



Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen  
neuvottelukunta (ETENE)  
Ritva Halila

15.11.2000

Viite 44/59/97

Asia **LAUSUNTOPYYNTÖ LOBOTOMIAN AIHEUTTAMIEN HAITTOJEN  
RAHALLISISTA KORVAUKSISTA**

Sosiaali- ja terveysministeriö on pyytänyt Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) kannanottoa lobotomiatilaille mahdollisesti suoritettavaan rahalliseen korvaukseen toimenpiteen aiheuttamista haitoista. ETENE on käsitellyt asiaa kokouksissaan 27.1.2000, 4.4.2000 sekä 31.10.2000. Kokouksessa 27.1.2000 oli kuultavana professori Kalle Achté. Neuvottelukunnalla on ollut käytössään taustamateriaalinaan myös STAKES:in julkaisu Lobotomiat Suomessa (toim. Risto Vataja) sekä professori Achté:n toimittamia julkaisuja.

Kokouksissa 27.1.2000 ja 4.4.2000 käymänsä keskustelun perusteella ETENE totesi kysymykseen liittyvän huomattavia periaatteellisia ongelmia, ja pyysi tämän vuoksi laajemman selvityksen neuvottelukunnan varajäseneltä, OT Raimo Pekkaselta. Hän on selvityksessään pohtinut mm. Norjan korvauskäytäntöä sekä erilaisia mahdollisuuksia, mikäli Suomen valtio päätyisi suorittamaan rahallisia korvauksia lobotomiatilaille.

Selvityksessään Raimo Pekkanen tulee siihen tulokseen, ettei lobotomiatilaille tulisi maksaa erillistä rahallista korvausta toimenpiteiden aiheuttamista haitoista. Tähän hän päätyy useilla perusteilla: Toimenpiteistä on kulunut huomattava aika, ja vain pieni osa lobotomiatilasta on enää elossa. Toisin sanoen vain pieni osa toimenpiteen kohteena olleista potilaista tulisi saamaan rahallisen korvauksen. Toisaalta hyvin harva näistäkin tulisi enää itse hyötymään rahallisesta korvauksesta, lähinnä rahasumma tulisi heidän omaistensa käyttöön. Kolmanneksi korvausmenettely aukaisisi portteja muille ryhmille, joilla olisi yhtäläinen oikeus rahalliseen korvaukseen (esim. pakkosteriloidut ja pakkokastroidut henkilöt).

Edellä mainitun selvityksen sekä asiasta käydyn keskustelun pohjalta ETENE esittää kannanottonaan seuraavaa:

Lobotomia toimenpiteenä otettiin käyttöön etenkin levottomien skitsofreniapotilaiden hoidossa 1940-50-luvulla, ja se levisi maailmanlaajuiseen käyttöön nopeasti. Suomessa lobotomiat otettiin käyttöön v. 1946. Maassamme niitä tehtiin kaikkiaan n. 1500 kpl. 1960-luvulla toimenpide jäi pois käytöstä uusien hoitomuotojen, erityisesti lääkehoidon, tehdessä lobotomialeikkaukset tarpeettomiksi. Kuolleisuus toimenpiteessä oli n. 5 %, lisäksi toimenpiteestä oli vakavia jälkihaittoja, mm. epilepsiaa, aivoverenvuotoja sekä aivokalvontulehduksia. Vain n. 10 %:lla potilaista leikkaustulos arvioitiin erinomaiseksi, leikkauksesta hyötyi n. 25 % leikatuista, ja 43 %:lla vointi huononi tai potilas kuoli.



