ACTA ELECTRONICA UNIVERSITATIS LAPPONIENSIS 395

Merja Turunen

Itsemääräämisoikeuden rajat ja rajoittaminen täysi-ikäisen potilaan somaattisessa hoidossa

LAPIN YLIOPISTO
UNIVERSITY OF LAPLAND

Acta electronica Universitatis Lapponiensis 395

MERJA TURUNEN

ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUDEN RAJAT JA RAJOITTAMINEN TÄYSI-IKÄISEN POTILAAN SOMAATTISESSA HOIDOSSA

Akateeminen väitöskirja,
joka Lapin yliopiston oikeustieteiden tiedekunnan suostumuksella
esitetään julkisesti tarkastettavaksi Lapin yliopiston luentosalissa B126
helmikuun 21. päivänä 2025 kello 12.

LAPIN YLIOPISTO
UNIVERSITY OF LAPLAND

Rovaniemi 2025

Lapin yliopisto
Oikeustieteiden tiedekunta

Väitöskirjan ohjaajat:

Professori emerita Mirva Lohiniva-Kerkelä, Lapin yliopisto

Professori Lasse Lehtonen, Helsingin yliopisto

Väitöskirjan esitarkastajat:

Professori Eeva Nykänen, Itä-Suomen yliopisto

Professori Laura Kalliomaa-Puha, Tampereen yliopisto

Vastaväittäjä:

Professori Eeva Nykänen, Itä-Suomen yliopisto

© Lapin yliopisto, Merja Turunen

Taitto: Minna Komppa, Taittotalo PrintOne

Acta electronica Universitatis Lapponiensis 395

ISBN 978-952-337-463-8
ISSN 1796-6310

Elektronisen väitöskirjan pysyvä osoite:
https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-337-463-8

TIIVISTELMÄ

Merja Turunen, ID: https://orcid.org/0000-0002-4581-3801
Itsemääräämisoikeuden rajat ja rajoittaminen täysi-ikäisen potilaan somaattisessa hoidossa
Rovaniemi, Lapin yliopisto 2025, 517 sivua
Acta electronica Universitatis Lapponiensis 395
ISBN 978-952-337-463-8
ISSN 1796-6310

Voimassa oleva tahdosta riippumatonta hoitoa ja rajoittamistoimenpiteitä koskeva sääntely ei kata kaikkia somaattisessa hoidossa esiintyviä tilanteita, joissa rajoittamista potilaan tai muiden henkilöiden suojelemiseksi on tarvittu. Tämän lainopillisen tutkimuksen tavoitteena on vastata kysymykseen, millä keinoin somaattisessa hoidossa olevan täysi-ikäisen potilaan rajoittamista koskeva sääntelyaukko voitaisiin paikata. Tutkimus jakaantuu kolmeen päälukuun. Ensimmäisessä pääluvussa analysoidaan itsemääräämisoikeuden ja rajoittamissääntelyn kehitystä 1900-luvun alusta 1990-luvulle. Tässä historiakatsauksessa tutkitaan itsemääräämisoikeuden edellytysten: suostumuksen, päätöksentekokyvyn, riittävien tietojen ja vapaaehtoisuuden ilmenemistä ja kehittymistä lääkintäkäytännössä, -etiikassa ja sääntelyssä. Somaattista hoitoa koskevan sääntelyn puuttuessa rajoittamissääntelyn kehitystä analysoidaan kulloinkin voimassa olleen tartuntatauteja, mielisairauksia, päihdehuoltoa ja kehitysvammaisten erityishuoltoa koskevan sääntelyn, eduskunnan oikeusasiamiehen (EOA) ja valvontaviranomaisen ratkaisujen kautta.

Toisessa pääluvussa analysoidaan somaattisessa hoidossa olevan täysi-ikäisen potilaan itsemääräämisoikeuden rajojen ja rajoittamisedellytysten sääntelyn ja soveltamisen nykytilaa. Analysointi aloitetaan kansainvälisistä ihmisoikeussopimuksista ja niiden valvontaelinten ratkaisukäytännöstä. Perinteisesti Euroopan neuvoston ja YK:n sopimusjärjestelmien puitteissa on tietyin reunaehdoin hyväksytty potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen, tahdosta riippumaton hoito, ja henkilökohtaiseen vapauteen tai yksityisyyden suojaan kajoava rajoittamistoimenpiteiden käyttö terveydenhuollossa potilaan suojelemistarkoituksessa. YK:n vammaissopimuksen (CRPD:n) ratifioinnin ja CRPD-komitean tulkinnan myötä ihmisoikeustasolta on painetta perfektionistiseen itsemääräämisoikeusmalliin siirtymiseen, ja jopa sijaispäätöksenteosta ja kompetenssipohjaisesta suostumusopista luopumiseen. Myös vammaisiin kohdistuvasta tahdosta riippumattomasta hoidosta ja rajoittamistoimenpiteiden käytöstä tulisi luopua. CRPD:n vammaismääritelmästä johtuen

vallitsevat ihmisoikeustason normi- ja tulkintaristiriidat vaikuttavat tartuntatautilakia lukuun ottamatta kaikkeen voimassa olevaan ja tulevaan rajoittamissääntelyyn.

Nykytilan analyysia jatketaan kansallisesta perusoikeussääntelystä, ja perusoikeuksien toteutumista ja rajoituksia täsmentävästä potilaslain ja terveydenhuollon erityislakien sääntelystä. Perusoikeussääntely on normihierarkisesti ylemmän asteista verrattuna lailla voimaan saatettuihin ihmisoikeussopimuksiin. Perusoikeusrajoitusten tulee kuitenkin noudattaa ihmisoikeusperiaatteita. Potilaslaki ja voimassa oleva rajoittamissääntely ilmentävät kompetenssilähtöistä suostumusoppia ja solidaristista itsemääräämisoikeusmallia. Itsemääräämisoikeuden käyttäminen edellyttää potilaalta riittävää päätöksentekokykyä. Päätöksentekokyvytöntä potilasta voidaan suojella sijaispäättäjän, hoitotahdon, kiireellisen hoidon säännöksen tai tahdosta riippumattoman hoidon keinoin. Potilaslain sääntely ei ole kaikilta osin yhteensopivaa CRPD:n kanssa.

Tahdosta riippumattomasta hoidosta säännellään mielenterveyslaissa, tartuntatautilaissa, päihdehuoltolaissa ja laissa kehitysvammaisten erityishuollosta. Yhteisymmärryksessä hoitaminen on pääsääntö myös tahdosta riippumattomassa hoidossa. Rajoittamistoimenpiteisiin voidaan turvautua vain, jos rajoittaminen on välttämätöntä potilaan tai muun henkilön hengen, terveyden tai turvallisuuden suojelemiseksi. Voimassa oleva rajoittamissääntely kohdistuu tartuntatautilakia lukuun ottamatta päätöksentekokyvyttömiin potilaisiin, eli CRPD:n vammaismääritelmän mukaisiin henkilöihin, joilla on henkinen tai älyllinen vamma. CRPD:n syrjintäkielto ja tätä koskeva tulkinta huomioiden rajoittamissääntely on siten vammaisia syrjivää ja sopimusloukkaus.

Somaattista hoitoa koskevan rajoittamissääntelyaukon osalta nykytilaa eli rajoittamisen syitä, käytettyjä rajoitustoimenpiteitä, ja varsinaisen sääntelyn puuttuessa sovellettua muuta sääntelyä, analysoidaan eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisukäytännön kautta. Rajoittamistoimenpiteiden oikeutusarvioinnissa on huomioitu rikoslain oikeuttamisperusteiden soveltuminen, ja toimenpiteiden yhteensopivuus perusoikeuksien yleisten rajoittamisedellytysten kanssa. Sisällöllisiä vaatimuksia rajoittamistoimenpiteille on haettu rajoittamissääntelyä sisältävistä terveydenhuollon erityislaeista sekä lääketieteellisesti perustellun hoidon kriteereistä. EOA on myös edellyttänyt, että terveydenhuollon organisaatiot ohjeistavat rajoittamistoimenpiteiden käytöstä somaattisessa hoidossa, kun sääntelyä ei ole. Tutkimuksessa analysoidaan sairaanhoitopiireihin kohdistettuna otantana, miten terveydenhuollon organisaatiossa pystytään sääntelemätöntä tilannetta sisäisin viranomaisohjein hallitsemaan. Tutkimusaineiston perusteella rajoittamista tehdään eri terveydenhuollon toimintayksiköissä erilaisin perustein, rajoittamisedellytyksin ja sisällöin, mikä asettaa potilaat valtakunnallisesti epäyhdenvertaiseen asemaan perus- ja ihmisoikeuksien toteutumisen turvaamisen näkökulmasta.

Kolmannessa pääluvussa analysoidaan potilaan itsemääräämisoikeuden ja rajoittamissääntelyn tulevaisuutta, de lege ferenda. Aluksi analysoidaan vuoden 2018

asiakas- ja potilaslakiluonnoksen sääntelymallia mahdollisten ongelmakohtien löytämiseksi. Lakiluonnoksen ratkaisut itsemääräämisoikeuden tukemiseksi ja rajoittamissääntelyksi eivät olleet kaikilta osin toimivia, eivätkä yhteensopivia CRPD:n kanssa. Vertailunäkökulmasta analysoidaan Skandinavian maiden potilaan itsemääräämisoikeutta ja somaattista pakkohoitoa koskevaa sääntelyä. Pakkohoidosta on sääntelyä Tanskassa ja Norjassa, jossa sääntelyn tavoitteena on turvata välttämätön terveydenhuolto potilaalle, rajoittaa pakon käyttöä ja turvata riittävät oikeusturvamekanismit. Sääntely on diagnoosineutraalia ja toimenpiteet intensiteetiltään lievempiä Suomeen verrattuna.

Tutkimuksen johtopäätöksinä todetaan, että perus- ja ihmisoikeusnäkökulmasta somaattista hoitoa koskevalle rajoittamissääntelylle on tarve. Ihmisoikeussääntelystä aiheutuu painetta solidaristisesta perfektionistiseen itsemääräämisoikeusmalliin siirtymiseen, ja jopa sijaispäätöksenteosta ja kompetenssilähtöisestä suostumusopista luopumiseen. Potilaslaki ei teknisesti vaatisi suuriakaan muutoksia ollakseen CRPD-yhteensopiva, mutta muutos käytännön toimintaan olisi huomattava, ja johtaisi ristiriitaan biolääketiedesopimuksen (BLTS) kanssa. Rajoittamissääntelyn osalta ihmisoikeustason normi- ja tulkintaristiriidan kanssa ollaan tilanteessa, jossa CRPD:n tulkintalinjan soveltaminen johtaa Euroopan ihmisoikeussopimuksen (EIS:n) ja BLTS:n loukkaukseen ja päinvastoin. Rajoittamissääntelylle voidaan kuitenkin tutkimuksen perusteella määritellä niin EIS:n ja BLTS:n kuin CRPD:nkin kanssa yhteensopivia tavoitteita ja rajauksia. Normi- ja tulkintaristiriitojen vuoksi laaditaan kaksi rajoittamisääntelymallia: EIS ja BLTS -yhteensopiva päätöksentekokykyyn perustuva malli, ja syrjintäneutraaliuteen pyrkivä CRPD-yhteensopiva malli. Lisäksi tarkastellaan, millaiseen tilanteeseen CRPD-komitean suosittama rajoittamissääntelyn purkaminen johtaisi.

Asiasanat: autonomia, itsemääräämisoikeus, pakkohoito, tahdosta riippumaton hoito, pakkotoimet, potilaat, perusoikeudet, ihmisoikeudet, sairaanhoito, terveydenhuolto, terveysoikeus, lääkintäoikeus

ABSTRACT

Merja Turunen, ID: https://orcid.org/0000-0002-4581-3801
The Limits of the Right to Self-Determination and Restrictions
in the Somatic Care of Adult Patients
Rovaniemi, University of Lapland 2025, 517 pages
Acta electronica Universitatis Lapponiensis 395
ISBN 978-952-337-463-8
ISSN 1796-6310

The current national regulation on involuntary care and restrictive measures does not cover all somatic care situations in which restrictive measures are being used to ensure the safety of a patient or the safety of other people. The objective of this legal study is to answer the question of how the regulatory gap concerning restrictive measures in the somatic care of adult patients could be filled. The concept of restrictive measures is used here in conformity with the Finnish concept 'rajoittaminen', meaning physical, chemical and mechanical restraints and seclusion or isolation, and it is interchangeable with the concept of coercive measures that is common in international usage.

The study consists of three main chapters. The first chapter analyzes the development of regulation on the right to self-determination and restrictive measures from the 20th century to the 1990s. This historical review examines the manifestation and development of the prerequisites for the right to self-determination – consent, decision-making capacity, adequate information, and voluntariness – in medical treatment practice, ethics and regulation. In the absence of regulation on somatic care, the development of regulation on restrictive measures is analyzed through the regulation on communicable diseases, mental health care, substance abuse care, and special care for people with intellectual disabilities that has been in force at the time in question, and through the decisions of the Parliamentary Ombudsman of Finland and supervisory authorities.

The second chapter analyzes the current state of the regulation and application of the limits of and the preconditions for restricting the right to self-determination of adult patients in somatic care. The international human rights treaties and the judgements and decisions issued by their treaty bodies constitute the starting point for the analysis. Traditionally, within the framework of the treaty systems of the Council of Europe and the UN, under certain boundary conditions, imposition of restrictions on the patient's right to self-determination, involuntary treatment,

and application of restrictive measures that interfere with the patient's individual freedom or protection of privacy in health care with the purpose of keeping the patient safe have been approved. After the ratification of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) and following the interpretation of the CRPD Committee, from the human rights perspective, there is pressure towards a transition to the perfectionistic regime of autonomy, and even towards giving up substitute decision making and the competence-based consent doctrine. In addition, regulation on involuntary care and restrictive measures targeted towards persons with disabilities should be abolished, according to the CRPD Committee. Based on the CRPD definition of persons with disabilities, at the human rights level, the prevailing conflict of norms and interpretations influences nationally all current and future regulation on involuntary care and restrictive measures except for the Communicable Diseases Act.

The analysis of the current state continues with discussion on national regulation on fundamental rights, and with Act on the Status and Rights of Patients and special health care legislation that specify the fulfillment of and also concretize the restrictions to fundamental rights. In hierarchy of norms, regulation on fundamental rights is superior to Conventions on Human Rights that are enforced by law. Restrictions on fundamental rights must, however, adhere to the Human Rights Principles. The Patient Act and the current regulation on restrictive measures reflect the competence-based consent doctrine and the solidaristic regime of autonomy. The exercise of the right to self-determination requires that the patient has adequate decision-making capacity. Patients with inadequate decision-making capacity can be protected by using substitute decision-making, an advance directive, based on the emergency treatment provision, or involuntary care protocols. The regulation provided in the Patient Act is not fully compatible with the CRPD.

Involuntary care is regulated in the Mental Health Act, the Communicable Diseases Act, the Substance Abuse Treatment Act, and the Act on Special Care for People with Intellectual Disabilities. As a rule, care is provided to the patient in mutual understanding with him/her, including in involuntary care. Restrictive measures may be applied only if they are necessary to safeguard the life, health or safety of the patient or another person. The current regulation on involuntary care and restrictive measures concerns, with the exception of the Communicable Diseases Act, patients with inadequate decision-making capacity, i.e., persons with a mental or intellectual disability as defined in the CRPD. Considering the prohibition of discrimination in the CRPD and its interpretation, national regulation on involuntary care and restrictive measures constitutes discrimination against persons with disabilities and is, thus, a violation of the Convention.

To address the regulatory gap concerning restrictive measures in somatic care, the current state – the reasons for restriction, the restrictive measures used, and, in the absence of legislation, other applicable regulation – is analyzed through

the decisions of the Parliamentary Ombudsman. In the justification assessment concerning restrictive measures, the applicability of the justification principles in the Criminal Code and the compatibility of the measures with the general preconditions for restricting fundamental rights have been taken into consideration. Substantive requirements for restrictive measures have been sought from special health care regulation on involuntary care and restrictive measures and the criteria of medically justified treatment. The Parliamentary Ombudsman has also recommended that, in the absence of regulation, health care organizations provide internal guidelines on the use of restrictive measures in somatic care. This study, which uses a targeted sample of hospital districts, examines how health care organizations, in the absence of regulation, manage the situation by their internal guidelines. The research data indicate that different health care units employ restrictive measures based on different grounds, different preconditions for restrictions, and different restrictive measures. The Finnish hospital districts' guidelines on restrictions in somatic care cannot guarantee equal implementation and protection of patients' fundamental and human rights in hospitals across the country.

The third chapter addresses the future of the regulation on the patient's right to self-determination and on restrictive measures in somatic care, de lege ferenda. The analysis starts with the former proposal for a new Act on the Rights of Social Welfare Clients and Patients, which was put forward in 2018, in order to examine the regulatory model and to identify potentially problematic points. The solutions put forward in the proposal to support the exercise of and to regulate restrictions on the right to self-determination were not fully practical or compatible with the CRPD. Scandinavian regulation on the patient's right to self-determination and coercive care in somatic care is analyzed from a comparative perspective. There is regulation on coercive treatment in somatic care in Denmark and in Norway, where the regulation aims to ensure provision of necessary health care to the patient, to restrict use of coercive measures, and to ensure adequate legal protection mechanisms. The regulation is neutral in terms of diagnosis and the intensity of the measures is lower compared to Finland.

In conclusion, the study indicates that there is a need for national regulation on involuntary care and restrictive measures in somatic care from the perspective of fundamental and human rights. Human rights regulation exerts pressure to transition from a solidaristic regime of autonomy to a perfectionistic regime of autonomy, and even calls for giving up substitute decision making and the competence-based consent doctrine. In a technical sense, the Patient Act would not require extensive changes to become compatible with the CRPD, but at the level of practice, the changes would be major and would contradict the Convention on Human Rights and Biomedicine. As for regulation on involuntary care and restrictive measures, the conflict of norms and interpretations brings about a situation in which implementation of the interpretation of the CRPD leads to a violation of the European Convention

on Human Rights and the Convention on Human Rights and Biomedicine, and vice versa. However, the study shows that the objectives and scope of regulation on restrictive measures can be determined in such a manner that renders them compatible with the European Convention on Human Rights, the Convention on Human Rights and Biomedicine, as well as the UN CRPD. Given the conflicting norms and interpretations, two models for regulation on restrictive measures are proposed: a model based on decision-making capacity that is compatible with the European Convention on Human Rights and the Convention on Human Rights and Biomedicine, and a model based on non-discrimination that would ensure greater compatibility with the CRPD. In addition, the study discusses the situation that would result from the deregulation on involuntary care and restrictive measures, recommended by the CRPD Committee.

Keywords: autonomy, right to self-determination, coercive measures, coercive treatment, involuntary treatment, patients, fundamental rights, human rights, health care, medical care, health law, medical law

ESIPUHE

Aloitin oikeustieteen opintoni noin 30 vuotta sitten. Alun jälkeen lääketiede vei kuitenkin voiton ja lääkärin työstä tuli urani. Kiinnostus juridiikkaan silti säilyi, ja lopulta sain työn ohessa myös oikeustieteen maisterin opintoni valmiiksi. Oikeustieteen alalla erityisenä kiinnostuksen kohteenani on luonnollisesti ollut terveydenhuollon juridiikka, ammattihenkilöiden velvollisuudet ja potilaan asema ja oikeudet. Ajatus potilaan itsemääräämisoikeutta ja rajoittamista somaattisessa hoidossa koskevaan tutkimukseeni muotoutui pitkäaikaisessa työssäni päivystyspoliklinikalla. Miten toimia vähiten väärin, kun sääntelyä ei ole, mutta potilaan henki ja terveys pitäisi turvata tilanteessa, kun hän ei kykene ymmärtämään omaa tilannettaan ja käyttäytymisensä seurauksia? Millaisia keinoja sääntelyaukon paikkaamiseksi olisi?

Tutkimusmatka on ollut pitkä ja mielenkiintoinen, yllättäväkin. Haluan lämpimästi kiittää ohjaajiani emeritaprofessori Mirva Lohiniva-Kerkelää ja professori Lasse Lehtosta monia oivalluksia herättäneistä huomioistanne ja hienovaraisesta oikeaan suuntaan ohjaamisesta risteyskohdissa. Erityiskiitos Mirvalle kannustuksesta väitöskirjan viimeistelyvaiheessa. Kiitokset hyvistä huomioista myös puolivälintarkastuksen opponentilleni, OTT, VT Irma Pahlmanille.

Kiitän lämpimästi myös väitöskirjani esitarkastajia, professori Eeva Nykästä ja professori Laura Kalliomaa-Puhaa, käsikirjoituksestani antamastanne palautteesta ja esitarkastuksen yhteydessä käymästämme keskustelusta. Arvokkaat ja tarkkanäköiset huomionne auttoivat tekemään väitöskirjastani paremman. Kiitokset Eevalle myös lupautumisesta vastaväittäjäkseni.

Kiitos entisille sairaanhoitopiireille ja sote-organisaatioille mielenkiinnostanne ja rohkeudestanne osallistua tutkimukseeni oikeudellisesti ja yhteiskunnallisesti tärkeässä asiassa. Ilman somaattista hoitoa koskevia rajoittamisohjeitanne tutkimuksestani puuttuisi palanen.

Kotimaiset ja erityisesti ulkomaiset kongressit ovat olleet tutkijanelämän suola. Haluan kiittää tapaamiani kotimaisia ja ulkomaisia tutkijakollegoita mielenkiinnostanne tutkimustani kohtaan. Special thanks to Henriette Sinding Aasen, Bjørn Henning Østenstad and Katharina Ó Cathaoir for your tips concerning regulation on involuntary care and restrictive measures in Scandinavia. Kiitokset Sari Kokkolalle väitöskirjani tiivistelmän kääntämisestä englannin kielelle.

Tämä tutkimus on tehty pääasiassa työn ohessa, vapaa-ajalla ja loma-aikoina. Väitöskirjan viimeistelemiseksi erityisjärjestelyt olivat kuitenkin tarpeen. Kiitos työnantajalleni ja esihenkilöilleni työelämän joustosta, joka mahdollisti väitöskirja-

ni loppuun saattamisen. Kiitokset ystävilleni, ja entisille ja nykyisille työkavereilleni kiinnostuksestanne tutkimustyötäni kohtaan ja kannustuksestanne juuri oikealla hetkellä.

Lämpimin kiitos kuuluu perheelleni, erityisesti puolisolleni ja aikuistuville nuorilleni, kannustuksestanne ja ennen kaikkea kärsivällisyydestänne kuluneina tutkimustyön täyttäminä vuosina. Haluan omasta puolestani kannustaa teitä aikuistuvia nuoriani tiedon hankintaan, uuden oppimiseen, ja harkitsemaan jatkossa mielenkiintoista tutkimusmatkaa kukin omalla alallanne.

Rovaniemellä 23.12.2024

Merja Turunen

SISÄLLYSLUETTELO

TIIVISTELMÄ ... III

ABSTRACT ... VI

ESIPUHE ... X

SISÄLLYSLUETTELO ... XII

KUVA- JA TAULUKKOLUETTELO ... XVI

LYHENTEET ... XVII

I POTILAAN ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUDEN JA RAJOITTAMISSÄÄNTELYN KEHITYS 1900-LUVULLA

1 Johdanto ... 1

1.1 Tutkimuksen tausta ... 1

1.2 Aiemmat tutkimukset ja tutkimuksen rajaukset ... 4

1.3 Tutkimuskysymykset ja tutkimuksen tavoitteet ... 7

1.4 Tutkimusmenetelmänä lainoppi ... 10

1.5 Lähdemateriaali ja aineistot ... 18

1.5.1 Virallislähteet ... 18

1.5.2 Sallitut oikeuslähteet ... 22

2 Suostumus, tietojen antaminen ja tietoinen suostumus lääkintäetiikassa, lääkintäkäytännössä ja lainsäädännössä ... 28

2.1 Suostumus, tietojen antaminen ja tietoinen suostumus lääkintäetiikassa ja -käytännössä ... 28

2.1.1 Kansallinen lääkintäetiikka ja -käytäntö ... 28

2.1.2 Kansainväliset lääkintäetiikan julistukset ... 37

2.2 Suostumus, tietojen antaminen ja tietoinen suostumus lainsäädännössä ... 46

2.2.1 Hallitusmuodon perusoikeudet ... 46

2.2.2 Suostumus, tietojen antaminen ja tietoinen suostumus ennen potilaslakia ... 49

2.2.3 Poikkeukset suostumuksen vaatimuksesta ... 58

2.2.4 Hyvä hoito ja kohtelu ... 65

2.2.5 Potilaan asema ja oikeudet potilaslakiin ... 67

2.3 Yhteenveto potilaan itsemääräämisoikeuden sääntelyn kehityksestä ... 77

3 Rajoittamissääntelyn kehitys ... 82

3.1 Tartuntataudit ... 82

3.2 Alkoholismi ja muut päihdeongelmat ... 88

3.3 Mielisairauksien hoito ... 93

3.3.1 Menettely hoitoon määräämisessä ... 93

3.3.2 Pakon käyttäminen hoidossa ... 97
3.3.3 Poliisin virka-avun käyttäminen mielenterveyslain nojalla toimittaessa ... 102
3.4 Kehitysvammaiset ... 104
3.5 Yhteenveto rajoittamissääntelyn kehityksestä ... 105

II TÄYSI-IKÄISEN POTILAAN ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUDEN RAJAT JA RAJOITTAMISEDELLYTYKSET SOMAATTISESSA HOIDOSSA

4 Itsemääräämisen ja suojelemisen periaate kansainvälisissä ihmisoikeussopimuksissa ... 109
4.1 Ihmisoikeusjärjestelmät, sopimusten tulkintaperiaatteet ja valvonta ... 109
4.2 Tutkimuksen kannalta keskeiset ihmisoikeudet ... 113
4.2.1 Itsemääräämisoikeus ... 113
4.2.2 Henkilökohtainen vapaus ja turvallisuus ... 126
4.2.3 Yksityisyyden ja koskemattomuuden suoja ... 138
4.2.4 Kidutuksen ja epäinhimillisen kohtelun kielto ... 144
4.2.5 Yhdenvertaisuus ja syrjinnän kielto ... 149
4.2.6 Elämän suoja ja oikeus terveydenhuoltoon ... 153
4.3 Ihmisoikeuksien rajoittamisedellytykset valvontaelinten ratkaisukäytännössä ... 154
4.3.1 Laillisuus ... 154
4.3.2 Hyväksyttävä peruste ... 157
4.3.3 Oikeasuhtaisuus ja välttämättömyys ... 162
4.3.4 Riittävät oikeusturvakeinot ... 165
4.4 Yhteenveto kansainvälisistä ihmisoikeuksista ... 172

5 Potilaan itsemääräämisoikeus ja suojeleminen kansallisessa sääntelyssä ... 180
5.1 Itsemääräämisen ja suojeleminen perusoikeussäännöksissä ... 180
5.1.1 Perusoikeuksien velvoittavuus ... 180
5.1.2 Itsemääräämisen ja suojelemisen kannalta keskeiset perusoikeudet ... 183
5.1.3 Perusoikeuksien rajoittaminen ... 186
5.1.4 Perusoikeuskollisioiden ratkaiseminen ... 194
5.2 Potilaan itsemääräämisoikeus ... 195
5.2.1. Päätöksentekokyky ... 195
5.2.2 Riittävät tiedot ... 201
5.2.3 Vapaaehtoisuus ... 204
5.2.4 Tietoon perustuva suostumus ... 206
5.3 Päätöksentekokyvyttömän potilaan itsemääräämisoikeus ja suojeleminen ... 209
5.3.1 Sijaispäättäjä ... 209
5.3.2 Hoitotahto ... 216
5.3.3 Kiireelliset tilanteet ... 219
5.3.4 Tahdosta riippumaton hoito mielenterveyslaissa, päihdehuoltolaissa, laissa kehitysvammaisten erityishuollosta ja tartuntatautilaissa ... 221
5.4 Yhteenveto itsemääräämisoikeutta ja rajoittamistoimenpiteitä koskevasta sääntelystä ... 234

6 Rajoittaminen täysi-ikäisen potilaan somaattisessa hoidossa eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisukäytännössä ... 239
6.1 Rajoittamisen taustasyyt, perusteet ja oikeuttaminen ... 239
6.1.1 Taustasyyt rajoittamiselle ... 239
6.1.2 Rajoittamisen perusteet ... 241
6.1.3 Rajoittamisen oikeuttamisperusteena pakkotila, hätävarjelu tai potilaan suostumus ... 244
6.2 Perusoikeuksien rajoittaminen ratkaisukäytännössä ... 249
6.2.1 Henkilökohtaisen vapauden, koskemattomuuden ja turvallisuuden rajoittaminen sekä epäinhimillinen kohtelu ... 249
6.2.2 Yksityisyyden suojan rajoittaminen ... 262
6.2.3 Yhdenvertaisuuden ja syrjimättömyyden suojan rajoittaminen ... 270
6.2.4 Työturvallisuus ja turvallisuusalan henkilöstön toimilupa ja valtuudet ... 271
6.3 Oikeusturvaa, mutta millä edellytyksillä? ... 275
6.3.1 Potilasasiakirjamerkinnät potilaan ja henkilökunnan oikeusturvan takeena ... 275
6.3.2 Oikeudenloukkausten hyvittämisesitykset perus- ja ihmisoikeusloukkauksista ... 277
6.4 Rajoittamistoimenpiteiden arviointi perus- ja ihmisoikeuksien rajoittamisedellytysten näkökulmasta oikeusasiamiehen ratkaisukäytännössä ... 282

7 Sairaanhoitopiirien ohjeet rajoittamisesta somaattisessa hoidossa ... 287
7.1 Rajoittamisen lähtökohdat sairaanhoitopiirien ohjeissa ... 287
7.1.1 Rajoittamisen taustasyyt ja perusteet ... 287
7.1.2 Rajoittamisedellytykset ... 293
7.1.3 Rajoittamisen oikeuttaminen: suostumus, potilaan etu ja rikoslain oikeuttamisperusteet ... 298
7.2 Suoja-, turva- ja rajoittamistoimenpiteet somaattisessa hoidossa ... 301
7.2.1 Suojaa, turvaa vai rajoittamista? ... 301
7.2.2 Henkilökohtaisen vapauden ja koskemattomuuden rajoittaminen, turvallisuus ... 304
7.2.3 Yksityisyyden suojan rajoittaminen ... 313
7.2.4 Työturvallisuus ... 318
7.3 Päätöksentekomenettely ja oikeussuoja ... 320
7.3.1 Päätöksentekomenettely, kuuleminen ja kirjaaminen ... 320
7.3.2 Jälkikäteisarvio, oikeussuojakeinot ja raportointi ... 325
7.4 Yhteenveto ohjeista perusoikeuksien rajoittamisedellytysten ja eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisukäytännön näkökulmasta ... 327

III TÄYSI-IKÄISEN POTILAAN ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUDEN JA RAJOITTAMISSÄÄNTELYN TULEVAISUUS – DE LEGE FERENDA

8 Vuoden 2018 asiakas- ja potilaslakiluonnoksen keskeiset itsemääräämisoikeutta ja rajoittamistoimenpiteitä somaattisessa hoidossa koskevat ehdotukset ... 332
8.1 Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen ... 332
8.1.1 Potilaan etu ... 332
8.1.2 Potilaan päätöksenteon tukeminen ... 335
8.1.3 Hoitotahto ... 338

8.1.4 Palvelun järjestäjän ja tuottajan velvollisuudet itsemääräämisoikeuden vahvistamiseksi ... 341
8.2 Rajoittamistoimenpiteet somaattisessa hoidossa ... 347
8.2.1 Rajoittamissääntelyn tavoitteet, soveltamisala, rajoittamisen määritelmä ja kohderyhmä ... 347
8.2.2 Rajoittamisperusteet ja -edellytykset ... 350
8.2.3 Rajoittamistoimenpiteet täysi-ikäisen potilaan somaattisessa hoidossa ... 354
8.2.4 Rajoittamistoimenpiteiden käyttämisen jälkeen terveydenhuollossa tehtävät toimenpiteet ... 363
8.2.5 Henkilöstön työturvallisuus ja toimivalta ... 365
8.3 Päätöksenteko ja potilaan oikeusturva ... 368
8.3.1 Päätöksenteko ... 368
8.3.2 Potilaan oikeusturva ... 374
8.4 Yhteenveto lakiluonnoksesta ... 378

9 Potilaan suostumuksen ja rajoittamistoimenpiteiden sääntely somaattisessa hoidossa Skandinavian maissa ... 387
9.1 Terveydenhuoltolainsäädännön systematiikasta ... 387
9.2 Potilaan suostumus hoidon luvallisuuden edellytyksenä ... 390
9.2.1 Päätöksentekokyky ... 390
9.2.2 Tiedonsaantioikeus ja vapaaehtoisuus ... 393
9.2.4 Tilanteet, kun potilas ei kykene antamaan suostumustaan ... 395
9.3 Pakon käyttö somaattisessa hoidossa ... 401
9.3.1 Pakon määritelmä, sääntelyn tavoitteet, soveltamisala ja kohderyhmät ... 401
9.3.2 Pakkotoimenpiteet ... 405
9.3.3 Perusteet ja edellytykset pakon käytölle ... 408
9.4 Päätöksenteko ja oikeusturvakeinot ... 412
9.4.1 Päätöksentekijä pakkohoidosta ja rajoittamistoimenpiteistä päätettäessä ... 412
9.4.2 Pakkohoitoa ja -toimenpiteitä koskevien päätösten muotoseikat ... 414
9.4.3 Oikeusturvakeinot pakkohoidon ja -toimenpiteiden yhteydessä ... 416
9.5 Ihmisoikeuksien rajoittamisperiaatteet ja vammaissopimus pohjoismaisessa pakkohoitosääntelyssä ... 419
9.5.1 EIS:n ja EIT:n ihmisoikeuksien rajoittamisperiaatteet pohjoismaisessa pakkohoitosääntelyssä ... 419
9.5.2 Vammaissopimus, päätöksenteko ja rajoittaminen Tanskan ja Norjan sääntelyn kannalta ... 422

10 Johtopäätökset ... 428
10.1 Muutoksen lähteillä ... 428
10.2 Demokraattisen oikeusvaltion itsemääräämisstandardi ... 433
10.3 Rajoittamissääntelyn vaikeus ... 441
10.3.1 Lähtökohdat ... 441
10.3.2 Päätöksentekokykyyn perustuva sääntelymalli ... 454
10.3.3 Syrjintäneutraali CRPD:n mukainen malli? ... 459
10.4 Salus aegroti suprema lex ... 465

LÄHTEET ... 471

KUVA- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuva 1: Päätöksentekokyky ja sen vaihtelu 198
Kuva 2: Potilaan itsemääräämisoikeus, ratkaisut pätevän suostumuksen puuttumiseen ja tahdosta riippumaton hoito potilaslain ja muiden terveydenhuollon erityislakien nojalla 234
Kuva 3: Rajoittamissääntelyn soveltamisalan rajanvetokysymykset 446
Kuva 4: Päätöksentekokykyyn perustuva sääntelymalli 457
Kuva 5: CRPD-yhteensopiva sääntelymalli? 463

LYHENTEET

A	Asetus
Art.	Artikla
AVI	Aluehallintovirasto
BLTS	Yleissopimus ihmisoikeuksien ja ihmisarvon suojaamiseksi biologian ja lääketieteen alalla, ns. biolääketiedesopimus
DNR	Do not resuscitate, päätös elvyttämättä jättämisestä
CAT	UN Committee Against Torture (YK:n kidutuksen vastainen komitea)
CCPR	UN Convention on civil and political rights (YK:n KP-sopimus)
CRPD	UN Convention on the Rights of People with Disabilities (YK:n vammaissopimus)
EAOA	Eduskunnan apulaisoikeusasiamies
EIS	Euroopan ihmisoikeussopimus
EIT	Euroopan ihmisoikeustuomioistuin
EOA	Eduskunnan oikeusasiamies
ETENE	Terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta
EU	Euroopan unioni
HE	Hallituksen esitys
HM	Hallitusmuoto
HOL	Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven)
KehVammaL	Laki kehitysvammaisten erityishuollosta, kehitysvammalaki
KHO	Korkein hallinto-oikeus
KKO	Korkein oikeus
KM	Komiteamietintö
KP-sopimus	Kansalaisoikeuksia ja poliittisia oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus
L	Laki
LBK	Lovbekentgjørelse
LKH	Lääkintöhallitus
LSF	Lovforslag som fremsat
MSA	Mielisairasasetus
MSL	Mielisairaslaki
MTL	Mielenterveyslaki

NOU	Norges offentlige utredninger
OPCAT	Optional Protocol to the Convention against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment
Ot. prp.	Odelstingsproposisjon
PBRL	Pasient- og brukerrettighetsloven
PeVL	Perustuslakivaliokunnan lausunto
PeVM	Perustuslakivaliokunnan mietintö
PHL	Päihdehuoltolaki
PL	Perustuslaki
PotL	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, potilaslaki
Prop.	Proposisjon
PTA	Pitalitautiasetus
PTL	Pitalitautilaki
SFS	Svensk författningssamling
SOU	Statens offentliga utredningar
SPL	Sukupuolitautilaki
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
StVL	Sosiaali- ja terveysvaliokunnan lausunto
StVM	Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintö
TBL	Tuberkuloosilaki
TervHL	Terveydenhoitolaki (historiallinen)
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
TSS-sopimus	Taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus
TTL	Tartuntatautilaki
UN	United Nations (YK)
Valvira	Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto
VANE	Vammaisneuvosto
WMA	World Medical Association
YK	Yhdistyneet kansakunnat
YTL	Laki yksityisistä turvallisuuspalveluista

I POTILAAN ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUDEN JA RAJOITTAMISSÄÄNTELYN KEHITYS 1900-LUVULLA

1 Johdanto

1.1 Tutkimuksen tausta

Potilaan itsemääräämisoikeus on potilaslain (785/1992) keskeisin periaate. Itsemääräämisoikeus tarkoittaa sitä, että potilaan suostumus on hoidon luvallisuuden edellytys, ja että potilaalla on oikeus kieltäytyä hänelle suunnitellusta hoidosta ja hoitotoimenpiteestä tai jo aloitetusta hoidosta.[1] Itsemääräämisoikeus on ja tulee olemaan oikeuden megatrendi vielä vuosikymmeniä.[2] Itsemääräämisoikeuden periaate vaikuttaa monilla oikeudenaloilla, esimerkiksi sopimusoikeudessa, rikosoikeudessa, hallinto-oikeudessa, valtiosääntöoikeudessa ja lääkintäoikeudessa.[3] Periaatteella on myös monta yhteiskunnallista tasoa henkilöoikeudessa eri elämänaloilla vaikuttavasta itsemääräämisoikeudesta ihmisryhmän, kuten alkuperäiskansan, itsemääräämisoikeuteen, kansallisvaltioiden suvereniteettiin ja ylikansallisten valtioliittojen, kuten Euroopan unionin, itsemääräämisoikeuteen.

Potilaslaki sisältää potilaan itsemääräämisoikeutta turvaavan sääntelyn lisäksi potilaan itsemääräämisoikeutta rajaavaa sääntelyä: se rajaa hoitovaihtoehdot lääketieteellisesti perusteltuihin hoitovaihtoehtoihin, oikeuttaa kiireellisen hoidon antamisen sekä sijaispäättäjän käytön tai potilaan edun mukaisen hoitamisen potilaan ollessa kyvytön ymmärtämään terveydentilaansa ja hoitoaan koskevia asioita sekä käyttäytymisensä seurauksia.[4] Potilaan aiemmin ilmaisema vakaa ja pätevä hoitotahto saa silti etusijan kiireellisen hoidon antamisvelvoitteeseen ja sijaispäättäjän suostumukseen sekä potilaan edun mukaiseen hoitamiseen nähden.[5] Potilaslaissa ei kuitenkaan ole säännelty täysi-ikäisen potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista somaattisessa hoidossa perusoikeuksien rajoittamiselta edellytettävällä tarkkarajaisuudella ja täsmällisyydellä.[6]

1 Pahlman 1997, s. 815.
2 Karhu 2021.
3 Vastaavasti Rynning 1994, s. 167. Lääkintäoikeuden kanssa osin rinnakkaisia käsitteitä ovat terveysoikeus ja hyvinvointioikeus.
4 L potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 6.2§ ja 7§.
5 PotL 6 ja 8 §:t.
6 EOA 14.4.2009 dnro 1073/2/07.

Varsinaista potilaan tahdosta riippumatonta hoitoa ja rajoittamistoimenpiteitä koskevaa sääntelyä sisältyy mielenterveyslakiin (1116/1990, myöhemmin MTL), tartuntatautilakiin (1227/2016, myöhemmin TTL), päihdehuoltolakiin (41/1986, myöhemmin PHL) ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain (591/1977, myöhemmin KehVammaL) 3a-lukuun (381/2016). Tahdosta riippumattomassa hoidossakin potilaan itsemääräämisoikeuden toteuttaminen ja potilaan tahdon mukaan hoitaminen on pääsääntö, ja rajoittaminen ja potilaan edun mukaan hoitaminen poikkeus, johon täytyy olla perusteet.[7] Rajoittamisperusteina voimassa olevassa sääntelyssä on pääasiassa potilaan sairauden paheneminen tai potilaan tai muun henkilön hengen, terveyden tai turvallisuuden vaarantuminen.[8] Rajoittamistoimenpiteiden tavoitteena on varmistaa välttämättömän terveydenhuollon antaminen potilaan edun mukaisesti tilanteissa, kun potilas ei kykene päättämään asioistaan eikä ymmärtämään toimintansa seurauksia.[9]

Suomessa somaattisen terveydenhuollon yksiköissä on esiintynyt yleisesti tilanteita, joissa täysi-ikäisen potilaan itsemääräämisoikeutta on jouduttu rajoittamaan. Potilas on esimerkiksi hoitotilanteessa väkivaltainen, rauhaton tai sekava, jolloin terveydenhuollon toimintayksikön henkilökunta on joutunut turvautumaan potilaan itsemääräämisoikeutta rajoittaviin toimenpiteisiin joko potilaan oman tai toisen henkilön terveyden tai turvallisuuden takaamiseksi ilman lakiin perustuvaa oikeutta. Näillä toimenpiteillä tarkoitetaan potilaan eristämistä, potilaan omaisuuden haltuunottoa, potilaan sitomista ja potilaan lääkitsemistä vastoin hänen tahtoaan tai tilanteessa, jossa hänen tahtoaan ei saada selville.[10] Voimassa oleva potilaan itsemääräämisoikeutta ja muita oikeuksia rajoittava sääntely kattaa tosiasialliset somaattisessa terveydenhuollossa esiintyvät tilanteet vain osittain. Lain tasoisen sääntelyn puuttuessa rajoittamistoimenpiteitä on jouduttu perustelemaan viranomaisten, myös ylimpien laillisuusvalvojien, ratkaisukäytännössä rikoslain (39/1889) hätävarjelua ja pakkotilaa koskevin säännöksin.[11]

Rajoittamistoimenpiteitä käytetään kansallisen ja kansainvälisen kirjallisuuden mukaan somaattisessa hoidossa hyvin erilaisissa hoitotilanteissa: tehohoidossa[12],

7 HE 13/2016 vp., s. 1 ja 22 (TTL); HE 201/1989 vp., s. 13 ja 15 sekä MTL 4a:22b-22c §:t; PHL 10 ja 16 §:t ja HE 246/1984 vp., s. 6; sekä KehVammaL 3a:42j.1 §.

8 PHL 10 §, MTL 4a:22a-j §:t sekä HE 113/2001 vp., s. 17-18; KehVammaL 3a:42d § (381/2016). TTL:ssa perusteena rajoittamistoimille on yleisvaarallisen tartuntataudin leviämisen estäminen. TTL (1227/2016), HE 13/2016 vp., s. 56-57.

9 KehVammaL 3a:42d § (381/2016), HE 113/2001 vp., s. 23-24 (MTL 4a-luku). TTL:ssa perusteena rajoittamistoimille on yleisvaarallisen tartuntataudin leviämisen estäminen. TTL 1227/2016, HE 13/2016 vp., s. 56-57. PHL on vanha laki, eikä siinä tai sen esitöiden perusteluissa vielä ollut yhtä vahvaa perus- ja ihmisoikeuskytkentää potilaan oikeudesta hoitoon, kuin myöhemmissä terveydenhuollon rajoittamistoimenpiteitä koskevissa laeissa.

10 EOA 14.4.2009 dnro 1073/2/07.

11 EOA 14.4.2009 dnro 1073/2/07 sekä Rikoslaki 19.2.1889/39, 4-luku (13.6.2003/515) 4-5§:t.

12 Jöbges – Biller-Adorno 2021. Jöbges ym. 2022.

muussa akuutissa sairaalahoidossa[13], vanhusten laitoshoidossa[14] ja ensihoidossa[15]. Somaattista hoitoa koskeva rajoittamissääntelyn puute on jokapäiväinen ongelma paitsi potilaan myös terveydenhuollon ammattihenkilön oikeusturvan kannalta. Ongelma ei ole uusi. Sosiaali- ja terveysministeriössä (STM) on vuonna 2001 teetetty selvitys huolenpidon turvaamiseksi välttämättömistä pakotteista sosiaali- ja terveydenhuollossa, jossa kylläkin varsinaisiin terveyden ja sairaanhoitotoimenpiteisiin liittyvät pakotteet rajattiin selvityksen ulkopuolelle.[16] Eduskunnan oikeusasiamies on myös kiinnittänyt sääntelyn puuttumiseen huomiota ja esittänyt Sosiaali- ja terveysministeriölle lainsäädännön täsmentämistä vuosina 2007 ja 2009.[17] Potilaan itsemääräämisoikeutta ja sen rajoittamista koskeva lakiuudistus on ollut vireillä vuonna 2014, mutta uudistus raukesi vaalikauden päättyessä.[18] Tuorein rajoittamissääntelyä sisältänyt lakiehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilaslaiksi oli lausuntokierroksella kesällä 2018, mutta lainvalmistelu keskeytettiin lausuntokierroksen jälkeen. Vuonna 2021 perustettiin asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisen seurantaryhmä (toimikausi 1.9.2021-31.12.2023), ja lainsäädännön valmistelu päätettiin vaiheistaa asian laajuuden vuoksi.[19] Tällä hetkellä STM:n asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisen tiekartassa itsemääräämisoikeus somaattisessa hoidossa sekä rajoitustoimenpiteiden, oikeussuojakeinojen ja valvonnan kokonaistarkastelu ajoittuvat vuosille 2023-2027.[20]

Tutkimuksessa tarkastellaan täysi-ikäisen potilaan itsemääräämisoikeuden rajoja ja rajoittamista somaattisessa hoidossa. Aiheen valintaan on oleellisesti vaikuttanut tutkijan pitkäaikainen työskentely lääkärinä päivystyspoliklinikalla. Päivystyspoliklinikoilla rauhattomien, sekavien ja joskus väkivaltaistenkin potilaiden kohtaaminen ja näihin kohtaamisiin liittyvät itsemääräämisoikeutta, sen rajoja ja rajoittamista koskevat pohdinnat ovat paitsi tutkijan työkokemuksen myös eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisukäytännön valossa arkipäivää.

13 Siegrist-Dreier ym. 2022.

14 Saarnio 2009, s. 55-64. Hoppania ym. 2017, s. 234-235, ja alaviite 1.

15 Bergem ym. 2024.

16 STM 2001:33, s. 9.

17 Ks. EOA 29.5.2007 dnro 1794/2/07, jossa oikeusasiamies Paunio nostaa esiin elvytyskieltopäätöksiin liittyvän ongelmatiikan suhteessa Potilaslain (785/1992) 6.3 §:n sisältöön ja esittää säännöksen täsmentämistä STM:lle sekä EOA 14.4.2009 dnro 1073/2/07, jossa oikeusasiamies Paunio esittää STM:lle lainsäädäntöä täsmennettäväksi nimenomaan somaattisessa terveydenhuollon yksikössä käytettävien rajoitustoimenpiteiden osalta.

18 HE 108/2014 vp.

19 Asettamispäätös STM081:00/2021.

20 www.stm.fi/documents. Tiekartta on suunnitelma jatkovalmistelun pohjaksi.

1.2 Aiemmat tutkimukset ja tutkimuksen rajaukset

Tutkimus sijoittuu hyvinvointioikeuden kokonaisuuteen, ja tässä kokonaisuudessa se edustaa terveysoikeuden alaa. Tutkimuksen keskiössä on potilaan aseman ja oikeuksien, perus- ja ihmisoikeuksien toteutumisen ja terveydenhuollon ammattihenkilön aseman ja toiminnan tarkastelu terveydenhuollossa aihepiirin kannalta relevantein osin. Potilaan aseman ja oikeuksien sekä julkisen vallan toimintavelvoitteiden tarkastelun voidaan myös nähdä sijoittuvan sekä yksityisoikeuden, materiaalisen henkilöoikeuden, että julkisoikeuden alaan.[21] Potilaan itsemääräämisoikeuden tarkastelu oikeudellisessa diskurssissa on lähtenyt kotimaisessa oikeuskirjallisuudessa liikkeelle rikosoikeudellisena tarkasteluna ammattihenkilön vastuun näkökulmasta, ja kehittynyt sopimusoikeudellisen ja hallinto-oikeudellisen tarkastelun kautta lääkintäoikeudelliseksi tarkasteluksi. Inkeri Anttila tarkasteli potilaan suostumusta hoidon luvallisuuden edellytyksenä rikosoikeudellisen loukatun suostumus -oppia käsittelevän väitöskirjatutkimuksensa osana 1940-luvulla.[22] Aaro Ahtee käsitteli puolestaan potilaan tahdosta riippumatonta hoitoa hallinto-oikeudellisena vapaudenriistona vuonna 1950 julkaistussa väitöskirjatyössään.[23] Rainer Oesch analysoi 1979 julkaistussa väitöstutkimuksessaan lääkärin vahingonkorvausvastuuta ja sen kattamista vakuutuksin sopimusoikeudellisesta näkökulmasta.[24] Raimo Lahti on jatkanut 1970–1980-luvuilla suostumusopin kehittelyä useissa julkaisuissaan ja vaikuttanut merkittävästi potilaslain valmisteluun sekä lääkintäoikeuden alan kehittymiseen.[25] Tietoisen suostumuksen periaatteen amerikkalaista historiaa on tarkasteltu mm. Fadenin ja Beauchampin 1980-luvun tutkimuksessa, ja eurooppalaista historiaa 2018 julkaistussa Hostiucin ja Budan toimittamassa tietoisen suostumuksen periaatteen historiateoksessa.[26] Lasse Lehtonen on tarkastellut 1985 artikkelissaan ilman potilaan suostumusta ja siihen oikeuttavaa lain säännöstä annettavaa hoitoa.[27] Ahti Saarenpää on käsitellyt potilaan oikeuksien ja potilasoikeuden kehitystä henkilöoikeudellisista lähtökohdista kirjoituksissaan 1990–2000-lukujen vaihteessa.[28]

Vuosituhannen vaihteen ja 2000-luvun alun lääkintäoikeudellisissa tutkimuksissa potilaan itsemääräämisoikeutta ja sen rajoja on tarkasteltu eri näkökulmista. Vuosituhannen vaihteessa tutkimuksessa painottui potilaan itsemääräämisoikeuden tarkastelu. Elisabeth Rynningin väitöskirja vuodelta 1994 tarkasteli potilaan suos-

21 Saarenpää 1997, s. 267-272.
22 Anttila 1944 ja 1946. Saarenpää 2000, s. 26.
23 Ahtee 1950.
24 Oesch 1977.
25 Pahlman 2003, s. 19.
26 Faden ym. 1986. Hostiuc – Buda 2018.
27 Lehtonen 1985.
28 Saarenpää 1997. Saarenpää 2000.

tumusta diagnostisiin tutkimuksiin ja hoitoon Ruotsin silloisen lainsäädännön ja perus- ja ihmisoikeuksien näkökulmasta.[29] Norjassa vastaavan tarkastelun toteutti Henriette Sinding Aasen 1998 julkaistussa väitöstutkimuksessaan.[30] Irma Pahlmanin potilaan itsemääräämisoikeutta tarkastelevassa väitöstutkimuksessa vuodelta 2003 luodaan laaja yleiskuva potilaan itsemääräämisoikeudesta kaikissa ikäryhmissä. Tutkimuksessa käydään perinpohjaista tarkastelua potilaan itsemääräämisoikeuden rajoista potilaslain ja perus- ja ihmisoikeuksien näkökulmasta, mutta itsemääräämisoikeuden rajoittamisedellytykset tai tahdosta riippumaton hoito eivät varsinaisesti sisälly tarkasteluun.[31] Salla Lötjönen on tarkastellut väitöskirjassaan lääketieteellisen tutkimuksen kohteena olevan henkilön itsemääräämisoikeutta perus- ja ihmisoikeuskytkentöineen.[32] Alaikäisen potilaan itsemääräämisoikeuteen liittyviä kysymyksiä on pohtinut mm. Kirsi Pollari, jonka näkökulma painottui lapsipotilaan päätöksentekokyvyn arviointiin.[33] Viime aikoina suosittu tutkimuskohde on ollut potilaan päätöksentekokyvyn arviointi, niin kotimaisessa kuin ulkomaisessakin kirjallisuudessa.[34]

Tahdosta riippumatonta hoitoa ja rajoittamista koskevan sääntelyn osalta tarkastelua on aiemmin tehty kulloinkin voimassa olevan sääntelyn näkökulmasta. Lehtonen on tarkastellut 2001 julkaistun väitöstutkimuksensa osana potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista pakkohoitosuhteena voimassa olleen tahdosta riippumatonta hoitoa koskevan sääntelyn kautta.[35] Potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen nimenomaan somaattisessa hoidossa on saanut kotimaisissa tutkimuksissa vain vähän huomiota, todennäköisesti juuri sääntelyn puutteen vuoksi. Anna Mäki-Petäjä-Leinonen on tarkastellut dementoituvan henkilön oikeudellista asemaa koskevan väitöstutkimuksensa osana muutamin esimerkein täysi-ikäisen dementiapotilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista laitoshoidossa perus- ja ihmisoikeusnäkökulmasta tilanteissa, kun kirjoitettua lakia ei ole.[36]

Tämän tutkimuksen fokus on somaattisessa hoidossa olevan täysi-ikäisen potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisessa. Samalla tarkastellaan tutkimusaineistosta esiin nousseita itsemääräämisoikeuden rajanvetokysymyksiä. Somaattisella hoidolla tarkoitetaan ruumiillisen sairauden hoitoa erotuksena psykiatrisesta hoidosta. Vaikka ihminen ja hänen terveydentilansa on ruumiin ja mielen, sooman ja psyyken, käsittävä kokonaisuus, tarkastelu rajataan somaattiseen hoitoon sen vuoksi, että mielenterveyslaissa on jo olemassa kattavaa sääntelyä psykiatrisessa

29 Rynning 1994.
30 Sinding Aasen 2000 on väitöskirjasta muokattu ja päivitetty teos.
31 Pahlman 2003.
32 Lötjönen 2004 b.
33 Pollari 2019.
34 Esimerkiksi Pollari 2019. Litin'ska 2018.
35 Lehtonen 2001, s. 102-137.
36 Mäki-Petäjä-Leinonen 2003, s. 55-85.

hoidossa käytettävistä rajoittamistoimenpiteistä, kun taas somaattista hoitoa koskeva rajoittamissääntely puuttuu tartuntatauteja ja päihdehuoltolain ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain mukaista pakkohoitoa lukuun ottamatta. Tässä tutkimuksessa mielenkiinto kohdistuu somaattisessa hoidossa sovellettavaan rajoittamiseen erityisesti sääntelyaukon osalta. Psykiatrista hoitoa koskeva mielenterveyslain mukainen rajoittamissääntely liittyy kuitenkin osittain tutkimuksen alaan, sillä somaattisen terveydenhuollon yksiköissä tehdään mielenterveyslain edellyttämää arviointia tarkkailulähetteen tarpeesta, ja mielenterveyslain mukaan tarkkailuun otettua tai tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättyä potilasta voidaan hoitaa myös somaattisella vuodeosastolla potilaan terveydentilan niin vaatiessa. Toisaalta oikeusasiamiehen ratkaisukäytännössä on haettu somaattisen hoidon osalta sääntelemättömiin rajoittamistilanteisiin kriteereitä mm. mielenterveyslain rajoittamissäännöksistä.

Potilaalla tarkoitetaan tutkimuksessa potilaslain 2 §:n mukaisesti terveyden- ja sairaanhoitopalveluita käyttävää tai muuten niiden kohteena olevaa henkilöä. Terveyden- ja sairaanhoidolla puolestaan tarkoitetaan potilaan terveydentilan määrittämiseksi tai terveyden palauttamiseksi tai ylläpitämiseksi tehtäviä toimenpiteitä, joita terveydenhuollon ammattihenkilöt suorittavat, tai joita suoritetaan terveydenhuollon toimintayksikössä. Terveydenhuollon toimintayksiköllä tarkoitetaan mm. terveyskeskusta, sairaalaa ja yksityisiä terveydenhuollon palveluita tuottavia yksiköitä. Tutkimuksessa keskitytään kuitenkin tarkastelemaan aihetta yksinomaan julkisen terveydenhuollon näkökulmasta siksi, että julkisen vallan käyttö, eli jonkun edusta, oikeudesta tai velvollisuudesta päättäminen, josta mm. rajoittamistoimenpiteissä on kyse, on pääsääntöisesti mahdollista vain viranomaistoiminnassa ja virkavastuulla toimittaessa, eli julkisessa terveydenhuollossa. Sosiaalihuollon toiminta ja sääntely eivät sisälly tutkimuksen alaan, mutta päihdehuoltolain ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain rajoittamissääntely sivuaa somaattista hoitoa, ja huomioidaan esimerkkinä voimassa olevasta sääntelystä.

Täysi-ikäisellä potilaalla tarkoitetaan kaikkia ikänsä puolesta täysivaltaisia, Suomessa lain mukaan 18 vuotta täyttäneitä, potilaita. Täysi-ikäisyys ei kuitenkaan tarkoita samaa kuin oikeustoimikelpoisuus tai päätöksentekokykyisyys. Täysi-ikäisen pysyvästi tai tilapäisesti päätöksentekokyvyttömän potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen, sen rajaukset ja rajoittamisedellytykset suojelutarkoituksineen ovat tämän tutkimuksen ydinaluetta. Alaikäisen itsemääräämisoikeutta ja sen rajoja ja rajoittamisedellytyksiä koskeva tarkastelu lapsioikeudellisine kysymyksineen rajataan tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Rajauksen tarkoitus on yksinkertaistaa tutkimusasetelmaa. Alaikäisten itsemääräämisoikeuteen liittyviä kysymyksiä on myös viime vuosina tutkittu.[37]

37 Esimerkiksi Pollari 2019.

Itsemääräämisoikeuden rajoilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa potilaslakiin kirjattuja potilaan itsemääräämisoikeutta rajaavia säännöksiä päätöksentekokykyisen potilaan lääketieteellisesti perustelluista hoitovaihtoehdoista päätöksentekokyvyttömän potilaan kiireellisen hoidon antamiseen ja sijaispäättäjän käyttöön tilanteissa, kun potilas ei kykene ymmärtämään tilannettaan tai toimintansa seurauksia. Rajoittamisella taas tarkoitetaan konkreettisia voimassa oleviin erityislakeihin kirjattuja tai ilman lain säännöstä somaattisessa hoidossa potilaan tahdosta riippumatta toteutettuja varsinaisia rajoittamistoimenpiteitä. Rajoittamistoimenpiteitä ovat mm. eristäminen, sitominen, lääkitseminen potilaan tahdosta riippumatta, poistumisen estäminen ja muut liikkumisvapauden rajoitukset. Rajoittamista koskeva terminologia ei kuitenkaan ole yhtenäistä. Kirjallisuudessa ja tutkimusaineistossa käytetään termejä pakkohoito ja tahdosta riippumaton hoito; sekä pakon käyttö, pakkotoimenpiteet, rajoittamistoimenpiteet ja suojatoimenpiteet. Erityisesti skandinaavisessa sääntelyssä käytetään pakon käsitettä. Suomessa taas terminologiaa on viime aikoina pyritty viemään kauemmas itse asiasta. Eri termeillä tarkoitetaan kuitenkin lähtökohtaisesti samoja asioita, vaikka joitakin intensiteettieroja esiintyykin. Tässä tutkimuksessa näitä käsitteitä käytetään aineistoista johtuen rinnakkain, toistensa synonyymeinä.

1.3 Tutkimuskysymykset ja tutkimuksen tavoitteet

Tutkimuksen tavoitteena on vastata kysymykseen, millä keinoin somaattisessa hoidossa olevan potilaan rajoittamista koskeva kansallinen sääntelyaukko voitaisiin paikata. Tutkimuskysymykseen vastaamiseksi tutkimuksessa analysoidaan täysi-ikäisen potilaan itsemääräämisoikeuden rajoja ja rajoittamisedellytyksiä seuraavien tarkentavien kysymysten avulla.

Jotta lainsäädännön nykytilan ymmärtäminen olisi mahdollista, täytyy tuntea potilaan tietoisen suostumuksen edellytysten ja rajoittamissääntelyn historiallinen kehityskaari. Tutkimuksen ensimmäisessä osassa, historiakatsauksessa, luvussa 2 tavoitteena on vastata kysymyksiin, miten itsemääräämisoikeuden edellytykset: suostumus, päätöksentekokyky, riittävät tiedot ja vapaaehtoisuus, ovat ilmenneet ja kehittyneet lääkintäkäytännössä, -etiikassa ja sääntelyssä. Luvussa analysoidaan itsemääräämisoikeuden edellytysten ja rajoittamisedellytysten kehitystä 1900-luvun alusta 1990-luvulle lääkintäetiikan, perusoikeuksien, tavanomaisen oikeuden, terveydenhuollon erityislainsäädännön ja valvontaviranomaisten ohjeiden ja ratkaisujen kautta. Lisäksi luvussa 3 tavoitteena on vastata kysymykseen, miten rajoittamissääntely on kehittynyt rajoittamisedellytysten: laillisuuden, sääntelyn täsmällisyyden ja tarkkarajaisuuden, hyväksyttävien perusteiden, oikeasuhtaisuuden ja välttämättömyyden sekä oikeusturvatakeiden näkökulmasta. Somaattista hoitoa koskevan sääntelyn puuttuessa rajoittamissääntelyn kehitystä analysoidaan kulloinkin voimassa

olleen tartuntatauteja, mielisairauksia ja päihdehuoltoa koskevan rajoittamissäänTelyn kautta. Kehitysvammaisten hoidossa sovellettavaa sääntelyä ei vielä tuolloin ollut. Historiakatsauksessa perusoikeuksiin paneudutaan vain hallitusmuodon perusoikeussäännösten osalta, ja muu perus- ja ihmisoikeuksien tarkastelu on toiston välttämiseksi sijoitettu lainsäädännön nykytilaa koskevaan lukuun.

Tutkimuksen toisessa osassa keskitytään nykytilan analysointiin. Nykytilan osalta tutkimuksessa analysoidaan, millä edellytyksillä ja missä tilanteissa täysi-ikäisen potilaan itsemääräämisoikeutta voidaan somaattisessa hoidossa rajoittaa. Potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisedellytyksiä koskevaan tutkimuskysymykseen vastaaminen edellyttää voimassa olevan potilaan itsemääräämisoikeutta tukevan, rajaavan ja rajoittavan lainsäädännön kartoitusta ja lainopillista analysointia. Perus- ja ihmisoikeuksien painoarvon kasvun myötä kaikki terveydenhuollon toiminta tapahtuu perus- ja ihmisoikeuskontekstissa, joten analysointi aloitetaan luvussa 4 kansainvälisestä ihmisoikeussääntelystä ja ihmisoikeussopimusten valvontaelinten, Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen ja YK:n ihmisoikeussopimusten valvontakomiteoiden ratkaisukäytännöstä. Luvussa analysoidaan Suomea sitovien ihmisoikeussopimusten velvoitteet tutkimuskysymyksen kannalta relevanttien oikeuksien osalta.

Itsemääräämisoikeuden, rajoittamisedellytysten ja rajoitustoimenpiteiden käytön osalta nykytilan analyysia jatketaan luvussa 5 kansallisesta perusoikeussääntelystä, perusoikeuksien yleisistä rajoittamisedellytyksistä ja perusoikeuskollisioiden ratkaisemisesta. Tämän jälkeen edetään perus- ja ihmisoikeuksien toteutumista turvaavan ja rajoittavan tavallisen lain tasoisen sääntelyn analysointiin potilaan itsemääräämisoikeutta koskevan sääntelyn, tahdosta riippumattoman hoidon ja rajoittamistoimenpiteiden sääntelyn, ja korkeimpien oikeusasteiden ratkaisukäytännön kautta. Tutkimuskysymykseen vastaamiseksi itsemääräämisoikeuden keskeisenä ilmentymänä toimiva tietoisen suostumuksen periaate tarvitsee perusteellisen sisällöllisen analyysin. Pätevän suostumuksen edellytyksistä tarkastelun keskiöön nousee tässä tutkimuksessa potilaan päätöksentekokyky, jonka olemassaolon tai puuttumisen arviointi perustuu nykytilanteessa puhtaasti lääketieteelliseen harkintaan. Päätöksentekokyvyn arvioinnin tulos on perinteisesti ollut ratkaiseva sen suhteen, onko potilaalla oikeus päättää hoidostaan, vai tulevatko itsemääräämisoikeutta rajaavat ja rajoittavat normit sovellettaviksi, ja täyttyvätkö välttämättömän terveydenhuollon turvaamisvelvoitteet. Täysi-ikäisen potilaan hoitotilanteessa selkeän päätöksentekokykyisyyden tai täyden päätöksentekokyvyttömyyden toteaminen on sinänsä helppoa. Näiden ääripäiden väliin jäävällä harmaalla alueella kulloinkin päätettävänä olevan asian luonteen edellyttämän riittävän päätöksentekokyvyn arvioiminen voi olla toisinaan hyvinkin haasteellista. Potilaalla, jonka päätöksentekokyky on alentunut, voi olla kykyä ottaa kantaa hoitoonsa liittyviin asioihin siinä määrin kuin hän kykenee asioita ymmärtämään. Mihin vedetään riittävän päätöksentekokyvyn ja päätöksentekokyvyttömyyden raja päätöksentekotilanteiden eriasteinen vaativuus

huomioiden? Miltä osin päätöksentekokyvyn arviointi on lääketieteellinen ja miltä osin juridinen kysymys? Tulisiko päätöksentekokykyyn liittyviä kysymyksiä säännellä, ja missä laajuudessa? Potilaan suostumuksen vapaaehtoisuus on keskeinen, mutta harvoin laissa nimenomaisesti säännelty edellytys pätevän suostumuksen antamisen ja itsemääräämisoikeuden toteutumisen kannalta. Potilaan tulee saada itse päättää asioistaan omien arvostustensa mukaisesti ilman epäasiallista vaikuttamista: suostuttelua, manipulointia, holhoamista tai pakottamista. Missä menee informoinnin ja suostuttelun raja? Nykyinen suostumusoppirakennelma on puutteellinen myös tietojen vastaanottamisesta kieltäytymismahdollisuuden ja tietoisen suostumuksen tai kieltäytymisen välillä vallitsevan ristiriidan suhteen. Lopuksi luvussa 5 analysoidaan voimassa olevan rajoittamissääntelyn sisältö, sen kattavuus ja vastaavuus ihmisoikeusvelvoitteiden kanssa.

Sääntelyaukon osalta nykytilaa, rajoittamisen syitä, käytettyjä rajoitustoimenpiteitä ja varsinaisen sääntelyn puuttuessa sovellettua muuta sääntelyä analysoidaan luvussa 6 eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisukäytännön kautta. Rajoittamiskäytäntöjen nykytilan analysoinnissa on perus- ja ihmisoikeusnäkökulmasta oleellista perus- ja ihmisoikeuksien keskinäinen punninta ja optimointi kollisiotilanteissa, niiden keskinäinen etusijajärjestys, perus- ja ihmisoikeuksien yleisten rajoittamisedellytysten soveltaminen, perus- ja ihmisoikeusrajoituksen sallittu laajuus ja rajoittamisen oikeuttaminen sääntelemättömässä tilanteessa. Käytännön lainsoveltajan näkökulmaa rajoittamiseen sääntelemättömässä tilanteessa tutkitaan luvussa 7 terveydenhuollon organisaatioiden rajoittamistoimenpiteitä somaattisessa hoidossa käsittelevistä viranomaisohjeista sairaanhoitopiireihin kohdistettuna otantana.

Tulevaisuuden lainsäädännön näkökulmasta tavoitteena on siis vastata kysymykseen, millaisin keinoin kansallisessa sääntelyssä oleva aukko somaattisessa hoidossa olevan täysi-ikäisen potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamissääntelyn osalta voitaisiin paikata. Tutkimuksen kolmannessa osassa luvussa 8 analysoidaan vuoden 2018 asiakas- ja potilaslakiluonnosta sen selvittämiseksi, millaista sääntelymallia siinä on käytetty ja millaisia ongelmia sääntely-yritykseen on liittynyt. Luvussa 9 analysoidaan pohjoismaista sääntelyä Skandinavian maista potilaan itsemääräämisoikeutta koskevan sääntelyn ja erityisesti somaattista hoitoa koskevan rajoittamissääntelyn osalta. Johtopäätöksissä luvussa 10 kootaan yhteen muutospainetta luovat tekijät ja vastataan seuraaviin kysymyksiin. Onko uusi sääntely ylipäätään tarpeen? Millainen on demokraattisen oikeusvaltion itsemääräämisstandardi? Miksi rajoittamistoimenpiteiden sääntely on vaikeaa? Lopuksi vastataan tutkimuskysymykseen mahdollisista keinoista somaattista hoitoa koskevan sääntelyaukon paikkaamiseksi sääntelymallein.

Tutkimus tuottaa uutta tietoa täysi-ikäisen potilaan itsemääräämisoikeuden rajoista ja rajoittamisedellytyksistä somaattisessa hoidossa Suomessa. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää lainsäädännön kehittämisessä, lain tulkinnassa ja tosiasiallisessa hallintotoiminnassa terveydenhuollossa.

1.4 Tutkimusmenetelmänä lainoppi

Tutkimuksen tarkoitus on analysoida täysi-ikäisen potilaan itsemääräämisoikeuden rajoja ja rajoittamisedellytyksiä somaattisessa hoidossa sen selvittämiseksi, millaisia keinoja somaattista hoitoa koskevan rajoittamissääntelyn puuttumisen ratkaisemiseksi on. Tutkimusmenetelmänä käytetään lainoppia. Lainopillisessa tutkimuksessa tulkitaan ja systematisoidaan voimassa olevan oikeuden normeja, eli selvitetään voimassa olevan oikeuden sisältö ja arvioidaan yksittäisiä normeja laajemman oikeusnormikokonaisuuden osana. Oleellista on myös tulkintakannanoton perusteleminen vallitsevan oikeuslähdeopin ja laintulkintateorian avulla.[38] Tutkimuksen aihe, itsemääräämisoikeuden rajat ja rajoittaminen somaattisessa hoidossa, edellyttää perus- ja ihmisoikeusnormien ja -periaatteiden, tavallisen lain ja lakia alemman asteisenkin ohjauksen huomioimista.

Historiakatsauksessa tutkitaan itsemääräämisoikeuden edellytysten: suostumuksen, suostumuskelpoisuuden, riittävien tietojen ja vapaaehtoisuuden, ilmenemistä ja kehittymistä lääkintäkäytännössä, -etiikassa ja sääntelyssä, sekä rajoittamissääntelyn ja rajoittamisedellytysten kehitystä. Historiakatsauksessa sallittuina oikeuslähteinä käytetään historiallista sääntelyä, ja oikeuskirjallisuudessa ja lääkintäetiikan kirjallisuudessa kuvattua historiallista tavanomaisoikeudellista lääkintäkäytäntöä, sekä kansainvälisiä lääkintäetiikan julistuksia ja ohjeita. Tavanomainen oikeus rinnastuu oikeuslähteiden etusijajärjestyksessä lakiin ja tarkoittaa tietyllä oikeudenalalla vakiintunutta käytäntöä tai tapaa. Oikeudenalakohtaista tavanomaista oikeutta tulee soveltaa, jollei se ole sisällöllisesti kohtuuton, mikäli lait ja oikeuskäytäntö eivät anna vastausta johonkin oikeudelliseen kysymykseen. Tavanomainen oikeus on menettänyt merkitystään lainsäädännön lisääntymisen ja yksityiskohtaistumisen myötä.[39] Potilaan itsemääräämisoikeuden edellytysten ja rajoittamisedellytysten sääntelyn kehityksen ja nykytilan sääntelyaukonkin kannalta maan tavalla on kuitenkin roolinsa tarkastelussa.[40] Historiallisia normeja täydentävänä lähteenä käytetään korkeimpien oikeusasteiden ja eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisuja, ja terveydenhuollon valvontaviranomaisena toimineen lääkintöhallituksen ohjaus- ja ratkaisukäytäntöä. Historiakatsauksessa näkökulma sinänsä on oikeushistorialliselle metodillekin yhteensopivasti oikeuden kehityksessä tai muutoksessa, mutta tarkastelua tehdään pääosin lainopin keinoin. Kontekstualisointi jää varsinaiseen oikeushistorialliseen tutkimukseen nähden kevyemmäksi.[41]

---

38 Aarnio 1989, s. 48-49. Siltala 2001, s. 22-24, 87. Rautiainen ym. 2023, s. 129-234.

39 Tavanomaisesta oikeudesta: Siltala 2001, s. 94 ja 100. Rautiainen ym. 2023, s. 154-157.

40 Tässä käytetään maan tapaa ja tavanomaista oikeutta synonyymeinä, kuten Siltala 2001, s. 100. Toinen tapa tarkastella asiaa on erottaa maan tapa eli vallitseva käytäntö tuomioistuimen perusteluissaan käyttämästä, tavanomaisoikeudellisen aseman saavuttaneesta, käytännöstä. Aarnio 2011 b, s. 70-71. Tapaoikeutta ei käytetä tässä alakohtaisia eettisiä säännöstöjä kuvaavassa merkityksessä, vaikka näiden sisältö historiakatsauksen osalta limittyy. Rautiainen ym. 2023, s. 156.

41 Oikeushistoriallisesta tutkimuksesta esim. Rautiainen ym. 2023, s. 312-321.

Perus- ja ihmisoikeuksien painoarvon kasvun myötä kaikkea terveydenhuollon toimintaa, ja sitä koskevaa sääntelyä tarkastellaan perus- ja ihmisoikeuskontekstissa. Ihmisoikeudet ovat siten keskeinen normikokonaisuus vastattaessa tutkimuskysymyksiin nykytilan sääntelyn ja tulevaisuuden sääntelyvaihtoehtojen osalta. Tutkimuksen kannalta keskeisiä ihmisoikeussopimuksia ovat Euroopan neuvoston alueellisessa sopimusjärjestelmässä Euroopan ihmisoikeussopimus (EIS, SopS 63/1999), Euroopan sosiaalinen peruskirja (SopS 80/2002), ja yleissopimus ihmisoikeuksien ja ihmisarvon suojaamiseksi biologian ja lääketieteen alalla, ns. biolääketiedesopimus (SopS 24/2010); sekä YK:n maailmanlaajuisessa sopimusjärjestelmässä kansalais- ja poliittisia oikeuksia koskeva KP-sopimus (SopS 8/1976); taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskeva TSS-sopimus (SopS 6/1976) ja yleissopimus vammaisten oikeuksista CRPD (SopS 27/2016). Kansainväliset ihmisoikeussopimukset rinnastuvat kansalliseen lainsäädäntöön sen jälkeen, kun sopimukset on asianmukaisesti Suomessa lailla voimaan saatettu.[42] Ihmisoikeussopimuksen kansallinen täytäntöönpano edellyttää tämän lisäksi voimassa olevan sääntelyn muuttamista sopimusvelvoitteiden mukaiseksi tai tarvittaessa uutta sääntelyä.[43] Tutkimuksessa analysoidaan lainopin keinoin potilaan itsemääräämisoikeuden ja terveydenhuollossa toteutettavan tahdosta riippumattoman hoidon ja rajoittamistoimenpiteiden kannalta keskeisten ihmisoikeusnormien sisältö ja niiden rajoittamisedellytykset. Ihmisoikeussopimusten tulkinnassa noudatetaan erityisiä sopimuskohtaisia tulkintasääntöjä ja valtiosopimusoikeutta koskevaa Wienin yleissopimusta (SopS 33/1980). Oikeuslähteinä käytetään paitsi tutkimuksen kannalta keskeisiä ihmisoikeussopimuksia, myös sopimusten valvontaelinten tulkintakäytäntöä. Ihmisoikeussopimuksista on käytetty pääasiassa niiden englanninkielisiä versioita, sekä osin suomenkielisiä käännöksiä. Wienin sopimuksesta tutkimuksessa on käytetty vain sopimuksen englanninkielistä versiota (Vienna Convention on the Law of Treaties).

Kansallisessa lainsäädännössä oikeusnormihierarkia määräytyy perustuslakiin (731/1999) kirjatuin perustuslain etusijaa ja normiristiriitojen ratkaisua koskevin säännöksin.[44] Perustuslain 22 §:n mukaan julkisen vallan on turvattava perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Perustuslain 106 §:n mukaan tuomioistuimen on annettava etusija perustuslain säännökselle, mikäli käsiteltävänä olevassa asiassa lain säännös olisi ilmeisessä ristiriidassa perustuslain kanssa. Säännöksen perustuslainvastaisuuden toteamiskynnys on korkealla, ja mahdollinen ristiriita tulisikin ensisijaisesti ratkaista perusoikeusmyönteisellä laintulkinnalla.[45] Perustuslain 107 §

42 Sopimusten voimaan saattamisesta: Tuori – Kotkas 2016, s. 150. Rautiainen ym. 2023, s. 146.

43 Rautiainen ym. 2023, s. 146.

44 Siltala 2001, s. 104. Kelsenin puhtaassa oikeusopissa perustuslain pätevyysperusta nojaa hypoteettiseen perusnormiin. Tuori 2000, s. 26-27. Aarnio 1989, s. 84-87. Hart perustaa oikeusjärjestyksen normien selvittämisen ns. tunnistamissääntöön. Rautiainen ym. 2023, s. 89.

45 Rautiainen ym. 2023, s. 188.

taas kieltää soveltamasta tuomioistuimessa tai muussa viranomaisessa asetuksen tai muun lakia alemman asteisen säädöksen säännöstä, joka on ristiriidassa perustuslain tai muun lain kanssa. Vuoden 1995 perusoikeusuudistuksessa perusoikeusjärjestelmä muutettiin vastaamaan kansainvälisiä ihmisoikeussopimusten velvoitteita.[46] Käytännössä siis ihmisoikeuksien velvoittavuus toteutuu paitsi sopimusten ratifioinnin myös kansallisen normiston osalta perustuslain perusoikeussäännösten etusijaperiaatteen perusteella. Tutkimuksessa analysoidaan potilaan itsemääräämisoikeuden ja terveydenhuollossa toteutettavan tahdosta riippumattoman hoidon ja rajoittamistoimenpiteiden kannalta keskeisten perusoikeusnormien sisältö, niiden rajoittamisedellytykset sekä perusoikeuskollisioiden ratkaiseminen. Rajoittamisedellytysten analysoinnissa hyödynnetään lakien perustuslainmukaisuuden ennakkovalvontaa toteuttavan perustuslakivaliokunnan käytäntöä.

Tavallisen lain tasoinen sääntely konkretisoi perus- ja ihmisoikeuksien toteuttamista ja rajoittamista terveydenhuollon toiminnassa. Voimassa olevan sääntelyn analysointi potilaan itsemääräämisoikeuden edellytysten ja rajojen, sekä tahdosta riippumattoman hoidon ja rajoittamistoimenpiteiden edellytysten osalta on keskeistä nykytilan arvioimiseksi. Sääntelyä arvioidaan suhteessa perus- ja ihmisoikeussääntelyn velvoitteisiin ja eri oikeuksien yhteensovittamiseen tulevaisuuden sääntelytarpeita koskeviin tutkimuskysymyksiin vastaamiseksi.

Somaattista hoitoa koskevan rajoittamissääntelyaukon osalta sääntelyä ei ole. Rajoittamissääntelyaukon osalta nykytilaa analysoidaan eduskunnan oikeusasiamiehen (EOA) ratkaisukäytännön kautta. Perustuslain 109 §:n mukaan EOA valvoo, että tuomioistuimet ja muut viranomaiset sekä virkamiehet, julkisyhteisön työntekijät ja muutkin julkista tehtävää hoitaessaan noudattavat lakia ja täyttävät velvollisuutensa. Tehtäväänsä hoitaessaan oikeusasiamies valvoo perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutumista. Tutkimuksessa analysoidaan eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisukäytännöstä somaattista hoitoa koskevan lainsäädäntöaukon osalta mm. perusoikeuksien hyväksyttäviä rajoittamisperusteita, oikeuttamisperusteita ja potilaiden oikeusturvaa. Lisäksi analysoidaan, miten rajoittamistoimenpiteiden käyttöä on ylimmän laillisuusvalvojan toimesta arvioitu perus- ja ihmisoikeuksien ja muiden oikeuslähteiden näkökulmasta. Ratkaisukäytännöstä analysoidaan myös, millaisiin rajoittamistoimenpiteisiin somaattisessa terveydenhuollossa on turvauduttu ja millaiset tilannekohtaiset taustasyyt ovat johtaneet rajoittamistoimenpiteiden käyttöön.

Myös viranomaisohjeita ja -ratkaisuja voidaan käyttää lainopillisessa tutkimuksessa oikeuslähteenä.[47] Nämä eivät ole velvoittavia lähteitä, sillä niiden antaminen ei perustu perustuslaissa annettuun toimivaltaan. Niillä voi olla kuitenkin ratkaiseva

46 Hallberg 2011 b, s. 35.

47 Rautiainen ym. 2023, s. 142 (viranomaisohjeistus laissa muotoiltuja normeja selventävänä lähteenä) ja s. 152 (ylimpien laillisuusvalvojien ratkaisut ja soveltamisohjeet merkittävänä sallittuna oikeuslähteenä).

merkitys, kun sääntely on tulkinnanvaraista tai päätöksentekovalta on sääntelyssä siirretty oikeusjärjestelmän ulkopuolelle.[48] Tämän tutkimuksen aihepiirissä sääntely ja myös delegointi puuttuvat, mutta EOA on ratkaisukäytännössään edellyttänyt, että terveydenhuollon toimintayksiköt ohjeistavat sääntelyn puuttuessa rajoittamisesta. Sairaanhoitopiirien somaattista hoitoa koskevissa rajoittamisohjeissa on kyse lainsoveltajatason viranomaisohjeista, joiden sisältöä mm. rajoitustoimenpiteiden, rajoittamisen taustasyiden, rajoittamisperusteiden, oikeuttamisperusteiden ja oikeusturvanäkökohtien osalta analysoidaan suhteessa voimassa olevaan sääntelyyn ja oikeusasiamiehen ratkaisukäytäntöön. Sääntelemättömässä tilanteessa sairaanhoitopiirien ohjeet määrittävät, kuinka terveydenhuollon ammattilaiset rajoittamistilanteissa somaattisessa hoidossa toimivat.

Tulevaisuuden sääntelymahdollisuuksia koskevaan tutkimuskysymykseen vastaamiseksi tutkimuksessa analysoidaan sallittuna lähihistoriallisena lähteenä vuoden 2018 lakiluonnosta sen selvittämiseksi, millaista sääntelymallia siinä on käytetty, millaisia ongelmia sääntely-yritykseen sisältyi, ja vastasiko lakiluonnos Suomea sitovia perus- ja ihmisoikeusvelvoitteita. Lisäksi analysoidaan ja vertaillaan Skandinavian maiden terveydenhuoltolainsäädännön potilaan itsemääräämisoikeutta, pakkohoitoa ja -toimenpiteitä koskevaa sääntelyä erityisesti somaattisen hoidon osalta. Vertailun lähtökohta on praktinen: sillä tavoitellaan tietoa skandinaavisista sääntelytavoista tutkimuskysymykseen vastaamiseksi.[49] Analyysi Skandinavian maiden sääntelystä on vertailuasetelmastaan huolimatta sääntelyyn keskittyvän lähestymistapansa vuoksi pääosin lainopillinen. Varsinainen oikeusvertaileva tutkimus edellyttäisi kattavampaa perehtymistä maiden oikeusjärjestelmiin, ja aiheeseen liittyvän alemman asteisen normiohjauksen ja oikeuskäytännön huomioimista.[50] Tutkimuksen johtopäätökset sääntelytarpeen toteamista, sääntelyvaihtoehtojen kartoitusta, analysointia ja vaiheistamista koskevine näkökulmineen sopivat myös sääntelyteoreettiseen metodiin, erityisesti sen pragmaattiseen tiedonintressiin.[51] Lainoppi ja sääntelyteoria myös jossain määrin limittyvät toistensa kanssa, mm. sääntelytason valinnan, säännösten epätäydellisyyden, siitä johtuvan tulkintatarpeen ja lainsäädäntöaukkojen paikkaamisen näkökulmasta, sekä lain soveltajan toimesta omaksuttujen tulkintakannanottojen johtaessa lainsäädännön tarkistamiseen.[52] Tässä tutkimuksessa johtopäätökset on kuitenkin muodostettu tutkimuksessa suoritetun eri aineistojen lainopillisen analyysin pohjalta.

Oikeusnormit antavat terveydenhuollon toiminnalle puitteet, joiden sisällä asiat ratkaistaan alan erityisasiantuntemuksen perusteella. Oikeusnormien ohella toi-

48 Rautiainen ym. 2023, s. 143.
49 Oikeusvertailusta Rautiainen ym. 2023, s. 296-305; erityisesti praktisesta vertailusta s. 300-301.
50 Ks. Rautiainen ym. 2023, s. 296-305.
51 Määttä 2002, s. 132.
52 Määttä 2016, s. 31-62.

mintaan vaikuttavat eri ammattiryhmien moraaliset ja eettiset normit.[53] Lääkärin ammattietiikka käsittää ne yleiset periaatteet, joita lääkärinä toimiessa tulee noudattaa.[54] Eettiset normit ovat eräänlaisia sisäistettyjä ihannenormeja, joiden taustalla ovat perinteet ja sosiaaliset velvoitteet. Eettisen normin ihanteellinen toteutuminen edellyttää sitä, että henkilö toteuttaa omasta tahdostaan kussakin tilanteessa tiettyjä optimaalisia periaatteita.[55] Oikeusnormien ja eettisten normien suhde voi olla: 1) yhdenmukainen, 2) tulkinnanvarainen, jolloin soveltaminen sisältää harkinnanvaraisia vaihtoehtoja, tai 3) ristiriitainen, jolloin lain ja eettisen normin välillä on selvä ristiriita.[56] Eettiset ja oikeudelliset normit ovat myös vuorovaikutuksessa keskenään.[57] Lainsäädännöllä on pyritty korostamaan eettisten normien merkitystä yleisesti ja erityisesti suhteissa, joista ei ole ollut tarkoituksenmukaista säännellä laissa.[58] Esimerkiksi terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattieettisistä periaatteista on säännelty myös terveydenhuollon ammattihenkilölain (559/1994) 15 §:ssa. Eettiset säännöstöt, kuten lääkintäeettiset julistukset, voivat saada oikeudellista merkitystä myös oikeusperiaatteiden kautta, ja niitä voidaan siten tarkastella kirjoitettua lainsäädäntöä täydentävänä normistona.[59] Lääkintäetiikan klassisista periaatteista tämän tutkimuksen kannalta keskeisiä ovat elämän suojeleminen, auttamisvelvollisuus, vahingollisesta toiminnasta pidättäytyminen, tieteellisen tiedon hyödyntäminen ja oman aseman hyväksi käyttämisestä pidättäytyminen.[60] Lääketieteellistä asiantuntemusta edustavana hoitokäytäntöä ohjaavana normistona terveydenhuollossa voidaan tarkastella esimerkiksi hoitosuosituksia, kuten Käypä hoito -suosituksia. Vaikka hoitosuositukset eivät ole sillä tavoin sitovia, etteikö niistä voisi perustellusta syystä poiketa, niiden käyttö saa epäsuoraa tukea lainsäädännöstä esimerkiksi potilaslain 3.2 §:n laadultaan hyvän terveyden- ja sairaanhoidon, terveydenhuoltolain (1326/2010) 8.1 §:n hoidon laadun sekä ammattihenkilölain 15 §:n ammattieettisten velvollisuuksien kautta.[61]

---

53 Tuori – Kotkas 2000, s. 6-7.

54 Lindqvist 1982, s. 12, 15.

55 Lindqvist 1982, s. 5-7.

56 Isotalo 1982, s. 33-34. Kohdassa 1) kyse on lailla säädetystä ja eettisesti hyväksytystä toiminnasta, kohdassa 2) eettisesti hyväksytystä ei lainvastaisesta toiminnasta, josta ei ole katsottu tarpeelliseksi, ei ole vielä ehditty tai katsottu voitavan säätää lailla, ja kohdassa 3) säädetyin edellytyksin laillisesta mutta eettisten sääntöjen vastaisesta ratkaisumallista, esim. raskauden keskeyttämisen salliva säännös.

57 Pahlman 2003, s. 15. Lahti 1999, s. 280.

58 Isotalo 1982, s. 35.

59 Tuori – Kotkas 2000, s. 6-7. Esimerkiksi Lahti on katsonut, että lääkintä- ja bio-oikeudelliset periaatteet ja oikeudellisesti säänneltyjen lääkinnällisten toimenpiteiden sallittavuus saavat sisältönsä vastaavista lääkintä- ja bioeettisistä periaatteista. Lahti 1986, s. 132 ja Lahti 1999, s. 280. Eettiset periaatteet luetaan myös oikeuslähdeopin mukaan sallittuihin oikeuslähteisiin. Aarnio 2011, s. 150-151 ja Karhu 2020, s. 1022-1031. Lainsäädäntöä täydentävästä pehmeästä sääntelystä, jota eettiset normistot ovat, myös Rautiainen ym. 2023, s. 157-160.

60 Lindqvist 1982, s. 18.

61 Terveydenhuoltolain 8.1 §:n mukaan terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista

Vakiintuneita laintulkintamenetelmiä ovat kielellinen eli säännöksen sanamuodosta lähtevä, systeeminen eli säännöstä laajemman normikokonaisuuden osana huomioiva menetelmä, ja tavoitteellinen tai teleologinen eli oikeusjärjestelmän tai sääntelykokonaisuuden tavoitteita tai ideaaleja toteuttava tulkinta.[62] Kielellisistä tulkintavaihtoehdoista supistavaa tulkintaa sovelletaan tämän tutkimuksen kannalta nimenomaan perus- ja ihmisoikeuksia rajoittavien normien tulkinnassa. Perusoikeusmyönteisessä laintulkinnassa taas voidaan päätyä laventavaankin tulkintaan, josta yksi esimerkki on analogiatulkinta.[63] Systeemisessä tulkinnassa huomioidaan kansallisten lakien keskinäissuhteet, kuten potilaslain asema yleislakina suhteessa erityislakien rajoittamissääntelyyn, ja normihierarkia, kuten tavallisen lain suhde perustuslakiin ja ylikansallisiin ihmisoikeusnormeihin.[64] Oikeusnormien jako oikeussääntöihin ja –periaatteisiin on systeemisen laintulkinnan kannalta keskeistä. Oikeussääntöjä tulee noudattaa kaikissa niiden soveltamisalaan kuuluvissa tilanteissa, mutta oikeusperiaate voi väistyä kokonaan tai osittain toisen, painavamman, periaatteen tieltä. Oikeussääntöjen ja –periaatteiden ero on selkein normiristiriitatilanteissa. Oikeussääntöjen ristiriitatilanteessa vain toinen säännöistä voi olla pätevä, ja ristiriita ratkaistaan lex superior, lex posterior ja lex specialis –metanormien mukaisesti.[65] Oikeusperiaatteiden, kuten perus- ja ihmisoikeuksien, ristiriitatilanteessa kumpikaan periaate ei menetä pätevyyttään, vaan ristiriita ratkaistaan periaatteiden painoarvoa punnitsemalla. Tapauksen tosiseikasto vaikuttaa periaatteiden väliseen painotukseen, ja siten periaatteiden välinen punninta vaatii aina tapauskohtaisen kannanoton. Perus- ja ihmisoikeudet ovat sekä positiivisen oikeuden normeja että syvempiä oikeusperiaatteita.[66] Niissä voidaan vertauskuvallisesti erottaa ns. ydinalue eli oikeuden sisältämän oikeussäännön ala, ja ns. reuna-alue eli oikeuden sisältämän

---

ja asianmukaisesti toteutettua. Lain esitöiden mukaan hoitokäytäntöjä ohjataan arvioituun tutkimustietoon perustuvilla kansallisilla hoitosuosituksilla ns. käypä hoito -suosituksilla. Monista terveydenhuollon menetelmistä ei ole saatavilla eikä aina edes mahdollista saada tieteellistä näyttöä, mikä ei lähtökohtaisesti voi estää esimerkiksi harvinaisten sairauksien hoitoa. Kliinisessä päätöksenteossa, olipa se taudinmääritystä, hoitoa tai kuntoutusta käytetään kussakin tilanteessa parhainta saatavissa olevaa näyttöä. HE 90/2010 vp., s. 96.

62 Rautiainen ym. 2023, s. 174-197.

63 Rautiainen ym. 2023 s. 176-177, 188.

64 Rautiainen ym. s. 178-190.

65 Aarnio 1989, s. 78-80 ja 254-256. Tuori – Kotkas 2016, s. 147-149. Tolonen pitää säännösristiriitoja koskevia periaatteita tulkinnanvaraisina. Tolonen 2003, s. 107-109.

66 Aarnio 1989, s. 78-80. Tuori – Kotkas 2016, s. 179-180. Oikeusperiaatteista ja niiden välisestä punninnasta myös Tolonen 2003, s. 132-137. Oikeusperiaatteiden punnintamallista myös Siltala 2003, s. 556-562, jossa Siltala peilaa mm. Pöyhösen, Jonkan, Dworkinin ja Alexyn ajatuksia oikeusperiaatteiden keskinäisen punninnan tilannesidonnaisuudesta. Joitakin vuosikymmeniä sitten periaatteiden välisestä punninnasta puhuttiin intressipunnintana, Laakso 1990, s. 40-45. Aarnion mukaan sääntöjen ja periaatteiden ero ei ole niin selkeä, vaan kyseessä on liukuva asteikko, jonka toisessa päässä ovat säännöt ja toisessa periaatteet ja välille sijoittuvat periaatteiden kaltaiset säännöt ja sääntöjen kaltaiset periaatteet. Aarnio 2011b, s. 82-84.

oikeusperiaatteen ala.[67] Oikeuksien reuna-alueille ulottuva keskinäinen punninta on helpompaa kuin niiden ydinalueelle ulottuva punninta. Näiden ydin- ja reuna-alueiden kautta on hahmoteltu myös perus- ja ihmissoikeuksien rajoittamisperusteita siten, että yleinen etu ei pääsääntöisesti oikeuttaisi perus- ja ihmisoikeuden ydinalueeseen ulottuvaa rajoitusta.[68] Teleologinen tulkintatapa korostaa sääntelyn tavoitteita. Ihmisoikeussopimusten valvontaelinten käytännössä teleologinen painotus tulkinnassa korostuu, eli valvontaelimet tulkitsevat kukin omaa sopimustaan kyseisen sopimuksen tavoitteet huomioiden.[69] Myös kansallisen sääntelyn tulkinnassa teleologiseen tulkintaan liittyen huomioidaan lain esityöt tulkinnassa.[70] Tutkimuksen kannalta keskeiset perus- ja ihmisoikeuksien kautta turvatut periaatteet ovat itsemääräämisen periaate ja suojelemisen periaate.

Itsemääräämisoikeus keskeisimpänä terveysoikeuden periaatteena johdetaan pääosin implisiittisesti perus- ja ihmisoikeuksista, jotka turvaavat potilaan henkilökohtaista vapautta, koskemattomuutta ja turvallisuutta sekä yksityisyyden suojaa. Uudemmissa ihmisoikeussopimuksissa, kuten BLTS ja CRPD, itsemääräämisoikeutta turvataan myös normina. Länsimaisen liberaalin ihmiskäsityksen mukaan yksilöllä on laaja itsemääräämisoikeus.[71] Jokaisella on oikeus päättää itsestään ja ruumiistaan, ja elää elämäänsä ilman viranomaisten tai muiden ulkopuolisten tahojen mielivaltaista tai asiatonta puuttumista asioihinsa.[72] Itsemääräämisen luonteeseen kuuluu, että kukin saa elää ja toimia omien käsitystensä, uskomustensa ja arvojensa mukaisesti, kunhan siitä ei muille ole haittaa.[73] Potilaan kohdalla itsemääräämisoikeus tarkoittaa, että potilaalla on oikeus päättää siitä, antaako hän suostumuksensa hoitoon tai tiettyyn toimenpiteeseen vai kieltäytyykö hän niistä. Muilla toimijoilla on vastaavasti velvollisuus kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja päätöksentekoa.[74] Vaikka lääkäri päättääkin ammattihenkilölain 22 §:n mukaan tutkimuksista, taudinmäärityksestä ja hoidosta, potilaan itsemääräämisoikeuden katsotaan rajoittavan tätä autonomiaa.[75] Lääkärillä on potilaslain mukaan velvollisuus antaa riittävästi tietoa potilaan päätöksenteon tueksi ja hoitaa potilasta yhteisymmärryksessä hänen kanssaan.[76] Painotus lainsäädännössä, eduskunnan oikeusasiamiehen

67 Tiensuu 2023, s. 160. Scheinin 2015, s. 532-535. Gerards – Senden 2019, s. 625-629.
68 Tiensuu 2023, s. 160-161.
69 Fitzmaurice 2015, s. 753-755, 763, 766. Shelton 2020, s. 114-122.
70 Rautiainen ym. 2023, s. 191.
71 Saarenpää 2000, s. 22.
72 Tuori – Kotkas 2016, s. 508 ja HE 309/1993 vp., s. 52-53.
73 Lääkärin etiikka 2013, s. 27-28.
74 Lääkärin etiikka 2013, s. 27. Saarenpää 2006, s. 471-473.
75 Pahlman 2015, s. 195. Samoin on kommentoinut eduskunnan oikeusasiamies mm. ratkaisuissaan Dnro 3892/4/15 ja Dnro 70/4/14. Lehtonen on katsonut, että itsemääräämiseen kykenevän potilaan itsemääräämisoikeus suojaa häntä jopa itsetuhoon saakka. Lehtonen 2017.
76 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 5-6 §:t, L sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä 703/2023, 49 §.

ratkaisukäytännössä ja lääkärin eettisissä ohjeissa tunnustaa nykyään sen, että potilas on lähtökohtaisesti oman etunsa paras asiantuntija. Potilaan itsemääräämisoikeuden kannalta keskeisimpiä kansallisia lakeja ovat potilaslaki ja laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä.

Vaikka potilaan itsemääräämisoikeus on keskeisin periaate terveydenhuollossa, potilas ei aina kykene ymmärtämään omaa hoitoaan koskevia asioita tai käyttäytymisensä seurauksia. Kansallisen terveydenhuollon sääntelyn ilmentämän solidaristisen itsemääräämisoikeusmallin mukaan itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa haavoittuvassa asemassa olevien suojelemiseksi.[77] Terveydenhuollossa tämä ilmenee potilaslain 6 §:ssä siten, että potilas saa päättää hoidostaan omien arvostustensa ja mieltymystensä mukaan, jos hän kykenee antamaan suostumuksen. Tässä tutkimuksessa käytetään suostumuksen antamiskyvyn sijaan neutraalimpaa ilmaisua: potilas on päätöksentekokykyinen. Tällöinkin hoitovaihtoehdot on rajattu lääketieteellisesti perusteltuihin vaihtoehtoihin. Päätöksentekokyvyttömien potilaiden hoidossa käytetään hoitotoimenpiteiden oikeuttamiseksi ja potilaan suojelemiseksi muita ratkaisuja, kuin potilaan henkilökohtaisesti hoitotilanteessa antamaa suostumusta. Näitä ovat sijaispäätöksenteko, hoitotahto, hoitaminen oletetun suostumuksen perusteella ja tahdosta riippumaton hoito. Lähtökohtana näissäkin vaihtoehdoissa on potilaan tahdon mukainen hoitaminen. Viimesijaisesti hoitoratkaisut voidaan kuitenkin tehdä ammattihenkilön toimesta potilaan edun mukaisesti.

