuussa 1945, minkä jälkeen lääkärikunta vakiintui. Poikkeusoloja lukuun ottamatta sairaalassa oli siis kaksi lääkäriä: ylilääkäri Suominen ja alilääkäri Suominen. Ylilääkäri Y.K. Suominen johti sairaalaa vankalla otteella. Hän oli erittäin tarkka ja teräväsanainen. Suominen oli perin täsmällinen muun muassa lääkintöhallituksen kanssa käydyssä kirjeenvaihdossa. Suominen teki selkeän eron siihen, mitä hän oli sanonut ja mistä häntä syytettiin. Hänen tapanaan oli perustella esittämänsä asiat seikkaperäisesti, joskus jopa pistävällä tavalla.¹⁷⁰

Suominen asemoi itsensä toisaalta yksinkertaiseksi maalaispsykiatriksi, mutta toisessa yhteydessä hän korosti omaa osaamistaan esimerkiksi laajalla psykiatrisella kirjastolla. Hän uskalsi olla eri mieltä sekä muiden lääkäreiden että lääkintöhallituksen kanssa, mutta suoraa loukkauttamatta ketään.¹⁷¹ Aatemaailma Suomisella oli oikeistolainen, mutta hän ei ollut näkyvästi mukana politiikassa. Vuonna 1945 Suominen kirjoitti Sotilaslääkätieteelliseen Aikakauslehteen ja Suomen Kuvalehteen varsin kaunistelemattomasti siitä, miten psykopaatit lisääntyivät kovaa vauhtia ja sitoivat kunnollisten miesten voimavaroja muualle kuin sotarintamalle. Suomisen kirjoitukset olivat varsin kärkkäitä ja äärimmilleen vietyjä puheenvuoroja siitä, miten yhteiskunnan lurjuksia, kelvottomia ja ala-arvoisia sairasmielisiä pitäisi eliminoida.¹⁷² Rotuhygieninen teksti ei näkynyt Suomisen otteessa johtaa sairaalaa ainakaan siinä mitassa, mitä voisi kirjoituksen perusteella ajatella. Jotkut potilaista nimittivät kirjeissään Suomista fasistiksi ja natsiksi, mutta pääasiassa Suomista pidettiin potilaiden keskuudessa oikeudenmukaisena ja reiluna lääkärinä. Omaa aatteellisuuttaan Suominen ei tuonut esille kenenkään potilaan kohdalla.¹⁷³

¹⁶⁹ Alilääkäreinä tai ylimääräisinä lääkäreinä toimivat muun muassa Kerttu Lähdekivi, Hjärdis Högström, T. Brander ja Gustaf Vangel sotavuosien aikana. VVA:n arkisto, Mustasaaren sairaalan vuosikertomukset 1939–1950.

¹⁷⁰ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950, ks. esim. 52/1950, 4615 ja 75/1945, CXXII, muutettu 5601.

¹⁷¹ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950, ks. esim. 52/1950, 4615 ja 75/1945, CXXII, muutettu 5601.

¹⁷² Suominen 1944, 9–35; Suominen 1945, 1054–1058, 1082–1083; Lauerma 2014, 48–50.

¹⁷³ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950, ks. esim. 63/1945, CX, muutettu 5593.

Sota vaikutti sairaalan arkeen merkittävästi. Vaikka jatkosodan aikana sairaala pystyi jatkaamaan toimintaansa ilman, että kaikki olisi pitänyt evakuoida muihin sairaaloihin, hoitohenkilökunnan vaihtuvuus oli suurta. Sota-aikana ja sen jälkeenkin sairaala pyöri pitkälle naisvoimin. Sirkka Suominen, pitkäaikainen ylihoitajatar Inkeri Töyry ja osastonhoitajattaret pyörittivät sairaalan arkea. F-osastolla osastonhoitajattarina toimivat Alli Sjöblom ja Maria Elonen. Töyry hoiti potilaiden hallinnollisia asioita, mutta osastonhoitajattaret olivat potilaiden kanssa paljon tekemisissä ja joutuivat potilaiden kiitoksen ja kiukun kohteeksi. He panivat lääkäreiden antamia määräyksiä toimeen ja ohjasivat sekä potilaita että hoitohenkilökuntaa. Mukaan lukien lääkärit vuonna 1943 sairaalassa oli 45 hoitohenkilökunnan virkaa.¹⁷⁴

Kaikkia virkoja ei kuitenkaan saatu täytettyä ja erityistä pulaa oli mieshoitajista. Lujaosastolle oli pakko sijoittaa kaikki sairaalan mieshoitajat, jotka eivät lähteneet rintamalle. Osaston turvallisuuden vuoksi osastolla oli oltava voimakkaita mieshoitajia, sillä naisten fyysiset voimat eivät aina riittäneet hankalien potilaiden taltuttamiseen. Lisäksi joidenkin potilaiden väkivalta kohdistui nimenomaan naisiin, joten hoidon ja järjestyksen takaamiseksi mieshoitajia oli oltava osastolla tarpeeksi.¹⁷⁵ Vaikka naishoitajilla paikattiin mieshoitajapulaa, aina tämäkään ei riittänyt. Rauhallisimpia ja luotettavimpia potilaita käytettiin sairaalalla valvonta-apuna. Erään kerran valvonta-apuna ollut potilas pelasti Sirkka Suomisen väkivaltaisen potilaan nyrkkien alta.¹⁷⁶

Vuonna 1946 voimaan tulleen, myös sairaanhoitohenkilöstöä koskeneen 8-tuntisen työaikalain myötä sairaalaan oli palkattava lisää väkeä. Vuonna 1947 sairaalassa oli jo 68 hoitohenkilökunnan virkaa, mutta virkoja ei ollut saatu täytetyksi koko aikana. Ongelmaksi nousi resurssien puute, rahaa oli vähän eikä sopivia tekijöitä meinannut löytyä. Naishoitajien virat saatiin täytettyä, mutta mieshoitajia tarvittiin koko sairaalaan 38, joista 29:n piti toimia lujaosastolla. Vajausta oli vuonna 1947 kahdeksan miehen verran. Henkilökuntaa karkotti Vaasasta paha asuntopula: asuntoja perheellisille hoitajille ei ollut sairaala-alueella ja Vaasan kaupungin asuntotilanne oli niin ikään huono. Lisäksi palkka ei vastannut työn kuvaa, kun saman palkan sai rauhallisemmassakin sairaalassa.¹⁷⁷

¹⁷⁴ VMA, Ylilääkärille saapunut kirje Lääkintöhallitukselta 15.3.1940.

¹⁷⁵ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950. Ylilääkärin Lääkintöhallitukselle lähettämä kirje 30.4.1948.

¹⁷⁶ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 21/21/20/1940, XLI, muutettu 5554.

¹⁷⁷ VMA, Ylilääkärin lääkintöhallitukselle lähettämä kirje 20.10.1947, allekirjoittajana Mielisairaanhoidtajain liitto, Mustasaaren osasto r.y.

Asunto- ja hoitajapula heijastui myös potilaiden arkeen. Vuonna 1948 F-osastolta oli pakko siirtää 15 potilasta muihin sairaaloihin. Viisi potilasta lähti niin Niuvaan, Pitkäniemeen kuin Vankimielisairaalaankin. Koko 1940-luvun sairaalaa vaivannut asuntopula kärjistyivät vuonna 1948 niin pahaksi, että Y.K. Suominen esitti koko sairaalan lakkauttamista, mikäli hoitajien asuntolalle ei saataisi rakennuslupaa.¹⁷⁸ Asuntopulaa kuvasti vuoden 1947 tilanne: sairaala-alueella asui 197 henkilöä (pois lukien potilaat), joille oli varattu 69 huonetta tai ”huoneeksi kutsuttua” tilaa. Suomisten tilanne oli kohtuullinen, sillä heillä oli oma, vuonna 1942 valmistunut talonsa sairaala-alueella. Aiemmat hoitohenkilökunnalle rakennetut asunnot oli suunniteltu perheettömille, mutta nyt niissä asui perheellisiä hoitajia.¹⁷⁹ Hoitajat joutuivat asumaan sairaala-rakennuksissa, mikä tietysti vaikutti siihen, että potilaiden tilat kävivät ahtaiksi niin ikään.¹⁸⁰ Suomisen ja Mielisairaanhoitajain liiton yritykset saada lisää määrärahoja asuntojen rakentamiseen kuivuivat kokoon kerta toisensa jälkeen, kunnes vuonna 1950 valmistui perheellisille tarkoitettu asuntola, mutta lisää tarvittiin edelleen.¹⁸¹

Voisi ajatella, että kriminaalipotilaat olisi haluttu eristää nimenomaan lapsilta. Sairaala-alueella oli kuitenkin paljon lapsia. Mustasaaren auetessa valtion sairaalana sairaalassa työskenteli joukko perheettömiä henkilöitä. Vuosien kuluessa he solmivat avioliittoja ja hankkivat lapsia, ja koko perhe asui sairaalan alueella, mikäli vain sairaalalla oli tarjota heille asunto. Perheenjäsenille, lasten- ja kodinhoitajia myöten, hankittiin lupa ruokailla sairaalassa päivisin.¹⁸²

Sairaala-alueella ei asunut ja työskennellyt ainoastaan potilaita ja hoitohenkilökuntaa, sillä sairaalalla oli myös oma, muissa töissä työskentelevä palvelusväkensä. Taloudenhoitaja Erkki Karpiala vastasi sairaalan taloudesta yhdessä ylilääkärin kanssa. Hänen alaisuudessaan työskentelivät muun muassa konemestari, pesulan johtajatar, keittiömäntä ja lukuisa joukko siivojia, pesijöitä ja apumiehiä. Vaikka potilaita käytettiin apuna sairaalan töissä, siivoamisessa ja kunnostamisessa, oli jokaisella alueella oltava yksi vastuullinen henkilö, johon saattoi luot-

¹⁷⁸ VMA, Ylilääkärin lähettämä kirje Lääkintöhallitukselle 19.4.1948.

¹⁷⁹ VMA, Ylilääkärin lähettämä kirje Lääkintöhallitukselle 4.9.1946, 20.10.1947 (allekirjoittajana Mielisairaanhoitajain liitto, Mustasaaren osasto r.y.) ja 15.9.1950.

¹⁸⁰ Laukkonen 2003, 64–65.

¹⁸¹ VVS:n arkisto, Mustasaaren sairaalan vuosikertomus 1950.

¹⁸² VVS:n arkisto, Mustasaaren sairaalan vuosikertomukset 1939–1950; VMA, Ylilääkärille saapuneet kirjeet 1939–1950, ks. esim. 20.6.1940 Lääkintöhallitukselta saapunut kirje. Monet hoitajien ja muun henkilökunnan perheen lapsista jatkoivat työuraansa vanhempiensa jalanjäljissä. Muun muassa konemestarina toimeen miehen poika toimi isänsä jälkeen sairaalan konemestarina. Laukkonen 2003, 95–96.

taa. Henkilökunnan palkkaamisessa piti käyttää harkintaa: vaikka työvoimasta oli pulaa ja tuloja olisi ollut paljon, ketä tahansa ei työhön voinut ottaa. Helposti huijattavat ja johdateltavat sekä pelokkaat työntekijät eivät yksinkertaisesti pärjänneet sairaalan ympäristössä, jossa oli paljon manipuloivia potilaita.¹⁸³

Sairaala-alueen asuinjoukko oli siis varsin monilukuinen ja -taustainen. Vuonna 1947 sairaala-alueella asui vakinaisesti yhteensä 305 henkilöä, kun lasketaan mukaan sekä potilaat että sairaalan koko henkilökunta perheineen. Tyhjä, autio ja äänetön sairaalan alue ei siis aitauksista huolimatta ollut. Aita oli itse asiassa sairaalan toiminnan kannalta lähes välttämätön: viereisen maamieskoulun työntekijät ja yksittäiset kulkijat jopa häiritsivät sairaalan arkea muun muassa yllyttämällä potilaita laittomaan kaupankäyntiin ja karkaamaan.¹⁸⁴

3.3 Vankikyydissä uuteen kotiin

Mielisairaalaan ei päässyt ilman tarkkoja asiakirjoja. Paikkahakemuksena toimi M I -lomake, jonka täytti hoitopaikkaa hakevan omainen, holhooja, kunnan terveys- ja sosiaalilautakunnan puheenjohtaja tai poliisiviranomainen. Mukaan liitettiin M III -lomake, jossa käsiteltiin sairaanhoidon tarpeellisuutta. M III -lomakkeen perusteella potilas voitiin pitää sairaalassa myös potilaan tahdonvastaisesti. Mustasaaren vaikeahoitoisina muista sairaaloista lähetetyt tulivat M III -lomakkeella, joten heidän ei päässeet lähtemään sairaalasta ilman ylilääkärin lupaa. Mielisairaalan hoitoon saattamiseksi tarvittiin siis yhteisön arviota, eikä ihminen yksin voinut päättää hoidostaan. Sairas saattoi tehdä omakätisen hakemuksen (M-II), mutta tällöinkin kahden todistajan tuli allekirjoittaa se. M II -lomakkeella sairaalaan tullut saattoi lähteä sieltä pois silloin kun halusi. Omalla hakemuksella sairaalaan tulleita ei Mustasaaren F-osastolla hoidettu.¹⁸⁵

Kriminaalipotilaiden kohdalla sairaalaan määrääminen meni eri tavalla, sillä he eivät erikseen hakeneet paikkaa sairaalasta. Oikeudentuomion jälkeen Lääkintöhallitus ja paikallinen maaherra etsivät sairaalle sopivan sijoituspaikan. Sen ajan kun sopivaa hoitopaikkaa etsittiin tai sellaisen vapautumista odotettiin, potilaat odottivat vankiloissa tai mielentilatutkimuspaikassa. Aika oikeudenkäynnin alkamisesta siihen, kun potilas saapui sairaalaan, saattoi venyä pitkäksi.

¹⁸³ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

¹⁸⁴ VMA, Mustasaaren taloudenhoitajan lääkintöhallitukselle lähettämä kirje helmikuussa 1935, Ylilääkärin lähettämä kirje yksityishenkilölle 10.8.1942.

¹⁸⁵ Kinnunen 1950, 40–41.

Kuten aiemmin mainittua, kriminaalipotilaiden määrän kasvaessa mutta potilaspaikkojen ollessa kortilla omaa hoitopaikkaansa saattoi joutua odottamaan vuosia vankilassa. Valtion mielisairaaloiden potilaspaikoille pääsi lääkintöhallituksen vahvistettua sairaalapaikan. 1940-luvulla tilanne parani ja Lääkintöhallituksen määräämät potilaat pääsivät sairaalaan muutamassa kuukaudessa.¹⁸⁶

Kriminaalipotilaan ensimmäinen sairaalapaikka riippui siitä, missä sattui olemaan tilaa. Mustasaaren F-osasto oli ensimmäinen hoitopaikka vain harvalle potilaalle. Osittain tämä liittyi siihen, että kun Mustasaari aukesi, Niuvan ja Pitkäniemen vaikeimpia potilaita oli jo odottamassa paikkaa turvalaitokseen.¹⁸⁷ Eristyshuoneita ei ollut tarpeeksi eikä karkaamisia ollut saatu hallintaan. Herkästi karkailevat saapuivat Mustasaaren tarkemman valvonnan alaisiksi. Ison sairaalan alueelta oli helpompi hävitä, varsinkin kun jokaiselle potilaalle ei riittänyt henkilökohtaista hoitajavartijaa.

”Passitettiin minut vanki vaunussa 9.7.47 Mustasaaren mielitautisairaalaan. Tulopäivä oli lauantai, tohtori oli siis tapaava minut ensi kerran maanantaina 11. päivänä. Kylvystä vietiin selliin, kampa ja tupakat annettiin selliin.”¹⁸⁸

Lähtökohtaisesti potilas saapui sairaalaan itse kävellen tai omaisensa saattamana, mutta kriminaalipotilas saapui sairaalaan poikkeuksetta vankikyydillä, yleensä lääninvankilan toimittamana. Mielisairaanhoidajia ohjeistettiin, ettei sairaankuljetuksessa saanut käyttää käsirautoja tai muuta sitomista, mutta todellisuudessa monet vakavasti sairaat ja psykoottiset potilaat saapuivat sairaaloihin raudoissa.¹⁸⁹ Itselleen tai muille vaaralliseksi katsotut potilaat saapuivat käsi- ja/ tai jalkarautoissa, varmuuden vuoksi. Harvaa potilasta kuskattiin yksityiskyydillä, vaan autossa oli muitakin vankeja ja potilaita. Harmaan auton kaartaessa sairaalan pihaan päivästä ja henkilökuntavahvuudesta riippuen potilasta vastaanottivat lääkäri, ylihoitajatar ja ainakin osastonhoitajatar. Toiveena oli, että potilas saapui sairaalaan aikana, jolloin varsinainen henkilökunta oli paikalla – sekä potilaalle että hoitajille oli tärkeää tutustua heti uusiin ihmisiin, joiden kanssa elämä tulisi jatkumaan. Harva potilas saapui täysin mysteerisinä henkilökunnalle, sillä potilaiden aiempia sairauskertomuksia liikuteltiin sairaaloiden välillä ahkerasti.

¹⁸⁶ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

¹⁸⁷ Kaarninen & Kaarninen 1990, 94–96, Vuorio 2010, 139.

¹⁸⁸ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 81/1942, CLII.

¹⁸⁹ Kinnunen 1950, 42; Nygård 2001, 201; Leskinen 2007, 96–98; VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950, ks. esim. 63/1945, CX, muutettu 5593.

Tämä oli tärkeää myös siinä mielessä, että potilaalle voitiin varmistaa sopiva huone heti alkuun. Osa joutui eristykseen heti sairaalaan saapuessaan.¹⁹⁰

Uusi asukas tuli ottaa vastaan iloisuudella ja arvokkuudella. Potilas toivotettiin tervetulleeksi sairaalaan kätelemällä. Tavoitteena oli tehdä sairaalaan tulosta mahdollisimman miellyttävä kokemus. Esittäytymisen jälkeen potilas vietiin kylvetettäväksi, häneltä leikattiin kynnet ja tarpeen vaatiessa hiukset ja tarkistettiin, ettei hänellä ollut täitä tai muita syöpäläisiä. Tärkeätä oli kiinnittää erityistä huomiota hiuksiin, raajoihin ja sukupuolielimiin.¹⁹¹ Ruumiin tarkka läpikäynti oli osa fyysisen olemuksen tutkimusta. Hoidokille se kuitenkin saattoi olla ahdistava ja alistava kokemus. Potilaalle vaihdettiin sairaalavaatteet, hänen omansa otettiin pesuun. Potilaan mukana tulleet tavarat tarkastettiin ja listattiin. Tulitikut, teräaseet ja epämääräiset astalot, jotka olisivat soveltuneet väkivallan tekoihin tai murtautumisyrytyksiin, oli otettava pois. Tämän jälkeen potilas siirrettiin vuoteeseen rauhoittumaan.¹⁹²

Potilasta ei pakotettu liittymään sairaala-askareisiin heti hänen saavuttua sairaalaan. Hänelle tuli antaa aikaa rauhoittua ja tarkkailla sairaalan toimintatapoja ja ympäristöä. Samalla kun potilas itse tarkkaili uutta kotiaan, häntä seurattiin erityisellä tarkkuudella. Kokonaisvaltaisen huomioinnin kohteena oli potilaan esiintyminen: käyttäytyikö hän järjestäytyneesti, oliko hänellä harhoja tai itsetuhoisuutta, mistä potilas halusi puhua vai puhuiko hän lainkaan. Kaikki tiedot oli kirjattava tarkoin ja kerrottava eteenpäin osastonhoitajattarelle ja lääkärille. Lääkäri teki muutaman päivän sisällä tutkimuksen, jossa tarkasteltiin potilasta fyysisesti ja psyykkisesti. Hänelle tehtiin useita kokeita, joista selvitettiin mahdollisia fyysisiä sairauksia oikean hoidon löytämiseksi. Tarvittaessa potilas sai rauhoittavia lääkkeitä heti ensimmäisestä illasta lähtien.¹⁹³

Muutaman päivän hiljaisuuden jälkeen potilasta alettiin ohjata talon tavoille. Psykiatrisissa sairaaloissa järjestys ja siisteys olivat äärimmäisen tärkeitä. Hoitoajattelun mukaan tilan ja ajan järjestelmällisyys toi tukea ja turvaa sekaisille potilaille ja ohjasi heitä toivottuun suuntaan. Aamu alkoi ajoissa, herätys oli kuudelta. Tämän jälkeen potilaat petasivat sänkynsä ja suuntasivat yhteisesti syömään. Ruokailun jälkeen alkoi työskentely ulkona, verstaalla ja sisällä. Lounaan nauttimisen jälkeen työt jatkuivat ja joutilaana olevat pääsivät valvotusti ulkoilemaan. Päivällisen jälkeen alkoi rauhoittuminen iltaa ja yötä varten. Yöhoitajan tullessa kahdeksan

¹⁹⁰ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950, ks esim. 77/1940, CXXIV; Leskinen 2007, 96–98.

¹⁹¹ Neuman-Rahn 2003, 268.

¹⁹² VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950, Kinnunen 1950, s. 40–44.

¹⁹³ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950, Kinnunen 1950, s. 46–48.

aikaan töihin potilaat pyrittiin samaan nukkumaan. Harmoniaa tavoiteltiin tarkalla järjestelyllä, mutta useasti se rikkoontui, kun potilas ei käyttäytynyt toivotulla tavalla. On tietenkin selvää, että kaikilla päivän rytmi ei ollut sama. Rauhoittavat lääkkeet saattoivat väsyttää aamulla, ja toiset taas työskentelivät iltamyöhälle. Tämänkaltaiset muutokset olivat sallittuja pääasiassa potilaille, jotka sopeutuivat sairaalan sääntöihin hyvin. Sen sijaan vaikeasti mielisairaat ja harhaiset tarvitsivat tiukempaa ohjaamista.¹⁹⁴

Jo potilaan saapuessa sairaalaan hoidolliset ja kurinpidolliset toimenpiteet kohtasivat toisensa. Tavoitteena oli tehdä sairaalaan saapumisesta luonnollinen kokemus, jossa potilasta ei saanut syyllistää, ärsyttää tai röyhkeästi alistaa. Toisaalta potilaan paikka sairaalassa osoitettiin selkeästi. Potilaalta otettiin kaikki tavarat pois, ja hänet vaihdettiin tunnistettavaan vaatteisiin tarkkailun alle. Goffman nimittää potilaan tarkkoja vastaanottotapoja, muun muassa kirjausta ja pesuavatavaksi ”trimmata” tai ”ohjelmoida” potilas osaksi uutta ympäristöä, jossa potilaan piti omaksua uusi rooli uudessa supistetussa ympäristössä.¹⁹⁵ Muutaman päivän sisällä lääkäreille, hoitajille ja kanssapotilaille muodostui kuva uudesta asukkaasta. Ensivaikutelma oli tärkeä – se lähti ohjaamaan potilaan arjen suuntaa. Arvioiden perusteella potilaan elämää lähdettiin aktivoimaan työnteolla, muiden potilaiden seuralla ja muilla arkisilla toimenpiteillä, jotka sairaalassa katsottiin sopiviksi toimintatavoiksi.

4 KUURAAAMISTA JA KORONAA

*”On vierähtänyt siellä vuosia monta
yötä pitkää unetonta
Vesipytty, pulverit hermojen ruoka
Selässä tanssii piiskurin ruoska”¹⁹⁶*

Kuva 1900-luvun alun mielisairaalaan piirretty ankeana ja etäisenä paikkana, jossa säilytetään henkilöitä, joita ei normaalissa elämässä tietoisesti tapaa. Elämä sairaalassa poikkesi arjesta esimerkiksi maatilaympäristössä, jossa ovia saatettiin pitää auki yöstä päivään ja vieraita kestit-

¹⁹⁴ Leskinen 2007, 100–102; VMA, Mustasaaren F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

¹⁹⁵ Goffman 1997, 13–23.

¹⁹⁶ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 34/31/1941, LIV, muutettu 5050. Potilaan runo 4.8.1945.

tiin. Silti sairaalalle muodostui oma arkensa, johon kuuluivat monet tavalliset asiat, kuten työn- teko, lauantai-sauna ja kirjojen lukeminen.¹⁹⁷ Käsitteenä arki tuttu: jokainen elää sitä, mutta sen käsitteellistäminen on vaikeaa. Arki on yhteydessä kaikkiin elämän osa-alueisiin, ”*everyday life*” rakentuu ihmisen ilmaisuista, tunteista ja elämän totaalisuudesta realistiseksi kokonaisuudeksi. Arkisuus on inhimillisen toiminnan ja olemassaolon muoto, joka on mahdollisuutena läsnä missä tahansa, myös sairaalassa.¹⁹⁸ Potilaan arki rakentui kunkin hoidokin fyysisen ja henkisen tilan, sallitun käytöksen ja ympäristön antamien puitteiden rajoissa. Osa sai sairaalassa tehdä asioita vapaammin, osan toimintoja kontrolloitiin ja tarkkailtiin herkeämättä.

Foucault on sisällyttänyt arkisuuteen vallankäytön ja hallinnan elementit, jotka ohjaavat ihmisten toimintaa. Kontrolli ohjaa ihmisiä toimimaan näkymättömissä olevien normien rajoissa, jolloin syntyy ”*kuuliaisia ruumiita*”. Laitoksissa yksittäisen potilaan tekemisiä hallitseva toimija (lääkärit, hoitajat, henkilökunta, muut potilaat) on näkyvä ja järjestyssäännöt ohjaavat päivän toimintaa. Kontrollin välineenä ovat toiminnan mahdollisuudet tai mahdottomuudet eli se, mitä kenenkin annetaan tehdä.¹⁹⁹ Arjessa yhdistyvät mikro- ja makrotason ulottuvuudet, sillä tarkka, ylhäältä annettu päiväjärjestys luo perustan sille, minkälaista arki voi olla, mutta sen kokeminen syntyy subjektiivisista merkityksistä.²⁰⁰ Konfliktit, karkaamiset, järjestyshäiriöt ja muut sopeutumattomuuden ilmiöt ilmaisivat tyytymättömyyttä ohjattuun arkeen ja kertovat, millaista arkea sairaalassa tavoiteltiin ja millaista se lopulta oli.

4.1 Työ – luottamuksen mittari

Isoimman leimansa sairaalan arjelle antoivat erilaiset työt, jotka toivat potilaiden päivään säännöllistä rytmiä ja tekemistä. Varhaisimmat ajatukset työn merkittävyydestä mielisairaiden hoidossa esitti Philippe Pinel. Hän julkaisi vuonna 1801 oppikirjan, jonka mukaan mielisairaaloiden piti joutilaisuuden sijasta tarjota potilaille psykologista terapiaa, aktiviteetteja. Terapian piti kohdistua potilaisiin, joilla oli toivoa parantumisesta ja ”selvä” kausi meneillään. Pinelin mukaan mielisairaita täytyi kohdella lempeästi ja hoidon tuli perustua lääkärin ja potilaan väliseen hyvään suhteeseen. Käytännössä potilaaseen ei pitänyt kohdistaa pakkokeinoja, ympäristön piti olla miellyttävä ja henkilökunnan ymmärtäväistä. Potilaalle tuli tarjota muun muassa

¹⁹⁷ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950. Sisällytän arkeen konkreettisesti potilaita kontrolloineet asiat kuten hoitokeinot, pakkokeinot ja eristyksen (ks. luku 5).

¹⁹⁸ Lefebvre 1971, 24–35; Jokinen 2005, 10–13, 20–31.

¹⁹⁹ Foucault 2005, s. 185, 193–213.

²⁰⁰ Krok 2009, 20–22.

kuntoilumahdollisuuksia sekä hyvää ruokaa. Tällainen moraalinen hoito vahvisti potilaiden sielunvoimia. Pinelin potilaiden arki täyttyi kylvyillä, työllä ja muulla järjestelmällisellä toiminnalla, tavoitteenaan ennemmin kasvattaa kuin hoitaa potilaita.²⁰¹ Ajatukset työhoidon toimivuudesta toipuville potilaille olikin jo kirjoitettu oppikirjoihin, mutta käytäntö laahasi perässä.

Edward Shorterin mukaan työhoidon laajempi leviäminen 1800-luvun alussa pysähtyi niukkoihin resursseihin: potilaita saapui sairaaloihin nopeampaa tahtia kuin osaavaa työvoimaa oli tarjolla. Ajatus potilaiden toimeliaisuudesta sai myös kritiikkiä, sillä mielisairauden ei uskottu parantuvan tai edes helpottuvan työllä. Mielisairaaloiden määrän ja koon kasvu johti siihen, että 1800-luvun loppua kohden mielisairaaloiden arki oli potilaita passivoivaa. Vuodehoito saattoi, jopa kirjaimellisesti, sitoa potilaat sänkyihin pitkiksi ajoiksi. Siinä missä Pinel ajatteli työn olevan keino helpottaa potilaiden oireita, nousevan saksalaisen yliopistopsykiatrian uranuurtaja Wilhelm Griesinger oli sitä mieltä, että mielisairauksia tuli hoitaa kuten somaattisia, fyysisiä sairauksia: lepo oli kaiken a ja o.²⁰²

Vuodehoidolla rauhoitettiin potilaita. Sen ajateltiin olevan erityisen hyödyllistä juuri rikollisille potilaille, yhteiskunnalle vaarallisille ja karkureille. Apaattisuus vei erityisesti skitsofreenikot yhä syvemmälle omaan sulkeutuneeseen maailmaansa, minkä seurauksena ajatus takaisin yhteiskuntaan paluusta oli jopa utopistista. Niukat resurssit, työvoimapula ja pessimistinen käsitys mielisairauksien parantumisesta jyräsi työhoidon vielä vuosikymmeniksi. Vuodehoitoa käytettiin pitkälle 1920-luvulle asti, mutta vähitellen rinnakkain työn kanssa.²⁰³ Vuodehoitoa ei enää 1940-luvulla käytetty Mustasaassa hoitokeinona vaan potilaita kehoitettiin, joskus puoliksi pakotettiin, nousemaan sängystä. Jos potilas makoili tai laiskotteli ilman pätevää syytä, se nähtiin negatiivisena asiana fyysisesti terveillä potilailla.²⁰⁴

Lopulta työstä tuli potilaan tilasta kertova määre. Varsinaisesti työn terapeutin ulottuvuuden lanseerasi saksalainen psykiatri Herman Simon, joka alkoi markkinoida 1920-luvulla potilaiden työntekoa työ- ja toimintaterapiana.²⁰⁵ Työt ja jopa ruokailujärjestys nähtiin hoitona, jonka avulla potilaat opettelivat aikatauluja, siisteyttä ja hyväksytyjä elämäntapoja, joita mahdollisesti kotona voisi jatkaa. Työn ajateltiin vievän potilaiden ajatukset konkretiaan ja tekemiseen niin, ettei mieli päässyt pirstaloitumaan. Kun potilaille opetettiin rytmiä ja heitä kannustettiin

²⁰¹ de la Cour & Reaume 1998, 250–256; Shorter 2005, 11–13; Hyvönen 2008, 44–45.

²⁰² Neuman-Rahn 1924/2003, 270–271; Shorter 2005, 52–53; Rissanen 2012, 60.