Toimenpiteen eettisyyttä arvioitaessa keskeiset asiat ovat seuraavat:

- Pääsääntöisesti toimenpiteet on suoritettu sen ajan hengen ja lääketieteellisen tietämyksen pohjalta. Nykyisin on käytössä lääkkeitä sairauksiin, jotka olivat aikanaan lobotomialeikkauksen aiheita.
- Toimenpide saavutti aikanaan suurta kansainvälistä huomiota sekä arvostusta, mm. lääketieteen Nobelin palkinnon v. 1949.
- Toimenpiteen eettisyydestä on vaikeaa tehdä yleistystä, sillä siitä on katsottu olleen hyötyä osalle potilaista. Suurelle osalle potilaista toimenpiteestä ei ollut hyötyä, ja osalle siitä on ollut haittaa. Toimenpiteen aiheet olivat erilaisia ja ajanjakso pitkä.
- On ilmeistä, että on olemassa tapauksia, joissa potilaan oma tahto on karkeasti sivuutettu. Käytettävissä ollut tieto lobotomian haitoista muuttui ajan mittaan, v. 1957 professori Kalle Achté on julkaissut tutkimustuloksensa toimenpiteen haitoista, ja tämän jälkeen lobotomiat vähenivät ja varsin pian loppuivat Suomessa. Voidaan kysyä, onko toimenpiteen suorittaminen potilaalle ollut enää eettisesti oikein sen jälkeen, kun pätevää tutkimustietoa lobotomian ilmeisestä haitoista on ollut käytettävissä.
- Kysymyksessä rahallisesta korvauksesta neuvottelukunta on päätenyt siihen, ettei lobotomiapotilaille tulisi suorittaa rahallista kertakorvausta toimenpiteestä. Perusteena tälle on se, että toimenpiteestä on kulunut pitkä aika, vain pieni osa potilaista on enää elossa, ja siten vain pieni osa toimenpiteen kohteena olleista potilaista voisi saada korvauksen. Kertakorvaus ei erottelisi toimenpiteestä haittaa kokeneita hyötyä saaneista, joten kertakorvausmenettely ei olisi tasapuolinen koettuihin haittoihin nähden. Tässä vaiheessa korvaus ei hyödyttäisi juurikaan itse lobotomiapotilaita, vaan korvaus menisi suureksi osaksi hoitolaitoksille tai omaisille, jotka tosin mahdollisesti ovat voineet hoitaa ko. potilaita. Yksi lisäsyys siihen, ettei neuvottelukunta suosittele rahallista korvausta lobotomiapotilaille on se, että se avaisi portteja useille potilasryhmille, joilla on yhtä suuret perusteet vaatia rahallista korvausta heille suoritettujen, nykyisin epäoikeudenmukaisena ja epäeettisinä pidettyjen toimenpiteiden vuoksi.

Martti Lindqvist  
ETENE:n puheenjohtaja

Ritva Halila  
ETENE:n pääsihteeri

LIITTEET:

Raimo Pekkasen selvitys lobotomian rahallisista korvauksista  
Ote ETENE:n 5/2000 pöytäkirjasta

JAKELU

Kansliapäällikkö Markku Lehto, STM  
Osastopäällikkö Jussi Huttunen, STM/PAO  
Apulaisosastopäällikkö Marjatta Blanco Sequeiros, STM/PAO  
Ylilääkäri Terhi Hermanson, STM/PAO

## **TULISIKO LOBOTOMIAPOTILAILLE SUORITTA MÄÄRÄSUURUINEN KERTAKORVAUS ?**

### SISÄLLYS

I. LOBOTOMIAN KÄYTTÖ JA SEN ARVIOINTI .....	1
1. Lobotomian indikaatiot .....	2
2. Leikkausmenetelmät ja -tulokset .....	2
3. Persoonallisuuden pysyvät muutokset .....	2
4. Potilaan suostumus .....	3
II. LOBOTOMIAN LAILLISUUS JA KORVATTAVUUS .....	3
III. MÄÄRÄSUURUINEN KERTAKORVAUS .....	3
1. Norjan malli .....	3
2. Kertakorvauksen suorittaminen Suomessa .....	4
3. Kertakorvauksen tarkoituksenmukaisuus .....	5
4. Yhdenvertaisuusperiaate .....	5
IV. LOPPUPÄÄTELMÄ .....	6
Kirjallisuutta .....	6

### **I. LOBOTOMIAN KÄYTTÖ JA SEN ARVIOINTI<sup>1</sup>**

Lobotomialla tarkoitetaan aivoleikkausta, jossa katkaistiin otsalohkon hermoratayhteydet aivojen taaempiin osiin psykiatrisista oireista kärsiviltä potilailta.

