

Psykiatrinen lainsäädäntö päivystäjälle

Psykiatrinen tutkimus päivystystilanteessa sisältää usein kannanoton potilaan oikeuteen säilyttää vapautensa ja koskemattomuutensa. Ihmisoikeuksien nimissä on pidetty tärkeänä säädellä tarkkaan niitä perusteita ja menettelytapoja, joilla ihmisen perustuslaillisia oikeuksia rajoitetaan. Tämä edellyttää väistämättä tiettyjen muodollisten menettelytapojen noudattamista. Ensisijaisesti tulee pyrkiä potilaskeskeiseen ajatteluun, potilaan kohtaamiseen ihmisenä sekä hänen verkostonsa ja hoitonsa kokonaisuuden hahmottamiseen. Avohoidon palveluiden pitäisi olla niin hyvät, että niitä voitaisiin käyttää yhä useammin tahdosta riippumattoman hoidon sijaan. Päivystäjän tulee tuntea avohoidon paikalliset mahdollisuudet.

Lääkäri joutuu joskus tilanteeseen, jossa kaksi potilaan perusoikeutta on keskenään ristiriidassa. Itsemääräämisoikeus (Suomen perustuslaki 7. § 1 mom.) on kirjattu Suomen perustuslakiin ”perusoikeudeksi”. Se on turvattu samalla tavalla kuin oikeus välttämättömään huolenpitoon (Suomen perustuslaki 19. §), joka voidaan eduskunnan perustuslakivaliokunnan mukaan tarvittaessa turvata myös potilaan itsemääräämisoikeutta rajoittamalla, kun kyse on vakavasta mielenterveyden häiriöstä. Lääkärin ratkaisu perustuu tiedon ja kokemuksen lisäksi kykyyn ennustaa potilaan sairauden kehitystä. Samalla hänen on noudatettava päätöksenteossaan hyvää lääkärin etiikkaa sekä hallintolakia. On tärkeää, että lääkäri tiedostaa omat arvonsa ja asenteensa, jotta ne eivät johda ammatilliseen sokeuteen, kun hän kohtaa mielenterveyspotilaan.

Suomalainen lainsäädäntö keskittyy pitkälti potilaan oikeuksia rajoittavien menettelytapojen kuvaamiseen. Näissä toimintamalleissa pitäytyminen takaa kansalaisen perusoikeudet ja toisaalta terveydenhuollon henkilöstön oikeusturvan.

Tarkkailulähete

TAULUKOSSA 1 kuvataan mielenterveyslain 8. §:n määrittelemät edellytykset tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon määräämiselle (Hallituksen esitys mielenterveyslaiksi, HE n:o 201/1989, lain 8. §:n täydennys 23.10.1992/954 alaikäisen osalta).

Tarkkailulähetteen kirjoittamista harkittaessa potilaan edun tulee olla koko ajan määräävässä asemassa. Päivystystilanteessakin hoidon on oltava potilaslähtöistä, ei pelkästään ongelmakeskeistä. Samalla otetaan huomioon potilaan perhe ja läheiset sekä heidän eriävätkin mielipiteensä hoidon tarpeesta ja toteuttamistavasta (laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 6. §). Tässä ensikontaktissa onnistuminen niin potilaan kuin tämän läheisten kanssa on usein ratkaisevan tärkeää tulevan hoitosuhteen onnistumisen kannalta. Perhe- ja verkostokeskeinen ote kuuluukin psykiatrisen ensiavun ja päivystyksen etulinjaan. Tässä päivystäjää voivat auttaa psykiatriset sairaanhoitajat.

Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrääminen on kolmiportainen prosessi, joka alkaa tarkkailulähetteen laatisesta (**KUVA 1**). Päätöksen tekijöitä ovat psykiatrisen sairaalan päivystävä lääkäri (tarkkailulähetearvio), osaston hoitava lääkäri (M2-lausunto) ja M3-päätöksen tekevä lääkäri. Kun potilasta ollaan otamassa tarkkailuun osastolle, psykiatrisen sairaalan lääkäriltä edellytetään tarkempaa syihin

TAULUKKO 1. Tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon määräämisen edellytykset mielenterveyslain 8. §:n mukaan (Hallituksen esitys mielenterveyslaiksi, HE n:o 201/1989, lain 8. §:n täydennys 23.10.1992/954 alaikäisen osalta).