²⁰³ Shorter 2005, 85–88; Pietikäinen 2013, 85–87, 174–175.

²⁰⁴ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset, ks. esim. LXII/1942.

²⁰⁵ Pietikäinen 2013, 174–175.

työntekoon, ajatukset eivät harhautuneet myöskään ”epäterveille” poluille ja parhaassa tapauksessa sairauden etenemistä hidastettiin.²⁰⁶ Rehtien, siveellisten ja terveiden ajatusten toivottiin pureutuvan myös Mustasaaren kriminaalipotilaiden, erityisesti epärehellisten sairasmielisten, mieliin, sillä varsinkin heidän kohdallaan Y.K. Suominen piti työntekoa mittana, jolla sairaalasta saattoi päästä pois.²⁰⁷ Sairaalassa työntekoon liitettiin hoidollinen ulottuvuus, vaikka muissa laitoksissa se toimi rangaistuksena.²⁰⁸ Työlläkin voitiin parantaa, mutta miksi muissa laitoksissa työstä puhuttiin rangaistuksena ja sairaalassa hoitona? Työhön voitiin liittää molemmat ulottuvuudet perustellusti, sillä asenne lienee ratkaiseva tekijä siihen suhtautumisessa. Mustasaassa työ oli enemmänkin tapa opettaa oikeita ja sallittuja toimintatapoja.

Simonin tutkimusten mukaan skitsofreenikkopotilaista lähes 90 % hyötyi erilaisista maatalouden ja käsitöiden työtehtävistä. Ahkerointi korotti potilaiden arvostusta ja itsetuntoa ja sitä kautta auttoi parantumaan sairaudesta. Suomessa tämä ”Simonin tehokkaampi työterapia” otettiin käyttöön piakkoin ainakin Kellokoskella, Pitkäniemessä ja Siilinjärven piirimielisairaalassa.²⁰⁹ Myös Lääkintöhallitus ohjasi sairaaloita kehottamaan potilaitaan työntekoon. Jokaisen sairaalan oli vuosittaisessa raportissaan ilmoitettava erillisenä taulukkona, kuinka monta potilasta oli ollut työssä, vuoteessa ja joutilaina. Mustasaassa taulukot täytettiin osastoittain niin, että akuuttiosastosta ja lujaosastosta oli omat taulukot. Taulukoihin eriteltiin työt myös sukupuolen mukaan.²¹⁰

Mustasaaren sairaalan F-osastolla potilaita rohkaistiin työntekoon, mikäli potilaan henkinen ja fyysinen kunto sen salli eikä työskentely vaarantanut potilaan tai osaston turvallisuutta. Keskelle potilaille pyrittiin tarjoamaan heille sopivaa työtä: toiset pääsivät ulkotöihin lähiseudun maataloihin, kun osa taas teki töitä omassa huoneessaan eristyksessä.²¹¹ Sairaalan lujaosaston auetessa muutamaa kuukautta ennen talvisotaa potilaiden työ oli lähinnä käsitöitä, kuten sukien parsintaa, neuletöitä ja harjatöitä. Ulkona potilaat siistivät sairaalan puistoaluetta. Vuonna

²⁰⁶ Neuman-Rahn 1924/2003, 321–324; Pietikäinen 2013, 172–173.

²⁰⁷ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus CXCVII/1950.

²⁰⁸ Foucault 2005, 147, 167–182; Pukero 2009, 57–61.

²⁰⁹ Rissanen 2012, s. 61–62.

²¹⁰ VVS:n arkisto, Mustasaaren sairaalan vuosikertomukset 1939–1950, KA Lääkintöhallituksen V arkisto, saapuneet vuosikertomukset.

²¹¹ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950. Pitempiäaikaisessa eristyksessä töitä tekevät potilaat olivat yleensä potilaita, jotka uhkasivat sairaalan järjestystä juonitteluilla ja väkivallan suunnittelulla. Näille potilaille eristys ei ollut totaalista (ks. luku 5.4) vaan heidät eristettiin tavalliseen huoneeseen, jossa töiden tekeminen onnistui. Ks. esim. sairauskertomus 55/49/1944, XCIII, muutettu 5587.

1939 sairaalan 20 potilaasta noin 68 prosenttia teki töitä, muutama oli makuulla ja loput joutilaina.²¹² Prosenttijako työtätekevien, makuulla olevien ja joutilaiden kriminaalipotilaiden välillä oli pitkään noin 60-2-38. Kun sairaalan arki oli vuoden 1949 jälkeen palautunut sodasta ja akuutein hoitajapula oli saatu paikattua, työtä tekevien prosentuaalinen määrä kohosi jo yli 70 prosenttiin. Piikkejä makuulla olleiden määrään kuukausittaisena vaihteluna tekivät sairaalassa kiertäneet infektioaudit. Myös vuoden 1942 ruokapula kaatoi potilaita töistä sänkyyn.²¹³

Neuman-Rahnin oppikirjassa tuodaan esille, ettei mielisairasta saanut pakottaa töihin, sillä usein muiden esimerkki riitti siihen, että tylsistynytkin potilas tarttui luudan varteen. Rikollisten, psykopaattien ja heikkomielisten kohdalla tilanne oli toinen. Heitä olisi saanut jopa pakottaa työhön, sillä huono esimerkki vaikutti muihinkin potilaisiin. Painostaminen oli kiellettyä, mutta kriminaalimielisairaalassa ”*vakavat huomautukset*” ja töiden vaihtaminen tai osastolla siirtäminen olivat sallittuja keinoja saada sairas ”*myöntäväiseksi ja tottelevaiseksi*”.²¹⁴ Sairaalassa ketään ei rangaistu tekemättömyydestä konkreettisilla toimenpiteillä, mutta hoitajien raporteista voi huomata asenneilmapiirin olleen varsin negatiivinen näiden ”*laiskojen vetelysten*” kohdalla.²¹⁵ Osaa taas työskentely ei huvittanut lainkaan, mikä kertoi ulkopuolisen silmiin huonosta moraalista. Suominen ei korosta työnteon hoidollista ulottuvuutta, mutta hänen mukaansa vapauteen haikaileva potilas ei voi yhteiskunnassa pärjätä, mikäli työnteke ei maistu. Sairaalasta poispääsyn esteenä ei välttämättä ollut esimerkiksi karkaaminen, jos vain osoitti olevansa pystyvä ja ahkera työmies.²¹⁶

Joutilaiden määrä sairaalassa vaihteli koko tarkastelujakson ajan noin 30–40 prosentissa, joten on selkeää, että kaikkia ei ole töihin pakotettu.²¹⁷ Työhön osallistuneista osa koki työn mukavana asiana, jota pääsääntöisesti haluttiin tehdä. Mukavasti sujuneen työpäivän jälkeen potilas nukkui paremmin ja oli iloisempi, joten työn hoidollisella ulottuvuudella oli perusteita.²¹⁸ Kaikkiin työ ei kuitenkaan vaikuttanut positiivisesti: esimerkiksi eräs vähämielinen, vaikeahoitoinen potilas oli vain ärsyyntynyt töistä, vaikka hän niitä halusikin tehdä.²¹⁹ Työ oli varsinaista hoitokeinoa enemmän keino saada potilaiden elämään rutiinia ja toisaalta pitää sairaalaa kunnossa. Kriminaalipotilaat eivät itse maksaneet hoidostaan, joten työnteke oli tavallaan

²¹² VVS:n arkisto, Mustasaaren sairaalan vuosikertomus 1939.

²¹³ VVS:n arkisto, Mustasaaren sairaalan vuosikertomukset 1939–1950.

²¹⁴ Neuman-Rahn 2003, 327–329.

²¹⁵ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 47/1942, LXXII, muutettu 5574.

²¹⁶ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus CXCII/1950.

²¹⁷ VVS:n arkisto, Mustasaaren sairaalan vuosikertomukset 1939–1950.

²¹⁸ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 5546/1940.

²¹⁹ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 5573/1941.

myös korvausta saadusta suojasta ja hoidosta. Potilaat olivat erittäin tärkeä voimavara sairaalan talouden kannalta.²²⁰

Potilaiden oma suhtautuminen työntekoon oli kahdenlaista: osa potilaista teki töitä hyvin mielellään ja suorastaan pettyivät, jos eivät päässeet töihin.²²¹ Eräs hoidokki kirjoitti vuonna 1942 osastonhoitajalle hyvin ehdottoman näkemyksensä työhön osallistumisesta: ”*Tässä ihan lamaantuu henkisesti, kun olla työttömänä, kun työ on minulle elämäni kallein. Niin kauan kuin ihminen teke työtä, niin hänestä voi toivoo jotain hyvää. Minä lupaan että jos teen jotain pahaa niin saatten pistää koppiin ja oven kiinni ainaisesti.*” Potilas on vuorokausi-ilmoitusten mukaan kyllä tehnyt töitä, mutta ilmeisesti ne eivät olleet tarpeeksi vaativia eivätkä siksi häntä miellyttäneet. Päästyään ulkotöihin ja maalarin hommiin mies oli tyytyväinen. Työ oli monille potilaille keino rakentaa itseluottamusta, ja suurin osa potilaista tiesi työnteon merkityksen esimerkiksi koevapauteen pääsemiselle.²²² Joskus saattoi olla myös niin, että potilas olisi halunnut tehdä jotain muuta kuin annettua työtä. Syynä huonomman työn saamiseen oli se, ettei potilaasta yksinkertaisesti ollut esimerkiksi verastöihin verkkaisten liikkeiden tai epärehellisyyden takia.²²³

Vielä ennen sotia käsityöt olivat yleisiä F-osastolla, mutta sota-ajan niukkuus iski myös käsi-työtarpeisiin. Sota-aikana tehtiin tallukoita ja korjattiin vanhoja vaatteita käyttökelpoisiksi.²²⁴ Sotien aikana myös mielisairaiden panosta reserviläisinä kaivattiin, ja esimerkiksi Mikkelin piirimielisairaalaassa potilaat tekivät sotasairaalan tarpeisiin käsilastoja, kävelysauvoja- ja telineitä.²²⁵ Mustasaassa halukkaat potilaat luovuttivat verta puolustusvoimien käyttöön.²²⁶ Prosentuaalisesti potilaista suurin osa teki erilaisia taloustöitä.²²⁷ Taloustöiden kirjo oli varsin laaja, mutta yleisimmät työt olivat keittiötyöt ja siivoaminen. Potilaista nimettiin aina muutamia keittiömestareita ja keittiömestareiden apulaisia, jotka vastasivat yhdessä emännän kanssa ruoan valmistuksesta ja jakamisesta. Ruoan tekeminen monelle kymmenelle henkilölle vaati useampia käsiä esimerkiksi perunoiden kuorimiseen.²²⁸

²²⁰ Ks. esim. Vuorio 2010, 110–111.

²²¹ de la Cour & Reaume 1998, 253–256; VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950, ks. esim. XLII/1940.

²²² VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus LV/1941.

²²³ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

²²⁴ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

²²⁵ KA, Lääkintöhallituksen V-arkisto, Mikkelin piirimielisairaalan vuosikertomus 1939.

²²⁶ VMA, ks. esim. Mustasaaren sairauskertomukset 45/1941, LXV ja 40/36/1941, LX, muutettu 5567.

²²⁷ VVS:n arkisto, Mustasaaren sairaalan vuosikertomukset 1939–1950.

²²⁸ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

Erilaiset siivoustyöt olivat vähintään mitä potilas päivän aikana teki. Lattioiden kuuraaminen, pyykinpesu ja ikkunoiden pesu olivat potilaille arkipäivää. Potilaan piti huolehtia oman huoneensa ja sänkynsä siisteydestä. Useasti hoitajat huomauttivat raportissa, jos potilas ei ollut halukas edes petaamaan sänkyään aamulla.²²⁹ Potilaalta odotettiin sekä itsensä että huoneensa siisteydestä huolehtimista. Jos potilaan psyykinen tila oli erittäin vaikea ja potilas oli tylsistynyt, edes siivoustöistä ei tullut mitään. Toisin kuin muualla, Mustasaaren sairaalan F-osastolla ei ollut jakoa miesten ja naisten töihin. Vaikka osastolla oli hoidettavana vain miehiä, heille ei jätetty vain miesten töitä eli puutarha- ja maataloustyöskentelyä. Miehet tekivät kaikenlaisia töitä, myös erilaisia neulonta ja ompelutöitä, jotka esimerkiksi Pälksaaren piirimielisairaalassa, Nikkilässä ja Kupittaalla keskitettiin enemmän naispotilaiden tehtäväksi.²³⁰

Potilaan oma osaaminen ja oma ammattitausta vaikuttivat siihen, millaista työtä potilas sai tehdä. Esimerkiksi eräs vuonna 1948 sairaalaan saapunut leipuri teki kakkuja hoitohenkilökunnalle ja kahvileiviksi.²³¹ Jos potilas oli hyvä ja tärkeä työmies, ei erilaiset selkkaukset tai epärehellisyydet välttämättä olleet esteenä töistä pois ottamiselle.²³² Toisaalta työnkuvaan vaikutti myös se, pystyikö esimerkiksi suutarin käsiin luottamaan saksia tai maatalousmiestä päästämään pelloille. Eräs räätälinä aiemmin toiminut potilas paikkasi usein hoitajien takkeja ja talvisin toppasi muiden potilaiden takkeja talvikuntoisiksi.²³³ Kuten muissakin sairaaloissa, Mustasaassa potilaat ylläpitivät, rakensivat ja huolsivat itse oman sairaalaympäristönsä.²³⁴

Hyväkuntoiset potilaat pääsivät ulkotyöryhmiin. Erilaisissa työryhmissä ahkeroi kerrallaan noin kymmenkunta potilasta esimerkiksi sairaalan omalla puutarhalla tai muissa ulkotöissä.²³⁵ Ulkotöiden mahdollisuutta rajoittivat sää ja välineistö. Suosituimpia ulkotyöt olivat kesä- ja syyskuukausina, maatalouden kiireisimpinä kuukausina.²³⁶ Potilaat kävivät marjastamassa ja nostamassa perunoita kylän taloissa, huolehtivat yhdessä puutarhurin kanssa sairaalan puutarhasta sekä apumiehinä huolehtivat sairaalan hevosista, sioista ja muista maatalouseläimistä. Monet

²²⁹ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950, ks. esim. LXXII/1942.

²³⁰ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950. KA, Lääkintöhallituksen V-arkisto, Nikkilän sairaalan vuosikertomukset 1939–1950. Tuovinen 1999, 87–88; Lavonen 2013, 16–20, 29–38.

²³¹ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 5622/1948. Henkilökunta tilasi useasti potilailta erilaisia käsitöitä ja palveluksia, kuten kaislatöitä, puuveistoksia, takkeja ja kodinhoitoa.

²³² VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 69/1948.

²³³ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 34/31/1941.

²³⁴ Kaarninen & Kaarninen 1990, 100; Tuovinen 1999, 87–89; Ahlbeck-Rehn 2006, 293–298; Vuorio 2010, 109–110;

²³⁵ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomus 62/1944.

²³⁶ VVS:n arkisto, Mustasaaren sairaalan vuosikertomukset 1939–1950.

lujaosaston potilaista pääsivät työskentelemään sairaalan lähellä sijainneelle Mattssonin maatalouskoululle, mikä edellytti ahkeruutta ja rehellisyyttä omassa työryhmässä.²³⁷ Sota-aikana mielisairaajat tekivät siis niitä töitä, joihin terveet miehet eivät rintamalta päässeet. Eräs potilaista, moniin omaisuusrikoksiin syyllistynyt mies, oli niin ahkera työmies, että hän sai jopa yöpyä Korsholman maamieskoululla, jossa työskentely alkoi aamulla viideltä. Myöhemmin hän pääsi sinne koevapauteen, mutta palasi vanhoihin tapoihinsa ja karkasi. Työt Mattssonilla vähentyivät sodan päätyttyä, kun talon omat miehet palasivat sodasta kotiin.²³⁸

Luotettavimmille potilaille annettiin erityisiä tehtäviä. Rehelliset potilaat kävivät hoitamassa Vaasan kaupungissa osaston kauppa-asioita, jos muu henkilökunta ei ehtinyt.²³⁹ Luotettavuus tuli esille usein potilaiden välisten suhteiden setvimisessä. Kun sairaalassa epäiltiin esimerkiksi karkausyrityksiä tai järjestyksessä oli tapahtunut muita häiriöitä, potilaiden sanomisia arvoettiin heidän aiemman käytöksensä ja luottamuksensa perusteella. Erään potilaan todistusarvoa korostettiin sillä, että potilas oli hakenut potilaiden yhteisiä tupakoita kaupungista sekä hoitanut henkilökunnan kauppa-asioita ja tuonut aina tavarat, rahat ja kuitit moitteettomasti omistajalleen. Lisäksi potilas oli ollut lämmittämässä ja siivoamassa ylilääkärin asunnolla eikä ollut siitä huolimatta koskenut näkyvillä olleisiin rahoihin tai arvoesineisiin.²⁴⁰ Rahan käsittely oli korkeimpia luottamuksen osoituksia, mitä potilas saattoi osakseen saada. Pahimman hoitajapulan aikana potilaita käytettiin sairaalalla tietoisesti valvonta-apuna ja kahakoiden selvittämisessä.²⁴¹

Mielisairaslain mukaan potilas saattoi saada pientä korvausta tekemistään töistä, mutta pakollista näiden niin sanottujen kehotusrahojen maksaminen ei ollut. Niiden antaminen oli lääkärin päätännän alla. Olennaista oli, että lääkäri katsoi työn olevan potilaan parantumista edistävää. Jos lääkäri totesi parhaaksi, että rahat säästettiin potilaan tulevaisuutta varten, potilas ei saanut rahoja heti suoritetusta työstä vaan vasta poistuessaan sairaalasta.²⁴² Monet pitivät ylimääräistä tupakkaa työskentelyn palkkana.²⁴³ Vuonna 1945 lääkintöhallitus teki päätöksen alkaa maksaa kehotusrahoja työnteosta. Summa oli maltillinen, 20–30 markkaa kuussa, mutta sillä pystyi

²³⁷ VMA, kts. esim. Mustasaaren sairaalan sairauskertomukset 50/1941, 5600/1945, 5546/1940, 5573/1941.

²³⁸ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus LV/1941.

²³⁹ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus XXXII/1940.

²⁴⁰ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomukset 5546/1940 ja 5606/1940.

²⁴¹ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomukset 5554/1940 ja 5555/1940.

²⁴² Suominen 1941, 228–229.

²⁴³ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

ostamaan kaupungista ylimääräistä syömistä tai muita tarvikkeita.²⁴⁴ Eräs potilaista vaati kehotusrahoja itselleen töistä, joita oli tehnyt sairaalan henkilökunnalle. Mies oli tehnyt paljon kaislatöitä ja -punontoja. Lopulta potilaan rahat säästettiin tulevaisuutta varten.²⁴⁵

Toisesta näkökulmasta katsottuna työ on juuri se keino, jolla kontrolli ja valta vietiin osaksi arkista toimintaa. Luterilaisen etiikan mukaisesti työnteko oli ahkeruuden, hyveellisyyden ja pätevyyden merkki. Työn tekemättä jättäminen liitettiin laiskuuteen, velttouteen, ryhdittömyyteen ja kyvyttömyyteen olla osana yhteisöä. Kasvattaminen työntekoon oli olennaista. Esimerkiksi sairasmielisistä osa oli haluttomia tarttumaan työhön, minkä lääkärit näkivät oireena sairaudesta: potilas ei kunnioittanut toivottuja toimintatapoja.²⁴⁶ Veltot, joutilaat ja työtä välttelevät piti saada kasvatettua ja ohjattua siihen suuntaan, että työnteko maistuisi. Foucaultin mukaan rankaisemisen näkökulmasta ihmisiä pakotettiin ryhtymään työhön kurin ja sääntöjen avulla, sittemmin palkan houkuttelemina ja lopulta vapaaehtoisina ammatin oppineina ammattilaisina. Pakkotyö ja rankaiseminen työn kautta olivat huomaamattomia keinoja ohjata ihmisiä marginaalista normaaliin.²⁴⁷ Työ oli kaikkia palveleva tapa: huonosti kasvatetut oppivat tekemään töitä, sairaala hyötyi työnteosta taloudellisesti ja sairaiden ei tarvinnut vain istua ja oleskella. Jos yhteiskunta ei voinut hyötyä potilaiksi määrätystä, sairaala pystyi hyötymään heidän tekevästään työstä.

Työ oli yksi niistä tavoista, joilla säädettiin arjen mahdollisuuksia. Työssä sairaalan kontrolliasema näkyi vahvasti. Monelle potilaalle työssä käyminen oli henkireikä, sillä silloin sai olla vapaammin, pääsi ulos ja päivät kuluivat nopeammin. Työ oli osoitus luottamuksesta: hyvin käyttäytynyt ja ahkera potilas sai nopeammin erilaisia vapauksia ja oikeuksia. Työn kaksiteräisyys tuli esille tapauksissa, joissa työn tuomia vapauksia väärinkäytettiin. Esimerkiksi verstaaja- ja ulkotyöt mahdollistivat sen, että erilaisten astaloiden, ruuvien ja rassien tuominen osastolle helpottui. Myös laittomat kauppasuhteet sairaalan sisällä ja ulkopuolella mahdollistuivat. Näiden asioiden tullessa ilmi työ oli ensimmäinen asia, joka potilaalta vietiin, tai työtehtävää muutettiin sellaiseksi, jossa valvonta oli tiukempaa. Liukuminen sääntöjenvastaisille tavoille toi potilaalle usein epämieluisan seurauksen, kun töiden luonnetta muutettiin tai potilas otettiin

²⁴⁴ VMA, Ylilääkärille saapunut kirje 28.9.1945, Kaarninen & Kaarninen 1990, 134.

²⁴⁵ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 5560/1941.

²⁴⁶ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

²⁴⁷ Foucault 2005, 167–175; Ahlbeck- Rahn 2006, 293–298.

töistä kokonaan pois.²⁴⁸ Työn tuloksella ei sinänsä ollut suurta merkitystä. Sen sijaan epäluottamus syntyi yleensä valehtelusta, oveluudesta ja arvaamattomuudesta, jolloin työn pois ottaminen tai vaihtaminen toimi potilaalle hiljaisena rangaistuksena.

4.2 Vapaa-aikaa mahdollisuuksien mukaan

Jokaisella potilaalla oli sairaalassa myös vapaa-aikaa huolimatta siitä, osallistuiko töihin vai ei. Työssäkäyvillä potilailla vähintään sunnuntai oli pyhitetty vapaapäiväksi. Jotkut olivat sairauksessaan niin sulkeutuneita, etteivät osallistuneet mihinkään ympärillä tapahtuneeseen toimintaan, mutta suurin osa potilaista oli suhteellisen virkeitä ja osallistuvia. Vaikka sairaalaympäristö oli melko pelkistetty eikä varsinkaan sota-aikana ollut varaa hankkia esimerkiksi erilaisia liikuntavälineitä, potilaat saivat vapaa-aikana tehdä muutakin kuin katsella ikkunasta ulos. Potilaan käyttäytyminen, sairaudenkuva ja oireet määrittivät paitsi potilaan osallistumista työhön myös vapaa-aikaan.²⁴⁹

Erityisen suosittuja potilaiden keskuudessa olivat lautapelit: tammi, korona ja shakki. Potilaat pelailivat paitsi keskenään myös hoitajien kanssa, jos hoitajilla oli siihen aikaa.²⁵⁰ Eräs pitkäaikainen eristyspotilas, joka oli tavoiltaan arvaamaton ja juonitteleva, pääsi pelaamaan erikoisluvalla koronaa hoitajan jatkuvan valvonnan alaisena päiväsalissa. Pelattuaan hän meni takaisin omaan huoneeseensa lukkojen taakse.²⁵¹ Pelaaminen oli sairaalassa suosittua ja lisäksi potilaille järjestettiin erilaisia turnauksia. Suurin turnauksista lienee ollut sairaaloiden välinen shakkikilpailu, jossa ensin jokaisessa sairaalassa pelattiin potilaiden väliset pelit ja paras eteni lopulta sairaaloiden väliseen turnaukseen. Vuonna 1945 Mustasaaren turnauksen oli lähellä voittaa sairaalan ehkä hankalin potilas, joten Y.K. Suominen oli huolissaan potilaan turvallisuudesta kuljettamisesta Pitkäniemen sairaalaan finaaliottelua varten. Lopulta turnauksen vei nimiinsä potilas, johon saattoi luottaa enemmän.²⁵² Voittoa ei ilmeisesti Mustasaareen tullut, sillä mainintaa voitosta ei löytynyt.

Urheilu oli potilaille myös yksi ajanviettotapa. Suomiset eivät korostaneet urheilua ja liikuntaa erityisesti potilaiden tilaa ja sairautta parantavina asioina, joten liikunta oli potilaista itsestään lähtevää eikä suinkaan pakon sanelemaa. Välineitä oli suhteellisen vähän, mutta sairaalalta

²⁴⁸ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

²⁴⁹ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

²⁵⁰ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus XXXII/1940.

²⁵¹ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 5560/1941.

²⁵² VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 5601/1945.

löytyi ainakin pallo, jolla pelattiin polttopalloa ja jalkapalloa. Potilaan fyysinen tilakaan ei aina ollut esteenä osallistumiselle, jos urheilu oli ainoa tapa, jolla tämän sai aktivoitumaan. Kesäisin erilaiset juoksu- ja hyppylajit olivat suosittuja erilaisissa potilaiden välisissä kilpailuissa. Kisailevia eivät harrastaneet ainoastaan potilaat vaan myös henkilökunta. Henkilökunnan väliset urheilukisat olivat potilaille tervetullutta seurattavaa. Erityisesti urheilutaustaisille potilaille kisat olivat mieluisia, ja entinen painija antoi täyden tunnustuksen ja kannustuksen kisaileville hoitajille. Talvisin urheilu tyypistyi lähinnä voimisteluun, jota jotkut potilaat omissa huoneissaan harjoittivat. Vielä kesällä 1939, kun ylilääkärinä oli vielä Sourander, potilaat voimistelivat säännöllisemmin.²⁵³ Sairaalalla ei ollut omaa voimistelunohjaajaa, kuten esimerkiksi Nikkilässä ja Kupittaa sairaalassa oli.²⁵⁴

Urheilun lisäksi potilaiden vapaa-aikaa täyttivät lukeminen ja kirjeiden kirjoittaminen. Monet potilaista ovat olleet varsin ahkeria kirjoittamaan, joten vapaa-aikaa kului kirjeiden rustaamiseen.²⁵⁵ Vuoden 1937 mielisairaslain mukaisesti lääkärillä oli oikeus tarkistaa potilaan lähettämät ja tälle saapuvat kirjeet ja tarvittaessa myös pitää ne itsellään, jos tilanne niin vaati joko hoidollisesti tai sairaalan järjestyksen kannalta. Kaikki potilaan viranomaisille osoittamat kirjeet tuli kuitenkin lähettää eteenpäin.²⁵⁶ Parhaimmillaan potilas saattoi kirjoittaa päivän aikana useita kirjeitä, joista kaikkia ei kuitenkaan lähetetty. Usein tällaisessa tapauksessa potilas saattoi itse tulla pyytämään, ettei kirjettä sittenkään lähetettäisi eteenpäin, mutta muutamia kertoja ylilääkäri teki itse saman päätöksen.²⁵⁷

Useimmat viranomaisille lähetetyistä kirjeistä oli osoitettu Lääkintöhallitukselle tai oikeusasia-miehelle, ja niissä potilaat kirjoittivat kohtaamistaan epäkohdista. Yleisimmät valituksen aiheet olivat vapaakävelyoikeuden menettäminen, ruoan vähäisyys tai siirtopyyntö toiseen sairaalaan. Valituskirjeiden mukaan ylilääkäri kirjoitti ohjeistuksen, jossa hän kuittasi valitukset kiistämällä ne ja kertomalla potilaan psyykkisestä tilasta.²⁵⁸ Y.K. Suomen kirjoitustyyli oli kärkevän perusteleva ja välillä jopa sarkastinen. Erään hyvin aktiivisesti valituskirjeitä kirjoittaneen potilaan kirjeeseen Y.K. Suominen laitto lähetteeksi: ”*Oheisena lähetän, lain nimenomaisen*

²⁵³ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950, ks. esim. 3674/1938, 5572/1941, 68/1945, 5596/1941, 3641/1938 ja 3668/1938.

²⁵⁴ KA Lääkintöhallituksen V-arkisto, Nikkilän sairaalan vuosikertomukset 1939–1950, Lavonen 2013, 18.

²⁵⁵ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

²⁵⁶ Mielisairaslaki 286/1937. VMA Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

²⁵⁷ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 77/1945, CXXIV ja 62/1945, CIX. Syynä lähettämättömyydelle oli yleensä kirjeen loukkaava sisältö. Potilas saattoi haukkua sekä vastaanottajan että sairaalan.

²⁵⁸ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

*määräyksen velvoittamana, kriminaalipotilas T.P:n Lääkintöhallituksen Pääjohtajalle kirjoittaman lapun, joka sisältää hölynpölyä”.*²⁵⁹

Yhteiskunnallinen tilanne kiinnosti myös kriminaalipotilaita. Potilaat saattoivat seurata sotapahtumia, politiikkaa ja muita uutisia sairaalassa kuuntelemalla radiota ja lukemalla saapuneita sanoma- ja aikakauslehtiä. Lääkintöhallitus oli aiemmin antanut määräyksen, ettei lehtiä saanut sota-aikana tilata sairaalaan.²⁶⁰ Todennäköisesti henkilökunta toi vanhat lehdet osastoille potilaiden luettavaksi. Erilaiset kauno- ja oppikirjat ja sanomalehdet olivat helppoja ajanviettopoja, joita pystyttiin tarjoamaan ja helposti valvomaan.²⁶¹ Sairaalalla oli myös oma kirjastonsa, joka täydentyi aika ajoin saaduilla lahjoituksilla. Kirjallisuutta löytyi suomeksi, ruotsiksi ja englanniksi. Kirjat olivat suosittua ajanvietettä, ja jotkut innostuivat kirjojen pohjalta opiskelemaan asioita lisää.²⁶² Kaikkia virikkeitä sairaala itse ei tarjonnut. Potilailla oli mahdollisuus saada esimerkiksi soittovälineitä sairaalaan. Osalla sellainen oli mukana jo Mustasaaren saapuessa, mutta joillekin omaiset saattoivat lähettää esimerkiksi mandoliinin. Varakkaammilla potilailla saattoi olla esimerkiksi omia kirjoitusvälineitä tai radioita. Näiden käyttämistä valvottiin, ja riidan sattuessa ne saatettiin ottaa pois.²⁶³

Joidenkin kirjoittamista ja lukemista väritti poliittinen tilanne ja oma poliittinen vakaumus. Poliittisuus oli toisilla näkyvämpää kuin toisilla, mutta kovin vakavasi hoitohenkilökunta ei puheita ottaneet. Ongelmaksi tämä muodostui siinä vaiheessa, jos poliittiset puheet lietsoivat muita potilaita. Ylilääkäri Suominen kommentoi potilaiden poliittisuutta toteamalla sen vaihtuvan vallitsevan vallanpitäjän mukaan: ” --- useat kriminaalipotilaamme koettavat esiintyä poliittisina henkilöinä (vaikkeivät todellisuudessa ole koskaan tehneet mitään sen enempää kommunismin kuin natsisminkaan hyväksi), nykyään ymmärrettävistä syistä mieluummin kommunisteina, takavuosina taas ’yltiöisänmaallisina’.”²⁶⁴ Pääasiassa potilaiden puheisiin ei juuri reagoitu, jollei ollut pelkoa siitä, että he yllyttäisivät toinen toisiaan hyökkäämään potilaiden tai hoitajien kimppuun.

