

Pakkohoito: milloin ja miten?

Pakkohoitoa voidaan antaa mielenterveyslain mukaan psykiatrisissa sairaaloissa ja myös päihdehuoltolain perusteella lääninhallituksen sopivaksi katsomassa laitoksessa tai kehitysvammaisten erityishuoltolain mukaan. Mielisairauden ja nuoren henkilön vakavan mielenterveyshäiriön toteamisen varmuus kasvaa kolmiportaisessa järjestelmässä, jossa ensisijaisesti perusterveydenhuolto vastaa hoitoon lähettämisen tarpeen arvioinnista, psykiatrisen sairaalan vastaanottava lääkäri tarkkailun tarpeesta ja vastuunalainen lääkäri hoitoon määräämisestä. Ratkaisut voivat olla prosessin eri vaiheessa perustellusti varsin erilaisia. Humalatila ei ole laillinen peruste sille, ettei potilasta tutkita, tarvittaessa lähetetä hoitoon tai aseteta tarkkailuun. Pakkohoidon ja pakkotoimien käyttö on vaihdellut Suomessa alueittain huomattavasti, eikä psykiatristen sairauksien esiintyvyyden vaihtelu selitä tätä tyydyttävästi.

Psykiatrisissa sairaaloissa annettavaa tahdosta riippumatonta hoitoa säätelee Suomessa mielenterveyslain toinen luku. Pakkohoitoa voidaan antaa myös päihdehuoltolain perusteella lääninhallituksen sopivaksi katsomassa laitoksessa tai kehitysvammaisten erityishuoltolain mukaan. Pakkotoimia, kuten levottoman potilaan sitomista sänkyyn, käytetään myös muualla terveydenhuollossa, mutta laki ei säätele tällaisia toimenpiteitä. Suomessa voidaan lisäksi rikokseen syyllistynyt teon aikana ymmärrystä vailla ollut henkilö määrätä kriminaalipsykiatriseen hoitoon, jonka käsittely ei kuulu tämän kirjoituksen aihepiiriin. Tahdosta riippumatonta hoitoa ja pakkotoimia on tutkittu niiden käytön tavanomaisuuteen nähden varsin vähän.

Suomen mielenterveyslakia laadittaessa on huomioitu Euroopan neuvoston ministerikomitean suosituksen periaate, joka koskee tahdosta riippumattomaan hoitoon otetun henkilön oikeusturvaa. Tämän periaatteen mukaan henkilö tulee määrittää mielenterveyshäiriöstä kärsiväksi vain lääketieteellisin perustein. Pakkohoidon hyvä soveltaminen edellyttää biolääketieteen keskeisten eettisten periaatteiden – autonomian kunnioittamisen, oikeudenmukaisuuden, hyvän

tekemisen ja pahan välttämisen – noudattamista siten, että eettiset hyödyt ylittävät eettiset kustannukset.

Mielenterveyslaki ja tarkkailuun lähettäminen

Laki säättää mielenterveyspalvelut kuntien ja sairaanhoitopiirin tehtäviksi siltä osin kuin niistä säädetään kansanterveyslaissa, sosiaalihuoltolaissa, erikoissairaanhoitolaissa ja mielenterveyslaissa. Laki säättää myös terveyskeskuksen vastaavan lääkärin velvollisuudeksi toimittaa potilas hoitoon edellytysten vallitessa. Poliisin on lain mukaan tehtävä ilmoitus tavatessaan kriteerit todennäköisesti täyttävän henkilön tai saatuaan tietää tällaisesta ja erittäin kiireellisissä tapauksissa toimitettava hänet terveyskeskukseen. Poliisin on annettava mielenterveyslain pykälän 31 mukaan virka-apua avustaan kuljetuksessa, jos on ennakoitavissa, että potilaan hoitoon toimittamisessa tarvitaan voimakeinoja, tai virka-apuun on muu vastaava syy.

Tarkkailulähetteen kirjoittamiseen riittää perusteltu epäily mielisairaudesta eli se, että jokin kliininen merkki tai oire viittaa merkittävää toi-

TAULUKKO 1. Mielenterveyslain toisen luvun pykälä 8.

Henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon vain:

- 1) jos hänen todetaan olevan mielisairas;
- 2) jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta; ja
- 3) jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä.

