

Emma Suokas

# TIEDOLLINEN EPÄOIKEUDENMUKAISUUS MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIEN HOITO- JA DIAGNOSOINTIPROSESSISSA

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta  
Pro Gradu -tutkielma  
Huhtikuu 2024

## TIIVISTELMÄ

Emma Suokas: Tiedollinen epäoikeudenmukaisuus mielenterveyskuntoutujien hoito- ja diagnosointiprosessissa

Pro Gradu -tutkielma

Tampereen yliopisto

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Filosofian tutkinto-ohjelma

Huhtikuu 2024

Tässä tutkielmassa tarkastelen, millainen rooli tiedollisella epäoikeudenmukaisuudella on mielenterveyskuntoutujien hoito- ja diagnosointiprosessissa. Tiedollinen epäoikeudenmukaisuus on Miranda Frickerin käsite, jolla on kaksi muotoa: todistuksellinen ja hermeneuttinen epäoikeudenmukaisuus. Käyn läpi todistuksellisen ja hermeneuttisen epäoikeudenmukaisuuden piirteet ja niihin liittyvät käsitteet, kuten identiteettiennakkoluulon, identiteettivallan ja hermeneuttisen marginalisoinnin. Tiedollisessa epäoikeudenmukaisuudessa olennaista on ennakkoluulojen myötä tehty uskottavuuden aliarviointi ja jaetuissa käsitteellisissä resursseissa olevat aukot.

Tiedollinen epäoikeudenmukaisuus liittyy sosiaalisen ja feministisen epistemologian alaan, ja taustoitankin käsitettä käymällä lyhyesti läpi sosiaalisen ja feministisen epistemologian suuntauksia. Lisäksi tarkastelen tiedollista epäoikeudenmukaisuutta myös hyve-epistemologian alalla, sillä tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden käsitteessä hyveillä on oma roolinsa.

Tutkielmani pääargumentti on, että tiedollinen epäoikeudenmukaisuus on rakenteellinen ongelma mielenterveyskuntoutujien hoidossa. Käsittelen erilaisia tutkimuksia mielenterveyskuntoutujiin kohdistuvasta stigmasta, ennakkoluuloista ja heidän kohtelustaan terveydenhuollossa. Tutkimuksista käy ilmi, että osa mielenterveyskuntoutujista kokee tiedollista epäoikeudenmukaisuutta terveydenhuollon ja mielenterveyden palveluissa. Tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden seurauksia ovat hoidon laadun heikkeneminen ja asianmukaisen diagnoosin saamisen vaikeutuminen. Tarkastelen lisäksi mielenterveyskuntoutujien tiedollista toimijuutta ja haavoittuvuutta, sillä niillä on merkittävä kytkös tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden kohtaamiseen.

Käyn läpi myös ammattilaisten roolia tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden muodostumisessa mielenterveyskuntoutujien kohtelussa. Analysoin asiantuntijuuden määritelmää ja luottamuksen merkitystä asiantuntijuudessa. Tarkastelen erityisesti vallan merkitystä ammattilaisuudessa ja asiantuntijuudessa, ja valtasuhteita ammattilaisen ja kuntoutujan välillä. Työssä ei ole tarkoituksena syyllistää yksittäisiä ammattilaisia tiedollisesta epäoikeudenmukaisuudesta, vaan esittää tiedollinen epäoikeudenmukaisuus rakenteellisena ja institutionaalisenä ongelmana.

Avainsanat: tiedollinen epäoikeudenmukaisuus, hermeneuttinen epäoikeudenmukaisuus, todistuksellinen epäoikeudenmukaisuus, epistemologia, valta, mielenterveyskuntoutuja

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck-ohjelmalla.

## **ABSTRACT**

Emma Suokas: Epistemic injustice in the treatment and diagnostic process of mental health rehabilitators

Master's thesis

Tampere University

Faculty of Social Sciences

Master's Programme in Philosophy

April 2024

In this master's thesis, I examine the role of epistemic injustice in the treatment and diagnostic processes of mental health rehabilitators. Epistemic injustice, introduced by Miranda Fricker, encompasses two forms: testimonial and hermeneutical injustice. I explore the characteristics of testimonial and hermeneutical injustice along with related concepts such as identity prejudice, identity power, and hermeneutical marginalization. Central to epistemic injustice is the underestimation of credibility due to prejudice and gaps in shared hermeneutical resources.

Epistemic injustice is situated within the realms of social and feminist epistemology, and I will provide a brief overview of these frameworks. I also examine epistemic injustice within the realm of virtue epistemology, as virtues play a distinct role in the concept of epistemic injustice.

The main argument of my thesis is that epistemic injustice is a structural problem in the treatment and diagnosis of mental health rehabilitators. I discuss various studies on the stigma, prejudices, and treatment of mental health rehabilitators within healthcare and society. These studies reveal that some mental health rehabilitators experience epistemic injustice in healthcare settings. The consequences of epistemic injustice include deterioration in the quality of care and difficulty in receiving appropriate diagnoses. Additionally, I analyze the epistemic agency and vulnerability of mental health rehabilitators as they are closely linked to experiences of epistemic injustice.

I also explore the role of professionals in the formation of epistemic injustice regarding the treatment of mental health rehabilitators. I analyze the definition of expertise and the significance of trust in expertise. I particularly examine the role of power in professionalism and expertise and power dynamics between professionals and rehabilitators. The intention of this work is not to put blame on individual professionals for epistemic injustice but to present it more as a structural and institutional problem.

Keywords: Epistemic injustice, hermeneutical injustice, testimonial injustice, epistemology, power, mental health rehabilitator

The originality of this thesis has been checked using the Turnitin OriginalityCheck service.

# SISÄLLYS

<b>1. Johdanto .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Tiedollinen epäoikeudenmukaisuus .....</b>	<b>3</b>
2.1. Todistuksellinen epäoikeudenmukaisuus .....	4
2.2. Jäännösennakkoluulo ja identiteettivalta .....	8
2.3. Hermeneuttinen epäoikeudenmukaisuus .....	11
<b>3. Tiedollinen epäoikeudenmukaisuus epistemologian alalla .....</b>	<b>13</b>
3.1. Sosiaalinen epistemologia .....	14
3.2. Feministinen epistemologia .....	15
3.3. Hyve-epistemologia .....	17
<b>4. Tapausesimerkki mielenterveyskuntoutujista .....</b>	<b>19</b>
4.1. Mielenterveyskuntoutujan käsite .....	20
4.2. Mielenterveysongelmien stigmatisointi ja haavoittuvuus .....	22
4.3. Sosioekonomisen taustan vaikutus mielenterveysongelmien stigmatisointiin .....	26
4.4. Mielenterveyden stigma terveydenhuollossa .....	30
4.5. Mielenterveyskuntoutujan tiedollinen toimijuus .....	32
<b>5. Asiantuntijuus ja ammattilaiset .....</b>	<b>42</b>
5.1. Luotettavuus ja luottamus .....	43
5.2. Vallan kuutio .....	47
5.3. Tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden rakenteellinen luonne .....	52
<b>6. Johtopäätös.....</b>	<b>55</b>

# 1. Johdanto

Tutkielmani käsittelee tiedollista epäoikeudenmukaisuutta mielenterveyskuntoutujien hoito- ja diagnosointiprosessissa. Tämän työn tutkimuskysymys on: Millainen rooli tiedollisella epäoikeudenmukaisuudella on mielenterveyskuntoutujien hoito- ja diagnosointiprosessissa? Analysoin terveydenhuollon ja mielenterveyspalveluiden instituutioissa ilmenevää tiedollista epäoikeudenmukaisuutta ja sen syitä erityisesti vallan ja mielenterveyskuntoutujien haavoittuvan aseman kautta. Esitän, että tiedollinen epäoikeudenmukaisuus on rakenteellinen ongelma mielenterveyskuntoutujien hoidossa. Työn tarkoituksena ei ole syyllistää tiedollisesta epäoikeudenmukaisuudesta yksittäisiä toimijoita, vaan nostaa esiin systemaattinen ja toistuva mielenterveyskuntoutujiin kohdistuva tiedollinen epäoikeudenmukaisuus, joka kumpuaa eri yhteiskunnan käytäntöjen ja instituutioiden rakenteista.

Tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden käsite soveltuu mielenterveyskuntoutujien hoito- ja diagnoosiprosessin tarkasteluun hyvin, sillä käsitteen avulla voidaan tarkastella mielenterveyskuntoutujien tiedollista toimijuutta ja haavoittuvuutta ja toisaalta sitä, millaista tietoa mielenterveyskuntoutujilla on omasta tilastaan ja kokemuksistaan, jota muilla ei ole. Tiedollisessa epäoikeudenmukaisuudessa valta on keskeinen käsite, ja terveydenhuollossa ammattilaisen ja hoidettavan henkilön välillä on automaattisesti valtasuhde, jota on syytä tarkastella syvemmin.

Fricker tarjoaa tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden käsitteellä mahdollisuuden analysoida sitä, miten tieto jakaantuu yksilöiden välillä, ja millä tavoin yksilöt pääsevät osallistumaan tiedon jakamiseen. Tässä työssä keskeistä mielenterveyskuntoutujien kohtelun tarkastelussa onkin juuri tiedollinen puoli eli se, miten mielenterveyskuntoutujia kohdellaan tiedollisina toimijoina ja kuinka he pääsevät osaksi tiedollisia tapahtumia. Mielenterveyskuntoutujat kokevat varmasti muitakin epäoikeudenmukaisuuden muotoja, mutta tässä työssä ei käsitellä niitä yhtä tarkasti kuin epäoikeudenmukaisuuden tiedollista muotoa.

Aluksi syvennyn toisessa luvussa tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden käsitteeseen tarkemmin, ja esittelen tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden kaksi muotoa, todistuksellisen ja hermeneuttisen epäoikeudenmukaisuuden. Kolmannessa luvussa taustoitan tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden käsitettä sijoittamalla sen sosiaalisen ja feministisen epistemologian ja hyve-epistemologian alalle.

Neljännessä luvussa tarkastelen mielenterveyskuntoutujiin kohdistuvaa stigmaa ja ennakkoluuloja. Tapausesimerkinä esittelen tutkimuksia mielenterveyskuntoutujiin kohdistuvasta stigmasta terveydenhuollossa ja yhteiskunnassa yleisesti sekä mielenterveyskuntoutujien kohtelusta terveydenhuollossa. Esimerkkien ja tutkimusten on tarkoitus havainnollistaa, että osa mielenterveyskuntoutujista todella kohtaa tiedollista epäoikeudenmukaisuutta terveydenhuollon ja mielenterveyspalveluiden saralla. Lisäksi tarkastelen mielenterveyskuntoutujien tiedollista toimijuutta ja haavoittuvuutta suhteessa tiedolliseen epäoikeudenmukaisuuteen.

Ammattilaisten ja mielenterveyskuntoutujien vuorovaikutus ja valtasuhteet terveydenhuollossa ovat suuressa roolissa, kun analysoidaan tiedollista epäoikeudenmukaisuutta mielenterveyskuntoutujien hoito- ja diagnosointiprosessissa. Viidennessä luvussa käsitellenkin sitä, miten valtasuhteet muodostuvat ammattilaisen ja mielenterveyskuntoutujan välille, ja millaista valtaa ammattilaisella ylipäätään on. Lisäksi analysoin, mitä asiantuntijuus tarkoittaa ja millainen osa luottamuksella ja luotettavuudella on, kun tarkastellaan ammattilaisen ja mielenterveyskuntoutujan vuorovaikutusta ja valtasuhteita. Tarkastelen viidennen luvun lopuksi tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden rakenteellista luonnetta. Kuudennessa luvussa käyn läpi johtopäätökset ja kertaan lyhyesti tutkielmani pääväitteet ja -teemat.

Päälähteinäni käytän Miranda Frickerin kirjaa *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing* (2007) ja Kiddin, Medinan ja Pohlhausin teosta *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice* (2017). Lisäksi käytän erilaisia artikkeleita ja tutkimuksia koskien erityisesti mielenterveyskuntoutujien kokemia tiedollista epäoikeudenmukaisuutta. Lähteinä on myös muutamia verkkosivustoja, joiden on tarkoitus selventää mielenterveyskuntoutujiin liittyvää käsitteistöä ja tarjota tilastotietoa.

## 2. Tiedollinen epäoikeudenmukaisuus

Miranda Fricker esitteli vuonna 2007 kirjassaan *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing* (2007) tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden käsitteen. Frickerin määritelmän mukaan on olemassa kahdenlaista tiedollista epäoikeudenmukaisuutta, todistuksellista ja hermeneuttista (Fricker 2007, 1). Kummassakin tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden muodossa on yhteistä se, että henkilön älyllisiin kykyihin ei uskota identiteettiin liittyvien ennakkoluulojen vuoksi. Henkilöä ei siis nähdä tiedollisesti uskottavana. (Fricker 2007, 259.)

Tiedollinen epäoikeudenmukaisuus yhdistää poliittisen filosofian, etiikan ja epistemologian. Käsitteen tiimoilta tarkastellaan, miten eettiset ja poliittiset tiedon käytännöt voivat olla tiedollisesti epäoikeudenmukaisia tiettyjä tiedollisia toimijoita kohtaan. Keskeisinä tutkimuskohteina ovatkin ensisijaisesti tiedolliset käytännöt ja instituutiot, jotka ylläpitävät epäoikeudenmukaista kohtelua. Käsite on varsin tuore, vaikka tiedollinen epäoikeudenmukaisuus ei ole ilmiönä uusi asia. (Gaile 2017, 13–15.)

Filosofinen ja empiirinen tutkimus tiedollisesta epäoikeudenmukaisuudesta on ollut vilkasta viime vuosina, joten tiedolliseen epäoikeudenmukaisuuteen liittyen on syntynyt joukko uusia alakäsitteitä ja tulkintoja (Kidd ym. 2017, 1). Empiirisessä tutkimuksessa on sovellettu käsitettä monin eri tavoin, joten eri yhteyksissä eri painotukset ja erilaiset kysymykset vaativat hiukan erilaista tulkintaa. Ei ole olemassa vain yhtä muotoa tiedollisesta epäoikeudenmukaisuudesta, vaan käsitteellä on erilaisia variaatioita. Kun puhutaan tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden muodoista, se tarkoittaa, että sen eri muodoissa keskitytään eri asioihin ja erilaiset kysymykset ovat aina kunkin muodon keskiössä. Gaile huomauttaa, että kun tarkastellaan tiettyä tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden muotoa, se voi rajata huomion niin, että se on haitaksi muille tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden muodoille. Jos rajataan huomio pelkästään vaikkapa tiedon siirtoon, erilaiset tiedolliset toimet, kuten osallistuminen, havaitseminen ja kyseenalaistaminen saattavat jäädä pimentoon. (Gaile 2017, 16.)

Siksi on syytä selvittää, että tässä työssä keskitytään tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden sellaisiin muotoihin, joissa

- 1) keskitytään tiedollisen toimijan uskottavuuden aliarviointiin ennakkoluulojen perusteella
- 2) keskitytään tiedollisen toimijan marginalisointiin ja lisäksi puutteisiin jaetuissa käsitteellisissä resursseissa.

Eli tässä työssä tarkastelussa ovat erityisesti sellaiset tiedolliset toimet, jotka liittyvät tiedollisen toimijan aliarviointiin tai sellaiset toimet, jotka jättävät subjektin tiedollisen toiminnan (esimerkiksi tiedon jakamisen) ulkopuolelle. Lisäksi, koska tarkastelussa ovat mielenterveyskuntoutujat, myös valta-asemiin ja -suhteisiin liittyvät analyysit ovat työssäni keskeisiä.

Eräs esimerkki toisenlaisesta tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden analysoinnista on episteemisen työn käsite, jossa tarkastellaan episteemisen työn kasaantumista tietyille yksilöille tai ryhmille. Episteemisen työn epäoikeudenmukaisella jakautumisella tarkoitetaan esimerkiksi sitä, että seksuaalivähemmistöön kuuluvan ihmisen odotetaan tietävän kaikki mahdollinen kyseisestä ihmisryhmästä ja jakavan tietoaan muille pyyteettömästi. Tällöin vastuu tiedon hankkimisesta seksuaalivähemmistöön liittyvistä ihmisoikeusasioista tai epäoikeudenmukaisuuksista sysätään sen ryhmän edustajalle, eikä tiedon hankkimisesta oteta itse vastuuta. (Gaile 2017, 21.) Tiedollisen työn käsite on kiehtova, mutta en tässä työssä keskity siihen, sillä mielenterveyskuntoutujien suhteen on mielekkäämpää se, miten tiedollisia toimijoita sivuutetaan ja miten heitä kohdellaan ennakkoluuloisesti. Joka tapauksessa on siis olemassa monia eri variaatioita tiedollisesta epäoikeudenmukaisuudesta, jotka soveltuvat eri aihealueille.

Työn rajaaminen tiettyyn tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden muotoon auttaa myös rajaamaan aihetta maltillisemmin. Frickerin esittämässä tiedollisessa epäoikeudenmukaisuudessa ennakkoluulot vaikuttavat tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden muodostumiseen. Esittelen seuraavaksi todistuksellisen epäoikeudenmukaisuuden käsitteen, joka selkeyttää ennakkoluulojen roolia tiedollisessa epäoikeudenmukaisuudessa. Lisäksi avaam identiteettiennakkoluulon ja -vallan sekä jäännösennakkoluulon käsitettä.

## 2.1. Todistuksellinen epäoikeudenmukaisuus

Todistuksellinen epäoikeudenmukaisuus on toinen tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden muodoista. Olen suomentanut ”*testimonial injustice*”-käsitteen todistukselliseksi epäoikeudenmukaisuudeksi, sillä se melko hyvin kuvaa sitä, mistä käsitteessä on kyse. Vaikka sana ”todistuksellinen” ei täsmällisesti vastaa sanaa ”*testimonial*”, se kuvaa kuitenkin sitä, että kyseessä on todistus, jonka puhuja antaa kuulijalle, ja jonka uskottavuutta puhuja arvioi. Frickerin mukaan vuorovaikutustilanteessa kuulija tekee aina välttämättä jonkinlaisen arvion siitä, onko puhuja



uskottava puheissaan vai ei (Fricker 2007, 17). Tämä asetelma onkin lähtökohta sille, että todistuksellista epäoikeudenmukaisuutta voi tapahtua.

Todistuksellisen epäoikeudenmukaisuuden ydin on se, että puhujaa kohtaan tehdään väärin aliarvioimalla tämän uskottavuutta tietäjänä. Kuitenkin keskeistä on se, että uskottavuutta aliarvioidaan nimenomaan ennakkoluulojen vuoksi. Fricker tarkentaa, että kyse täytyy olla *identiteettiennakkoluulosta*, jotta voidaan puhua todistuksellisesta epäoikeudenmukaisuudesta. Identiteettiennakkoluulo tarkoittaa, että ennakkoluulo kohdistuu ihmisen sosiaalisen identiteetin ominaisuuteen. Tällaisia ominaisuuksia voivat olla esimerkiksi sukupuoli, koulutustausta, uskonto, seksuaalisuus, ihonväri tai jokin muu identiteettiin liittyvä ominaisuus. (Fricker 2007, 20; 27–28.) Jos esimerkiksi naiskollegan ideat jätetään jatkuvasti kokouksissa huomioimatta, koska hän on nainen, on kyseessä todistuksellinen epäoikeudenmukaisuus.

Ennakkoluulossa oleellista on, että se on ennalta tehty arvostelu, joka tehdään ilman mitään varsinaisia todisteita. Tämän vuoksi ennakkoluulot ovat tiedollisesti moitittavia, sillä arvostelu pysyy voimassa todisteista huolimatta, ja siten arvostelu on irrationaalista. Fricker muotoilee identiteettiennakkoluuloisen stereotypian siten, että se on laajalle levinnyt assosiaatio sosiaalisen ryhmän ja yhden tai useamman attribuutin välillä, jossa vastustetaan havaittavissa olevaa todistusaineistoa eettisesti haitallisella tavalla. Yksilö voi esimerkiksi tavata monia ystävällisiä ihmisiä, joilla on tietty etninen tausta, mutta kuitenkin ajatella ennakkoluuloisesti kyseisestä etnisestä ryhmästä. Jos yksilö pitää kiinni ennakkoluuloisesta ajattelutavastaan siitä huolimatta, että hänellä on todistusaineistoa, joka on vastoin hänen ennakkoluuloaan, on kyse negatiivisesta ennakkoluulosta. (Fricker 2007, 34–35.)

On olennaista huomata, että todistuksellinen epäoikeudenmukaisuus ei tarkoita sitä, että jonkun uskottavuutta aliarvioidaan jonkun muun kuin identiteettiin liittyvän seikan vuoksi. Jos esimerkiksi naiskollegan uskottavuutta aliarvioidaan siksi, että hän on yksinkertaisesti kokematon, ei sen vuoksi, että hän on nainen, kyseessä ei ole todistuksellisen epäoikeudenmukaisuuden tapaus. Todistuksellista epäoikeudenmukaisuutta ei ilmene silloinkaan, jos uskottavuuden aliarvioiminen onkin inhimillinen erehdys. Jos esimerkiksi naiskollegan uskottavuutta aliarvioidaan siksi, että virheellisesti uskotaan hänen olevan eri alan asiantuntija, kyseessä on satunnainen erehdys, ei todistuksellinen epäoikeudenmukaisuus. (Fricker 2007, 21.)

Todistuksellisen epäoikeudenmukaisuuden yksi piirre onkin se, että se on *systemaattista* (*systematic*), *jatkuvaa* (*persistent*) tai molempia. Jatkuvuuden ulottuvuus tulee todistukselliseen epäoikeudenmukaisuuteen siitä, että yksilö kokee toistuvasti todistuksellista epäoikeudenmukaisuutta identiteettinsä vuoksi. Todistuksellisen epäoikeudenmukaisuuden tapahtuma on siis toistuvasti läsnä henkilön elämässä. Systemaattisuus muodostuu siitä, että ennakkoluulo omalla tavallaan ”jäljittää” subjektia eri ulottuvuuksien kautta, kuten sukupuolen tai yhteiskunnallisen aseman kautta. Kun yksi ennakkoluulo aiheuttaa todistuksellista epäoikeudenmukaisuutta, yksilö tulee haavoittuvaiseksi myös muille epäoikeudenmukaisuuden muodoille. (Fricker 2007, 27.) Tämä tarkoittaa sitä, että todistuksellisella epäoikeudenmukaisuudella on muitakin seuraamuksia kuin yksittäinen vääryyden kohteeksi joutuminen. Myös tällaista *satunnaista* (*incidental*) todistuksellista epäoikeudenmukaisuutta on olemassa, mutta sillä ei ole rakenteellista yhteiskunnallista vaikutusta, eikä sillä ole merkittävää vaikutusta yksilön elämään. (Fricker, 2007, 27; 29.)

Systemaattisella ja jatkuvalla todistuksellisella epäoikeudenmukaisuudella ja yksittäisellä todistuksellisen epäoikeudenmukaisuuden tapahtumalla on kaikilla seuraamuksensa yksilölle, mutta ne eroavat siinä, miten paljon tapahtumalla on vaikutusta yksilön elämään eli kuinka paljon niistä koituu harmia. Yksittäinen todistuksellisen epäoikeudenmukaisuuden tapahtuma, varsinkin sen ollessa inhimillisen erheen tuottama, toki tuottaa yksilölle siinä yksittäisessä tilanteessa harmia. Esimerkiksi jos opiskelijakaverin ajatuksia ja ideoita ei oteta ryhmätyössä huomioon, koska hänen ajatellaan virheellisesti opiskelevan filosofiaa matematiikan sijaan, yksilölle toki tulee tässä tilanteessa harmia tästä yksittäisestä tapahtumasta, sillä hänen ajatuksiaan ei kuunnella. Kuitenkin tämän tapahtuman ulkopuolella todistuksellinen epäoikeudenmukaisuus ei välttämättä näy tämän yksilön elämässä.