Menetelmän kehitti portugalilainen neurologi Egas Moniz 1930-luvulla. Tavoitteena oli lievittää levottomien ja ahdistuneiden psykiatristen potilaiden vaivojan "vapauttamalla hypotalamus otsalohkon kontrollista". Moniz sai menetelmästä v. 1949 lääketieteen Nobel-palkinnon.

Menetelmä otettiin hyvin vastaan erityisesti USA:ssa, Englannissa ja pohjoismaissa. USA:ssa oli vuoteen 1949 mennessä leikattu jo noin 10 000 potilasta. Norjassa leikattiin kaikkiaan noin 2 500 potilasta. Suomessa tehtiin ensimmäinen lobotomia vuonna 1946 ja niitä tehtiin vuosina 1946-1969 noin 1 450-1 550.

Lobotomiaan kohdistettiin jo varhain kritiikkiä. Jo vuonna 1952 paavi Pius XII tuomitsi menetelmän sillä perustella, että se peruuttamattomasti muutti tai rajoitti potilaan persoonallisuutta. Lobotomiasta luopumiseen vaikutti kuitenkin eniten psyykkisten sairauksien lääkehoidon kehittyminen 1950-luvulla. Ensimmäinen lääke, kloropromatsiini, tuli Suomeen 1954.

---

<sup>1</sup>.Esitys perustuu tältä osin pääasiassa seuraaviin lähteisiin: Risto Vataja: Lobotomia, Stakes/Aiheita 21/1997; Risto Pomoell: Lobotomia-leikkaukset Suomessa, muistio 6.10.1997

Lääkärien ja yleisön asenne lobotomiaa kohtaan muuttui tiedon lisääntyttyä kielteiseksi 1960-luvun loppupuolella. Suomessa tehtiin viimeinen lobotomia leikkaus 1969. Ruotsissa jatkettiin tämän jälkeenkin, Hollannissa aina 1980-luvun loppupuolelle ja Englannissa tiettävästi vielä myöhempään.

### **1. Lobotomian indikaatiot**

Lobotomialeikkauksen melko laaja käyttö perustui sen potilasta rauhoittavaan vaikutukseen; osa skitsofreniapotilaista voitiin leikkauksen jälkeen siirtää elämään kodissaan. Skitsofreniasta tulikin ajan myötä tärkein peruste lobotomialeikkaukselle, vaikka jo varhain voitiin todeta, että kroonisesta depressiosta kärsivät potilaat hyötyivät leikkauksesta eniten. Skitsofreenikkojen lisäksi leikattiin vaikeasti masentuneita ja neuroottisia potilaita, samoin kuin levottomia kehitysvammaisia. Erityisesti levottomia potilaita leikattiin herkästi diagnoosista riippumatta.

Lobotomian indikaatiot jäivät siten epäselviksi. Keskeiseksi näyttää muodostuneen pyrkimys potilaan ahdistuksen lievittämiseen ja hänen rauhoittamiseensa.

### **2. Leikkausmenetelmät ja -tulokset**

Lobotomian leikkausmenetelmät enempää kuin tuloksien seurantatutkimukset eivät täytä nykyaikaiselle lääketieteelle asetettavia vaatimuksia. Leikkausmenetelmiä ei arvioitu kunnollisesti, tutkimuksissa ei ollut kontrolliaineistoa, seuranta-ajat olivat lyhyitä ja hoitotuloksen arviointi epämääräistä. Hyvänä tuloksena pidettiin usein potilaan rauhoittumista.

Amerikkalainen neurologi Walter Freeman, joka oli kehittänyt lobotomialeikkausta, julkaisi vuonna 1950 tilastoja, joiden mukaan 95 %:ssa tapauksista potilaista tuli aloitekyvyttömiä, 80 %:sta apaattisia ja jopa 90 %:sta dementtejä. Edelleen todettiin, että alle 50 % potilaista ylipäättään hyötyi leikkauksesta. - Uusissa seurantatutkimuksissa ei kuitenkaan ole voitu osoittaa, että lobotomiapotilaat olisivat dementoituneet verrokkeja enemmän.

