

Suomi erotetaan historian tutkimuksessa toisistaan. Järjestöjen valinta vaikuttaa siihen, minkä tyyppistä asiantuntijuutta tulee tutkimuksen piiriin. Nyt esimerkiksi lastensuojelun asiantuntijuus ja erilaisten potilasjärjestöjen asiantuntijuus rajautuvat ulkopuolelle.

Tutkimuksen rakenne on omaperäinen. Bergenheim on päätenyt sarjaan tapaustutkimuksia, joissa on erilaisia menetelmiä, aineistoja ja teemoja. Ensimmäisen osion teema on Väestö ja terveys, toisen Suunnittelu ja kolmannen Järjestöt ja muut toimijat. Lopputulos on artikkeliväitöskirjaa muistuttava monografia. Artikkelin omaisuus näkyy muun muassa siinä, että johdannossa menetelmiä kuvataan vain yleisellä tasolla. Tarkemmat menetelmäkuvaukset jäävät lukujen alkuun. Ratkaisu on tavallaan ymmärrettävä, koska monimenetelmäisen työn menetelmien ja aineistojen kuvaaminen johdannossa tekisi tutkimuksesta kohtuuttoman etupainotteisen. Silti valinta tuottaa päälukujen alkuun turhankin paljon metatekstia, jossa selitetään yksityiskohtaisesti, mitä kussakin luvussa tuleman pitää.

Tutkimus nojaa lähinnä neljänlaisiin menetelmiin. Luvuissa 2–5 sovelletaan kehysanalyysiä, jossa keskeisiä käsitteitä ovat diagnostinen, prognostinen ja motivoiva kehystäminen. Kehysanalyysin kohteina ovat Väestöliiton perustaminen ja 1940-luvun väestöpolitiikka, Folkhälsanin ja Väestöliiton käsitykset kansanterveydestä, Folkhälsanin mentaalihygieeniset neuvolat sekä Väestöliitto ja asuntopolitiikka 1940–50-luvuilla. Luku 6 erittelee Sosiaalipoliittista yhdistystä paradigmanuutoksen, kokemustilan ja odotushorisontin käsittein. Siinä tekijä yhdistää kuhnilaista tieteenfilosofiaa ja koselleckilaista historianfilosofiaa varsin onnistuneesti. Luku 7 käsittelee Sosiaalihuollon Keskusliittoa sosiaalihuollon *politiikan* historiana. Bergenheim tukeutuu Luc Boltanskin ja Laurent Thévenot'n oikeuttamisteoriaan ja siitä johdettuihin analyysikehikoihin. Luku 8 johdattaa lukijat Sosiaalipoliittisen yhdistyksen ja Sosiaalihuollon Keskusliiton kansainväliseen toimintaympäristöön (*International Conference of Social Work*). Epämääräisesti ilmaistu ”transnationaalisten historiallisten ilmiöiden tutkimiseen sopiva menetelmä” (s. 35) täsmenty neljäksi transnationaalisten suhteiden troopiksi: omistautuminen, valta-asema, mobilisointi ja ryhmittäminen (s. 243). Bergenheim osoittaa, että merkittävässä kansainvälisessä tehtävässä Suomen virallinen edustus oli järjestöjen vastuulla.

Bergenheim käyttää laajaa ja monipuolista asiakirja-aineistoa ja paikkaa sen puutteita täydentävällä aineistolla. Joitakin puuttuvia arkistolähteitä todennäköisesti löytyisi muista arkistoista. Teoreettisesti ja käsitteellisesti huolelliselta väitöstutkimukselta olisi kuitenkin kohtuutonta edellyttää aivan jokaisen arkistomapin etsintää. Bergenheim osoittaa kykynsä alkuperäisaineistojen taitavana erittelijänä. Tutkimusetiikan kirjoittaminen auki olisi vahvistanut tätä johtopäätöstä entisestään,

varsinkin kun työssä ei ilmene erityisiä tutkimuseettisiä ongelmia. Tutkimuksen teoreettinen pohja ja metodiset valinnat ovat harkittuja ja varsin hyvin perusteltuja. Tutkija käy selkeän tietoisesti keskustelua oman alansa kotimaisen ja kansainvälisen tutkimuksen kanssa. Kolmannen osion tematisointi jää napakkuudessaan ja selkeydessään jälkeen ensimmäisestä ja toisesta osiosta. Rakenteena tai asetelmana ”järjestöt ja muut” on liian väljä eikä tue tutkimustehtävän pysymistä mielessä kirkaana.