Mielisairaus

- Mielisairaus tarkoittaa käytännössä tilaa, johon liittyvä selvä todellisuudentajun häiriintyminen ja jota voidaan pitää psykoosina
- Määrittelyssä noudatetaan kulloinkin ”vallitsevaa lääketieteellistä käsitystä”
- Sovelletaan kaiken ikäisiin (Tuori ja Kotkas 2008)

Alle 18-vuotiaan vakava mielenterveydenhäiriö

- Alle 18-vuotias voidaan lisäksi määrätä hoitoon, kun muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäviksi ja kun hänellä on vakava mielenterveydenhäiriö, joka on lievempi häiriö kuin psykoosi mutta joka vaikuttaa samalla tavalla alaikäisen iänmukaiseen kykyyn huolehtia itsestään, omasta ja muiden turvallisuudesta ja terveydestä ja joka voi vaarantaa hänen kehityksensä

Henkilö on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen

a) pahentaisi olennaisesti hänen mielisairauttaan tai sairauttaan (alle 18-vuotias)

- On odotettavissa, että hoidolla voidaan lievittää merkittävästi sairauden oireita tai parantaa sairautta
- Psykoosin uusiutumisen osalta ehto täyttyy, jos voidaan todeta, että sairaus on esim. lääkkeiden pois jättämisen myötä etenemässä kuten aikaisemmat sairaalahoitoa vaatineet sairauden vaiheet

TAI

b) vaarantaisi vakavasti hänen terveytensä tai turvallisuutensa

- Potilas ei esim. sairautentunnottomuuden takia kykene hakemaan apua mielisairauteen, jota hoidolla voitaisiin lievittää tai joka kyettäisiin parantamaan
- Potilas ei kykene huolehtimaan perustarpeistaan
- Potilas on itsemurhavaarassa

TAI

c) vaarantaisi vakavasti muiden henkilöiden terveyden tai turvallisuuden

- Potilas on käyttäytynyt uhkaavasti tai aggressiivisesti ympäristöönsä kohtaan
- Potilaan käytös saattaa vakavasti vaarantaa toisten ihmisten mielenterveyttä
- Potilaan käytös saattaa vaarantaa samassa taloudessa asuvien lasten kehityksen

Muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäviksi

- Päätös tästä perustuu lääketieteellisen-hoidolliseen arvioon, jossa otetaan huomioon sairauden laatu, sen hoidosta saatut kokemukset ja tarjolla olevat realistiset hoitovaihtoehdot

Muut mielenterveyspalvelut ovat riittämättömiä

- Tämä kohta ei sisällä lääketieteellistä arviota
- Tarkoitus on korostaa sitä erityistä merkitystä, mikä muiden mielenterveyspalvelujen saatavuuden parantamisella on yksilön oikeusturvan kehittämisen kannalta
- Rasti tässä ruudussa merkitsee käytännössä kannanottoa, jonka mukaan kunta on tavalla tai toisella laiminlyönyt velvollisuutensa kehittää mielenterveyspalveluja (sosiaali- ja terveyspoliittinen kannanotto)

perehtyneisyyttä kuin lähettävältä lääkäriltä. Kaikki päätöksentekovaiheet tulee perustella huolellisesti. Pelkkä ylimalkainen maininta psykoosista ei riitä, vaan tekstissä täytyy kuvata ne havainnot, oireet ja muut tiedot, joiden perusteella lääkäri päätyy pitämään psykoosia todennäköisenä diagnoosina ja sairaalahoitoa tarpeellisenä. Tätä tarkoittaa mielenterveyslain (www.finlex.fi) vaatimus perustellusta kannanotosta. Olennaista on kuvata, miten psykoosien perusilmiö eli todellisuudentajun (realiteetintestauksen) puute on havaittu ja miten se on vaikuttanut potilaan kykyyn huolehtia itsestään ja terveydestään.

Kun harkitaan potilaan lähettämistä psykiatriseen sairaalahoitoon, ydinkysymyksenä on ensin potilaan ongelman arvioiminen eli diagnostiikka ja sen jälkeen asianmukaisen hoidollisen lähestymistavan etsiminen (TAULUKKO 2).

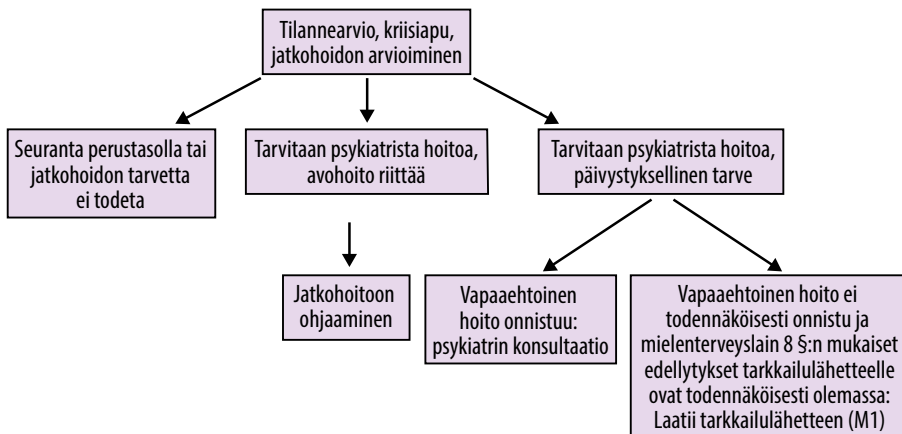
Kompetenssi – kyky tehdä itseä koskevia päätöksiä