Päätöksentekokyvyttömyys tai päätöksentekokyvyn alentuminen tai puuttuminen liittyy yleensä äkilliseen tai pitkäaikaiseen sairauteen, synnynnäiseen tai hankittuun vammautumiseen tai päihteiden käyttöön. Näissä tilanteissa omaa hoitoa koskevista asioista päättäminen tietoisesti harkiten voi olla mahdotonta. Potilas voi olla tajuton, tai ei ehkä muutoin ymmärrä hoitamatta jättämisen merkitystä tai siitä hengelleen ja terveydelleen aiheutuvaa vaaraa, vaan haluaa poistua terveydenhuollon toimintayksiköstä. Potilas voi myös olla hoitotilanteessa sekava, levoton tai väkivaltainen, ja pyrkiä vahingoittamaan itseään, muita potilaita, terveydenhuollon ammattihenkilöitä tai merkittävästi myös yksikön omaisuutta. Suojelemistarve voi siis kohdistua potilaan omien oikeushyvien lisäksi myös muiden henkilöiden perus- ja ihmisoikeuksien toteutumisen turvaamiseen terveydenhuollon toimintayksikössä. Joissakin tilanteissa, kuten yleisvaarallisen tartuntataudin leviämisen estämisessä, suojelemista voi edellyttää myös laajempi yhteiskunnallinen etu.

Edellä kuvatuissa tilanteissa potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen voi olla ainoa keino suojata viranomaisen taholta potilaan muiden perus- ja ihmisoikeuksien tai muun henkilön perus- ja ihmisoikeuksien toteutumista. Näissä tilanteissa puuttumista potilaan itsemääräämisoikeuteen puoltavat mm. perus- ja ihmisoikeuksiin kirjattu elämän suoja; viranomaisen velvollisuus turvata riittävät terveyspalvelut ja edistää väestön terveyttä (PL 19 §), ja viranomaisen velvollisuus

77 Tiensuu ym. 2023, s. 32-33.

turvata perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen (PL 22 §). Myös lääkärin ammattieettisiin velvollisuuksiin kuuluu antaa aina kiireellisesti avun tarpeessa olevalle apua.[78] Potilaan hoitamatta jättäminen silloin, kun hän ei kykene asiaa ymmärtämään, voisi tulla arvioitavaksi heitteillepanona ja virkavelvollisuuksien laiminlyöntinä.[79] Suojelemisen kannalta keskeisiä kansallisia lakeja ovat terveydenhuollon osalta mielenterveyslaki, päihdehuoltolaki ja tartuntatautilaki, sekä laki kehitysvammaisten erityishuollosta. Somaattista hoitoa koskevan sääntelyaukon osalta tarkastelu voidaan lähtökohtaisesti perustaa perus- ja ihmisoikeuksiin, mutta ylin laillisuusvalvoja soveltaa aukkokohdissa myös muuta voimassa olevaa kansallista sääntelyä, esimerkiksi mielenterveyslakia analogiaperiaatteella. Vakiintuneen käytännön mukaan perus- ja ihmisoikeuksia rajoittavia säännöksiä tulee tulkita suppeasti.[80]

Tutkimuksella on kiinteä yhteys terveydenhuollon toimintaan, lääkintäetiikkaan ja lääketieteeseen. Tutkijan yli 20 vuoden työkokemus kliinisestä lääkärin työstä antaa vahvan näkökulman terveydenhuollon tosiasialliseen hallintotoimintaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamisen ja rajoittamisen käytännön haasteisiin. Lääketieteellinen ymmärrys mahdollistaa itsemääräämisoikeuden edellytysten, rajojen ja rajoittamisedellytysten tarkastelun pelkkää juridista lähestymistapaa laajemmasta näkökulmasta.[81] Tutkijan taustasta huolimatta tutkimus rajataan monitieteisyyden sijaan hyvinvointioikeuden kokonaisuuteen kuuluvaksi oikeustieteelliseksi tutkimukseksi.

1.5 Lähdemateriaali ja aineistot

1.5.1 Virallislähteet

1.5.1.1 Virallislähteet ja kotimainen oikeuskäytäntö

Lähdemateriaalina on käytetty virallislähteiden osalta voimassa olevia kansallisia lakeja, lainvalmisteluasiakirjoja, ihmisoikeussopimuksia, Euroopan neuvoston suosituksia, ja korkeimpien oikeusasteiden, Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen ja muiden ihmisoikeussopimusten valvontaelinten, sekä eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisukäytäntöä. Kotimaista lainsäädäntöä (www.finlex.fi) on seurattu 16.12.2024 saakka.

Kotimaisesta oikeuskäytännöstä aineistoon on hyödynnetty Korkeimman oikeuden (KKO) ja Korkeimman hallinto-oikeuden (KHO) ratkaisukäytäntöä. KKO:n

78 Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, 15 §.

79 Rikoslaki 21:14 § (578/1995). Virkarikoksista luku 40.

80 Suppealla tulkinnalla tarkoitetaan lain normaalitulkintaista sanamuotoa tiukempaa tulkintaa. Aarnio 1989, s. 257. Saarenpää 1997, s. 275. KHO:n ratkaisussa sillä on tarkoitettu lain sanamuodon ja esitöiden mukaista tulkintaa, KHO:2002:70, s. 8.

81 Puhtaasti akateemisesta maailmasta käsin laitosoloissa käytännössä kohdattavien ongelmien hahmottaminen voi olla vaikeaa. Nieminen 2009, s. 34.

ennakkotapausratkaisuja on haettu 25.12.2022 finlexistä hakusanoilla terveydenhuol* ja itsemääräämisoik*; potila* ja itsemääräämisoik*; terveydenhuol* ja potilaa*, sekä terveydenhuol* ja perusoik*. Ratkaisuja löytyi eri hakusanavaihtoehdoilla yhteensä 60, ja kun useampaan kertaan hakutuloksiin nousseet ratkaisut poistettiin, yhteensä 44. Näistä tutkimukseen valikoitui tiivistelmän perusteella aihepiiriin sopivina neljä ennakkotapausratkaisua. Muut tutkimuksessa viitatut KKO-ratkaisut ovat nousseet esiin muun tutkimusaineiston kautta.

KHO:n vuosikirjaratkaisukäytäntöä on haettu 25.12.2022 finlexistä hakusanoilla potila* ja itsemääräämisoik*, terveydenhuol* ja itsemääräämisoik*, terveydenhuol* ja perusoik*, terveydenhuol* ja potilaa* sekä potilaa* ja perusoik*. Ratkaisuja löytyi yhteensä 255, joista poistettiin useampaan kertaan hakutuloksiin nousseet ratkaisut, ja tämän jälkeen valittiin ratkaisun tiivistelmän perusteella tutkimuksen aihepiiriin sopivat ratkaisut. Aineistoon valikoitui lopulta kolme aiheeseen sopivaa ratkaisua, joiden lisäksi valittiin vielä kaksi aihepiiriä täydentävää ratkaisua. Muut tutkimuksessa viitatut KHO-ratkaisut ovat nousseet esiin muun tutkimusaineiston kautta.

1.5.1.2 Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen ratkaisut

Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen ratkaisukäytäntöön tehtiin haut HUDOC-tietokannassa[82]. Koska merkittävät EIS:n yleissopimuksen ja sen pöytäkirjojen tulkintaa koskevat tai ihmisoikeustuomioistuimen ratkaisukäytäntöä muotoavat ratkaisut tehdään jaoston tai suuren jaoston kokoonpanossa, ratkaisuhaussa on käytetty dokumenttirajauksena jaoston tai suuren jaoston ratkaisuja. Suodatuksina on käytetty ratkaisun kielenä englantia, pääosin ratkaisun tärkeyttä key case tai 1 neliportaisella asteikolla[83] sekä artiklarajausta. Artiklarajauksina on käytetty itsemääräämisoikeuden rajoittamisedellytysten näkökulmasta kiinnostavia artikloja 3 (kidutuksen ja epäinhimillisen kohtelun kielto), 5.1 e-kohta (henkilökohtaisen vapauden rajoittaminen sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvin perustein) ja 8 (yksityisyyden suoja).

Artikla 5.1 e-kohta liittyy tutkimuksen kannalta itsemääräämisoikeuteen, mutta myös tahdosta riippumattomaan hoitoon ja muihin vapauden riiston luonteisiin rajoittamistoimenpiteisiin. Artiklan 5.1 e-kohdan osalta aiempien suodatusten (jaosto tai suuri jaosto, englanti, tärkeys key case tai 1) lisäksi ei käytetty avainsanaa

82 www.eduskunta.fi

83 EIT:n ratkaisut on jaettu neljään kategoriaan: key caset ovat tärkeimpiä ratkaisuja, ja niiden jälkeen tulevat kategoriat 1,2 ja 3. Key caset ovat ratkaisuja, joita on annettu uuden tuomioistuimen aloittamisen jälkeen 1998 ja jotka on julkaistu EIT:n virallisissa ratkaisuissa tai vuodesta 2016 alkaen valittu key caseksi. Aiemman tuomioistuimen ratkaisut (Series A ja Reports) ovat luokiteltuja kategorioihin 1,2 ja 3. Kategoria 1 tarkoittaa suurta tärkeyttä (high importance), ja sisältää ratkaisut, joita ei ole sisällytetty Case Report-julkaisuihin, mutta jotka kehittävät, selkiyttävät tai muotoavat merkittävästi EIT:n oikeuskäytäntöä. 2 kategoriaan kuuluvat tärkeät (medium importance) ratkaisut, joiden vaikutus oikeuskäytäntöön ei ole merkittävä, mutta ne kuitenkin sisältävät muutakin kuin vain olemassa olevan case-law:n soveltamista. 3 kategoria sisältää matalamerkityksisiä ratkaisuja (low importance). https://hudoc.echr.coe.int/

enkä aikarajausta. Hakutuloksena oli kaikkiaan 30 ratkaisua, joista 16 oli kriminaalipotilaita, oikeuteen pääsyä tai muita viranomaisia kuin terveydenhuollon viranomaisia koskevia ratkaisuja. Ratkaisuista 14 oli psykiatrista tahdosta riippumatonta hoitoa, alkoholismia, tartuntatautia tai ikäihmisen palveluasumissijoitusta koskevia ratkaisuja. Koska psykiatrinen tahdosta riippumaton hoito ei varsinaisesti ole tämän tutkimuksen aiheena, aineistoon sisällytettiin näistä ne ratkaisut, joihin sisältyi rajoittamistoimenpiteen käyttö, kuten pakkolääkintä tai pakkoruokinta, tai kielellisten oikeuksien rajoittaminen, tai joihin oli muissa EIT:n ratkaisuissa oikeuskäytännön osalta viitattu. Kaikkiaan 13 ratkaisua valikoitui aineistoon.

5.1 art. e-kohdan osalta tehtiin myös toinen haku, jossa ratkaisun tärkeydeksi valittiin 2 kategoria, mutta samalla tehtiin aikarajaus viimeiseen 10 vuoteen. Hakutuloksena oli 32 ratkaisua, joista 20 oli kriminaalipotilaisiin tai muiden viranomaisten toimintaan liittyviä. Jäljelle jäävistä 12 ratkaisusta suurin osa käsitteli psykiatrista pakkohoitoa. Näistä seitsemän valikoitui aineistoon oikeudellisen tiivistelmän (legal summary) perusteella, joko sen vuoksi, että kyseessä oli palvelutalosijoitusta käsittelevä ratkaisu tai psykiatrisen hoidon osalta rajoittamistoimenpiteiden käyttöä sisältänyt ratkaisu. Näistä ratkaisuista neljä oli samoja kuin muissa hakutuloksissa. Muutama ratkaisu nousi esiin lukuvaiheessa tutkimusaineiston sisältämistä viittauksista. Aineistoon sisällytettiin lopulta yhteensä 22 ratkaisua 5.1 art. e-kohtaa koskien.

Henkilökohtaista vapautta käsittelevästä EIT:n ratkaisukäytännöstä nousi luettaessa esiin, että liikkumisvapauden rajoittaminen ei kuuluisi 5.1 art. alaan, vaan sen arviointi kuuluisi 4. lisäpöytäkirjan 2 art. alaan. Koska liikkumista rajoittavien toimenpiteiden käyttö on tutkimuksen kannalta tärkeä näkökulma, tehtiin erillinen haku 4. lisäpöytäkirjan 2 art. koskien jaoston tai suuren jaoston ratkaisuista ilman aikarajausta, kieli englanti, tärkeys key case tai 1-kategoria, artikla P4-2, ei key words. Hakutuloksena oli 30 ratkaisua, joista vain yksi terveydenhuoltoon liittyvä ratkaisu, joka sisältyi jo 5.1 art. e-kohdan hakutuloksiin (Ashingdane v. the United Kingdom). 2-kategorian ratkaisuja (jaosto tai suuri jaosto, kieli englanti, art. P4-2, ei aikarajausta, ei key words) löytyi 34, joista kahdeksassa kieli oli muu kuin englanti ja muut ratkaisut suurimmaksi osaksi liittyivät maasta poistumisen estämiseen tai maasta poistamiseen, yksikään ei liittynyt terveydenhuoltoon.

EIS:n 3 artikla sisältää kidutuksen ja epäinhimillisen kohtelun kiellon, jonka merkitys ja mielenkiinto tutkimuksen kannalta sisältyy nimenomaan artiklan 5.1 e-kohdan tarkoittamiin tilanteisiin. Sen vuoksi 3 art. kohdalla on käytetty lisäsuodatuksena avainsanoja (key words) ”Alcoholics” ja ”Persons of unsound mind”. Irtolaisuutta (vagrancy) tai tartuntatauteja (infectious diseases) koskevilla avainsanoilla ei löytynyt lainkaan ratkaisuja. Koska 3 art. koskevia jaoston tai suuren jaoston ratkaisuja oli viimeisen 10 vuoden ajalta kaikkiaan vähän, näihin sisällytettiin paitsi key case ja 1-kategoriaan myös 2-kategoriaan kuuluvat ratkaisut. Tästä huolimatta ratkaisuja löytyi yhteensä vain 11, joista neljä käsitteli terveydenhuoltoa ja tarkemmin psykiatrista tahdosta riippumatonta hoitoa. Näistäkin yksi ratkaisu oli sellainen, jota

ei ollut saatavilla englanninkielisenä. Muut ratkaisut olivat joko kriminaalipotilaita tai muiden viranomaisten toimintaa koskevia ratkaisuja.

Artikla 8 turvaa yksityisyyden ja perhe-elämän suojaa, ja tutkimuksen aihepiirissä se liittyy itsemääräämisoikeuteen ja vapauden riistoa lievempään rajoittamistoimenpiteiden käyttöön. 8 artiklan osalta aiempien suodatusten (jaosto tai suuri jaosto, englanti, tärkeys key case tai 1, artikla 8) avainsanana (key words) käytettiin (Art. 8-1) ”Respect for private life” erotuksena perhe-elämän suojasta, jota koskevia ratkaisuja ei haluttu aineistoon mukaan. Ratkaisujen runsaan määrän vuoksi aikarajaukseksi 8 artiklan osalta asetettiin viimeiset 10 vuotta. Hakutuloksena oli kaikkiaan 89 ratkaisua, joista yhteensä 8 oli oikeudellisen tiivistelmän (legal summary) perusteella jollakin tapaa terveydenhuoltoon liittyviä.

1.5.1.3 YK:n ihmisoikeuskomiteoiden ratkaisut

YK:n ihmisoikeuksien komiteat valvovat YK:n ihmisoikeussopimusten noudattamista, antavat omaa sopimustaan koskevia yleiskannanottoja (general comments), maakohtaisia kannanottoja (list of issues, concluding observations) ja yksilövalitusratkaisuja. Tutkimukseen haettiin itsemääräämisoikeus- ja rajoittamisnäkökulmasta KP-sopimusta valvovan ihmisoikeuskomitean (CCPR) ja vammaissopimusta valvovan komitean (CRPD) valvontakäytäntöä. Yleiskannanottoja haettiin YK:n sivuilta www.ohchr.org, valinta treaty bodies, CCPR tai CRPD ja general comments, josta valikoitiin tutkimuksen kannalta relevantteja artikloita koskevat yleiskommentit. KP-sopimuksen osalta yleiskommentit käsittävät artiklat 7 (kidutuksen kielto), 9 (henkilökohtainen vapaus ja turvallisuus), 10 (vapaudenriiston kohteena olevan inhimillinen kohtelu) ja 17 (yksityisyyden suoja). CRPD-sopimuksen osalta yleiskommentit käsittävät artiklat 12 (yhdenvertainen kohtelu lain edessä), 14 (henkilökohtainen vapaus ja turvallisuus), ja 5 (yhdenvertaisuudesta ja syrjintäkiellosta). Kaikista sopimusten artikloista ei ole olemassa yleiskommenttia. List of issues -listauksesta etsittiin CRPD:hen liittyen Suomea koskeva raportti ja CRPD-komitean kysymykset Suomelle.

CRPD-komitean yksilövalitusten ratkaisukäytäntöä haettiin www.juris.ohchr.org -tietokannasta, josta CRPD-haulla tuli yhteensä 98 tulosta. Hakutuloksen Decision on merits -ratkaisuista etsittiin ne, joissa ratkaisun sisältämissä artikloissa oli mainittu 12 art. ja/tai 14 art. Kaikkiaan 12 art. koskevia ratkaisuja löytyi 9 kpl ja 14 art. koskevia ratkaisuja 13 kpl, joista yhteensä seitsemän ratkaisua sisälsi sekä 12 että 14 art. koskevia kannanottoja. Lopulta lukemisen perusteella tarkasteluun valikoitui 14 art. ratkaisuista kuusi ratkaisua, ja 12 art. ratkaisuista yhdeksän ratkaisua. Tutkimuksessa viitatut molempien valvontaelinten maakohtaiset kannanotot (concluding observations), CCPR yksilövalitusratkaisut ja yksittäinen CRPD yksilövalitusratkaisu nousivat esiin yleiskommenttien (general comments) tai hakutuloksiin sisältyneiden yksilövalitusratkaisujen kautta. YK:n kidutuksen vastaisen komitean ja OPCAT alakomitean kannanotot nousivat esiin muun kirjallisuuden kautta.

1.5.2 Sallitut oikeuslähteet

1.5.2.1 Eduskunnan oikeusasiamiehen ja terveydenhuollon valvonta-viranomaisen ratkaisut

Sallittuna oikeuslähteenä tutkimuksessa on käytetty eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisukäytäntöä, erityisesti nykytilan lainsäädäntöaukon osalta. Tutkimusaineistona on www.oikeusasiamies.fi -sivuilta hakusanoilla terveydenhuol* ja itsemääräämisoik*, terveydenhuollon hallinnonalarajauksella 10.5.2021 tehdyllä haulla löytynyt eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisukäytäntö 20 vuoden ajalta, kaikkiaan 150 ratkaisua. Verkkosivuilla on julkaistu vuodesta 2001 alkaen eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisuista ne, jotka ovat oikeudellisesti mielenkiintoisia, tai joihin liittyy yleistä mielenkiintoa. Ratkaisuista on jo valmiiksi poistettu salassa pidettävät ja tarpeettomat tiedot.[84]

Analysoinnin ulkopuolelle rajattiin suoraan otsikon perusteella alaikäisiä potilaita, psykiatrista hoitoa tai sosiaalihuoltoa koskevat ratkaisut sekä itsemääräämisoikeuden näkökulmasta aiheeseen liittymättömät ratkaisut, kaikkiaan 66 ratkaisua. Jäljelle jääneet 84 ratkaisua luettiin läpi kahdesti ja taulukoitiin matriisiksi. Joitakin uusia ratkaisuja nousi lukuvaiheessa vielä mukaan tutkimusaineistoon alun perin valikoituneiden ratkaisujen sisältämien viittausten perusteella. Osa näistä oli alun perin tutkimusaineiston ulkopuolelle rajattuja alaikäisiä tai psykiatrista hoitoa koskevia ratkaisuja, jotka sisälsivät kuitenkin merkittäviä oikeusasiamiehen tekemiä rajoittamistoimenpiteiden arviointilinjauksia, minkä vuoksi ne lopulta sisällytettiin tutkimusaineistoon. Lisäksi vielä lukuvaiheessa kaikkiaan 13 ratkaisua rajattiin tutkimusaineiston ulkopuolelle psykiatrista hoitoa, sosiaalihuoltoa tai alaikäistä potilasta koskevina, tai tutkimusaiheen ulkopuolisina asioina. Kaikkiaan tarkempaan analyysiin kelpuutetuksi tutkimusaineistoksi valikoitui lopulta yhteensä 75 ratkaisua.

Tutkimusaineiston 75:sta ratkaisusta 60 oli tullut eduskunnan oikeusasiamiehen käsiteltäväksi kantelun vuoksi. Näistä puolet liittyi rajoittamistoimenpiteiden käyttöön ja puolet muihin itsemääräämisoikeuskysymyksiin. Yhdeksän ratkaisua koski terveydenhuollon toimintayksiköissä tehtyjä tarkastuskäyntejä, ja kaikki nämä käsittelivät ainakin osaksi rajoittamistoimenpiteiden käyttöä. Kuudessa ratkaisussa asia oli tullut oikeusasiamiehen käsiteltäväksi muusta syystä, pääasiassa eduskunnan oikeusasiamiehen omasta aloitteesta. Neljä oma-aloitteisen käsittelyn vuoksi annetuista ratkaisuista liittyi rajoittamistoimenpiteiden käyttöön. Tutkimusaineiston 75 ratkaisusta 68 liittyi somaattiseen hoitoon ja 5 psykiatriseen hoitoon. Kaksi ratkaisua käsitteli molempia kokonaisuuksia, somaattista ja psykiatrista hoitoa, ja näistä matriisiin taulukoitiin edellä mainitusti somaattista hoitoa koskeva osio.

84 Poistetut kohdat on merkitty katkoviivoin [---] ja henkilöiden nimet korvattu yleensä kirjaimin. https://www.oikeusasiamies.fi/r/fi/ratkaisut (käyty 12.5.2019)

Eduskunnan oikeusasiamies käsittelee ratkaisuissaan potilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamiseen liittyviä ongelmia pääsääntöisesti itsemääräämisoikeuden rajoittamisina. Tarkastelussa on kuitenkin perusteltua erottaa toisistaan itsemääräämisoikeuden rajat ja rajoittaminen. Tämä jako sisältyy myös mielenterveyslakiin, jonka 4a-luku sisältää tahdosta riippumattomaan hoitoon tai tarkkailuun otetun potilaan hoidossa tietyin edellytyksin käytettävät rajoittamistoimenpiteet, ja potilaan itsemääräämisoikeuden rajat taas määräytyvät potilaslain mukaisesti. Tästä näkökulmasta tutkimuksessa luetaan varsinaisiksi rajoittamistoimenpiteiksi konkreettisella tavalla potilaan vapausoikeuksiin tai yksityisyyden suojaan kajoavat toimenpiteet, kuten esimerkiksi fyysinen ja kemiallinen (lääkkeellinen) rajoittaminen sekä omaisuuden haltuunotto ja potilaan tahdosta riippumatta suoritetut toimenpiteet.

Tutkimusaineistoon hyväksytyistä 75 ratkaisusta 33 liittyi yleisemmin potilaan itsemääräämisoikeuteen sekä sen rajojen määrittelyyn, ja 42 käsittelee varsinaisia rajoittamistoimenpiteitä. Itsemääräämisoikeuteen liittyvissä ratkaisuissa oli kyse epäonnistuneesta vuorovaikutustilanteesta potilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamisessa esimerkiksi DNR-päätöksen, hoidon riskejä ja hoitovaihtoehtoja koskevan päätöksenteon, muun tärkeän hoitopäätöksen tai opetustilanteen suhteen.[85] Rajanvetokysymykset ovat johtaneet toistuviin kanteluihin, ja niiden myötä lainsäädännön täsmentämisesityksiin[86]. Tämän tutkimuksen kannalta fokus on rajoittamistoimenpiteitä koskevissa ratkaisuissa. Rajoittamistoimenpiteistä nousivat lukuvaiheessa esiin eristäminen, sitominen, noutaminen, poistumisen estäminen, kiinni pitäminen, sängyn laitojen käyttö, lääkintä potilaan tahdosta riippumatta, toimenpiteen suorittaminen ilman potilaan suostumusta, omaisuuden haltuunotto sekä hygieniahaalarin käyttö. Näiden toimenpiteiden lisäksi matriisiin taulukoitiin, mikäli ratkaisussa ei käsitelty rajoittamistoimenpidettä. Tämä tuli kyseeseen vain niiden ratkaisujen osalta, jotka käsittelivät yleisemmin itsemääräämisoikeutta tai siihen liittyviä rajanvetokysymyksiä.

Historiakatsauksessa tutkimusaineistona käytetään eduskunnan oikeusasiamiehen vuosikertomuksissa vuosina 1920–1999 julkaistuja terveydenhuoltoa koskevia ratkaisulyhennelmiä, jotka liittyvät potilaan kohteluun, suostumukseen ja rajoittamistoimenpiteisiin. Tarkastelua vaikeuttavat jonkin verran vuosikertomusten tilastoinnissa, rakenteessa ja jäsentelyssä vuosikymmenten kuluessa tapahtuneet muutokset. Vuosikertomuksissa esitettiin perinteisesti virkasyytteeseen tai muihin toimenpiteisiin, kuten huomautukseen, johtaneet merkittävät ratkaisut sekä muita ratkaisuja, joilla voi olla laajempaa merkitystä. 1990-luvulla vuosikertomusta uudistettaessa on pyritty esittämään kuva laillisuusvalvonnan kokonaisuudesta eikä pelkästään toimenpiteisiin johtaneista tapauksista.[87]

85 DNR-päätöstä käsiteltiin 11 ratkaisussa, saattohoitoa yhdessä, hoitovaihtoehtoja ja hoidon riskejä kahdessa, muita tärkeitä hoitopäätöksiä 16:ssa ja opetustilannetta kuudessa ratkaisussa.

86 Esimerkiksi EOA dnro 1794/2/07.

87 EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1998, s. 3-4 ja Kuusikko 2011, s. 369.

Historiakatsauksessa käytetään potilaan itsemääräämisoikeuden edellytysten ja rajoittamisedellytysten tarkastelussa tutkimusaineistona myös valvontaviranomaisena toimineen lääkintöhallituksen yleis- ja ohjekirjeitä, ja ratkaisukäytäntöä vuosilta 1900–1991. Lääkintöhallituksen ohjeiden ja ratkaisukäytännön anti tutkimukseen on lähinnä historiallista normistoa täydentävä. Tutkimuksen pääpainon ollessa nykytilanteessa ja tulevassa, ei lääkintöhallituksen varhaisempia ratkaisuja koskeva arkistotutkimus ole aiheen käsittelyn kannalta tarpeellinen.[88] Historiallisesti fokusoituneessa tutkimuksessa se olisi luonnollisesti mielenkiinnon kohteena.

1.5.2.2 Sairaanhoitopiirien rajoittamisohjeet

Eduskunnan oikeusasiamies on viime vuosien ratkaisukäytännössään edellyttänyt, että terveydenhuollon toimintayksiköillä pitää laintasoisen sääntelyn puuttuessa olla yksikkökohtaiset ohjeet rajoittamisesta somaattisessa hoidossa.[89] Lain tasoisen sääntelyn puuttuessa toimintayksiköiden sisäiset ohjeet rajoittamisesta määrittävät, millä tavoin terveydenhuollon ammattilaiset työssään tai virkatehtävissään rajoittamistilanteissa toimivat. Viranomaisohjeiden analysointi tarjoaa mielenkiintoisen näkökulman rajoittamiseen somaattisessa hoidossa, sillä ohjeiden kautta on mahdollista tarkastella, millä tavoin toimintaa kyetään sääntelemättömässä tilanteessa ohjeistamaan ja eri intressejä lainsoveltajan toimesta yhteensovittamaan.

Viranomaisten ohjeiden tarkastelu rajataan tutkimuksen rajausta noudattaen julkisen terveydenhuollon toimintayksiköihin ja somaattista hoitoa koskeviin rajoittamisohjeisiin. Julkisen terveydenhuollon toimintayksiköiden määrä sairaalat ja terveyskeskukset mukaan lukien on Suomessa huomattava, minkä vuoksi viranomaisten ohjeiden osalta päädyttiin otantaan, joka käsittää sairaanhoitopiirien rajoittamisohjeet. Vuoden 2022 loppuun saakka maassamme oli 21 sairaanhoitopiiriä. Osa sairaalaa ylläpitävistä organisaatioista toimi jo ennen hyvinvointialueiden aloittamista sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioina, mutta selvyyden ja anonymiteetin vuoksi kaikista organisaatioista käytetään tässä tutkimuksessa nimitystä sairaanhoitopiiri.

Sairaanhoitopiirien tutkimuslupahakemukset olivat poikkeuksetta lääketieteelliseen tai hoitotieteelliseen tutkimukseen suunnattuja, eivätkä kovin hyvin soveltuneet oikeustieteelliseen tai viranomaisen ohjeita koskevaan tutkimukseen. Tutkimuslupahakemuksiin liitettiin alkuperäinen väitöskirjatutkimuksen tutkimussuunnitelma, lyhyt yhteenveto tutkimussuunnitelmasta, aineistonhallintasuunnitelma ja johtajaylilääkäreille suunnattu aineistopyyntö. Tutkimuslupahakemukset lähetettiin sairaanhoitopiireihin pääsääntöisesti touko-kesäkuussa 2022, mutta kahden sairaanhoitopiirin osalta varsinainen lupahakemus tehtiin vasta syksyllä 2022.

88 Lääkintöhallitus alkoi systemaattisesti julkaista ratkaisulyhennelmiä kootusti vasta 1983.
89 Esimerkiksi EOAK/2456/2019, EOAK/2458/2019, EOAK/1706/2019.

Tutkimuslupa saatiin lopulta kaikkiaan 20 sairaanhoitopiiriin 21:sta, vain yhdessä sairaanhoitopiirissä lupahakemuksen käsittely ei edennyt.

Luvan myöntämisen jälkeen sairaanhoitopiireille lähetettiin johtajaylilääkäreille osoitettu aineistopyyntö, jossa pyydettiin tutkimuskäyttöön väitöskirjatutkimusta varten organisaation sisäisiä potilaan rajoittamis- ja suojaamistoimenpiteitä somaattisessa hoidossa koskevia ohjeita. Rajoittamistoimenpiteiden täsmennettiin tarkoittavan mm. eristämistä; lepositeiden, rannesidosten tai vastaavien käyttöä; lääkintää potilaan tahdosta riippumatta, potilaan noutamista toimintayksikköön, potilaan poistumisen estämistä, kiinnipitämistä, omaisuuden haltuunottoa sekä hygieniaa turvaavia varusteita. Lisäksi täsmennettiin osasta potilaan liikkumisvapautta rajoittavia toimia käytetyn nimitystä potilaan suojaamistoimenpide, esimerkkinä sängynlaitojen käyttö. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioihin täsmennettiin erikseen kysyttäessä, että aineistopyyntö koskee vain sairaalan rajoittamisohjeita.

Sairaanhoitopiirit lähettivät aineistopyynnön myötä rajoittamisohjeitaan vaihtelevasti. Osasta sairaanhoitopiirejä aineistoa pyydettiin toistuvasti. Ohjeiden lähettämisestä sairaanhoitopiireissä vastasivat eri tahot: osassa sairaanhoitopiireistä ohjeiden lähettäjä oli johtajaylilääkäri tai hänen assistenttinsa, toisissa laatu- ja potilasturvallisuusylilääkäri tai -asiantuntija, osaamisen kehittämisen asiantuntija, ja jossakin sairaanhoitopiirissä hoitotyön johtaja määritteli, mitä ohjeita tutkimukseen saa lähettää. Kahdesta sairaanhoitopiiristä ilmoitettiin, että yhteinen erikoissairaanhoidon ohjeistus puuttuu, mutta lähetettiin käytössä olevat, päivystykseen laaditut ohjeet[90]. Yksi sairaanhoitopiireistä lähetti ainoastaan tahdosta riippumatonta psykiatrista hoitoa koskevan rajoittamisohjeensa, vaikka aineistopyyntö koski nimenomaan somaattisessa hoidossa käytössä olevia rajoittamisohjeita. Myöhempiin somaattista hoitoa varten laadittuja rajoittamisohjeita koskeviin tiedusteluihin ei tästä sairaanhoitopiiristä tullut vastauksia.[91] Kaksi sairaanhoitopiiriä lähetti somaattisessa hoidossa käytössä olevia rajoittamisohjeita, mutta ilmoitti somaattisessa hoidossa sovellettavan myös mielenterveyslakia tai psykiatrian ohjeita, minkä vuoksi varsinaisia somaattisen hoidon rajoittamisohjeita on vähän.[92] Yksi sairaanhoitopiiri ei tutkimusluvan myöntämisestä ja toistuvista pyynnöistä huolimatta koskaan lähettänyt aineistoa.[93] Sairaanhoitopiirien ohjeita rajoittamisesta somaattisessa hoidossa saatiin lopulta kaikkiaan 18 sairaanhoitopiiristä. Tutkimusluvat ja sairaanhoitopiirien ohjeet saatiin kerättyä vuoden 2023 maaliskuun loppuun mennessä.

Sairaanhoitopiireistä lähetettiin tutkimuskäyttöön 1-14 kappaletta rajoittamisohjeita sairaanhoitopiiriä kohden, yhteensä kaikkiaan 62 ohjetta. Sairaanhoitopiireille annettiin satunnaiset numerokoodit SHP 1-21, joita analyysissä käytetään

90 Sairaanhoitopiirit 12 ja 15.
91 Sairaanhoitopiiri 19.
92 Sairaanhoitopiirit 11 ja 12.
93 Sairaanhoitopiiri 21.

sairaanhoitopiirien anonymiteetin suojaamiseksi. Kaikki saadut ohjeet luettiin läpi kahdesti, ja taulukoitiin aineistomatriisiin. Matriisiin kirjattiin yksilöintitietoina sairaanhoitopiirin numerokoodi, minkä lisäksi sairaanhoitopiireistä lähetetyt ohjeet numeroitiin 1-14, sairaanhoitopiireistä lähetettyjen ohjeiden määrän mukaan. Lisäksi kirjattiin ohjeen päivämäärä, nimi ja ohjeen ala, joka oli joko somaattinen, psykiatrinen, sosiaalihuolto, tartuntataudit, työturvallisuus, opetus, laite tai päihdehuolto. Inkluusio-sarakkeeseen kirjattiin, kelpuutetaanko ohje tutkimusaineistoon. Lisäksi matriisiin kirjattiin yksikkö tai yksiköt, joita ohje koskee: sairaala, terveyskeskussairaala tai ikäihmisten palveluasumisyksikkö.

Saaduista ohjeista 33 ohjetta käsitteli joko leposidemalleja tai niiden konkreettisia käyttöohjeita (11 kpl), rajoittamista psykiatriassa (4 kpl), työturvallisuutta vailla potilaan hoitoon liittyvää rajoittamista (5 kpl), tartuntatautilain mukaista toimintaa (7 kpl), opetuspotilaan asemaa (1 kpl), päihdehuoltolain mukaista tahdosta riippumatonta hoitoa (1 kpl), somaattisen hoidon järjestelyitä ilman rajoittamista (3 kpl), ja yksi oli vanhentunut, uudemmalla versiolla korvattu, rajoittamisohje. Nämä ohjeet poissuljettiin voimassa olevaan sääntelyyn perustuvina rajoittamisohjeina[94] tai muuta aihetta kuin rajoittamistoimenpiteitä koskevina ohjeina tutkimusaineistosta. Muut 29 ohjetta käsittelivät rajoittamista somaattisessa hoidossa (27 kpl) tai olivat työturvallisuusohjeita (2 kpl), jotka sisälsivät kannanoton potilaan rajoittamiseen (tavallisimmin omaisuuden haltuunotto), ja hyväksyttiin tutkimusaineistoon. Tutkimusaineistoon hyväksyttyjen ohjeiden laajuus vaihteli 1 sivusta 27 sivuun.

Muut taulukoidut asiakokonaisuudet nousivat esiin ohjeita lukiessa. Ohjeissa puhutaan suojatoimenpiteistä ja rajoittamistoimenpiteistä, joilla ainakin osin tarkoitetaan samoja asioita. Taulukkoon kirjattiin sekä suoja- että rajoittamistoimenpiteiden osalta erikseen samanlaisella jaottelulla toimenpiteet, rajoittamisen taustasyyt, rajoittamisen hyväksyttävät perusteet, rajoittamisen oikeuttaminen, kuuleminen, päätöksenteko ja rajoittamisen kesto. Muut ohjeista analysoidut asiat: potilas- ja työturvallisuus, vartijan käyttö, jälkikäteisarviointi, oikeussuojakeinot ja raportointi, kirjattiin ohjeittain yhtenä kokonaisuutena.

Sairaanhoitopiirien rajoittamisohjeet eivät ole open access -aineisto, eikä niitä tutkijan toimesta julkaista. Viranomaisen asiakirjojen julkaisemisesta päättää viranomainen itse, ja julkaisemiseen tutkijan toimesta ei ole lupaa.

1.5.2.3 Muut sallitut lähteet

Muina sallittuina oikeuslähteinä tutkimuksessa on käytetty kotimaista historiallista sääntelyä, vuoden 2018 asiakas- ja potilaslakiluonnosta, Skandinavian maiden terveydenhuoltolainsäädäntöä sekä oikeuskirjallisuutta. Lakiluonnoksen osalta

94 Tartuntatautilain, mielenterveyslain tai päihdehuoltolain mukaista rajoittamista käsittelevät ohjeet eivät ole tutkimuksen kannalta keskiössä sen vuoksi, että ne perustuvat voimassa olevaan rajoittamissääntelyyn.

joidenkin yksityiskohtien havainnollistamiseen on käytetty vuoden 2018 lakiluonnoksen lausuntopalautetta, jolla ei ole varsinaista oikeuslähteen asemaa. Kotimaisen lainsäädännön kehitystä 1900-luvulla on selvitetty eduskunta.fi -sivustolta digitoiduista valtiopäiväasiakirjoista ja komiteamietinnöistä. Skandinavian maiden terveydenhuollon lainsäädäntöä ja niiden esitöitä on selvitetty sivuilta www.retsinformation.dk, www.lovdata.no ja www.riksdagen.se, ja seurattu 30.11.2023 saakka. Kansallista ja kansainvälistä oikeuskirjallisuutta on haettu tietokannoista YSO:n asiasanoilla 'täysi-ikäiset' ja 'aikuiset'; 'itsemääräämінen', 'yksilönsuoja' ja 'yksilönvapaus'; 'rajoitukset', 'pakkohoito' ja 'pakkokeinot'; 'sairaanhoito', 'terveydenhuolto', ei 'psykiatrinen hoito'. Osa kirjallisuudesta on löytynyt edelleen hakukoneilla löydetyn kirjallisuuden lähteistä. Kotimaista 1900-luvun tavanomaisoikeudellista käytäntöä on selvitetty pääosin oikeuskirjallisuudesta. Lääkintäetiikkaa ja -käytäntöjä on selvitetty suomalaisesta lääkintäeettisestä kirjallisuudesta sekä kansainvälisistä lääkintäeettisistä ohjeista ja julistuksista. Lisäksi aiheen taustoittamisessa on hyödynnetty joitakin internetissä julkaistuja lehtiartikkeleita, joilla ei ole tieteellistä arvoa.

2 Suostumus, tietojen antaminen ja tietoinen suostumus lääkintäetiikassa, lääkintäkäytännössä ja lainsäädännössä

2.1 Suostumus, tietojen antaminen ja tietoinen suostumus lääkintäetiikassa ja -käytännössä

2.1.1 Kansallinen lääkintäetiikka ja -käytäntö

2.1.1.1 Suostumus lääkintäetiikassa

Tässä luvussa tutkitaan itsemääräämisoikeuden edellytysten: suostumuksen, päätöksentekokyvyn, riittävien tietojen ja vapaaehtoisuuden, ilmenemistä ja kehittymistä lääkintäetiikassa, -käytännössä, ja sääntelyssä 1900-luvun alusta potilaslain säätämiseen asti sen selvittämiseksi, millainen traditio potilaslain itsemääräämisoikeutta koskevan sääntelyn taustalla on. Ovatko lääkintäkäytäntö ja -etiikka toimineet perustana sääntelylle vai onko kansallinen ja kansainvälinen sääntely muokannut lääkintäetiikkaa ja käytäntöä? Aluksi analysoidaan kansallista lääkintäetiikkaa ja -käytäntöä ja kansainvälisiä lääkintäetiikan julistuksia, ja sen jälkeen tavanomaisoikeudellista käytäntöä ja terveydenhuollon historiallista sääntelyä.

Hoitosuhteessa on kyse lääkärin ja potilaan välisestä vuorovaikutussuhteesta, jossa molemmilla osapuolilla on omat oikeutensa, velvollisuutensa ja integriteettinsä eli henkilökohtainen koskemattomuutensa. Hoidettava on kuitenkin enemmän riippuvainen hoitajastaan kuin toisin päin. Lääkäri voi asiantuntemuksensa, valtansa ja käytettävissään olevan välineistön vuoksi vaikuttaa potilaaseen monin tavoin, mutta etiikan tehtävä on varmistaa, ettei tätä valtaa käytetä potilaan etujen tai oikeuksien vastaisesti.[95]

Potilaan hoitaminen edellytti hänen suostumustaan suomalaisen lääkärin etiikkaa käsittelevän kirjallisuuden mukaan jo 1900-luvun alussa. Lääkärillä ei katsottu olevan oikeutta ”sekaantua siihen, mitenkä yksityinen hoitaa sitä omaisuutta, joka muodostaa hänen terveytensä”. Potilaan hakeutuminen hoitoon katsottiin ehdottomaksi edellytykseksi ammattitoimintaan ryhtymiselle.[96] Aloitteen hoitoon hakeutumisesta sai tehdä myös potilaan holhooja, esimerkiksi lapsen tai mielisairaan henkilön puolesta, kun potilas ei itse kyennyt apua hakemaan.[97] Lääkintäkäytännössä potilaan hoitaminen hänen suostumuksellaan oli 1900-luvun alun vuosikymmeninä niin vakiintunutta, että sitä pidettiin tavanomaisoikeudellisena käytäntönä.[98]

95 Lindqvist 1982, s. 16.

96 Oker-Blom 1911, s. 62-63.

97 Oker-Blom 1911, s. 62-63. Anttila 1944, s. 17-18.

98 Anttila 1944, s. 11. ”Normaalitapauksissa on selvää, että tehtäväänsä ryhtyvällä lääkärillä on siihen potilaan suostumus. Vastuuntuntoisella lääkärillä ei tietenkään ole mitään halua ilman sitä ryhtyä työhön-

Suostumus oli joko asiayhteydestä ilmenevä tai nimenomainen. Sekä etiikan että tavanomaisen oikeuden mukaan hoitoon hakeutuminen ja toimenpiteen salliminen riitti suostumukseksi.[99] Potilaan hakeutumista sairaalahoitoon pidettiin osoituksena siitä, että hän haluaa sitä hoitoa, mitä sairaalassa yleensä on tapana antaa vastaavissa tapauksissa.[100] Vallinneen käytännön mukaan vaarattomiin tutkimustoimenpiteisiin ei erityisesti pyydetty potilaan suostumusta, vaan suostumusta pidettiin itsestään selvänä, jos potilas ei toimenpiteestä mainittaessa ilmaissut kieltäytyvänsä siitä.[101] Hengenvaarallisia riskejä sisältävään leikkaukseen tai useita hoitovaihtoehtoja sisältäviin tilanteisiin tuli aina hankkia potilaan suostumus. Tilanteissa, joissa oli valittavissa useampi hoitovaihtoehto, lääkärin tuli antaa potilaalle selvä kuvaus asiasta, perustella leikkauksen tai jonkun toisen hoitotavan paremmuutta toiseen nähden ja ”koettaa johtaa potilasta siihen vakaumukseen, joka järkevän päätöksen tekemiseen oli tarpeen”. Jos kyseessä oli lapsi tai muuten epäpätevässä mielentilassa oleva potilas, hoitoon tuli saada holhoojan lupa ja suostumus.[102] Hoitotoimenpiteisiin ei tullut ryhtyä vastoin potilaan tai holhoojan tahtoa niissä tilanteissa, kun suostumuksen hankkiminen oli mahdollista.[103]

Suostumuksen vastapainona myös hoidosta kieltäytymisen mahdollisuus tunnettiin. Hoito-ohjeiden noudattamatta jättäminen tulkittiin jo 1800-luvulla hoidosta kieltäytymiseksi. Jos sairas ei itsepäisyyttään noudattanut lääkärin hyvää tarkoittavia neuvoja, mutta hänen ymmärryksessään ei ollut vikaa, lääkäri sai jättää sairaan kohtalonsa huomaan.[104] Paranemisen kannalta merkityksettömissä pikkuasioissa ei kuitenkaan saanut vaatia sokeaa kuuliaisuutta lääkäriä kohtaan.[105]

Potilaan itsemääräämisoikeus kirjattiin Suomen lääkäriliiton ensimmäisiin eettisiin ohjeisiin 1956, joitakin vuosia maailman lääkäriliiton kansainvälisten eettisten ohjeiden julkaisemisen jälkeen.[106] Ohjeissa kiellettiin käyttämästä lääkärin

sä, ja toisaalta potilaat ovat halukkaita turvautumaan lääkärin apuun ja luottamaan hänen ratkaisuunsa. ---Selvää on myös, että lääkäreillä on siksi paljon sellaisia potilaita, jotka haluavat itseään autettavan, ettei heiltä riitä aikaa eikä halua ryhtyä parantamaan vastahakoisia tai epäröiviä potilaita.” Anttila 1944, s. 11 ja 29.

99 Anttila 1944, s. 11-12. Oker-Blom 1911, s. 127-128. Lavonius 1956, s. 58.

100 Anttila 1944, s. 11.

101 Ymmärtäväisten ja sivistyneiden ihmisten kuvattiin enimmäkseen alistuvan lääkärin tarpeelliseksi katsomaan tutkimiseen, kun olivat saaneet tietoa ja vakuuttuneet tutkimusten tarpeellisuudesta. Oker-Blom 1911, s. 127-128. Anttila 1946, s. 175-176. Vastaavasti Anttila 1944, s. 11-12.

102 Oker-Blom 1911, s. 108-109. Anttila 1946, s. 176. Anttila 1944, s. 12. Lavonius 1956, s. 54 ja 58.

103 Lavonius 1956, s. 58.

104 Ilmoni 1847, s. 44.

105 Ilmoni 1847, s. 43-44.

106 Suomen lääkäriliitto perustettiin 1910. Aiemmin oli hyväksytty lääkäreiden kollegiaaliset ohjeet 1917, joita oli täydennetty 1925 ja 1937. Kollegiaaliset ohjeet sisälsivät ei-sitovia toverillisia neuvoja lääkäreiden sopuisan yhteistyön ja epäasiallisen kilpailun välttämisen kannalta. Palmén 1968, s. 22.

arvovaltaa niin, että potilaan itsemääräämisoikeus joutuisi uhanalaiseksi.[107] Lääkäriltä edellytettiin suvaitsevaisuutta ja potilaan päätösvallan rajoittamisesta pidättäytymistä.[108] Aikakauden lääkintäeettisen kirjallisuuden mukaan potilaiden ja omaisten lääketieteellisesti perustellut huomiot ja hoitoa koskevat toiveet esimerkiksi hoidon ja kontrollikäyntien ajankohdan suhteen voitiin ottaa huomioon.[109] Potilaan ja hänen omaistensa kanssa yhteisymmärrykseen pyrkiminen muotoutui selkeämmäksi tavoitteeksi lääkintäetiikan kirjallisuudessa 1960-luvun loppupuolella. Lääkärin ei kuitenkaan tullut suostua sellaiseen potilaan vaatimaan toimenpiteeseen, joka lääkärin arvion mukaan ei ollut perusteltu.[110] 1980-luvulla – YK:n ihmisoikeussopimusten ratifioinnin ja Maailman lääkäriliiton Lissabonin julistuksen jälkeen – kotimaisessa lääkärin etiikkaa käsittelevässä kirjallisuudessa oli selkeästi kirjattu potilaan määräysvalta ruumiiseensa, ja oikeus ratkaista, millaisia toimenpiteitä hänelle suoritetaan, sekä oikeus kieltäytyä hoidosta. Lääkärin tehtävänä oli hoitotoimenpiteisiin liittyvien etujen ja haittojen kertominen ja oman hoitosuosituksensa antaminen.[111] Potilaan toivomiin lääketieteellistä perustetta vailla oleviin hoitomuotoihin ei otettu selkeää kantaa, vaikka tähän liittyvää eettistä ongelmaa puntaroitiinkin. Katsottiin kuitenkin, ettei lääkärin tulisi hylätä potilasta tämän itsepintaisen vakaumuksen vuoksi, vaan tilanteessa tulisi etsiä parasta mahdollista kompromissiratkaisua.[112]

Potilaan puolesta suostumuksen antavan sijaispäättäjän käyttämisestä löytyy lääkintäeettisten tai tavanomaisoikeudellisten käytäntöjen osalta vain vähän mainintoja 1900-luvun alun lääkintäetiikan kirjallisuudesta. 1900-luvun alun kirjallisuudessa mainitaan edellä kuvatusti holhoojan mahdollisuudesta tehdä aloite hoitoon hakeutumisessa potilaan, esimerkiksi lapsen tai mielisairaan, puolesta.[113] Edelleen 1950-luvun kirjallisuuden mukaan laillinen holhooja: isä, holhooja tai uskottu mies, sai tehdä sopimuksen osittain tai täysin oikeustoimikelvottoman henkilön puolesta esimerkiksi lääkärin hoidosta sovittaessa.[114] Myös 1980-luvun lääkintäeettisen kirjallisuuden mukaan vajaavaltaisen potilaan hoidon järjestämisestä tuli neuvotella potilaan holhoojan kanssa.[115]

107 Palmén 1956, s. 148- 149. Näköispainos lääkärin eetillisistä ohjeista Ilmolahti 2010, s. 410.

108 Potilaan päätäntävallan rajoittamisesta käytetään esimerkkinä jälkisäädöstä eli testamenttia. Toisaalta Palmén kuvaa psykiatriassa jo vallineen käsityksen, että oudotkaan ajatukset eivät ole todisteita epänormaaliudesta. Palmén 1956, s. 91.

109 Palmén 1956, s. 97-98. Lavonius 1956, s. 54-55.

110 Palmén 1968, s. 45-46 ja s. 79.

111 Achté – Tammisto 1982, s. 54-55 sekä Achté – Isotalo 1982, s. 164.

112 Achté – Tammisto 1982, s. 83.

113 Oker-Blom 1911, s. 62-63. Anttila 1944, s. 17-18.

114 Lavonius 1956, s. 50.

115 Achté – Tammisto 1982, s. 63.

2.1.1.2 Suostumuksen vapaaehtoisuus

1900-luvun alussa potilas-lääkärisuhteessa korostettiin lääkärin auktoriteettiasemaa. Ennen 1900-lukua ja vielä 1900-luvun alussakin paranemisen todennäköisyys kytkeytyi luottamukseen ja vuorovaikutukseen – potilaan uskoon ja tottelevaisuuteen.[116] Potilaan yritykset vaatia tiettyä lääkitystä tai pyytää lääkäriltä hoitoa itse diagnosoimaan tautiinsa tulkittiin tuohon aikaan potilaan yrityksiksi pyrkiä tietovarantoineen lääkärin rinnalle. Tällaisessa tilanteessa potilaan luottamusta lääkärin tietotaitoon pidettiin puutteellisena, jolloin potilaalle tuli korostaa lääkärin hoitovastuuseen perustuvaa määräysvaltaa.[117] Lääkärin tuli myös tarvittaessa ”käyttää vaikutusvaltaansa, käskevää ilmettään ja jyrkkää taipumatonta sanaansa” yleisön hyödylliseksi kasvattamiseksi.[118]

Suomen lääkäriliiton 1956 hyväksymissä eettisissä ohjeissa kiellettiin käyttämästä lääkärin arvovaltaa niin, että potilaan oikeus määrätä itsestään joutuisi uhanalaiseksi.[119] Aikakauden lääkintäeettisessä kirjallisuudessa lääkärin katsottiin kuitenkin johtavan hoitoa potilas-lääkärisuhteessa.[120] Hoidon vapaaehtoisuuden osalta kuvattiin isorokkorokotusesimerkin avulla eettistä ristiriitaa, jossa vastakkain ovat yksilön itsemääräämisoikeus sekä vastahakoisen henkilön oma ja laajemmin koko yhteiskunnan etu. Pakkorokotusta pidettiin 1950-luvun etiikan kirjallisuuden mukaan hyväksyttävänä, koska yksilön itsemääräämisoikeuden loukkausta pidettiin mitättömän pienenä verrattuna yhteiskunnan saaman hyödyn suuruuteen.[121]

1980-luvulla, YK:n ihmisoikeussopimusten ja Maailman lääkäriliiton WMA:n potilaan oikeuksia koskevan Lissabonin julistuksen jälkeisenä aikana, lääkärin eettisiin ohjeisiin oli jo kirjattuna potilaan täyden tahdonvapauden periaate, josta saatiin poiketa vain laissa mainituin edellytyksin ja hätätilanteissa lääkärin avunantovelvollisuuden perusteella.[122] Vaikka potilaan valinnanmahdollisuudet olivatkin riippuvaisia lääkärin antamien sairautta ja hoitomahdollisuuksia koskevien tietojen laajuudesta ja potilaan edellytyksistä käyttää näitä tietoja hyväkseen, potilaalla oli oikeus harkita vapaaehtoisen hoidon kaikissa vaiheissa suostumustaan hoidon jatka-

116 Katz 1998, s. 469. Ilmolahti 2010, s. 407 kuvateksti. Parantaminen laajemmassa mielessä tuli mahdolliseksi lääketieteellisen tutkimuksen ja tietämyksen kehittyessä, kun tutkimustieto lisäsi ymmärrystä sairauksien syistä ja hoidosta. Katz 1998, s. 469. 1900-luvun alussa lääkärit joutuivat myös kilpailemaan kansanparantajien kanssa potilaiden luottamuksesta lääketieteelliseen auktoriteettiinsa. Ilmolahti 2010, s. 407 kuvateksti.

117 Oker-Blom 1911, s. 86.

118 Esimerkiksi gynekologisen tutkimuksen vuoksi teeskentelevien ja ”kohtauksia” saavien naisten ankaraa nuhtelua sopimattomasta ja jopa säädyttömästä käytöksestä pidettiin tuohon aikaan asiallisena. Oker-Blom 1911, s. 128.

119 Palmén 1956, s. 149.

120 Palmén 1956, s. 91, 93-101.

121 Palmén 1956, s. 20-21.

122 Achté – Isotalo 1982, s. 166.

miseen. Hoidosta oli myös mahdollista kieltäytyä milloin tahansa.[123] Paternalistinen lääkärin auktoriteettia korostava asennoituminen oli muokkautunut potilaan tahdon kunnioittamiseksi.[124]

2.1.1.3 Poikkeukset suostumuksen vaatimuksesta: kiireelliset tilanteet

Lääkärin avunantovelvollisuus on keskeinen lääkintäeettinen periaate, joka on jo kauan ennen 1900-lukua sisältynyt lääkärinvaloihin, ja se oli myös kirjattu 1688 vahvistettuun lääkintälaitosta koskevaan sääntöön.[125] Kiireellisten hoitotilanteiden lääkintäeettinen ja tavanomaisoikeudellinen toimintamalli vastasi jo 1900-luvun alussa nykylainsäädäntöä ja -käytäntöä. Tilanteissa, joissa potilaan suostumusta ei voitu saada joko tajuttomuuden vuoksi tai sen vuoksi, ettei hän sairauden takia pystynyt ilmaisemaan mielipidettään, lähdettiin potilaan oletetusta suostumuksesta hoitotoimenpiteeseen potilaan henkeä tai terveyttä uhkaavassa tilanteessa. Vastaavalla tavalla oletettuun suostumukseen nojaten toimittiin, jos potilas ei ollut kelpoinen antamaan suostumustaan, eikä tilanteessa ollut aikaa kysyä holhoojan suostumusta. Potilaalle koituvaa etua henkensä tai terveytensä säilyttämisestä pidettiin suurempana, kuin hänen intressiään määrätä terveytensä hoitamisesta.[126]

Vastaava periaate avunantovelvollisuudesta kiireellisissä tilanteissa on mainittu myös 1950-luvun, 1960-luvun ja 1980-luvun lääkärin eettisissä ohjeissa. Yleinen periaate vaati hoitamaan ensisijaisesti välittömässä hengenvaarassa olevat potilaat, ja vasta sen jälkeen sellaiset potilaat, jotka voivat odottaa.[127] Myös itsemurhaa yrittänyt henkilö tuli potilaan itsensä tahdosta riippumatta pyrkiä pelastamaan.[128] Lääkäri vapautui auttamisvelvollisuudestaan vain, jos hän huolehti tai tiesi jonkun muun huolehtivan asianmukaisesta avun tarpeen tyydyttämisestä.[129] Välittömään avunantovelvollisuuteen sai kuitenkin vedota vain, kun potilas todella oli hengenvaarallisessa tilassa ja välittömän avun tarpeessa.[130] Jos henkilön oma tahto jonkin hoitoon liittyvän asian suhteen tiedettiin, sitä tuli mahdollisuuksien mukaan pyrkiä

123 Achté – Isotalo 1982, s. 164.

124 Achté – Isotalo 1982, s. 167.

125 Lavonius 1956, s. 48. Oker-Blom 1911, s. 63-65.

126 Anttila 1946, s. 178-179 ja Anttila 1944, s. 18-19. Lääkäri oli velvollinen antamaan apuaan tapaturmatapauksissa tai muissa vaikeissa onnettomuuksissa, joissa jonkun henki tai terveys olivat vaarassa, ilman että potilas pyysi hänen apuaan tai joku muu kehotti häntä avun antamiseen. Äkillisesti henkeä uhkaavissa tilanteissa yksilön henki ja terveys nähtiin yhteiskunnan kannalta absoluuttisena oikeushyvänä. Hitaasti ja vähitellen vaikuttavien terveyden tai hengen kannalta vahingollisten olosuhteiden, kuten epäterveellisten asuntojen, puutteellisen ravitsemuksen tai alkoholin väärinkäytön, osalta yksilön hengen ja terveyden vaaraa pidettiin yhteiskunnan kannalta suhteellisena, eikä ryhdytty näiden terveydelle vaarallisten vaikutusten torjumiseen. Oker-Blom 1911, s. 63-65.

127 Palmén 1956, s. 70-72 sekä Achté – Tammisto 1982, s. 52.

128 Palmén 1956, s. 74 ja Palmén 1968, s. 79.

129 Palmén 1956, s. 72 sekä Achté – Tammisto 1982, s. 52.

130 Achté – Isotalo 1982, s. 166.

noudattamaan.[131] Hoitolinjaa koskevien toivomusten esittämistä kirjallisena esimerkiksi tajuttomuuden tai heikkouden varalle ei kuitenkaan vielä tuolloin pidetty lääkäriä sitovina. Niistä voitiin kuitenkin saada käsitystä potilaan ajattelutavasta vaikeita hoitovalintoja tehtäessä.[132]

2.1.1.4 Tietojen antaminen potilaalle lääkintäetiikassa ja -käytännössä

1900-luvun alun suomalaisen lääkärin etiikan mukaan potilaalla ja omaisilla katsottiin olevan ”jonkunmoinen oikeus” saada tietoja esimerkiksi sairauden laadusta ja paranemismahdollisuuksista.[133] Ongelmana tietojen antamisessa pidettiin ihmisten puutteellista käsityskykyä ja siitä aiheutuvaa väärinymmärrysriskiä, minkä vuoksi annetun tiedon sisältöön ja tietojen antamistapaan tuli kiinnittää huomiota.[134] Tuon ajan etiikan mukaan potilaalle tuli selittää tehtävän tutkimuksen, esimerkiksi gynekologisen tutkimuksen, tarpeellisuus taudinmäärityksen kannalta.[135] Lisäksi tietoa tuli antaa taudin määrityksestä, taudin kehityksestä ja odotettavissa olevasta ennusteesta.[136] Tilanteissa, joissa oli useampia hoitovaihtoehtoja, lääkärin tuli kertoa näistä potilaalle ja perustella leikkauksen tai muun hoitotavan paremmuutta suhteessa muuhun hoitovaihtoehtoon, jotta potilas ”tulisi johdetuksi siihen vakaumukseen, joka järkevän päätöksen tekemiseen on tarpeellinen”.[137] Hoito- ja menettelyohjeiden tuli olla mahdollisimman varmoja ja potilaalle helposti ymmärrettäviä.[138] Lisäksi tuli kertoa kontrollikäynneistä ja niiden tarpeesta ja syistä.[139] Tietojen antaminen potilaalle vastasi siis etiikan kirjallisuuden perusteella periaatteiltaan jo 1900-luvun alussa melko hyvin nykyisiä tietojen antamiskäytäntöjä. Poikkeuksen muodosti huono ennuste, josta potilaalle ei kerrottu. Huonosta ennusteesta voitiin potilaan sijaan kertoa paikalla olevalle potilaan ymmärtäväiselle läheiselle, tai asia voitiin potilaan mielenrauhan näkökulmasta kokonaan salata.[140]

---

131 Achté – Tammisto 1982, s. 63.

132 Achté – Autio – Tammisto 1982, s. 163.

133 Oker-Blom 1911, s. 98-99.

134 ”Kaikkein pahinta on, kun --- lääkäri on kyllin varomaton antaakseen tieteellisen selityksen kuulijakunnalle, jolta kokonaan puuttuu oikealle käsittämiselle välttämätöntä alkusivistystä, ja joka vielä vähemmän kykenee tieteellisesti ajattelemaan.” Oker-Blom 1911, s. 98-99.

135 Oker-Blom 1911, s. 129.

136 Oker-Blom 1911, s. 100.

137 Oker-Blom 1911, s. 108-109.

138 Esimerkiksi jääpussin käytöstä umpisuolentulehduksen hoitoon tuli antaa hyvin yksityiskohtaiset ohjeet pussin paikasta, täyttämisestä ja jääpalojen koosta sekä ihon suojaamisesta. Myös ruokailusta tuli antaa hyvin yksityiskohtaisia määräyksiä. Lääkkeistä tuli kertoa milloin ne otetaan aterioihin nähden, miten ne nautitaan ja millaisia vaikutuksia ja sivuvaikutuksia lääkkeillä on. Oker-Blom 1911, 130-132.

139 Oker-Blom 1911, s. 136.

140 Oker-Blom 1911, s. 142-143. Vastaavasti Ilmoni 1847, s. 40-45. Yhdysvalloissakin potilaan hoidossa turvauduttiin tuohon aikaan salaamiseen, valehteluun potilaan hyväksi ja potilaan suojelemiseen. Tutkijat katsovat lääkäreiden paremmuuden vertailun ja potilaiden harrastaman lääkärishoppailun sekä ammattikunnan sisäisen kilpailun myötävaikuttaneen tähän kehitykseen, jota perusteltiin potilaan parhaaksi toimimisella. Faden ym. 1986, s. 84. Lääkäriprofessio oli jakautunut eri suuntauksiin, jotka olivat

1950-luvulla, toisen maailmansodan, Nürnbergin säännöstön ja maailman lääkäriliiton Geneven julistuksen ja kansainvälisten eettisten ohjeiden jälkeen, lääkärin etiikassa korostettiin totuuden kunnioittamista lääkärin toiminnassa. Tiedot tuli kertoa potilaan tietotason ja käsityskyvyn mukaisesti, jotta potilas kykenisi asian ymmärtämään. Liian yksityiskohtaisia ja vaikeasti tajuttavia selostuksia tuli välttää. Lääkärin tuli harkita annetun tiedon laatu ja laajuus: sopiva tietosisältö sopivalla tavalla annettuna oli myös psykologisesti tärkeää. Toiveikkaan hoidon hengen mukaista ei ollut ilmoittaa kysyttäessä tai kysymättä potilaalle kaikkea, mitä lääkäri tiesi taudin laadusta tai sen parannettavuudesta.[141] Vaikeissa sairauksissa, kuten syöpätapauksissa, totuuden kertominen tai kertomatta jättäminen muodosti 1950-luvulla edelleen eettisen ongelman: punnittavana oli tiedon potilaalle aiheuttama sielullinen kärsimys ja toisaalta totuuden kunnioittaminen ja totuuden kertomisesta koituva hyöty. Tietyissä tilanteissa lääkäri saattoi harkita ikävän totuuden kertomisen oikeaksi ratkaisuksi, varsinkin jos se oli hoidon toteuttamisen kannalta välttämätöntä. Tällöin totuus tuli kertoa mahdollisimman inhimillisellä tavalla. Totuutta myös tarvittaessa muunneltiin, jos lääkärin mielestä herkkä potilas ei ollut kypsä tai halukas kuulemaan täyttä totuutta. Syöpäkasvaimen sijaan potilaalle saatettiin kertoa kasvaimen siemenestä tai haavasta, joka vaatii mikroskooppista tutkimusta. Eettisestä näkökulmasta välttelevää vastausta pidettiin parempana kuin suoraa valhetta. Joissakin tilanteissa saattoi myös olla välttämätöntä tietoisesti salata potilaan sairauden laatu paitsi potilaalta myös hänen omaisiltaan.[142]

1960-luvun lopun kirjallisuuden mukaan potilaalla oli oikeus saada luotettavat tiedot sairautensa laadusta, tarpeellisesta hoidosta ja paranemismahdollisuuksista.[143] Potilaalle tuli esimerkiksi ennen leikkausta selvittää sopivalla tavalla hoidon laatu ja siihen liittyvät vaarat. Potilaan tietotason ja käsityskyvyn mukaisesti tapahtuvan tiedonannon lisäksi potilaiden virheellisiä käsityksiä hoidosta tuli yrittää oikaista, loukkaamatta kuitenkaan potilaan itsemääräämisoikeutta.[144] 1960-luvun loppupuolen kirjallisuudessa katsottiin, että vakavaakaan tosiasiaa ei sopinut salata, kun potilas täytyi saada ymmärtämään hoidon tarpeellisuus ja kiireellisyys. Pahanlaatuista tautia epäiltäessä tuli kuitenkin pyrkiä varmuuteen herättämättä potilaassa ennenaikaista levottomuutta, ja tällöin oli edelleen mahdollista lykätä asian kertomista tai antaa välttteleviä vastauksia.[145]

---

erimielisiä siitä, mikä oli lääketieteellistä tietoa. Käytännössä nämä ristiriidat pysäyttivät tietojen antamisen moraalisten ja laillisten periaatteiden kehittelyn Yhdysvalloissa. Faden ym. 1986, s. 84 sekä Pernick 1982, s. 17.

141 Palmén 1956, s. 98-99.

142 Palmén 1956, s. 99-101.

143 Palmén 1968, s. 62-63.

144 Palmén 1968, s. 45-46 ja s. 79.

145 Palmén 1968, s. 62-63.

1980-luvulla, YK:n ihmisoikeussopimusten ja WMA:n Lissabonin julistuksen jälkeen, lääkärin tuli kertoa potilaalle oma-aloitteisesti sairaudesta, sen synnystä, hoidosta riskeineen ja sivuvaikutuksineen sekä sairauden tai vamman uusimisriskistä. Lisäksi tuli antaa uusimisriskin näkökulmasta ohjeita ennaltaehkäisyyn. Hoito-ohjeet suositeltiin tarvittaessa annettavan kirjallisena. Tiedot tuli antaa potilaalle selkeästi, totuudenmukaisesti ja rehellisesti sekä potilaan kokonaistilanteen huomioivalla tavalla. Potilasta ei kuitenkaan tullut säikyttää ilmeisen merkityksettömillä kysymyksillä tai kuvaamalla kaikkia mahdollisia komplikaatioita. Tietojen antamisen nähtiin parantavan hoitomyöntyvyyttä, potilaan selviytymistä eri tilanteista sekä potilaan luottamusta lääkäriä ja hoitoa kohtaan.[146]

2.1.1.5 Hyvä hoito ja kohtelu

Hyvän tekeminen ja vahingon välttäminen ovat vanhoja lääkintäeettisiä periaatteita, ja ammatillinen standardi on koko 1900-luvun ollut olennainen osa lääkintäeettisiä julistuksia ja ohjeita. 1800-luvun kirjallisuudessakin on mainittu lääkärin toiminnan päämääräksi elämän suojeleminen, minkä vuoksi sairaan hoitamisessa tuli käyttää vain hyväksi osoitettuja hoitomenetelmiä. Sairasta ei saanut käyttää kokeilujen kohteena, eikä uhrata ihmiselämää tieteen nimissä. Uusia hoitomuotoja sai käyttää vain, kun kaikki hyväksi osoitetut hoitomenetelmät oli jo käytetty, tai sellaisessa tilanteessa, kun uudesta hoitomenetelmästä ei voinut aiheutua sairaalle vahinkoa.[147]

1900-luvun alun lääkärin eettisten ohjeiden mukaan lääkärin tärkein velvollisuus oli ”kykynsä mukaan auttaa yksityistä ihmistä varjelemaan, säilyttämään ja lujittamaan terveyttänsä ja henkeänsä”.[148] Tämä koski myös ruumiillisesti vajavaisten hoitoa.[149] Vaikka diagnostiset ja hoidolliset menetelmät olivat kehittyneet edeltävinä vuosikymmeninä, lääketiedettä ei vielä pidetty eksaktina tieteenä tutkimustapojen epätäydellisyydestä, diagnostiikan objektiivisuuden vaikeuksista sekä hoitotapojen ja hoidon vaikutusten epävarmuudesta johtuen.[150] Lääkärin henkilökohtaisen käsityksen tautitapauksesta tunnistettiin vaikuttavan sopivan hoitotavan tai parhaan hoito-ohjeen valintaan. Tähän vaikuttivat lääkärin arvostelukyky, tietomäärä ja ammatinharjoittamistaito. Koska kenelläkään lääkärillä ei ajateltu olevan kaikkia ammatinharjoittamiseen vaadittavia ominaisuuksia ”täyttä määrää”, saattoivat hoito tai neuvot yksittäistapauksissa olla erilaisia riippuen siitä, kenen puoleen potilas kääntyi.[151] Taitovirheenä ja epämoraalisena tekona pidettiin ainoan tarjolla olevan parannuskeinon, esimerkiksi haavan tekemisen tai jalan poikki leikkaamisen, käyttämättä jättämistä.[152]

146 Achté – Tammisto 1982, s. 55-56.
147 Ilmoni 1847, s. 43.
148 Oker-Blom 1911, s. 50.
149 Oker-Blom 1911, s. 45-50.
150 Oker-Blom 1911, s. 31.
151 Oker-Blom 1911, s. 51.
152 Oker-Blom 1911, s. 53.

1950-luvulla painotettiin lääketieteen aiemman ja tulevan kehittymisen näkökulmasta lääkärin toiminnan huolellisuuden arviointia oman aikakauden perusteiden mukaisesti. Potilas tuli haastatella ja tutkia huolellisesti diagnoosin tekemistä varten. Tutkimusmenetelminä tuli käyttää vakiintuneita tutkimustapoja. Laboratorio- ja röntgentutkimuksia tuli käyttää tarpeen mukaan, mutta kriittisesti, turhia tutkimuksia välttäen.[153] Toimenpiteiden tuli vastata lääketieteen kyseisellä hetkellä kyseessä olevan tapauksen hoidolle asettamia vaatimuksia.[154] Myös Suomen lääkäriliiton ensimmäisissä lääkärin eettisissä ohjeissa painotettiin tunnollista ja asiallista tieteeseen ja kokemukseen perustuvien tietojen soveltamista.[155] Lääkärin velvollisuus oli mm. suojella elämää ja terveyttä, soveltaa tieteellisesti ja kokemusperäisesti saavutettua tietoa ja kartuttaa tietojaan sekä kohdella potilaita yhdenvertaisesti. Lääkäriä myös kiellettiin osallistumasta sellaiseen sairaanhoitoon, jossa hänellä ei ole vapautta toimia velvollisuuksiensa ja lääkäriliiton eettisten ohjeiden mukaisesti.[156] Vastaavat periaatteet ovat alusta pitäen sisältyneet myös WMA:n kansainvälisiin lääkärin eettisiin ohjeisiin ja julistuksiin.

1960-luvun potilas-lääkärisuhdetta koskevien ohjeiden mukaan lääkärin tuli pyrkiä antamaan potilaalle parasta mahdollista lääketieteen vaatimusten mukaista hoitoa.[157] Potilaan hoidon osalta tuli pyrkiä yksilöllisyyteen, punnita hyödyt ja haitat, eikä hoito saanut olla vaarallisempi kuin itse sairaus.[158] 1980-luvulla korostettiin lääkärin huolellisuutta potilas-lääkärisuhteen keskeisenä piirteenä. Potilas tuli tutkia ja haastatella huolellisesti diagnoosin saamiseksi. Jos lääkäri oli toiminut huolellisesti, mutta siitä huolimatta päätynyt virheelliseen tai epätäydelliseen käsitykseen sairaudesta, tätä pidettiin tuohon aikaan inhimillisenä erehdyksenä. Mikäli taas lääkäri teki virheen tai laiminlyönnin, joka olisi huolellisuudella voitu välttää, kyseessä oli taitovirhe, josta saattoi seurata vahingonkorvausvelvollisuus.[159]

Sairaskertomusmerkinnät olivat tärkeä osa huolellista ammattitoimintaa, ja mahdollistivat jälkikäteisen asioiden tarkistamisen ja tarvittaessa ammattitoiminnan laadun jälkikäteisarvioinnin. Sairaskertomusmerkinnät palvelivat myös tutkimus-

153 Palmén 1956, s. 80-83.

154 Anttila 1944, s. 2. Lavoniuksen mukaan lääkärillä oli lääkärinvakuutuksen perusteella oikeus hoitaa potilasta parhaan ymmärryksensä ja lääketieteen opetusten mukaan.
Lavonius 1956, s. 57-58.

155 Suomen lääkäriliiton eetilliset ohjeet 1956. Kirjassa Palmén 1956, s. 148-149. Vastaavasti lääketieteen yleisestä näkemyksestä (lex artis) ammatillisena standardina Lavonius 1956, s. 63-64, 71.

156 Palmén 1956, s. 148- 149. Näköispainos lääkärin eetillisistä ohjeista Ilmolahti 2010, s. 410.

157 Ilmolahti 2010, s. 411. Täydennys lääkärin eetillisiin ohjeisiin. Suomen lääkäriliiton valtuuskunnan hyväksymä joulukuun 14. päivänä 1963. Lääkärin eetilliset ohjeet. SLL 1/1956, s. 576-577. Samoin Palmén 1968, s. 27.

158 Palmén 1968, s. 45-46 ja s. 79.

159 Achté – Tammisto 1982, s. 53.

tarkoitusta.[160] Toiminnan laadun jälkikäteisarviointia pidettiin tärkeänä potilas-lääkärisuhteen luottamuksellisuuden näkökulmasta.[161]

2.1.2 Kansainväliset lääkintäetiikan julistukset

2.1.2.1 Maailman lääkäriliiton kansainväliset lääkintäeettiset ohjeet ja Geneven julistus

Tässä luvussa tarkastellaan tutkimuksen kannalta keskeisiä kansainvälisiä hoitoetiikan julistuksia ja tärkeimpiä tutkimusetiikan julistuksia. Viimeisen sadan vuoden aikana merkittävät kansainväliset lääkintäeettiset ohjeet ja julistukset on laadittu toisen maailmansodan jälkeen 1900-luvun puolivälissä ja seuraavina vuosikymmeninä. Maailman lääkäriliitto perustettiin vuonna 1947. Sen tarkoituksena oli kohottaa sodan aikana aallonpohjaan joutuneet eettiset perinteet ja yhdenmukaistaa ne kansainvälisesti.[162] Lääkäriprofession eettiset perinteet olivat edelleen yleispätevät, mutta tarvitsivat sodan jälkeen selventämistä ja ajanmukaistamista.[163] Ennen Maailman lääkäriliiton eettisiä ohjeita kansallisten lääkäriliittojen kesken oli jo kymmeniä vuosia vapaaehtoisesti sovittu lääkärin käyttäytymisestä ammattitoveruuden hengessä. Suomen lääkäriliitto oli mm. hyväksynyt 1917 lausunnon kollegiaalisuutta koskevista kysymyksistä, jota oli täydennetty vuosina 1925 ja 1937 lääkärin kollegiaalisiksi ohjeiksi.[164] Maailman lääkäriliitto vahvisti vuonna 1948, pian Nürnbergin sotarikosoikeudenkäynnissä julkaistun tutkimuseettisen säännöstön jälkeen, Geneven julistuksen (tarkistettu 1968, 1983, 1994, 2005, 2006, 2017), joka määritteli lääkärin keskeiset eettiset ohjeet. Geneven julistuksessa korostettiin ihmisyysaatetta, elämän suojaa, potilaiden yhdenvertaisuutta sekä potilaan terveyttä ensisijaisena prioriteettina.[165]

Geneven julistuksen kansainvälinen lääkärinvakuutus ei voinut syntytapansa vuoksi olla kovin yksityiskohtainen. Julistuksen sisältämät periaatteet vaativat täydentämistä, mutta toisaalta täydentämistyössä oli otettava huomioon monella taholla jo käytössä olevat eettiset ohjeet ja tehostettava eri maissa tehtyjä sopimuksia. Tältä pohjalta Maailman lääkäriliitto hyväksyi 1949 lääkärin etiikan kansainväliset ohjeet (tarkistettu vuosina 1968, 1983, 2006, 2022).[166] Lääkärin etiikan kansainvälisissä ohjeissa määriteltiin mm. lääkärin velvollisuudet potilaita kohtaan: lääkärin tuli suojella elämää, käyttää kaikkia tieteen tarjoamia mahdollisuuksia potilaansa hyväksi, pitää salassa kaikki, mitä hän on saanut tietää potilaastaan; sekä annettava apua hätätapauksissa. Itsemääräämisoikeuden kannalta olennaisimpina velvoitteina

160 Palmén 1956, s. 80-83. Nykyään käytetään termiä potilasasiakirjamerkinnät.
161 Lavonius 1956, s. 68.
162 Palmén 1968, s. 21.
163 Palmén 1968, s. 21.
164 Palmén 1968, s. 22.
165 WMA Declaration of Geneva 1948.
166 Palmén 1968, s. 22-23.

Geneven julistukseen ja kansainvälisiin lääkintäeettisiin ohjeisiin kirjattiin elämän suojelemisen velvoite ja avun antaminen hätätapauksissa. Lisäksi kirjattiin, että sellaisia tekoja tai neuvoja, jotka voivat heikentää ihmisen ruumiillista tai henkistä vastustusta, vastustuskykyä tai kestävyyttä (resistance), sai käyttää vain, jos ne olivat potilaan edun mukaisia.[167] Ymmärrettävästi painotus toisen maailmansodan jälkeisissä eettisissä julistuksissa ja ohjeissa oli elämän suojaa, epäinhimillisen kohtelun kieltoa ja yhdenvertaisuutta korostava.

Maailman lääkäriliiton kansainvälisiä lääkintäeettisiä ohjeita päivitettiin merkittävämmin vasta vuonna 1983, jolloin ohjeisiin kirjattiin velvollisuus kunnioittaa potilaiden, kollegoiden ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten oikeuksia. Lääkäri myös velvoitettiin kaikissa tilanteissa tarjoamaan moraalisesti ja teknisesti riippumatonta, pätevää lääketieteellistä hoitoa myötätuntoisesti ja ihmisarvoa kunnioittaen.[168] Eettisiin ohjeisiin kirjattiin myös totuuden kunnioittamisen velvoite. Lääkärin tuli olla potilailleen rehellinen, ja pyrkiä paljastamaan kollegat, joilla oli pätevyyteen liittyviä puutteita, tai jotka syyllistyivät petoksiin.[169]

Vuonna 2006 tehdyssä päivityksessä merkittävin muutos Maailman lääkäriliiton kansainvälisiin eettisiin ohjeisiin oli perus- ja ihmisoikeusnäkökulman ja itsemääräämisoikeusajattelun kehitystä kuvastava julkilausuma, jonka mukaan lääkärin tuli kunnioittaa kompetentin potilaan oikeutta suostua hoitoon tai kieltäytyä siitä.[170] Ohjeissa myös täsmennettiin lääkärin velvollisuutta toimia ammatissaan potilaan parhaan edun mukaisesti (act in the patient's best interest vrt. aiempi act only in the patient's interest).[171] Samana vuonna Geneven julistuksen kielto käyttää lääketieteellistä tietämystä ihmisyyden lakeja vastaan muutettiin kielloksi loukata ihmisoikeuksia ja kansalaisvapauksia.[172] Vuonna 2017 Geneven julistukseen lisättiin potilaan autonomian ja ihmisarvon kunnioittamisen velvoite. Ammatinharjoittamiselta edellytettiin muutosten jälkeen arvokkuuden ja omantunnonmukaisuuden lisäksi hyvän lääketieteellisen käytännön (good medical practice) noudattamista.[173]

---

167 Lääkärin etiikan kansainvälisissä säännöissä määriteltiin lääkärin yleiset velvollisuudet, lääkärin velvollisuudet potilaita kohtaan sekä velvollisuudet kollegoita kohtaan. Sääntöjen mukaan lääkärin tuli aina käyttäytyä mitä parhaimmalla ammattikuntansa arvon mukaisella tavalla. Hänen tuli toiminnassaan olla riippumaton taloudellisista vaikuttimista ja välttää toimintaa, joka vaarantaa hänen ammatillisen itsenäisyytensä. Lisäksi etiikan säännöissä velvoitettiin noudattamaan Geneven julistusta. WMA International code of medical ethics 1949, suomennettuna Achté ym (toim.) 1982, s. 291.

168 WMA International code of medical ethics 1949, amendment 1983. Sanamuodon täsmennyksiä tehtiin potilaan edun mukaan toimimista, palkkioita ja viestintää koskeviin julkilausumiin.

169 WMA International code of medical ethics 1949, amendment 1983. Sanamuodon täsmennyksiä tehtiin potilaan edun mukaan toimimista, palkkioita ja viestintää koskeviin julkilausumiin.

170 WMA International code of medical ethics 1949, amendment 2006. Resurssien käyttöä ja lääkärin omaa terveyttä ja hyvinvointia koskevat julkilausumat lisättiin Geneven julistukseen vasta 2017.

171 Lisäksi tehtiin tarkennuksia konsultaation ja salassapitovelvollisuudesta poikkeamisen osalta. WMA International code of medical ethics 1949, amendment 2006.

172 WMA Declaration of Geneva 1948, amendment 2006.

173 WMA Declaration of Geneva 1948, with amendment 2017.

Vuonna 2022 muutetussa Maailman lääkäriliiton kansainvälisissä eettisissä ohjeissa keskeisimpiä uudistuksia olivat perus- ja ihmisoikeussääntelyä vastaava syrjintäkielto[174], potilaan tietoisen suostumuksen periaate[175], potilaan päätöksentekokyvyn huomioiminen ja potilaan tahdon mukainen sijaispäätöksenteko[176] sekä potilaan lähiomaisen tai läheisen kuuleminen potilaan tahdon selvittämiseksi[177].

2.1.2.2 Tokion julistus

Maailman lääkäriliitto julkaisi 1975 Tokion julistuksen (tarkistettu 2005, 2006, 2016) koskien pidätettyjen ja vangittujen henkilöiden kidutusta ja muuta julmaa, epäinhimillistä ja alentavaa kohtelua. Julistuksen lähtökohtana on potilaiden ruumiin- ja mielenterveyden edistäminen ja palauttaminen, heidän kärsimystensä lievittäminen, ihmiselämän kunnioittaminen ja kielto käyttää lääketieteellistä tietämystä ihmisyyden lakeja vastaan. Julistuksessa kielletään lääkäreitä osallistumasta tai myötävaikuttamasta, tai käyttämästä lääketieteellistä tietämystään, taitojaan tai potilastietojaan, pidätettyjen tai vankien kidutukseen tai muuhun julmaan, epäinhimilliseen tai alentavaan kohteluun. Lääkäri ei myöskään saa olla läsnä tällaisissa tilanteissa. Vangin kieltäytyessä ravitsemuksesta häntä ei julistuksen mukaan saa ruokkia keinotekoisesti, jos hän on tehnyt ravitsemuksesta kieltäytymispäätöksensä kykenevänä rationaaliseen vapaaehtoiseen päätöksentekoon ja on tietoinen päätöksensä seuraamuksista. Lääkäriä velvoitetaan myös informoimaan vankia ravinnosta kieltäytymisen seuraamuksista.[178]

2.1.2.3 Hawaijin julistus

Psykiatrinen hoito ei varsinaisesti kuulu tämän tutkimuksen sisältöön. Tässä tarkastellaan Hawaijin julistusta siksi, että se on ensimmäinen kansainvälisistä hoitoetiikan julistuksista, joka sisältää yksityiskohtaiset ohjeet potilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamisesta. Maailman psykiatriliitto julkaisi 1977 Hawaijin julistuksen (muutettu 1983), johon potilaan hoitotilanteita koskeva itsemääräämisoikeuden periaate kirjattiin yksityiskohtaisesti WMA:n yleisiä lääkärin eettisiä ohjeita varhemmin. Vaikka julistuksen muotoilussa huomioitiin jäsenmaiden väliset suuret kulttuuriset erot ja eroavaisuudet oikeudellisissa, sosiaalisissa ja taloudellisissa olosuhteissa, julistuksen eettiset linjaukset laadittiin minimivaatimuksiksi psykiatrin ammatissa toimiville.[179]

Somaattisen hoidon tavoitteiden tapaan psykiatrian tavoitteeksi määriteltiin mielisairauksien hoito ja mielenterveyden edistäminen. Psykiatrin tuli toimia

174 WMA international code of medical ethics 1949, amendment 2022, kohta 2.
175 WMA international code of medical ethics 1949, amendment 2022, kohta 15.
176 WMA international code of medical ethics 1949, amendment 2022, kohta 16.
177 WMA international code of medical ethics 1949, amendment 2022, kohta 19.
178 WMA Declaration of Tokyo 1975, with amendments until 2016.
179 WPA Declaration of Hawaii 1977, with amendments unti 1983.

potilaan parhaaksi parhaan kykynsä, tieteellisen tiedon ja eettisten periaatteiden mukaisesti. Lisäksi tuli huomioida yhteiskunnalliset edut (common good) ja terveydenhuollon resurssien oikeudenmukainen jakautuminen. Hoitosuhteen tuli perustua molemminpuoliseen yhteisymmärrykseen, joka optimaalisimmillaan tarkoitti luottamuksellisuutta, yhteistyötä ja molemminpuolista vastuunottoa. Tilanteissa, jolloin tällaista hoitosuhdetta ei ollut mahdollista muodostaa potilaan kanssa, tuli olla yhteydessä sukulaiseen tai muuhun potilaalle läheiseen henkilöön. Potilasta tuli informoida hänen terveydentilastaan, hoitotoimenpiteistä, hoitovaihtoehdoista ja ennusteesta. Informointi tuli tehdä potilasta huomioivalla tavalla (considerate way), ja potilaalle tuli tarjota mahdollisuus valita asianmukaisten ja saatavilla olevien hoitovaihtoehtojen välillä. Hoito- tai tutkimustoimenpiteitä ei saanut suorittaa potilaan tahdon vastaisesti tai tahdosta riippumatta, paitsi tilanteessa, jossa potilas ei mielisairautensa vuoksi kyennyt muodostamaan arviota omasta parhaastaan ja josta hoidotta voisi aiheutua huomattavaa haittaa potilaalle tai muille henkilöille. Potilaan tahdosta riippumattomasta hoidosta tuli luopua heti, kun sille ei enää ollut perusteita. Jos hoidon jatkumiselle sen jälkeen oli tarvetta, siihen tuli saada potilaan vapaaehtoinen suostumus.[180]

Psykiatri ei saanut käyttää ammattitaitoaan ihmisarvon tai ihmisoikeuksien vastaiseen toimintaan, eikä antaa henkilökohtaisten halujensa, tunteidensa, ennakkoluulojensa tai uskomustensa vaikuttaa hoitoon. Psykiatrisen hoidon menetelmiä ei saanut käyttää tilanteissa, jolloin psykiatrista sairautta ei ole. Myöskään potilaan tai kolmannen henkilön vaatimuksesta ei saanut ryhtyä toimenpiteisiin tieteellisen tiedon tai eettisten periaatteiden vastaisesti. Ohjeet sisälsivät tietoisen suostumuksen periaatteen myös tutkimusta ja opetusta koskien.[181]

2.1.2.4 Lissabonin julistus

Vuonna 1981 Maailman lääkäriliitto WMA julkaisi Lissabonin julistuksen (tarkistettu 1995, 2005, 2015) koskien potilaiden oikeuksia. Alkuperäisen julistuksen c-kohdan mukaan potilaalla oli riittävät tiedot saatuaan oikeus hyväksyä hoito tai kieltäytyä siitä.[182] Vuonna 1995 potilaiden Lissabonin julistukseen kirjatut oikeudet lisääntyivät, monipuolistuivat ja yksityiskohtaistuivat huomattavasti alkuperäiseen julistukseen verrattuna potilas-lääkärisuhteen ja ympäröivän yhteiskunnan läpikäymien muutosten vuoksi. Päivitetyn julistuksen mukaan lääkärin tuli omatuntonsa ja potilaan parhaan edun mukaan toimiessaan huomioida myös potilaan autonomia ja oikeudet.[183]

180 WPA Declaration of Hawaii 1977, with amendments until 1983, kohdat 1-6.

181 WPA Declaration of Hawaii 1977, with amendments until 1983, kohta 7, 9.

182 WMA Declaration of Lisbon 1981.

183 WMA Declaration of Lisbon 1981, with amendments until 2015. Vuosien 1995 ja 2015 Lissabonin julistusten tarkistetut versiot ovet keskenään lähes identtiset.

Lissabonin julistukseen on kirjattu potilaan itsemääräämisoikeus, oikeus tehdä vapaasti itseään koskevia päätöksiä, ja lääkärin velvollisuus informoida potilasta päätösten seurauksista. Päätöksentekokykyinen aikuinen saa julistuksen mukaan antaa suostumuksen tai kieltäytymisen mihin tahansa diagnostiseen tutkimukseen tai hoitoon, mutta hänen tulee saada päätöksentekonsa tueksi tarpeelliset tiedot ja ymmärtää, mikä tutkimusten ja hoidon tarkoitus on, mitä tuloksilla voidaan saada selville ja mikä kieltäytymisen merkitys on. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä osallistumasta lääketieteelliseen tutkimukseen tai lääketieteen opetukseen.[184] Julistuksessa myös korostetaan, että potilaan tahdon vastaisia tutkimuksia tai hoitoja voidaan tehdä vain poikkeuksellisesti, lain sallimassa laajuudessa. Tällöinkin tulee noudattaa lääkintäeettisiä periaatteita.[185]

Oikeustoimikyvyttömän (legally incompetent) ja tajuttoman tai muuten tahdonilmaisuun kykenemättömän potilaan kohdalla edellytetään laillisen edustajan suostumusta, kun se oikeudellisesti on tarpeen.[186] Oikeustoimikyvytönkin potilas tulee kuitenkin ottaa mukaan päätöksentekoon siinä määrin, kun se hänen päätöksentekokykynsä puolesta on mahdollista (to the fullest extent allowed by his/her capacity). Jos oikeustoimikyvytön henkilö on kykenevä tekemään rationaalisia päätöksiä, hänen päätöksentekoaan tulee kunnioittaa ja hän voi kieltää tietojen luovuttamisen lailliselle edustajalleen. Lääkäri voi kyseenalaistaa laillisen edustajan päätöksen, jos tämä kieltää potilaalta hoidon, joka lääkärin arvion mukaan on potilaan edun mukainen. Hätätilanteessa oikeustoimikyvytöntä potilasta tulee hoitaa hänen parhaan etunsa mukaisesti.[187] Tajuttoman tai muuten tahdonilmaisuun kykenemättömän potilaan kohdalla voidaan kiireellisissä hoitotilanteissa tukeutua potilaan oletettuun suostumukseen, jos laillinen edustaja ei ole saatavilla, ellei potilaan aiempien tahdonilmaisujen perusteella ole itsestään selvää, että potilas kieltäytyisi hoitotoimenpiteistä kyseisessä tilanteessa. Tajuttoman, itsemurhaa yrittäneen potilaan henki tulee kuitenkin aina yrittää pelastaa.[188]

Potilaalla on Lissabonin julistuksen mukaan oikeus saada terveydentilaansa koskevat tiedot. Poikkeuksena ovat tilanteet, joissa tietojen antamisesta voi aiheutua vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. Tiedot tulee antaa potilaalle ymmärrettävällä tavalla, kulttuuriset näkökohdat huomioiden. Potilaalla on oikeus kieltäytyä tietojen vastaanottamisesta, paitsi tilanteissa, kun tietojen antaminen on tarpeen toisen henkilön hengen suojaamiseksi. Potilaalla on myös oikeus valita, ketä (jos ketään) informoidaan hänen sijastaan.[189]

184 WMA Declaration of Lisbon, with amendments until 2015, periaate 3. kohdat a-c.
185 WMA Declaration of Lisbon, with amendments until 2015, periaate 6.
186 WMA Declaration of Lisbon, with amendments until 2015, periaate 4. ja 5. a-kohdat.
187 WMA Declaration of Lisbon, with amendments until 2015, periaate 5. kohdat a-c.
188 WMA Declaration of Lisbon, with amendments until 2015, periaate 4. kohdat a-c.
189 WMA Declaration of Lisbon, with amendments until 2015, periaate 7. kohdat a-e.

2.1.2.5 Nürnbergin säännöstö

Lääketieteellinen tutkimus ei varsinaisesti kuulu tämän tutkimuksen sisältöön. Seuraavassa käsitellään kuitenkin lääketieteellistä tutkimusta koskevia eettisiä periaatteita ja niiden kehitystä sen vuoksi, että tietoisen suostumuksen periaate kirjattiin kansainvälisistä eettisistä ohjeistoista ensimmäisenä juuri ihmisillä tehtävää tutkimusta käsittelevään Nürnbergin säännöstöön. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että tietoisen suostumuksen periaate eettisenä periaatteena olisi tuossa yhteydessä otettu käyttöön ensimmäistä kertaa.

Toinen maailmansota sotarikoksineen toimi herätteenä kansainvälisten eettisten ja ihmisoikeuksia turvaavien sääntöjen laatimiselle. Vuonna 1947 Nürnbergin sotarikostuomioistuimen lääkärioikeudenkäyntiä koskevaan tuomiolauselmaan kirjattiin ihmisillä tehtävän tutkimuksen eettiset periaatteet, joiden ydin oli koehenkilöiltä edellytettävä nykyisen kaltainen tietoon perustuva suostumus.[190] Säännöstö muotoiltiin oikeudenkäynnin pohjalta osana tuomiolauselmaa, mutta kolmella syyttäjän asiantuntijatodistajana toimineella lääkärillä ja amerikkalaisella lääkärijärjestöllä AMA:lla oli keskeinen rooli lääketieteellistä tutkimusetiikkaa koskevien periaatteiden muotoilussa.[191] Nürnbergin säännöstön 1. kohdan mukaan koehenkilöllä tuli olla kelpoisuus suostumuksen antamiseen, hänen asemansa tuli mahdollistaa vapaa valintavalta ilman, että hänen valintaansa vaikutettiin väkivallan, vilpin, petoksen, uhan, harhaanjohtamisen tai muun ulkoisen pakon tai painostuksen keinoin; ja hänellä tuli olla riittävästi tietoa ja käsitystä kyseisestä tutkimuskohteesta voidakseen ymmärtäen ja asioista tietoisena tehdä päätöksensä. Kohdan 9. mukaan koehenkilöllä oli oikeus keskeyttää tutkimus milloin tahansa.[192]

Vaikka Nürnbergin säännöstöä pidetään tutkimusetiikan kulmakivenä, vastaavat periaatteet riittävistä ja asianmukaisista tiedoista, hyvässä uskossa annetusta suostumuksesta, huolellisesta tutkimussuunnitelmasta ja haavoittuvassa asemassa olevien tutkimushenkilöiden suojelemisesta sisältyivät Saksan jo vuonna 1931 säätämään ihmisillä tehtävää tutkimusta ja kokeellisia hoitomuotoja koskevaan säännöstöön.[193] Saksan säännökset sisälsivät jopa Nürnbergin säännöstöä vaativammat suostumusperiaatteet. Kirjallisuuden mukaan Nürnbergin säännöstön periaatteet pohjautuivat laajalle levinneeseen käytäntöön, jonka mukaan tutkimusta tekevän lääkärin velvollisuus oli hankkia laillinen suostumus.[194]

190 Lindqvist 1982, s. 18. Shuster 1997, s. 1436.
191 Shuster 1997, s. 1437.
192 Nürnbergin säännöstö 1947, kohta 1. ja kohta 9. Achté ym. 1982, s. 300-301. Myös Shuster 1997, s. 1436.
193 Faden ym. 1986, s. 154.
194 Hattix 2018, s. 185. Tätä tukee myös kansallinen lääkintäetiikan kirjallisuus, esim. Oker-Blom 1911.

2.1.2.6 Helsingin julistus

Maailman lääkäriliitto (WMA) antoi biolääketieteellisen tutkimuksen eettisiä periaatteita koskevan Helsingin julistuksen 1964 (tarkistettu vuosina 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2002, 2008, 2013), vasta reilut 15 vuotta Nürnbergin tuomiolauselman jälkeen. Julistuksessa toistettiin Nürnbergin säännöstössä kirjattu tietoisen suostumuksen periaate tutkimukseen osallistumisen edellytyksenä. Ajallisesti Helsingin julistus annettiin ennen YK:n ihmisoikeussopimuksia, mutta muutamia vuosia Yhdysvalloissa annetun tietoisen suostumuksen periaatteen sisältävän oikeustapauslainsäädännön jälkeen.[195]

Helsingin julistuksen mukaan jokaiselle koehenkilölle tuli selostaa tutkimuksen tavoite, menetelmät, arvioitu hyöty ja tutkimuksesta mahdollisesti aiheutuvat vaarat ja epämukavuudet. Lisäksi koehenkilölle tuli kertoa, että hänellä on täysi vapaus kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen, ja myös peruuttaa suostumuksensa milloin tahansa. Tämän jälkeen koehenkilöltä tuli saada hänen vapaasta tahdostaan ja asioista tietoisena antamansa suostumus, mieluiten kirjallisena.[196] Tilanteissa, kun koehenkilö ei ollut oikeustoimikelpoinen, tietoinen vapaaehtoinen suostumus tuli hankkia koehenkilön lailliselta holhoojalta maan lakien mukaisesti.[197] Niissä tilanteissa, kun koehenkilö oli riippuvuussuhteessa lääkäriin tai saattoi suostua painostuksesta, tietoisen vapaaehtoisen suostumuksen hankkiminen tuli uskoa lääkärille, joka ei osallistunut tutkimukseen ja oli täysin riippumaton siihen liittyvistä virkasuhteista.[198]

Kliinisissä, hoidon yhteydessä tehtävissä tutkimuksissa mahdollistettiin tietoisen vapaaehtoisen suostumuksen periaatteesta poikkeaminen. Perustelut poikkeamiselle tuli esittää riippumattomalle toimikunnalle esitettävässä tutkimussuunnitelmassa, mikäli potilaan tietoisen vapaaehtoisen suostumuksen hankkimatta jättämistä pidettiin tutkimuksen kannalta olennaisena.[199] Potilaan kieltäytyminen tutkimuksesta ei saanut vaikuttaa potilas-lääkärisuhteeseen.[200] Kliinisen tutkimuksen osalta mahdollistettua poikkeusta on pidetty hyvän tekemisen periaatteeseen kuuluvana ja lääkärin terapeuttista oikeutta korostavana ratkaisuna.[201]

Vuonna 2000 tehdyssä päivityksessä muutettiin Helsingin julistuksen edellä mainittuja tietoista suostumusta koskevia kohtia. Koehenkilöitä tuli nyt informoida aiempien tutkimukseen liittyvien seikkojen lisäksi myös tutkimuksen rahoituksesta, intressiristiriidoista ja tutkijan institutionaalisista kytköksistä. Tietoisen suostumuksen tuli aiempaan tapaan olla mieluiten kirjallinen, mutta jos kirjallista suostu-

195 Faden ym. 1986, s. 125-129.
196 WMA Declaration of Helsinki 1964, perusperiaatteet kohta 9.
197 WMA Declaration of Helsinki 1964, perusperiaatteet, kohta 11.
198 WMA Declaration of Helsinki 1964, perusperiaatteet, kohta 10.
199 WMA Declaration of Helsinki 1964, lääketieteellinen tutkimus hoidon yhteydessä, kohta 5.
200 WMA Declaration of Helsinki 1964, lääketieteellinen tutkimus hoidon yhteydessä, kohta 4.
201 Faden ym. 1986, s. 156.

musta ei voitu saada, ei-kirjallinen suostumus täytyi dokumentoida muodollisesti ja todistetusti.[202]

Ei-oikeustoimikelpoisten koehenkilöiden kohdalla hankittavan tietoisen suostumuksen periaatteita täsmennettiin myös merkittävästi aiemmasta. Ei-oikeustoimikelpoiset, kuten fyysisesti tai psyykkisesti vajavaiset henkilöt tai alaikäiset lapset, eivät saaneet olla tutkimuskohteena, ellei tutkimus ollut välttämätön juuri kyseisen ihmisryhmän terveyden kannalta. Lisäksi edellytettiin, että tutkimusta ei ollut mahdollista suorittaa oikeustoimikelpoisilla henkilöillä.[203] Ei-oikeustoimikelpoisen henkilön oma suostumus tuli myös huomioida hänen laillisen edustajansa antaman suostumuksen ohella.[204] Niissä tilanteissa, kun tutkittavan suostumusta ei ollut mahdollista saada edes sijaispäättäjän kautta tai etukäteen, tutkimusta voitiin tehdä vain, jos suostumuksen antamisen estävä henkinen tai fyysinen tila oli tutkimuspopulaatiossa oleellinen. Tällöin edellytettiin asian perustelemista puolueettomalle toimikunnalle esitettävässä tutkimussuunnitelmassa.[205]

Vuonna 2008 Helsingin julistuksen tietoisen suostumuksen hankkimista koskevaa kohtaa päivitettiin aiemmasta niin, että kohdassa aiemminkin mainitut tiedot tuli antaa mahdollisille koehenkilöille huomioiden heidän yksilölliset tietotarpeensa.[206] Päivityksessä myös täsmennettiin ei-oikeustoimikelpoisilla henkilöillä tehtävän tutkimuksen periaatteita aiemmasta niin, että tutkimusta ei saanut enää tehdä kyseisellä ihmisryhmällä, jos se ei todennäköisesti hyödyttänyt ko. henkilöitä eikä se ollut tarkoitettu hyödyttämään kyseisen ihmisryhmän terveyttä. Aiempaan tapaan edellytettiin, että tutkimuksen tekeminen kompetenteilla koehenkilöllä ei ollut mahdollista. Lisäksi kirjattiin, että tutkimukseen osallistuville sai tutkimuksesta aiheutua vain minimaalisia riskejä tai vaivaa.[207] Aiemmin oli edellytetty ei-oikeustoimikelpoisen henkilön suostumuksen huomioimista hänen laillisen edustajansa suostumuksen ohella. Nyt tätä täsmennettiin niin, että ei-oikeustoimikelpoisen henkilön kieltäytymistä tuli kunnioittaa.[208] Tilanteissa, kun tutkittavan suostumusta ei ollut mahdollista saada edes sijaispäättäjän kautta tai etukäteen,

202 WMA Declaration of Helsinki 1964, with amendments until 2000. Lääketieteellisen tutkimuksen perusperiaatteet, kohta 22. Vuosien 1975, 1983,1989 ja 1996 versioissa edellä mainittuihin tietoista suostumusta koskeviin kohtiin ei tehty muutoksia.