Alaikäinen voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon myös, jos hän on vakavan mielenterveydenhäiriön vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen sairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi.

mintakyvyn heikkenemistä aiheuttavaan mielisairauteen ja tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit todennäköisesti täyttyvät (taulukko 1). Diagnoosin ei tässä vaiheessa tarvitse olla varma. M1-lähete merkitsee siten vasta tahdosta riippumatta toteutettavaa psykiatrasta konsultaatiota. Muiden palvelujen soveltuvuutta ei tarvitse käytännössä kokeilla, vaan perusteeksi riittävät kokemusperäinen tieto ja käsitys siitä, ettei potilas hyödy muusta saatavilla olevasta hoidosta.

Tahdosta riippumattoman hoidon perusteenä olevaksi mielisairaudeksi katsotaan vakava mielenterveyden häiriö, johon liittyy todellisuudentajun häiriintyminen siten, että tilaa voidaan pitää psykoosina. Tällaisia sairaustiloja ovat delirium, skitsofreniaryhmän psykoosit, psykoottinen depressio, psykoottinen kaksisuuntainen mielialahäiriö, muut psykoosit, kuten orgaaniset psykoosit ja päihteiden käytön aiheuttamat psykoottiset tilat, ja dementian vaikeat ilmenemismuodot. Jos potilas on alaikäinen, riittää perusteltu epäily vakavasta mielenterveyden häiriöstä.

Itsemurhavaara, päihteiden hallitsematon käyttö tai väkivaltaisuus ei sellaisenaan riitä mielenterveyslaissa säädetyn tahdosta riippumattoman hoidon edellytykseksi (Hallituksen esitys n:o 201, 1989). Suuren itsemurhavaaran taustalla saattaa olla hankalasti diagnosoi-

tavissa oleva psykoottinen depressio. Viitteenä tällaisesta masennustilasta ovat korostuneen epärealistinen syyllisyys ja syvä toivottomuus. Psykoottisen masennuksen diagnoosi ei edellytä havaintoja harha-aistimuksista tai oudoista harhaluuloista. Hyvin vakavassa itsemurhavaarassa olevan ja toivottoman potilaan lähettäminen M1-lähetteellä tai tarkkailuun asettaminen mielenterveyslain pykälän 13 mukaan ei näin ollen ole perusteetonta.

Esimerkitapaus 1. Vaikeasti masentunut, juuri tavanomaisesti eläkkeelle jäänyt mies tuli omaistensa saattamana B1-lähetteellä psykiatrisen sairaalan poliklinikkaan. Arvion perusteella hänet otettiin avo-osastolle. Potilas kertoi menettäneensä elämästään kaiken ja olevan täysin vailla toivoa. Hoidoksi oli määrätty pieni annos psykoosilääkettä ja masennuslääke. Muutaman päivän kuluttua potilas poistui illalla osastolta, ja hänet löydettiin aamulla hirtettyneenä myymänsä yrityksen tiloista.

Humaltuneen potilaan arviointi ja tarkkailu-lähetteen laatiminen on ristiriitainen ja vaikea tehtävä. Humala vaikeuttaa potilaan tilan asianmukaista arviointia. Humaltunut voi olla välitömän psykiatrisen hoidon tarpeessa mm. itsemurhavaaran vuoksi. Humalatila saattaa lisätä itsemurha-ajatuksia ja itsemurhan riskiä. Potilas on säännönmukaisesti tutkittava yksilöllisesti, ja ratkaisujen tulee perustua tähän kliiniseen lääketieteelliseen arvioon. Humalatila ei ole laillinen este potilaan tutkimiselle, hoitoon lähettämiseksi tai tarkkailuun asettamiselle. Aiemmin ei ole ollut käsitystä siitä, mikä katsotaan humaltuneen riittäväksi psykiatriseksi tutkimukseksi. Asiaa koskevista ohjeista olisi hyötyä klinikolle arviointitilanteessa. Erilaisten »promillerajojen» soveltaminen ei perustu lainsäädäntöön.

Lainmukainen pakkohoitoon määrääminen

Potilas voidaan asettaa tarkkailuun, jos kliinisin perustein on aihetta epäillä hänen olevan mielisairas. Mielisairaus tulee voida todeta varmasti tarkkailuaikana, joka päättyy viimeistään neljän vuorokauden kuluttua tarkkailuun asettamisesta. Potilas voidaan mielenterveyslain mukaan määrätä pakkohoitoon vain, jos hänen todetaan olevan mielisairas ja hoidon tarpeen taikka itselle tai muille vaarallisuuden kriteeri täyttyvä eivätkä muut mielenterveyspalvelut sovellu käytettä-

viksi (taulukko 1). Päätettäessä tahdonvastaiseen hoitoon määräämisestä on aina arvioitava myös hoidosta todennäköisesti saatava hyöty ja mahdolliset haitalliset seuraukset. Alaikäisen tahdosta riippumattoman hoidon syyksi riittää mielisairauden sijaan vakava mielenterveyden häiriö, kuten vakava mielialahäiriö tai syömishäiriö. Mielenterveyslain pykälän 8 mukaan alaikäistä tulee hoitaa ainoastaan alaikäisille tarkoitetuilla osastoilla. Jos tarkkailuun otettu tai hoitoon määrätty poistuu sairaalasta ilman lupaa, poliisi on velvollinen antamaan virka-apua hänen palauttamiseen sairaalaan.