Tahdosta riippumattomassa hoidossa olennaista on arvioida potilaan kompetenssi eli hänen kykynsä tehdä itseään koskevia päätöksiä ja kantaa vastuu niiden seurauksista. Kun potilas ei mielisairaudesta aiheutuvien oireiden takia ole kompetentti, vastuu päätöksistä ja potilaan edun mukaisen hoidon turvaamisesta on enemmän lääkärillä. Jos potilas kykenee edelleen tekemään itseään koskevia päätöksiä, tulee lääkärin ottaa potilaan käytössä olevan asiantuntijan rooli. Itsenäiseen päätöksentekoon kykeneväksi todettu potilas on oikeutettu tekemään lääkärin suosituksista poikkeavia, itselleen ehkä huonojakin ratkaisuja. Hän ei kuitenkaan voi riskien toteututtua syyttää lääkärinä itse tekemästään virheestä.

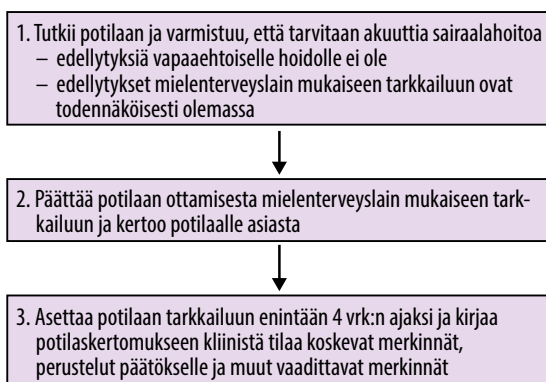
Jotta potilas saisi saman kohtelun eri puolilla Suomea, tulisi käytettävissä olla yhdenmukainen tapa arvioida potilaan kompetenssia. Suomessa tällaisesta menettelytavasta ei ole toistaiseksi sovittu. Esimerkkinä voisi olla Englannissa sovellettu tapa kompetenssin arvioimiseksi (Mental Capacity Act 2005) (KUVA 2).

Vaikka potilas on akuutisti mielisairas ja kyvytön päätöksentekoon, eivät tarkkailulähet-

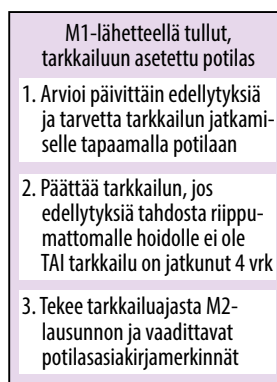
Päivystävä lääkäri terveyskeskuksessa



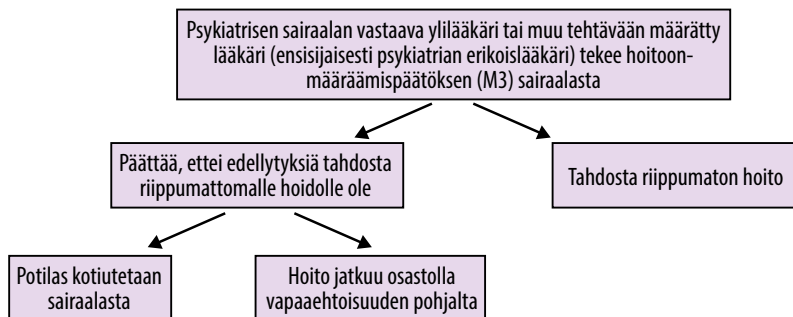
Psykiatrisen yksikön päivystävä lääkäri



Psykiatrisen osaston lääkäri



Tarkkailuajan päättyessä osastolla



KUVA 1. Tahdosta riippumattoman hoidon päätöksenteko.

teen kirjoittamisen edellytykset välttämättä täyty, jos avohoitokin tulee kyseeseen. Näin on esimerkiksi silloin, jos hoitohistorian perusteella sairauden tiedetään reagoivan lääkitykseen hyvin ja jos potilaan läheiset pystyvät

ottamaan vastuun potilaan turvallisuudesta ja lääkehoidon aloittamisesta yhdessä avohoidon kanssa. Edellytyksenä kuitenkin on, ettei lääkärin tarvitse pelätä potilaan olevan vaaraksi itselleen tai muille.

TAULUKKO 2. Vaiheet harkittaessa potilaan lähettämistä tahdosta riippumattomaan sairaalahoitoon.