²⁵⁹ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 5052/1944.

²⁶⁰ Kaarninen & Kaarninen 1990, 135.

²⁶¹ Leskinen 2007, 110;

²⁶² VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

²⁶³ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950, ks. esim. 21/21/20, XLI, muutettu 5554.

²⁶⁴ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomukset 5564/1941 ja 5593/1945.

Sairaalaympäristön ulkopuolella tapahtuvaa vapaa-ajan toimintaa potilailla oli silloin tällöin, ja varsinkin se oli riippuvaista potilaan sairauden tilasta ja luotettavuudesta. Potilaat kävivät muun muassa elokuvissa ja katsomassa jääpallo-otteluita yksin tai yhdessä hoitajan kanssa.²⁶⁵ Mikäli potilas poistui sairaala-alueelta ilman lupaa tai käytti saamaansa oikeutta väärin, luotamus potilaaseen katkesi. Eräs hyvin taitava potilas oli veistellyt hoitajalle kauniita laivoja, joista kiitoksena hoitaja halusi viedä potilaan elokuvaan kaupunkiin. Kaupungissa suunnitelmat muuttuivat ja he olivatkin suunnanneet läheiseen kahvilaan, josta potilas karkasi puolitoista kuukautta kestäneelle karkureissulle pääkaupunkiseudulle.²⁶⁶ Ajatus siitä, että potilaat olivat sairaalaan suljettuja, ei suinkaan siis pitänyt paikkaansa, sillä muissakin sairaaloissa luotettavimmat potilaat saivat lähteä kaupungille.²⁶⁷

Kriminaalipotilaille myönnettiin lomaa vain erityistapauksissa. Jos potilaan lähiomaisista joku sairastui tai kuoli, potilas saattoi päästä hautajaisiin yksin tai hoitajan kanssa pariaksi, kolmeksi päiväksi.²⁶⁸ Vaikeimmissa tapauksissa potilas ei päässyt hautajaisiin lainkaan. Verrattuna esimerkiksi vankiloihin vangitkaan eivät saaneet lomaa kuin erityisissä tapauksissa, kuten juuri omaisten sairaustapauksissa ja hautajaisissa.²⁶⁹ Jos potilas taas oli luotettava ja sairaus helposti hallittavissa, hän saattoi päästä varsinaisille lomajaksoille kotiin. Näitä oli kuitenkin harvassa. Eräs alkoholisti pääsi vuonna 1945 viettämään joulua omaistensa luo pääkaupunkiseudulle asti.²⁷⁰ Toinen, ”*milteipä ihanteelliseksi sairaalan työmieheksi*” kuvattu kuolemaan johtaneesta pahoinpitelystä tuomittu mies sai lähteä viikonloppulomalle omaistensa luo Vaasaan.²⁷¹ Moitteettomalla käytöksellä ja ahkeruudella sai ylimääräisiä vapauksia, sillä kriminaalipotilaiden joukossa edellä mainitun kaltaiset lomat olivat poikkeuksellisia.

Resurssien niukkuus vaikutti siihen, ettei Mustasaassa juhlistu ylimääräisiä. Pyhäpäivät pyhitettiin levolle, mutta mainintoja mistään erityisistä juhlista ei sairauskertomuksista löydy. Muissa sairaaloissa erilaiset illanistujaiset, tanssiaiset ja liikuntamahdollisuudet olivat yleisempiä kuin Mustasaassa. Esimerkiksi Kupittaalla ja Mikkeliissä potilaille järjestettiin konsertteja

²⁶⁵ Pietikäinen 2013, 254; VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

²⁶⁶ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 5592/1945. Eräs toinen potilas oli pelireissullaan eksynyt juoppotelemaan, mutta palasi sairaalaan samana iltana. Penkkiurheilu jäi taas vähäksi aikaa pois potilaan iltaohjelmasta. VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus CXVI/1945.

²⁶⁷ KA, Lääkintöhallituksen V-arkisto, Mikkelin piirimielisairaalan vuosikertomus 1947, Leskinen 2007, 100; Lavonen 2013, 19.

²⁶⁸ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus XLIII/1940.

²⁶⁹ Nyman 1935, 6.

²⁷⁰ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 69/1948.

²⁷¹ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 5621/1948.

ja tanssiaisia varsin vilkkaasti.²⁷² Joulun aikaan Mustasaressakin koristeltiin sairaalaa ja päästiin joulusaunaan, mutta muutoin pyhinä ei erityisiä juhlia vietetty. Eräs pitkäaikaisesti lukkojen takana elämäänsä viettänyt potilas pääsi joulunpyhiksi eristyksestä pois muiden potilaiden joukkoon, mutta tapanpäivänä hänet eristettiin takaisin huoneeseensa.²⁷³ Vaikka resursseja olisikin ollut laajemman virkistystoiminnan järjestämiseen, oli selvää, että monen arvaamattoman potilaan vieminen samaan tilaan lisäsi yhteenottojen ja väkivaltaisten kahnausten riskiä. Yleensä vapaa-ajan aktiviteetit olivat sen kaltaisia, että niitä pystyi harjoittamaan itsekseen tai pienessä ryhmässä.

Sairaalassa elämä ei siis ollut vain joko passiivista makoilua tai työntekoa. Erilaisiin rientoihin sai osallistua oman jaksamisen mukaan, mutta koska resurssit olivat niukat, sairaala ei voinut tarjota potilaille kovin monipuolisia harrastuksia. Sairaalan ulkopuolelle suuntautuneissa matkoissa ja retkissä tarvittiin hoitajaa, ellei potilasta sitten uskallettu yksin lähettää kaupunkiin. Siinä missä työn pois ottaminen toimi rangaistuksena, vapaa-ajan antaminen oli palkinto hyvästä käytöksestä. Koska hoitajia oli vähän, vapaa-ajan harrastustoiminta oli ensimmäinen asia, josta lähdettiin karsimaan menoja. Pidempiin matkoihin tarvittiin lupa peräti Lääkintöhallitukselta, mutta muut asiat olivat lääkärin valvonnassa. Erillistä lupaa esimerkiksi pelaamiseen ulkona tai sisällä ei tarvittu, mutta jos potilas oli eristetty sisälle, harrastusvaihtoehdot supistuivat entisestään. Lisäksi hankalien potilaiden yhteisten tilaisuuksien päättyminen väkivaltaisesti oli mahdollista, ellei jopa todennäköistä.

4.3 Potilaiden suhteet toisiinsa, hoitajiin ja ulkomaailmaan

Sairaalayhteisössä potilaiden, sairaalahenkilökunnan ja ulkomaailman välille syntyi erilaisia sosiaalisia suhteita. Henkilökunnan ja potilaiden välistä suhdetta väritti tietty auktoriteettisuhde, jossa potilaat olivat hierarkiassa alempana. Vuosien aikana, mitä paremmin potilaat ja hoitajat tutustuivat toisiinsa, sitä herkemmin ylhäältä asetettuja rajoja ylitettiin. Karoliina Sy-siharjun tekemien haastatteluiden perusteella on nähtävissä, että hoitajat olivat hankalassa ti-

²⁷² KA, Lääkintöhallituksen V-arkisto, Mikkelin piirimielisairaalan vuosikertomukset 1947–1949; Leskinen 2007, 108–112; Lavonen 2013, 18–19. Vapaa-ajan toiminta esimerkiksi Moision sairaalassa lähti laajenemaan 1950-luvun jälkeen. Osittain syynä oli hoitohenkilökunnan määrän kasvu, mutta toisena syynä on varmasti ollut psykofarmakoiden tuleminen osaksi psykiatrista hoitoa. Monen vaikean skitsofreenikonkin harhat ja levottomuus rauhoittui siinä määrin, että yhteinen osallistuminen oli helpompaa. Leskinen 2007, 108–111.

²⁷³ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 5574/1942.

lanteessa potilaiden ja ylimmän sairaalan johdon välisessä maastossa. Potilaiden käsittely helpottui, mikäli heidän kanssaan jousti, mutta toisaalta taas sairaalan asettamille säännöille ja johdon ohjaukselle tuli olla lojaali. Varsinkin hankalissa olosuhteissa, kun hoitajia oli vähän ja potilaat olivat hankalia, syntyi erilaisia tapoja tehdä töitä, vaikka ne eivät aina vastanneetkaan sairaalan järjestyssääntöjä. Joustamalla potilaille tärkeissä asioissa kuten työssä, vapaa-ajassa ja esimerkiksi ruoissa, pysyivät tyytyväisenä sekä potilaat että hoitajat.²⁷⁴

Kaikkea mielisairaalassa ei pystytty valvomaan, joten esimerkiksi luvaton kauppatoiminta ulottui sairaala-alueelle asti. Tavatonta ei ollut, että potilaat pyrkivät lähettämään läheisiksi kokemiansa hoitajien avulla esimerkiksi salakirjeitä sairaalasta. Pienillä palveluksilla hoitajat helpottivat omaa arkeansa vaikeiden potilaiden kanssa. Toisaalta rajanveto oli hankalaa, sillä helposti palveluspyynnöt kasvoivat ja tihtyivät, kun oli suostunut ensimmäisen kerran potilaan toiveeseen. Henkilökunnan osallistumisessa ylimääräiseen toimintaan oli aina riski: jos asia tuli ylilääkärin tietoon, pelkkä varotus riitti harvoin ratkaisuksi. Mustasaassa sattui muutamia räikeämpiä rajan ylityksiä. Vuonna 1945 ongelmia aiheutti sairaalan konehuoneen lämmittäjä, joka tehtiä ja myi sairaala-alueella pontikkaa. Alkoholi oli ongelmana myös jutussa, jossa pesulan johtajatar suojeli ja piilotteli alkoholistipotilasta luonaan ryypiskelemässä. Sekä lämmittäjä että pesulan johtajatar irtisanottiin.²⁷⁵

Vaikka hoitajan ammattietiikkaan kuului suhtautua kaikkiin potilaisiin lämmöllä ja myötätunnolla, joidenkin potilaiden kohdalla se oli yksinkertaisesti vaikeaa. Henkilökemiat eivät aina kohdanneet. Hoitajien työilmapiiristä on vaikea tehdä johtopäätöksiä, mutta on huomattavissa, että joidenkin potilaiden kanssa oli vaikea tulla toimeen. Suutaan soittava, rivouksia huuteleva ja jatkuvia valituskirjeitä tehtaileva potilas kiristi pinnaa. Eräässä tapauksessa hyvän hoidon ja lämpöisen suhtautumisen raja ylitettiin räikeästi. Kaksi hoitajaa pahoinpitelivät henkisesti kuormittavan, vaikean potilaan yöllä eristyshuoneessa. Potilaalta murtui nujakassa lonkka, joka jouduttiin kipsaamaan. Asiaa puitiin oikeudessa, mutta lopulta asiaa ei saatu toteennäytetyksi ja hoitajat saivat jäädä virkoihinsa. Tapaus oli sairaalalle ikävä, sillä ylilyönnillä muut potilaat saivat lisää aihetta valituskirjeiden tehtailuun ja syyttelyyn.²⁷⁶

²⁷⁴ de la Cour & Reaume 1998, 243–244; Sysiharju 2012, 129–135.

²⁷⁵ VMA, Taloudenhoitajan lähettämä kirje Mustasaaren piirin nimismiehelle 27.12.1945 ja Ylilääkärin lääkintöhallitukselle lähettämä kirje 24.12.1945.

²⁷⁶ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 26/1941, XLVI, muutettu 5559.

Lähtökohtaisesti potilaat olivat ”samalla puolella”, vaikka henkilökemiat tai sairaalan antamat erityisoikeudet rikkoivatkin potilaiden välejä. Potilaiden välille syntyneet luottamussuhteet syntyivät vuosien varrella myös ystävyudeksi. Toisten potilaiden auttaminen, niin hyvässä kuin pahassa, oli normaalia. Ei ollut tavatonta, että sairaalasta pois päässyt potilas lähetti aiemmille sairaalakavereilleen joulutervehdyksiä ja terveisiä, esimerkiksi lääkärin kanssa käydyn kirjeenvaihdon mukana. Tietävästi Mustasaassa romanttisia seurustelusuhteita potilaiden kesken ei syntynyt, mutta eivät ne laitoksissa tavattomiakaan olleet.²⁷⁷

Lukuun ottamatta muutamia lomajaksoja, joita potilaat saattoivat saada, oli hoito hyvin sairaalainnotteista. Useasti siinä vaiheessa, kun psykiatrisesti sairasta kuljettiin aivan ensimmäistä kertaa hoitoon, sairaus oli jo siinä pisteessä, ettei ihminen tullut toimeen sukulaistensa ja perheensä kanssa. Toisaalta potilaan hoitoon pääseminen oli helpotus, mutta toisaalta se koettiin myös valtavan häpeällisenä asiana.²⁷⁸ Pitkät hoitoajat ja sairaalan vähäisen yhteyden ylläpitäminen omaisiin, johti siihen, että vähitellen yhteydenpito kuihtui lähes kokonaan. Myötätunto ja ymmärrys saattoivat vielä riittää silloin, kun potilas ei ollut tehnyt kenellekään mitään, mutta toisten vahingoittaminen oli vaikeampaa ymmärtää. Sairaalan puolesta omaisia kutsuttiin sairaalaan siinä vaiheessa, kun potilas oli kuolemassa.²⁷⁹ Sairaalaan yhteydenpito omaisiin alkoi laajentua 1960-luvulla, kun muun muassa Moisiossa ja Kellokoskella alettiin järjestää omaisten päiviä.²⁸⁰

Pahimmillaan saattoi käydä niin, että omaiset eivät edes tieneet potilaan olinpaikkaa. Lukuun ottamatta tutkintopotilaita, sairaalle riitti tiedot lähiomaisen nimestä ja osoitteesta. Potilaan tilasta ilmoitettiin omaisille aloitteellisesti vain silloin, kun potilaan tila oli merkittävästi huonontunut tai potilas oli ehtinyt jo menehtyä. Lääkäreillä tuskin oli aikaa ylimääräiselle kirjeenvaihdolle.²⁸¹ Yhteydenpito sairaalan ulkopuolelle riippuikin enemmän potilaasta ja sukulaisista itsestään. Eräs potilas kirjoitti ahkeraan sisarelleen:

*”Lämmin tervehdykseni sinulle täältä pimeään järjen maasta. Kuinka olet pärjällyt ja miten kauppa luistaa – toivottavasti hyvin. Ajattelin – ettet pahastuisi – vaikka pistänkin sivulle jonkun rivin.”*²⁸²

²⁷⁷ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950; Sysiharju 2012, 131–132.

²⁷⁸ Leskinen 2007, 102–103.

²⁷⁹ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 5616/1946.

²⁸⁰ KA, Lääkintöhallituksen V-arkisto, Kellokosken sairaalan vuosikertomus 1959; Leskinen 2007, s. 104.

²⁸¹ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

²⁸² VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 24/1941, XLIV, muutettu 5557.

Jos potilas oli kirjoituskykyinen ja innokas, kirjeenvaihtoa saattoi syntyä paljonkin. Sukulaiset lähettivät kortteja, kirjeitä, paketteja ja silloin tällöin kävivät myös vierailulla sairaalassa, mutta tämä oli aika harvinaista. Pitkät välimatkat olivat esteenä jatkuvalle yhteydenpidolle, ja aina halua yhteydenpitoon ei löytynyt.²⁸³ Potilaiden käymästä kirjeenvaihdosta nousee esiin yksi ilmiö: harva potilas oli yhteydessä ystäviinsä. Yhteydenpito keskittyi lähinnä omaisiin, vanhempiin ja sisaruksiin. Ystävien ja kavereiden oli helpompi hylätä vanha kaveri, kun tämä lähti sairaalaan. Muutamien potilaiden kohdalla taas aika paransi haavoja. Esimerkiksi eräs kuppapotilas, joka oli elänyt sairaalassa vuodesta 1938 asti, sai lapsensa vierailulle vuonna 1950, kun he juhlivat potilaan 60-vuotissyntymäpäiviä. Tämän jälkeen lapset kävivät vierailulla useammin.²⁸⁴

Suhteet ulkomaailmaan eivät siis välttämättä katkenneet kokonaan, mutta vuosien varrella yhteyden pito harveni harvenemistaan. Sairauden tila oli merkittävä tekijä. Jos esimerkiksi skitsofrenia oli edennyt sellaiseen vaiheeseen, ettei potilas ottanut enää kontaktia juuri kehenkään, oli selvää että viimeisenä kirjoitettiin kirjettä sukulaisille. Toisaalta taas virkeät ja erityisesti sellaiset potilaat, jotka halusivat sairaalasta pois, olivat hyvinkin ahkeria kirjoittajia. Kuulumisten vaihtaminen, tahto tietää, miten sukulaisilla menee ja voisivatko he lähettää vaikkapa ruokaa ja tupakkia olivat asioita, joista potilaat useimmiten kirjoittivat. Tarvittaessa lääkäri oli se, joka hillitsi potilaan käymää kirjeenvaihtoa vedoten tämän sairauden tilaan. Kirjeillä ja paketeilla oli usein seurauksena paitsi tyytyväisyys, myös myöhemmin tullut tyytymättömyys, mikäli potilaan toiveita ei toteutettu. Jatkuva kirjoittelu saattoi häiritä sairaalajärjestystä ja tuotti myös hoitohenkilökunnalle ylimääräistä työtä.

4.4 Valvontaa ja väkivaltaa

*”Asian luonnosta johtuu, että potilaitten, jotka on sijoitettu tarkastusta varten sairaalaan, sekä jo tuomittujen rikollisten valvonnan tulee olla äärimmäisen tarkkaa. He ovat kaikkein useimmissa tapauksissa epäluotettavia, viekkaita ja laiskoja ja koettavat houkutella paremmat ai-nekset rikkomaan sairaalajärjestystä.”*²⁸⁵

²⁸³ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

²⁸⁴ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 3/3/1940, XXIII, muutettu 3792.

²⁸⁵ Neuman-Rahn, 2003, s. 219–220.

Kuvaus kriminaalipotilaista ei ollut mairitteleva. Kriminaalipotilaiden erilaisuutta suhteessa muihin potilaisiin korostettiin erityisesti valvonnasta keskusteltaessa. Epärehelliset, vaaralliset ja mahdollisesti väkivaltaiset potilaat tarvitsivat jatkuvaa valvontaa jo lähtökohtaisesti enemmän. Se, että rakennettiin vaikeille potilaille oma sairaala, jossa oli useita sellejä, laski eristämisen ja pakkokeinojen käytön kynnyksiä. Muissa sairaaloissa liian vaikeana pidetty kriminaalipotilas lähetettiin Mustasaaren parempaan talteen ja tarkemman silmälläpidon alle. He olivat potilaita, jotka ”useimmissa tapauksissa [olivat] epäluotettavia, petollisia ja laiskoja koettaen houkutella paremmat ainekset rikkomaan sairaalajärjestystä.”²⁸⁶ Luottamus kriminaalipotilaisiin oli vähäistä ja valvonta pyrittiin järjestämään mahdollisimman tehokkaasti.

Valvonnan järjestäminen sairaalassa oli tärkeää erityisesti turvallisuusnäkökulmasta. Väkivalta ja levottomuus Mustasaaren sairaalan F-osastolla olivat lähes päivittäisiä. Väkivallalla viitataan sekä henkiseen että fyysiseen väkivaltaan. Potilaiden tekemä väkivalta kohdistui sekä potilaisiin että henkilökuntaan. Levottomuus osastoilla syntyi paitsi siitä, että potilaiden henkilökehiat eivät kohdanneet sekä siitä, että potilaiden toimintaa rajoitettiin. Osa potilaista ei pystynyt sopeutumaan asetettuun sairaalajärjestykseen vaan kapinoivat sitä vastaan. Kaikki potilaat eivät olleet passiivisia toimijoita, joihin kohdistettiin erilaisia toimenpiteitä hoidosta pakkokeinoihin, vaan he (psykopaatit erityisesti) pyrkivät itse määrittämään asemaansa sairaalassa, joko sopeutumalla tai uhmaamalla sairaaläsääntöjä.²⁸⁷

Väkivaltaisuus oli toistuvaa samoilla potilailla. Heillä ei ollut suoranaista yhdistävää tekijää esimerkiksi diagnoosissa, vaan väkivaltaisuutta esiintyi sekä skitsofreenikoilla että sairasmielisillä, epileptikoilla ja vähämielisillä. Johtopäätöstä esimerkiksi sen välillä, että henkirikoksen tehneet potilaat olisivat olleet väkivaltaisia, ei voida vetää. Useimmiten väkivaltaisuus oli tilanteessa syntyvää eikä pitkälle suunniteltua. Tilanteessa syntynyt väkivalta oli pääosin lievää: siitä syntyi naarmuja, mustelmia ja pieniä haavoja. Suunniteltu väkivalta sen sijaan oli toteutuessaan vakavampaa. Valvonnan merkitys korostui suunnitelmallisen väkivallan selvittämisessä. Tietoon tulleet järjestyshäiriösuunnitelmat pyrittiin purkamaan esimerkiksi eristämällä potilas tai vaihtamalla tämän huonetta, ottamalla välineet pois ja lisäämällä tarkkailua.²⁸⁸

Väkivallan uhkaa ei pidä vähätellä. Pitkittäistutkimuksen mukaan mielisairaalapotilaiden tekemiä henkirikoksia valvotuissa laitoksissa tapahtui vuosien 1955–1984 välillä keskimäärin yksi

²⁸⁶ Neuman-Rahn 1924, 291–292, 319–320, Kinnunen 1950, 83–85.

²⁸⁷ de la Cour & Reaume 1998, 243–244; VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

²⁸⁸ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

vuodessa, eikä tähän lukuun ole sisällytetty itsemurhatapauksia. Luku on valvotuille sairaaloille suhteellisen korkea. Esimerkiksi Ruotsissa vastaavia surmia oli tapahtunut kahdeksan. Surmista suurin osa (78 %) oli skitsofreenikkojen tekemiä. Tapauksista 14:sta motiivina olivat olleet aistiharhat tai impulsiivinen tappamisajatus. Uhreiksi joutuivat potilastoverit (23 henkilöä), omaiset (viisi henkilöä) ja sivulliset (kuusi henkilöä). Vain 13 tapauksella oli silminnäki- jöitä, mikä kertoo puutteellisesta valvonnasta.²⁸⁹ Myös Mustasaaren tulleista potilaista neljä oli edellisessä hoitopaikassaan surmannut toisen potilaan tai hoitajan. Potilaista kahdella oli skitsofrenia ja kahdella epilepsia. Molemmilla skitsofreenikoilla oli vahvoja harha-aistimuksia ja epileptikoilla taas vaikeita kohtauksia, joiden jälkeen ilmeni väkivaltaisia hämärätiloja.²⁹⁰ Molemmat skitsofreenikot elivät Mustasaassa eristykselleissä. Liekö tähän vaikuttanut potilaan sairauden kuva vai se, että molempien rikos kohdistui toiseen potilaaseen.²⁹¹

Kuolemaan johtaneilta väkivaltatapauksilta Mustasaassa vältyttiin. Esimerkiksi Pitkäniemessä muutamia potilaita kuoli vuosien 1941–1942 aikana potilaiden välisten selkkauksien takia.²⁹² Potilaista monet suunnittelivat joko toisen potilaan tai hoitajan surmaamista, mutta eivät silti toteuttaneet ajatuksiaan. Muutamat potilaat mainitsivat suoraan, ettei oikeastaan olisi väliä, vaikka jonkun tappaisikin, sillä elämä ei tästä pahemmaksi enää menisi.²⁹³ Osaltaan tämä oli tottakin: Mustasaaren F-osaston potilastiedoista selviää, että aiemmassa hoitopaikassaan toisen tappaneet eivät joutuneet oikeuteen tai mielentilatutkimukseen, vaan heidät siirrettiin suoraa vaikeahoitoisina potilaina valtion mielisairaalaan.²⁹⁴

”2.VII.1945. O:n rautalöydön johdosta tehtiin ruumiin tarkastus avustajaksi epäilylle H:lle, jonka taskusta löytyi jättiläisrautanaula (15 cm pituinen). Väittää sen juuri pihasta löytäneensä. Meluaa ja riitelee, syyttää ja haukkuu. Kertoo lähettäneensä tänään salakirjeen, uhkaa tilinteolla, manaa fasismia ja taantumusta. K, jota epäillään osakkaaksi H:n hommiin, kertoi, että muutama päivä sitten kun oli H:n kanssa kantamassa laatikoita vinttiin, H kertoi hänelle sen olleen hänelle hyvän reissun, sieltä löytyi jotain. Pot. V oli kuullut H:n kerran sanoneen, että hänellä on linkkuveitsi. Kun H:lle ilmoitettiin, että hän nyt joutuu lukon taakse, alkoi hän

²⁸⁹ Hakola et al. 1990, 846–850.

²⁹⁰ VMA, Mustasaaren sairaalaan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

²⁹¹ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomukset 46/1942, LXXI, muutettu 5625, 67/1949, CLXXXIV, muutettu 5636.

²⁹² Sysiharju 2012, s. 125.

²⁹³ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 75/1945, CXXII, muutettu 5601.

²⁹⁴ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomukset 46/1942, LXXI, muutettu 5625, 67/1949, CLXXXIV, muutettu 5636.

*rähistä ja uhkasi, että laskee virtsat ja ulostukset lattialle, ellei hänelle tuoda astiaa, mutta WC:hen hän ei mene.*²⁹⁵

Yllä oleva lainaus potilaan raporteista kertoo sairaalan arjesta liittyen hankalampiin potilaisiin ja toisaalta potilaiden asennoitumiseen toisiinsa ja itseensä. Lainaus kertoo sairaalan ilmapiiristä: kantelusta, todistelusta ja muiden yllyttämisestä sekä väkivallan uhasta osastolla. Goffmanin mukaan jokaiseen laitokseen kehittyy oma ”*puskurijärjestelmänsä*”, jolla asukas, tässä tapauksessa potilas, pyrkii olemaan itsensä herra. Vasikoiminen, uhkailu ja juoniminen kuuluivat myös kriminaalipotilaiden sairaala-arkeen.²⁹⁶ Henkilökunta pyrki olemaan jatkuvasti perillä käynnissä olevista suunnitelmista ja potilaiden henkilökemioista.²⁹⁷

Potilaiden välisiä suhteita pyrittiin hallitsemaan lähinnä silloin, jos oli pelkoa järjestyshäiriöstä tai potilas oli fyysinen tai henkinen uhka toiselle potilaalle. Sairaalassa annettu luottamus tai epäluottamus olivat omiaan rakentamaan potilaiden välille eripuraa. Samassa tilanteessa, eri potilaille suunnattu erilainen kohtelu, esimerkiksi toisen eristäminen ja toisen ei, lisäsi potilaiden välisiä kahnauksia ja valituksia sairaalan suuntaan. Useasti konfliktin aiheutti se, että sairaalassa luotettavina pidetyt ja toisten asioita herkästi esiin tuoneet potilaat joutuivat toisten potilaiden silmätikuiksi. Tarvittavilla toimenpiteillä ei aina voitu suojella potilaita, joita toinen tai toiset vainosivat. Vakavin potilaiden välinen selvittely tapahtui, kun väkivaltaista karkaamista suunnitellut mies pahoinpiteli potilaan, joka oli kirjeillään paljastanut pahoinpitelijänsä asioita lääkärille. Tapauksessa potilas löi toista tangolla päähän niin, että uhri menetti toisesta silmästä näkönsä ja vakavaa kallomurtumaa epäiltiin. Valvonnasta vastannut yöhoitaja kumautettiin tiedottomaksi sukkaan käärityllä kukkaruukulla. Yöaikaan tämän kaltaiset suunnitelmat oli helpompi toteuttaa, kun valvontaa oli vähemmän. Pahoinpitelyn onnistumiseen tarvittiin useampia potilaita, jotka auttoivat välineiden tuomisessa ja hoitajien vahtaamisessa.²⁹⁸

Potilaiden välisestä yhteistyöstä kertoo vuoden 1948 ikävä tapaus, jossa viisi potilasta pääsi karkaamaan luojaosastolta. Potilaat olivat suunnitelleet pakonsa tarkoin. Alun perin karkaamista oli pohtinut kaksi potilasta, mutta kun huomattiin, että sen toteuttamiseen tarvittiin enemmän apua, muita pyydettiin mukaan. Potilaat karkasivat yhdessä tuumin illalla ikkunasta, laskeutu-

²⁹⁵ VMA, Mustasaaren sairauskertomus 63/1945.

²⁹⁶ Goffman 1997, 44–45.

²⁹⁷ VMA, Mustasaaren F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

²⁹⁸ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomukset 73/1943, CXX, muutettu 5599 ja 80/1946, CL, muutettu 5616.

malla vankilatyöihin lakanalla seinää pitkin. Osan karkureissu päättyi seuraavana päivänä, jotkut olivat karussa muutamia päiviä.²⁹⁹ Useimmiten potilaiden välinen yhteistyö tuli ilmi nimienomaan karkausyrityksissä ja luvattomissa liiketoimissa. Vuonna 1945 kahden potilaan onnistui pyörittää tupakkakauppaa monta kuukautta. Eräs vaikea psykopaatti A.P. houkutteli pientä korvausta vastaan toisen potilaan varastamaan sairaalan varastosta tupakkaa ja toimittaman tämän sitten itselleen. A.P. myi tupakkaa hyvällä hinnalla sairaalan henkilökunnalle, sotilaille ja muille kulkijoille. Potilaat pitivät myynnistä tarkkaa kirjanpitoa ja yhteenlaskettuna summana potilas oli tienannut kaupallaan lähes 2000 mk.³⁰⁰

Hyvällä valvonnalla isommilta välien selvittelyiltä vältyttiin, mutta pieniä sanallisesti tai fyysisesti käytyjä kahnauksia potilaiden välillä oli usein. Narraaminen, jekut ja pilojen tekeminen sekä potilaille että hoitohenkilökunnalle oli suhteellisen helppoa. Potilaiden psyykeen ja sairauden tasossa oli suuria eroavaisuuksia. Vajaakykyisiä oli helppo yllyttää ja käyttää välineenä omien tavoitteiden saavuttamiseen. Nämä olivat ikävän helppoja apulaisia toisille, jotka vaivattomin keinoin pystyivät osoittamaan, etteivät itse olleet tehneet mitään. Eristykseen siirrettyjen potilaiden suhteet toisiin eivät katkenneet, vaikka sitä yritettiin. Huutamalla, ikkunan kautta keskustelemalla ja vessareissuilla vaikeimmatkin potilaat pystyivät ottamaan toisiin kontaktia.³⁰¹ Potilaiden välisten suhteiden tarkkaileminen oli hyvin tärkeää, sillä aina keskustelut eivät olleet vilpittömiä.