203 WMA Declaration of Helsinki 1964, with amendments until 2000. Lääketieteellisen tutkimuksen perusperiaatteet, kohta 24.

204 WMA Declaration of Helsinki 1964, with amendments until 2000. Lääketieteellisen tutkimuksen perusperiaatteet, kohta 25.

205 WMA Declaration of Helsinki 1964, with amendments until 2000. Lääketieteellisen tutkimuksen perusperiaatteet, kohta 26.

206 WMA Declaration of Helsinki 1964, with amendments until 2008. Lääketieteellisen tutkimuksen perusperiaatteet, kohta 24.

207 WMA Declaration of Helsinki 1964, with amendments until 2008. Lääketieteellisen tutkimuksen perusperiaatteet, kohta 27.

208 WMA Declaration of Helsinki 1964, with amendments until 2008. Lääketieteellisen tutkimuksen perusperiaatteet, kohta 28.

kuten esimerkiksi tajuttomien henkilöiden kohdalla, edellytettiin nyt laillisen edustajan suostumusta. Mikäli tätä ei ollut mahdollista hankkia, tutkimusta saatiin tehdä vain, jos suostumuksen antamisen estävä tila oli kuvattu tutkimuksen kannalta oleelliseksi tutkimussuunnitelmassa. Tällöinkin tutkimuksen jatkamiseen tuli mahdollisimman pian hankkia laillisen edustajan tai potilaan suostumus.[209] Lisäksi julistukseen kirjattiin henkilökohtaisesti tunnistettavan tiedon keräämiseltä, tallentamiselta ja mahdolliselta uusiokäytöltä edellytettävää tietoista suostumusta koskevat periaatteet.[210]

Viimeisin Helsingin julistuksen päivitys on tehty 2013. Tietoista suostumusta koskevat kohdat pysyivät pääosin ennallaan vuoden 2008 päivitykseen nähden, mutta tutkimusta koskevan tiedonantovelvollisuuden piiriin lisättiin velvollisuus informoida mahdollista koehenkilöä tutkimuksen jälkeisistä palkkioista ja muista tutkimuksen kannalta relevanteista seikoista.[211]

Uudemmissa kansainvälisissä lääkärin eettisissä ohjeissa pääosin toistetaan klassisen lääkintäetiikan periaatteet: elämän suojelu, auttamisvelvollisuus, vahingollisesta toiminnasta pidättäytyminen, tieteellisen tiedon hyödyntäminen, oman aseman hyväksi käyttämisestä pidättäytyminen, salassapitovelvollisuus ja kollegiaalisuus; mutta näkökulma on muuttunut ammatinharjoittamispainotteisesta potilas-lääkärisuhdetta korostavaksi ja tietoisen suostumuksen periaatetta ja potilaan oikeuksia painottavaksi. Uusina eettisinä näkökulmina on nostettu esiin potilaan oikeus saada tietoa sairaudestaan ja hoitomahdollisuuksista, potilaan oikeus osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, potilaan persoonallisuuden ja integriteetin kunnioittaminen, syrjimättömyys hoidossa, lääkärin riippumattomuus ja omantunnonvapaus sekä lääkärin yhteiskunnallinen vastuu.[212] Eettisten ohjeiden päivityksistä on selkeästi havaittavissa perus- ja ihmisoikeussääntelyn painoarvon kasvu 1980-luvulta alkaen sekä potilaan oikeuksien turvaaminen ihmisoikeussopimuksessa (BLTS). Tämän kehityksen on nähty lisäävän lain ja etiikan välistä vuorovaikutusta.[213] Potilaan perusoikeuksien ja yleisen edun kriittistä yhteensovittamista onkin luonnehdittu lääkintäetiikalle tunnusomaiseksi piirteeksi.[214]

209 WMA Declaration of Helsinki 1964, with amendments until 2008. Lääketieteellisen tutkimuksen perusperiaatteet, kohta 29.

210 WMA Declaration of Helsinki 1964, with amendments until 2008. Lääketieteellisen tutkimuksen perusperiaatteet, kohta 25.

211 WMA Declaration of Helsinki 1964, with amendments until 2013. Informed consent, kohta 26.

212 Samoin Lindqvist 1982, s. 19.

213 Isotalo 1982, s. 27

214 Lahti 1983, s. 11.

2.2 Suostumus, tietojen antaminen ja tietoinen suostumus lainsäädännössä

2.2.1 Hallitusmuodon perusoikeudet

Tässä historiallista sääntelyä tarkastelevassa luvussa käsitellään perusoikeuksia vain perusoikeusuudistusta edeltäneen hallitusmuodon osalta. Vaikka ihmisoikeussopimuksiin liittyminen ja perusoikeusuudistus ajoittuvatkin 1900-luvun jälkipuoliskolle, laajempi perus- ja ihmisoikeuksien tarkastelu sijoitettiin 1990-luvulla tapahtuneen perusoikeusuudistuksen ja Euroopan ihmisoikeussopimukseen liittymisen myötä tapahtuneen perus- ja ihmisoikeussääntelyn painoarvon kasvun näkökulmasta nykytilaa käsittelevään lukuun.[215]

Perusoikeuksissa on kyse julkisoikeudellisista normeista, joilla on erityinen pysyvyys ja jotka suojaavat kansalaisen vapautta julkisen vallan, lainsäätäjän ja viranomaisten, taholta tapahtuvaa puuttumista vastaan.[216] Perusoikeuksiin luetaan oikeuksista ne, joilla kunkin aikakauden oikeuskäsityksen mukaan katsotaan olevan suurempi prioriteetti ja pysyvyys kuin muilla, ja jotka sen vuoksi saavat sijan valtiosäännössä.[217] Perusoikeudet heijastelevat aikansa politiikkaa ja henkeä, ja niiden on tästä näkökulmasta esitetty turvaavan lähinnä sellaisia oikeushyviä, joita viimeksi ja pahimmin on loukattu.[218] Perusoikeusnormien sanallisena sisältönä usein on kansalaisen oikeus, kansalaisen suojattu asema tai kansalaisen loukkaamaton oikeus, ja säännösten tarkastelussa näkökulmana on, mikä toimenpide merkitsee tai ei merkitse perusoikeuteen puuttumista.[219] Perusoikeudet ovat sisällöltään suhteellisia: niiden suoja ei ole ehdoton, vaan siihen on olemassa rajoituksia, joiden merkitys on tulkittava jokaisen perusoikeuden kohdalla erikseen.[220] Perusoikeuksien antamaa suojaa ei kuitenkaan voida kokonaan syrjäyttää tai kaventaa pelkästään sillä perusteella, että yksilö tai yksilöistä koostuva ryhmä antaa siihen suostumuksensa.[221] Perusoikeudet koskevat kaikkia kansalaisia riippumatta heidän oikeustoimikelpoisuudestaan, juridisesta asemastaan tai kapasiteetistaan.[222]

Suomen itsenäisyyden ajan ensimmäisen hallitusmuodon (HM, 94/1919) perusoikeudet pohjautuivat jo aiemmin lainsäädännössä ja tavanomaisessa oi-

215 Perus- ja ihmisoikeuksien painoarvon kasvusta Saarenpää 2000, s. 22-23.

216 Merikoski 1932, s. 109. Hakkila viittaa myös Merikoskeen, Hakkila 1939, s. 35. Hidén 1971, s. 21-22. 1970-luvulla ajateltiin hallitusmuodon antavan perusoikeussuojaa vain Suomen kansalaisille. Muut kuin Suomen kansalaiset saattoivat tosiasiassa saada lainsäädännön ja kansainvälisten sopimusten nojalla nauttia samoja oikeuksia kuin kansalaiset. Hidén 1971, s. 41.

217 Merikoski 1932, s. 104.

218 Merikoski 1932, s. 102.

219 Hidén 1971, s. 17.

220 Hidén 1971, s. 78-82.

221 Hidén on käsitellyt perusoikeuksista luopumisen problematiikkaa. Hidén 1971, s. 61-68.

222 Hidén 1971, s. 42.

keudessa turvattuihin oikeuksiin.[223] Perusoikeusjärjestelmän sisältö oli pääasiassa negatiivinen sikäli, että se sisälsi lainsäätäjälle rajoitukset yksilön asemaan puuttumisen suhteen.[224] Yhdenvertaisuuden periaate sisältyi 1919 HM 5 §:ään, jonka mukaan kansalaiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Säännöksen tarkoitus ei ollut poistaa kaikkea tosiasiallista eriarvoisuutta esimerkiksi fyysisistä ja henkisistä ominaisuuksista, sivistyksen ja varallisuuden epätasaisesta jakautumisesta ja erilaisista elämänkohtaloista johtuen. Säännöksen tavoitteena oli taata kaikille kansalaisille keskenään samanlaisissa tapauksissa samanlainen kohtelu.[225] Syntyperällä, säädyllä, aatelisarvolla, uskontokunnalla, kielellä tai sukupuolella ei enää ollut muiden yhteiskunnallisten säädösmuutosten vuoksi vaikutusta yksilön asemaan.[226] Yksityisyyden suojaa ei ollut hallitusmuodossa sellaisenaan mainittu, vaan se perustui 1919 HM:ssa 11 §:n turvaamaan kotirauhan loukkaamattomuuteen ja 12 §:n turvaamaan kirje-, lennätin- ja puhelinsalaisuuteen.[227] Hallitusmuodon 6 § sisälsi nykyistä vastaavan hengen ja henkilökohtaisen vapauden suojan, josta ruumiillisen koskemattomuuden periaate oikeuskirjallisuudessa myös johdettiin.[228] 1920- ja 1930-luvuilla oikeuskirjallisuudessa ruumiillisen koskemattomuuden periaatetta ei vielä mainittu HM 6 §:n yhteydessä[229], mutta 1940-luvulla esiintyi jo kannanottoja ruumiillisen koskemattomuuden suojasta.[230] 1970-luvulla oikeuskirjallisuudessa HM 6 §:n pohjalta lähtevän tarkastelun katsottiin viittaavan siihen, että potilaan suostumus on lääkärin toiminnassa tarpeellinen ja potilaan itsemääräämisoikeus on sääntö.[231]

Suomen itsenäisyyden ajan oikeusjärjestyksessä perusoikeudet muotoiltiin kirjoitettuun lakiin 1919, mutta perusoikeuksia tukeva oikeuskulttuuri muodostui hitaammin.[232] Tuomioistuimet ja muut viranomaiset vieroksuivat perusoikeuksiin

223 Hakkila 1939, s. 34-35. Hidén 1971, s. 13-14. Perusoikeuksia koskevan sääntelyn käsittely oli aikanaan melko suppeaa ilmeisesti siksi, että ainakin osa perusoikeusnormeista oli sisällöltään melko riidattomia ja niiden säätäminen hallitusmuodossa merkitsi käytännössä voimassa olleen käytännön tai normien kirjaamista perustuslain tasolle. Hidén 1971, s. 15. Useat 1900-luvun alkupuolella perusoikeuksiin luetuista oikeuksista olivat ikivanhoista ajoista sisältyneet Ruotsi-Suomessa kansalaisten yleisiin oikeuksiin. Vuoden 1772 hallitusmuodon 2 §:ssä kuninkaan velvollisuus oli hallita valtakuntaansa Ruotsin lain mukaan turmelematta kenenkään henkeä ja kunniaa, ruumista ja onnea, jollei hän ole laillisesti syypääksi todettu ja tuomittu. Ahtee 1950, s. 59-60 ja Hakkila 1939, s. 33-34 ja 1048 (HM 1772, 2 §).

224 Hidén 1971, s. 10.

225 Hakkila 1939, s. 37-40; Hermanson 1928, s. 30-31 ja Merikoski 1970, s. 36-37.

226 Hakkila 1939, s. 38-39. Merikoski 1970, s. 36-37. Hakkila 1939, s. 38. Vuoden 1930 avioliittolain tavoitteena oli miehen edusmiehisyyden lakkauttaminen ja puolisoiden aseman tasa-arvoistaminen, myös puolisoiden varallisuussuhteiden osalta. Tästä ja muista muutoksista puolisoiden oikeussuhteisiin Grönvall 1930, s. 34-68 ja 172-204 sekä Huttunen 1930, s. 9-31,

227 Näin myös Kastari 1972, s. 248 ja 253.

228 Merikoski 1956, s. 40-41. Lahti 1972, s. 66**;** Merikoski 1970, s. 38 ja Kastari 1972, s. 156.

229 Hermanson 1928 ja Hakkila 1939 eivät vielä mainitse ruumiillisen koskemattomuuden periaatetta HM 6 §:ään liittyen.

230 Merikoski 1944, s. 22.

231 Lahti 1972, s. 68.

232 Tuori 2000, s. 220-222.

nojautumista konkreettisten oikeudellisten kysymysten ratkaisemisessa.[233] 1970-luvulle saakka oli harvinaista, että viranomainen olisi perustanut ratkaisunsa perusoikeussäännöksiin, tätä esiintyi vain oikeusasiamiehen ratkaisukäytännössä.[234] Vielä 1970-luvulla perusoikeussäännösten normatiivisen tehon on arvioitu näkyneen pääsääntöisesti siinä, että perusoikeuksien kanssa ristiriitaiset lait tuli eduskunnassa hyväksyä perustuslainsäätämisjärjestyksessä.[235] Melko huomattavan poikkeusryhmän tästä pääsäännöstä muodostivat terveydenhuollon erityislait, joissa tavallisella eduskuntalailla mahdollistettiin yksilön perusoikeuksiin puuttuminen yleisen edun vuoksi.[236]

Perusoikeudet heijastavat säätämishetkensä oppeja, historiallista painolastia ja arvostuksia. Arvostusten muuttuminen taas heijastuu perusoikeuksien tulkintaan ja siten niiden sisältöön, ja saattaa aikaansaada perusoikeusjärjestelmän sisäisiä jännitteitä.[237] Perusoikeuksien arvoon ja merkitykseen vaikutti myöhempi 1900-luvun taloudellinen ja poliittinen kehitys. Maailmansotien myötä eri maiden valtiosääntöjen perusoikeusluetteloihin tehtiin muutoksia, ja oikeuksien rinnalle nostettiin myös perusvelvollisuuksia. Punninnassa ovat olleet yksilön näkökulmasta yksilön henkilökohtaiset vapausoikeudet sekä yhteiskunnan näkökulmasta yksilön perusvelvollisuudet ja yhteiskunnan velvollisuus hankkia tasapuolinen vapaus kaikille jäsenilleen.[238] 1900-luvun alkupuolella lainsäädännöllisissä punnintatilanteissa painottui usein yhteiskunnallinen näkökulma, mutta vuosisadan loppupuolella painotus kääntyi selkeämmin yksilön puolelle. Silti 1970-luvulle tultaessa perusoikeuksien yhteiset tai ristikkäiset vaikutukset eivät juurikaan olleet herättäneet pohdintaa.[239] Ratkaisevan perusoikeuksia tukevan oikeuskulttuurin muutoksen on nähty ajoittuneen 1960-1970 -lukujen vaihteesta alkaneeseen ajanjaksoon.[240] Tälle ajanjaksolle ajoittuivat liittymiset ihmisoikeussopimuksiin, perusoikeussäännösten soveltamisen lisääntyminen tuomioistuimissa ja yleisten laillisuusvalvojien toimesta sekä perusoikeuksien aineellisen suojan korostaminen eduskunnan perustuslakivaliokunnan käytännöissä.[241]

---

233 Kastari 1972, s. 7.

234 Hidén 1971, s. 23.

235 Kastari 1972, s. 7, Merikoski 1970, s. 33-34 ja 71. Vastaavasti Hidén 1971, s. 9.

236 Lahti 1972, s. 67 ja Merikoski 1970, s. 38-39 ja Merikoski 1976, s. 232-238. Myös Kastari mainitsee, että mm. terveydenhuoltolainsäädännön normaalin kehittämisen puitteissa on vakiintuneesti pidetty tavallisella lailla sääntelyä mahdollisena huomattavissakin henkilökohtaisen vapauden rajoituksissa. Kastari 1972, s. 154-155. Terveydenhuollon vapaudenriistosta hallinnollisten asetusten (Asetus sairasmielisten hoidosta 28.5.1889 ja tarkempia määräyksiä sisältävä julistus sairasmielisten hoidosta sekä asetus terveydenhoidosta 22.12.1879) nojalla Ahtee 1950, s. 82-85 ja 272-317.

237 Hidén 1971, s. 78-82.

238 Ahtee 1950, s. 56-57.

239 Hidén 1971, s. 102.

240 Tuori 2000, s. 220-222.

241 Tuori 2000, s. 222. Scheinin 1991, s. 287. Hallberg 1999, s. 703-712. Viljanen 1999, s. 692-693.

2.2.2 Suostumus, tietojen antaminen ja tietoinen suostumus ennen potilaslakia

2.2.2.1 Suostumus hoitoon terveydenhuollon erityislainsäädännössä

Sterilisoimislaki (227/35) oli ensimmäinen itsenäisyyden ajan terveydenhuollon erityislaeista, johon periaate potilaan nimenomaisesta suostumuksesta hoidon luvallisuuden edellytyksenä sisältyi.[242] Lainsäädäntöhankkeen yhteydessä arvioitiin, ettei pelkkä tavanomaisoikeudellinen asianomaisen suostumus poistanut sterilisoinnin rangaistavuutta, vaan oikeusjärjestyksessä oli asiasta myös säänneltävä.[243] Oikeustoimikykyisen henkilön oikeudellisesti pätevä suostumus oli sterilisoinnin edellytys (2 §). Oikeustoimikyvyttömän henkilön suostumusta toimenpiteeseen ei tarvittu, vaan toimenpide voitiin tehdä lakiin perustuen. Sterilisoinnilla tarkoitettiin tuolloin sekä sterilisointia suppeassa mielessä, että sukurauhasten poistoa eli kastrointia.[244] Laki säädettiin kuitenkin oikeustoimikyvyttömiä henkilöitä ajatellen, jolloin kyseessä ei ollut potilaan parantamistarkoituksessa tehtävä toimenpide, vaan yhteiskunnan edun nimessä tehtävä toimenpide.[245]

Suostumuskysymystä täsmennettiin sterilisointilain (83/1950, 2 §) ja kastroimislain (84/1950, 2 §) uudistuksessa ja raskauden keskeyttämislaista (82/1950, 1 §) säädettäessä. Näiden lakien mukaan sterilisointi, kastrointi ja raskauden keskeyttäminen edellyttivät oikeustoimikelpoisten henkilöiden kohdalla potilaan omaa hakemusta, ja siten hänen suostumustaan, ja lisäksi laissa määriteltyjen muiden toimenpiteen edellytysten täyttymistä. Raskauden keskeyttämisasetuksen (A232/50) 11 §:n mukaan naisen itsensä tuli anoa toimenpidelupaa. Oikeustoimikyvyttömien potilaiden osalta laeissa edelleen oikeutettiin toimenpiteen tekeminen potilaan suostumuksesta riippumatta.

---

242 Keskeisenä perusteena sterilisoimislain valmistelussa toimi 1800- ja 1900-lukujen vaihteessa vaikuttaneeseen rotuhygieenisyysoppiin sisältynyt käsitys kansan perintöaineksen heikkenemisestä. KM 1929:5, s. 6-12. Tuohon aikaan yleisesti hyväksytyn oikeusperiaatteen mukaan yksilön edun tuli väistyä, jos hänen etunsa ja yhteiskunnan edut olivat jollakin alalla keskenään ristiriitaiset. Koska yhteiskunnan etujen mukaisena ei pidetty heikomman perintöaineksen lisääntymistä yhteiskunnassa, yksilön sterilisoiminen katsottiin mahdolliseksi. KM 1929:5, s. 14. Henkisesti tai ruumiillisesti vajaakelpoisten katsottiin tuohon aikaan olevan yleensä yhteiskunnalle taakaksi, koska he tavallisesti olivat kyvyttömiä huolehtimaan omasta elatuksestaan, ja tarvitsivat hoitoa, huoltoa tai silmälläpitoa. KM 1929:5, s. 37.

243 HE 112/1934 vp., s. 8 ja KM 1929:5, s. 3. 1920- ja 1930-lukujen taitteessa, jolloin sterilisoimislakia ensimmäisen kerran valmisteltiin, toisen ruumiillisen koskemattomuuden loukkaaminen siten, että se aiheutti loukatulle ruumiinvamman, oli rangaistava rikoslain (39/1889) 21:5 §:n mukaan. Vaikeaksi ruumiinvammaksi katsottiin ko. lainkohdan mukaan mm. puheen, näön tai kuulon kadottaminen, vaikea vika tai muu vaikea ruumiinvirhe. Vastaavanlaisena vaikean ruumiinvamman aiheuttamisena oli käytännössä ja tieteessä pidetty myös henkilön siitoskyvyttömäksi tekemistä. Lainsäädäntöhankkeen edellä oli esitetty myös mielipiteitä sen suuntaan, että siitoskyvyttömäksi tekemistä sterilisoinnilla ei olisi pidettävä vaikean ruumiinvamman aiheuttamisena ja siten törkeänä pahoinpitelynä, kuten aiemmin tässä tarkoituksessa käytettyä kastrointia. Tätä näkemystä ei lain esitöissä kuitenkaan pidetty oikeusjärjestyksen kannalta oikeana. HE 112/1934 vp., s. 8.

244 HE 58/1948 vp. s. 1.

245 Anttila 1944, s. 1-2, 20-21.

Sterilisoimis-, raskauden keskeyttämis- ja kastroimislainsäädäntöä uudistettiin jälleen 1960-luvun lopulla. Sterilisoimislain (283/1970) 1 §:n, raskauden keskeyttämislain (239/1970) 1 §:n ja kastroimislain (282/1970) 1 §:n mukaan toimenpiteen suorittaminen oli nyt mahdollista vain asianomaisen henkilön pyynnöstä ja suostumuksella laissa mainittujen tarkempien edellytysten toteutuessa. Laeissa määriteltiin edelleen toimenpiteiden lääketieteelliset ja sosiaaliset edellytykset. Yksilölle ei haluttu antaa rajoituksetonta oikeutta päättää steriloimisestaan toimenpiteen katumisriskin ja toimenpidekomplikaatioiden näkökulmasta.[246] Raskauden keskeyttämisen osalta taas katsottiin, että ns. vapaa aborttioikeus olisi tarjonnut entistä suuremmat mahdollisuudet naista kohtaan harjoitetulle painostukselle.[247] Kastroimislakiin kirjattiin myös kastroimista pyytäneen henkilön oikeus peruuttaa suostumuksensa toimenpiteeseen milloin tahansa ennen kastroinnin suorittamista (7§). Säännöksen tarkoitus oli vähentää toimenpiteen katumisriskiä.[248] Kastroimisasetuksen (A 361/70) 5.2 §:n mukaan ketään ei saanut toimenpiteen jälkeen pakottaa jälkitarkastukseen tai -hoitoon.

1970-luvulle tultaessa nimenomaista suostumusta edellytettiin terveydenhuollon erityislakien, sterilisointi-, kastrointi-, ja raskauden keskeyttämislakien, sääntelemissä tilanteissa, joko toimenpiteen kohteena olevalta henkilöltä tai sijaispäättäjältä. Oikeuskirjallisuudessa on katsottu, että suostumuksella tarkoitettiin lääkärin hankkimaa tai hänen valvonnassaan ja vastuullaan hankittua suostumusta.[249] Suostumuksen toimenpiteisiin tuli olla kirjallinen (SterilisoimisA 228/1935, 2 §; KastroimisA 233/1950, 3 §; A raskauden keskeyttämisestä 232/1950, 3 §). Vuonna 1985 uusitussa laissa (355/1985) ihmisen elimien ja kudosten irrottamista lääketieteelliseen käyttöön kirjallinen suostumus säädettiin myös täysi-ikäiseltä elävältä luovuttajalta tapahtuvan kudoksen tai elimien irrottamisen edellytykseksi (2-3 §:t).

Myös hoidosta kieltäytymisestä oli asetustasoista sääntelyä jo 1930-luvulla. Vuonna 1938 annetussa Helsingin yleisen sairaalan ohjesääntöä koskevan asetuksen (241/38) 34 §:ssä ja Valtion siviilisairaalain ohjesäännön sisältävässä asetuksessa (242/38) 25 §:ssä todettiin, että jos itseään ja omaisuuttaan hallitseva sairas halusi lähteä pois sairaalasta ennen kuin on tullut terveeksi, häntä ei tullut estää, ellei hän sairastanut yleisvaarallista tarttuvaa tautia. Asetuksissa oli myös kirjattu potilaalle velvollisuus pysyä sairaalassa, kunnes hänelle on annettu lupa poistua tai hänet on asianmukaisesti poistettu sairaalan kirjoista. Yleisvaarallista tautia sairastavan henkilön osalta tuli ennen sairaalasta poistamista olla takeet siitä, että häntä hoidettiin muualla niin, ettei tartunnanvaaraa ole. Sukupuolitautia sairastavan ja mielisairaan

246 HE 105/1969 vp., s. 1 ja KM 1968: A11, s. 61.
247 KM 1968: A11, s. 36.
248 HE 106/1969 vp., s 2. Vapaaehtoista, henkilön suostumukseen perustuvaa kastrointia perusteltiin yksilön valinnanvapauden periaatteella. KM 1968: A 11, s. 81.
249 Lahti 1972, s. 65.

poistamisesta sairaalasta tuli noudattaa erillisiä säännöksiä.[250] Yleisempi oikeus hoidosta kieltäytymiseen kirjattiin vasta potilaslakiin. Potilaalla oli kuitenkin oikeuskirjallisuuden mukaan katsottu olevan oikeus kieltäytyä jopa henkensä pelastamiseksi välttämättömästä hoidosta.[251] Hoidosta kieltäytymistä ohjeistettiin myös lääkintöhallituksen terminaalihoitoa koskevassa ohjekirjeessä 1980-luvulla. Potilaan kieltäytyessä aloitetusta hoidosta hoito voitiin keskeyttää edellyttäen, että potilas kykenee ymmärtämään hänelle kerrotun sairauden kokonaistilanteen ja hoidosta luopumisen merkityksen. Elintoimintoja ylläpitävistä hoidoista luopumista ja terminaalivaiheen oireenmukaiseen hoitoon siirtymistä koskeva päätös oli hoitavan lääkärin tapauskohtaisesti harkittava ja päätettävä. Tarvittaessa ratkaisun tekemiseen tuli käyttää apuna erityisasiantuntemusta.[252] Pakkotilanteita oli tuon ajan käsitysten mukaan vältettävä, mikäli yhteiskunnan etu ei ehdottomasti niitä vaatinut.[253]

Ilman potilaan suostumusta parantamistarkoituksessa tehty ja lääketieteen sääntöjen mukainen toiminta oli rangaistava vain, jos se toteutettiin väkivaltaa tai uhkausta käyttäen, potilaan vapaus riistäen tai hänelle aineellinen vahinko aiheuttaen.[254] Suostumuksen hankkimatta jättäminen saattoi kuitenkin johtaa kurinpidolliseen tai vahingonkorvausvastuuseen.[255] Eduskunnan oikeusasiamies antoi potilaan suostumusta ja itsemääräämisoikeutta tukevan kanteluratkaisun vuonna 1973. EOA totesi ratkaisussaan oikeusjärjestyksen rakentuvan henkilön ruumiillisen koskemattomuuden ja itsemääräämisoikeuden periaatteelle, jolloin ruumiilliseen koskemattomuuteen puuttuminen edellyttää asianomaisen suostumusta tai erillistä lain säännöstä.[256] Kyseisen ratkaisun jälkeen lääkintöhallitus alkoi vastaavalla tavalla korostaa potilaan itsemääräämisoikeutta kanteluiden johdosta antamissaan päätöksissä.[257] Suostu-

250 HE 85/1976 vp., s. 11. Asetuksissa oli potilaalle kirjattu myös velvollisuus pysyä sairaalassa, kunnes hänelle on annettu lupa poistua tai hänet on asianmukaisesti poistettu sairaalan kirjoista. Yleisvaarallista tautia sairastavan osalta tuli ennen sairaalasta poistamista olla takeet siitä, että häntä hoidettiin muualla niin, ettei tartunnanvaaraa ole. Sukupuolitautia sairastavan ja mielisairaan poistamisesta sairaalasta tuli noudattaa erillisiä säännöksiä.

251 Lahti 1972, s. 72 ja 78; ja Lahti 1977 a, s. 151-152, jossa kirjoittaja katsoo ulkomaiseen oikeuskirjallisuuteen viitaten, ettei potilaan hoidosta kieltäytymistä, vaikkakin se vaarantaisi hänen henkensä ja terveytensä, tule rinnastaa surmaamispyyntöön tai itsemurhan edistämispyyntöön.

252 Terminaalihoitoa koskeva ohjekirje (3042/02/80). Kokkonen ym. 1987, s. 100-101.

253 HE 105/1969 vp., s. 1. Edeltävästi oli laadittu Euroopan ihmisoikeussopimus 1950, Euroopan neuvoston sosiaalisia oikeuksia koskeva asiakirja 1961 ja YK:n kansalais- ja poliittisia oikeuksia sekä taloudellisia, sosiaalisia- ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevat yleissopimukset 1966.

254 Anttila 1944, s. 25. Lahti 1977 a, s. 146.

255 Lahti 1977 b, s. 89. Samoin Oesch 1977, s. 99

256 EOA:n kanteluna käsittelemässä tapauksessa lääkintöhallitus oli edeltävästi ottanut kantaa, ettei potilaan tahdonilmaisulla olisi lääkäriä sitovaa vaikutusta. EOA dnro 729/72, EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1973, s. 19-20 ja Lahti 1986, s. 127.

257 Lääkintöhallitus omaksui joissakin ratkaisuissaan käytännön, jonka mukaan ilman potilaan suostumusta toimiminen oli moitittavaa, vaikkei siitä aiheutuisikaan potilaalle vahinkoa. Esimerkiksi LKH dnro 8758/48/73, LKH dnro 4787/49/87, LKH dnro 6476/481/87.

muksen periaate kirjattiin myös useisiin lääkintöhallituksen yleis- ja ohjekirjeisiin 1970 ja 1980 -luvuilla.[258]

1980-luvulla potilaan suostumuksen hankkimatta jättäminen johti KKO:n ratkaisussa lääkärin vahingonkorvausvelvollisuuteen, koska suostumuksen hankkimatta jättämisen katsottiin olleen syy-yhteydessä vahingon aiheutumiseen.[259] Toisessa ennakkotapausluonteisessa ratkaisussa KKO ei kuitenkaan perustellut hampaiden poistoon liittynyttä hammaslääkärin vahingonkorvausvelvollisuutta potilaalle suostumuksen puuttumisella, vaan lääketieteellisen perusteen puuttumisella.[260] Oikeudellinen vastuu suostumuksen puuttumisen suhteen realisoitui harvoin ilmeisesti sen vuoksi, että suostumuksen muotovaatimukset olivat väljiä, suostumuksen vaatimuksesta oli olennaisia poikkeuksia, ja lääkinnällisessä ja oikeudellisessa käytännössä esiintyi epätietoisuutta ja erimielisyyttä potilaan hoitoa koskevan suostumuksen oikeudellisesta merkityksestä eri tilanteissa. Epäselvää oli esimerkiksi, milloin vaadittiin nimenomainen suostumus, milloin hiljainen suostumus oli riittävä, milloin voitiin turvautua oletettuun suostumukseen ja milloin tuli edellyttää potilaalta kielteistä kannanottoa.[261]

2.2.2.2 Kelpoisuus pätevän suostumuksen antamiseen

Terveydenhuollon lainsäädännössä kelpoisuus pätevän suostumuksen antamiseen edellytti 1900-luvun alussa oikeustoimikelpoisuutta, vaikka jo sterilisoimislakia valmistellut komitea oli ehdottanut suostumuskelpoisuuden edellytykseksi kykyä ymmärtää suostumuksen merkitys.[262] Suostumuskelpoisuudesta oli käyty varsin perinpohjaista pohdintaa sterilisoimislain esitöissä. Hallituksen esityksessä heikkomielisten, mielisairaiden ja kaatumatautisten ajateltiin kyllä pitävän sterilisointia ruumiillisen koskemattomuutensa loukkauksena, mutta heitä pidettiin ulkopuolisten vaikuttamiselle alttiina ja ajateltiin, etteivät he kuitenkaan kykenisi arvostelemaan toimenpiteen merkitystä yksilölliseltä ja yhteiskunnalliselta kannalta.[263] Suostumuskelpoisuuden osalta todettiin, että johdonmukaisen lain soveltamisen ja kansan oikeuskäsityksen kannalta ei olisi mahdollista tehdä eroa vajavaisuuksis-

258 Lahti 1986, s. 126-127 ja Lahti 2006, s. 193-194. Ks. myös lääkintöhallituksen yleis- tai ohjekirjeitä OK 6814/02/78 ja YK N:o 1875/1985 (kliinisistä lääketutkimuksista) OK 7023/02/79 (opetuspotilaan asema), OK 445/02/79 (tutkimus- ja kehittämistoiminta terveyskeskuksissa), ja YK 1865/1985 (verensiirroista). Yleis- ja ohjekirjeet teoksissa Kokkonen ym. 1986, Kokkonen ym. 1987 ja Kokkonen ym. 1988.

259 Potilaan informoiminen olisi mahdollistanut potilaan kääntymisen neurokirurgin puoleen, ja tämän käyttämää leikkaustapaa noudattaen vahinko olisi voitu välttää. KKO 1.4.1982 N:o 3938/81 (R 77/603), julkaisematon tapaus, johon viitannut Lahti 1986, s. 127.

260 Vähemmistöön jääneen oikeusneuvoksen mukaan potilaan suostumuksen puutteen olisi kuitenkin tullut olla ensisijainen korvausperuste. KKO:1984-II-163, johon viitannut Lahti 1986, s. 128.

261 Lahti 1977 a, s. 148.

262 KM 1929:5, s. 50.

263 HE 112/1934 vp., s. 19.

taan huolimatta oikeustoimikykyisen henkilön ja oikeustoimikyvyttömän, mutta toimenpiteen merkityksen ymmärtävän henkilön antamien suostumusten välille. Myöskään sterilisoimiskomitean ehdottamalle holhoojan suostumukselle ei sterilisointikysymyksen osalta katsottu voitavan antaa asianomaisen oman oikeudellisesti pätevän suostumuksen korvaavaa asemaa. Hallituksen esityksessä päädyttiin pitämään siksi parempana ratkaisuna, ettei suostumuksen antamiseen kyvyttömän henkilön kohdalla edellytetty suostumusta lainkaan.[264] Sterilisointi oikeutettiin näissä tapauksissa lääkintöhallituksen viranomaispäätöksellä lain säännöksen nojalla (3 §).

Sterilisoimislain mukaan täysi-ikäisistä henkilöistä oikeustoimikyvyttöminä pidettiin mm. heikkomielisiä, mielisairaita ja kaatumatautisia, joihin sterilisointilainsäädäntö eugeniikan hengessä nimenomaan kohdistettiin (1 §).[265] Myös laissa raskauden keskeyttämisestä käytettiin oikeustoimikyvyttömyyden kriteerinä naisen häiriintynyttä sieluntoimintaa (2 §).[266] Kastroimislain (84/1950) mukaan oikeustoimikyvyttömänä pidettiin henkilöä, joka on holhottava, ja sellaista siviilioikeudellisesti täysi-ikäistä henkilöä, joka on mielisairas, tylsämielinen (idiootti) tai vähämielinen (imbesilli), tai henkilöä, joka muun sielullisen vajaakykyisyyden johdosta on vastaavanlaisessa sielullisessa tilassa (KastroimisA 233/1950, 3 §).

1940-luvun lopulla sterilisointi- ja kastrointilainsäädäntöä uudistettaessa[267] perusperiaate oikeustoimikelpoisuudesta pätevän suostumuksen antamisen edellytyksenä säilyi, mutta ei-oikeustoimikelpoisen pakkosterilisoinnin kohteena olevan henkilön kyky ymmärtää toimenpiteen merkitys otettiin lakimuutoksen (83/1950) myötä huomioon kuulemismenettelyssä, mikäli hän kykeni ymmärtämään toimenpiteen merkityksen (7 §). Lain esitöissä tämä kuitenkin perusteltiin yleisten prosessuaalisten periaatteiden mukaiseksi.[268]

1960-luvun lopulla sterilisoimis- ja raskauden keskeyttämislakeja uudistettaessa suostumuskelpoisuus irrotettiin oikeustoimikelpoisuudesta, ja suostumuskelpoisuuden kriteerinä käytettiin kykyä ymmärtää toimenpiteen merkitys (L 238/1970, 2 § ja L 239/1970, 2 §). Jos potilas kykeni ymmärtämään toimenpiteen merkityksen, holhoojan suostumusta ei katsottu tarvittavan, vaikka kyse ei ollutkaan oikeustoimikelpoisesta henkilöstä.[269] Oikeuskirjallisuuden mukaan ymmärtämiskyvyn raja oli

264 HE 112/1934 vp., s. 19.

265 Myös rikollinen voitiin voimakkaan sukuviettinsä vuoksi määrätä sterilisoitavaksi. HE 112/1934 vp., s. 18-19. Myös Yhdysvalloissa Schloendorff-tapauksessa potilaan itsemääräämisoikeuden katsottiin kuuluvan täysi-ikäisille ja mieleltään terveille henkilöille. Oikeustapauksesta Faden ym. 1986, s. 123.

266 Eugeenisella indikaatiolla raskauden keskeytystoimenpiteeseen ei esitöiden mukaan saanut tällaisessa tilanteessa ryhtyä. HE 60/1948 vp., s. 17.

267 Kastrointia oli edeltävästi käytetty pääsääntöisesti kriminaalipoliittisista syistä, minkä vuoksi toimenpiteistä sääntely erillisissä laeissa nähtiin lakiteknisesti järkeväksi. HE 58/1948 vp., s. 1.

268 Nuorelle henkilölle annettiin lisäksi mahdollisuus tehdä hakemus sterilisointia varten, jos hänen voitiin olettaa käsittävän toimenpiteen tarkoituksen ja tarpeellisuuden (2 §). Tällöin kuitenkin edellytettiin huoltajaa 7 §:n mukaisesti kuultavan. HE 59/1948 vp. s. 4.

269 Lahti 1977 b, s. 96.

ratkaistava kussakin yksittäistapauksessa erikseen huomioiden potilaan harkintakyky, toimenpiteen laatu ja vaikutukset.[270]

Käytännössä ymmärtämiskyvyn määrittäminen oli jossain määrin haasteellista, ja lääkintöhallituskin otti valvontaviranomaisena kantaa asiaan. Eräässä vuoden 1977 kanteluratkaisussa lääkintöhallitus katsoi, ettei holhoojan tekemää steriilointihakemusta tullut tutkia, kun holhottava, pitkään skitsofreniaa sairastanut henkilö, ymmärsi ettei voisi toimenpiteen jälkeen saada lapsia ja hän itse oli toimenpiteestä kieltäytynyt. Lausunnonantajalääkäreiden näkemys erosi lääkintöhallituksen kanssa siinä, kykenikö potilas ymmärtämään toimenpiteen merkityksen. Ilmeisesti näkemyseroja oli myös sen osalta, mitä tällä vaatimuksella tarkoitettiin.[271] Lääkintöhallituksen ohjekirjeessä dnro 1935/02/79 huomautettiin, että psyykkisesti vaikeastikin häiriytynyt tai keskiasteisesti vajaamielinen henkilökin usein pystyi ymmärtämään raskauden keskeyttämisen merkityksen, ja kykeni itse häiriytyneisyydestään huolimatta hakemaan keskeytyslupaa. Sterilisoimiskysymyksen osalta tuli mielisairaan potilaan kohdalla huomioida paranemistoiveet ja se, kykenisikö itsemääräämiseen kyvytön henkilö kenties myöhemmin itse hakemaan sterilisoimislupaa. Hakijalle tuli myös antaa neuvontaa vaihtoehdoista ja tietoa raskauden keskeyttämisen tai sterilisoinnin merkityksestä ja vaikutuksista.[272]

2.2.2.3 Suostumuksen vapaaehtoisuus

Suostumuksen vapaaehtoisuus itsemääräämisoikeuden edellytyksenä on näkynyt vasta myöhään terveydenhuollon erityislakien säännösten muotoilussa, ja se nimenomaisesti mainitaan vain yksittäisessä laissa. Suostumuksen vapaaehtoisuus pätevän suostumuksen edellytyksenä on kuitenkin huomioitu lakien esitöissä jo 1930-luvulla. Sterilisoimislain (227/35) esitöissä käytiin pohdintaa suostumuksen vapaaehtoisuudesta mielisairaiden, heikkomielisten ja kaatumatautisten kohdalla. Tuolloin pidettiin todennäköisenä, että näiltä ei-oikeustoimikykyisiltä väestöryhmiltä ei yleensä olisi mahdollista saada täysin vapaaehtoista suostumusta, vaan suostumuksen ajateltiin riippuvan epäsuorista suostutteluista ja uhkauksista, jotka tekisivät saadun suostumuksen arvottomaksi. Sen vuoksi päädyttiin ratkaisemaan suostumuskompetenssia koskeva oikeudellinen pulma siten, että suostumusta näiltä potilasryhmiltä ei lainkaan edellytetty.[273]

Suostumuksen vapaaehtoisuus otettiin selkeämmin huomioon 1940-luvulla raskauden keskeyttämisestä annetun lain (82/1950) esitöissä, jossa painostuksen alla annettu suostumus katsottiin pätemättömäksi, ja siten se ei oikeuttanut toimenpi-

270 Lahti 1971, s. 452-453; Lahti 1977 b, s. 95.

271 Lahti 1985 b, s. 1812.

272 Ohjekirje 1935/02/79 koski raskauden keskeyttämistä ja steriloimista koskevien lomakkeiden täyttöohjeita. Kokkonen ym. 1988, s. 192-196.

273 Komiteamietinnössä oli ehdotettu sijaispäättäjäjärjestelyä, mutta sterilisoinnin syvästi henkilöön kajoavasta luonteesta johtuen tätä ei pidetty riittävänä. HE 112/1934 vp, s. 18-19.

teeseen ryhtymistä. Esitöiden mukaan pidettiin ”luonnollisena, että raskaudentilan keskeyttäminen perustuu naisen toivomukseen silloin, kun hän on oikeustoimikelpoinen”. Mikäli kuitenkin suostumus tai toivomus raskauden keskeyttämiseen on annettu lapsen isän tai vanhempien painostuksesta ja nainen pohjimmiltaan ei sitä halua, raskauden keskeyttäminen oli esitöiden mukaan kiellettävä.[274] Sieluntoiminnaltaan häiriintyneiden naisten kohdalla suostumusta ei 1950-luvun raskauden keskeyttämislainsäädännön mukaan vielä edellytetty.

Myös kastroimislain (84/1950) esitöiden mukaan kastroitavan henkilön myönteinen suhtautuminen kastrointia kohtaan tuotti parempia tuloksia kriminaalipoliittisesti ja paljon vähemmän psyykkisiä ja fyysisiä haittoja kuin vastahakoinen suhtautuminen.[275] Tämän vuoksi nähtiin tärkeäksi, että lääkäri ja muut henkilöt kaikin tavoin koettaisivat saavuttaa kastroitavan henkilön luottamuksen ja tietoja antamalla voittaa myös hänen vastustuksensa.[276] Tästä huolimatta pakkokastrointi oli lain hengen mukainen pääsääntö. Vasta 1970-luvulle tultaessa pakon käyttö kastroinnissa lopetettiin, ja tästä eteenpäin toimenpide oli mahdollinen ainoastaan henkilön omasta vakaasta pyynnöstä. Yksilön valinnanvapauden mahdollisuus haluttiin 1970-luvulle tultaessa lakiuudistuksessa säilyttää huomioiden vapaaehtoisen kastroinnin pakkokastrointia paremmat onnistumisedellytykset.[277]

1980-luvulla suostumuksen vapaaehtoisuus kirjattiin nimenomaisesti lakiin ihmisen elimien ja kudoksien irrottamisesta lääketieteelliseen käyttöön (355/1985), jonka 3.3 §:n mukaan elävän luovuttajan antaman suostumuksen tuli perustua vapaaehtoisuuteen, ja suostumus tuli voida peruuttaa milloin tahansa.

2.2.2.4 Tietojen antaminen

Tietojen antaminen potilaalle perustui 1900-luvun alkupuolella edellä kuvatusti lääkintäeettiseen ja tavanomaisoikeudelliseen käytäntöön. Terveydenhuollon erityislainsäädännössä tiedonantovelvollisuus ilmeni potilaan suostumuskonstruktiota hitaammin. Lääkärin tiedonantovelvollisuus potilasta kohtaan oli tosin 1940-luvulla kirjattu useisiin tarttuvia tauteja koskeviin asetuksiin, mutta tuolloin tiedonantovelvollisuuden perimmäinen tarkoitus oli yhteiskunnallinen: tarttuvan taudin leviämisen hillintä.[278] Sukupuolitautiasetuksen (SPA, 199/1939) 3.1 §:n, tuberkuloosiasetuksen (TBA, 726/48) 30 §:n ja pitalitautiasetuksen (639/1945) 1 §:n mukaan lääkärin tuli antaa potilaalle tietoa taudin laadusta, tarttuvuudesta

274 HE 60/1948 vp., s. 17.
275 HE 58/1948 vp. s. 2.
276 HE 58/1948 vp., s. 2.
277 HE 106/1969 vp., s. 1-2.
278 Terveydenhoitosäännön (336/1927) mukaan yleisempi tiedottaminen tartuntatautitapauksista ja ohjeista taudin leviämisen estämiseksi sekä sairaiden hoitamiseksi ja tartuntatapausten ilmoittamiseksi oli terveydenhuoltolautakunnan vastuulla, ja siihen ryhdyttiin, kun lääkäri näki tiedottamisen tarpeelliseksi. Isorokon, koleran, ruton ja pilkkukuumeen osalta tiedottaminen oli pakollista. (THS 71 §).

ja tarvittavista varovaisuustoimenpiteistä.[279] Pitalitauti- ja tuberkuloosiasetusten mukaan lääkärin tuli myös mahdollisuuksien mukaan valvoa annettujen ohjeiden noudattamista. Lääkäri sai poiketa edellä mainitusta ilmoitusvelvollisuudesta, jos potilaan terveydentilan tai muiden olosuhteiden katsottiin ehdottomasti vaativan, ettei taudin luonnetta toistaiseksi ilmoiteta hänelle.[280]

Lain tasolla tietojen antamista koskevaa sääntelyä kirjattiin ensin kuulemismenettelyn muotoon, mutta kuulemiselle ei kaikissa tilanteissa kuitenkaan määritelty informointifunktiota. Terveydenhoitolain (192/1927) mukaan ennen yksityisen henkilön oikeutta koskevan päätöksen tekemistä terveydenhoitolautakunnan tuli kuulla päätöksen kohteena olevaa henkilöä tai antaa henkilölle mahdollisuus kirjallisen selvityksen antamiseen (26 §). Kastroimislain (84/1950) 6 §:ään kirjatun kuulemisen tarkoitus oli esitöiden mukaan antaa tietoa oikeustoimikykyiselle kastroimisen kohteena olevalle henkilölle ja hänen puolisolleen, sekä oikeustoimikyvyttömän henkilön puolisolle, vanhemmille tai holhoojalle kastroimisen tarkoituksesta, vaikutuksista ja suoritustavasta.[281] Myös sterilisoimislain (83/1950) 7 §:n mukaan ennen sterilisoimislupa-asian ratkaisemista tuli kuulla sterilisoinnin kohteena olevaa henkilöä, jos hän ei ollut tehnyt toimenpidehakemusta ja kykeni ymmärtämään toimenpiteen merkityksen. Sen lisäksi tuli kuulla henkilön holhoojaa, puolisoa tai laitoksen johtajaa. Esitöissä tätä perusteltiin kuitenkin yleisillä prosessuaalisilla periaatteilla.[282] Kastroimislakia vastaavaa informointifunktiota sterilisoimislain esitöihin ei kuulemiselle ollut kirjattu. Myös raskauden keskeyttämislain (82/1950) 6 §:ään kirjattiin kuulemissäännös, jonka mukaan ennen raskauden keskeyttämistä koskevaa päätöksentekoa piti pyytää lausunto odotettavan lapsen isältä, holhouksen alaisen naisen holhoojalta ja yleisessä laitoksessa säilytettävän naisen osalta ko. laitoksen johtajalta. Tämä pyydettiin kuitenkin vain tilanteissa, kun lääkintöhallitus katsoi lausuntoa tarvittavan. Varsinaista informointifunktiota kuulemiselle ei lakiin kirjattu.

1960-luvun lopulla kastroimis-, raskauden keskeyttämis- ja sterilisointilakimuutosten yhteydessä lakeihin kirjattiin toimenpiteen merkitystä ja vaikutuksia koskeva tiedonantovelvollisuus. Kastroimislakiin (282/1970, 3 §), lakiin raskauden keskeyttämisestä (239/1970, 4 §) ja sterilisoimislakiin (283/1970, 3 §) kirjattiin velvollisuus antaa ennen toimenpiteeseen ryhtymistä toimenpidettä pyytävälle selvitys toimenpiteen merkityksestä ja vaikutuksesta.[283] Sterilisoimisasetuksen (A 360/70) 4

279 Sukupuolitautia sairastava ei esimerkiksi saanut solmia avioliittoa. Sukupuolitautiasetus 199/1939 3.1 §.

280 SPA 199/39 3.2 §, TBA 726/48 30.2 §.

281 HE 58/1948, s. 5-6.

282 HE 59/1948 vp., s. 4.

283 Valiokuntamietinnön mukaan jokaiselle raskauden keskeytystä pyytävälle oli ennen raskauden keskeyttämistä annettava selvitys toimenpiteen merkityksestä ja sen vaikutuksista niin, että aborttia pyytänyt oli selvillä kaikista aborttiin liittyvistä näkökohdista niin haittatekijöistä kuin niistäkin seikoista, jotka

§:n ja kastroimisasetuksen (A 361/70) 2 §:n mukaan toimenpidelupahakemukseen liitettävästä lääkärinlausunnosta tuli käydä ilmi tiedonantovelvollisuuden täyttäminen. Raskauden keskeyttämisasetuksen (A 359/70) 7 §:n mukaan raskauden keskeyttämisen merkitystä ja vaikutuksia koskevan selvityksen antaminen kirjattiin lausunnonantajalääkärin tehtäväksi. Myös lakiin ihmisen elimien ja kudoksien irrottamisesta lääketieteelliseen käyttöön (355/1985) kirjattiin lääkärin tiedonantovelvollisuus: lääkärin tuli 3 §:n mukaan selvittää elävälle luovuttajalle toimenpiteen merkitys ja vaikutukset luovuttajan ja vastaanottajan kannalta.

1970-luvun oikeuskirjallisuudessa lääkärin oma-aloitteinen tietojen antaminen katsottiin luontevimmaksi tavaksi selontekovelvollisuuden täyttämisessä. Potilaalle annettavien tietojen tuli oikeuskirjallisuuden mukaan sisältää esimerkiksi tiedot kuoleman tai vaikean ruumiinvamman tai sairauden riskeistä, seuraamuksista jos hoitotoimenpide jätetään tekemättä sekä useiden hoitovaihtoehtojen välisistä eroista. Potilaan katsottiin voivan myös luopua tietojen vastaanottamisesta.[284]

Siltä osin kuin potilaan informoimisesta ei ollut säännelty, terveydenhuollon ohjaus- ja valvontaviranomaisena vuoteen 1991 saakka toiminut lääkintöhallitus otti tietojen antamiseen kantaa ratkaisuissaan ja ohjekirjeissään. Lääkintöhallitus omaksui ratkaisuissaan pääosin kannan, jonka mukaan potilaita tuli informoida hoitoon liittyvistä komplikaatiomahdollisuuksista.[285] Tästä kannasta tosin ajoittain poikettiin: ratkaisussa**,** jossa oli kyse vamman vuoksi laitetun sidoksen käytön komplikaationa aiheutuneesta työkyvyttömyyteen johtaneesta alaraajan hermovauriosta, jonka mahdollisuudesta potilasta ei ollut etukäteen informoitu, lääkintöhallitus ei puuttunut potilaan informoimiseen tai suostumuksen hankkimiseen.[286] Valvontakäytäntö myös muuttui ajan kuluessa: hallinnollinen seuraamus mahdollisen leikkauskomplikaation informoimatta jättämisestä koveni lääkintöhallituksen ratkai-

puolsivat abortin suorittamista. TaVM 15/1969 vp. Aviopuoliso tuli mahdollisuuksien mukaan pyytää neuvontatilaisuuteen, jotta puolisoille voitaisiin selvittää, kumman sterilisointi on tarkoituksenmukaisempaa. TaVM 16/1969 vp., s. 2.

284 Lahti 1972, s. 81-82.

285 Esimerkiksi ratkaisussa LKH dnro 4471/481/82 lääkintöhallitus totesi, että potilaan käsitys hoitovirheestä olisi todennäköisesti voitu välttää sillä, että häntä olisi etukäteen informoitu tutkimuksesta aiheutuvasta kivusta ja komplikaatiomahdollisuudesta. Lääkintöhallituksen toimenpiteitä aiheuttaneet kantelu- ym. ratkaisut 1983, s. 12. Myös Lehtonen 1986, s. 11. Lääkintöhallitus otti useissa ratkaisuissaan kantaa erilaisista leikkauskomplikaatioista informoimiseen. Ratkaisussa LKH dnro 7285/481/82 alaraajan pidentymistä oli pidettävä leikkausmenetelmään liittyvänä komplikaationa; ja ratkaisussa LKH dnro 6783/481/85 uusintaleikkauksen vaatinutta verenpurkaumaa komplikaationa, joista olisi tullut ilmoittaa potilaalle ennen leikkausta. LKH dnro 7285/481/82, Lääkintöhallituksen toimenpiteitä aiheuttaneet kantelu- ym. ratkaisut 1983, s. 13. Myös Lehtonen 1986, s. 11. LKH dnro 6783/481/85, Lääkintöhallituksen toimenpiteitä aiheuttaneet kantelu- ym. ratkaisut 1986, s. 28. Vastaavasti lääkintöhallituksen mukaan koko kohdun poistamisen mahdollisuudesta olisi tullut kertoa potilaalle etukäteen valmistauduttaessa kohdun osapoistoleikkaukseen. LKH dnro 4612/481/85, Lääkintöhallituksen toimenpiteitä aiheuttaneet kantelu- ym. ratkaisut 1985, s. 156.

286 LKH dnro 3419/48/74 teoksessa Lehtonen 1986, s. 11-12.

suissa kilpirauhasen struumaleikkauksen komplikaationa syntyvän hermovaurion ja äänihuulihalvauksen osalta muutamien vuosien kuluessa huomion kiinnittämisestä huomautukseen.[287] Myös leikkauksen tai muita merkittäviä hoitotoimenpiteitä suorittavan henkilön nimen, sekä potilaan hoitoon osallistuvien henkilöiden katsottiin kuuluvan potilaan tiedonsaantioikeuden piiriin.[288] Opetuspotilaan asemaa koskevassa lääkintöhallituksen ohjekirjeessä dnro 7023/02/79 oli korostettu potilaan oikeutta saada etukäteen tietoa opetustilanteesta ja tutkimuksen ja hoidon kulusta opetustilanteessa. Potilasta kuului myös informoida oikeudesta kieltäytyä osallistumasta opetukseen.[289] Ratkaisussa, jossa potilaan hoitavan ortopedin sijaan polvileikkauksen olikin suorittanut selvityksen mukaan riittävän pätevyyden omannut apulaislääkäri, ja tuossa leikkauksessa osittain poistamatta jääneen nivelkierukan vuoksi oli jouduttu uusintatoimenpiteeseen ortopedin toimesta, lääkintöhallitus ei katsonut menetellyn virheellisesti.[290]

Vaikka potilaan suostumuksen kannalta riittävien tietojen antaminen mm. toimenpiteen merkityksen ja vaikutusten sekä riskien suhteen oli ollut lääkintäeettinen ja tavanomaisoikeudellinen käytäntö 1900-luvun alkupuolelta lähtien ja kirjattu myös 1970-luvulle tultaessa tiedonantovelvollisuuden muotoon eräisiin terveydenhuollon erityislakeihin, lääkintöhallitus ei edellä mainituissa ratkaisuissaan ottanut puutteellisesta informoinnista huolimatta kantaa potilaan suostumuksen olemassaoloon tai puuttumiseen. Lisäksi tiedonantovelvollisuuden laajuuden arviointi vaikuttaa tapahtuneen tapauskohtaisen harkinnan perusteella, mikä on mahdollistanut osin keskenään ristiriitaisetkin ratkaisut.

2.2.3 Poikkeukset suostumuksen vaatimuksesta

2.2.3.1 Kiireelliset tilanteet

Kiireellistä hoitoa koskeva auttamisvelvoite kirjattiin lakiin ensimmäisen kerran laissa lääkärintoimen harjoittamisesta 20/1925. Laissa säädettiin lääkärille velvollisuus antaa apua sille, joka vaikean vamman tai taudintapauksen vuoksi sitä pikaisesti tarvitsee (13 §).[291] Valiokuntakäsittelyssä kyseinen lainkohta aiheutti vastustusta mm. sen vuoksi, että pyytämättä lääkärin avun antamista pidettiin yleisen käytännön vastaisena.[292] Säännös tuli kuitenkin täsmennettynä voimaan, ja säilyi saman

287 LKH 1980, teoksessa Lehtonen 1986, s. 12. LKH dnro 5083/481/87, Lääkintöhallituksen kantelu- ym. ratkaisut 1988, s. 19.

288 LKH dnro 1627/481/82, teoksessa Lääkintöhallituksen toimenpiteitä aiheuttaneet kantelu- ym. ratkaisut 1983, s. 5. Myös Lehtonen 1986, s. 10.

289 OK dnro 7023/02/79. Kokkonen ym. 1987, s. 134-135.

290 LKH 1983, Lääkintöhallitus tiedottaa 3/1983, s. 19. Myös Lehtonen 1986, s. 11.

291 Tätä ennen lääkärintoimen harjoittamista oli säännelty asetuksella 18.2.1890. HE 1/1924 vp., s. 1 ja 4 ja Eduskunnan vastaus s. 4. Lavonius 1956, s. 34.

292 TaVM 2/1924 vp., vastalause.

sisältöisenä myös vuosikymmeniä myöhemmin lakia uudistettaessa (562/1978).[293] Kiireellisen avun antamisvelvoite on säilytetty ammattieettisenä velvollisuutena myös nykyisessä laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) 15.3 §:ssä.

Kiireellisen avun antaminen oli huomioitu myös muissa terveyden- ja sosiaalihuollon erityislaeissa. Alkoholistilaissa (60/1936) oli alkoholistin vaarallisuuteen itseään tai toisia kohtaan perustuvat kiirehtimissäännökset hoitoon määräämismenettelyn osalta (19 §, 21.2 §,) ja turvaamistoimen luonteinen huostaan ottamiskäytäntö poliisiviranomaisen toimesta, jos alkoholistihuoltolassa ei heti ollut osoittaa paikkaa vaarallisuutensa vuoksi alkoholistihuoltolaan määrätylle henkilölle (28 §). Laissa raskauden keskeyttämisestä (82/1950) 8 §:ssä huomioitiin kiireellinen hoitotilanne raskauden keskeyttämisen osalta. Sen mukaan tilanteissa, kun raskauden keskeyttämiseen oli ryhdyttävä naisen sairauden, ruumiinvian tai heikkouden perusteella, eikä keskeyttämisen edellytyksiä ollut naista vaarantamatta mahdollista selvittää 5 §:n mukaan tai keskeyttämistä suorittaa 7 §:n mukaisessa sairaalassa niistä aiheutuvien viivytysten vuoksi tai muusta syystä, laillistettu lääkäri sai suorittaa raskauden keskeytyksen näitä säännöksiä noudattamatta. Esitöiden mukaan tämä kiireellinen tilanne liitettiin nimenomaan raskauden keskeyttämisen lääketieteelliseen indikaatioon, ja sitä pidettiin yleisten oikeusperiaatteiden mukaisena.[294] Lääkintöhallituksen yleiskirjeessä sterilisoimista koskevien asioiden käsittelystä mainittiin hätästerilisoimisen mahdollisuudesta.[295]

Aikana ennen kansanterveyslakia kiireellisen hoidon järjestämistä koskeva velvoite oli kirjattu Helsingin yleisen sairaalan johtosäännön sisältäneen asetukseen (A 241/38) 29 §:ään ja valtion siviilisairaalain ohjesäännön sisältävän asetukseen (A 242/38) 21 §:ään, joiden mukaan hengenvaarallisen taudin tai vamman tai muun sellaisen syyn vuoksi pikaisen lääkärin avun tarpeessa oleva potilas tuli ottaa vuorokaudenajasta riippumatta heti sairaalaan. Myös kansanterveyslaissa (66/1972, 16 §) ja kunnallisista yleissairaaloista annetussa laissa (561/1965, 21 ja 33 §:t) oli säännökset siitä, että kiireellisen hoidon tarpeessa oleva potilas oli aina otettava joko terveyskeskuksen sairaansijalle tai keskus-, alue- ja paikallissairaalaan hoidettavaksi. Tämän velvollisuuden laiminlyöntiä saattoi seurata rangaistus joko rikoslain pelastustoimen laiminlyöntiä (RL 491/1967, 21:13 §) tai lääkärintoimen harjoittamista koskevan blankorangaistussäännöksen (17 §) mukaan. Laiminlyönti saattoi hoitosuhteen

293 HE 235/1976 vp., s. 7.

294 HE 60/1948 vp., s. 20-21.

295 Hätästerilisoimisella tarkoitettiin tilannetta, jossa raskauden keskeyttämiseen joudutaan siitä annettuja säännöksiä noudattamatta siksi, että raskauden jatkuminen tai lapsen synnyttäminen vaarantaisi naisen hengen tai terveyden. Jos tällöin toimenpiteen aikana havaitaan olevan perusteltua olettaa, että keskeyttämisen aiheuttanut sairaus, ruumiinvika tai heikkous uuden raskauden sattuessa vakavasti vaarantaisi naisen henkeä tai terveyttä, keskeyttämisen suorittava lääkäri voi samalla suorittaa sterilisoinnin naisen pyynnöstä noudattamatta sterilisoinnista annettuja säännöksiä. Tällainen hätästerilisoiminen ei tullut kuitenkaan kysymykseen keisarinleikkauksen yhteydessä, vaan päätös oli tehtävä ennen leikkausta tai sen jälkeen, jos nainen asiallisesti sitä pyysi. YK 1807/1985, Kokkonen ym. 1987, s. 54.

synnyttyä johtaa lääkärin vastuuseen seurausten aiheuttamisestakin.[296] Myös mielisairaslakiin (521/77) kirjattiin velvoite ottaa kiireellisen sairaanhoidon tarpeessa oleva henkilö aina mielisairaanhoitolaitokseen kotipaikasta riippumatta (9 §).

Kiireellisen avun antamisvelvoitteen laiminlyöntiin suhtauduttiin vakavasti. Vuonna 1960 EOA käsitteli kantelua kunnanlääkärin virkatehtävien laiminlyönnistä (kirjelmä dnro 2693). Kunnanlääkäri oli laiminlyönyt velvollisuutensa antaa hoitoa kiireellisesti sitä tarvitsevalle, toisen kunnan alueelta olleelle vaikeaan keuhkokuumeeseen sairastuneelle lapselle. Lapsi oli viety myöhemmin samana päivänä heikkovointisena kotipaikkakunnan kunnanlääkärin vastaanotolle, josta hänet oli ensiavun jälkeen lähetetty keskussairaalaan. Lapsi kuitenkin menehtyi matkalle. EOA kehotti nostamaan virkasyytteen, ja lääkäri tuomittiin kihlakunnanoikeudessa tahallisesta virkarikoksesta sakkorangaistukseen.[297] Lääkintöhallituksen ratkaisuissa erilaiset kiireellisen avun antamisvelvollisuuden laiminlyönnit johtivat hallinnollisiin seuraamuksiin, huomion kiinnittämiseen ja huomautukseen.[298]

2.2.3.2 Sijaispäättäjä

Sijaispäättäjää suostumuksen antajana pohdittiin terveydenhuollon lainvalmistelussa suostumuskonstruktioon liittyen jo melko varhain. Ensimmäiset sijaispäättäjäpohdinnat terveydenhuollon erityislainsäädännön osalta käytiin sterilisointilain (227/35) esitöissä 1930-luvulla. Tuolloin kuitenkin päädyttiin vielä siihen, ettei holhoojan suostumus voinut korvata sterilisoinnin kohteena olevan henkilön omaa oikeudellisesti pätevää suostumusta. Pätevän suostumuksen puuttumista koskeva ongelma ratkaistiin tuolloin siten, että ei-oikeustoimikykyiseltä ei edellytetty suostumusta lainkaan.[299]

---

296 Lahti 1972, s. 73.

297 EOA kertomus toiminnastaan vuodelta 1960, kirjelmä N:o 2693, s. 47.

298 Ratkaisussa LKH 5582/331/83 Lääkintöhallitus kiinnitti lääkärin huomiota kiireellisen hoidon antamisvelvoitteeseen. Terveyskeskuksessa päivystävän terveyskeskuslääkärin olisi lääkintöhallituksen mukaan tullut lähteä välittömästi elvytyspaikalle elvytystoimintaa jatkamaan ja tehostamaan, saatuaan puhelimitse tiedon sydänpysähdyksestä ja elvytystilanteesta sekä sairaankuljetusauton paikalle tulon viipymisestä. Sen sijaan lääkäri oli soittanut paikalle elvytyspaikan läheisyydessä asuvan elvytystaitoisen sairaankuljettajan. Lääkäri saapui paikalle sairaankuljetusauton kanssa 34 minuutin kuluttua hälytyksestä. Lääkintöhallituksen toimenpiteitä aiheuttaneet kantelu- ym. ratkaisut 1984, s. 66. Toisessa kanteluratkaisussa LKH 1918/481/82 lääkintöhallitus antoi lääkärille huomautuksen kiireellisen hoidon laiminlyönnistä. Tapauksessa pieni lapsi oli sairastunut korkeakuumeiseen infektioon ja oksennellut voimakkaasti. Hänet oli tutkittu terveyskeskuksessa ja päätetty seurata tilannetta. Seuraavana päivänä äiti otti yhteyttä terveyskeskukseen oireiden jatkuessa, ja lapsen edellisenä päivänä tutkinut lääkäri ohjeisti edelleen seuraamaan tilannetta. Äiti kuitenkin otti yhteyttä toiseen lääkäriin ja sai lähetteen sairaalaan, jossa lapsella todettiin märkäinen aivokalvontulehdus. Lääkintöhallitus antoi lääkärille huomautuksen siitä, ettei hän lapsen äidin puhelimessa ilmoittamien seikkojen perusteella joko itse tutkinut lasta välittömästi uudelleen tai ohjannut häntä kiireellisesti jatkohoitoon. Lääkintöhallituksen toimenpiteitä aiheuttaneet kantelu- ym. ratkaisut 1983, s. 46.

299 HE 112/1934 vp., s. 18-19.

Sijaispäättäjän käyttöä koskeva säännös kirjattiin steriloimislakiin (83/1950) 1940-luvun lopulla. Säännös koski tuolloin vain raskauden keskeytyksen yhteydessä tehtävää sterilisointia, mutta ei kuitenkaan ollut aivan ehdoton sijaispäättäjän käytön suhteen. Lain 5 §:n mukaan raskauden keskeytyksen yhteydessä suoritettavaan sterilisointiin piti, mikäli mahdollista, hankkia läheisen omaisen suostumus, jos nainen ei ollut kykenevä antamaan suostumustaan toimenpiteeseen. Säännöksen väljyyden vuoksi oli mahdollista myös jättää sijaispäättäjän suostumus hankkimatta. Raskauden keskeyttämisasetuksen (A 232/50) 11 §:ssä mahdollistettiin myös raskauden keskeyttämisluvan hakeminen suostumuksen antamiseen kyvyttömän, sieluntoiminnaltaan häiriintyneen naisen puolesta tämän huoltajan tai holhoojan, tai yleisessä laitoksessa hoidettavan naisen osalta laitoksen lääkärin tai johtajan, toimesta.

1960-luvun lopulla raskauden keskeyttämisestä annettua lakia (239/70) ja sterilisoimislakia (238/70) uudistettaessa lakeihin kirjattiin säännökset sijaispäättäjän käytöstä niissä tilanteissa, kun asianomainen itse oli kyvytön antamaan pätevän suostumuksen toimenpiteeseen. Lakien 2 §:ien mukaan holhooja tai uskottu mies voi antaa suostumuksen raskauden keskeyttämiseen tai vastaavasti sterilisoimiseen, jos nainen tai asianomainen henkilö ei kyennyt pätevää suostumusta antamaan mielisairauden, vajaamielisyyden tai häiriintyneen sieluntoimintansa vuoksi. Lisäksi edellytettiin painavien syiden puoltavan toimenpidettä.[300] Lakien suostumuksen antamista koskevalla sääntelyllä pyrittiin vähentämään hätiköityjä päätöksiä.[301] Kastroimislakiin sijaispäättäjämenettelyä ei uudistamisen yhteydessä otettu.[302] Myöskään hoitoon liittymättömän tutkimustoiminnan osalta sijaispäättäjämenettelyä ei oikeuskirjallisuudessa pidetty mahdollisena.[303]

1970-luvun oikeuskirjallisuudessa katsottiin, että holhoojan tai huoltajan kannanotoille voitiin antaa arvoa niissä tilanteissa, kun potilas ei esimerkiksi sieluntoiminnan häiriintymisen tai alaikäisyyden vuoksi kyennyt ymmärtämään hoitotoimenpiteen merkitystä.[304] Vaikka sijaispäättäjän käyttö oli jo pitkään sisältynyt terveydenhuollon erityislainsäädäntöön, ja sen merkitys huomioitu lainvalmistelutyössä jo tätä aiemminkin, pätevän suostumuksen puuttumisen oikeudellinen ratkaiseminen vajaavaltaisen potilaan osalta painottui ennen potilaslakia enemmän tahdosta riippumattoman hoidon sääntelyyn.

---

300 Sterilisoimislain esitöiden mukaan viranomaisen tuli kiinnittää huomiota toimenpiteen välttämättömyyteen, toimenpiteen lääketieteelliseen ja sosiaalis-lääketieteelliseen merkitykseen ja toimenpiteestä mahdollisesti aiheutuviin fyysisiin ja psyykkisiin haittavaikutuksiin. HE 105/1969 vp., s. 1. Vastaavat seikat olivat pohdittavana raskaudenkeskeytyksen yhteydessä toimenpideindikaatioiden muodossa (L 239/1970, 1§).

301 HE 104/1969 vp., s. 2 ja HE 105/1969 vp., s. 1.

302 HE 106/1969 vp., s. 1.

303 Lahti 1977 b, s. 97.

304 Lahti 1972, s. 81.

2.2.3.3. Tahdosta riippumaton hoito

Potilaan tahdosta riippumattoman hoidon sääntelyn historia ulottuu eduskuntalain tasoisena aina 1900-luvun alkuvuosikymmeniin saakka. Alun perin potilaan tahdosta riippumatonta hoitoa koskevan sääntelyn tavoitteena ei niinkään ollut potilaan hoitaminen, vaan eräiden yhteiskunnallisten ja sosiaalisten haittojen vähentäminen.[305] Lainsäädännöllä haluttiin sekä oikeuttaa potilaan koskemattomuuteen kajoavat yhteiskunnan näkökulmasta tehtävät toimenpiteet, että ratkaista potilaan pätevän suostumuksen puuttumiseen liittyvä oikeudellinen ongelma. Koska oikeustoimikyvyttömiä henkilöitä pidettiin ulkopuoliselle vaikuttamiselle alttiina ja kyvyttöminä arvostelemaan toimenpiteen merkitystä yksilön ja yhteiskunnan kannalta, ja holhoojan suostumukselle ei voitu antaa potilaan pätevän suostumuksen korvaavaa asemaa, päädyttiin siihen, ettei oikeustoimikyvyttömiltä potilailta edellytetty suostumusta lainkaan ja toimenpiteiden oikeutus ratkaistiin näissä tilanteissa pakottavin säännöksin.[306] Tässä yhteydessä käsitellään sterilisointia, kastrointia ja raskauden keskeytystä koskevaa sääntelyä, sillä näissä laeissa suostumuskysymys ratkaistiin ensin tahdosta riippumattoman hoidon turvin ja myöhemmin sijaispäättäjäkonstruktiolla. Muuta, nykyäänkin käytössä olevaa tahdosta riippumatonta hoitoa koskevaa sääntelyä, tarkastellaan luvussa rajoittamissääntelyn kehityksestä.

Sterilisoimislain (227/35) 1 §:n mukaan vajaakykyinen, tylsämielinen tai idiootti – oikeustoimikelvoton henkilö – voitiin sterilisoida, jos oli riski siitä, että hän saisi vajaakykyisiä lapsia tai ei kykenisi huolehtimaan jälkeläisistään.[307] Sterilisoiminen mahdollistettiin myös luonnottoman sukuviettinsä vuoksi rikokseen syyllistyneiden henkilöiden osalta. Esityksen suvunjatkamiskyvyn poistamisesta 1 §:n tarkoittamissa tapauksissa sai 4 §:n mukaan tehdä potilaan hoitopaikkana toimivan mielisairaalan tai muun laitoksen johtaja, tai rangaistuslaitoksen johtaja, ja muussa tapauksessa terveydenhoitolautakunta. Lain soveltamisala käsitti toimenpiteinä sekä sterilisoinnin että kastroinnin.[308] Sterilisoimislaissa tarkoitettujen yleisten laitosten, mielisairaaloiden, vajaamielislaitosten ja muiden lääkintöhallituksen määräämien laitosten, johtajalla oli velvollisuus ottaa harkittavaksi potilasta koskevan sterilisointiesityksen tekeminen ennen, kuin potilas poistettiin laitoksesta parantumattomana (STA 228/35, 3 ja 6.3 §:t).

Sterilisoimislain (83/1950) ja kastroimislain (84/1950) uudistuksessa täsmennettiin suostumuskysymystä niin, että oikeustoimikyvyttömät, mielisairaat tai

305 Anttila 1944, s. 20-21.

306 HE 112/1934 vp., s. 19.

307 Tylsämielisellä (idiootilla) tarkoitettiin Sterilisoimisasetuksen (228/35) 1 §:n mukaan vajaaälyistä, jonka älyllinen kehitys ei kohoa noin 6-vuotiaan lapsen normaalia tasoa korkeammalle; vähämielisellä (imbesillillä) vajaaälyistä, jonka älyllinen kehitys ei kohoa 14-vuotiaan tasoa korkeammalle; ja mielisairaalla jakomielisyys- (schizophrenia-) tai maanisdepressiivistä tai muuta periytyväksi todettua mielitautia jatkuvasti tai ajoittain sairastavaa henkilöä.

308 HE 112/1934 vp., s. 1.

vajaamieliset, tai sukuviettinsä vuoksi muille vaaralliset henkilöt voitiin sterilisoida ja kastroida *ilman omaa suostumustaan*.[309] Kastroimislain esitöissä oikeustoimikyvyttömän laitoshoidossa olevan ihmisryhmän kastroiminen nähtiin ympäristön suojelemisen näkökulmasta tärkeäksi. Pakkotoimenpidettä perusteltiin myös terapeuttisilla näkökohdilla.[310] Pakkokastrointi ei kuitenkaan lakimuutoksen jälkeen merkittävästi lisääntynyt.[311] Vaikka itse toimenpide voitiin kastroimislain nojalla tehdä myös ilman potilaan suostumusta, jälkihoitoon tai jälkitarkastukseen ei kastroimisasetuksen (A233/50) 6.2 §:n mukaan saanut pakottaa ketään. Määräyksen tai luvan kastrointiin tai sterilisointiin antoi lääkintöhallitus (KastroimisL 4 §). Jos oikeustoimikelpoinen henkilö vastusti kastroimista tai kastroimisen lykkäämiseen oli muu erityinen syy, lääkintöhallitus päätti joko kastroimisen suorittamisesta pakkotoimin tai kastroimisen määräaikaisesta lykkäämisestä (9 §).[312] Päätöksenteon keskittämisellä haettiin oikeusvarmuutta siihen, että tapaukset arvioitiin yhtenäisten perusteiden mukaan ja selvitettiin täydellisesti ja perusteellisesti, jotta yhteiskunnan suojaamiseen liittyvät näkökohdat ja yksilön oikeudet tulivat huomioiduksi.[313]

Laki raskauden keskeyttämisestä säädettiin 1950. Lain voimaan tuloon saakka raskauden keskeyttäminen oli sanktioitu rikoslain (39/1889) 22:5-6 §:ien nojalla, ja toimenpiteen oikeutus harkittu rikoslain pakkotilasäännöstön perusteella. Lain tavoitteena esitöiden mukaan oli sallia raskauden keskeyttäminen lääketieteellisin, eettisin ja sosiaalisin indikaatioin naisen etua silmällä pitäen. Eugeenisia indikaatioita pidettiin yhteiskunnan edun mukaisena, mutta niiden ei kuitenkaan katsottu olevan niin painavia, että ne oikeuttaisivat raskauden keskeyttämisen ilman naisen suostumusta. Pätevän suostumuksen puuttumisen ei kuitenkaan katsottu voivan es-

309 Lakiuudistuksen yhteydessä kastrointia koskeva sääntely irrotettiin sterilisoimislaista erilliseen lakiin. Aiemman lain puutteeksi nähtiin sekin, ettei siihen sisältynyt mainintaa siitä, että potilaalle voidaan suorittaa sterilisoimistoimenpide ilman omaa suostumustaan. HE 58/1948 vp., s. 2. Sterilisoimisasetuksen (STA, 234/50) 1 §:n mukaan vajaamieliseksi katsottiin henkilö, jonka älyllinen kehitys ei kohonnut kaksitoistavuotiaan lapsen tasoa korkeammalle. Kastroimisasetuksen (A 233/50) 2 §:n mukaan oikeustoimikelpoisena ei pidetty holhottavaa, eikä sellaista siviilioikeudellisesti täysi-ikäistä henkilöä, joka on mielisairas, tylsämielinen (idiootti), vähämielinen (imbesilli) tai joka muun sielullisen vajaakykyisyyden vuoksi on vastaavanlaisessa sielullisessa tilassa. Oikeustoimikelpoinenkin henkilö saattoi kastroimislain 1 §:n mukaan olla pakkokastroinnin kohteena, jos hänet oli todettu lainvoimaisella tuomiolla syylliseksi rikokseen. Vastaava mahdollisuus oli ollut kastrointia koskien jo ensimmäisen sterilisointilain aikaan.

310 HE 58/1948 vp., s. 2-3, 5. Alkuperäisen sterilisoimislain puutteeksi katsottiin, että yleisesti tunnetut syyntakeettomat henkilöt, joita mielentilan vuoksi ei ole asetettu syytteeseen, jäivät kastroimista koskevien säännösten vaikutusalan ulkopuolelle. Tämä puute haluttiin kastroimislaissa korjata, koska henkilöiden ajateltiin olevan pysyvänä vaarana muille hoidokeille ja naispuoliselle hoitohenkilökunnalle. HE 58/1948 vp., s. 3.

311 Kastari 1972, s. 158. Kastroimislainsäädäntöä on voimakkaasti aikanaan kritisoinut Salmiala. Salmiala 1951, s. 130-167.

312 Lavoniuksen mukaan tällaisissa tilanteissa ei ollut syytä ryhtyä väkivaltaan huomioiden lain rikospoliittisen tarkoituksen ohella myös humaaninen ja terapeuttinen tarkoitus. Lavonius 1956, s. 178.

313 HE 58/1948 vp., s. 5.

tää raskauden keskeyttämistä, jos toimenpide oli naisen edun mukainen ja muuten perustui laissa määriteltyihin syihin. Lääkintöhallituksen luvan katsottiin korvaavan puuttuvan suostumuksen.[314] Ilman naisen suostumusta raskaus oli siksi mahdollista L 82/1950 2 §:n nojalla keskeyttää, jos nainen ei häiriytyneen sieluntoimintansa vuoksi kyennyt antamaan siihen pätevää suostumustaan. Raskauden keskeyttämistä koskevan asetuksen (A 232/50) 11 §:n mukaan toimenpidelupaa tuli anoa naisen itsensä, jollei hän ollut häiriintyneen sieluntoimintansa vuoksi kykenemätön suostumuksen antamiseen. Asetuksen 2 §:n mukaan tilanteissa, kun nainen ei kyennyt antamaan pätevää suostumustaan, keskeyttämislupaa saivat naisen lisäksi hakea alaikäisen puolesta hänen huoltajansa, holhouksenalaiseksi julistetun puolesta hänen holhoojansa ja yleiseen laitokseen otetun naisen puolesta laitoksen lääkäri tai johtaja.

1960-luvun lopulla steriloimis-, kastroimis-, ja raskauden keskeyttämislakeja uudistettiin. Raskauden keskeyttämistä koskevat asenteet olivat muuttuneet ja myös lääketieteen piirissä oli tapahtunut uudelleenasennoitumista, erityisesti mielenterveydellisten, sosiaalisten ja psykologisten näkökohtien korostumista.[315] Pakkotoimenpiteitä oli sen ajan käsityksen mukaan vältettävä, mikäli niitä ei ollut pidettävä yhteiskunnan edun ehdottomasti vaatimina, jollaisena aborttia, sterilisaatiota ja kastraatiota ei enää pidetty.[316] Potilaan pätevän suostumuksen puuttuminen ratkaistiin nyt tahdosta riippumattoman sääntelyn sijaan sijaispäättäjämenettelyllä. Tilanteissa, kun henkilö oli mielisairauden, vajaamielisyyden tai häiriintyneen sieluntoiminnan vuoksi pysyvästi kykenemätön ymmärtämään steriloimisen tai raskauden keskeyttämisen merkityksen ja painavat lääketieteelliset syyt puolsivat toimenpidettä, toimenpide voitiin sterilisoimislain 2 §:n ja raskauden keskeyttämislain 2 §:n nojalla suorittaa sijaispäättäjänä toimivan holhoojan tai uskotun miehen suostumuksella.[317] Toimenpidelupaa sai tällöin hakea raskauden keskeyttämisestä

314 HE 60/1948 vp., s. 17. Lakia valmistelleen komitean mukaan raskauden keskeyttämiseen liittyvien terveydellisten haittojen vuoksi toimenpidettä ei tullut suorittaa eugeenisiin indikaatioihin sisältyvän yleisen edun vuoksi tilanteissa, jolloin nainen pystyy pätevän suostumuksen antamaan. Juuri eugeenisten syiden vuoksi komitea piti kuitenkin välttämättömänä, ettei naisen suostumus toimenpiteeseen ollut ehdottomasti tarpeen, ja siksi naisen kykenemättömyys antaa pätevää suostumusta ei saanut estää toimenpidettä, kunhan se muutenkin oli naisen edun mukainen ja perustui lainsäädännössä hyväksyttyihin indikaatioihin. KM 1941:17, s. 26, 28.

315 HE 104/1969 vp., s. 1.

316 KM 1968: A11, s. 60 ja s. 80.

317 HE 105/1969 vp., s. 1. Lakimuutosta valmistelleen komitean mukaan holhoojan tai uskotun miehen suostumusta edellyttämällä pyrittiin vähentämään hätiköityjä päätöksiä, ja painavien lääketieteellisten syiden vaatimuksella turvaamaan potilaan asemaa. Mielisairaiden, vajaamielisten ja sieluntoiminnaltaan häiriintyneiden, suostumuksen antamiseen kykenemättömien naisten raskauden keskeyttämiseen tuli komitean näkemyksen mukaan kuitenkin varata laissa mahdollisuus siinäkin tapauksessa, että toimenpiteeseen saattoi yksittäistapauksissa sisältyä tosiasiallista pakkoa, koska potilaan suostumusta ei voitu edellyttää. KM 1968: A11, s. 34-35. Vastaavasti sterilisoinnista KM 1968: A 11, s. 60-61. Holhoojan suostumusta ei edellytetty esimerkiksi juoppouden vuoksi holhouksenalaiseksi julistetun naisen kohdalla

annetun asetuksen (A 359/70) 2 §:n ja sterilisoimisasetuksen (360/70) 2 §:n mukaan erityisesti määrätty uskottu mies ja holhottavan puolesta hänen holhoojansa sekä yleiseen laitokseen otetun puolesta laitoksen johtaja; ja sterilisoimisasetuksen mukaan asianomaisen mielisairaanhuoltopiirin huoltotoimiston lääkäri. Kastroimislaista (282/1970) poistettiin potilaan suostumuksesta riippumaton kastraatiomahdollisuus niin oikeustoimikykyisten kuin oikeustoimikyvyttömien potilaiden kohdalla. Sijaispäättäjämenettelyä kastroimislakiin ei otettu.[318] Käsitykset kastraation vaikutuksista olivat muuttuneet lääketieteellisen tutkimuksen myötä. Lisäksi pakkokastraation nähtiin syvästi yksilön ruumiilliseen koskemattomuuteen kohdistuvana toimenpiteenä loukkaavan yksilön oikeuksia enemmän kuin yhteiskunnan kannalta oli välttämätöntä.[319] 1970-luvulle tultaessa suostumus oli sterilisoimis-, kastroimis-, ja raskauden keskeytystoimenpiteiden edellytys, joko potilaan tai sijaispäättäjän antamana, eikä lakeihin enää sisältynyt tahdosta riippumatonta hoitoa koskevaa sääntelyä.

2.2.4 Hyvä hoito ja kohtelu

Oikeudellista sääntelyä hyvän hoidon ja kohtelun, ja ammatillisen standardin osalta on ollut asetuksen ja lain tasoisena jo 1900-luvun alkupuolella, tosin nykyistä suppeammin kirjattuna. Mielisairasasetuksen MSA (455/37) 2 §:n mukaan lääkintöhallituksen tai sen alaisen valvontaviranomaisen tuli kiinnittää erityistä huomiota sairaiden hoitoon ja käsittelyyn sekä valvottava, että se oli mahdollisimman tehokasta ja lääkeopillisten saavutusten mukaista. Helsingin yleisen sairaalan ohjesäännön sisältävän asetuksen (A 241/38) 31 §:n ja valtion siviilisairaalain ohjesäännön sisältävän asetuksen (A 242/38) 22 §:n mukaan sairaita oli kohdeltava hyvin ja hoidettava huolellisesti ja lääketieteen vaatimusten mukaisesti. Samalla tuli kuitenkin huolehtia, että hoito tulee mahdollisimman halvaksi. Sairaiden omaisille tuli myös varata määrättynä aikana päivästä mahdollisuus tavata sairaita. Vastaava kirjaus sisältyi myös vuonna 1959 painettuihin paikallissairaaloiden ohje- ja johtosääntömalleihin.[320] Myös mielisairaslakiin (187/1952) otettiin

(koska hän kykeni antamaan pätevän suostumuksen). KM 1968: A11, s. 45.

318 HE 106/1969 vp., s. 1-2. Lakimuutosta valmistelleen komitean käsityksen mukaan se, että aloite kastraatioon voi tulla vain kastroitavan itsensä taholta, vältytään painostukselta ja kastraation sidoksisuudelta rangaistuksen lieventämiseen. KM 1968: A 11, s. 79. Aiemman kastroimislain mahdollistamaa pakkokastraatiota ei tiettävästi ollut sovellettu Suomessa vuoden 1958 jälkeen. HE 56/2001, s. 4.

319 HE 106/1969 vp., s. 1-2 ja KM 1968: A 11, s. 80. Kastraation hyödyistä ja haitoista oli käytettävissä tutkimustietoa jo 1950-luvulla. Salmiala 1951, s. 130-149.

320 ”Sairaalan henkilökunnan on kohdeltava potilaita asiallisesti ja huomaavaisesti. Heitä on hoidettava huolellisesti ja lääketieteen vaatimusten mukaisesti noudattaen asiallista taloudellisuutta. Potilaiden tapaamiseen on omaisille ja tuttaville varattava tilaisuus, mikäli potilaan sairauden laatu ei ole esteenä. Yleisvaarallista tarttuvaa tautia sairastavaa saa tavata vain sairaalan lääkärin luvalla.” Paikallissairaalan ohje- ja johtosääntö Malli A 14 § (Yhden kunnan paikallissairaalaa varten, jonka lääkärinä toimii kunnanlääkäri yksinään) ja Malli B 16 § (Kunnan tai kuntien yhteistä taikka kuntainliiton paikallissairaalaa varten,

1950-luvulla uutena säännös mielisairaiden hyvästä kohtelusta ja huolellisesta hoidosta (37.1 §).

Ensimmäisessä laissa lääkärintoimen harjoittamisesta (20/1925) ammatillinen standardi oli suppeasti muotoiltu ja ylimalkainen. Lääkärin tuli lain 2 §:n mukaan antaa ennen laillistusta lääkärinvakuutus, jossa hän vakuutti pitävänsä mielessään lääkärintointa harjoittaessaan toimen korkean tarkoituksen ja täyttävänsä tunnollisesti ja parhaan ymmärryksensä mukaan kaikki velvollisuudet, jotka hänelle lääkärinä kuuluvat. Lakia edeltävästi lääkärintoimen harjoittamisesta oli olemassa vain asetustasoista sääntelyä vuodelta 1880.[321] Lääkärinvakuutusta muutettiin seuraavan kerran lääkärintoimen harjoittamisesta annetun lain uudistamisen yhteydessä (562/1978). Uudistetussa lääkärinvakuutuksessa lääkäri vakuutti pyrkivänsä toimessaan palvelemaan kanssaihmisiään ihmisyyttä kunnioittaen päämääränään terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Lääkäri vakuutti myös soveltavansa työssään yleisesti hyväksyttyjä lääketieteellisiä ja kokemusperäisiä menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti sekä pyrkivänsä jatkuvasti täydentämään koulutustaan. Lisäksi lääkäri vakuutti huomioivansa hoitotoimissaan tasapuolisesti niistä hoidettavalle aiheutuvat hyödyt ja haitat. Uutena vakuutettiin myös lääkärinvelvollisuuksien täyttämistä jokaista kohtaan rodusta, uskonnosta, poliittisista mielipiteistä tai yhteiskunnallisesta asemasta riippumatta. Lisäksi lääkäri vakuutti, ettei uhkauksestakaan käytä lääkärintaitoaan ihmisoikeuksien vastaisesti.[322]

Laki lääkärintoimen harjoittamisesta kumottiin 1994, potilaslain voimaantulon jälkeen, lailla terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994). Lain tarkoituksena oli edistää potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palveluiden laatua (1 §). Lakiin kirjattiin terveydenhuollon ammattihenkilön ammattieettiset velvollisuudet (15 §), joiden mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Terveydenhuollon ammattihenkilön tuli ammattitoiminnassaan soveltaa yleisesti hyväksyttyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti. Koulutustaan hänen tuli pyrkiä jatkuvasti täydentämään. Ammattitoiminnassaan terveydenhuollon ammattihenkilön tuli huomioida tasapuolisesti ammattitoiminnasta potilaalle koituva hyöty ja sen mahdolliset haitat. Lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilöllä oli velvollisuus ottaa huomioon, mitä potilaan oikeuksista säädetään. Lakiin kirjattiin myös erikseen täydennyskoulutusvelvoite (18 §). Lääkärin erityiseksi oikeudeksi kirjattiin potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, diagnoosista ja hoidosta päättäminen (22 §).

---

jossa on kaksi lääkäriä). Mallien mukaan laaditut kaikkien paikallissairaaloiden ohjesäännöt Alajärveltä Övermarkiin alistettiin 1960-luvulla lääkintöhallituksen vahvistettavaksi.

321 HE 1/1924 vp., s. 1.

322 HE 235/1976 vp., s. 7.

Epäasiallisena hoitona on Lääkintöhallituksen ratkaisuissa pidetty esimerkiksi toteutettua hoitoa, joka ei vastannut aikakauden hoitokäytäntöä.[323] Myös eduskunnan oikeusasiamiehen vuosikertomuksissa esitetään tarkastelujaksolla 1920–1999 useita hoidon laiminlyöntiä tai epäasiallista kohtelua koskevia ratkaisuja. Epäasiallisena hoitona on pidetty puutteellisia tutkimuksia ja taudinmääritystä, jotka johtivat siihen, ettei hoito ollut asianmukaista.[324] Laiminlyönniksi katsottiin jonkin tarpeellisen tutkimuksen tekemättä jättäminen, esimerkiksi toteuttamatta jäänyt hampaiston röntgenkuvaus, kun vaikean ientulehduksen vuoksi kehitysvammaiselle potilaalle oli suoritettu hampaiden poisto, ja ilman röntgenkuvaa osa hampaista oli jäänyt poistamatta.[325] Myös syöpädiagnoosin viivästymiseen johtanut koepalavastauksen tarkistamisen laiminlyönti johti hallinnollisiin seuraamuksiin.[326] Toimintaa, jossa ylilääkäri tilasi verivalmisteita ja näihin liittyviä laboratoriotutkimuksia sairaalan potilaille, mutta käytti nämä tutkimukset ja verivalmisteet omien yksityispotilaiden hoitoon, pidettiin suorastaan lainvastaisena.[327] Epäasiallisena kohteluna on pidetty myös epäasiallista käytöstä ja kielenkäyttöä.[328]

2.2.5 Potilaan asema ja oikeudet potilaslakiin

2.2.5.1 Potilaan tiedonsaantioikeus

Potilaslakiehdotuksen potilaan tiedonsaantioikeutta koskeva säännös muotoiltiin edellä kuvattujen tietojen antamista koskevien lääkintäeettisen ja tavanomaisoikeudellisen käytännön kehityksen sekä terveydenhuollon erityislakien sääntelyn kehityksen näkökulmasta yllätyksittä. Tiedonsaantioikeus liitettiin oikeussuojatoimikunnan mietinnössä kiinteästi itsemääräämisoikeuteen: potilaalla tuli olla riittävästi tietoja hoidon merkityksestä ja vaikutuksista voidakseen harkita suostumustaan hoitoon. Tietoja tuli antaa oma-aloitteisesti eikä vain potilaan pyynnöstä.[329]

Säädetyn potilaslain (758/1992) tiedonsaantioikeutta koskevan 5.1 §:n mukaan potilaalle tulee antaa selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Selvitystä ei kuitenkaan tule antaa vastoin potilaan tahtoa tai tilanteessa, jolloin on

323 LKH dnro 5913/86/80, jossa lääkäri oli toteuttanut potilaan hoidossa sen hetkistä hoitokäytäntöä vastaamattomia hoitoja, määrännyt lääkkeitä suorituskyvyn parantamiseksi urheilussa ja osittain laiminlyönyt kirjaamisvelvollisuuden. Lääkintöhallituksen toimenpiteitä aiheuttaneet kantelu- ym. ratkaisut 1989, s. 36. Myös ratkaisussa LKH dnro 4665/86/85 oli kyse siitä, että lääkäri oli toteuttanut oman ja 11 potilaansa kohdalla sen hetkistä hoitokäytäntöä vastaamatonta hoitoa. Lääkintöhallituksen toimenpiteitä aiheuttaneet kantelu- ym. ratkaisut 1989, s. 37.

324 EOA, kirjelmä N:o 1894. EOA kertomus toiminnastaan vuodelta 1953, s. 50.

325 EOA dnro 624/77. EOA kertomus toiminnastaan vuodelta 1978, s. 102-103.

326 EOA dnro 371/4/84. EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1986, s. 119-123.

327 EOA dnro 1410/84. EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1985, s. 144-150.

328 EOA dnro 783/63, EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1964, s. 91.

329 KM 1982:65, s. 41.

ilmeistä, että selvityksen antaminen vakavasti vaarantaisi potilaan hengen ja terveyden. Terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuudeksi kirjattiin selvityksen antaminen siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. Tarvittaessa tuli mahdollisuuksien mukaan huolehtia tulkitsemisesta.[330] Valiokuntamietinnössä korostettiin tiedon antamisen roolia itsemääräämisoikeuden edellytyksenä, mutta todettiin, että riittävän ymmärtämisen vaatimus voi olla ongelmallinen tilanteissa, kun sairaus tai muu syy vaikeuttaa ymmärtämistä tai selvityksen muistaminen on vaikeaa.[331]

2.2.5.2 Potilaan itsemääräämisoikeus

Oikeussuojatoimikunnan potilaslakiehdotuksen 6 §:ään kirjattiin ehdotus potilaan itsemääräämisoikeuden sisällöstä. Potilaan hoidosta tuli päättää yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaan kieltäytyessä toimenpiteestä, häntä tuli mahdollisuuksien mukaan hoitaa muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.[332] Vaikka potilaan suostumus haluttiin kirjattavan hoidon luvallisuuden edellytykseksi, tämän ei katsottu tarkoittavan, että potilaan suostumuksen pyytäminen vähäisiin hoidon osatoimenpiteisiin olisi kuitenkaan välttämätöntä. Potilaan tahdon sisällöstä tuli kuitenkin varmistua, jos hoitoon liittyi vaaratekijöitä tai oli olemassa useita hoitovaihtoehtoja. Mitä vakavammasta potilaan koskemattomuuteen puuttumisesta on kysymys, sen tärkeämpää oli vakuuttua potilaan tahdosta.[333] Vaikka potilaalle ehdotettiin oikeutta kieltäytyä kaikesta hänelle suunnitellusta tai aloitetusta hoidosta, oikeus kieltäytyä ei kuitenkaan saisi katkaista hoitosuhdetta. Muu lääketieteellisesti hyväksyttävä hoitotapa voitaisiin valita, jos se olisi yleensä mahdollista ja potilaan tilaan nähden tarkoituksenmukaista sekä hoitavan lääkärin mielestä perusteltua. Potilaalla olisi siten vain rajattu valta päättää hänelle annettavan hoidon sisällöstä, laadusta tai laajuudesta.[334]

Lääkintöhallituksen lausunnon mukaan potilaan itsemääräämisoikeutta, vajaavaltaisen potilaan itsemääräämisoikeutta ja vajaavaltaisen potilaan hoitoon liittyvää tiedonsaantioikeutta koskevat säännökset vähentäisivät näissä kysymyksissä esiintyneitä ongelmia. Itsemääräämisoikeutta koskeva säännös selkiyttäisi menettelytapoja erityisesti niissä tilanteissa, kun potilas kieltäytyy täydessä ymmärryksessä ja vakaasti harkiten hoidostaan tai kun potilaan suostumusta ei tajuttomuuden tai muun syyn vuoksi voida saada.[335] Lisäksi selkeä säännös hoidosta kieltäytymisen mahdolli-

330 Tiedonsaantioikeutta koskeva säännös oli saanut lopullisen sanamuotonsa oikeusministeriön laintarkastustoimiston näkemysten perusteella. STM:n apulaisosastopäällikkö Marita Liljeströmin kirje sosiaali- ja terveysvaliokunnalle 21.5.1992.