Mielisairauden tai nuoren henkilön vakavan mielenterveyshäiriön toteamisen varmuus kasvaa kolmiportaisessa järjestelmässä, jossa ensisijaisesti perusterveydenhuolto vastaa hoitoon lähettämisen tarpeen arvioinnista, psykiatrisen sairaalan vastaanottava lääkäri tarkkailun tarpeesta ja vastuunalainen lääkäri hoitoon määräämisestä. Ratkaisut voivat olla prosessin eri vaiheessa perustellusti varsin erilaisia. Menetelmä pyrkii takaamaan potilaan oikeusturvan vapaudenriiston yhteydessä ja toisaalta takaamaan riittävän hoidon. Hoitoa voidaan jatkaa määräämispäätöksestä alkaen kolmen kuukautta, ja tahdosta riippumattoman hoidon tarve on arvioitava uudelleen ennen tämän määräajan päättymistä. Hoidon jatkamista koskevan päätöksen nojalla potilasta saadaan pitää hoidossa enintään kuusi kuukautta, minkä jälkeen tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset on jälleen arvioitava. Pakkohoido on aina lopetettava heti, kun sen kriteerit eivät enää täyty.

Päihdehuoltolain mukaan henkilö voidaan määrätä hoitoon terveysvaaran tai väkivaltaisuuden vuoksi, jos vapaaehtoinen hoito ei ole toteutettavissa tai sen keinot ovat osoittautuneet riittämättömiksi. Terveysvaaran perusteella terveyskeskuksen vastaava lääkäri tai sairaalan asianomainen ylilääkäri voi toisen lääkärin antaman lausunnon nojalla määrätä henkilön tämän tahdosta riippumatta

hoitoon enintään viideksi vuorokaudeksi. Lausunnon voi kirjoittaa terveyskeskuslääkäri, mielenterveystoimiston lääkäri tai muu lääkäri. Terveyskeskuksen tai sairaanhoitopiirin johtosäännössä voidaan määrätä se lääkäri, joka tekee hoitoonmääräämispäätöksen. Väkivaltaisuuden vuoksi henkilön voi määrätä pakkohoitoon sosiaalihuoltolain mukainen viranhaltija päihteiden käytön katkaisemiseksi enintään viiden vuorokauden ajaksi, ja pakkohoitoa voidaan sosiaalilautakunnan esityksestä jatkaa 30 vuorokauteen asti. Väkivaltaisuuden perusteella tehty päätös tulee alistaa heti hallinto-oikeuden vahvistettavaksi. Terveysvaaran hoito toteutetaan terveydenhuollossa ja väkivaltaisuuteen perustuva hoito sosiaalihuollon toimintayksikössä.

Päihdehuoltolain mukaista pakkohoitoa on sovellettu vain yksittäisissä tapauksissa, eikä lailla siten ole juuri käytännön merkitystä. On ilmeistä, ettei päihdehuoltolain terveysvaarakriteerin mukaista hoitoa ole toteutettu siinä määrin kuin laki sallisi. Tämän taustalla on todennäköisesti asenteellisia seikkoja ja hoidon voimavarojen puutteellisuutta. Lisäksi olisi aiheellista laajentaa laissa mainittu terveysvaara kattamaan myös sellaisia raskaana olevia naisia, joiden päihteidenkäyttö vaarantaa vakavasti ja välittömästi sikiön turvallisuutta.