Mustasaassa F-osastolla fyysinen väkivalta kohdistui useimmiten toiseen potilaaseen, henkinen taas hoitajiin. Nimittely ja ahdistelu olivat yleisiä keinoja, joilla hoitajien koskemattomuutta rikottiin.³⁰² Tilanteessa syntyneet lievät väkivaltaiset purkaukset kohdistuivat myös hoitajiin, mutta muutamia kertoja hoitajien päälle käytiin rajusti. Yleensä väliin ehti henkilökuntaa tai toinen potilas, eikä hoitajille sattunut pahasti. Muutamia pidempiä sairauslomia henkilökunnalle kertyi työtapaturmien vuoksi. Vuonna 1947 vaikeahoitoinen potilas pahoinpiteli osastonhoitajan.³⁰³ Pahimmista harhoista kärsineet potilaat saattoivat puhua tappamisesta päivittäin, joten ainakin alkuun tämän on täytynyt tuntua myös hoitohenkilökunnasta pahalta. Erään eristyksessä eläneen miehen vuorokausiraporteissa kerrotaan jatkuvasti, kuinka potilas

²⁹⁹ VVS:n arkisto, Mustasaaren sairaalan vuosikertomus 1948, VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomukset, ks. esim. CLV/1947; 83/1945, CXXX, muutettu 5606; 71/1948, CLXVIII, muutettu 5626; 12/1948, CLXIX;

³⁰⁰ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 46/42/37/1943, LXXX, muutettu 5581.

³⁰¹ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

³⁰² VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950, VVS:n arkisto, Mustasaaren sairaalan vuosikertomukset 1939–1950.

³⁰³ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950, ks. esim. 78/1946, CXLVIII, muutettu 6515 ja 65/1944, CIII, muutettu 5053. VVS:n arkisto, Mustasaaren sairaalan vuosikertomus 1947.

olisi halunnut käydä jonkun kimppuun ja kuristaa tämän. Toiveikkaana ja ehkä hieman sarkastiseen sävyyn hoitaja kirjasi eräälle päivälle ”*ei erikoisempaa murhanhimoa*”. Puheisiin tottui, mutta kokonaan niitä ei kannattanut sivuuttaa: kyseinen potilas oli onnistunut kuristamaan kaksi potilasta aiemmassa hoitopaikassaan.³⁰⁴ Karoliina Sysiharjun haastattelemien Pitkäniemessä toimineiden mielisairaanhoidtajien mukaan väkivallan uhka oli läsnä ja erityisesti levottomille osastoille tyypillistä, mutta ei myöskään oletettu, että hoitajan fyysinen koskemattomuus olisi ollut vaadittua. Hankaluudestaan huolimatta työ koettiin mielekkäänä.³⁰⁵

Väkivaltatilanteita ehkäistiin erilaisilla rajoitteilla (pakkokeinoilla), potilaspaikkasuunnittelulla, tarkalla valvonnalla, rauhoittavilla lääkkeillä ja sillä, ettei sairaalaa ahdettu liian täyteen. Hoitajapulan aikana kattavan valvonnan järjestäminen oli vaikeaa. Tämä johti siihen, että sairaalassa oli kouluttamatonta henkilökuntaa ja eristystoimenpiteitä käytettiin laajemmin ja pidempiä aikoja. Eristyspotilaan luokse hoitaja ei saanut mennä yksin ja potilaiden mukana sairaala-alueella ja sen ulkopuolella oli aina oltava vähintään yksi hoitaja. Huoneiden ja tavaroiden tarkistamiset tulivat potilaille tutuiksi.³⁰⁶ Olosuhteiden pakosta oli kuitenkin joustettava annetuista ohjeista. Luvattomat ja pitkään pyörineet kauppasuhteet kertovat kuitenkin siitä, että valvonnan laajuutta ei pystytty ulottamaan niin pitkälle kuin olisi ollut toivottua ja tarvittavaa.

5 HOITOA VAI HUOLTOA?

*”Tuo rauhan hetkeksi lääkepikari
Kohta jälleen tuska viiltää kuin tikari
Ei ihme jos jälleen hermot petti
Uhrin hullujenhuoneen helvetti”³⁰⁷*

Psykiatrisesti sairaita henkilöitä on viety yhteisöstä kohti laitoshoidoa ja taas laitoshoidosta yhteisöön sopeuttamiseen. Ennen tieteellisen psykiatrian kehittymistä 1800-luvun lopulla, sairaita hoidettiin kotona, luostareissa ja hospitaaleissa. Hoitotavat olivat karuja: kahleita, seinäkiinnikkeitä, pimeitä koppeja ja kuoppia.³⁰⁸ Ensimmäinen varsinainen mielisairaala rakennettiin

³⁰⁴ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 46/1942, LXXI, muutettu 5625.

³⁰⁵ Sysiharju 2012, 125–127.

³⁰⁶ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

³⁰⁷ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 34/31/1941, LIV, muutettu 5050. Potilaan runo 4.8.1945.

³⁰⁸ Nygård 2001, 193–195; Hyvönen 2008, 39–43;

Suomeen 1841, kun Lapinlahden sairaala aloitti toimintansa. 1900-luvun kuluessa laitospaikkojen määrä kasvoi siis huomattavasti. Hoito tähtäsi lähinnä väkivaltaisten ja ympäristöään vahvasti häiritsevien mielisairaiden eristämiseen ja rauhoittamiseen. Keinoja mielisairauksien todellisten syiden poistamiseen ei ollut olemassa, varsinkin kun yleisenä käsityksenä oli, että sairaudet olivat aivo- ja hermosairauksia.³⁰⁹ Laitoshoidon alkuaikoina potilaiden hoito ei juuri eronnut aiemmista: heitä kohdeltiin kuin vankeja, vaikka valitusajalla hetkellisesti luovuttiinkin pakkopaidoista ja kahleista.³¹⁰ Potilaan rauhoittaminen tapahtui työllä, kylvyillä ja kääreillä 1900-luvun alkuvuosikymmenille asti, kunnes hoitokeinoiksi nousivat erilaiset erikoishoidot.³¹¹

5.1 Erikoishoitoja ja -hoidottomuutta

1900-luvun alussa mielisairaaloiden tilanne alkoi olla epätoivoinen, sillä sairaalat täyttyivät kroonisesti sairaista potilaista. Nuoren sukupolven psykiatrit ja neurologit tekivät hartiavoimintoita parantavien keinojen löytämiseksi. Lähtökohta oli, että syy sairaudelle oli biologinen, ja paikantui aivoihin. Muutamassa vuosikymmenessä kehittyi erilaisia erikoishoitoja, joissa potilaan psyykkiseen tilaan pyrittiin vaikuttamaan kemiallisilla reaktioilla, esimerkiksi kuumeella, insuliinilla, shokkihoidolla ja aivoleikkauksella.³¹² Kokeillut ja hyväksi havaitut hoitokeinot levisivät 1930- ja 1940-luvulla nopeasti.³¹³ Mustasaarella F-osastolla käytettiin erikoishoitoja varsin vähän, vaikka muissa sairaaloissa ne olivat käytössä ahkerasti.³¹⁴

Ensimmäisiä biologisia hoitokeinoja oli Julius Wagner-Jaureggin kehittämä kuumehoito neurosyfiliksen eli kupan parantamiseen. Hän oli havainnut, että korkea kuume auttoi potilas toipumaan psykoosistaan. Malariahoidoksi kutsuttua hoitoa alettiin käyttää 1920-luvulta lähtien syfiliksen aivoihin asti levinneeseen muotoon, ja tulokset olivat huomattavia. Verensiirroilla potilaasta toiseen istutettu malariakuume pysyi kurissa kiniinillä: kuumeepiikkejä oli tarkoitus

³⁰⁹ Kaila 1966, 181–182; Huttunen 1983, 291–294; Shorter 2005, 80–92.

³¹⁰ Hyvönen 2008, 42–49.

³¹¹ Shorter 2005, Rissanen 2012, 49–69; 132, Lavonen 2013, 22–23.

³¹² Huttunen 1983, 291–292; Hyvönen 2008, 51–53.

³¹³ Rissanen 2012, 70–71.

³¹⁴ VVS:n arkisto, Mustasaaren sairaalan vuosikertomukset 1939–1959, VMA Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauksertomukset 1939–1950. KA, Lääkintöhallituksen V-arkisto, saapuneet vuosikertomukset 1939–1950. Ks. esim. Pitkäniemen, Nikkilän, Kellokosken, Niuvanniemen vuosikertomukset 1939–1950. Myöskään Seilin sairaalassa erikoishoitoihin ei turvauduttu. Seilin sairaalan pieni ja hyvin krooninen potilasryhmä ei saanut erikoishoitoja lainkaan vuosina 1939–1950. KA, Lääkintöhallituksen V-arkisto, Seilin sairaalan vuosikertomukset 1939–1950.

saada potilaalla esiin niin monta kuin potilas vain kesti. Raja oli siis häilyvä, mutta hoitovaste oli kohtuullinen (n. puolella tila parani niin, että työskentely tai kotihoito onnistui). Syfilistä hoidettiin myös lääkkeillä, kuten salvarsaanilla ja neosalvarsaanilla. Hoidolla oli haittapuolensa ja vaaransa: kallis hoito ja potilaan jatkuva tarkkaileminen vaativat hoitoresursseja ja yksikin kuumepeikki liikaa saattoi koitua potilaan kohtaloksi. Verensiirrot eivät myöskään olleet yksinkertaisia, sillä veriryhmät saattoivat sekoittua.³¹⁵

Mustasaassa muutamat potilaat saivat malariahoitoa kupan hoitoon. Jos tauti ei ollut edennyt pitkälle, hoidoksi riitti neosalvarsan ja vismuntti. Malaria istutettiin potilaaseen Lapinlahden sairaalassa, sillä Mustasaassa ei ollut tiloja hoidon antamiseen ja kannan rajaamiseen. F-osastolla oli kaksi neurosyfiliksestä kärsivää potilasta, jotka molemmat kävivät hoidoissa Lapinlahdessa.³¹⁶ Wagner-Jauregg sai lääketieteen Nobel-palkinnon malariakuumeen kehittämisestä, mutta penisilliini syrjäytti vaativan ja kuormittavan hoidon käytön 1940-luvun puolen välin tienoilla.³¹⁷ Vaikka hoito ei osoittautunut suureksi ratkaisuksi mielisairauksien hoidolle, se oli sysäys uusien hoitokeinojen kehittämiseen: kooma ja shokit kehitettiin pian malariahoidon jälkeen.

Myös insuliinihoidon kehittyminen lähti havainnosta, jossa pieniä insuliiniannoksia annettiin morfiiniriippuvaisille vieroitusoireita helpottamaan. Insuliiniannosten kasvaessa potilaat vajosivat koomaan, ja siitä herättyään potilaat olivat päässeet morfiiniriippuvuudestaan. Havaintojen takana oli wieniläinen Manfred Sakel, joka lähti sittemmin 1930-luvulla tietoisesti kehittämään insuliinihoitoa psykiatrien käyttöön. Vaarallista ja epävarmaa hoitoa koitettiin skitsofreniapotilailla. Tulokset olivat hämmästyttäviä: viidestäkymmenestä potilaasta 70 prosenttia oli toipunut kokonaan ja 18 prosenttia toipui lähes kokonaan. Jopa kuukausia kestäneessä hoidossa potilas sai insuliinia päivittäin. Annosta nostettiin vähitellen, siten että potilas nukahti, vaipui horrokseen ja lopulta koomaan. Koomajakson tuli kestää enintään 20 minuuttia, minkä jälkeen potilas herätettiin sokeriliuoksella. Koomajaksoja annettiin potilaille noin 30–40, joillekin jopa satoja.³¹⁸

³¹⁵ Härö 1996, 77–78; Shorter 2005, 224–243, 250.

³¹⁶ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomukset 66/1944, CIV, muutettu 5590 ja 5572/1941. Härö 1996, 74–77.

³¹⁷ Shorter 2005, 228–230.

³¹⁸ Shorter 2005, 250; Rissanen 2012, 75; Pietikäinen 2013, 213–214.

Ensimmäisenä Suomessa insuliinihoitoa alettiin antaa Kellokosken sairaalassa, vuonna 1936.³¹⁹ Vaatimuksistaan huolimatta insuliinihoidosta tuli pian suosittu hoitomuoto. Insuliinihoidon käyttämistä hidasti paitsi sota ja koulutetun henkilökunnan puute myös tarveaineiden vähyys. Insuliinia säästeltiin diabeetikoille ja sokeri oli kortilla. Havaittua oli, että hoitovaste oli sitä parempi, mitä akuutimpi sairaus oli. Muun muassa Pitkäniemen sairaalan ylilääkäri Ilmari Kalpa, joka oli todellinen insuliinihoidon puolestapuhuja, totesi hoidon tehoavan alle kaksi vuotta sitten sairastuneisiin, joten siitä ei ollut helpotusta kroonikoille.³²⁰

Insuliinihoidon oli tutkimuksissa havaittu tehokkaaksi keinoksi mielisairauden parantamisessa. Kalpan tutkimuksen mukaan insuliinihoito vähensi väkivaltaisuutta huomattavasti, sen hoitovaste oli hyvä ja potilaat pääsivät sairaalasta nopeasti kotiin. Insuliinihoitosali olikin Kalpan mukaan välttämätön jokaiselle sairaalalle. Tutkimuksen mukaan insuliinisairaaloissa potilasvaihto oli kasvanut lähes kaksinkertaiseksi verrokkisairaaloihin verrattaessa. Insuliinisairaaloissa potilasvaihto oli tutkimuksen mukaan 74 prosenttia, kun taas sairaalassa, jossa hoitoa ei annettu, potilasvaihto oli 11 prosenttia.³²¹ Mustasaassa kriminaalipotilaista kukaan ei saanut hoitojaksollaan insuliinihoitoa.³²² Useat toki olivat elämänsä aikana insuliiniakin saaneet, mutta hoito oli annettu aiemmissa hoitopaikoissa, erityisesti sotasairaaloissa ja Pitkäniemessä.³²³ Potilaiden tila, sairaalan kehnot edellytykset ja hoitoasenteet olivat syynä siihen, ettei potilaille annettu insuliinihoitoa. Insuliinihoituhuoneissa piti olla tavallista lämpoisempää. Mustasaaren huoneet olivat varsin vilpoiset, esimerkiksi talvella 1943 päiväsalin puolella lämpötila oli vain 11–13 astetta.³²⁴ Henkilökunnasta oli jatkuvasti pulaa ja sairaalalla käytettiin myös kouluttamatonta hoitohenkilökuntaa.³²⁵ Olosuhteet sekä se, että sairaalassa asui jo vuosia sairastaneita potilaita, olivat syynä siihen, ettei insuliinihoitoa Mustasaassa annettu.

Kouristushoitoja Mustasaaren F-osastollakin annettiin. Budapestiläisen psykiatrin Ladislav von Medunan kehittämässä hoidossa kouristus aiheutettiin lääkkeillä. Insuliinihoidossa kou-

³¹⁹ Vuorio 2010, 151; Rissanen 2012, 76,

³²⁰ Kaarninen & Kaarninen 1990, 103, 133; Vuorio 2010, 149–150; Pietikäinen 2014, 212.

³²¹ Kaarninen & Kaarninen 1990, 103, 133; Parpola 2013, 102–105.

³²² VVS:n arkisto, Mustasaaren sairaalan vuosikertomukset 1939–1950, VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950. Hoidon aloittamista suunniteltiin vuonna 1940 niin, että kuutta potilasta voitaisiin hoitaa samanaikaisesti. Sota ja poikkeusolot kuitenkin peruuttivat aikomuksen. VMA, Ylilääkärin lähettämä kirje Lääkintöhallitukselle 28.5.1940.

³²³ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

³²⁴ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 59/1945, CVI, muutettu 5592. Tänne lisäksi insuliinihoidosta viite.

³²⁵ VVS:n arkisto, Mustasaaren sairaalan vuosikertomukset 1939–1950. Sysiharju 2012, 119–126.

ristukset olivat epäsäännöllisiä, mutta lääkkeillä ne saatiin säännöllisiksi. Oli nimittäin huomattu, että vahvan shokin aiheuttama kouristus paransi tai ainakin helpotti, erityisesti vaikeasti masentuneita. Lisäksi Meduna havaitsi, että epilepsiapotilaat, jotka olivat sairastuneet skitsofreniaan, saivat kohtauksia vähemmän. Meduna käänsi ajattelun toisin päin ja päätti testata, vähentäisivätkö epilepsiakohtauksen tyyppiset kohtaukset skitsofrenian oireita. Lääkkeistä yleisimpiä olivat Yhdysvalloissa Mentrazol, Euroopassa Cardiazol ja Suomessa Pentazol-valmiste. Vuonna 1935 Meduna esitti ensimmäiset arvionsa kouristushoitojen toimivuudesta: 26 potilaasta kymmenen tila oli radikaalisti parantunut. Vuoteen 1936 mennessä tehtyjen tutkimusten perusteella 110 potilaasta puolet voitiin kotiuttaa, hekin tosin olivat akuutisti sairastuneita.³²⁶

Medunan tulokset olivat niin vakuuttavia, että kouristushoidot otettiin nopeasti käyttöön mielisairaaloissa niin Euroopassa kuin Yhdysvalloissakin. Suomessa kouristushoitoja alettiin kokeilla heti vuonna 1937 muun muassa Pälksaassa, Niuvanniemessä, Pitkäniemessä, Kellokoskella ja Siilinjärvellä.³²⁷ Rajuja kouristuksia aiheuttava hoito ei ollut potilaiden keskuudessa suosiossa: esimerkiksi Mustasaaren Oulun Piirimielisairaalaan siirtynyt potilas vannotti useana päivänä, että eihän hän tule saamaan cardiazolia, mieluummin vaikka hirttäytyy.³²⁸ Pahimmillaan potilaat juoksivat cardiazol-piikkejä karkuun, sillä pelkotilat ennen kouristusta olivat vahvat.³²⁹ Mustasaarella käytettiin sekä pentazolia että cardiazolia, mutta vähäisessä määrin. Huippuvuodet olivat 1943 ja 1944, jolloin yhteensä 43 potilaalle annettiin kouristushoitoja. Näiden vuosien jälkeen luvut laskivat alle kymmeneen tapaukseen, jotka olivat akuutisti sairastuneita.³³⁰

Kroonikoiden kohdalla kouristushoitojen käyttäminen oli harvinaisempaa. Kouristushoito oli todettu hyväksi hoidoksi aivan akuutisti sairastuneille. Eräs potilas, joka lähetettiin sairaalaan sotasairaalaan psykoottisena, saatiin cardiazolin avulla rauhallisemmaksi nopeasti. Potilas itsekin oli huomannut hoidon positiivisen vaikutuksen, vaikka valittikin väsymystä. Sairauskertomuksen mukaan potilaalle ei annettu cardiazolia kuurina vaan yksittäisenä pistoksena. Vuotta myöhemmin, kun potilas oli jälleen psykoottinen, hän sai cardiazolia kuukauden ajan muutama päivän välein. Hoidon myötä psykoosi saatiin taltutettua ja potilas pääsi koevapauteen

³²⁶ Shorter 2005, 251–254; Rissanen 2012, 70.

³²⁷ Shorter 2005, 253–254; Rissanen 2012, 70; Pietikäinen 2013, 220–225.

³²⁸ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 50/1942, LXXV, muutettu 5577.

³²⁹ Huttunen 1983, 293; Rissanen 2012, 74.

³³⁰ VVA:n arkisto, Mustasaaren sairaalan vuosikertomukset 1939–1950.

sairaalan apumieheksi.³³¹ Kouristushoito oli helppoa ja nopeaa, sillä muutamat hoitoa saaneet olivat jo illasta työn touhussa.³³²

Cardiazolilla aiheutetusta kouristuksista ei luovuttu kokonaan, vaikka sähköshokkihoito teki-kin kouristushoidoista halvempia, helpompia seurata ja potilaalle miellyttävämpiä. Sähköhoi-
dossa potilas vaipui shokin ajaksi tiedottomaan tilaan toisin kuin kouristushoidossa. Italialaisen
psykiatrin Uno Cerlettin kehittämä sähköhoito yleistyi 1940-luvun aikana, mutta merkintöjä
cardiazolin käytöstä löytyy vielä vuodelta 1952 Rauhan sairaalasta.³³³ Sähköhoidosta tuli no-
peasti suosittua. Suomeen se saapui vuonna 1941, kun Kellokosken ylilääkäri kävi ottamassa
oppia Ruotsista. Aluksi hoitoa kokeiltiin skitsofreniapotilaille, mutta nopeasti huomattiin, ettei
siitä ollut apua. Sen sijaan vaikean masennuksen ja manian hoidossa sähköhoito oli tehokasta,
ja se onkin ainoa ”vanhoista” hoitokeinoista, jota käytetään mielisairauden hoidossa edel-
leen.³³⁴

Mustasaaren saatiin sähköshokkikone vasta vuonna 1950, minkä jälkeen sähköä alettiin antaa
usealle potilaalle.³³⁵ Vuonna 1950 sähköhoitoa sai 36 potilasta, mikä oli enemmän kuin yh-
tenäkään vuonna pentazolia tai cardiazolia saaneiden määrä. Vaarattomia sähköhoidotkaan ei-
vät olleet. Kovat kouristukset aiheuttivat potilaille luunmurtumia ja ruhjevammoja. Vuonna
1949 huomattiin antaa potilaalle lihasrelaksanttia ennen hoidon aloittamista, jottei pahoja vam-
moja syntyisi. Sähkölläkin tuotettu kouristus oli pelottava kokemus, eikä aivan aiheettomasti.
Ennen tajunnan menetystä potilas saattoi tuntea tukehtuvansa ja kuolevansa.³³⁶

Aiemmissä hoitomuodoissa ei tarvittu kirurgin veistä. Vuonna 1935 portugalilainen neurologi
Egas Moniz kokeili mielisairaalapotilaalle psykokirurgista leikkausta. Lobotomiassa³³⁷ eli leu-
cotomiassa potilaan molempiin ohimoihin porattiin reiät, joiden kautta tehtiin viuhkamaisiin
liikkein viillot otsalohkojen kudokseen. Otsalohkon verenkierto säilyi, mutta yhteys tunnetiloja
säätelävään limbiseen järjestelmään katkesi. Leikkauksen ansiosta potilaan ahdistus, pelkotilat
ja psykoosialttius hiipuivat ja potilas suhtautui välinpitämättömämmin omiin harhoihinsa. Vä-
linpitämättömyys johti toisaalta myös siihen, että potilaan aloitekyky, luovuus ja sosiaaliset

³³¹ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 47/42/36/32/1942, LXVII.

³³² VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 78/55/1945, CXXV, muutettu 5603.

³³³ Pietikäinen 2013, 220–222. KA, Lääkintöhallituksen V-arkisto, Saapuneet vuosikertomukset, Rauhan sairaalan vuosikertomus 1952.

³³⁴ Pietikäinen 2013, 221.

³³⁵ VVS:n arkisto, Mustasaaren sairaalan vuosikertomus 1950.

³³⁶ Vataja 1996, s. 30; Pietikäinen 2013, 222.

³³⁷ Moniz nimitti kehittämäänsä leikkausta leukotomiaksi. Lobotomia-nimitys otettiin käyttöön 1936. Pietikäinen 2013, 230. Myös ylilääkäri Suominen nimitti leikkausta leukotomiaksi.

taidot heikkenivät. Sivuvaikutuksena kehittyi niin sanottu prefrontaalinen oireyhtymä, jossa luonne muuttuu pahimmillaan apaattiseksi.³³⁸

Lääketieteen Nobel-palkinnosta huolimatta leikkausten vaihteleva tulos, jopa kuoleman tapaukset (n. 1-3 prosenttia, Kellokoskella 1949–1957 tehdyissä leikkauksissa 5 prosenttia), osaavien kirurgien puute ja hoitajapula johtivat suhteellisen pian siihen, ettei lobotomiasta tullut johtavaa menetelmää mielisairauksien hoitamisessa.³³⁹ Suomessa ensimmäinen lobotomialeikkaus suoritettiin vuonna 1946 Lapinlahdessa potilaana olleelle naiselle. Lapinlahdessa oli katsottu, että masennuksesta ja harhoista kärsinyttä naista ei auttanut mikään muu, joten leikkaukseen suhtauduttiin sekä toiveikkaasti että viimeisenä hoitokeinona. Leikkaus oli onnistunut ja potilaan tila alkoi parantua. Seuraava lobotomialeikattu potilas sen sijaan kuoli. Vasta vuonna 1948 alettiin myös muissa sairaaloissa pohtia leikkauksen käytettävyyttä.³⁴⁰

Mustasaaren sairaalan potilaista vain viidelle tehtiin lobotomialeikkaus.³⁴¹ Leikkaukseen ei tarvittu potilaan suostumusta, mutta potilaan omaisilta tai holhoojalta suostumus oli saatava. Suostumuskäytäntö ei ollut käytössä kaikissa sairaaloissa, mutta Mustasaarella käytäntöä noudatettiin.³⁴² Eräässä tapauksessa potilaalla ei ollut lähiomaisia eikä holhoojaa ollut aiemmin määrätty, joten Suominen lähestyi potilaan kotikunnan holhoustoimea. Muutaman kuukauden kuluttua saapui kirje, jossa ilmoitettiin potilaan uskotuksi mieheksi paikallinen poliisi, joka oli antanut kirjallisen suostumuksen leikkauksen suorittamiseen, mutta leikkausta ei toteutettu. Syytä leikkauksesta luopumiselle ei kerrota.³⁴³

Suomisen mukaan lupaa leikkaukseen oli haettu 19 potilaalle, mutta vain viidelle oli lopulta leikkaus tehty.³⁴⁴ Lupa oli saatu useampaan kuin viiteen leikkaukseen, sillä ainakin kaksi operaatiota jäi tekemättä muista syistä. Toisessa tapauksessa Ruotsista odotettiin sopivaa kirurgi-veistä, mutta se ei ehtinyt saapua ennen kuin potilas oli äkillisesti menehtynyt munuaissairauteen. Toisessa tapauksessa taas leikkauksesta oli luovuttu koska uskotun miehen hankkimisessa oli ehtinyt kulua yli viisi vuotta: luvan tultua vuonna 1956 lobotomian sädekehä oli ehtinyt

³³⁸ Vataja 1996, 5–9; Shorter 2005, 268.

³³⁹ Vataja 1996, 5–9; Shorter 2005, 268; Salminen 2011, 50–56; Pietikäinen 2013, 239–240.

³⁴⁰ Vataja 1996, 5–9.

³⁴¹ VVS:n arkisto, Mustasaaren sairaalan vuosikertomukset 1939–1950. Salminen 2011, 48–51. Analysoimistani sairauskertomuksissa vain yhdelle potilaista oli tehty lobotomia. Neljä muuta potilasta olivat joko akuutti-osastolla hoidettavina tai juuri nämä neljä olivat niiden joukossa, joiden sairauskertomuksia ei arkistosta löytynyt.

³⁴² Rapelo 2012, 71–72.

³⁴³ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 28/1941, XLVIII, muutettu 5560.

³⁴⁴ Rapelo 2012, 71–72.

heiketä jo niin, ettei leikkauksesta nähty olevan merkittävää hyötyä.³⁴⁵ Suominen harmitteli Lääkintöhallitukselle sitä, kuinka suostumuskäytännön noudattaminen antoi lopullisen päätöksen teon sittenkin maallikoiden käsiin eikä suoraa parhaiten asioista tietäville lääkäreille.³⁴⁶

Kaikki viisi Mustasaaren lobotomialeikattua potilasta operoitiin loppuvuodesta 1948 Vaasan kaupunginsairaalassa. Leikkaajana oli professori Lindström. Tunnin kestäneen operaation jälkeen potilasta piti tarkkailla herkeämättä muutaman vuorokauden verran ja sen jälkeen tarkasti muutamia viikkoja. Operaation jälkeen potilas tarvitsi huomion lisäksi kipulääkkeitä ja penisilliiniä. Leikkaus tehtiin tai sitä suunniteltiin vaikeille ja levottomille potilaille. Analysoimassani tapauksessa potilas sai täysin holtittomia raivokohtauksia ilman ennakkovaroitusta. Suominen arvioi hänen kohdallaan operaation onnistuneen, olihan hän selkeästi rauhoittunut ja pystyi osallistumaan työntekoonkin. Kaikkea leikkaus ei kuitenkaan parantanut, sillä potilas eli sairaalassa kuolemaansa asti 1960-luvulle. Näiden viiden potilaan hoitovastus ei ollut kovin hyvä: yksi potilaista kuoli heti leikkauksen jälkeen ja vain yksi potilaista rauhoittui.³⁴⁷

Varsinaisesti leikkaus yleistyi 1950-luvulla, mutta käytäntö hiipui vaihtelevien tulosten ja kirurgipulan myötä varsin nopeasti. Viimeisin leikkaus tehtiin 1972 ja yhteensä leikattiin 1573 potilasta. Yleisimmillään leikkauksia tehtiin vuosien 1950–1957 välillä, jolloin 1229 leikattiin potilasta. Määrällisesti eniten leikkauksia tehtiin Seinäjoen piirimielisairaalan eli Törnävän sairaalan potilaille (390), Töölön sairaalan potilaille (312), Kellokosken sairaalan potilaille (201) sekä Rauhan sairaalan potilaille (100). Kriminaalipotilaiden sairaaloissa³⁴⁸ eli Niuvanniemen, Pitkäniemen ja Mustasaaren potilaille suoritettiin yhteensä 186 leikkausta, joista ei pysty ilman potilasaineiston läpikäyntiä kertomaan, mitkä leikkaukset suoritettiin kriminaalipotilaille.³⁴⁹

Varsinaista syytä siihen, miksi Mustasaassa tehtiin lopulta toiseksi vähiten lobotomialeikkauksia, voidaan esittää valistuneita arvauksia. Kirurgipula ei estänyt naapurisairaalan isoja leikkausmääriä, joten syrjäinen sijainti ei ollut selitys. Toisaalta Mustasaassa potilaita oli verrattain vähän ja heillä oli suhteellisen paljon vapauksia sekä aktiviteetteja, joten ympäristön

³⁴⁵ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomukset 54/1944, XCII, muutettu 5586 ja 28/1941, XLVIII, muutettu 5560. Ainakin yhdessä tapauksessa äiti oli kieltänyt leikkauksen tekeminen. Erään psykopaatin kohdalla Lapinlahdessa potilaan tilaa arvioinut Martti Kaila oli sitä, mieltä että leikkaus ei auttaisi potilasta eikä potilas ollut leikkaukseen myöntynväinen. VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomukset 38/35/1941, LVII, muutettu 5051 ja 66/1949.

³⁴⁶ Rapelo 2012, 71–72.

³⁴⁷ VVS:n arkistot, Mustasaaren sairaalan vuosikertomukset 1948–1949, VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 14/14/13/1940, XXXIV, muutettu 5552.

³⁴⁸ Salminen 2011, 51. Pitää muistaa, että ennen vuotta 1952 kriminaalipotilaita hoidettiin myös muissa sairaaloissa.