Kellokosken sairaalassa lobotomialeikkauksen tulokset arvioitiin 10 %:ssa tapauksista erinomaiseksi, joka kolmannen tai neljännen potilaan arvioitiin jossain määrin hyötynneen leikkauksesta ja 43 %:ssa tapauksista potilaan vointi heikkenä tai hän kuoli. Kuolleisuus Töölön ja Kellokosken sairaaloissa oli 5 - 6 %. Potilaista 3-4 % sai muita vaikeita komplikaatioita ja n. 10 % sairastui epilepsiaan.

### **3. Persoonallisuuden pysyvät muutokset**

Lobotomialeikkauksen nykikäsitteksen mukaan vaikein sivuvaikutus, persoonallisuuden muutos, oli tiedossa jo ensimmäisten teknisesti onnistuneiden leikkauksien jälkeen. Leikkaus oli peruuttamaton ja muutos pysyvä. Kun leikkaus johti potilaan rauhoittumiseen, vaikka harhat ja perussairaus jäivätkin parantamatta, sitä pidettiin erinomaisen tuloksena eikä persoonallisuuden muutoksen tulkittu olevan kielteinen sivuvaikutus. Freeman sanoikin, että " a contended drone is better than a complaining one".

Lobotomialeikkaus ei siten täyttänyt lääketieteen perusetiikan vaatimusta siitä, että hoito ei saa vahingoittaa potilasta enemmän kuin itse sairaus. Tähän ei kuitenkaan kiinnitetty enempää huomiota, koska lobotomia arvioitiin tuon ajan normien perusteella. Suhtautuminen yksilön ja erityisesti potilaan oikeuksiin oli toinen kuin nykyään.

#### **4. Potilaan suostumus**

Kirurgiset toimenpiteet edellyttivät Suomessa 1950-luvulla yleensä potilaan suostumusta. Lobotomiaan ei sen sijaan kysytty potilaan suostumusta; se saatettiin tehdä jopa vastoin potilaan nimenomaista mielipidettä.

Omaisten suostumusta sen sijaan pidettiin tärkeänä. Omaisia informoitiin leikkaukseen liittyvistä komplikaatioista, yleensä ei kuitenkaan persoonallisuuden mahdollisista muutoksista.

## **II. LOBOTOMIAN LAILLISUUS JA KORVATTAVUUS**

Lainsäädännössä on 1940 - 1960-luvuilla ollut vain harvoja mielisairauksien hoitoa koskevia säännöksiä. Vuoden 1937 mielisairaslainsäädännössä ( Mielisairaslaki 18.6.1937, 1.3 §) säädettiin ainoastaan hyvin yleisesti, että "Mielisairaita on hyvin kohdeltava ja huolellisesti hoidettava". Vuoden 1952 mielisairaslain ( 187/52) 37 §:ssä säädettiin jo täsmällisemmin "Mielisairaanhoidolaitokseen otettuun älköön sovellettako muuta pakkoa, kuin mitä sairaalla annettava hoito tahi hänen ympäristönsä turvallisuus välttämättä vaatii".

Näitä säännöksiä on luonnollisesti tulkittava senaikaisen tietopohjan ja arvomaailman sekä tuolloin yleisesti hyväksytyjen psykiatristen hoitoperiaatteiden valossa.

Arvioitaessa Suomessa tehtyjä lobotomia leikkauksia on syytä todeta, että viimeinen tällainen leikkaus tehtiin v.1969 eli yli kymmenen vuotta uusien psykiatrisien lääkkeiden käyttöönoton jälkeen. Kun lobotomia leikkauksia oli kuitenkin jatkettu muun ohella Ruotsissa, Hollannissa ja Englannissa vielä tämän jälkeenkin, voitaneen päätyä siihen, että Suomessa tehdyt lobotomia leikkaukset olivat vielä tuolloin yleisesti hyväksytyjen psykiatristen hoitomenetelmien mukaisia.