Bergenheimin väitöstutkimuksella on selkeä itsenäisen kontribuutio hyvinvointivaltion historian, aate- ja käsitehistorian sekä tiedon historian tutkimukseen. Tutkimuksen rakenteessa on tiettyjä ongelmia, jotka hankaloittavat kokonaisuuden hahmottamista, mutta tekijä pystyy työnsä lopussa vetämään langat hallitusti yhteen. Hän osoittaa, että järjestöjen yhteiskuntapoliittinen asiantuntijuus rakentui monella areenalla, monissa kysymyksissä ja monin tavoin. Sivulla 299 on hyvä koiva taulukko yhteiskuntapoliittisen asiantuntijuuden ulottuvuuksista. Järjestöjen poliittinen toimijuus jakautuu yhteiskuntapoliittiseen systeemiasiantuntijuuteen ja käytännöllispoliittiseen toimijuuteen. Asiantuntijatoimijuus puolestaan jakautuu professionaaliseen asiantuntijuuteen ja poliittiseen asiantuntijuuteen. Näitä eri ulottuvuuksia kirja havainnollistaa erittäin hyvin ja herättää niistä hedelmällisiä jatkokysymyksiä.

Pirjo Markkola, professori  
Tampereen yliopisto

## Mielenterveys, hallinta ja ihmisoikeudet

Karoliina Ahonen:

**Suomalainen mielenterveyspolitiikka.**

**Julkisen vallan ohjaus mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmisoikeuksien turvaamiseksi.**

Helsingin yliopisto 2020. 284 s. [http://urn.fi/URN:](http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-5671-6)

ISBN:978-951-51-5671-6.

Karoliina Ahosen sosiaalietiikan alaan kuuluva väitöskirja tarkastelee mielenterveyden hallinnan muutosta 1970-luvulta nykypäivään. Hänen näkökulmanaan on ihmisoikeuksien toteutuminen ja aineistona mielenterveyspolitiikan ohjaukseen käytetyt julkiset asiakirjat neljäkymmenen vuoden ajalta. Vastaavanlaisia tutkimusta meillä ei ole aikaisemmin tehty ja siksi väitöskirjalla on merkittävä paikka mielenterveyden, suomalaisen terveyspolitiikan sekä potilaiden ihmisoikeuksien tutkimuksen kentässä. Väitöskirja virittää runsaasti jatkokysymyksiä ja sillä on annettavaa myös kulttuurintut-

kimukselle. Mielen terveys ja sen hoito ovat kulttuurinen peili, josta kuvastuvat tärkeät yhteiskunnalliset arvot, käytännöt ja niissä tapahtuneet muutokset.

Ihmisoikeuskysymykset esiintyivät aikanaan merkittävänä perusteina rakennettaessa hyvinvointivaltion terveys- ja sosiaalipolitiikkaa. Sellaiset ihmisoikeustavoitteet, kuten oikeudenmukaisuuden puolustaminen, pakkohoidon vastustaminen sekä yhteiskunnallisten ja poliittisten perusoikeuksien turvaaminen käynnistivät yhteiskunnallista liikehdintää, joka johti psykiatristen sairaansijojen laajamittaiseen sulkemiseen. Keskustelu psykiatrisen hoidon piirissä toteutettavista ihmisoikeuksista oli osa kansainvälistä toimintaa. Siitä tuli tunnetuksi erityisesti italialaisen psykiatrin Franco Basaglian (1924–1980) psykiatrisen sairaanhoidon deinstitutionaalisatio – uudistus, mikä toimi myös Suomessa mallina mielisairaanhoitojärjestelmän radikaalille uudistamiselle ja laitoshoidon korvaamiselle avohoidolla. Karoliina Ahonen osoittaa tutkimuksessaan, miten oikeudenmukaisuus säilyi tuolloin Suomessa lainsäädännöllisenä periaatteena, mutta käytännössä katosi yhteiskunnallisten, mielen terveyden hoitoon tarkoitettujen käsitteiden ja toimenpiteiden joukosta. Ahonen päättää tarkastelujaksonsa 2020-luvulle ja toteaa, että uuden mielen terveysparadigman seurauksena vakavasti sairastaneet ihmiset unohtuivat avohoidon näennäisöllisyyttä tuottaviin palvelumuotoihin.