Jos todistuksellinen epäoikeudenmukaisuus kuitenkin on jatkuvaa ja systemaattista tai jompaa kumpaa, siitä on huomattavasti suurempaa haittaa yksilölle. Siksi Fricker keskittyykin todistuksellisessa epäoikeudenmukaisuudessa nimenomaan sen systemaattiseen ja jatkuvaan muotoon, ja toteaa, että vaikka satunnainen tapahtuma voi olla todistuksellista epäoikeudenmukaisuutta, sen tuottama harmi on vain tilannekohtaista (Fricker 2007, 54). Sen sijaan systemaattisella ja jatkuvalla todistuksellisella epäoikeudenmukaisuudella on kahdenlaista eri haittaa, joka vaikuttaa yksilön elämään merkittävästi.

Fricker jakaa todistuksellisesta epäoikeudenmukaisuudesta koituvan harmin kahteen kategoriaan: primääriseen harmiin ja sekundaariseen harmiin. Primäärinen harmi tarkoittaa sitä, että kuulijan aliarvioidessa tai vähätellessä puhujan uskottavuutta identiteettiennakkoluulon perusteella, tilanteessa vähätellään ja loukataan myös puhujan ihmisarvoa. Fricker perustelee tätä sillä, että ihmisen rationaalisuus ja se, että ihmisellä on tietoa, jota jakaa, ovat ihmisyyden ydin. Kun tätä loukataan, se vaikuttaa syvästi ihmiseen ja hänen tuntemaansa ihmisarvoon. Eli primäärinen harmi tarkoittaa sitä, että jonkun ihmisarvoa loukataan vähättelemällä tämän kykyä tietää tai olla rationaalinen. Yksilö ei ainoastaan kärsi tiedollisesta epäoikeudenmukaisuudesta itsestään, vaan hänet myös symbolisesti leimataan ”vähemmän ihmiseksi” (*“less than fully human”*). Erityisesti muiden edessä tällainen kohtelu on nöyryyttävää, vaikka koettu epäoikeudenmukaisuus olisi muuten melko pieni. (Fricker 2007, 44.)

Primäärinen harmi siis iskee suoraan ihmisen ihmisarvoon ja myös symbolisesti leimaa ihmisen. Sen sijaan toinen harmin muoto eli sekundaarinen harmi koskee merkityksen sijasta käytännöllistä ja tiedollista haittaa, jota koituu ihmiselle. Tiedollinen haitta tarkoittaa sitä, että joku saattaa menettää todistuksellisen epäoikeudenmukaisuuden vuoksi itseluottamuksensa ja uskonsa siihen, että hänellä on tietoa. Hän voi epäillä kykyjään toimia tiedollisena toimijana ja tiedon jakajana. Silloin myös muut ihmiset estyvät saamasta tietoa, joka voisi olla heille tärkeää, sillä henkilö ei enää huonon itseluottamuksensa takia jaa omia tietojaan. Käytännön haitta tarkoittaa sitä, että esimerkiksi potilasta ei lääkärissä uskota ja potilas tämän vuoksi ei saa oikeanlaista hoitoa. Eli tällainen haitta näkyy suoraan ja konkreettisesti ihmisen elämässä. (Fricker 2007, 46–47.)

Todistuksellinen epäoikeudenmukaisuus ilmenee siis systemaattisena ja jatkuvana, ja siitä koituu ihmiselle primääristä ja sekundaarista harmia. Ennakkoluulojen rooli todistuksellisessa epäoikeudenmukaisuudessa on kiistaton, mutta on syytä syventyä tarkemmin siihen, millä tavoin ennakkoluulo voi vaikuttaa arviointikykyyn.

## 2.2 Jäännösennakkoluulo ja identiteettivalta

Todistuksellinen epäoikeudenmukaisuus perustuu ennakkoluuloihin, tarkemmin sanottuna identiteettiennakkoluuloihin. Näissä ennakkoluuloissa stereotyyppioilla on suuri rooli. Frickerin mukaan tällaiset stereotyypit ovat kollektiivisessa mielikuvituksessa, jossa on jaettuja käsitteitä. Stereotyypit ovat Frickerin mukaan tietynlaisia kuvia, jotka voivat vaikuttaa ihmisen arviointikykyyn, vaikka hänen tietoiset uskomuksensa olisivat sen kanssa ristiriidassa.

Tällaisia ennakkoluuloja kutsutaan Frickerin mukaan jäännös- tai piiloennakkoluuloiksi (*residual prejudice*). Jäännösennakkoluulo on ristiriidassa henkilön tietoisien ajatusten kanssa, mutta se kuitenkin vaikuttaa hänen arviointikykyynsä. (Fricker 2007, 38.) Frickerin mukaan on olemassa tietynlainen kollektiivinen mielikuvitus, joka sisältää yhteisesti jaettuja käsityksiä ihmisistä ja asioista. Tällaiset käsitykset ovat nimenomaan sellaisia, jotka määrittelevät, mitä tarkoittaa olla esimerkiksi hetero tai mies tai ihonväritään tietyn värinen ja niin edelleen. (Fricker 2007, 14.)

Kollektiivisessa mielikuvituksessa voi olla *stereotyyppioita*, jotka vaihkaa vaikuttavat ihmisen arviointikykyyn. Tällaiset stereotyypit voivat sitkeästi olla ihmisen sosiaalisessa mielikuvituksessa osana, vaikka se ei olisi hänen uskomustensa mukaisia. Koska toimimme tietynlaisessa sosiaalisessa ympäristössä, sosiaalinen mielikuvitus välttämättä vaikuttaa siihen, miten kuulija suhtautuu puhujaan. Tarvitaan erityistä itsetietoisuutta, jotta tällaisista jäännöksistä pääsisi eroon, ja hienovaraista todistuksellista epäoikeudenmukaisuutta tapahtuu käytännössä koko ajan jäännösennakkoluulojen vuoksi. (Fricker 2007, 38.)

Tiedollisessa ja todistuksellisessa epäoikeudenmukaisuudessa keskeisenä piirteenä on identiteettivalta, sillä se perustuu toimijoiden jaettuihin käsityksiin sosiaalisesta identiteetistä. Jälleen kollektiivisessa mielikuvituksessa olevat käsitykset määräävät omalta osaltaan, mitä on olla esimerkiksi mies tai nainen, homo tai hetero ja niin edelleen. Identiteettivalta tarkoittaa siis sitä, että omaa identiteettiä käytetään vallan välineenä suhteessa vallan kohteen identiteettiin. Esimerkiksi mies voi käyttää naiseen tällaista identiteettivaltaa vaikuttaakseen tämän toimintaan, sillä miehen ja naisen identiteetistä on tietynlaisia jaettuja käsityksiä sosiaalisessa mielikuvituksessa. Vallan käyttäjä ei välttämättä ole tietoinen siitä, että hän käyttää nimenomaan identiteettivaltaa hiljentääkseen toisen, mutta valtasuhde on kuitenkin tilanteessa olemassa. (Fricker 2007, 14.)

Identiteettivalta voikin olla aktiivista tai passiivista. Aktiivinen identiteettivalta tarkoittaa sitä, että toinen osapuoli käyttää identiteettivaltaa tekemällä jonkin toiminnon esimerkiksi verbaalisesti

vähätteleillä toista. Se saattaa myös olla passiivista, jolloin valtaa ei tarvitse erikseen käyttää, vaan yksinkertaisesti esimerkiksi naisen ja miehen dynamiikka tuottaa sen, että nainen on hiljennetty. Tällaisessa tilanteessa vain sillä, että on mies, voi saavuttaa valtaa. Molemmat osapuolet usein jakavat kollektiivisessa mielikuvituksessa olevat näkemykset esimerkiksi siitä, mitä on olla mies tai nainen, mutta identiteettivalta ei vaadi sitä, että kumpikaan osapuoli hyväksyisi stereotyyppiat tietoisesti. Tässä myös jäännösennakkoluulolla on oma osansa. Identiteettivalta ottaa usein myös täysin rakenteellisen muodon, jolloin esimerkiksi tietty ihmisryhmä toimii tietyllä tavalla sen vuoksi, minkälainen sosiaalinen identiteetti heillä on kollektiivisessa mielikuvituksessa. (Fricker 2007, 15.)

Vaikka identiteettivalta on keskeisessä osassa todistuksellista epäoikeudenmukaisuutta, on tärkeää huomata, että sekä jäännösennakkoluulo ja identiteettivalta ovat salakavalialia ja ihmiselle itselleen huomaamattomia mekanismeja, joita ei välttämättä tiedosta, ellei ole hyvin itsetietoinen. Silloinkin on vaikeaa tunnistaa, mitkä kaikki käyttäytymismallit johtuvat ennakkoluuloista. Stereotyyppiat ja ennakkoluulot ovat hyvin vahvasti hahmottuneet kollektiivisessa mielikuvituksessa, ja näiden käsitysten muuttaminen tai niiden tiedostaminen on työlästä. Fricker viittaa kollektiiviseen mielikuvitukseen melko useasti tiedollisesta epäoikeudenmukaisuudesta puhuessaan, mutta aivan selkeää kuvaa kollektiivisesti mielikuvituksesta ei muodostu. Kollektiivinen mielikuvitus vaikuttaakin olevan lähinnä teoreettinen viitekehys, jonka avulla pystyy hahmottamaan sen, että yksilöillä on jaettuja käsityksiä, joita he toisintavat toiminnassaan ja käyttäytymisessään jopa huomaamatta.

Fricker korostaakin, että todistuksellista epäoikeudenmukaisuutta väistämättä tapahtuu koko ajan, sillä jäännösennakkoluulo muokkaa yksilön arviointikykyä, halusimme sitä tai emme. Ihminen tekee välttämättä oletuksia ilman, että saa itseään kiinni kaikista mahdollisista ennakkoluuloista tai stereotyyppioista. (Fricker 2007, 40.) Koska elämme ympäristössä, joka on muovautunut myös näiden ennakkoluulojen myötä, on vaikea erottaa, milloin arviointikykyyn vaikuttaa nimenomaan ennakkoluulo, ja milloin siihen vaikuttaa oikeutettu syy. Sosiaalisten havaintojen myötä voi kuitenkin yrittää purkaa omia jäännösennakkoluuloja ja tiedostaa omat ennakkoluulonsa mahdollisimman hyvin (Fricker 2007, 40).

Jotta rakenteelliseen tiedolliseen epäoikeudenmukaisuuteen voitaisiin puuttua, se vaatii myös resursseja yhteiskunnalta. Esimerkiksi erilaiset koulutukset, kuten koulutus antirasismista, vaativat kuitenkin aina jonkin verran resursseja. Frickerin mukaan todistuksellista epäoikeudenmukaisuutta ei pidetäkään yleisellä tasolla kovin vakavana ongelmana, mikä omalta osaltaan hidastaa sen

ehkäisemistä. Lisäksi todistukselliseen epäoikeudenmukaisuuteen puututaan hyvin harvoin seurausten (esimerkiksi työpaikkakiusaamisen) pelosta. (Fricker 2007 39–40.)

Todistuksellisen epäoikeudenmukaisuuden rakenteellisuudesta on käyty jonkin verran keskustelua. Jeremy Wanderer esittää, että Fricker keskittyy kirjassaan pitkälti todistuksellisen epäoikeudenmukaisuuden vuorovaikutukselliseen muotoon, jossa yksilö sanoo tai kertoo toiselle yksilölle jotakin. Wandererin mukaan todistuksellinen epäoikeudenmukaisuus voidaan jakaa vuorovaikutukselliseen ja rakenteelliseen muotoon. Rakenteellinen muoto ilmenee niin, että kuulija ja puhuja elävät yhteiskunnassa, jossa tiettyjä sosiaalisia ryhmiä jollakin tavalla syrjitään esimerkiksi estämällä heiltä kokonaisvaltaisen koulutuksen hankkiminen, ja rakenteelliset tekijät vaikuttavat todistuksellisen epäoikeudenmukaisuuden ilmenemiseen vuorovaikutustilanteissa. (Wanderer, 2017. 30–33.) On kuitenkin tärkeää huomata, että Fricker painottaa teoksessaan tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden *systemaattisuutta* ja sitä, että se on *jatkuva*. Todistuksellisesta epäoikeudenmukaisuudesta kärsivä yksilö ei siis kohtaisi sitä vain yksittäisessä tilanteessa, vaan yhteiskunnan eri osa-alueilla. Tämä seikka tekee todistuksellisesta epäoikeudenmukaisuudesta rakenteellisen siinä määrin, että kuulija arvioi puhujaa yhteiskunnallisten taustatekijöiden ja mahdollisten piiloennakkoluulojen perusteella, jolloin rakenteellisten seikkojen, kuten yhteiskunnallisten käytäntöjen muovaaminen, voisi estää todistuksellisen epäoikeudenmukaisuuden ilmenemistä.

Olennaista todistuksellisen epäoikeudenmukaisuuden kohdalla on, että ennakkoluulot eivät siis aina ilmene tietoisina ajatuksina tai uskomuksina ja vallankäyttöön vaikuttaa yksilön identiteetti, vaikka tämä ei tiedostaisi sitä. Omien ennakkoluulojen tiedostaminen on työlästä, ja vaatii itsereflektiota. Kuitenkin maailmasta on tehtävä jonkinlaisia oletuksia, jotta ylipäättänsä voidaan toimia ja olla vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa. On siis tärkeää erottaa neutraali oletus negatiivisesta ennakkoluulosta. Esimerkiksi Frickerin identiteettiennakkoluulo on negatiivinen ennakkoluulo erityisesti silloin, jos ennakkoluulo vaikuttaa kuulijan arvioon puhujasta negatiivisesti.

Käsittelen seuraavaksi tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden toista muotoa, hermeneuttista epäoikeudenmukaisuutta, jossa tarkastelun kohteeksi muodostuu tiedollisten resurssien epätasa-arvoinen jako ja marginalisaatio. Hermeneuttisessa ja todistuksellisessa epäoikeudenmukaisuudessa ennakkoluulot nousevat yhdeksi keskeisimmistä teemoista, ja hermeneuttisessa epäoikeudenmukaisuudessa ennakkoluulot liittyvät ennen kaikkea jaettuihin käsitteellisiin resursseihin.

## 2.3 Hermeneuttinen epäoikeudenmukaisuus

Hermeneuttinen epäoikeudenmukaisuus tarkoittaa sitä, kun jaetuissa käsitteellisissä resursseissa on puute, jonka vuoksi henkilö ei pysty sanallistamaan ja ymmärtämään omaa kokemustaan. Fricker esittää esimerkin synnytyksen jälkeisestä masennuksesta, jolle ei pitkään ollut olemassa käsitettä. Synnytyksen jälkeisen masennuksen käsitteen puuttuessa henkilö ei itse välttämättä ymmärrä kokemustaan täysin eikä siten pysty sanoittamaan kokemustaan muille. Lisäksi muut ihmiset eivät ymmärrä kokemusta käsitteen puuttuessa. (Fricker 2007, 148–149.)

Jaettuihin käsitteellisiin resursseihin on mahdollista vaikuttaa. Siksi Fricker nostaakin esiin vallan vaikutuksen siihen, minkälaisia jaetut käsitteelliset resurssit ovat ja keillä on pääsy niihin. Valtaapitävät henkilöt pystyvät muunlaisissa asemissa olevia ihmisiä paremmin vaikuttamaan jaettuihin käsitteellisiin resursseihin. Joissakin sosiaalisissa tilanteissa valtaapitävillä ihmisillä ei ole halua saavuttaa oikean tulkinnan tekemistä tilanteesta, sillä heille epätasa-arvosta voi olla hyötyä ja tilanteen väärintulkitseminen voi auttaa heidän tavoitteitaan. Fricker nostaa seksuaalisen häirinnän esimerkiksi siitä, että tällaisen käsitteen puuttuminen jaetuista käsitteellisistä resursseista voi olla ahdistelijalle hyödyksi. Jos seksuaalista häirintää ei ilmiönä tunnusteta, ahdistelijaa ei myöskään voida syyttää siitä. Sen sijaan ahdistelun kohteelle käsitteen puuttumisesta on huomattavaa haittaa. (Fricker 2007, 152.) Onkin olennaista huomata, että tietyillä ihmisryhmillä ei ole yhdenvertaisia mahdollisuuksia vaikuttaa jaettuihin tiedollisiin resursseihin samalla tavalla kuin toisilla ja he jäävät ulkopuolelle tapahtumista, jotka olisivat olleet heille tiedollisesti arvokkaita.

Fricker muodostaakin tästä käsitteen *hermeneuttinen marginalisaatio* (*hermeneutical marginalisation*). Tietyiltä sosiaalisilta ryhmiltä evätään Frickerin mukaan systemaattisesti pääsy tiedon jakamisen tapahtumaan, jolloin yksilö ei pääse jakamaan tai vastaanottamaan tietoa. Yksilö voidaan syrjäyttää tiedon jakamisen tapahtumasta tietyn identiteettiin liittyvän ominaisuutensa vuoksi, mutta marginalisaatiota voi tapahtua myös osittaisesti niin, että esimerkiksi vammaisen nainen syrjäytetään tapahtumasta vammaisuutensa vuoksi, mutta ei naiseutensa vuoksi. Samalla tavoin kuin todistuksellisessa epäoikeudenmukaisuudessa, myös hermeneuttisessa marginalisaatiossa ennakkoluuloilla on iso rooli. Ennakkoluulot vinouttavat jaettuja käsitteellisiä resursseja, jolloin yksilöiden on hankalampi ymmärtää omia kokemuksiaan tai puhua niistä. Lisäksi hermeneuttisesti marginalisoiduilla ryhmillä ei ole mahdollisuuksia vaikuttaa jaettuihin käsitteellisiin resursseihin samalla tavalla kuin muilla ryhmillä. (Fricker 2007, 153–154.) On hyvä

huomata, että todistuksellisen ja hermeneuttisen epäoikeudenmukaisuuden muodot jakavat sen, että ne kohdistuvat yksilöön *systemaattisesti*.

Sen lisäksi, että marginalisoidut ihmisryhmät eivät pysty vaikuttamaan jaettuihin käsitteellisiin resursseihin tai pääse kokonaisvaltaisesti hyödyntämään niitä, valtaapitävät usein ymmärtävät omia kokemuksiaan paremmin kuin marginalisoidut ryhmät ja vallassa olevat yksilöt pystyvät muodostamaan asianmukaisen ymmärryksen omista kokemuksistaan (Fricker 2007, 148). Tämä voi osaltaan vaikuttaa siihen, että yleisesti hermeneuttinen epäoikeudenmukaisuus saattaa olla melko piilossa, sillä vallassa olevat ihmiset eivät koe, että heillä olisi kokemustensa ymmärtämisessä vaikeuksia, eivätkä välttämättä pysty sen kautta refleктоimaan toisenlaisessa asemassa olevien ihmisten puutteellista pääsyä jaettuihin resursseihin.

Tarvitaan tietynlaiset olosuhteet, että toiminta tai tapahtuma on jollain tavalla hermeneuttisesti epäoikeudenmukaista. Se, että yksilön kokemus jätetään huomioimatta jaetuissa käsitteellisissä resursseissa olevan puutoksen takia, ei tarkoita automaattisesti, että kyseessä on hermeneuttinen epäoikeudenmukaisuus. Aivan kuten todistuksellisessa epäoikeudenmukaisuudessa, myös hermeneuttisessa epäoikeudenmukaisuudessa olennaista on se, että se on jatkuvaa ja se perustuu ennakkoluuloon, joka liittyy yksilön sosiaaliseen identiteettiin. Yksittäinen ja satunnainen tapaus ei siis vielä täytä hermeneuttisen epäoikeudenmukaisuuden kriteerejä. (Fricker 2007, 151, 158.)

Hermeneuttisella epäoikeudenmukaisuudella on haitallisia seurauksia yksilölle, ja näiden seurausten takia sitä voikin nimittää epäoikeudenmukaisuudeksi. Seuraukset hermeneuttisesta epäoikeudenmukaisuudesta ovat linjassa todistuksellisen epäoikeudenmukaisuuden seurausten kanssa, joten esittelen ne melko lyhyesti. Ensisijaisiin harmeihin hermeneuttisessa epäoikeudenmukaisuudessa lukeutuu se, että subjekti ei pysty jaetuissa käsitteellisissä resursseissa olevan aukon vuoksi esittämään asiaansa ymmärrettävästi, jolloin muut eivät välttämättä ymmärrä häntä. Lisäksi, samoin kuin todistuksellisessa epäoikeudenmukaisuudessa, hermeneuttisessa epäoikeudenmukaisuudessa yksilö jää ulkopuolelle tiedon jakamisesta. Sekundaarisia harmejä ovat käytännön harmit, kuten esimerkiksi ahdistus omasta tilanteesta tai uskottavuudesta. (Fricker 2007, 163.)

Todistuksellinen ja hermeneuttinen epäoikeudenmukaisuus eivät suinkaan esiinny vain erikseen, vaan molempia voi esiintyä yhtä aikaa ja ne ovatkin käsitteinä melko lomittain toisiinsa nähden. Olennaista on tunnistaa tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden muodot sellaisissa tilanteissa, joissa



puhujaa kohtaan selvästi muodostuu Frickerin määrittelemien kahden muodon epäoikeudenmukaisuuksia. Myöhemmin käsittelen mielenterveyskuntoutujien hoidon ja diagnosoinnin kontekstissa sitä, miten nämä kaksi muotoa ilmenevät. Frickerin todistuksellinen ja hermeneuttinen epäoikeudenmukaisuus avaavat tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden eri ominaisuuksia, ne ovatkin hyviä välineitä tarkasteltaessa rakenteellisia epäoikeudenmukaisuuksia.

Hermeneuttisen epäoikeudenmukaisuuden keskeiset elementit ovat jaettujen käsitteellisten resurssien puutteet ja niihin vaikuttamisen mahdollisuudet sekä hermeneuttinen marginalisaatio. Ennakkoluuloilla on roolinsa myös hermeneuttisessa epäoikeudenmukaisuudessa, sillä ne vaikuttavat siihen, keillä on valtaa vaikuttaa jaettuihin käsitteellisiin resursseihin ja kenet otetaan mukaan tiedon jakamisen tapahtumaan. Lisäksi ennakkoluulot näkyvät myös itse jaetuissa käsitteellisissä resursseissa asianmukaisten käsitteiden puuttumisena.

Toisessa luvussa olen esitellyt Frickerin kaksi keskeistä tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden muotoa. Jotta Frickerin keskustelua epäoikeudenmukaisuudesta voisi ymmärtää filosofisen tutkimuksen kentällä, tarvitaan myös lyhyt katsaus Frickerin tutkimusmotiivien taustoihin. Tarkastelen seuraavaksi, miten tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden käsite sijoittuu feministisen epistemologian, sosiaalisen epistemologian ja hyve-epistemologian välimaastoon.

### 3. Tiedollinen epäoikeudenmukaisuus epistemologian alalla

On olennaista taustoittaa hieman laajemmin, mihin tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden käsite asettuu epistemologian kentällä. Seuraavaksi esittelen tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden kannalta olennaisia epistemologian suuntauksia, joita ovat sosiaalinen ja feministinen epistemologia. Näiden suuntausten tarkastelemisen avulla Frickerin tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden käsitteen tausta ja sen sijoittuminen episteemisellä kentällä hahmottuu kokonaisvaltaisemmin. Näiden kahden suuntauksen lisäksi käsittelen hyve-epistemologiaa lyhyesti, sillä Frickerin kirjassa myös hyveellä on oma roolinsa tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden käsitteen kannalta.

### 3.1 Sosiaalinen epistemologia

Sosiaalinen epistemologia syntyi vastareaktionä tietoteoreettiselle keskustelulle, jossa korostui yksilön rooli ja näkökulma tiedonmuodostuksessa. Yksilöihin keskittymisen sijaan sosiaalinen epistemologia tutkii tietoa ottaen huomioon sosiaalisen ympäristön, jossa tietoa jaetaan, tuotetaan ja ylläpidetään. Pääasiallisena tutkimuskohteena on se, miten ihmiset voivat tavoitella tietoa muiden ihmisten avulla sosiaalisista käytännöistä tai instituutioista. Lisäksi myös se, miten muut ihmiset voivat estää tiedon tavoittamisen, on sosiaalisen epistemologian tutkimuskohteena. Tämä lähestymistapa poikkeaa huomattavasti aiemmasta ja perinteisestä epistemologian tutkimuksesta, joka keskittyi pääosin yksittäisiin tiedollisiin toimijoihin ja heidän kognitiivisten ominaisuuksiensa tunnistamiseen. Sosiaalinen epistemologia tutkii siis olennaisesti sitä, miten ihmiset ovat riippuvaisia toisistaan tiedon suhteen. (O'Connor, Cailin, Golberg & Goldman, 2023.)