YDINASIAT

- **Pakkohoitoa voidaan antaa Suomessa mielenterveyslain, päihdehuoltolain ja kehitysvammaisten erityishuoltolain perusteella.**
- **Tarkkailulähetteen kirjoittamiseen riittää perusteltu epäily mielisairaudesta, eikä diagnoosin tarvitse olla varma.**
- **Humaltila ei ole lakiin perustuva este potilaan tutkimiselle, hoitoon lähettämiselle tai tarkkailuun asettamiselle.**
- **Pakkohoidon käyttö vaihtelee Suomessa alueittain tavalla, jota mielisairauksien ja vakavien mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys ei selitä tyydyttävästi.**

Esimerkitapaus 2. Neurologisista oireista, vaikeasta diabeteksestä ja maksan toimintahäiriöstä kärsivä 50-vuotias nainen lähetettiin keskussairaalan psykiatrian poliklinikasta päihdepsykiatrian yksikköön tahdosta riippumattomaan hoitoon hallitsemattoman alkoholinkäytön vuoksi päihdehuoltolain perusteella. Vieroitus toteutettiin viiden vuorokauden aikana asianmukaisella lääkehoidolla. Pakkohoidon päätteeksi potilaalle ohjelmoitiin kuntoutusjakso päihdehuollon laitoksessa.

Kehitysvammaisten erityishuoltoa koskevan lain pykälän 32 mukaisesti lain tarkoittamalle potilaalle voidaan antaa erityishuoltoa vastoin hänen tahtoaan, jos on olemassa terveysvaara, vaara muille tai välitön erityishuollon tarve. Hakemus tehdään erityishuollon johtoryhmälle huoltajan allekirjoittamalla hakemuksella. Kriteerit ovat siis samansuuntaiset kuin mielenterveyslaissa.

Pakkohoidon toteutuminen meillä ja muualla

Pakkohoidon käyttö vaihtelee Suomessa alueittain tavalla, jota mielisairauksien ja vakavien mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys ei tyydyttävästi selitä (Korkeila 1998, Tuori ja Kiikkala 2004). Sairaalaapaikkojen pieni määrä sekä niukat avohoidon tukipalvelut lisäävät todennäköisesti pakkohoidon käyttöä (Malcolm 1989, Korkeila 1998). Sairaalaapaikkojen vähäinen määrä voi johtaa pakkohoidon osuuden lisääntymiseen myös silloin, kun sen väestöön suhteutettu määrä itse asiassa pienenee. Eräiden tutkimusten mukaan suurempi sairaalaapaikkojen määrä voi toisaalta lisätä väestöön suhteutetun pakkohoidon määrää, ja myös sairaalan lähellä asuminen saattaa lisätä pakkohoitoon joutumisen todennäköisyyttä (Korkeila 1998, Malla ja Norman 1988). Jos päivystysaikana sairaalaan otettavien potilaiden määrä on suuri, on pakkohoidossa olevien osuus todennäköisesti suurempi. Hoitojärjestelmän voimavarat ja organisointi vaikuttavat siten siihen, missä määrin ja millä tavalla pakkohoitoa käytetään.

Kotimaisessa kolmen keskuksen (Tampere, Turku ja Oulu) pakkohoitotutkimuksessa havaittiin, että sairaalaan otetuista potilaista 27 % saapui tarkkailuläheteellä ja vajaa viidesosa sairaalaan otetuista määrättiin pakkohoitoon.

Mielenterveyslain pykälän 13 mukaista määräämistä eli »sieppausta» (vapaaehtoisesti hoitoon hakeutunut ja sairaalaan otettu potilas asetetaan tarkkailuun ja määrätään hoitoon) oli sovellettu 5 %:iin sairaalaan otetuista potilaista. Potilaita oli asetettu tarkkailuun yksinomaan vaarallisuuden vuoksi (»vakavasti vaarantaisi muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta») ja useamman syy nojallakin varsin harvoin (0,5 % ja 1,9 % tarkkailuun asetetuista), eikä näistä ketään ollut määrätty pakkohoitoon. Tavallisin yksittäinen syy tarkkailuläheteelle oli hoidontarvekriteerin täytyminen (16 %, joista valtaosa määrättiin hoitoon). Tavallisin tarkkailuun asettamisen peruste oli hoidon tarpeen ja itsetuhoisuuden yhdistelmä (46 %), ja näistä potilaista pakkohoitoon määrättiin 63 % (Tuohimäki ym. 2003).

Vaarallisuuskriteerin käytön niukkuus ei sinänsä ole näyttö siitä, ettei vaarallisuutta esiintyisi. Esitiedot tai olosuhteet, joissa klinikot tutkivat hoitoon lähettämisen tarvetta ja perusteita, eivät ilmeisesti ole antaneet aihetta tämän perusteen käyttöön. Vaarallisuutta on kuitenkin syytä arvioida huolellisesti etenkin paranoidisesti psykoottisen, antisosiaalisen ja päihteitä – etenkin stimulantteja – väärin käyttävien osalta. Kliinisessä käytännössä vaarallisuus ja muu vaikeahoitoisuus tulee useammin esille tahdonvastaisen hoidon aikana, jolloin potilaan siirtäminen valtion mielisairaalaan (Vanhan Vaasan sairaala ja Niuvanniemen sairaala) voi tulla harvittavaksi.