331 StVM 12/1992 vp., s. 3.

332 KM 1982:65, s. 61.

333 KM 1982:65, s. 44.

334 KM 1982:65, s. 44.

335 Lääkintöhallituksen lausunto STM:lle terveydenhuollon oikeussuojatoimikunnan II mietinnöstä

suudesta mahdollistaisi hoitotestamenttien laatimisen ja huomioimisen hoidosta päätettäessä.[336]

Lääkäriliitto ilmaisi huolensa potilaan itsemääräämisoikeutta koskevan lakiehdotuksen 6 §:n osalta potilaan oikeudesta kieltäytyä hoidosta, jota lakiehdotuksen mukaan oli tarkoitus soveltaa myös sellaiseen potilaaseen, joka tajuttomuuden vuoksi ei kykene ilmaisemaan tahtoaan. Lakiehdotuksen mukaan hoitoa ei saanut antaa, jos olisi ilmeistä, että potilas aiemman vakaan tahdonilmaisunsa perusteella kieltäytyisi siitä. Lääkäriliiton kannan mukaan tämä johtaisi käytännössä vaikeisiin ristiriitatilanteisiin lääkärin eettisten velvoitteiden ja potilaan itsemääräämisoikeuden kesken.[337] Lääkäriliitto nosti saman säännösehdotuksen ongelmat esiin myös vuoden 1990 lausuntopalautteessaan, vaikka lainkohdassa tavoiteltiin perusteluiden mukaan menettelyohjetta lääkärille niihin tilanteisiin, kun potilas vaikean, parantumattoman sairauden tai vamman takia on aiemmin ilmaissut haluavansa kieltäytyä elämää pitkittävistä erikoishoidoista.[338]

Lääkintöhallitus ehdotti vuonna 1990 6.1 §:ään muotoilua, jonka mukaan potilaan kieltäytyessä hoidosta tai toimenpiteestä häntä tuli mahdollisuuksien mukaan hoitaa muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.[339] Lausuntopalautteessa myös esitettiin lakitekstiä täydennettävän niin, ettei termi ”mahdollisuuksien mukaan” johda ristiriitaan lääkärintoimen ja hammaslääkärintoimen harjoittamisesta annettujen lakien vaatimuksesta yleisesti hyväksyttyjen lääketieteellisten tai hammaslääketieteellisten menettelytapojen soveltamisesta koulutuksen mukaisesti. Lisäksi tiedusteltiin, millaista todistelua käytännössä vaaditaan, ettei potilaan tahtoa noudattanutta lääkäriä rangaista.[340]

Potilasta tuli valmiin potilaslain (758/1992) itsemääräämisoikeutta koskevan 6.1 §:n mukaan hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyi jostakin hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä tuli mahdollisuuksien mukaan hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksytyllä tavalla. Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietinnössä korostettiin potilaan edun ensisijaisuutta. Potilaan asemaa haluttiin kehittää alisteisesta asemasta aktiiviseksi hoitoon osallistujaksi, jonka oma tietämys ja päätösvalta huomioidaan. Potilaan vakaumusta tuli kunnioittaa osana laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa, kuitenkin itsemääräämisoikeuden periaatteiden ja lääketieteellisesti hyväksyttyjen hoitomenetelmien rajoissa.[341] Potilaslain (785/1992) itsemääräämisoikeutta koske-

---

1983, s. 4-5.

336 Lääkintöhallituksen lausunto STM:lle luonnoksesta laiksi potilaan oikeuksista 1990, s. 5.

337 Suomen lääkäriliiton lausunto STM:lle terveydenhuollon oikeussuojatoimikunnan II mietinnöstä 1983, s. 2-3.

338 Suomen lääkäriliiton lausunto STM:lle luonnoksesta laiksi potilaan oikeuksista 1990, s. 2.

339 Lääkintöhallituksen lausunto STM:lle luonnoksesta laiksi potilaan oikeuksista 1990, s. 5.

340 STM Luonnos laiksi potilaan oikeuksista – lausuntopalaute pyydetyistä lausunnoista 1990, s. 15.

341 StVM 12/1992 vp., s. 2.

vaan 6 §:ään suostumuksen vapaaehtoisuutta ei nimenomaisesti kirjattu, eikä sitä suoraan mainita esitöissäkään.[342]

2.2.5.3 Vajaavaltaisen potilaan asema

Oikeussuojatoimikunnan potilaslakiehdotukseen sisältyi säännösehdotus vajaavaltaisen potilaan itsemääräämisoikeuden ja tietojen saannin järjestämisestä suhteessa hänen holhoojaansa. Aiemmin lainsäädännössä ei ollut tätä koskevia yleisiä määräyksiä, ja sääntelemättömyys oli aiheuttanut ongelmia erityisesti alaikäisten hoitoon liittyen. Yleensä otaksuttiin kuitenkin pyydetyn holhoojan suostumus vajaavaltaisen potilaan hoitoon.[343] Säännösehdotuksen mukaan potilasta tuli hoitaa yhteisymmärryksessä hänen holhoojansa tai uskotun miehen kanssa, jos hän ei mielisairauden, vajaamielisyyden tai häiriytyneen sieluntoiminnan vuoksi kyennyt pätevästi päättämään hoidostaan (7.1 §).[344] Ratkaisevaksi suostumuksen antajan määräytymisen suhteen katsottiin potilaan kyky ymmärtää hoidon ja siitä kieltäytymisen merkitys ja vaikutus terveydentilaansa.[345] Holhoojan ja uskotun miehen päätösvaltaa rajoittava 7.3 § perustui yleisesti Suomessa vallinneeseen käytäntöön, jonka mukaan holhoojalla tai uskotulla miehellä ei ollut oikeutta kieltää potilaan hengen tai terveyden pelastamiseksi annettavaa hoitoa. Sen katsottiin ulottuvan myös kiireellisiin hoitotilanteisiin.[346] 7.4 §:n nojalla vajaavaltaisella oli oikeus painavasta syystä kieltää tietojensa antaminen holhoojalleen tai uskotulle miehelleen, jos hän itse kykeni päättämään hoidostaan.[347]

Oikeusministeriöstä ehdotettiin säännöstä täsmennettävän, sillä lakiehdotuksen 7 §:n tarkoitus oli kuvata itsemääräämisoikeuden rajoituksia, jotka aiheutuvat potilaan kykenemättömyydestä päättää hoidostaan, eivätkä potilaan vajaavaltaisuudesta holhouslain tarkoittamassa mielessä.[348] Vajaamielisyyden sijasta tuli käyttää käsitettä kehitysvammaisuus. Lisäksi 7.1 §:n sanonta tuli sitoa 6.1 §:n sanamuotoon, minkä vuoksi momentin tarkoittamissa tapauksista hoidosta tuli päättää yhteisymmärryksessä potilaan holhoojan tai muun laillisen edustajan kanssa.[349] Jos 7.1-2 §:ien tapauksissa potilaan hoidosta oli päätetty yhteisymmärryksessä vajaavaltaisen potilaan kanssa eikä hänen edustajansa kanssa, potilaalla oli oikeus kieltää tietojen antaminen holhoojalleen, huoltajalleen tai muulle lailliselle edustajalleen. Tämä nähtiin perustelluksi, koska tietojen salassapidon katsottiin voivan olla välttämätön edellytys

342 HE 185/1991 vp., s. 16-18.
343 KM 1982:65, s. 45.
344 KM 1982:65, s. 61.
345 KM 1982:65, s. 46.
346 KM 1982:65, s. 46-47.
347 KM 1982:65, s. 61.
348 Oikeusministeriön lausunto STM:lle terveydenhuollon oikeussuojatoimikunnan II mietinnöstä 1983, s. 12.
349 Oikeusministeriön lausunto STM:lle terveydenhuollon oikeussuojatoimikunnan II mietinnöstä 1983, s. 13.

hoitoon hakeutumiselle.[350] Myös Lääkäriliitto katsoi, että vajaavaltaisen potilaan holhoojan tai uskotun miehen tulisi saada tietoja vajaavaltaisen potilaan hoitoa koskevista asioista vain silloin, kun holhoojalla tai uskotulla miehellä on vajaavaltaisen hoitoon tai muihin seikkoihin perustuva painava syy tietojen saamiseen.[351]

Lääkintöhallitus piti vuonna 1990 potilaslakiluonnoksen vajaavaltaisen potilaan asemaa koskevia säännöksiä erityisen toivottavina, sillä käytännössä vajaavaltaisten potilaiden hoitotilanteissa oli aiheutunut paljon ongelmia. Lääkintöhallitus myös esitti terveydenhuoltohenkilöstölle säädettävän aloiteoikeutta holhouslautakunnalle sen selvittämiseksi, olisiko potilaalle syytä määrätä edunvalvoja niitä tilanteita varten, kun uskotun miehen määrääminen potilaalle on tarpeen, mutta potilaalla ei ole asian vireillepanoon oikeutettuja omaisia tai omaiset eivät ole halukkaita saattamaan asiaa vireille.[352] Lääkäriliitto puolestaan ehdotti lievennyksiä lakiluonnoksessa esitetyn uskotun miehen määräämiseen täysivaltaiselle potilaalle tilanteissa, kun potilas ei jostakin syystä pysty päättämään itse hoidostaan. Lääkäriliiton mukaan potilaan lähiomaisen tai muun hänelle läheisen henkilön toimiminen potilaan puolesta ilman uskotun miehen määräystä oli jätetty lainvalmistelussa kokonaan huomioimatta, vaikka käytännössä näin usein tapahtui. Tästä huolimatta lakiehdotuksessa oli vastaavassa tilanteessa esitetty kyseiset henkilöt potilaan tiedonsaantioikeuden käyttäjiksi. Lääkäriliiton näkemyksen mukaan uskottu mies tarvittaisiin vain, kun potilaalla ei ole omaista tai vastaavaa henkilöä tai kun yhtä läheiset henkilöt ovat erimielisiä tai jos on syytä olettaa, että potilas kieltäisi lähiomaisen toimimisen puolestaan hoidosta päätettäessä.[353] Muutenkin lausuntopalautteessa pidettiin uskotun miehen määräämistä turhana, jos lähiomaisia on, ja nähtiin uskotun miehen määrääminen tajuttomuuden tai muun syyn vuoksi itsemääräämiseen kykenemättömälle byrokraattiseksi ja hitaaksi menettelyksi.[354]

Potilaslain (758/1992) 6.2 §:n valmiin muotoilun mukaan potilaan laillista edustajaa, lähiomaista tai muuta läheistä tuli kuulla ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa, jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pystynyt päättämään hoidostaan.[355] Muina päätöksentekokykyä heikentävinä syinä pidettiin lain esitöissä pitkäaikaista tajuttomuutta tai vanhuudenheikkoutta. Edellytyksenä oli, että potilas olisi pysyvästi tai pidemmän aikaa tosiasialli-

350 Oikeusministeriön lausunto STM:lle terveydenhuollon oikeussuojatoimikunnan II mietinnöstä 1983, s. 15.

351 Suomen lääkäriliiton lausunto STM:lle terveydenhuollon oikeussuojatoimikunnan II mietinnöstä 1983, s. 3.

352 Lääkintöhallituksen lausunto STM:lle luonnoksesta laiksi potilaan oikeuksista 1990, s. 6.

353 Suomen lääkäriliiton lausunto STM:lle luonnoksesta laiksi potilaan oikeuksista 1990, s. 2.

354 STM Luonnos laiksi potilaan oikeuksista – lausuntopalaute pyydetyistä lausunnoista 1990, s. 14, 16-20.

355 Alaikäisen potilaan asemasta laadittiin erillinen säännös potilaslakiin, 7 §.

sesti kyvytön käyttämään itsemääräämisoikeuttaan. Vaikka potilas olisi menettänyt kykynsä päättää asioistaan tai ilmaista itseään, hänen hoidossaan tulisi huomioida hänen henkilökohtaiset näkemyksensä ja ne asiat, jotka hän asettaisi ensisijaisiksi. Lain esitöissä viitattiin holhouslain kokonaisuudistukseen, jonka lähtökohtana oli, että vajaavaltainen voisi tehdä itse henkilöään koskevia oikeustoimia, jos hän kykenee ymmärtämään asian merkityksen, ja laissa ei ole toisin säädetty.[356] Lähiomaisella tarkoitettiin esitöiden mukaan aviopuolisoa, lapsia, sisaruksia ja vanhempia. Muu läheinen voi olla avopuoliso tai muu potilaan kanssa asuva henkilö. Tärkeästä hoitopäätöksestä oli kyse ainakin silloin, kun on valittavana eri hoitovaihtoehtoja tai on kyse vaaratekijöitä sisältävästä hoidosta.[357] Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietinnön mukaan potilaan edustajan tai lähiomaisen asema oli luonteeltaan lausunto eikä potilaan tahdon sijalle tuleva päätös.[358] Omaisten ja muiden läheisten hyödyntämistä potilaan edun ja hänen oletetun tahtonsa selvittämiseksi sekä potilaan hoitotestamenttina ilmaiseman tahdon huomioimista pidettiin valiokuntamietinnössä kuitenkin tärkeänä.[359] Jos potilaan tahdosta ei laillisen edustajan, lähiomaisen tai läheisen kuulemisella saatu selvitystä, potilasta tuli potilaslain 6.2 §:n mukaan hoitaa hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisella tavalla.

Vaikka itsemääräämisoikeuden toteuttamisesta vajaavaltaisen asiassa säänneltiin, tulkintakysymyksiä on ollut tarpeen käsitellä EOA:n kanteluratkaisuissa. EOA on todennut, että omaisen tiedonsaantioikeus tärkeistä hoitopäätöksistä potilaan ollessa kyvytön ottamaan kantaa hoitoonsa koskee esimerkiksi tajuttoman potilaan siirtoa päivystyksestä jatkohoitopaikkaan, ja kehitysvammaiselle potilaalle nukutuksen aikana suoritettavaa hampaan poistoa.[360] EOA kuitenkin huomautti, että tärkeäkään hoitopäätös ei tapahtuma-aikaan voimassa olleen potilaslain mukaan edellyttänyt omaisen suostumusta. Potilaslain 6 §:ää on myöhemmin muutettu tältä osin niin, että omaiselta tulee saada suostumus tärkeään hoitopäätökseen (489/1999).[361] Myöskään valvontaviranomaisten välisiltä tulkintakäytäntöjen eroilta ei ole vältytty. Ratkaisussa EOA dnro 2072/4/97 oli kyse Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen TEO:n ratkaisusta asiaan, joka koski potilaan antibioottihoidon lopettamista koskevaa hoitopäätöstä ja omaisten kuulemista siihen liittyen. TEO oli edeltävästi arvioinut, ettei antibioottihoidon jatkamiselle ollut lääketieteellistä perustetta eikä omaisten hoidosta informoimisessa ollut osoitettavissa selkeää laiminlyöntiä. EOA kuitenkin totesi, ettei asiakirjojen perusteella ollut saatavissa täyttä selvyyttä siitä, miten kantelijan ja hoitohenkilökunnan välinen yhteydenpito oli toteutettu, eikä siitä, oliko potilaslain mukainen omaisten kuuleminen laiminlyöty päätettäessä

356 HE 185/1991 vp., s. 12 ja 17.
357 HE 185/191 vp., s. 17.
358 StVM 12/1992 vp., s. 3.
359 StVM 12/1992 vp., s. 5.
360 EOA dnro 1277/4/94, EOA dnro 2560/4/97.
361 EOA dnro 2560/4/97, EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1999, s. 277.

potilaan aktiivihoitojen lopettamisesta. Huomion kiinnittäminen olisi sen vuoksi tullut kohdistaa hoitoon osallistuneisiin terveydenhuollon ammattihenkilöihin kaikkiin toimintayksiköihin lähetetyn huomion kiinnittämisen sijaan.[362]

2.2.5.4 Poikkeukset suostumuksen vaatimuksesta: kiireelliset tilanteet

Potilaslakia valmistelleen oikeussuojatoimikunnan mukaan kiireellisen hoidon periaatteiden soveltamisessa ei ollut ilmennyt suuria vaikeuksia.[363] Lääkinnällisessä ja oikeudellisessa käytännössä oli kuitenkin oikeuskirjallisuuden mukaan esiintynyt epätietoisuutta ja erimielisyyttä siitä, millainen oikeudellinen merkitys potilaan hoitotoimenpidettä koskevalla suostumuksella tavanomaisoikeudellisesti oli tilanteissa, kun potilas oli tajuttomuuden vuoksi kykenemätön suostumustaan ilmaisemaan.[364] Oikeuskirjallisuudessa katsottiin 1970-luvulla, ettei potilaan suostumuksen saamiselle voitu potilaan hengen ollessa välittömässä vaarassa asettaa samoja edellytyksiä kuin muissa tilanteissa: potilaan ilmaisemaa tai tahdonsuunnallaan osoittamaa suostumusta ei tullut vaatia, jos se aiheuttaisi hoidon lykkääntymisen ja voisi johtaa potilaan kuolemaan.[365] Kun potilas oli tajuttomuuden tai vastaavan syyn vuoksi kykenemätön ilmaisemaan suostumustaan, tuli hoitoon voida ryhtyä oletetun suostumuksen perusteella.[366]

Hoitotoimien oikeudenmukaisuuden tuli hätätilanteessa perustua lääkärin juridiseen velvollisuuteen hoidon aloittamisesta, mutta lääkäriä ei tullut velvoittaa selvittämään potilaan tahtoa.[367] Oletetun suostumuksen edellytysten olemassaolon varmistaminen johtaisi vaikeaan valintatilanteeseen: toisaalta olisi hoidettava potilasta ja toisaalta kunnioitettava potilaan itsemääräämisoikeutta. Hoitamisvelvollisuuden laiminlyönnistä saattoi koitua useita oikeudellisia seuraamuksia, mutta itsemääräämisoikeuden loukkauksesta ei.[368] Jos kuitenkin suostumus oli mahdollista hankkia vaarantamatta potilaan henkeä, potilaan tahtoa tuli kunnioittaa.[369] Jos taas potilas

362 EOA dnro 2072/4/97, EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1999, s. 276.

363 KM 1979: 59, s. 62-63.

364 Lahti 1977 c, s. 121, jossa käsiteltiin lääkintöhallitukselle tullutta kantelua koskien leikkauksen laajentamista ilman potilaan nimenomaista suostumusta.

365 Lahti 1972, s. 74-75.

366 Lahti 1972, s. 81.

367 Lehtonen 1985, s. 296-297. Lahti 1972, s. 74-75. Ks. myös Lahti 1977 a, s. 151.

368 Lahti 1972, s. 74-75. Välittömässä vaarassa olevan ensiaputoimien laiminlyönti saattoi merkitä syyllistymistä varsinaiseen tai epävarsinaiseen laiminlyöntirikokseen. Lahti 1972, s. 79.

369 Lahti 1972, s. 76. Myöhemmin Lahti analysoi tätä valintatilannetta hieman tarkemmin, ja piti ydinongelmana sitä, voiko toimenpidettä pitää niin kiireellisenä, että oletettu suostumus riittää todellisen suostumuksen sijasta. Tässä punninnassa ratkaisevaa oli, vaarantaako suostumuksen hankkiminen potilaan hengen tai terveyden, jolloin todellista suostumusta ei tarvitsisi hankkia. Jos taas suostumuksen hankkimisesta aiheutuisi edellä mainittua lievempi terveyden vaarantuminen, tulisi punnita kuinka vaivattomasti ja mielekkäästi potilaan terveys ja sairaanhoidon resurssit huomioiden toimenpide voitaisiin suorittaa, jos suostumus jätettäisiin hankkimatta verrattuna suostumuksen hankkimiseen. Lahti 1977 c, s. 118.

nimenomaisesti oli ilmoittanut vastustavansa hoitoa, oletettuun suostumukseen ei saanut vedota.[370] Kypsän ja järkevän aikuisen katsottiin voivan kieltäytyä hoidosta, vaikka se johtaisi kuolemaan tai vakavaan vammautumiseen tai sen uhkaan.[371]

Oikeussuojatoimikunnan ehdotuksessa kiireellisen hoidon antamisvelvoite kirjattiin potilaslakiehdotuksen 6.2 §:ään. Sen mukaan potilaalle tuli antaa hänen henkeään tai terveyttään välittömästi uhkaavan vaaran torjumiseksi tarpeellinen hoito, jos hän ei tajuttomuuden tai muun vastaavan syyn vuoksi kyennyt ilmaisemaan tahtoaan. Potilaalle ei kuitenkaan saanut antaa hoitoa, jos hänen aiemman tahdonilmaisunsa perusteella olisi ilmeistä, että hän kieltäytyisi hoidosta.[372] Käytännössä vaaratilanteen arviointi ja hoitoon ryhtymisestä päättäminen kuuluivat potilasta hoitavalle lääkärille.[373]

Lääkäriliitto nosti vuosina 1983 ja 1990 potilaslakiehdotusta ja esitystä koskevissa lausunnoissaan esiin 6 §:n hoitokieltoa koskevan kirjauksen, jonka mukaan potilaalle ei saisi antaa hoitoa, jos hänen sitä koskevan aiemman tahdonilmaisunsa perusteella olisi ilmeistä, että hän kieltäytyisi hoidosta. Sama säännösluonnos sisälsi lääkintäetiikan kanssa yhtenevän velvoitteen henkeä ja terveyttä pelastavan hoidon antamiseen, vaikka potilas ei tajuttomuuden tai muun syyn vuoksi kykenisi tahtoaan ilmaisemaan. Lääkäriliitto huomautti, että olisi etiikan vastaista jättää itsemurhaa yrittänyt tajuton potilas hoidotta, vaikka itsemurhayritys varsinkin toistettuna saattaisi olla hyvinkin vakaa tahdonilmaisu, ja että tällaisessa tilanteessa tulisi toimia elämän säilyttämisen puolesta.[374] Myös lääkintöhallitus edellytti lakiehdotuksen perusteluissa mainittavan, miten tulisi suhtautua itsemurhayrityksen tehneeseen potilaaseen, ja olisiko itsemurhayritys tulkittava hoidosta kieltäytymistä koskevaksi vakaaksi tahdonilmaisuksi.[375]

Kiireellisen hoidon antamista koskeva velvoite kirjattiin lopulta lähes alkuperäisessä muodossaan erilliseksi säännökseksi potilaslain 8 §:ään. Sen mukaan potilaalle on annettava hänen henkeään ja terveyttään uhkaavan vaaran torjumiseksi tarpeellinen hoito, vaikka potilaan tahdosta ei tajuttomuuden tai muun syyn vuoksi voida saada selvitystä. Potilaalle ei kuitenkaan saanut antaa hoitoa, joka on vastoin hänen aiemmin vakaasti ja pätevästi ilmaisemaa tahtoaan. Itsemurhayritystä ei kuitenkaan lain esitöiden mukaan saanut sellaisenaan tulkita hoidosta kieltäytymiseksi.[376]

370 Lehtonen 1985, s. 297. Lahti 1977 c, s. 117.
371 Lahti 1977 a, s. 151-152.
372 KM 1982:65, s. 61. Aiemman tahdonilmaisun tyyppitilanteen osalta viitattiin Jehovan todistajien verensiirrosta kieltäytymiseen. KM 1982:65, s. 45.
373 KM 1982:65, s. 45.
374 Suomen lääkäriliiton lausunto STM:lle luonnoksesta laiksi potilaan oikeuksista 1990, s. 2.
375 Lääkintöhallituksen lausunto STM:lle luonnoksesta laiksi potilaan oikeuksista 1990, s. 5.
376 HE 185/1991 vp., s. 18.

2.2.5.5 Hyvä hoito ja kohtelu

Potilaslakiin ehdotettiin myös säännöstä potilaan hyvästä hoidosta ja kohtelusta. Oikeussuojatoimikunnan potilaslakiehdotuksen 2.1 §:n mukaan potilaalla on oikeus terveydentilansa vaatimaan hoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Tämä ei tarkoita oikeutta vaatia mitä tahansa hoitoa tai toimenpidettä, vaan kyseessä on oikeus terveydentilan edellyttämään ja sen rajaamaan hoitoon.[377] Potilasta tulee hoitaa yleisesti hyväksyttyjen lääketieteellisten ja kokemusperäisten menettelytapojen mukaisesti (2.2 §). Ilmaisua käytetään lääkärintoimen harjoittajalta vaadittavassa lääkärinvakuutuksessa, ja sillä on siten vakiintunut merkityssisältö.[378] Potilaan hoito tulee järjestää ja häntä tulee kohdella ihmisarvoisesti ja hänen henkilökohtaista koskemattomuuttaan, vakaumustaan ja yksityiselämäänsä kunnioittaen (2.3 §). Hoidolla tarkoitetaan potilaan terveydentilan määrittämiseksi, palauttamiseksi tai ylläpitämiseksi suoritettuja lääketieteellisiä toimenpiteitä. Kohtelulla tarkoitetaan sitä, miten potilaaseen näitä toimenpiteitä suoritettaessa tai muuten suhtaudutaan.[379] Potilaan yksilöllisten tarpeiden ja hänen äidinkielensä huomioimisella (2.4 §) tarkoitetaan esimerkiksi potilaan fyysisten ominaisuuksien huomioimista hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa sekä muitakin äidinkieliä kuin suomea ja ruotsia.[380] Lääkintöhallitus katsoi lausuntopalautteessaan, ettei terveydenhuoltohenkilöstöä tulisi velvoittaa potilaan äidinkielen käyttämiseen muissa kuin kielilain (148/22) säätämissä tapauksissa.[381]

Oikeussuojatoimikunta totesi mietinnössään, että pykälässä korostetaan ihmisarvon, henkilökohtaisen vakaumuksen ja yksityiselämän kunnioittamisen merkitystä. Sana ”kunnioittaa” tarkoittaa, että periaatteiden huomioon ottaminen on suhteellista siten, että potilaan suostuttua hoitoon hänen fyysistä tai psyykkistä koskemattomuuttaan ei saa rajoittaa enempää kuin hänen hoitamisekseen on välttämätöntä. Henkilökohtaisen vakaumuksen huomioon ottaminen merkitsee potilaan uskonnollisen, yhteiskunnallisen tai muuhun vakaumukseen perustuvan kannanoton kunnioittamisesta hoitotilanteissa. Vaikka potilaan hoitaminen terveyskeskuksessa tai sairaanhoitolaitoksessa asettaakin tiettyjä rajoituksia potilaan yksityiselämälle, laitoksen yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpitäminen ja muiden henkilöiden yhtä lailla oikeutetut vaatimukset eivät saaneet johtaa potilaan yksityisyyden unohtamiseen.[382]

Vuonna 1990 säännösluonnokseen lisättiin syrjimättömyysedellytys. Sen mukaan jokaisella on oikeus ilman syrjintää terveydentilansa edellyttämään hoitoon

377 KM 1982:65, s. 59 ja 37.
378 KM 1982:65, s. 59 ja 37.
379 KM 1982:65, s. 59 ja 37.
380 KM 1982:65, s. 59 ja 38.
381 Lääkintöhallituksen lausunto STM:lle terveydenhuollon oikeussuojatoimikunnan II mietinnöstä 1983, s. 3.
382 KM 1982:65, s. 38.

niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Lääkintöhallitus piti asianmukaisena syrjintäkiellon korostamista terveydenhuollon lainsäädännössä perusoikeuksien lisäksi.[383] Hyvän hoidon kriteerinä säännösluonnoksessa pidettiin edelleen hoitamista yleisesti hyväksyttyjen lääketieteellisten ja kokemusperäisten menettelytapojen mukaisesti. Lääkintöhallitus piti lausunnossaan tämän vakiintuneen ilmaisun käyttämistä perusteltuna, mutta esitti perusteluissa mainittavaksi, että säännös ei poissulkisi lääketieteessä käytettyjen muiden yleisesti hyväksyttyjen tieteellisten tulosten hyväksikäyttöä hoidossa.[384] Lääkäriliitto katsoi lausuntopalautteessaan hyvän hoidon käsitteen ilman muuta sisältävän myös potilaan ihmisarvoa kunnioittavan kohtelun, eikä pitänyt sen mainintaa säännösluonnoksen otsikoinnissa tarpeellisena.[385] Laajemminkin lausuntopalautteissa pidettiin 3 §:ään kirjattuja oikeuksia ennestään tunnustettuina ja kiistattomina, mutta todettiin hyvän hoidon ja kohtelun edellyttävän riittäviä voimavaroja terveydenhuoltoon.[386]

Lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista (758/1992) kirjattiin jokaisen Suomessa pysyvästi asuvan henkilön oikeus saada ilman syrjintää terveydentilansa edellyttämää terveyden- ja sairaanhoitoa niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä (3.1 §). Voimavaroihin katsottiin valiokuntamietinnössä kuuluvan hoidon antamisen taloudelliset edellytykset, käytettävissä oleva hoitohenkilökunnan määrä, tekniset laitteet ja olemassa oleva tieto ja taito.[387] Potilaalle kirjattiin lakiin myös oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä ihmisarvoiseen ja hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioittavaan kohteluun (3.2 §). Potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa tuli mahdollisuuksien mukaan ottaa huomioon hänen hoidossaan ja kohtelussaan (3.3 §). Kulttuuristen seikkojen huomiointi ei kuitenkaan saanut johtaa tilanteeseen, jossa suomalaisen kulttuurin tai rikoslainsäädännön kanssa ristiriitaiset toimenpiteet hyväksytään.[388]

Hyvän hoidon ja kohtelun toteutumista on arvioitu useissa oikeusasiamiehen kanteluratkaisuissa potilaslain voimaan tulon jälkeen. Hyvänä hoitona ja kohteluna ei ole pidetty puutteellista psykiatrisen potilaan somaattisten oireiden huomioimista ja selvittämistä, minkä vuoksi potilaan hoidosta kieltäytymismahdollisuus ei toteutunut, ja potilas menehtyi.[389] Myös toimenpiteen suorittaminen ilman selkeää lääketieteellistä perustetta on katsottu laadultaan hyvän hoidon vastaiseksi toimin-

383 Lääkintöhallituksen lausunto STM:lle luonnoksesta laiksi potilaan oikeuksista 1990, s. 3.
384 Lääkintöhallituksen lausunto STM:lle luonnoksesta laiksi potilaan oikeuksista 1990, s. 3.
385 Suomen lääkäriliiton lausunto STM:lle luonnoksesta laiksi potilaan oikeuksista 1990, s. 2.
386 STM Luonnos laiksi potilaan oikeuksista – lausuntoyhteenveto pyydetyistä lausunnoista 1990, s. 7.
387 StVM 12/1992 vp., s. 3.
388 StVM 12/1992 vp., s. 5.
389 EOA dnro 1226/4/93, EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1994, s. 88-89.

naksi.[390] Potilaan riittämätön valvonta ei myöskään täytä hyvän hoidon ja kohtelun vaatimusta: potilaan hoito päivystysvastaanotolla ei toteutunut hyvän hoidon ja kohtelun mukaisesti, kun potilas pääsi poistumaan huomaamatta. EOA:n mukaan eri asia on, jos potilas kieltäytyy hänelle ehdotetuista tai jo aloitetuista tutkimuksista ja hoidoista. Tällöinkin potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksytyllä tavalla.[391] Epäasiallinen käytös, kielenkäyttö ja epäasialliset potilasasiakirjamerkinnät eivät täytä hyvän kohtelun vaatimusta.[392]

Vuonna 1999 EOA otti ratkaisussaan dnro 617/4/97 kantaa yhdenvertaisuuteen hoidossa. Potilaan sydänsairauden hoitoa koskevan kantelun asiantuntijalausunnossa esitetty näkemys potilaan tutkimuksesta ja hoidosta viittasi priorisointiin ja dementia -olettaman ohjaavaan vaikutukseen potilaan diagnostiikassa ja hoidossa. EOA totesi HM:n yhdenvertaisuussäännöksen nojalla jokaisella sairastuneella olevan lähtökohtaisesti yhtäläinen oikeus hoitoon. Vaikka potilaalla ei kiireellistä hoitoa lukuun ottamatta ollut subjektiivista oikeutta hoitoon, kunnan tuli erikoissairaanhoitolain nojalla huolehtia, että jokainen sen asukas saa erikoissairaanhoitolain nojalla tarpeellisen erikoissairaanhoidon. Siten laadultaan hyvä terveyden- ja sairaanhoito oli annettava kaikille, jotka olivat lääketieteellisin perustein sen tarpeessa. Dementia-olettamalla ei EOA:n mukaan voitu oikeuttaa hoidon kulkua ja hoidossa tehtyjä ratkaisuja. Myös dementiaa sairastavalla on oikeus saada potilaslain nojalla laadultaan hyvää terveydentilansa edellyttämää hoitoa.[393] Ratkaisulyhennelmässä ei kuitenkaan perusteluiden osalta vedottu ihmisoikeussopimuksiin.

2.3 Yhteenveto potilaan itsemääräämisoikeuden sääntelyn kehityksestä

1900-luvulla ennen potilaslain säätämistä potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen on terveydenhuollon erityislaeissa säänneltyjä tilanteita lukuun ottamatta ollut tavanomaisen oikeuden ja lääkintäkäytännön varassa.[394] Potilas-lääkärisuhde oli perinteisesti pyritty jättämään mahdollisimman niukan sääntelyn varaan, sillä

390 EOA dnro 294/4/98, EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1999, s. 275-276.

391 EOA dnro 1098/4/96, EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1998, s. 193-194.

392 EOA dnro 333/4/97, EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1998, s. 205-206. EOA dnro 1483/4/97, EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1998, s. 206. EOA dnro 221/4/90, EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1991, s. 87. Oikeusasiamiehen kirje Terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle TEO:lle dnrot 772/2/92 ja 870/2/92. EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1992, s. 51-52. EOA kirje dnro 685/4/91, EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1992, s. 88-89.

393 EOA dnro 617/4/97, EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1999, s. 268.

394 Ilveskivi 1997, s. 68. Myös ruotsalaisessa oikeudessa on Rynningin mukaan ollut periaatteena potilaan oikeus päättää hoidostaan, mutta historiallisesti tämä oli huomioitu lainsäädännössä vain tietyissä erityistilanteissa, joissa toimenpiteen tarkoituksena ei ole ollut parantaa potilaan terveyttä: sterilisoinnissa, raskauden keskeyttämisessä ja kastroinnissa. Rynning 1994, s. 67.

hoitosuhteen ja hoitotoimenpiteiden edellytysten oli katsottu määräytyvän parhaiten lääkintäetiikan ja hyväksytyn lääketieteellisen käytännön mukaisesti.[395] 1900-luvun alkuvuosikymmeniin saakka lainsäädännön mahdollisuuksia terveydenhuollon olosuhteiden sääntelyyn pidettiin rajallisina, ja lainsäädännön vaikutuksia potilas-lääkärisuhteeseen jopa vahingollisina.[396] Oikeuskirjallisuudessa on myös esitetty, että juuri tavanomaisoikeudellisen tason saavuttaneiden tulkintojen ja käytäntöjen vuoksi potilas-lääkärisuhteen sääänteleminen lain tasolla ei olisi aikanaan ollut välttämätöntä.[397]

Potilaan suostumuksen käyttäminen hoidon luvallisuuden edellytyksenä perustui 1900-luvun alussa tavanomaiseen oikeuteen ja lääkintäkäytäntöön, ja edellä kuvatusti lääkärin etiikkaan.[398] Suostumuksena pidettiin edellä esitetysti niin nimenomaista kuin asiayhteydestä ilmenevää suostumusta. Suostumuksen hankkimisesta oli vain harvoissa tapauksissa säännelty lailla.[399] Suostumus hoidon luvallisuuden edellytyksenä kirjattiin ensimmäisen kerran sterilisointilakiin 1930-luvulla. Yleisemmin lääkärin toiminta oli vielä 1940-luvullakin oikeuskirjallisuuden mukaan tavanomaisen oikeuden ja lääkintäkäytännön varassa, mutta oikeuskirjallisuudessakin esitettiin näkemys siitä, että oikeudenmukaisessa lääkärin toiminnassa potilaan suostumus oli tarpeen.[400] Potilaan suostumusta tai sen korvaavaa sijaispäättäjän suostumusta, tai kiireellisen hoidon kyseessä ollen oletettua suostumusta, edellytettiin kaikissa terveydenhuollon erityislakeihin kirjatuissa hoitotilanteissa 1970-luvulle tultaessa tahdosta riippumatonta hoitoa lukuun ottamatta. Sääntelyn aukkoja täydensivät eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisut henkilökohtaisesta koskemattomuudesta, ja valvontaviranomaisena toimineen lääkintöhallituksen ohjekirjeet, joissa suostumus huomioitiin.

Kelpoisuus suostumuksen antamiseen liitettiin 1900-luvun alkupuoliskolla vahvasti oikeustoimikelpoisuuteen niin sterilisointia, kastrointia kuin raskauden keskeyttämistäkin koskevissa laeissa, vaikka jo 1920-luvun lopulla sterilisointilainsäädäntöä valmistellut komitea oli ehdottanut suostumuskelpoisuuden määritelmäksi potilaan kykyä ymmärtää suostumuksen merkitys. 1940–1950 -lukujen taitteessa lainsäädäntöuudistusten yhteydessä potilaan kyky ymmärtää suostumuksen merkitys otettiin huomioon kuulemismenettelyssä, mutta se ei vielä tuolloinkaan riittänyt pätevän suostumuksen antamiseen. Suostumuskelpoisuus irrotettiin oikeustoimikelpoisuudesta terveydenhuollon erityislainsäädännössä YK:n ihmisoikeussopi-

395 Lahti 1989, s. 206 ja Lahti 1999, s. 279. Potilaan itsemääräämisoikeuden edellytysten esiintymistä lääkintäetiikassa on tarkasteltu luvussa 1.

396 Isotalo 1982, s. 30.

397 Anttila 1944, s. 8-9.

398 Näin myös Lahti 1977 c, s. 115.

399 Suostumusta edellytettiin sterilisointia, kastrointia ja raskauden keskeyttämistä koskevissa laeissa. Lahti 1977 c, s. 115.

400 Anttila 1944, s. 7-9.

musten laatimisen jälkeen 1970, jolloin suostumuskelpoisuuden kriteeriksi tuli kyky ymmärtää suostumuksen merkitys. Ymmärryskyvyn arviointi ei ollut aina helppoa, mikä näkyi myös lääkintöhallituksen ratkaisuissa.

Myös riittävien tietojen antaminen perustui 1900-luvun alkupuolella lääkintäetiikkaan, lääkintäkäytäntöön ja niistä muodostuneeseen tavanomaisoikeudelliseen tapaan. Jo tuolloin potilaalle tuli antaa tietoa toimenpiteen onnistumismahdollisuuksista, hyödyistä ja riskeistä. 1940-luvulla oli jo olemassa asetustasoista sääntelyä tiedonantovelvollisuudesta, mutta sen tarkoituksena oli yhteiskunnallisen edun suojaaminen eli tarttuvan taudin leviämisen estäminen. 1940-luvun lopulla sterilisointia ja kastrointia koskeviin erityislakeihin säädettiin kuulemismenettely, jonka tavoite esitöiden mukaan oli myös informatiivinen. Varsinainen toimenpiteen merkitystä ja vaikutuksia koskeva tiedonantovelvollisuus kirjattiin terveydenhuollon erityislakeihin 1960-luvun lopulla, ja yleisemmin potilaan asemaa määrittävään potilaslakiin 1990-luvun alussa.

Vaikka tietojen antaminen etiikan näkökulmasta vastasikin 1900-luvun alkupuoliskolla varsin hyvin nykyisiä oikeudellisia ja eettisiä periaatteita, nykykäytännöstä poiketen potilaalle ei yleensä kerrottu huonosta ennusteesta, ja tällaisen tiedon kertominen tai kertomatta jättäminen oli eettinen pulma edelleen 1950-luvulla. Toisen maailmansodan jälkeen tietojen antamisen ja suostumuksen tärkeys korostuivat kansallisissa ja kansainvälisissä lääkintäetiikan ohjeissa ja julistuksissa, mikä vähitellen sai luopumaan potilaan parhaaksi salailusta. Vaikka tällainen menettely onkin nykyajan näkökulmasta helposti arvosteltavissa, eettisen punninnan taustalla on mahdollisesti vaikuttanut lääketieteen kehittymättömyys ja vakavien sairauksien hoitomenetelmien puute. Tuohon aikaan ei vielä ollut hoitokeinoja moniin vakaviin sairauksiin, joita nykyään pystytään tehokkaasti hoitamaan. Menettely on siten ymmärrettävissä lääkintäetiikan hyvän tekemisen ja vahingon välttämisen periaatteiden kautta.

Suostumuksen vapaaehtoisuus on ilmennyt positiivisen oikeuden normeissa tietoisen suostumuksen edellytyksistä vaatimattomimmin. Vuosisadan alussa oli tarpeen korostaa lääkärin auktoriteettia parantamistoiminnassa osin lääketieteen kehittymättömyydestä johtuen ja osin ammattikunnan sisäisten ja ulkopuolisten kilpailuasetelmien vuoksi. Suostumuksen vapaaehtoisuus pätevän suostumuksen edellytyksenä oli kuitenkin huomioitu sterilisointilain esitöissä jo 1930-luvulla, ja edelleen raskauden keskeyttämistä ja kastrointia koskevan lainsäädännön valmistelussa 1940-luvun lopulla. Suostumuksen vapaaehtoisuuden korostaminen kehittyi toisen maailmansodan jälkeen. Vielä nykyisinkin suostumuksen vapaaehtoisuus on pääasiassa potilaslain esitöistä, lääkintäetiikan ohjeista ja kansainvälisistä julistuksista, ja perus- ja ihmisoikeusperiaatteista ilmenevä tietoisen suostumuksen edellytys. Yksittäisessä terveydenhuollon erityislaissa siitä kuitenkin mainitaan erikseen.[401]

401 L ihmisen elimien ja kudoksien irrottamisesta lääketieteelliseen käyttöön (355/1985), kumot-

Tilanteet, joissa potilas ei ole kyennyt antamaan pätevää suostumustaan, on huomioitu oikeudellisena ongelmana lainsäädännössä ja lakien esitöissä jo 1900-luvun alkupuolelta lähtien kiireellisten tilanteiden ja sijaispäättäjäkysymyksen sekä myös tahdosta riippumattoman hoidon osalta. Näistä kiireellistä hoitoa koskeva avunantovelvollisuus oli ollut pitkään lääkintäeettinen ja tavanomaisoikeudellinen käytäntö ennen kuin se kirjattiin lakiin lääkärintoimen harjoittamisesta vuonna 1925.[402] Avunantovelvollisuus perustettiin potilaan oletettuun suostumukseen, kuten nykyäänkin. Sijaispäättäjäkonstruktio on tullut terveydenhuollon lainsäädäntöön melko myöhään, vaikka jo 1900-luvun alkupuolella lääkintäkäytännössä holhooja sai vajaavaltaisen osalta antaa suostumuksen hoitoon. Sijaispäätöksentekoa ja suostumuskelpoisuutta koskevaa yksityiskohtaista pohdintaa käytiin kyllä sterilisointilain esitöissä 1930-luvulla, mutta eugeniikan ja yhteiskunnallisen edun hengessä ratkaisuksi valikoitui vaihtoehto, jossa suostumuskyvyttömältä potilaalta ei edellytetty suostumusta lainkaan, ja toimenpide saatiin suorittaa lain ja viranomaispäätöksen nojalla. 1940-luvun lopulla lainsäädäntöä uudistettaessa sterilisointia, kastrointia ja raskauden keskeytystä koskeviin lakeihin otettiin kuulemista koskeva säännökset, mutta varsinaisesti sijaispäättäjän käyttö suostumuksen antajana tuli terveydenhuollon erityislainsäädäntöön vasta 1960–1970-lukujen taitteessa, YK:n ihmisoikeussopimusten jälkeen.

Potilaslain potilaan itsemääräämisoikeutta koskevaan sääntelyyn kirjattiin vuosikymmenten lääkintäeettinen ja tavanomaisoikeudellinen traditio, johon toisen maailmansodan jälkeisellä kansainvälisten eettisten julistusten ja ihmisoikeussopimusten laatimisella oli oma vaikutuksensa. Eettisen ja lainsäädännöllisen kehityksen taustalla vaikuttaa osaltaan 1900-luvulla tapahtunut valtava lääketieteen ja teknologian kehityksen mahdollistama sairauksien diagnostiikan ja hoidon kehittyminen. Kehitys on mahdollistanut jatkuvasti uusia hoitovaihtoehtoja, joilla on omat hyötynsä, riskinsä ja elämän laatuun kohdistuvat pitkäaikaisvaikutuksensa.[403] Lääketieteen kehittymisen myötä lääkärin työ on eriytynyt yleislääkäriydestä yhä suppeampiin erikoisosaamisalueisiin, yhteiskunnallinen sääntely ja ns. kolmas osapuoli maksajana ovat tulleet mukaan aiempaan lääkärin ja potilaan keskinäiseen sopimussuhteeseen, potilas-lääkärisuhteen dynamiikka on muuttunut paternalistisesta, holhoavasta vuorovaikutuksesta potilaan oikeuksia korostavaksi; ja lääkkeiden ja hoitomuotojen kehitys on siirtänyt painopisteen potilas-lääkärisuhteessa vuorovaikutuksesta ja luottamuksesta todelliseen parantamiseen.[404] Tieteellisen tietämyksen kasvu on li-

---

tu myöhemmin lailla 101/2001 ihmisen elimien, kudosten ja solujen lääketieteellisestä käytöstä, ja 4 § muutettu lailla 202/2019.

402 Myös Anttila mainitsee 1940-luvun käytännöistä, ettei potilaan suostumusta katsottu tarvittavan tilanteissa, joissa sitä ei hoidon kiireellisyyden vuoksi ollut mahdollista hankkia. Anttila 1944, s. 18.

403 Katz 1998, s. 469.

404 Ilmolahti 2010, s. 424. Myös Lahti on katsonut lääketieteen ja biotieteiden kehityksen vaikuttaneen potilaan ja koehenkilön oikeuksien vahvistamiseen. Lahti 1989, s. 207.

sännyt myös tietoisuutta lääketieteellisestä epävarmuudesta. Kliininen päätöksenteko on edelleen keskeistä lääketieteessä, minkä vuoksi lääkäritkin voivat olla eri mieltä siitä, mikä on potilaalle parasta. Tietoisen suostumuksen periaatetta noudatettaessa kuitenkin tutkimustieto, kliininen päätöksenteko ja potilaan päätöksenteko pitäisi pystyä yhdistämään.[405] Yhtenä terveydenhuollon 1900-luvun muutosilmiönä on pidetty hoitosuhteen julkisoikeudellistumista.[406] Lääkärin ja potilaan välisen sopimussuhteen sijaan julkisessa terveydenhuollossa on kysymys terveydenhuollon yksikön ja potilaan välisestä suhteesta.[407] Mitä kattavammin hoitosuhteessa on kyse julkisoikeudellisesta suhteesta, sen tärkeämmäksi on potilaiden asianmukaisen hoidon turvaamisen näkökulmasta nähty julkisoikeudellisten oikeussuojakeinojen parantaminen.[408]

405 Katz 1998, s. 469.
406 Lahti 1983, s. 9.
407 Lehtonen 1985, s. 280. Oesch 1977, s. 29, jonka mukaan potilaan ja sairaalan välistä suhdetta ei voi pitää sopimussuhteena.
408 Lahti 1985, s. 451.

3 Rajoittamissääntelyn kehitys

3.1 Tartuntataudit

Tässä luvussa tutkitaan rajoittamissääntelyn kehitystä 1900-luvulla. Tavoitteena on vastata kysymykseen, miten rajoittamissääntely on kehittynyt rajoittamisedellytysten: laillisuuden, sääntelyn täsmällisyyden ja tarkkarajaisuuden, hyväksyttävien perusteiden, oikeasuhtaisuuden ja välttämättömyyden sekä oikeusturvatakeiden näkökulmasta. Koska somaattista hoitoa koskevaa rajoittamissääntelyä ei edelleenkään ole tartuntatautilakia ja muutamia muita yksittäistilanteita lukuun ottamatta, tarkastelu perustuu historialliseen tartuntatautien, päihteiden käyttäjien ja mielisairauksien hoitoa koskeviin tahdosta riippumatonta hoitoa ja rajoittamistoimenpiteiden käyttöä koskeviin säännöksiin. Varhaisin tahdosta riippumatonta hoitoa koskeva sääntely liittyi tartuntatauteihin ja mielisairauksiin. Alkuun sääntely oli asetustasoista, mutta sääntelyn sisällöllisen päivittämisen yhteydessä säädöstasoksi muodostui eduskuntalaki. Tartuntatauteja koskeva sääntely jakautui yleiseen tartuntatauteja koskevaan sääntelyyn, rokotuksia koskevaan sääntelyyn ja sukupuolitauteja koskevaan sääntelyyn, ja tähän 1900-luvun puolivälissä lisättiin vielä tiettyjä tartuntatauteja, pitaalitautia ja tuberkuloosia, koskevaa erillissääntelyä.

Keskeisin tartuntatautien ennaltaehkäisyä koskeva säädös ennen nykyistä tartuntatautilakia oli terveydenhoitolaki (469/1965), myöhemmin TervHL. Terveydenhoitolaki säädettiin ensimmäisen kerran 1920-luvun jälkipuolella, sillä tuolloin voimassa ollut asetus terveydenhoidosta vuodelta 1879 ei enää vastannut ajan vaatimuksia.[409] Terveydenhoitolain (192/1927) 3-luvussa säänneltiin tarttuvan ja yleisvaarallisen taudin tutkimisoikeudesta lääkärin toimesta (14 §); sekä yleisvaaralliseen tartuntatautiin sairastuneen tai sairastuneeksi tai tartunnankantajaksi epäillyn potilaan hoitamisesta kulkutautisairaalassa, jos häntä ei muuten voitu sopivasti eristää (18 §). Terveydenhoitosäännön (336/1927) 78 §:n nojalla koleraan tai ruttoon sairastunut tuli välittömästi siirtää tätä tarkoitusta varten olevaan sairaalaan, mutta muuta yleisvaarallista tartuntatautia sairastava voitiin hoitaa eristyksissä muista ihmisistä sairasta varten varatussa erillisessä huoneessa, tai tarvittaessa kulkutautisairaalassa, jos eristämien ei muuten onnistunut. Eristämisen kestosta tai päättymisestä ei ollut säännöksiä terveydenhoitolaissa tai sen nojalla annetussa terveydenhoitosäännössä.

Terveydenhoitolain ja sen nojalla annetun asetustasoisen terveydenhoitosäännön vapausoikeuksia tartuntatautien leviämisen estämiseksi rajoittavia säännöksiä

409 HE 59/1926 vp., s. 1.

pidettiin jo aikanaan epämääräisinä ja tulkinnanvaraisina. Lainsäädäntöteknisesti kyseisissä säädöksissä delegoitiin yksityiskohtaisten määräysten antamisvalta pitkälti alemmille elimille ja jätettiin yksittäistapauksia koskevien ohjeiden tarkemman sisällön määrittely toimeenpaneville viranomaisille.[410] Terveydenhoitolain mukaan terveydenhoitolautakunta sai päättää välttämättömistä taudin leviämisen ehkäisemiseksi tehtävistä toimenpiteistä mm. sairastuneen tai tartunnalle altistuneen tarkastuksen, hoidon ja eristämisen järjestämiseksi sekä työvapauden rajoittamiseksi (13 §), sairaansijojen järjestämisestä (17 §), ja desinfioimistoimenpiteistä (19 §) tartuntatautitapausten vuoksi.[411] Juurikaan tämän tarkemmin toimenpiteitä ei määritelty terveydenhoitosäännössäkään. Terveydenhoitolaki sisälsi myös erillisen sääntelyvarauksen terveydenhoitoviranomaisten oikeudesta antaa yksityisiä koskevia määräyksiä tai ryhtyä heitä koskeviin toimenpiteisiin (23 §), sekä terveydenhoitolautakunnan oikeudesta määrätä uhkasakko käskyjensä tai kieltojensa rikkojalle (25 §).

Terveydenhoitolaki uudistettiin 1960-luvun alkupuolella. Uudistetussa laissa (469/1965) tartuntataudit jaettiin neljään luokkaan: erittäin vaarallisiin, yleisvaarallisiin, valvottaviin ja muihin tartuntatauteihin, kun ne aiemmin oli jaettu vain yleisvaarallisiin ja muihin tartuntatauteihin. Taudin vastustamiseksi säädetyt toimenpiteet määräytyivät tautiluokan ja taudin tartuntavaaran perusteella. Esimerkiksi erittäin vaarallisten tartuntatautien osalta kansainväliset torjuntatoimet ja mahdollisimman ankarat ja tehokkaat varotoimet katsottiin tarpeellisiksi, mutta myös yleisvaarallisten tautien osalta katsottiin tarvittavan pitkälle meneviä toimenpiteitä.[412]

Erittäin vaaralliseen, yleisvaaralliseen tai valvottavaan tartuntatautiin sairastunut oli velvollinen noudattamaan terveydenhoitoviranomaisen tartunnan leviämisen estämiseksi antamia määräyksiä (39.1 §). Erittäin vaaralliseen tai yleisvaaralliseen tautiin sairastuneeksi epäilty ja tartunnankantaja oli mahdollista eristää ilman potilaan suostumusta, mikäli terveydenhoitoviranomaisen antamia määräyksiä ei noudatettu tai niitä ei pidetty riittävinä (39.2 §). Eristämisen kestosta säänneltiin nyt samassa säännöksessä: tautiin sairastuneeksi epäiltyä saatiin pitää eristyksessä enintään epäillyn taudin puhkeamiseen kuluva aika, ja tartunnankantajaa sen jälkeenkin enintään kaksi kuukautta. Lääninhallituksen määräyksellä tartunnankantajan eristystä voitiin jatkaa enintään kolme lisäkuukautta. Myös sairastuneiden hoitopaikat

410 Ahtee 1950, s. 301.

411 Terveydenhoitoviranomaisia olivat Terveydenhoitolain 2-luvun mukaan terveydenhoitolautakunta, piirilääkäri, katsastajat sekä tarvittaessa erityiset terveydenhoidon tarkastajat ja asunnontarkastajat.

412 HE 38/1963 vp., s. 3-4. Erittäin vaarallisia tartuntatauteja olivat rutto, kolera, isorokko, pilkkukuume, toisintokuume ja keltakuume. Yleisvaarallisia tartuntatauteja olivat mm. salmonelloosit (lavantaudit), punataudit, kurkkumätä, polio, tarttuva aivokalvontulehdus, malariat, pernarutto ja rabies. Valvottavia tartuntatauteja olivat mm. tulirokko, risatulehdus ja tarttuva keltatauti. Terveydenhoitolaki (469/1965) 27 §.

porrastettiin taudin vaarallisuuden mukaan (38 §). Erittäin vaaralliseen tartuntatautiin sairastunutta tuli hoitaa sitä varten eristetyllä lääkintöhallituksen hyväksymällä hoitopaikalla, ja yleisvaaralliseen tartuntatautiin sairastunutta tartuntatautisten sairaansijalla tai tilapäisellä hoitopaikalla, ellei potilasta erityisestä syystä eristetty ja hoidettu jossain muualla (36-38 §:t). Valvottavaan tartuntatautiin sairastunutta hoidettiin lääkärin arvion mukaan vain tarvittaessa vastaavalla hoitopaikalla kuin yleisvaaralliseen tautiin sairastunutta (38.3 §).

Terveydenhoitolautakunnan valtuudet terveydenhoitoon liittyen olivat käytännössä aiempaa lakia vastaavat. Terveydenhoitolautakunnalla oli edelleen valta antaa taudin leviämisen estämiseksi välttämättömiä määräyksiä henkilön tutkimisesta, eristämisestä, hoitamisesta ja hänen työvapautensa rajoittamisesta, jos asianomainen henkilö oli sairastunut tai oli perusteltua syytä epäillä hänen saaneen tartunnan tai olevan tartunnankantaja erittäin vaarallisen, yleisvaarallisen tai valvottavan tartuntataudin suhteen (31 §). Terveydenhoitolautakunnalla oli edelleen myös oikeus ryhtyä taudin leviämisen estämiseksi tarpeellisiin toimenpiteisiin (32 §).[413] Lakiin kirjattiin säännökset myös poliisin virka-avusta (84 §).

Toinen keskeinen tartuntatautien torjuntaan liittyvä yleislaki on ollut rokotuslaki. Isorokkorokotuksen pakollisuudesta säätänyt rokotusasetus oli ollut voimassa vuodesta 1883 lähtien, ja asiasta oli säädetty vuonna 1920 myös lailla rokotusvelvollisuudesta isorokon liikkuessa tai uhatessa (17/1920). Rokotuspakkoa pidettiin edelleen 1930-luvulla välttämättömänä isorokon hillitsemiseksi, ja uutta sääntelyä tarvittiin rokotusvastaisten mielipiteiden, rokottamatta jättämisten ja liian lieviksi arvioitujen sanktioiden vuoksi.[414] Rokotuslaissa (259/1936) säädettiin jokaiselle velvollisuus isorokkorokotuksen ottamiseen (1 §). Rokotusvelvollisuudesta vapautettiin, jos henkilö oli sairastanut isorokon tai rokottautunut viiden vuoden sisällä rokottautumisvelvollisuuden ajankohtaa edeltävästi (7 §). Pakkorokottaminen herätti jo aikanaan vastakkaisiakin mielipiteitä, ja osa lakiehdotukseen kantaa ottaneen talousvaliokunnan jäsenistä jätti asiasta vastalauseen katsoen pakkorokotusten menevän liian pitkälle ja rajoittavan yksityisten kansalaisvapauksia.[415] Kymmenen vuotta myöhemmin tuberkuloosilaissa (694/1948) rokotus tuberkuloosia vastaan säädettiin vapaaehtoiseksi (11 §).

1950-luvulla rokotuslaki uudistettiin. Lääketieteen alalla tapahtunut kehitys mahdollisti rokottamisen muitakin tauteja kuin isorokkoa ja tuberkuloosia vastaan, esimerkiksi kurkkumätää, hinkuyskää ja jäykkäkouristusta vastaan. Lakiuudistuksessa (361/1951) valittiin periaatteeksi rokotusten toteuttaminen vapaaehtoisuuden

413 HE 38/1963 vp., s. 4 ja Eduskunnan vastaus1965 vp. s. 6.

414 HE 104/1935 vp., s. 1-2.

415 TaVM 12/1935 vp., s. 6. Vastaavaa julkista keskustelua on käyty aivan viime vuosina, kun tartuntatautilaki uudistettiin 2016, ja siihen kirjattiin säännös terveydenhoitohenkilökunnan rokotussuojasta (48 §), jota alkuun tulkittiin rokotusvelvollisuudeksikin.

pohjalta (2 §), mutta lakiin jätettiin mahdollisuus valtioneuvoston määräyksellä tapahtuviin pakkorokotuksiin epidemian uhatessa ja muutoinkin, jos havaitaan liiallista puutetta rokotuksissa jotain tiettyä tautia vastaan (3 §).[416] Mahdollinen pakolla toteutettava yleinen rokotus tuli tarpeen mukaan rajata tiettyihin ikäluokkiin tai muihin henkilöryhmiin, ja rokotuspakon voimassaoloaika määrätä erikseen.[417] Pakolla toteutettavan rokotuksen osalta jokainen oli velvollinen rokottautumaan, ja vanhempien tai muiden huoltajien tuli huolehtia myös huollettaviensa rokottamisesta (4 §).[418] Pakollisista rokotuksista kieltäytyminen oli sanktioitu sakolla (12 §), ja poliisille oli säädetty virka-avunantovelvollisuus rokotusvelvollisuuden laiminlyövien henkilöiden toimittamiseksi rokotustilaisuuteen (13 §).

Myös sukupuolitautien vastustamiseen liittyvää sääntelyä oli ollut olemassa jo pitkään ennen Suomen itsenäisyyden aikaa. Sukupuolitautilakia säädettäessä asetus kuppatautien vastustamisesta ja julistus tarkemmista toimenpiteistä kuppatauteja vastaan olivat voimassa vuodelta 1894.[419] Sukupuolitautien vastustamistyö siirtyi 1900-luvun alkuvuosina poliisiviranomaisilta terveydenhuollolle, mikä nosti esiin aiempaan sääntelyyn liittyvät ongelmat pakkotoimenpiteitä koskevien säännösten soveltamisessa.[420] Voimassa olleiden säännösten ei katsottu määrittelevän terveydenhuoltohenkilöstön velvollisuuksia riittävän tarkasti eikä antavan riittäviä keinoja sairaiden hoitamiseksi.[421] 1930-luvulla tehdyn lakiuudistuksen tavoitteena olikin estää sairastunutta levittämästä tartuntaa eteenpäin ja selvittää ja hävittää tartuntapesäkkeet.[422] Sen vuoksi lakiuudistuksessa (SPL 198/1939) sukupuolitautiin sairastunut henkilö haluttiin pakottaa lääkärin hoitoon (2 §), alistumaan lääkärin ja terveysviranomaisen määräämiin varotoimiin (3 §) ja sairaalahoitoonkin (4 §) niin pitkäksi aikaa kuin taudin hoitamiseksi on tarpeellista.[423] Pakollista laitoshoitoa

416 Ks. myös HE 174/1950 vp., s. 1.

417 HE 174/1950 vp., s. 2.

418 Talousvaliokunta ja eduskunta pitivät tärkeänä, että pakollisista rokotuksista luovuttaessa lääkintäviranomaiset seuraavat valppaasti kulkutautitilannetta ja ryhtyvät tarvittaessa ripeisiin toimiin kulkutautien torjumiseksi. Myös voimakasta valistustyötä rokotusten tarpeellisuudesta pidettiin tärkeänä. TaVM 27/1950 vp., s. 1. ja Eduskunnan vastaus hallituksen esitykseen 174/1950, s. 1.

419 Ensimmäiset yleiset ohjeet tästä on ilmeisesti annettu kuninkaallisessa kirjeessä 1730. Ensimmäinen järjestelmällinen suunnitelma sukupuolitautien vastustamiseksi sisältyi keisarilliseen kirjeeseen 1810: sen mukaan piirilääkäri ja kaupunginlääkäri voitiin määrätä tekemään tarkastuksia sukupuolitautien toteamiseksi ja tautia sairastavat saattaa poliisin toimesta yleisiin sairaaloihin ja hoitolaitoksiin. Itsenäisyyden ajan alussa sukupuolitauteja koskevat määräykset käsittivät lähinnä kuppatautien torjuntatoimet. HE 33/1938 vp., s. 2 ja KM 1924:10, s. 3-5. Torjuntatoimet käsittivät mm. yleiset tarkastukset, sairaalahoitoon määräämisen ja maksuttoman hoidon. KM 1924:10, s. 17-18. Komitea ehdotti lääkärin tiedonantovelvollisuutta koskevan säännöksen kirjaamista asetukseen (9 §), KM 1924:10, s. 92, 107-108 sekä altistuneiden osalta (10 §) KM 1924:10, s. 93.

420 Ahtee 1950, s. 311. Ohjesääntöinen haureus lakkautettiin senaatin päätöksellä 18.5.1907, mikä johti sukupuolitautien vastustamistyön siirtymiseen poliisilta terveydenhuollolle.

421 HE 33/1938 vp. s. 2-3.

422 HE 33/1938 vp. s. 2-3.

423 Myös HE 33/1938 vp., s. 3. Myös holhooja oli sukupuolitautiasetuksen (199/1939) mukaan vel-

voitiin soveltaa vain sukupuolitautiin sairastuneeksi todettuun, ei pelkästään sairastuneeksi epäiltyyn henkilöön.[424]

1950-luvulla sukupuolitautilakia uudistettaessa muutettiin lain (52/1952) soveltamisalaa kattamaan tartuttavassa vaiheessa olevien tautien lisäksi myös tilanteet, jolloin taudin epäiltiin voivan siirtyä sikiöaikana jälkeläiseen (1 §). Raskaana olevaa ei kuitenkaan katsottu tarpeelliseksi velvoittaa alistumaan sukupuolitauteja seulovaan verikokeeseen, mutta häntä hoitavalle lääkärille ja kätilölle säädettiin laissa velvollisuus ottaa verikoe (7 §). Esitöiden mukaan verikoe oli velvollisuus ottaa, ellei nainen sitä nimenomaisesti vastustanut.[425] Seulontaluonteisten verikokeiden osalta edellytettiin siis konkludenttista suostumusta. Lisäksi laissa mahdollistettiin lääkintöhallituksen päätöksellä suoritettavat tartunnan leviämistä ehkäisevät pakolliset tarkastukset määrätyillä paikkakunnilla, laitoksissa tai aluksissa (5 §). Holhoojan vastuu holhottavansa sukupuolitautilain mukaisten velvollisuuksien noudattamisesta kirjattiin nyt lakiin aiemman asetustekstin sijaan (17 §). Poliisille lisättiin aiemman virka-avun antamisen lisäksi (16 §) myös oikeus viedä sukupuolitautia sairastavaksi epäilty oma-aloitteisesti lääkärintarkastukseen (3 §).

Myös pitalitautilaissa (PTL, 638/1945) ja tuberkuloosilaissa (TBL, 694/48) säänneltiin tarttuvaa tautia sairastavien potilaiden velvollisuudesta alistua seulontatutkimuksiin (TBL 12 §), lääkärin tutkimukseen, hoitoon ja noudattamaan tartunnan leviämisen estämiseksi annettuja määräyksiä (PTL 1 § ja TBL 13 §), sekä alistumaan tarvittaessa sairaalahoitoonkin (PTL 2 § ja TBL 14-16 §). Sairaalahoitoon velvoitettiin ympäristölleen tartuntavaaralliset potilaat, kun heitä ei muuten voitu eristää.[426] Yksilön oman taudin asianmukaiseksi hoitamiseksi eristämistä ei sellaisenaan voitu käyttää.[427] Poliisin virka-apua voitiin lain nojalla käyttää vastahakoisen henkilön noutamisessa tarkastukseen tai sairaalahoitoon (SPL 11 §, TBL (694/1948) 42 §, PTA (639/1945) 5 §).

1980-luvulla tartuntatautien vastustamista koskevat säännökset koottiin tartuntatautilakiin (583/1986). Samalla kumottiin mm. terveydenhoitolain (469/1965) tartuntatautien vastustamista koskevat säännökset[428], sukupuolitautilaki (52/1952),

---

vollinen huolehtimaan lain velvoitteiden toteuttamisesta holhouksessaan olevan henkilön kohdalla (11 §).

424 Ahtee 1950, s. 312.

425 HE 28/1951 vp., s. 1.

426 Aikaisemmin potilaat olivat vapaaehtoisesti alistuneet sairaalahoitoon, mutta hiljattain ennen lain säätämistä oli yksittäinen potilas tästä kieltäytynyt, minkä vuoksi pakkohoitosääntely katsottiin tarpeelliseksi. HE 15/1945 vp., s. 1. Ahtee on katsonut, että tuberkuloosilaissa eristämiselle oli paitsi terveydenhoito-oikeudellinen myös kurinpidollinen näkökulma, kun hoitonsa suhteen niskoitteleminen oli perusteena eristää potilas. Ahtee 1950, s. 306-307.

427 Ahtee 1950, tuberkuloosilakiin liittyen, s. 309 ja sukupuolitautilakiin liittyen s. 315.

428 Terveydenhoitolaista kumottiin tartuntatautien vastustamista koskeva luku 7 lukuun ottamatta 34 §:ää, ja lisäksi 57 §:n 2-3 mom. Muut terveydensuojelua ja ympäristöterveydenhuoltoa koskevat terveydenhoitolain säännökset jäivät voimaan vuoteen 1994 saakka, jolloin ne kumoutuivat

tuberkuloosilaki (355/1960) ja rokotuslaki (361/1951). Ensiarvoisen tärkeänä pidettiin, että tartuntatautiin sairastuneet saavat asianmukaisen hoidon ja tietoa taudin leviämisen estämisestä. Lisäksi tartuntatautiin sairastuneen henkilön eristämistä ja hänen tahdostaan riippumatta toteutettavan hoidon edellytyksiä selkiytettiin siten, että sairastuneen toimintavapautta sai rajoittaa vain silloin, kun se taudin laatu ja muut olosuhteet huomioon ottaen oli aiheellista ja vain siinä määrin kuin se tartunnan leviämisen estämiseksi oli välttämätöntä.[429]

Tartuntatautilain 5 §:ssä määriteltiin tartuntatautiin sairastuneeksi epäilty henkilöksi, jolla on havaittu tautiin viittaavia oireita, tai jonka muulla perusteella voidaan päätellä levittävän tartuntaa. Sairastuneeksi taas määriteltiin henkilö, jossa tauti on todettu, tai jonka yleisesti hyväksyttyjen lääketieteellisten perusteiden nojalla on todettu saaneen tartunnan tilanteessa, kun taudin leviäminen on perustellusti mahdollista. Tartuntataudit jaoteltiin 4 §:ssä yleisvaarallisiin, ilmoitettaviin ja muihin tartuntatauteihin. Jako tautien vaarallisuuden perusteella eri luokkiin noudatti pohjoismaista käytäntöä.[430] Tartuntatautien ehkäisykeinoina säilytettiin vapaaehtoiset rokotukset (11 §), valtioneuvoston päätöksellä pakolla toteutettavat rokotukset (12 §), lääninhallituksen päätöksellä toteutettavat pakolliset terveystarkastukset (13 §), sekä terveyslautakunnan toteutettavissa olevat toimet, mm. yleisön ohjeistamiset, eristämiset sekä puhdistukset ja desinfioimiset (14 §). Terveyskeskuksen vastaava lääkäri sai päättää tartuntatautiin sairastuneen tai sairastuneeksi epäillyn tutkimuksia, varotoimenpiteitä ja hoitoonohjausta koskevista määräyksistä (16 §). Toimenpiteiden tarkoituksena oli tartuntataudin laadun selvittäminen ja yleisvaarallisen taudin leviämisen estäminen, ja niiden laatu ja laajuus olivat vastaavan terveyskeskuslääkärin ratkaistavissa lääketieteellisen tietämyksen ja asiassa esiin tulleiden seikkojen perusteella. Varotoimenpiteet saattoivat käsittää henkilökohtaista hygieniaa, työntekoa, koulunkäyntiä ja muita elinolosuhteita koskevia määräyksiä.[431]

Yleisvaaralliseen tartuntatautiin sairastuneen hoitoon sovellettiin yleisestä sairaanhoidosta annettuja säännöksiä ja määräyksiä.[432] Eristämistä koskevaa säännöstä täsmennettiin: eristäminen oli mahdollista vain yleisvaarallisen tartuntataudin osalta, jos taudin leviämisen vaara oli ilmeinen ja jos taudin leviämistä ei voitu muilla keinoilla estää tai jos henkilö ei voinut tai halunnut alistua muihin taudin leviämistä

Terveydensuojelulain (736/1994) voimaantulon myötä.

429 HE 44/1986 vp., s. 2.

430 Yleisvaarallisiin tartuntatauteihin sisällytettiin terveydenhoitolaissa luetellut erittäin vaaralliset, yleisvaaralliset ja valvottavat tartuntataudit, joiden tarttuvuus olisi suuri tai jotka voisivat levitä räjähdyksenomaisesti ja joihin liittyisi merkittävä kuolleisuus tai jotka voisivat aiheuttaa pysyviä vaurioita. Lisäksi edellytettiin, että yleisvaarallisten tartuntatautien leviäminen olisi ehkäistävissä yksilöön kohdistettavilla erityisillä toimenpiteillä. Ilmoitettavat tartuntataudit olivat tauteja, joiden leviäminen väestössä voitaisiin estää, ja joita oli aiheellista pyrkiä estämään taudin vaarallisuuden tai taudin aiheuttamien terveyshaittojen vuoksi ohjaamalla tutkimuksiin ne yksilöt, jotka tautia voivat levittää. HE 44/1986 vp., s. 6-7.

431 HE 44/1986 vp., s. 10.

432 HE 44/1986 vp., s. 11.

estäviin toimenpiteisiin (17.1 §). Yleisvaaralliseen tartuntatautiin sairastunutta voitiin hoitaa eristämispaikassa hänen tahdostaan riippumatta (17.2 §). Eristämisestä enintään kahden kuukauden ajaksi päätti terveyslautakunta, ja kiireellisissä tilanteissa terveyskeskuksen vastaava lääkäri, jonka päätös tuli alistaa terveyslautakunnan vahvistettavaksi (18.1 §). Lääninoikeuden päätöksellä eristämisaikaa oli mahdollista pidentää vielä kolmella kuukaudella (18.2 §), kuten aiemminkin. Eristäminen tuli lopettaa heti, kun sen jatkamiselle ei ollut 17 §:n mukaisia perusteita (19.1 §). Eristämisen lopettamisesta ja henkilön hoitamisesta hänen tahdostaan riippumatta 17.2 §:n mukaan päätti vastaava terveyskeskuslääkäri tai sairaalan asianomainen ylilääkäri (19.2 §). Eristäminen muista ihmisistä oli osoittautunut erityisen herkästi tarttuvien tautien kohdalla hyväksi ja lähes ainoaksi keinoksi taudin leviämisen estämisessä.[433] Lain lähtökohtana oli, ettei eristettävänä olevaan henkilöön kohdistettaisi rajoituksia enempää kuin on välttämätöntä, minkä vuoksi eristetyn henkilön hoitaminen perustui ensisijaisesti hänen suostumukseensa, vaikka hoidon toteuttaminen oli mahdollista myös potilaan tahdosta riippumatta. Jos tahdosta riippumattomiin hoitotoimenpiteisiin jouduttiin, niiden tuli rajoittua vain välttämättömimpiin taudin leviämistä estäviin ja lääketieteellisesti perusteltuihin toimenpiteisiin. Eristämistä pidettiin syvästi yksilön oikeuksiin puuttuvana keinona, ja ennen sen toimeenpanemista oli harkittava kaikki muut keinot tartunnan leviämisen estämiseksi.[434] Myös lääkintöhallituksen ohjekirjeen mukaan tahdosta riippumattomista toimenpiteistä tuli päättää tilannekohtaisesti huomioiden yksilölle aiheutuva haitta ja vastustettavan taudin yleiselle terveydelle aiheuttama vaara, ja niihin tuli turvautua vain siinä määrin, kuin taudin leviämisen estämiseksi oli välttämätöntä.[435] EOA:n kanteluratkaisussa dnro 1561/4/94 potilaasta hoitaneelle lääkärille annettiin huomautus virheellisestä menettelystä, koska HIV-infektio ei ollut tartuntatautilain tai -asetuksen tarkoittama yleisvaarallinen tartuntatauti, eikä eristäminen HIV-infektion epäilyn vuoksi siten olisi ollut lain nojalla mahdollista.[436]

3.2 Alkoholismi ja muut päihdeongelmat

Alkoholismia ja muita päihdeongelmia koskeva sääntely kuuluu pääasiassa sosiaalihuollon ja sosiaalilainsäädännön alaan. Tässä käsitellään lainsäädännön kehitystä siksi, että aiempi sääntely ja nykyisin voimassa oleva päihdehuoltolaki sisältävät osin myös terveydenhuoltoa koskevia säännöksiä. Sääntelyn kehitys myös kuvastaa osaltaan rajoittamisedellytyksissä 1900-luvulla tapahtuneita muutoksia.

433 HE 44/1986 vp., s. 11.
434 HE 44/1986 vp., s. 11.
435 Lääkintöhallituksen tartuntatautilakiin ja -asetukseen perustuva tartuntatautien vastustamistyön järjestämistä koskeva yleiskirje 1907 (3.12.1986). Kokkonen ym. 1987, s. 15-21, erityisesti s. 20.
436 EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1995, s. 101-102.

1920–1930 -luvuilla valmisteltiin lainsäädäntöä alkoholismin hoidosta ja ensimmäinen alkoholistilaki tuli voimaan 1936.[437] Alkoholistilain (60/1936) mukaan alkoholisteina pidettiin henkilöitä, jotka juoppoutensa takia olivat vaaraksi itselleen tai muiden henkilökohtaiselle turvallisuudelle, tai ilmeiseksi häiriöksi tai pahennukseksi ympäristölle; tai henkilöitä, jotka juoppoutensa vuoksi olivat taloudellisissa ongelmissa eli laiminlöivät elatuksensa piiriin kuuluvien henkilöiden elatuksen ja hoidon tai rasittivat läheisensä taloutta tai tarvitsivat köyhäinhoitoa. Laissa mahdollistettiin alkoholismin hoidossa tietyt valmistavat tukitoimenpiteet: ohjaus, neuvonta, sosiaalisten syiden korjaaminen ja muu tuki (3 §), raittiusvalvonta (4 §) ja hoito yleisessä alkoholistihuoltolassa (7 §).[438]

Alkoholistia tuli 3 §:n mukaan ensin varoittaa sekä opastaa alkoholinkäytön vaaroista, ja kehottaa palaamaan raittiiseen elämäntapaan; auttaa sosiaalisten ongelmien, kuten asunnottomuuden ja työttömyyden, korjaamisessa; kehottaa hakeutumaan lääkäriin ja noudattamaan tämän määräyksiä tai hakeutumaan vapaaehtoiseen laitoshoitoon, sekä ohjattava raittiiseen ja säännölliseen elämäntapaan muilla sopivilla ja tarkoituksenmukaisilla keinoilla. Vasta tämän jälkeen, tai tilanteissa kun oli muuten ilmeistä, että edellä mainitut toimet eivät riitä, oli mahdollista turvautua raittiusvalvontaan tai tahdosta riippumattomaan hoitoon alkoholistihuoltolassa (4 §).[439]

Raittiusvalvonnan alaiseksi määrätty henkilö oli velvollinen noudattamaan asuinpaikastaan, asunnostaan, työpaikastaan ja työstään annettuja määräyksiä; antamaan tietoja asunnostaan ja työpaikastaan, pidättäytymään täysin alkoholijuomista ja välttämään huonoa seuraa sekä alistumaan lääkärin tarkastettavaksi ja hoidettavaksi (5 §). Jos raittiusvalvonta osoittautui riittämättömäksi, alkoholisti tuli määrätä hoidettavaksi yleisessä alkoholistihuoltolassa (7 §). Itselleen tai muiden turvallisuudelle vaarallinen alkoholisti voitiin määrätä alkoholistihuoltolaan ilman aiempaa raittiusvalvontaakin, ellei ollut varmuutta hoidon toteutumisesta muulla tavoin. Alkoholistihuoltolaan voitiin määrätä myös tilanteissa, kun oli ilmeistä, ettei henkilöä saada palautetuksi raittiiseen ja säännölliseen elämäntapaan muilla keinoin.[440] Alkoholistihuoltolassa voitiin huollettavan tarkoituksenmukaisen hoidon vaatiessa tarkastaa ja pidättää kirjeet ja muut lähetykset, lukuun ottamatta valvontaviranomaiselle tarkoitettuja kirjeitä (10 §). Raittiusvalvonnan ja alkoholistihuoltolassa hoidon kesto oli yleensä vuosi, mutta kestoa voitiin eräin perustein lyhentää tai pidentää (6 §, 9 §). Raittiusvalvonta saattoi kestää enimmillään kolme vuotta, ja alkoholistihuoltolassa hoito neljä vuotta.[441]

---

437 Edeltävästi alkoholismia koskevaa sääntelyä oli rikoslaissa, jossa oli rangaistussäännös juopumuksesta 43:6§ (1931); laissa juopuneena tavatun huollosta eräissä tapauksissa, 1898 holhouslaissa (19.1§), 1883 irtolaislaissa, 1879 vaivaishoitoasetuksessa ja 1889 mielisairausasetuksessa. HE 95/1934 vp., s. 1-2.

438 HE 95/1934 vp., s. 4; eduskunnan vastaus 1935 vp., s. 1.

439 HE 95/1934 vp., s. 4-5; eduskunnan vastaus 1935 vp., s. 2.

440 HE 95/1934 vp., s. 5; eduskunnan vastaus 1935 vp., s. 2.

441 HE 95/1934 vp., s. 5-6; eduskunnan vastaus 1935 vp., s. 2-3. Esityksen raittiusvalvontaan tai alko-

Laissa mahdollistettiin laitoshoito myös vapaaehtoisuuden pohjalta (11 §). Tällöin edellytettiin potilaan kirjallista sitoutumista hoitoon vähintään puoleksi vuodeksi, ja holhouksen alaiselta henkilöltä myös holhoojan tai uskotun miehen suostumusta.[442] Huomattavaa oli, että vapaaehtoiseen hoitoon sitoutunutta henkilöä voitiin pitää alkoholistihuoltolassa vastoin hänen tahtoaankin sitoumuksessa määritelty aika, kuitenkin enintään kaksi vuotta. Menettelyä on aikanaan kritisoitu HM 6 §:ään nojaten, että asianomaisen suostumuksella toteutettuun vapaudenriistoon (vapaaehtoiseen hoitoon alkoholistihuoltolassa) annettu suostumus tuli voida peruuttaa milloin tahansa.[443] Pakkohoitoa koskeva esitys ja päätös tehtiin kirjallisesti (20-21 §:t).[444]

Alkoholistilaki kohdentui alun perin pääasiallisesti alkoholistin ympäristölleen aiheuttamien sosiaalisten haittojen torjumiseen.[445] Tästä näkökulmasta pakkotoimenpiteet olivat selvästi nykykäytäntöä laaja-alaisempia ja syvemmin yksityisyyteen ja henkilökohtaiseen koskemattomuuteen puuttuvia kuin nykyään. Alkoholistilaissa oli käytetty nykyäänkin keskeistä lievimmän riittävän puuttumisen periaatetta, eli alkoholistihuoltoa toimeenpantaessa tuli lain 4 §:n nojalla käyttää ensin lievempiä puuttumisen keinoja, ja ankarampia käytettiin vasta, jos lievemmistä keinoista ei ollut apua tai jos oli heti ilmeistä, ettei lievemmällä puuttumisella saavuteta tarkoitettua tulosta.[446]

Alkoholistilaki uudistettiin 1960-luvun alussa laiksi päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien huollosta (96/1961). Alkoholismia ja muiden päihdyttävien aineiden väärinkäyttöä sekä niiden syitä, luonnetta ja hoitoa koskeva tutkimus oli johtanut uusien toiminta- ja hoitomenetelmien kehittymiseen. Päihdeongelma oli alettu ymmärtää sairaudeksi, ja kiinnostus sen hoitamiseen oli hoitomenetelmien kehityksen myötä lisääntynyt.[447] Kun 1930-luvun alkoholistilaissa pääsääntönä oli pakkohuollon periaate ja lain säännöksillä oli suurelta osin pelottava, uhkaava ja rankaiseva luonne, uudessa 1960-luvun laissa nostettiin vapaaehtoisuuden periaate ensisijaiseksi ja pyrittiin korostamaan huoltoviranomaisille kuuluvan auttamistoiminnan tärkeyttä sekä joustavoittamaan vapaaehtoista huoltolahoitoon hakeutumista.[448]

Alkoholistilain soveltamisala laajeni käsittämään alkoholistien lisäksi huumausaineiden, lääkeaineiden ja muiden päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjät (1 §). Huoltotoimenpiteitä olivat aiempaan tapaan neuvonta ja ohjaus, valvonta, ja

holistihuoltolaan määräämisestä saivat tehdä laissa määritellyt viranomaistahot, mutta myös alkoholistin holhooja tai uskottu mies, aviopuoliso tai ensimmäisen asteen sukulainen tai näiden holhooja tai uskottu mies (18§).

442 HE 95/1934 vp., s. 6; eduskunnan vastaus 1935 vp., s. 3.
443 Ahtee 1950, s. 26-27.
444 HE 95/1934 vp., s. 8; eduskunnan vastaus 1935 vp., s. 5-6.
445 Heiskanen (toim.) 1987, s. 67.
446 HE 95/1934 vp., s 3.
447 HE 138/1959 vp., s. 1.
448 HE 138/1959 vp., s. 2.

huoltola- tai muu laitoshoito (3 §). Huoltoa annettaessa tuli kuitenkin mahdollisuuksien mukaan kiinnittää erityistä huomiota huollettavan vapaaehtoisuuteen perustuviin huoltotoimenpiteisiin, huollon tarpeen syihin ja yksilöllisiin näkökohtiin; huollettavan luottamuksen, vastuuntunnon, omatoimisuuden ja myönteisen asenteen herättämiseen sekä lääkinnällisten hoitomenetelmien hyödyntämiseen (4 §). Laissa edelleen lähdettiin lievimmän riittävän puuttumisen periaatteesta siten, että neuvonta ja ohjaus oli ensisijaista valvontaan nähden ja huoltolahoito oli pääasiassa mahdollista vasta valvonnan osoittauduttua riittämättömäksi (5, 6 ja 9 §:t). Huoltolahoitoon voitiin määrätä henkilö ilman edeltävää valvontaa vain henkilön vaarallisuuden perusteella (9 §). Valvontaan määrätyllä henkilöllä oli velvollisuus alistua lääkärin tutkittavaksi ja hoidettavaksi, annettava viranomaisille valvontaa varten tarpeellisia tietoja ja noudatettava asuinpaikasta tai asunnosta annettuja ohjeita (7 §). Huoltolan johtajalla oli edelleen oikeus tarkastaa ja pidättää huollettavan kirjeet ja muut lähetykset, jos tarkoituksenmukainen hoito sitä edellytti (14 §). Lisäksi huollettavan huoltolaan tai muuhun laissa tarkoitettuun laitokseen tuomat tai sinne toimitetut päihdyttävät aineet sai laitoksen johtokunnan toimesta hävittää (13 §).[449] Valvonnan ja huoltolahoidon kesto oli lyhentynyt vuoden pituiseksi, mutta tietyin edellytyksin valvontaa ja hoitoa voitiin pidentää kahteen vuoteen (6 ja 13 §:t). Vapaaehtoisen hoitoon hakeutumisen osalta (10 §) menettelytapa oli aiemman lain kaltainen muuten, mutta vapaaehtoiset huollettavat eivät enää voineet joutua jälkivalvontaan eikä heitä voitu palauttaa huoltolaan, vaikka sitoumuksen mukainen hoitoaika ei ollut päättynyt. Vähimmäishoitoaika myös poistettiin vapaaehtoisesti hoitoon hakeutuneiden osalta.[450] Vuosikymmen myöhemmin lain arvioitiin lieventäneen alkoholisteihin kohdistuvaa vapaudenriistoa ja poistaneen pakkotyön, mutta jättäneen vapaaehtoisuuteen perustuneen hoidon kuitenkin edelleen järjestelmän toissijaiseksi toimintamuodoksi.[451]

Nykyisin voimassa olevassa päihdehuoltolaissa (41/1986) painopiste siirtyi edelleen haittojen torjumisesta vapaaehtoisuuden, normaalisuuden ja oman osallistumisen korostamiseen.[452] Lakiehdotuksessa toteutetun tahdosta riippumatonta hoitoa koskevien säännösten uudistamisen tavoitteena oli parantaa tahdostaan riippumatta hoidetun potilaan ja hänen läheistensä oikeusturvaa ja hoidettavan henkilön läheisten turvallisuutta, sekä selkiyttää tahdosta riippumattomien toimenpiteiden edellytyksiä niin, että ne kohdentuisivat mahdollisimman oikeudenmukaisesti ja tarkoituksenmukaisesti. Tahdosta riippumattoman hoidon tavoitteina kyseeseen tulivat henkilön itsensä terveyden suojaaminen sekä päihtei-

449 Päihteiden hävittämistä koskeva kohta lisättiin lakiin talousvaliokunnan mietinnön mukaisesti. Käytännössä huollettavalle kuuluvien päihteiden säilyttäminen oli osoittautunut ongelmalliseksi, samoin kuin niiden palauttaminen hoidosta kotiutuvalle huollettavalle. TaVM 9/1960 vp., s. 2.

450 HE 138/1959 vp., s. 2.

451 KM 1971: A25, s. 12.

452 Heiskanen (toim.) 1987, s. 68.

den käytön yhteydessä muita vaarantaen käyttäytyvän henkilön läheisten suojaaminen.[453] Tahdosta riippumattoman hoidon perusteista ainoastaan terveysvaara (välitön hengenvaara tai riski saada terveydellinen vaurio) on terveydenhuollon viranomaisten sovellettavissa.[454]

Lääkintöhallituksen ohjekirjeessä päihteiden ongelmakäyttäjien hoidon järjestämisestä ja kehittämisestä terveydenhuollossa 12/86 korostettiin vapaaehtoisten palveluiden ensisijaisuutta. Esimerkkinä terveysvaarasta tahdosta riippumattoman hoidon perusteena mainittiin päihteiden ongelmakäyttäjä, joka on koomaan menossa oleva diabeetikko tai on saanut päihtyneenä kirurgisia toimenpiteitä edellyttävän vamman, esimerkiksi kallovamman. Pelkkä katkaisuhoidon tarve ei ollut pakkohoitoperuste. Esimerkiksi tajuton myrkytyspotilas tuli hoitaa yleisten hoitoperiaatteiden mukaan, ja vasta kun potilas pystyi ilmaisemaan oman näkemyksensä hoidosta ja vastusti lääketieteellisesti välttämätöntä hoitoa, arvioitiin tahdosta riippumattoman hoidon tarve. Itsemurhayritys tai itsemurha-aikomus ei sellaisenaan täyttänyt päihdehuoltolain tarkoittaman terveysvaaran tunnusmerkkejä, koska terveysvaaran tuli johtua päihteiden ongelmakäytöstä.[455]

Vapaaehtoisen hoidon korostuminen näkyi lakimuutoksen myötä myös valvontaviranomaisen ratkaisukäytännössä. Ennen päihdehuoltolain voimaantuloa, vuonna 1983 lääkintöhallitus oli ottanut ratkaisussaan kantaa, että päihtyneen potilaan seuranta terveyskeskuksessa tulisi toteuttaa tarvittaessa potilas lepositeisiin asettaen. Hoidon ja seurannan ollessa kesken ei ole perusteltua toimittaa juopunutta potilasta häiriökäyttäytymisen vuoksi putkaan, vaan päihtymyksen vaikeuttaessa päähän loukkaantuneen potilaan vamman diagnostiikkaa tulee seuranta-aikaa terveyskeskuksessa pidentää. Vt. vastaavana lääkärinä selvityksen antaneen lääketieteen lisensiaatin huomiota kiinnitettiin siihen, että *vakiintuneen poliklinikkakäytännön mukaista on hillitä potilaan päihtymyksestä johtuvaa häiriötä asettamalla hänet lepositeisiin* asianmukaisen tutkimuksen, seurannan ja hoidon varmistamiseksi.[456] Päihdehuoltolain voimaan tulon jälkeen linjaus muuttui. 49-vuotias mies oli tuotu terveyskeskukseen vahvasti humaltuneena ja päässään ulkoisen vamman merkkinä haava. Haavan ompelun jälkeen potilaalle ehdotettiin seurantaa terveyskeskuksessa, josta potilas kieltäytyi. Potilas poistui iltayöstä taksilla ja taksinkuljettajaa pyydettiin välittämään seurantaohjeet kotiin. Vaimo seurasi potilaan vointia kotona, kunnes lähti aamulla töihin. Töistä palattuaan hän havaitsi miehensä kuolleeksi. Lääkintöhallitus arvioi, että taustatietojen valossa oli olemassa perusteet terveyskeskusseurantaan. Selvityksen mukaan potilas oli kuitenkin kotiutunut omasta halustaan.

453 HE 246/1984 vp., s. 8.
454 HE 246/1984 vp., s. 9.
455 OK 12/86. Kokkonen ym. 1988, s. 33-36, erityisesti s. 35.
456 LKH dnro 1973/49/83, Lääkintöhallituksen toimenpiteitä aiheuttaneet kantelu- ym. ratkaisut 1984, s. 73.

Lääkintöhallitus *ei todennut selviä edellytyksiä potilaan tahdonvastaiselle seurannalle terveyskeskuksessa*, joten se ei pitänyt päivystävän lääkärin ratkaisua potilaan päästämisestä kotiin virheellisenä.[457]

3.3 Mielisairauksien hoito

3.3.1 Menettely hoitoon määräämisessä

Mielisairauksien hoitoa koskeva sääntely ei varsinaisesti liity tutkimuksen aihepiiriin kuin somaattisessa terveydenhuollon yksikössä työskentelevän lääkärin tarkkailulähetettä ja sen tarpeen arviota koskevan toimintavelvoitteen osalta, ja siltä osin, kuin tarkkailuun ja tahdosta riippumattomaan hoitoon otettua potilasta hoidetaan somaattisella osastolla hänen terveydentilansa vuoksi. Tässä tarkastellaan kuitenkin mielenterveyspotilaan tahdosta riippumattoman hoidon sääntelyn kehitystä muiltakin osin, koska se kuvastaa omalta osaltaan rajoittamisedellytysten sääntelyn kehitystä ja sääntely on myöhemmin vaikuttanut mm. viranomaisratkaisuissa esitettyihin somaattista hoitoa koskeviin rajoittamistapausten tulkintakäytäntöihin.[458]

1900-luvun alkupuolella yhteiskunnan nähtiin olevan oikeutettu huolehtimaan potilaasta potilaan omassa ja yhteiskunnan intressissä jopa vapaudenriiston muodossa, vaikka samanaikaisesti yksilön vapautta pyrittiin positiivisen oikeuden säännöksin turvaamaan.[459] Mielisairaiden hoidosta oli säännelty alkuun asetuksella 4.2.1840, joka uudistettiin 28.5.1889, ja ensimmäinen mielisairaslaki säädettiin vuonna 1937.[460] Ensimmäisessä mielisairaslaissa (286/1937, MSL) sääntelyn pääpaino oli mielisairaanhoidon järjestämisessä. Aloitteenteko-oikeus hoitoon ottamisesta oli 1) potilaalla ja 2) omaisella, holhoojalla tai muulla huoltovelvollisella, ja toissijaisesti viranomaisilla (3 ja 5 §:t).[461] Kun muu taho kuin potilas teki aloitteen hoitoon ottamisesta, hakemuksiin tuli liittää esteettömän lääkärin enintään 30 vuorokautta aiemmin henkilökohtaisesti suorittamaan tutkimukseen perustuva lääkärinlausunto (tuolloin ns. MIII-lausunto) kyseessä olevan henkilön mielisairaudesta

457 LKH dnro 3286/331/89, Lääkintöhallituksen toimenpiteitä aiheuttaneet kantelu- ym. ratkaisut 1989, s. 29.

458 Mielenterveyslain rajoittamissäännösten vaikutuksesta eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisukäytäntöön somaattista hoitoa koskien tarkemmin oikeusasiamiehen ratkaisukäytäntöä tarkastelevassa luvussa.

459 Ahtee 1950, s. 272-273.

460 TaVM N:o 11/1935 vp., s.1.

461 Komiteamietinnön mukaan tavoitteena oli, että jokainen mielitautiin sairastunut tulisi mahdollisimman pian tutkituksi ja tarkoituksenmukaisesti hoidetuksi. Koska sairastunut ei tautinsa vuoksi yleensä kyennyt tilaansa arvioimaan tai ryhtymään asian vaatimiin toimenpiteisiin, toimintavelvoite asetettiin potilaan edustajalle, läheisille ja viime kädessä viranomaisille. Läheisillä tarkoitettiin paitsi sairaan omaisia, myös muita sairasta lähellä olevia henkilöitä, kuten työnjohtajaa, ystävää ja naapuria. KM 1923:2, s. 41.

ja mielisairaalahoidon tarpeesta (6 §). Lääkärinlausuntokäytännöstä saatiin poiketa, jos potilas oli muun esteettömän henkilön todistuksen mukaan vaarallinen itselleen tai yleiselle turvallisuudelle, tai ilmeisesti kiireellisen sairaalahoidon tarpeessa. Tällöinkin lääkärinlausunto tuli hankkia viimeistään 14 vrk kuluessa (6.2 §).

Käyttöön otettu MIII-lähete herätti aikanaan keskustelua vastuukysymysten osalta, sillä potilaan lähettämistä mielisairaalaan pidettiin suurena toimenpiteenä.[462] Mielisairaalaan hoitoon otettavasta henkilöstä tuli tehdä ilmoitukset useille viranomaistahoille, mistä saattoi aiheutua potilaalle monia yhteiskunnallisia ja henkilökohtaisia seuraamuksia: mielisairaalla henkilöllä ei ollut oikeustoimikelpoisuutta eikä oikeutta solmia avioliittoa ja lisäksi hänet voitiin sterilisointilain nojalla sterilisoida. Tästä johtuen MIII-lähete nähtiin tärkeäksi asiakirjaksi, jonka tuli perustua huolelliseen potilaan tutkimiseen ja riittävin potilaasta saatuihin tietoihin, jottei potilasta turhaan leimattaisi mielisairaaksi.[463] Mielisairautta ei mielisairaslaissa tai -asetuksessa sen tarkemmin määritelty, vaan mielisairauden epäily perustui yksinomaan lääketieteelliseen arvioon.[464]

Mielentilatutkimusta[465] varten mielisairaalaan voitiin MSL:n mukaan ottaa yleiselle turvallisuudelle tai itselleen ilmeisesti vaarallinen mielisairas (11 §) toimivaltaisen viranomaisen esityksestä ja lääkärin henkilökohtaisesti suorittamaan tutkimukseen perustuvan lausunnon nojalla (13.2 §), mutta myös mielentilatutkimukseen haluava henkilö omasta tahdostaan ja hakemuksellaan (10, 13.1 §:t). Mielentilatutkimus tuli tehdä potilaalle viipymättä (MSL 14 §). Mielissairasasetuksen mukaan tutkimuksen tuli olla suoritettu ja mielentilaa koskevan lausunnon annettu kahden kuukauden kuluessa tutkittavan sairaalaan ottamisesta (MSA 455/37 8.2 §). Mikäli henkilö ei mielentilatutkimuksen perusteella ollut mielisairaalahoidon tarpeessa, hänet tuli myös poistaa sairaalasta viipymättä (MSL 8.1 §).

Omasta hakemuksestaan mielisairaalaan otettu henkilö tuli pääsääntöisesti poistaa sairaalasta, kun hän tai hänen holhoojansa sitä vaati (MSL 9, 15 §:t). Sairaalaan hoidettavaksi otettu mielisairas potilas tuli poistaa sairaalasta, jos hän oli parantunut tai hänen tilansa oli kohentunut siten, ettei mielisairaanhoito ollut enää lääkärin arvion mukaan tarpeen (MSL 8.1 §). Sairas tuli myös poistaa mielisairaalasta, jos hänen holhoojansa tai sairaalahoidosta hakemuksen tehnyt tai sairaanhoitokustannuksista vastaava henkilö niin vaati, mutta ratkaisu tuli alistaa lääninhallitukselle, jos siitä saattoi aiheutua vaaraa sairaalle tai yleiselle turvallisuudelle (8.2 §). Mielisairas potilas voitiin myös poistaa mielisairaalasta lääkärin määräämäksi koeajaksi, enintään vuodeksi kerrallaan, jos lääkäri arvioi sen sairaalle edulliseksi ja muuten

462 Ilmolahti 2010, s. 415. Kaila 1938, s. 221-230.

463 Kaila 1938, s. 226-227.

464 Näin myös Ahtee 1950, s. 275.

465 Mielentilatutkimuksella tarkoitettiin aikanaan muutakin mielentilan arviointia kuin kriminaalipotilaiden mielentilatutkimusta, josta oli säännelty erikseen. MSL (286/1937).

sopivaksi (MSA 15.1 §). Potilas voitiin poistaa sairaalahoidon tarpeestaan huolimatta sairaalasta myös toisen potilaan suuremman hoidon tarpeen ja sairaalan paikkapulan vuoksi, jos potilas saattoi oleskella sairaalan ulkopuolella aiheuttamatta vaaraa itselleen tai muille (MSA 14 §).