³⁴⁹ Salminen 2011, 48–51.

myönteisyys potilaan sairauden kulussa ja kuvassa on voinut vaikuttaa siihen, ettei lobotomiaa ole tarvittu rauhoittamaan potilasta. Mustasaaren f-osaston potilaista monilla oli taustallaan vuosia tai jopa vuosikymmeniä kestänyt laitoskierre, eikä virallista holhoojaa kaikilla edes ollut, joten holhoojan luvan hankkiminen hidasti ja vaati ylilääkäriltä paljon ylimääräistä paperityötä. Suurin vaikuttava tekijä lienee ollut hoitajapula. Leikkaukset tehtiin hoitajapulan pahimpaan aikaan. Leikkauksesta saatettiin aluksi hakea helpotusta vaikeaan hoitajatilanteeseen, mutta sitten huomattiinkin, kuinka paljon ylimääräistä työtä jo valmiiksi kuormitetuille hoitajille potilaista kertyi leikkauksen jälkeisestä valvonnasta. Koska hoidosta ei näyttänyt olevan suurta hyötyäkään, oli ehkä parempi jättää leikkaukset tekemättä.

5.2 Pilleri aamuin ja illoin

Vaikka Mustasaassa ei juuri turvauduttu erilaisiin erikoishoitoihin, potilaita hoidettiin erilaisilla lääkkeillä. Erilaisten unilääkkeiden käytöllä on pitkä historia psykiatrisessa hoidossa. Ensimmäinen, unettavasti vaikuttava lääke oli kloraalihydraatti, jota annettiin ensimmäisen kerran vuonna 1869. Kloraali oli tehokas ahdistuneiden ja masentuneiden unilääke, jolla voitiin korvata esimerkiksi morfiini. Helpottavana aspektina oli annostelu, sillä lääke voitiin ottaa suun kautta. Ongelmaton kloraali ei ollut, sillä lääkkeellä oli runsaasti haittavaikutuksia. Pitempään käytettynä se aiheutti riippuvuutta, ruoansulatuselimistön ja verenkierron häiriöitä ja jopa myrkytysoireita. Sydän- ja verisuonitauteja sairastaville kloraali saattoi olla kohtalokas. Lisäksi lääke maistui ja haisi pahalle.³⁵⁰ Mustasaassa kloraalia käytettiin iltalääkkeenä yleensä silloin, kun potilas oli totuttua rauhattomampi. Jos potilas oli erittäin levoton, touhuileva, puhelias tai muutoin häiritsevä, kloraalia annettiin myös päivisin. Diagnoosilla ei ollut väliä. Olennaista oli, että potilas saatiin rauhalliseksi.³⁵¹

Mustasaassa käytettiin laajalti sulfonaalia, trionaalia tai barbituraattivalmisteita.³⁵² Kaksi ensimmäistä keksittiin 1800-luvun loppupuolella Saksassa. Sulfonaalia pidettiin erityisen hyvänä rauhattomille potilaille, sillä vielä heräämisen jälkeenkin potilas oli monta tuntia väsynyt ja piittaamaton. Hajuton ja mauton sulfonaali ei aiheuttanut ruoansulatusongelmia eikä häirinnyt

³⁵⁰ Harenko 1996, 23–24; Hirvonen 2014, 245–246.

³⁵¹ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950. Vrt. Siilijärven piirimielisairaalassa kloraalia käytettiin useimmiten iltalääkkeenä. Rissanen 2012, 58.

³⁵² VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

verenkiertoelimistön toimintaa, kuten kloraalihydraatti teki. Trionaali oli sulfonaalia nopeavai-
kutteisempi ja poistui elimistöstä nopeammin. Trionaalia pidettiin sulfonaalia vähemmän hai-
tallisena, vaikka sekin aiheutti verenpaineen alenemista, käsityskyvyn hidastumista ja väsy-
mistä vielä pitkään lääkkeen käytön jälkeen. Sulfonaali ja trionaali rasittivat maksaa ja aiheut-
tivat porfyriinuriaa, joka taas sai aikaan kovia vatsakipuja, oksennusta ja ummetusta.³⁵³ On ar-
vioitu, että sulfonaali ja trionaali poistuivat sivuvaikutustensa takia käytöstä ennen 1950-lukua,
mutta Mustasaassa merkintöjä trionaalista löytyy vielä vuodelta 1959.³⁵⁴

Barbituraattijohdannaiset saapuivat lääkemarkkinoille vuonna 1903 ja niiden kultakausi kesti
aina 1960-luvulle, kunnes klooripromatsiini yleistyi. Ensimmäinen barbituraattivalmiste oli ve-
ronaali, mutta vuoteen 1950 tultaessa oli jo 19 erilaista johdannaista, joita käytettiin rauhoitta-
vina ja unilääkkeinä. Suosituimmat näistä olivat pitkäaikaisvaikutteiset veronaali, medinaali ja
luminaali.³⁵⁵ Mustasaassa kyseiset lääkkeet oli omaksuttu osaksi päivärutiinia ja f-osastolla
merkittävä osa potilaista sai barbituraattijohdannaisia päivittäin.³⁵⁶ Verrattuna aiempiin lää-
keisiin esimerkiksi veronaali oli hajuton, eikä sillä ollut pahoja sivuvaikutuksia. Se vaikutti
kolmella eri tavalla: tuomaan unta, rauhoittamaan ja ehkäisemään kouristuksia. Barbituraattien
puoliintumisaika oli pitkä, minkä ansiosta sairast nukuivat pidempään. Nämä kolme vaiku-
tusta olivat erityisen hyödyllisiä maanisten ja melankolisten potilaiden hoitamisessa, joiden
hoitoon veronaalia aluksi paljon käytettiin. Käytettävyytensä ja vaarattomuutensa takia
käyttö yleistyi muidenkin psyykkisten sairauksien hoitamisessa.³⁵⁷ Barbituraateista luminaali
toi helpotusta epilepsian hoitoon. Säännöllisinä annetut luminaaliannokset ehkäisivät epilep-
siakohtauksia.³⁵⁸

Barbituraatteihin kehittyi nopeasti toleranssi, toisaalta riippuvuus ja sivuvaikutukset olivat
huomattavia, joten näitä suositeltiin käytettävän vain lyhyen aikaa kerrallaan.³⁵⁹ Käytännössä
tämä johti Mustasaassa siihen, että potilaille, joille annettiin lääkkeitä joko aamuin ja illoin
tai pelkästään iltaisin, lääkettä vaihdettiin noin muutaman viikon välein esimerkiksi vuorotel-
len veronaalia ja medinaalia.³⁶⁰ Näin ollen ei voida vetää johtopäätöksiä siitä, mitä lääkettä
käytettiin mihinkin oireeseen vaan yleisesti voidaan todeta näiden tavoitteena olleen potilaiden

³⁵³ Harenko 1996, 24, Hirvonen 2014, 246–247.

³⁵⁴ Harenko 1996, 23–24; VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus XXI/1940.

³⁵⁵ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950, Harenko 1996, 24; Hirvonen 2014, s. 250–251.

³⁵⁶ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

³⁵⁷ Hirvonen 2014, 250–251.

³⁵⁸ Hirvonen 2014, 250, VMA, ks. esim. Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 80/1948, CLXXVII.

³⁵⁹ Harenko 1996, 24; Hirvonen 2014, 250–251.

³⁶⁰ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

rauhottaminen ja helpompi hallittavuus. Sietokyvyn kasvusta kyseisiin lääkkeisiin kertoo se, että potilaiden päivittäiseen rutiiniin ei muutoksia juuri tullut: aamulla piti nousta ylös uneliaisuudesta huolimatta.

Myös erilaisia bromipitoisia lääkkeitä käytettiin psykiatrisessa hoidossa 1900-luvun alkupuolella. Kalium-, natrium- ja kalsiumbrominaalia suositeltiin käytettävän pieninä annoksina, sillä ne poistuivat elimistöstä verrattain hitaasti ja niillä oli voimakkaita sivuvaikutuksia. Bromidit olivat oikeastaan myrkyllisiä ja aiheuttivat pitkään käytettyinä muistamattomuutta, aistiharhoja ja hourailua sekä toisaalta fyysisinä oireina ruoansulatushäiriöitä, aknea, paiseita ja viimekädessä myrkytystilan. Bromeja suositeltiin käytettävän yhdessä barbituraattivalmisteiden kanssa, jotta elimistö ei liiaksi tottuisi bromivalmisteisiin eikä barbituraattijohdannaisiin. Tätä mallia Mustasaressakin noudatettiin.³⁶¹

Potilaille, jotka rauhoittavista lääkkeistä huolimatta häiritsivät osaston rauhaa ja olivat erittäin levottomia, annettiin skopolamiinia eli hyoskiinia. Ensimmäisen kerran hyoskiinia valmistettiin villikaalista uuttamalla vuonna 1888. Nopeavaikutteinen lääke vaikutti keskushermostoon lamauttavasti saaden aikaan väsymystä ja laannuttaen kiihtymystiloja. Skopolamiinia on käytetty suomalaisissa mielisairaaloissa jo 1890-luvulta lähtien, esimerkiksi Niuvanniemessä sitä käytettiin ensin yleisesti, ja myöhemmin 1930-luvulla silloin tällöin.³⁶² Mustasaressa monet väkivaltaiset ja levottomat potilaat saivat hyoskiinia injektioruiskeena levottomuus- ja väkivalta-kohtausten hallitsemiseksi. Injektion annos vaihteli kahdeksasta kymmeneen viivaan. Skopolamiinin kanssa yhdessä saatettiin antaa myös morfiinia, joka tehosti skopolamiinin vaikutuksia.³⁶³ Tätä niin sanottua skopomorfiinia ei sairauskertomusten mukaan ole potilaille annettu.³⁶⁴ Syynä tähän lienee ollut morfiinin käytön pihistely, sillä sitä annettiin varsin säästeliäästi kovista kivuista kärsiville potilaille, joiden elämän valo alkoi sammua.³⁶⁵

Lääkkeiden käyttö oli kiinni potilaan fyysisestä ja henkisestä tilasta, eikä ollut yhtä ja samaa kaavaa, jota systemaattisesti olisi jokaisen potilaan tai diagnoosin kohdalla noudatettu. Suosituksi tavaksi tulivat barbituraattijohdannaisten käyttäminen, mutta muiden lääkkeiden käyttö riippui päivän tapahtumisesta ja potilaan tilasta: jos potilas oli harhainen, mutta harmiton, ei

³⁶¹ Harenko 1996, 24, Hirvonen 2014, 248–249.

³⁶² Hirvonen 2014, 242–244.

³⁶³ Harenko 1996, 24; Rissanen 2012, 58–59; Hirvonen 2014, s. 244.

³⁶⁴ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

³⁶⁵ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950, ks. esim 49/1942, LXXIV, muutettu 5576.

katsottu tarpeelliseksi antaa lääkkeitä. Jos taas potilas häiritsi jatkuvasti osaston rauhaa, vahingoitti itseään tai muita, lääkkeitä saatettiin antaa runsaastikin. Potilaiden suhtautuminen lääkkeisiin tuntui olevan neutraalia. Jotkut kieltäytyivät ottamasta lääkkeitä, toisille taas oli kehittynyt niihin riippuvuus. Lääkkeiden vaikutuksesta ja henkilökunnan joustamisesta potilaiden ja määräysten välissä kertonee se, että eräälle potilaalle annettiin tämän pyynnöstä lisää lääkettä. Vaikuttavan lääkkeen sijasta potilaalle annettiin injektiona vettä. Potilas oli tyytyväinen saamansa ”lääkkeeseen”, ylimääräisiä kuluja ei mennyt eikä konfliktia syntynyt.³⁶⁶

Lääkkeiden käyttö Mustasaassa oli päivittäistä levottomille potilaille. Lääkkeillä ei ollut sairautta parantavaa vaikutusta, mutta yleinen rauhattomuus, tuskaisuus ja levottomuus pyrittiin taltuttamaan unilääkkeillä ja rauhoittavilla aineilla. Hoidollisesta näkökulmasta oli tärkeää, että potilaat nukkuivat kunnan yöunia, joten siitä näkökulmasta iltaisin annettujen rauhoittavien lääkkeiden antaminen oli perusteltua.³⁶⁷ Lääkkeet olivat Mustasaassa kuitenkin osa rutiinia, kuin tarkemmin harkittuja hoitotoimenpiteitä. Aina lääkkeet eivät riittäneet rauhoittamaan potilasta. Tällöin oli turvaututtava pakkokeinoihin ja eristystoimenpiteisiin. Ensimmäinen todella potilaita rauhoittanut lääke saapui markkinoille vuonna 1952. Klooripromatsiinin myötä muun muassa skitsofreenikoiden harhat lievenivät, jopa poistuivat siinä määrin, että kroonikoidenkin oli mahdollista päästä kiinni normaaliin elämään.³⁶⁸

5.3 Pakkokeinot kurin ja järjestyksen välineenä

Osana arkea olivat erilaiset pakkokeinot, joita perusteltiin osin hoidollisilla osin kurinpidollisilla perusteilla. Kun tarkastellaan kriminaalimielisairaalan F-osaston pakkokeinoja näkökulmasta, jossa pohditaan, ovatko kriminaalipotilaat nähty ennen kaikkea sairaina vai rikollisina, kannattaa verrata vankiloiden kurinpidollisia toimenpiteitä sairaalan omiin käytänteisiin. Vuonna 1925 annetussa vankeinhoitolaitosta koskevassa asetuksessa määritettiin, että mikäli vangin käytös ei ollut tyydyttävää tai jos hän osoittautui laiskaksi tai huolimattomaksi, voitiin sopivasti supistaa hänelle myönnettyjä, ja etenkin hänen väärinkäyttämäänsä oikeuksia tai muulla sopivaksi harkitulla keinolla ohjata häntä.³⁶⁹ Ohjaamisen keinoina käytettiin erilaisia pakkokeinoja. Psykiatrisessa hoidossa käytettiin ja käytetään edelleen erilaisia pakkokeinoja,

³⁶⁶ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 84/1946, muutettu 4519.

³⁶⁷ Hirvonen 2003, 122; Rissanen 2012, 55–56.

³⁶⁸ Rissanen 2012, 92–94.

³⁶⁹ Nyman 1935, 13.

mikä johtuu suurelta osin psykiatristen sairauksien luonteesta. Pakkokeinoiksi lasken erilaiset potilasta fyysisesti tai henkisesti rajoittavat keinot ja kiellot.³⁷⁰

Sairaalassa pakkokeinoihin ajatellaan liittyvän myös hoitotoimenpiteellinen aspekti: potilaan sairaudesta johtuva levottomuuskohtaus saadaan rauhoitettua, kun potilas otetaan töistä pois ja suljetaan hetkeksi omaan tilaan. Potilaan rauhoittuminen oli tärkeää sekä potilaalle itselleen, henkilökunnalle että muille potilaille. On silti huomattavissa tapauksia, joissa pakkokeinot eivät ole johtuneet sairauden puuskasta, vaan keinoja on käytetty kurinpidollisina toimenpiteinä sallittujen tapojen opettamisessa.³⁷¹ Pakkokeinoina näen myös potilaiden aiempien oikeuksien poisottamisen ja sitä kautta sairaalan normaalin arkitoiminnan rajoittamisen. Yleisin pakkokeino lienee potilaan kävelyoikeuden rajaaminen tietylle alueelle tai tietyyn aikaan.³⁷² Mustasaassa kriminaalipotilaiden oikeutta kävellä rajoitettiin. Pääasiassa potilaat saivat ulkoilla sairaalan rajatulla kävelypihalla yhdessä muiden potilaiden kanssa, mutta kun luottamus potilaan ja henkilökunnan välillä kasvoi, voitiin harkita vapaakävelyoikeutta, jonka ylilääkäri saattoi potilaalle myöntää.³⁷³

Potilas hän ei saanut vapaakävelyoikeutta heti sairaalaan saavuttuaan, vaikka paperit olisivatkin kielineet luotettavuudesta. Vapaakävelyoikeuden saamiseen meni vaihtelevasti aikaa: jotkut saivat oikeuden muutamassa kuukaudessa, toisilla aikaa kului vuosi ja jotkut eivät saaneet sitä lainkaan. Usein oikeutta laajennettiin vähitellen, ja oikeus alkoi esimerkiksi yhdestä vapaasta sunnuntain tunnista laajentuen jokapäiväiseksi oikeudeksi.³⁷⁴ Väärinkäytöksien kohdalla vapaakävelyoikeus otettiin pois, ja sitä harkittiin mahdollisesti myöhemmin uudelleen, jos potilaan käytös muuttui.³⁷⁵ Vapaakävelyoikeuden saamiseksi piti käyttäytyä hyvin ja mukautua sairaalan sääntöihin.³⁷⁶ Vuonna 1942 sairaala sai huomautuksen Lääkintöhallituksen pääjohtajalta liian helposti myönnettävistä vapaakävelyoikeuksista. Huomautuksen taustalla oli vapaakävelyltään karannut potilas, joka oli tehnyt tukun omaisuusrikoksia karkureissullaan.³⁷⁷ Vapaakävelyoikeus oli palkinto, jonka saattoi saada hyvällä käytöksellä. Sen pois ottaminen taas, näkökulmasta riippuen oli rangaistus tai varotoimenpide. Mielivaltaisesti tai potilaalle perustelematta oikeuksia ei rajattu.

³⁷⁰ Salovaara, Immonen & Tyybäkinöja 1997, 10.

³⁷¹ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

³⁷² Salovaara, Immonen & Tyybäkinöja 1997, 10.

³⁷³ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

³⁷⁴ VMA. Mustasaaren sairaalan sairauskertomus, 18/1940, XLII.

³⁷⁵ VMA. Mustasaaren sairaalan sairauskertomus, 18/1940, XLII.

³⁷⁶ VMA. Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

³⁷⁷ VMA. Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 19/19/18, 5555.

Eräältä potilaalta kiellettiin ilta-ajan matkat Vaasaan jääpallo-otteluihin sen jälkeen, kun hän olikin lähtenyt pelin sijasta paikalliseen ravintolaan juopottelemaan. Vasta illalla kymmenen aikaan takaisin sairaalalle palannut mies sai kaikesta huolimatta jatkaa töitään verstaalla suutarina.³⁷⁸ Eräs keittiöllä toiminut, varkaudesta tuomittu mies oli alkanut käydä luvatonta kaupaa sairaalan omilla ruokatarvikkeilla, joten hänet siirrettiin keittiöltä muihin töihin.³⁷⁹ Ammattitaidon merkitys työtehtävien muuttamisessa tai siirroissa oli merkittävä. Jos potilaan kädentaidot olivat verrattomat ja työntulos tärkeä sairaalan kannalta, töiden tekeminen saattoi jatkaa selkkauksista huolimatta. Toisaalta myös rehellisyydellä oli merkitystä, sillä jos potilas myönsi heti virheensä ja vilpittömästi pyysi anteeksi, pakkokeinoja ei välttämättä nähty tarpeellisiksi. Työkohteen muuttaminen tai kokonaan töistä pois ottaminen ei yleensä ollut pysyvä ratkaisu, vaan toimettomuutta kesti muutaman päivän, mikäli potilas itse halusi tehdä töitä.³⁸⁰ Työn pois-ottaminen kulki rangaistustoimenpiteen rajamailla: niille, joille työ oli eräänlainen henkireikä, työn poisottaminen oli pakkokeino. Vaikka järjestyksen rikkominen olisi sattunut muualla kuin töissä, saatettiin silti työt ottaa pois. Esimerkiksi Ruotsissa oli sama käytäntö vankiloissa, joissa järjestystä rikkonut vanki otettiin töistä pois korkeintaan 30 päiväksi.³⁸¹

Vapaakävelyoikeuden rinnalla yleisin pakkokeino oli tupakka-oikeuden rajoittaminen, joko tupakan määrällä tai tupakointiajoilla. Tupakoinnin rajoittaminen tuntui monesta potilaasta ikävimmältä. Useat potilaista tunnustautuivat koviksi tupakkamieheiksi, joten riippuvuutta aiheuttaneen nautintoaineen rajaaminen tuntui potilaista ikävältä.³⁸² Tupakka oli 1940-luvulla muutoinkin vähissä, joten oli taloudellista ja helppoa rajoittaa potilaiden tupakointia. Eräs potilas joka oli ulkotöistä karannut kahdeksi päiväksi, joutui luopumaan tupakoistaan ja ulkoilu-oikeudestaan. Viikon kuluttua potilas sai taas ulkoilla kävelypihalla yhdessä muiden potilaiden kanssa ja tupakkiakin sai tuttuun tapaan, mutta yöeristys jatkui vielä kolme viikkoa.³⁸³

Virikkeiden rajaaminen oli helppo ja yleinen pakkokeino. Potilaalta saatettiin ottaa pois esimerkiksi kirjoitusvälineet, sanomalehdet tai radio. Useimmiten pakkokeino kohdistettiin asiaan, joka aiheutti potilaan ja henkilökunnan tai muiden potilaiden keskuudessa eripuraa. Jos potilas esimerkiksi kuunteli öisin radiota niin, että se häiritsi toisia potilaita, oli luonnollista että radio otettiin potilaalta pois. Tämä tarkoitti toisaalta sitä, että potilaalle tärkeä asia otettiin

³⁷⁸ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 69/1948.

³⁷⁹ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 62/1949.

³⁸⁰ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

³⁸¹ Nyman 1935, 8–9.

³⁸² VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

³⁸³ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 62/1949.

pois. Pakkokeinojen pituutta on vaikea arvioida, sillä henkilökunta ei aina ilmoittanut milloin potilas oli saanut oikeutensa takaisin. Muita yleisiä pakkokeinoja olivat saunomisen rajoittaminen tai kieltäminen ja vierailuoikeuden supistaminen.³⁸⁴ Useimpien oikeuksien epäämisen taustalla oli jonkinlainen käytöshäiriö tai sairaaläsääntöjen rikkominen.

Vaikeissa tapauksissa, kun luottamusta ei ollut lainkaan, saatettiin käyttää useampaa pakkokeinoa. Eräs potilas, joka oli käyttäytynyt varsin nuhteettomasti ja saanut paljon luottamusta, joutui kuukauden eristyksen lisäksi luopumaan kirjoitusvälineistään ja tupakka-oikeudesta, kun oli luvatta poistunut sairaalan alueelta. Lisäksi potilaalta kiellettiin vieraiden vastaanottaminen seuraavalta kuudelta kuukaudelta. Mies oli yhdessä toisen potilaan kanssa tehnyt luvattoman matkan Vaasaan, jossa he ”tekivät ’ostoksia’ (käsineet, solmio, laitton liha- ja vaatetuskortti), ryöstivät käsilaukun joltakin naiselta --- ja juopottelivat eräässä ravintolassa”. Kiinnijäämisen tapahduttua kävi ilmi, että potilas oli valehdellut jo pidemmän aikaa tekemisistään ja siksi seuraus oli näin kova.³⁸⁵ Tyypillisempää oli ottaa tupakointioikeus pois tai siirtää potilas ulkotöistä sisätöihin, jos hän oli esimerkiksi niskuroinut.³⁸⁶ Eräs potilas, joutui pois ulkotöistä kun työntekeo meinasi olla jatkuvasti riitelyä toisten potilaiden kanssa. Tilanteeseensa tyytymätön mies valitti asiasta Lääkintöhallitukselle ja vaati päästä takaisin ulkotyöryhmään tai jopa perhehoitoon. Ylilääkäri Y.K. Suominen selvensi tilannetta ja toivoi, ettei valitus aiheuttaisi isompia toimenpiteitä, sillä potilaan vapaampi oleminen uhkasi sairaalan turvallisuutta. Lääkintöhallitus ei huomauttanut asiasta mitään.³⁸⁷

Kuten esimerkeistä huomaa, rajoitusten käyttäminen riippui aina tilanteesta ja potilaasta. Toisten kohdalla rajoitukset olivat kovempia kuin toisten, mikä oli omiaan lisäämään potilaiden välisiä kahnauksia ja tyytymättömyyttä henkilökuntaan. Rajoitukset olivat kuitenkin välttämättömiä turvallisuuden kannalta. Siitä, että potilaan kanssa olisi neuvoteltu sopivasta rajoituksesta, ei ole tietoa, mutta suurin osa potilaista ymmärsivät oikeuksien ja velvollisuuksien välisen suhteen. ”Herra Ylilääkäri viitaten hyvään käytökseeni ja kunnolliseen ja hyvään työsuoritukseeni, Pyydän nöyrimmin teitä antamaan minulle kaikkia niitä etuja, joista sairaalassa voidaan antaa, sillä en käytä niitä väärin”. Kyseisen kirjeen kirjoittanut potilas oli elänyt eristyksessä jo hetken aikaa moitteettomasti, joten ylilääkärillä ei ollut syytä olla vastaamatta potilaan toiveeseen ja potilas pääsi ulkotöihin.³⁸⁸ Potilaalta kysyttiin tapahtumien kulku, jonka

³⁸⁴ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

³⁸⁵ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 5554/1940.

³⁸⁶ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

³⁸⁷ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 13/1950.

³⁸⁸ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 77/1948, CXXIV.

jälkeen rajoitukset ilmoitettiin. Reagoitavat vaihtelivat aggressiivisista hyväksyviin. Potilaiden näkökulmasta luottamuksen saaminen oli vapauttavaa, mutta samalla petollista. Yhdellä virheliikkeellä – oli se sitten tietoinen tai ei - vapaus oli jälleen menetetty, ja luottamuksen kerääminen piti aloittaa alusta.

Suhtautuminen hankaliin potilaisiin herätti kysymyksiä muuallakin kuin Mustasaassa. Turun vankimielisairaalassa ylilääkäri Heikinheimo tuskaili turvallisuusnäkökohtien ja hoidollisten periaatteiden välillä, sillä pakkokeinottomuus ja vapaus olivat uusia tuulia mielisairaanhoidossa. Yhteiskuntavastaisia kriminaalipotilaita piti ohjata lempeällä kädellä oikeaan suuntaan, jotta sielunelämän muutoksia voitaisiin korjata.³⁸⁹ Aina lempeä neuvonta ei yksinkertaisesti riittänyt. Pakkokeinoihin ja eristämiseen turvauduttiin lähes poikkeuksetta aina kun potilas oli rikkonut sairaalan sääntöjä tai oli ollut väkivaltainen. Yleisesti katsottuna taustalla useimmiten oli juuri turvallisuusnäkökohta, mutta piilomerkityksenä on osittain ollut kurituksellinen ja kasvatuksellinen, oikeaan suuntaan ohjaava toimintatapa. Ohjeet, säännöt ja sallitut tavat eivät aina riittäneet ”kuuliaisten ruumiiden” tuottamiseen.³⁹⁰ Liikkumavara hoitamisen, kasvattamisen, kurittamisen ja rankaisemisen välillä oli hiuksenhieno.

5.4 Eristys

Pakkokeinoista totaalisiin on eristys. Eristäminen mielletään pakkokeinoksi, jonka tuloksena tahdosta riippumattomassa hoidossa oleva potilas siirretään erityiseen huoneeseen, jossa ei ole virikkeitä.³⁹¹ Mustasaassa eristyskäytänteiden variaatio oli laaja. Ryhmitän paikassa tapahtuvaa eristystä sen totaalisuuden mukaan. Totaalisessa eristyksessä potilas suljettiin tyhjiin eristyshuoneeseen ilman virikkeitä. Osittaisessa eristyksessä taas potilas oli pääosan ajastaan lukkojen takana, mutta sai esimerkiksi tehdä töitä tai olla hetkiä muiden potilaiden kanssa tarkassa valvonnassa. Eila Sailas sisällyttää eristämiskäytänteisiin myös potilaan sitomisen sitä varten kehitetyin apuvälinein, kuten lepositein, potilaan liikkumisen rajaamiseksi. Eristämiselle ominaista oli tahdosta riippumattoman potilaan rajoittaminen fyysisesti.³⁹² Mielisairaanhoidon oppikirjoissa 1920- ja 1950-luvuilla eristämisestä erillisenä toimenpiteenä mainittiin

³⁸⁹ Ranta 1979, s. 82–83.

³⁹⁰ Foucault 2005, s. 185, 193–213.

³⁹¹ Salovaara, Immonen, Tyybäkinoja 1997, 8; Kaltiala-Heino, 1999, 107–108.

³⁹² Sailas 1996, 81. Liikkumista rajoittavien välineiden käyttöä nimetään myös mekaanisiksi pakkokeinoiksi. Kinnunen 1950, s. 76–77. 1900-luvun alkupuolella mekaanisen pakkokeinon välineitä olivat pakkopaidat, pakkokäsineet, suojarukkasat, lepositeet, verkolla suojatut sängyt. Vuorio 2010, 57–58.

vielä erottaminen. Erona oli se, että erottamisessa potilas vietiin eri huoneeseen ilman suoranaista sulkemista sinne. Mustasaassa hoitajat eivät käyttäneet erottamisen käsitettä. Tulokset molemmissa oli aina sama: potilas vietiin muista erilleen.

Eristyskäytänteillä osana mielensairaiden hoitoa on pitkä historia. Suomessa ensimmäisessä hourulassa eli Seilin hospitaalissa eristystä käytettiin laajalti. Seilin saarelle vuonna 1619 rakennettu hospitaali oli raju esimerkki eristämisestä: potilaat oli suljettu ahtaisiin koppeihin välittämättä sairauden laadusta tai käytöksestä. Oloista annettiin huomautus vuonna 1809, ja vähitellen toimet muuttuivat inhimillisempään suuntaan.³⁹³ Pakkokeinojen lopettamista mielisairaalahoidossa on yritetty 1900-luvulla Euroopassa ja Suomessa useaan kertaan. Pinel päätti lopettaa pakkopaitojen käytön 1800-luvulla. Suomessa taas Axel Hårdhin alaisuudessa aloitettiin Niuvanniemessä tarkan valvonnan alainen vuodehoito purkamalla yksityishuoneita. Lapinlahden ylilääkäri Christian Sibelius kielsi pakkopaitojen käytön 1904 ja lähti muokkaamaan sellimmäisiä huoneita sairaalamaiseen suuntaan.³⁹⁴ Pakkokeinottomuuden ajateltiin onnistuvan valvonnan lisäämisellä. Käytäntö osoitti kuitenkin pian, ettei kaikista pakkokeinoista pystytty luopumaan, vaikka lempeämpi suhtautuminen potilaisiin olikin toivottua.³⁹⁵

Mustasaassa oikeastaan vain harva potilaista joutui totaaliseen eristykseen, mutta osittainen eristäminen tuli tutuksi monelle potilaalle. Lähtökohtaisesti eristykseen ei joutunut heti sairaalaan tullessa. Poikkeuksena olivat potilaat, jotka olivat aiemmassa hoitopaikassaan surmanneet joko hoitajan tai potilaan. Useimmiten eristykseen joutumisen syynä oli jonkinlainen häiriökäyttäytyminen: levottomuus, väkivaltaisuus, kovaäänisyys, uhkailu, repiminen, riehuminen tai järjestyshäiriöiden suunnitteleminen. Toisaalta eristys oli rangaistus aiemmista väärinkäytöksistä, kuten karkaamisista, luvattomista kaupoista, aseiden tehtailusta tai tupakoinnista väärään aikaan.³⁹⁶ Yleensä eristyksen pääsy oli yleisen turvallisuuden takaaminen potilaalle itselleen, toisille potilaille sekä henkilökunnalle. Lähtökohtaisesti kynnyks eristämiseksi oli matalampi potilaan statuksen vuoksi.