Sosiaalisessa epistemologiassa todistus (*testimony*) on yksi keskeisistä aiheista ja toinen Frickerin tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden muodoista eli todistuksellinen epäoikeudenmukaisuus (*testimonial injustice*) käsittelee juuri todistuksia. On tarpeen huomata, että sana *testimonial* on hyvin hankala suomennettava, ja tässä työssä käytetty termi ”*todistuksellinen*” ei kuvaa alkuperäistä termiä täysin täsmällisesti. Voidaan kuitenkin ajatella, että todistus viittaa tässä nimenomaisessa tapauksessa puhujan lausuntoon tai toteamaan, jonka perusteella kuulija päättää, onko tämä lausunto tai puhuja uskottava. Todistus viittaa sosiaalisessa epistemologiassa sellaiseen toimeen, jossa yksi toimija (esimerkiksi puhuja) tekee selkoa jostakin tai ilmoittaa jostakin kuulijoille tai kuulijalle. Todistuksella on roolinsa siinä, millä tavoin ihmiset ovat riippuvaisia toisistaan tiedon suhteen (O'Connor ym. 2023).

Tiedollinen epäoikeudenmukaisuus on linjassa sen ajatuksen kanssa, että ihmiset ovat riippuvaisia toisistaan tiedon suhteen, sillä tiedon jakamisen häiriintyessä tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden ilmenemisen vuoksi yksilön tiedonsaanti häiriintyy. Marginalisoinnin<sup>1</sup> myötä yksilö voidaan sulkea pois tiedon jakamisen tapahtumasta, jolloin hän ei saa tarpeellista tai välttämätöntä tietoa (Fricker 2007, 153). Toisin sanoen ihminen tarvitsee toisia ihmisiä saadakseen tietoa. Tätä kutsutaan myös testiäoniaksi. Kyseenalaista on toki se, miten luotettavaa tietoa ihmiset saavat toisiltaan tai millä

---

<sup>1</sup> Marginalisointi on tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden toiseen muotoon, hermeneuttiseen epäoikeudenmukaisuuteen, liittyvä piirre (Fricker 2007, 153).

tavoin testimoniaa voidaan pitää tiedon lähteenä. (Lammenranta 2014.) Frickerin teoria käsittelee juuri ihmisten arvioita toisistaan uskottavina tiedon lähteinä. Testimonian tai todistuksen käsitettä käytetään sosiaalisessa epistemologiassa, vaikka se toimii muillakin filosofian osa-alueilla, kuten tieto-opissa.

Frickerin mukaan hänen tutkimuksensa kohdistuu moraalifilosofian ja sosiaalisen epistemologian aihealueisiin, vaikka suurinta osaa hänen työstään voitaisiin kuvata feministiseksi filosofiaksi, koska feministiset näkökulmat ovat aina olleet Frickerin filosofian ytimenä (Fricker 2024). Seuraavaksi tarkastelen feministisen epistemologian suuntausta.

## 3.2 Feministinen epistemologia

Sosiaalisen epistemologian kehittymiseen vaikutti osaltaan juuri feministinen epistemologia, jossa tutkittiin sukupuolen roolia tiedon tuotannossa (Grasswick 2018). Yksi varhaisimmista teoksista, joka voidaan selvästi tunnistaa feministiseksi epistemologiaksi, oli Lorraine Coden (1981) pohdinta, onko tietäjän sukupuoli episteemisesti merkittävää. Elizabeth Anderson (1995) nimeää erikseen feministisen sosiaalisen epistemologian, joka tutkii sosiaalisesti rakennettujen käsitysten ja normien vaikutusta sukupuoleen ja sukupuolispesifisiin etuihin ja kokemuksiin tiedon tuottamiseen. Frickerin kirjassa on esillä suurissa määrin nimenomaan sukupuoleen liittyvien ennakkoluulojen kautta esiintyvä tiedollinen epäoikeudenmukaisuus. Esimerkiksi identiteettivallan käsitettä avatessaan Fricker käyttää esimerkkinä sitä, miten mies voi identiteettinsä avulla käyttää valtaansa, vaikka hän ei tarkoituksellisesti näin tekisi, sillä miehellä on välttämättä identiteettivalta naiseen. (2007, 14.) Myös muissa yhteyksissä tiedollinen epäoikeudenmukaisuus on nostettu esiin nimenomaan sukupuoleen tai intersektionaalisuuteen liittyvissä konteksteissa.

Feministisessä epistemologiassa Standpoint-teoria on ollut erittäin keskeinen metodi. Sen tarkoituksena on tarjota tieteen tekemiseen sellainen metodi, joka tarjoaa työkaluja tutkia, miten sortavat käytännöt johtavat episteemisiin epätasa-arvoihin, kuten esimerkiksi marginalisaatioon, josta myös Fricker puhuu hermeneuttisen epäoikeudenmukaisuuden kohdalla. Standpoint-teorian erityisiä kohteita ovat sellaiset systeemit, jotka mahdollistavat systemaattisen tietämättömyyden ja episteemisen epäonnistumisen sekä sortavassa että sorretuissa ihmisryhmissä. (Tuana 2017, 125.) Standpoint-teoria on keskeinen feministisen epistemologian näkökulma, ja tiedollisen

epäoikeudenmukaisuuden kannalta erittäin relevantti, sillä käsitteen avulla tutkitaan sitä, miten marginalisoidut tai sorretut ihmisryhmät kokevat tiedollista epäoikeudenmukaisuutta.

Erityisesti se, miten valta ja valtaapitävät instituutiot voivat vaikuttaa tiedon muodostumiseen, on yksi keskeisimmistä feministisen epistemologian tutkimuskohteista. Kuitenkaan kyse ei ole pelkästään valtapolitiikan analysoimisesta, vaan tiedon tuottamisen käytäntöjen erilaisia syrjiviä tai marginalisoivia ominaisuuksia tutkitaan siten, että tavoitteena on kehittää normatiivisia epistemologisia selontekoja, joista voisi olla myös käytännön hyötyä, kun yhteiskunnallisia episteemisiä epäkohtia yritetään parantaa (Grasswick 2018).

Myös se, millainen subjektin tulee olla, jotta hänet nähdään tiedollisena toimijana, on feministisen epistemologian tutkimuksessa tärkeä osa-alue. Esimerkiksi kysymys siitä, millainen vaikutus henkilön sukupuolella on siihen, millaisena tiedollisena toimijana hänet nähdään, nousee feministisessä epistemologiassa yhdeksi kysymykseksi. (Tuana 2017, 127.) Tiedollisesta epäoikeudenmukaisuudesta puhuttaessa Frickerin yksi yleisimmistä esimerkeistä on sukupuoleen liittyvä identiteettivalta, joka usein vaikuttaa tiedon jakamisen tilanteessa, vaikka osapuolet eivät sitä itse tiedostaisi tai tietoisesti käyttäisi (Fricker 2007, 14). Käsittelen tiedollista toimijuutta lisää myöhemmin mielenterveyskuntoutujien tiedollista toimijuutta tarkastelevassa luvussa.

Feministisen epistemologian saralla tunnistetaan erilaisia jähmeitä käsityksiä siitä, millaiset piirteet tai ominaisuudet tekevät ihmisestä tiedollisesti pätevän. Perinteisesti maskuliinisuus ja miehyys on yhdistetty tietoon ja rationaalisuuteen. Objektiivisuus, tunteettomuus ja välinpitämättömyys ovat perinteisen tiedollisen toimijan ihannepiirteitä. Naiseus ja feminiinisyys yhdistetään alempiarvoiseen rationaalisuuteen ja feminiinisiä ominaisuuksia on pidetty sopivampana tunteelliseen toimintaan ja manuaaliseen työhön. Tämän perinteinen jako muodostaa siis tietynlaisia mielikuvia siitä, millainen on ihanteellinen tiedollinen toimija. (Tuana 2017, 127.) Jos otetaan käsittelyyn esimerkki mielenterveyskuntoutujista, myös osassa mielenterveysongelmia on mahdollisesti epätyypillisinä pidettyjä ominaisuuksia, joita ei yhdistetä perinteisen tiedollisen toimijan ihannepiirteisiin. Mielenterveysongelmista voidaan esimerkiksi ajatella, että niihin kuuluu tunteellisuutta ja impulsiivisuutta, ja näin ollen mielenterveyskuntoutujaa pidetään vähemmän kykenevänä tiedollisena toimijana, vaikka ominaisuudet eivät vaikuttaisi tiedolliseen toimijuuteen lainkaan. Käsitys ihanteellisesta tiedollisesta toimijasta maskuliinisena ja rationaalisenä onkin melko suppea ja ahdasmielinen.

Tiedollinen epäoikeudenmukaisuus ja sen analysointi ovat siis myös feministisen epistemologian alaa. Feministinen ja sosiaalinen epistemologia sekoittuvat osin toisiinsa, ja hyve-epistemologiaa voidaan myös pitää feministisen ja sosiaalisen epistemologian alalla toimivana epistemologian osa-alueena. Tarkkaa erottelua ja lokeroimista on kuitenkin vältettävä eri käsitteiden ja epistemologioiden kohdalla, sillä ne sijoittuvat lomittain toistensa kanssa, vaikka eroavaisuuksia käsitteiden ja teorioiden osalta löytyykin.

### 3.3 Hyve-epistemologia

Hyve-epistemologian nykykeskustelun katsotaan saaneen alkunsa ja erottuneen omaksi alakseen epistemologian sisällä Ernest Sosan (1991) työstä 1980-luvun alussa (Fairweather & Zagzebski 2001, 4). Muita tärkeitä varhaisia avauksia olivat muun muassa Lorraine Coden (1987) ja Linda Zagzebskin (1996) kirjoitukset (Turri, Alfano & Greco, 2021). Coden ja Zagzebskin myötä feministisessä epistemologiassa hyve-epistemologia on saanut jonkin verran huomiota ja kritiikkiä. Puutteiksi ja epäkohdiksi on nostettu se, että hyve-epistemologia keskittyy liiaksi hyveisiin ja positiivisiin episteemisiin piirteisiin. Eräänlaisena vastauksena hyve-epistemologialle on syntynyt pahe-epistemologia. Hyve-epistemologia tutkii siis hyveiden luonnetta, identiteettiä ja epistemologista merkitystä, ja pahe-epistemologia tutkii samoja osa-alueita paheista. Kiddin mukaan Frickerin tiedollista epäoikeudenmukaisuutta voidaan pitää epistemologisena paheena, vaikka Fricker ei suoranaisesti kirjassaan viittaa tiedolliseen epäoikeudenmukaisuuteen paheena. Muita epistemologisia paheita ovat esimerkiksi episteeminen ylimielisyys, episteeminen huolettomuus ja episteeminen itseriittoisuus. Vastaavasti esimerkiksi episteeminen nöyryys ja episteeminen avoinmielisyys ovat episteemisiä hyveitä. (Kidd 2021, 158–159.)

Keskustelussa hyveiden intellektuaalisesta luonteesta hyve-epistemologiassa on noussut esiin hyvereliabilismin (*virtue reliabilism*) ja hyveresponsibilismin (*virtue responsibilism*) suuntaus. *Reliabilism* koskee siis luotettavuutta karkeasti suomennettuna ja *responsibilism* koskee vastuullisuutta. Nämä kaksi näkökulmaa tarjoavat kiinnostavan kehyksen sille, miten episteemiset piirteet ja taidot voivat olla hyveellisiä. Hyverelibialistien mukaan intellektuaaliset hyveet ovat älyllisiä taitoja, kuten havainnon tarkkuus, hyvä intuitio ja muisti. Hyveresponsibilistit pitävät erilaisia ominaisuuksia tai luonteenpiirteitä, kuten tunnollisuutta tai ennakkoluulottomuutta episteemisinä hyveinä. Nämä kaksi suuntausta ovat herättäneet kahdenlaista kritiikkiä.

Ensimmäinen kritiikki koskee sitä, että jako intellektuaalisten taitojen ja ominaisuuksien välillä ei välttämättä olisi tarpeellinen, sillä kaikki mainitut hyveet ovat episteemisesti hyveellisiä. Lisäksi kritiikkiä on annettu siitä, että näissä kahdessa hyve-episteemisessä teoriassa ei eroteta itseä ja muita koskevia episteemisiä hyveitä, kun taas esimerkiksi hyve-etiikassa tunnistetaan itseä koskevat moraaliset hyveet ja muita koskevat episteemiset hyveet. Hyvereliabilismissa ja hyveresponsibilismissa tarkastelun kohteena näyttävät olevan vain tiedon subjektia itseään koskevat episteemiset hyveet. (Turri, Alfano & Greco, 2021.)

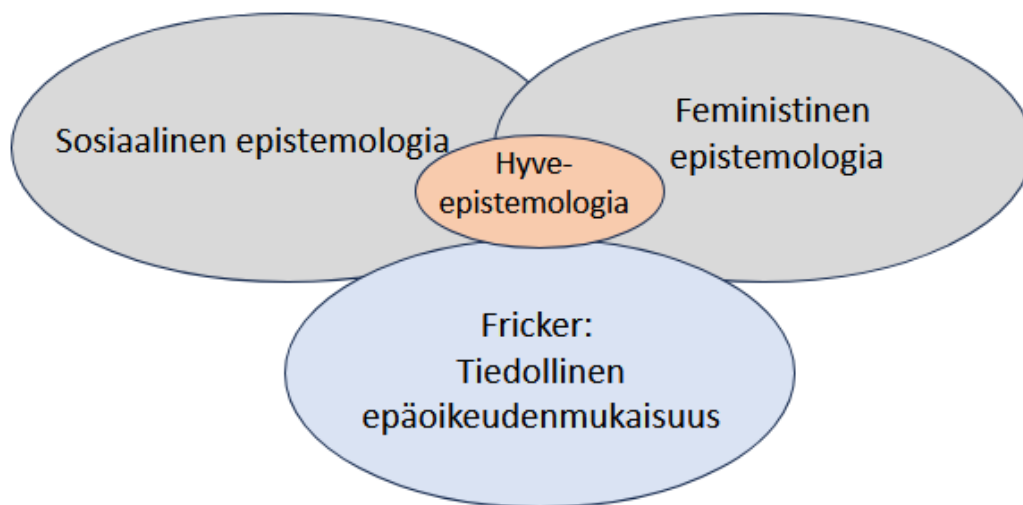
Tässä kohden esiin astuukin Frickerin tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden hyve-epistemologinen analyysi. Fricker viittaa kirjassaan tietynlaiseen ”kuulijan hyveeseen”, jolloin kuulija harjoittaa esimerkiksi avoinmielisyyttä arvioidessaan puhujan uskottavuutta<sup>2</sup>. Hyveellisen kuulijan ominaisuuksiin kuuluu vastuu siitä, että hän harjoittaa rationaalista hienotunteisuutta puhujaa kohtaan ja on lisäksi avoin toisten ihmisten maailmankuvalle. Fricker itse kuvailee tätä hyve-epistemologiseksi näkemykseksi todistuksesta (*testimony*). Keskeistä hyveellisen kuulijan roolissa on myös se, että kuulija antaa sopivan kriittisen vastaanoton puhujalle kuitenkin ilman, että puhuja esimerkiksi keskeyttäisi tai jyräisi omalla mielipiteellään puhujan. Eli tietynlainen hienotunteisuus ja herkkyys todistukselle on olennaista hyveellisen kuulijan roolissa. (Fricker 2007, 67, 71–72.)

Fricker siis tarjoaa juuri sellaisen näkemyksen episteemisistä hyveistä, joka koskee muita ihmisiä ihmisen itsensä sijasta. Kaikki ominaisuudet, joita Fricker luettelee episteemisesti hyveellisen kuulijan ominaisuuksiksi, ovat sellaisia, jotka koskevat muiden ihmisten kuulemista ja heidän todistustensa tai lausuntojensa avoinmielistä tulkintaa. Hyve-epistemologia on siis olennainen osa Frickerin tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden käsitettä, sillä puhujan hyveelliset ominaisuudet tai taidot edesauttavat tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden ehkäisemistä, vaikka tiedollinen epäoikeudenmukaisuus onkin lopulta rakenteellinen ilmiö.

---

<sup>2</sup> Hyveellisyys nousee esiin tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden todistuksellisessa muodossa.

Hyve-epistemologian suuntauksessa on lukuisia eri näkemyksiä hyveiden luonteesta ja niiden episteemisestä merkityksestä, mutta en käy niitä tässä työssä tämän enempää läpi. Tämän luvun tarkoituksena oli huomioida Frickerin työn hyve-episteeminen puoli ja sen relevanttius tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden käsitteeseen. Mielenterveyskuntoutujien tapausesimerkissä taas on havaittavissa, että episteemiset paheet, kuten episteemiset ahdasmielisyys tai ylimielisyys edesauttavat tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden ilmenemistä.



*Kuva 1 Tiedollinen epäoikeudenmukaisuus sijoittuu sosiaalisen ja feministisen epistemologian aloille. Lisäksi tiedollista epäoikeudenmukaisuutta voidaan tarkastella hyve-epistemologian kehyksessä. Hyve-epistemologia taas toimii myös feministisen ja sosiaalisen epistemologian raameissa.*

#### 4. Tapausesimerkki mielenterveyskuntoutujista

Mielenterveyskuntoutajat ovat haavoittuvassa asemassa mielenterveysongelmien stigman ja niihin tai muihin identiteettiin kohdistuvien ennakkoluulojen vuoksi sekä mielenterveyden ammattilaisen ja kuntoutujan välisen valta-asetelman vuoksi. Tällöin mielenterveysongelmia kokeva henkilö on suuremmassa vaarassa joutua tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden kohteeksi kuin sellainen henkilö, joka ei koe mielenterveysongelmia. Tässä työssä käsitellään tapausesimerkkinä mielenterveyskuntoutujien kokemaa tiedollista epäoikeudenmukaisuutta, sillä aihe on ajankohtainen ja tiedollinen epäoikeudenmukaisuus hahmottuu mielenterveyskuntoutujien kohdalla erittäin selvästi siitä syystä, että mielenterveyskuntoutujiin kohdistuva stigma ja

ennakkoluulot ovat niin voimakkaita. Esittelen tässä osiossa tutkimuskirjallisuutta, jonka pohjalta on perusteltua väittää, että mielenterveyskuntoutujat kokevat tiedollista epäoikeudenmukaisuutta.

## 4.1 Mielenterveyskuntoutujan käsite

Suomessa mielenterveysongelmien laajuutta ja määrää voidaan tarkastella erilaisista tilastoista. Vuonna 2016 mielenterveyshäiriöistä kärsiviä arvioitiin olevan aikuisista 20–25 prosenttia (Reini 2016, 6). Lisäksi työkyvyttömyyseläkkeistä mielenterveysperusteisia oli vuonna 2022 yli 50 prosenttia (Eläketurvakeskus 2022). Mielenterveysongelmat koskettavat siis Suomessa monia. Yleisin syy hakeutua Kansaneläkelaitoksen eli Kelan kuntoutukseen ovat mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ja vuonna 2022 niiden perusteella 70 % kaikista kuntoutujista sai Kelan kuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujia oli näistä 113 625. Kelan tilastojen mukaan mielenterveyskuntoutujien määrä on lähes kolminkertaistunut vuodesta 2012 vuoteen 2022. Kuntoutuspsykoterapian saajia oli Suomessa vuonna 2022 yhteensä 62 505. (Kelan kuntoutustilasto 202, 11.) Lisäksi ahdistuneisuushäiriöihin perustuvien sairauspoissaolojen kasvu on ollut näkyvässä, ja erityisesti nuorten oireilu on lisääntynyt. Vuonna 2021 noin 3000 alle 35-vuotiasta henkilöä siirtyi työkyvyttömyyseläkkeelle mielenterveyssyistä, eli mielenterveysongelmat näkyvät myös työmaailmassa. (Julkari, 2022, 12, 37.)

Mielenterveyskuntoutujien määrän lisääntyminen tai Kelan mielenterveysperustaisten kuntoutustukien suuri osuus ei välttämättä ole pelkästään huono asia. Se kertoo myös siitä, että Suomessa mielenterveysongelmista on yhä helpompi puhua ja keskusteluhoitoon hakeudutaan entistä matalammalla kynnyksellä. Aiemmin mielenterveysongelmat ovat olleet niin suuri häpeä, että niistä ei ole uskallettu puhua ja toisaalta joistain mielenterveyden ongelmista ei ole ollut mitään tietoa. Kuitenkin mielenterveysongelmiin liittyvä stigma on monin osin myös elossa nykyäänkin. (Mieli 2024.)

On jonkin verran näyttöä siitä, että monilla ihmisillä Suomessa on negatiivisia asenteita mielenterveyskuntoutujia kohtaan. Esimerkiksi Mielenterveyden keskusliiton vuonna 2021 toteuttaman mielenterveysbarometrin mukaan 18 % barometrin vastaajista ei haluaisi mielenterveyskuntoutujaa naapurikseen ja mielenterveysongelmia kokeneiden ihmisten kohtaamista pelkää noin yksitoista prosenttia vastaajista. Mielenterveysbarometrissa oli



kokonaisuudessaan 2231 vastaajaa. (MTKL 2021.) Mielenterveyskuntoutujiin kohdistuva stigma näkyy mielenterveyskuntoutujien arjessa jonkin verran, vaikka tilastot eivät kerrokaan jokaisen mielenterveyskuntoutujan kokemusta tai tilannetta.

Käsitteiden muuttaminen neutraaleiksi on yksi tapa estää stigmatisointia ja myös mielenterveysongelmien saralla termit ovat ajan saatossa muuttuneet. Termi *mielenterveyskuntoutuja* on melko uusi käsite, ja sitä käytetään nykyisin esimerkiksi entisten termien *mielenterveysongelmainen* tai *mielenterveyshäiriöinen* sijaan. Tietty otos mielenterveysongelmista kärsiviä on itse esimerkiksi Mielenterveyden keskusliiton kyselyssä (1134 vastaajaa) todennut, että esimerkiksi sana *mielenterveysongelmainen* ei ole neutraali, vaan jopa loukkaava. Sen sijaan koettiin, että parempi tapa puhua henkilön mielenterveysongelmista on sanoa ihmisen sairastuneen esimerkiksi masennukseen tai sanoa, että henkilöllä on masennus. *Mielenterveyskuntoutuja*-termi koettiin myös hyväksi etenkin, jos henkilö on päässyt hoitoon mielenterveysongelmiaan koskien ja 84 % vastaajista koki mielenterveyskuntoutujan olevan paras käsite mielenterveysongelmista kärsivän ihmisen kuvaamiseksi. (MTKL 2021.) On kuitenkin syytä muistaa, että on hyvin yksilöllistä, mitä käsitettä pidetään epäsopivana tai loukkaavana. Joillekin jokin käsite voi olla loukkaava, vaikka olisikin yleinen käsitys, että nykyisin käsitettä käytetään neutraaliuden tavoittelemiseksi.

Näiden tilastojen ja kyselyiden perusteella tässä työssä mielenterveyskuntoutujalla tarkoitetaan sellaista ihmistä, joka kärsii mielenterveysongelmista tai mielenterveyshäiriöistä. Käytän työssäni termejä ”mielenterveyskuntoutuja” ja ”mielenterveysongelmista kärsivä henkilö” ja ”mielenterveysongelmia kokeva henkilö” synonyymeina, mutta mielenterveyskuntoutujista puhuttaessa yleisesti voidaan tarkoittaa erityisesti sellaista henkilöä, joka on hakeutunut hoidon piiriin. Koska käsittelen spesifisti sellaisia tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden tapauksia, jotka tapahtuvat terveydenhuollon tai psykiatrisen hoidon ympäristössä, on mielekästä myös käyttää mielenterveyskuntoutujan käsitettä. Toiston minimoimisen vuoksi myös mielenterveysongelmista kärsivän tai niitä kokevan henkilön termi esiintyy ajoittain tapausesimerkkiä tarkastellessa. Mielenterveyshäiriöllä on oma diagnostinen merkityksensä, minkä vuoksi en käytä juuri sitä termiä tässä työssä.