EOA teki vuonna 1946 esityksen sisäasiainministerille kansalaisten oikeusturvan parantamisesta mielisairaalaan ottamisen yhteydessä (kirjelmä 13.12.1946 dnro 3024). Kirjelmän mukaan EOA piti ongelmallisena muutoksenhakumahdollisuuksien puutetta vuoden 1937 MSL:n hoitoon ottamis- ja hoidon lopettamismenettelyjen (5, 6 ja 8 §:t) osalta. Koska menettelyt koskivat henkilökohtaista vapautta perusoikeutena, EOA ei pitänyt riittävänä, että oikeusvarmuus mielisairauden tai hoidon tarpeen toteamisesta lääkärin tulkinnan perusteella nojaisi pelkästään lääkärin virkavastuuseen ja vapaamuotoiseen kantelumenettelyyn laillisuusvalvojalle. EOA esitti muutoksenhakumenettelyn luomista oikeustoimikelpoisille sairaille ja niille henkilöille, joiden aloitteesta potilas voidaan ottaa mielisairaalaan, jotta hoidon aloittamista ja lopettamista koskevat menettelyt voitaisiin saattaa lääkintöhallituksen arvioitavaksi.[466] 1950-luvulla mielisairaslakia uudistettaessa mielisairaalaan hoidettavaksi tai mielentilatutkimukseen ottamista ja sairaalasta poistamista koskevat säännökset säilyivät kuitenkin ennallaan.[467]

1970-luvun loppupuolella mielisairaslain soveltamisala laajennettiin koskemaan kaikkea psykiatrista hoitoa, ei vain vakavimpia psykoottistasoisia häiriöitä; ja hoidon painopistettä siirrettiin laitoshoidosta avohoitoon. Vapaaehtoinen hoitoon hakeutuminen oli lisääntynyt, minkä vuoksi aiempi hakumenettely haluttiin poistaa ja vapaaehtoista hoitoon hakeutumista yksinkertaistaa vastaamaan muun sairaanhoidon käytäntöä.[468] Samassa yhteydessä tarkistettiin ja tiukennettiin tahdosta riippumattoman hoidon edellytyksiä potilaiden oikeusturvan parantamiseksi.[469] Potilas voitiin ottaa sairaalaan terveyskeskuslääkärin, mielenterveystoimiston lääkärin tai muun lääkärin alustavan, enintään 10 vrk ennen tarkkailtavaksi ottamista suoritettuun henkilökohtaiseen tutkimukseen perustuvan, lääkärinlausunnon nojalla viiden vuorokauden tarkkailujaksolle sen selvittämiseksi, ovatko tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset olemassa (17.1 §). Tämän jälkeen sairaalassa laadittiin tarkkailujakson perusteella tarkkailulausunto, ja vasta sen jälkeen alustavan lääkärinlausunnon ja sairaalan tarkkailulausunnon perusteella tehtiin sairaalan vastuunalaisen

466 EOA kertomus toiminnastaan vuodelta 1946, s. 36-37.

467 HE 21/1951 vp., s.12 ja Eduskunnan vastaus 1952 vp., s.7. Komiteamietinnössä mielisairaanhoidon organisoinnin uudistuksella haluttiin tehostaa oikean tasoisen hoidon ja hoitopaikkojen kautta kullekin mielisairaalle kussakin taudin vaiheessa kustannustehokas hoito sopivassa hoitopaikassa. Epäkohtana pidettiin tehotonta mielisairauksien ennaltaehkäisyä: sterilisointilain toimeenpanosäännöksiä ei pidetty tästä näkökulmasta riittävinä. KM 1943:7, s. 10-11. Lain valmisteluvaiheessa pidettiin myös epäkohtana, ettei vuoden 1937 laissa ollut kirjattuna sielullisesti vajavaisten tai asosiaalisten henkilöiden velvollisuutta alistua lääkärin tutkimukseen ja hoitoon. LVK julk. 4/1947, s. 12.

468 HE 85/1976 vp., s. 1-2, 8.

469 HE 85/1976 vp., s. 3-4.

lääkärin toimesta varsinainen päätös sairaalaan hoidettavaksi ottamisesta (MSL 521/77 17.2 ja 16a §:t). Tällä haluttiin varmistaa, että hoitoon ottamisen edellytykset tulisivat riittävän perusteellisesti ja asiantuntevasti tutkituiksi ja erehtymisen mahdollisuudet vähensivät.[470] Tarkkailuajan pituuden määrittämistä pidettiin tärkeänä potilasturvallisuuden kannalta.[471]

Potilaan tahdosta riippumattoman hoidon edellytyksenä oli MSL (521/77) 16a §:n mukaan, että henkilö on mielisairautensa vuoksi välittömän mielisairaanhoidon tarpeessa tai erityisen vahingollinen itselleen tai muille. Tämä katsottiin lääketieteelliseksi seikaksi, jonka lääkäri ratkaisee tutkimuksensa perusteella. Esimerkkeinä erityisestä vahingollisuudesta potilasta itseään kohtaan mainittiin itsemurhayritys tai sillä uhkailu ja sairaudentunnottomuus. Muille erityisen vahingollisena pidettiin henkilöä, joka mielisairautensa vuoksi käyttäytyy väkivaltaisesti tai vakavissaan uhkaa toista väkivallalla. Tällaisena voitiin esitöiden mukaan pitää myös ympäristölleen pitkäaikaista haittaa mielisairautensa vuoksi aiheuttavaa henkilöä, esimerkiksi lastensa kehitystä mielisairautensa vuoksi vaarantavaa vanhempaa. Aiemmassa laissa tahdosta riippumattoman hoidon edellytyksenä oli vaarallisuus yleiselle turvallisuudelle tai itselleen tai ilmeinen kiireellisen sairaalahoidon tarve. Edellytyksiä tiukennettiin lakiuudistuksessa selvästi: nyt edellytettiin välitöntä hoidon tarvetta. Vahingollisuuskäsite taas muotoiltiin laajemmaksi kuin aiempi vaarallisuuskriteeri sikäli, että hoitoon voitaisiin ryhtyä jo ennen kuin henkilö on osoittanut vaarallisuutensa itselleen tai muille. Sen sijaan aiemmin vallinneen käytännön kaltaista menettelyä, jossa omaisuuden vaarantamista ja hävittämistä oli pidetty vaarallisuuskriteerin täyttävänä ja tahdosta riippumattoman hoidon edellytyksenä, ei enää pidetty hyväksyttävänä. Vahingollisuuskriteeri kohdistettiin lain esitöissä vain ihmisiin, ei omaisuuteen.[472]

Mielisairaalaan tahdostaan riippumatta otetun henkilön sairaalasta poistamisesta haluttiin säännellä yksityiskohtaisesti.[473] Tahdosta riippumattoman hoidon enimmäispituudeksi säädettiin 6 kk, minkä jälkeen oli tehtävä uusi arvio (21 §). Vapaaehtoisessa hoidossa oleva potilas tuli poistaa sairaalasta silloin, kun hän itse sitä pyytää tai hän ei ole enää sairaalahoidon tarpeessa, ja tarkkailuun otettu potilas heti kun on selvinnyt, ettei tahdosta riippumattoman hoidon edellytyksiä ole (MSL 521/77, 20 §). Vapaaehtoisessa hoidossa olevan potilaan osalta säännös vastasi aiempaa sääntelyä ja somaattisessa sairaanhoidossa vallinnutta käytäntöä.[474]

Mielenterveyslain kokonaisuudistus saatiin tehtyä vasta vuonna 1990, jolloin kumottiin vuoden 1952 mielisairaslaki. Uuden mielenterveyslain (MTL 1116/1990)

470 HE 85/1976 vp., s. 9.
471 HE 85/1976 vp., s. 10.
472 HE 85/1976 vp., s. 9.
473 HE 85/1976 vp., s. 11.
474 HE 85/1976 vp., s. 11.

mukaan mielenterveyspalveluiden periaatteena oli järjestää palvelut avopalveluna niin, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan (4 §). Lain 8 §:n mukaan tahdosta riippumattoman hoidon edellytyksiä edelleen tarkennettiin 1977 mielisairaslakimuutokseen nähden niin, että hoitoon voitiin määrätä vain henkilö, joka on mielisairas; joka on mielisairautensa vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan tai vakavasti vaarantaisi muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta. Lisäksi edellytettiin, että muut mielenterveyspalvelut eivät soveltuneet käytettäväksi tai olivat riittämättömiä.

Mielisairaslain ja mielenterveyslain mukaisen hoitoon määräämisen menettelyvirheet ovat olleet vuosikymmenten saatossa toistuvasti oikeusasiamiehen arvioitavana. Tarkkailulähetteen laatimisprosessissa on useina vuosikymmeninä ilmennyt identtinen menettelyvirhe, kun lääkäri on laatinut tarkkailulähetteen esitietojen perusteella, tutkimatta itse potilasta. Menettelyvirheen moitittavuus ja seuraamukset EOA:n ratkaisukäytännössä ovat vuosikymmenten kuluessa lieventyneet virkasyytteestä vakavaan huomautukseen ja huomion kiinnittämiseen.[475] Samanaikaisesti hoitoon määräämismenettelyä koskeva sääntely on täsmentynyt ja yksityiskohtaistunut ja menettelyä muutettu potilaan oikeusturvanäkökohdista yksinkertaisemmasta kolmen lääkärin toimesta tapahtuvaksi.

3.3.2 Pakon käyttäminen hoidossa

Mielisairaiden laitoshoidossa käytettiin aikanaan etupäässä pakkokeinoja. 1840-luvulta lähtien inhimillisempää ja vapaampaa hoitotapaa edellyttänyt suuntaus alkoi muokata suhtautumista ja johti periaatteeseen, jonka mukaan jokaiselle mielisairaalle tuli taata mahdollisimman suuri vapaus, jota hän voi nauttia tuottamatta vaaraa itselleen tai muille.[476] 1880-luvulta lähtien tehtiin kokeiluja mielisairaiden valvotusta sijoittamisesta perhehoitoon. Piirilääkärin, kunnallislautakunnan, kaupunginlääkärin ja poliisin tuli valvoa, että mielisairaita hoidettiin lempeästi ja huolellisesti ja mikäli mahdollista pakkokeinoja käyttämättä. [477]

Vuoden 1908 Mielisairaskomitean mietinnössä oli ehdotettu voimassa olleeseen asetukseen muutosta, jonka 13 §:n mukaan pakkokeinojen käyttäminen liittyisi vain suljettuun laitoshoitoon. Kaikkia muita mielisairaita tuli hoitaa lempeästi ja huo-

475 EOA kirjelmä dnro 1779/12.10.1955, EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1955, s. 37. EOA dnro 430/79, EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1980, s. 108-111. EOA dnro 514/4/95, EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1996, s. 144.

476 Mielisairaat pyrittiin alkuun eristämään yhteiskunnasta, ja heidän ”hoitamisessaan” käytettiin monia rajoitteita ja erilaisia julmiakin hoitomuotoja. No-restraint -periaatteen myötä hoitokäytännöt hiljalleen muuttuivat. Hoidossa alettiin pyrkiä yksilöllisyyteen ja perhehoito tuli yhdeksi hoitovaihtoehdoksi. Mielisairashoidon historiasta KM 1908:6, s. 4-12.

477 HE 108/1934 vp., s. 2.

lellisesti ja pakkokeinoja käyttämättä.[478] Komiteamietintö ei tuolloin kuitenkaan johtanut lainsäädäntöön. Myöhemmän komiteamietinnön pohjalta säädetyssä ensimmäisessä mielisairaslaissa (286/1937) sääntelyn pääpaino oli mielisairaanhoidon järjestämisessä, eikä lakiin kirjattu pakon käyttöä koskevaa sääntelyä. Mielisairasasetuksen 2 §:n mukaan lääkintöhallituksen tuli kuitenkin valvoa, että mielisairaiden hoidossa ei käytetty aiheettomasti pakkokeinoja. 1950-luvulla mielisairaslakia uudistettaessa pakon käyttö potilaiden hoidossa rajattiin vain niihin tilanteisiin, joissa se oli potilaan hoidon tai hänen ympäristönsä turvallisuuden kannalta välttämätöntä (37.2 §).[479] Tältä osin säännökset jäivät ennalleen mielisairaslain osittaisuudistuksessa 1970-luvulla (MSL 521/77, 37 §), mutta lain esitöissä täsmennettiin pakkokeinojen käyttämisen koskevan vain tahdosta riippumattomassa hoidossa olevia potilaita.[480]

EOA oli pyytänyt lääkintöhallitukselta selvitystä eristämistoimenpiteen käyttämisestä hoitokeinona mielisairaaloissa vuonna 1978. Lääkintöhallitus antoi asiassa selvityksen, jonka liitteenä olleen professori Kalle Achtén lausunnon mukaan eristämistoimenpiteisiin pitäisi turvautua vain erityistapauksissa, joissa tällainen toimenpide on perusteltu. Eristämisen ajan tulisi olla mahdollisimman lyhyt, vastuullisen lääkärin tulisi kirjallisesti perustella menettelytapa ja eristyksessä olevaa potilasta tuli tarkkailla ja seurata. Lääkintöhallitus oli myös antanut ohjeita eristämistoimenpiteistä ohjekirjeellään 7.7.1975 (5483/701/75). EOA:n mukaan *lääkintöhallituksen tuli valvoa, että sairaalat noudattavat hoitotoimenpiteiden valinnassa ja suorittamisessa maamme psykiatrian opetuksen yhteydessä annettuja ja annettavia suuntaviivoja.* Erityisen tärkeänä EOA piti valvontaa juuri eristämisen tyyppisissä hoitotoimenpiteissä, jotka merkitsevät potilaan henkilöön puuttumista.[481] MSL:n

478 KM 1908:6, s. 195. Aiempi asetuksen 1889 muotoilu edellytti vapaammissa hoitomuodoissa hoitamaan potilasta ”mahdollisuuksien mukaan” pakkokeinoja käyttämättä, mikä oli johtanut siihen, että kertaalleen väkivaltaisia piirteitä osoittanutta potilasta oli vuosia pidetty raudoin kahlehdittuna kodissaan. KM 1908:6, s. 219. Komitea teki lisäksi ehdotuksen julistukseksi, joka sisälsi tarkempia määräyksiä mielisairasten hoidosta. Sen 4 §:n mukaan Lääkintöhallituksen tuli valvoa, että mielisairaita hoidettiin lääketieteen vaatimusten mukaan ja käsiteltiin huolellisesti, ja että tämä tapahtuu, mikäli mahdollista, pakkokeinoja käyttämättä. KM 1908:6, s. 196. Komitea teki myös ehdotuksen järjestyssäännöistä perheille, jotka ottavat hoidettaviksi mielisairaita. Sen 8 §:n mukaan sairasta tuli kohdella hyväntahtoisesti ja ystävällisesti. Pakkokeinot ja väkivallan käyttö tulivat kyseeseen vain välittömän vaaran uhatessa, ja silloinkin vain siinä määrin kuin aseiden ottaminen sairaalta tai hänen vaarattomaksi tekemisensä vaati. KM 1908:6, s. 240.

479 HE 21/1951 vp., s.12 ja Eduskunnan vastaus 1952 vp., s. 7. Komiteamietinnössä mielisairaanhoidon organisoinnin uudistuksella haluttiin tehostaa oikean tasoisen hoidon ja hoitopaikkojen kautta kullekin mielisairaalle kussakin taudin vaiheessa kustannustehokas hoito sopivassa hoitopaikassa. Epäkohtana pidettiin tehotonta mielisairauksien ennaltaehkäisyä: sterilisointilain toimeenpanosäännöksiä ei pidetty tästä näkökulmasta riittävinä. KM 1943:7, s. 10-11. Lain valmisteluvaiheessa pidettiin myös epäkohtana, ettei vuoden 1937 laissa ollut kirjattuna sielullisesti vajavaisten tai asosiaalisten henkilöiden velvollisuutta alistua lääkärin tutkimukseen ja hoitoon. LVK julk. 4/1947, s. 12.

480 HE 85/1976 vp., s. 15.

481 EOA dnro 1619/78, jossa referoitu myös LKH ohjekirjettä. EOA kertomus toiminnastaan vuon-

sääntely rajoittamistoimenpiteistä oli edellä mainitun ratkaisun aikaan suurpiirteistä, eikä tarkkaa sääntelyä eristämistoimenpiteitä koskien ollut.[482] Ratkaisussa korostettiin todennäköisesti tästä johtuen toiminnan valvonnan osalta erityislakitasoisen sääntelyn noudattamisen sijaan lääkintäkäytäntöjen noudattamista.

Sittemmin eristämisestä ohjeistettiin yksityiskohtaisemmin lääkintöhallituksen ohjekirjeessä 5.8.1981 (1018/02/81). Ohjekirjeen mukaan lääkärin tuli päättää eristämisestä ja sitomisesta, ja kiireellisissä tilanteissa, jolloin lääkäri ei ollut paikalla, asiasta tuli viipymättä ilmoittaa lääkärille. Lääkärin tuli päättää myös toimenpiteen lopettamisesta. Lepositeiden käytössä tuli olla erittäin pidättyväinen potilaalle aiheutuvien riskien vuoksi, ja sidotun potilaan hyvinvoinnista ja turvallisuudesta tuli huolehtia ensisijaisesti erillisen henkilön toimesta. Henkilökuntaa tuli olla osastolla riittävästi näihin tarpeisiin. Potilas tuli tutkia huolellisesti ennen eristystoimenpidettä sen varmistamiseksi, ettei hänellä ole mukanaan varusteita, joilla hän voi vahingoittaa itseään. Potilaalla tuli olla riittävä vaatetus. Mikäli potilaalle oli välttämätön antaa tahdosta riippumatonta pitkävaikutteista lääkitystä, tämä tuli kirjata OK dnro 5483/701/75 mukaisesti.[483]

Rajoitustoimenpiteiden käyttö ei ollut ongelmatonta. EOA:n vuosittain eri mielisairaaloihin 1970–1980-luvuilla suorittamilla tarkastuskäynneillä eristämisen olosuhteisiin oli kiinnitetty huomiota mm. vaatetuksen tai sen poistamisen, ja mahdollisten lisärajoitteiden kuten pakkolääkinnän ja lepositeiden käytön osalta.[484] EOA piti erään tarkastuskäynnin yhteydessä epäasiallisena sitä, että eristämistoimenpide oli joissain tapauksissa suoritettu opetus- ja rankaisumielessä.[485] Kanteluratkaisussa dnro 929/82 EOA viittasi lääkintöhallituksen ohjekirjeellään dnro 5483/701/75 antamiin tarkentaviin ohjeisiin MSL 37 § soveltamisesta, jossa tähdennettiin potilaan olevan pääsääntöisesti vapaa, joten häntä koskevat vain lakiin perustuvat rajoitukset. Koska rajoitukset ovat poikkeuksia pääsäännöstä, vapaudesta, niiden tulkintaan oli ohjekirjeen mukaan kiinnitettävä erityistä huomiota. EOA katsoi, ettei selvityksistä ilmennyt potilaan terveydentilan olleen siinä määrin heikentynyt, että pakolla syöttäminen olisi ollut MSL 37 §:ssä mainitulla tavalla välttämätöntä, ja totesi hoitajien menetelleen MSL 37 §:n vastaisesti potilasta vastentahtoisesti syöttäessään. EOA ei myöskään pitänyt asianmukaisena, että potilaan yhteydenotto hänen oikeusturvaansa valvoviin viranomaisiin puhe-

---

na 1979, s. 157-158.

482 1977 lakimuutoksen jälkeen MSL 37§:n mukaan mielisairaalassa tahdostaan riippumatta pidettävään saatiin kohdistaa pakkoa vain siinä määrin kuin sairauden hoito tai hoidettavan tai toisen henkilön turvallisuus välttämättä vaatii.

483 Kirjauksissa tuli mainita toimenpiteen syy, luonne, kesto, arvio vaikutuksesta potilaan hoitoon ja toimenpiteen suorittaneen lääkärin ja hoitajien nimet. Kokkonen ym. 1988, s. 127.

484 Esim. EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1986, s. 161, EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1985, s. 205, EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1977, s. 125.

485 EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1980, s. 200.

limitse estetään. Lisäksi EOA piti epäasiallisena vapaakävelyoikeuden poistamista rangaistusluontoisena toimenpiteenä.[486]

Mielenterveyslain kokonaisuudistuksen myötä MTL (1116/1990) 28 §:n mukaan tarkkailuun otetun tai hoitoon määrätyn itsemääräämisoikeutta sai rajoittaa ja häneen kohdistaa pakkoa vain siinä määrin kuin sairauden hoito tai hänen turvallisuutensa tai toisen henkilön turvallisuus välttämättä vaati. Säännöstä oli osin täsmennetty 1977 mielisairaslain muutokseen nähden: rajoituksen oikeuttamisperusteisiin oli nyt lisätty myös potilaan turvallisuuden vaarantuminen.

EOA selvitti omasta aloitteestaan eristämisen käyttöä psykiatrisessa sairaalahoidossa mielenterveyslain kokonaisuudistuksen, potilaslain voimaantulon ja perusoikeusuudistuksen jälkeen vuosina 1997–1998. Eristämistä käytettiin tuolloin melko runsaasti, ja eristämisen syissä ja keinoissa oli sairaaloittain esiintyvää vaihtelua eristyshuoneen ja leposide-eristyksen osalta. EOA:n mukaan mielenterveyslain mukaiseen tarkkailuun tai tahdosta riippumattomaan hoitoon ottaminen ei sinällään oikeuttanut rajoittamaan potilaan perus- ja ihmisoikeuksia muulla tavoin. MTL 28 §:n nojalla eristäminen oli mahdollista tarkkailuun tai tahdosta riippumattomaan hoitoon otetun potilaan kohdalla, kun hänen sairautensa hoito tai hänen tai toisen henkilön turvallisuus sitä vaatii. Säännös jätti kuitenkin soveltajalleen laajan tulkintamahdollisuuden. EOA piti eristämistä vakavana puuttumisena potilaan henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja itsemääräämisoikeuteen, minkä vuoksi sitä tuli käyttää vain erittäin rajoitetusti. EOA katsoi laadultaan hyvän terveyden- ja sairaanhoidon vaatimuksen edellyttävän, että lääkärin tulisi valita potilaan eristämisen tapa yksilöllisen harkinnan perusteella, ei rutiininomaisesti laitoksen käytäntöihin vedoten. Eristämistä ei myöskään saanut käyttää rangaistusluontoisena toimenpiteenä[487]. Potilaan yhteistyökyvyttömyys, epäsosiaalisuus tai hoitokielteisyys eivät myöskään oikeuttaneet eristämistä, ellei tilanteeseen liittynyt eristämiseen oikeuttavaa uhkaa potilaan tai muiden henkilöiden turvallisuudelle.[488] EOA:n mukaan lääkärin tuli päättää eristämisestä henkilökohtaiseen tutkimukseen perustuen. Tästä voitiin poiketa ainoastaan äkillisissä tilanteissa, mutta tällöinkin lääkärin tuli tutkia potilas ja arvioida eristämisen tarve ja jatko mahdollisimman pian.[489]

Aina rajoittamistoimenpiteitä ei kuitenkaan kohdennettu vain tarkkailuun otettuun tai hoitoon määrättyyn potilaaseen, kuten MTL edellytti. EOA:n päätöksessä vuodelta 1999 dnro 1697/4/97 oli kyse potilaan eristämistä tilanteessa, jossa hän oli karannut mielisairaalasta, ja poliisin palautettua hänet sinne 2 kk:n karkumatkan

486 EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1984, s. 103-104.

487 Selvityksen mukaan eristämistä oli käytetty mm. wc-pöntön tukkimisen, karkausyrityksen ja varastamisen vuoksi. EOA dnro 1893/2/97.

488 EOA dnro 1893/2/97, EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1998, s. 206-210.

489 EOA dnro 1893/2/97, EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1998, s. 206-210.

jälkeen sairaalan päivystävä lääkäri oli määrännyt potilaan eristykseen karkaamisen estämiseksi ja mahdollisen päihtymystilan vuoksi. Potilaasta tehtiin uusi tarkkailulähete ja tarkkailun jälkeen hoitoon määräämispäätös, ja tahdosta riippumaton hoito jatkui. Koska aiempi hoitoon määräämispäätös oli kuitenkin 2 kk:n karkumatkan aikana vanhentunut, ja potilasta ei eristämisen aikana ollut vielä asetettu tarkkailuun tai määrätty hoitoon, EOA piti eristämistä lain vastaisena, *ellei se perustunut potilaan vapaaehtoisuuteen*.[490] Huomionarvoista on, että tässä ratkaisussa EOA:n perusteluiden mukaan potilaan suostumus olisi voinut oikeuttaa merkittävän perusoikeuksien ydinalueeseen puuttuvan rajoittamisen.

Mielisairaanhoidossa olevien potilaiden yhteydenpidon rajoittamista koskevaa lain tasoista sääntelyä on ollut 1900-luvun alkuvuosikymmenistä lähtien. Jo ensimmäisen mielisairaslain nojalla mielisairaalan vastaavalla lääkärillä ja kunnalliskodin mielisairasosaston lääkärillä oli oikeus hoidon, järjestyksen tai turvallisuuden niin vaatiessa tarkastaa hoidettavaksi otetun henkilön kirjelähetykset (MSL 4 §).[491] Aina tarkastukset eivät sujuneet moitteettomasti. EOA joutui antamaan mielisairaaloiden ylilääkäreille huomautukset, kun potilaiden hovioikeudelle ja oikeusasiamiehelle laatimia kantelukirjelmiä ei toimitettu viipymättä perille (päätös 379/30.7.1940 ja päätös 1388/3.6.1960).[492] 1950-luvun mielisairaslain uudistuksen jälkeen vastaavalla lääkärillä oli edelleen oikeus tarkastaa tai tarkastuttaa mielisairaalaan otetun henkilön kirjelähetykset ja tarvittaessa hoidon, järjestyksen tai turvallisuuden niin vaatiessa pidättää ne (38.1 §). Laitoksessa olevan kirjoitukset valvontaviranomaisille ja näiden kirjeet potilaalle tuli kuitenkin aina toimittaa perille (38.2 §).[493]

1970-luvulla pidettiin aiemmassa mielisairaslaissa säänneltyä potilaan postin tarkastamisoikeutta potilaan ihmisarvoa loukkaavana, muusta sairaalahoidosta poikkeavana ja psykiatristen potilaiden eriarvoisuutta korostavana menettelynä. Käytännön syistä postin tarkastusoikeutta ei kuitenkaan vuoden 1977 uudistuksessa haluttu poistaa kokonaan, jotta sairaalalle jäisi mahdollisuus valvoa, ettei potilaalle toimiteta sairaalan ulkopuolelta hoitotuloksia vaarantavia tai heikentäviä aineita.[494] Mielisairaalan vastuunalainen lääkäri sai edelleen tarkastaa tai tarkastuttaa ja pidättää sairaalaan tarkkailtavaksi tai hoidettavaksi otetulle henkilölle saapuneet kirjeet ja muut lähetykset, jos se oli järjestyksen tai turvallisuuden kannalta välttämätöntä tai lähetyksen epäiltiin sisältävän päihdyttävään tai vastaavaan tarkoitukseen käytettäviä aineita. Potilaan lähettämiä kirjeitä sen sijaan ei ollut enää oikeutta tarkastaa (MSL 521/77, 38 §).

490 EOA dnro 1697/4/97, EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1999, s. 262-263.
491 Eduskunnan vastaus HE 19/1936 vp.
492 EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1960, s. 64.
493 HE 21/1951 vp., s.12 ja Eduskunnan vastaus 1952 vp., s.7.
494 HE 85/1976 vp., s. 15.

Mielenterveyslain kokonaisuudistuksen yhteydessä 1990 kirjeiden tai muiden lähetysten tarkastamisoikeutta täsmennettiin 1977 mielisairaslakiin nähden siten, ettei sairaalan toimintaa valvovien viranomaisten, lainkäyttöviranomaisten sekä oikeusavustajan tarkkailuun otetulle tai hoitoon määrätylle osoittamia lähetyksiä enää saanut tarkastaa tai pidättää, vaan ne tuli toimittaa viipymättä perille (28.3 §). Vuonna 1990 EOA antoi mielisairaalassa olevan henkilön kirjeenvaihdon tarkastamista ja omaisten tapaamisoikeutta koskevan ratkaisun EOA dnro 1459/4/88. Sen mukaan kirjeet sai tarkastaa vain mielenterveyslain (1116/1990) mukaisin edellytyksin[495], mitään säännönmukaista tarkastusoikeutta kirjeisiin ei ollut. Lähtökohtaisesti hoidossa olevalla potilaalla oli myös oikeus tavata omaisiaan ja pitää puhelimitse yhteyttä sairaalan ulkopuolelle. EOA perusti ratkaisunsa myös HM 12 §:n sekä samana vuonna Suomessa voimaansaatetun Euroopan ihmisoikeussopimuksen 8 art. kirje-, lennätin ja puhelinsalaisuuden loukkaamattomuuteen.[496] Yksityiskohtaisemmin mielenterveyslain mukaisessa hoidossa käytettävistä rajoittamistoimenpiteistä on säännelty vuonna 2001 voimaan tulleessa 4a-luvussa (1423/2001), jota käsitellään tarkemmin sääntelyn nykytilaa käsittelevässä luvussa.

3.3.3 Poliisin virka-avun käyttäminen mielenterveyslain nojalla toimittaessa

Poliisin virka-avun käyttäminen mielenterveyslain nojalla on tutkimuksen kannalta relevantti asia, sillä siihen turvaudutaan somaattisen terveydenhuollon yksiköissä potilaan kuljettamiseksi mielenterveyslain mukaiseen arvioon tarkkailulähetteen laatimista varten terveydenhuollon toimintayksikköön sekä potilaan kuljettamiseksi terveydenhuollon toimintayksiköstä mielisairaalaan. Poliisin virka-avun käyttämisestä mielisairaiden potilaiden kuljetusten järjestämisessä on ollut lain tasoista sääntelyä jo 1900-luvun alkupuolelta lähtien. Vuoden 1937 mielisairaslaissa poliisilla oli 11 §:n mukaan velvollisuus oma-aloitteisesti kuljettaa mielisairaaksi epäilty itselleen tai ympäristön turvallisuudelle vaarallinen potilas mielentilatutkimusta varten mielisairaalaan. Lisäksi 27 §:n nojalla poliisi oli velvollinen antamaan virka-apua potilaan hoitoon toimittamiseksi tai palauttamiseksi, jos mielisairas vastusti mielisairaalaan tai kunnalliskodin mielisairasosastolle hoitoon ottamista tai poistui hoidosta luvatta. Vastaavat lainkohdat sisältyivät myös vuoden 1952 mielisairaslakiin (23 ja 56 §:t). Vuoden 1977 mielisairaslain muutoksen jälkeen potilaan toimittamisessa terveyskeskukseen, poliklinikkaan tai mielisairaalaan tuli käyttää ensisijaisesti terveydenhuollon koulutuksen saanutta kuljettajaa, ja poliisia voitiin käyttää tässä apuna potilaan väkivaltaisuuden tai muun vastaavan syyn vuoksi

495 MTL 1116/1990 28.2 §:n mukaan sairaalan ylilääkärillä tai muulla vastaavalla lääkärillä on oikeus tarkastaa tai tarkastuttaa sekä pidättää tarkkailuun otetulle tai hoitoon määrätylle saapuva kirje tai muu lähetys, jos järjestys tai turvallisuus sitä välttämättä vaatii taikka jos on perusteltua aihetta epäillä lähetyksen sisältävän päihteitä tai huumausaineita.

496 EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1990, s. 94-97.

vain lääkärin virka-apupyynnön perusteella (19 §). Sairaalasta kesken hoidon poistuneen potilaan osalta poliisin virka-apua koskeva säännös säilyi lakimuutoksessa ennallaan (56 §). Lääkintöhallitus korosti mielisairaslain ja -asetuksen voimaantuloa koskevassa ohjekirjeessään nro 2103/02/78 lain tavoin, että mielisairaaksi epäillyn toimittaminen lääkärintarkastukseen ja edelleen sairaalaan tuli tapahtua pääasiassa terveydenhuoltohenkilökunnan toimesta, ei poliisin toimesta, kuten aiemmin oli usein menetelty. Mielisairaalahoidon edellytykset tuli selvittää joko lääkärin sairaankuljetushenkilöstön kanssa tekemällä kotikäynnillä, tai jos tämä ei ollut mahdollista, sairaankuljetushenkilöstön tuli noutaa potilas terveyskeskukseen tutkimusta varten. Vain erittäin kiireellisissä tapauksissa oli mahdollista, että poliisi kuljetti henkilön terveyskeskukseen tutkittavaksi. Poliisin virka-apuun tuli turvautua vain tarvittaessa, esimerkiksi uhkaavan tai väkivaltaisen käytöksen vuoksi.[497] Lääkintöhallitus myös noudatti ratkaisuissaan ohjekirjeensä linjausta poliisin virka-avun käyttämisestä. Lääkintöhallitus kiinnitti lääkärin huomiota vastaisen varalle siihen, että poliisin virka-apu on tarkoitettu pyydettäväksi silloin kun voimakeinot ovat välttämättömiä potilaan käsittelyssä ja että virka-apua pyytäessään lääkärin tulee pääsääntöisesti henkilökohtaisesti varmistua mielisairaslain 16a §:n mukaisten edellytysten täyttymisestä. Tapauksessa terveyskeskuslääkäri oli pyytänyt etukäteen poliisin virka-apua ja tilannut paikalle myös ambulanssin. Potilas oli suostunut vapaaehtoisesti lähtemään hoitoon ja jäämään mielisairaalaan.[498] Toisessa tapauksessa potilas ei suostunut lähtemään ambulanssilla terveyskeskukseen mielisairauden aiheuttaman hoidon tarpeen arvioimiseksi, jolloin oli pyydetty poliisilta virka-apua ja potilas oli toimitettu käsiraudoissa terveyskeskukseen. Lääkintöhallitus totesi, ettei lääkäri ollut syyllistynyt varsinaisesti virheelliseen menettelyyn, mutta hänen olisi tullut ensisijaisesti pyrkiä henkilökohtaiseen kontaktiin potilaan kanssa, jollei kotikäynnillä niin ainakin puhelimitse viimeistään siinä vaiheessa, kun ambulanssihenkilöstö ilmoitti potilaan kieltäytyneen terveyskeskukseen tulosta.[499]

Mielenterveyslain kokonaisuudistuksessa 1990 poliisille säädettiin edelleen velvoite antaa tarvittaessa terveydenhuollon ammattihenkilölle virka-apua potilaan kuljettamisessa terveyskeskukseen tai sairaalaan, jos virkasuhteinen lääkäri arvioi, että kuljetettavan väkivaltaisuuden tai muun syyn vuoksi kuljetukseen tarvitaan terveydenhuollon ammattihenkilön lisäksi muukin saattaja (MTL 31 §). Kanteluratkaisuista päätellen potilaan kuljettamista ja poliisin virka-apua koskevan lakimuutoksen päivittyminen käytäntöihin on vaatinut aikaa, sillä poliisin virka-avun käyttö ja potilaan kuljettamiseen liittyvät kysymykset ovat useita kertoja olleet eduskunnan

497 OK dnro 2103/02/78. Kokkonen ym. 1987, s. 158-161.

498 LKH dnro 5888/102/86, Lääkintöhallituksen toimenpiteitä aiheuttaneet kantelu- ym. ratkaisut 1988, s. 3-4.

499 LKH dnro 2898/481/88, Lääkintöhallituksen toimenpiteitä aiheuttaneet kantelu- ym. ratkaisut 1988, s. 10-11.

oikeusasiamiehen arvioitavana. EOA:n ratkaisuissa terveyskeskuksen tai mielenterveystoimiston menettelyä on arvosteltu, koska potilas oli MT 1-lähetteen laadinnan jälkeen kuljetettu terveyskeskuksesta psykiatriseen sairaalaan poliisiautolla. Voimassa olleen MSL:n säännösten mukaan kuljetus olisi pitänyt järjestää sairasautolla.[500] Vastaavasti EOA:n ratkaisuissa on arvosteltu potilaan toimittamista terveyskeskukseen lääkärin vastaanotolle psyykkisen tilan arviointia varten poliisin toimesta ilman terveydenhuoltoalan ammattikoulutuksen saanutta saattajaa.[501] MTL 31 §:n nojalla terveydenhuoltoviranomaisten tuli ensisijaisesti huolehtia potilaan kuljetuksesta omin voimin tai poliisin virka-apua käyttäen niin, että varsinaisena saattajana toimii terveydenhuoltoalan ammattikoulutuksen saanut henkilö. MTL 30 §:n nojalla poliisi voi kuljettaa psyykkisesti sairaan terveyskeskukseen vain erittäin kiireellisessä tapauksessa.[502]

3.4 Kehitysvammaiset

Vuoden 1958 vajaamielislaissa (107/58) pääpaino oli laitoshoidossa ja sen avohuoltoa koskevat säännökset olivat vähäiset.[503] Vajaamielisten henkilöiden huollon puutteita selvittämään ja niitä parantamaan perustettiin vuonna 1966 komitea, jonka kehitysvammalakiehdotuksen sisältävä komiteamietintö julkaistiin 1970. Mietinnössä lähtökohtana pidettiin Suomessa vallinnutta, YK:n ihmisoikeuksien julistuksen 1948 mukaista yhteiskunnallista ajattelua, jonka mukaan jokaisen yksilön ihmisarvo tuli varauksitta tunnustaa. Yhteiskunnan velvollisuutena oli siten tarvittaessa tukea jokaista yksilöä saavuttamaan ihmisarvoinen elämä.[504] Komiteamietintö ei sisältänyt terveydenhuollon osalta kehitysvammaisen tahdosta riippumatonta hoitoa koskevaa sääntelyä.[505] Henkilön tahdosta riippumatonta terveydenhoitoa koskevaa sääntelyä ei sisältynyt myöskään ensimmäiseen lakiin kehitysvammaisten erityishuollosta (519/1977), vaikka lain 2 §:n mukaan terveydenhoito oli osa erityishuollon palve-

500 EOA dnro 988/4/86, EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1988, s. 108. EOA dnro 1531/4/88, EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1989, s. 98. EOA dnro 1790/4/92, EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1993, s. 91-92.

501 EOA dnro 1230/4/86, EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1987, s. 98. EOA dnro 686/4/91, EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1992, s. 89-90. EOA dnro 2383/4/94, EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1995, s. 106-107. EOA dnro 1555/4/96, EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1997, s. 139.

502 EOA dnro 686/4/91.

503 KM 1970: A12, s. 40. Vajaamielislakia edelsi laki tylsämielisten hoitoa ja kasvatusta varten toimivien kunnallisten ja yksityisten laitosten valtionavusta (185/27). KM 1970: A12, s. 10.

504 KM 1970: A12, s. 7.

505 Mietintöön sisältyi kuitenkin lakiehdotuksen 22 §, jonka mukaan 16-vuotta täyttänyt kehitysvammainen voitiin tahdostaan tai holhoojansa tahdosta riippumatta ottaa kyseisen lain tarkoittamaan laitokseen tai asuntolaan, jos hänen huoltoaan ei voitu muuten järjestää ja oli syytä olettaa hänen ilman huoltoa joutuvan ilmeiseen vaaraan tai jos häntä voitiin pitää ympäristölleen vaarallisena. KM 1970: A12, s. 46.

luita, ja terveydenhuollon erityislainsäädännössä, mm. sterilisointilainsäädännössä, pakkotoimenpiteitä oli jo 1900-luvun alkuvuosikymmenistä lähtien kohdistettu mm. kehitysvammaisiin henkilöihin. Vaikka lakia on muutettu sittemmin lukuisia kertoja, lakimuutoksissa ei käsitelty vammaisen henkilön terveydenhuoltoa koskevaa itsemääräämisoikeutta tai rajoittamistoimenpiteitä.

EOA:n kehitysvammalaitoksiin vuonna 1985 tekemällä tarkastuskäynnillä todettiin puutteita ja epäyhtenäisyyksiä pakon soveltamisessa. Tämän syynä pidettiin sosiaalihallituksen malliohjeiden puuttumista, joiden sijaan sosiaalihallitus oli jättänyt ohjeiden laatimisen keskuslaitosten tehtäväksi. Sosiaalihallitus lähetti tämän johdosta kirjeellä malliohjeet laitoskohtaisten ohjeiden laatimisesta.[506] Puutteista huolimatta erityishuollossa olevan henkilön itsemääräämisoikeutta ja rajoitustoimenpiteitä koskeva terveydenhuoltoon liittyvän sääntelyn sisältävä 3a-luku säädettiin vasta 2016 (L 381/2016).

3.5 Yhteenveto rajoittamissääntelyn kehityksestä

Potilaan tahdosta riippumatonta hoitoa ja toimenpiteitä koskevaa lain tasoista sääntelyä on edellä kuvatusti ollut 1900-luvun alkupuolelta lähtien. Varhaisimmissa eduskuntalaeissa tahdosta riippumattoman sääntelyn tavoitteena oli yhteiskunnallisten epäkohtien korjaaminen, ei niinkään kohteena olevan yksilön parantaminen tai hyvinvointi. Yhteiskunnan etu asetettiin sääntelyssä yksilön edun edelle. Osin pakkohoitosääntelyä käytettiin myös ratkaisemaan potilaan suostumuskyvyttömyydestä aiheutuvaa oikeudellista ongelmaa. Pakon käyttö kohdennettiinkin tiettyihin ihmisryhmiin esimerkiksi tietyn sairauden tai alkoholismin perusteella. Pakkohoitoa koskeva sääntely oli alkuun hyvin suurpiirteistä, lähinnä pakon käytön oikeuttavaa. Käytännön soveltaminen jätettiin pitkälti lääkintäkäytännön ja tavanomaisoikeudellisen käytännön varaan. Ylimmän laillisuusvalvojan ja valvontaviranomaisen ratkaisuissakin korostettiin edellä kuvatusti lääketieteen opetuksen käytäntöjen ja vakiintuneiden hoitokäytäntöjen noudattamista pakkohoidossa, mutta myös linjattiin pakon käyttöä tilanteessa, kun tarkempi sääntely puuttui.

Väljä sääntely mahdollisti laitosolosuhteissa ns. laitosvaltana tunnetun kulttuurin muodostumisen. Laitoksessa olon katsottiin oikeuttavan soveltamaan henkilöön normeja, joita ei yhtä matalalla norminantotasolla olisi voitu soveltaa laitoksen ulkopuolella.[507] Jo 1940-luvulla vallanalaiseksi asettamista tai henkilökohtaiseen koskemattomuuteen kajoamista todettiin esiintyvän muulla kuin rikosoikeudellisella perusteella yleisen järjestyksen ja turvallisuuden sekä eräiden sosiaalisten syiden vuoksi mm. terveydenhuoltolainsäädännössä ja huoltolainsäädännössä, esim.

506 EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1985, s. 206.
507 Hidén 1971, s. 44-46.

alkoholistihuollossa, mielisairaiden käsittelyssä, sukupuolitauti-, sterilisointi- ja kastrointilainsäädännössä.[508] Laitosvalta-käsitettä ei kuitenkaan aikanaan sisällytetty hallitusmuotoon, eikä hallitusmuodon säätämisen jälkeen ollut ilmennyt seikkoja, jotka olisivat vaatineet tai sallineet laitosvaltakäsitteen soveltamisen perusoikeuksiin. Oikeustieteellisessä kirjallisuudessakaan ei ollut esitetty vallanalaisuussuhteen perustavan oikeutta perusoikeuden kaventamiseen tai sivuuttamiseen.[509] Vaikka oikeuskäytännössä oli esiintynyt tapauksia, joissa oli nojauduttu laitosvaltakonstruktioon perusoikeuksien rajoittamisessa, niiden perusteella ei voitu katsoa luotavan perusoikeusjärjestelmää muuttavaa tavanomaista oikeutta.[510] Päinvastoin oikeuskäytännössä oli löydettävissä tapauksia, joissa suhtauduttiin kielteisesti laitosvaltakonstruktioon perusoikeuksien rajoittamisen perusteena. Perusoikeuksien katsottiin olevan voimassa riippumatta siitä, oleskeliko kansalainen vapaaehtoisesti tai pakosta jossakin laitoksessa.[511]

Pakkohoidon ja -toimenpiteiden käytöstä käytiin siis oikeustieteellistä keskustelua ainakin jo 1900-luvun puolivälissä, myös suhteessa perusoikeuksiin.[512] Näihin aikoihin myös laadittiin YK:n ihmisoikeuksien julistus ja Euroopan neuvoston Euroopan ihmisoikeussopimus. Muutokset kansallisessa sääntelyssä lähtivät hiljalleen liikkeelle sterilisoimis-, kastroimis- ja raskaudenkeskeytyslaeista. Asenteet pakkohoitoa kohtaan alkoivat selkeämmin muuttua 1960–1970 -luvuilla. Näihin aikoihin ajoittuvat YK:n ihmisoikeussopimukset, KP ja TSS -sopimukset. Yhteiskuntakäsitys oli muuttunut korostetun yksilökeskeiseksi, ja haluttiin korostaa yksilön valinnanvapautta.[513] Pakkotoimenpiteitä tuli nyt välttää, mikäli yhteiskunnan etu ei niiden käyttöä ehdottomasti vaatinut.[514] Sosiaali- ja terveydenhuollon oikeussuojakomitean näkemyksen mukaan kansalaisten oikeuksista ja velvollisuuksista tuli säännellä lain tasoisesti. Esimerkiksi laitoksissa olevien potilaiden osalta perusoikeuksien ja vapauksien rajoittamiseen ei ollut perustuslain mukaisia rajoittamisperusteita pelkästään laitosvallan perusteella, vaan heillä tuli olla samat oikeudet kuin muillakin potilailla.[515] Pakon käyttöä ei enää kohdistettu tiettyihin sairauksiin

508 Merikoski 1944, s. 22.

509 Hidén 1971, s. 44-46.

510 Hidén 1971, s. 46. Myös perusoikeusuudistusta koskevassa hallituksen esityksessä todettiin, että aikaisemmin pidettiin Suomessakin mahdollisena rajoittaa tietyn ihmisryhmän, kuten vankien tai muiden laitoksessa olevien sekä virkamiesten, perusoikeuksia suoraan erityisen vallanalaisuussuhteen tai laitosvallan perusteella. HE 309/1993 vp., s. 25.

511 Hidén 1971, s. 46. Hiden katsoi, ettei laitosvalta-käsitteellä ole sijaa Suomen perusoikeusjärjestelmässä. Hidén 1971, s. 46-47.

512 Ahtee 1950. Merikoski 1944, s. 22.

513 KM 1971: A25, s. 8. Sosiaalihuollon periaatekomitean mukaan vapaudenriiston, joka merkitsee yksinomaan yhteiskunnan intressin toteuttamista pakkokeinoin yksilöä vastaan, ei voitu katsoa kuuluvan yksilön auttamiseen tähtäävän sosiaalihuollon piiriin. KM 1971: A25, s. 21 ja 35. Vastaavasti Lötjönen 2004 a, s. 1402-1405.

514 HE 105/1969 vp., s. 1.

515 KM 1979:59, s. 19. Eräät käytännön seikat, mm. potilaan liikuntakyvyttömyys, saattoivat aiheut-

yhteiskunnallisten epäkohtien hallintamielessä, vaan perusoikeuksien rajoittaminen ja pakon käyttö nähtiin mahdolliseksi yleisemmin silloin, kun yksilö ei perustellusti kyennyt toimimaan omassa asiassaan kehittymättömyytensä, tilapäisen mielenhäiriön, sairauden tai poikkeavan tilansa vuoksi. Pakon käytön perusteissakin siirryttiin yhteiskunnallisten epäkohtien korjaamisesta yksilön itsensä tai toisen henkilön suojaamiseen.[516] Pakon käytöltä alettiin myös edellyttää välttämättömyyttä, tarkoituksenmukaisuutta ja tarkoitussidonnaisuutta.[517] Tahdonvastaisia toimenpiteitä koskevalta sääntelyltä alettiin edellyttää myös yksityiskohtaisuutta, mikä päivittyikin sääntelyyn sterilisoimis-, kastroimis- ja raskauden keskeyttämislainsäädännön uudistuksissa 1970-luvun alussa, mielisairaslain muutoksessa 1977 ja edelleen mielenterveyslain säätämisessä 1990, sekä päihdehuoltolain ja tartuntatautilain säätämisessä 1986.[518] Myös puuttumisen oikeasuhtaisuuden periaate on selvemmin luettavissa terveydenhuollon rajoittamissääntelystä ainakin 1970-luvulta alkaen.

Oikeusministeriö ehdotti potilaslakiluonnosta koskevassa lausunnossaan oikeussuojakomitean (KM 1979:59) tapaan, että potilaan oikeuksia määrittelevässä laissa voitaisiin säätää esimerkiksi pitkäaikaispotilaan asemasta laitoksissa ja yleensäkin hoitosuhteesta aiheutuvista potilaan velvollisuuksista. Epäselvyydet hoitolaitosten joidenkin ohjesääntömääräysten laillisuudesta hallitusmuodon perusoikeuksien kannalta tulisi ratkaista lain tasolla.[519] Komiteamietinnön mukaan päätösvaltaa voitiin uskoa viranhaltijoille siltä osin, kuin säännökset osoittavat perusteet ratkaisuille. Tahdonvastaisissa toimissa asian kolleginen käsittely katsottiin tarpeelliseksi, koska näissä tilanteissa yksilön oikeussuojan tarve on korostuneempi. Vapaudenriistoa koskevat toimet tuli oikeussuojakomitean näkemyksen mukaan vahvistaa tuomioistuimessa, esimerkiksi lääninoikeudessa. [520]

Terveydenhuollon erityislainsäädäntöön pitkään sisältynyttä rajoittamissääntelyä ei kuitenkaan potilaslain valmisteluvaiheessa nähty tarkoituksenmukaiseksi sijoittaa potilaslakiin.[521] Potilaslakiehdotuksen yhteydessä ei haluttu muuttaa erityislaeissa olevaa sääntelyä potilaan tahdosta riippumattomasta hoidosta, esimerkiksi tartuntatautien tai mielisairauden vuoksi; eikä lääkintätoimenpiteen kohteena olevan henkilön suostumusta ja terveydenhuoltohenkilöstön selontekovelvollisuutta koskevaa sääntelyä esimerkiksi sterilisoinnin, kastroinnin ja raskauden keskeyttämisen osalta.[522] Sterilisointia tai raskauden keskeyttämistä koskevien lakien osalta ei nähty

---

taa rajoituksia oikeuksien tosiasialliselle toteuttamiselle.

516 KM 1971: A25, s. 31 ja 44.

517 KM 1971: A25, s. 44-45.

518 KM 1971: A 25, s. 54. Lahti 1986, s. 137-138.

519 Oikeusministeriön lausunto STM:lle terveydenhuollon oikeussuojatoimikunnan II mietinnöstä 1983, s. 1-2.

520 KM 1979:59, s. 21-22.

521 STM:n apulaisosastopäällikkö Marita Liljeströmin kirje sosiaali- ja terveysvaliokunnalle 21.5.1992.

522 KM 1982:65, s. 20-21.

oikeusturvaongelmia, vaikkakin komiteatyöskentelyssä kiinnitettiinkin huomiota alueellisesti yhdenvertaiseen päätöksentekoon syntyvyyden säännöstelyn ohjauksessa.[523] Tartuntatautien hoitoa koskevassa järjestelmässä ei myöskään ollut havaittu oikeusturvaongelmia.[524] Niinpä erityislainsäädäntö ehdotettiin jätettävän voimaan. Potilaan oikeuksia koskevaa yleissääntelyä ehdotettiin sovellettavaksi myös näillä terveydenhuollon aloilla, ellei erityissääntelyssä tästä poikettaisi.[525] Myös muun lainsäädännön perusteella potilaalle kuuluvat etuusasiat jätettiin tietoisesti potilaan hoitoa ja kohtelua koskevan sääntelyehdotuksen ulkopuolelle.[526] Potilaslakiehdotus ei siten ratkaissut esimerkiksi psykiatristen potilaiden pakkohoitoon tai terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontaan liittyneitä ongelmia.[527]

Lääkintäetiikan, kansainvälisten eettisten ohjeiden, ihmisoikeussääntelyn ja kansallisen sääntelyn kehitys näyttää tutkimuksen aihepiiriä koskevin osin tapahtuneen keskinäisessä vuorovaikutuksessa, mikä on johtanut parhaimmillaan lääkintäeettisten periaatteiden, ihmisoikeuksien ja kansallisen sääntelyn sisällölliseen yhtenäisyyteen. Esimerkkinä vuosikymmenten lääkintäeettiseen ja tavanomaisoikeudelliseen traditioon perustuva potilaslain potilaan itsemääräämisoikeutta koskeva sääntely, joka on myöhemmin käsitellysti varsin yhtäpitävää potilaslakia myöhemmin solmitun ja ratifioidun biolääketiedesopimuksen itsemääräämisoikeutta koskevan sääntelyn kanssa. Lääkintäetiikan, perus- ja ihmisoikeuksien ja kansallisen sääntelyn vuoropuhelu on nähtävissä myös tahdosta riippumattoman hoidon ja rajoittamissääntelyn kehityksessä. Rajoittamissääntely on vähitellen kehittynyt suurpiirteisestä, mahdollistavasta, soveltamiseltaan lääkintäkäytäntöön ja -etiikkaan vahvasti nojaavasta sääntelystä kansainvälisten eettisten ja ihmisoikeuksien julistusten ja sopimusten sisältämien periaatteiden myötävaikutuksella yksityiskohtaisemmaksi, ja suhteellisuus- välttämättömyys- ja tarkoitussidonnaisuusperiaatetta ja potilaan oikeusturvaa paremmin huomioivaksi. Kehitys täsmällisemmän ja tarkkarajaisemman sääntelyn suuntaan on jatkunut 2000-luvulla.

523 KM 1979:59, s. 71-73.
524 KM 1979:59, s. 65 (tbc), s. 71 (tartuntataudit terveydenhoitolaki).
525 KM 1982:65, s. 20-21.
526 KM 1982:65, s. 35.
527 Lahti 1985, s. 455.

II TÄYSI-IKÄISEN POTILAAN ITSEMÄÄRÄÄMIS-OIKEUDEN RAJAT JA RAJOITTAMIS-EDELLYTYKSET SOMAATTISESSA HOIDOSSA

4 Itsemääräämisen ja suojelemisen periaate kansainvälisissä ihmisoikeussopimuksissa

4.1 Ihmisoikeusjärjestelmät, sopimusten tulkintaperiaatteet ja valvonta

Perus- ja ihmisoikeuksien painoarvon kasvun myötä kaikkea kansallista terveydenhuoltoa koskevaa sääntelyä tarkastellaan perus- ja ihmisoikeuskontekstissa. Ihmisoikeudet ovat kansainvälisissä ihmisoikeussopimuksissa ja vastaavissa asiakirjoissa turvattuja tärkeinä pidettyjä oikeuksia, jotka universaaleina oikeuksina kuuluvat kaikille ihmisille.[528] Valtiolla on velvollisuus turvata näiden oikeuksien toteutuminen vaikutuspiirissään oleville yksilöille. Ihmisoikeuksien toteutumista voidaan kuitenkin tarvittaessa myös rajoittaa tilanteissa, joissa eri oikeuksien vaikutukset ovat keskenään ristiriitaiset. Tällöin oikeuksien keskinäistä painoarvoa joudutaan punnitsemaan vastakkain.[529] Tässä luvussa analysoidaan tutkimuksen kannalta relevanttien Suomea sitovien kansainvälisten ihmisoikeussopimusten itsemääräämisen ja suojelemisen periaatteisiin liittyvät keskeiset normit, ja niitä ja ihmisoikeuksien rajoittamisperiaatteita koskeva valvontaelinten tulkintakäytäntö. Lopuksi analysoidaan Suomea sitoviin ihmisoikeussopimuksiin sisältyvien, tutkimuskysymyksen kannalta merkittävien normi- ja tulkintaristiriitojen ratkaisumahdollisuuksia.

Suomen ja tämän tutkimuksen kannalta relevantteja ihmisoikeussopimusjärjestelmiä on kaksi: maailmanlaajuinen YK:n ihmisoikeussopimusjärjestelmä ja alueellinen Euroopan neuvoston sopimusjärjestelmä.[530] Ihmisoikeussopimukset luodaan poliittisessa prosessissa, jossa mukana olevat organisaation jäsenvaltiot määrittelevät, millaiset oikeudet ja velvoitteet ne sisällöllisesti ovat valmiita hyväksymään.[531] Alueellisilla sopimuksilla on yhteinen normilähtökohta YK:n ihmisoikeussopimusjärjestelmän kanssa, sillä myös alueelliset sopimukset pitävät YK:n peruskirjaa ja ihmisoikeuksien yleismaailmallista julistusta perustanaan.[532] Ihmisoikeussopimusten

528 Siltala 2004, s. 585.

529 Esim. Chassagnou and others v. France, kohta 113.

530 Ojanen – Scheinin 2011 b, s. 179-181.

531 Asiantuntijoiden ja yhteiskunnallisten toimijoiden osallistaminen tässä prosessissa vaihtelee organisaatioittain. Shelton 2020, s. 107-108.

532 Useat eri ihmisoikeusjärjestelmät ovat kuitenkin herättäneet kysymyksiä ihmisoikeussopimusten

oikeudellinen sitovuus perustuu siihen, että sopimukset on Suomessa valtionsisäisesti saatettu voimaan lailla.[533]

Tämän tutkimuksen kannalta keskeisiä Euroopan neuvoston ihmisoikeussopimuksia ovat Euroopan ihmisoikeussopimus, jota on päivitetty lisäpöytäkirjoin (EIS, SopS 63/1999); vuonna 2010 ratifioitu yleissopimus ihmisoikeuksien ja ihmisarvon suojaamiseksi biologian ja lääketieteen alalla, eli biolääketiedesopimus (BLTS, SopS 24/2010), ja Euroopan sosiaalinen peruskirja vuodelta 1961, joka tuli Suomessa voimaan 1991. Uudistettu Euroopan sosiaalinen peruskirja saatettiin voimaan asetuksella 2000-luvun alussa (SopS 80/2002). YK:n ihmisoikeussopimusjärjestelmässä tutkimuksen kannalta keskeisiä sopimuksia ovat kansalaisoikeuksia ja poliittisia oikeuksia koskeva KP-sopimus (SopS 8/1976); taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskeva TSS-sopimus (SopS 6/1976) sekä YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista (SopS 27/2016), CRPD.

Ihmisoikeussopimusten noudattamista valvovat sopimuksissa perustetut valvontaelimet. Ihmisoikeustuomioistuimilla ja muilla ihmisoikeussopimusten valvontaelimillä on sopimuksen luoma mandaatti valvoa sitä sopimusta, jonka nojalla tuomioistuin tai valvontaelin on perustettu. Tästä johtuen ne tulkitsevat ”omaa” sopimustaan.[534] Euroopan ihmisoikeussopimuksen osalta valvontatehtävä on Euroopan ihmisoikeustuomioistuimella, jonka ratkaisuja pidetään sitovina.[535] YK:n ihmisoikeussopimusjärjestelmässä sopimusten noudattamista valvovat sopimuskohtaiset komiteat, esimerkiksi KP-sopimuksen ihmisoikeuskomitea, vammaisten oikeuksia valvova CRPD-komitea tai kidutuksen vastaista CAT-sopimusta (SopS 60/1989) valvova CAT-komitea.[536] Näkemykset valvontakomiteoiden kannanottojen, päätelmien, yleiskommenttien ja ratkaisukäytännön sitovuudesta vaihtelevat. Kansainvälisen kirjallisuuden mukaan ne eivät olisi sinänsä oikeudellisesti

yleismaailmallisuudesta ja alueellisen monimuotoisuuden aiheuttamasta yleismaailmallisten normien pirstaloitumisesta ja heikentymisestäkin. Shelton 2020, s. 108-110. Fitzmaurice 2015, s. 755.

533 Ojanen – Scheinin 2011 b, s. 179-181.

534 Fitzmaurice 2015, s. 753-755, 763, 766.

535 Ojanen – Scheinin 2011 b, s. 178.

536 Komiteoiden tyypilliset tehtävät ovat jäsenvaltioiden sopimuksen voimaansaattamisen jälkeen valtion komitealle toimittamien raporttien arviointi, epäsuorasti sopimussäännösten luonnetta ja laajuutta koskevien yleisten kommenttien (general comments) antaminen, valtioiden väliset valitukset, yksilövalitukset ja tiedustelut yleisistä käytännöistä, jotka rikkovat komitean valvomaa sopimusta. Raportointiprosessi alkaa sopimuksen voimaan saattamisen jälkeen jäsenvaltion valvontakomitealle toimittamasta raportista, jonka valvontaelin arvioi ja koostaa sen jälkeen jäsenvaltiolle luettelon ongelmista (list of issues), jolla kiinnitetään jäsenvaltion huomio niihin asioihin, joiden noudattamisen tärkeyttä komitea priorisoi. Tähän jäsenvaltio vastaa kirjallisesti, minkä jälkeen käydään julkiset keskustelut komitean ja jäsenvaltion välillä. Valvontakomiteoiden yleinen käytäntö on antaa yleiskommentteja, vaikka kaikki ihmisoikeussopimukset eivät yleiskommenttien antamista nimenomaisesti sääntele. Hyväksymisensä jälkeen yleiskommenteista tulee valvontakomitean suositusten peruslähtökohtia. Rodley 2015, s. 621-623, 626-627, ja s. 631-632.

sitovia, mutta niillä on oikeudellista merkitystä.[537] Suomalaisessa kirjallisuudessa niitä pidetään oikeudellisesti sitovina siten, että suomalaisilla tuomioistuimilla ja viranomaisilla on velvollisuus ottaa huomioon paitsi EIT:n myös muiden ihmisoikeussopimusten kansainvälisten valvontaelinten käytäntö.[538] Tässä tutkimuksessa valvontaelinten kannanottoja pidetään lähtökohtaisesti sitovina.

Ihmisoikeusnormit ovat yleisluontoisia, ja jättävät kansallista harkintavaltaa oikeuksien ja velvollisuuksien toteutuksen osalta, ja sopimusten valvontaelimille harkintavaltaa normien tulkinnan osalta.[539] Yleisperiaate ihmisoikeussopimusten soveltamisessa on soveltaa yksilön kannalta suotuisinta säännöstä, jolloin ihmisoikeussopimustekstien vertailu nousee keskiöön. Monissa ihmisoikeussopimuksissa on myös erillinen säännös sopimuksen tulkintaperiaatteista.[540] Esimerkiksi EIS:n 53 art. mukaan sopimuksen ei saa tulkita oikeuttavan rajoittamista tai poikkeamista ihmisoikeuksista, jotka on taattu sopimusosapuolen lainsäädännössä tai muussa sopimuksessa, johon sopimusosapuoli on sitoutunut. Erityisten sopimuskohtaisten soveltamissääntöjen lisäksi ihmisoikeussopimusten tulkinnassa noudatetaan vuoden 1969 Wienin yleissopimuksen[541] periaatteita.[542]

Wienin sopimuksen 31 art. 1 kohdan mukaan sopimusta on tulkittava hyvässä uskossa sopimusehtojen alkuperäisen tarkoituksen mukaan asiayhteydessään, sopimuksen tavoite ja päämäärä huomioiden. Säännös yhdistää tekstilähtöisen (objektiivisen), alkuperäisen tarkoituksen mukaisen (subjektiivisen) ja teleologisen tulkintaperiaatteen, mutta ei aseta niitä tärkeysjärjestykseen.[543] 31 art. 2 kohta määrittää asiayhteyden: sopimuksen tulkinnassa voidaan käyttää sopimustekstin, johdannon ja liitteiden lisäksi mitä tahansa sopimuksen lopputulokseen sisältyvää yhteisymmärrystä sopimuspuolten välillä; ja mitä tahansa asiakirjaa (instrument), jonka yksi tai useampi osapuoli on sopimukseen liittyen tehnyt, ja jonka muut hyväksyivät. Tämä vastaa systeemistä tulkintaperiaatetta. 31 art. 3 kohdan mukaan asiayhteydessä tulee huomioida mikä tahansa sopimusta solmittaessa saavutettu sopimuksen tulkintaa ja säännöksen soveltamista koskeva lisäyhteisymmärrys sopijapuolten välillä; mikä tahansa käytäntö sopimuksen soveltamisessa, joka osoittaa yhteisymmärryksen sopimuksen tulkinnasta; sekä mitkä tahansa kansainvälisen oikeuden säännöt, joita osapuolten välisiin suhteisiin sovelletaan. Edelleen 31 art. 4 kohdan mukaan erityistä merkitystä voidaan antaa käsitteelle tai termille, jos osapuolet niin tarkoittivat. Edel-

537 Esimerkiksi raporttien määräajat ovat sitovia, mutta asiasisällöllisten kannanottojen oikeudellinen vaikutus on vähemmän suora. Valvontaelinten kannanotot voivat vaikuttaa siihen, mitä valtioilta odotetaan ihmisoikeussopimusvelvoitteiden täyttämiseksi. Tämä voi heijastua tuomioistuinten, kuten YK:n kansainvälisen tuomioistuimen oikeuskäytäntöön. Rodley 2015, s. 639-640.

538 Ojanen – Scheinin 2011 b, s. 178.

539 Shelton 2020, s. 110-111.

540 Shelton 2020, s. 111. Esimerkiksi EIS 53 art. ja CRPD 4 art. 4-kohta.

541 Vienna Convention on the Law of Treaties 1969.

542 Fitzmaurice 2015, s. 739-740.

543 Fitzmaurice 2015, s. 745-746. Sinclair 1984, s. 115.

leen 32 art. mukaan kansainvälisten sopimusten tulkinnassa voidaan käyttää apuna sopimuksen esitöitä (travaux préparatoires), ja sen solmimisen olosuhteita 31 art. mukaisen tulkinnan vahvistamiseksi, kun tulkinta 31 art. mukaan jättää merkityksen epävarmaksi tai epäselväksi; tai tulkinta johtaa lopputulokseen, joka on selvästi järjetön tai kohtuuton. Jos yksi tulkintavaihtoehto estää sopimuksen vaikutukset ja toinen mahdollistaa ne, hyvässä uskossa soveltamisen vaatimus ja sopimuksen tarkoitus ja päämäärä edellyttävät, että jälkimmäistä tulkintaa tulisi soveltaa.[544]

Joillakin ihmisoikeussopimuksilla tai sopimussäännöksillä on Wienin sopimuksenkin (art. 53 ja 64) perusteella erityinen oikeudellinen merkitys, ns. pakottava tai absoluuttisen normin luonne, jus cogens. Tällaisesta kansainvälisen valtioiden yhteisön hyväksymästä jus cogens -normista ei ole poikkeuksia, ja Wienin sopimuksen 53 art. nojalla tällaisia poikkeuksia sisältävä sopimus olisi pätemätön.[545] Tämän tutkimuksen aihepiirin kannalta relevantit ihmisoikeussopimukset sisältävät kidutuksen kieltoa koskevan normin, jolla on jus cogens -asema.[546]

Ihmisoikeuksien valvontaelimet ovat omaksuneet vahvan teleologisen painotuksen sopimusten tulkinnassa, ja antavat painoarvoa sopimusten johdannoille ja jopa sopimusten ulkopuolisille asiakirjoille, kuten YK:n ihmisoikeuksien julistukselle, joihin sopimusten johdannot yleisesti viittaavat. Lisäksi ihmisoikeustuomioistuimet hyödyntävät toistensa ratkaisuja, ja muita yhteisiä lähteitä, kuten YK:n ihmisoikeuksien julistusta, vakuuttavina, ei-sitovina lähteinä.[547] Tämän on nähty vahvistavan ratkaisuja ja kehittävän yhteistä tulkintatapaa ihmisoikeuksien tehokkaaksi soveltamiseksi.[548] Poikkeuksiakin esiintyy: esimerkiksi CRPD-komitea viittaa ajoittain EIT:n ratkaisuihin omia ratkaisujaan perustellessaan[549], mutta tilanteissa, jolloin EIT:n ratkaisukäytäntö ei tue CRPD:a tai CRPD-komitean näkemyksiä EIT:n ratkaisukäytäntöä ei oteta huomioon.[550] Ihmisoikeuksien dynaaminen tulkinta mahdollistaa oikeuksien soveltamisen myös muuttuvissa olosuhteissa ja uusien ihmisoikeudellisten kysymysten myötä.[551]

Seuraavassa analysoidaan itsemääräämisoikeutta, pakkohoitoa ja rajoittamistoimenpiteiden käyttöä ihmisoikeussopimusten valvontaelinten, EIT:n, ihmisoikeuskomitean ja CRPD-komitean, tulkintakäytännössä. Tarkastelua tehdään tutkimuksen kannalta keskeisten ihmisoikeuksien, itsemääräämisoikeuden (BLTS 6

544 Sinclair 1984, s. 118 ja viite 16.

545 Fitzmaurice 2015, s. 742-743. De Wet 2015, s. 541-547. Shelton 2020, s. 86-92.

546 Muita jus cogens -normeja ovat ainakin hyökkäyssodan kielto, oikeus itsepuolustukseen, kansanmurhan kielto, rikokset ihmisyyttä vastaan, orjuuden ja orjakaupan kielto, rosvouksen kielto (prohibition of piracy), rotuerottelun ja apartheidin kielto, ja kielto kohdistaa väkivaltaisuuksia siviiliväestöön. Muiden normien osalta on näkemyseroja. De Wet 2015, s. 541-547.

547 Fitzmaurice 2015, s. 753-755, 763, 766. Shelton 2020, s. 114-122.

548 Shelton 2020, s. 122.

549 CRPD/C/23/D/60/2019, N. L. v. Sweden, kohta 7.5.

550 CRPD/C/29/D/61/2019, S. M. v. Denmark, kohta 9.2.

551 Shelton 2020, s. 110-111.

art., CRPD 12 art.), henkilökohtaisen vapauden ja turvallisuuden (EIS 5 art., KP 9 art., CRPD 14 art.), koskemattomuuden (CRPD 17 art.), yksityisyyden suojan (EIS 8 art., KP 17 art., CRPD 22 art.), kidutuksen ja epäinhimillisen kohtelun kiellon (EIS 3 art., KP 7 art., CRPD 15 art.) sekä yhdenvertaisuuden ja syrjintäkiellon (EIS 14 art., KP 2 art., CRPD 5art.), näkökulmasta. Elämän suojalla ja välttämättömällä terveydenhuollolla on painoarvonsa punninnassa. Lisäksi valvontaelinten tulkintakäytännöstä analysoidaan ihmisoikeuksien rajoittamisedellytykset.

4.2 Tutkimuksen kannalta keskeiset ihmisoikeudet

4.2.1 Itsemääräämisoikeus

4.2.1.1 Itsemääräämisoikeus Euroopan neuvoston sopimusjärjestelmässä ja suosituksessa

Euroopan ihmisoikeussopimuksessa ei suoraan säännellä itsemääräämisoikeuden sisällöstä. Ihmisoikeussopimusten katsotaan kuitenkin voivan suojata niissä lueteltujen oikeuksien lisäksi myös niissä mainitsemattomia, ns. implisiittisiä oikeuksia.[552] Itsemääräämisoikeuden periaate saa EIT:n soveltamiskäytännössä suojaa EIS:ssa turvatuista oikeudesta henkilökohtaiseen vapauteen ja turvallisuuteen, ja yksityisyyden suojaan.[553] Itsemääräämisoikeuden ala ei ole EIT:n ratkaisukäytännössä yhtenäinen, vaan ilmenee erillisinä oikeuksina ja vapauksina.[554] EIT:n itsemääräämisoikeuteen liittyvää tulkintakäytäntöä analysoidaan toiston välttämiseksi henkilökohtaista vapautta ja turvallisuutta, ja yksityisyyden suojaa koskevissa luvuissa.

EIS:a täsmällisemmin itsemääräämisoikeutta säännellään Euroopan neuvoston sopimusjärjestelmään kuuluvassa BLTS:ssa. BLTS 5 artikla sisältää itsemääräämisoikeuden ilmentymänä pidetyn tietoisen suostumuksen periaatteen.[555] Sen mukaan terveyteen kohdistuvat toimenpiteet edellyttävät henkilön vapaaehtoista suostumusta. Ennen suostumuksen antamista henkilölle tulee antaa asianmukainen selvitys toimenpiteen luonteesta ja tarkoituksesta sekä sen seurauksista ja riskeistä. Pätevän suostumuksen edellytys selitysmuistion mukaan on, että se perustuu terveydenhuollon ammattihenkilön objektiivisesti ja vastuuntuntoisesti antamaan tietoon koskien toimenpiteen tarkoitusta, luonnetta, mahdollisia seuraamuksia ja riskejä sekä vaihtoehtoisia hoitoja seuraamuksineen ja riskeineen.[556] Tiedot tulee antaa potilaalle ymmärrettävällä tavalla.[557] Potilaan toive olla vastaanottamatta tietoja tulee huomioida, mutta toimenpiteeseen ryhtyminen edellyttää silti potilaan

552 Tiensuu 2023, s. 156.
553 Vastaavasti EIS:n osalta Tiensuu 2023, s. 158 ja 178.
554 Tiensuu 2023, s. 178.
555 Tietoisen suostumuksen periaatteesta itsemääräämisoikeuden ilmentymänä Pahlman 2015, s. 195.
556 Explanatory report ETS 164, kohta 35.
557 Explanatory report ETS 164, kohta 36.

suostumusta.[558] Toimenpiteen (intervention) käsite on tarkoitettu ymmärrettäväksi laajasti, sisältäen kaikki lääketieteelliset toimet, esimerkiksi ennaltaehkäisevät toimet, sairauden määrittämisen, hoitamisen, kuntouttamisen ja tutkimuksiin liittyvät toimet.[559]

BLTS:n selitysmuistion mukaan suostumus voi olla asiayhteydestä ilmenevä tai nimenomainen, kirjallinen tai suullinen. Terveydenhuollon toiminnassa riittää yleensä asiayhteydestä ilmenevä suostumus. Nimenomaista suostumusta voidaan tarvita invasiivisissa diagnostisissa tutkimuksissa tai hoidoissa.[560] Suostumuksen tulee olla annettu vapaaehtoisesti, ilman minkään tahon painostusta.[561] Henkilöllä on oikeus peruuttaa suostumuksensa milloin tahansa (5 art.). Oikeus peruuttaa suostumus liittyy suostumuksen vapaaehtoisuuteen. Esimerkiksi kesken leikkauksen tapahtuvaa suostumuksen peruutusta ei kuitenkaan automaattisesti tule noudattaa, vaan ammattihenkilön tulee punnita keskeyttämisestä potilaalle aiheutuva mahdollinen vakava terveyden vaarantuminen, mikä voi 4 art. ammatillisen standardin näkökulmasta edellyttää toimenpiteen jatkamista loppuun.[562]

Biolääketiedesopimuksen 6 art. sisältää suojelevat määräykset koskien henkilöitä, jotka eivät kykene suostumuksen antamiseen. Jos aikuinen ei lain mukaan voi antaa suostumustaan toimenpiteeseen kehitysvammaisuuden, sairauden tai muun vastaavan syyn[563] vuoksi, toimenpide voidaan suorittaa vain hänen laillisen edustajansa tai laissa määrätyn viranomaisen, henkilön tai muun tahon (myöh. sijaispäättäjä) luvalla (6 art. 3 kohta). Kyseisen suostumuksen antamiseen kykenemättömän henkilön tulee mahdollisuuksien mukaan osallistua luvan antamiseen. Perustelumuistion mukaan potilaalle tulee selvittää toimenpiteen merkitys ja olosuhteet ja tiedustella hänen mielipidettään.[564] Silti suostumuksen antamiseen kykenemättömälle henkilölle voidaan suorittaa hoitotoimenpide vain, jos siitä on hänelle hyötyä (6 art. 1 kohta). 6 art. 4 kohdan mukaan sijaispäättäjää tulee informoida ennen päätöksentekoa vastaavasti kuin potilasta. Sijaispäättäjäkin voi 5 kohdan mukaan peruuttaa suostumuksen, jos tämä on potilaan edun mukaista. Selitysmuistion mukaan terveydenhuollon ammattilaisen tulee ammatillisen standardin perusteella toimia potilaan edun mukaisesti ja siten myös suojella potilasta hänen etunsa vastaisilta sijaispäättäjän päätöksiltä. Myös kansallisessa lainsäädännössä tulee olla riittävät turvamekanismit.[565] Tutkimustoimintaa ja elintenluovutusta koskevat erityissäännökset

558 Explanatory report ETS 164, kohta 40.
559 Explanatory report ETS 164, kohta 34. STM 2003:25, s. 8.
560 Explanatory report ETS 164, kohta 37.
561 Explanatory report ETS 164, kohta 35.
562 Explanatory report ETS 164, kohta 38.
563 Muu vastaava syy viittaa esimerkiksi onnettomuuksiin tai koomaan, jolloin potilas on kykenemätön muodostamaan mielipidettään tai kommunikoimaan näkemyksiään. Explanatory report ETS 164, kohta 43.
564 Explanatory report ETS 164, kohta 46.
565 Explanatory report ETS 164, kohta 48.

suostumuksen antoon kykenemättömien henkilöiden osalta sisältyvät artikloihin 17 ja 20.[566] Selitysmuistion mukaan potilaan suostumuskykyisyys tulee määritellä kansallisessa lainsäädännössä, ja huomioida, että päätöksentekokyvyn riistäminen yksilöltä tulisi rajoittaa vain heidän etunsa kannalta välttämättömiin tilanteisiin.[567]

BLTS sisältää myös hätätilanteita ja hoitotahtoa koskevat määräykset. Hätätilanteessa, jos suostumusta ei voida hankkia, mikä tahansa lääketieteellisin perustein välttämätön ja potilaan edun mukainen toimenpide voidaan kuitenkin suorittaa välittömästi (8 art.). Tällöinkin tulisi mahdollisuuksien mukaan selvittää potilaan tahto.[568] Oikeus hätätilanteiden hoitoon ei rajoitu pelkästään henkeä pelastaviin toimenpiteisiin, vaan koskee kaikkia toimenpiteitä, joita ei voida lykätä myöhemmäksi.[569] Jos henkilö on sellaisessa tilassa, ettei hän kykene ilmaisemaan tahtoaan, hänen aiemmin ilmaisemansa hoitotahto tulee ottaa huomioon (9 art.). Tämä kattaa paitsi hätätilanteet, myös tilanteet, joissa henkilö on ilmaissut tahtonsa siltä varalta, ettei hän myöhemmin esimerkiksi etenevän sairauden vuoksi olisi kykenevä antamaan pätevää suostumusta hoitoaan koskien.[570]

Euroopan neuvosto on edellä mainittujen ihmisoikeussopimusten lisäksi julkaissut lukuisia ministerikomitean suosituksia. Ministerikomitea on Euroopan neuvoston päätöksiä tekevä toimielin, jonka suosituksilla on tarkoitus ohjata jäsenmaiden lainsäädäntöä ja politiikkaa.[571] Tämän tutkimuksen kannalta oleellinen on suositus periaatteista koskien päätöksentekokyvyttömien (incapable) aikuisten oikeusturvaa Rec(99)4.[572] Erotuksena Biolääketiedesopimuksesta ministerineuvoston suositus on suunnattu terveydenhuollon ammattilaisten sijaan lainsäätäjille ja politiikan neuvonantajille.[573] Kyseisen suosituksen tarkoituksena on nimenomaan ohjeistaa jäsenvaltioita päätöksentekoon kyvyttömien aikuisten oikeusturvan toteuttamisesta

566 Suostumuksen antoon kykenemättömän henkilön elinten tai kudosten irrottaminen ei ole mahdollista, mutta uusiutuvaa kudosta (esim. luuydin) voidaan käyttää siirtoon tietyin tarkoin edellytyksin.

567 Explanatory report ETS 164, kohta 42. STM 2003:25, s. 9.

568 Tämä kattaa sekä oikeudellisen että tosiasiallisen suostumuskyvyttömyyden sekä tilanteet, joissa sijaispäättäjää ei ole mahdollista tavoittaa tarpeeksi nopeasti. Explanatory report 164, kohta 57.

569 Explanatory report ETS 164, kohta 58.

570 Esimerkkinä sairaudesta mainitaan vanhuuden dementia. Explanatory report ETS 164, kohta 60-61. Jos hoitotahdon ilmaisusta on ehtinyt kulua pitkä aika, tulee huomioida, että potilaan tahto on voinut muuttua esimerkiksi lääketieteen kehityksen myötä. Explanatory report ETS 164, kohta 62.

571 Ministerikomitea koostuu jäsenmaiden ulkoministereistä, jotka kokoontuvat kerran vuodessa. Muuna aikana ministerikomitea koostuu jäsenmaiden pysyvistä edustajista. www.eduskunta.fi.

572 Recommendation on principles concerning the legal protection of incapable adults.

573 ExpRec(99)4, kohta 23. Biolääketiedesopimusta noudatettiin suosituksessa niiltä osin, kuin se käsitti suosituksen piiriin kuuluvat asiat. Lisäksi suositukseen sisällytettiin tiettyjä periaatteita, joita Biolääketiedesopimus ei sisältänyt, kuten suostumuskyvyn määrittelyn. Tiettyjä Biolääketiedesopimukseen sisältyneitä tärkeimpiä johtopäätöksiä haluttiin edelleen korostaa sisällyttämällä niitä myös ministerineuvoston suositukseen. Tietyt interventiot, kuten elämää ylläpitävän hoidon jatkaminen tai lopettaminen tai ei-hoidolliseen tutkimukseen osallistuminen, jätettiin tarkoituksella suosituksen ulkopuolelle, jotta näihin kysymyksiin liittyvät mielipide-erot eivät veisi huomiota muulta suositukselta. ExpRec(99)4, kohta 71.

joko sijaispäättäjän tai aikuisen omaa päätöksentekoa tukevan avun turvin, sekä oikeussuojakeinoin.[574] Suositus vastaa sisällöllisesti BLTS:a. Myös Euroopan ihmisoikeustuomioistuin (EIT) on huomioinut ratkaisuissaan tämän suosituksen osana kansainvälisiä oikeuslähteitä.[575]

Ministerikomitean suosituksen Rec(99)4 V luku sisältää erilliset periaatteet puuttumisesta terveydenhuollon alalla, mikä tarkoittaa mitä tahansa ammattilaisten terveydellisistä syistä suorittamaa toimea sisältäen ennaltaehkäisy-, diagnosointi-, hoito-, kuntoutus- tai tutkimustarkoituksessa tehdyt interventiot. Luku V ei huomioi aikuisen edustamista tai päätöksenteossa avustamista, kuten muu suositus, vaan aikuisen suojelun tilanteissa, kun puuttuminen terveydenhuollon alalla on ennakoitavissa.[576] Tästä V luvun spesifisyydestä johtuen terveydenhuollon alalla tapahtuviin interventioihin soveltuvat suosituksesta vain muutamat muut V luvun ulkopuoliset periaatteet 1 ja 8-10: ihmisarvon kunnioittaminen, toimien kohteena olevan henkilön intressien ja hyvinvoinnin ensisijaisuus, henkilön tunteiden ja sekä aiempien että nykyisten toiveiden kunnioittaminen, ja henkilön omaisen ja/tai edustajan konsultaation periaate.[577]

Suostumuksesta ministerikomitean suosituksessa todetaan, että aikuisen ollessa kyseisenä ajanhetkenä kykenevä antamaan tietoisen suostumuksen terveydenhuollon alalla tehtävään interventioon, sellainen voidaan tehdä vain hänen suostumuksellaan riippumatta siitä, onko hän suojatoimien kohteena vai ei. Henkilön, jolla on oikeus tehdä interventio, tulee pyytää suostumus.[578] Jos aikuinen ei kykene antamaan vapaata ja informoitua suostumusta interventioon, sellainen voidaan tehdä edellyttäen, että interventio hyödyttää suoraan kohteena olevaa henkilöä ja puuttuminen oikeutetaan henkilön edustajan, viranomaisen tai laissa määritellyn henkilön tai (päätöksenteko)elimen toimesta.[579] Suostumuskyvyn osalta suositus pitää lähtökohtana henkilön tosiasiallista kykyä antaa suostumus tietyllä ajanhetkellä, ei oikeustoimikelpoisuutta. Oikeusjärjestelmien eroista johtuen suosituksessa on huomioitu periaatteen 23 alla myös sellaiset tilanteet, jossa suostumuskyvyttömyys edellyttää viranomaisen julistamaa kyvyttömyyttä.[580] Periaatetta 23 ei käsitellä tässä

574 ExpRec(99)4, kohta 21

575 Esimerkiksi EIT ratkaisut Mihailovs v. Latvia, Shtukaturov v. Russia, Stanev v. Bulgaria, D. D. v. Lithuania, Sýkora v. the Czech Republic.

576 ExpRec(99)4, kohta 72.

577 Euroopan neuvoston ministerikomitean suositus Rec(99)4, periaate 27. ExpRec(99)4, kohta 90.

578 Euroopan neuvoston ministerikomitean suositus Rec(99)4, periaate 22. Tällä tarkoitetaan omaisia ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Suosituksessa suositaan muutenkin todellista päätöksentekokykyä aina kun mahdollista. ExpRec(99)4, kohta 73.

579 Euroopan neuvoston ministerikomitean suositus Rec(99)4, periaate 22. Tämä noudattelee Biolääketiedesopimuksen 6 artiklaa. Lisäksi on huomioitava periaatteet 8-10, joiden mukaan suostumuskyvyttömänkin henkilön toiveet tulisi kuitenkin varmistaa, huomioida ne ja kunnioittaa niitä. ExpRec(99)4, kohta 75.

580 ExpRec(99)4, kohta 80.

enempää, koska Suomen lainsäädäntö ei terveydenhuollon näkökulmasta edellytä suostumuskyvyttömäksi julistamista viranomaisen taholta.

Suosituksen mukaan kansallisessa lainsäädännössä tulisi huomioida tilanteet, jolloin päätöksentekokyvyttömällä henkilöllä ei ole edustajaa, ja mahdollistaa laissa nimetyille viranomaisille, henkilöille tai toimielimille erilaisten interventioiden valtuuttaminen.[581] Interventioilla tarkoitetaan hoidosta vastaavan lääkärin arvion mukaan potilaan edun mukaisia toimia. Perusteluissa myös todetaan, että lääketieteen ammattilaisten itsensä valtuuttamille pienille toimenpiteille on vahvoja perusteita. Esimerkkinä kuvataan lievästi kajoavat toimenpiteet, kuten syylän jäädyttäminen tai pienen haavan ompelu, joita epäilemättä tehdäänkin. Lainsäädännössä tulisi kuitenkin antaa valtuutus näihinkin toimiin.[582] Lisäksi tulisi huomioida tarpeet valtuuttaa tuomioistuin tai muu toimivaltainen elin ottamaan kantaa vakavimpiin puuttumisiin.[583] Lainsäädännössä tulisi huomioida myös suostumuskyvyttömän henkilön puolesta suostumuksen tai kieltäytymisen antamiseen oikeutettujen tahojen mahdolliset ristiriitatilanteet.[584]

Periaatteen 24 mukaan kansallisessa lainsäädännössä voidaan kansainvälisten instrumenttien kanssa sopusoinnussa säätää erityissäännöistä interventioihin, jotka vaativat luonteensa vuoksi lisäturvaa toimenpiteiden kohteen kannalta. Tällaisilla säännöillä voidaan sallia rajallinen poikkeama potilaan edun ensisijaisuudesta edellyttäen, että oikeusturvamekanismit minimoivat mielivallan käytön.[585] Esimerkkinä tällaisesta poikkeuksellisesta tilanteesta, jossa potilaan edun määrittäminen on vaikeaa, mainitaan pysyvä vegetatiivinen tila, jossa potilaan elintoimintoja mahdollisesti ylläpidetään keinotekoisesti.[586] Toisena esimerkkinä mainitaan päätöksentekokyvyttömiin henkilöihin kohdistuvat lääketieteelliset tutkimukset.[587] Myös Biolääketiedesopimus mahdollistaa vastaavalla tavalla intervention, joka ei ole suoraan potilaan edun mukainen.[588]

Hätätilanteiden hoidon periaatteet tarjoavat vain osittaisen ratkaisun näihin tilanteisiin.[589] Periaatteen 26 mukaan hätätilanteiden hoidossa lääketieteellisesti välttämättömät interventiot voidaan suorittaa viiveettä potilaan terveyden suo-

581 Euroopan neuvoston ministerikomitean suositus Rec(99)4, periaate 22.

582 ExpRec(99)4, kohta 77-78. Perustelujen mukaan lääkärit hoitavat potilaitaan parhaan kykynsä, kansainvälisesti hyväksyttyjen standardien ja ammattieettisten normien mukaan, ja ansaitsevat lainsäädännöltä parempaa kuin oikeudellisen tyhjiön.

583 Euroopan neuvoston ministerikomitean suositus Rec(99)4, periaate 22.

584 ExpRec(99)4, kohta 79.

585 Euroopan neuvoston ministerikomitean suositus Rec(99)4, periaate 24.

586 ExpRec(99)4, kohta 84.

587 ExpRec(99)4, kohta 85. Lääketieteellistä tutkimusta käsitellään muissa kansainvälisissä sopimuksissa, joten tätä näkökulmaa ei sisällytetty erikseen suositukseen Rec(99)4.

588 ExpRec(99)4, kohta 84 ja Biolääketiedesopimus 17 art.

589 ExpRec(99)4, kohta 76.

jelemiseksi, vaikka asianmukaista suostumusta tai valtuutusta ei voitaisi saada.[590] Suositus lähtee Biolääketiedesopimuksen 8 artiklasta, ja perusteluissa viitataan Biolääketiedesopimuksen perusteluihin, joiden mukaan ”hätätilannetta” ei pidä tulkita liian kapeasti. Termillä ei tarkoiteta pelkästään henkeä pelastavia toimenpiteitä, vaan myös lääketieteellisesti välttämättömiä toimia, joiden kanssa ei voida viivytellä.[591] Suositus sallii kansallisessa lainsäädännössä säänneltävän poikkeamista V-luvun periaatteisiin, kunhan poikkeamat ovat sopusoinnussa kansainvälisten sopimusten kanssa ja välttämättömiä demokraattisessa yhteiskunnassa yleisen turvallisuuden, rikosten ennaltaehkäisyn, väestön terveyden tai muiden henkilöiden oikeuksien ja vapauden suojaamiseksi.[592]

Biolääketiedesopimuksen ja ministerikomitean suosituksen käsitys itsemääräämisoikeudesta edustaa pohjimmiltaan liberalistista käsitystä, jossa riittävän päätöksentekokykyisen yksilön tulee saada tehdä päätökset omassa asiassaan ilman muiden epäasiallista vaikuttamista. Vaatimus autonomian saavuttamiselle on matala, mutta sen tuoma oikeus määrätä itsestään lähtökohtaisesti laaja.[593] Molemmissa on myös solidaristisen itsemääräämisoikeuskäsityksen piirteitä haavoittuvassa asemassa olevien suojelemiseksi asetettujen rajoitusten, mm. pientoimenpiteiden oikeuttamisen, vakavampien puuttumisten oikeuttamisen ja potilaan edun mukaisen hoitamisen sallimisen muodossa. EIT:n tulkintakin hyväksyy puuttumisen tietyin reunaehdoin. Riittävän päätöksentekokyvyn rajan alapuolelle jäävissä tilanteissa autonomian puuttuminen ratkaistaan sijaispäätöksenteolla, hätätilanteiden hoitoa koskevalla sääntelyllä sekä tahdosta riippumatonta hoitoa koskevalla sääntelyllä.

4.2.1.2 Itsemääräämisoikeus YK:n sopimusjärjestelmässä

YK:n ihmisoikeussopimuksista vanhemmissa, KP-sopimuksessa ja TSS-sopimuksessa, tunnustetaan kansojen itsemääräämisoikeus.[594] KP-sopimuksessa yksilön itsemääräämisoikeutta turvaavat oikeudet vapauteen ja turvallisuuteen, ja yksityisyyteen; kuten EIS:ssakin, ja näiltä osin itsemääräämisoikeuteen liittyviä tulkintoja käsitellään toiston välttämiseksi kyseisiä oikeuksia koskevissa luvuissa. Yksityiskohtaisimmin itsemääräämisoikeutta säännellään Suomen vuonna 2016 ratifioimassa YK:n vammaissopimuksessa (CRPD).[595] Vammaissopimuksen 3 artiklassa on yleisperiaatteena yksilön itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, mukaan lukien vapaus tehdä omat valintansa, ja riippumattomuuden kunnioittaminen. Vammaissopimuksen 1 art. määrittelee vammaiset henkilöt yksilöiksi, joiden pitkäaikainen ruumiillinen, henkinen, älyllinen tai aistien heikentymä voi vuorovaikutuksessa

590 Euroopan neuvoston ministerikomitean suositus Rec(99)4, periaate 26.
591 ExpRec(99)4, kohta 89.
592 Euroopan neuvoston ministerikomitean suositus Rec(99)4, periaate 28 ja ExpRec(99)4, kohta 91.
593 Anderson 2014, s. 362-363.
594 KP-sopimus SopS 8/1976, 1 art. TSS-sopimus SopS 6/1976, 1 art.
595 CRPD SopS 27/2016.

erilaisten esteiden kanssa estää heidän täyden ja tehokkaan osallistumisensa yhteiskunnassa yhdenvertaisesti muiden kanssa.[596] Vaikka itse artiklassa puhutaan pitkäaikaisesta heikentymisestä, sopimus ei kuitenkaan poissulje sitä, etteikö jäsenvaltio voi ulottaa lainsäädäntöään kattamaan myös lyhytkestoista heikentymistä.[597]

CRPD:n vammaismääritelmä on laaja ja sisältää terveydenhuollon näkökulmasta hyvin erilaisia potilasryhmiä. Ruumiilliset tai aistien heikentymät eivät lähtökohtaisesti vaikuta henkilöiden päätöksentekokykyyn, kykyyn ymmärtää tietoa, punnita asioita, muodostaa mielipiteensä ja tehdä päätöksiä; vaikka aistien heikentymät voivatkin eri tavoin vaikuttaa kommunikointiin. Henkiset ja älylliset heikentymät taas ovat käsitteinä laajoja, ja sisältävät mielenterveyshäiriöt, keskushermoston kehitykselliset häiriöt ja rappeumasairaudet, aivovammat, oppimisvaikeudet ja muut älylliset heikkoudet, jotka voivat sosiaalisissa tilanteissa aiheuttaa merkittävääkin toiminnallista heikkoutta.[598] Henkiset ja älylliset häiriöt voivat ruumiillisista ja aistihäiriöistä poiketen eri asteisesti vaikuttaa yksilön päätöksentekokykyyn. Siten määritelmä pitää sisällään kaikki potilasryhmät, joihin Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon erityislaeissa tällä hetkellä kohdennetaan tahdosta riippumatonta hoitoa ja rajoittamissääntelyä suojelemistarkoituksessa.

Itsemääräämisoikeuden näkökulmasta vammaissopimuksessa keskeisin on 12 artikla, jota terveydenhuollon osalta tukee 25 artikla, ja periaatteellisella tasolla edellä mainittu 3 artikla. CRPD:n 12 artiklassa säädetään henkilöiden oikeudesta yhdenvertaiseen kohteluun lain edessä. Artiklan 1 kohdan mukaan kaikilla vammaisilla on oikeus tulla tunnustetuksi oikeudellisesti kelpoisiksi henkilöiksi. Artiklan 2 kohta edellyttää valtioilta takeita, joilla varmistetaan, että vammaiset henkilöt ovat oikeudellisesti kelpoisia kaikilla elämän aloilla yhdenvertaisesti muiden kanssa. 12 art. on siten tiiviisti yhteydessä myös 5 art. syrjinnän kieltoon. CRPD-komitean tulkinnan mukaan oikeudellinen kelpoisuus tarkoittaa, että vammaisilla paitsi on oikeuksia, heillä tulee myös olla oikeus käyttää näitä oikeuksiaan, kuten hakeutua lääkäriin, äänestää ja hakea passia. Heidän oikeutensa on turvattava oikeusjärjestyksessä, ja lailla tulee myös turvata heidän oikeutensa luoda, muuttaa ja päättää oikeussuhteita.[599] Henkilö ei voi menettää oikeudellista kelpoisuuttaan vain sen vuoksi, että hän on vammainen. Oikeudellinen kelpoisuus voidaan kuitenkin menettää sellaisin perustein, joita sovelletaan kaikkiin henkilöihin.[600]

Päätöksentekokyky (mental capacity) on CRPD-komiteankin mukaan oikeudellisesta kelpoisuudesta erillinen käsite. Päätöksentekokyky vaihtelee henkilöittäin

596 CRPD-komitean ratkaisukäytännössä esimerkiksi albinismi on katsottu vammaksi (disability). CRPD/C/22/D/24/2014, Z v. United Republic of Tanzania, kohta 7.3. CRPD/C/20/D/23/2014, X v. United Republic of Tanzania, kohta 7.5.

597 UN Handbook for parliamentarians on CRPD, s. 59-60.

598 Scholten – Gather 2018, s. 226.

599 CRPD/C/GC/1, kohta 12.

600 UN Handbook for parliamentarians on CRPD, s. 89.

ja samallakin henkilöllä monien tekijöiden, kuten ympäristön ja sosiaalisten tekijöiden, vaikutuksesta. Päätöksentekokyvyn puutteet eivät kuitenkaan CRPD-komitean mukaan saa vaikuttaa oikeudelliseen kelpoisuuteen.[601] CRPD komitean mukaan 12 artikla ei hyväksy päätöksentekokyvyn määrittelyä perustuen henkilön diagnoosiin, päätöksenteon negatiivisiin vaikutuksiin, tai edes funktionaalista määrittelyä perustuen henkilön kykyyn ymmärtää tietoa, punnita vaihtoehtoja ja ymmärtää päätöksensä merkitys ja vaikutukset. Päätöksentekokyvyn arvioinnin katsotaan syrjivän vammaisia, ja asettavan heidät epäyhdenvertaiseen asemaan lain edessä. Oikeudellisen kelpoisuuden rajoittaminen alentuneen päätöksentekokyvyn perusteella edes yhden asian osalta ei ole 12 artiklan näkökulmasta hyväksyttävää.[602] Kirjallisuudessa on katsottu, että CRPD ei jätä huomiotta päätöksentekokyvyn vaihtelua, vaan tunnustaa kaikkien yksilöiden oikeuden tulla tunnustetuksi lain edessä henkilönä oikeuksineen, vastuineen ja toimintoineen, riippumatta havaitusta tai tosiasiallisesta päätöksentekokyvystään.[603] Toinen näkökulma on, että käytännössä CRPD ja CRPD-komitean tulkinnat hylkäävät perinteiseen suostumusoppiin kuuluvan päätöksentekokyvyn pätevän suostumuksen edellytyksenä.[604]

CRPD:n 12 art. 3 kohdan mukaan valtioiden tulee ryhtyä tarpeellisiin toimiin, jotta vammaiset saavat mahdollisesti tarvitsemansa tuen voidakseen käyttää oikeudellista kelpoisuuttaan. Päätöksenteon tukea ei sopimuksessa määritellä, mutta se voi CRPD-komitean kommentaarin mukaan käsittää erityyppisiä ja eri asteisia epävirallisia ja virallisia tukijärjestelyitä. Näitä voivat olla esimerkiksi tukihenkilö, vertaistuki tai edunvalvonta, ja erilaiset vuorovaikutusta tukevat ratkaisut, kuten tiedonvälitys ymmärrettävässä muodossa, tulkkipalvelut tai viestintä non-verbaalisin keinoin. Tueksi katsotaan myös ennakoiva suunnittelu, kuten hoitotahdon laatiminen, mutta vaihtoehdot eivät saa olla syrjiviä: esimerkiksi hoitotahdon voimaantulo ja voimassaolon lakkaaminen tulisi perustua vain hoitotahtoon kirjattuun henkilön omaan päätökseen asiasta, ei henkilön päätöksentekokyvyttömyyden toteamiseen.[605] Kirjallisuudessa on esitetty, että laatija voisi esimerkiksi määritellä hoitotahdon voimaantulon liittyvän tiettyyn käytökseen, sairaalaan joutumiseen tai esimerkiksi tilanteisiin, kun usea hoitotahdossa nimetty tukihenkilö on yhtä mieltä siitä, että potilaalla on hätätilanne tai hän ei pysty kommunikoimaan.[606] Kirjallisuu-

601 CRPD/C/GC/1, kohta 13.

602 CRPD/C/GC/1, kohta 15 ja kohta 29 (i). CRPD/C/GC/6, kohta 49(a). CRPD/C/10/D/4/2011, Budjosó ym. v. Hungary, kohta 9.5-9.6 (vammaisten vaalikelpoisuuden poistaminen päätöksentekokykyarvion perusteella). CRPD/C/16/D/7/2012, Marlon James Noble v. Australia, kohta 8.4-8.5 (oikeudellisen kelpoisuuden poistaminen rikoksentekijältä alentuneen päätöksentekokyvyn perusteella).