³⁹³ Turunen & Achté, 1983, 96–98; Sariola & Ojanen 1997, 82, 133–134.

³⁹⁴ Achté 1983, 106, 109–111, Vuorio 2010, 56.

³⁹⁵ Vuorio 2010, 56–57.

³⁹⁶ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

”Tänään pidetty huoneessa perusteellinen tarkastus ja otettu tavarat pois, raivostui siitä ja repi lämpöpatterin irti, kovasti väkivaltainen hyökkäsi monta kertaa hoitajien ja toisten potilaiden päälle. Sai hyosiinia ja apomorfiinia. On nyt toistaiseksi täydellisesti eristyksessä. Uhkailee kovin, joten on syytä olla hänen kanssaan varuillaan”³⁹⁷

Totaalinen eristys kesti muutamasta tunnista pariin päivään yleensä sen aikaa, että potilas oli rauhoittunut ja hoitajat pystyivät luottamaan siihen, ettei hän aiheuttaisi enää häiriötä. Eräs potilaista oli eristettynä vain muutamana tunnin, jolloin eristys oli totaalista. Levoton ja väkivaltainen potilas rikkoi sairaalan astioita joutuen tyhjäan huoneeseen.³⁹⁸ Potilaan oman turvallisuuden takia, ja toisaalta myös sen takia, ettei sairaalalla ollut varaa jatkuvasti hankkia esimerkiksi uusia peittoja ja vaatteita, riehuville potilaille ei annettu huoneeseen juuri mitään virikkeitä. Riippuen potilaasta voitiin tehdä myös niin, että eristämistä lievennettiin vähitellen muun muassa sillä, että potilas sai syödä toisten kanssa. Kun tilanne on rauhoittunut täysin, potilas pääsi eristyksestä pois kokonaan. Tämä kehitys tapahtui yleensä hitaasti.³⁹⁹

Tilanteen, vapaiden huoneiden ja potilaiden keskinäisten kemioiden mukaan päätettiin siitä, oliko eristämislle tarvetta ja mihin potilas joutui. Useimmiten potilas eristettiin huoneeseensa, jonka hän jakoi toisen potilaan kanssa. Tilojen puutteen vuoksi näin oli välttämätöntä tehdä. Jos varsinaista eristyshuonetta ei ollut vapaana, saatettiin potilas eristää esimerkiksi kylpyhuoneeseen.⁴⁰⁰ 16 varsinaiseksi eristyshuoneeksi rakennettua huonetta toimi potilaiden asuinhuoneina. Huoneet olivat korkeita ja valoisia, eivät synkkiä koppeja. Eristyshuoneiksi ne leimaantuivat tuplaoven ja ovesa olevan tarkkailuikkunan myötä.⁴⁰¹ Osittainen eristäminen saattoi jatkua viikkoja, kuukausia tai jopa vuosia. Pitkäksi aikaa eristykseen joutui levottomuudesta, vakavasta järjestyshäiriöistä tai sen suunnittelusta tai jatkuvasta uhkailusta. Muutamat potilaista viettivät koko Mustasaassa viettämänsä ajan lukkojen takana ja vapaalla ollessaan erittäin tarkan valvonnan alla.⁴⁰² Yleisin eristyskäytännöksi oli yöeristäminen. Yön ajan eristyspotilaiden huoneiden ovet olivat aina lukossa. Syynä tähän oli, että kahdella yöhoitajalla ei ole ollut valmiuksia pitää potilaita kurissa, mikäli jotain arvaamatonta olisi tapahtunut. Kuten aiemmin

³⁹⁷ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 70/1946, CXL.

³⁹⁸ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 14/14/13/1940, XXXIV, 5552.

³⁹⁹ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

⁴⁰⁰ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950. Myös Pitkäniemessä eristettiin potilaita kylpyhuoneeseen. Sysiharju 2012, 125.

⁴⁰¹ VMA, Ylilääkärin Lääkintöhallitukselle lähettämä kirje 8.10.1938, VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 28/1941, XLXVIII, muutettu 5560.

⁴⁰² VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950, ks. esim. 59/1945, CVI muutettu 5592 ja CLXXX/1949, muutettu 5635.

mainitsin, suunnitelmalinen väkivalta ja karkaamiset pyrittiin toteuttamaan yöllä juuri siksi, että valvoja oli vain kaksi.⁴⁰³

Pidempään eristykseen joutuneet potilaat saivat käydä eristyksen aikana tietyin väliajoin tupakalla, mikäli heille oli tupakka- oikeus selkkauksesta huolimatta myönnetty. Päiväsaliin saattoi päästä pariksi tunniksi, ja töitä he tekivät eristyksessäänkin. Tällöin työksi valikoitui tietenkin sisällä suoritettavia töitä, kuten sukkiensa parsintaa, kirjekuorien taittelua, kanttinauhan sitomista ja nappien parsintaa. Ehdottomasti yleisin työ oli siivoaminen. Jokainen potilas vastasi huoneensa siisteydestä: petasi sängyn, pyyhkivät pölyt ja niin edelleen. Joissain tapauksissa eristyksen aikana sai oleskella tunnin verran päiväsalissa, mutta tällöin potilas oli tiukan erityisvalvonnan alaisena. Samoin kävelytunnelille saattoi päästä noin tunniksi, mutta eri aikaan kuin muut potilaat. Sen ajan, mitä potilas ei ollut eristyskammiossa, hänen seurassaan oli aina hoitaja.⁴⁰⁴

Muita fyysisiä eristystoimenpiteitä olivat potilaan sitominen sänkyyn, kietominen kääreisiin tai liikkumista rajoittavat hihanutut. Useimmiten tämänkaltaisen sitomisen taustalla oli hoidollinen syy, sillä esimerkiksi hihanutut laitettiin potilaille, jotka repivät ja raapivat itseään. Eräs potilas kärsi repimisvimmasta: vapailla käsillä potilas repi jatkuvasti vaatteensa, patjansa ja petivaatteensa. Yksi potilas taas tuppasi syömään kaiken mitä käsiinsä sai.⁴⁰⁵ Muutamat erittäin levottomat ja uhkaavat potilaat joutuivat käärehoitoon, jossa heidät kapaloitiin paksuihin huoppiin. Mustasaarella kääreitä ei käytetty psykoottisten tilojen rauhoittamiseen vaan levottomuuden hallintaan enemmänkin kurinpidollisena toimenpiteenä. Yksi potilaista joutui kosteisiin kääreisiin rikottuaan ikkunan. Pois hän pääsi, kun lupasi olla riehumatta. Kapaloissa makoilun pituus riippui jälleen tilanteesta, mutta useimmiten kääreissä oltiin kahdesta kuuteen tuntiin. Kääreet rauhoittivat potilaan yleensä lopulta, mutta alun pyristely saattoi aiheuttaa kipeitä hankauma- haavoja.⁴⁰⁶

⁴⁰³ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

⁴⁰⁴ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset, ks. esim. sairauskertomus 73/1945, CXX, muutettu 5599.

⁴⁰⁵ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset, ks. esim. 2/2/1940, XXII ja 9/9/1940, XXIX, muutettu 5044.

⁴⁰⁶ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 72/1948, CLXIX, muutettu 5060, 64/1946, CXXXIV ja 75/1945, CXXII, muutettu 5601.

”Sama on asia, jos minä näen, että joku toverini ilman aihetta, pannaan koppirangaistukseen, enkä minä yritäkään tehdä asiassa muutoksen saamiseksi mitään. – H on laskettava sellistä pois, ellei hän ole todistettavasti tehnyt mitään paha.”⁴⁰⁷

Potilaiden oma suhtautuminen eristämiseen oli hyvin vaihtelevaa. Aggressiivisuuden tunteita eristämisestä tuli lähinnä silloin, kun potilas oli yllätynyt niin kovasta toimenpiteestä tai koki sen epärealistisena. Kuten yllä olevasta lainauksesta voi huomata, potilaiden eristäminen ei jäänyt toisilta huomaamatta. Osalle eristäminen oli nöyryyttävä kokemus erityisesti silloin, jos eristämiseen liittyi alastomuus. Eristäminen koettiin myös pelottavana, epämiellyttävänä ja välteltävänä asiana.⁴⁰⁸ Kurinpidollisena toimenpiteenä eristys toimi joillekin erinomaisesti: kerran eristykseen joutunut ei halunnut sinne enää, joten katsoi paremmaksi käyttäytyä hyvin. Toisaalta eristykseen saattoi myös toivoa pääsevänsä: *”ei minulle nyt mitään erikoista kuulu hyvin on mennä kun pääsin tänne koppiin on niinku olis pois sairaalasta siirretty ja en kaipaa sinne takaisi en koskaan nauran aina hoitajain kanssa kun ankara määräys pitää ovi lukossa ettei toiset potilaat pääse minun luokseni hoitajat sen kyllä hyvin tietävät etten minä kaipaa hullujen seura”⁴⁰⁹.*

Harvoin eristystä perusteltiin hoidollisella syyllä. Lukuun ottamatta tuberkuloosipotilaita, potilas ei joutunut esimerkiksi vaarattomien harhojensa takia eristykseen.⁴¹⁰ Jos potilas ei käyttäytymisellään, puheillaan tai teoillaan häirinnyt osaston toimintoja tai toisia potilaita, eristykseen ei joutunut. Sota-aikana eristystä ja muita pakkokeinoja oli välttämätöntä käyttää enemmän, sillä henkilökunnasta, erityisesti mieshoitajista, oli niin iso pula, että osaston rauha olisi ollut jatkuvasti vaakalaudalla.⁴¹¹ Mustasaarella eristyksellä oli kolme ulottuvuutta: osaston turvaaminen väkivallalta, järjestyshäiriöiden ehkäiseminen ja rikkomuksista rankaiseminen, vaikkei turvallisuus enää olisi ollut uhattunakaan.

6 UNELMA POISPÄÄSYSTÄ

*”Oi kuolema sinä suloinen aamu
Kun tulet poissa on piiskurin haamu
Henki kirkas ylös tähtiin liittää*

⁴⁰⁷ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 52/1950.

⁴⁰⁸ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950, Kaltiala-Heino 1999, 110–111.

⁴⁰⁹ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus LVII/1943, muutettu 5581.

⁴¹⁰ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950, ks. esim. 5637/1950.

⁴¹¹ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 28/1941, XLIX.

6.1 Hoitoajat

Joutuminen mielisairaalaan ei kaikille potilaille 1940-luvulla merkinnyt sinne loppu elämäksi jäämistä. Mielenhäiriöihin alettiin tarttua aiemmin, eivätkä ne päässeet kehittymään aivan niin pahoiksi kuin ennen. Monet uusista kehitetyistä hoitokeinoista toimivat erityisesti akuutisti sairastuneilla. Kroonisesti sairastuneiden, erityisesti skitsofreenikoiden, kanssa tilanne oli lohduttomampi. Hoitoajat olivat pitkiä, sillä poispääseminen riippui monesta muustakin tekijästä kuin pelkästään sairauden tilasta. Mustasaaresta oli potilaita, jotka ovat eläneet lähes koko elämänsä laitoksessa. Lapsuudessa elämä saattoi viedä lavealle tielle heti varhaisnuoruudesta, jolloin kasvatustilat tulivat tutuiksi. Jatkuva laitoksissa eläminen johti laitostumiseen, eikä potilas olisi yksinkertaisesti enää pärjännyt yksin. Vaikka sairaalassa opetettiin oikeita elintapoja, potilaiden ei tarvinnut huolehtia esimerkiksi rahasta. Yhteiskuntaan sopeutuminen olisi ollut vuosikymmeniä laitoksessa eläneille vaikeaa.

Monelle Mustasaari oli sairaaloista niin sanottu viimeinen sijoituspaikka, kuten Seili oli ollut 1700–1800-luvuilla, jolloin parantumattomasti sairaille lunastettiin loppuelämän hoitopaikka. Silloin saarelle lähdettiin hauta-arkun laudat mukana. Lunastamisesta luovuttiin 1900-luvun alussa, mutta se ei muuttanut sitä, että monet sairaista olivat sairaaloissa elämänsä loppuun. Mustasaaren sijoitetut olivat vaikeahoitaisia sinne tullessaan, mutta vuosikymmenien kuluessa he rauhoittuivat, sairaus kroonistui ja potilaat laitostuivat. Muiden sairaaloiden tapaan myös Mustasaarella monet olivat siellä vuosikymmeniä, joskus kuolemaan asti.⁴¹³ Pääasiassa poispääseminen riippui kahdesta asiasta: oliko sairaus niin hallittava, ettei siitä ollut enää merkittävää haittaa potilaalle tai yhteiskunnalle, ja oliko potilaalle tiedossa sopiva koti sairaalasta lähdön jälkeen? Lopullisen arvion potilaan sairaalasta poistamisesta teki lääkintöhallitus, mutta ylilääkärin lausunnolla oli merkittävä painoarvo. Hoitoaikaa määräsi taudin tila, tehty rikos ja se, oliko potilaalla luotettava paikka, johon lähteä. Hoitoaikaa pidensi skitsofrenia, vajaamielisyys ja väkivaltarikos.

Diagnoosit tekivät hoitoaikoihin suuria eroavaisuuksia. Skitsofreenikoiden hoitoajat olivat koko maassa pitkiä, Mustasaarella heitä hoidettiin keskimäärin 18 vuotta. Ero sairasmielisiin

⁴¹² VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 34/31/1941, LIV, muutettu 5050. Potilaan runo 4.8.1945.

⁴¹³ Ks. esim. Leskinen 2007, 113–114; Vuorio 2010, 132–134, Rissanen 2012, 46–48.

oli melkoinen, sillä aineiston pohjalta heidän hoitoaikansa oli keskimäärin kuusi vuotta, josta neljä vuotta vietettiin Mustasaassa. Psykopaatin diagnoosilla sairaalaan tulleiden hoitoajat olivat kuitenkin todellisuudessa pidempiä, sillä lukua vääristävät sairaaloiden välillä tehdyt siirrot. Siirroista huolimatta on selvää, että psykopaattien hoitoajat olivat reilusti lyhempiä kuin muiden kriminaalipotilaiden. Vajaamielisten hoitoajat olivat niin ikään pitkiä, keskimäärin 14 vuotta. Huomion arvoista jokaisessa ryhmässä on, että mitä vakavammasta rikoksesta oli kyse, sitä pidempi oli hoitoaika. Esimerkiksi väkivaltarikoksen tehnyt skitsofreenikko oli hoidossa viisi vuotta omaisuusrikoksen tehnyttä toveriaan pidempään. Henkirikoksen tehnyt skitsofreenikko oli sairaalassa noin 25 vuotta, kun taas vaikeahoitoisena sairaalaan tullut vain 11 vuotta. Diagnoosin ja rikoksen välisestä yhteydestä kertoo myös se, että omaisuusrikoksen tehnyt skitsofreenikko oli sairaalassa keskimäärin 22 vuotta mutta psykopaatti vain kahdeksan vuotta.⁴¹⁴

Suomen viralliseen tilastoon vuodelta 1940 verrattuna Mustasaaren potilaiden hoitoajat olivat pidempiä kuin hoitoajat yleensä. Esimerkiksi skitsofreenikoista 31 prosenttia pääsi pois sairaalasta alle neljässä vuodessa ja vain 14 prosenttia vietti sairaalassa kymmenestä kahteenkymmeneen vuotta. Skitsofreenikon keskimääräinen hoitoaika oli hieman yli kuusi vuotta. Sairasmielisillä taas hoitoajat olivat keskimäärin 2,5 vuotta. Heistä lähes puolet pääsivät pois alle vuodessa, mikä eroaa merkittävästi Mustasaaren sairasmaelisten hoitoajoista. Vajaamielisten hoitoajat olivat niin ikään alhaisempia, sillä keskimäärin vajaamielinen pääsi mielisairaalaan pois hieman yli neljässä vuodessa.⁴¹⁵ Taudin kuva ja vaikeahoitoisuus määrittivät pääasiassa hoitoaikaa, mutta rikostaustalla oli osuuteensa hoitoajan pituuteen.⁴¹⁶

1940-luvulla Mustasaassa hoidettujen väkivaltarikollisten hoitoajat olivat erittäin pitkiä. Toiseen sairaalaan siirrettyjen potilaiden kohdalla ei saada tarkkoja lukuja hoitovuosista, mutta kokonaisuudessaan voidaan sanoa, että vakavista väkivaltarikollisista (pois lukien lievät pahoinpitelyt) alle kymmenen vuotta hoidossa olivat vain pian kuolleet ja seitsemän koevapautteen päässyttä potilasta. Murhannut, tappanut tai näitä yrittänyt potilas vietti sairaalahoidossa siis vuosikymmeniä. Kun lasketaan hoitovuodet aina tuomiosta viimeiseen hetkeen, jonka hen-

⁴¹⁴ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950. Vrt. Rissanen 2012, 46–49. Psykopaattia nähtiin sairautena, joka voitiin parantaa kurilla ja kasvatuksella. Skitsofrenia taas oli usein parantumaton ja siksi hoitoajat olivat pitkiä.

⁴¹⁵ SVT 1940, 121.

⁴¹⁶ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

kirikoksen tehnyt potilas Mustasaassa vietti, hoitoaika kohoaa keskimäärin 22 vuoteen. Pahoitpitelijöiden hoitovuosien keskiarvo oli noin 18 vuotta.⁴¹⁷ Eräs tapon yrityksestä tuomittu vainoharhainen skitsofreenikko vietti elämästään 55 vuotta mielisairaalassa, joista 47 Mustasaassa.⁴¹⁸ Vaikka väkivaltarikos olisi ollut vakava, nopea koevapautteen pääseminen saattoi olla mahdollista, mikäli kukaan ei ollut kuollut.⁴¹⁹

Omaisuusrikollisten kohdalla esimerkiksi tarkkojen hoitoaikojen määrittäminen aineistojeni pohjalta on hankalampaa. Tähän syynä ovat omaisuusrikollisten diagnoosit. Suurin osa omaisuusrikollisista oli psykopaatteja eivätkä siten selkeästi mielisairaita tai hoidon tarpeessa olevia. Potilaita siirreltiin sairaalasta toiseen, koevapautta saatettiin yrittää useasti, joten kokonaisuhoitoajan laskeminen on mahdotonta. Suuntaa antavia lukuja toki voi esittää. Tiedossa olevien hoitovuosien perusteella omaisuusrikollisten hoitovuosien keskiarvo oli 14 vuotta, eli seitsemän vuotta vähemmän kuin väkivaltarikollisten. Mustasaassa he olivat hoidossa keskimäärin kahdeksan vuotta.⁴²⁰

Yhteiskunnan internointi ensikertalaisten varkauden ja selkeästi mielisairaiden tai vajaakykyisten kohdalla on ollut tehokasta. Näistä kuudesta ensikertalaisesta vain yksi oli psykopaatti, ja hän selvisi kahdeksalla hoitovuodella. Toinen, joka on selvinnyt muutamalla hoitovuodella, oli potilas, jonka diagnoosista ei ole ollut täyttä selvyyttä. Neljän muun ensikertalaisen hoitovuosien keskiarvo kohoaa 43 vuoteen. Aluksi voi olla hämmentävää, että hevosvarkaudesta on joutunut yli 40 vuodeksi mielisairaalaan.⁴²¹ Selitys näkyy diagnoosista: vaikka rikos oli lievä, sairaus oli parantumaton skitsofrenia, vähämielisyyttä tai vaikeaa epilepsiaa. Uusintarikollisten keskimääräinen ikä oikeudenkäynnin ja sitä seuranneen sairaalaan joutumisen kohdalla oli kymmenen vuotta ensikertalaisia korkeampi, 32 vuotta.⁴²² Kymmenessä vuodessa taparikkoliset ehtivät tehtailemaan useita omaisuusrikoksia.

Pääsyynä erittäin pitkille hoitoajoille on diagnoosi: skitsofrenia tai vajaamielisyys. 1940-luvulla Mustasaaren joutunut vaikeasti sairas potilas saattoi elää sairaalassa vuosikymmeniä, aina 1980-luvulle saakka. Eräs tapon yrityksestä syytetty skitsofreniaa sairastanut mies joutui

⁴¹⁷ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

⁴¹⁸ VMA Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 29/29, XLIX.

⁴¹⁹ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

⁴²⁰ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

⁴²¹ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus XXI/1940.

⁴²² VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

valtion mielisairaalaan vuonna 1934. Potilas siirrettiin Mustasaareen vuonna 1941, jossa lopulta kuoli vuonna 1988. Hän eli valtion sairaalassa 54 vuotta.⁴²³ Psykopaateille vapauden mahdollisuus oli todennäköisempi. Mustasaarella hoidossa olleista psykopaateista moni pääsi yrittämään koevapautta, joka oli oikeastaan ainoa laillinen tie sairaalasta pois pääsyyn. Kaiken kaikkiaan voidaan sanoa, että kauimmin sairaalassa olivat henkirikoksen tehneet skitsofreenikot, vajaamieliset ja epileptikot. Nopeimmin Mustasaaresta pois pääsivät omaisuusrikoksen tehneet psykopaatit ja reaktiivisista mielisairauksista kärsineet potilaat.⁴²⁴

Mustasaaresta pois pääsyyn oli kolme eri tapaa: koevapaus, siirto toiseen sairaalaan ja kuolema. Siirrot sairaaloiden välillä riippuivat olosuhteista. Esimerkiksi vuonna 1948 sairaalan koko toiminnan ollessa vaakalaudalla sairaalasta lähetettiin 15 vaikeinta potilasta väliaikaisesti Niuvaan, Pitkäniemeeseen ja Vankimielisairaalaan. Vaihdot tapahtuivat näiden valtion mielisairaaloitten välillä, vain vaikeahoitoisena sairaalaan tullut saatettiin lähettää kunnansairaalaan hoitoon siinä vaiheessa, kun arvioitiin, että potilas ei enää olisi vaarallinen muille. Vaihtojen myötä sairaalan arkea saatiin rauhoitettua ja mahdollistettiin uusien potilaiden sisäänotto, mikäli vaikea potilas oli vaatinut itselleen isomman eristysruokan, jonne olisi saattanut sijoittaa normaalisti kaksikin potilasta. Lopulliseen sairaalasta pois pääsemiseen oli siis kaksi keinoa: koevapaus tai kuolema.

6.2 Koevapauden mahdollisuus

Työ oli yksi niistä mittareista, joilla potilaan sopeutumista yhteiskuntaan arvioitiin. Jos menestyi työssään, noudatti ja kunnioitti sairaalan sääntöjä, osoittautui kunnolliseksi ja tauti oli hallittavissa, saattoi päästä koevapauteen ja sen myötä pois sairaalan kirjoista. Varsinaisesti diagnoosi ei vaikuttanut siihen, pääsiko potilas koevapauteen. Olennaista oli sairauden tila ja se, miten potilas oli sairaalassa kehittynyt. Mustasaaresta pääsi koevapauteen 1940-luvulla kaikkiaan 40 potilasta.⁴²⁵

Suurin ryhmä, joita koevapauteen laskettiin, olivat omaisuusrikoksia tehneet psykopaatit. 1940-luvulla Mustasaaresta pääsi koevapauteen 22 psykopaattia, joista 17 oli tehnyt omaisuusrikoksen. Eräs potilas oli pyytännyt varta vasten siirtoa Mustasaareen, sillä hän oli kuullut, että

⁴²³ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 29/28/1941, XLIX.

⁴²⁴ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

⁴²⁵ VMA, Mustasaaren F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

sieltä oli mahdollista päästä koevapauteen nopeasti.⁴²⁶ Tämä piti osittain paikkansa, sillä Mustasaassa psykopaatit ehtivät viettää keskimäärin 2,5 vuotta ennen koevapauteen pääsemistä.⁴²⁷ Sairaalaan oli pakko saada potilasvaihtoa, jotta uudet vaikeahoitoiset saisivat hoitopaikan itselleen. Kun paikka- ja resurssipulaan yhdistettiin epämääräinen diagnostiikka ja yllä lääkärin näkemykset potilaista, ei ollut ihme, että ”korkeintaan varkauksia” tekevät potilaat päästettiin pois.

Väkivaltarikollisia koevapauteen pääsi harkiten. Mustasaaresta 1940-luvulla koevapauteen pääsi seitsemän väkivaltarikollista, joista kaksi oli syyllistynyt tappoon ja viisi pahoinpitelyyn. Hoitoaika vaihteli yhdestä vuodesta kuuteentoista vuoteen, keskimääräisen hoitoajan ollessa seitsemän vuotta.⁴²⁸ Eräs mies pääsi sairaalasta pois vuodessa. Mies oli psykoosin vallassa pahoinpidellyt kostomielessä tuttavansa. Potilas oli kuitenkin sairaalassa rauhoittunut ja päässyt nopeasti työn sarkaan kiinni. Hänet ehdotettiin koevapauteen puolen vuoden jälkeen, mutta lääkintöhallitus ei ollut pyyntöön suostunut, koska oli liian aikaista. Sirkka Suominen lähetti paperit uudestaan puolen vuoden kuluttua, kuvaten että ”mitään psykoosiin viittaavaa ei kevästä lähtien hänessä ole havaittu sen jälkeen kuin hänen talvellinen depressiokautensa hälväni. Omasta puolestani olisin sitä mieltä, että M. hyvin tulisi toimeen omaistensa huollossa ja olisi nykykunnossaan täysin ympäristölleen vaaraton.” Mies pääsi koevapauteen ja lopulta pois sairaalan kirjoista.⁴²⁹

Toinen nopeasti pois päässyt mies pääsi koevapauteen kahden sairaalassa vietetyn vuoden jälkeen. Potilaalla oli todettu epilepsia, ja hän ryypäsi runsaasti. Aiemminkin henkirikoksia humalapäissään tehnyt potilas oli puukottanut toveriaan, joka oli myöhemmin kuollut vammoihinsa. Mustasaassa potilas käyttäytyi rauhallisesti ja kerrassaan moitteettomasti, joten Suominen ei nähnyt mitään syytä hänen sairaalassa pitämiseensä, vaikka olikin humalassa ryhtynyt peruuttamattomiin tekoihin. Lääkintöhallitus pidensi normaalisti vuoden kestänyttä koevapautta yhdellä ylimääräisellä vuodella, mutta sen jälkeen potilas vapautui sairaalan valvonnasta.⁴³⁰ Diagnoosilla oli merkitystä, sillä 40 koevapautetusta vain viisi sairasti skitsofreniaa.⁴³¹

⁴²⁶ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950, ks. 61/1946, CXXXI, muutettu 5067.

⁴²⁷ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

⁴²⁸ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

⁴²⁹ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 50/1942, LXXV, muutettu 5577.

⁴³⁰ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 63/1948, CLX, muutettu 5621.

⁴³¹ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

Koevapaudesta ei päättänyt ylilääkäri, vaikka hän tekikin esityksen ja suosituksen lääkintöhallitukselle. Lopullinen lupa koevapauteen tuli lääkintöhallitukselta:

”Lääkintöhallitus on viite-esityksenne johdosta suostunut siihen, että johtamassanne sairaalassa kriminaalipotilaana hoidettavana oleva V.K poistetaan koetteeksi sairaalasta maanviljelijä J.A:n huoltoon ehdolla, että hän koeajan kestäessä, joka määrätään yhdeksi vuodeksi, -- kuukausittain lähettää teille kirjallisen selostuksen mainitun potilaan mielentilasta ja esiintymisestä sekä, jos viimeainitussa ilmenee vakavia häiriöitä, kuten unettomuutta, pelkoa, epäluuloisuutta, juoppoutta ym., valtiolle menoja aiheuttamatta viipymättä toimittaa hänet takaisin sairaalaan.”⁴³²

Lääkintöhallitukselta luvan saatuaan potilas lähti yleensä yksin sairaalan porteilta kohti koevapauspaikkaa, joka useimmiten oli omaisten luona, tuttavien työverstaalla tai jonkun muun vapaaehtoisen ja hyväntahtoisen henkilön tykönä. Huoltajan tuli olla luotettava, ja hänen mainettaan arvioitiin kirjeenvaihdolla. Tarvittaessa luotettavuutta tarkistettiin esimerkiksi paikalliselta nimismieheltä, mikäli oli epäilystä huoltajan kyvyistä huolehtia potilaasta.⁴³³ Huoltaja katsoi sairaan perään ja lähetti kuukausittain ilmoituksen tämän terveydentilasta ja edesottamuksista:

”Täten kohteliaimmin ilmoitan että ent. kriminaalipotilaanne V.K on edelleen luonani. Töissä hän on käynyt entiseen tapaan. Omat omituisuutensa hänellä on. Silloin tällöin jotain päänäpistöjä ja pikku puuhia. Mitään vakavempaa häiriötä hän ei ole tuottanut.

Kunnioittavasti J.A maanvilj.”⁴³⁴

Jos koevapaudessa kaikki sujui hyvin eikä ongelmia ilmaantunut, koevapauspaikkaan ilmoitettiin koevuoden päättymisestä ja potilaan poistamisesta sairaalan kirjoista. Tähänkin tuli viime kädessä lupa lääkintöhallitukselta. Silloin tällöin lääkintöhallitus ei yhden koevuoden jälkeen vapautta myöntänyt vaan saattoi pidentää koevapausaikaa tai perua sen kokonaan. Silloin tällöin koevapausvuosi ei kulunut moitteettomasti: potilas saattoi alkaa juopotella, käyttäytyä

⁴³² VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 67/1947, CLIV, muutettu 5617.

⁴³³ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 67/1947, CLIV, muutettu 5617.

⁴³⁴ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 67/1947, CLIV, muutettu 5617. Vain yhdessä tapauksessa potilaan tuli ilmoittautua kuukausittain Helsingin kaupungin sielullisesti sairaiden huoltotoimistolle. Lisäksi potilasta kävi katsomassa myös sairaanhoitaja. Tilanne oli siinä mielessä poikkeuksellinen, että yleensä vastuu potilaasta omaiselle. VMA, Mustasaaren sairauskertomus 78/55/1945. CXXV, muutettu 5603.

huonosti tai syyllistyi uusiin rikoksiin. Tällöin huoltajan tuli toimittaa potilas takaisin sairaalaan.⁴³⁵ Aina ongelmia ei haluttu myöntää. Esimerkiksi eräässä tapauksessa, jossa alkoholisti-potilas oli päässyt sisarensa luo koevapauteen, kuukausittaiset kirjeet tulivat sairaalaan ja niissä ei mainittu ongelmista. Todellinen tilanne tuli esille, kun Hatanpään sairaalasta otettiin yhteyttä sairaalaan potilastietojen saamiseksi. Potilas oli alkanut juopotella ja käyttää lääkkeitä väärin. Lopulta potilas palautui takaisin Mustasaareen.⁴³⁶

Useasti tapauksissa, joissa vain mahdollista oli, potilasta kokeiltiin koevapauteen uudestaan. Siinä missä joku potilas selviytyi koevapaudesta kerralla ja vuodessa, saattoi toinen potilas ajautua koevapauteen useita kertoja. Esimeriksi alkoholistit olivat pystyviä ja taitavia työmiehiä, mutta humalassa äityivät varastelemaan ja heiluttelemaan puukkoa.⁴³⁷ Mielisairaalan kirjoista poispääseminen ei tarkoittanut myöskään sitä, että potilas olisi parantunut tai suhtautuminen hänen tekemiinsä rikoksiin olisi muuttunut. Vaikka koevapausvuosi tai -vuodet olisivat sujuneet moitteettomasti, potilas saattoi joutua uudestaan esimerkiksi piirimielisairaalaan tai oikeuden eteen.⁴³⁸

Yksi muoto kotiuttaa sairaita oli perhehoito, joka esimerkiksi Pitkäniemessä ja Niuvassa otettiin käyttöön 1930-luvun lopulla. Hoito oli suosittua nimenomaan kriminaalipotilaille. Perhehoidossa potilas sijoitettiin sairaalan lähelle maatilalle perheeseen, jossa hoitaja sitten kävi viikoittain tarkistamassa hänet. Hoitoperhe sai potilaan työpanoksen itselleen, sillä hänelle ei tarvinnut maksaa palkkaa tämän tekemästä työstä. Perhehoitoon sijoitettavan potilaan oli oltava rauhallinen, luotettava eikä hänestä saanut tietenkään olla vaaraa hoitajaperheelle. Ongelmata-pauksissa potilas voitiin palauttaa takaisin sairaalaan. Sodan alettua Pitkäniemessä oli erityinen tarve saada siviilipotilaita pois muiden tieltä, joten ylilääkäri Kalpa pyysi lupaa päästää kriminaalipotilaat lääkärin harkinnan mukaan perheisiin hoitoon. Pitkäniemestä perhehoitoon vuosina 1935–1950 päässeistä 197 potilaasta peräti 43 prosenttia oli kriminaalipotilaita. Kriminaalipotilaat menestyivät perhehoidossa paremmin kuin ”tavalliset” mielisairaajat, joista kriminaalipotilaisiin verrattuna useampi karkasi tai joutui palaamaan huonontuneen tilansa takia takaisin sairaalaan. Pitkäniemen perhehoidossa olleista kriminaalipotilaista monet pääsivät palaamaan takaisin kotiinsa.⁴³⁹

⁴³⁵ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950, ks. esim. sairauskertomus 62/1949 ja 66/1949.