## 4.2 Mielensterveysongelmien stigmatisointi ja haavoittuvuus

Stigmatisointi tuottaa ihmiselle harmia, sillä se leimaa ihmisen negatiivisesti perustuen tietynlaisiin stereotypioihin, joita ihmisen ominaisuuksiin liittyy. Häpeä ja stigma ovat vahvassa yhteydessä toisiinsa, ja stigma aiheuttaa häpeää. Stigmatisointi on yhteydessä stereotypioihin, jotka ovat ryhmäidentiteetin perusteella tehtyjä oletuksia. Esimerkiksi oletus siitä, että mielensterveysongelmista kärsivät ihmiset ovat vaarallisia, on stereotypia. Negatiiviset ajatukset ja asenteet tietystä ihmisryhmästä siis aiheuttavat sen, että stigma syntyy. Stigmatisointi vaikuttaa siihen, että ihminen ei kykene rakentamaan ja ylläpitämään omaa käsitystä itsestään, sillä stigma vaikeuttaa yksilön kykyä rakentaa identiteettiään. (Allison 2023, 747–748.)

Stigma vie kontrollin yksilöltä määrittää itse termit, joilla muut hänet käsittävät ja samalla stigmatisointi antaa kontrollin muille määrittää nämä termit. Tällöin syntyy kuilu sen välille, miten ihminen itse käsittää itsensä ja millä tavalla muut näkevät hänet, mikä aiheuttaa eräänlaista dissonanssia niille, joita kohtaan stigma kohdistetaan. Allisonin mukaan yksilö tarvitsee muita ihmisiä kehittääkseen ja ylläpitääkseen ehjää kuvaa itsestään, ja oma ”julkinen” persoona muodostetaan muiden ihmisten kanssa käydyn vuorovaikutuksen kautta. Dissonanssi omalta osaltaan vaikeuttaa oman identiteetin ja itsen rakentamista ja ylläpitämistä, sillä muiden käsitys itsestä vaikeuttaa ymmärretyksi tulemistä. Stigmasta koituu se, että ihminen altistetaan arvioinneille, jotka perustuvat stereotypioihin. Lisäksi stigmatoidut yksilöt ovat haavoittuvia usein monella eri osa-alueella elämässään, jolloin stigma on läsnä henkilön koko sosiaalisessa elämässä. (Allison 2023, 751–753.) Stigma seuraakin ihmistä monilla eri elämän osa-alueilla.

Mielensterveysongelmiin liittyvä stigma on erityisen ”sitkeä” ja mielensterveysongelmista kärsiviä kohtaan kohdistetaan negatiivista ajattelua ja toimintaa vain sen vuoksi, että he kärsivät mielensterveysongelmista (Bortolotti & Puddifoot 2019, 56). Stigmalla puolestaan on poikkeuksetta negatiivinen vaikutus ihmiseen, sillä se aiheuttaa häpeää ja esimerkiksi mielensterveyskuntoutujien tapauksessa stigmalla on myös käytännön vaikutuksia siihen, hakeutuuko ihminen avun piiriin. Kokonainen yhteisö voi stigmatoida ihmisen stereotypian perusteella ja tuottaa tälle häpeää. Esimerkiksi mielensterveysongelmista kärsivä ihminen määritellään kokonaan sen perusteella, että hänellä on mielensterveysongelma. Tällöin ihmistä ei nähdä kokonaisuutena, vaan hänen identiteettinsä nähdään vain yhden ominaisuuden kautta. Koska stigma perustuu stereotypioihin,

ihmistä ei arvioida yksilönä, vaan hänet yhdistetään tiettyyn ryhmään, jonka koko identiteettiä jokin ominaisuus määrittää. (Allison 2023, 748, 753.)

Vaikka stigma ja stereotypia ovat yhteydessä toisiinsa, stereotypiat eivät aina ole negatiivisia. Osa stereotyypeistä voi olla positiivisia tai ne voivat olla neutraaleja riippuen kontekstista. Myös Fricker käsittelee kirjassaan stereotyyppioita, sillä ne ovat vahvasti kytköksissä tiedolliseen epäoikeudenmukaisuuteen ja Fricker nostaakin esiin empiirisesti luotettavien stereotyyppien ja epäluotettavien ja vääristävien stereotyyppien välisen eron. Stereotypiat voivat myös olla enemmän tai vähemmän vahvoja yleistyksiä ja ne voivat koskea kerralla kokonaista ihmisryhmää tai vain osaa siitä. (Fricker 2007, 30–31.) Laajempi yleistys koskien esimerkiksi mielenterveyskuntoutujia voi olla käsitys, että *kaikki* mielenterveyskuntoutajat ovat impulsiivisia, kun taas suppeampi yleistys voi olla käsitys, että *suurin osa* mielenterveyskuntoutujista on impulsiivisia. Stereotyyppien laajuus ja vahvuus voi siis tässä mielessä vaihdella. Lisäksi impulsiivisuutta voidaan joissain konteksteissa pitää hyvänä asiana, jolloin stereotypia on positiivinen. Stereotypia on siis myös tilannesidonnainen. Kuitenkin stigmatin kohdalla stereotypia, johon stigma pohjautuu, on negatiivinen.

Mielenterveysongelmia kokeneen ihmisen on vaikea päästä stigmasta eroon. Menneisyydessä saadut diagnoosit vaikuttavat siihen, miten ihmistä kohdellaan ja minkälaista hoitoa hän saa. Vaikkapa masennusdiagnoosin saaneen ihmisen käytös voidaan määritellä sairauden aiheuttamaksi käytökseksi, vaikka se olisikin tilanteeseen nähden tavanomaista käytöstä. Tämä liittyy osaltaan myös liikaan lääketieteellistämiseen, jossa tavallisille kokemuksille ja tuntemuksille etsitään aina lääketieteellinen selitys. Mielenterveysongelmia kokenutta ihmistä ei pidetä aiempien diagnoosien vuoksi uskottavana ja häntä saatetaan toistuvasti ja systemaattisesti väärinymmärtää. (Scrutton 2017, 349.) Aiemmat mielenterveysdiagnoosit saattavat estää myös muunlaisten vaivojen hoidon, sillä fyysisesti sairaan ihmisen puheet voidaan sivuuttaa esimerkiksi vainoharhaisina aiemman mielenterveysdiagnoosin vuoksi. Esimerkiksi aivoinfarktin saaneen ihmisen oireita voidaan luulla mielenterveysongelman oireiksi, jos henkilöllä on diagnosoitu menneisyydessä esimerkiksi skitsofrenia.

Ihminen voi myös itse stigmatisoida itsensä (*self-stigmatization*) sen takia, että hänet ”ulkopuolelta” muiden toimesta stigmatisoidaan. Tällöin yksilö sisäistää negatiivisen sosiaalisen asenteen, joka liittyy esimerkiksi mielenterveysongelmiin tai addiktioon. (Matthews, Dwyer & Snoek 2017, 275.)

Itsensä stigmatisointi vahingoittaa henkilön itsetuntoa ja luottamusta omiin kykyihin niin, että henkilö ei näe itseänsä arvokkaana yksilönä. Henkilön stigmatisoidessa itsensä, stereotyyppiolla on roolinsa samalla tavoin kuin stigmatisoinnissa ylipäättään. Stigmatisoidessaan itsensä ihminen asettaa itselleen stereotyyppioita, joita julkisessa stereotyyppisessä ajattelussa esiintyy. Esimerkiksi ajatus *”saan syyttää itseäni mielenterveysongelmista”* on stereotyyppian *”mielenterveysongelmista kärsivät ovat itse syyttäjä mielenterveysongelmiinsa”* mukainen. Negatiivisen stereotyyppian ja sitä myötä stigman sisäistäminen voi johtaa itsesyyttöksiin ja eräänlaiseen toivon menettämiseen, jolloin ihminen ei esimerkiksi hae itselleen apua tai järjestä asioitaan siksi, ettei usko olevansa sen arvoinen. (Corrigan ym. 2012, 65.)

Mielenterveyskuntoutujia voi luonnehtia erityisen haavoittuvaksi ihmisryhmäksi, sillä usein muutenkin marginaalissa olevat ihmiset, kuten maahanmuuttajat, vammaiset ja päihdeongelmaiset ovat mielenterveyspalvelujen piirissä. Eli sen lisäksi, että ihminen on marginalisoidussa asemassa mielenterveysongelmiensa vuoksi, hän voi olla muillakin elämän ja yhteiskunnan osa-alueilla marginalisoidussa ryhmässä. Osa mielenterveysongelmista kärsivistä ihmisistä on myös muuta väestöä huonommin koulutettuja ja osallistuvat vähemmän työelämään, vaikka mielenterveyskuntoutujia on toki kaikista yhteiskuntaluokista ja työ- ja elämäntilanteista. Joka tapauksessa mielenterveyskuntoutajat ovat usein monin tavoin muuta väestöä voimattomampia ja haavoittuvampia yhteiskunnan eri areenoilla. (Honkasalo, Jylhänkangas, Leppo & Ahonen 2022.)

Haavoittuvuus on käsitteenä moninainen, mutta sitä voi luonnehtia riippuvuudeksi toisista ihmisistä tai alttiina olemiseksi toisille ihmisille. On selvää, että elämässä yleisesti ihmiset elävät yhteisöissä ja ovat niistä riippuvaisia, eli käytännössä kaikki ovat haavoittuvaisia jollakin tasolla koko ajan. Ihminen on riippuvainen toisista ihmisistä, mutta myös esimerkiksi teknologiasta ja lääkkeistä. Mielenterveyskuntoutujien haavoittuvuudesta puhuttaessa erityisen olennaista on se, että haavoittuvuuden taso nousee siksi, että mielenterveysongelmat usein johtavat melko hauraisiin elämäntilanteisiin, joissa ihmisen kyky toimia rationaalisesti ja autonomisesti on heikentynyt. Tällöin mahdollisuus oikeanlaisen hoidon tai tarvitun avun hankkimiselle on mielenterveyskuntoutujan näkökulmasta huonompi. Tämä jättää mielenterveyskuntoutujan erityiseen haavoittuvuuden tilaan, sillä avun ja oikeanlaisen hoidon tarjoaminen riippuu lähes kokonaan ulkopuolisten ihmisten toimista. (Honkasalo ym. 2022.)

Myöhemmin käsittelen mielenterveyskuntoutujien *tiedollista* toimijuutta tarkemmin, mutta käsitellessä haavoittuvuutta on hyvä huomata, että toimijuuden käsitteellä on tärkeä rooli haavoittuvuutta tarkastellessa. Honkasalo kollegoineen toteaa, että toimijuus syntyy sosiaalisen, poliittisen ja kulttuurisen dynamiikan kehyksissä tietyssä ajassa ja paikassa, ja se onkin melko moniselitteinen käsite. Usein toimijuuden määrittelylle on ominaista yksilön päämäärähakuisuuden, rationaalisuuden ja toimintatapojen korostaminen. Kuitenkin toimijuus voidaan hahmottaa jatkumona, joka rakentuu monenlaisista toimista erilaisissa yhteisöissä ja vuorovaikutuksissa. Toimijuuden heikentyessä yksilön voi olla vaikea toimia rationaalisesti ja autonomisesti, jolloin esimerkiksi hoitovaihtoehtojen välillä valitseminen voi olla erittäin vaikeaa. (Honkasalo ym. 2022.)

Toimijuuden tilan aleneminen siis lisää yksilön haavoittuvuutta, mutta on kuitenkin merkittävää huomata, että ihmiset pystyvät tekemään hauraissakin elämäntilanteissa päätöksiä ja valintoja autonomisesti. Haavoittuvuus ei siis tarkoita välttämättä sitä, että ihminen olisi kokonaisvaltaisesti uhri, joka ei kykene minkäänlaiseen rationaaliseen harkintaan. Kyse on ennemminkin siitä, että erilaiset elämäntilanteet, jotka heikentävät yksilön toimintakykyä, voivat vaikuttaa alentavasti hänen kykyynsä toimia ja siten asettaa hänet haavoittuvammaksi. Mielenterveysongelmat ovat vain yksi esimerkki sellaisesta tekijästä, joka voi vaikuttaa haavoittuvuuteen. (Honkasalo ym. 2022.)

Haavoittuvuuden ja stigman käsitteillä on olennainen rooli mielenterveyskuntoutujien hoito- ja diagnosointiprosessien epäkohdista puhuttaessa. Tiedollinen epäoikeudenmukaisuus perustuu tietynlaisiin ennakkoluuloihin ja ennakkoasenteisiin, jotka taas osaltaan perustuvat stereotypioihin. Osalla ihmisistä todella on tietynlainen ennakkoluulo mielenterveyskuntoutujia kohtaan, mutta kyse on myös yleisemmästä mielenterveyskuntoutujien stigmasta. Mielenterveyskuntoutujien kohtelu mielenterveyspalveluissa voi kärsiä heihin kohdistuvan negatiivisen asenteen takia ja vaikka lähivuosina on otettu huomattavia harppauksia mielenterveysongelmien normalisoinnissa ja niihin liittyvästä häpeästä eroon pääsemisessä, mielenterveysongelmiin voidaan silti liittää edelleen tietynlainen stigma.

Vaikka terveydenhuollossa tai mielenterveyspalveluissa vain vähemmistö ammattilaisista ajattelisi mielenterveysongelmista negatiivisesti, kuten Shefer kollegoineen toteaa, varsinkin henkilön ollessa tietyssä palvelussa hallitsevassa asemassa ennakkoluuloisella asenteella voi olla vakavat ja kauaskantoiset seuraukset. Hallitsevassa asemassa oleva ennakkoluuloinen henkilö voi tietyllä tasolla vaikuttaa koko hoito-osaston toimintaan. (Shefer ym. 2014, 7). Koska

mielenterveyskuntoutajat ovat yleisesti ottaen haavoittuvaisemmassa asemassa, stigman vaikutukset voivat olla vielä negatiivisemmat kuin jonkin toisen ihmisryhmän kohdalla. Mielenterveyskuntoutujien kärsimästä stigmasta on tehty tutkimuksia, joita tarkastelemalla selviää stigman olevan edelleen ongelma terveydenhuollon palveluissa. Seuraavaksi esittelen tutkimuksen, jossa tarkastellaan sosioekonomisen taustan vaikutusta mielenterveysongelmien stigmatisointiin.

### 4.3 Sosioekonomisen taustan vaikutus mielenterveysongelmien stigmatisointiin

Mielenterveyskuntoutujiin liitetään negatiivista stigmaa myös terveydenhuollon ulkopuolella. Foster & O'Mealey tutkimuksessa ilmenee, että erityisesti sellaiset yksilöt, joilla on sosioekonomisesti korkea asema, todennäköisemmin asennoituvat negatiivisesti mielenterveyskuntoutujia kohtaan. Tutkimuksessa käytettiin 21-osaista *"Beliefs toward Mental Illness Scale"*-asteikkoa, jonka avulla 932 yliopiston opiskelijaa Etelä-Yhdysvalloissa vastasi väitteisiin mielenterveyden stigmaa koskien. Asteikolla oli esimerkiksi väitteitä *"Häpeäisin, jos omasta perheestäni joku sairastuisi mielenterveysongelmaan"* tai *"Suurin osa ihmisistä ei olisi tietoisesti ystäviä mielenterveyskuntoutujan kanssa"*. Osallistujilta kysyttiin myös heidän oma arvionsa omista tuloistaan ja tulot olivatkin tässä sosioekonomisen statuksen määrittäjänä. Tutkimuksessa oli hypoteesina, että ihmiset, jotka ovat sosioekonomisesti korkeassa asemassa todennäköisemmin asennoituvat negatiivisesti mielenterveyskuntoutujia kohtaan, mikä edistää stigman syntymistä. Tutkimuksessa havainnoitiin sitä, millainen käsitys eri sosioekonomisista taustoista olevilla ihmisillä oli ensinnä siitä, että mielenterveysongelmat olisivat yksilön itsensä kontrolloitavissa ja toiseksi siitä, millainen henkilökohtainen vastuu yksilöllä oli mielenterveysongelmistaan. (Foster & O'Mealey 2022, 58, 60.)

Uskomus mielenterveysongelman kontrolloimisesta tarkoittaa käsitystä siitä, että mielenterveysongelmat olisivat enemmän kontrolloitavissa kuin fyysiset sairaudet ja ihminen itse voisi vaikuttaa niiden alkamiseen. Tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että tällainen uskomus siihen, että yksilö voi itse kontrolloida mielenterveyttään ja siten mielenterveysongelmien puhkeamista, on usein juuri korkeassa sosioekonomisessa asemassa olevien ihmisten käsitys. On todennäköisempää, että korkeassa sosioekonomisessa asemassa oleva yksilö ajattelee, että mielenterveysongelmat

aiheutuvat *sisäisten syiden* vuoksi ja siksi niiden puhkeaminen olisi kontrolloitavissa helpommin. Heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevat ihmiset taas herkemmin ajattelevat, että mielenterveysongelmat ovat *ulkoisten syiden* aiheuttamia ja siten heikommin kontrolloitavissa olevia. Ulkoiset syyt tarkoittavat esimerkiksi biologisia ominaisuuksia tai tilanteen aiheuttamia olosuhteita. (Foster & O’Mealey 2022, 59.)

On useita tekijöitä, jotka vaikuttavat siihen, uskooko ihminen mielenterveysongelmien olevan sisäisten tai ulkoisten syiden aiheuttamia. Käsitykseen siitä, että mielenterveysongelmat ovat sisäisten syiden aiheuttamia, vaikuttaa usein korkeassa sosioekonomisessa asemassa olevan ihmisen oma elämäkokemus. Sisäisten syiden voidaan ajatella olevan sellaisia, joihin ihminen voi itse vaikuttaa, kuten esimerkiksi stressinhallinta tai kyky kontrolloida omaa käytöstään. Näihin ihminen todennäköisemmin pystyy paremmin, jos sosioekonominen status on korkeampi, eli esimerkiksi taloudesta ei tarvitse huolehtia. Resursseja jää tällöin enemmän sisäisen ajatusmaailman hallitsemiseen. Korkeassa sosioekonomisessa asemassa oleva ihminen elää usein sellaisessa ympäristössä, jossa hän kokee olevansa kontrollissa ja voivansa vaikuttaa asioihin paljonkin. (Foster & O’Mealey 2022, 61.)

Heikommassa asemassa olevalla ihmisellä taas ei ole välttämättä tällaisia resursseja tai käsitystä siitä, että hän on kontrollissa omassa ympäristössään. Tämä vaikuttaa siihen, että korkeassa asemassa oleva yksilö voi ajatella ihmisen itse pystyvän ”päättämään” sairastuuko hän mielenterveysongelmaan ja heikommassa asemassa oleva voi ajatella mielenterveysongelman aiheuttajan olevan ulkoisissa syissä, jolloin ihminen itse ei pysty vaikuttamaan mielenterveysongelmaan sairastumiseen. Sosioekonomisesti korkeassa ja heikommassa asemassa olevat ihmiset ajattelevat siis muiden ihmisten tilanteen olevan samanlainen kuin heidän ja siksi heidän on vaikea kuvitella muuta vaihtoehtoa. (Foster & O’Mealey 2022, 61.)

Se, että sosioekonomisesti korkeassa asemassa olevilla ihmisillä on erilaisia resursseja kuin heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevilla tarkoittaa siis sitä, että heidän ei esimerkiksi tarvitse huolehtia taloudellisesta tilanteestaan, ja heillä on siksi vakaampi tilanne ylipäättänsä elämässä. Lisäksi korkeassa sosioekonomisessa asemassa oleva ihminen voi esimerkiksi helpommin hankkiutua terapiaan ennen kuin tilanne on akuutti, koska hänen rahallinen tilanteensa on parempi. Tällaisessa tilanteessa on todennäköisesti helpompaa todella kontrolloida omaa tilannettaan ja myös mielenterveyteen liittyviä asioita, kuin sellaisessa tilanteessa, jossa henkilöllä on todella

huono taloudellinen tilanne ja omaan elämään liittyvät asiat stressaavat. Siksi korkeassa sosioekonomisessa asemassa olevalla ihmisellä voi olla todenmukainen käsitys omasta kyvystään kontrolloida omia mielenterveyden asioitaan, mutta hän ei tätä käsitystä kykene asettamaan sellaiselle ihmiselle, joka kokee mielenterveysongelmia etenkin silloin, jos tämä kyseinen ihminen on myös joillain muilla tavoilla heikommassa asemassa.

Resurssit tarkoittavat tässä yhteydessä myös episteemisiä resursseja, jotka kuuluvat hermeneuttisessa epäoikeudenmukaisuudessa keskeisiin jaettuihin käsitteellisiin resursseihin<sup>3</sup>. Usein korkeassa sosioekonomisessa asemassa olevilla ihmisillä vaikuttaa olevan eri tavalla episteemisiä resursseja kuin sellaisilla ihmisillä, jotka ovat heikommassa asemassa. Vaikuttaakin siltä, että heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevat yksilöt pääsevät muita huonommin käsiksi samoihin jaettuihin käsitteellisiin resursseihin. Eli sosioekonomisen aseman vaikutus näkyy myös näissä episteemisissä resursseissa ja niiden epätasa-arvoisessa jakautumisessa.

Tähän voi vaikuttaa esimerkiksi se, että korkeammassa sosioekonomisessa asemassa olevan ihmisen lähipiiri on myös niin ikään korkeassa sosioekonomisessa asemassa. Tällöin kokemusta ihmisistä, jotka ovat heikommassa asemassa ja joilla on mielenterveysongelmia, ei välttämättä tule omakohtaisesti kohdalle. Toki täytyy ottaa huomioon se, että vaikka tässä tutkimuksessa todetaan sosioekonomisesti korkeassa asemassa olevan ihmisen todennäköisemmin stigmatisoivan mielenterveyskuntoutujia, myös korkeassa sosioekonomisessa asemassa oleva ihminen voi kokea itse mielenterveysongelmia tai tuntea paljonkin empatiaa mielenterveyskuntoutujia kohtaan. Kyse on vain siitä, millainen todennäköisyys tällaiselle käytökselle on.

Henkilökohtaisen vastuun arvioiminen on lähellä käsitystä siitä, että mielenterveysongelman puhkeamiseen voi itse vaikuttaa ja sitä voi kontrolloida, mutta vastuun arvioiminen liittyy enemmän mielenterveysongelman kokevan ihmisen tuomitsemiseen. Henkilökohtaisen vastuun arvioiminen koskee henkilöä, kun taas mielenterveyden kontrolloinnin arviointi koskee pikemminkin mielenterveysongelman syytä tai aiheuttajaa. (Foster & O'Mealey 2022, 59.) Jos ajatellaan, että mielenterveyskuntoutuja on itse vastuussa omasta mielenterveysongelmastaan, myös häneen ihmisenä kohdistuu tuomitsemista. Stigma ei siis tässä vaiheessa koske enää ainoastaan ihmisen mielenterveysongelmia, vaan ihminen tuomitaan yleisemmällä tasolla ja mielenterveysongelmia

---

<sup>3</sup> ks. Fricker 2007, 152.



voidaan jopa pitää hänen omien piirteidensä ja ominaisuuksiensa syynä. Jos ihmistä siis pidetään henkilökohtaisesti vastuussa hänen omasta mielenterveysongelmastaan, se lisää stigmatisointia huomattavasti (Foster & O’Mealey 2022, 59).

Uskomukset siitä, että mielenterveysongelmien puhkeamiseen voisi itse omalla hallinnallaan vaikuttaa osaltaan myös ihmisten käyttäytymiseen mielenterveyskuntoutujia kohtaan. Stigma siis vaikuttaa siihen, miten ihmistä kohdellaan. Mielenterveyskuntoutujia voidaan stigman vuoksi vältellä, heiltä voidaan evätä avunsaanti tai heidät voidaan sulkea sosiaalisista piireistä. Stigmatisoinnin seurauksena mielenterveyskuntoutujia saattaa esimerkiksi vältellä sosiaalisia tilanteita tai avun hankkimista ja hänen itsetuntonsa voi heiketä. Lisäksi mielenterveyskuntoutujat saattavat kokea syrjintää. (Foster & O’Mealey. 2022, 58–59.)