Pakkohoidon käyttö vaihtelee runsaasti maittain (Riecher-Rössler ja Rössler 1993), mutta luvut eivät ole täysin vertailukelpoisia. Lisäksi merkittävä osa kansainvälisestä vaihtelusta johtuu lainsäädännön ja muiden hallinnollisten säännösten eroista. Lainsäädäntö vaikuttaa siihen, mihin potilaisiin pakkohoitoa sovelletaan, hoidon yleisyyteen sekä edelleen niihin yksilöllisiin tekijöihin, jotka määrittävät pakkohoitoa. Menetelmiltään korkeatasoisia, virhelähteet huomioon ottavia kansainvälisiä vertailututkimuksia ei ole saatavilla. Eri lähteiden vertailu osoittaa väestöön suhteutetun pakkohoidon määrän olevan Suomessa muihin maihin nähden suuri (Riecher-Rössler ja Rössler 1992, Korkeila 1998).

Eristäminen, lepositeiden käyttö ja tahdonvastainen lääkitys

Pakkohoidon aikana annettava tahdonvastainen lääkitys, eristäminen ja lepositeisiin asettaminen vaihtelevat alueittain tavalla, joka näyttää liittyvän enemmän yksiköitten paikallisiin, hallinnollisiin ja organisatorisiin seikkoihin kuin potilasaineistoon tai suoraan potilaan kliiniseen tilaan (Sailas ja Fenton 1999, Korkeila ym. 2002, Kaltiala-Heino ym. 2003). Potilaan kliinisen tilan ja näiden pakkotoimien käytön välisistä yhteyksistä on tehty ristiriitaisia havaintoja (Yesevage ym. 1984). Myös potilasmäärään suhteutettu henkilökunnan määrä vaikuttaa siihen, millä tavalla erilaisia hoitokeinoja sovelletaan. Suomalaisen tutkimuksen mukaan eristämis-

tä määrättiin 6,6 %:lle, lepositeitä 3,8 %:lle ja tahdonvastaista lääkitystä 8,2 %:lle sairaalaan otetuista potilaista (Korkeila ym. 2002, Kaltiala-Heino ym. 2003). Useimmiten nämä potilaat olivat olleet aiemmin pakkohoidossa, ja toimet kohdistuivat enimmäkseen toistuvasti samoihin potilaisiin. Lepositeiden ja eristämisen käytön väestöön suhteutetussa määrässä todettiin merkittävää tutkimuskeskusten välistä vaihtelua, mutta näiden menetelmien käytön yhteenlaske-
tut väestöön suhteutetut määrät eivät eronneet toisistaan merkitsevästi.

Eristämisen ja lepositeiden käytöstä ei ole tehty Cochrane-katsauksen (Sailas ja Fenton 1999) mukaan kontrolloituja tutkimuksia, joiden perusteella menetelmien käyttöä voisi kritisoida tai puolustaa. Näiden toimien on kuitenkin ra-

TAULUKKO 2. Potilaan perusoikeuksien rajoittaminen tahdosta riippumattoman hoidon ja tutkimuksen aikana (Mielenterveyslain luku 4 a 21.12.2001/1423).