⁴³⁶ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus CLXXII/1948, muutettu 5631.

⁴³⁷ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950, ks. esim. sairauskertomus 5546/1940, 60/1948 ja 69/1948.

⁴³⁸ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 47/1944, 5583.

⁴³⁹ Kaarninen & Kaarninen 1990, 103–106, 127; Vuorio 2010, 141–142.

Vaikka Pitkäniemessä oli saatu hyviä tuloksia koskien kriminaalipotilaiden perhehoitoa, Mustasaassa perhehoitoa ei käytetty samassa muodossa lainkaan. Tämä lienee johtunut siitä, että Mustasaaren sairaalan profiili oli enemmän turvalaitos kuin mielisairaala, joten sinne sijoitettiin vaikeat kriminaalipotilaat, jotka eivät sopeutuneet tavallisiin mielisairaaloihin. Toisaalta hidaste perhehoitoon laittamiselle saattoi olla se, että työkykyisistä Mustasaaren kriminaalipotilaista suurimmalla osalla oli taustallaan omaisuusrikoksia ja tutkittua oli, että huonoiten perhehoidossa menestyivät juuri omaisuusrikoksia tehneet potilaat.⁴⁴⁰ Mustasaassa potilaat saattoivat tehdä töitä lääkäreiden ja hoitajien perheissä, mutta heitä ei ollut sinne virallisesti sijoitettu. Työskentely läheisillä mautiloilla oli yleistä, mutta se toimi enemmän potilaan työpaikana kuin varsinaisena perheenä, jossa potilaasta pidettiin huolta. Mustasaassa oikeastaan hypättiin suoraa perhehoidon yli ja annettiin mahdollisuus koevapauteen niille potilaille, joilla oli ylilääkärin mukaan edes jonkinlaiset mahdollisuudet pärjätä. Suomisen linjaus lienee ollut, ettei kriminaalipotilaita haluttu antaa taakaksi perheille, joilla ei ollut potilaisiin aiempaa kontaktia. Toisaalta sairaalalla ei ilmeisesti ollut myöskään resursseja perhehoitoa vaativalle työlle siinä mielessä, että alilääkärinä ja yhtä hoitajaa ei haluttu irrottaa sairaalasta tarkistelemaan perhehoidossa olevien potilaiden tilaa.⁴⁴¹

Tärkeimmät ehdot koevapaudelle olivat sopivan koevapauspaikan löytyminen ja yhteisen sopimuksen syntyminen sekä potilaan sairauden tila. Täysin nuhteeton potilaan ei tarvinnut olla, sillä potilasvaihtoa oli pakko yrittää saada tukalassa tilanteessa. Lisäksi muutamille potilaille asetettiin koevapauden ehdoksi sterilisaatio. Pelkona oli, että sairaus siirtyy seuraavalle sukupolvelle. Sterilisaatiot eivät olleet systemaattisia, eikä leikkausta vaadittu kaikille koevapauteen päässeille. Leikkauksesta keskusteltiin potilaan kanssa, mikäli potilaalla oli sairaalan ulkopuolella morsian ja avioliittoa oli jo suunniteltu. Ilman avioliittosuunnitelmia sterilisaatiota ei esitetty. Useimmiten potilas valitsi sterilisaation ja vapauden, joiden innoittamana valtuutti lääkärin tekemään esityksen tai teki sen itse.⁴⁴²

6.3 Syliin mustan maan – kuolema sairaalassa

⁴⁴⁰ Kaarninen & Kaarninen 1990, 106.

⁴⁴¹ VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

⁴⁴² VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset ks. esim. 59/1944, XCVII ja 57/1944, XCV. Vuonna 1935 säädetty sterilisaatiolaki mahdollisti myös kastreatioleikkaukset. Kastreatiohakemukseen vaadittiin potilaan tai hoitajan suostumus, mutta esityksen teki lääkäri. Mustasaassa kastreatiohakemuksia tehtiin kolmesta seksuaalirikollisesta, mutta hakemukset eivät menneet lävitse lääkintöhallituksessa. Ks. Mustasaaren sairauskertomukset 18/1940, XLII; 5637/1950; 66/1946.

Pitkät hoitoajat kertovat, että sairaalasta tuli potilaille pitkäikäinen, ellei koko loppuelämän, koti. 1940-luvulla sairaalaan joutuneista monet elivät siellä elämänsä ehtopuolelle asti, sillä vaikka sairaus olisikin saatu hallintaan, paha laitostuminen varmisti sen, ettei potilasta voitu enää kotiuttaa. Vaihtoehtona oli siirtyä kotikunnan vanhainkotiin tai kroonikoille tarkoitettuihin B-mielisairaaloihin⁴⁴³, mutta kuoleminen vanhuuden sairauksiin Mustasaassa ei ollut harvinaista. Varmuudella voi sanoa, että tutkimuksen kohteena olleista 128 potilaasta 39 kuoli Mustasaassa hoitovuosiensa aikana.⁴⁴⁴

Vuosien 1939–1950 välillä kuolemantapauksia sattui koko sairaalassa 61, joista F-osastolla vain 16. Yksi potilaista kuoli syfiliksen uuvuttamana, yksi taas ei enää vironnut saamastaan rajusta epilepsia-kohtauksesta. Kuolemansyy oli yleensä luonnollinen, esimerkiksi tuberkuloosiin menehtyi kuusi potilasta. Hoidosta ja kivunlievityksestä huolimatta kuihtuminen oli väistämätöntä. Erilaiset infektioaudit olivat yleisin kuolinsyy myös muissa sairaaloissa.⁴⁴⁵ Tarttuvat taudit kiersivät tehokkaasti sekä potilaiden että henkilökunnan keskuudessa. Näitä vastaan suojauduttiin esimerkiksi joukkorokotuksilla. Fyysisiä tauteja hoidettiin sairaalassa levolla, kuumilla juomilla, kääreillä ja lääkkeillä.⁴⁴⁶

Mielisairaaloiden potilaskuolleisuus oli suurinta juuri sota-aikana 1940-luvulla. Suurin syy lieinee ravinnonpuute, joka vaivasi koko Suomea. Potilaiden annoskoot olivat pieniä eivätkä aina täyttäneet edes minimivaatimuksia. Huono ruokatilanne edisti infektioauditien leviämistä ja kuihdutti potilaita. Tiukkaa tilannetta eivät parantaneet huonot viljasadot ja siemenperunoiden loppuminen.⁴⁴⁷ Lääkintöhallitus lähetti muun muassa kiertokirjeen perunoiden käytöstä: kuoret tuli säilyttää ja yrittää idättää, jotta uusia siemenperunoita saataisiin istutusta varten. Lisäksi riittämätön vaatetus, huonot huovat ja peitot sekä kylmät huoneet olivat omiaan lisäämään tautien leviämistä. Potilaiden vastustuskyky oli äärimmäisen heikko eikä päässyt parantumaan huonolla ruoalla. Noidankehä huonon kunnon ja ruoan saamisessa näkyi myös esimerkiksi siinä, että harvempi pystyi töihin.⁴⁴⁸ Tilanne oli sama kaikissa psykiatrisissa sairaaloissa. Pahin vuosi oli 1942, jolloin koko maa oli elintarvikekriisissä. Esimerkiksi Pitkäniemessä kuolleisuus

⁴⁴³ Salo 1996, 200–205, Hyvönen 2008, 105–106. Vuoden 1952 mielisairaslaissa maa jaettiin mielisairaanhuoltopiireihin, joissa tuli olla sairaala sekä akuutisti sairastuneille, että kroonisesti sairaille. Kroonikot siirrettiin B-sairaaloihin.

⁴⁴⁴ VMA, Mustasaaren sairaalan f-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

⁴⁴⁵ Leskinen 2007, 113–114; Vuorio 2010, 152–153; Sysiharju 2012, 90.

⁴⁴⁶ VVA:n arkisto, Mustasaaren sairaalan vuosikertomukset 1939–1950 ja VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomukset 1939–1950.

⁴⁴⁷ Salo 1995, 25–27, Sysiharju 2012, 33–37.

⁴⁴⁸ VMA, Lääkintöhallituksen lähettämä kirje ylilääkärille ja taloudenhoitajalle 9.3.1945, VVS:n arkisto, Mustasaaren sairaalan vuosikertomukset 1940–1945.

kaksinkertaistui ja Niuvassa kasvoi 9 prosenttia välirauhan aikana verrattuna normaaliin.⁴⁴⁹ Mustasaassa tuolloin kuoli kuusi henkilöä, jotka kaikki olivat A-osastolta. Synkin vuosi Mustasaassa oli vuonna 1945, kun sairaalassa kuoli 12 henkilöä, joista kolme F-osastolla.⁴⁵⁰

Eräässä tapauksessa Suominen myönsi, että ruoan puutteella ja yksipuolisuudella on ollut vaikutusta potilaan tilan nopeaan laskuun. Toukokuussa 1945 menehtynyt potilas oli sairastunut syfilikseen ja saanut muun muassa malariahoitoa Lapinlahdessa. Sairauden myötä potilas olisi tarvinnut kipeästi lisäravintoa, mutta sota-ajan olosuhteet loivat rajoitteet käytettävälle ruoalle. Potilaan paino tippui kahdessa vuodessa 15 kiloa, 75 kilosta 60 kiloon. Perunoiden loppuminen ja liian pienet annokset karistivat potilaan rasvakerroksen. Suominen tosin arveli, että pelkäänsä nälkäkuolemana tapausta ei voi pitää, vaan ensisijaiseksi kuolinsyyksi laitettiin paralyasia dementia.⁴⁵¹ Y.K. Suominen teki huhtikuussa 1945 selkoa lääkintöhallitukselle potilaiden ravintotilasta. Tilanne oli todella lohduton: Suomisen mukaan sairaalan miespotilaiden keskimääräinen paino sairaalavaatteet päällä oli tuolloin 60,1 kiloa. Painavin miespotilas painoi 76,8 kiloa ja kevyin vain 40 kiloa. Miesvaltaisessa sairaalassa ruokaa olisi kaivattu kipeästi.⁴⁵²

Mustasaassa tapahtui kaksi epäselvää kuolemantapausta 1940-luvulla. Eräässä tapauksessa miehelle annettu lääkkeiden repertuaari ja käyttö oli niin rajua, että lopulta hän menehtyi. Sairasmielinen mies sai alusta asti runsaasti lääkkeitä rääväsuisuutensa, riehumisensa ja uhkailunsa takia. Heti sairaalaan kirjautumisensa jälkeen potilas alkoi saada bromideita ja barbituraattijohdannaisia aamuin ja illoin. Kun kuultiin, että potilas suunnitteli väkivaltaista karkaamista, hänet laitettiin eristykseen. Epäreiluna kokemansa kohtelun vuoksi mies riehui, rikkoi huonettaan ja raivosi silmittömästi hoitajille. Potilas alkoi saada kloraalia ja hyoskiinia tarvittaessa. Annosten suuruutta kuvaa hyoskyamiinin käyttö: jos normaali annos levottomalle potilaalle oli 10 viivaa, kyseinen potilas oli saanut hyoskyamiinia 10 viivaa kolmesti päivässä. Lopulta potilasta yritettiin saada kestonarkoosiin somnifenin avulla⁴⁵³. Potilas oli lääkkeistä

⁴⁴⁹ Vuorio 2010; 152–153; Sysiharju 2012, 35, 87–115. VMA, Mustasaaren F-osaston sairauskertomukset 1939–1950; Vanhan Vaasan sairaalan arkisto, Mustasaaren sairaalan vuosikertomukset 1942 ja 1945.

⁴⁵⁰ Vanhan Vaasan sairaalan arkisto, Mustasaaren sairaalan vuosikertomukset 1939–1950.

⁴⁵¹ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus LXIX, muutettu 5572.

⁴⁵² VMA, Ylilääkärin lääkintöhallitukselle lähettämä kirje 4.4.1945. (5261)

⁴⁵³ Kestounta käytettiin levottomien skitsofreenikoiden hoitoon ensimmäisen kerran vuonna 1920 Saksassa. Se auttoi rauhoittamaan erityisesti kiihtyneiden potilaiden, juoppohullujen ja autististen sekä morfiiniriippuvaisten potilaiden hoitamisessa ja käsittelyssä. Hoidossa potilasta saatettiin pitää lääkkeiden avulla unessa 8–10 päivää. Suomessa puhuttiin jopa kahden viikon maksimijasta niin että potilas oli hereillä muutaman kerran vuorokaudessa. Hoito yleistyi Suomessa 1930-luvulla, mutta ei ilmeisemmin saavuttanut laajaa suosiota. Harenko 1996, 24–25; Hirvonen 2014, 253–254. Mustasaaren sairaalassa F-osastolla kestonarkoosia ei käytetty kyseistä yritystä lukuun ottamatta. VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

huolimatta riehunut huoneessaan, kunnes kunto yhtäkkiä romahti, ja lopulta syke hävisi kokonaan. Suomisen mukaan kuolema olisi ollut väistämätön joka tapauksessa, sillä potilas oli niin levoton, että levottomuus olisi pian uuvuttanut hänet. Ruumiinavauksessa todettiin veressä olevan huomattavia määriä barbituraatteja. Ylilääkäri Suominen joutui tekemään tarkan selosteen siitä, mitä lääkkeitä potilas oli saanut ja miksi määrät olivat suuria. Kun potilaan tila oli huonontunut, hän oli saanut vielä coffeiinia ja adrenaliinipiikin elimistön toimintoja kohentamaan. Suomisen mukaan potilas sai isompia annoksia lääkkeitä kuin monet muut, johtuen siitä, että hänen kehonsa oli tottunut aineisiin niin hyvin, etteivät pienet annokset tehonneet.⁴⁵⁴

Toinen kuolemantapaus sattui vuonna 1950, kun potilas kuoli sähköshokkihoidon jälkeen. Mies oli asunut sairaalassa vuodesta 1939 lähtien diagnoosilla epilepsia. Epilepsiaa oli hoidettu vuosien ajan luminaalilla 2-3 kertaa päivässä, mikä oli harventanut ja lieventänyt kohtauksia kiitettävästi. Potilaalle päätettiin kokeilla myös sähköhoitoa, ja ensimmäisellä kerralla potilas tunsikin sen vaikuttaneen positiivisesti. Potilaan omasta pyynnöstä hänelle oli annettu sähköhoitoa kolme päivää ensimmäisen kerran jälkeen. Iskun taajuutta oli kovennettu 25 milliampeerilla. Tavalliseen tapaan sähkö oli aiheuttanut potilaalle kouristuskohtaukset ja tajuttomuuden, mutta hetkellisestä tajuttomuudesta potilas ei ollutkaan enää vironnut. Potilasta yritettiin saada virkoamaan tekohengityksellä ja lobeliini-, coffeiini ja cattuamiiniruiskeilla, mutta turhaan. Potilas kuoli aivoverenvuotoihin. Lääkäreille mysteeriksi jäi, oliko verenvuodot aiheuttanut sähköshokki, mahdollisesti samalla hetkellä ilmaantunut epilepsia-kohtaus vai näiden yhdistelmä.⁴⁵⁵

Kuolemantapauksista yksikään ei ollut itsemurha tai väkivaltainen, mikä kieli siitä, että valvonta osastolla oli tehokasta ja toimivaa. Itsetuhoisia potilaita oli sairaalassa vain muutamia, ja heiltä otettiin yleensä pois välineet, joilla esimerkiksi hirttäytyminen olisi onnistunut: sänky ja vaatteet. Yksi psykoottinen potilas hirttäytyi siirtomatalla toiseen sairaalaan. Ikäväksi ongelmaksi nousi se, että potilas ei tällöin kuulunut minkään sairaalaan valvonnan alaisuuteen – Mustasaaren kirjoista hänet oli poistettu, eikä hän ollut ehtinyt kirjautua vielä vastaanottavaan sairaalaan sisälle. Epätavallinen tilanne johti siihen, ettei Suominen osannut kertoa omaisille, minne potilas oli lopulta haudattu.⁴⁵⁶

⁴⁵⁴ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 75/1945, CXXII, muutettu 5601.

⁴⁵⁵ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 5/5/5, XXV, muutettu 5548.

⁴⁵⁶ VMA, Mustasaaren sairaalan sairauskertomus 78/1946, CXLVIII, muutettu 5615.

Kuoltuaan kriminaalipotilas olisi pitänyt lähettää Helsingin yliopiston anatomianlaitokselle opetuskäyttöön. Vuonna 1939 lääkintöhallitus antoi sairaaloille tiedoksi kirjelmän, jossa kehoitettiin lähettämään Helsinkiin kaikkien sellaisten ruumiit, jotka olivat kansalaisluottamusta vailla, maksuttomilla hoitopaikoilla tai tehneet itsemurhan. Myös kunnan vastuulla olleet kuolleet potilaat tuli lähettää Helsinkiin. Omaisilla tai muilla läheisillä oli kahden päivän aikana oikeus ottaa ruumis haltuunsa tai pyytää siunaamista yleisillä kustannuksilla.⁴⁵⁷ Tiedettävästi yksikään kriminaalipotilaanruumis ei lähtenyt anatomian laitokselle, vaikka erityisesti niitä sinne pyydettiin. Vaikka useimpien potilaiden välit omaisiin olivat etääntyneet, muutamat lähtivät kotikuntaansa haudattaviksi. Muutamissa sairaaloissa potilaille oli omia joukkohautoja, mutta tietävästi Mustasaarella sellaisia ei ollut.⁴⁵⁸ Monet lähtivät sairaalasta viimeiselle matkalle paikallisen hautausmaan syviin multiin.

7 TURVALAITOS SAIRAILLE, KASVATUSLAITOS KURITTOMILLE

Kriminaalipotilaiden historia ulottuu pitkälle länsimaisen kulttuurin alkujuurille. Mielisairas rikollinen on nähty yhteiskunnan rauhaa ja turvallisuutta häiritsevänä tekijänä, minkä takia hänet on pitänyt sulkea koppiin, karkottaa tai vannottaa omaiset huolehtimaan, ettei hullu vahingoita ketään. Mielisairaasta rikollisesta huolehtiminen kuului aluksi omaisille, ja sakko langes tettiin nimenomaan heille, jos sairas pääsi kahleistaan. Yhteisöjen kehittyessä moderneiksi valtioiksi vastuu yhteiskunnan marginaaliin työnnetyistä siirtyi laitoksille. Erilaisista laitoksista tuli paikka näille yhteiskunnan huono-osaisille, joiden toimintaa ei pystytty käsittämään, muttei myöskään hyväksymään.

Suomeen kriminaalipotilaiden kohtelemisen juuret tulivat Ruotsin vanhoista maakuntalaeista ja traditionaalisista perinteistä. Mielisairaudesta tuli rikosta seuraavaa rangaistusta lieventävä tai jopa kokonaan poistava tekijä. Mielisairauden selvittäväksi seikaksi laadittiin mielentilatutkimus, jota ryhtyivät 1800-luvulla suorittamaan lääketieteen asiantuntijat. Lääkäreistä tuli osa oikeuden asiantuntijainstituutiota ja neuvonantajia, mutta vain tarvittaessa. Ensimmäisen mielentilalausunnon Suomessa teki vankilalääkäri vuonna 1831. Kun Suomen ensimmäinen mielisairaala Lapinlahti perustettiin vuonna 1841, tutkimusten tekeminen alettiin keskittää sinne,

⁴⁵⁷ VMA, Ylilääkärille saapunut kirje Lääkintöhallitukselta 22.2.1939.

⁴⁵⁸ Vuorio 2010, 132. VMA, Mustasaaren sairaalan F-osaston sairauskertomukset 1939–1950.

nimenomaan mielisairaalan alaisuuteen. Mielentilatutkimusten määrä lähti kasvamaan vähitellen, mutta määrä kulki käsi kädessä mielisairaslaitoksen kehittymisen kanssa, ei niinkään van- kilajärjestelmän mukana. Psykiatrian tieteellistyminen ja oikeuspsykiatrian kehitys 1900-luvun alussa johtivat siihen, että 1930-luvulla mielentilatutkimuksia tehtiin jo noin 100 vuodessa. Määrä kohosi sotavuosien aikana lähemmäs kolmeasataa.

Mielentilatutkimuksien määrän kasvu johti myös siihen, että yhä useampi syytetty todettiin rikokseen syyntakeettomaksi. Mielisairaaloissa hoidettavien tauti oli usein kroonista, jolloin potilasvaihtoa ei syntynyt lainkaan. Osa kriminaalipotilaista oli vaikeita, väkivaltaisia, levottomia ja epärehellisiä, jolloin heidän hoitamisensa oli vaativaa. Tällainen potilas sijoitettiin vuodesta 1937 lähtien valtion sairaaloihin eli Niuvanniemeen, Pitkäniemeen, Lapinlahteen tai Seiliin. Kun lisäksi Turun Vankimielisairaalan potilasmäärät kasvoivat, kriminaalipotilaat olivat tukkineet tavallisten potilaiden hoitopaikat. Kriminaalipotilaille suunniteltu lujaosasto sijoitettiin Vaasan vastaanottolaitoksen yhteyteen, Mustasaaren sairaalaan, josta tuli yksi valtion sairaaloista. Kriminaalipotilaista tehty historiantutkimus on jäänyt yleensä mielentilalausunnon analysoinnin tasolle, vaikka tavoitteena on ollut selvittää, oliko potilas sairas vai rikollinen. Tähän kysymykseen vastaaminen vaatii sairaalan porttien avaamista, jotta nähdään, millaiseksi kohtelu heidän laitospelämässään muotoutui.

Lujaosasto avasi ovensa potilaille vuonna 1939. Ensimmäiset kymmenen potilasta saapuivat sairaalaan 1. syyskuuta sairaalan akuuttiosastolta. Muista sairaaloista potilaita alkoi saapua sairaalaan vuonna 1940, kun talvisota oli ohi. Kokonaisuudessaan sairaalassa oli 108 sairaansijaa, joista 60 kuului lujaosastolle ja 48 akuuttiosastolle. Mustasaaren profiiliksi määritettiin turvalaitos: sen tuli vastaanottaa maan vaikeimmat ja vaarallisimmat mielisairaajat, jotka Lääkintöhallitus määräsi hoitoon. Suurin osa potilaista oli oikeudessa syyntakeettomiksi todettuja rikollisia, väkivaltaisia ja karkailuhaluista. Joukossa oli myös vaikeahoitoisia potilaita, jotka olivat aiemmassa hoitopaikassaan olleet aggressiivisia. Lisäksi sairaalaan saapui muutamia vankiaikanaan sairastuneita potilaita, jotka eivät sopeutuneet Turun Vankimielisairaalaan.

Monella saapuneista potilaista oli pitkä laitoshistoria. Pahimmillaan potilas oli saattanut viettää elämänsä laitoksissa aina lapsuudesta asti. Tie kasvatuslaitoksesta mielisairaalaan ei ollut kovin pitkä. Jos sairaala perustettiin vaikeahoitoisia potilaita varten, voidaan vaikeahoitoisiksi luokitella epärehelliset ja ovelat psykopaatit sekä väkivaltaiset ja levottomat skitsofreniapoti-

laat. Näitä sairaalan F-osaston potilaista vuosina 1939–1950 oli suurin osa. Muita potilasryhmiä olivat vajaamieliset, epileptikot sekä aivovammapotilaat. Potilaita yhdisti sopeutumattomuus aiempaan hoitopaikkaan tai ajatus siitä, että he tarvitsivat tarkkaa valvontaa pienen sairaalan tarjoamissa olosuhteissa.

Sopeutumattomuus aiempaan kieli siitä, että potilas tarvitsi tarkkoja rajoja. Niitä Mustasaassa tarjottiin: jos potilas rikkoi sairaalan sääntöjä, jonkinlainen eristys- tai pakkotoimenpide seurasi tätä välittömästi. Kurilla ja komennuksella pyrittiin saamaan järjestykseen erityisesti sairasmieliset, jotka olivat sotkeneet arkea aiemmissä hoitopaikoissa. Tupakkaoikeuden rajoittaminen, kävelyalueen rajaaminen, toiseen työkohteeseen siirtäminen tai kokonaan sisälle jättäminen olivat keinoja, joilla vaikeita, juonittelevia potilaita rajoitettiin. Eristystä käytettiin sekä akuuttina että jatkuvana toimenpiteenä, mikäli potilaasta oli häiriötä tai uhkaa toisille potilaille, henkilökunnalle tai itselleen. Useasti eristyksen syynä oli osaston turvallisuus: uhkaileva ja taustaltaan väkivaltainen potilas päätyi eristykseen helposti.

Epärehellisen ja juonittelevan potilaan rinnalla vaikea potilas saattoi olla myös harhainen skitsofreenikko, joka väkivallan puuskissaan pahoinpiteli toisia ja rikkoi paikkoja. Harhojen vallassa tapahtuneet väkivaltaiset kuolemantapaukset sairaaloissa eivät olleet harvinaisia, joten harhoihin tuli suhtautua vakavasti. Tarkalla valvonnalla ja potilaan kuuntelulla ehkäistiin vakavimmat väkivaltaiset selkkaukset potilaiden välillä, vaikka lievä fyysinen ja henkinen väkivalta sairaalassa olikin lähes jokapäiväistä. Väkivaltaa kohdistui niin henkilökuntaan kuin potilaisiin. Potilaiden suunnitelmat toisten vahingoittamiseksi pyrittiin estämään heti erilaisin huonetarkistuksin, rajoituksin ja kuuntelemalla toisia potilaita, jotka kertoivat helposti muiden edesottamuksista. Luottamuksen rakentaminen hoitajan ja potilaan välille oli työlästä ja koko ajan vaakalaudalla.

Tarkka valvominen ja rajoitukset tarkoittivat sitä, että liemin potilaille ei voinut oikeuksia antaa tai pitää oloja liian vapaina. Sairaalassa ei juuri vietetty juhlia, ja sota-aikana ja sodan jälkeisenä aikana koko sairaalan toiminta oli vaakalaudalla hoitaja- ja resurssipulan takia, mistä syystä sairaalassa ei järjestetty juuri ylimääräisiä iltojaohjelmia. Edullisilla ratkaisuilla potilaiden arki oli kuitenkin muutakin kuin sängyssä makoilua tai työntekoa. Sairaaltal löytyi erilaisia lautapelejä, kirjoja ja lisäksi potilaille järjestettiin urheilukilpailuita. Jotkut luotettavat ja innokkaat saattoivat päästä myös kaupunkiin viettämään vapaa-illoja. Täysin sairaalan seinien

suojiin rakennettua potilaiden elämä ei siis ollut. Lomamatkat kotiinkaan eivät olleet mahdollisia, mutta vain harvaan potilaaseen pystyttiin siinä määrin luottamaan, että loma oli mahdollista.

Suurimman osan päivästä täytti työ, mikäli potilas vain töihin pystyi. Potilaiden arkea sairaalassa rytmitti säännöllinen päiväohjelma sekä erilaiset työt, jota potilaat saattoivat sairaalassa tehdä. Potilaan fyysisen ja henkisen kunnon mukaan työt vaihtelivat raskaista ulko-, puutarha, ja apumiehen töistä kevyisiin sisätöihin kuten kirjekuorien taittelemiseen, sukkiensa parsimiseen sekä siivoamiseen. Työn merkitys sairaalalle oli suuri: vaikka sairaalan menot kattoi valtio ja henkilökuntaa oli, ei reilun sadan potilaan sairaalan arkea pyöritetty vain palkatun henkilökunnan avulla. Monet potilaista mainitsivatkin Mustasaaren olleen erittäin siisti ympäristö, jossa potilaat pitivät huolta vähintään oman sänkynsä siisteydestä.

Vuosisadan alussa mielisairaiden hoidossa nimenomaan työ hoitokeinona sai vankan jalansijan. Mustasaassa työ oli enemmän väline mitata potilaan yhteiskuntakelpoisuutta ja luotettavuutta kuin varsinaisesti parantaa sairautta. Työn ajateltiin rationalisoivat potilaiden ajatuksia ja ehkäisevän levottomuutta. Potilaista suurin osa halusi tehdä työtä, mutta syynä tuskin oli se, että he kokivat sen parantavana voimana. Työllä täytettiin vuorokauden pitkiä tunteja ja väsyttiin potilailta levottomuuskohtauksia. Rauhallisemmat ja luotettavimmat potilaat saivat laajempia oikeuksia ja etuja, joten täyden simputuksen ja kurituksen vallitsemasta sairaalailmapiiiristä ei voida puhua. Sekä oikeudet että velvollisuudet, luottamus ja epäluottamus selitettiin potilaalle tilanteiden jälkeen.

Jos aiemmin potilaita oli hoidettu kylvyillä, kääreillä ja työllä, niin 1930-luvulta lähtien lääkärit alkoivat käyttää erilaisia erikoishoitoja sairauden parantamiseksi. Ajatus siitä, että mielisairaus oli peräisin aivoissa tapahtuneista muutoksista, johti psykokirurgian ja neuropsykiatrian kehittymiseen. Uuden vuosisadan tuomia hoitokeinoja olivat malariahoito eli kuumehoito, shokkihoidot ja insuliinishokkihoito sekä lobotomia. Tutkittua oli, että hoidot tehosivat erityisesti sairauden alkuvaiheessa. Koska Mustasaaren potilaista suurin osa oli jo vuosia sairastaneita kroonikkoja, erikoishoidot nähtiin heille lähinnä resurssien tuhlauksena. Esimerkiksi insuliinihoito ja lobotomia vaativat paljon henkilökuntaa sekä itse operaatioon että sen jälkeiseen potilaan tilan tarkkailuun. Näin ollen oli ymmärrettävää, ettei Mustasaassa tarjottu varsinaisia hoitoimenpiteitä.