Tässä tutkimuksessa todettiin, että korkeassa sosioekonomisessa asemassa olevat ihmiset siis todennäköisemmin asennoituvat negatiivisesti mielenterveyskuntoutujia kohtaan kuin heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevat ihmiset. On hyvä kuitenkin tiedostaa, että tutkimus on kohdentunut Yhdysvaltojen eteläosan yliopistossa tehtyyn tutkimukseen, jossa on ollut osallistujina yliopiston opiskelijoita. Otos on siis siinä mielessä rajattu, että opiskelijoilla voi mahdollisesti yleisesti ottaen positiivisempi asenne mielenterveysongelmia kohtaan. Myös tietynlaiset kulttuuriset ideologiat saattavat vaikuttaa siihen, miten paljon negatiivista asennetta tutkimuksessa havaitaan. (Foster & O’Mealey 2022, 62.)

Mielenkiintoinen seikka tutkimuksessa tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden<sup>1</sup> suhteen on se, että Foster & O’Mealey toteaa, että erilaisissa mielenterveysjärjestöissä ja organisaatioissa suurin osa päättäjistä, jotka päättävät esimerkiksi siitä, mihin järjestön rahat kohdennetaan, ovat korkeammasta sosioekonomisesta taustasta. Tutkimuksen päätelmänä esitetäänkin, että tällaisten organisaatioiden tulisi sisällyttää päätöksentekoon monipuolisemmin yksilöitä erilaisista sosioekonomisista taustoista, jotta voitaisiin muodostaa kokonaisvaltainen näkökulma mielenterveyteen liittyvissä päätöksissä. (Foster & O’Mealey 2022, 62.)

Jos asiaa pohtii hermeneuttisen marginalisaation<sup>4</sup> näkökulman kautta, organisaatio siis jättää ulkopuolelle sellaisia ihmisiä, joilla on heikompi sosioekonominen tausta. Jos järjestelmällisesti

---

<sup>4</sup> Hermeneuttinen marginalisaatio siis tarkoittaa, että tietyiltä sosiaalisilta ryhmiltä evätään systemaattisesti pääsy tiedon jakamiseen tapahtumaan. (Fricker 2007, 153).

heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevat ihmiset jätetään ulkopuolelle mielenterveysorganisaatioissa, kyse on hermeneuttisesta marginalisaatiosta, sillä kyseessä on sosiaalisen ryhmän päätöksenteosta ulkopuolelle jättäminen. Koska tällainen marginalisaatio ei ole välttämättä siis kovin tietoista, on sitäkin tärkeämpää tiedostaa asia ja lisätä organisaation monipuolisuutta. Tosin kyse voi olla myös siitä, että korkeammassa sosioekonomisessa asemassa olevat ihmiset usein ovat korkeasti koulutettuja ja siksi päässeet tiettyyn asemaan organisaatiossa. On olennaista tutkia sosioekonomisen aseman vaikutusta stigmatisointiin, sillä korkea sosioekonominen asema lisää yksilön vaikutusmahdollisuuksia yhteiskunnassa.

Negatiivisia asenteita mielenterveyskuntoutujia kohtaan on havaittavissa toki useammista yhteiskuntaluokista tai ihmisryhmistä, eikä sosioekonominen tausta ole ainoa tekijä, kun tarkastellaan sitä, miten stigma muodostuu mielenterveysongelmien ympärille. Mielenterveysongelmat ovat olleet historian saatossa aiheena tabu, joka myös vaikuttaa edelleen ihmisten käsityksiin niistä. Koska mielenterveyskuntoutajat ovat tekemisissä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa hoitoonsa liittyen, tarkastelenkin seuraavaksi tutkimusta siitä, miten mielenterveyden stigma näkyy terveydenhuollossa.

#### 4.4 Mielenterveyden stigma terveydenhuollossa

Vuonna 2014 Corrigan kollegoineen teki tutkimuksen, johon osallistui 166 Yhdysvaltain terveydenhuollon ammattilaista, jotka toimivat sotaveteraaneille suunnatuissa sairaaloissa. Tutkimuksessa 42,2 % ammattilaisista työskenteli perusterveydenhuollossa ja 57,8 % työskenteli mielenterveyspalveluissa. Keskeinen tutkimuskohde oli erityisesti mielenterveysongelmia kokeneisiin potilaisiin kohdistuva stigma. Osallistujille annettiin yksi tai kaksi kuvausta potilaasta, joka vaihteli sen perusteella, oliko potilaalla skitsofrenia vai ei. Kuvauksessa potilas oli 34-vuotias mies, joka kärsi skitsofrenian lisäksi myös muista terveysongelmista, kuten kohonneesta verenpaineesta ja unihäiriöstä. Kuvauksen mukaan mies kärsi kroonisesta alaselkävivusta nivelrikon vuoksi ja hän toivoikin kipulääkkeen reseptin uusimista. (Corrigan ym. 2014, 35.)

Osallistujia pyydettiin arvioimaan potilas muun muassa asteikoilla *arvokas-arvoton*, *likainen-puhdas* ja *turvallinen-vaarallinen*. Heitä pyydettiin arvioimaan myös se, pystyykö potilas tulemaan sovittuihin tapaamisiin terveyttään koskien, pyytämään reseptien uusimista ajoissa tai tottelemaan

hoitosuunnitelmaa ja kuinka todennäköisesti he itse kirjoittaisivat potilaalle lähetteen erikoislääkärille tai uusisivat kipulääkkeen reseptin tälle. Tarkoituksena oli selvittää, vaikuttaisiko se, että potilaalla oli todettu skitsofrenia siihen, mitä toimenpiteitä terveydenhuollon ammattilainen tekisi. Lisäksi tutkimuksen osallistujilta kysyttiin, miten helposti he itse hakeutuisivat mielenterveyden palveluiden piiriin ja miten he suhtautuisivat siihen, jos muut saisivat tietää heidän mielenterveysongelmistaan. Tällä yritettiin selvittää sitä, tarjoaisivatko itse mielenterveysongelmia kokeneet tai mielenterveyspalveluita käyttäneet ammattilaiset helpommin potilaalle niitä toimenpiteitä, joita tämä tarvitsi, eli kipulääkkeen reseptin uusimista ja erikoislääkärille ohjaamista. (Corrigan ym. 2014, 35–36.)

Tutkimuksessa todettiin, että mielenterveyden palvelujen ammattilaiset hakeutuivat itse melko matalalla kynnyksellä mielenterveyspalveluihin, ja he eivät myöskään todennäköisesti asennoituneet ennakkoluuloisesti mielenterveyskuntoutujia kohtaan. Perusterveydenhuollon ammattilaiset taas suurimmaksi osaksi eivät hakeutuneet helposti itse mielenterveyspalveluihin tai puhuneet omasta mielenterveydestään muille, mikä korreloi negatiivisen asenteen kanssa. Lisäksi asenne vaikutti siihen, miten helposti potilaan uskottiin noudattavan hoitosuunnitelmaa ja miten helposti hänelle määrättiin jatkotoimenpiteitä. Jos koettiin, että potilas tulisi noudattamaan hoitosuunnitelmaa, hänet ohjattiin helpommin jatkotoimenpiteisiin. Mielenterveyteen liittyvällä stigmalla ja terveyteen liittyvillä päätöksillä oli tutkimusten tulosten mukaan yhteys ja tutkimuksessa todetaan, että sellaiset terveydenhuollon ammattilaiset, joilla on negatiivisia asenteita mielenterveyskuntoutujia kohtaan ovat epäilevämpiä siitä, että potilas noudattaisi hänelle ohjattua hoitoa tai kävisi hänelle suunnatuissa jatkotutkimuksissa. (Corrigan ym. 2014, 36.)

Corriganin ja kollegoiden tutkimuksessa potilaan skitsofrenialla oli vaikutus siihen, miten häntä hoidettiin eli potilasta kohdeltiin eri tavalla, jos hänellä tiedettiin olevan skitsofrenia. Mielenterveysongelma siis vaikutti siihen, että potilas ei saanut asianmukaista hoitoa eli hänen omaa todistustaan ei uskottu. Tutkimus on yksi esimerkki siitä, että mielenterveyteen liittyvä stigma on vieläkin olemassa myös terveydenhuollon palveluissa, vaikka asenteet ovatkin varmasti vuosien myötä muuttuneet jonkin verran aikaisemmasta. Jos potilasta, joka on kokenut mielenterveysongelmia, kohdellaan eri tavalla kuin muita potilaita stigman vuoksi, kohtelu ei ole tasa-arvoista.

Kuitenkin on huomioitava, että Corriganin ja kollegoiden tutkimus kohdistui veteraanisairaaloiden työntekijöihin, eikä heitä voi pitää koko alan edustuksena (2014, 37). Stigmatisoinnin ilmiön yleisyydestä terveydenhuollossa on vaikea tehdä selkeää määrällistä raporttia erityisesti sen vuoksi, että negatiiviset asenteet eivät useimmiten tule ilmi tai niitä ei saada selville. Stigmaa vahvistavia asenteita voi siis olla paljon enemmän, kuin mitä tutkimuksissa todetaan, sillä empiirisissä tutkimuksissa on mahdollisuus, että vastaajat eivät kerro käytöksestään kokonaisuutta. Joka tapauksessa tutkimuksessa paljastui selvästi negatiivisia asenteita terveydenhuollon puolella.

Stigman vaikutukset mielenterveyskuntoutujiin ja heidän kohteluunsa ovat näkyvissä esittelemissäni tutkimuksissa. On varmasti olemassa monia erilaisia tilanteita, joissa stigman vaikutukset näkyvät, mutta tämän työn kannalta edellä olevat tutkimukset ovat olennaisia. Stigma, ennakkoluulot ja negatiiviset stereotypiat kaikki heikentävät yksilön tiedollista asemaa, ja seuraavaksi käsittelenkin sitä, millä tavalla mielenterveyskuntoutuja on tiedollinen toimija ja millä tavoin tiedollinen toimijuus voi heikentyä.

## 4.5 Mielenterveyskuntoutujan tiedollinen toimijuus

Tiedollista toimijuutta voidaan määrittää monin eri tavoin ja kriteerein, mutta tässä kontekstissa relationaalinen näkemys tiedollisesta toimijuudesta toimii parhaiten, sillä mielenterveyskuntoutujien haavoittuvuuden kautta he ovat myös riippuvaisia toisista ihmisistä vielä tavanomaista enemmän. Relationaalinen näkemys tiedollisesta toimijuudesta on vahvasti feministisen epistemologian alueella ja se on lähtöisin näkemyksestä, että ihmiset ovat syvästi tiedollisesti riippuvaisia toisistaan. Tiedollisilla toimijoilla (*knowers*) on vuorovaikutuksellinen luonne, sillä eri yhteisöissä luotetaan siihen, että muilta yhteisön asiantuntijoilta saadaan tietoa. Lisäksi ihmiset sijaitsevat erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa (*socially differentiated knowers*) ja ihmisten täytyy jakaa tietoa näiden tilanteiden välillä. Tietoa siis saadaan vuorovaikutuksen avulla, ja yksilö muodostaa ymmärryksen omasta tietämisestään muiden ihmisten kautta. (Grasswick 2018.) Ihanteellinen tilanne tiedollisena toimijana toimimiselle olisi siis sellainen, jossa ihminen kokee, että hänen jakamaansa tietoa arvostetaan ja hän tulee kuulluksi. Tiedollisena toimijana toimiminen edellyttää sitä, että toimija pääsee osalliseksi tiedon tuottamisen ja jakamisen tapahtumaan.

Mielenterveyskuntoutajat ovat juuri sellainen sosiaalinen ryhmä, jotka usein jäävät tiedon jakamisen tapahtuman ulkopuolelle ja joiden uskottavuutta aliarvioidaan heidän kärsimänsä stigman vuoksi. Tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden kautta voidaan tarkastella sitä, millä tavoin ihminen nähdään tiedollisena toimijana. Tässä luvussa analysoin, millä tavoin haavoittuvaisuus ja marginalisaatio vaikuttavat mielenterveyskuntoutujien tiedolliseen toimijuuteen.

Lena Kurs ja Alexander Grinshpoonin artikkelissa *Vulnerability of Individuals With Mental Disorders to Epistemic Injustice in Both Clinical and Social Domains* (2018) käsitellään mielenterveyskuntoutujien kohtelua mielenterveyspalveluissa ja sosiaalisissa tilanteissa. Mielenterveyskuntoutujien kokemusten mukaan heitä ei usein kuunnella tai oteta tosissaan, heitä ei pidetä kykenevinä täysin ymmärtämään omia kokemuksiaan, eikä heitä pidetä luotettavina tiedonlähteinä. Tämä johtuu siitä, että yksilöt kategorisoidaan psyykkisesti sairastuneiksi ja siten yksilöt nähdään vain heidän diagnoosinsa kautta. Ennakkoluulojen vuoksi mielenterveysongelmia itse kokeneilta ihmisiltä voidaan siis evätä oikeus toimia tiedollisena toimijana ja tällöin myös hoidon laatu voi kärsiä tai sairaudesta toipuminen voi viivästyä, sillä mielenterveyskuntoutujan uskomuksia voidaan pitää esimerkiksi harhoina tai sairauden tuottamana puheena. (Grinshpoon & Kurs 2018, 336–340.)

Sellaista tietoa, joka sisäistetään kokemuksista tai käytännön tilanteista ei välttämättä arvosteta samalla tavalla kuin propositionaalista tietoa. Kuitenkin kokemuksesta ja käytännöstä saadut tietämyksen lajit ovat pääasiallisia, ellei ainoita tiedollisen toimijuuden tapoja joillekin haavoittuvaisille ryhmille ja yksilöille. (Radoilska 2020, 704–706.) Mielenterveyskuntoutujilla on siis usein sellaista tietoa, jota ei arvosteta tai se sivuutetaan täysin. Mielenterveysongelmissa ihmisen oma kokemus on erittäin oleellista ottaen huomioon, että toisin kuin fyysisiä sairauksia, mielenterveysongelmia ei välttämättä pysty ulkoisesti mitenkään havaitsemaan.

Grinshpoonin ja Kursin mielenterveysongelmia kokevien ihmisten kohtelua koskevassa artikkelissa avataan myös sitä, miten *tahallinen hermeneuttinen tietämättömyys (willful hermeneutical ignorance)* aiheuttaa marginalisaatiota, joka kuuluu vahvasti hermeneuttisen epäoikeudenmukaisuuden piirteisiin. Tahallinen hermeneuttinen tietämättömyys tarkoittaa sitä, että hallitsevassa asemassa olevat tiedolliset toimijat kieltäytyvät tunnustamasta tiedollisia välineitä, joita marginalisoidut yksilöt ovat kehittäneet. Esimerkiksi tiedollisesti etuoikeutetut lääkärit jättävät usein huomiotta mielenterveyskuntoutujien perspektiivit, vaikka kuntoutajat ovat

itse omakohtaisesti kokeneet asiat, joista he puhuvat. Mielenterveyden ammattilaiset eivät välttämättä ole tietoisia siitä, että he pitävät omaa arviotaan mielenterveyskuntoutujan tilanteesta luotettavampana kuin kuntoutujan omaa kertomusta. (Grinshpoon & Kurs 2018, 340.) Mielenterveyskuntoutujan osallistuminen keskusteluun vaarantuu, jos hänen kokemuksiaan ei pidetä kuulemisen arvoisena tai hänellä ei ole samanlaisia tiedollisia välineitä ilmaista asiaansa kuin ammattilaisilla.

Grinshpoonin ja Kursin artikkelissa esitellään kahtiajako koskien sitä, miten yksilö pääsee osallistumaan keskusteluun. Osallistumista pystytään tarkastelemaan *osallistujan näkökulmasta* ja *informatiivisesta näkökulmasta*. Osallistujan näkökulmassa mielenterveyskuntoutuja yrittää osallistua keskusteluun, joka koskee hänen mielenterveysongelmiensa hoitoa, mutta ammattilainen ei tunnista kuntoutujaa keskusteluun osallistujana. Osallistuminen ei tarkoita pelkästään informaation vaihtoa, vaan myös kysymisten kysymistä mielenterveyskuntoutujalta, eri vaihtoehtojen ideoimista ja sellaista hoitomuodon pohtimista, joka tuntuu mielenterveyskuntoutujasta hyödylliseltä ja sopivalta hänen elämäänsä. Informatiivinen näkökulma koskee sitä, millaisena toimijana psyykkisesti sairastunut nähdään. Mielenterveyskuntoutuja nähdään potentiaalisena tiedon lähteenä tai vastaanottajana. Tämän näkökulman mukaan mielenterveyskuntoutujaa kohtaan tehdään väärin, sillä ammattilainen ei tunnista mielenterveyskuntoutujaa keskusteluun osallistujana. Kyse ei ole siitä, että ammattilainen ei pitäisi mielenterveyskuntoutujan kertomusta uskottavana, vaan siitä, että kuntoutujaa ei kuulla kokonaisuutena, eikä häntä pidetä keskustelun tasavertaisena osallistujana. Informatiivisen näkökulman kautta mielenterveyskuntoutujaa voidaan kohdella tietopankkina, joka voi vain pyytää tietoa ja tarjota tietoa. (Grinshpoon & Kurs 2018, 242.)

Kun mielenterveyskuntoutuja typistetään vain informatiiviseksi lähteeksi, se loukkaa kuntoutujan kokemusta ihmisenä. Tällaista informatiivista näkökulmaa edesauttavat erilaiset kaavakkeet, joiden avulla mielenterveyskuntoutujia diagnosoidaan. Esimerkiksi masennusta diagnosoidessa voidaan käyttää kaavaketta, jossa on tietty määrä tietynlaisia kysymyksiä. Kaavakkeet tuovat melko rajatun ja valmiiksi raamitetun näkökulman henkilön kokemuksista. Vaikka kaavakkeiden lisäksi henkilöltä voidaan kysyä lisäkysymyksiä, kaavakkeen käyttäminen voi joka tapauksessa johtaa henkilön kokemusten sivuuttamiseen tai niiden väärin tulkittamiseen. (Carel & Kidd 2014, 533.)

Marginalisaatiota aiheuttaa myös se, että ammattilaiset käyttävät keskenään lääketieteellistä kieltä mielenterveyskuntoutujasta puhuttaessa. Lääketieteellinen kieli liittyy hyvin vahvasti

hermeneuttisessa epäoikeudenmukaisuudessa olennaisiin jaettuihin käsitteellisiin resursseihin. (Grinshpoon & Kurs 2018, 340–343.) Niin kuin aiemmin on mainittu, yksilön pääsyn epääminen jaettuihin käsitteellisiin resursseihin luo omalta osaltaan hermeneuttista epäoikeudenmukaisuutta. Jos esimerkiksi psykiatri käyttää monimutkaisia lääketieteellisiä termejä puhuessaan mielenterveyskuntoutujalle, kuntoutujan ja psykiatrin välille muodostuu eräänlainen ”kielimuuri”. Kuntoutujalla ei ole ammattilaisen kanssa samaa kieltä, jonka avulla kommunikaatio onnistuisi. Toisin sanoen mielenterveyskuntoutujalla ja psykiatrilla on erilaiset käsitteelliset resurssit käytettävissä. Onkin olennaista, että ammattilaisella olisi tarvittavat resurssit ja taidot muokata monimutkaiset termit yleiskielelle niin, että kuntoutuja pääsisi osallistumaan keskusteluun.

Lisäksi olennaista on myös se, että valtaapitävillä ihmisillä on parempi pääsy jaettuihin käsitteellisiin resursseihin kuin marginalisoiduilla ihmisillä, ja he pystyvät myös vaikuttamaan siihen, millaisia käsitteitä käytetään ja kuka niitä voi käyttää. Mielenterveyspalvelujen ammattilaiset pystyvät arvioimaan mielenterveyskuntoutujien kertomuksia ja päättämään, mitkä niistä ovat tärkeitä ja mitkä niistä otetaan huomioon. Tällä tavoin ammattilaiset pystyvät vaikuttamaan jaettuihin käsitteellisiin resursseihin. Tämän vallan puuttuminen mielenterveyskuntoutujilta tekee heidät entistä haavoittuvaisemmiksi. (Grinshpoon & Kurs 2018, 340–343.) Jaetuissa käsitteellisissä resursseissa olevat puutokset hankaloittavat mielenterveyskuntoutujien mahdollisuutta ilmaista omia kokemuksiaan haluamallaan tavalla. Jos ei ole olemassa käsitteitä, joilla puhua omasta mielenterveysongelmastaan, ei ole myöskään keinoja itse ymmärtää sitä tai puhua siitä muille.

Myös riippuvaisuus mielenterveyspalveluiden ammattilaisista ja läheisistä ihmisistä lisää mielenterveyskuntoutujien haavoittuvuutta. Terveystieteiden tutkimuksissa riippuvaisuus hoitajista ja perheenjäsenistä voi olla haaste toimijuuden kokemukselle. Ihminen, jotka tarvitsee muiden hoivaa mielenterveytensä tilan vuoksi ei välttämättä tunne itseään tiedolliseksi toimijaksi samalla tavalla kuin muut ihmiset. Riippuvuus toisista ihmisistä lisää aina riskiä tiedolliselle epäoikeudenmukaisuudelle, sillä hoivaavalla henkilöllä on mahdollisuus käyttää suhdetta haavoittuvaan henkilöön väärin. Tiedollisen autonomian kokemus heikentyy tilanteessa, jossa henkilö joutuu turvautumaan toisiin ihmisiin pärjätäkseen. (Carel & Kidd 2017, 336.)

Anastasia Scruttonin artikkelin *Epistemic Injustice and Mental Illness* (2017) mukaan marginalisoidut mielenterveysongelmia kokeneet ihmiset voivat olla myös tiedollisesti etuoikeutettuja. Tässä kontekstissa tiedollinen etuoikeus tarkoittaa, että mielenterveyskuntoutuja voi olla tiedollinen toimija, jolla on tietoa, jota muilla henkilöillä ei ole. Mielenterveysongelmia kokevilla ihmisillä on

omakohtaista tietoa omista kokemuksistaan. He ovat siis oman kokemuksensa asiantuntijoita, sillä he kokevat asiat omasta perspektiivistään käsin. Tämä ei tarkoita, etteikö myös kokemuksen ulkopuolisen mielenterveyden ammattilaisen näkökulma olisi arvokas, vaan nämä kaksi näkökulmaa voivat toimia rinnakkain.

Scrutton painottaa kahta erilaista tietoa, jota mielenterveyskuntoutujilla on: tietoa kokemuksesta itsestään ja tietoa siitä, mikä on hyväksi heille itselleen. Mielenterveyskuntoutajat voivat tuoda monia uusia näkökulmia mielenterveysongelmiin ja niiden hoitoon, sillä he ovat ainoita, joilla on siitä omakohtaista tietoa. (Scrutton 2017, 350–352.) Mielenterveyskuntoutuja voi esimerkiksi kuvailla sellaisia oireita, joita tietty diagnoosi ei tyypillisesti pidä sisällään, jolloin myös käsitykset mielenterveysongelmista terävöityvät. Scrutton esittää artikkelissaan, että esimerkiksi masennuksessa on havaittu siitä kärsivien oman kokemuksen perusteella yllättäviä piirteitä, kuten muuttunutta ajantajua, heikentynyttä vapaan tahdon kokemista ja erilaisia muuntuneita kehollisia kokemuksia. (Scrutton 2017, 351.) Vain mielenterveysongelman kokeva ihminen pystyy havaitsemaan tällaisia kokemuksia, ja siksi onkin tärkeää, että yksilö saa kaikki mahdolliset tarvittavat välineet kokemuksensa kuvailuun.

Lisäksi mielenterveyskuntoutujalla on arvokasta tietoa siitä, mikä on parhaaksi hänelle itselleen, vaikka toki on tilanteita, jolloin ihmisen käsitys omasta tilastaan ei ole välttämättä realistinen. Mielenterveyskuntoutujan oma kokemus esimerkiksi hänen kokemastaan oireesta voi olla täysin eri kuin ulkopuolisen tarkkailijan näkemys. Scrutton esittää, että mielenterveyskuntoutuja voi kokea osan oireistaan jopa positiivisina tai hyödyllisinä. Esimerkiksi skitsofreniassa koetut harhat eivät välttämättä ole pelottavia tai negatiivisia, vaan skitsofreniaa sairastava voi kokea ne voimaannuttaviksi. Scruttonin mukaan on olemassa psyykkisiä suoja mekanismeja, jotka suojelevat ihmisen psyykettä esimerkiksi liian stressaavissa tilanteissa, jolloin ne ovat hyödyksi niitä kokevalle ihmiselle, vaikka todellisuus ei välttämättä kohtaa niiden kanssa. (Scrutton 2017, 352.)