Ahonen on erottanut työssään mielen terveyspolitiikan erilaisia sisällöllisiä sekä hallintaa koskevia vaihteita. Hänen mukaansa ensimmäisissä mielen terveyspolitiikkaa ohjaavissa asiakirjoissa 1970-luvun lopulla ja 1980-luvun alussa käytettiin vakavasti sairaiden ihmisiä ja perusoikeuksien turvaamista kuvaavia käsitteitä ja asetettiin tavoitteeksi oikeudet samoin kuin keinojen muotoilu niiden takaamiseksi. Seuraavilla vuosikymmenillä muotoilluissa asiakirjoissa tällaisia tavoitteita ei enää asetettu. Mielen terveyspolitiikan painopiste siirtyi vakavasti sairaiden ihmisiä ja perusoikeuksien turvaamisesta koko väestön mielen terveyden ja hyvinvoinnin hallintaan, jossa keskeiseksi muodostui terveyden edistäminen, ennaltaehkäiseminen ja avohoidon kehittäminen. Hänen mukaansa kehittämistyössä käytettyjen asiakirjojen sisältämät käsitteet ja niihin sidoksissa olevat mielen terveyttä ja hoitoa jäsentävät paradigmat suuntasivat huomiota pois ihmis- ja perusoikeuksien toteutumisen kannalta tärkeistä kysymyksistä.

Tutkimuksen tarkastelujakson kuluessa mielen terveyttä, sen hoitoa ja mielen terveyspolitiikkaa kuvaavat käsitteet muuttuivat perusteellisesti. Mielen terveysryhmän komitean 1980-luvun alussa valmistuneessa mietinnössä mielen terveyden ongelmien katsottiin liittyvän sairastuneen yksilön ja yhteiskunnan välisiin suhteisiin ja ihmisten keskinäiseen vuorovaikutukseen. Sen vuoksi arvioitiin, että mielen terveyden toimien tuli kohdistua sekä hoitoon että sellaiseen ennaltaehkäisyyn, jonka

piiriin kuului sosiaalisen ja kulttuurisen ympäristön toimijoita ja yhteisöjä. Mietinnössä painotettiin mielisairaslain uudistamista ihmisoikeuksien näkökulmasta ja samalla esitettiin pakkokeinojen poistoa sekä psykiatristen sairaansijojen merkittävää vähentämistä ja useiden sairaaloiden sulkemista.

Mielen terveys käsitteenä ja käytäntöinä määriteltiin uudelleen. Ihmisoikeuksien jäädessä sivuun kansalaisyhteiskunnassa universaalisti suuntautuva ehkäisytyö kohdistui nyt erityisesti avohoidon palveluiden kehittämiseen huomioiden vaikeista mielen terveysongelmista kärsivien potilaiden erityisiä tarpeita. Riskistä muodostui keskeinen mielen terveyspoliittinen instrumentti. Potilas muuttui väestöksi, Ahonen kiteyttää. Tämä tarkoittaa sellaisen managerialistisen terveydenhuoltotutkimuksen kehittämistä, missä riski ja hallinta ovat nousseet keskeiselle sijalle.

Italiassa mielisairaanhoitoudistuksen käynnistäneen Basaglian mielestä psykiatrisen mahdollisuudet auttaa olivat olemattomia niin kauan kuin potilaille ei annettu yhteiskunnallisia ja poliittisia perusoikeuksia, joista vapaus ja demokratia olivat tärkeimmät. Uudistus sairaaloiden sulkemiseksi merkitsi ihmisoikeusajattelussa mahdollisuutta antaa ja taata mielen terveyspotilaille sijaa yhteiskunnassa. Toisin kuin meillä italialainen järjestelmä rakentui alun alkaen tiiviiseen yhteistyöhön yhteiskuntapolitiikan, kuten asumis- ja työllistämispolitiikan, sekä kulttuuripoliittisten toimien kanssa. Se oli mahdollinen myös italialaisen perherakenteen varassa, missä sukujen ja suurperheiden äidit vastasivat suurelta osin mielen terveydeltään horjahtaneiden perheenjäsentensä hoidosta.