Onko kyseessä psykiatrinen sairaus, vai selittykö oire joltakin muulta pohjalta (somaattinen syy, kehitysvamma, kulttuurinen tausta)?

Onko käsillä tarpeeksi tietoa asian arvioimiseksi?
– Jos ei, onko lisätietojen hankkiminen mahdollista (omaisilta, läheisiltä, saattajilta)?

Mikä on psykiatrisen sairauden hoidon kiireellisyys?

Voidaanko psykiatrinen hoito järjestää avohoidossa?

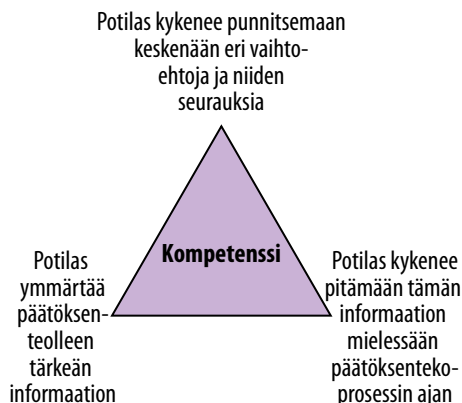
– Jos ei, voidaanko psykiatrinen sairaalahoito järjestää vapaaehtoisesti huomioiden potilaan oma mielipide, potilaan oireiden luonne sekä hoitohistoria?

– Jos ei, täytyvätkö tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset?

Lähetteen muotovaatimukset

M1-lähete on juridinen asiakirja, joka on täytettävä huolellisesti. Tarkkailulähettestä puuttuvat merkinnät, liian niukasti kuitatut perustelut kriteereiden täyttymisestä ja riittämättömät esitiedot ovat tarkkailulähetteen yleisimpiä puutteita. Alkuperäisen laatijan on korjattava ja täydennettävä tällainen lähete. Virheet johtavat valitustapauksissa siihen, että hallinto-oikeus voi todeta potilaan hoidon laittomaksi. On odotettavissa, että hallinto-oikeuksien kanta tahdosta riippumattoman hoidon päätösketjun muodollisiin puutteisiin tulee Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen tuoreiden päätösten jälkeen tiukentumaan. Korkein hallinto-oikeus (KHO) on eräässä tapauksessa painottanut, että mielenterveyslain mukaan vaiheittaisessa päätöksenteossa vaiheesta toiseen siirryttäessä edellisen vaiheen tulee olla suoritettu myös muodollisesti oikein (KHO:2012:63, www.kho.fi/paatokset/59175.htm). Laiminlyönnit saattavat johtaa jälkeensä laittomiksi todetuissa vapaudenriistotapauksissa korvausvastuisiin. Perehdyttämistä vastaavien esimiesten tulisi ennen lääkärin päivystystyöhön sijoittamista varmistua siitä, että tämä hallitsee tarkkailulähetteen tekemisen edellyttämät toimenpiteet ja siihen liittyvät kliiniset taidot. Virheelliset tarkkailulähteet taas tulisi rinnastaa potilasturvallisuuden vaarantamiseen ja ilmoittaa poikkeaa-

Potilas on kykenevä tekemään itseään koskevia päätöksiä, jos hän kykenee samanaikaisesti seuraaviin kolmeen tehtävään. Jos henkilö ei kykene johonkin näistä kolmesta vaatimuksesta, hän ei ole kykenevä tekemään päätöksiä asiassaan.



KUVA 2. Potilaan kompetenssin arviointi (Mental Capacity Act 2005/UK).

mina eteenpäin puutteiden akuutin korjaamisen jälkeenkin.

Psykoosin tunnistaminen on joskus ongelmallista. Ennen tarkkailulähetteen laatimista tulee tehdä huolellinen kliininen tutkimus. Eriytyinen tarkkuus on tarpeen, kun mielisairaus ei ole aivan ilmeinen. Joskus tutkiminen vie aikaa, ja usein se vaatii läheisten tai saattajien haastattelua. Saattajilta saa tällöin salassapidon estämättä kysyä asioita, mutta ilman potilaan lupaa ei saa kysyessään paljastaa mitään potilaan luottamuksellisesti kertomaa tai siitä ammatillisesti päätettyä. Usein potilas voi esimerkiksi läheisten tukemana odottaa tarkempaa virka-aikana suoritettavaa arviota, jolloin tutkimuksen luotettavuus paranee. Tarvittaessa päivystävällä lääkärillä tulee olla apunaan vaikkapa psykiatrinen sairaanhoitaja, jotta rauhallinen tutkimus on mahdollinen.