Onkin hyvä huomioida, että positiivisiksikin koetut harhat tai oireet voivat estää ihmisiä hakemasta apua ja ne voivat luoda liikaa eroa oman ja muiden todellisuuden välillä. Joka tapauksessa tiedollisesti mielenterveyskuntoutujilla on etuoikeutetusti tietoa siitä, mikä heille itselleen on parhaaksi. Mielenterveyskuntoutujan omaa positiivista tulkintaa hänen omista oireistaan ei tulisi automaattisesti ohittaa lääketieteellisellä tulkinnalla, vaan tulkinnat voivat olla olemassa rinnakkain toistensa kanssa. (Scrutton 2017, 353.) Muun muassa lääkityksen tarpeellisuutta ja määrää tulisi



pohtia yhdessä mielenterveyskuntoutujan kanssa, sillä mielenterveyskuntoutuja voi itse kokea, että esimerkiksi elämänhallinnan laatu ei oireiden kanssa huonone.

Mielenterveyskuntoutujilla siis on tiedollisesti etuoikeutettua oman käden tietoa, jota kuuntelemalla voidaan saada monipuolisempi näkökulma henkilön kokemasta sairaudesta. Käytännössä kuitenkin lääketieteellinen näkökulma ja kuntoutujalle merkityksellinen oman kokemuksen näkökulma voivat olla konfliktissa. Aiemmin mainitut tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden tapahtumat, kuten hiljentäminen, valta-asetelmat ja mielenterveyskuntoutujien haavoittuvuus heikentävät mielenterveyskuntoutujan asemaa tiedollisena toimijana ja voivat hiljentää kuntoutujan niin, ettei oman kokemuksen näkökulmaa kuulla. Mielenterveyskuntoutujalla olevaa tietoa ei pidetä välttämättä tärkeänä, vaan ammattilaisen selitykseen ja tulkintaan nojataan enemmän.

Hallitsevassa asemassa oleva mielenterveyspalveluiden ammattilainen ei välttämättä pysty astumaan ulos omasta kokemuksestaan ja kokea maailmaa samalla tavalla kuin mielenterveyskuntoutuja. Tämä omalta osaltaan vahvistaa Scruttonin näkemystä siitä, että mielenterveyskuntoutujilla on sellaista tietoa, jota muilla ei ole. Ammattilainen voi kuitenkin käyttää sellaisia tiedollisia resursseja, jotka ovat lähtöisin mielenterveyskuntoutujan omasta kokemuksesta kuuntelemalla kuntoutujaa ja kysymällä häneltä kattavasti kysymyksiä. (Grinshpoon & Kurs 2018, 340.) Mielenterveyskuntoutujat pystyvät kertomaan sellaisia asioita omista kokemuksistaan, joita heitä hoitavat ammattilaiset eivät pysty omasta kokemuksestaan käsin havaitsemaan.

Yksi näkökulma tiedolliseen toimijuuteen löytyy relationaalisesta näkökulmasta, jonka mukaan tiedollinen toimijuus on dynaaminen ja relationaalinen prosessi yksittäisen tiedollisen toimijan ja muiden ympärillä olevien ihmisten ja sosiaalisen, kulttuurisen ja institutionaalisen ympäristön välillä. Tiedollinen toimijuus nähdään relationaalisessa näkökulmassa niin, että toimijuus ei riipu pelkästään yksilön kapasiteetista tai sisäisistä ominaisuuksista, vaan myös ympäristöstä, jossa toimija toimii. (Catala, Faucher & Poirier 2021, 9022.) Koska relationaalisen näkemyksen mukaan yksilön toimijuus rakentuu osittain muiden ihmisten ja ympäristön kautta (omien sisäisten ominaisuuksien lisäksi), toiset ihmiset ja ympäristö voivat myös tehdä toimijuudelle vahinkoa. Tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden tapauksessa toimijuus kärsii, sillä henkilö ei pääse osaksi tiedon jakamisen tapahtumaa tai jakamaan omaa tietoaan, jolloin tiedollinen itseluottamus kärsii ja ihmisen tiedollinen toimijuus kärsii. On kuitenkin kiinnostava ajatus, että samaan aikaan on

mahdollisuus sille, että ympäristö ja toiset ihmiset kontribuoivat tiedollisen toimijuuden muodostumiseen.

Huolimatta siitä, että tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden on todettu heikentävän mielenterveyskuntoutujien tiedollista toimijuutta, tarkoituksena ei ole syyttää yksittäisiä psykiatreja tai muita mielenterveyspalveluiden hoitoammattilaisia. On selvää, että mielenterveyspalveluiden resurssipula sekä koulutuksen ja ajan puute vaikuttavat siihen, miten hyvin mielenterveyskuntoutujia pystytään hoitamaan. Scrutton mainitseekin artikkelissaan, että tiedollista epäoikeudenmukaisuutta tapahtuu siitä huolimatta, että mielenterveyspalveluissa on töissä myötätuntoisia ja ammattitaitoisia ihmisiä (Scrutton 2017, 348). Tarkoituksena on siis lähinnä analysoida sitä, miten tiedollinen epäoikeudenmukaisuus vaikuttaa mielenterveyskuntoutujien tiedolliseen toimijuuteen.

Tiedollinen toimijuus voi siis kärsiä tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden myötä, sillä tiedollinen epäoikeudenmukaisuus voi esimerkiksi heikentää yksilön itseluottamusta niin, että tämä ei jaa tietoaan. Neljännen luvun lopuksi esittelen vielä tutkimuksen siitä, miten potilaiden fyysisiä oireita sivuutettiin mielenterveystaustan vuoksi useamman eri sairaalan päivystyksessä Iso-Britanniassa vuonna 2014. Tutkimus toimii esimerkkinä siitä, että tiedollinen toimijuus voi konkreettisesti vaikuttaa mielenterveyskuntoutujan saamaan hoitoon, ja sillä voi olla vakavia seurauksia.

#### 4.6 Fyysisten oireiden sivuuttaminen mielenterveystaustan vuoksi

Vuonna 2014 Shefer kollegoineen toteutti tutkimuksen, jossa tutkittiin, miten potilaan fyysiset oireet sivuutetaan liittämällä ne virheellisesti potilaan mielenterveysongelmiin. Kvalitatiivisessa haastattelututkimuksessa haastateltiin yhteensä 39:ää terveydenhuollon ammattilaista (18 lääkäriä ja 21 hoitajaa). Potilaita tutkimuksessa ei haastateltu, vaan aineiston kerääminen keskittyi ammattilaisiin Iso-Britanniassa sijaitsevien neljän sairaalan päivystyksessä ja psykiatrisella osastolla. Haastateltavilta kysyttiin sellaisista tapauksista, joissa mielenterveysongelmat vaikuttivat siihen, että potilaiden fyysisiä oireita sivuutettiin tai ne tulkittiin mielenterveysongelman oireeksi. Haastateltavat raportoivatkin useita tapauksia, joissa mielenterveysongelma oli johtanut virheelliseen diagnoosiin tai sen viivästymiseen. Myös potilaan hoidon laatu oli tällöin kärsinyt. (Shefer ym. 2014, 1.)

Tutkimuksessa ilmenee, että esimerkiksi kahdessa tapauksessa mielenterveysongelmia kokeneet potilaat lähetettiin kotiin ilman diagnoosia, vaikka potilaalla oli vakava ja välitöntä hoitoa vaativa tila. Nämä kaksi potilasta kuolivat muutamia päiviä myöhemmin laiminlyödyn hoidon vuoksi. Viidessä tapauksessa viivästynyt diagnoosi johti pysyvään ja peruuttamattomaan vahinkoon potilaan terveydessä, kuten alaraajahalvaantumiseen. Useammassa tapauksessa potilas oli todettu olevan fyysisesti kunnossa päivystyksessä ja lähetetty psykiatriselle osastolle, josta potilaalle oli vaadittu lisätutkimuksia, joissa oli havaittu potilaalla olevan fyysinen vaiva. Potilaan oireita oli siis joko luultu mielenterveysongelman oireiksi tai hänen kertomuksensa oli sivuutettu siksi, että hänellä oli tiedetysti taustaa mielenterveysongelmista. (Shefer ym. 2014, 3.)

Osasy sille, miksi potilas usein lähetettiin haastateltavien kertomusten mukaan nopeasti suoraan psykiatriselle osastolle, oli myös se, että mielenterveyskuntoutujat miellettiin usein automaattisesti psykiatrisen osaston potilaiksi. Osa tutkimuksen vastaajista totesi, että osalla päivystyksessä työskentelevästä henkilökunnasta on ”juurtunut asenneongelma”, jolloin heti heidän saadessaan selville, että potilaalla on taustaa mielenterveysongelmista, he eivät enää päivystyksessä olleet kiinnostuneita hoitamaan potilasta (Shefer ym. 2014, 4–6). Mielenterveyskuntoutuja siis lähetettiin ainakin osassa tapauksista herkemmin psykiatriselle osastolle ilman kokonaisvaltaista tutkimusta kuin sellainen ihminen, jolla ei ole ollut potilasmerkintää mielenterveysongelmista.

Erityisesti selittämättömissä tai vaikeasti diagnosoitavissa olevissa tapauksissa potilaan oireiden sivuuttamisen riski oli suurempi. Jos potilas tuli toistuvasti samanlaisten selittämättömien oireiden kanssa päivystykseen, henkilökunta sivuutti heidät helpommin. Esimerkiksi yksi haastateltavista hoitajista oli kertonut erään potilaan tulleen toistuvasti alkoholin vaikutuksen alaisena päivystykseen. Potilaalla oli myös mielenterveysongelmista taustaa, ja hänet oli sivuutettu joka kerta päivystyksessä näistä syistä. Viimein kävi ilmi, että potilaalla oli oikea neurologinen vaiva, jonka tuottamaan kipuun hän käytti alkoholia ja vahvoja särkylääkkeitä. Kun potilaan oireita alettiin hoitaa, hänen käyntinsä päivystyksessä vähenivät huomattavasti. (Shefer ym. 2014, 5.)

Erityisesti vastaajien huomioissa korostui vaikeudet kommunikaatiossa tai potilaiden haastava käytös. Mielenterveysongelma voi vaikuttaa ihmisen kommunikaatioon siten, että kommunikaatio-ongelmat terveydenhuollon ammattilaisten kanssa voivat viivyttää diagnoosin saamista. Haastateltava psykiatrinen sairaanhoitaja oli saanut potilaakseen päivystyksestä miehen, joka huusi suoraa kurkkua. Miehen luultiin käyttäytyvän irrationaalisesti siksi, että hän oli psykoottinen, mutta

hoitajan tarkasteltua miehen jalkaa hän havaitsi sen olevan turvonnut. Jalka röntgenkuvattiin hoitajan vaatimuksesta, ja kävi ilmi, että jalka oli täysin säpäleiksi murtunut. (Shefer ym. 2014, 5.)

Potilaan vakava murtuma oli siis täysin sivuutettu päivystyksessä siksi, että hänellä oli taustaa mielenterveysongelmista. Huutamisen oli oletettu johtuvan mielenterveyteen liittyvistä syistä, mutta toisaalta mies ei ollut pystynyt kommunikoimaan oireistaan niin, että päivystyksen henkilökunta olisi pystynyt ymmärtämään häntä. Tässä hermeneuttisella epäoikeudenmukaisuudella voi olla osansa siinä mielessä, että aukko jaetuissa käsitteellisissä resursseissa on voinut vaikuttaa siihen, että päivystyksen henkilökunnalla ja potilaalla ei ole ollut jaettua kieltä. Toisaalta kommunikaatiovaikeudet ovat voineet liittyä myös siihen, että mies ei yksinkertaisesti kivultaan ole saanut selitettyä, mistä on kyse. Erityisesti sellaiset potilaat, joilla mielenterveysongelman oirehdintaan kuuluu esimerkiksi harhaluuloja tai epäjohdonmukaisia ajatuksia, eivät välttämättä kykene tarjoamaan selkeitä yksityiskohtia oireistaan. Joka tapauksessa Shefer kollegoineen korostaa, että päivystyksellä on joka tapauksessa täysi vastuu tehdä oikeita diagnooseja, vaikka potilaan käytös olisi jollain tavalla haastavaa tai kommunikaatio epäselvää (2014, 7). Erityisesti silloin, jos potilaan sivuuttamiseen on vaikuttanut ennakkoluulo tai stigmatisoiva asenne, väärä diagnoosi on näiden ennakkoluulojen tulos, ei potilaan vääränlainen käytös.

Shefer kollegoineen toteaa, että on erilaisia taustatekijöitä, jotka aiheuttavat lisää painetta henkilökunnalle ja vähentävät heidän kykyään diagnosoida tai tarjota tehokasta hoitoa. Aikapaineet ovat kovia, jolloin perinpohjaisen tutkimuksen teko ei onnistu. Joissain tutkimuksessa mukana olleista sairaaloista päivystyksellä oli enimmillään noin neljä tuntia aikaa yhden potilaan diagnosoimiseen. Lisäksi stigmatisoivat asenteet, jotka erityisesti liittyvät tiedolliseen epäoikeudenmukaisuuteen, vaikuttavat taustatekijöinä diagnoosin tekemisen heikkouteen. (Shefer ym. 2014, 3–4.) Vaikka suurin osa vastaajista totesi, että vain vähemmistöllä hoitajista on leimaavia asenteita mielenterveyskuntoutujia kohtaan, vastaajien mukaan tarvitaan kuitenkin vain yksi tai kaksi hallitsevassa asemassa olevaa ennakkoluuloista henkilökunnan jäsentä, jotta koko päivystyksen kulttuuri muuttuu vähemmän hienotunteiseksi mielenterveyskuntoutujia kohtaan (Shefer ym. 2014, 7).

Tässä tutkimuksessa ilmenee, että mielenterveyskuntoutajat ihmiset joutuvat kohtaamaan tiedollista epäoikeudenmukaisuutta päivystyksessä. Vaikka suurin osa vastaajista totesi

stigmatisoinnin ja ennakkoluuloisten asenteiden olevan päivystyksessä vähemmistössä, sitä kuitenkin oli. Osasta tapauksista, joista hoitajat tai lääkärit kertoivat, oli selvästi kyse tiedollisesta epäoikeudenmukaisuudesta, sillä potilasta ei otettu tosissaan hänen mielenterveysongelmiensa vuoksi. Jopa vain se, että potilaalla oli aikaisempaa taustaa mielenterveysongelmista riitti syyksi sivuuttaa potilaan kertomus ja ohjata hänet psykiatrisen osaston hoiviin. Erityisesti potilaan suora kategorisointi psykiatrisen osaston potilaaksi vaikuttaa siltä, että mielenterveyskuntoutujat on jo oletusarvoisesti lokeroitu tiettyyn lokeroon. Tällaisen kategorisoinnin ja ennakkoluuloisen käytöksen seuraukset ovat potilaalle kohtalokkaita, kuten tutkimuksen tapausesimerkeistä voi todeta. Esimerkiksi alaraajahalvaantuminen väärän tai puuttuvan diagnoosin vuoksi kuuluu vakavampiin tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden seurauksiin.

Tutkimuksessa esiin otetuissa tapauksissa näkyy erityisesti todistuksellinen epäoikeudenmukaisuus, sillä potilaiden sivuuttaminen tapahtuu nimenomaan ainakin osassa tapauksista ennakkoluulojen takia. Tutkimuksessa on lainaus, jossa tiedollinen epäoikeudenmukaisuus näkyy erittäin selvästi:

*“Oli yksi potilas, josta hoitaja sanoi: “En usko mitään, mitä hän sanoo. Hän on yksi omituisimmista naisista, joita olen koskaan tavannut. Hän sanoi tulleensa tänne kaikenlaisten ongelmien takia ja minä en usko häntä”. Ja hoitaja ei tehnyt kaikkia havaintoja.”<sup>5</sup> (Shefer ym. 2014, 6., suomennettu suora lainaus.)*

Hoitaja siis tässä tapauksessa arvioi, että potilas ei ollut käytännössä lainkaan uskottava, joka johti lopulta siihen, että diagnoosin tekeminen vähintään vaikeutui ja viivästyi (Shefer ym. 2014, 6). Tapaus on tyypillinen esimerkki todistuksellisesta epäoikeudenmukaisuudesta, sillä hoitaja arvioi potilaan uskottavuutta ennakkoluuloisen käsityksen kautta.

Tutkimus tukee väitettä siitä, että tiedollista epäoikeudenmukaisuutta tapahtuu mielenterveyskuntoutujia kohtaan. Shefer kollegoineen (2014) kuitenkin toteaa, että tutkimuksen otos on melko pieni ja tutkimus on luonteeltaan kvalitatiivinen. Tämä tarkoittaa sitä, että johtopäätöksissä täytyy olla melko varovainen. Tutkimuksen tulosten esittelyssä korostetaan myös

---

<sup>5</sup> Alkuperäinen lainaus: *“There was one patient about whom the nurse said, “I don’t believe anything she’s saying. She’s one of the weirdest women I’ve ever met. She said that she’d come in with all of these problems and I don’t believe her.” And she didn’t do a lot of the observations.”* (Shefer ym. 2014, 6.)

sitä, että vähemmistöllä päivystyksen tai psykiatrisen osaston henkilökunnasta oli ennakkoasenteita mielenterveyskuntoutujia kohtaan.

Joissain tapauksissa on siis ratkaisevan tärkeää, millaisen arvioinnin asiantuntija tekee potilaan hoidosta ja millä perustein. Siihen, miten hyvin ammattilainen pystyy arvionsa tekemään voi omalta osaltaan vaikuttaa resurssipula. Potilaan hoidon onnistuminen ja epäonnistuminen toki johtuvat monista eri tekijöistä, mutta päivystystä koskevassa esimerkissä on ammattilaisen tehtävä ohjata potilas oikealle osastolle. Seuraavaksi keskityn asiantuntijuuteen ja ammattilaisiin, sillä erilaisissa mielenterveyden ja terveydenhuollon palveluissa heillä on ratkaiseva rooli. Tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden kannalta valta-asetelmaa on perusteltua tarkastella ammattilaisen ja mielenterveyskuntoutujan suhteen kautta.

## 5. Asiantuntijuus ja ammattilaiset

Mielenterveyskuntoutajat ovat erityisessä vaarassa joutua tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden kohteeksi, sillä he ovat haavoittuvassa asemassa ja lisäksi mielenterveyden ongelmia kohtaan on olemassa monia erilaisia ennakkoluuloja. Tällaiset ennakkoluulot voivat johtaa siihen, että mielenterveyskuntoutujia ei oteta tosissaan tiedollisina toimijoina, eikä heitä kuunnella asianmukaisesti. (Grinshpoon & Kurs 2018, 336–337.) Mielenterveyspalveluiden ja terveydenhuollon ammattilaisilla on suuri vastuu ja rooli mielenterveyskuntoutujien hoidossa ja diagnosoinnissa. Tarkastelen tässä luvussa sitä, mikä tekee asiantuntijoista luotettavia asiantuntijoita, ja miten valta ja valta-asetelmat ammattilaisten ja mielenterveyskuntoutujien kesken vaikuttavat tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden ilmenemiseen. On kuitenkin hyvä pitää mielessä, että asiantuntijoilla ja ammattilaisilla on tietynlaiset paineet ja resurssit, jotka tulevat ulkopuolisista rakenteellisista käytännöistä ja päätöksistä, eikä tiedollinen epäoikeudenmukaisuus kaadu täysin yksilön harteille.

Suomessa on julkisten tahojen ja potilasjärjestöjen keskuudessa ollut jonkin verran keskustelua siitä, että kokemustiedolle haluttaisiin merkittävämpää asemaa esimerkiksi mielenterveys- ja terveydenhuoltopalveluiden suunnittelussa ja päätöksenteossa. Kokemusasiantuntijoita onkin otettu jossain määrin mukaan terveydenhuollon suunnittelutyöhön ja päätöksentekoon, mutta silti asiantuntijoiden ja kokemusasiantuntijoiden välillä on havaittu hierarkian syntymistä siten, että

kokemusasiantuntijoiden osallistumista ei oteta samalla tavalla huomioon. Tietynlaisen tiedeyhteisön hyväksymän tiedon sijoittaminen kokemuksiin perustuvan tiedon yläpuolelle vaikuttaa myös kokemusasiantuntijoiden ja asiantuntijoiden dynamiikkaan. (Honkasalo ym. 2022.)

Terveysthuollon sektoreilla auktoriteetilla on vaikutus tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden ilmenemiseen mielenterveyspalveluissa. Ammatilliselle myönnetään tiedollinen auktoriteetti koulutuksen ja ammattitaidon vuoksi. Vaikka tämä on tilanteeseen nähden usein sopivaa, se voi kuitenkin tapahtua mielenterveyskuntoutujan näkökulman huomiotta jättämisen kustannuksella. Valta-asetelma mielenterveyspalvelujen ammattilaisen ja mielenterveyskuntoutujan välillä voi johtaa siihen, että ammattilainen ei tunnista kuntoutujaa keskusteluun osallistujana, joka koskee hänen mielenterveysongelmiensa syitä ja hoitoa. Tämä vaikuttaa mielenterveyskuntoutujan kykyyn ja haluun osallistua tuleviin vuorovaikutustilanteisiin ja näin esimerkiksi lääkärin ja mielenterveyskuntoutujan keskinäinen kommunikaatio kärsii. (Grinshpoon & Kurs 2018, 342.)

Mielenterveyspalvelujen ammattilaisella on siis auktoriteettiasema suhteessa mielenterveyskuntoutujaan. Tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden tapahtumassa mielenterveysongelmia kokevaan ihmiseen voidaan kohdistaa *tiedollista hiljentämistä (epistemic silencing)*. Mielenterveyskuntoutuja, joka hiljennetään tällä tavoin, voi kokea itsetunnon romahtamisen, joka estää häntä tulevaisuudessa aktiivisesti osallistumasta oman hoitosuunnitelmansa kokoamiseen. (Grinshpoon & Kurs 2018, 342.) Valta-asetelmilla ja auktoriteetilla on siis huomattava vaikutus siihen, minkälaisena tiedollisena toimijana yksilö nähdään ja miten hän pääsee osallistumaan tiedollisena toimijana keskusteluun. Epätasapainoinen valta-asetelma on epäedullinen varsinkin siksi, että se tekee mielenterveyskuntoutujasta erityisen haavoittuvaisen.

## 5.1 Luotettavuus ja luottamus

Tässä luvussa tarkastelen, mikä tekee asiantuntijasta luotettavan ja pätevän. Yleisesti asiantuntijoihin luotetaan enemmän kuin ”noviiseihin”. Terveysthuollossa ja mielenterveyspalveluissa ammattilaisiin luotetaan usein melko sokeasti, sillä heidän oletetaan olevan oman alansa asiantuntijoita. Onkin olennaista selvittää, miten asiantuntijuus voi rakentua, ja millä tavalla luottamus ansaitaan.

Asiantuntijoiden luottamuksen arviointia voi tarkastella noviisi/asiantuntija-asettelun kautta. Asettelun kautta voi tarkastella sitä, voivatko noviisit tehdä oikeutettuja arvioita asiantuntijoiden uskottavuudesta ja millä perusteella. Noviisilla ei välttämättä ole tarpeeksi kokemusta ja itsevarmuutta, jotta hän voisi arvioida tai kyseenalaistaa asiantuntijan käsityksen. Noviisi ajattelee, että kyseessä oleva aihe vaatii tietyn tason asiantuntijuuden, jollaista hänellä itsellään ei ole. (Goldman 2001, 89.) Esimerkiksi terveydenhuollossa tilanne voi olla juuri sellainen, että potilas pitää kyseenalaistamatta ammattilaista automaattisesti pätevänä, sillä ei luota omaan käsitykseensä tai siihen, että hänellä olisi oikeanlaista tietoa asiasta. (Goldman 2001, 90–92.)