603 Vammaisista, älyllisesti vammaisista ja vammaismääritelmän ulkopuolelle jäävistä ihmisistä osalla on hyvin kehittyneet päätöksentekotaidot, osalla taas nämä eivät ole kehittyneet. Arstein-Kerslake – Flynn 2016, s. 475.

604 Scholten – Gather 2018, s. 227-228.

605 CRPD/C/GC/1, kohta 17.

606 Flynn 2019, s. 50.

dessa on myös katsottu, että hoitotahdon laatiminen vahvistaa yksilön hallinnan tunnetta, ja että hoitotahto ei rajautuisi vain hoitoa koskeviin asioihin, vaan se voisi sisältää elämää koskevaa suunnittelua.[607] Tuen tyyppi ja intensiteetti voivat vaihdella huomattavasti henkilöstä riippuen. Tämä kunnioittaa vammaisten erilaisuutta ja hyväksyntää osana ihmisten monimuotoisuutta ja ihmisyyttä 3 art. d-kohdan yleisperiaatteen mukaisesti. Vammaisten autonomiaa ja kyvykkyyttä tulee kunnioittaa aina ja kaikissa tilanteissa, myös kriisitilanteissa.[608] Tuen tulee olla saatavilla kaikille riippumatta heidän tuen tarpeestaan.[609] CRPD-komitean tulkinnan mukaan tukea voidaan kuitenkin antaa vain vammaisen henkilön suostumuksella, ei sillä perusteella, että se on hänen etunsa mukaista. Vammaisella tulee olla oikeus kieltäytyä tuesta ja päättää tuki tai vaihtaa tukihenkilöä koska tahansa.[610]

CRPD-komitean mukaan sopimus edellyttää valtioilta lainsäädännöllisiä toimia sijaispäättäjän käytön (substituted decision-making) korvaamiseksi tuetulla päätöksenteolla (supported decision-making).[611] Sopimusta työstäneen Ad Hoc -komitean seitsemännen istunnon 12 art. luonnoksessa vielä mahdollistettiin päätöksenteon tuen rinnalla riittävin oikeusturvatakein varmistettu sijaispäättäjän käyttö tietyissä ääritilanteissa, kun henkilö ei tosiasiallisesti kykene tekemään päätöksiä, mutta lopullisesta sopimuksesta tämä on jätetty pois. Osa luonnosta kommentoineista vammaisjärjestöistä korosti sijaispäätöksentekojärjestelyn sallimisen tärkeyttä, jotta ääritapauksissa pystyttäisiin turvaamaan päätöksentekokyvyttömien potilaiden välttämätön hoito, ja heitä voitaisiin suojella väärinkäytöksiltä, laiminlyönneiltä ja hyväksikäytöltä.[612] Osa vammaisjärjestöistä nimenomaan pyrki aktiivisesti edistämään paradigman muutosta perinteisestä kompetenssiin perustuvasta suostumuksesta luopumiseen ja vammaisen päätöksenteon tukemiseen kaikissa tilanteissa.[613]

Sijaispäätöksenteko nähdään CRPD-komitean tulkinnassa järjestelynä, jossa 1) henkilön oikeudellinen kelpoisuus poistetaan vaikkakin vain yksittäisen päätöksen osalta, 2) sijaispäättäjä voidaan nimittää muun kuin sen henkilön toimesta, jota päätös koskee, ja 3) sijaispäättäjän päätöksenteko perustuu oletettuun potilaan etuun potilaan tahdon asemasta.[614] Kirjallisuudessa on esitetty, että CRPD-komitean tulkinta sijaispäätöksenteosta ei vastaisi perinteistä käsitystä sijaispäätöksenteosta, mistä johtuen perinteisesti sijaispäätöksentekona pidetty kolmannen osapuolen

607 On myös esitetty, että hoitotahdosta tulisi yhdenvertaisuuden näkökulmasta poiketa vain tarkasti määritellyissä hätätilanteissa. Keys 2017 a, s. 271.
608 CRPD/C/GC/1, kohta 18.
609 CRPD/C/GC/1, kohta 29 (a).
610 CRPD/C/GC/1, kohta 19 ja kohta 29 (b).
611 CRPD/C/GC/1, kohta 26.
612 UN Ad Hoc Committee, Seventh session, Background Documents, People with disability Australia (PWDA).
613 UN Ad Hoc Committee, Seventh session, Background Documents, International Disability Caucus (IDC).
614 CRPD/C/GC/1, kohta 27.

toimesta tapahtuva suostumuksen antaminen ääritilanteissa olisikin CRPD:n tuetun päätöksenteon mallin mukaista, kunhan päätös tehdään potilaan tahdon ja mieltymysten mukaan.[615] Tilanteet, joissa sijaispäätöksentekijää käytetään viimeisenä keinona, koska henkilön tahto ja mieltymykset eivät ole tiedossa, tai henkilö on halunnut antaa luotetulle tukihenkilölle päätöksenteko-oikeuden tietyissä asioissa olisivatkin edelleen CRPD 12 art. mukaisia. Valtioiden tulisikin luopua vain CRPD-komitean sijaispäätöksentekomääritelmän mukaisesta sijaispäätöksentekojärjestelystä.[616] CRPD-komitea on kuitenkin todennut, että päätöksenteon tuen kanssa rinnakkaiset sijaispäättäjäjärjestelyt eivät ole yhteensopivia artikla 12 kanssa.[617] Näyttäisi siis siltä, että CRPD-sopimus ja CRPD-komitean tulkinnat poissulkevat sijaispäättäjän käytön päätöksentekokyvyttömänkin potilaan hoitosuostumuksen hankkimisessa, vaikkakin ns. full support -tilanteen osalta kyse voi olla komitean tulkintakannanoton sisällön tulkinnasta.

CRPD-komitean mukaan päätöksenteon tuen tulee kunnioittaa vammaisen henkilön oikeuksia, tahtoa ja mieltymyksiä (will and preferences).[618] Will and preferences -termiä ei ole määritelty CRPD:ssa tai CRPD-komitean yleiskommentissa. Yleisesti ottaen will eli tahto merkitsee yksilön pitkäaikaista näkemystä siitä, mitä hyvä elämä hänelle merkitsee; ja preferences eli mieltymykset viittaavat pitämisiin ja ei-pitämisiin tai tapaan, jolla yksilö priorisoi eri vaihtoehtoja.[619] Tämän voi nähdä viittaavan proseduraaliseen autonomiakäsitykseen, jonka mukaan autonomisen yksilön tulisi kyetä kriittisesti tarkastelemaan halujaan suhteessa elämänmittaiseen tahtoonsa.[620] Silloin kun tahtoa ja mieltymyksiä ei ole merkittävistä yrityksistä huolimatta mahdollista selvittää, ratkaisu tulee CRPD-komitean mukaan perustaa yksilön edun sijaan ”parhaaseen tulkintaan yksilön tahdosta ja mieltymyksistä”.[621] Potilaan etuun perustuva toimintamalli ei siis aikuisten osalta ole yhteensopiva 12 art. kanssa. Tuettuun päätöksentekoon ja potilaan tahtoon ja mieltymyksiin perustuva malli turvaa CRPD-komitean mukaan vammaisten oikeudellista kelpoisuutta yhdenvertaisesti muiden kanssa.[622] Myös CRPD 25 art. d-kohta edellyttää, että vammaisille henkilöille järjestetään samanlaatuista hoitoa kuin muille, vapaan ja

615 Opgenhaffen 2022, s. 4-5. Arstein-Kerslake – Flynn 2016, s. 477-478. Keys 2017 a, s. 268. de Bhailís – Flynn 2017, s. 12-14.
616 de Bhailís – Flynn 2017, s. 13. Arstein-Kerslake – Flynn 2016, s. 477.
617 CRPD/C/GC/1, kohta 29.
618 CRPD/C/GC/1, kohta 20-21. CRPD/C/25/D/44/2017, Rékasi v. Hungary, kohta 11.6. Vastaavasti CRPD/C/GC/6, kohta 49(b).
619 Arstein-Kerslake – Flynn 2016, s. 483.
620 Proseduraalisesta autonomiakäsityksestä esim. Tiensuu ym. 2023, s. 24-25 ja Frankfurt 1971, s. 5-20.
621 CRPD/C/GC/1, kohta 20-21. CRPD/C/25/D/44/2017, Rékasi v. Hungary, kohta 11.6. Vastaavasti CRPD/C/GC/6, kohta 49(b).
622 CRPD/C/GC/1, kohta 20-21. CRPD/C/25/D/44/2017, Rékasi v. Hungary, kohta 11.6. Vastaavasti CRPD/C/GC/6, kohta 49(b).

tietoon perustuvan suostumuksen perusteella. CRPD-komitean tulkinnan mukaan hoitotoimenpiteiden suorittaminen ilman vammaisen potilaan henkilökohtaisesti antamaa suostumusta on vastoin 12 artiklaa.[623]

CRPD:n 12 art. kohta 4 edellyttää oikeusturvamekanismeja väärinkäytösten estämiseksi oikeudellisen kelpoisuuden tukemisessa.[624] CRPD-komitean tulkinnan mukaan oikeusturvamekanismien tulee varmistaa vammaisen tahdon ja mieltymysten noudattaminen, ja kyetä estämään epäasiallinen vaikuttaminen pelon, vihamielisyyden, uhkailun, petoksen tai manipulaation keinoin. Samalla tulee kuitenkin kunnioittaa yksilön oikeuksia, tahtoa ja mieltymyksiä huomioiden, että henkilöllä on oikeus ottaa riskejä ja tehdä virheitä.[625] Terveydenhuollon ammattilaisten tulee myös varmistaa parhaan kykynsä mukaan, että tukihenkilöt eivät korvaa vammaisen henkilön suostumusta eivätkä vaikuta epäasiallisesti vammaisten henkilöiden päätöksentekoon.[626] Oikeusturvamekanismien tulee 12 art. 4 kohdan mukaan olla oikeasuhtaisia ja yksilön olosuhteisiin sovitettuja, ja niitä tulee soveltaa mahdollisimman vähän aikaa. Toimivaltaisen, riippumattoman ja puolueettoman viranomaisen tai oikeuselimen on arvioitava niitä säännöllisesti uudelleen. Takeiden on oltava oikeassa suhteessa siihen nähden, missä määrin nämä toimet vaikuttavat henkilön oikeuksiin ja etuihin. CRPD-komitean tulkinnan mukaan päätöksenteon tukijärjestelyt eivät kuitenkaan saa liikaa säännellä vammaisen elämää.[627]

CRPD-komitean tulkinta 12 artiklasta jää puutteelliseksi, sillä komitea ei ota kantaa siihen, kuinka potilaan tahdon ja mieltymysten määrittäminen, tai proseduraalisen autonomian edellyttämä kriittinen reflektio tahdon ja mieltymysten välillä, tapahtuu ääritilanteissa, kun potilaan tahdosta tai mieltymyksistä ei saada selvitystä tai tahto ja mieltymykset ovat keskenään ristiriitaisia; tai tilanteissa kun potilas kieltäytyy päätöksenteon tukemisesta, vaikka sille olisi tosiasiallisesti tarve.[628] CRPD-komitea ei myöskään ole ottanut kantaa hätätilanteiden hoitoon oletetun suostumuksen perusteella. CRPD-komitea on katsonut vammaisilla olevan oikeus ottaa riskejä ja tehdä virheitä, mutta mitään rajoja tälle riskinotolle ei kuitenkaan ole CRPD-komitean tulkinnassa asetettu kaikkein haavoittuvimmassa asemassa olevien tosiasiallisesti päätöksentekokyvyttömienkään yksilöiden osalta.

CRPD:n 12 artiklan tulkinta on herättänyt kansainvälisesti runsasta keskustelua.[629] Kirjallisuudessa on esitetty, ettei CRPD 12 art. edellytä tukihenkilöä tai ul-

623 CRPD/C/GC/1, kohta 40 ja 41. Tapauksessa Rékasi v. Hungary edunvalvojan päämiehensä puolesta tekemä henkivakuutussopimus oli vastoin 12 art., kun se tapahtui selvittämättä päämiehen tahtoa ja mieltymyksiä. CRPD/C/25/D/44/2017, Rékasi v. Hungary, kohta 11.8.

624 UN Handbook for parliamentarians on CRPD, s. 90.

625 CRPD/C/GC/1, kohta 22 ja kohta 29 (h).

626 CRPD/C/GC/1, kohta 40 ja 41.

627 CRPD/C/GC/1, kohta 29.

628 Negatiivisen vapauden painottamisesta Alexandrov – Schuck 2021, s. 8.

629 Esimerkiksi Szmuckler 2019, Skarstad 2018, Scholten – Gather 2018, Opgenhaffen 2022, de Bhailís – Flynn 2017, Arstein-Kerslake – Flynn 2016.

kopuolista päätöksentekijää kunnioittamaan henkilön tahtoa ja mieltymyksiä, jos se vaatisi toimimaan lainvastaisesti tai syyllistymään laiminlyöntiin henkilöä itseään tai muita kohtaan.[630] Potilaan keskenään ristiriitaisten tahdon ja mieltymysten osalta tilanteessa, jossa potilas ei ole tehnyt hoitotahtoa, ulkopuolisen päätöksentekijän tulisi selvittää potilaan ja tämän läheisten kanssa keskustellen, kuinka potilas haluaisi tällaisessa tilanteessa oikeudellista kelpoisuuttaan käyttää. Mikäli potilaan tahto ja mieltymykset ovat selvät, mutta aiheuttavat merkittävää vaaraa potilaalle tai muulle henkilölle, näitä ei tarvitsisi noudattaa. Mikäli selvittämisyrityksistä huolimatta potilaan tahto ja mieltymykset jäävät epäselviksi, ulkopuolisen päätöksentekijän tulisi tehdä ratkaisu perustuen parhaaseen arvioon potilaan tahdosta ja mieltymyksistä.[631]

Yhtenä ratkaisuvaihtoehtona 12 art. tulkintakysymykseen kirjallisuudessa on esitetty muokattua funktionaalisen päätöksentekokyvyn mallia, jossa yksilöt jaettaisiin päätöksentekokyvyn perusteella kolmeen ryhmään. Ensimmäiseen ryhmään kuuluisivat täysin itsenäiseen päätöksentekoon kykenevät, joille tuella ei ole merkitystä; toiseen ryhmään tuettuun päätöksentekoon kykenevät, joissa tukihenkilö tuntee henkilön tahdon ja mieltymykset; ja kolmanteen ns. ”helpotetun päätöksenteon” (facilitated decision-making) ryhmään yksilöt, jotka eivät kykene kommunikoimaan tai heidän tahdostaan ja mieltymyksistään ei juuri ole tietoa. Kolmannen ryhmän yksilöllä voi olla hoitotahto tai edunvalvoja, joiden kautta voidaan saada tietoa. Mikäli yksilön tahdosta ja mieltymyksistä ei ole saatavissa mitään tietoa, häntä hoidettaisiin potilaan etuun perustuen.[632] CRPD-komitea kuitenkin korostaa, että tuetun päätöksenteon kanssa rinnakkainen sijaispäätöksentekojärjestelmä ei olisi CRPD 12 art. kanssa yhteensopiva.[633] Myöskään potilaan etuun perustuvaa päätöksentekoa ei pidetä CRPD:n mukaisena.[634] Lisäksi lainsäätäjän tahto on ollut poistaa sijaispäätöksenteko sopimusluonnoksesta ennen sen hyväksymistä.

CRPD:n ja CRPD-komitean käsitys itsemääräämisoikeudesta edustaa lähtökohtaisesti autonomiakäsitystä, jossa autonomisuuden vaatimukset asetetaan inkluusion näkökulmasta mahdollisimman matalalle.[635] Lisäksi taustalla vaikuttaa relatiivisen autonomian idea, jonka mukaan yksilön autonomia toteutuu sosiaalisessa verkostossa, ja aidon itsemääräämisen katsotaan vaativan pelkkien negatiiviseen vapauskäsitykseen sisältyvien liberaalien vapausoikeuksien lisäksi sosiaalista tukea ja muita yhteiskunnallisia järjestelyjä, jotka mahdollistavat autonomialta edellytetyn kriittisen reflektion positiivisen vapauskäsityksen mukaan.[636] Matalan

630 Arstein-Kerslake – Flynn 2016, s. 482-483.
631 Arstein-Kerslake – Flynn 2016, s. 484.
632 Bach – Kerzner 2010, s. 83-96.
633 CRPD/C/GC/1, kohta 28.
634 CRPD/C/GC/1, kohta 20-21. CRPD/C/25/D/44/2017, Rékasi v. Hungary, kohta 11.6. Vastaavasti CRPD/C/GC/6, kohta 49(b).
635 Anderson 2014, s. 363. Tiensuu ym. 2023, s. 33.
636 Tiensuu ym. 2023, s. 27-29.

päätöksentekokyvyn vaatimuksen sisältävissä itsemääräämisoikeuden malleissa tasataan yksilöiden tosiasiallisia päätöksentekokyvyn eroja eri tavoin. Solidaristisen itsemääräämisoikeuskäsityksen mukaan matalan autonomisuuden vaatimuksen vuoksi itsemääräämisoikeuden käyttämistä rajataan haavoittuvassa asemassa olevien yksilöiden suojelemiseksi siten, että itsemääräämisoikeus ei tarkoita rajatonta valinnanvapautta kaikille.[637] Biolääketiedesopimuksen potilaan itsemääräämisoikeutta koskevan sääntelyn voidaan liberalistisen perusajatuksen ohella nähdä edustavan solidaristista itsemääräämisoikeuskäsitystä sijaispäätöksentekoa, hoitojen oikeuttamista ja mielenterveyspotilaiden tahdosta riippumatonta hoitoa koskevine säännöksineen. CRPD ja CRPD-komitean tulkinta vievät käsityksen itsemääräämisoikeudesta yhdenvertaisuuden edistämiseksi perfektionistisen käsityksen puolelle. Päätöksentekokyvyn vaatimus asettuu matalalle, mutta yksilön suojelemiseksi ei rajoitetakaan yksilön valinnanvapautta, vaan toteutetaan tarvittavat toimenpiteet yksilön autonomian tukemiseksi, jotta yksilö suoriutuisi myös monimutkaisista päätöksistä yksilöllisellä päätöksentekokyvyllään, joka hänellä on. Päätöksenteon rajat tulisi sitten asettaa muussa sääntelyssä, jotta kohtelu olisi yhdenvertaista. Matala vaatimustaso päätöksentekokyvylle pyritään siis kompensoimaan solidaristisessa ja perfektionistisessa mallissa eri tavoin.[638] CRPD-komitea vie itsemääräämisoikeuden mallin kuitenkin vielä pidemmälle todetessaan, että päätöksentekokykyä ei tule arvioida lainkaan, eli minkäänlaista matalallakaan olevaa kynnysarvoa itsemääräämisoikeuden käyttämiselle ei tule yhdenvertaisuuden näkökulmasta asettaa. Erilainen itsemääräämisoikeuden käsitys selittää jännitettä biolääketiedesopimuksen itsemääräämisoikeutta koskevan sääntelyn, Euroopan neuvoston ministerikomitean vajaakykyisen itsemääräämisoikeutta koskevan suosituksen ja muiden ihmisoikeussopimusten itsemääräämisoikeutta koskevan tulkintakäytännön suhteessa CRPD:n itsemääräämisoikeutta koskevaan sääntelyyn ja tulkintaan, mutta ei poista BLTS:n ja CRPD:n välillä vallitsevaa normiristiriitaa.

Suomi ei ole tehnyt varaumaa (reservation) tai tulkintaa koskevaa julistusta (declaration) 12 artiklaan. Suomen 2019 CRPD-komitealle toimittamassa ensimmäisessä ratifioinnin jälkeisessä raportissa on 12 artiklan osalta kuvattu, että Suomessa kukaan ei voi menettää oikeudellista asemaansa henkilönä lain edessä. Lisäksi on kuvattu holhous- ja edunvalvontalainsäädännön keskeinen sisältö[639] ja todettu, että vammaispalvelulain ja itsemääräämisoikeuslainsäädännön uudistus huomioivat tuetun päätöksenteon[640]. CRPD-komitea on syyskuussa 2023 pyytänyt Suomelta lisätietoja 12 art. liittyen holhouslain (442/1999) uudistuksesta kaikkien vammaisten, ja erityisesti älyllisesti tai psykososiaalisesti vammaisten, täyden oikeudellisen kel-

637 Anderson 2014, s. 363.
638 Anderson 2014, s. 362-366.
639 CRPD/C/FIN/1, kohta 104-112.
640 CRPD/C/FIN/1, kohta 114.

poisuuden tunnustamiseksi. Lisäksi pyydettiin tietoa uudistuksista muussa lainsäädännössä, joka rajoittaa heidän oikeudellista kelpoisuuttaan.[641] Komitea pyysi myös tietoa toimenpiteistä sijaispäättäjäjärjestelyn korvaamiseksi tuetulla päätöksenteolla, joka kunnioittaa vammaisten autonomiaa, tahtoa ja mieltymyksiä kaikilla elämän aloilla, mukaan lukien talouspalvelut ja omaisuuden hallinta.[642] Lisäksi pyydettiin tietoa holhouksenalaisten henkilöiden määrästä ja sellaisten henkilöiden lukumäärää, joiden oikeudellinen kelpoisuus on palautettu sopimuksen ratifioinnin jälkeen, jaoteltuna iän, sukupuolen ja toimintakyvyn heikkouden mukaan.[643] Vaikuttaa siltä, että Suomen tähänastiset toimenpiteet eivät vielä riittävästi toteuta sopimusta komitean perfektionistisen itsemääräämisoikeuskäsityksen tulkintalinjan mukaisesti.

4.2.2 Henkilökohtainen vapaus ja turvallisuus

4.2.2.1 Henkilökohtainen vapaus ja turvallisuus Euroopan neuvoston sopimusjärjestelmässä

Henkilökohtainen vapaus ja turvallisuus oikeutena turvaa tutkimuksen aihepiirissä osin yksilön itsemääräämisoikeutta. Rajoittamisnäkökulmasta se on olennainen ihmisoikeus tarkasteltaessa tahdosta riippumatonta hoitoa ja intensiteetiltään raskaimpia, vapauden riistoon verrattavia rajoittamistoimenpiteitä, kuten eristämistä ja sitomista. Henkilökohtaista vapautta turvaava EIS:n 5 artikla kuuluu yhdessä sopimuksen 2, 3 ja 4 art. kanssa arvokkaimpiin fyysistä koskemattomuutta turvaaviin perustavanlaatuisiin oikeuksiin, ja on yksi demokraattisen yhteiskunnan tärkeimpiä oikeuksia.[644] 5.1 artiklan mukaan jokaisella on oikeus vapauteen ja henkilökohtaiseen turvallisuuteen. Keneltäkään ei saa riistää hänen vapauttaan, paitsi artiklan alakohtien mainitsemissa tilanteissa ja lain määräämässä järjestyksessä. EIT:n mukaan tämä perustaa valtiolle positiivisen velvoitteen suojella kansalaistensa vapautta. Valtion tulee siis ryhtyä toimiin suojellakseen tehokkaasti haavoittuvassa asemassa olevia henkilöitä ja ehkäistäkseen vapaudenriistoa, josta viranomaiset ovat tai heidän pitäisi olla tietoisia. Muutoin mielivaltaiselta vapaudenriistolta suojeleminen ei olisi kattavaa, mikä ei vastaisi henkilökohtaisen vapauden tärkeyttä demokraattisessa yhteiskunnassa.[645]

EIS:n 5.1 art. e-alakohta sisältää sosiaali- ja terveydenhuollossa sovellettaviksi tulevat vapaudenriiston perusteet: tartuntataudin leviämisen estäminen (prevention of the spreading of infectious diseases), mielenterveyden häiriö (persons of unsound mind), alkoholismi (alcoholics), huumeidenkäyttö (drug addicts) tai irtolaisuus (vagrants). EIT:n vakiintuneen ratkaisukäytännön mukaan artiklan 5.1 e-kohta ei kos-

641 CRPD/C/FIN/Q/1, kohta 9 (a).
642 CRPD/C/FIN/Q/1, kohta 9 (b).
643 CRPD/C/FIN/Q/1, kohta 9 (c).
644 M. S. v. Croatia, s. 46, kohta 139.
645 Stork v. Germany, s. 19, kohta 102. Stanev v. Bulgaria, s. 21, kohta 120.

ke pelkkää liikkumisvapauden rajoittamista, josta säännellään EIS:n 4. pöytäkirjan 2 artiklassa.[646] EIT:n ratkaisukäytännössä 4. pöytäkirjan 2 artiklaa koskevat ratkaisut eivät kuitenkaan sisällä lainkaan terveydenhuollon toimintaan liittyviä ratkaisuja, vaan käytännössä maahan tuloon ja maasta poistumiseen tai poistamiseen liittyviä ratkaisuja.

EIT on arvioinut vapauden riistoa terveydenhuollon toiminnassa erityisesti tahdosta riippumattomaan hoitoon ja muuhun laitokseen sulkemiseen liittyen. EIT:n lähtökohtana 5.1 art. vapauden riiston arvioinnissa on yksilön nimenomainen tilanne, jonka suhteen arvioidaan vapauden riiston tyyppiä, kestoa, vaikutuksia, ja toimenpiteen suorittamistapaa. Vapauden riiston ja liikkumisvapauden rajoittamisen välinen ero määräytyy puuttumisen intensiteetin perusteella, ei toimenpiteen luonteen tai sisällön perusteella.[647] Vapauden riiston on EIT:n toimesta arvioitu tapahtuneen esimerkiksi seuraavissa olosuhteissa: henkilö on julistettu oikeustoimikyvyttömäksi ja otettu psykiatriseen sairaalahoitoon laillisen edustajansa suostumuksella, mutta on yrittänyt poistua sairaalasta siinä onnistumatta; henkilö on alun perin suostunut hoitoon klinikalla, mutta on myöhemmin yrittänyt paeta; täysi-ikäinen henkilö on ollut kyvytön antamaan suostumustaan hoitoon psykiatrisessa hoitolaitoksessa, vaikka hän ei ole yrittänyt poistua laitoksesta; ja tilanteessa kun henkilö on otettu yhteistyökykyisenä vapaaehtoiseen psykiatriseen hoitoon, mutta hoitohenkilökunnalla on ollut täysi kontrolli hänen liikkumisvapautensa ja poistumisensa suhteen.[648] Ashingdane-tapauksessa henkilön katsottiin olevan pidättävässä hoidossa avoimella osastolla, vaikka hänellä oli pääsy sairaalan valvomattomiin osiin ja myös mahdollisuus poistua sairaalasta.[649] Henkisesti vajavaisten tai päätöksentekokyvyttömien (mentally incapacitated) yksilöiden sijoittamista sosiaalihuollon yksiköihin (social care homes) on EIT:n ratkaisukäytännössä pidetty artiklan 5.1 tarkoittamana vapauden riistona.[650] Vapauden riiston on katsottu tapahtuneen myös tilanteessa, kun henkisesti vammainen henkilö oli sijoitettu sosiaalihuollon laitokseen, josta hänen oli mahdollista poistua, mutta hän kuitenkin oli jatkuvan valvonnan alla eikä hänellä halutessaan ollut mahdollisuutta poistua laitoksesta ilman lupaa.[651] Lyhytkestoinenkin va-

---

646 H. M. v. Switzerland, s. 9, kohta 40. Stanev v. Bulgaria, s. 21, kohta 115. Ashingdane v. The United Kingdom, s. 12-13, kohta 41.

647 H. M. v. Switzerland, s. 9, kohta 42. H. L. v. the United Kingdom, s. 25, kohta 89. Storck v. Germany, s. 11, kohta 71. Stanev v. Bulgaria, s. 21, kohta 115. Mihailovs v. Latvia, s. 23, kohta 128. Ashingdane v. the United Kingdom, p. 12-13, kohta 41.

648 Stanev v. Bulgaria s. 21, kohta 118. Mihailovs v. Latvia, s. 23, kohta 129. H. L. v. the United Kingdom, s. 27, kohta 94; s. 29, kohta 101 ja s. 32-34, kohdat 116-124.

649 H. L. v. the United Kingdom, s. 3-7 ja s. 26, kohdat 91-92. Ashingdane v. the United Kingdom, s. 7-8 kohta 24 ja s. 13, kohta 42.

650 Červenka v. the Czech Republic, s. 19, kohta 102-104. Samoin Stanev v. Bulgaria, kohta 132; Shtukaturov v. Russia, kohdat 104-110; D. D. v. Lithuania, kohta 150-152.

651 Mihailovs. v. Latvia, s. 23, kohta 129.

paudenmenetys on EIS:n vastainen, mikäli vapauden rajoittamisen intensiteetti muuten täyttää 5 art. vaatimukset.[652]

Vapauden riistoa arvioidaan EIT:n käytännössä objektiivisena henkilön sulkemisena tiettyyn tilaan pidemmäksi kuin merkityksettömäksi ajaksi, mutta vapauden riisto edellyttää, että henkilö ei lisäksi subjektiivisena elementtinä ole antanut vapaudenriistoon suostumustaan.[653] Ratkaisussa Nielsen v. Denmark EIT ei todennut 5.1 art. loukatun, kun alaikäinen lapsi oli äitinsä suostumuksella pidetty psykiatrisessa osastohoidossa sairaalassa 5,5 kk.[654] Myöskään Ratkaisussa H. M. v. Switzerland 5.1 art. ei loukattu, kun viranomaisten aloitteesta palvelutaloon siirretty vanhus ei ollut kyvytön ilmaisemaan suostumustaan, oli ilmaissut usein halukkuutensa muuttaa palvelutaloon, ja sinne muutettuaan halunnut jäädä.[655] Toki vapaudenriiston olosuhteilla laajemminkin oli merkitystä ratkaisujen lopputulokseen. Pelkkä suostumus ei kuitenkaan oikeuta vapauden riistoon. EIT:n mukaan henkilökohtainen vapaus on demokraattisessa yhteiskunnassa niin tärkeä, että henkilön ei voida katsoa luopuneen EIS:n ihmisoikeuksille tarjoamasta suojasta vain sillä perusteella, että hän on antanut sulkea itsensä laitokseen (detain oneself). Erityisesti tämä koskee tilanteita, jolloin on riidatonta, että potilas on kyvytön ilmaisemaan suostumustaan tai kieltäytymään pidättävistä (hoito)toimista.[656] Myöskään laillisen edustajan (public guardian) suostumus oikeustoimikelpoisuutensa menettäneen alkoholidementiaa sairastavan potilaan sijoittamiseksi sosiaalihuollon yksikköön ei EIT:n mielestä tarjonnut yksilön kannalta riittäviä menettelyllisiä suojatoimia mielivaltaa vastaan, vaan laillisen edustajan vapauden riistoon antama suostumus tulisi arvioida oikeudellisesti tuomioistuimessa.[657]

Vapauden riiston toteuttamispaikan ja -olosuhteiden tulee suhteutua vapauden riiston perusteeseen. Siten esimerkiksi mielenterveyden häiriön vuoksi vapauden riiston kohteena olevan henkilön asianmukainen sijoituspaikka laillisuusnäkökohdista on sairaala, klinikka tai muu asianmukainen laitos.[658] Tämä koskee myös tilanteita, joissa sairaus tai potilaan tila on parantumaton tai henkilö ei ole suostuvainen

652 Esim. X. v. Austria 13.12.1979 (velvoitettu pakon uhalla käymään verikokeessa). Raninen v. Suomi 16.12.1997 (aseistakieltäytyjän kiinni ottaminen ja parin tunnin kuljetuksen aikainen vapauden riisto). Gillan and Quinton v. the United Kingdom (alle 30 min pysäytys etsinnän suorittamiseksi poliisin toimesta), Shimovolos v. Russia (alle 45 min pidätys poliisiasemalla). Vrt. Gahramanov v. Azerbaidjan 15.10.2013, kohta 41-45 (pysäytetty rajatarkastuksessa, koska tiedoissa luki ”pysäytettävä”, tehty tarkemmat tarkistukset, kesto 2-4 h, ei ollut kyse vapauden riistosta).

653 Storck v. Germany, s. 12, kohta 74. Stanev v. Bulgaria s. 21, kohta 117. Mihailovs v. Latvia, s. 23, kohta 128.

654 H. M. v. Switzerland, s. 9, kohta 43; ja Nielsen v. Denmark, s. 25-26, kohdat 70-72.

655 H. L. v. the United Kingdom, s. 27, kohta 93. H. M. v. Switzerland, s. 10, kohta 44-45, 46-48.

656 H. L. v. the United Kingdom, s. 25-26, kohta 90. Storck v. Germany, s. 12, kohta 75 ja s. 24, kohta 126. Stanev v. Bulgaria, s. 21, kohta 119. De Wilde, Ooms and Versyp v. Belgium, s. 20-21, kohta 64-65.

657 Červenka v. the Czech Republic, s. 20, kohta 107 ja 110. Sýkora v. the Czech Republic, kohta 67.

658 Enhorn v. Sweden, s. 15-16, kohta 42. Rooman v. Belgium, s. 40, kohta 190 ja s. 41, kohta 193. X v. Finland, s. 25, kohta 147. Stanev v. Bulgaria, s. 26, kohta 147.

hoitoon.[659] Asianmukainen hoito tai hoitopaikkajärjestely eivät alun perin ole kuuluneet 5.1 art. e-kohdan alaan, mutta EIT on vähitellen oikeustapauskäytäntönsä kautta laajentanut 5.1 art. e-kohdan soveltamisalaa nimenomaan säännöksen sisältämien velvoitteiden merkityksen suhteen.[660] Siten ratkaisukäytännössä on muotoutunut tiivis yhteys mielenterveydenhäiriön perusteella toteutetun vapauden riiston laillisuuden ja asianmukaisen hoidon välille.[661] Vastaavasti asianmukaisen hoidon toteuttaminen on tiiviissä yhteydessä laitossijoituksen asianmukaisuuteen.[662] Joissakin olosuhteissa mielenterveysongelmaisen henkilön hyvinvointi (welfare) voi tulla huomioiduksi lääketieteellisen näkökulman ohella harkittaessa laitossijoituksen tarpeellisuutta, mutta majoituksen ja sosiaalisen tuen objektiivinen tarve ei saa kuitenkaan johtaa automaattisesti vapaudenriistoon.[663] Asianmukaisen hoitopaikkasijoituksen järjestelyille sallitaan pieni viive, jos se johtuu hoitopaikkojen kysynnän ja tarjonnan epäsuhdasta. Merkittävämmällä viiveellä voi olla vaikutusta hoitotuloksiin, mikä voidaan tulkita artiklan 5.1 e-kohdan loukkaukseksi.[664]

EIT:n ratkaisukäytännön mukaan vapauden riiston olosuhteiden tulee lähtökohtaisesti olla ihmisarvoa kunnioittavia. Vapauden riisto tulee toteuttaa siten, että käytetyt tavat ja menetelmät eivät aiheuta vapauden riiston kohteelle enempää tuskaa tai kärsimystä kuin itse vapauden riistosta väistämättä aiheutuu. Lisäksi vapauden riiston kohteena olevan henkilön terveydentilasta ja hyvinvoinnista tulee huolehtia. Kaikkeen vapauden riistoon voi liittyä kärsimyksen ja nöyryytyksen elementtejä, mutta vapauden riisto ei itsessään tarkoita 3 art. soveltumista käsiteltävään tapaukseen.[665]

Vapauden riiston kohteena olevien henkilöiden asianmukainen hoito sairauden hoitamiseksi tai vaarallisuuden vähentämiseksi on laillisuusnäkökulmasta tärkeää.[666] Tämä käsittää EIT:n mukaan paitsi tutkimukset ja diagnostiikan, myös diagnoo-

659 Rooman v. Belgium, s. 41, kohta 193. Henkilö voi hyötyä sairaalaympäristöstä, kun taas hoitoa tukevan ympäristön ulkopuolella hänen vointisa voisi huonontua. Rooman v. Belgium, s. 42, kohta 197.

660 Rooman v. Belgium, s. 44, kohta 206-207. EIT on Winterwerp-ratkaisussaan todennut, että vaikka pakkohoito psykiatrisessa sairaalassa palvelee sekä terapeuttisia että sosiaalisia tarpeita, EIS käsittelee vain sosiaalista suojelufunktiota mielenterveyspotilaiden osalta vapauden riiston oikeuttamisessa. Rooman v. Belgium, s. 41, kohta 195. Winterwerp v. the Netherlands, s. 16, kohta 51.

661 Rooman v. Belgium, s. 44, kohta 208.

662 Rooman v. Belgium, s. 45, kohta 210. Esimerkiksi tapauksessa Rooman EIT totesi 5.1 art. e-kohtaa loukatun, kun pakkohoidossa olevalle kriminaalipotilaalle ei järjestetty asianmukaista hoitoa ja terapiapalveluita potilaan kanssa yhteisellä kielellä. EIT katsoi viranomaisten syyllistyneen laiminlyöntiin, koska kielikysymyksen tunnistamisesta huolimatta potilaalle ei järjestetty tämän näkökulman huomioivaa yksilöllistä terapiaa, mikä muodosti esteen tilanteen paranemiselle ja vaarallisuuden vähentämiselle ja siten henkilön integroitumiselle yhteiskuntaan. Rooman v. Belgium, s. 50, kohta 241.

663 Mihailovs v. Latvia, s. 27, kohta 145.

664 Rooman v. Belgium, s. 42, kohta 198.

665 Stanev v. Bulgaria, s. 35, kohta 204. Rooman v. Belgium, s. 31, kohta 143-145.

666 Rooman v. Belgium, s. 41, kohta 194. Hoidon asianmukaisuus on tärkeää siksikin, ettei huononneta yksilön vapautumismahdollisuuksia. Rooman v. Belgium, s. 42, kohta 200.

sin mukaisen hoidon. Viranomaisten tulee huolehtia, että diagnosointi ja hoito on nopeaa ja asianmukaista, ja että tarvittaessa lääketieteellisen tilan niin vaatiessa seuranta on systemaattista ja pitää sisällään kattavan hoitosuunnitelman, jonka tavoitteena on laitokseen suljetun henkilön terveysongelmien hoitaminen ja niiden pahenemisen estäminen eikä vain oireiden lievittäminen. Lisäksi laitoksiin suljettujen henkilöiden lääketieteellisen hoidon tulee vastata sitä tasoa, jota valtio tarjoaa muulle väestölleen. Terveydentila- ja hoitotiedot tulee rekisteröidä kattavasti.[667] Puutteet lääketieteellisen hoidon toteuttamisessa voivat tulla arvioiduiksi 5.1 art. tai 3 art. mukaisesti riippuen siitä, vastaako vapauden riiston tarkoitus niitä olosuhteita tai ehtoja, joilla se toteutetaan; ja saavuttavatko olosuhteet tai ehdot tiettyä vakavuusastetta.[668]

Biolääketiedesopimuksen artikla 26 mahdollistaa BLTS:ssa turvattujen oikeuksien rajoittamisen vain, jos rajoituksesta on säädetty kansallisella lailla, ja rajoitus on välttämätön demokraattisessa yhteiskunnassa yleisen turvallisuuden, rikosten estämisen, kansanterveyden suojaamisen tai muiden henkilöiden oikeuksien ja vapauksien turvaamiseksi. Lisäksi rajoituksen tulee noudattaa välttämättömyys-, suhteellisuus- ja subsidiariteettiperiaatetta ja huomioida jäsenvaltion sosiaaliset ja kulttuuriset olosuhteet.[669] Rajoittamisperuste on vastaava kuin EIS:n yksityisyyden suojan osalta, mutta soveltamisala kattaa selitysmuistion mukaan myös vapaudenriiston luonteiset toimet. Esimerkkitilanteita ovat esimerkiksi eristäminen tartuntataudin leviämisen estämiseksi ja kansanterveyden suojaamiseksi, pakkohoito mielenterveydenhäiriön vuoksi muiden oikeuksien ja vapauksien turvaamiseksi, ja esimerkiksi geenitestaus rikostutkinnan yhteydessä osallisten selvittämiseksi.[670] Potilaan terveyden suojelemista rajoitusperusteena 26 artikla ei mainitse. Sopimuksen hengen mukaisesti potilaan terveyden suojelemiseen viitataan erikseen siihen liittyvissä artikloissa, esimerkiksi art. 7 yhteydessä.[671]

Euroopan neuvoston suosituksen Rec 99(4) periaate 25 ottaa kantaa mielenterveyspotilaisiin kohdistuviin toimiin. Sen mukaan vakavasta mielenterveyden häiriöstä kärsivään henkilöön voidaan hänen suostumuksestaan riippumatta kohdistaa hoitotoimenpiteitä mielenterveyden häiriön hoitamiseksi silloin, kun hoitamatta jättämisestä voisi aiheutua vakavaa vaaraa hänen terveydelleen.[672] Kyseiset henkilöt ovat haavoittuvassa asemassa olevia henkilöitä, jotka voivat tosiasiallisesti kyetä pää-

667 Rooman v. Belgium, s. 32, kohta 147.
668 Rooman v. Belgium, s. 46, kohta 213.
669 Explanatory report ETS 164, kohta 159.
670 Explanatory report ETS 164, kohdat 149-151, 153. Rajoitusperusteisiin eivät kuulu maan taloudellisen tilanteen suojeleminen, yleisen moraalin ja järjestyksen tai kansallisen turvallisuuden suojeleminen, kuten EIS 8 artiklassa. Myöskään sota tai aseellinen konflikti ei oikeuta rajoittamaan BLTS:ssa turvattuja oikeuksia. Explanatory report ETS 164, kohdat 156 ja 158.
671 Explanatory report ETS 164, kohta 155.
672 Euroopan neuvoston ministerikomitean suositus Rec(99)4, periaate 25.

töksentekoon, mutta voivat silti tarvita pakkohoitoa. Suosituksessa on omaksuttu Biolääketiedesopimuksen 7 art. mukainen ratkaisu ja huomioitu ministerikomitean päivitettävänä tuolloin ollut suositus Rec (83)2 tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättyjen mielenterveyspotilaiden oikeusturvasta.[673]

4.2.2.2 Henkilökohtainen vapaus ja turvallisuus YK:n ihmisoikeussopimuksissa

Jokaisen oikeus henkilökohtaiseen vapauteen ja turvallisuuteen on turvattu myös YK:n KP-sopimuksen 9 artiklassa ja CRPD 14 artiklassa. Keneltäkään ei saa riistää hänen vapauttaan, paitsi laissa säädetyissä tilanteissa ja lain määräämässä järjestyksessä. Oikeus henkilökohtaiseen vapauteen ei tarkoita KP-sopimusta valvovan ihmisoikeuskomitean tulkinnan mukaan yleistä toiminnan vapautta, vaan nimenomaan vapautta sulkemiselta johonkin tilaan.[674] Vapaudenriistolla tarkoitetaan vakavampaa liikkumisen rajoitusta pienemmässä tilassa tai alueella kuin KP-sopimuksen 12 artiklan tarkoittama liikkumisvapauden rajoitus tarkoittaa.[675] Vapauden riisto pitää sisällään mm. tutkimuksen kannalta keskeiset tahdosta riippumattoman sairaalahoidon, tahdosta riippumattoman kuljettamisen, sekä tietyt vapautensa menettäneen henkilön lisärajoitukset, kuten eristämisen tai fyysisten rajoittamisvälineiden käytön.[676] Ihmisoikeuskomitean mukaan oikeus henkilökohtaiseen vapauteen ei ole absoluuttinen oikeus, vaan vapaudenriisto voi joskus olla oikeutettua. Vapaudenriisto ei saa kuitenkaan perustua mielivaltaan, ja sen tulee noudattaa laillisuusperiaatetta.[677] Vapaudenriisto voi olla perusteltu yksilön suojelemiseksi vakavalta vahingolta, tai yksilön muille aiheuttamien vammojen estämiseksi, mutta vammaisuus, kuten psykososiaaliset heikkoudet, ei itsessään saa olla peruste vapaudenriistolle. Vapauden riiston tulee myös olla välttämätön ja oikeasuhtainen.[678] Vapaudenriistosta voi ihmisoikeuskomiteankin näkemyksen mukaan olla kyse vain, jos se tapahtuu ilman vapaaehtoista suostumusta.[679] Vapaudenriiston olosuhteiden asianmukaisuus suhteessa vapauden riiston perusteeseen vaikuttaa sen arviointiin, onko vapauden riisto

673 ExpRec(99)4, kohta 87-88. Sittemmin mielenterveyspotilaiden ihmisarvon ja ihmisoikeuksien suojelemisesta on annettu suositus Rec(2004)10.

674 CCPR/C/GC/35, kohta 3. Myöskään yksilövalitus toiminnan vapaudesta suhteessa 9 art. ei menestynyt. CCPR/C/75/D/854/1999 Wackenheim v. France, kohta 6.3.

675 CCPR/C/GC/35, kohta 5.

676 CCPR/C/GC/35, kohta 5. CAT/OP/27/2, kohta 8-9. CCPR/C/66/D/754/1997, A. v. New Zealand, kohta 7.2 (mielenterveys). Republic of Moldova (CCPR/C/MDA/CO/2, 2009), kohta 13 (tartuntataudit). CCPR/C/13/D/52/1979, Lopez Burgos v. Uruguay, kohta 13 (sieppaus ja kuljetus toiseen valtioon). Czech Republic (CCPR/C/CZE/CO/2, 2007), kohta 13 (verkko- ja häkkisängyt katsottu epäinhimillisiksi). Republic of Korea (CCPR/C/KOR/CO/3, 2006), kohta 13.

677 CCPR/C/GC/35, kohta 10.

678 CCPR/C/GC35, kohta 19. CAT/OP/27/2, kohta 11. Yksilövalitus CCPR/C/84/D/1061/2002, Fijalkowska v. Poland, kohta 8.3. CCPR/C/98/D/1629/2007, Fardon v. Australia, kohta 7.3.

679 CCPR/C/GC/35, kohta 6. Vastaava kannanotto yksilövalitukseen CCPR/C/101/D/1758/2008, Jessop v. New Zealand, kohta 7.9-7.10.

ollut 9 art. tarkoittamalla tavalla mielivaltainen vai ei.[680] Mikäli vapaudenriistoa jatketaan pidempään kuin oikeutettua, tai vapaudenriiston laillisuuden arvioimiseen ei anneta mahdollisuutta, vapaudenriisto katsotaan mielivaltaiseksi.[681] Valtioiden harkintavalta säätää poikkeuksia henkilökohtaisen vapauden ja turvallisuuden osalta on rajallinen. Harkintavaltaa rajoittavat mm. muut valtiota sitovat kansainvälisen humanitäärisen oikeuden vapauden riistoa koskevat säännökset ja yhdenvertaisuuden ja syrjimättömyyden velvoite.[682] KP-sopimuksen turvallisuus käsittää henkilökohtaisen koskemattomuuden, ja sitä tarkastellaan yksityisyyden ja koskemattomuuden suojaa analysoivassa luvussa.

Vapautensa menettäneen inhimillinen kohtelu turvataan KP-sopimuksen 10 artiklassa. Sen mukaan kaikkia vapautensa menettäneitä tulee kohdella inhimillisesti ja heidän synnynnäistä arvoaan kunnioittaen. Tämä koskee myös potilaiden tahdosta riippumatonta hoitoa sairaaloissa, esimerkiksi psykiatrisissa sairaaloissa.[683] Vapaudenriiston kohteena oleville kuuluvat samat KP-sopimuksessa turvatut oikeudet kuin muillekin, vaikka tietyt rajoitukset suljettuun ympäristöön sijoittamisesta johtuen eivät olekaan vältettävissä. Heidän ihmisarvoaan tulee kunnioittaa samoin, kuin kaikkien vapaiden ihmisten arvoa.[684] Inhimillisen ja ihmisarvoisen kohtelun tulee toteutua vapaudenriistotilanteissa yhdenvertaisesti ketään syrjimättä, ja resursseista riippumatta.[685] Esimerkiksi vapauden riiston kohteen pitäminen putkassa likaisissa vaatteissa, ilman henkilökohtaisia hygieniavälineitä ja ilman sänkyä, sekä viivyttely lääketieteellisen arvion hankkimisessa katsottiin 10 art. loukkaukseksi.[686] Vapautensa menettäneen henkilökohtainen turvallisuus pitää voida varmistaa ja häntä tulee myös suojella mielivaltaisilta vapaudenriistoilta vapaudenmenetyksensä aikana.[687] Vapaudenriiston kohteena olevia ei saa altistaa lääketieteellisiin tai tieteellisiin kokeisiin, eikä heihin saa kohdistaa muita rajoitteita, kuin vapaudenriistosta itsestään johtuu.[688] Artikla 10 korostaa ihmisoikeuskomitean mukaan haavoittuvassa asemassa olevien yksilöiden kohdalla 7 artiklan kidutuksen ja epäinhimillisen kohtelun kieltoa.[689]

---

680 CCPR/C/GC/35, kohta 59.

681 CCPR /C/76/D/900/1999, Mr. C. v. Australia, kohta 8.2. ja 8.3. CCPR/C/100/D/1449/2006, Umarova v. Uzbekistan, kohta 8.4-8.6.

682 CCPR/C/GC/35, kohta 65.

683 CCPR General comment No. 21, kohta 2.

684 CCPR General comment No. 21, kohta 3.

685 CCPR General comment No. 21, kohta 4.

686 CCPR/C/100/D/1449/2006, Umarova v. Uzbekistan, kohta 8.7. Samassa tapauksessa todettiin myös 7 art. loukkaus.

687 CCPR/C/GC/35, kohta 58. CCPR General comment No. 20, kohta 11. CAT/C/GC/2, kohta 13.

688 CCPR General comment No. 21, kohta 3. Lääketieteellisen tutkimuksen kielto myös CCPR General comment No. 20, kohta 7.

689 CCPR General comment No. 21, kohta 3.

Myös kidutuksen vastaisen sopimuksen lisäpöytäkirjaa (OPCAT) valvova alakomitea on ottanut 2016 kantaa vapauden riistoon terveydenhuollon toimintaympäristössä.[690] Sen mukaan laitokseen sulkemista pidetään vapaaehtoisena vain, jos potilas on antanut tietoisen suostumuksensa asiaan, ja hänellä säilyy oikeus ja mahdollisuus poistua laitoksesta.[691] Tahdosta riippumatonta sulkemista laitokseen pidetään mielivaltaisena, ellei se perustu toimivaltaisen riippumattoman oikeusviranomaisen asianmukaisessa prosessissa antamaan määräykseen. Menettelyn tulee olla tiiviin ja jatkuvan arvioinnin piirissä.[692] Esimerkiksi pidätetyn vakavaa mielenterveyden häiriötä sairastavan henkilön kohdalla voidaan turvautua oikeusviranomaisen määräämään tahdosta riippumattomaan hoitoon (confinement) välttämättömän lääketieteellisen hoidon turvaamiseksi. Näissä tilanteissa psykiatriseen sairaalaan sulkeminen voi olla välttämätöntä sairaudesta johtuvalta syrjinnältä, hyväksikäytöltä ja terveysriskeiltä suojaamiseksi. Hoidon tulee kuitenkin olla saman tasoista kuin muille potilaille ja vastata potilaan terveydellisiä tarpeita. Hoitolaitossijoituksen tulee myös olla säännöllisen oikeudellisen arvioinnin piirissä.[693] Myös fyysisiä ja kemiallisia rajoitustoimenpiteitä pidetään alakomitean kannanotossa vapauden riiston muotona, ja niitä tulisi harkita vain viimeisinä keinona ja turvallisuussyistä. Rajoittamistoimenpiteitä ei koskaan saa käyttää henkilökunnan, sukulaisten tai muun tahon mukavuuden vuoksi. Koska rajoittamistoimenpiteisiin liittyy väärinkäytösten riski, näiden käytölle tulee olla tiukat puitteet, joissa määritellään toimenpiteiden perusteet ja kesto, sekä valvonta-, seuranta-, arviointi- ja valitusmenettelyt.[694] Tahdosta riippumattomaan hoitoon ottamiseen ei saa sisältyä suoraa oikeutta lääkitsemiseen ilman potilaan suostumusta.[695] Lääketieteellinen eristäminen edellyttää terveydenhuollon ammattilaisten päivittäistä valvontaa. Potilaalla tulee myös olla tarpeellisin varotoimin turvattuja kontakteja muihin ihmisiin. Eristämisen tulee kestää mahdollisimman lyhyen aikaa.[696] Lisäksi alakomitea viittasi ihmisoikeuskomitean yleiskommenttiin todetessaan, että minkä tahansa terveydenhuollossa toteutettavan vapauden riiston tulee olla välttämätön ja oikeasuhtainen potilaan tai muiden henkilöiden suojelemiseksi vahingoittumiselta. Vähemmän rajoittavat vaihtoehdot tulee ottaa huomioon. Toimenpiteillä tulee myös olla riittävät menettelylliset ja asialliset oikeussuojakeinot.[697] Rajoitustoimenpiteiden käytöllä tulee olla vastaavat menettelyt ja oikeusturvakeinot kuin vapaudenriistolla.[698]

690 CAT/OP/27/2, päivätty 26.1.2016.
691 CAT/OP/27/2, kohta 6.
692 CAT/OP/27/2, kohta 5.
693 CAT/OP/27/2, kohta 8.
694 CAT/OP/27/2, kohta 9.
695 CAT/OP/27/2, kohta 7.
696 CAT/OP/27/2, kohta 10.
697 CAT/OP/27/2, kohta 11. CCPR/C/GC/35 (2014).
698 CAT/OP/27/2, kohta 9.

CRPD:n 14 art. mukaan vammaisilla on oikeus henkilökohtaiseen vapauteen ja turvallisuuteen yhdenvertaisesti muiden kanssa. Vammaisuus ei saa olla vapaudenriiston peruste. Vapauden riiston tulee tapahtua lain mukaisesti, ja vammaisia tulee suojella laittomalta tai mielivaltaiselta vapaudenriistolta. Vammaisilla on vapauden riiston yhteydessä yhtäläinen oikeus ihmisoikeuksia koskevan kansainvälisen oikeuden takeisiin, ja että heitä kohdellaan CRPD:n tavoitteiden ja periaatteiden mukaisesti. Artiklan kirjaus vastaa pitkälti KP-sopimuksen vapauden riistoa koskevaa artiklaa, ja ihmisoikeuskomitean käytäntöä siinä, ettei vammaisuus itsessään oikeuta vapaudenriistoa. CRPD-komitean tulkinta artiklan soveltamisesta on kuitenkin erilainen kuin ihmisoikeuskomitean.

CRPD-komitea korostaa jokaisen henkilökohtaista vapautta ja turvallisuutta yhtenä arvokkaimmista oikeuksista, ja kaikkien vammaisten, mutta erityisesti niiden, joilla henkisiä ja psykososiaalisista heikkouksia, oikeutta vapauteen ja turvallisuuteen.[699] CRPD-komitean mukaan päätöksiä, jotka liittyvät potilaan ruumiilliseen tai henkiseen koskemattomuuteen, voidaan tehdä vain potilaan itsensä suostumuksella.[700] Komitean mukaan ehdoton vapauden riiston kielto tarkoittaa, ettei vammaisten henkilöiden oikeudellista kelpoisuutta voida poistaa ja sulkea heitä laitokseen ilman suostumustaan tai sijaispäättäjän suostumuksella.[701]

CRPD-komitean tulkinnan mukaan pakkohoito on erityinen ongelma potilailla, joilla on psykososiaalisia, älyllisiä ja muita kognitiivisia heikkouksia.[702] Komitean mukaan 14 art. kieltää vapauden riiston vammaisuuden perusteella, vaikka siihen liitettäisiin lisäkriteereitä, kuten riski tai vaarallisuus, väitetty hoidon tarve tai muu heikentymiseen (impairment) tai diagnoosiin liittyvä syy.[703] Sopimusta valmistelleen Ad Hoc komitean kokouksissa oli keskusteltu ”pelkästään” tai ”yksinomaan” -määrittelyn liittämisestä vammaisuuteen perustuvaan vapaudenriistokieltoon. Valtiot olivat tätä vastustaneet, sillä sen katsottiin johtavan väärinymmärryksiin[704], ja mahdollistavan vapaudenriiston vammaisuuden perusteella.[705]

CRPD-komitean näkemyksen mukaan vammaisten henkilöiden tahdosta riippumaton hoito terveydenhuollollisilla perusteilla on siten vastoin 14 art. vammaisuuteen perustuvan vapaudenriiston kieltoa, ja vastoin 25 art. nojalla terveyspalveluissakin noudatettavaa vapaan ja informoidun suostumuksen periaatetta. Tahdosta

699 CRPD-komitea 2015 (A/72/55), kohta 3. CRPD/C/22/D/17/2013, Leo v. Australia, kohta 8.8. CRPD/C/22/D/18/2013, Manuway Doolan v. Australia, kohta 8.8. CRPD/C/22/D/32/2015, Medina Vela v. Mexico, kohta 10.8. CRPD/C/16/D/7/2012, Marlon James Noble v. Australia, kohta 8.7.

700 CRPD/C/GC/1, kohta 42.

701 CRPD-komitea 2015 (A/72/55), kohta 8.

702 CRPD/C/GC/1, kohta 42.

703 CRPD-komitea 2015 (A/72/55), kohta 7 ja 13.

704 UN Ad Hoc Committee, Third Session, Daily summary of discussions, 26.5.2004; Fifth Session, Daily summary of discussions 26.1.2005.

705 CRPD-komitea (A/72/55), kohta 7. UN Ad Hoc Committee, Fifth Session, Daily summary of discussions 26.1.2005.

riippumattomaan psykiatriseen hoitoon liittyy henkilön oikeudellisen kelpoisuuden syrjäyttäminen sairaalaan ottamista ja hoitoa koskevista päätöksistä, mikä on CRPD-komitean tulkinnan mukaan vastoin 12 ja 14 artiklaa.[706] Vammaisten sijoittaminen osastoille tai hoitolaitoksiin ilman heidän suostumustaan tai sijaispäättäjän suostumuksella tarkoittaa komitean mukaan mielivaltaista vapauden riistoa ja on vastoin sopimuksen 12 ja 14 artiklaa.[707] CRPD-komitea on suositellut valtioille vammaisuuteen tai oletettuun vammaisuuteen perustuvan tahdosta riippumatonta hoitoa koskevan sääntelyn kumoamista.[708] CRPD-komitea myös painottaa valtion kontrollivallan vastapainona valtion velvollisuutta suojella vapauden riiston kohteena olevien henkilöiden oikeuksia.[709] Edellä olevan CRPD-komitean tulkintakäytännön valossa jää epäselväksi, kieltääkö sopimus vain ilman potilaan suostumusta tai sijaispäättäjän suostumuksella tapahtuvan laitoshoidon, josta ei erikseen ole lailla säännelty, vai kieltääkö se todella kaiken tahdosta riippumattoman hoidon sopimuksen vammaismääritelmään kuuluvilla henkilöillä, vaikka menettelystä olisi lailla säädetty.

CRPD:n luonnosvaiheen muistiinpanoissa on todettu 14 art. olevan syrjimättömyyttä korostava säännös, joka kieltää älylliseen tai ruumiilliseen vammaisuuteen perustuvan syrjinnän.[710] Kirjallisuudessa on pohdittu, että artikla ei poissulkisi vapaudenriistoa, jos se tapahtuu lain mukaan (in conformity with the law). Tästä näkökulmasta vammaisiin kohdistuva tahdosta riippumaton hoito voisi olla 14 art. kanssa yhteensopivaa, jos se tapahtuisi syrjintäneutraalisti. Vastaavasti myös päätöksentekokyvyttömän henkilön pakolla toteutettu laitossijoitus voisi olla CRPD:n kanssa yhteensopivaa.[711] Syrjintäneutraalia mallia on kehitelty vakavien haittavaikutusten määrittelyn kautta, perusteena yksilön tai muiden henki, terveys tai turvallisuus tai yksilön omaisuus.[712] Mallia on myös kritisoitu näennäisestä syrjintäneutraliteetista.[713] Syrjintäneutraalia lähestymistapaa on haettu myös yleisistä (general, fusion), ehkä hieman yllättäen päätöksentekokyvyttömyyteen perustuvista (capasity-based) rajoittamislaeista.[714] CRPD-komitea on kuitenkin toistuvasti todennut, että valtioiden tulisi kumota säännökset, jotka sallivat vammaisten henki-

706 CRPD-komitea (A/72/55), kohta 10.
707 CRPD/C/GC/1, kohta 40 ja 41.
708 CRPD-komitea (A/72/55), kohta 10.
709 CRPD/C/22/D/17/2013, Leo v. Australia, kohta 8.9. CRPD/C/22/D/18/2013, Manuway Doolan v. Australia, kohta 8.9. CRPD/C/16/D/7/2012, Marlon James Noble v. Australia, kohta 8.9.
710 UN Ad Hoc Committee, Seventh session, Daily summary of discussion 19.1.2006. Seatzu 2017, s. 298.
711 Seatzu 2017, s. 298-299.
712 Bach – Kerzner 2010, s. 133. Flynn ja Arstein-Kerslake ehdottivat perusteeksi vakavaa vahinkoa vain yksilön hengelle, terveydelle ja turvallisuudelle. Mallissa pyriittiin myös rajaamaan viranomaisen puuttumista määrittelemällä se oikeudeksi, ei velvollisuudeksi. Flynn – Arstein-Kerslake 2017, s. 49-51.
713 Minkowitz 2017, s. 83-84.
714 Alexandrov – Schuck 2021, s. 10. Szmuckler – Kelly 2016.

löiden tahdosta riippumattoman hoidon mielisairaaloissa heidän tosiasiallisten tai havaittujen heikkouksiensa vuoksi.[715] CRPD-komitea on todennut, että monissa jäsenvaltioissa lainsäädäntö mahdollistaa henkilöiden sulkemisen laitokseen heidän todellisen tai havaitun heikkoutensa perusteella, jos asiaan liittyy muita syitä, kuten henkilöiden vaarallisuus itselleen tai muille, väitetty hoidon tai hoivan tarve tai muu syy, joka viittaa heikkouteen tai diagnoosiin. Tämä on komitean tulkintanäkemyksen mukaan vammaisia syrjivänä ja mielivaltaisena vapaudenriistona vastoin CRPD 14 artiklaa.[716] Kansainvälisessä kirjallisuudessa on nostettu esiin huolta potilaan suojelemiseen liittyvien sijaispäätöksenteon ja tahdosta riippumattoman hoidon purkamisesta.[717] Toisaalta rajoittamiskäytäntöjen keventämiseen on myös kannustettu.[718]

CRPD-komitea on myös pitänyt 14 art. loukkauksena käytäntöä määrätä rikoksentekijä hoitoon rikosoikeudellisen rangaistuksen sijaan, kun hoitoon määräämismenettelyllä ei ole vastaavia oikeusturvatakeita kuin sanktioon johtavalla rikosprosessilla.[719] Oikeuden ratkaisu olla määrittämättä maksimikestoa hoitoon määräämiselle altisti komitean mukaan tekijän paljon pidempikestoiselle sanktiolle, kuin olisi langetettu rikoksentekijälle, jota olisi pidetty syyntakeisena.[720] Komitea on ottanut kantaa, että tällaiset sosiaalista kontrollia merkitsevät rangaistukset tulisi korvata muodollisilla rikosoikeudellisilla rangaistuksilla. Lisäksi komitea on todennut, että EIT:n ratkaisukäytäntö ei tee oikeuspsykiatrisesta pakkohoidosta CRPD:n kanssa yhteensopivaa.[721]

Suomi ei ole tehnyt varaumaa (reservation) tai tulkintaa koskevaa julistusta (declaration) CRPD 14 artiklaan. Suomi on toimittanut ratifioinnin jälkeen ensimmäisen raporttinsa komitealle 2019. Raportissa kuvattiin 14 artiklan osalta perustuslakiin kirjattu vapauden riiston kielto ilman laissa säädettyä perustetta; kehitysvammaisten tahdosta riippumattoman erityishuollon sisältö perusteineen ja sen aikana käytettävissä olevat rajoittamistoimenpiteet ja oikeusturvatakeet; sekä valmisteilla olleen itsemääräämisoikeuslainsäädännön tavoitteet vahvistaa itsemääräämisoikeutta, vähentää rajoittamistoimenpiteiden käyttöä, turvata välttämätön hoito ja

715 CRPD-komitea 2015 (A/724/55), kohta 10. CRPD/C/29/D/61/2019, S. M. v. Denmark, kohta 10 (b) ii.

716 CRPD-komitea 2015 (A/72/55), kohta 6 ja kohta 13. CRPD/C/29/D/61/2019, S. M. v. Denmark, kohta 9.2-9.3. CRPD/C/DNK/CO/1, kohta 34. CRPD/C/22/D/32/2015, Medina Vela v. Mexico, kohta 10.8.

717 Dhanda 2017, s. 89.

718 Esim. Nilsson, 2024.

719 CRPD/C/29/D/61/2019, S. M. v. Denmark, kohta 9.2-9.3. CRPD/C/DNK/CO/1, kohta 34. CRPD/C/22/D/18/2013, Manuway Doolan v. Australia, kohta 8.8. CRPD/C/22/D/17/2013, Leo v. Australia, kohta 8.8 (henkilö oli sijoitettu vankilaan sopivien vaihtoehtojen puuttuessa). CRPD/C/16/D/7/2012, Marlon James Noble v. Australia, kohta 8.7.

720 CRPD/C/29/D/61/2019, S. M. v. Denmark, kohta 9.2.

721 CRPD/C/29/D/61/2019, S. M. v. Denmark, kohta 9.2-9.3. CRPD/C/DNK/CO/1, kohta 34.

huolenpito ja parantaa asiakkaiden ja henkilökunnan oikeusturvaa. Lisäksi kuvattiin mielenterveyslain tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset, perusoikeuksien rajoittamisedellytykset ja niiden toteuttamisperiaatteet tahdosta riippumattoman hoidon aikana, osa rajoittamistoimenpiteistä, ja aikomus uudistaa mielenterveyslaki ja siirtää mielenterveyspalveluita koskevat säännökset terveydenhuoltolakiin.[722]

CRPD-komitea pyysi syksyllä 2023 Suomelta lisäselvitystä aloitteista, jotka nostettiin esiin vammaisten laitoksiin sulkemisen ja pakkohoitoon ottamisen mahdollistavien säännösten ja käytäntöjen kumoamiseksi.[723] Lisäksi pyydettiin selvitystä toimenpiteistä, joilla taataan vammaisten fyysisen ympäristön, tiedon ja viestintäteknologian saavutettavuus, tarjotaan kohtuullinen majoitus ja yhdenvertaiset mahdollisuudet vankiloissa oleville vammaisille.[724] CRPD:n 15 art. kidutuksen ja epäinhimillisen kohtelun kieltoon liittyen CRPD-komitea pyysi Suomelta lisätietoja toimenpiteistä vammaisten suojelemiseksi kidutukselta ja epäinhimilliseltä tai alentavalta kohtelulta tai rangaistuksilta kaikissa ympäristöissä, vankiloissa, terveydenhuollon yksiköissä ja laitoksissa.[725] Lisäksi pyydettiin tietoa mielenterveyslain (1116/1990) uudistuksesta ja toimenpiteistä, joilla ehkäistään ja poistetaan vammaisten aikuisten ja lasten tahdosta riippumaton hoito mukaan lukien tahdosta riippumaton (involuntary) lääkitys, eristäminen, sitominen ja liikkumisvapauden rajoitukset, ja varmistetaan tehokkaat oikeusturvakeinot näissä tilanteissa.[726] Suomelta pyydettiin myös selvitystä toimenpiteistä, joilla varmistetaan, että kaikki lääketieteellinen hoito perustuu yksilön vapaaseen tietoiseen suostumukseen.[727] Selvitystä pyydettiin myös valtion ajankohtaisesta tilanteesta biolääketiedesopimuksen luonnosvaiheessa olevan mielenterveyspotilaiden tahdosta riippumatonta laitossijoitusta ja hoitoa koskevan lisäpöytäkirjan hyväksymisen valmistelussa.[728]

Kaikissa edellä kuvatuissa sopimuksissa, EIS:ssa, BLTS:ssa, KP-sopimuksessa ja CRPD:ssa henkilökohtaisen vapauden rajoittamisen tai vapaudenriiston edellytyksenä on, että menettelystä on säädetty lailla. EIT, ihmisoikeuskomitea ja OPCAT alakomitea pitävät terveydenhuollossa toteutettavaa tahdosta riippumatonta hoitoa tai pakkohoitoa tietyin reunaehdoin mahdollisena, kun menettelystä on säädetty lailla. CRPD-komitean tulkintakäytäntö poikkeaa kuitenkin merkittävästi EIT:n ja ihmisoikeuskomitean sekä OPCAT alakomitean tulkintakäytännöstä tahdosta riippumattoman hoidon (vapauden riiston) perusteiden ja hyväksyttävyyden osalta.

722 CRPD/C/FIN/1, kohta 130-142, 145-146.
723 CRPD/C/FIN/Q/1, kohta 11 (a).
724 CRPD/C/FIN/Q/1, kohta 11 (b).
725 CRPD/C/FIN/Q/1, kohta 12 (a).
726 CRPD/C/FIN/Q/1, kohta 12 (b).
727 CRPD/C/FIN/Q/1, kohta 12 (c).
728 CRPD/C/FIN/Q/1, kohta 11 (c). CRPD-komitea on 2018 kannanotossaan suositellut, että CRPD:n jäsenvaltioiden, jotka ovat Euroopan neuvoston jäseniä, tulisi vastustaa tämän BLTS:n lisäpöytäkirjan hyväksymistä. Parliamentary Question E-000023/2022 (ASW), www.europarl.europa.eu.

CRPD-komitea ei huomioi kannanotoissaan muiden oikeuksien, kuten elämän suojan ja välttämättömän terveydenhuollon, turvaamista, tai rajoittamisedellytyksenä suhteellisuusperiaatetta tai välttämättömyysperiaatetta vammaisten vapausoikeuksia tai koskemattomuutta rajoitettaessa katsoessaan, että vammaisiin kohdistuva tahdosta riippumaton hoito tai pakkohoito merkitsee muista perusteista riippumatta aina mielivaltaista vapaudenriistoa. Käytännössä CRPD-komitean tulkinta on näin jyrkkä tilanteissa, kun tahdosta riippumatonta hoitoa tai rajoittamistoimenpiteitä käytetään sopimusmääritelmän mukaisten vammaisten sairaanhoidossa. Erityisesti tämä koskee sellaisia potilaita, joilla on henkinen tai älyllinen heikentymä, ja joihin suomalainen rajoittamissääntely nykyään pääosin potilaan suojelemismielessä EIS:n kanssa yhteensopivasti kohdistetaan. Tämä käy ilmi myös edellä kuvatusta Suomen ja valvontakomitean vuoropuhelusta. Taustalla komitean tulkinnassa vaikuttaa CRPD:n monitasoinen yhdenvertaisuuden ja syrjintäkiellon korostaminen, ja sopimuksessa haettu paradigman muutos.

4.2.3 Yksityisyyden ja koskemattomuuden suoja

Yleinen yksityis- ja perhe-elämän, kotirauhan ja kirjeenvaihdon suoja on ihmisoikeussopimuksissa EIS 8 artiklassa ja KP-sopimuksen 17 artiklassa. CRPD:n 22 artiklassa tämä oikeus on erityisesti turvattu vammaisille. Myös BLTS 10 artikla turvaa yksityiselämän suojaa ja tiedonsaantioikeutta sekä oikeutta kieltäytyä vastaanottamasta tietoa[729]. EIS:ssa henkilökohtainen koskemattomuus kuuluu yksityisyyden suojan alaan, KP-sopimuksessa 9 art. vapauden ja turvallisuuden alaan, ja CRPD:ssa se on oma säännöksensä.[730] BLTS:ssa henkilökohtainen koskemattomuus suojataan tavoitteellisella tasolla 1 artiklassa: sopimuksen tavoitteena on suojella jokaisen henkilön ihmisarvoa ja identiteettiä ja varmistaa jokaisen koskemattomuuden, oikeuksien ja perusvapauksien kunnioittaminen biologian ja lääketieteen alalla.[731] Yksityisyyden suoja ja koskemattomuuden suoja turvaavat yksilön henkistä ja ruumiillista koskemattomuutta, integriteettiä. Tutkimuksen kannalta oikeudet yksityisyyteen ja

729 Sopimuksen selitysosassa mahdollistetaan potilaan tiedonsaantioikeuden tai kieltäytymisoikeuden rajoittaminen kansallisella lailla, mm. kolmannen osapuolen tiedonsaanti-intressin näkökulmasta. BLTS explanatory report, ETS 164, kohdat 69-70.

730 KP-sopimus SopS 8/1976, 17 art. EIS SopS 63/1999, 8 art. CRPD SopS 27/2016, 17 art.

731 Ihmisoikeus-termi sopimuksen nimessä viittaa Euroopan ihmisoikeussopimuksen (EIS) periaatteisiin, joilla ihmisoikeudet turvataan. BLTS:lla ja EIS:lla on sama taustalla oleva lähestymistapa ihmisoikeuksiin, lisäksi monet eettiset periaatteet ja oikeudelliset käsitteet ovat sopimuksille yhteisiä. Explanatory report ETS 164, kohta 9. Sopimuksessa haluttiin huomioida lääketieteen ja biologian kehitys, ja osoittaa, että näiden alojen saavutuksia tuli käyttää ainoastaan nykyisten ja tulevien sukupolvien hyödyksi yksilön, yhteisön ja ihmislajin tasoilla. Yksilöä haluttiin suojella uhkilta, joihin tieteellisten saavutusten epäasiallinen käyttö voisi johtaa. Lisäksi haluttiin huomioida tieteellisten saavutusten suhdetta yhteiskuntaan, ihmisten muodostamaan sosiaaliseen yhteisöön, joka jakaa tietyt eettiset periaatteet ja jota tietyt oikeudelliset standardit hallitsevat. Kolmantena näkökulmana sopimuksessa on tieteellisten saavutusten suhde ihmislajiin, erityisesti genetiikan kehityksen näkökulmasta. Explanatory report ETS 164, kohta 14.

koskemattomuuteen ovat merkittäviä yksilön itsemääräämisoikeuden kannalta, sillä terveydenhuollon toiminnassa tavanomainen yksityisyyteen ja koskemattomuuteen puuttuminen oikeutetaan suostumuksenvaraisesti. Oikeudet ovat merkittäviä myös rajoitustoimenpiteiden osalta, sillä niiden toteutumista terveydenhuollossa kaventaa vapauden riistoa lievemmin henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja yksityisyyden suojaan kohdistuvien rajoitustoimenpiteiden käyttö.

EIT:n ratkaisukäytännön mukaan yksityisyyden suoja on lavea käsite, jota ei voi määritellä tyhjentävästi. Se pitää sisällään yksilön fyysisen ja psyykkisen koskemattomuuden, mutta joskus myös yksilön fyysiseen ja sosiaaliseen identiteettiin kuuluvia asioita. Esimerkiksi sukupuolen määrittäminen, nimet, seksuaalinen suuntautuminen ja seksielämä kuuluvat 8 art. suojan piiriin.[732] Myös fyysisen koskemattomuuden suojaamisvelvoite sisältyy EIT:n mukaan 8 art. soveltamisalaan.[733] Artikla 8 suojaa henkilökohtaisen koskemattomuuden lisäksi myös oikeutta henkilökohtaiseen kehitykseen ja oikeutta muodostaa ja ylläpitää suhteita muihin henkilöihin ja ympäristöön. Yksilön itsemääräämisoikeus on tärkeä 8 art. tulkintaa ohjaava periaate.[734] Pienikin yksilön tahdon vastainen puuttuminen yksilön ruumiilliseen koskemattomuuteen tulkitaan 8 art. yksityiselämän suojaan kajoavaksi.[735] Esimerkiksi potilaan tahdosta riippumatta tai vastoin potilaan tahtoa toteutettu lääkitys katsotaan EIT:n ratkaisukäytännössä 8 artiklan loukkaukseksi, ellei se perustu lakiin ja noudata muutenkin laillisuusperiaatetta.[736]

EIT:n mukaan toimenpiteiden kohteena olevan henkilön todellisten toiveiden ja mieltymysten varmentaminen voi joskus olla vaikeaa, mutta henkilön oikeustoimikelvottomuus ei kuitenkaan tarkoita, että henkilö ei tosiasiallisesti kykenisi ymmärtämään tilannettaan. Sijaispäätöksenteko on tarvittaessa mahdollinen: henkisesti häiriintyneen henkilön toiveet voidaan tietyissä tilanteissa pätevästi korvata toisen, suojelevassa tarkoituksessa toimivan henkilön, toimesta.[737] Turvaamistoimenpiteiden tulee noudattaa mahdollisimman pitkälle itsemääräämiseen kykenevän henkilön toiveita. Mielipiteen huomiotta jättäminen voi johtaa haavoittuvassa asemassa olevan henkilön hyväksikäytön ja oikeuksien laiminlyönnin arviointiin.[738]

---

732 Y. Y. v. Turkey, s. 9, kohta 56. Synnytyksen on katsottu kuuluvan 8 art. soveltamisalaan. Dubská and Krejsová v. the Czech Republic, s. 33, kohta 162. Lisäksi yksityisyyden ja perhe-elämän suojan piiriin kuuluu valinta siitä, haluaako tulla vanhemmaksi, sekä tietoinen ja harkittu päätös koskien keinohedelmöityksellä alkuun saatuja alkioita. Parrillo v. Italy, s. 27, kohta 153 ja s. 28, kohta 159. Yksityiselämän suojan piiriin kuuluvat perustavanlaatuisesti myös henkilötiedot, esimerkiksi terveydentilatiedot. Terveystietojen luottamuksellisuuden suojaaminen turvaa paitsi potilaan yksityisyyttä, myös luottamusta lääkäriprofessioon ja yleisemmin terveydenhuollon palveluihin. L. H. v. Latvia, s. 10, kohta 56.

733 Storck v. Germany, s. 19, kohta 103.

734 Y. Y. v. Turkey, s. 9, kohta 57. Vavřička and others v. the Czech Republic, s. 42, kohta 261.

735 Storck v. Germany, s. 27, kohta 143. Herczegfalvy v. Austria, s. 26, kohta 86 soveltuvin osin.

736 Storck v. Germany, s. 27, kohta 144. X v. Finland, s. 36, kohta 212.

737 Mihailovs v. Latvia, s. 24-25, kohta 134

738 Mihailovs v. Latvia, s. 27, kohta 145.

EIT on yleisimmin arvioinut juuri 8 art. liittyen valtioiden oikeutta käyttää pakkokeinoja yksilöiden suojelemiseksi heidän toimintansa seurauksilta, ja pakkokeinojen sallittua laajuutta myös henkeä tai terveyttä vaarantavissa tilanteissa.[739] EIS 8 art. piiriin kuuluvat muut kuin vapaudenriiston luonteiset toimenpiteet. Rajanveto henkilökohtaista vapautta turvaavan 5 art. ja yksityisyyden suojaa turvaavan 8 art. soveltamisesta rajoittamistoimenpiteiden käytössä ei kuitenkaan EIT:n ratkaisukäytännössä ole aivan yksiselitteinen. Tapauksessa Storck EIT:n mukaan oikeus henkilökohtaiseen vapauteen suojataan 5 artiklassa, jota tulee tässä mielessä pitää lex specialiksena suhteessa 8 artiklaan.[740] Kyseisessä tapauksessa henkilö valitti liikkumisvapautensa rajoittamisesta tahdostaan riippumattoman hoitolaitossijoituksensa aikana asiallisesti samansisältöisesti kuin henkilökohtaisen vapautensa rajoittamisesta 5.1 art. yhteydessä, minkä vuoksi EIT katsoi, ettei asiaa ollut syytä käsitellä enää 8 art. näkökulmasta.[741] Varhaisemmissa tapauksissa EIT:n suhtautuminen oli käänteistä: artikla 5.1 e-kohdan ei pääsääntöisesti katsottu koskevan vapaudenriiston aikana annettavaa soveltuvaa hoitoa tai hoidon olosuhteita.[742] Rajoittamistoimenpiteen intensiteetistä ja muista olosuhteista riippuen niiden käyttö voi tulla arvioitavaksi myös EIS 3 art. loukkauksena.

Itsemääräämisoikeutta turvaavan 8 art. nojalla kansallisten viranomaisten on saavutettava reilu tasapaino esimerkiksi mielenterveyspotilaan (person of unsound mind) intressien ja muiden asiaan liittyvien laillisten intressien välillä.[743] Kansallisen viranomaisen harkintavalta vaihtelee riippuen asioiden luonteesta ja siihen liittyvien intressien tärkeydestä: hyvin vakava puuttuminen yksityiselämän suojaan vaatii tarkemman arvioinnin.[744] EIT:n mukaan psykologisesti tai älyllisesti vammaisten potilaiden eristämistä ja muita pakkokeinoja tai tahdosta riippumattomia toimenpiteitä sairaaloissa tai muissa laitoksissa koskevien nykyaikaisten oikeudellisten periaatteiden vaatimukset edellyttävät, että näihin turvaudutaan vasta viimeisenä keinona, kun niiden käyttö on ainoa tapa estää potilasta tai muita henkilöitä välittömästi uhkaava vahinko.[745] Rajoittamistoimenpiteen käyttöä ei myöskään saa

739 Hristozov and others v. Bulgaria, s. 25, kohta 116.

740 Storck v. Germany, s. 26, kohta 142.

741 Storck v. Germany, s. 26-27, kohta 142.

742 Winterwerp v. the Netherlands, s. 16, kohta 51. Ashingdane v. the United Kingdom, s. 14, kohta 44. Asianmukainen hoito tai hoitopaikkajärjestely eivät siis alun perin ole kuuluneet 5.1 art. e-kohdan alaan, mutta EIT on vähitellen oikeustapauskäytäntönsä kautta laajentanut 5.1 art. e-kohdan soveltamisalaa nimenomaan säännöksen sisältämien velvoitteiden merkityksen suhteen. Siten ratkaisukäytännössä on muotoutunut tiivis yhteys mielenterveydenhäiriön perusteella toteutetun vapaudenriiston laillisuuden ja asianmukaisen hoidon välille. Rooman v. Belgium, s. 44, kohta 206-208. Vastaavasti asianmukaisen hoidon toteuttaminen on tiiviissä yhteydessä laitossijoituksen asianmukaisuuteen. Rooman v. Belgium, s. 45, kohta 210.

743 Shtukaturov v. Russia, s. 15, kohta 87.

744 Shtukaturov v. Russia, s. 15, kohta 88.

745 M. S. v. Croatia, s. 39, kohta 104.

jatkaa pidempään, kuin tavoitteen saavuttamiseksi on ehdottoman välttämätöntä.[746] Päätöksentekokyvyn arvioinnissa (determining somebody's mental capacity) kansallisille viranomaisille kuuluu EIT:n mukaan laaja harkintavalta asian monimutkaisuuden vuoksi.[747] Vaikka 8 art. ei sisällä menettelyllisiä vaatimuksia, EIT on katsonut, että oikeuksien rajoittamista koskevan päätöksentekoprosessin tulee olla reilu ja varmistaa EIS 8 art. turvattujen oikeuksien toteutuminen.[748] Suostumusta koskevan kansallisen sääntelyn epäselvyydet ja riittävien oikeusturvakeinojen puute on EIT:n ratkaisukäytännössä katsottu sopimusloukkauksiksi.[749]

KP-sopimuksen ja CRPD:n mukaan kenenkään yksityiselämään, kotiin, perheeseen ja kirjeenvaihtoon ei saa mielivaltaisesti tai laittomasti puuttua. Jokaisella on oikeus lain suojaan tällaista puuttumista vastaan.[750] Yksityisyyden suojan piiri on KP-sopimuksessa erilainen verrattuna EIS:aan, sillä integriteettiä turvataan sopimuksessa myös 9 art. ja 10 art. säännöksin. Koska KP-sopimuksessa ei ole erikseen henkilökohtaista koskemattomuutta turvaavaa säännöstä, ihmisoikeuskomitean tulkintakäytännössä integriteetin katsotaan kuuluvan turvallisuuden piiriin, ja siten 9 art. soveltamisalaan. 10 art. koskee vapauden riiston kohteena olevan kohtelua, jota analysoitiin edellä.

Ihmisoikeuskomitean mukaan 9 art. mukaisella henkilökohtaisella turvallisuudella tarkoitetaan vapautta ruumiin ja mielen, tai ruumiin ja mielen koskemattomuuden vahingoittamiselta.[751] Oikeus turvallisuuteen suojelee henkilöitä tahalliselta ruumiillisten tai henkisten vammojen aiheuttamiselta riippumatta siitä, onko henkilö suljettuna laitokseen vai ei.[752] Myös 7 art. kidutuksen ja epäinhimillisen kohtelun kielto antaa vastaavaa suojaa.[753] Esimerkiksi henkilöntarkastuksen ja -katsastuksen osalta ihmisoikeuskomitea on pitänyt tärkeänä, että toimenpiteet kunnioittavat yksilön ihmisarvoa. Mikäli terveydenhuollossa suoritetaan valtion pyynnöstä tällaisia toimenpiteitä, toimenpiteiden suorittajan tulisi olla kohteen kanssa samaa sukupuolta.[754] Sopimusvaltioilla on velvollisuus suojella yksilöitä ennakoitavilta henkeen tai ruumiilliseen koskemattomuuteen kohdistuvilta uhkilta.[755] Lisäksi valtioiden tulee reagoida eri ryhmiin kohdistuviin väkivaltaisuuksiin, kuten

746 M. S. v. Croatia, s. 39, kohta 105.

747 Kansallisilla viranomaisilla on suora kontakti henkilöihin, joita asia koskee, minkä vuoksi heillä on parempi mahdollisuus tehdä intressipunnintaa. Shtukaturov v. Russia, s. 15, kohta 87.

748 Shtukaturov v. Russia, s. 15, kohta 89.

749 Elberte v. Latvia, s. 26-28, kohdat 108-117.

750 KP-sopimus SopS 8/1976, 17 art. CRPD 27/2016, 22 art.

751 CCPR/C/GC/35, kohta 3.

752 CCPR/C/GC/35, kohta 9. Yksilövalitus CCPR/C/66/D/613/1995, Leehong v. Jamaica, kohta 9.3 (henkilöä ammuttu pidätyksen yhteydessä).

753 CCPR/C/GC/35, kohta 56. CCPR General comment No. 20, kohta 2.

754 CCPR General comment No. 16, kohta 8.

755 CCPR/C/GC/35, kohta 9. Yksilövalitus CCPR/C/94/D/1560/2007, Marcellana and Gumanoy v. Philippines, kohta 7.7.

väkivaltaan vammaisia kohtaan.[756] Oikeus turvallisuuteen ei kuitenkaan kata kaikkia ruumiin ja mielenterveyteen liittyviä riskejä, kuten esimerkiksi siviili- tai rikosprosessin epäsuoria terveysvaikutuksia.[757]

Myös YK:n kidutuksen vastaisen sopimuksen lisäpöytäkirjaa (OPCAT) valvova alakomitea on ottanut kantaa terveydenhuollossa ilman potilaan suostumusta annettavaan hoitoon laitokseen suljettujen ja tahdostaan riippumatta hoidettujen potilaiden hoidossa.[758] OPCAT-alakomitea on todennut kannanotossaan, että vapauden riiston kohteena olevan henkilön hoitaminen edellyttää lähtökohtaisesti tämän antamaa tietoista suostumusta, joten laitokseen sulkeminen itsessään ei muodollisesti oikeuta hoitamaan tai lääkitsemään henkilöä ilman tämän suostumusta.[759] Poikkeuksellisissa tilanteissa voi kuitenkin olla välttämätöntä hoitaa vapauden riiston kohteena olevaa potilasta ilman hänen suostumustaan, jos hän ei kykene ymmärtämään tietoja tilanteestaan ja sen riskeistä henkensä ja terveytensä kannalta, jos hän ei kykene ymmärtämään lääketieteellistä hoitoa ja sen hyötyjä ja riskejä koskevaa informaatiota, ja jos hän ei kykene kommunikoimaan muiden kanssa.[760] Tällaisessa tilanteessa hoitamatta jättäminen olisi epäasiallista ja voisi täyttää julman, epäinhimillisen ja halventavan kohtelun kriteerit. Se voisi myös täyttää syrjinnän kriteerit. Tällaiseen toimenpiteeseen voidaan turvautua vain toimivaltaisen viranomaisen valtuutuksen perusteella, potilaan hengen, integriteetin ja terveyden kannalta korjaamattomien vahinkojen estämiseksi. Tällaiselle hoitamiselle tulee olla tiukat puitteet, jotka määrittävät hoidon kriteerit ja keston sekä arviointi- ja valvontamekanismit.[761] Ilman potilaan suostumusta toteutettava lääketieteellinen hoito tulee voida saattaa riippumattoman viranomaisen arvioitavaksi ja/tai potilaan käytettävissä tulee olla valitusmekanismi. Minkä tahansa lääkkeen anto ilman potilaan suostumusta tulee kirjata tarkasti, ja toimenpiteen tulee olla hallinnollisen vastuun ja oikeudellisen arvioinnin piirissä.[762] Ainoastaan hätätilanteissa päätös mistä tahansa välttämättömästä interventiosta voidaan tehdä yksin lääketieteen ammattilaisen toimesta.[763] Vapauden riiston kohteena olevalle, joka on ollut rajoitustoimenpiteiden ja suostumuksestaan riippumattoman hoidon kohteena, tulee lääkärin toimesta kertoa toteutetuista toimenpiteistä, valituskeinoista ja hyvityskeinoista heti, kun hänen tilansa tämän sallii.[764]

---

756 CCPR/C/GC/35, kohta 9. Norway (CCPR/C/NOR/CO/6), kohta 10.
757 CCPR/C/GC/35, kohta 9. Yksilövalitus CCPR/C/89/D/1124/2002, Obodzinsky v. Canada, kohta 8.5.
758 CAT/OP/27/2, päivätty 26.1.2016.
759 CAT/OP/27/2, kohta 7 ja 13.
760 CAT/OP/27/2, kohta 14.
761 CAT/OP/27/2, kohta 15.
762 CAT/OP/27/2, kohta 16.
763 CAT/OP/27/2, kohta 17.
764 CAT/OP/27/2, kohta 19.

CRPD 17 art. mukaan jokaisella vammaisella on oikeus ruumiilliseen ja henkiseen koskemattomuuteen yhdenvertaisesti muiden kanssa. Lisäksi 16 art. velvoittaa suojelemaan vammaisia kodissaan ja kodin ulkopuolella kaikilta hyväksikäytön, väkivallan ja pahoinpitelyn muodoilta, niiden sukupuoleen perustuvat näkökohdat mukaan lukien. Koska tietoinen suostumus on keskeinen henkisen ja ruumiillisen koskemattomuuden kannalta, säännös on osin päällekkäinen 12 art., ja vakavimpien seurausten osalta 15 art. kanssa.[765] Luonnosvaiheessa 17 art. integriteetin suoja kytkettiin seikkaperäisemmin suojaamaan tahdosta riippumattomalta hoidolta ja tietyiltä lääketieteellisiltä interventioilta, mutta lopulta muotoiluksi jäi oikeus ruumiilliseen ja henkiseen koskemattomuuteen yhdenvertaisesti muiden kanssa.[766] Integriteetin yhteys mm. lääketieteellisiin toimenpiteisiin on kuitenkin vahvistettu CRPD-komitean tulkintakäytännössä. CRPD-komitean mukaan oikeus integriteettiin perustuu ihmisyyteen, käsitykseen ihmisarvosta ja jokaisen yksilön ruumiillisen ja henkisen tilan suojeluun. Integriteetti sisältää CRPD-komitean mukaan ruumiillisen ja henkisen kidutuksen ja epäinhimillisen kohtelun ja rangaistuksen kiellon, ja laajan joukon lievempiä puuttumisia henkilön ruumiilliseen ja henkiseen koskemattomuuteen.[767] Siten se on osin päällekkäinen 15 art. kidutuksen ja epäinhimillisen kohtelun kiellon kanssa.

CRPD:n 25 art. d-kohta edellyttää vammaisten terveydenhoidon perustuvan vapaaehtoiseen tietoiseen suostumukseen. CRPD-komitean mukaan myös vapauden riiston aikana toteutettavan hoidon tulee perustua potilaan vapaaseen informoituun suostumukseen.[768] Komitea on suositellut, että laitoksissa luovuttaisiin pakolla toteutettavasta lääketieteellisen tai psykiatrisen hoidon antamisesta, jonka katsotaan loukkaavan oikeutta koskemattomuuteen.[769] Psykiatrinen tai muu terveydenhuollon ammattilaisten pakolla toteuttama hoito on CRPD-komitean näkemyksen mukaan vastoin yhdenvertaista kohtelua lain edessä, ja rikkoo henkilökohtaista koskemattomuutta (17 art.), kidutuksen kieltoa (15 art.) ja suojeluvelvoitetta väkivaltaa ja hyväksikäyttöä vastaan (16 art.).[770] Esimerkiksi psykiatrisessa hoidossa olleen potilaan lääkitseminen ilman hänen suostumustaan katsottiin 17 art. loukkaukseksi yhdessä 25 art. kanssa, kun lääkityksestä aiheutui haittavaikutuksena akatisia ja niin vaikeat kivut, että ne aiheuttivat itsetuhoisuutta, minkä vuoksi lääkitys myöhemmin vaihdettiin.[771] Komitea edellyttää vapauden riiston kohteena

765 Keys 2017 b, s. 329.
766 McSherry 2008, s. 113.
767 CRPD/C/22/D/24/2014, Z v. United Republic of Tanzania, kohta 8.8. CRPD/C/20/D/23/2014, X v. United Republic of Tanzania, kohta 8.9.
768 CRPD-komitea 2015 (A/72/55), kohta 11. CRPD/C/GC/1, kohta 41.
769 CRPD-komitea 2015 (A/72/55), kohta 20. CRPD/C/ECU/CO/1, kohta 29 c. CRPD/C/29/D/61/2019, S. M. v. Denmark, kohta 9.4.
770 CRPD/C/GC/1, kohta 42.
771 CRPD/C/29/D/61/2019, S. M. v. Denmark, kohta 9.4.

olevien vammaisten suojelemista siten, että terveydenhuollon laitoksissa luovutaan rajoitustoimenpiteiden käytöstä, niin eristämisestä, fyysisistä, kemiallisista kuin mekaanisista rajoituksista.[772] Komitean mukaan nämä eivät ole yhteensopivia kidutuksen ja epäinhimillisen kohtelun kiellon (15 art.) kanssa.[773] Vastaavia kannanottoja sisältyy myös komitean maakohtaisiin kannanottoihin (concluding observations) ja yksilövalitusratkaisuihin.[774] CRPD-komitean tulkinta koskemattomuuteen ja yksityisyyden suojaan puuttuvien rajoitustoimenpiteiden käytöstä poikkeaa edellä kuvatusti Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen ja OPCAT alakomitean tulkinnasta, jonka mukaan rajoitustoimenpiteitä voidaan käyttää poikkeuksellisesti ja aivan viimeisenä keinona, kun niihin turvautuminen on ainoa keino estää potilaalle tai muille aiheutuva vahinko.[775]

4.2.4 Kidutuksen ja epäinhimillisen kohtelun kielto

Kidutuksen ja epäinhimillisen kohtelun kielto on yksi absoluuttisista, jus cogens oikeuksista. Kiellosta ei voi säätää poikkeuksia, eikä sitä saa jättää noudattamatta millään perusteella ja missään olosuhteissa. Kidutuksen ja ihmisarvon vastaisen kohtelun kielto sisältyy EIS 3 artiklaan, KP-sopimuksen 7 artiklaan sekä CRPD:n 15 artiklaan: ketään ei saa kiduttaa, eikä rangaista tai kohdella epäinhimillisellä tai halventavalla tavalla. KP-sopimuksessa ja CRPD:ssa todetaan tässä yhteydessä, että erityisesti ketään ei saa alistaa lääketieteellisiin tai tieteellisiin kokeisiin ilman hänen suostumustaan. Tämän tutkimuksen kannalta kidutuksen ja epäinhimillisen kohtelun kielto tulee arvioitavaksi tahdosta riippumattoman hoidon ja rajoitustoimenpiteiden käytön osalta, mikäli puuttumisen intensiteetti, olosuhteet, kesto ja perusteet täyttävät tietyn vakavuuden asteen.

Kidutuksen ja epäinhimillisen kohtelun kielto on yksi demokraattisen yhteiskunnan tärkeimpiä arvoja. EIS 3 art. mukaan ketään ei saa kiduttaa, eikä kohdella tai rangaista epäinhimillisellä tai halventavalla tavalla.[776] EIT:n ratkaisukäytännön mukaan kielto on ehdoton riippumatta olosuhteista ja uhrin käytöksestä.[777] Arvioitaessa, kuuluuko kohtelu 3 art. soveltamisalaan, huonon kohtelun tulee saavuttaa vähintään tietty ankaruuden aste (minimum level of severity). Tämä on suhteellista: arviointiin vaikuttavat kaikki tapauksen olosuhteet, kuten hoidon ja kohtelun

772 CRPD-komitea 2015 (A/72/55), kohta 12. CRPD/C/NZL/CO/1, kohta 32. CRPD/C/AUS/CO/1, kohta 36. CRPD/C/29/D/61/2019, S. M. v. Denmark, kohta 10 (b) iii.

773 CRPD-komitea 2015 (A/72/55), kohta 12.

774 CRPD/C/PER/CO/1, kohta 30 ja 31; CRPD/C/HRV/CO/1, kohta 23 ja 24; CRPD/C/TKM/CO/1, kohta 27 ja 28; CRPD/C/DOM/CO/1, kohta 30 ja 31; CRPD/C/SVK/CO/1, kohta 49 ja 50; CRPD/C/SWE/CO/1, kohta 37 ja 38 (erityisesti ECT-hoito). CRPD/C/29/D/61/2019, S. M. v. Denmark, kohta 9.4.