Aivan ilman lääketieteellistä huomiota potilaat eivät kuitenkaan olleet. Potilaiden rauhoittamiseen käytettiin paljon lääkkeitä. 1800-luvun lopulla ja 1900-luvun alussa kehitetyt erilaiset unettavat lääkkeet, barbituraattijohdannaiset veronaali, luminaali, sulfonaali ja medinaali kuuluivat monen potilaan päivä- ja iltalääkkeisiin. Huomattavaa on, että lääkkeitä annettiin vain, mikäli potilaasta oli häiriötä osastolla tai potilas ei saanut nukuksi. Näin ollen esimerkiksi ei voida ryhmitellä, että tietyn diagnoosin saaneita potilaita hoidettiin tietyillä lääkkeillä. Olennaista oli potilaan käyttäytyminen, ei diagnoosi. Esimerkiksi harhoja nähnyt tai kuullut skitsofreenikko ei lääkkeitä saanut, mutta karkumatkoja suunnitellut sairasmaielinen sai. Äärimmäisissä tapauksissa, kun levottomuuspuuska oli raju, potilaalle annettiin hyoskiinia, jolla potilas rauhoittui muutamissa kymmenissä minuuteissa.

Eristäminen ja pakkotoimenpiteet voidaan nähdä rankaisemisen ohella myös toimenpiteenä, jolla turvattiin sekä potilaan itsensä että muiden potilaiden turva osastolla. Pitkäaikainen, jopa vuosia kestänyt eristäminen vaati huomattavasti perusteluja. Hoitajapulan aikaan eristykseen joutui helpommin, koska valvojia ei ollut tarpeeksi vapaampien olojen järjestämiseen. Vaikka eristäminen saattoi olla pitkäaikaista, se oli vain harvoin kokonaisvaltaista tai totaalista. Monet pitkäaikaisista eristyspotilaista asuivat yhdessä toisen potilaan kanssa, tekivät sisätöitä siinä missä muutkin ja saivat valvotuissa oloissa ulkoilla pihalla ja olla toisten potilaiden kanssa. Jotkut pakkotoimenpiteet, kuten esimerkiksi hihanutun käyttö, olivat usein hoidollisesti perusteltuja. Potilas, joka pyrki syömään esineitä, repimään itseään tai vaatteitaan tai raapimaan itseään, sai käytettäväkseen hihanutut.

Kriminaalipotilaana sairaalasta ei voinut kävellä ulos noin vain. Potilaista 46:lla oli taustallaan väkivaltarikos ja 55:llä omaisuusrikos. Erityisen pitkiksi hoitoajat venyivät skitsofreniapotilailla, joista monet viettivät elämänsä sairaalassa loppuun asti. Useat heistä olivat laitostuneet vuosien aikana niin, että vaikka sairaus olikin saatu hallintaan, paluu takasiin tavalliseen elämään oli liian vaikeaa. Varsinkin siksi, että olosuhteet olivat muuttuneet: monet olivat muuttaneet maalta kaupunkiin, jonka katsottiin olevan erityisen haitallista mielisairaille. 1940-luvulla potilaita kuoli F-osastolla vain 16 ja näistäkin suurin osa somaattisen sairauden uuvuttamina. Hoitopaikan lunastaminen koko eliniäksi ei enää 1900-luvulla ollut mahdollista, mutta toimintatapa ei muuttunut, vaikka ajatus loppuelämän hoidosta hävisikin lakipykälistä.

Toinen tie pois sairaalan kirjoista oli koevapaus. Sairaimmat potilaat, jotka eivät olleet mukana maailman menossa lainkaan, eivät osanneet edes pyytää pääsyä pois sairaalasta. Koevapauteen

saattoi päästä, mikäli potilaalle löytyi sopiva paikka ja sopiva huoltaja. Koevapaudessa potilaan piti osoittaa kykenevänsä sopeutumaan yhteiskunnan sääntöihin ja niihin odotuksiin, joita ihmiselle jälleenrakentamisen ajan yhteiskunnassa asetettiin. Juopottelu, irtolaiselämä, uudet rikokset ja vakavat sairaskohtaukset olivat syynä potilaan lähettämiseen takaisin sairaalaan. Yhteiskunnalle vaarallisiksi katsotut potilaat pääsivät sairaalasta koevapauteen vain lääkintöhallituksen luvalla. Jos koevapausvuosi tai vuodet sujuivat hyvin, potilaalta poistettiin kriminaalipotilaan leima, ainakin papereista.

Tutkimusta mielisairauksien historiasta, laitostamisesta ja hoitokeinosta on paljon, mutta mielisairaaloiden arki potilaiden näkökulmasta on jäänyt vähemmälle huomiolle. Jokaiselle mielisairaalle syntyi erilaisia toimintatapoja, vaikka hoitoperiaatteet olivat samat ja laitoksen toimintaa valvottiin ylhäältä käsin. Potilaiden sairauden tilasta riippuen, arki saattoi olla hyvin sujuvaa, työ- ja vapaa-aika vuorottelivat ja sairaaelämä koettiin mielekkäänä. Luotettavien ja helppojen potilaiden kohdalla joustaminen ja neuvottelu olivat todennäköistä ja sallittua. Kaikille sairaaelämä ei ollut yhtä helppoa, sillä jos potilas koki joutuneensa sairaalaan turhaan tai ei ymmärtänyt, miksi rajoituksia asetettiin, vähäisiäkin oikeuksia oli vaikea potilaalle myöntää.

Kokonaisuudessaan arvioituna kriminaalipotilaisiin kohdistettu valvonta ja kuri olivat tarkempia kuin muiden potilaiden seuraaminen. Hoitohenkilönnälle painotettiin lempeän hoidon merkitystä, mutta valvonnan tärkeyttä. Lähtökohtaisesti heitä piti kohdella kuin sairaita, mutta rikollinen tausta näkyi muun muassa tiukkoina rajoituksina, ajan ja tilan tarkkana määrittämisenä ja rajaamisena. Valvonta oli välttämätöntä sairaalan turvallisuuden kannalta, mutta potilaille se saattoi olla enemmän vahingollista kuin hyödyllistä. Suuremmilla resursseilla monipuolisen ja virikkeellisen toimintaympäristön rakentaminen olisi ollut mahdollista, mutta yhteiskunnallisesta ja taloudellisesta tilanteesta johtuen monista virikkeistä jouduttiin 1940-luvulla luopumaan. Mahdollisuuksien mukaan hoitohenkilökunta keskusteli ja jousti potilaiden toiveiden ja tapojen mukaan.

Mustasaarella oli 1940-luvulla kahtalainen tehtävä: se toimi turvalaitoksena varsinaisille mielisairaille, kuten skitsofreenikoille, vajaaälyisille ja epileptikoille. Sairauden ollessa niin syvää, että potilas oli väkivaltainen, vaikea ja levoton, oli selkeää, että näitä potilaita ei voinut pitää tavallisessa mielisairaalassa. Näihin potilaisiin kohdistetut kurinpidolliset toimet oli perusteltavissa usein nimenomaan turvallisuusnäkökulmasta. Hoitoa annettiin lääkkeillä, sillä uudet

erikoishoidot eivät parantaneet kroonisesti sairaita. Sen sijaan psykopaatit, jotka olivat vaikealuonteisia ja usein huonoissa oloissa kasvaneita, vaativat tiukkaa ohjausta ja kasvatusta. Heidän kohdallaan kurinpidolliset toimet perusteltiin usein nimenomaan sillä, että laiskuus, epärehellisyys ja juonittelu eivät olleet sallittua käytöstä. Toki skitsofreenikoidenkin joukosta löytyi vaikeita potilaita, jotka sekoittivat sairaalan arkea oveluuksillaan, mutta heidän kohdallaan nämä nähtiin osana parantumatonta sairautta. Rajanveto mielisairauden ja terveyden välille oli vaikeaa. Sopivien käytänteiden ja rajojen kanssa oli pakko käydä neuvottelua, johon osallistuivat myös potilaat, vaikka viimeisenä asioista päättikin ylilääkäri. Tarkkojen sääntöjen kanssa oli pakko joustaa molempiin suuntiin, jotta hankalista ajoista pystyi selviytymään. Sairaalan tiukat säännöt, pakkokeinot ja rajoitukset häilyivät hoidon ja kurin rajamailla.

LÄHTEET

ALKUPERÄISLÄHTEET

Arkistolähteet

Vaasan maakunta-arkisto (VMA), Vaasa.

Mustasaaren sairaalan arkisto:

Diaarit:

- Kriminaalipotilaiden päiväkirjat 1939–1950

Kirjetoisteet (1939–1950):

- Johtavan ylilääkärin kansliasta lääkintöhallitukselle lähetettyjen kirjeiden toisteet
- Johtavan ylilääkärin kansliasta muille viranomaisille ja yksityisille lähetettyjen kirjeiden toisteet
- Taloustoimistosta lääkintöhallitukselle lähetettyjen kirjeiden toisteet
- Taloustoimistosta muille viranomaisille ja yksityisille lähetettyjen kirjeiden toisteet

Saapuneet kirjeet (1939–1950):

- Johtavan ylilääkärin kansliaan lääkintöhallitukselta saapuneet kirjeet
- Johtavan ylilääkärin kansliaan muilta viranomaisilta ja yksityisiltä saapuneet asiakirjat
- Taloustoimistoon lääkintöhallitukselta saapuneet kirjeet
- Taloustoimistoon muilta viranomaisilta ja yksityisiltä saapuneet kirjeet

F-osaston sairauskertomukset (1939–1950)

Kansallisarkisto (KA), Helsinki:

Lääkintöhallituksen V arkisto:

Saapuneet vuosikertomukset 1939–1950:

Mielisairaaloiden ja kaatumatautihoitolojen vuosikertomukset.

Vanhan Vaasan sairaalan arkisto (VVS), Vaasa:

Mustasaaren sairaalan vuosikertomukset 1939–1950.

Lainsäädäntö:

Rikoslaki 19.12.1889/39.

Mielisairaslaki 1937/286.

Henkilötietolaki 22.4.1999/523.

Painetut lähteet

Heikinheimo, Hannes (1946), Sielunterveys ja sen hoito. Turku: Aura.

Kinnunen, Lyyli (1954), Mielisairaahan hoito. Porvoo: WSOY.

Neuman-Rahn, Karin (2003), Sielullisesti sairas ihminen ja hänen hoitamisensa. Alkuperäinen teos 1924. Porvoo: WSOY.

Suomen lääkärit 1952 (1953), toim. Heikel, Per-Erik. Suomen lääkäriliitto. Helsinki.

Suomen virallinen tilasto (SVT), XXXII Sosiaalisia erikoistutkimuksia 18, Mielisairaajat ja vajaamieliset. Helsinki, 1940.

TUTKIMUSKIRJALLISUUS:

Ahlbeck-Rehn, Jutta (2005), ”Pienuuden suuruus – mikrohistorian ja diskurssianalyysin välimaastossa. Esimerkkinä yksittäinen dokumentti. Teoksessa Andersson, Marja et al. (toim.), Kahden muusan palveluksessa. Historiallisen sosiologian lähtökohdat ja lähestymistavat. Historia Mirabilis 4. Turku: Turun historiallinen yhdistys ry. s. 255–274.

Ahlbeck-Rehn, Jutta (2006), Diagnostisering och disciplinering. Medicinsk diskurs och kvinnligt vansinne på Själo hospital 1889–1944. Åbo: Åbo Akademis förlag.

Ahlbeck, Jutta (2014), ”Riivatusta pillerinpopsijaan: Hulluuden lääketieteellinen historia”. Kirja-arvostelu Historiallisessa aikakauskirjassa nro 1/2014. s. 131–132.

Achté, Kalle (1974), Satakolmekymmentä vuotta psykiatria. Lapinlahden sairaalan historia 1841–1971. Helsinki: Otava.

Achté, Kalle (1983), ”Lapinlahden sairaalan historia ja nykyhetki”. Teoksessa Achté et al. (toim.), Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatria. Helsinki: Suomen psykiatriayhdistys.

Alasuutari, Pertti (2011), Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Vastapaino.

de la Cour, Lykke & Reaume, Geoffrey (1998), ”Patient Perspective in Psychiatric Case.” Teoksessa Iacovetta, Franca et al. (toim.), On the Case: Explorations in Social History. Toronto: University of Toronto Press Incorporated. s. 242–265.

Eilola, Jari (2003), ”Johdanto: Hyväksyä vai torjua? Liukuvien rajanvetojen historiaa” teoksessa (toim. Eilola J.), Sietämättömät ja täydellinen maailma Jyväskylän Historiallinen arkisto vol. 6. Jyväskylä: Jyväskylän historiallinen yhdistys. s. 9–43.

Erkkilä, Sven (1939), ”Mielisairaana oikeudellinen asema Suomen lain mukaan oikeuslääketieteelliseltä kannalta katsottuna”. *Duodecim* 11/1939, s. 903–914.

Foucault, Michel (2013), *Klinikan synty*. Ranskankielinen alkuteos *Naissance de la clinique*. 1963. Suomentanut Simo K. Mäkelä. Tampere: Niin & näin.

Foucault, Michel (2005), *Tarkkailla ja rangaista*. Ranskankielinen alkuteos *Surveiller et punir* 1975. Suomentanut Eevi Nivanka. Helsinki: Otava.

Foucault, Michel (2006), *History of Madness*. Translated by Jonathan Murphy and Jean Khalfa. London: Routledge.

Ginzburg, Carlo (1996), *Johtolankoja*. Kirjoituksia mikrohistoriasta ja historiallisesta metodista. Suomentanut Aulikki Vuola. Helsinki: Gaudeamus.

Ginzburg, Carlo (2007), *Juusto ja madot*. 1500-luvun mylläriin maailmankuva. Italiankielinen alkuteos vuodelta 1976: *Il formaggio e i vermi: Il cosmo di un mugnaio del '500*. Suomentanut Aulikki Vuola. Helsinki: Gaudeamus.

Goffman, Erving (1986), *Stigma*. Notes on the management of spoiled identity. Harmondsworth: Pelican Books.

Goffman, Erving (1997), *Minuuden riistäjät*. Tutkielma totaalisista laitoksista. Alkuperäinen teos 1969: *Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Suomennos Auli Tarkka & Riitta Suominen. 2. painos. Riihimäki: Mielenterveyden keskusliitto ry. Marraskuun liike.

Haapala, Pertti (1989), *Sosiaalhistoria*. Johdatus tutkimukseen. Helsinki: Suomen Historiallinen Seura.

Hakola, Panu; Vartiainen, Heikki; Hakola, Maija-Leena; Jokela, Veikko (1990), ”Mielisairaalapotilaiden tekemät henkirikokset 1954–1988”. *Suomen lääkirilehti* 9/1990. S. 846–850.

Hakola, Panu (2003), ”Oikeuspsykiatrian kehitys”. Teoksessa Joukamaa et. al. (toim), *Suomen Psykiatriayhdistys 90 vuotta 1913–2003*. Helsinki: Suomen psykiatriayhdistys.

Hakosalo, Heini (2014), ”Terveys ja sairaus historiantutkimuksen kohteena” julkaisussa *Historiallinen aikakauskirja* nro. 1/2014. s. 73–77.

Harjula, Minna (1996), *Vaillinaisuudella vaivatut*. Vammaisuuden tulkinnat suomalaisessa huoltokeskustelussa 1800-luvun lopulta 1930-luvun lopulle. *Bibliotheca Historica* 15. Helsinki: Suomen historiallinen seura.

Harenko, Aarno (1996), ”Lääkkeiden käyttö psykiatriassa ennen klooriptomatsiinia”. Teoksessa Elomaa et. al. (toim.), *Psykiatrian hoitomuodot 1900-luvulla*. Vantaa: Mielenterveyden keskusliitto ry. s. 23–27.

Harjula, Minna (2007), *Terveiden jäljillä – suomalainen terveystalitiikka 1900-luvulla*. Tampere: Tampere University Press.

Heikkinen, Antero (1993), *Ihminen historian rakenteissa*. Mikrohistorian näkökulma menneisyyteen. Helsinki: Yliopistopaino.

Hietala, Marjatta (2001), ”Mitä tutkia ja miten?”. Teoksessa: Autio, Sari et al. (toim.), Historioitsijan arki ja tutkimuksen prosessi. Tampere: Vastapaino.

Hirvonen, Helena (2014), Suomalaisen psykiatriatieteen juuria etsimässä. Psykiatria tieteenä ja käytäntönä 1800-luvulta vuoteen 1930. Dissertations in Social Sciences and Business Studies No 72. Joensuu: Itä-Suomen yliopisto.

Huttunen, Matti (1983), ”Biologinen psykiatria”. Teoksessa: Achté, Kalle et al. (toim.), Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatriaa. Helsinki: Suomen psykiatriayhdistys r.y. s. 291–294.

Huttunen, Mikko (1993), Psykiatria ja syyntakeisuus. Reports of Psychiatria Fennica. Psychiatria Fennican julkaisusarja. Report 104. Helsinki: Psykiatrian tutkimussäätiö.

Hyvönen, Juha (2008), Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 440. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Häkkinen, Antti & Tervonen, Miika (2005), ”Johdanto: Vähemmistöt ja köyhyys, Suomessa 1800- ja 1900-luvuilla”. Teoksessa: Häkkinen, Antti et al. (toimi.), Vieraat kulkijat – tutut talot. Näkökulma etnisyyden ja köyhyyden historiaan Suomessa. Historiallinen arkisto 120. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. s. 7–36.

Hänninen, Marja-Leena (2013), ”Johdanto” teoksessa Hänninen, Marja-Leena (toim.), Vieras, outo, vihollinen. Toiseus antiikista uuden ajan alkuun. Historiallinen arkisto 137. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Härö, Sakari. A (1996), ”Malaria ja muut kuumehoidot neurosyfiliksen hoitokeinona.” Teoksessa Elomaa et. al. (toim.), Psykiatrian hoitomuodot 1900-luvulla. Vantaa: Mielenterveyden keskusliitto ry. s. 74–80.

Jokinen, Eeva (2005), Aikuisten arki. Helsinki: Gaudeamus.

Kaarninen, Mervi & Kaarninen, Pekka (1990), Pitkäniemen sairaala 1900–1990. Pitkäniemi: Pitkäniemen sairaalan kuntainliitto.

Kaila, Martti (1966), Psykiatrian historia lääketieteen yleiskehityksen ja kulttuurihistorian valossa.. Porvoo: WSOY.

Kaila, Martti (1950), Mielitaudit. Helsinki: WSOY.

Kaila, Martti (1944), ”Vaarallisten rikoksentehtäjäin eristämisestä”. Lakimies 1944, s. 359–362.

Kallio, Maarit (2007), Tilaa hulluudelle. Pitkäniemen keskusmielisairaalan arkkitehtoninen muotoutuminen 1800-luvun lopulta 1910-luvulle. Suomen historian pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto.

Kaltiala-Heino, Riitta (1999), ”Eristys ja lepositeet psykiatrisessa hoidossa”. Teoksessa Taipale, Ilkka (toim.): Mielen Valtaa. Psykiatrian lukemisto. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.

Keisu, Pirjo & Wagner-Prenner, Marianne (1987), Syyntakeettomuus ja mielentilalausunnot vuosina 1925–1980 teoksessa Lahti et. al. (toim.), Syyntakeettomuuden määräytyminen ja kriminaalipotilaat. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Helsinki: Valtion painatuskeskus. s. 19–122.

Kivimäki, Ville (2013), Battled nerves: Finnish soldiers' war experience, trauma, and military psychiatry, 1941–1944. Åbo: Åbo Akademi University.

Krok, Suvi (2009), Hyviä äitejä ja arjen pärjääjiä. Yksinhuoltajia marginaalissa. Tampere: Tampere University Press.

Koskivirta, Anu (2009), ”Parantaja, kuolinsyytutkija ja syyntakeeton murhaaja. Välskäri-Kirurgi Geissen veriteko yhteisöllisen kriisin kuvastimessa” teoksessa Eilola, Jari (toim.) Makaa-beri ruumis. Mielikuvia kuolemasta ja kehosta. Historiallinen Arkisto 128. Helsinki: Suomen Kirjallisuuden seura. s. 272–323.

Lavonen, Petri (2013), Kupittaaan sairaala 100 vuotta. Turku: Turun hyvinvointitoimiala, psykiatrinen erikoishoito.

Lauerma, Hannu (2009), Pahuuden anatomia. Pahuus, hulluus, poikkeavuus. Helsinki: Edita.

Lauerma, Hannu (2014), Hyvän kääntöpuoli. Helsinki: WSOY.

Laukkonen, Ilmari (2003), Mielenterveys yhteinen voimavaramme. Lääkintöneuvos Eeva Kaupin elämäntyö. Vaasa: Ykkös-Offset Oy.

Lefebvre, Henri (1971), Everyday life in the modern world. Translated by Sacha Rabinovitch. New York: Harper & Row.

Leskinen, Heidi (2007), Kaikki potilaan parhaaksi. Moisio sairaala 1927–2007. Mikkeli: Etelä-Savon sairaanhoitopiiri.

Levi, Giovanni (1992), Aineeton perintö. Manaajapappi ja talonpoikaisyhteisö 1600-luvun Italiassa. Alkuperäisteos *Léredità immateriale. Carriera di un esorcista nel Piemonte del Seicento*. Tutkijaliiton julkaisusarja 73. Helsinki: Tutkijaliitto.

Matikainen, Olli (2006), ”Mielenvikaisuus ja henkirikos Ruotsi-Suomessa 1800-luvun alkuun saakka.” Teoksessa Komulainen et. al. (toim.), Hulluudesta itsehallintaan. Uuden historian näkökulmia psyykkisiin ilmiöihin ja ammattikäytäntöihin. Psykologian tutkimuksia 25. Joensuu: Joensuun Yliopisto.

Mattila, Markku (1999), Kansamme parhaaksi. Rotuhygieniä Suomessa vuoden 1935 steriointilakiin asti. *Bibliotheca historica* 44. Helsinki: Suomen historiallinen seura.

Markkola, Pirjo (1996), ”Marginaali historian keskipisteessä” teoksessa Kuokkavieraiden pidot. Toim. Peltola, Jarmo & Markkola, Pirjo. Tampere: Vastapaino. s. 7–19.

Mäkelä, Jari (2008), Huruinhoitoasetuksesta mielenterveyslakiin. Mielisairaanhoidon ja erityisesti tahdosta riippumattoman hoidon lainsäädännön muutokset vuosina 1840–1991. Suomen historia pro gradu –työ. Joensuun yliopisto.

Nygård, Toivo (2001), Erilaisten historiaa. Marginaaliryhmät Suomessa 1800-luvulla ja 1900-luvun alussa. Jyväskylä: Atena.

Nyman, Hjalmar (1935), ”Eräitä vankeinhoitoa ja vankien käsittelyä koskevia kysymyksiä”. Vankeinhoitolehti, VK 1935, nro 1-2, s. 6-16.

Oosterhuis, Harry (2014), “Madness and crime: Historical perspectives of forensic psychiatry.” *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 37 no.1. s. 1–16.

Parpola, Antti (2013), *Toivo häpeä – Psykiatria modernissa Suomessa*. Helsinki: Suomen Psykiatriayhdistys.

Pajuoja, Jussi (1993), ”Mielisairaalan rikosentekijän historia” teoksessa Seppä, Tuomas & al. (toim.). *Historian alku*. Helsinki: Tutkijaliitto. s. 195–204.

Pajuoja, Jussi (1995), *Väkivalta ja mielentila. Oikeussosiologinen tutkimus syyntakeisuussäännöksistä ja mielentilatutkimuksista*. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisu A-sarja, no 201. Helsinki: Suomalainen lakimiesyhdistys.

Peltonen, Matti (1999), *Mikrohistoriasta*. Hanki ja jää. Helsinki: Gaudeamus.

Peltonen, Matti (1992), *Matala katse. Kirjoituksia mentaliteettien historiasta*. Hanki ja Jää. Tampere.

Peltonen, Matti (2006), *Lukkari Saxbergin rikos ja herännäispappilan etiikka*. Helsinki: Gaudeamus.

Pietikäinen, Petteri (2014), ”Murtuneet mielet, hajonneet hermot”. Kirja-arvostelu *Historiallisessa aikakauskirjassa* 1/2014. s. 123–124.

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

Prosono, Marvin (2003), ”History of forensic psychiatry”. Teoksessa *Principles & Practise of Forensic Psychiatry*. Rosner, Richard (toim.).

Pukero, Päivi (2009), *Epämääräisestä elämästä kruunun haltuun. Irtolaisuuden ja huono-osaisuuden kontrolli Itä-Suomessa 1860–1885*. Yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja nro 100. Joensuu: Joensuun yliopisto.

Ranta, Mauri (1979), *VAHO 100. Vankimielisairaalan historiikki*. Vankeinhoidon historia-projektin julkaisu 2/1979. Helsinki: Oikeusministeriön vankeinhoito-osasto.

Rapelo, Nina (2012), ”Saattaisi tuottaa ainakin positiivista hyötyä”. Suomen lobotomiat pohjoismaisessa kontekstissa 1930–1970-luvulla. Suomen ja Pohjoismaiden historian pro gradu – tutkielma. Helsingin yliopisto.

Rissanen, Anu (2012), *Työtä, shokkeja ja lääkkeitä – Siilinjärven piirimielisairaala ja potilaiden hoitomuodot 1926–1959*. Suomen historian Pro gradu –työ. Jyväskylän yliopisto.

Sailas, Eila (1996), *Vapaus vai kahleet? Psykiatristen potilaiden eristämisen historiaa*. Teoksessa Elomaa et. al. (toim.), *Psykiatrian hoitomuodot 1900-luvulla*. Vantaa: Mielenterveyden keskusliitto ry. s. 81–87.

Salminen, Ville (2010), Lobotomia suomalaisessa psykiatriassa. Oulu: Oulun yliopisto, Aate- ja oppihistorian pro gradu-tutkielma.

Salminen, Ville (2011), Lobotomia psykiatrisena hoitomuotona Suomessa. Artikkelit Historiallisessa aikakauskirjassa 1/2011. s. 48–59.

Salo, Markku (1996), Sietämisestä solidaarisuuteen. Mielisairaalarformit Italiassa ja Suomessa. Tampere: Vastapaino.

Salovaara, Inkeri; Immonen, Sirkku & Tyybäkinen, Markku (2007): Koppiin ja kahleisiin? Psykiatrisen potilaan eristäminen laitoksissa. Vantaa: Mielenterveyden keskusliitto ry.

Sariola, Esa & Ojanen, Markku (1997), Hoito vai pakkohoito? Helsinki: Otava.

Selistö, Seija (1990): Vanhan Vaasan sairaala 1768–1990. Vaasa: Vanhan Vaasan sairaala.

Shorter, Edward (2005), Psykiatrian historia. Alkuperäinen teos 1997: A History of Psychiatry; From the Era of the Asylum to the Age of Prozac. John Wiley & Sons, Inc. Suomentanut Eila Salomaa. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.

Sivenius, Hannu (1989), ”Pierre Riviéren päättymätön oikeudenkäynti. Teoksessa Kosonen, Pekka & Levo-Kivirikko, Anneli (toim.): Vapaus, veljeys ja vallankäyttö. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Skålevåg, Svein Atle (2006), ”A Matter of Forensic Psychiatry: A Historical Enquiry”. Medical History Vol. 50 no. 1, s. 48–68.

Suominen, Y.K (anonyyminä) (1944), ”Rotuhygienia ja sota I-II,” Suomen Kuvalehti 37-38/1944, s. 1054–1058, 1082–1083.

Suominen, Y.K (1945), ”Sota ja rotuhygienia”, Sotilaslääketieteellinen Aikakauslehti 1/1945, s. 9–35.

Suominen, Y.K (1941), Mielisairaslain- ja asetuksen tarkastelua. Suomen lääkäriiliiton aikakauslehti 3/1941, s. 205–232.

Sysiharju, Karoliina (2012), Pitkäniemi sodassa 1939–1947. Pitkäniemi: Pitkäniemen sairaalan Perinneyhdistys.

Therman, Ernst (1917): ”Kriminaalipotilaiden säilyttämisestä mielisairaaloissa” Duodecim 1917, 499.

Terveys- ja hyvinvoinnin laitos (2011), Tautiluokitus ICD-10. Luokitukset, termistö ja tilasto-ohjeet. THL. Mikkeli.

Tiitta, Allan (2009), Collegium medicum. Lääkintöhallitus 1878–1991. Helsinki: Terveys ja hyvinvoinnin laitos.

Tuohela, Kirsi (2008), Huhtikuun tekstit. Kolmen naisen koettu ja kirjoitettu melankolia 1870–1900. Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran toimituksia 1161. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden seura.

Tuovinen, Sirkka Liisa (1999), Pälksaari 1925–1945. Piirisairaala rajan tuntumassa – sodan jaloissa. Jyväskylä: Gummerus.

Turunen, Sakari & Achte, Kalle (1983), Seilin hospitaali 1619–1962. Teoksessa Achte et. al. (toim.), Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatria. Helsinki: Suomen psykiatriayhdistys.

Vataja, Risto (1996), ”Sähköshokkihoidon historiaa”. Teoksessa Elomaa et. al. (toim.), Psykiatrian hoitomuodot 1900-luvulla. Vantaa: Mielenterveyden keskusliitto ry. s.28–31.

Vilkuna, Kustaa H.J (2010), Katse menneisyyden ihmiseen. Valta ja aineettomat elinolot 1500–1850. Historiallisia tutkimuksia 253. Helsinki: Suomen Historiallinen Seura.

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

Walton, John; Brooks, James F; DeCorse, Christopher R.N, “Introduction”. Teoksessa: Brooks, James F; DeCorse et al. (toim.), Small Worlds. Method, Meaning & Narrative in Microhistory. Santa Fe: School for Advanced Research Press.

Wagner-Prenner, Marianne (2000), Syyntakeisuus ja mielentila. Rikosoikeudellinen ja empiirinen tutkimus syyntakeisuuden määräytymisestä. Helsinki: Lakimiesliiton kustannus.

Zemon Davis, Natalie (2001), Martin Guerren paluu. Alkuteos Le retour de Martin Guerre 1983. Suomentanut Aulikki Vuola. Helsinki: Gaudeamus.

Internet-lähteet:

Forsius, Arno (2011), Houruinhoidosta mielenterveystyöhön – katsaus psykiatrian vaiheisiin. Esitelmä Suomalaisilla historiapäivillä Lahden Sibeliustalolla 11.2.2011.
<http://www.saunalahti.fi/arnoldus/houruinh.htm>
viitattu 14.8.

Hakanpää, Päivi (2007), Vanha Vaasa – Gamla Vasa. Kaupunkiarkeologinen inventointi. Museovirasto.
<http://www.nba.fi/fi/File/593/vanha-vaasan-kaupunkiark-inv.pdf>
viitattu 14.8.2014.

Oulun yliopiston tekeillä olevat väitöskirjat:
<http://www oulu.fi/aatejaoppihistoria/node/9388>
viitattu 16.7.2014.