Vahingonkorvausvelvollisuuden kannalta kysymyksessä olevia lobotomia leikkauksia on siten pidettävä laillisina ja oman aikansa psykiatristen hoitomenetelmien mukaisina. Ne eivät myöskään ole loukanneet ihmisoikeuksia. Pelkästään sille seikalle, että potilaalle on aikanaan suoritettu lobotomialeikkaus, ei näin ollen voida oikeudellisesti perustaa vahingonkorvausvaatimusta. Lisäksi tällainen vaatimus nyt esitettynä olisi jo aikaa sitten vanhentunut.

Nykyistä potilasvahinkolakia (1987) ei voida soveltaa nyt esillä oleviin tapauksiin. Jos lobotomialeikkauksia arvioitaisiin potilasvahinkolain valossa, lobotomialeikkaukset saattaisivat 1950-luvun loppupuolelta lähtien olla korvattavia. Tehokas lääkehoito oli tuolloin jo käytössä ja lobotomian haitoista oli riittävästi tietoa.

## **III. MÄÄRÄSUURUINEN KERTAKORVAUS**

### **1. Norjan malli**

Norjassa v. 1996 voimaan tulleen lain mukaan kaikille elossa oleville lobotomiapotilaille suoritetaan kertakaikkisena korvauksena valtion varoista 100 000 Nkr. Norja on tietävästi ainoa valtio, jossa tällainen korvaus on otettu käyttöön. Suomessa Mielenterveyden Keskusliitto ry on v. 1997 tehnyt Norjan lain mukaisen esityksen 50 000 markan kertakorvauksen suorittamisesta.

Norjassa suoritettiin vuosina 1941 - 1974 vähintään 2500 lobotomialeikkausta. Potilaita arvioitiin v.

1996 olevan elossa noin 500, joista n. 450 on hakenut korvausta.

Myös lobotomiatilailta oli Norjan lain mukaan jo aikaisemmin mahdollisuus hakea omiin henkilökohtaisiin olosuhteisiinsa perustuvaa kohtuullista korvausta tapauksissa, joissa potilas oli kärsinyt jostakin hoitotoimenpiteestä enemmän kuin ne samaa sairautta potevat potilaat, joille hoitoa ei ollut annettu. Tällainen korvaus on maksettu 88 lobotomiatilaille.

Perusteena kertakorvauksen suorittamiselle Norjassa oli ennen kaikkea leikkauksen aiheuttama persoonallisuuden muutos ja se, että leikkaus useimmiten tehtiin pakkotoimena. Korvauksen saamisen edellytyksenä on ainoastaan selvitys siitä, että hakijalle on suoritettu lobotomialeikkaus. Korvauksella ei siis pyritä korvaamaan mitään taloudellista tai muuta vahinkoa. Korvaus voidaan maksaa vain lobotomiatilaille itselleen eikä oikeus siihen ole periytyvä.

## **2. Kertakorvauksen suorittaminen Suomessa**

Lobotomialeikkaukselle on tunnusomaista, että

1. lobotomialeikkaus suoritettiin useimmiten pakkotoimena ilman potilaan suostumusta;
2. lobotomia on peruuttamaton kirurginen toimenpide;
3. lobotomia johti usein persoonallisuuden muutoksiin tai muihin vakaviin komplikaatioihin;
4. suhteellisen harva leikatuiista hyötyi lobotomiasta;
5. nykytiedon valossa leikkauksen indikaatioasettelu ja hoitomenetelmän arvio olivat puutteellisia
6. lobotomialeikkaus ei enää eettisesti ole hyväksyttävissä

Kertakorvauksen suorittaminen lobotomiatilaille perustuu siihen, että aikaisemmin laillinen ja yleisesti hyväksytty hoitotoimenpide oli lääketieteen kehityksen ja muuttuneiden eettisten näkemysten johdosta muuttunut virheelliseksi, laittomaksi ja etiikan vastaiseksi. Tällaisesta muutoksesta ei ketään henkilöä enempää kuin valtiotakaan voida pitää vastuunalaisena. Kysymys ei siis ole tahallaan tai tuottamuksella aiheutetun vahingon korvaamisesta.