Tarkkailuun ottaminen

Tarkkailuun ottaminen on psykiatrisen yksikön lääkärin tekemä, hänen suorittamaansa potilaan tutkimukseen perustuva itsenäinen päätös. Potilaan oikeusturvan kannalta on

tärkeää pitää tarkkailulähetteen laatiminen ja tarkkailuun ottaminen erillisinä, riippumattomina arvioina. Tällaiseen arvioon on psykiatrisessa sairaalassa usein terveystieteiden paremmat lähtökohdat asianmukaisen kliinisen osaamisen ansiosta ja joskus myös siksi, että potilas saattaa olla entuudestaan tuttu. Psykiatrisessa sairaalassa on myös hyvä käsitys potilaan hoidosta vastaavan avohoidon toimintatavoista sekä potilaan verkostojen kyvyttä selviytyä potilaan tukemisesta avohoidossa.

Aina potilasta ei otetakaan sisälle sairaalaan. Tämä ei ole epäluottamuslause lähettävää lääkärinä kohtaan, eikä se tarkoita sitä, että lähettävä lääkäri olisi arvioinut mielenterveyslaissa määritellyt tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset väärin. Päinvastoin, kyseessä saattaa olla osoitus siitä, että mielenterveyslain porrasteinen päätöksentekoprosessi toimii, kuten on tarkoitettu.

Vapaaehtoisessa hoidossa olevan ottaminen tarkkailuun

Mielenterveyslain 13. §:n mukaan psykiatriseen sairaalaan omasta tahdostaan sisään otettu potilas on mahdollista ottaa tarkkailuun, jos hän haluaa poistua sairaalasta ja jos hoitava lääkäri katsoo tahdosta riippumattoman hoidon edellytysten olevan olemassa (ns. kaappauspykälä). Potilas voidaan ottaa tarkkailuun myös silloin, jos hän psykiatrisella osastolla kieltäytyy välttämättömästä hoidosta (Tuori ja Kotkas 2008). Hoitavan lääkärin täytyy kuitenkin silloin olla käytännössä varma tahdosta riippumattoman hoidon edellytysten täytymisestä, pelkkä todennäköisyys ei riitä.

Sairaalaan omasta tahdostaan lähetettyä potilasta ei voida ”kaapata” tulovaiheen tutkimustilanteesta, jos hän ilmaisee poistumishalunsa häntä haastateltaessa ennen vapaaehtoisen osastohoidon aloittamista. Näin ei saa tehdä silloinkaan, kun tämä vielä siinä vaiheessa polikliinislouenteinen haastattelu suoritetaan osaston tiloissa. Mikäli potilas kuitenkin on lääketieteellisen arvion perusteella vastustamansa kiireellisen psykiatrisen sairaalahoidon tarpeessa, hänet on tällaisessa tilanteessa toimitettava päivystyspoliklinikkaan tarkkailu-

lähetteen kirjoittamisen arviota varten. Tämä voidaan turvata tarvittaessa poliisin virkaavulla.

Vapaaehtoisessa hoidossa olevaa lomalta psykiatriseen sairaalaan palaamatta jäänyttä potilasta ei voida ottaa poissaolevana tarkkailuun. Häntä hoitavilla psykiatrisen yksikön lääkäreillä on kuitenkin velvollisuus ryhtyä toimenpiteisiin potilaan palauttamiseksi hoitoon, jos tarve siihen on ilmeinen. Potilasta ei myöskään voi ottaa poissaolevana tarkkailuun silloin kun hänet on siirretty tilapäisesti somaattiseen yksikköön hoitoa varten. Näissä tilanteissa oikea menettelytapa on uuden M1-lähetteen kirjoittaminen.

Konsultaatiopsykiatrian erityiskysymyksiä

Konsultaation erityispiirteenä on aina se, ettei konsultoiva lääkäri ole hoitava lääkäri eikä hän sellaiseksi muutu konsultaation yhteydessäkään. Konsultoivan psykiatrin hoito-ohjeet somaattisella osastolla ovat suosituksia, eivät esimerkiksi lääkehoitoon liittyviä määräyksiä. Niitä ei myöskään tulisi kirjata tietojärjestelmiin määräyksinä. Sama koskee ensiapupoliklinikassa tapahtuvaa konsultaatiota ja esimerkiksi suositusta potilaan kotiuttamisesta. Somaattisen osastopotilaan lääkitystä koskevat päätökset tai ratkaisut päivystysyksikön potilaan kotiuttamisesta tekee aina hoitava lääkäri. Hän myös kirjaa päätöksensä järjestelmään, ei konsultoiva psykiatri. Hoitavalla lääkärillä on muodostamansa kokonaiskuvan perusteella myös mahdollisuus olla noudattamatta konsultoivan lääkärin ehdotuksia.