Mielen terveysryhmän ohjaavien poliittisten dokumenttien joukosta Ahonen ei ole löytynyt asiakirjoja tai tutkimuksia, joissa olisi arvioitu mielen terveyden ongelmista kärsivien ihmisoikeuksien tosiasiallisen toteutumista neljänkymmenen vuoden aikana. Aineistosta käy ilmi, että poliittisessa ohjauksessa vähemmälle jäivät myös psykiatrisissa sairaaloissa aikaisemmin hoidettujen tehtävien, kuten asumisen, elinkeinon tai aktiiviseen yhteiskuntaosallisuuteen liittyvän tuen turvaaminen. Sairaaloiden alasajon alkuperäinen tavoite, ihmisoikeuksien vahvistaminen, ei synnyttänyt juuri minkäänlaisia toimenpiteitä. Se jäi tavoitekielen tasolle ja tämä toistuu myös uusimmassa mielen terveysstrategiassa<sup>1</sup>, jossa ihmisoikeuksiin kyllä viitataan, mutta lähinnä ennakkoluulojen vastustamiseen ja asennevaikeuksien keskittyvänä yleisluontoisena periaatteena sen sijaan, että kehitettäisiin konkreettisia toimenpiteitä syrjinnän ja ihmisoikeusrikkomusten selvittämiseksi ja estämiseksi. Kuten ehkäisyohjelmassa kiteytetään: ”Mielen terveys on keskeinen hyvinvoinnin osatekijä, ja se vaikuttaa yhteiskunnan vakauteen ja kustannuksiin eri sektoreilla. Taloudelliset vaikutukset muodostuvat toisaalta siitä, miten paljon mielen terveyden ongelmat

aiheuttavat julkisen sektorin kustannuksia, ja toisaalta siitä, missä määrin mielenterveys vaikuttaa työn tuottavuuteen”.

Väitöskirjan tarkastelujakson puolella välissä terveydenhuollon palvelujärjestelmää ryhdyttiin kehittämään siten, että se alkoi suuntautua aktiivisten ja kyvykkäiden, työelämään kuuluvien ihmisten palveluiden järjestämiseen. Sairaaloiden entisistä potilaista pyrittiin tekemään asiakkaita ja kuluttajia, vapaita valitsijoita – useimmiten kuitenkin huonolla menestyksellä. Miten heidän on käynyt, on jäänyt tutkimatta. Pitkäaikainen mielenterveyshäiriö on sosiaalisen eriarvoisuuden kysymys. Psykiatrisista sairauksista kärsivät ovat ihmisryhmänä muuta väestöä särkyvämpiä, huonommin koulutettuja ja osallistuvat muita vähemmän työelämään, ovat fyysisesti sairaampia kuin muut, kuolevat nuorempina ja kuuluvat yhteiskunnan köyhimpiin. He ovat kauimpana ”mielenterveysjohtamisen” agendasta.

Vaikka laitosten alasajoa perustelevissa lainsäädäntöuudistuksissa korostettiin ”kodinomaista mielenterveyshoitoa laitoshoidon sijaan”, uudistus ei välttämättä ole koskettanut ihmisiä, jotka ovat esimerkiksi mielenterveyssyistä yksinäisiä. Mielenterveyspotilaat eivät ole vapautuneet vaan pikemminkin joutuneet sairaaloista uusiin instituutioihin: päihdesuojoihin tai kaduille. Deinstitutionalisaatiosta tuli *re*-institutionalisaatiota. Ei ole edes kärjistävää luonnehtia muutoksia siten, että ainoastaan instituutio muuttui, Ahonen kiteyttää.