Yleisten vahingonkorvausoikeudellisten periaatteiden mukaisesti korvausta maksetaan vain todellisesta, myös aineettomasta vahingosta, jonka vahingonkärsijä oli kärsinyt. Tässä tapauksessa kysymys ei ole jonkun potilaan henkilökohtaisesti kärsimän todellisen vahingon korvaamisesta, vaan yleisestä, kaikille samassa tilanteessa olleille saman suuruisena suoritettavasta jälkikäteisestä korvauksesta tai, ehkä mieluummin, hyvityksestä.

Korvauksen suorittamista samansuuruisena kertakorvauksena perustuu siihen, että riittävän täsmällisten tietojen saaminen yksilökohtaisen korvauksen määräämistä varten lobotomiatilaille tehdystä leikkauksesta ja siitä mahdollisesti hänelle johtuneista vahingoista ei enää näin pitkän ajan kuluttua ja puutteellisten asiakirjojen perusteella ole mahdollista tai vaatii kohtuuttoman suuria kustannuksia.

Kun nykyisen lainsäädännön perusteella valtiolla ei ole velvollisuutta tällaisen kertakorvauksen suorittamiseen lobotomiatilaille, korvausvelvollisuus voidaan toteuttaa vain erityisen lainsäädännön avulla.

Tietysti voitaisiin harkita muitakin tapoja lobotomiatilaiden auttamiseksi valtion varoilla. Kysymykseen voisivat tulla esimerkiksi erilaiset verohelpotukset, ilmainen lääkärinhoito taikka tehostettu kuntoutus. Tässä yhteydessä nämä muut mahdollisuudet on sivuutettu.

### **3. Kertakorvauksen tarkoituksenmukaisuus**

Kertakorvauksen suorittaminen perustuu arvioon siitä, että lobotomialeikkauksista yleensä aiheutui potilaille etenkin pysyvän persoonallisuuden muutoksen johdosta kohtuutonta vahinkoa verrattuna tavoiteltuun ja saavutettuun hyötyyn.

Kertakorvauksen tarkoituksenmukaisuutta vähentää kuitenkin se, että korvaus suoritettaisiin kaikille elossa oleville lobotomiapotilaille samansuuruisena siitä riippumatta, oliko asianomainen korvauksensaaja kärsinyt leikkauksesta vahinkoa ja minkä laatuista vahingosta oli kysymys.

Myös leikkauksesta kulunut pitkä aika ja potilaiden nykyinen korkea ikä vähentävät merkittävästi korvauksen tarkoituksenmukaisuutta ja hyödyllisyyttä potilaiden kannalta. Lisäksi vain pieni osa, ehkä noin 10-15 % kaikista lobotomiapotilaista voisi saada korvauksen valtaosan jäätyä jo korvausoikeuden ulkopuolelle.

Vuonna 1997 arvioitiin, että leikatuista noin 2500 lobotomiapotilaasta oli elossa vielä n. 300-400. Heidän keski-ikänsä arvioitiin tuolloin olleen noin 75 vuotta. Korkean iän ja vaikean perussairauden vuoksi suuri osa heistä lienee ollut tuolloin laitoshoidossa. Potilaiden määrä on tämän jälkeen luonnollisesti vähentynyt, ja väheneminen kiihtyy iän myötä.

### **4. Yhdenvertaisuusperiaate**

Jos kertakorvaus lobotomiapotilaille hyväksytään, kansalaisten yhdenvertaisuus edellyttää, että lobotomiapotilaisiin verrattavassa asemassa oleville muille potilasryhmille tulisi suorittaa samankaltainen korvaus. Hyvän esimerkin tarjoavat mielestäni pakkosteriloidut ja etenkin pakkokastroidut potilaat.

Suomessa voitiin vuosina 1935 - 1970 pakkosteriloida mm. vähämielinen, mielisairas ja kaatumatautinen, jos oli syytä varoa, että tällainen vajakelpoisuus periytyisi hänen jälkeläisilleen (eugeeninen edellytys) tai jos on todennäköistä, että hänen lapsensa jäisivät huoltoon ja kasvatusta vaille (sosiaalinen edellytys).