Suomessa ei ole säädöksiä potilaan rajoittamisesta somaattisessa hoidossa. Tämän seurauksena eduskunnan oikeusasiamies on erään kanteluratkaisun yhteydessä antanut sosiaali- ja terveysministeriölle kehotuksen valmistella laki kyseisen puutteen korjaamiseksi (Eduskunnan oikeusasiamies 2009). Sitä valmistellaan parhaillaan työnimellä ”itsemääräämisoikeuslaki”. Päivystävä psykiatri saattaa joutua kohtaamaan tämän ongelman konsultoidessaan päivystyksessä ja yleissairaalan osastoilla. Säädösten puuttuessa on toistaiseksi toimitta-

TAULUKKO 3. Potilaan rajoittamista säätelevät eettiset normit.

Rajoituksesta päättää aina lääkäri hoidollisin perustein

Pakkoa ja rajoitteita saa käyttää vain silloin, kun se on ehdottoman välttämätöntä, ja silloinkin on noudatettava pienimmän pakon tai rajoitteen periaatetta

Rajoittaminen on lopetettava heti kun se ei enää ole tarpeen

Rajoittaminen on toteutettava potilasturvallisuutta noudattaen, ja potilaan seurannan on oltava riittävä; samalla on turvattava potilaan yksityisyys ja tarpeellisen hoidon ja välttämättömän rajoittamisen ylittävä koskemattomuus

Rajoittamisen perusteet, toteuttamistapa, kesto ja vaikutus on kirjattava potilaskertomukseen

va yleisten rajoittamista säätelevien eettisten normien mukaan (TAULUKKO 3).

Kehitysvammaista potilasta koskevat erityiskysymykset

Kehitysvammaisten palvelujärjestelmän muutokset ovat johtaneet tilanteisiin, joissa aikuisia kehitysvammaisia on hankalien käytösongelmien yhteydessä pyritty lähettämään päivystyspotilaina psykiatriin sairaaloihin. Psykiatrian palvelujärjestelmässä ei useinkaan ole osaamista eikä erityisvalmiuksia kehitysvammaisten kohtaamiseen. Joutuminen akuuttipsykiatriselle osastolle saattaa olla kehitysvammaiselle sokki. Seurauksena voi olla potilasturvallisuuteen liittyviä vaikeuksia ja käytösongelmien pahenemista siihen liittyvine eristämisineen ja sitomisineen. Kehitysvammaisten hoitamiseen akuuttipsykiatrisella osastolla onkin suhtauduttava erityisen kriittisesti. Mikäli tilanne kehitysvammahuollossa jatkuu nykyisellään, tulisi erityisvastuualueittain ratkaista asiallinen tapa näiden potilaiden mielenterveyspalvelujen takaamiseksi.

Vanhuspotilasta koskevat erityiskysymykset

Vanhuksen tuoreet psykoosioireet liittyvät usein aivo-orgaanisiin tekijöihin. Heidän osaltaan onkin tärkeää, että somaattiset sairaudet

kartoitetaan riittävän laajasti ennen kuin suunnitellaan potilaan lähettämistä tarkkailulähetteellä psykiatriseen osastohoitoon. Avutonta vanhusta ei tule koskaan lähettää sosiaalisista syistä muun hoivapaikan puutteessa mielisairaalaan, sillä se voidaan tulkita vanhuksen ihmisarvon vastaiseksi kohteluksi.

Luonnos mielenterveyslain muuttamisesta: päätöksenteon valtuudet

Mielenterveyslakiin ollaan tekemässä väliaikaisia muutoksia, joiden on tarkoitus tulla voimaan 1.9.2013. Tätä koskeva esitysluonnos on ollut vastikään lausunnolla, jonka perusteella esitys voi vielä muuttua. Se vaikuttaa kaikissa käsittelyvaiheissa lääkärin virkasuhteelle asetettaviin vaatimuksiin. Tarkkailulähetteen laativan lääkärin palvelussuhteen lajilla ei enää olisi merkitystä. Poliisin virka-avun pyytäminen rajattaisiin ainoastaan virkasuhteisen laillistetun lääkärin oikeudeksi. Jos muu kuin virkasuhteinen lääkäri pitää henkilön tahdosta riippumattoman hoidon edellytysten selvittämistä terveyskeskuksessa välttämättömänä tai katsoo henkilön toimittamisen sairaalaan M1-lähetteellä tarpeelliseksi, voi hän salassapidon estämättä ilmoittaa asiasta terveyskeskukselle potilaan noutamista tai virka-apupyynnön tekemistä varten.

Uutta on myös se, että tarkkailulähetettä laativan lääkärin on tarvittaessa selvitettävä potilaan kotikunnan avohoidon palvelujen sopevuus ja riittävyys. Tämä selvitys ja sen lopputulos on myös kirjattava riittävässä laajuudessa tarkkailulähetteeseen. Tilanteesta tehdään siis perusteltu analyysi, joka on enemmän kuin asioiden pelkkä lyhytsanainen toteaminen.