Karoliina Ahosen näkökulma mielenterveyspolitiikan muutokseen on uusi ja radikaali. Hän määrittelee kysymyksensä yhteiskunnallisesta muutoksesta mielenterveyspolitiikassa toisin kuin meillä on aikaisemmin yhteiskuntapolitiikan tai psykiatrian aloilla tehty. Neljänkymmenen vuoden aikana tyhjentyi yli 20 000 psykiatrista sairaansijaa ja neljäkymmentä sairaalaa suljettiin. Heidän tarkasta määrästään enempää kuin heidän tilanteestakaan ei ole systemaattista tutkimusta. Mitä potilaille ja heidän ihmisoikeuksilleen tapahtui sen jälkeen, kun laajamittainen sairaaloiden sulkeminen oli toteutettu?

Mielenterveyspolitiikan uudistusta sysäsi liikkeelle 1970-luvulla kaksi tekijää: ihmisoikeudet ja valtiontalouden säästöt. Jälkimmäisen voi katsoa jääneen voittajaksi jopa niin, että vain murto-osan taloudellisista säästöistä

voi arvioida kuluneen mielisairaaloista vapautuneiden ihmisten elämän järjestämiseen. Tästä ei ole saatavilla tarkkoja taloudellisia laskelmia ja myös ne odottavat tutkijaansa. Terveydenhuollon hallinnasta, taloudesta ja palvelujärjestelmistä on tehty paljon tutkimusta, luotu ja vakiinnutettu uusia tutkimusaloja, kuten terveydenhuoltotutkimus ja terveystaloustiede. Mielenterveyden hallinnan alueelle tuli useita toimijoita psykiatria-tieteen ja käytännön lisäksi myös mielenterveyden managerialistiseksi muuttuneen hallinnan piiristä. Psykiatrinen lääkehoito sai yhä laajempaa jalansijaa, ja hallinnan käyttöön tarkoitettu uusi tutkimuspolitiikka ja sen varaan rakennetut strategiat ryhtyivät tuottamaan tietoa palvelujärjestelmistä, riskeistä ja väestön hallittavuudesta sekä näyttöön perustuvasta mielenterveystyöstä. Kun yhteiskunnallinen ja ihmisoikeudellinen ote mielenterveyspotilaiden hoidossa höltyi, alkoi syntyä tilaa työn tuottavuudesta, mielenterveysjohtamisesta ja valinnanvapauden teemoista koostuvalle tekniselle ja byrokratiselle talouspuheelle.

Karoliina Ahosen väitöskirja tarjoaa useita avauksia historian- ja kulttuurintutkimukselle. Hänen työnsä perustuu valtiollisten dokumenttien tiheään kuvaukseen ja on jo menetelmänsä kannalta kulttuurintutkijaa kiinnostava. Millainen oli se käsitteellinen muutos, joka muovasi psykiatrisen tutkimuksen pitkälti uudelleen? Miten ihmisten ”hyvä elämä” mahdollisesti järjestyi sairaaloiden sulkemisen jälkeen? Miten vapaus toteutui silloin kun sen toteutumiseen ei luotu yhteiskunnallisia edellytyksiä? Väitöskirja virittää tutkimukselle monia lisäkysymyksiä. Tärkeä on tutkimuksen tuloksissa piirtyvä pitkä linja eli asiakkuuden ja valinnanvapauden ideologioiden hiipiminen mielenterveyspolitiiseen keskusteluun. Miten vakavaan mielenterveyden häiriöön sairastuneesta, monisairaasta ihmisestä voidaan odottaa syntyvän valintoihin ja autonomiseen päätöksentekoon kykenevä asiakas? Kiinnostavia avauksia syntyy myös toimijuuden tutkimukseen. Millaisten toimijuuksien kirjo on mahdollinen mielenterveyspolitiikan rakenteiden ja mielenterveytensä rippeistä kiinni pitävän asiakkaan välissä? Tutkijaa ei voi olla kiehtomatta myöskään managerialismin oudolla tavalla kyseenalaistamaton, esteetön voittokulku mielenterveyspolitiikan saralla.

Marja-Liisa Honkasalo, professori (ema.)  
Turun yliopisto

1. *Kansallisen mielenterveysstrategian ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030*. Sosiaali- ja terveysministeriö 2020, <http://um.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7> (11.5.2021).