Liikkumisvapauden rajoittaminen	Potilasta saadaan kieltää poistumasta sairaalan alueelta tai tietyn hoitoyksikön tiloista. Potilaan liikkumisvapauden rajoittamisesta hoitoyksikössä päättää häntä hoitava lääkäri.
Eristäminen	Voidaan käyttää, jos potilas 1) on käyttäytymisensä tai uhkailunsa vuoksi muille vaaraksi, 2) vaarantaa muiden potilaiden hoitoa, omaa turvallisuuttaan tai vahingoittaa merkittävästi omaisuutta tai 3) jos potilaan eristäminen on välttämätöntä muusta erittäin painavasta hoidollisesta syystä.
Sitominen	Voidaan käyttää, jos potilas on käyttäytymisensä tai uhkailunsa vuoksi muille vaaraksi.
Kiinni pitäminen	Uhkaavissa tai vaarallisissa tilanteissa hoitohenkilökuntaan kuuluva saa käyttää potilaan kiinni pitämiseen tämän eristämiseksi välttämättömiä voimakeinoja. Asiasta on välittömästi ilmoitettava potilasta hoitavalle lääkärille.
Edellä mainittujen erityistoimien kesto	Potilaan kiinni pitäminen, eristäminen tai sidottuna pitäminen on lopetettava heti, kun se ei enää ole välttämätöntä. Yli 12 tuntia jatkuneesta potilaan eristämisestä ja yli kahdeksan tuntia jatkuneesta potilaan sitomisesta on viipymättä ilmoitettava potilaan edunvalvojalle tai lailliselle edustajalle. Kun potilas on määrätty eristettäväksi tai sidottavaksi, on hänelle samalla määrättävä vastuuhoitaja, jonka tulee huolehtia siitä, että potilas saa toimenpiteen aikana riittävän hoidon ja huolenpidon ja mahdollisuuden keskustella hoitohenkilökunnan kanssa. Sidotun tai alaikäisen potilaan tilaa on jatkuvasti seurattava siten, että hoitohenkilökunta on näkö- ja kuuloyhteydessä potilaaseen.
Omaisuu- den haltuunotto	Haltuun saadaan ottaa 1) päihteet, 2) esineet jotka vaarantaisivat muiden turvallisuutta, 3) rahat ja muut maksuvälineet, jos asianomainen todennäköisesti nämä hävittäisi, ja 4) järjestystä vakavasti vaarantavat välineet.
Omaisuu- den ja lähetysten tarkastaminen	Jos on perusteltua syytä epäillä, että potilaalla on hallussaan haltuunoton oikeuttavia aineita tai esineitä, saadaan hänen käytössään olevat tilat tai hänen hallussaan oleva omaisuus tarkastaa.
Henkilötarkastus ja henkilön- katsastus	Saadaan tehdä, jos on perusteltua syytä epäillä, että potilaalla on vaatteissaan tai muutoin yllään haltuun otettavia aineita tai esineitä.
Yhteydenpidon rajoittaminen	Potilaan yhteydenpitoa sairaalan ulkopuolelle saadaan rajoittaa, jos yhteydenpidosta on vakavaa haittaa potilaan hoidolle, kuntoutukselle tai turvallisuudelle tai jos rajoittaminen on välttämätöntä muun henkilön yksityiselämän suojaamiseksi.

portoitu aiheuttaneen merkittäviä haittoja; esimerkiksi lepositeisiin asettaminen saattaa lisätä kuolemanvaaraa. Lisäksi potilaita on pystytty hoitamaan tehokkaasti vähäisemmällä rajoittamisella tai eristämällä. Uhkaavien tilanteiden ennakointi ja tilanteidenhallintataitojen opetus

Uhkaavien tilanteiden ennakointi ja tilanteidenhallintataitojen opetus saattavat vähentää pakkotoimien käyttöä.

saattavat myös vähentää pakkotoimien käyttöä, joskin tutkimusnäyttö tästä on vielä niukkaa.

Koska eristämisen, sitomisen ja tahdonvastaisen lääkityksen käytössä todettiin merkittävää vaihtelua, joka ei ollut perusteltavissa sairauksien esiintyvyyden vaihtelulla vaan paikallisilla tekijöillä, mielenterveyslakia (luku 4a) muutettiin eduskunnan oikeusasiamiehen kannanoton perusteella vuonna 2001. Potilaan perusoikeuksien rajoittaminen (taulukko 2) tahdosta riippumattoman hoidon ja tutkimuksen aikana on määritetty aiempaa tarkemmin, ja rajoittamisen käyttö on kirjattava ja luetteloitava huolellisesti toimintayksiköissä. Rajoitusten käyttöä seurataan tiiviisti lääninhallituksissa.

Pakkohoito potilaan näkökulmasta

Vapaaehtoisessa hoidossa ja tarkkailussa olevat eivät aina ole selvillä laillisesta asemastaan (Tuohimäki ym. 2001). Vapaaehtoisesti hoitoon tuleva saattaa kokea tullessaan hoitoon painostuksen vuoksi, kun taas pakkohoitoon määrätty ei yksinkertaisesti ymmärrä olevansa hoitoon määrätty. Pakkohoito saattaa herättää potilaassa tavallisemmin kielteisiä tunteita ja odotuksia hoidon tuloksista akuutissa tilanteessa kuin vapaaehtoinen hoito (Kaltiala-Heino ym. 1997), mutta toisenlasiakin havaintoja on raportoitu. Valtaosa potilaiden hoidon hyötyjä koskevista käsityksistä muuttuu ajan kuluessa. Pakkohoito ei lisäksi ennusta kliinisesti heikompaa tulosta kuin vapaaehtoinen hoito.