Virkasuhteessa valtioon, kuntaan tai kuntayhtymään tulee olla myös lääkäri, joka psykiatrisessa sairaalahoidossa ottaa potilaan tarkkailuun, antaa tarkkailulausunnon ja päättää hoitoon määräämisestä, hoidon jatkamisesta ja mielenterveyslain luvussa 4a tarkoittamista rajoitustoimenpiteistä. Niin ikään tällaista virkasuhdetta edellytetään lääkäriltä, joka pyytää poliisin virka-apua luvatta poistuneen potilaan palauttamiseksi sairaalaan.

Menettelytapaohje mielenterveyslain soveltamiseksi

Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen (EIT) tuoreet päätökset (34806/04) psykiatrisen sairaalapotilaan asemasta ovat herättäneet paljon keskustelua. Ne ovat johtaneet sosiaali- ja terveysministeriön nopealla aikataululla laatimiin 18.12.2012 valmistuneisiin menettelytapaohjeisiin mielenterveyslain soveltamiseksi (STM 2012). Ohjeita on noudatettava 18.12.2012 alkaen. EIT:n päätöksellä halutaan parantaa potilaan asemaa tahdosta riippumattoman hoidon pitkittyessä. Sairaalahoidon aloittavaa päätöksentekoa muutokset eivät koske, eivätkä ne näin vaikuta päivystystilanteeseen. Muutoksen myötä potilas voi hankkia sairaalasta riippumattoman lääkärin vapaamuotoisen lääkärinlausunnon tahdosta riippumattoman hoidon tarpeellisuudesta, jos hoitoa määräaikojen jälkeen jatketaan.

EIT:n päätös on osin yhdensuuntainen Euroopan neuvoston kidutuksenvastaisen komitean Suomen vuoden 2007 tarkastukseen liittyvien kannanottojen kanssa (www.om.fi/Oikeapalsta/Haku/1231479490094). Luultavasti lakien noudattamisen tekninen valvonta tiukentuu. Tämä näkyy hallinto-oikeuksien linjan tarkentumisena. Niille ratkaistaviksi tulevien asioiden valmisteluasiakirjat tulee laatia psykiatrisissa sairaaloissa huolellisesti. Potilaskertomukset on laadittava ja tarkkailulausuntojen päätökset kirjattava riittävän tarkasti ja mielenterveyslain 8. §:n vaatimusten osalta tarpeeksi yksityiskohtaisesti.

Lopuksi

Psykiatrisen hoitoon ja mielenterveyspalveluiden käyttöön liittyy sosiokulttuurainen stigma, ja negatiiviset stereotyyppiset ajatukset ovat yleisiä myös terveydenhuoltohenkilöstön piirissä (Roberts ja Bandstra 2012). Psykkiseen sairastamiseen liittyvän leiman on arvioitu vaikeuttavan palvelujen saamista. Sen myös uskotaan olevan psykiatrisen potilaan merkittävin potilasturvallisuusongelmien aiheuttaja (CPSI 2009). Kuitenkin WHO:n mukaan psykiatriset sairaudet ovat tärkein toi-

YDINASIA

- ▶ Harkittaessa tahdosta riippumatonta hoitoa on muistettava potilaskeskeinen lähtökohta.
- ▶ Tarkkailulähetteen tekemistä koskevaa lainsäädäntöä uudistetaan potilaan aseman parantamiseksi.
- ▶ Päivystystilanteessakaan pelkkä arvio sairaalahoidon tarpeesta ei riitä, vaan kriisissä olevan potilaan tulee saada ensiapu tilanteeseensa. Myös jatkohoitoon ohjaamisesta täytyy huolehtia.
- ▶ Lainsäätäjä vaatii, että psykiatrisen avohoito tarjoaa edellytykset akuutissa kriisissä olevien potilaiden hoitamiseen nykyistä joustavammin ja nopeammin.

mintakyvyttömyyttä aiheuttava sairausryhmä ja masennus korkean elintason maissa tärkein yksittäinen tällainen sairaus. Epäammatilliset ennakkoluulot eivät saa vaikuttaa psykiatrisen potilaan kohtaamiseen ja hoidon suunnitteluun kiireisissä päivystystilanteissakaan. Tämä koskee niin psykiatrisia kuin somaattisiakin hoitopäätöksiä.