Pakkokastroimisen suorittaminen edellytti vuoden 1935 sterilisointilain mukaan, että henkilö oli tuomittu rikoksesta, joka osoitti hänelle olevan voimakkuudeltaan tai suuntautumiseltaan luonnoton sukuvietti, ja on perusteltua syytä varoa, että hän se vuoksi on vaarallinen toiselle henkilölle (kriminaalipoliittinen edellytys). Vuoden 1950 kastroimislaissa edellytyksiä laajennettiin kahdella potilasryhmällä: laitoksessa olevat mielisairaajat, jotka luonnottoman sukuviettinsä vuoksi ovat vaarallisia, sekä alle 12-vuotiaaseen lapseen sekaantuneet, jotka oli aina kastroitava. Vuoden 1970 kastroimislaista mahdollisuus pakkokastraatioon poistettiin.

Pakkosterilointi ja -kastraatio eroavat lobotomiasta siinä, että ne ovat lakisääteisiä toimenpiteitä. Ne merkitsevät niin syvälle käyvää puuttumista henkilön itsemääräämisoikeuteen, että niiden katsottiin edellyttävän lainsäädännöstä, etenkin kun toimenpiteiden tavoitteet olivat myös muita kuin sairauden hoitoon liittyviä. Kun otetaan huomioon, että lobotomian tosiasiallisena tavoitteena näyttää usein olleen levottoman potilaan rauhoittaminen eikä niinkään sairauden parantaminen, ei ero esimerkiksi kastraatioon potilaan vaarallisuuden tähden muodostu sittenkään kovin suureksi.

Lobotomian korvattavuutta on perusteltu sillä, että leikkauksesta aiheutuu potilaalle pysyvä persoonallisuuden muutos. Myös pakkosterilointi ja pakkokastraatio aiheuttavat vastaavanlaisen seurauksen, suvunjatkamiskyvyn estymisen, ja siitä seuraavan persoonallisuuden muutoksen.

Pakkosterilointi ja -kastaatio näyttävät myös muissa nyt relevanteissa suhteissa olevan yhdenvertaisuusperiaatteen kannalta verrattavissa lobotomiaan.

Vastaavia potilasryhmiä voi olla muitakin. Esimerkiksi mielisairaiden hoidossa on voitu käyttää muitakin pysyviä vaurioita aiheuttaneita pakkohoitoja, joita ei enää voitaisi pitää eettisesti hyväksyttävänä.

Mitään muodollista estettä kertakorvauslain säätämiseksi ei käsittäkseni ole. Laki voi kuitenkin muodostua ennakkoratkaisuksi muissa lobotomiaan verrattavissa tapauksissa.

## **IV. LOPPUPÄÄTELMÄ**

Lobotomiapotilaille suoritettavaa kertakorvausta koskevan lainsäädännön tarkoituksenmukaisuutta ja siihen liittyviä oikeudellisia ongelmia koskevien näkökohtien perusteella olen päätenyt siihen, ettei ETENE:n tulisi puoltaa esitystä tällaisen lain säätämisestä.

## **Kirjallisuutta**

Aalberg,A ja Achté,K.A: Lobotomian indikaatiot ja tulokset. Duodecim 1969, 883-889.

Lahti, Raimo: Vuoden 1970 abortti-, sterilisaatio- ja kastaatiolainsäädäntö. Festkrift utgiven i anledning av juristklubben Codex´ 30-års jubileum. Helsingfors 1970.

" Uusituista raskauden keskeyttämisestä, steriloinnista ja kastroinnista koskevista säännöksistä. Suomen lääkärilehti 1970, 1462-1468

" Vuoden 1970 abortti-, steriloinnista ja kastroinnista, niiden soveltaminen sekä abortti- ja steriloinnislakien muutokset vuosina 1978 ja 1985. Suomen lääkärilehti 1985, 1809-1814.

Norges offentlige utredninger NOU 1992:25: Utredningen om lobotomi. Oslo 1992

" Statens helsetilsyn: Lobotomi erstating. Sluttrapport. 1997

Pomoell, Risto: Lobotomia leikkaukset Suomessa. Muistio 6.10.1997, Sosiaali- ja terveysministeriö, sosiaali- ja terveystalveluosasto.

Vataja, Risto: Lobotomia: Stakes/ Aiheita 21/1997