Tahdosta riippumattoman hoidon oikeutus

Moraalisen vastuun pulmat ovat psykiatriassa mittavampia kuin muussa lääketieteessä. Täy-

si moraalinen vastuunalaisuus vallitsee silloin, kun henkilöllä on vapaus valita ja kyky ymmärtää olevansa valintatilanteessa (Laitinen 1996). Laillisesti toteutetun pakkohoitopäätöksen periaatteena on se, että päätöksen kohteena olevan henkilön kyvyt ovat heikentyneet. Tämä ei tarkoita sitä, että kyky tehdä ratkaisuja olisi täysin hävinnyt tai henkilö olisi menettänyt kaikki oleelliset oikeutensa, kuten oikeuden hyvään kohteluun tai oikeuden olla suostumatta hoitoon eräiltä osin.

Viimeksi mainittua kysymystä sivuaa se, milloin potilas on pätevä kieltäytymään lääkähoidosta, vaikka hän olisi tahdosta riippumattomassa hoidossa. Tulkinta, jonka mukaan potilas olisi väistämättä epäpätevä antamaan suostumustaan lääkohoitoon, on liian vahva. Potilaalla on toisaalta oikeus hyvään hoitoon myös tilanteessa, jossa hän sitä epäpätevyytensä vuoksi vastustaa tai ei ymmärrä sitä, että hän todennäköisimmin hyötyy hoidosta. Hoidon oikeutuksen periaatteet näkyvät laissa myös siinä, että hoidon tarkoitus on suojata asianomaista tai muita ihmisiä, joskin viimeksi mainittu kohta ei ole käytännössä ollut erityisen merkityksellinen. Lisäksi hoidon on lain mukaan oltava potilaalle hyödyllistä. Lääkärille kliinisesti hankalimmat päätöksentekotilanteet liittyvät useimmiten eräiden paranoidisista tiloista tai manioista kärsivien potilaiden hoitoihin.

Esimerkitapaus 3. Potilas tuli M1-lähetteellä suljetulle osastolle omaistensa saattamana. Kliinisessä arvioinnissa epäiltiin maniaa, ja potilas asetettiin tarkkailuun. Potilas otti seuraavana päivänä yhteyden lakimieheen, joka soitti hoitavalle lääkärille ja vaati kopioita sairauskertomuksesta ja pääsyä mukaan tarkkailun jälkeiseen arviointiin. Lakimiehen kanssa sovittiin mukanaolosta sillä edellytyksellä, ettei hän puutu tilanteeseen millään tavalla. Potilas määrättiin hoitoon, joka päättyi pakkohoidon perusteiden hävittyä muutaman vuorokauden kuluessa hoitoon määräämisestä. Potilas valitti hoidostaan korkeimpaan hallinto-oikeuteen.

Lopuksi

Hoitokäytäntöjen yhtenäistämiseksi riittää haasteita, sillä taustalta löytyy myös historiallisia ja maantieteellisiä seikkoja, joiden vaikutuksia on hyvin työlästä muuttaa. Informaatio-ohjauksella ja lainsäädännöllä voitaneen vähentää suurim-

pia alueellisia eroja. Havainnot Tanskan mielen-terveyslain muutoksista tosin viittaavat siihen, ettei lainsäädännöllisin keinoin ole voitu paljoa vaikuttaa pakkohoitoon tai pakkotoimien käyttöön (Engberg 1990). Ruotsissa pakkohoidon määrä lisääntyi, kun kriteerit kattoivat myös muut vaikeat mielenterveyden häiriöt kuin psykoosit. Suomen mielen-terveyslain muutos näyttää tilastotietojen mukaan vähentäneen jonkin verran pakkotoimien käyttöä. Erityisen selvästi lainsäädännön vaikutukset tahdosta riippumattomaan hoitoon ovat havaittavissa Yhdysvalloissa, missä tuomioistuimien rooli on suomalaisen käytäntöön verrattuna hyvin suuri ja pakkohoidon kestokin on varsin rajattu. Näin ollen kansalaisoikeuksien turvaaminen sekä oikeus saada riittävä ja hyvä hoito ovat johtaneet eri maissa hyvin erilaiseen lainsäädäntöön ja käytäntöön.