Psykiatrisen potilaan haettaminen päivystykseen mahdollisen sairaalahoidon tarpeen selvittämiseksi on rinnastettavissa poliisin suorittamaan kiinniottoon. Lähettäminen M1:llä psykiatriseen sairaalaan voidaan taas rinnastaa poliisin suorittamaan pidätykseen ja määrääminen hoitoon M2- tai M3-menettelyllä oikeuden päättämään vangitsemiseen. Psykiatrisen potilaan osalta nämä vapauden rajoittamiset tapahtuvat lääkärin tekemien päätösten perusteella. Tämä menettelyjen rinnastus on johtanut myös siihen, että psykiatrisia sairaaloita tarkastaa nimenomaan Euroopan neuvoston kidutuksenvastainen komitea, sama elin, joka tarkastelee poliisin toimintaa ja vankiloita. Lääkärin tulee aina suhtautua vapauden rajoittamiseen ammatillisesti ja asiaan kuuluvalla vakavuudella.

Valmisteltavat linjaukset psykiatristen palveluiden vaatimustasosta haastavat palve-

luiden järjestäjät, esimiehet ja päivystäjien perehdyttäjät. Yleisen käsityksen mukaan tahdonvastaista hoitoa käytetään Suomessa kansainvälisesti verraten paljon (Wahlbeck ja Tuori 2009). Toisaalta on esitetty, että tilanne eristämisen ja sitomisen yleisyyden tai niiden keston suhteen ei poikkeaisi Suomessa olennaisesti kansainvälisestä keskiarvosta (Keski-Valkama 2010). Muutospaine kohdistuu julkisuudessa psykiatrisiin sairaaloihin, vaikka näkisimme vielä tärkeämpänä psykiatrisen avohoidon puutteet. Suomessa ei ole yleisesti tarjolla psykiatrian avohoidon palveluja virkaajan ulkopuolella ja palvelujen liikkuvuus on liian vähäistä (Wahlbeck ja Tuori 2009). Vaikka mielenterveyslain 4. §:ssä todetaankin, että mielenterveyspalvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina, Suomi on niitä harvoja

EU-maita, joissa ei ole järjestetty psykiatristen kriisien hoitoa ympäri vuorokauden jokaisena viikonpäivänä (WHO 2008). Hyvin toimiva psykiatrisen avohoito on päivystystilanteissaakin liikkuvaa ja verkostotyöhön orientoitunutta. Se kykenee järjestämään potilaalle tarvittaessa lyhytaikaista tukea myös kotiin sairaalahoidon vaihtoehtona. ■

JUHANI OJANEN, ylilääkäri, psykiatrian avohoidon tulosjohtaja

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijä

OUTI MANTERE, psykiatrian dosentti, osastonylilääkäri, klinikkajohtaja, erikoistutkija
HYKS, psykiatrian klinikka
ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

SIDONNAISUUDET

Juhani Ojanen: Työsuhde (Hämeenlinnan hallinto-oikeus, sivutoimi)

Outi Mantere: Ei sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

- Council of Europe, CPT. Kidutuksen vastainen komitea, 46. istunto 9.5.–3.6.2011. Komitean loppupäätelmät Suomen osalta, kohta 11.
- CPSI. Canadian Patient Safety Institute. Patient safety in mental health 2009. www.patientsafetyinstitute.ca
- Eduskunnan oikeusasiamies. 14.4.2009, Dnro 1073/2/07. Esitys somaattisissa terveydenhuollon yksiköissä käytettävistä rajoitustoimenpiteistä.
- Euroopan ihmisoikeustuomioistuimien

X v. Finland. Application no. 34806/04. ECHR 283 (2012) 3.7.2012.

- Keski-Valkama A. The use of seclusion and mechanical restraint in psychiatry – a persistent challenge over time) Väitöskirja. Tampereen yliopisto 2010.
- Mental Capacity Act 2005, UK.
- Roberts L, Bandstra B. Addressing stigma to strengthen psychiatric education. Acad Psychiatry 2012;36:347–50.
- STM. Kuntainfo 11/2012. Menettelytapaohje mielenterveyslain soveltamiseksi. Annettu 18.12.2012.

- STM. Lausuntopyyntö 115:00/2010 2.1.2013. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi mielenterveyslain väliaikaisesta muuttamisesta.
- Tuori K, Kotkas T. Sosiaalioikeus. WSOY 2008.
- Wahlbeck K, Tuori T. Aika sulkea psykiatriset sairaalat. THL, Tesso 1/2009.
- WHO. Policies and practices for mental health in Europe – meeting the challenges 2008.

Summary

Psychiatric legislation for the emergency physician

A psychiatric examination in an emergency care situation often involves taking an attitude towards the patient's right to preserve her/his freedom and integrity. In the name of human rights it has been considered important to carefully control the reasons and courses of action that are used to restrict the constitutional rights of a human being. This will inevitably necessitate the adherence to certain formal courses of action. The goal shall be an attempt to patient-centered thinking and encountering the patient as a human being. Treatment possibilities in outpatient care should be good enough to be more frequently utilized instead of involuntary care.