775 Ks. myös Keys 2017 b, s. 333.

776 Elberte v. Latvia, s. 31, kohta 133. Stanev v. Bulgaria, s. 34, kohta 201.

777 Bataliny v. Russia, s. 16, kohta 81. M. S. v. Croatia, s. 37, kohta 94. Rooman v. Belgium, s. 30, kohta 141. Stanev v. Bulgaria, s. 34, kohta 201.

tarkoitus, luonne ja asiayhteys; toteuttamistapa, hoidon ja kohtelun kesto, sen fyysiset ja henkiset vaikutukset, ja joissakin tilanteissa myös uhrin sukupuoli, ikä ja terveydentila.[778] Kidutuksen ja epäinhimillisen tai halventavan kohtelun ero on siinä, että kidutuksessa on kyse tahallisesta tarkoituksesta tuottaa vakavaa ja julmaa kärsimystä.[779] Ihmisarvoa loukkaavana on EIT:n ratkaisuissa pidetty kohtelua, joka mm. on ollut ennalta harkittua, jota on jatkettu tunteja, ja josta on aiheutunut joko ruumiinvammoja tai voimakasta fyysistä tai henkistä kärsimystä.[780] Kohtelu on katsottu halventavaksi silloin, kun se herättää uhrissa pelkoa, tuskaa tai alemmuuden tunnetta, mikä on omiaan murtamaan uhrin moraalisen tai fyysisen vastustuksen, tai saamaan uhrin käyttäytymään omatuntonsa vastaisesti.[781]

Jotta hoitoa tai kohtelua voitaisiin pitää epäinhimillisenä tai halventavana, hoidosta tai kohtelusta aiheutuvan kärsimyksen tai nöyryytyksen pitäisi ylittää sellainen kärsimyksen ja nöyryytyksen aste, joka liittyy oikeudenmukaiseen (legitimate) hoitoon tai rangaistukseen.[782] Esimerkiksi psykiatriseen sairaalahoitoon suljettujen potilaiden kohdalla potilaan alemmuus ja heikkous henkilökuntaan nähden vaatii lähtöasetelmana erityistä tarkkuutta, kun arvioidaan EIS:n velvoitteiden täyttämistä. Lääketieteen vakiintuneet hoitoperiaatteet ovat tällaisissa tilanteissa EIT:n näkökulmasta määrääviä periaatteita: pääsääntöisesti lääketieteellisesti välttämätöntä hoitoa ei voida pitää epäinhimillisenä tai halventavana. Vaikka lääkintäviranomaiset voivat päättää vastuullaan olevien potilaiden lääketieteellisestä hoidosta lääketieteen periaatteiden mukaisesti, ja itsemääräämiskyvyttömän potilaan fyysisen tai henkisen terveydentilan säilyttämisen niin vaatiessa tarvittaessa voimakeinoja käyttäen, potilaat joka tapauksessa nauttivat EIS:n 3 art. suojaa.[783] Vaikka hoidon ja kohtelun tarkoitus huomioidaan arvioinnissa, pelkkä nöyryyttävän tai alentavan tarkoituksen puuttuminen ei automaattisesti tarkoita, ettei 3 artiklassa turvattuja oikeuksia olisi loukattu.[784] Vapauden riiston olosuhteiden arvioinnissa 3 art. osalta tulee huomioida myös vapauden riiston olosuhteiden kumulatiivinen vaikutus ja toimenpiteen kesto. Tästä näkökulmasta on tärkeää huomioida paitsi materiaaliset olosuhteet, myös rajoittamisjärjestelmä: sen ankaruus, kesto, tavoitellut päämäärät ja sen vaikutukset kohteena olevaan henkilöön.[785] Myös kohtelun julkinen luonne voi olla raskauttava, kun arvioidaan, onko kohtelu 3 art. tarkoittamalla tavalla alentavaa.[786] EIS 3 artiklan loukkaus voi olla kyseessä esimerkiksi, jos vapaudenriiston kohteena olevan henkilön asianmukainen hoito laiminlyö-

778 Bataliny v. Russia, s. 16-17, kohta 82. M. S. v. Croatia, s. 37, kohta 95. Rooman v. Belgium, s. 30, kohta 141. Hristozov and others v. Bulgaria, s. 24, kohta 110. Stanev v. Bulgaria, s. 34, kohta 202.
779 Bataliny v. Russia, s. 17, kohta 84.
780 Stanev v. Bulgaria, s. 34, kohta 203.
781 Rooman v. Belgium, s. 30, kohta 141. Stanev v. Bulgaria, s. 34, kohta 203.
782 Bataliny v. Russia, s. 17, kohta 83. Stanev v. Bulgaria, s. 35, kohta. 204.
783 Herczegfalvy v. Austria, s. 18, kohta 82. M. S. v. Croatia, s. 38, kohta 98.
784 Bataliny v. Russia, s. 16-17, kohta 82. Rooman v. Belgium, s. 30, kohta 141.
785 Stanev v. Bulgaria, s. 35, kohta. 205.
786 Elberte v. Latvia, s. 32, kohta 133.

dään tai häneen sovelletaan epäinhimillisiä hoitotoimenpiteitä. Myös pakkolääkintä tai pakkoruokinta saattaa toteuttamistavasta ja muista olosuhteista riippuen loukata EIS 3 artiklaa, samoin kuin eristäminen olosuhteista riippuen.[787]

Somaattisesta tai psyykkisestä sairaudesta johtuva kärsimys voi kuulua 3 art. soveltamisalaan, mikäli laitokseen sulkemisen olosuhteet ovat sellaiset, että ne pahentavat tai ovat riskissä pahentaa sairautta.[788] Kynnys luonnollisesta sairaudesta johtuvan kärsimyksen huomioimiseen on korkea, sillä väitetyn vahingon aiheuttaja on sairaus itsessään, ei viranomaisten toiminta tai laiminlyönti.[789] Erityisesti tämä korostuu mielenterveysongelmista kärsivien yksilöiden kohdalla. EIT on painottanut viranomaisten velvollisuutta suojella haavoittuvassa asemassa olevia laitokseen suljettuja henkilöitä.[790] EIT:n mukaan 3 art. perustaa valtiolle velvollisuuden suojella haavoittuvassa asemassa viranomaisten valvonnan alla olevien yksilöiden fyysistä hyvinvointia. Tilanteissa, joissa henkilö vammautuu pidätyksen tai muun viranomaiskontrollin alaisena, herää epäily huonosta kohtelusta ja 3 art. loukkauksesta, ellei valtio kykene esittämään uskottavaa selitystä vammojen syistä.[791]

Esimerkiksi ratkaisussa Bataliny v. Russia EIT piti potilaan pakolla toteutettua psykiatrista hoitoa ilman perusteltua lääketieteellistä tarvetta ja tutkimusvaiheessa olevaa antipsykoottia ilman potilaan suostumusta hoidossa käyttäen sellaisena kohteluna, joka oli omiaan herättämään pelkoa, ahdistusta ja alemmuutta, ja siten alentamaan ja nöyryyttämään potilasta 3 art. tarkoitetulla tavalla.[792] Potilasta oli myös pahoinpidelty lyömällä hoitojakson aikana, mikä katsottiin näytön valossa itsenäiseksi 3 art. loukkaukseksi.[793] Myös ratkaisussa M. S. v. Croatia EIT totesi 3 art. soveltuvan tapaukseen, kun selkäkipuisen potilaan sitominen sänkyyn psykiatrisella osastolla kesti 15 tuntia, ja potilas koki sen traumaattisena, unohtumattomana, mahdollisesti fyysisiä vammoja aiheuttavana ja nöyryyttävänä kohteluna, joka tuotti hänelle pettymyksen.[794] EIT katsoi potilaan kohtelun olleen epäinhimillistä ja alentavaa, koska ei esitetty näyttöä siitä, että lievempiä keinoja potilaan levottomuuden hallitsemiseksi olisi yritetty ja sitomiseen olisi ryhdytty vasta viimeisenä keinona. Potilaan väitetystä aggressiivisuudestakin löytyi merkintöjä vasta sen jälkeen, kun sitominen oli jo aloitettu. Lisäksi hoitohenkilökunta oli suhtautunut passiivisesti potilaan toistuviin valituksiin selkäkivustaan sitomisen aikana.[795]

---

787 Pellonpää ym. 2012, s. 354-355. EIS 3 art. turvaa asianmukaisten laitosolosuhteiden järjestämistä ja suojaa laitoksessa olevan henkilön integriteettiä sekä asettaa rajat fyysiselle kiinnipitämiselle, eristämiselle ja kurinpidolliselle rankaisemiselle. Luonnos asiakas- ja potilaslain yleisperusteluiksi 6.7.2018, s. 71.
788 Rooman v. Belgium, s. 31, kohta 143-145.
789 Hristozov and others, s. 24, kohta 111.
790 Rooman v. Belgium, s. 31, kohta 143-145.
791 Bataliny v. Russia, s. 20-21, kohdat 107-109.
792 Bataliny v. Russia, s. 18, kohta 90.
793 Bataliny v. Russia, s. 18-21.
794 M. S. v. Croatia, s. 38-39, kohta 102.
795 M. S. v. Croatia, s. 40, kohdat 108-112.

YK:n KP-sopimuksen 7 art. ei määrittele kidutusta tai epäinhimillistä kohtelua tarkemmin, eikä ihmisoikeuskomiteakaan ole pitänyt tarpeellisena laatia listaa kielletyistä toimenpiteistä tarkkojen rajojen vetämiseksi eri rangaistusten tai kohteluiden välillä. Ihmisoikeuskomitean tulkintakäytäntö on EIT:n kanssa yhteneväinen siinä, että toimenpiteen luonne, tarkoitus ja intensiteetti tai vakavuus vaikuttavat siihen, täyttääkö kohtelu kidutuksen tai epäinhimillisen kohtelun määritelmän.[796] Ihmisoikeuskomitean mukaan 7 art. suojelee mm. hoitolaitoksiin suljettuja henkilöitä. Komitean mukaan 7 artiklassa kiellettyjä toimenpiteitä ovat toimenpiteet, jotka tuottavat fyysistä kipua tai henkistä kärsimystä uhrille, tai jotka merkitsevät ruumiillista rankaisemista tai kuritusta koulutus- tai kurinpidollisena toimenpiteenä. Myös vapauden riiston kohteena olevan henkilön pitkäaikainen eristäminen voi tulla arvioiduksi 7 art. mukaisena kohteluna.[797] Vapaudenriiston olosuhteilla on myös merkitystä, kuten EIT:n käytännössäkin. Vapaudenriiston kohteena olevan yksilön pitäminen alastomana, ilman mahdollisuuksia huolehtia hygieniastaan, ja antipsykooteilla lääkittynä katsottiin 7 art. loukkaukseksi.[798] Vapaudenriiston kesto vaikuttaa myös arviointiin. Vapauden riiston jatkaminen ja hoidon viivyttely tilanteessa, kun yksilön mielenterveys heikkeni, katsottiin 7 art. vastaiseksi.[799] EIT:n näkemystä vastaten ihmisoikeuskomitea on katsonut, että kidutuksen ja epäinhimillisen kohtelun osalta näyttötaakka ei ole yksin kantajalla, vaan valtion tulee lisäpöytäkirjan 4(2) mukaan tutkia väitteet.[800] Ihmisoikeuskomitean tulkintakäytäntö vastaa siten pitkälti EIT:n tulkintakäytäntöä kidutuksen ja epäinhimillisen kohtelun osalta. Yksinomaan syrjintäperusteella toteutetut rajoitustoimenpiteet on katsottu kidutuksen ja epäinhimillisen kohtelun kieltoa rikkoviksi. Vammaisuus, kuten psykososiaaliset heikkoudet, ei itsessään saa olla peruste vapaudenriistolle.[801] Ihmisoikeuskomitean tulkintalinjan mukaan kaikki erityiskohtelu ei kuitenkaan ole syrjintää, jos sille on objektiivinen peruste ja se on kohtuullista ja järkevää (reasonable).[802] Myös kidutuksen vastaisen komitean (CAT) kannanoton mukaan syrjintäperusteella tapahtuva henkisen tai ruumiillisen väkivallan käyttö tai huono kohtelu on tärkeä seikka arvioitaessa, täyttääkö kohtelu kidutuksen ja epäinhimillisen kohtelun kriteerit.[803]

CRPD:kin kieltää kidutuksen, mutta sekään ei määrittele kidutusta. Kidutuksen kiellon osalta CRPD-komitea viittaa ratkaisukäytännössään kidutuksen vastaisen sopimuksen (CAT) määritelmään, jonka mukaan kidutus tarkoittaa mitä tahansa

796 CCPR General comment No. 20, kohta 4.
797 CCPR General comment No. 20, kohta 5 ja 6.
798 CCPR/C/100/D/1449/2006, Umarova v. Uzbekistan, kohta 8.3.
799 CCPR/C/76/D/900/1999, Mr. C. v. Australia, kohta 8.4.
800 CCPR/C/100/D/1449/2006, Umarova v. Uzbekistan, kohta 8.3.
801 CCPR/C/GC35, kohta 19. CAT/OP/27/2, kohta 11. Yksilövalitus CCPR/C/84/D/1061/2002, Fijalkowska v. Poland, kohta 8.3. CCPR/C/98/D/1629/2007, Fardon v. Australia, kohta 7.3.
802 CCPR/C/75/D/854/1999, Wackenheim v. France, kohta 7.3.
803 CAT/C/GC/2, kohta 20.

toimintaa, jolla tahallisesti aiheutetaan henkilölle vaikeaa ruumiillista tai henkistä kipua tai kärsimystä tarkoituksena saada häneltä tai kolmannelta henkilöltä tietoja tai tunnustus; tai tarkoituksena rangaista teosta häntä tai kolmatta henkilöä; tai pelotella tai pakottaa hänet tai kolmas henkilö tekemään jotain; tai muusta syrjintäperusteisesta syystä, jos tällaista kipua tai kärsimystä aiheutetaan viranomaisen aloitteesta, hyväksynnällä tai suostumuksella.[804] Kirjallisuudessa on katsottu, että myös sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden toimintaa voitaisiin tarkastella tällaisena viranomaistoimintana, sillä kyse on henkilökunnasta jolla on valta ja vastuu CRPD:ssa tarkoitettujen vammaisten hoidosta, erityisesti laitoksissa.[805] CRPD-komitean ratkaisukäytännössä kidutuksen ja epäinhimillisen kiellon loukkaukseksi on katsottu mm. mahdolliset laitoshoidon aikana käytettävät rajoittamistoimenpiteet[806], vapauden riiston kohteena olevan vammaisen hyvinvoinnista huolehtimisen ja kohtuullisten mukautusten laiminlyönti vapaudenriiston aikana[807], kestoltaan määrittämätön vapaudenriisto[808], ja karkotus kotimaahan, kun karkotettavan henkilön terveydentilasta aiheutuvaa riskiä karkotettavalle henkilölle ja lääketieteellisen hoidon saatavuutta kotimaassa ei arvioitu[809]. Lisäksi valtion kyvyttömyys saattaa rikoksentekijät vastuuseen silpomisesta arvioitiin uhrin kannalta henkiseksi kidutukseksi tai huonoksi kohteluksi.[810]

Ihmisoikeussopimusten valvontaelinten tulkintakäytäntö poikkeaa toisistaan myös tämän jus cogens -oikeuden sisällön määrittelyssä. EIT:n ja ihmisoikeuskomitean tulkintakäytännön mukaan toimenpiteen luonne, tarkoitus ja intensiteetti tai

804 CRPD/C/22/D/24/2014, Z v. United Republic of Tanzania, kohta 8.6. CRPD/C/20/D/23/2014, X v. United Republic of Tanzania, kohta 8.7.

805 Marchesi 2017, s. 312.

806 Vapaudenriiston kohteena hoitolaitoksissa olevien vammaisten hoidossa käytettävät eristäminen ja fyysiset, kemialliset ja mekaaniset rajoittamistoimenpiteet eivät ole yhteensopivia kidutuksen ja epäinhimillisen kohtelun kiellon kanssa. CRPD-komitea 2015 (A/72/55), kohta 12. CRPD/C/NZL/CO/1, kohta 32. CRPD/C/AUS/CO/1, kohta 36. CRPD/C/29/D/61/2019, S. M. v. Denmark, kohta 10 (b) iii.

807 CRPD/C/22/D/17/2013, Leo v. Australia, kohta 8.9-8.10. CRPD/C/22/D/18/2013, Manuway Doolan v. Australia, kohta 8.9. Molemmissa ratkaisuissa 15 art. loukkaus: määrittämättömän pitkä vapaudenriisto, laitokseen sulkeminen ilman rikostuomiota, ajoittainen eristäminen, tahdosta riippumaton hoito ja sijoittaminen samoihin tiloihin tuomittujen rikollisten kanssa. CRPD/C/16/D/7/2012, Marlon James Noble v. Australia, kohta 8.9 (määrittämättömän pitkä vapaudenriisto, toistuva väkivallan kohteeksi joutuminen).

808 CRPD/C/22/D/17/2013, Leo v. Australia, kohta 8.10. CRPD/C/22/D/18/2013, Manuway Doolan v. Australia, kohta 8.10. Tapauksissa 15 art. vastaisena pidettiin määrittämättömän pitkää vapauden riistoa rangaistuslaitoksessa ilman rikostuomiota, ajoittaista eristämistä, hoitoa tahdosta riippumatta ja sijoitusta samaan paikkaan tuomittujen rikollisten kanssa.

809 CRPD/C/23/D/60/2019, N. L. v. Sweden, kohta 7.8. CRPD/C/25/D/58/2019, Z.H. v. Sweden, kohta 10.5-10.11. Tapaukseen N. L. jätettiin eriävä mielipide, jonka mukaan valittaja ei pystynyt todistamaan uskottavuuttaan prosessissa ja käytti henkilökohtaista uhkaa suistamaan karkotusprosessin radaltaan. (Annex, Individual opinion of Committee member Lovászy (dissenting)).

810 CRPD/C/22/D/24/2014, Z v. United Republic of Tanzania, kohta 8.6. CRPD/C/20/D/23/2014, X v. United Republic of Tanzania, kohta 8.7. (molemmissa tapauksissa silpominen albinismin vuoksi).

vakavuus määrittävät sen, rikkooko tahdosta riippumaton hoito tai rajoitustoimenpiteiden käyttö kidutuksen ja epäasiallisen kohtelun kieltoa. Syrjintäperuste huomioidaan näiden valvontaelinten ratkaisukäytännössä siten, että yksinomaan siihen perustuvat toimenpiteet katsotaan kidutuksen ja epäinhimillisen kohtelun kiellon vastaisiksi. CRPD-komitea perustaa arviointinsa kidutuksen kieltoa koskevan sopimuksen määritelmään, mutta katsoo kaikki CRPD-sopimuksen määritelmän mukaisten vammaisten hoidossa käytettävät rajoitustoimenpiteet ja kestoltaan määrittelemättömän vapauden riiston kidutuksen ja epäinhimillisen kohtelun kieltoa rikkoviksi. Taustalla vaikuttaa todennäköisesti CRPD:n monitasoinen syrjinnän kielto, joka yhdessä CAT-sopimuksen määritelmän kanssa vie CRPD-komitean tulkinnan tähän suuntaan.

4.2.5 Yhdenvertaisuus ja syrjinnän kielto

Yhdenvertaisuuden periaate ja syrjintäkielto sisältyy kattavasti ihmisoikeussopimuksiin. EIS:n 14 artiklassa taataan EIS:ssa turvatuista oikeuksista nauttiminen ilman minkäänlaista sukupuoleen, rotuun, ihonväriin, kieleen, uskontoon, poliittisiin tai muihin mielipiteisiin, kansalliseen tai yhteiskunnalliseen alkuperään, kansalliseen vähemmistöön kuulumiseen, varallisuuteen, syntyperään tai muuhun asemaan perustuvaa syrjintää. Sopimuskohtainen syrjintäkielto on myöhemmin lisäpöytäkirjalla 12 laajennettu yleiseksi syrjintäkielloksi.[811] EIT:n ratkaisukäytännössä syrjintänä pidetään yksilöiden erilaista kohtelua samanlaisessa tilanteessa ilman objektiivista ja kohtuullista (reasonable) perustetta. Objektiivisen ja kohtuullisen (reasonable) perusteen puuttuminen tarkoittaa, että erottelulla ei ole laillista päämäärää, ja että tavoitteet eivät ole järkevässä suhteessa tavoiteltuun päämäärään nähden.[812] Valtioilla on tiettyä harkintavaltaa arvioidessaan, missä määrin eroavaisuudet muuten samanlaissa tilanteissa oikeuttavat erilaisen kohtelun. Harkintavallan laajuus vaihtelee olosuhteiden, asian ja taustojen mukaan. EIT:n mukaan 14 art. ei estä valtioita kohtelemasta ryhmiä eri tavoin korjatakseen tosiasiallista epäyhdenvertaisuutta niiden välillä. Joissakin tilanteissa tosiasiallisen epäyhdenvertaisuuden korjaamatta jättäminen voi ilman objektiivista ja kohtuullista perustetta loukata 14 artiklaa.[813] EIT:n mukaan 14 artiklalla ei ole itsenäistä merkitystä, vaan sitä arvioidaan muiden sopimusten turvaamien oikeuksien yhteydessä. 14 art. soveltuminen ei kuitenkaan edellytä muiden sopimuksen turvaamien oikeuksien loukkausta. On välttämätöntä, mutta myös riittävää, että tapauksen tosiseikat sisältyvät yhden tai useamman artiklan piiriin. 14 art. soveltaminen ulottuu kaikkiin sopimuksen turvaamiin oikeuksiin ja vapauksiin.[814] Myös Euroopan sosiaalisen peruskirjan johdannossa todetaan, että

811 EIS Lisäpöytäkirja 12 (4.11.2000).
812 Andrejeva v. Latvia, kohta 81.
813 Andrejeva v. Latvia, kohta 82.
814 Andrejeva v. Latvia, kohta 74.

sosiaaliset oikeudet on taattava ilman rotuun, ihonväriin, sukupuoleen, uskontoon, poliittiseen katsomukseen, kansalliseen syntyperään tai sosiaaliseen alkuperään perustuvaa syrjintää. Biolääketiedesopimuksessa kielletään syrjintä perimän perusteella (11 art.).

YK:n ihmisoikeussopimuksissa yhdenvertaisuuden turvaaminen ja syrjinnän kielto on myös kattavasti edustettuna. KP-sopimuksen 2 art. kieltää syrjinnän rotuun, ihonväriin, sukupuoleen, kieleen, uskontoon, poliittiseen tai muuhun mielipiteeseen, kansalliseen tai yhteiskunnalliseen alkuperään, omaisuuteen, syntyperään tai muuhun asemaan perustuen. Syrjintää ei ole sopimuksessa tarkemmin määritelty. Ihmisoikeuskomitean mukaan syrjinnän voidaan ymmärtää tarkoittavan mitä tahansa erottelua, poissulkemista, rajoittamista tai suosimista, joka perustuu edellä mainittuun perusteeseen, ja jonka tarkoitus tai vaikutus on mitätöidä tai heikentää yksilöiden oikeuksien ja vapauksien tasavertaista tunnustamista, nautintaa tai käyttämistä.[815] Tasavertainen oikeuksien ja vapauksien nautinta ei tarkoita identtistä kohtelua kaikissa tilanteissa, minkä myös sopimuksen muut säännökset selkeästi ilmaisevat.[816] Yhdenvertaisuuden ja syrjimättömyyden periaatteen toteuttaminen voi edellyttää valtiolta myös positiivisia toimia tasa-arvoa heikentävien olosuhteiden vähentämiseksi tai poistamiseksi, esimerkiksi tilanteissa, kun tietyn väestöryhmän yleiset olosuhteet estävät tai heikentävät heidän ihmisoikeuksiensa toteutumista. Tämä voi tarkoittaa muuhun väestöön verrattuna tiettynä ajankohtana tietylle väestöryhmälle kohdennettua hoitoa erityisasioissa. Jos toimenpide on välttämätön tosiasiallisen syrjinnän korjaamiseksi, sitä ei pidetä syrjintänä, vaan laillisena erityiskohteluna.[817] Kaikki erityiskohtelu ei ole syrjintää, jos erityiskohtelun perusteet ovat kohtuullisia ja objektiivisia, ja niillä tavoitellaan ihmisoikeussopimuksen näkökulmasta laillista päämäärää.[818] Edelleen KP-sopimuksen 26 art. mukaan kaikki ihmiset ovat oikeudellisesti yhdenvertaisia, ja oikeutettuja ilman minkäänlaista syrjintää yhtäläiseen lain suojaan. Lain tulee kieltää kaikki syrjintä ja taata kaikille henkilöille yhtäläinen ja tehokas suojelu rotuun, ihonväriin, sukupuoleen, kieleen, uskontoon, poliittiseen tai muuhun mielipiteeseen, kansalliseen tai yhteiskunnalliseen alkuperään, omaisuuteen, syntyperään tai muuhun asemaan perustuvaa syrjintää vastaan. TSS-sopimuksen 2 art. turvaa yhdenvertaisuutta sopimuksessa turvattujen TSS-oikeuksien käyttöön, ja kieltää syrjinnän samoin perustein kuin KP-sopimus.

CRPD poikkeaa muista tutkimuksen kannalta relevanteista YK:n ihmisoikeussopimuksista ja Euroopan neuvostonkin sopimuksista sikäli, että siinä vammaisten yhdenvertaisuus muiden kanssa ja syrjimättömyys on koko sopimuksen tavoite (1 art.), yleisperiaate (3 art.) ja oikeus (5 art.), ja sitä käytetään myös kriteerinä muiden

815 CCPR General comment No. 18, kohta 6 ja 7.
816 CCPR General comment No. 18, kohta 8.
817 CCPR General comment No. 18, kohta 10.
818 CCPR General comment No. 18, kohta 13.

oikeuksien loukkausta arvioitaessa (esim. 12, 14, 17, 22 ja 25 art.).[819] CRPD:n 5 art. 1-kohta turvaa kaikkien henkilöiden yhdenvertaisuuden lain edessä, ja oikeuden ilman minkäänlaista syrjintää yhdenvertaiseen lain suojaan ja yhdenvertaisiin lakiin perustuviin etuihin. 2-kohdan nojalla kaikki syrjintä vammaisuuden vuoksi on kiellettyä, ja vammaisille taataan tehokas oikeussuoja syrjintää vastaan syrjintäperusteesta riippumatta. CRPD:n 2 art. määritelmän nojalla syrjintää vammaisuuden perusteella on kaikenlainen erottelu, poissulkeminen tai rajoittaminen vamman perusteella, mikä johtaa siihen, että ihmisoikeuksista nauttiminen muiden kanssa yhdenvertaisesti heikentyy tai mitätöityy. Syrjintä voi CRPD-komitean mukaan olla suoraa, epäsuoraa, kohtuullisten mukautusten epäämistä tai häirintää.[820] CRPD-komitean ratkaisukäytännössä on todettu, että vaikka sääntö tai toimi itsessään olisi neutraali eikä sillä olisi syrjivää tarkoitusta, syrjintä voi aiheutua säännön tai toimenpiteen syrjivästä vaikutuksesta, jos se suhteettomasti vaikuttaa vammaisiin.[821] Kaikki mahdolliset syyt syrjinnälle yhdistelmineen tulee huomioida, mukaan lukien mm. alkuperäiskansaan kuuluminen.[822]

CRPD:ssa on haluttu siirtyä formaalista yhdenvertaisuudesta, jossa yksilöitä kohdellaan samanlaisissa tilanteissa samalla tavalla, yhdenvertaisuuden sosiaaliseen malliin, tavoitteeseen poistaa esteet, jotka estävät vammaisia nauttimasta oikeuksistaan yhdenvertaisesti muiden kanssa.[823] CRPD-komitean mukaan yhdenvertaisuus muiden kanssa tarkoittaa, että vammaisille ei myönnetä enempää tai vähempää oikeuksia kuin valtaväestölle, mutta valtiolla on velvollisuus ryhtyä konkreettisiin toimenpiteisiin todellisen yhdenvertaisuuden saavuttamiseksi.[824] 5 art. 3-kohdan mukaan yhdenvertaisuuden edistämiseksi ja syrjinnän poistamiseksi sopimuspuolten tulee toteuttaa kohtuulliset mukautukset. Kirjallisuuden mukaan oikeus kohtuullisiin mukautuksiin esiintyy CRPD:ssa ensimmäistä kertaa erillisenä pakottavana ihmisoikeutena.[825] CRPD 2 art. määritelmän mukaan ”kohtuullinen mukauttaminen” tarkoittaa tarvittaessa yksittäistapauksessa toteutettavia tarpeellisia ja asianmukaisia muutoksia ja järjestelyjä, joilla ei aiheuteta suhteetonta tai kohtuutonta rasitetta ja joilla varmistetaan vammaisten henkilöiden mahdollisuus nauttia tai käyttää kaikkia ihmisoikeuksia ja perusvapauksia yhdenvertaisesti muiden kanssa. Kohtuullisia mukautuksia edellytetään niin kansalais- ja poliittisten oikeuksien kuin TSS-oikeuksien toteutumiseksi.[826] Esimerkiksi terveydenhuollon

819 CRPD/C/GC/6, kohta 12. Samoin Litin'ska 2018, s. 134.
820 CRPD/C/GC/6, kohta 18.
821 CRPD/C/20/D/35/2016, J. H. v. Australia, kohta 7.3. CRPD/C/26/D/50/2018, Köck v. Austria, kohta 7.3.
822 CRPD/C/22/D/17/2013 Leo v. Australia, kohta 7.6. CRPD/C/22/D/18/2013 Manuway Doolan v. Australia, kohta 7.6. Molemmissa tapauksissa valittaja oli aboriginaali.
823 Cera 2017, s. 161-162.
824 CRPD/C/GC/6, kohta 17. CRPD/C/26/D/50/2018, Köck v. Austria, kohta 7.4.
825 Cera 2017, s. 167 ja 169.
826 Cera 2017, s. 170.

toimintayksikössä tämä tarkoittaa, että poistetaan esteet, jotka estävät vammaisen henkilön osallistumisen tai palveluiden saamisen yhdenvertaisesti muiden kanssa.[827] Jos mukautuksista aiheutuisi suhteetonta ja kohtuutonta haittaa, niiden toteuttamatta jättämistä ei pidetä syrjivänä.[828] Valtion tulee kuitenkin arvioida mukautusten kohtuullisuutta ja oikeasuhteisuutta perusteellisesti ja objektiivisesti, ja olennaiset asiat kattaen, ennen kuin päädytään siihen, että mukautuksista aiheutuisi kohtuuton taakka.[829] 5 artiklan vaatimus kohtuullisista mukautuksista ei CRPD-komitean mukaan kuitenkaan koske 12 art. 3 kohtaa, mikä tarkoittaa, että päätöksenteon tuen järjestelyitä ei voida rajoittaa sillä perusteella, että siitä aiheutuisi suhteeton tai kohtuuton taakka.[830] Vaikka valtioilla on tietty harkintavalta menettelyllisistä järjestelyistä mahdollistaakseen vammaisten oikeudellisen kelpoisuuden käyttämisen, vammaisen relevantteja oikeuksia tulee kunnioittaa.[831]

CRPD:n 5 art. 4-kohdan mukaan erityistoimia, jotka ovat tarpeen vammaisten henkilöiden tosiasiallisen yhdenvertaisuuden jouduttamiseksi tai saavuttamiseksi, ei katsota tämän yleissopimuksen tarkoittamaksi syrjinnäksi. Erityistoimilla tarkoitetaan positiivisia tai myöntäviä toimenpiteitä, joiden tarkoitus on edistää vammaisten tosiasiallista yhdenvertaisuutta muiden kanssa, esimerkiksi marginaalista ryhmää koskevien etujen käyttöönottoa tai ylläpitämistä. Toimet ovat yleensä luonteeltaan tilapäisiä, vaikka joissakin tilanteissa pysyvätkin toimet voivat olosuhteista ja asiayhteydestä riippuen olla tarpeen yhteiskunnallisen esteen vuoksi.[832] Erityistoimenpiteiden tulee olla yhteensopivia CRPD:n periaatteiden ja säännösten kanssa. Ne eivät saa johtaa jatkumoon vammaisten eristämisen, erottelun, stereotypioiden, stigmatisaation tai muutoin vammaisiin kohdistuvan syrjinnän suhteen.[833] CRPD-komitean mukaan yhdenvertaisuus ja syrjintäkielto ovat vammaissopimuksen takaaman kansainvälisen suojelun kulmakiviä, eikä niitä voi toteuttaa asteittain.[834] Syrjintäsäännöksen osalta tarkastelussa erittäin harvoin huomioidaan erityiskohtelua syrjintäolettaman poistavana perusteena. CRPD-sopimuksen muista tutkimuksen kannalta keskeisistä ihmisoikeussopimuksista poikkeava rakenne yhdenvertaisuuden

827 UN Handbook for parliamentarians on CRPD, s. 60.

828 UN Handbook for parliamentarians on CRPD, s. 62.

829 CRPD/C/15/D/11/2013, Beasley v. Australia, kohta 8.4. CRPD/C/20/D/35/2016, J. H. v. Australia, kohta 7.4. (Molemmissa kyse viittomakielen tulkkauksesta ja tekstityksestä).

830 CRPD/C/GC/6, kohta 48.

831 CRPD/C/22/D/17/2013, Leo v. Australia, kohta 8.7. CRPD/C/22/D/18/2013, Manuway Doolan v. Australia, kohta 8.7. CRPD/C/12/D/5/2011, Jungelin v. Sweden, kohta 10.5. CRPD/C/22/D/32/2015, Medina Vela v. Mexico, kohta 10.6. CRPD/C/15/D/11/2013, Beasley v. Australia, kohta 8.4. CRPD/C/16/D/7/2012, Marlon James Noble v. Australia, kohta 8.6. CRPD/C/18/D/30/2015, Makarov v. Lithuania, kohta 7.6. CRPD/C/20/D/35/2016, J. H. v. Australia, kohta 7.4. CRPD/C/25/D/44/2017, Rékasi v. Hungary, kohta 11.7.

832 Esimerkkejä erityistoimenpiteistä ovat mm. tukiohjelmat; kohdennettu rekrytointi, palkkaaminen ja ylentäminen; ja teknologiset apuvälineet. CRPD/C/GC/6, kohta 28.

833 CRPD/C/GC/6, kohta 29.

834 CRPD/C/26/D/50/2018, Köck v. Austria, kohta 7.4. CRPD/C/GC/6, kohta 12.

ja syrjintäkiellon suhteen vaikuttaa vahvasti CRPD-komitean kannanottoihin niin yleiskommenteissa kuin yksilövalituksiin annetuissa ratkaisuissakin.

4.2.6 Elämän suoja ja oikeus terveydenhuoltoon

Elämän suoja ja oikeus terveydenhuoltoon ovat tutkimuksen kannalta tärkeitä oikeuksia ihmisoikeusrajoituksen punninnan ja potilaiden suojelemiseksi käytettävien toimenpiteiden perustelemisen kannalta. Elämän suoja on yksi ihmisoikeussopimuksissa turvattuja perustavanlaatuisia periaatteita, ja se on kattavasti kirjattu ihmisoikeussopimuksiin. Sillä ei kuitenkaan ole vastaavaa jus cogens -asemaa kuin kidutuksen ja epäinhimillisen kohtelun kiellolla. EIS 2 art., KP-sopimuksen 6 art. ja CRPD 10 art. mukaan jokaisen oikeus elämään on suojattava lailla. Vammaissopimus myös edellyttää valtioilta tarvittavia toimia, että vammaiset voivat nauttia tästä oikeudesta tehokkaasti ja yhdenvertaisesti muiden kanssa. EIS ja KP-sopimus sallivat alun perin kuolemanrangaistuksen, joka myöhemmin kiellettiin EIS:n lisäpöytäkirjoissa 6 ja 13[835], ja KP-sopimuksen toisessa valinnaisessa lisäpöytäkirjassa vuonna 1989. EIS 2 artiklassa ei kuitenkaan pidetä elämän riistämistä tietyissä voimankäyttötilanteissa EIS:n vastaisena.[836] KP-sopimuksen mukaan keneltäkään ei saa mielivaltaisesti riistää hänen elämäänsä.

Ihmisoikeussopimuksissa turvataan myös oikeutta terveydenhuoltoon. EIS:ssa tai KP-sopimuksessa tätä ei ole turvattu sopimusten luonteesta johtuen. Sen sijaan Euroopan neuvoston TSS-oikeuksia turvaavassa Euroopan sosiaalisessa peruskirjassa taataan jokaiselle oikeus terveyden suojeluun mm. terveysneuvonnan ja -valistuksen sekä henkilökohtaiseen vastuunottoon kannustamisen keinoin. Lisäksi sopimusmaat velvoitetaan poistamaan terveyttä heikentävät syyt, ja ehkäisemään kulkutauteja, kansantauteja ja muita sairauksia niin laajasti kuin mahdollista (11 art.). Jokaiselle taataan myös oikeus sosiaali- ja lääkintäapuun taloudellisesta tilanteesta riippumatta (13 art.).[837] YK:n TSS-sopimuksessa (SopS6/1976) on sovittu jokaisen oikeudesta nauttia korkeimmasta saavutettavissa olevasta ruumiin- ja mielenterveydestä (12 art.). Tämän toteuttamiseksi sopimusvaltioilta edellytetään mm. toimenpiteitä kulku- ja tarttuvien tautien sekä ammattitautien ja muiden tautien estämiseksi, hoitamiseksi ja valvomiseksi, sekä lääkärin ja sairaalan palveluiden turvaamiseksi jokaiselle.

---

835 EIS lisäpöytäkirja 6 (28.4.1983) salli vielä kuolemanrangaistuksen sotatilanteissa, mutta lisäpöytäkirjassa 13 (3.5.2002) tämä kiellettiin.

836 Elämän riistämistä ei kuitenkaan pidetä tämän artiklan vastaisena silloin kun se seuraa voimankäytöstä, joka on ehdottoman välttämätöntä kenen hyvänsä puolustamiseksi laittomalta väkivallalta, laillisen pidätyksen suorittamiseksi tai laillisen vapauden riiston kohteena olevan henkilön paon estämiseksi; tai mellakan tai kapinan kukistamiseksi laillisin keinoin. EIS 2 art.

837 Euroopan sosiaalisen peruskirjan (SopS 44/1991) mukaan sopimuspuolet sitoutuvat varmistamaan, että jokaiselle henkilölle, jolta puuttuvat riittävät varat ja joka ei pysty hankkimaan tällaisia varoja omin avuin tai muista lähteistä, etenkin sosiaaliturvajärjestelmän tarjoamista etuuksista, turvataan riittävä apu ja sairaustapauksissa kyseisen tilan vaatima hoito.

Biolääketiedesopimus takaa kaikille tasapuolisen pääsyn laadultaan tarkoituksenmukaisiin terveydenhuollon palveluihin terveydenhuollon tarve ja käytettävissä olevat voimavarat huomioiden (3 art.). Tasapuolisella pääsyllä ei tarkoiteta absoluuttista tasa-arvoa, vaan perusteettoman syrjinnän puuttumista ja mahdollisuutta saavuttaa tehokkaasti henkilön lääketieteellisiin tarpeisiin nähden tyydyttävä hoidon taso niin diagnostisten, ennalta ehkäisevien, hoidollisten kuin kuntouttavienkin toimien osalta.[838] Biolääketiedesopimuksessa asetetaan ammatilliseksi standardiksi terveydenhuollon ammatillisten velvoitteiden ja vaatimusten noudattaminen terveyteen kohdistuvissa toimenpiteissä ja tutkimuksessa (4 art.). Toimenpiteillä tarkoitetaan kaikkia lääketieteellisiä toimenpiteitä, erityisesti diagnostiikkaa, ennalta ehkäisyä, hoitoa tai kuntoutusta. Kaikissa toimenpiteissä tulee noudattaa yleisesti lakia, jota ammatilliset säännöt, kuten eettiset ohjeet, täydentävät.[839]

CRPD:n 25 artiklassa turvataan vammaisille oikeus parhaaseen mahdolliseen terveyden tasoon ilman syrjintää vammaisuuden perusteella. Tällä tarkoitetaan erityisesti saman laajuisia, laatuisia ja tasoisia maksuttomia tai kohtuuhintaisia terveydenhuoltopalveluja ja -ohjelmia kuin muille, myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden sekä väestöpohjaisten kansanterveysohjelmien alalla. Lisäksi tulee järjestää ne terveydenhuoltopalvelut, joita vammaiset henkilöt tarvitsevat erityisesti vammaisuutensa vuoksi, mukaan lukien varhainen tunnistaminen ja puuttuminen tarvittaessa, sekä palvelut, joilla pyritään minimoimaan ja estämään uusia vammoja. Vammaisille tulee järjestää samanlaatuista hoitoa kuin muille. Sopimuspuolten tulee myös estää terveydenhuollon ja terveydenhuoltopalvelujen sekä ravinnon ja nesteiden syrjivä epääminen vammaisuuden perusteella.

4.3 Ihmisoikeuksien rajoittamisedellytykset valvontaelinten ratkaisukäytännössä

4.3.1 Laillisuus

Ihmisoikeussopimusten valvontaelinten ratkaisukäytäntöä analysoidessa aineistosta nousevat selkeästi esiin ihmisoikeuksien rajoittamisedellytykset, jotka ovat vastaavat kuin perustuslakivaliokunnan linjaamat perusoikeuksien yleiset rajoittamisedellytykset: lailla säätämisen vaatimus, täsmällisyys ja tarkkarajaisuus; hyväksyttävä peruste, oikeasuhtaisuus, välttämättömyys demokraattisessa yhteiskunnassa ja riittävät oikeusturvakeinot.[840] Lailla säätämisen vaatimus edellyttää ihmisoikeuden

838 Explanatory report ETS 164, kohta 24-25. Säännöksen tarkoitus ei ole luoda yksilölle oikeutta, johon vedoten esittää oikeudellisia vaatimuksia valtiota kohtaan, vaan kannustaa valtiota omaksumaan sosiaalipolitiikassaan tarvittavat toimenpiteet, jotta tasapuolinen hoitoon pääsy voitaisiin varmistaa. Explanatory report ETS 164, kohta. 26.

839 Explanatory report ETS 164, kohta 30.

840 Ks. esim. Scheinin 2015, s. 534.

rajoittamisesta säännellyn kansallisella lailla.[841] EIS 5.1 art. mukaan keneltäkään ei saa riistää hänen vapauttaan, paitsi artiklan alakohdissa a-f luetelluissa tapauksissa ja lain määräämässä järjestyksessä (in accordance with a procedure prescribed by law). Myös EIS 8 art. yksityisyyden suojaan puuttuminen täytyy olla lain mukaista: puuttumisesta tulee olla säännökset kansallisessa laissa, puuttumisella tulee olla 8.2 art. mukainen hyväksyttävä tavoite ja sen tulee olla välttämätön demokraattisessa yhteiskunnassa. Yksiköllisten ja yhteiskunnallisten intressien välillä tulee saavuttaa tasapaino, joka turvaa vähemmistön reilun ja asianmukaisen kohtelun ja ehkäisee valta-aseman hyväksikäytön.[842] Demokraattisen yhteiskunnan perustan muodostaa jatkuva tasapainon hakeminen yksilöiden perustavanlaatuisten oikeuksien välillä.[843] EIT:n ratkaisukäytännön mukaan kansallisessa lainsäädännössä tulee määritellä rajoituksen asialliset ja menettelylliset edellytykset.[844] Esimerkiksi psykiatriseen osastohoitoon suljettujen potilaiden kohdalla harkintavallan rajojen ja täsmällisyyden merkitys korostuu, sillä potilaat ovat usein lääkintäviranomaisten armoilla.[845] Tilanteessa, kun säännökset eivät sisältäneet mitään yksityiskohtia sallituista rajoitustoimenpiteistä, niiden tarkoituksesta, kestosta tai niiden jälkikäteisarvioinnin laajuudesta tai järjestelyistä, säännökset eivät EIT:n mukaan tarjonneet demokraattisessa yhteiskunnassa laillisuusperiaatteen edellyttämää vähimmäissuojaa mielivaltaa vastaan.[846]

Lainsäädännön tulee lisäksi olla saavutettavissa olevaa ja täsmällistä, jotta yksilö voi ennakoida toimintansa seuraukset.[847] Lailla tarkoitetaan EIT:n mukaan lakia laajemmassa kuin formaalisessa merkityksessä: käsite pitää sisällään kirjoitetun lain ja asetukset tai muut alemman asteiset säädökset, ja tarkoittaa sääntelyä toimivaltaisten tuomioistuinten tulkitsemassa muodossa.[848] Kansallisen sääntelyn tulee olla

841 X v. Finland, s. 25, kohta 102. Winterwerp v. the Netherlands, s. 14, kohta 45. X v. Finland, s. 36, kohta 215. Y. Y. v. Turkey, s. 11, kohta 68. Dubská and Krejzová v. the Czech republic, s. 34, kohta 167. Vavřička and others v. the Czech Republic, s. 43, kohta 266. Polat v. Austria, s. 12, kohta 59. Elberte v. Latvia, s. 25, kohta 104.

842 Demokraattisen yhteiskunnan tunnusmerkkejä ovat EIT:n mukaan moniarvoisuus, suvaitsevaisuus ja avarakatseisuus. Vaikka yksilön etujen täytyykin joskus väistyä ryhmän tieltä, demokratia ei aina tarkoita sitä, että enemmistön näkemykset ovat vallitsevia. Chassagnou and others v. France, kohta 112.

843 Chassagnou and others v. France, kohta 113.

844 Červenka v. the Czech Republic, s. 19, kohta 105. Witold Litwa v. Poland, s. 16, kohta 78. Rooman v. Belgium, s. 40, kohta 190. H. L. v.the United Kingdom, s. 31, kohta 114. Herczegfalvy v. Austria, s. 14, kohta 63. Hadžimejlić and others v. Bosnia and Herzegovina, s. 14, kohta 52. X v. Finland, s. 25, kohta 144. M. S. v. Croatia, s. 47, kohta 140. Samoin Stanev v. Bulgaria no. 36760/06, kohta 143. L. H. v. Latvia, s. 8, kohta 47.

845 Herczegfalvy v. Austria, s. 20, kohta 91.

846 Herczegfalvy v. Austria, s. 20, kohta 91.

847 Enhorn v. Sweden, s. 14, kohta 36. H. L. v. the United Kingdom, s. 41, kohta 114. X v. Finland, s. 36, kohta 215. Y. Y. v. Turkey, s. 11, kohta 68. Dubská and Krejzová v. the Czech republic, s. 34, kohta 167. Vavřička and others v. the Czech Republic, s. 43, kohta 266. Polat v. Austria, s. 12, kohta 59. Elberte v. Latvia, s. 25, kohta 104.

848 Vavřička and others v. the Czech Republic, s. 43-44, kohta 269.

sopusoinnussa EIS:n ja sen yleisperiaatteiden, erityisesti laillisuusperiaatteen, kanssa.[849] Poikkeamat kansallisessa sääntelyssä määritellyistä menettelyistä (not in accordance with a procedure prescribed by law) esimerkiksi vapauden riiston luonteisissa toimissa on katsottu EIS:n loukkaukseksi.[850] EIT:n ratkaisukäytännön mukaan kaiken vapaudenriiston tulee noudattaa artikla 5.1 tarkoitusta suojata yksilöitä mielivallalta. Mikäli kansalliset menettelyt (domestic procedures) eivät tarjoa riittäviä takuita mielivaltaa vastaan, vapaudenriistoa ei voi pitää artiklan 5.1 tarkoittamalla tavalla ”laillisena”.[851] Yleisperiaate on, että menettelyä on EIT:n ratkaisukäytännössä (case-law) pidetty mielivaltaisena, jos kansallisen lain noudattamisesta huolimatta prosessiin on sisältynyt viranomaisten puolelta jonkinlainen huono tarkoitus (bad faith), petos tai harhautus (deception).[852]

Myös YK:n ihmisoikeussopimukset määräävät, että sopimuksissa tarkoitettuja muita kuin absoluuttisia oikeuksia voidaan valtion toimesta rajoittaa vain laissa säädetyllä tavalla ja lain määräämässä järjestyksessä.[853] KP-sopimuksen 9 art. vapauden riiston kielto tarkoittaa, että vapaudenriisto ei saa olla mielivaltainen, ja se tulee toteuttaa lakia noudattaen.[854] Myöskään KP 17 art. yksityisyyden suojaan ei saa mielivaltaisesti tai laittomasti puuttua. Jokaisella on oikeus lain suojaan tällaista puuttumista vastaan. Laiton (unlawful) tarkoittaa, että oikeutta ei saa rajoittaa, ellei rajoituksesta ole säädetty lailla. Lain tulee olla KP-sopimuksen säännösten, tavoitteiden ja periaatteiden kanssa yhteensopiva.[855] Mielivaltaisen puuttumisen kielto tarkoittaa, että myös lain oikeuttaman puuttumisen tulee olla KP-sopimuksen säännösten, tavoitteiden ja periaatteiden mukainen.[856] Poikkeamat kansallisissa sääntelyissä määritellyistä menettelyistä esimerkiksi vapaudenriiston luonteisissa toimissa on katsottu sopimusloukkaukseksi.[857]

Samoin CRPD:n 14 art. henkilökohtaisesta vapaudesta ja turvallisuudesta edellyttää vapaudenriistosta säädettävän lailla. Vapautta ei saa riistää laittomasti tai mielivaltaisesti, eikä vammaisuuden perusteella. CRPD 22 art. mukaan yksityisyyden suojaan ei saa puuttua laittomasti tai mielivaltaisesti. Myöskään CRPD-komitean yleiskommenteissa ei laillisuusvaatimukseen varsinaisesti oteta kantaa. Edellä kuva-

849 X v. Finland, s. 25, kohta 148. Winterwerp v. the Netherlands, s. 14, kohta 45. L. H. v. Latvia, s. 8, kohta 47.

850 Esim. Hadžimejlić and others v. Bosnia and Herzegovina, kohta 54-55 ja 58-59.

851 Červenka v. the Czech Republic, s. 19, kohta 105. Rooman v. Belgium, s. 40, kohta 190. H. L. v. the United Kingdom, s. 41, kohta 115. Herczegfalvy v. Austria, s. 14, kohta 63. Samoin Shtukaturov v. Russia, kohta 113. Mihailovs v. Latvia, s. 26-27, kohta 143.

852 X v. Finland, s. 25, kohta 147. M. S. v. Croatia, s. 47, kohta 142.

853 TSS-sopimus SopS 6/1976, 4 art. KP-sopimus SopS 8/1976, 9, 12, 13, 17, 18, 19 art. CRPD 14 art. ja 22 art.

854 CCPR/C/GC/35, kohta 10.

855 CCPR General comment No. 16, kohta 3.

856 CCPR General Comment No. 16, kohta 4.

857 Esim. CCPR/C/100/D/1449/2006, kohta 8.4 (pidätys kesti 72 h sijaan 15 päivää).

tusti CRPD-komitea ei kuitenkaan ole pitänyt vammaisiin kohdistuvaa vapauden riistoa tai yksityisyyden ja integriteetin suojaan kuuluvaa rajoittamistoimenpiteiden käyttöä hyväksyttävänä tai sopimuksen mukaisena, vaikka niistä olisi säädetty lailla.

4.3.2 Hyväksyttävä peruste

Ihmisoikeuksien rajoittamisella, niin vapauden riistolla kuin yksityiselämään tai itsemääräämisoikeuteen puuttumisellakin, tulee olla hyväksyttävä peruste: joko yksilön etu tai tärkeä yhteiskunnallinen etu, jota rajoittamisella suojataan.[858] Yksilön oma tai jonkun muun henkilön vastaava oikeus on yleistä etua vahvempi peruste rajoittamiselle.[859] Rajoituksen hyväksyttävyyteen vaikuttaa myös sen kajoavuus. Ihmisoikeuden ns. ydinalueeseen tai oikeussäännön alueeseen ulottuvia rajoituksia ei pääsääntöisesti voida perustella yleisellä edulla, kun taas oikeuden reuna-alueelle tai oikeusperiaatteen alueelle ulottuvan rajoituksen perusteleminen on helpompaa.[860] Yksittäisestä oikeudesta johdetut implisiittiset oikeudet sijaitsevat ns. reuna-alueella, ja niitä on helpompi rajoittaa, mutta muiden oikeuksien taustalla laajemmin vaikuttavat oikeudet ovat tässä mielessä vahvempia.[861] Viranomaisen tulee pystyä oikeuttamaan puuttumisensa asiallisin ja riittävin perusteluin.[862]

Hyväksyttävien perusteiden määrittäminen sopimuksissa vaihtelee. EIS 5.1 art. e-alakohdan nojalla henkilön vapaus voidaan sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta relevanteissa tilanteissa riistää lain nojalla (the lawful detention) tartuntataudin leviämisen estämiseksi, henkilön heikon mielenterveyden, alkoholismin, huumeidenkäytön tai irtolaisuuden vuoksi. EIT:n mukaan artiklan 5.1 sisältämä lista sallituista vapaudenriiston perusteista on tyhjentävä. Vapaudenriisto on laillinen vain, jos se perustuu johonkin artiklan 5.1 alakohdista a-f. Jonkun perusteen olemassaolo ei poissulje muita perusteita, joten olosuhteista riippuen vapaudenriisto voi olla oikeutettu yhden tai useamman alakohdan perusteella.[863] Artiklan 5.1 e-alakohdassa

858 Červenka v. the Czech Republic, s. 19, kohta 105. Witold Litwa v. Poland, s. 16, kohta 78. Enhorn v. Sweden, s. 14, kohta 36. Hadžimejlić and others v. Bosnia and Herzegovina, s. 14, kohta 52. X v. Finland, s. 26, kohta 151. M. S. v. Croatia, s. 47, kohta 144. Stanev v. Bulgaria, kohta 143.Y. Y. v. Turkey, s. 12, kohta 76. Polat v. Austria, s. 28, kohta 163.

859 Chassagnou and others v. France, kohta 112-113. Tiensuu 2023, s. 161.

860 Tiensuu 2023, s. 160. Ihmissoikeuden ydinalueesta myös Scheinin 2015, s. 532-535. Gerards – Senden 2009, s. 625-629.

861 Tiensuu 2023, s. 162.

862 Y. Y. v. Turkey, s. 16, kohta 100. Dubská and Krejzová v. the Czech Republic, s. 36, kohta 174. Vavřička and others v. the Czech Republic, s. 44, kohta 273. Polat v. Austria, s. 14, kohta 76. Parrillo v. Italy, s. 29, kohta 168. Elberte v. Latvia, s. 25, kohta 103.

863 Witold Litwa v. Poland, s. 11-12, kohta 49. Enhorn v. Sweden, s. 13-14, kohta 34. Stanev v. Bulgaria, s. 26, kohta 144. Aikanaan EIS:aa laadittaessa esitettiin toiveita vapauden riiston oikeuttamisperusteiden luetteloinnista. Keskusteluissa pidettiin kuitenkin epätodennäköisenä, että listauksella, olipa se suppeampi tai laajempi, voitaisiin kattaa kaikki mahdolliset lailliset syyt pidättämiselle tai laitokseen sulkemiselle. Toisaalta tällaisen listan käyttöönottoa ei pidetty toivottavana, vaikka sellainen onnistuttaisiinkin laatimaan, sillä sopimuksen ei haluttu muodostuvan rajoittamisluetteloksi oikeuksille, joita sen oli

mainittuja ihmisryhmiä yhdistää se, että heidän vapautensa voidaan riistää joko lääketieteellisen hoidon antamiseksi tai sosiaalipoliittisin perustein, tai sekä lääketieteellisin että sosiaalipoliittisin perustein. Tästä lähtökohdasta on EIT:n mukaan oikeutettua päätellä, että pääasiallinen vapauden riiston peruste 5.1 art. nojalla ei ole pelkästään yleisen turvallisuuden vaarantuminen, vaan myös se, että henkilön omat intressitkin voivat vapaudenriistoa edellyttää.[864]

EIT:n ”lain hengen mukainen” tulkinta alkoholismin osalta on, ettei EIS 5.1 art. e-kohdan mukaista vapaudenriistoa alkoholismin perusteella rajata koskemaan vain diagnosoituja alkoholisteja rajatussa mielessä, vaan vapaudenriisto on mahdollinen julkisen tai yksityisen edun, esimerkiksi terveyden ja henkilökohtaisen turvallisuuden, suojaamiseksi myös sellaisten henkilöiden osalta, joiden käytös alkoholin vaikutuksen alaisena aiheuttaa uhkaa yleiselle turvallisuudelle tai heille itselleen.[865] EIT:n mukaan ei ole epäselvää, etteikö alkoholin haitallinen käyttö aiheuttaisi vaaraa yhteiskunnalle ja etteikö henkilö, jolla on alkoholimyrkytys, vaarantaisi itsensä ja muut riippumatta siitä, onko hänellä alkoholiriippuvuus vai ei.[866] Tartuntataudin leviämisen estämiseksi tapahtuvasta vapauden riistosta on toistaiseksi 2000 luvulla hyvin vähän EIT:n ratkaisuja. Enhorn-tapauksessa vapauden riiston laillisuuden kannalta oli oleellista, onko tartuntatauti vaarallinen yleiselle terveydelle tai turvallisuudelle.[867]

Mielenterveyden häiriön (person of unsound mind) perusteella vapaudenriisto edellyttää EIT:n ratkaisukäytännön mukaan, että yksilön mielenterveyden häiriö tulee hätätilanteita lukuun ottamatta osoittaa luotettavasti, mielenterveyden häiriön tulee olla vaikeusasteeltaan sellainen, että se oikeuttaa pakollisen laitoshoidon; ja laitoshoitoa voidaan pätevästi jatkaa niin kauan kuin mielenterveyden häiriö kestää.[868]

---

tarkoitus turvata. ECHR Travaux preparatoires Art 5, s. 25, kohta 28.

864 Witold Litwa v. Poland, s. 13, kohta 60. Enhorn v. Sweden, s. 16, kohta 43.

865 Witold Litwa v. Poland, s. 13-14, kohta 61.

866 Witold Litwa v. Poland, s. 14, kohta 62-63 ja s. 8-10, kohdat 33-39. EIT myös huomauttaa, että alkoholismin merkitys tässä laajuudessa vahvistuu myös EIS:n esitöistä, joiden mukaan luonnosversion kommentaarissa mainittiin artiklan tekstin tarkoittavan valtioiden oikeutta taistella irtolaisuutta ja juopuneisuutta (drunkenness) vastaan. Asiantuntijakomitea (Committee of Experts) oli pitänyt tällaista rajoittamista oikeutettuna yleisen moraalin ja järjestyksen vuoksi. Käsitteiden, kuten alkoholismin, määrittelyssä EIT nojaa valtiosopimusten tulkintaa sääntelevän Wienin sopimuksen 31-33 artikloihin tulkintasäännöistä, Vienna Convention 23.5.1969 on the Law of Treaties. Wienin sopimuksen 31 art. mukaan tulkintaprosessi lähtee sopimukseen sisältyvän termin alkuperäisen merkityksen varmistamisesta asiayhteydessään sekä sääntelyn tavoitteiden ja tarkoituksen näkökulmasta. Erityisesti tämä korostuu säännöksissä, jotka kuten EIS 5.1 art. käsittelevät poikkeuksia pääsääntöön, ja joita ei tästä johtuen voida tulkita laventavasti. Witold Litwa v. Poland, s. 13, kohta 57-59.

867 Enhorn v. Sweden, s. 15, kohta 41.

868 Enhorn v. Sweden, s. 15, kohta 42. Winterwerp v. the Netherlands, s. 12-13, kohta 39. Rooman v. Belgium, s. 40, kohta 192. H. L. v. the United Kingdom, s. 28, kohta 98. Herczegfalvy v. Austria, s. 14-15, kohta 63. X v. Finland, s. 25, kohta 149. M. S. v. Croatia, s. 47, kohta 143. Stanev v. Bulgaria, s. 26, kohta 145. Ashingdane v. The United Kingdom, s. 11-12, kohta 37. Mihailovs. v. Latvia, s. 27, kohta 144. Kansallisilla viranomaisilla on tietty harkintamarginaali kliinisten diagnoosien ansioista, sillä kansalliset viranomaiset arvioivat todistusaineiston ensi vaiheessa. EIT:n tehtävänä on arvioida näiden viranomaisten

Hoidon jatkamisen perustetta tulisi arvioida säännöllisesti, ja EIT pitää oikeusturvanäkökohdista tärkeänä, että tällaiseen arviointiin osallistuisi myös hoitopaikan ulkopuolinen riippumaton taho. Lisäksi potilaalla tulisi olla mahdollisuus käynnistää arviointimenettely. Pelkkä viranomaisten taholta käynnistettävä menettely ei EIT:n näkökulmasta ole oikeusturvanäkökohdista riittävä.[869] Vapauden riiston perusteeksi ei riitä pelkästään, että henkilön ajattelu tai käytös poikkeavat yhteiskunnallisista normeista.[870]

Sisällöllisesti 5.1 art. e-kohdan mielenterveyden häiriö suomenkielisenä terminä ei välttämättä täysin vastaa englanninkielistä termiä ”person of unsound mind”, joka voidaan ymmärtää laajemmin. Suomenkielinen ilmaus mielenterveyden häiriö tarkoittaa yleisnimikkeenä erilaisia psykiatrisia häiriöitä, kuten mielialahäiriöitä, ahdistuneisuushäiriöitä, psykooseja ja syömishäiriöitä.[871] EIT:n ratkaisukäytännön eriävässä puoltavassa lausunnossa englanninkielisen termin ”person of unsound mind” on nähty kehittyvän koko ajan psykiatrisen tutkimuksen edistymisen ja hoitomahdollisuuksien lisääntymisen myötä, ja sisältävän jopa vanhuuden dementian.[872] Tätä näkemystä vastaan tosin esitettiin myös eriävä mielipide, jonka mukaan vanhuuden dementia ei ole eikä ole ollut 5.1 art. e-kohdan mukainen peruste vapauden riistolle. Todellisuudessa esiintyy 5.1 art. ulkopuolelle jääviä tilanteita, joissa vapauden riisto voi olla välttämätöntä hyvistä syistä. 5.1 art. e-kohdan laajentaminen uusilla vapaudenriistoperusteilla sopimuksen tulkitsijan tai soveltajan toimesta olisi kuitenkin ristiriidassa 5.1 art. vapauden riiston kiellon kanssa ja johtaisi kontrolloimattomaan mielivaltaan ja vaarantaisi yksilönvapauden tavalla, jonka EIS pyrkii estämään.[873] Tästä näkökulmasta lienee perusteltua kysyä, vastaako 1950-luvulla laadittu ihmisoikeussopimus esimerkiksi 5.1 art. e-alakohdan rajoittamisperusteiden osalta riittävästi nykytilanteisiin ja -tarpeisiin, tai onko sitä dynaamisesti ja kehittävällä tulkintaotteellakaan mahdollista saada näihin vastaamaan?

---

päätöksiä Euroopan ihmisoikeussopimuksen näkökulmasta. Winterwerp v. the Netherlands, s. 13, kohta 40. H. L. v. the United Kingdom, s. 28, kohta 98. Herczegfalvy v. Austria, s. 15, kohta 63. X v. Finland, s. 26, kohta 150. Ashingdane v. The United Kingdom, s. 11-12, kohta 37. Sýkora v. the Czech Republic, s. 14, kohta 62.

869 X v. Finland, s. 28, kohdat 169-170. Bataliny v. Russia, s. 14, kohta 71.

870 Winterwerp v. the Netherlands, s. 11-12, kohta 37.

871 www.thl.fi, mielenterveyshäiriöt.

872 H. M. v. Switzerland, tuomari Gaukur Jörundssonin puoltava lausunto, s. 12.

873 H. M. v. Switzerland, tuomari Loucaidesin eriävä mielipide, s. 13-17. Esimerkkejä tilanteista, joissa EIS ei suoraan tarjoa perusteita vapauden rajoittamiseen, ovat mm. delirium ja erilaiset muistisairaudet (dementiat). Loucaideksen eriävässä mielipiteessä esitettiin näkemys, jonka mukaan tällaiset EIS:n 5.1 alle kuulumattomat rajoittamisperusteet voitaisiin kansallisella riittävät oikeusturvamekanismit sisältävällä lainsäädännöllä saattaa EIS 5.1 art. b-alakohdan soveltamisalan piiriin. Poikkeuksessa kyse on laillisesta vapaudenriistosta sen vuoksi, että henkilö pidätetään tai vangitaan lain nojalla, koska hän ei ole noudattanut tuomioistuimen laillista määräystä, tai jonkin lakimääräisen velvoitteen täyttämisen turvaamiseksi.

EIS 8.2 art. mukaan perusteita yksityiselämään puuttumiselle voivat olla kansallisen tai yleisen turvallisuuden, maan taloudellisen hyvinvoinnin, epäjärjestyksen tai rikollisuuden estämisen, terveyden ja moraalin suojaamisen tai muiden henkilöiden oikeuksien ja vapauksien turvaaminen. EIT:n ratkaisukäytännössä 8.2 art. luetteloa yksityiselämään puuttumisen oikeuttamisperusteista on pidetty tyhjentävänä ja suppeasti tulkittavana. EIS:n noudattamisen näkökulmasta yksityiselämään puuttumisen täytyy toteuttaa tavoitetta, jonka tulee olla kytkettävissä johonkin 8.2 art. mainituista perusteista.[874] Esimerkiksi syntyvän lapsen ja äidin terveyden ja turvallisuuden varmistaminen sairaalasynnytyksiin kannustavalla politiikalla katsottiin hyväksyttäväksi perusteeksi, koska sillä suojeltiin muiden henkilöiden henkeä ja terveyttä 8.2 art. tarkoittamalla tavalla.[875] Vastaavasti valtion toimenpiteet suojellakseen rokotuksilla väestön turvallisuutta, yhteiskuntaa ja maan taloudellista hyvinvointia vakavilta sairauksilta, ja estääkseen niistä aiheutuvaa epäjärjestystä, katsottiin hyväksyttäväksi perusteeksi 8.2 art. tarkoittamalla tavalla.[876]

Rajoittamisperusteina EIT:n ratkaisukäytännöstä nousevat tässä luvussa edellä kuvatusti esiin vastaavat perusteet kuin perustuslakivaliokunnan käytännössä ja suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädännön rajoittamissääntelyssä: yksilön hengen ja terveyden suojeleminen, yksilön turvallisuus, muiden henkilöiden hengen ja terveyden suojeleminen ja muiden henkilöiden turvallisuus. Yksilön ja yhteiskunnallisten intressien punninnassa ratkaisevaa on, että intressien tai suojattavien oikeuksien välillä saavutetaan reilu tasapaino.[877]

YK:n sopimusjärjestelmään kuuluva KP-sopimus ei luettele hyväksyttäviä perusteita vapaudenriistolle.[878] Sopimusta valvovan ihmisoikeuskomitean tulkintakäytäntö ilmentää yksilön itsensä ja muiden henkilöiden hengen ja terveyden suojaa. Ihmisoikeuskomitean mukaan vapaudenriisto voi olla perusteltu yksilön suojelemiseksi vakavalta vahingolta, tai yksilön muille aiheuttamien vammojen estämiseksi. Vammaisuus, kuten psykososiaaliset heikkoudet, ei itsessään saa olla peruste vapaudenriistolle.[879] Ihmisoikeuskomitean tulkintalinjan mukaan kaikki erityiskohtelu ei kuitenkaan ole syrjintää, jos sille on objektiivinen peruste ja se on kohtuullista ja järkevää (reasonable).[880] Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen ratkaisukäytännön tapaan ihmisoikeuskomitea on katsonut, että laitoksiin otettujen henkilöiden hoidon ja kuntoutuksen tulee vastata vapaudenriiston perustetta.[881]

---

874 Y. Y. v. Turkey, s. 12, kohta 76. Polat v. Austria, s. 28, kohta 163.

875 Dubská and Krejzová v. the Czech Republic, s. 35-36, kohta 173.

876 Vavřička and others v. the Czech Republic, s. 44, kohta 272.

877 Y. Y. v. Turkey, s. 9, kohdat 59-60. Hristozov and others v. Bulgaria, s. 25-26, kohta 117. Parrillo v. Italy, s. 29, kohta 170.

878 CCPR/C/GC/35, kohta 14.

879 CCPR/C/GC/35, kohta 19. CAT/OP/27/2, kohta 11. Yksilövalitus CCPR/C/84/D/1061/2002, Fijalkowska v. Poland, kohta 8.3. CCPR/C/98/D/1629/2007, Fardon v. Australia, kohta 7.3.

880 CCPR/C/75/D/854/1999, Wackenheim v. France, kohta 7.3.

881 CCPR/C/GC/35, kohta 19. CAT/OP/27/2, kohta 2. Bulgaria (CCPR/C/BGR/CO/3, 2011),

Mikäli vapaudenriisto tapahtuu syrjintäperusteella KP-sopimuksen 2 art. 1 kohdan (yleinen syrjintäkielto), 3 art. (sukupuolten tasa-arvo) tai 26 art. (yhdenvertaisuus lain edessä) vastaisesti, sitä pidetään mielivaltaisena.[882]

Kidutuksen vastaisen sopimuksen lisäpöytäkirjaa (OPCAT) valvova alakomitea on pitänyt henkilön henkeen, terveyteen ja koskemattomuuteen kohdistuvan vaaran välttämistä hyväksyttävänä perusteena potilaan tahdosta riippumatta toteutettavalle hoidolle. Lisäksi hoidon tulee olla toimivaltaisen viranomaisen valtuuttama ja sille tulee olla määriteltynä tarkat kriteerit ja kesto, sekä arviointi- ja oikeusturvamekanismit.[883] OPCAT alakomitean mukaan kaikelle fyysiselle ja kemialliselle rajoittamiselle tulee olla tiukka viitekehys, jossa määritellään kriteerit näiden käytölle, rajoittamisen kesto, sekä menettelyt valvonnan, potilaan seurannan, arvioinnin ja muutoksenhaun suhteen. Rajoitustoimenpiteitä ei koskaan saa käyttää henkilökunnan tai omaisten mukavuuden vuoksi. [884]

CRPD-komitean tulkintakäytännöstä ei tutkimukseen analysoidussa laajuudessa noussut esiin hyväksyttäviä perusteita ihmisoikeusrajoituksille terveydenhuollossa itsemääräämisoikeuden, henkilökohtaisen vapauden ja turvallisuuden, koskemattomuuden ja yksityisyyden suojan osalta.[885] Lääketieteellistä hoitoa vaatinut vamma (disability) katsottiin syrjiväksi perusteeksi, ja siten sopimusloukkaukseksi.[886] Laillisuus- ja oikeusturvaperiaatteiden lisäksi CRPD-komitean kannanotoissa ei käsitellä, millä edellytyksillä vapauden riisto, integriteettiin tai yksityisyyteen puuttuminen olisi mahdollista. Yhdenvertaisuus ja syrjintäkielto sopimuksen tavoitteena, periaatteena, oikeutena ja muiden oikeuksien toteutumisessa käytettävänä arviointiperusteena näyttävät johtavan CRPD-sopimuksen tulkinnassa nimenomaan yhdenvertaisuuden ja syrjintäkiellon korostumiseen kaikkien muiden oikeuksien toteutumisen ja rajoittamisedellytysten arvioinnin kustannuksella. Sopimuksen rakenne yhdenvertaisuuden ja syrjintäkiellon osalta johtaa tekstuaalisessa, systeemisessä ja teleologisessa tulkinnassa siihen, että moni muiden ihmisoikeussopimusten kannalta tarkoin reunaehdoin hyväksyttävissä oleva tämän tutkimuksen kannalta

kohta 10 (psykososiaalinen kuntoutus).

882 CCPR/C/GC/35, kohta 17. CCPR/C/87/D/1314/2004, O'Neill and Quinn v. Ireland, kohta 8.5 (ei mielivaltaista vapaudenriistoa). Honduras (CCPR/C/HND/CO/1, 2006), kohta 13 (vapaudenriisto seksuaalisen suuntautumisen perusteella). Cameroon (CCPR/C/CMR/CO/4, 2010), kohta 12 (vangitseminen samaa sukupuolta olevien aikuisten suostumuksellisen seksuaalisen kanssakäymisen perusteella).

883 CAT/OP/27/2, kohta 15.

884 CAT/OP/27/2, kohta 9.

885 CRPD/C/22/D/24/2014, Z. v. United Republic of Tanzania; CRPD/C/22/D/32/2015, Medina Vela v. Mexico; CRPD/C/22/D/18/2013, Manuway Doolan v. Australia; CRPD/C/22/D/17/2013, Leo v. Australia; CRPD/C/15/D/11/2013, Beasley v. Australia; CRPD/C/16/D/7/2012, Marlon James Noble v. Australia; CRPD/C/25/D/58/2019, Z. H. v. Sweden; CRPD/C/26/D/50/2018, Köck v. Austria; CRPD/C/29/D/61/2019, S. M. v. Denmark; CRPD/C/10/D/4/2011, Budjosó v. Hungary; CRPD/C/18/D/30/2105, Makarov v. Lithuania; CRPD/C/25/D/44/2017, Rékasi v. Hungary.

886 CRPD/C/22/D/32/2015, Medina Vela v. Mexico.

relevantti ihmisoikeusrajoitus merkitseekin CRPD:n kanssa sopimusrikkomusta. Käytännössä erilaisten mahdollisina hyväksyttävinä perusteina toimivien muiden oikeuksien, kuten elämän suojan ja välttämättömän terveydenhuollon turvaamisen punninta jää tällä tavoin rakentuvassa harkinnassa kokonaan puuttumaan.

4.3.3 Oikeasuhtaisuus ja välttämättömyys

Ihmisoikeuksien rajoittamisen, kuten vapaudenriiston, tulee olla myös oikeasuhtaista.[887] Tämä tarkoittaa, että käytetyn keinon tulee olla järkevässä suhteessa tavoiteltavaan hyötyyn nähden.[888] Keinon tulee olla asiallinen suojelemistarkoituksen saavuttamiseksi, käytettävissä olevista keinoista tulee valita lievin, joka riittää tavoitteen saavuttamiseen; ja lisäksi keinon tulee olla oikeassa suhteessa suojeltavaan etuun nähden.[889] EIT on ratkaisukäytännössään omaksunut kannan, jonka mukaan vapauden riistäminen on oikeutettua vain, jos muut lievemmät keinot ovat yksilön tai tärkeän yhteiskunnallisen edun suojaamiseksi riittämättömiä.[890] Viranomaiset eivät EIT:n mukaan kyenneet oikeudenmukaiseen punnintaan tartuntataudin leviämisen estämisen ja yksilön vapausoikeuksien välillä, kun HIV-potilaan eristyspäätöstä jatkettiin jopa yli 7 vuoden ajan ja se johti potilaan tahdosta riippumattomaan sairaalahoitoon kaikkiaan 1,5 vuoden ajan.[891] Esimerkiksi yksityisyyden suojaan puuttuminen rokotusvelvoitteella katsottiin oikeasuhtaiseksi tavoiteltavaan hyötyyn nähden, kun rokottamattomat lapset suljettiin päivähoidon ulkopuolelle rokotuksesta hyötymättömien yksilöiden suojelemiseksi tarttuvalta taudilta.[892] EIT on katsonut, että rajoittamistoimenpiteiden käytön tulee suhteellisuusperiaatteen noudattamisen lisäksi olla oikeasuhtaista myös väärinkäytöksiä ehkäiseviin suojakeinoihin nähden, ja lisäksi tulee voida osoittaa, että välttämättömyysperiaatetta on noudatettu ja että kaikki muut järkevät vaihtoehdot olivat riskin hallitsemiseksi ja vahingon välttämiseksi riittämättömiä.[893]

Ihmisoikeuksien rajoittamisen, kuten vapauden riiston tai yksityisyyden suojaan puuttumisen, tulee olla olosuhteet huomioiden välttämätöntä.[894] Tätä nimite-

887 Enhorn v. Sweden, s. 14, kohta 36.

888 Enhorn v. Sweden, s. 14, kohta 36. Y. Y. v. Turkey, s. 16, kohta 100. Dubská and Krejzová v. the Czech Republic, s. 36, kohta 174. Vavřička and others v. the Czech Republic, s. 44, kohta 273. Polat v. Austria, s. 14, kohta 76. Hoffman v. Austria, kohta 33.

889 Esim. Scheinin 2015, s. 534.

890 Červenka v. the Czech Republic, s. 19, kohta 105. Witold Litwa v. Poland, s. 16, kohta 78. Enhorn v. Sweden, s. 14, kohta 36. Hadžimejlić and others v. Bosnia and Herzegovina, s. 14, kohta 52. X v. Finland, s. 26, kohta 151. M. S. v. Croatia, s. 47, kohta 144. Samoin Stanev v. Bulgaria, kohta 143.

891 Enhorn v. Sweden, s. 18, kohta 55.

892 Vavřička and others v. the Czech Republic, s. 47-51, kohdat 290-309.

893 M. S. v. Croatia, s. 39, kohta 105.

894 Červenka v. the Czech Republic, s. 19, kohta 105. Witold Litwa v. Poland, s. 16, kohta 78. Enhorn v. Sweden, s. 14, kohta 36. Hadžimejlić and others v. Bosnia and Herzegovina, s. 14, kohta 52. X v. Finland, s. 26, kohta 151. M. S. v. Croatia, s. 47, kohta 144. Samoin Stanev v. Bulgaria, kohta 143. Y. Y. v. Turkey, s. 16, kohta 100. Dubská and Krejzová v. the Czech Republic, s. 36, kohta 174. Vavřička and

tään myös viimesijaisuuden periaatteeksi. Välttämättömyyden osalta EIT jättää toimivaltaisille kansallisille viranomaisille harkintavaltaa. Harkintavallan rajat vaihtelevat riippuen EIS:n suojaamasta oikeudesta, kyseisen oikeuden tärkeydestä yksilön kannalta, puuttumisen luonteesta ja puuttumisella tavoiteltavasta hyödystä. Harkintavalta on kapeampi tilanteissa, joissa suojattava oikeus on ratkaisevan tärkeä yksilön tärkeimmistä oikeuksista nauttimisen kannalta. Tarkasteltaessa yksilön olemassaolon tai identiteetin kannalta erityisen tärkeää kysymystä, harkintavalta on rajattu. Tilanteissa, joissa Euroopan neuvoston jäsenvaltioiden kesken ei ole olemassa konsensusta kyseessä olevan intressin suhteellisesta tärkeydestä tai sen optimaalisesta suojaamisesta, harkintavalta on laajempi.[895] Laajempaa harkintavaltaa puoltavat näissä tilanteissa erityisesti herkät moraaliset tai eettiset kysymykset.[896] Lisäksi harkintavalta on tavallisesti laajempi myös tilanteissa, kun valtion on haettava tasapainoa kilpailevien yksityisten ja yhteiskunnallisten intressien tai EIS:ssa suojattujen oikeuksien välille.[897]

EIT on katsonut, että mielenterveyden häiriöstä kärsivän henkilön kohdalla vapaudenriisto voi olla välttämätön, koska henkilö tarvitsee terapiaa, lääkitystä tai muuta hoitoa tilansa lievittämiseksi, mutta myös koska henkilö tarvitsee kontrollia ja valvontaa itsensä tai muiden henkilöiden vahingoittamisen estämiseksi.[898] EIT:n mukaan psykologisesti tai älyllisesti vammaisten potilaiden eristämistä ja muita pakkokeinoja tai tahdosta riippumattomia toimenpiteitä sairaaloissa tai muissa laitoksissa koskevien nykyaikaisten oikeudellisten periaatteiden vaatimukset edellyttävät, että näihin turvaudutaan vasta viimeisenä keinona, kun niiden käyttö on ainoa tapa estää potilasta tai muita henkilöitä välittömästi uhkaava vahinko.[899] EIT ei pitänyt olosuhteisiin nähden oikeasuhtaisena tai välttämättömänä fyysisen rajoittamisen käyttöä psykiatriseen tahdosta riippumattomaan hoitoon otetulla potilaalla, joka ei potilaskertomusmerkintöjen perusteella ollut vaaraksi itselleen tai muille, jonka kohdalla ei ollut näyttöä muiden vaihtoehtoisten keinojen käytöstä levottomuuden hoidossa, ja jonka aggressiiviseksi väitetty käytös alkoi merkintöjen mukaan vasta rajoittamistoimenpiteen käytön jälkeen.[900]

Tartuntatautien suhteen välttämättömyysarvioinnissa EIT:n mukaan oleellista on, onko tartuntatauti vaarallinen yleiselle terveydelle tai turvallisuudelle, ja onko

---

others v. the Czech Republic, s. 44, kohta 273. Polat v. Austria, s. 14, kohta 76. Parrillo v. Italy, s. 29, kohta 168. Elberte v. Latvia, s. 25, kohta 103.

895 Y. Y. v. Turkey, s. 16, kohta 101. Hristozov and others v. Bulgaria, s. 26, kohta 118. Dubská and Krejzová v. the Czech Republic, s. 36, kohta 178. Vavřička and others, s. 44, kohta 273. Polat v. Austria, s. 14, kohta 78. Parrillo v. Italy, s. 29, kohta 169.

896 Hristozov and others v. Bulgaria, s. 26, kohta 118. Vavřička and others, s. 45, kohta 273.

897 Vavřička and others v. the Czech Republic, s. 45, kohta 275. Polat v. Austria, s. 14, kohta 78.

898 Rooman v. Belgium, s. 41, kohta 193. Hutchinson Reid v. the United Kingdom, kohta 52. Stanev v. Bulgaria, s. 26, kohta 146.

899 M. S. v. Croatia, s. 39, kohta 104.

900 M. S. v. Croatia, s. 39-40, kohdat 106-110.

infektoituneen henkilön vapauden riisto viimeinen keino tartuntataudin leviämisen estämiseksi tilanteessa, kun lievemmät keinot ovat osoittautuneet julkisen intressin suojaamisen kannalta riittämättömiksi. Mikäli em. kriteerit eivät täyty, vapaudenriistolle ei ole perusteita.[901] Tapauksessa Enhorn EIT katsoi, että HIV-positiivisen potilaan tahdosta riippumatonta eristämistä ei käytetty viimeisenä keinona tartuntataudin leviämisen estämiseksi, koska vähemmän kajoavia ratkaisuja ei ollut harkittu eikä siten pidetty riittämättöminä.[902] Rajoittamistoimenpiteen käyttöä ei myöskään saa jatkaa pidempään, kuin tavoitteen saavuttamiseksi on ehdottoman välttämätöntä.[903]

Myös YK:n sopimusten valvontakomiteat ovat ottaneet kantaa rajoitusten oikeasuhtaisuuteen ja välttämättömyyteen. Ihmisoikeuskomitean mukaan vapaudenriiston tulee olla välttämätön ja oikeasuhtainen kyseisen yksilön suojelemiseksi vakavalta vahingolta, tai yksilön muille aiheuttamien vammojen estämiseksi, mutta vammaisuus, kuten psykososiaaliset heikkoudet, ei itsessään saa olla peruste vapaudenriistolle.[904] Vapauden riistoon voidaan turvautua vain aivan viimeisenä keinona vähemmän rajoittavat toimenpiteet huomioiden ja mahdollisimman lyhytkestoisesti, ja toimenpiteellä tulee olla lainsäädännön määrittelemät riittävät menettelylliset ja asialliset oikeusturvatakeet.[905] Vapauden riiston välttämättömyyttä tulee arvioida säännöllisesti. Menettelyiden kohteena olevan yksilön näkemyksiä tulee kunnioittaa, ja varmistaa, että hänen edustajansa aidosti edustaa ja puolustaa yksilön tahtoa ja mielipiteitä.[906] Vapauden riisto syrjivällä perusteella katsotaan mielivaltaiseksi.[907]

CRPD-komitean ratkaisuissa lähinnä arvioidaan ja todetaan, onko tarkastelun kohteena oleva toiminta vammaisia syrjivää, ja sen vuoksi CRPD-sopimuksen säännösten vastaista. Esimerkiksi kidutuksen ja epäinhimillisen kohtelun kiellon osalta muissa sopimuksissa ja niiden arvioinnissa painottuva puuttumisen intensiteettiero ja olosuhdekysymykset arvioitaessa epäinhimillisen kohtelun kriteereiden täyttymistä korvautuvat CRPD-komitean ratkaisuissa puhtaasti syrjintäperusteella ja kohtuullisten mukautusten laiminlyönnillä. Kohtuullisten mukautusten oikeasuhtaisuuden ja järkevyyden tarkastelussa valtioilla on harkintavaltaa.[908]

---

901 Enhorn v. Sweden, s. 16, kohta 42-44.
902 Enhorn v. Sweden, s. 18, kohta 55.
903 M. S. v. Croatia, s. 39, kohta 105.
904 CCPR/C/GC35, kohta 19. CAT/OP/27/2, kohta 11. Yksilövalitus CCPR/C/84/D/1061/2002, Fijalkowska v. Poland, kohta 8.3. CCPR/C/98/D/1629/2007, Fardon v. Australia, kohta 7.3.
905 CCPR/C/GC/35, kohta 19. CAT/OP/27/2, kohta. 11. Yksilövalitus CCPR/C/84/D/1061/2002, Fijalkowska v. Poland, kohta 8.3.
906 CCPR/C/GC/35, kohta 19. Czech Republic (CCPR/C/CZE/CO/2, 2007), kohta 14.
907 CCPR/C/GC35, kohta 17.
908 CRPD/C/15/D/11/2013, Beasley v. Australia, kohta 8.4-8.5.

4.3.4 Riittävät oikeusturvakeinot

4.3.4.1 Oikeusturvamekanismit EIT:n ratkaisukäytännössä

Ihmisoikeussopimusten oikeusturvakeinot ovat yksilöiden kannalta erilaiset. Yhteistä niille on kansallisten oikeusturvakeinojen ensisijaisuus. Euroopan ihmisoikeussopimus on ihmisoikeussopimuksista yksilön kannalta merkittävin, sillä se sisältää toimivan sanktiomekanismin. Paitsi että sopimuksen ratifioineiden jäsenvaltioiden on taattava jokaiselle, jonka sopimuksen mukaisia oikeuksia on loukattu, tehokas oikeussuojakeino kansallisen viranomaisen edessä (13 art.), sopimuksessa on turvattu jokaiselle henkilölle oikeus saattaa kokemansa ihmisoikeussopimuksen tai sen lisäpöytäkirjan turvaaman oikeuden loukkaus Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen arvioitavaksi (34 art.). Tätä subsidiariteettiperiaatetta vahvistettiin EIS lisäpöytäkirjalla 15 tehdyllä lisäyksellä johdantoon. Sen mukaan sopimusvaltioilla on ensisijainen velvoite huolehtia sopimuksessa turvattujen oikeuksien turvaamisesta, ja tässä tehtävässään harkintavaltaa, jonka käyttöä EIT valvoo. Biolääketiedesopimus ei sisällä oikeusturvamekanismeja, vaan ne jäävät 23-25 art. mukaisesti sopimusvaltioiden järjestettäväksi.[909] Sopimus ei kuitenkaan 27 art. nojalla rajoita jäsenvaltioita tarjoamasta laajempaa ihmisoikeussuojaa.

EIS:n 5.4 art. mukaan jokaisella on oikeus saada vapaudenriistonsa laillisuus viipymättä tutkituksi tuomioistuimessa, ja että hänet vapautetaan, mikäli toimenpide ei ole laillinen. EIT:n mukaan ko. artikla oikeuttaa vapauden riiston kohteena olevat henkilöt käynnistämään menettelyt vapaudenriistonsa asiallisten ja menettelyllisten perusteiden ja siten EIS:n laillisuusvaatimuksen mukaisuuden oikeudelliseksi arvioimiseksi.[910] Artiklassa tarkoitettu oikeudellinen arvio voi vaihdella alueellisesti, ja sen riittävyys vaihtelee vapaudenriiston luonteesta riippuen.[911] Artikla koskee vain niitä hyvityksiä, joiden täytyy olla saatavilla vapauden riiston aikana, jotta yksilö saisi viivytyksettä juridisen arvion vapaudenriistonsa laillisuudesta, ja voisi mahdollisesti vapautua.[912] Kyseinen artikla on EIT:n ratkaisukäytännössä vapauden riiston laillisuuden arvioinnissa lex specialis suhteessa artikla 13:een.[913]

Oikeudellisen arvioinnin tulee noudattaa kansallisen lainsäädännön itse asiaa koskevia ja menettelysäännöksiä, ja toteutua EIS:n 5.5 art. edellyttämällä tavalla eli suojattava yksilöä mielivallalta. Tähän liittyy myös, että päätökset tulee saada kohtuullisessa ajassa.[914] Korjaavan toimenpiteen tulee olla vapaudenriiston kohteena olevan henkilön saavutettavissa, ja sen tulee tarjota mahdollisuus olosuhteiden

909 EIT voi 29 art. mukaan antaa neuvoa-antavan lausunnon BLTS:n tulkinnasta, kun kannanotto ei suoraan liity jonkun tuomioistuimen käsiteltävänä olevaan asiaan. BLTS ei anna mahdollisuutta viedä asiaa EIT:n käsittelyyn. Explanatory report ETS 164, kohta 165.

910 Stanev v. Bulgaria, s. 29-30, kohta 168.

911 Stanev. v. Bulgaria, s. 30, kohta 169.

912 Červenka v. the Czech Republic, s. 23, kohta 131. Bataliny v. Russia, s. 14, kohta 69.

913 H. L. v. the United Kingdom, s. 37, kohta 139.

914 Herczegfalvy v. Austria, s. 17, kohta 75. Stanev v. Bulgaria s. 30, kohta 170.

uudelleen arviointiin. Jotta mielenterveyden häiriöstä kärsivän henkilön vapaudenriistoa voitaisiin pitää artiklan 5.1 tarkoittamalla tavalla laillisena, voidaan tarvita erityisiä menettelyllisiä suojatoimia sen varmistamiseksi, että täysin itseään edustamaan kykenemättömän henkilön oikeuksia voidaan suojata.[915] EIT on todennut, että mielenterveydenhäiriö voi edellyttää tämän oikeuden rajoittamista tai muokkaamista, mutta näillä toimilla ei kuitenkaan voida kajota tämän oikeuden ytimeen.[916] Esimerkiksi Winterwerp-tapauksessa hoitoon määräämis- tai oikeuttamispäätökset tehtiin sellaisten viranomaisten toimesta, joilla ei ollut tuomioistuimen asemaa, tai vaihtoehtoisesti niiltä puuttuivat 5.4 artiklassa oikeudelliselta menettelyltä vaaditut takeet, eikä henkilöllä joko ollut pääsyä oikeuteen tai hän ei saanut oikeudellisia takeita, kun hänen uloskirjoittamisvaatimustaan tutkittiin. EIT katsoi 5.4 artiklaa loukatun.[917]

Laillisuusperiaatteen mukaisesti kansallisessa lainsäädännössä tulee olla riittävät oikeusturvamekanismit estämään mielivaltaista puuttumista myös 8.1 art. mukaisiin oikeuksiin. Jos kansallinen lainsäädäntö suo julkiselle viranomaiselle tässä harkintavaltaa, harkintavallan laajuus tulee selvitä laista, vaikka itse asiasisältö vaikuttaakin vaadittavaan täsmällisyyteen.[918]

Yksilön esittäessä väitteitä kaltoinkohtelusta valtiolla on EIT:n mukaan velvollisuus tehokkaan oikeussuojakeinon vaatimuksen näkökulmasta ryhtyä perusteellisiin ja tehokkaisiin tutkimuksiin, joiden perusteella mahdolliset vastuulliset henkilöt voidaan tunnistaa ja rangaista. Tämä koskee myös niitä huonoa kohtelua koskevia väitteitä, joissa psykiatrisessa osastohoidossa olevaan potilaaseen on kohdistettu fyysistä rajoittamista.[919] Tarkasti ottaen tutkimuksiin tulisi ryhtyä jo epäillyn kaltoinkohtelun perusteella, vaikka varsinaisia väitteitä tämän suhteen ei olisikaan esitetty. EIT:n mukaan on huomioitava uhrien erityisen haavoittuva asema ja se, että vakavalle kaltoinkohtelulle altistetut yksilöt ovat usein haluttomampia tekemään valituksia. Tämä korostuu erityisesti psykiatristen sairaalahoitoon suljettujen potilaiden kohdalla.[920]

Artiklan 35 mukaan ennen asian saattamista EIT:n käsittelyyn, yksilön on tullut tyhjentävästi käyttää kotimaiset oikeussuojakeinot, jotta valtioilla on mahdollisuus korjata asiat oman oikeusjärjestelmänsä kautta ennen kuin niitä käsitellään Euroopan ihmisoikeustuomioistuimessa. Säännössä lähdetään olettamuksesta, että kansallinen järjestelmä tarjoaa tehokkaan korjauskeinon väitetyissä oikeudenloukkauksissa. Valtiolla on todistustaakka siitä, että oikeussuojakeinoja ei ole tyhjentävästi hyödynnetty, vaikka ne ovat olleet kyseisenä aikana teoriassa ja käytännössä

915 Červenka v. the Czech Republic, s. 23, kohta 132. Stanev v. Bulgaria, s. 30, kohta 170.
916 Winterwerp. v. the Netherlands, s. 18, kohta 60.
917 Winterwerp v. the Netherlands, s. 20, kohta 67.
918 Herczegfalvy v. Austria, s. 19, kohta 89.
919 M. S. v. Croatia, s. 33, kohta 75.
920 M. S. v. Croatia, s. 33, kohta 76.

saavutettavissa, ja olisivat pystyneet tarjoamaan korjauksen hakijan vaatimusten näkökulmasta ja vaatimuksilla olisi voinut olla menestymismahdollisuuksia. Mikäli EIT tämän hyväksyy, siirtyy näyttötaakka yksilölle sen osalta, että hän osoittaa oikeussuojakeinot tyhjentävästi käytetyiksi, tai että ne olivat syystä tai toisesta riittämättömiä ja tehottomia kyseisissä olosuhteissa tai että kyseiset olosuhteet olivat sellaiset, että ne vapauttivat hänen oikeussuojakeinojen käytön vaatimuksista.[921] EIT pitää kuitenkin tärkeänä, että art. 35 sääntöä sovelletaan ihmisoikeuksien suojaamisen tarkoituksessa, jolloin ko. artiklan soveltamisessa jonkin asteinen joustavuus ja liiallisten muotoseikkojen välttäminen on tarpeen.[922]

Subsidiariteettiperiaatteen nojalla EIS:n oikeuksien turvaaminen kansalaisille on ensisijaisesti kansallisten viranomaisten tehtävä. Kansallisilla viranomaisilla on kosketus maansa järjestelmään ja he pystyvät EIT:n mukaan paremmin arvioimaan paikallisia tarpeita ja olosuhteita.[923] Siten on ensisijaisesti kansallisten viranomaisten vastuulla arvioida, miten lainsäädännöllä haetaan reilu punnintatasapaino yksilön ja yhteiskunnallisten intressien välillä 8 art. tarkoittamalla tavalla.[924] Tämä on ollut EIT:n lähtökohta erityisesti terveyspolitiikkaa koskevissa asioissa.[925] EIT antaa lopullisen arvion, onko tietyssä tilanteessa viranomaisen puuttuminen lainsäädännöllä yksilön oikeuksiin ollut 8 art. tarkoittamalla tavalla välttämätöntä.[926] EIT:n tehtävä on ensisijaisesti selvittää, kuinka kansallista lainsäädäntöä on sovellettu yksilövalituksen tekijöihin, ei arvioida kansallista sääntelyä teoreettisesti.[927] Esimerkiksi tapauksessa Hristosov ja muut, joka koski terminaalisesti syöpäsairaiden potilaiden mahdollisuuksia kokeellisiin hoitoihin, EIT rajasi tehtäväkseen soveltaa vain EIS:a eikä arvioida muiden kansainvälisten instrumenttien sovellettavuutta tapaukseen. EIT ei myöskään pitänyt asianaan arvioida kansallisia sääntöjä hyväksymättömien lääkinnällisten tuotteiden käytöstä, eikä sitä onko niiden käytön salliminen tai kieltäminen linjassa EIS:n kanssa, tai ovatko ne lääketieteellisesti perusteltua hoitoa tai täyttävätkö ne EU-lainsäädännön vaatimukset.[928]

---

921 Hadžimejlić and others v. Bosnia and Herzegovina, s. 12, kohta 43.

922 Hadžimejlić and others v. Bosnia and Herzegovina, s. 12-13, kohta 45.

923 Y. Y. v. Turkey, s. 17, kohta 106. Hristozov and others v. Bulgaria, s. 19, kohta 86. Dubská and Krejzová v. the Czech Republic, s. 36, kohta 176. Vavřička and others, s. 44, kohta 273 ja s. 46-47, kohta 285.

924 Vavřička and others v. the Czech Republic, s. 44, kohta 273.

925 Hristozov and others, s. 119. Esimerkiksi kotisynnytyksiä käsittelevässä ratkaisussa EIT katsoi valtiolle kuuluvan laajan harkintavallan. Dubská and Krejzová v. the Czech Republic, s. 37-38, kohta 183. Vavřička and others v. the Czech Republic, s. 45, kohta 274.

926 Dubská and Krejzová v. the Czech Republic, s. 36, kohta 177. Vavřička and others s. 44, kohta 273.

927 Hristozov and others v. Bulgaria, s. 22, kohta 105.

928 Hristozov and others, s. 22-23, kohta 105.

4.3.4.2 Oikeusturvamekanismit YK:n sopimusten valvontaelinten ratkaisukäytännössä

Myös YK:n ihmisoikeussopimuksissa oikeusturvamekanismin tarjoaminen on sopimusvaltioiden tehtävä, sillä lisäpöytäkirjan mukainen yksityishenkilön ilmoitusmenettely saattaa johtaa vain YK:n ihmisoikeuskomitean tai vammaisten oikeuksien komitean (CRPD-komitea) näkökannan ilmoittamiseen tai suosituksiin.[929] Sopimuksissa velvoitetaan jäsenvaltioita varmistamaan, että jokaisella, jonka oikeuksia on loukattu, on käytössään tehokas oikeussuojakeino. CRPD:ssa oikeussuojakeinon saavutettavuuteen vammaisten henkilöiden kohdalla kiinnitetään erityistä huomiota.[930]

KP-sopimuksen 9 art. kohdan 4 mukaan jokaisella, jonka vapaus on riistetty (pidättämällä tai vangitsemalla), on oikeus tuomioistuimessa vaatia, että hänen vapauden riistonsa laillisuus tutkitaan, ja että hänet vapautetaan, mikäli vapaudenriisto ei ole laillinen. Ihmisoikeuskomitean mukaan tämä koskee mm. tahdosta riippumatonta sairaalahoitoa[931], ja hoitoa päihderiippuvuuden vuoksi.[932] Vapautensa menettäneistä ja heidän sijoituksestaan tulee pitää luetteloa, heille tulee kertoa heidän oikeutensa ja mahdollistaa oikeusavustajan ja omaisten tapaaminen, lääkinnällinen apu ja riittävät oikeusturvatakeet.[933] Jokaiselle pidätetylle tai vapauden riiston kohteena olevalle tulee ilmoittaa toimenpiteen syy 9.2 art. mukaisesti. Ihmisoikeuskomitean mukaan suullinen ilmoitus riittää. Ilmoitus tulee antaa kielellä, jota henkilö ymmärtää.[934] Haavoittuvassa asemassa olevien henkilöiden kohdalla pelkkä henkilön itsensä informoiminen ei riitä, vaan tieto tulee antaa myös heidän nimeämälleen edustajalle tai sopivalle perheenjäsenelle. Tiedonannon tarkoitus on mahdollistaa, että henkilö voi vaatia vapauttamistaan, jos hän pitää vapauden riistoa perusteettomana.[935]

Ihmisoikeuskomitean mukaan oikeusturvakeinojen tarkoitus on varmistaa, että ihmisoikeuksia rajoitettaessa ei toimita laittomasti tai mielivaltaisesti. Mielivaltaisuus ei tarkoita lainvastaisuutta, vaan se tulee ymmärtää laajemmin käsittäen epäasiallisuuden, epäoikeudenmukaisuuden; sekä puutteet toiminnan ennustettavuudessa ja asianmukaisessa oikeusprosessissa.[936] Lisäksi mielivaltaiseen toimintaan

929 CRPD SopS 27/2016, lisäpöytäkirja, art. 2 ja 6. KP-sopimus SopS 8/1976, lisäpöytäkirja 2 ja 5 art.
930 KP-sopimus SopS 8/1976, 2 art. CRPD SopS 27/2016, 13 art.
931 CCPR/C/GC/35, kohta 40. Yksilövalitus CCPR/C/44/D/248/1987, Campbell v. Jamaica, kohta 6.4. Yksilövalitus CCPR/C/84/D/1061/2002, Fijalkowska v. Poland, kohta 8.4. CCPR/C/35/D/265/1987, Yksilövalitus Vuolanne v. Finland, kohta 9.5.
932 CCPR/C/GC/35, kohta 40. Yksilövalitus CCPR/C/35/D/265/1987, Vuolanne v. Finland, kohta 9.5.
933 CCPR/C/GC/35, kohta 58. CAT/C/GC/2, kohta 13.
934 CCPR/C/GC/35, kohta 26. Yksilövalitus CCPR/C/79/D/868/1999, Wilson v. Philippines, kohdat 3.3 ja 7.5.
935 CCPR/C/GC/335, kohta 25. Yksilövalitus CCPR/C/44/D/248/1987, Campbell v. Jamaica, kohta 6.3.
936 CCPR/C/GC/35, kohta 12. CCPR/C/83/D/1134/2002, Gorji-Dinka v. Cameroon, kohta 5.1. CCPR/C/39/D/305/1988, Van Alphen v. Netherlands, kohta 5.8.

liittyy elementtejä kohtuuttomuudesta, välttämättömyydestä ja suhteellisuudesta.[937] Mielivaltaiseen vapaudenriistoon sisältyy riski kidutuksesta ja huonosta kohtelusta, ja monet 9 art. menettelylliset takeet on tarkoitettu vähentämään tätä riskiä.[938] Mikäli oikeusturvatakeet eivät ole riittäviä, vapaudenriisto katsotaan mielivaltaiseksi.[939] Vapaudenriistoa pidetään mielivaltaisena myös, jos siihen ei sisälly toimenpiteen jatkamista koskevaa säännöllistä oikeutusarviointia.[940] Laiton vapaudenriisto tarkoittaa vapaudenriistoa, josta ei ole säädetty lailla; tai vapaudenriistoa, joka oli alkaessaan lain mukainen, mutta on olosuhteiden muuttuessa laiton, koska olosuhteet eivät enää oikeuta vapaudenriistoa.[941] Joissakin vapauden riiston muodoissa lainsäädäntö voi sallia tuomioistuimen lisäksi menettelyjä lainsäädäntö- ja toimeenpanovallasta riippumattomissa erikoistuomioistuimissa, joista tulee säätää lailla.[942] Edelleen 9 art. kohdan 5 mukaan jokaisella laittoman vapauden riiston kohteeksi joutuneella on oikeus korvaukseen. Jokaisella on oikeus lain suojaan myös mielivaltaista tai laitonta yksityisyyden suojaan puuttumista vastaan 17 art. mukaan.