Asiantuntijuudessa ei ole kyse pelkästään siitä, että asiantuntijalla olisi paikkaansa pitävää tietoa. Lisäksi asiantuntijalla täytyy olla kyky tai halukkuus hyödyntää tietoaan ja muodostaa sen perusteella uskomus oikeisiin vastauksiin tai kysymyksiin, joita alalla saattaa olla. Asiantuntijan täytyy pystyä käyttämään tietopankkinsa eri osa-alueita sellaisella tavalla, joka sopii parhaiten hänelle esitettyihin kysymyksiin. Pelkkä suuri tietomäärä ei siis vielä tee ihmisestä asiantuntijaa, vaikka suuri tietomäärä on osa asiantuntijuutta. (Goldman 2001, 91.) Asiantuntijuuden taustalla on myös asianmukainen koulutus ja työkokemus, joita tarvitaan tietotyössä arvioinnin tekemiseksi. Laajan aiemman kokemuksen perusteella asiantuntija pystyy toimimaan intuitiivisesti ja tekemään nopeammin arvion tilanteesta kuin aloittelija. Eri asioiden ja niiden osa-alueiden tarkka erottelu onkin myös osa asiantuntijuutta. (Dreyfus & Dreyfus 2005, 787–788.)

Noviisi ei voi tietää, onko asiantuntijalla todella tietoa ja kykyä soveltaa tietoaan. Kuitenkin on olemassa joitain keinoja, joiden avulla noviisi voi yrittää päätellä, onko asiantuntija todella luotettava. Ensinnäkin noviisi voi tarkastella, millainen asiantuntijan aiempi ura on ja miten paljon asiantuntijan töitä on arvostettu. Esimerkiksi aiemmat ylistykset asiantuntijan saavutuksista voivat olla todistusaineistoa pätevyydestä. Myös toisen tai useamman asiantuntijan lausunto voi lisätä asiantuntijan luotettavuutta. (Goldman 2001, 93.) On kuitenkin melko selvää, että esimerkiksi lääkärin vastaanotolla tällaisen laajan arvioinnin tekeminen ei potilaan puolesta ole välttämättä mahdollista tai ainakin on epätodennäköistä, että potilas pystyy lyhyen ajan sisällä selvittämään lääkärin urasaavutuksia.

Lääketieteessä asiantuntijuutta voi tarkastella todistusperäisen lääketieteen (*evidence-based medicine* = EBM) kautta. EBM-mallin tarkoitus on selvittää, minkälaisia todistusaineistoja tulee ottaa huomioon kliinisessä lääketieteellisessä työssä. Kolmessa eri EBM-mallissa on erilaisia käsityksiä siitä, kelpaako asiantuntijuus tai asiantuntijatiieto todistusaineistoksi lääketieteelliseen toimintaan,



kuten oikeanlaisen hoidon järjestämiseen ja diagnosoinnin tekoon. (Wieten 2018, 1–2.) EBM-mallit eivät itsessään ole vedenpitäviä, ja käsitellenkin EBM-malleja siitä näkökulmasta, mitä niissä sanotaan asiantuntijuudesta.



*Kuva 2 EBM-mallin hierarkia*

EBM-mallissa asiantuntijuutta itsessään pidetään pätevänä todistusaineistona, vaikka se onkin kaikista todistusaineistoista heikoin. Muunlaiset todistusaineistot ovat kontrolloituja testejä, meta-analyysyjä ja systemaattisia arvioita. Asiantuntijan käsitys on kaikkein yleisin todisteiden muoto, vaikka sen arvo todistusaineistona ei ole kovinkaan korkea. On kuitenkin syytä pohtia, onko asiantuntijuus itsessään todistusaineistoa vai jotakin sen ulkopuolella olevaa. Ensimmäisessä EBM-mallissa todetaankin, että asiantuntijuudella on todisteiden ulkopuolinen arvioinnin rooli. Se tarkoittaa sitä, että asiantuntija tekee arvionsa todisteiden (meta-analyysit, kontrolloidut testit) perusteella. Kuitenkaan itsessään asiantuntijan käsitys tai arvio ei ole todistusaineistoa. (Wieten 2018, 3.)

EBM:n mallissa asiantuntijuuden määritelmään sisältyy lisäksi tärkeänä osana potilaan arvoihin ja tarpeisiin vastaaminen. Asiantuntijan täytyy ottaa omassa päätöksenteossa huomioon ympäristö ja

olosuhteet. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sen arvioimista, millaista hoitoa potilaan on mahdollista saada mahdollisimman lähellä asuinpaikkaansa. Esimerkiksi pelkkä tutkimusten ja testien soveltaminen suoraan potilaan tarpeisiin ei riitä, vaan myös yksittäiset olosuhteet tulee ottaa huomioon. Asiantuntijuus siis koostuu moninaisesta todisteiden tulkinnasta ja niiden soveltamisesta olosuhteet ja potilaan preferenssit huomioon ottaen. (Wieten 2018, 4.)

Ammattilaisten täytyy siis osata tehdä kompromisseja, kehittää taitojaan ja hankkia jatkuvasti lisää tietoa. Potilaiden kanssa kommunikoiminen on tärkeää, ja potilaalle täytyykin tarjota tietoa, jonka avulla he voivat tehdä tietoon perustuvan päätöksen heihin kohdistuvista hoitotoimenpiteistä. EBM-mallin tarkoituksena onkin estää se, että asiantuntijoiden lääketieteellisessä koulutuksessa ei otettaisi huomioon potilaan kanssa kommunikoimisen ja olosuhteiden huomioon ottamisen tärkeyttä. (Wieten 2018, 5.) Asiantuntijuus ei EBM-mallin mukaan tarkoita pelkästään tieteellistä perehtyneisyyttä tai tutkimusten ulkoa osaamista, vaan siihen sisältyy myös kommunikaatiotaidot, kontekstin huomioon ottaminen ja tilannetaju.

Luottamus potilaan ja ammattilaisen välillä on erityisen tärkeää minkä tahansa lääketieteellisen hoidon kannalta. Potilaat luottavat erityisesti ammattilaisen pätevyyteen ja siihen, että ammattilaisten motivaationa on potilaan hyvinvointi. Jos kuitenkin ammattilaisten motivaatio ei olekaan potilaan hyvinvointi ja mahdollisimman hyvä hoito, on se ristiriidassa potilaan hyödyn kanssa. (Buchman, Ho & Goldberg 2016, 31–32.)

Terveysthuollon perustana toimii osaltaan se, että instituutioita ja ammattilaisia pidetään luottamuksen arvoisina. Hoitosuhteissa potilaat näkevät terveydenhuollon ammattilaiset tiedollisesti etuoikeutettuina. Tämä tarkoittaa sitä, että potilaat olettavat, että ammattilaisilla on asiantuntijatietoa, taitoa ja kykeneväisyyttä. Koska terveydenhuollon instituutioille ja ammattilaisille on myönnetty tällainen melko ehdoton luottamus, onkin ensiarvoisen tärkeää, että luottamusta ei käytetä väärin. Tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden riski suurenee juuri sellaisessa tilanteessa, jossa luottamus toiseen osapuoleen on suurta sen vuoksi, että oma tietämys asiasta on puutteellinen, sillä luottamusta käytetään helposti väärin. (Buchman, Ho & Goldberg 2016, 31.)

EBM-malli havainnollistaa hyvin, millaista tietoa lääketieteen ammattilainen pystyy käyttämään tehdessään arvioiteja ja diagnooseja. Ammattilaisten ja potilaiden välisessä vuorovaikutuksessa ongelmaksi saattaa muodostua juuri se, että ammattilaisen näkökulmasta potilas kertoo lääketieteellisesti irrelevantteja asioita. Potilaan tietoa ei siis pidetä arvokkaana, ja sitä voidaan

luonnehtia ”arkiseksi” tiedoksi. (Carel & Kidd 2017, 337.) Erityisesti mielenterveyskuntoutujien kohdalla arvokkaaksi nähdyn tiedon käsite on kiinnostava, sillä mielenterveysongelmia on vaikea muuttaa mitattavaan muotoon. Esimerkiksi verikoetulokset tai sydänfilmi ovat sellaisia lääketieteellisiä todistusaineistoja, joita ammattilaisten on mahdollista tulkita koulutukseen ja tutkimukseen perustuen. Mielenterveyspalveluissa ammattilaiset ovat toki saaneet koulutuksen mielenterveyteen liittyviin asioihin mutta muun muassa esimerkki päivystyksessä tapahtuvasta fyysisten oireiden sivuuttamisesta mielenterveystaustan vuoksi havainnollistaa sitä, että tietynlaista tietoa pidetään lääketieteellisesti arvokkaampana.

Ammattilaisten ja mielenterveyskuntoutujien välinen vuorovaikutus vaikuttaa hoito- ja diagnosointiprosessin onnistumiseen. Siksi luottamuksen lisäksi valta-asetelma ammattilaisen ja kuntoutujan välillä on oleellinen tarkastelukohde tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden kannalta. Fricker esitti omassa kirjassaan identiteettivallan käsitteen, mutta Gaventan vallan kuution tarkasteleminen tuo erilaisen näkökulman vallan rakenteisiin. Seuraavaksi esittelenkin vallan kuution ja vertailen sitä Frickerin käsitykseen vallasta.

## 5.2 Vallan kuutio

Vallan epätasapaino on vallitseva piirre mielenterveyspalveluissa, ja se vaikuttaa etenkin niihin palvelun käyttäjiin, jotka ovat marginalisoiduissa ryhmissä tai muuten heikommassa asemassa yhteiskunnassa. Brosnan (2012) esittää John Gaventan luoman ”vallan kuution” (*the power cube*), joka demonstroi vallan jakaantumista ja sen eri ulottuvuuksia. Kuutioon kuuluvat ensimmäinen ulottuvuus (näkyvä, piilotettu ja näkymätön valta), toinen ulottuvuus (suljettu tila; tila, johon kutsutaan ja luotu tila) ja kolmas ulottuvuus (paikallinen, kansallinen ja kansainvälinen taso). Vallan kuutiossa ja Frickerin esittämässä vallan vaikutuksessa tiedolliseen epäoikeudenmukaisuuteen on joitakin samankaltaisuuksia, ja vallan kuutio voikin auttaa hahmottamaan paremmin joitakin Frickerin teorian vallan ulottuvuuksia.

Vallan kuution käsite on hyvä ymmärtää paremmin, jotta sitä voi tarkastella ja soveltaa juuri mielenterveyskuntoutujien hoitoprosessin epäoikeudenmukaisuutta käsitellessä. Gaventan mukaan vallan ulottuvuudet eli tilat, tasot ja muodot täytyy ymmärtää erillisinä toisistaan, mutta samaan aikaan myös kietoutuneina toisiinsa. Vallan kuutio toimii erityisesti vallan hahmottamisen

työkaluna. Sen avulla voidaan tarkastella sitä, millaista valtaa käytetään ja missäkin tilanteessa, ja miten valtaa voidaan yrittää hajottaa tai haastaa. Visuaalisesti vallan kuutio on esitetty kuvana, jossa jokainen kuution sivu on yksi ulottuvuus. Gaventa vertaa kuutiota Rubikin kuutioon, jossa lohkojen paikkoja voi vaihdella hyvinkin paljon. Vaikka kuution eri osia voi pyörittää ja jokaista kuution sivua ja lohkoa voi käyttää ikään kuin analyysin eri osana, jokainen ulottuvuus on kuitenkin yhteydessä toiseen ulottuvuuteen. Gaventa haluaakin korostaa, että vallan kuution käsite ei ole staattinen kokonaisuus, vaan sen osat tulee ymmärtää suhteessa toisiinsa. Kuutio voi olla eri asetelmissa ja sen osat voivat olla ”liikkuvia”. (Gaventa 2006, 26–27.)

Jotta kuution voi hieman paremmin hahmottaa, on määriteltävä sen eri ulottuvuudet ja tilat. Gaventa määrittelee kolme osallistumisen tilaa, jotka ovat

1. Suljettu tila (*closed space*)
2. Tila, johon kutsutaan (*invited space*)
3. Luotu tila (*created space*)

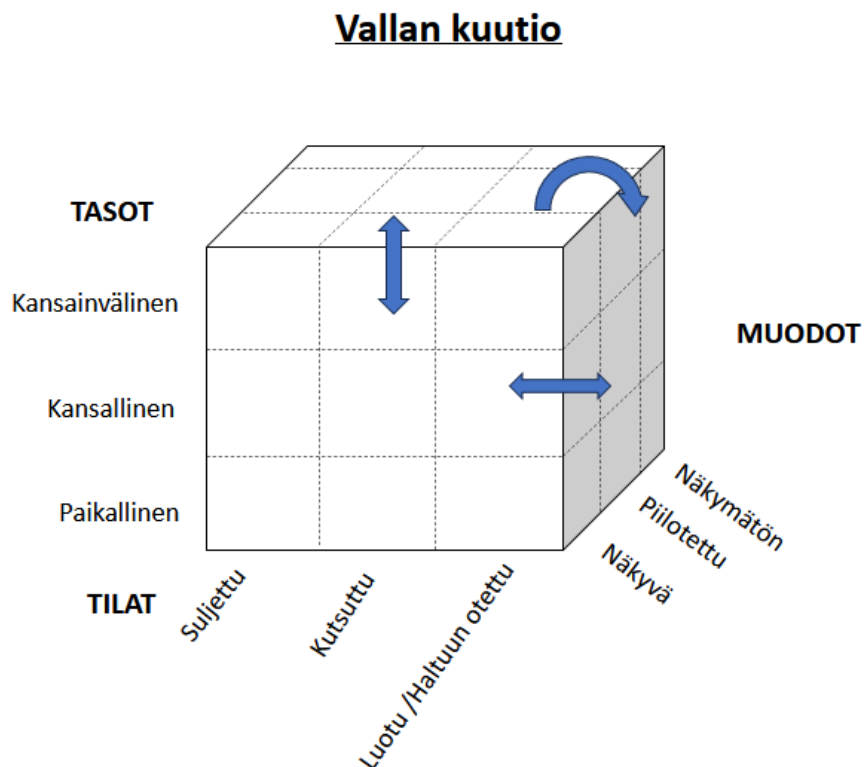
Suljettu tila tarkoittaa sellaista tilaa, jossa päätökset tehdään tiettyjen toimijoiden toimesta ”suljettujen ovien” takana ilman mitään aikomusta ottaa mukaan esimerkiksi niitä ihmisiä, joita päätöksenteko koskee. Esimerkiksi asiantuntijat saattavat tehdä joitakin päätöksiä ja tuottaa palveluita ilman tarvetta konsultoida niitä ihmisiä, joita palvelut koskevat. Tila, johon kutsutaan tarkoittaa sellaista tilaa, joihin puolestaan kutsutaan ihmisiä osallistumaan sellaiseen päätöksentekoon, joka koskee heitä. Esimerkiksi asiantuntijat tai muut auktoriteettihahmot kutsuvat ihmisiä osallistumaan mukaan päätöksentekoon. Luotu tila tarkoittaa sitä, että sellaiset toimijat, joilla on verrattain vähän valtaa ottavat haltuun tai luovat tilan, jotka syntyvät yhteisiksi koetuista huolenaiheista tai kokemuksista. Tällainen tila siis luodaan aivan uudeksi tilaksi, jossa samanhenkiset ihmiset kerääntyvät yhteen yhteisten tavoitteiden ääreen. ”Kolmansia tiloja” voikin luonnehtia parhaiten siten, että ne ovat usein yhteiskunnallisen liikehdinnän tai yhteisön luomia ja usein instituutioiden ulkopuolisia. (Gaventa 2006, 27.)

Nämä tilat eivät ole ainoita mahdollisia tiloja, jotka liittyvät vallankäyttöön. Tilat voivat Gaventan mukaan vaihdella kontekstin tai historiallisten puitteiden mukaan. Tärkeää on se, kuka luo tilat, sillä tilan luoneet ovat todennäköisesti tilassa myös vallassa. Yhdessä tilassa saavutettu valta voi auttaa saamaan sellaisia kokemuksia ja taitoja, joita voi käyttää päästäkseen toiseen tilaan ja vaikuttaa

siellä. (Gaventa 2006, 28.) Frickerin hermeneuttinen marginalisaatio on juuri sitä, että yksilö syrjäytetään tiedon jakamisen tapahtumasta. Vaikka vallan kuution teoria ei koske *tiedon jakamisen* tapahtumaa toisin kuin hermeneuttisen marginalisaation teoria, varsinkin suljetun tilan määritelmä on lähellä sitä Frickerin ajatusta, että osa ihmisistä jätetään ulkopuolelle sellaisista tiloista, joissa yksilön olisi hyvä olla tiedon jakamista ja vastaanottamista ajatellen. Gaventan määritelmä tiloista on hieman epämääräisempi kuin hermeneuttisen marginalisaation määritelmä, joten aivan tarkasti on vaikea sanoa, minkälaisia tiloja Gaventa tarkalleen ottaen tarkoittaa.

Vallan kuutiolla on siis kolme sivua, joihin sijoittuvat tasot, tilat ja muodot. Gaventa määrittelee kolme vallan muotoa:

1. Näkyvä valta (*visible power*)
2. Piilotettu valta (*hidden power*)
3. Näkymätön valta (*invisible power*)



Kuva 3 Vallan kuution eri ulottuvuudet

Näkyvä valta määrittelee, kuka tekee päätökset ja miten ne tehdään. Piilotettua valtaa on sellaisilla toimijoilla, jotka voivat vaikuttaa siihen, minkälainen tieto on hyväksyttävää ja ketkä pääsevät

osallistumaan keskusteluun, jossa tehdään päätöksiä. Myös keskustelun sisällön määrittelemine kuuluu piilotetun vallan muotoon. Näkymätön valta on sellaista, joka näkyy kulttuurisissa tai ideologisissa rakenteissa esimerkiksi erilaisina käsityksinä asioista. (Brosnan 2012, 57.) Näkyvää valtaa ovat esimerkiksi viralliset säännöt, instituutiot ja auktoriteetit, eli ne ovat todella kaikkien nähtävillä. Piilotettua valtaa voi olla esimerkiksi näiden sisällä valtaa pitävillä ihmisillä. Näkymätön valta on kaikista salakavalin vallan muoto, sillä se määrittelee, mikä on normaalia tai hyväksyttävää yhteiskunnassa ja siten se muokkaa osallistumisen rajoja. (Gaventa 2006, 29.)

Vallan tilan ja muodon suhde näkyy visuaalisesti kuutiossa niin, että eri palikat edustavat yhtä muotoa tai tilaa, ja ne voivat muuttaa paikkaansa suhteessa toiseen palikka kerrallaan. Kuution ajatuksen pystyy hahmottamaan tällä tavalla hieman paremmin. Tiivistetysti sanottuna vallalla on siis eri tiloja ja muotoja, joissa se esiintyy, ja nämä tilat eivät ole muuttumattomia ja staattisia, vaan muuttuvia ja aina suhteessa toisiinsa. Vallan dynamiikka tai valtasuhteet siis riippuvatkin pitkälti siitä, minkälaisesta tilasta valta löytyy, millä tasolla se on ja minkä muotoista se on (Gaventa 2006, 30).

Brosnan soveltaa kuutiota mielenterveyspalveluiden valta-asetelmien analysoimiseen. Kolmea ensimmäistä vallan kuution ulottuvuutta voi soveltaa mielenterveyspalveluihin erityisesti ammattilainen-mielenterveyskuntoutuja-suhdetta pohtiessa. Esimerkiksi psykiatrilla on näkyvä valta päättää, millainen keskustelun sisältö on hoitotapaamisessa kuntoutujan kanssa. Jos psykiatri ja mielenterveyskuntoutuja yhdessä puhuvat kuntoutujalle soveltuvasta lääkityksestä, ja potilas saa viimeisen sanan siitä, minkälaisen lääkityksen hän haluaisi, kyseessä on melko tasa-arvoinen vallankäyttö. Kuitenkin tällaisissa tilanteissa psykiatri saattaa esittää vain esimerkiksi liian kalliiden lääkkeiden käyttöä tai ei lääkitystä ollenkaan, jolloin psykiatrilla on täysi valta päättää, mitkä vaihtoehdot hän potilaalle esittää. (Brosnan 2012, 59.) Tällöin psykiatrin valta saattaa vaikuttaa huomattavasti mielenterveyskuntoutujan hyvinvointiin.

Piilotetun vallan muoto näkyy mielenterveyspalveluissa siten, että niin kuin aiemmin on mainittu, tietynlainen tieto nähdään mielenterveyspalveluissa arvokkaampana ja ammattilaisen käsitystä arvostetaan enemmän kuin kuntoutujan. Myös se, päästetäänkö mielenterveyskuntoutuja mukaan keskustelemaan omasta hoidostaan, on piilotettua valtaa. (Brosnan 2012, 60.) Lisäksi erilaiset käsitykset ja asenteet mielenterveysongelmista ylipäättään ovat vallan kuution ensimmäisen ulottuvuuden kolmatta muotoa, eli näkymätöntä valtaa. Ahtaat psykiatriset käsitykset

mielenterveysongelmista vaikuttavat siihen, miten ihmisiä hoidetaan, ja ennalta päätettyjen faktojen vuoksi mielenterveyskuntoutujilla ei ole muuta vaihtoehtoa kuin kuunnella psykiatrin tulkintaa heidän oireistaan. (Brosnan 2012, 53.)

Kun vallan kuution ensimmäistä ulottuvuutta vertaa Frickerin teoriaan tiedollisesta epäoikeudenmukaisuudesta, on selvää, että vallan epätasapaino aiheuttaa tiedollista epäoikeudenmukaisuutta. Näkymätön valta, joka liittyy nimenomaan ennakkoluuloihin ja ahtaisiin asenteisiin, on linjassa Frickerin esittämän todistuksellisen epäoikeudenmukaisuuden kanssa. Lisäksi se, että näkyvässä ja piilotetussa vallankäytössä estetään mielenterveyskuntoutujan osallistuminen keskusteluun kokonaan tai heidän tarjoamaan tietoa ei arvosteta, on myös hyvin tyypillistä tiedolliselle epäoikeudenmukaisuudelle ja erityisesti hermeneuttiselle epäoikeudenmukaisuudelle.

Myös vallan kuutiossa esitetyt vallan tilat ovat Brosnanin mukaan sovellettavissa mielenterveyspalveluihin. Mielenterveyspalveluissa suljettu tila tarkoittaa esimerkiksi erilaisia päätösten tekijöiden komiteoita, joihin palvelun käyttäjät eivät saa osallistua, eikä heillä siten ole osaa päätöksenteossa. Tällainen tila itsessään mahdollistaa vallan epätasapainon, sillä päätöksiin eivät saa kaikki osallistua, edes ne, joita päätökset koskevat. Tila, johon kutsutaan, tarkoittaa esimerkiksi hoitotapaamisia, johon mielenterveyskuntoutujat on kutsuttu. Kuitenkin, kuten aiemmin on todettu, hoitotapaamisissa vallan epätasapaino voi näkyä siten, että mielenterveyskuntoutujaa ei kuunnella. Luotu tila voi tarkoittaa esimerkiksi mielenterveyskuntoutujien vertaistukiryhmiä tai ryhmiä, joita he itse ovat keskenään muodostaneet. Tällaisissa ryhmissä mielenterveyskuntoutujilla on mahdollisuus saada lisää itseluottamusta ja siellä he voivat myös tuntea olevansa täysvaltaisia toimijoita. Vertaistuesta he voivat saada myös rohkeutta haastaa hoitotapaamisissa ammattilaisten mielipiteet. (Brosnan 2012, 60–61.) Erilaiset tilat vallankäytön keinona on hyödyllinen näkökulma mielenterveyspalveluiden vallankäytöstä puhuttaessa, sillä on oleellista havainnoida erilaisten vallankäytön muotojen lisäksi myös sitä, millaisissa konteksteissa valtaa käytetään ja miten.

Frickerin tiedollisessa epäoikeudenmukaisuudessa ja Gaventan vallan kuutiossa on samoja teemoja, ja vallan kuutio toimiikin hyvin pohdittaessa tiedolliseen epäoikeudenmukaisuuteen liittyvää vallan ulottuvuutta. Gaventan luoma vallan kuutio toimii hyvin yhteiskunnallisella ja laajalla tasolla, kun taas Frickerin tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden käsitettä voi hieman helpommin käyttää

yksittäistenkin tapausten arviointiin. Fricker tosin jakaa vallan *toimijan valtaan ja rakenteelliseen valtaan*, jotka mainittiin tässä työssä aiemmin identiteettivallan yhteydessä (Fricker 2007, 11–12). Gaventan näkyvän vallan konsepti voidaan osittain ymmärtää rakenteellisena, sillä sellainen valta näkyy esimerkiksi instituutioissa ja säännöissä. Kuitenkaan erillistä mainintaa vallan rakenteellisuudesta Gaventa ei anna.