Pakkohoidon määrä on yleisesti vähentynyt läntisissä teollisuusmaissa. Tämän taustalla on todennäköisesti lainsäädännön muutosten ohella myös muita keskeisiä tekijöitä, kuten hoitojärjestelmän rakenteelliset muutokset, hoitokäytäntöjen kehittyminen ja hoitovaihtoehtojen lisääntyminen. Toisaalta psykoosipotilaiden haitallinen päihteidenkäyttö, syrjäytyminen ja eräät muut psykososiaaliset ongelmat ovat lisääntyneet. Tämä asettaa aivan uudenlaisia haasteita avo- ja sairaalahoidolle, koska näiden potilaiden

häiriökäyttäytymisen riski on suurentunut. Tulevaan varautuminen edellyttää päihdepsykiatrisen osaamisen lisäämistä samalla, kun turvataan alueellisesti valmius vaikeasti häiriintyneiden ja väkivaltaisten potilaiden riittävään sairaalahoitoon.

Tahdosta riippumaton hoito lääketieteellisenä toimenpiteenä toteutuu erilaisten intressitahojen – psykiatrian, perusterveydenhuollon, potilaan ja hänen omaistensa – dynaamisessa vuorovaikutuksessa. Psykiatriset potilaat tekevät hyvin suuren osan kanteluista hallinnon eri valitusasteisiin. Toisaalta niin psykiatriassa kuin muussakaan terveydenhuollossa ei ole käytössä haitattomia menetelmiä ja niiden käytössä ei tule langeta virheettömyyden harhaan. Täten valitusten tekemistä voidaan pitää kansalaisoikeuksien hyvänä valvontana ja siten näiden oikeuksien toteutumisenä. Päätökset olla ottamatta potilasta pakkohoitoon herättävät lähettävässä lääkärissä ja potilaiden omaisissa ristiriitaisia kokemuksia. Vaikka yhteistoimintaa voidaan kehittää, on erilaisten näkemysten yhteen sovittaminen toisinaan erittäin vaikeaa.

Potilaalla on oikeus hyvään hoitoon myös tilanteessa, jossa hän ei ymmärrä, että hän todennäköisimmin hyötyy hoidosta.

Kirjallisuutta

- Engberg M. [Commitment of the mentally ill]. *Ugeskr Læger* 1990; 152/40:2914–6.
- Hallituksen esitys n:o 201, 1989. Hallituksen esitys mielen-terveyslaiksi, 1989. Saatavissa eduskunnasta.
- Kaltiala-Heino R, Välimäki M, Korkeila J, Tuohimäki, C, Lehtinen V. Involuntary medication in psychiatric inpatient treatment. *Eur Psychiatry* 2003;18:290–5.
- Kaltiala-Heino R, Laippala P, Salokangas RKR. Impact of coercion on treatment outcome. *Int J Law Psychiatr* 1997;20:311–22.
- Korkeila J. Perspectives on the public psychiatric services in Finland. Evaluating the deinstitutionalisation process. Jyväskylä: Stakes, tutkimusraportteja 1998:43.
- Korkeila JA, Tuohimäki C, Kaltiala-Heino R, Lehtinen V, Joukamaa M. Predicting use of coercive measures in Finland. *Nord J Psychiatry* 2002;56:339–45.
- Laitinen J. Tahdosta riippumattoman psykiatrisen hoidon oikeutus moraalifilosofisessa katsannossa. *Acta Universitatis Lapponienses* 1996: 14.
- Malcolm L. Bed availability has a significant influence on rates of commitment to New Zealand's psychiatric hospitals. *N Z Med J* 1989;102:8–9.
- Malla A, Norman RMG. Involuntary admissions in a Canadian province: the influence of geographic and population factors. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol* 1988;23:247–51.
- Riecher-Rössler A, Rössler W. Compulsory admission of psychiatric patients – an international comparison. *Acta Psychiatr Scand* 1993;87:231–6.
- Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint as a method of treatment for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 2, 1999.
- Tuohimäki C, Kaltiala-Heino R, Korkeila J, Protshenko J, Lehtinen V, Joukamaa M. Psychiatric inpatients' views on self-determination. *Int J Law Psychiatr* 2001;24:61–9.
- Tuohimäki C, Kaltiala-Heino R, Korkeila J, Tuori T, Lehtinen V, Joukamaa M. The use of harmful to others-criterion for involuntary treatment in Finland. *Eur J Health Law* 2003;1:183–99.
- Tuori T, Kiikkala I. Pakon käyttö psykiatrisessa sairaalahoidossa. *Suom Lääkäril* 2004;59:3411–4.
- Yesevage JA. Correlates of dangerous behaviour by schizophrenics in hospital. *J Psychiatr Res* 1984;18:225–31.

JYRKI KORKEILA, dosentti, professori mvs., apulaisylilääkäri
 jyrki.korkeila@postikaista.net
 Turun yliopisto ja TYKS, psykiatria
 Kunnallissairaalan tie 20
 20700 Turku