Frickerin teoriassa erityisesti stereotypioihin ja ihmisen ominaisuuksiin perustuva syrjintä on enemmän esillä kuin Gaventan vallan kuutiolla. Gaventa kuvaileekin vallan kuutiota analyyttiseksi välineeksi, jolla pystyy erityisesti analysoimaan, miten valtaan voi tehdä muutoksia tai miten sitä voi tietyllä tavalla häiritä (Gaventa 2006, 30). Frickerin teoria keskittyy enemmän kuvailemaan tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden ongelmaa ja sen seurauksia, vaikka sekin on toki analyyttinen väline siinä mielessä, että se auttaa havaitsemaan tiedollista epäoikeudenmukaisuutta yhteiskunnassa. Selvä ero teorioissa on kuitenkin se, että Frickerin teoriassa tieto ja tiedon jakaminen ovat keskiössä, kun taas Gaventan vallan kuution mallissa tieto ei ole niin isossa roolissa. Kuitenkin vallan kuution pääpiste on nimenomaan vallassa, eikä se ota yhtä laajasti kantaa tiedolliseen aspektiin kuin Frickerin teoria.

Seuraavaksi tarkastelen, millaiset rakenteelliset tekijät vaikuttavat siihen, että tiedollista epäoikeudenmukaisuutta näkyy mielenterveyskuntoutujien kohtelussa. Nostan erityisesti esille resurssipulan yhtenä merkittävänä rakenteellisena tekijänä nykyisessä terveydenhuoltojärjestelmässä.

### 5.3 Tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden rakenteellinen luonne

Vaikka tiedollinen epäoikeudenmukaisuus voi näkyä ammattilaisen ja mielenterveyskuntoutujan vuorovaikutuksessa ja siten muodostua tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden tapahtumaksi, kyseessä on lopulta rakenteellinen ongelma. Fricker viittaa esimerkiksi valtaan nimenomaan rakenteellisena ilmiönä, vaikka valta olisi yhden toimijan harjoittamaa, sillä valta on aina riippuvaista tietynlaisesta koordinoinnista muiden sosiaalisten toimijoiden kanssa (2007, 11). Yksittäisen ihmisen valta on sidottu esimerkiksi instituutioon, jossa hän työskentelee tai hänen asemaansa



tietyssä organisaatiossa tai yhteisössä. Tiedollinen epäoikeudenmukaisuus sijaitsee yhteiskunnan rakenteissa.

Etenkin hermeneuttista epäoikeudenmukaisuutta ja sen piirteitä on kuvailtu Frickerin teoksessa rakenteelliseksi sillä tavoin, että yksittäinen yksilö ei ole vastuussa hermeneuttisen epäoikeudenmukaisuuden ilmenemisestä. Medina kuitenkin toteaa artikkelissaan, että hermeneuttisen epäoikeudenmukaisuuden vastuukysymystä tarkastellessa tulee huomioida myös kollektiiviset ja jaetut vastuun muodot, ei pelkästään sitä, onko yksilöllä vastuuta hermeneuttisen epäoikeudenmukaisuuden kohdalla. Eri ryhmät ja yhteisöt voivat olla Medinan mukaan vastuussa hermeneuttisesta välinpitämättömyydestä, vaikka yksittäinen yksilö ei olisikaan syyppä hermeneuttiseen epäoikeudenmukaisuuteen. Esimerkiksi kokonainen kulttuuri voi olla vastuussa siitä, että vaikkapa tietynlaisia naisten kokemuksia ei ole yritetty ymmärtää. Tällöin vastuu hermeneuttisen epäoikeudenmukaisuuden ehkäisemisestä ja toisaalta aiheuttamisesta ymmärretään yhteisön näkökulmasta. (Medina 2017. 42.) Tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden rakenteellinen luonne ei olekaan täysin yksilöllinen asia, vaan siihen liittyvästä vastuun jakautumisesta on monia eri tulkintoja. Frickerin teoria tiedollisesta epäoikeudenmukaisuudesta on saanut kritiikkiä siitä, että todistuksellisessa epäoikeudenmukaisuudessa sen rakenteellisuus ei tule tarpeeksi selvästi esiin. Elizabeth Anderson onkin erottanut vielä erikseen todistuksellisesta epäoikeudenmukaisuudesta sen rakenteellisen muodon. (Anderson 2012, 169.)

Mielenterveyspalveluiden, terveydenhuollon asiantuntijan tai ammattilaisen toiminta mielenterveyskuntoutujaa kohtaan voi olla tiedollisesti epäoikeudenmukaista. Fricker kuitenkin esittää tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden vaatimukseksi sen, että se on systemaattista ja toistuvaa. Tämä tarkoittaa sitä, että huolimatta siitä, missä instituutiossa tai yhteiskunnan osalla mielenterveyskuntoutuja toimii, hän kohtaa tiedollista epäoikeudenmukaisuutta. Tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden kriteerit täyttävät kokonaisvaltaisesti terveydenhuoltojärjestelmässä tapahtuva toistuva ja systemaattinen mielenterveyskuntoutujiin kohdistuva tiedollinen epäoikeudenmukaisuus, ei yksittäisen ammattilaisen toiminta.

Esittämieni esimerkkien ja tutkimusten onkin tarkoitus havainnollistaa tiedollista epäoikeudenmukaisuutta terveydenhuollon, mielenterveyspalveluiden ja yhteiskunnan järjestelmällisellä tasolla. Kyselytutkimuksissa kyse on tietenkin yksittäisistä tapauksista ja kokemuksista, mutta tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden tapaukset auttavat valottamaan sitä, miten tiedollinen epäoikeudenmukaisuus näkyy käytännön tasolla mielenterveyskuntoutujien

elämässä. Esitetyt tutkimukset mielenterveyskuntoutujien kohtelusta terveydenhuollossa ja mielenterveyskuntoutujiin kohdistuvista negatiivisista ja leimaavista asenteista ovat melko pieniä otoksiltaan, ja niistä voi vain todeta, että osa mielenterveyskuntoutujista kohtaa tiedollista epäoikeudenmukaisuutta. Tarkoituksena ei olekaan väittää, että kaikki mielenterveyskuntoutajat kohtaavat tiedollista epäoikeudenmukaisuutta tai väittää, että kaikki terveydenhuollon ja mielenterveyspalveluiden ammattilaiset kohtelevat mielenterveyskuntoutujia tiedollisesti epäoikeudenmukaisesti. On kuitenkin selvää, että mielenterveyskuntoutujien hoito- ja diagnosointiprosessissa on havaittavissa tiedollista epäoikeudenmukaisuutta.

Terveydenhuollon ja mielenterveyspalveluiden rakenteellisen tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden ilmenemisessä oleellista on se, että resurssipula ja puutteellinen koulutus mahdollistavat sen, että tiedollista epäoikeudenmukaisuutta ilmenee enemmän. Suomessa sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2023 laatimassa sosiaali- ja terveysalan tiekartassa todetaan, että henkilöstön riittävydessä ja saatavuudessa on ongelmia koko terveysalan saralla, mutta erityisesti mielenterveyspalveluissa, joissa pulaa on erityisesti psykologeista ja psykiatreista. Raportissa todetaan, että henkilöstövaje on vaikuttanut tuotettujen palveluiden laatuun. Osaavien henkilöiden rekrytoiminen on ollut haastavaa, ja toisaalta koronapandemia on aiheuttanut suuria muutoksia työvoimaan lomautusten ja jopa irtisanomisten myötä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2023, 9–10.) Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2023 laatimasta raportista käy ilmi, että psykiatrian osuus erikoissairaanhoidon rahoituksesta on laskenut hieman yli kuudestatoista prosentista hieman yli kymmeneen prosenttiin vuodesta 2000 vuoteen 2021 (THL 2023). On ilmeistä, että esimerkiksi henkilöstövaje päivystyksessä vaikuttaa kumuloivasti koko hoidon ketjuun ja myös kiire kertaantuu, kun henkilöstöä on vähemmän hoitamassa jokaista potilasta. Tällöin yksittäisen potilaan hoitoon ja diagnosointiin jää vähemmän aikaa, jolloin esimerkiksi kattava kysely potilaan tilanteesta jää vajaaksi.

Esittelemässäni Sheferin ja hänen kollegoidensa tutkimuksessa, jossa tutkittiin potilaiden fyysisten oireiden sivuuttamista mielenterveysongelmien vuoksi, kävi ilmi, että potilaita saatettiin lähettää kotiin tai psykiatriselle osastolle päivystyksestä melko nopean arvioinnin jälkeen. Shefer kollegoineen totesivat, että aikapaineet ja resurssipula vaikuttivat omalta osaltaan mielenterveyskuntoutujan fyysisten oireiden sivuuttamiseen. (2014, 3–4.) Tutkimus toimii esimerkkinä siitä, että riittämättömät resurssit lisäävät tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden riskiä ja erityisesti kiire ja paineet hoitaa potilaat mahdollisimman nopeasti nousevat esiin riskitekijöinä.

Tiedollinen epäoikeudenmukaisuus on siis ilmiö, joka päättyy rakenteelliselta tasolta yksilötasolle. Tämä tarkoittaa sitä, että rakenteissa sijaitsevat käytäntöjen puolueellisuudet, puutteet ja eriarvoiset linjat päätyvät lopulta vaikuttamaan esimerkiksi terveydenhuollon yksittäisiin vuorovaikutustilanteisiin. Ei ole kuitenkaan syytä sivuuttaa ammattilaisten velvollisuutta noudattaa episteemisiä hyveitä (esimerkiksi episteeminen nöyryys, episteeminen avoinmielisyys ja kuunteleminen). Asianmukainen koulutus tukee ammattilaisten kykyä harjoittaa episteemisiä hyveitä ja antaa työkalut potilaiden kohtaamiseen.

Ammattilaisten ja mielenterveyskuntoutujien välinen vuorovaikutus onkin avainasemassa hoito- ja diagnosointiprosessissa. Jos mielenterveyskuntoutujalla on tarvittavat tiedolliset välineet ja ammattilaisella tarvittava tietotaito kuunnella ja vastaanottaa mielenterveyskuntoutujan kertomusta hänen kokemuksistaan, on todennäköistä, että mielenterveyskuntoutuja saa oikeanlaista hoitoa. Kuitenkin kuten Fricker toteaa, tiedollista epäoikeudenmukaisuutta tapahtuu jatkuvasti ja vääjäämättä, sillä jäännösennakkoluulo, identiteettivalta ja puutokset jaetuissa käsitteellisissä resursseissa aiheuttavat tiedostamattomasti tiedollista epäoikeudenmukaisuutta.

On siis mahdotonta kokonaan päästä eroon tiedollisesta epäoikeudenmukaisuudesta, mutta jo sen olemassaolon tiedostaminen on askel oikeaan suuntaan. Esimerkiksi hermeneuttisen marginalisaation käsite tuo tärkeän näkökohdan tiedon saavuttavuuden ilmiölle, jota aiemmin ei ole tiedostettu ainakaan Frickerin tuomalla tasolla. Tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden käsitteen soveltaminen arkielämän eri osa-alueille, kuten mielenterveyskuntoutujien kohteluun, tuo ilmi epäkohtia, joita välttämättä ei muita epäoikeudenmukaisuuden muotoja tarkastellessa ole huomattu. Seuraavaksi kokoon johtopäätöksiä tekemistäni huomioista ja työn tutkimuskysymyksestä.

## 6. Johtopäätös

Työssäni esitin, että tiedollista epäoikeudenmukaisuutta ilmenee mielenterveyskuntoutujien hoito- ja diagnosointiprosessissa. Vaikka tiedollinen epäoikeudenmukaisuus ei ole ainut epäoikeudenmukaisuuden muoto, jota mielenterveyskuntoutujat kohtaavat terveydenhuollon palveluissa, tiedollinen epäoikeudenmukaisuus näkyy mielenterveyskuntoutujien epäoikeudenmukaisessa kohtelussa.

Kaikki mielenterveyskuntoutajat eivät kohtaa tiedollista epäoikeudenmukaisuutta hoidossaan ja osa mielenterveyskuntoutujista on tyytyväisiä kohteluunsa hoitoprosessissa. On selvää, että eri puolella maailmaa on erilaisia mielenterveyspalveluita ja terveydenhuollon järjestelmiä, joissa on erilaisia käytäntöjä. Yhteen tutkielmaan on vaikea tiivistää kaikkien eri järjestelmien ja mielenterveyskuntoutujien tilannetta. Siksi on olennaista huomata, että esittämäni tutkimukset koskevat tiettyä ryhmää mielenterveyskuntoutujista ja ne toimivat todistusaineistona siitä, että osa mielenterveyskuntoutujista kohtaa tiedollista epäoikeudenmukaisuutta.

Fricker esitti tiedollisen epäoikeudenmukaisuuden käsitteen vuonna 2007 ja siitä lähtien aiheesta on kirjoitettu kirjallisuutta niin terveydenhuollon, intersektionaalisuuden, vallan, stereotyyppien, politiikan ja monen muun aihealueen saralla. Tiedollinen epäoikeudenmukaisuus onkin oivallinen väline myös mielenterveyskuntoutujien hoidon epäkohtien tarkastelemiseen, sillä erityisesti mielenterveysongelmiin liittyen on tärkeää kuunnella yksilön omaa kokemusta ja kertomusta. Lisäksi mielenterveysongelmat ovat olleet aikojen saatossa tabu, jolloin niistä on ollut hyvin vaikea puhua myös käsitteiden puuttumisen vuoksi. Niin kuin tässä työssä on todettu, omien kokemusten ymmärtäminen on yksilölle tärkeää, jotta niistä voi myös puhua toisille ihmisille.

Tiedollinen epäoikeudenmukaisuus häiritsee tiedon jakamista ja tuottamista. Jotta mielenterveysongelmista kärsivää ihmistä voidaan auttaa, tieto onkin hyvin olennaista. Tiedon puuttumisella on oleellinen vaikutus siihen, kuinka hyvin yksilö voidaan diagnosoida ja millainen hoitosuunnitelma hänelle tehdään. On yhteiskunnallisten tahojen tehtävä varmistaa riittävä koulutus ja resurssit niille ammattilaisille, joiden työnä on hoitaa mielenterveysongelmista kärsiviä ihmisiä. Lisäksi on myös olennaista varmistaa, että yhteiskunnan käytännöt ja järjestelmät toimivat yhdenvertaisesti ja esimerkiksi rasismia tai syrjintää marginalisoituja ihmisryhmiä kohtaan ehkäistään aktiivisesti.

Tämän työn rajaus ei mahdollistanut syventymistä sellaisiin keinoihin ja ratkaisuihin, jotka vähentäisivät tai ehkäisisivät tiedollista epäoikeudenmukaisuutta. Kuitenkin tällaiselle jatkotutkimukselle olisi paikkansa, sillä tiedollisen oikeudenmukaisuuden lisääminen mielenterveyskuntoutujien palveluissa edistäisi muutoinkin palvelujen laatua ja tehokkuutta. Tiedollista epäoikeudenmukaisuutta ei voida koskaan kitkeä kokonaan, mutta siitä voidaan tulla tietoiseksi.

## Lähteet

- Allison, Euan. 2023. "Stigma, Stereotype, and Self-Presentation." *Journal of applied philosophy* 40, no. 4: 746–759.
- Anderson, Elizabeth. 1995. "Feminist Epistemology: An Interpretation and a Defense." *Hypatia* 10, no. 3: 50–84.
- Anderson, Elizabeth. 2012. "Epistemic Justice as a Virtue of Social Institutions." *Social epistemology* 26, no. 2: 163–173.
- Bortolotti, Lisa, & Katherine Puddifoot. 2019. "Philosophy, Bias, and Stigma." *Why Philosophy?*, 51–64.
- Brosnan, Liz. 2013. "Power and Participation: An Examination of the Dynamics of Mental Health Service-User Involvement in Ireland." *Studies in social justice* 6, no. 1: 45–66.
- Buchman, Daniel Z, Anita Ho, & Daniel S. Goldberg. 2016. "Investigating Trust, Expertise, and Epistemic Injustice in Chronic Pain." *Journal of bioethical inquiry* 14, no. 1: 31–42.
- Carel, Havi, & Ian James Kidd. 2017. "Epistemic Injustice in Medicine and Healthcare." *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*, 336–346.
- Carel, Havi, & Kidd, Ian James. 2014. "Epistemic injustice in healthcare: A philosophical analysis." *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 17, no. 4: 529-540.
- Catala, Amandine, Luc Faucher & Pierre Poirier. 2021. "Autism, Epistemic Injustice, and Epistemic Disablement: A Relational Account of Epistemic Agency." *Synthese (Dordrecht)* 199, no. 3–4: 9013–9039.
- Code, Lorraine. 2018. "Is the Sex of the Knower Epistemologically Significant?" *What Can She Know?*, 1–26. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Corrigan, Patrick W, Dinesh Mittal, Christina M Reaves, Tiffany F Haynes, Xiaotong Han, Scott Morris, and Greer Sullivan. 2014. "Mental Health Stigma and Primary Health Care Decisions." *Psychiatry research* 218, no. 1: 35–38.
- Dreyfus, Hubert L., and Stuart E. Dreyfus. 2005. "Expertise in Real World Contexts." *Organization studies* 26, no. 5: 779–792.
- Eläketurvakeskus. Työkyvyttömyyseläkkeet ja työkyky. 2022. Verkkosivu. Viitattu 4.4.2024. Saatavilla: <https://www.etk.fi/tutkimus-tilastot-ja-ennusteet/tutkimus/tutkittua-tietoa-elaketurvasta/tyokyvyttomyyselakkeet-ja-tyokyky/>
- Fairweather, Abrol & Linda Zagzebski. 2001. *Virtue Epistemology: Essays in Epistemic Virtue and Responsibility*. United Kingdom: Oxford University Press.

Foster, Stephen & Molly O’Mealey. 2022. “Socioeconomic Status and Mental Illness Stigma: The Impact of Mental Illness Controllability Attributions and Personal Responsibility Judgments.” *Journal of mental health (Abingdon, England)* 31, no. 1: 58–65.

Fricker, Miranda. 2007. *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Oxford: Oxford University Press.

Gaventa, John. 2006. “Finding the Spaces for Change: A Power Analysis.” *IDS bulletin (Brighton. 1984)* 37, no. 6: 23–33.

Goldman, AI. 2001. “Experts: Which Ones Should You Trust? (Epistemic Considerations).” *Philosophy and phenomenological research* 63, no. 1: 85–110.

Grasswick, Heidi. Syksy 2018 versio. "Feminist Social Epistemology", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Edward N. Zalta (toim.). Saatavilla: <https://plato.stanford.edu/entries/feminist-social-epistemology/>

Honkasalo, Marja-Liisa, Leila Jylhänkangas, Anna Leppo & Karoliina Ahonen. *Haavoittuva toimijuus: sairastaminen ja hoiva hyvinvointivaltion laitamilla*. Tampere: Vastapaino, 2022. E-kirja. Saatavilla: <https://www.ellibslibrary.com/book/9789523970632>

Julkari 2022. Väestön terveys- ja hyvinvointikatsaus 2023: tavoitteena sosiaalisesti kestävä Suomi. Verkkosivu. Viitattu 16.10.2023. Saatavilla: <https://www.julkari.fi/handle/10024/146429>

Kela 2022. Kelan kuntoutustilasto 2022. Verkkosivu. Viitattu 16.10.2023. Saatavilla: <https://helda.helsinki.fi/items/f8191d73-32c6-44b2-811d-1892711469c2>

Kidd, Ian James. 2021. “Epistemic Vices and Feminist Philosophies of Science.” In *The Routledge Handbook of Feminist Philosophy of Science*, 157–169. Routledge.

Kidd, Ian James, José Medina & Jr Gaile Pohlhaus. 2017. *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*. Oxford: Routledge.

Kurs, Rena & Alexander Grinshpoon. 2018. “Vulnerability of Individuals With Mental Disorders to Epistemic Injustice in Both Clinical and Social Domains.” *Ethics & Behavior* 28 no. 4: 336–46.

Lammenranta, Markus. Tieto-oppi. Verkkosivu. Viitattu 19.3.2024. Saatavilla: <https://filosofia.fi/fi/ensyklopedia/tieto-oppi#Tiedon%20ja%20oikeutuksen%20%C3%A4hteet>

Matthews, Steve, Robyn Dwyer & Anke Snoek. 2017. “Stigma and Self-Stigma in Addiction.” *Journal of bioethical inquiry* 14, no. 2: 275–286.

Medina, José. 2017. “Varieties of Hermeneutical Injustice.” *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*, 41–52.

- Mieli. 2024. Tilastotietoa mielenterveydestä. Verkkosivu. Viitattu 3.4.2024. Saatavilla: <https://mieli.fi/yhteiskunta/mielenterveys-suomessa/tilastotietoa-mielenterveydesta/>
- Miranda Fricker n.d. Verkkosivu. Viitattu 6.3.2024. Saatavilla: <https://www.mirandafricker.com/>
- MTKL 2021. Kieli on valtaa mielenterveysongelmissa. Verkkosivu. Viitattu 16.10.2023. Saatavilla: <https://www.mtkl.fi/ajankohtaista/kieli-on-valtaa-mielenterveysongelmissa/>
- MTKL 2021. Mielenterveysbarometri 2021. Verkkosivu. Viitattu 16.10.2023. Saatavilla: <https://www.mtkl.fi/toimintamme/mielenterveysbarometri/mielenterveysbarometri-2021/>
- O'Connor, Cailin, Sanford Goldberg & Alvin Goldman. Talvi 2023 versio. "Social Epistemology", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Edward N. Zalta & Uri Nodelman (toim.). Saatavilla: <https://plato.stanford.edu/archives/win2023/entries/epistemology-social/>
- Pohlhaus, Gaile. 2017. "Varieties of Epistemic Injustice." *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*, 13–26.
- Radoilska, Lubomira. 2020. "Revisiting Epistemic Injustice in the Context of Agency." *Ethical theory and moral practice* 23, no. 5: 703–706.
- Reini, Kaarina. Mielenterveyden edistämisen taloudelliset vaikutukset – Nuorten miesten syrjäytymistä ehkäisevän Aikalisä-tukipalvelun arviointi. 2016. Vaasan yliopisto.
- Scrutton, Anastasia (Tasia) Philippa. 2017. "Epistemic Injustice and Mental Illness." *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*, 347–355.
- Shefer, Guy, Claire Henderson, Louise M. Howard, Joanna Murray, & Graham Thornicroft. 2014. "Diagnostic Overshadowing and Other Challenges Involved in the Diagnostic Process of Patients with Mental Illness Who Present in Emergency Departments with Physical Symptoms - A Qualitative Study." *PloS one* 9, no. 11: e111682–e111682.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Tiekartta 2022–2027: Sosiaali- ja terveysalan henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden turvaaminen. 2023. Verkkosivu. Viitattu 27.3.2024. Saatavilla: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164634>
- Suomen virallinen tilasto (SVT) 2023. Terveystilasto 2023. Terveystilasto. Verkkosivu. Viitattu 4.4.2024. Helsinki: Terveystilasto ja hyvinvoinnin laitos (THL). Saatavilla: <https://www.stat.fi/til/thkura/>
- Tuana, Nancy. 2017. "Feminist Epistemology." *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*, 125–138.
- Turri, John, Mark Alfano & John Greco. Talvi 2021 versio. "Virtue Epistemology", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, Edward N. Zalta (toim.). Saatavilla: <https://plato.stanford.edu/archives/win2021/entries/epistemology-virtue/>

Wanderer, Jeremy. 2017. "Varieties of Testimonial Injustice." *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*, 27–40.

Wieten, Sarah. 2018. "Expertise in Evidence-Based Medicine: A Tale of Three Models." *Philosophy, ethics, and humanities in medicine: PEHM* 13, no. 1: 2–2.