Ihmisoikeuskomitea on todennut ratkaisuissaan, ettei kaikkia kotimaisia oikeusturvakeinoja, esimerkiksi hallinnollisia keinoja, ole tullut käyttää ennen asian saattamista ihmisoikeussopimuksen valvontaelimen käsittelyyn. Ratkaisevaa on, olisiko keinoilla ollut mahdollisuus menestyä. Mikäli kotimaisilla hallinnollisilla oikeusturvakeinoilla olisi vain suosittava eikä sitova luonne, valvontakomitealla on harkintavaltaa jättää tällaisten keinojen käyttämättömyys huomiotta.[943] Kuitenkin todellisen hyvityksen mahdollistavat kansalliset oikeusturvakeinot on tullut käyttää. Näyttötaakka siitä, että oikeusturvakeinoja on jätetty käyttämättä, on valtiolla.[944]

Myös kidutuksen vastaisen sopimuksen lisäpöytäkirjaa valvova OPCAT-alakomitea on 2016 todennut laitoksiin otettujen tahdosta riippumattomaan hoitoon ja rajoittamistoimenpiteiden käyttöön liittyen menettelyllisten ja asiallisten oikeusturvamekanismien tärkeyden. Tahdosta riippumaton sulkeminen laitokseen (involuntary confinement) katsotaan mielivaltaiseksi, ellei se ole määrätty oikeusviranomaisen toimesta reilussa prosessissa, johon liittyy jatkuva arviointi.[945] Väärinkäytösten estämiseksi rajoitustoimenpiteiden käytön perusteille ja kestolle, valvonnalle, seurannalle, uudelleen arvioinnille ja muutoksenhaulle tulee olla tiukat kriteerit. Rajoitustoimenpiteet tulee kirjata tarkasti ja niiden tulee olla hal-

937 CCPR/C/GC/35, kohta 12. CCPR/C/88/D/1324/2004, Shafiq v. Australia, kohta 7.2.
938 CCPR/C/GC/35, kohta 56.
939 CCPR/C/84/D/1061/2002, Fijalkowska v. Poland, kohta 8.3.
940 CCPR/C/GC/35, kohta 12. CCPR/C/88/D/1324/2004, Shafiq v. Australia, kohta 7.2.
941 CCPR/C/GC/35, kohta 43.
942 CCPR/C/GC/35, kohta 45. Yksilövalitus CCPR/C/35/D/265/1987, Vuolanne v. Finland, kohta 9.6.
943 CCPR/C/76/D/900/1999, Mr. C. v. Australia, kohta 7.3.
944 CCPR/C/76/D/900/1999, Mr. C. v. Australia, kohta 7.4.
945 CAT/OP/27/2, kohta 5.

linnollisen vastuun piirissä sisältäen itsenäisen valitus- tai kantelumekanismin ja oikeudellisen arvioinnin.[946]

CRPD painottaa vammaisten oikeussuojan saavutettavuutta. CRPD:n 13 art. mukaan sopimusvaltioiden tulee varmistaa vammaisille tehokkaan oikeussuojan saavutettavuus yhdenvertaisesti muiden kanssa. Tätä varten tulee järjestää mm. menettelyllisiä ja ikään perustuvia mukautuksia vammaisten suoran ja välillisen osallistumisen helpottamiseksi kaikkiin oikeudellisiin menettelyihin. 14 art. 2 kohdan mukaan vapaudenriiston kohteena oleville vammaisille tulee varmistaa kansainvälisen oikeuden mukaiset oikeusturvatakeet yhdenvertaisesti muiden kanssa, ja että heitä kohdellaan CRPD:n periaatteen ja oikeuksien mukaisesti. Komitean mukaan vapauden riiston kohteella tulee olla mahdollisuus saattaa vapaudenriistonsa peruste oikeuden arvioitavaksi, ja hänellä on oikeus hyvitykseen ja korvaukseen.[947] Edellä kuvatusti sopimusmääritelmän mukaisiin vammaisiin kohdistuvaa tahdosta riippumatonta hoitoa ei lailla säätämisestä huolimatta pidetä CRPD:n kanssa yhteensopivana.

CRPD-komitea on pitänyt sopimusvaltion rikoslakia syrjivänä siltä osin, kun sitä sovelletaan vain henkilöihin, joiden kognitiivinen toimintakyky on heikentynyt, ja lainsäädäntö mahdollistaa määrittämättömän pitkän vapaudenriiston laitoksessa, vaikka henkilöä ei todeta syylliseksi rikosoikeudenkäynnissä. Samanaikaisesti henkilöt, joilla ei ole kognitiivisen toimintakyvyn heikentymää saavat oikeudenmukaisen oikeudenkäynnin oikeusturvatakeineen.[948] Kriminaalipotilaiden hoidon katsotaan vammaisen yksilön autonomian sijaan priorisoivan tarvetta parantaa, minkä vuoksi sitä ei pidetä yhteensopivana sosiaalisen vammaisuuden mallin kanssa, ellei se perustu potilaan tahtoon ja mieltymyksiin.[949] Yhdenvertaista kohtelua ja kohtuullisten mukautusten velvoitetta rikkovana pidettiin myös syyntakeettoman (unfit to stand trial) henkilön oikeudellista prosessia, joka komitean näkemyksen mukaan fokusoi kaiken aikaa valittajan päätöksentekokykyyn ja oikeudenkäyntikelpoisuuteen, eikä henkilölle annettu mahdollisuutta vedota syyttömyyteensä tai puolustautua syytteitä vastaan. Valtio ei myöskään ollut selvittänyt, millaisilla toimilla henkilölle olisi voitu tarjota hänen tarvitsemansa tuki, jotta hän voisi käyttää oikeustoimikelpoisuuttaan, eikä ryhtynyt sen suhteen toimenpiteisiin. Henkilöä ei myöskään kuultu oikeudenkäynnissä, ja siten häneltä komitean mukaan riistettiin oikeus oikeudenmukaiseen oikeudenkäyntiin ja yhdenvertaiseen lain suojaan.[950]

---

946 CAT/OP/27/2, kohta 8-11.

947 CRPD-komitea 2015 (A/72/55), kohta 24.

948 CRPD/C/22/D/17/2013, Leo v. Australia, kohta 8.2-8.3. CRPD/C/22/D/18/2013, Manuway Doolan v. Australia, kohta 8.2-8.3. CRPD/C/16/D/7/2012, Marlon James Noble v. Australia, kohta 8.2.

949 Arstein-Kerslake – Black 2020, s. 8.

950 CRPD/C/22/D/17/2013, Leo v. Australia, kohta 8.4. CRPD/C/22/D/18/2013, Manuway Doolan v. Australia, kohta 8.4. CRPD/C/22/D/24/2014, Z. v. United Republic on Tanzania, kohta 8.3. CRPD/C/16/D/7/2012, Marlon James Noble v. Australia, kohta 8.2.CRPD/C/22/D/32/2015, Medina Vela v. Mexico, kohta 10.4 ja 10.6.

Myös tilanteessa, jossa syyntakeettomana (unfit to stand trial) tuomitsematta jätetty henkilö sijoitettiin rangaistuslaitokseen johtuen muiden vaihtoehtojen ja tukipalveluiden puutteesta, CRPD-komitea arvioi vapauden riistosta päätetyn viranomaisten suorittaman älyllistä heikkoutta koskevan seuraamusarvion perusteella, ja vapaudenriiston siten perustuvan älylliseen heikkouteen ja olevan vastoin CRPD:n 14 artiklaa.[951]

Myös CRPD-komitea on toistuvasti todennut yksilövalitusratkaisuissaan, ettei kaikkia kotimaisia oikeusturvakeinoja ole ollut välttämätöntä käyttää CRPD-komitealle tehdyn valituksen tutkimiseksi, jos näillä keinoilla ei objektiivisesti arvioiden ole ollut mahdollisuutta menestyä. Tämä poikkeaa ihmisoikeuskomitean tulkinnasta, jonka mukaan kaikkia hallinnollisia keinoja ei ole tarvinnut käyttää. Esimerkkinä CRPD-komitea käyttää tilannetta, jossa valittajan olisi tullut pystyä osoittamaan muutoksenhaussa oikeuden päätöksen olevan virheellinen, vaikka päätös oli tehty rikoslain tai muun lain kanssa yhteensopivasti. Komitean arvion mukaan tämä oli laista johtuva asia, ja komitean mukaan laki loukkasi valittajan CRPD:ssa turvattuja oikeuksia.[952] Myös tilanteessa, kun valittajaa ei henkilökohtaisesti informoitu lopullisesta rikostuomiosta, ja hänellä ei ollut mahdollisuutta osallistua oikeusprosessin eri vaiheisiin, muodostui este oikeusturvakeinojen käytölle. CRPD-komitea totesi valinnaisen lisäpöytäkirjan 2 art. perusteella, että vain muutoksenhakukeinot, joista on odotettavissa tehokas korjaus, ja jotka eivät ole perusteettoman pitkiä, täytyy olla käytetty ennen valitusta komitealle.[953]

Yhteistä edellä käsitellyille ihmisoikeussopimuksille ja niiden valvontaelinten tulkintakäytännöille on vapauden riiston lähtökohtaisesti edellyttämä tuomioistuinkontrolli. Tahdosta riippumaton hoito katsotaan ihmisoikeussopimusten tulkinnassa ilman muuta vapauden riistoksi, mutta edellyttävätkö myös vapausoikeuksiin puuttuvat rajoitustoimenpiteet tuomioistuinkontrollia? EIS:n 8 art. yksityisyyden suojan piiriin kuuluvien rajoitusten osalta jäsenvaltioilla on harkintavaltaa, mutta oikeusturvakeinojen tulee olla riittävät. Rajoittamistoimenpiteiden osalta rajanveto EIS 5 art. ja 8 art. välillä ei ole aivan yksiselitteinen. Esimerkiksi vapauden riiston ja liikkumisvapauden rajoittamisen ero määräytyy edellä kuvatusti puuttumisen intensiteetin perusteella, ei toimenpiteen luonteen tai sisällön perusteella. EIT on kuitenkin edellä todetusti pitänyt henkilökohtaisen vapauden osalta 5 artiklaa lex specialiksena 8 artiklaan nähden.[954] OPCAT-alakomitea tulkitsee myös laitokseen suljetun fyysiset ja kemialliset rajoittamistoimenpiteet vapauden riistoksi, ja katsoo edellä todetusti, että rajoittamistoimenpiteiden käytölle tulee olla vastaavat menet-

951 CRPD/C/22/D/17/2013, Leo v. Australia, kohta 8.8. CRPD/C/22/D/18/2013, Manuway Doolan v. Australia, kohta 8.8. CRPD/C/16/D/7/2012, Marlon James Noble v. Australia, kohta 8.7.

952 CRPD/C/22/D/17/2013, Leo v. Australia, kohta 7.5. CRPD/C/22/D/18/2013, Manuway Doolan v. Australia, kohta 7.5. CRPD/C/16/D/7/2012, Marlon James Noble v. Australia, kohta 7.7.

953 CRPD/C22/D/32/2015, Medina Vela v. Mexico, kohta 9.5.

954 H. M. v. Switzerland, kohta 42. Storck v. Germany, kohta 71 ja 142. Stanev v. Bulgaria, kohta 115.

telyt ja oikeusturvatakeet kuin vapauden riistolle. Rajoittamisen tulee olla vastuun piirissä itsenäisten valitus- tai kantelumekanismien ja oikeudellisen arvioinnin kautta.[955] Ihmisoikeuskomitean mukaan vapauden riisto pitää edellä kuvatusti sisällään tahdosta riippumattoman hoidon, tahdosta riippumattoman kuljetuksen ja tietyt vapautensa menettäneen lisärajoitukset, kuten eristämisen ja sitomisen.[956] Ihmisoikeussopimusten valvontaelinten tulkintakäytäntö ei siis ole aivan yksiselitteinen sen osalta, minkä rajoittamistoimenpiteen käytöltä edellytetään oikeusturvatakeena muutoksenhakuoikeutta tuomioistuimeen. Tämä näyttäisi olevan tarpeen ainakin vapauden riiston luonteisten rajoittamistoimenpiteiden yhteydessä.

CRPD-komitean tulkinta poikkeaa muista sikäli, että se pitää sopimusmääritelmän mukaisiin vammaisiin kohdistuvaa tahdosta riippumatonta hoitoa tai rajoitustoimenpiteiden käyttöä sopimusloukkauksena. CRPD-komitea pitää myös rikoksentekijän oikeuspsykiatrista hoitoa sopimusloukkauksena, jos lainsäädäntö mahdollistaa sulkemisen laitokseen ilman vastaavia oikeusturvatakeita kuin rikosprosessissa. Vaihtelua esiintyy myös subsidiariteettiperiaatteen noudattamisessa. EIT:n mukaan kaikki tehokkaat oikeusturvakeinot on tullut käyttää; ihmisoikeuskomitean mukaan kaikkia hallinnollisia keinoja ei ole tarvinnut käyttää; ja CRPD-komitean mukaan kaikkia oikeusturvakeinoja ei ole tullut käyttää ennen valitusta sopimuksen valvontaelimelle, jos keinot eivät olisi olleet tehokkaita.

4.4 Yhteenveto kansainvälisistä ihmisoikeuksista

Itsemääräämisoikeuden ja rajoittamisedellytysten näkökulmasta Euroopan neuvoston ihmisoikeusjärjestelmän ja YK:n ihmisoikeusjärjestelmän, ja lisäksi YK:n ihmisoikeusjärjestelmään kuuluvien KP-sopimuksen ja CRPD:n välillä on yhtäläisyyksiä ja eroja. Yhteistä on lähtökohtainen ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vaikka itsemääräämisoikeus ei olekaan positiivisen oikeuden säännöksenä kaikissa sopimuksissa turvattu. Eroja löytyy perus- ja ihmisoikeuksien punninnassa tarkasteltaessa päätöksentekokykyä itsemääräämisoikeuden edellytyksenä ja ratkaisuja tosiasiallisesti päätöksentekokyvyttömän potilaan suostumuskysymykseen. BLTS:ssa ja Euroopan neuvoston ministerikomitean suosituksessa Rec(99)4 tilanteissa, kun potilas ei kykene päättämään asioistaan, painotetaan solidaristisen itsemääräämisoikeuden käsityksen mukaan potilaan suojelemisen periaatetta siten, että hyväksytään sijaispäättäjän suostumuksen käyttäminen, hätätilanteiden hoito ja potilaan edun mukainen hoitaminen. EIS:ssa mahdollistetaan 8 art. nojalla yksityisyyden suojan rajoittaminen aiemmin kuvatuin rajoittamisperustein, ja myös EIT on ratkaisukäytännössään hyväksynyt päätöksentekokyvyttömän puolesta suojele-

955 CAT/OP/27/2, kohta 9.
956 CCPR/C/GC/35, kohta 5.

mistarkoituksessa annetun suostumuksen, sekä todennut päätöksentekokykyyn liittyen valtioille asian monimutkaisuudesta johtuen kuuluvan laajan harkintavallan[957]. Myös YK:n ihmisoikeussopimuksiin kuuluvassa KP-sopimuksessa ja ihmisoikeuskomitean tulkintakäytännössä sekä kidutuksen vastaisen sopimuksen OPCAT-alakomitean kommentissa hyväksytään tietyin edellytyksin ratkaisujen tekeminen ilman potilaan suostumusta.[958] CRPD:ssa taas painotetaan perfektionistisen itsemääräämisoikeuden mallin mukaan potilaan itsemääräämistä suojelemisen sijaan jopa niin, että vammaisella henkilöllä katsotaan olevan päätöksentekokyvystään riippumatta oikeus tehdä itseään koskevia päätöksiä kaikissa tilanteissa, kunhan hänelle tarjotaan riittävä tuki, tarvittaessa ”täysi tuki”. Tuesta saa kuitenkin halutessaan kieltäytyä, ja päätöksentekokyvylle ei aseteta mitään kynnysarvoa. Päätöksentekoa tuettaessa tulee huolehtia potilaan tahdon ja mieltymysten kunnioittamisesta. Kun potilaalla on ”täydellinen tuen tarve”, hoitoratkaisut tulee tehdä perustuen parhaaseen arvioon potilaan tahdosta ja mieltymyksistä, ei potilaan etuun. Näissäkään tilanteissa sijaispäättäjän käyttöä ei – ainakaan CRPD-komitean tarkoittamassa laajuudessa – CRPD:n ja CRPD-komitean tulkintakäytännön mukaan hyväksytä. CRPD-komitea ei kuitenkaan ota kantaa, kuka näissä tilanteissa antaa suostumuksen hoitoon.

CRPD-komitean tulkinta on puutteellinen, sillä komitea ei ole ottanut kantaa, miten toimitaan tilanteessa, kun yksilön tahto ja mieltymykset ovat selvät, mutta niiden tukeminen tai yksilön autonomian kunnioittaminen aiheuttaisi vakavaa vahinkoa yksilölle itselleen tai muille; tai tilanteessa, kun yksilön tahto ja mieltymykset ovat keskenään ristiriitaiset.[959] CRPD-komitean tulkinta ei ota kantaa siihenkään, millä perusteella paras tulkinta yksilön tahdosta ja mieltymyksistä olisi ylipäätään mahdollista löytää tilanteissa, kun potilaan tahdosta ei saada selvitystä ja nykyään turvauduttaisiin potilaan edun mukaiseen hoitamiseen. Miten potilaan tahto pystyttäisiin käytännön terveydenhuollon toiminnassa määrittämään esimerkiksi tilanteessa, kun vaikeasti itsetuhoinen juuri täysi-ikäinen mielenterveyspotilas kieltäytyy hoidosta, mutta omainen kertoo hänen todellisuudessa haluavan hoitoa; väkivaltaisesti käyttäytyvä vaikeaa dementiaa sairastava henkilö ei kykene päätöksentekoon omassa asiassaan, mutta omainen kertoo kaksi vuotta sitten käymässään keskustelussa hänen halunneen hoitoa; tai tilanteessa kun syntymästään saakka syvästi kehitysvammaisen, kommunikaatiokyvyttömän henkilön hoidosta pitäisi päättää? Myöskään akuuttihoitotilanteisiin, kuten itsemurhayrityksiin tai erilaisten muiden hätätilanteiden, vakavien vammojen ja sairauksien hoitoon, joissa potilas ei

957 Mihailovs v. Latvia, s. 24-25, kohta 134.

958 CCPR/C/GC/35, kohta 19. Czech Republic (CCPR/C/CZE/CO/2, 2007), kohta 14. Poikkeuksellisissa tilanteissa voi kuitenkin olla välttämätöntä hoitaa vapauden riiston kohteena olevaa potilasta ilman hänen suostumustaan, jos hän ei kykene ymmärtämään tilannettaan, jos hän ei kykene ymmärtämään lääketieteellistä hoitoa ja sen hyötyjä ja riskejä koskevaa informaatiota, ja jos hän ei kykene kommunikoimaan muiden kanssa. CAT/OP/27/2, kohta 14.

959 Vastaavasti Arstein-Kerslake – Flynn 2016, s. 482.

välttämättä taustastaan riippumatta kykene päätöksentekoon, CRPD-komitea ei ole ottanut kantaa.

CRPD:n vammaismääritelmän henkisen tai älyllisen heikentymän piiriin tulee aina sisältymään joukko henkilöitä, jotka eivät tosiasiallisesti kykene ymmärtämään tilannettaan ja tekemään päätöstä asiassaan, olipa tuki kuinka kattavaa tahansa. Mikäli CRPD:ta komitean tulkintakäytännön mukaan sovelletaan, se tarkoittaa, että haavoittuvimmassa asemassa olevien sopimuksen vammaismääritelmään sisältyvien ihmisten, jotka eivät tosiasiallisesti kykene ymmärtämään ajankohtaista tilannettaan ja käyttäytymisensä seurauksia, annettaisiin päätyä henkensä ja terveytensä kannalta kohtalokkaisiinkin valintoihin. Vaikka tämä riskin otto ja virheellisten valintojen tekeminen päätöksentekokykyiselle sallitaankin, sellaisten salliminen tosiasiallisen päätöksentekokyvyn puuttumisesta huolimatta voisi olla vastoin eettisiä hyvän tekemisen ja vahingon välttämisen periaatteita. Lisäksi OPCAT -alakomitea on katsonut, että tämä voisi täyttää julman, epäinhimillisen ja halventavan kohtelun määritelmän. CRPD-komitea kuitenkin korostaa päätöksenteko-oikeutta kaikissa tilanteissa myös vammaisille kuuluvana oikeutena. CRPD-komitean tulkinta poissulkee perinteisen suostumusopin tapaan epäasiallisen vaikuttamisen päätöksenteon tukijärjestelyistä, mutta ei nimenomaisesti poissulje suostuttelun käyttöä näiden potilaiden hoidossa.

CRPD 12 art. ja 25 art. vaatimukset henkilön itsensä antamasta tietoisesta suostumuksesta kaikissa tilanteissa, ja CRPD-komitean tulkintalinja jättävät tosiasiallisesti päätöksentekokyvyttömän vammaisryhmän jopa vaille välttämätöntä hoitoa ja suojelua. Käytännössä tämä linjaus ei päätöksenteon näkökulmasta mahdollista päätöksentekokyvyttömille vammaisille välttämättä samanlaatuista ja -laajuista hoitoa kuin muille vammaisille tai muulle väestölle, jos päätöksentekokyvyttömien vammaisten hoidon saaminen tai saamatta jääminen jätetään heidän edesottamustensa varaan, ja siten tulkintalinja voi tosiasiallisesti johtaa myös haavoittuvimmassa asemassa olevan vammaisryhmän epäyhdenvertaiseen kohteluun ja huonompaan hoitoon suhteessa muihin vammaisiin. Kuitenkin CRPD:ssa lähtökohtana vammaisen henkilön oikeudellisessa kelpoisuudessa on, että oikeudellista kelpoisuutta voidaan rajoittaa samoin periaattein kuin muidenkin kohdalla.

CRPD-komitean tulkintakäytäntö poikkeaa oleellisesti ihmisoikeuskomitean ja kidutuksen vastaisen alakomitean sekä EIT:n linjasta myös tahdosta riippumattoman hoidon ja rajoittamistoimenpiteiden käytön, eli vapaudenriiston ja henkilökohtaisen koskemattomuuden osalta. Vaikka muut tarkastelun kohteena olevat ihmisoikeussopimukset ja valvontaelimet hyväksyvät välttämättömän terveydenhuollon toteuttamiseksi tapahtuvan vapaudenriiston tiukoin reunaehdoin, CRPD-komitea suhtautuu tähän kielteisesti. Mikäli tahdosta riippumattoman hoidon tai rajoittamistoimenpiteiden kriteerit itsessään tai vaikutuksiltaan kohdentuvat vammaisiin, niitä pidetään vammaisia syrjivinä ja siten CRPD:n 14 art. ja 17 art. kanssa yhteensopimattomina. Vammaisiin kohdistuvat toimenpiteet eivät

ole sallittuja silloinkaan, kun niille olisi jokin rinnakkainen peruste, kuten henkilön vaarallisuus itselleen tai muille, tai terveydentilaan liittyvät syyt. Kirjallisuudessa on jopa väitetty komitean pitävän vammaisten oikeutta henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen absoluuttisena oikeutena, kommentoidessaan ehdottoman vapauden riiston kiellon merkitystä.[960] Sinänsä oikeutta vapauteen ja turvallisuuteen ei ole CRPD:ssa eikä KP-sopimuksessa kirjoitettu ehdottoman kiellon muotoon, kuten esimerkiksi kidutuksen ja epäinhimillisen kohtelun kielto on. Yksittäisen ihmisoikeussopimuksen valvontakomitean näkemys ei riitä henkilökohtaisen vapauden ja turvallisuuden jus cogens -aseman määrittämiseen. Wienin sopimuksen 53 art. mukaan pakottavat kansainvälisen oikeuden normit ovat kansainvälisen valtioiden yhteisön hyväksymiä ja tunnustamia normeja, joista poikkeaminen ei ole sallittua.[961] Myös CRPD-komitean näkemys kidutuksesta ja epäinhimillisestä kohtelusta poikkeaa ihmisoikeuskomitean ja OPCAT-alakomitean sekä EIT:n näkemyksistä, kun kaikkea rajoittamistoimenpiteiden käyttöä, jonka kohteena ylipäätään on vammainen henkilö, pidetään lähtökohtaisesti kidutuksena ja epäinhimillisenä kohteluna, vaikka kohtelun tarkoitus ei lähtökohtaisesti ole sellainen kuin kidutuksen vastaisen sopimuksen määritelmässä. Syrjintäperusteella viranomaisen toteuttamat toimet katsotaan kuitenkin kidutukseksi ja epäinhimilliseksi kohteluksi, ja todennäköisesti juuri siksi näin on myös CRPD-komitean tulkintakäytännössä. On huomioitava, että YK:n kidutuksen kieltävän sopimuksen lisäpöytäkirjaa (OPCAT) valvova alakomitea tai muut edellä käsitellyt ihmisoikeussopimusten valvontaelimet eivät ole nähneet tahdosta riippumattomassa hoidossa tai rajoittamistoimenpiteiden käytössä tällaista ongelmaa.

CRPD:ssa on haluttu siirtyä lääketieteellisestä vammaisuuden kriteeristä sosiaaliseen kriteeriin ja kohti ihmisoikeusperusteista vammaisuuden mallia, mikä edellyttää muuntuvaa ja kaikenkattavaa tasa-arvoisuutta.[962] Edellä todetusti muidenkin ihmisoikeussopimusten valvontaelinten mukaan vapauden riisto syrjintäperusteisesti toteutettuna täyttää mielivaltaisen vapaudenriiston kriteerit, ja täytyy olla muu, ja nimenomaan hyväksyttävä peruste vapaudenriistolle. CRPD-komitea tuntuu vievän tulkinnan vielä pidemmälle lähtiessään siitä, että vammaisiin kohdistettu vapaudenriisto ja rajoittamistoimenpiteiden käyttö on lähtökohtaisesti aina syrjivä ja mielivaltainen muista oikeuttamisperusteista riippumatta. Vaikka CRPD 14 art. tekstuaalinen tulkinta vastaakin KP-sopimusta ja ihmisoikeuskomitean käytäntöä, systeemisesti tai teleologisesti tulkiten yhdenvertaisuus ja syrjintäkielto sopimuksen

960 Martin – Gurbai 2019, s. 121.

961 Yleisimmin kansainvälisten tuomioistuinten käytännössä jus cogens -asemaan nimetyt normit YK:n kansainvälisen lakikomission mukaan ovat hyökkäyssodan kielto, oikeus itsepuolustukseen, kansanmurhan kielto, kidutuksen kielto, rikokset ihmisyyttä vastaan, orjuuden ja orjakaupan kielto, rosvouksen kielto rotuerottelun ja apartheidin kielto ja kielto kohdistaa väkivaltaisuuksia siviiliväestöön. De Wet 2015, s. 543.

962 Doyle Guilloud 2019, s. 9. Szmuckler 2019, s. 35.

tavoitteena, periaatteena, oikeutena ja oikeuksien toteutumisen arviointiin vaikuttavana tekijänä painottaa tulkintaa CRPD-komitean näkemyksen suuntaan.

Kansainvälisellä perus- ja ihmisoikeustasolla on edellä kuvatusti painetta itsemääräämisoikeusmallin muutokseen solidaristisesta perfektionistiseen, sekä perinteisestä kompetenssipohjaisesta suostumusopista ja mahdollisesti sijaispäätöksenteosta luopumiseen, ja kaikkien yksilöiden päätöksentekokyvyn ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen kaikissa tilanteissa henkilön tosiasiallisesta päätöksentekokyvystä riippumatta. Lisäksi painetta muutokseen on myös tahdosta riippumattomaan hoitoon ja rajoittamistoimenpiteiden käyttöön suhtautumisessa.[963] Tämän tutkimuksen kannalta relevantit ihmissoikeustason normiristiriidat CRPD:n ratifioinnin myötä ovat suostumusopin ja sijaispäättäjäkysymyksen osalta YK:n vammaissopimuksen 12 ja 25 art. ja Euroopan neuvoston biolääketiedesopimuksen 6 art. sekä EIS:n 8 art. ja EIT:n ratkaisukäytännön (esim. Mihailovs v. Latvia) välillä. Vapauden riiston perusteiden osalta normiristiriidat ovat Euroopan ihmisoikeussopimuksen 5.1 art. e-kohdan, YK:n ihmisoikeussopimuksen 9 art. tulkinnan ja CRPD:n 14 art. tulkinnan välillä. Koskemattomuuden osalta ristiriitaa on EIS 8 art. ja YK:n KP-sopimuksen 9 art. (tulkitaan osaksi turvallisuutta) suhteessa CRPD:n 17 artiklaan. Lisäksi kidutuksen ja epäinhimillisen kohtelun kiellon osalta ristiriitaa on KP-sopimuksen 7 art., kidutuksen vastaisen sopimuksen soveltamisessa tahdosta riippumattomaan hoitoon ja rajoittamiseen ja EIS 3 art. soveltamisessa; suhteessa CRPD 15 art. soveltamiseen.

Monissa näistä sopimuksista on soveltamista koskeva säännös. EIS:n 53 art. mukaan sopimuksen ei saa tulkita oikeuttavan rajoittamista tai poikkeamista ihmisoikeuksista, jotka on taattu sopimusosapuolen lainsäädännössä tai muussa sopimuksessa, johon sopimusosapuoli on sitoutunut. KP-sopimuksen 5 art. 2 kohdan mukaan mitään rajoitusta tai poikkeusta ihmisen perusoikeuksista, jotka on tunnustettu tai jotka ovat voimassa jossakin sopimusvaltiossa lain tai muiden säännösten, yleissopimusten tai tavan nojalla, ei sallita sillä perusteella, että tämä yleissopimus ei tunnusta tällaisia oikeuksia tai että se tunnustaa ne suppeampina. Edelleen CRPD:n 4 art. 4-kohdan mukaan mikään yleissopimuksessa ei vaikuta sellaisiin määräyksiin, jotka paremmin edistävät vammaisten henkilöiden oikeuksien toteutumista ja jotka voivat sisältyä sopimuspuolen lainsäädäntöön tai kyseisessä sopimuspuolessa voimassa olevaan kansainväliseen oikeuteen. Ihmisoikeuksia ja perusvapauksia, jotka tunnustetaan tai ovat voimassa tämän yleissopimuksen sopimuspuolessa lain, valtiosopimusten, määräyksen tai tapaoikeuden perusteella, ei saa rajoittaa eikä niistä saa poiketa sillä perusteella, ettei kyseisiä oikeuksia tai vapauksia tunnusteta tässä yleissopimuksessa tai että ne tunnustetaan siinä suppeampina. Vaikka EIS tai KP-sopimus eivät tunnusta vammaisten oikeutta itsemääräämiseen tai vapauteen samassa laajuudessa kuin

963 Paradigman muutoksen edellyttämät tarkastelutarpeen sijaispäätöksenteon ja tahdosta riippumattoman hoidon ja toimenpiteiden osalta todennut mm. Stavert 2018, s. 10.

CRPD, tämä ei edellä mainittujen soveltamissäännösten perusteella poista sopimusvaltioiden velvollisuutta turvata vammaisten itsemääräämisoikeutta tai oikeutta vapauteen ja koskemattomuuteen siinä laajuudessa kuin CRPD tarkoittaa.[964]

Erityisten sopimuskohtaisten soveltamissääntöjen lisäksi ihmisoikeussopimusten tulkinnassa noudatetaan vuoden 1969 Wienin sopimuksen periaatteita.[965] Wienin sopimuksen 30 artiklassa säädetään samaa asiaa koskevien peräkkäisten sopimusten soveltamisesta. Artiklaa tulee soveltaa, jos sopimustekstissä ei ole määritelty prioriteettia.[966] 30 artiklassa tarkoitettu sama asia tulee ymmärtää suppeasti: se ei päde tilanteisiin, kun yleissopimus on epäsuorasti ristiriidassa aiemman sopimuksen tietyn säännöksen kanssa.[967] Artikla 30 ei kuitenkaan ota kantaa tilanteeseen, kun voimassa on kaksi erillistä sopimusta samasta asiasta, joista toinen on neuvoteltu alueellisesti valtioiden kesken, ja toinen on neuvoteltu maailmanlaajuisen organisaation puitteissa.[968]

Artiklan 30 1-kohdan mukaan artiklan sääntöjä sovelletaan sopimuspuolten oikeuksiin ja velvollisuuksiin YK:n peruskirjan 103 art. mukaisesti. Peruskirjan 103 art. mukaan YK:n jäsenvaltioiden sopimusvelvoitteiden ristiriitatilanteissa YK:n peruskirjan tai minkä tahansa muun kansainvälisen sopimuksen välillä YK:n peruskirja saa etusijan. Tutkimuksen kannalta relevantit normit eivät ole ristiriidassa YK:n peruskirjan kanssa.

Kansainvälisiin sopimuksiin sovelletaan hierarkiaperiaatetta; lex priori, lex posterior ja lex specialis -periaatteita; ja autonomisen toiminnan ja lainsäätäjän tahdon periaatteita, joista Wienin sopimuksen 30 artikla sisältää kaikki paitsi lex specialiksen. Lex specialiksen ajatellaan kirjallisuuden mukaan olevan osa doktriinia.[969] Wienin sopimuksen 30 art. kohdan 2 mukaan, mikäli sopimuksessa on todettu, että siihen sovelletaan tai sitä ei tule pitää yhteensopimattomana jonkin aiemman tai myöhemmän sopimuksen kanssa, tämän toisen sopimuksen säännöksiä noudatetaan. Tämä ilmentää osin lex priori-periaatetta.[970] Sopimusten järjestyksen määrittämisessä tekstin hyväksymispäivämäärä on määräävä.[971] EIS huomioi johdannossaan ainoastaan sitä edeltäneen YK:n ihmisoikeuksien julistuksen. Sekä CRPD että BLTS huomioivat johdannossaan YK:n ihmisoikeuksien julistuksen, YK:n ihmisoikeussopimuksen, KP- ja TSS -sopimukset, ja lasten oikeuksien sopimuksen. Tämän lisäksi BLTS ja CRPD kumpikin huomioivat muita sopimuksia. YK:n CRPD ei huomioi BLTS:aa tai EIS:aa, jotka ovat Euroopan neuvoston alueellisia sopimuk-

964 Vastaavaan päätynyt KP-sopimuksen ja CRPD:n välisessä punninnassaan Doyle Guilloud 2019, s. 9.
965 Fitzmaurice 2015, s. 739-740.
966 Sinclair 1984, s. 97.
967 Sinclair 1984, s. 98.
968 Sinclair 1984, s. 98.
969 Sinclair 1984, s. 96. Doyle Guilloud 2019, s. 9.
970 Sinclair 1984, s. 96.
971 Sinclair 1984, s. 98.

sia. Myöskään EIS tai BLTS eivät huomioi myöhempiä sopimuksia, eivätkä siten CRPD:a. Sopimuksista varhaisin on EIS vuodelta 1950, keskimmäinen BLTS vuodelta 1997 ja myöhäisin CRPD vuodelta 2006.

30 art. kohdassa 3 todetaan, että kaikkien aiemman sopimuksen osapuolien ollessa myöhemmän sopimuksen osapuolia, aiempi sopimus on voimassa vain siihen saakka kuin sen säännökset ovat yhteensopivia myöhemmän sopimuksen kanssa. Tämä ilmentää lex posterior-periaatetta.[972] Tässä pitää erottaa toisistaan YK:n sopimusjärjestelmän sisäinen normitulkinnan ristiriita, ja YK:n sopimusjärjestelmään kuuluvan CRPD:n ja Euroopan neuvoston sopimusjärjestelmään kuuluvien EIS:n ja BLTS:n väliset ristiriidat. Kaikki KP-sopimuksen jäsenvaltiot eivät ole ratifioineet vielä CRPD:a.[973] Tällöin 30 art. 4 kohdan mukaan lex posterior -sääntöä sovelletaan niihin jäsenvaltioihin, jotka ovat ratifioineet molemmat sopimukset. YK:n ihmisoikeussopimusjärjestelmässä CRPD on KP-sopimukseen nähden lex posterior, ja saisi siten etusijan KP-sopimukseen nähden, jolloin KP-sopimuksen säännöksiä sovellettaisiin vain siinä määrin, kuin ne ovat yhteensopivia CRPD:n kanssa. YK:n ihmisoikeuskomitean ja CAT:n valvontaelinten tulkintakäytäntö kuitenkin poikkeaa tästä linjasta.

Eri ihmisoikeusjärjestelmien välisessä ristiriidassa tämän tulkintasäännön soveltaminen ei ole näin selkeää. Yhteensopivuuden osalta Wienin sopimusta valmistelleen komitean näkemys oli, että pelkkä säännöksen ero varhaisemman ja myöhemmän sopimuksen välillä ei välttämättä tarkoittanut, etteivät säännökset ole yhteensopivia 30 art. 3 kohdan mukaan. Varhaisemman sopimuksen säännöksen voimassa pysyminen voi olla oikeutettua olosuhteiden tai sopimuspuolten aikomusten perusteella. Tyypillinen esimerkki on alueellisen ja maailmanlaajuisen sopimuksen ero, kuten Euroopan ihmisoikeussopimuksen ja YK:n ihmisoikeussopimusten välillä.[974] Tutkimuksen normiristiriitojen osalta tarkasteltuna kaikki EIS:n jäsenmaat ovat CRPD:n jäsenmaita, mutta eivät BLTS:n jäsenmaita. Myöskään kaikki CRPD:n eurooppalaiset jäsenmaat eivät ole BLTS:n jäsenmaita, mutta kaikki BLTS:n jäsenmaat ovat myös CRPD:n jäsenmaita. Suuri osa CRPD:n jäsenmaista on kuitenkin muita kuin eurooppalaisia valtioita.[975] Suoraviivaisesti lex posterior -periaatteella CRPD siis voisi saada etusijan EIS:aan ja BLTS:aan nähden niissä maissa, jotka ovat sopimuspuolia molemmissa sopimuksissa, ja Euroopan neuvoston alueellisia sopimuksia sovellettaisiin vain siihen asti, kun ne ovat yhtäpitäviä CRPD:n kanssa. Tällöin BLTS:n velvoite tai EIT:n tulkinta sijaispäättäjän suostumuksesta päätöksentekokyvyttömien potilaiden hoidossa ei toteutuisi, eikä EIS:n tai BLTS:n

972 Sinclair 1984, s. 96.
973 Doyle Guilloud 2019, s. 10.
974 Sinclair 1984, s. 97.
975 https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list?module=signatures-by-treaty&treaty-num=005, https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list?module=signatures-by-treaty&treaty-num=164, https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/Treaty.aspx?Treaty=CRPD.

rajoittamisperusteita voitaisi soveltaa. CRPD-komitea osin viittaa omissa kannanotoissaan EIT:n ratkaisukäytäntöön, ja osin jättää sen huomiotta, kun EIT:n ratkaisukäytäntö ei ole yhteensopivaa CRPD:n kanssa.[976] Kun kyse on aiempien alueellisten sopimusten suhteesta myöhempään maailmanlaajuiseen sopimukseen, varhaisemman sopimuksen säännöksen voimassa pysyminen voi edellä todetusti olla perusteltua olosuhteiden tai sopijapuolten aikomusten perusteella. Tämä jättää lex posterior -säännön soveltamiseen tulkinnan varaa.

Lex specialis -periaatteen nojalla CRPD saisi etusijan KP-sopimukseen nähden, sillä se on vammaisten oikeuksia koskeva yleissopimus, kun taas KP-sopimus on jokaisen kansalais- ja poliittisia oikeuksia koskeva yleissopimus. CRPD 14 art., 15 art. tai 17 art. osalta tätä etusijaa ei kuitenkaan YK:n valvontaelinten tulkintakäytännössä ole ihmisoikeuskomitean ja OPCAT alakomitean kannanotoissa huomioitu. Vastaavasti CRPD saisi lex specialis -periaatteella etusijan myös Euroopan ihmisoikeussopimukseen nähden. BLTS taas saisi tämän tutkimuksen aihepiirissä etusijan CRPD:hen nähden, sillä CRPD on vammaisten oikeuksien yleissopimus, ja BLTS turvaa ihmisoikeuksia nimenomaan lääketieteen ja biologian alalla. Tätä kautta sijaispäättäjämenettely ja potilaan tahdosta riippumaton hoitokin voisivat tulla sovellettavaksi, samoin kuin BLTS:n rajoittamisperusteet. Tällöin käsillä BLTS:n ja CRPD:n osalta on tilanne, jossa lex posterior periaate puoltaisi toisen sopimuksen ja lex specialis taas toisen sopimuksen etusijaa.

Siten EIS:n ja BLTS:n normiristiriitoja suhteessa CRPD:hen sekä YK:n KP-sopimuksen ihmisoikeuskomitean ja kidutuksen vastaisen sopimuksen valvontakomitean tulkintaristiriitoja CRPD-komitean kanssa ei voida ratkaista suoraan Wienin sopimuksen 30 art. perusteella. CRPD:n ja CRPD-komitean suhtautuminen vapauden riistoon ja rajoittamistoimenpiteisiin estävät päätöksentekokyvyttömän potilaan suojelemisen niin päätöksenteossa, kuin hänen hoidossaankin, ellei rajoittamisperustetta ole mahdollista muotoilla siten, että rajoittamisperuste tai sen tosiasiallinen vaikutus ei suhteettomasti kohdistuisi CRPD:n määritelmän mukaisiin vammaisiin.[977] Toisaalta näkemykset syrjintäneutraalinkin sääntelyn yhteensopivuudesta CRPD:n kanssa kirjallisuudessa vaihtelevat.[978] Muut tutkimuksen kannalta keskeiset ihmisoikeussopimukset valvontaelintensä tulkintakäytäntöineen sallisivat sijaispäättäjän käytön, ja tiukoin reunaehdoin tahdosta riippumattoman hoidon sekä rajoittamistoimenpiteiden käytön. Terveydenhuollon toiminnan kannalta Suomea sitovissa ihmisoikeusnormeissa on CRPD:n ratifioinnin myötä haasteita ihmisoikeusvelvoitteiden yhteensovittamisessa. Tilannetta on kansainvälisessä kirjallisuudessa kutsuttu myös umpikujaksi.[979]

976 Esimerkiksi CRPD/C/29/D/61/2019, S.M. v. Denmark, kohta 9.2.
977 Vastaavasti Martin ym. 2019, s. 125-126.
978 Doyle Guillaud 2019, s. 3-4. Szmuckler 2019, s. 37-38.
979 Nilsson 2024. Martin – Gurbai 2019.

5 Potilaan itsemääräämisoikeus ja suojeleminen kansallisessa sääntelyssä

5.1 Itsemääräämisen ja suojeleminen perusoikeussäännöksissä

5.1.1 Perusoikeuksien velvoittavuus

Tässä luvussa analysoidaan potilaan itsemääräämisoikeuden, tahdosta riippumattoman hoidon ja rajoitustoimenpiteiden käytön kannalta keskeisten perusoikeuksien sisältö, perusoikeuksien rajoittamisedellytykset ja perusoikeuskollisioiden ratkaiseminen. Lisäksi analysoidaan perusoikeuksien toteuttamista ja rajoittamista konkretisoiva potilaan itsemääräämisoikeutta ja rajoittamistoimenpiteitä koskeva sääntely, ja kansallisen sääntelyn yhteensopivuus Suomea sitovien ihmisoikeusvelvoitteiden kanssa. Tavoitteena on vastata kysymykseen, missä tilanteissa ja millä edellytyksillä terveydenhuollossa voidaan käyttää rajoittamistoimenpiteitä, ja millaisia kehittämistarpeita kansallisen sääntelyn osalta on.

Perusoikeudet ovat kansallisessa perustuslaissa turvattuja tärkeinä pidettyjä oikeuksia, jotka kiinnittyvät Suomen oikeuden institutionaaliseen ja yhteisölliseen arvoperustaan.[980] Perus- ja ihmisoikeuksien painoarvon kasvu ajoittui 1960–1970 -luvuilta alkaneeseen ajanjaksoon, ja selkeimmin 1990-luvulle Euroopan unionin jäsenyyden, Euroopan ihmisoikeussopimuksen hyväksymisen ja perusoikeusuudistuksen myötä.[981] Perusoikeusuudistuksen yhteydessä perusoikeudet muokattiin vastaamaan paremmin Suomen ratifioimissa ihmisoikeussopimuksissa turvattuja ihmisoikeuksia.[982] Kehittämistarpeita olivat mm. perusoikeuksien henkilöllisen soveltamisalan ja perusoikeusturvan sisällöllinen laajentaminen, perusoikeuksien rajoittamisedellytysten täsmentäminen, perusoikeuksien ja kansainvälisten ihmisoikeussopimusten suhde, perusoikeuksien sovellettavuus ja valvontamekanismit.[983] Tavoitteena oli laajentaa ja vahvistaa yksilön oikeuksien perustuslailla määriteltyä turvaa ja mahdollistaa perusoikeuksien välitön soveltaminen.[984] Lisäksi vahvistettiin periaate siitä, että perusoikeusrajoituksen tulee perustua lakiin, mikä merkitsi perusoikeuksien rajoittamista koskevan toimivallan delegointikieltoa eduskuntalakia alemmalle hierarkiatasolle. Tämän myötä tietyn ihmisryhmän oikeuksia ei enää ole ollut hyväksyttävää rajoittaa suoraan erityisen vallanalaisuussuhteen tai laitosvallan

980 Siltala 2004, s. 585-586.
981 Tuori 2000, s. 220-222. Saarenpää 2000, s. 22-23.
982 Hallberg 2011 b, s. 35. Ojanen – Scheinin 2011 b, s. 185.
983 Hallberg 2011 b, s. 33.
984 Hallberg 2011 b, s. 34. Nieminen 2009, s. 26.

perustella.[985] Uudistuksen jälkeen perus- ja ihmisoikeuksiin viittaaminen onkin merkittävästi lisääntynyt tuomioistuinten ratkaisukäytännössä.[986] Vastaava muutos on tapahtunut myös terveydenhuollon valvontaviranomaisen ja eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisukäytännössä. Perustuslakiuudistuksen yhteydessä vuonna 2000 perusoikeussäännökset siirrettiin sellaisenaan uuteen perustuslakiin.[987]

Perustuslain (731/1999) 22 §:n mukaan julkisen vallan on turvattava perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Keskeisimmät julkisen vallan käyttäjinä velvoitetut tahot ovat valtio, kunnat, kuntayhtymät – nykyisin hyvinvointialueet – ja niiden virkamiehet ja päätöksentekoelimet.[988] Säännös edellyttää julkisen vallan aktiivisia toimenpiteitä yksilön perus- ja ihmisoikeuksien suojaamiseksi ulkopuolisilta loukkauksilta ja tosiasiallisten edellytysten luomiseksi perus- ja ihmisoikeuksien käyttämiselle. Pelkkä perusoikeuksiin puuttumisen välttäminen julkisen vallan toimesta ei siis riitä. Perus- ja ihmisoikeuksien turvaamisvelvoite ulottuu paitsi viranomaistoiminnassa ja julkisen vallan käytössä ilmenevään vertikaaliseen ulottuvuuteen myös yksityishenkilöiden välisiin suhteisiin.[989]

Perusoikeudet velvoittavat julkista valtaa sen kaikissa eri toiminnoissa.[990] Perustuslain 107 §:n mukaan tuomioistuimessa ja muussa viranomaisessa ei saa soveltaa asetuksen tai muun lakia alemman asteisen säädöksen säännöstä, joka on ristiriidassa perustuslain kanssa.[991] Tuomioistuimilla on lisäksi 106 §:n nojalla velvollisuus antaa etusija perustuslain säännökselle, jos käsiteltävässä asiassa lain säännös olisi ilmeisessä ristiriidassa perustuslain kanssa. Muutenkin tuomioistuimen tulee valita perusteltavissa olevista lain tulkintavaihtoehdoista parhaiten perusoikeuksien toteutumista edistävä vaihtoehto, jolla ei ole perustuslain kanssa ristiriitaa.[992] Perus-

---

985 Nieminen 2009, s. 26. HE 309/1993 vp., s. 25. Perustuslakivaliokunta on myöhemmin korostanut laitosvallan kieltoa sosiaali- ja terveydenhuollon rajoittamissääntelyä koskevissa lausunnoissaan. PeVL 15/2015 vp., s. 3. PeVL 34/2001 vp., s. 2. PeVL 5/2006 vp., s. 2.

986 Hallberg 2011 a, s. 851.

987 Hallberg 2011 b, s. 35. Perustuslaki 2000, s. 56.

988 Pahlman 2003, s. 73. Ojanen ja Scheinin määrittelevät julkisen vallan mm. lainsäätäjään, hallintoviranomaisiin ja tuomioistuimiin. Ojanen – Scheinin 2011 b, s. 189.

989 HE 309/1993 vp., Yksityiskohtaiset perustelut luku 1.1. Perusoikeusuudistuksen yhteydessä perustuslakivaliokunta totesi: ”Käytännössä perusoikeuksien vaikutus yksityisten keskinäissuhteisiin välittyy yleensä perusoikeuksia konkretisoivan tavallisen lainsäädännön välityksellä, joskin eräillä perusoikeuksilla voi olla myös välittömämpiä sovelluksia yksityisten välillä.” HE 309/1993 vp., luku 3.4. Suppeasta ja laajasta perusoikeusnäkemyksestä myös Karapuu 2011, s. 75-76. Tässä perusoikeuksien horisontaalivaikutuksessa voidaan erottaa välitön vaikutus, jolloin yksilö voi vedota tuomioistuimessa suoraan perusoikeuksiinsa toista yksilöä vastaan, ja välillinen vaikutus, jolloin perusoikeuksien vaikutus yksityisten välisiin suhteisiin välittyy alemman tasoisten normien kautta. Viljanen 2011 b, s.134.

990 Viljanen 2011 b, s. 118.

991 Viljasen mukaan perusoikeuksien lisääntyvä soveltaminen lainkäytössä ja hallinnossa on tuomioistuinten ja ylimpien laillisuusvalvojien ratkaisukäytännön valossa selvästi toteutunut. Viljanen 2011 b, s. 129.

992 PeVM 25/1994 vp., s. 4. Tulkintavaikutuksesta ja abrogaatiovaikutuksesta (syrjäyttävästä vaikutuksesta) myös Karapuu 2011, s. 85. Säännöksen perustuslainvastaisuuden toteamiskynnys on korkealla, ja mahdollinen ristiriita tulisikin ensisijaisesti ratkaista perusoikeusmyönteisellä laintulkinnalla. Rautiainen

oikeuksien suora soveltaminen tuomioistuimissa tai muissa viranomaisissa voi myös tulla kyseeseen tilanteissa, jolloin ei ole olemassa tilannetta sääntelevää alemman asteista normia.[993] Perustuslain säännösten abstraktiotaso on yleensä varsin korkea, minkä vuoksi ne jättävät tavallista enemmän tulkinnanvaraa.[994] Tästä johtuen niiden suora soveltaminen muiden kuin oikeusoppineiden viranomaisten toimesta voi olla vaikeaa.

Perustuslain 2 §:n mukaan julkisen vallan käytön tulee perustua lakiin ja kaikessa julkisessa toiminnassa tulee noudattaa tarkoin lakia. Tämä tulee ymmärtää kaikkeen julkisen vallan käyttöön ulottuvana velvoitteena soveltaa oikeusjärjestystä kokonaisuutena, myös perusoikeussäännösten osalta.[995] Perustuslain 118 §:n mukaan virkamies vastaa virkatoimiensa lainmukaisuudesta. Valtioneuvoston oikeuskansleri ja eduskunnan oikeusasiamies valvovat, että tuomioistuimet, viranomaiset, virkamiehet, julkisyhteisön työntekijät ja muut julkista tehtävää hoitavat noudattavat lakia ja täyttävät velvollisuutensa. Oikeuskansleri ja oikeusasiamies valvovat myös perus- ja ihmisoikeuksien toteutumista tehtäväänsä hoitaessaan.[996]

Vaikka perus- ja ihmisoikeussääntelyn pohja on erilainen, sisällöllisesti niissä säännellään pitkälti samoista oikeuksista. Perus- ja ihmisoikeussäännökset ovat myös vuorovaikutuksessa keskenään. Ihmisoikeussopimukset vaikuttavat kansalliseen lainsäädäntöön ja asettavat kansallisille perusoikeuksille eräänlaisen vähimmäistason.[997] Perus- ja ihmisoikeudet voidaan jakaa kolmeen ryhmään syntyajankohtansa ja niiden noudattaman sääntely- ja ratkaisulogiikan mukaan. Ensimmäisen sukupolven oikeuksia ovat yksilölliset vapausoikeudet, kuten elämän, henkilökohtaisen vapauden ja koskemattomuuden sekä yksityiselämän suoja. Ne takaavat kansalaisille koskemattomuuden oikeudettomalta asioihin puuttumiselta valtiovallan tai toisten kansalaisten taholta. Toisen sukupolven oikeuksia ovat taloudelliset, sosiaaliset ja sivistykselliset oikeudet (TSS-oikeudet), kuten oikeus terveydenhuoltoon, sekä juridiset oikeudet hallinnon lainalaisuuden ja kansalaisten oikeusturvan saatavuuden merkityksessä. Näihin oikeuksiin sisältyy valtion tai muun julkisyhteisön kansalaisilleen takaamia positiivisia toimintamahdollisuuksia. TSS -oikeuksissa on aina kaksi puolta: julkisyhteisön vastuulla olevat toimivat institutionaaliset rakenteet ja yksilölle turvattu pääsy osalliseksi tietynlaisista julkishyödykkeistä. Kolmannen sukupolven oikeuksia ovat yhteisölliset oikeudet, kuten kansojen itsemääräämisoikeus ja omaan kieleen ja kulttuuriin liittyvät oikeudet.[998]

---

ym. 2023, s. 188.

993 Viljanen 2011 b, s. 128.

994 Jyränki 2000, s. 44.

995 HE 309/1993 vp., s. 26.

996 Suomen perustuslaki 731/1999, 108-109 §:t.

997 Hallberg 2011 b, s. 35-36.

998 Neljännen sukupolven oikeuksiksi voidaan erottaa luontoon ja ympäristöön liittyvät oikeudet, jotka eivät varsinaisesti liity tähän tutkimukseen. Siltala 2004, s. 586-589. Perusoikeusjaottelusta myös

5.1.2 Itsemääräämisen ja suojelemisen kannalta keskeiset perusoikeudet

5.1.2.1 Henkilökohtainen vapaus ja koskemattomuus, yksityisyys ja itsemääräämisoikeus

Perustuslain perusoikeussäännöksiin ei sisälly nimenomaista itsemääräämisoikeutta turvaavaa säännöstä. Itsemääräämisoikeutta turvaavat oikeudet henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen, ja yksityisyyteen.[999] Perustuslain 7.1 §:ään on kirjattu ihmisoikeussopimuksia vastaava jokaisen oikeus henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Perustuslain esitöiden mukaan henkilökohtainen vapaus on yleisperusoikeus, joka suojaa henkilön fyysisen vapauden lisäksi itsemääräämisoikeutta ja tahdonvapautta.[1000] Oikeus henkilökohtaiseen koskemattomuuteen suojaa esimerkiksi henkilöön käyviltä tarkastuksilta ja pakolla toteutettavilta lääketieteellisiltä tai muilta vastaavilta toimenpiteiltä. Suojan piiriin kuuluvat niin ruumiillinen kuin henkinen koskemattomuus. Henkilökohtaiseen koskemattomuuteen puuttumisen tulee perustua lakiin, ja täyttää hyväksyttävyys- ja välttämättömyysvaatimukset.[1001] Vapauden riistolla tarkoitetaan järjestelyä, jossa henkilön poistuminen tietystä olinpaikasta kielletään ja estetään, tai henkilö suljetaan tahdostaan riippumatta lukittuun tilaan. Myös lievempiä toimia voidaan pitää vapaudenmenetyksenä, jos ne rinnastuvat vapaudenmenetykseen keston, asteen tai sosiaalisten suhteiden estymisen näkökulmasta. Vapauden riiston kohteeksi joutuneeseen henkilöön kohdistettavaa toimenpidettä, jolla vapauden riiston astetta lisätään, ei kuitenkaan pidetä säännöksessä tarkoitettuna vapaudenmenetyksenä. Esimerkkinä käytettiin vangin kurinpidollista eristämistä. Vapauden riistoon tulee olla aina laissa säädetty peruste.[1002] PL 7.3 §:n mukaan henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ei saa puuttua eikä vapautta riistää mielivaltaisesti eikä ilman laissa säädettyä perustetta. Mielivaltaisen vapaudenriiston kielto korvaa säännöksessä Euroopan ihmisoikeussopimuksen yksityiskohtaista luetteloa vapaudenriiston perusteista. Kielto rajoittaa lainsäätäjän mahdollisuuksia määrätä vapauden riiston perusteista ja edellyttää, että laissa varmistetaan oikeusturva vapaudenmenetyksen yhteydessä. Sama koskee puuttumista henkilökohtaiseen koskemattomuuteen. Esimerkiksi vapauden menetykseksi katsottavan tahdosta riippumattoman hoidon mielisairaalassa, ja potilaaseen hoidon aikana kohdistettavien henkilö-

---

Karapuu 2011, s. 73-74.

999 HE 309/1993 vp., s. 46 ja 53. PeVL 24/2010 vp., s. 3. PeVL 15/2015 vp., s. 3. PeVL 11/2016 vp., s. 2.

1000 HE 309/1993 vp., s. 46-47.

1001 HE 309/1993 vp., s. 46-47.

1002 HE 309/1993 vp., s. 48. Pellonpää käyttää esimerkkinä vapauden riistoa lievemmästä vapauden menetyksestä potilaan määräämistä tahdosta riippumattomaan hoitoon psykiatriseen sairaalaan. Pellonpää 2011, s. 291-292. Esimerkiksi EIS 5 art. 1 kohdan e alakohdan mukaan vapauden riisto on mahdollinen lain määräämässä järjestyksessä tartuntataudin leviämisen estämiseksi tai heikon mielenterveyden, alkoholismin, huumeidenkäytön tai irtolaisuuden vuoksi. EIT:n ratkaisukäytännössä sairaalaan ottaminen ilman suostumusta vastaa vapauden riistoa.

kohtaisen koskemattomuuden rajoitusten on molempien täytettävä säännöksen vaatimukset.[1003]

Perustuslain esitöiden mukaan oikeus henkilökohtaiseen turvallisuuteen korostaa julkisen vallan positiivisia toimintavelvoitteita yhteiskunnan jäsenten suojaamiseksi yksityisen tahon tai julkisen vallan käyttäjän oikeudenvastaisilta teoilta.[1004] Tämän on kirjallisuudessa tulkittu viittaavan henkilökohtaisen turvallisuuden itsenäiseen merkitykseen ja velvoittavan julkista valtaa aktiivisiin toimiin sekä ulottavan henkilökohtaisen turvallisuuden merkityksen myös yksityisten välisiin horisontaalisuhteisiin.[1005] Perustuslain esitöiden mukainen tulkinta näyttäisi laajentavan turvallisuuden käsitettä ihmisoikeussopimuksiin nähden. EIS:ssa ja KP-sopimuksessa henkilökohtainen turvallisuus on liitetty kiinteästi varsinaisiin vapaudenriistotilanteisiin. Kirjallisuuden mukaan tällaiseen argumentointiin tulisi suhtautua kriittisesti: henkilökohtaista turvallisuutta ei tulisi käyttää monien muiden oikeuksien yleisenä rajoitusperusteena.[1006]

Suomen perustuslain 10.1 §:n mukaan jokaisen yksityiselämä, kunnia ja kotirauha on turvattu. Lähtökohtana yksityiselämän suojassa on, että yksilöllä on oikeus elää omaa elämäänsä ilman viranomaisten tai muiden ulkopuolisten tahojen aiheetonta puuttumista elämäänsä. Vaikka yksityiselämän piirin tarkka määrittely on vaikeaa, siihen on katsottu kuuluvan mm. yksilön oikeus määrätä itsestään ja ruumistaan, sekä solmia ja ylläpitää suhteita muihin ihmisiin ja ympäristöön.[1007] Yksityisyyden suoja ei siten ole aina erotettavissa esimerkiksi henkilökohtaisen koskemattomuuden suojasta ja se turvaa osaltaan myös itsemääräämisoikeutta.[1008] Säännös velvoittaa valtiota paitsi pidättäytymään yksityiselämään puuttumisesta myös toimimaan aktiivisesti yksityiselämän suojaamiseksi toisen yksilön loukkauksilta.[1009] Terveydenhuollon toiminnan osalta kyse on yksittäisen potilaan yksityisyyden kunnioittamisen lisäksi myös luottamuksesta terveydenhuoltoon.[1010] PL 10.2 § turvaa kirjeiden ja puheluiden sekä muiden luottamuksellisten viestien salaisuutta. PL 10.3 §:n mukaan lailla voidaan säätää välttämättömistä kotirauhan piiriin ulottuvista toimenpiteistä sekä välttämättömistä rajoituksista viestin salaisuuteen. Rajoitusten säätämismahdollisuus on kuitenkin rajattu vain yksilön tai yhteiskunnan turvallisuutta tai kotirauhaa vaarantavien rikosten tutkintaan, oikeudenkäyntiin ja turvallisuustarkastukseen sekä vapaudenmenetykseen. Rajoitusten päämääränä tulee aina olla perusoikeuksien toteutumisen turvaaminen tai rikosten selvittäminen.

1003 HE 309/1993 vp., s. 48.
1004 HE 309/1993 vp., s. 47.
1005 Viljanen 2001, s.165.
1006 Pellonpää 2011, s. 285-286. Samoin Viljanen 2001, s. 179-180.
1007 HE 309/1993 vp., s. 52-53. Vastaavasti yksityiselämän piiristä myös perustuslakivaliokunnan ratkaisukäytännössä, esim. PeVL 15/2015 vp., s. 3. PeVL 10/2012 vp., s. 2. PeVL 24/2010, s. 3.
1008 Viljanen 2011 c, s. 391-392.
1009 HE 309/1993 vp., s. 53.
1010 Nieminen 2015, s. 117.

5.1.2.2 Suojelemisen periaate perusoikeuksissa

Perustuslain perusoikeussäännökset sisältävät ihmisoikeussopimusten tapaan myös suojelemisen periaatteen. Perustuslakiin on kirjattu ihmisoikeuksia vastaavasti oikeus elämään, välttämättömään terveydenhoitoon ja huolenpitoon, yhdenvertaisuus ja syrjinnän kielto, sekä kidutuksen ja epäinhimillisen kohtelun kielto. Perustuslain 1 §:n mukaan valtiosääntö turvaa ihmisarvon loukkaamattomuuden ja yksilön vapauden ja oikeudet ja edistää oikeudenmukaisuutta yhteiskunnassa.

Oikeus elämään on yleisellä tasolla perus- ja ihmisoikeuksista kaikkein tärkein. Ilman elämää ei voi nauttia muistakaan perus- ja ihmisoikeuksista. Suomen perustuslain 7.1 §:n mukaan jokaisella on oikeus elämään, ja perustuslain 7.2 § kieltää kuolemanrangaistuksen. Oikeus elämään turvaa elämän vähimmäisedellytyksiä, välttämätöntä toimeentuloa ja huolenpitoa. Se velvoittaa julkista valtaa toimiin, joilla näitä edellytyksiä edistetään.[1011] Perustuslaissa on ihmisoikeussopimusten tapaan turvattu myös terveyspalvelut väestölle. Perustuslain 19.3 §:n mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Riittävien palveluiden turvaamisesta on huolehdittava lainsäädännöllä, ja lisäksi julkisyhteisöjen tulee huolehtia sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä ja saatavuudesta. Palveluiden järjestämisen ja saatavuuden suhteen on huomioitava myös muut perusoikeudet, kuten yhdenvertaisuus ja syrjinnän kielto; oikeus elämään, henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja turvallisuuteen; ja yksityiselämän suoja. Palveluiden riittävyyden arvioinnissa lähtökohtana pidetään tasoa, joka turvaa jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä.[1012] Edelleen 19.1 §:n mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvioisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon.

Suomen perustuslain 6.1 §:n mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Tätä tulee tulkita niin, että sanamuoto kattaa kaiken viranomaistoiminnan ja julkisten palveluiden tuottamisen.[1013] PL 6.2 §:n mukaan ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan henkilöön liittyvän syyn perusteella. Tällaisia henkilöön liittyviä syitä ovat esimerkiksi sukupuoli, ikä, alkuperä, kieli, uskonto, vakaumus, mielipide, terveydentila tai vammaisuus. Perustuslain säännökseen kirjattua syrjintäperusteita koskevaa luetteloa ei ole tehty tyhjentäväksi, vaan siihen on koottu suomalaisen yhteiskunnan näkökulmasta syrjintäkiellon ydinalueen muodostavat syrjintäperusteet. Syrjintäperusteiden kattavuus edellyttää, että niihin rinnastetaan

1011 KP-sopimuksen vastaavasta määräyksestä on johdettu valtion velvollisuus ryhtyä toimiin lapsikuolleisuuden vähentämiseksi, kulkutautien vastustamiseksi ja odotettavissa olevan keskimääräisen eliniän lisäämiseksi. Säännöksellä ei ole tarkoitus muuttaa esimerkiksi geenimanipulaation, sikiötutkimuksen ja eutanasian oikeudellista asemaa tai raskauden keskeytystä koskevaa lainsäädäntöä. HE 309/1993 vp., s. 46.

1012 HE 309/1993 vp., s. 71.

1013 PeVM 25/1994 vp., s. 7.

myös muut henkilöön liittyvät syyt, kuten yhteiskunnallinen asema, varallisuus ja perhesuhteet. Säännös koskee myös erityiskohtelua.[1014] Yhdenvertaisuussäännös sisältää mielivallan kiellon ja vaatimuksen samanlaisesta kohtelusta samanlaisissa tapauksissa.[1015] Säännös ei kuitenkaan estä tosiasiallisen tasa-arvon turvaamiseksi tarpeellista positiivista erityiskohtelua.[1016] Syrjintäkielto ei kiellä kaikenlaista erottelua ihmisten välillä, vaikka erottelu perustuisi syrjintäsäännöksessä tarkoitettuun syyhyn. Oleellista erottelun hyväksyttävyyden kannalta on, onko se perusteltavissa perusoikeusjärjestelmän ja ihmisoikeusvelvoitteiden kannalta hyväksyttävästi.[1017] Erottelun hyväksyttävyyden arvioinnin voi tiivistää kahteen tekijään: erottelun asteeseen, joka on pelkistettävissä kohtuullisuuden tai suhteellisuuden periaatteisiin, ja tarkoitusperään.[1018] Yhdenvertaisuus on lainsoveltajan harkintavallan rajoittamisperiaate.[1019] Vanhemmissa ihmisoikeussopimuksissa syrjintäkiellolla on edellä todetusti ollut vastaava harkintavaltaa rajoittava periaatteellinen asema, mutta erilaista kohtelua on pidetty sallittuna, jos siihen on syrjintäperusteiksi luettavan syyn lisäksi muu ihmisoikeusjärjestelmän kannalta hyväksyttävä peruste. CRPD:ssa syrjintäkieltoa on rakenteellisesti ja tulkinnallisesti korostettu siten, että sopimuksessa tarkoitettujen vammaisryhmien erilaista kohtelua on käytännössä lähes mahdotonta perustella edes muun ihmisoikeusjärjestelmän kannalta hyväksyttävällä perusteella, ellei kyse ole nimenomaan positiivisesta edusta.

Perustuslaki sisältää myös ihmisoikeussopimuksia vastaavan kidutuksen ja epäinhimillisen kohtelun kiellon. Perustuslain 7.2 §:n mukaan ketään ei saa kiduttaa eikä muutenkaan kohdella ihmisarvoa loukkaavasti. Säännös kattaa kidutuksen ja ihmisarvon vastaisen kohtelun osalta kaikki fyysisen ja henkisen kohtelun muodot. Kidutuksen kiellon maininnalla korostetaan, ettei erittäin vakavaa henkistä tai fyysistä kärsimystä aiheuttavaa kohtelua tule sallia missään olosuhteissa.[1020] Tämän tutkimuksen kannalta relevanteista oikeuksista vain kidutuksen kiellolla on varsinainen jus cogens -asema kansainvälisissä ihmisoikeussopimuksissa.

5.1.3 Perusoikeuksien rajoittaminen

Osa perustuslain perusoikeussäännöksistä on kirjoitettu ehdottomiksi siten, ettei niiden rajoittaminen tavallisella lailla ole sallittua. Tällaisia ovat täsmälliset kiellot, kuten tämän tutkimuksen kannalta relevantit syrjinnän kielto (PL 6.2 §); kuolemanrangaistuksen, kidutuksen ja muun ihmisarvoa loukkaavan kohtelun kielto (PL 7.2

1014 HE 309/1993 vp., s. 43-44.
1015 HE 309/1993 vp., s. 42.
1016 Ojanen – Scheinin 2011 a, s. 239, jossa he huomauttavat myös, että erilaisten ihmisten kohtelu samalla tavoin on yksi syrjinnän muoto.
1017 HE 309/1993 vp., s. 44. Ojanen – Scheinin 2011 a, s. 249.
1018 Ojanen – Scheinin 2011 a, s. 253.
1019 HE 309/1993 vp., s. 42.
1020 HE 309/1993 vp., s. 47.

§) sekä kielto puuttua kenenkään henkilökohtaiseen koskemattomuuteen tai riistää kenenkään vapautta mielivaltaisesti ja ilman laissa säädettyä perustetta (PL 7.1 ja 7.3 §:t).[1021] Ainoastaan kidutuksen ja epäinhimillisen kohtelun kielto on edellä todetusti ihmisoikeusjärjestelmässä ns. jus cogens -normi. Syrjintäkiellon osalta kiellon ehdottomuus kohdistuu perusoikeusjärjestelmässä hyväksyttävään perusteeseen, henkilökohtaiseen koskemattomuuteen puuttumisen ja vapaudenriiston osalta ehdottomuus kohdistuu lailla säätämisen vaatimukseen.

Perusoikeudet eivät yleisesti voi olla siten ehdottomia, että niitä ei voisi rajoittaa missään olosuhteissa tai missään laajuudessa.[1022] Perusoikeuden rajoittamisessa on kyse perusoikeussäännöksen suojaaman oikeuden kaventamisesta tai julkisen vallan toimenpiteistä, jotka puuttuvat yksilön perusoikeuksien suojaamaan asemaan.[1023] Perustuslaissa on säädetty perusoikeuksien rajoitusten reunaehdoista.[1024] Useat perusoikeusnormit sisältävät lakivarauksen eli lausekkeen, joka edellyttää kyseisen perusoikeuden rajoittamisen tai sen käytön sääntelyn tapahtuvan lailla tai lain nojalla.[1025]

Kvalifioidut eli yksilöidyt lakivaraukset antavat lainsäätäjälle perusoikeuden rajoittamisvaltuutuksen, mutta samalla rajoittavat lainsäätäjän harkintavaltaa. Niissä voidaan määrätä perusoikeuden rajoittaminen sallituksi vain tietyn tarkoituksen toteuttamiseksi, sitoa rajoittaminen tiettyjen edellytysten täyttymiseen tai kieltää tietyt rajoittamisperusteet. Lisäksi niissä on voitu edellyttää rajoittamisen välttämättömyyttä.[1026] Kvalifioidun lakivarauksen tarkoitus on määrittää tavallisen lain säätäjän rajoittamismahdollisuus mahdollisimman tiukasti.[1027] Esimerkiksi perustuslain 7.3 §:n säännös, jossa kielletään henkilökohtaiseen koskemattomuuteen puuttuminen ja vapauden riistäminen mielivaltaisesti ja ilman laissa säädettyä perustetta, sisältää kvalifioidun lakivarauksen.

Sääntelyvarauksella ei suoranaisesti oikeuteta lainsäätäjää rajoittamaan perusoikeutta, vaan antamaan perusoikeuden käyttöä koskevia tarkempia säännöksiä. Perustuslaki ilmaisee kuitenkin tällöinkin pääsäännön, jonka perustaa ei voi heikentää lailla. Sääntelyvaraukset ovat muotoa ”sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään” tai ”sen mukaan kuin laissa säädetään”. Sääntelyvarauksen taustalla on ajatus siitä, että perusoikeussäännös ei yksinään turvaa perusoikeuden toteutumista, vaan tarvitsee tuekseen muuta lainsäädäntöä, esimerkiksi menettelysäännöksiä. Perusoikeuden täsmällinen sisältö määräytyy siten perusoikeusnormin ja tavallisen lainsäädännön

1021 Viljanen 2001, s. 13 ja 56.
1022 HE 309/1993 vp., s. 29. Näin myös Jyränki 2000, s. 291-292.
1023 Viljanen 2011 a, s. 141.
1024 Viljanen 2011 a, s. 144.
1025 Viljanen 2001, s. 27.
1026 Viljanen 2001, s. 32. Samoin Jyränki 2000, s. 292-293.
1027 PeVM 25/1994 vp., s. 5.

muodostaman kokonaisuuden pohjalta.[1028] Siten sääntelyvarauksia ei tule tulkita perusoikeuden rajoittamisvaltuuksiksi, vaan perusoikeuden käytön sääntelyksi.[1029] Edes rajoittamismahdollisuutta koskevan maininnan puuttuminen perusoikeusnormista ei välttämättä poissulje perusoikeuden rajoittamista. Perusoikeuden täysimääräistä nauttimista voivat rajoittaa toisten ihmisten perusoikeudet, tai saman henkilön kohdalla kahden tai useamman eri perusoikeuden välinen kollisio.[1030]

Perustuslakivaliokunta kontrolloi lain säätämisvaiheessa lakiehdotuksen perustuslainmukaisuuden, ja arvioi, kuinka pitkälle meneviä rajoituksia perusoikeuksiin voidaan säätää tavallisessa lainsäätämisjärjestyksessä.[1031] Perusoikeuden ydinalueeseen ulottuvasta rajoituksesta ei voida säätää tavallisen lain säätämisjärjestyksessä.[1032] Sosiaali- ja terveydenhuollon voimassa oleva rajoittamissääntely on kuitenkin perustuslakivaliokunnan toimesta katsottu voitavan säätää tavallisen lain säätämisjärjestyksessä.[1033] Näin on menetelty myös ennen perusoikeusuudistusta.[1034]

Perusoikeusuudistuksen ja uudistuksen jälkeisen perustuslakivaliokunnan tulkintakäytännön myötä perusoikeusrajoitusten sallittavuuden arviointikriteerit täsmentyivät olennaisesti.[1035] Perustuslakivaliokunnan määrittelemien perusoikeuksien yleisten rajoitusedellytysten mukaan perusoikeuksien rajoituksen tulee olla lailla säädetty, rajoituksen tulee olla täsmällinen ja tarkkarajainen, rajoitusperusteen tulee olla hyväksyttävä, rajoituksen tulee olla välttämätön ja oikeassa suhteessa sillä tavoiteltavaan hyötyyn nähden, rajoituksella ei saa puuttua perusoikeuden ydinalueeseen, rajoituksen suhteen tulee varmistaa riittävät oikeusturvakeinot ja rajoituksen tulee noudattaa Suomen ihmisoikeusvelvoitteita.[1036] Perusoikeusrajoituksen tulee täyttää samanaikaisesti kaikki edellä mainitut vaatimukset.[1037] Perustuslakivaliokunta on arvioinut lausunnoissaan mm. sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädännön rajoittamissääntelyä suhteessa määrittelemiinsä yleisiin rajoittamisedellytyksiin.[1038] Rajoittamisedellytykset vastaavat edellä kuvattua ihmisoikeussopimusten valvontaelinten tulkintakäytäntöä ihmisoikeuksien rajoittamisedellytyksistä.

Lailla säätämisen vaatimus tarkoittaa, että perusoikeuksia ei saa rajoittaa lakia alemman tasoisilla säädöksillä tai hallinnollisilla toimilla, kuten asetuksilla, järjestyssäännöillä tai viranomaisen antamilla määräyksillä. Lainsäätäjä ei myöskään saa delegoida

1028 PeVM 25/1994 vp., s. 5-6 ja Viljanen 2001, s. 34-35.
1029 Viljanen 2001, s. 35.
1030 Viljanen 2001, s. 12.
1031 Viljanen 2011 a, s. 139-140.
1032 PeVM 25/1994 vp., s. 5.
1033 PeVL 34/2001 vp., s. 6. PeVL 5/2006 vp, s. 9. PeVL 15/2015 vp., s. 10. PeVL 12/2016 vp., s. 7. PeVL 11/2016 vp., s. 8.
1034 Ks. luku 3.
1035 Viljanen 2011 a, s. 145-146.
1036 PeVM 25/1994 vp. s. 5.
1037 Viljanen 2001, s. 61.
1038 Esimerkiksi PeVL 15/2015 vp, PeVL 34/2001 vp, PeVL 5/2006 vp.

perusoikeuksien rajoittamisvaltaa lakia alemman asteiselle tasolle.[1039] Lailla säätämisen vaatimuksesta ja laitosvallan kiellosta johtuen muiden kuin laissa säädettyjen rajoitustoimenpiteiden käyttö ei olisi sallittua.[1040] Somaattisessa hoidossa rajoittamistoimenpiteiden käyttöön on kuitenkin lainsäädännön puuttuessakin ylimmän laillisuusvalvojan ratkaisukäytännössä suhtauduttu ymmärtävästi, tiukoin reunaehdoin.[1041]

Rajoituksen täsmällisyys ja tarkkarajaisuus edellyttää, että rajoituksen sisällön tulee ilmetä suoraan laista. Sisällöstä tulee käydä selville esimerkiksi, kuinka laajasta rajoituksesta on kyse ja mitkä ovat sen täsmälliset edellytykset.[1042] Esimerkiksi rajoitustoimenpiteitä koskeviin säännöksiin tulisi sisällyttää täsmälliset ja rajoitustoimenpiteiden käyttöä voimakkaasti rajaavat erityiset edellytykset.[1043] Sääntelyn tulee olla mahdollisimman tyhjentävää.[1044] Perustuslakivaliokunnan lausunnoissa on korostettu, että perusoikeusrajoitukset tulee oikeuttaa erikseen kussakin tapauksessa ja kunkin perusoikeuden osalta.[1045] Laista tulee ilmetä riittävän selkeästi, kenellä on oikeus käyttää rajoitusvaltuuksia, mitä valtuuksia käytettäessä saadaan tehdä ja miten silloin tulee menetellä.[1046] Melko vähäisetkin puuttumiset esimerkiksi laitoshuollossa olevan henkilön henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen, liikkumisvapauteen ja yksityisyyden suojaan merkitsevät valiokunnan mukaan perusoikeusrajoitusta etenkin, jos henkilö vastustaa toimenpidettä.[1047] Perustuslakivaliokunta on kuitenkin pitänyt ilmeisenä, että sosiaali- ja terveydenhuollossa on käytössä laitteita ja apuvälineitä, jotka eivät ole merkityksellisiä perusoikeuksien kannalta. Toisaalta valiokunnan mukaan on selvää, että ainakin tietyt nykyisin käytössä olevat rajoittavat välineet ja asusteet ovat luonteeltaan niin kajoavia, että niiden käyttäminen sinänsä merkitsee puuttumista henkilön perusoikeuksiin. Lisäksi jotkut hoidolliset apuvälineet voivat muodostua perusoikeuksia rajoittaviksi, jos niitä käytetään jatkuvasti tai pitkään.[1048]

Rajoituksen hyväksyttävyys tarkoittaa, että rajoittamiseen tulee olla painava yhteiskunnallisesta tarpeesta johtuva vaatimus. Perusoikeussäännöksiä on perusteltua tulkita ihmisoikeuksien kanssa yhdenmukaisesti siten, että vain ihmisoikeussopimuksen asianomaisen sopimusmääräyksen mukaan hyväksyttävät rajoitusperusteet

1039 HE 309/1993 vp., s. 27. PeVL 15/2015 vp., s. 3. PeVL 34/2001 vp., s. 2. PeVL 5/2006 vp., s. 2.
1040 Esimerkiksi PeVL 15/2015 vp, s. 7.
1041 Ks. luku 6.
1042 HE 309/1993 vp. s. 29-30.
1043 PeVL 15/2015 vp., s. 9. PeVL 12/2016 vp., s. 6.
1044 PeVL 15/2015 vp., s. 4.
1045 Esimerkiksi PeVL 15/2015 vp., s. 7. PeVL 34/2001 vp., s. 2.
1046 Viljanen 2001, s. 120 ja PeVL 8/1995 vp., s. 2, jossa täsmällisyyden ja tarkkarajaisuuden osalta kuvattu Viljasen esittämä.
1047 PeVL 15/2015 vp., s. 8.
1048 Perustuslakivaliokunta ei kuitenkaan lausunnossaan voinut arvioida HE:n perustelujen tai muun selvityksen perusteella täsmällisesti sitä, mitkä tai millaiset välineet tai asusteet on katsottava perusoikeuksia rajoittaviksi. PeVL 15/2015 vp., s. 8-9.

voivat olla vastaavan perusoikeussäännöksen sallittuja rajoitusperusteita.[1049] Hyväksyttävänä perusteena on perustuslakivaliokunnan lausunnoissa pidetty henkilön itsensä tai muiden henkilöiden perusoikeuksien suojaamiseen liittyviä perusteita: yksilön oman tai toisen henkilön hengen, terveyden tai turvallisuuden välitöntä vaarantumista tai merkittävää omaisuusvahinkoa.[1050] Aiemmin mielenterveyslain rajoitustoimenpiteistä säädettäessä potilaan sairauden hoitoa, potilaan tai muun henkilön turvallisuutta tai muun 4a-luvussa säädetyn edun, omaisuuden suojan tai yksityiselämän suojan, turvaamista pidettiin riittävänä perusteluna, jotta rajoitukset tulivat sidotuiksi perusoikeusjärjestelmän kannalta hyväksyttäviin tarkoituksiin.[1051] Potilaan oman terveyden vaarantuminen ei kuitenkaan kaikissa tilanteissa oikeuta rajoittamistoimenpiteiden käyttöä. Esimerkiksi tartuntatautilakiin liittyen ei pidetty pelkästään potilaan oman terveyden vaarantumista lääkityksestä kieltäytymisen vuoksi riittävänä perusteena tahdosta riippumattomalle hoidolle ja pakkolääkinnälle, vaan toimenpiteisiin ryhtymisen perusteena on yleisvaarallisen tartuntataudin leviämisen estäminen ja väestön suojeleminen.[1052] Toki tartuntatautilain kohderyhmäkin on erilainen muuhun rajoittamissääntelyyn verrattuna: sääntelyä ei kohdisteta päätöksentekokyvyttömiin henkilöihin.

Perustuslakivaliokunta on korostanut lausunnoissaan, että rajoitustoimenpiteistä säätäminen ei merkitse avointa toimivaltaluetteloa niiden käyttämiselle. Perusoikeuksista säädettäessä ja niitä sovellettaessa on korostetusti huomioitava perusoikeusrajoitusten oikeasuhtaisuuden, välttämättömyyden ja tarkoitussidonnaisuuden vaatimukset.[1053] Suhteellisuusvaatimus edellyttää, että rajoitus on välttämätön hyväksyttävän tarkoituksen saavuttamiseksi, ja että tarkoitus ei ole saavutettavissa perusoikeuksien rajoittamista lievemmin keinoin. Rajoitus ei myöskään saa ulottua pidemmälle kuin on perusteltua huomioiden rajoituksen taustalla olevan yhteiskunnallisen intressin suhde rajoitettavaan oikeushyvään.[1054] Välttämättömyydellä tarkoitetaan, että rajoittamistoimenpiteitä ei tule sisällyttää lakiin varmuuden vuoksi, vaan on harkittava, voivatko ne joissakin tapauksissa olla välttämättömiä. Lisäksi rajoitustoimenpiteiden soveltamisen tulee olla viimesijaista, ja niiden käytöstä tulee luopua heti kun mahdollista tai kun toimenpide ei enää ole välttämätön.[1055] Tarkoitussidonnaisuudella tarkoitetaan sitä, että rajoitustoimenpiteitä ei saa käyttää rangaistuksena tai puutteellisen henkilöresurssin vuoksi.[1056]

1049 PeVM 25/1994 vp., s. 5.
1050 PeVL 5/2006 vp., s. 4 ja 6. PeVL 15/2015 vp., s. 6-7.
1051 PeVL 34/2001 vp., s. 2.
1052 PeVL 11/2016 vp., s. 3.
1053 PeVL 15/2015 vp., s. 4. PeVL 34/2001 vp, s. 2-3.
1054 PeVM 25/1994, s. 5. PeVL 5/2006 vp., s. 3-4. PeVL 34/2001 vp., s. 5.
1055 PeVL 15/2015 vp., s. 4 ja 9 (heti kun mahdollista). PeVL 5/2006 vp., s. 6 (heti kun toimenpide ei enää ole välttämätön).
1056 PeVL 5/2006 vp., s. 2 (rangaistus). PeVL 15/2015 vp., s. 9-10 (henkilö- ja muut resurssit).

Perusoikeuksien yleisiin rajoittamisedellytyksiin sisältyy myös riittävien oikeusturvakeinojen vaatimus. Jokaisella on PL 21 §:n mukaan oikeus saada oikeuksiaan ja velvollisuuksiaan koskeva päätös tuomioistuimen tai muun riippumattoman lainkäyttöelimen käsiteltäväksi. 2 momentin mukaan oikeus saada perusteltu päätös kuuluu hyvän hallinnon takeisiin. Mahdollisuus tuomioistuinkontrolliin on liitetty perusoikeusuudistuksen esitöissä vapauden riistoihin.[1057] Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrääminen edellyttää perustuslakivaliokunnan mukaan nimenomaista päätöstä ja lisäksi kuulemista. Lisäksi toimenpiteen kohteena olevan henkilön mielipide tulee selvittää ja myös hänen laillista edustajaansa kuulla.[1058] Perustuslakivaliokunta on myös katsonut, että tahdosta riippumattoman hoidon eli vapauden riiston perusteiden olemassaolon jatkuminen tulee arvioida säännöllisesti. Kevyempiäkään menettelyitä ei poissuljettu esimerkiksi kehitysvammaisten hoidossa silloin, kun laitoshoidossa pitämisen tarve on ilmeinen.[1059] Myös hoidon tarpeen arviointi ulkopuolisen tahon toimesta on nähty tärkeäksi.[1060]

Perustuslakivaliokunnan mukaan säännös oikeudenmukaisen oikeudenkäynnin ja hyvän hallinnon takeista (PL 21 §) ei kuitenkaan estä säätämästä vähäisiä poikkeuksia oikeuteen saada perusteltu päätös ja oikeuteen hakea muutosta, kunhan poikkeukset eivät muuta päätöksensaantioikeuden tai muutoksenhakuoikeuden asemaa pääsääntönä, eivätkä yksittäistapauksessa vaaranna yksilön oikeusturvaa.[1061] Terveydenhuollon toiminta on pääasiassa tosiasiallista hallintotoimintaa, jossa ei tehdä kirjallisia päätöksiä.[1062] Rajoittamistoimenpiteiden käytön osalta perustuslakivaliokunnan lausunnoissa on katsottu, että luonteeltaan viivytyksettä toimeenpantavien rajoitustoimenpiteiden osalta edeltänyttä oikeustilaa ei voida muutoksenhaulla palauttaa, joten näiltä osin muutoksenhakumahdollisuuksista voitaisiin poiketa.[1063] Oikeusturvasta tulee kuitenkin huolehtia muilla keinoin.[1064] Esimerkiksi MTL 4a-luvun osalta yhteydenpidon rajoitus ja omaisuuden haltuunotto edellyttivät muutoksenhakumahdollisuuden. Muiden rajoitustoimenpiteiden katsottiin olevan viivytyksettä toimeenpantavia, joiden suhteen edeltänyttä oikeustilaa ei voida palauttaa. Eristämisen ja sitomisen pitkittymistä pidettiin MTL:n 4a-luvun osalta kuitenkin tilanteena, joka potilaan tulisi voida saattaa tuomioistuimen arvioitavaksi PL

1057 He 309/1993 vp., s. 48-49.
1058 PeVL 12/2016 vp., s. 5.
1059 PeVL 15/2015 vp., s. 6. PeVL 5/2006 vp., s. 4.
1060 PeVL 15/2015 vp., s. 6.
1061 PeVL 5/2006 vp., s. 7 (muutoksenhakuoikeudesta). PeVL 10/2012 vp. s. 5 (oikeudesta saada päätös).
1062 Tosiasiallinen hallintotoiminta tarkoittaa hallintotoimen tekemistä tai julkisen palvelun hoitamista ilman kirjallista hallintopäätöstä. Tyypillistä tosiasiallista hallintotoimintaa on esimerkiksi potilaan hoitaminen ja muiden vastaavien julkisten palvelujen toteuttaminen ei-kirjallisessa menettelyssä. Tieteen termipankki 6.12.2024: Oikeustiede: tosiasiallinen hallintotoiminta.
1063 PeVL 34/2001 vp., s. 5. PeVL 5/2006 vp., s. 7.
1064 PeVL 5/2006 vp., s. 7. PeVL 34/2001 vp., s. 5.

21 §:n nojalla.[1065] Myös tilanteissa, kun kyse on henkilön perusoikeuteen puuttuvasta pysyvästä rajoituksesta, pelkkä tosiasiallinen ratkaisu ei ole riittävä, vaan asiasta tulee tehdä nimenomainen kirjallinen päätös, josta tulisi olla muutoksenhakuoikeus.[1066]

Perustuslakivaliokunnan määrittelemiin perusoikeuksien rajoittamisedellytyksiin kuuluu myös rajoituksen yhteensopivuus Suomea sitovien ihmisoikeusvelvoitteiden kanssa. Perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien tulkinnallinen harmonisointi on nähty tärkeäksi, kun perusoikeusuudistuksessa perusoikeudet yhteensovitettiin ihmisoikeuksien kanssa.[1067] Perustuslakivaliokunnan sääntö tarkoittaa, että mikäli perusoikeuden rajoitus ulottuu niin pitkälle, että se loukkaa ihmisoikeussopimuksia, rajoitus ei ole myöskään perustuslain mukainen.[1068]

Merkittävää julkisen vallan käyttöä voidaan PL 124 §:n mukaan antaa vain viranomaiselle. Perustuslakivaliokunnan käytännössä merkittävänä julkisen vallan käyttönä on pidetty itsenäiseen harkintaan perustuvaa oikeutta puuttua merkittävällä tavalla yksilön perusoikeuksiin. Olennaisesti henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen puuttuvat ratkaisut, esimerkiksi mielenterveyslain nojalla tarkkailuun ottaminen, hoitoon määrääminen ja virka-avun pyytäminen, sisältävät merkittävää julkisen vallan käyttöä. Sen sijaan tarkkailulähetteen laatimista ei tällaisena ole pidetty, rajoitettujen oikeusvaikutusten vuoksi.[1069] Perustuslakivaliokunta on katsonut, että muun kuin virkasuhteisen lääkärin päätösvalta tulee rajata vain välttämättömään, esimerkiksi ensivaiheen toimenpiteisiin, jonka jälkeen virkasuhteisen lääkärin tulee osallistua mahdollisimman pian päätöksentekoon. Päätös tulee esimerkiksi saattaa niin pian kuin olosuhteiden puolesta on mahdollista toimivaltaisen virkasuhteisen lääkärin vahvistettavaksi.[1070]

Suostumuksen asema perusoikeusrajoituksen oikeuttamisperusteena on rajallinen. Perustuslakivaliokunta on pitänyt lausuntokäytännössään perusoikeusrajoituksen kohteena olevan henkilön suostumukseen perustuvaa sääntelytapaa ongelmallisena, ja korostanut suurta pidättyväisyyttä suostumuksen käytössä perusoikeuksiin puuttumisen oikeutusperusteena. Pidättyväisyyden vaatimus korostuu entisestään, jos perusoikeussäännökseen liittyy niin sanottu kvalifioitu lakivaraus. Perustuslakivaliokunnan mukaan suostumukseen perustuva sääntelytapa ei ole yhteensopiva perustuslain oikeusvaltioperiaatteen kanssa, sillä julkisen vallan käytön tulee PL 2 §:n mukaan perustua lakiin. Toimivallasta perusoikeuksiin puuttumisessa tulee säätää riittävän täsmällisesti ja tarkkarajaisesti lailla.[1071]

1065 PeVL 34/2001 vp. s. 5. Näistä rajoitustoimenpiteistä ei kuitenkaan voimassa olevan MTL:n nojalla edellytetä hallintopäätöstä.

1066 PeVL 12/2016 vp., s. 6.

1067 PeVM 25/1994 vp., s. 5.

1068 Viljanen 2011 a, s. 163.

1069 PeVL 11/2016 vp., s. 4-5. PeVL 5/2014 vp., s. 2.

1070 PeVL 11/2016 vp., s. 5-6.

1071 PeVL 30/2010 vp., s. 6. Myös kirjallisuudessa on katsottu, että yksilön itsemääräämisoikeudesta

Perustuslakivaliokunta on kuitenkin katsonut perusoikeusrajoituksen kohteeksi joutuvan henkilön suostumuksella voivan sinänsä olla merkitystä valtiosääntöoikeudellisessa arvioinnissa. Valiokunta on pitänyt selvänä, että perusoikeussuoja ei voi oikeudellisena kysymyksenä menettää aina merkitystään pelkästään siksi, että laissa säädetään jonkin toimenpiteen vaativan kohdehenkilön suostumuksen. Valiokunta on pitänyt tässä suhteessa oleellisena sitä, mitä voidaan pitää oikeudellisesti relevanttina suostumuksena tietyssä tilanteessa. Perusoikeussuojaa ei kuitenkaan voida jättää perusoikeussuoja ja lainsäätäjän ja julkisen vallan perusoikeuksien toteuttamisvelvoite huomioiden millaisessa asiassa tahansa riippumaan asianomaisen suostumuksesta. Valiokunta on edellyttänyt suostumuksenvaraisesti perusoikeussuojaan puuttuvalta lailta muun muassa tarkkuutta ja täsmällisyyttä, säännöksiä suostumuksen antamisen ja sen peruuttamisen tavasta samoin kuin suostumuksen aitouden ja vapaaseen tahtoon perustuvuuden varmistamista. Lisäksi on varmistuttava siitä, että suostumuksen antaja tietää ja ymmärtää suostumuksen merkityksen.[1072] Kirjallisuudessa on arvioitu, että perusoikeuksista luopumisen mahdollisuus voitaisiin liittää lähinnä sellaisiin perusoikeuksiin, jotka suojaavat yksilön henkilökohtaista autonomiaa. Suostumukseen ei silti lähtökohtaisesti voi nojautua lailla säätämisen vaatimuksen kiertämistarkoituksessa.[1073]

Terveydenhuollon toiminnassa suostumuksenvarainen potilaan perus- ja ihmisoikeuksiin puuttuminen on kuitenkin pääsääntö: tavanomaiseen potilaiden tutkimiseen ja hoitamiseen liittyvä potilaan henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja yksityisyyteen puuttuminen on oikeutettu potilaslaissa suostumuskonstruktiolla. Tätä suostumuskonstruktiolla tapahtuvaa tutkimista ja hoitamista sovelletaan pääsääntönä myös sosiaali- ja terveydenhuollon erityislakien nojalla toteutettavassa tahdosta riippumattomassa hoidossa. Tavanomaisessa potilaan tutkimisessa ja hoitamisessa ei kuitenkaan ole kyse merkittävästä julkisen vallan käytöstä, kuten tahdosta riippumattomassa hoidossa ja rajoittamistoimenpiteiden käytössä. Suostumuksen käyttö perus- ja ihmisoikeusrajoituksen oikeuttamisessa ei ulotu tutkimuksen

---

huolimatta perusoikeusjärjestelmä ei voi rakentua sellaiselle ajatukselle, että yksilö voisi vapaasti luopua kokonaisuudessaan tai pysyvästi perusoikeuksistaan. Siksi suostumuksen merkitykselle perusoikeuksien rajoittamisen oikeuttamisperusteena on asetettava huomattavia rajoituksia: suostumus ei voi ulottua perusoikeuksiin kokonaisuudessaan, eikä yksittäisen perusoikeuden ytimeen niin, että perusoikeus menettäisi merkityksensä. Viljanen 2001, s. 108-114.

1072 PeVL 30/2010 vp., s. 7 (valvontarangaistus, suostumuksen varainen tarkastus kotirauhan piirissä). PeVL 27/1998 vp., s. 2 (suostumus geenitestaukseen liittyen). PeVL 24/2010 vp., s. 3 (suostumus koskien elinluovutusta vainajalta). PeVL 10/2012 vp., s. 2-6 (suostumus koskien biopankkia). PeVL 16/2010 vp., s. 4-5 (suostumus oikeuslääketieteelliseen tutkimukseen). PeVL 19/2000 vp., s. 3-4 (suostumus koskien kotirauhan piirissä suoritettavaa tarkastusta).

1073 Suostumuksella voi olla merkitystä arvioitaessa perusoikeusrajoituksen sallittavuutta, jos se täyttää todelliseen vapaaehtoisuuteen liittyvät kriteerit. Suostumus tulee myös voida peruuttaa. Viljanen 2001, s. 109-110.

kannalta keskeisten tahdosta riippumatonta hoitoa ja pääosin rajoitustoimenpiteiden käyttöä koskevien päätösten tekoon.

5.1.4 Perusoikeuskollisioiden ratkaiseminen

Perusoikeusjärjestelmä on kokonaisuus, jossa kaikki oikeudet vaikuttavat toisiinsa. Yksittäistä oikeutta ei ole mahdollista tarkastella kokonaisuuden ulkopuolella erillisenä ja arvioida sillä perusteella sen vaikutuksia.[1074] Perusoikeuksien keskinäinen kollisiotilanne ratkaistaan punninnalla, jossa on pyrkimyksenä optimoida kaikkien kilpailevien perusoikeuksien samanaikainen toteutuminen.[1075] Punnintaa tarvitaan lakia säädettäessä yleisellä tasolla, ja lakia sovellettaessa tapauskohtaisesti.[1076] Eri sukupolven perus- ja ihmisoikeudet ilmentävät oikeuden institutionaalista ja yhteisöllistä arvoperustaa eri tavoin, eikä näiden oikeuksien keskinäinen suhde ole lopullisesti täsmentynyt. Vaikka perusoikeusmyönteisen laintulkinnan idea on kirjattu perustuslain 22 sekä 106-107 §:iin, perustuslaki ei ota kantaa perusoikeuksien keskinäisen kollision ratkaisemiseen.[1077]

Myöskään oikeustieteessä ei vallitse yksimielisyyttä siitä, miten eri perusoikeuksien väliset kollisiot ratkaistaan, tai mikä on perusoikeuksien keskinäinen arvojärjestys. Husa mieltää perusoikeuksien keskinäisen arvostamisen ennemmin oikeudenalakohtaiseksi, kuin kaikille oikeudenaloille yhteiseksi määrittelyksi. Esimerkiksi terveysoikeudessa ja varallisuusoikeudessa eri perusoikeuksien painotukset ovat erilaiset. Oikeudenalat olisivat sisäisesti perusoikeusherkkiä, mutta se, miten ne huomioivat yksittäisen perusoikeuden vaatimuksen, tulisi ymmärtää oikeudenalakohtaisena. Oikeusjärjestys siis mikrosystematisoitaisiin perusoikeuslähtöisesti, mutta oikeudenalojen keskinäiset suhteet jätettäisiin systematisoinnin ulkopuolelle.[1078]

Siltalan mukaan perusoikeuksia toteuttavat oikeusperiaatteet saavat punninnassa etusijan muihin mahdollisiin oikeusperiaatteisiin nähden, ja myös perusoikeuksien välillä vallitsee vähintään heikkoja keskinäisiä etusijasääntöjä. Esimerkiksi hengen ja terveyden suojalla kuuluu olla etusija muihin vapausoikeuksiin, TSS- ja juridisiin oikeuksiin sekä yhteisöllisiin oikeuksiin nähden.[1079] Tämä on sinänsä looginen päätelmä, sillä ilman elämää ei voi nauttia muistakaan oikeuksista, mutta yksittäisen perusoikeuden nostaminen muiden yläpuolelle ei vielä ratkaise kaikkia perusoikeuskollisioita.

Perus- ja ihmisoikeuksien painoarvon kasvu 1900-luvun loppupuolella on johtanut perusoikeuksien suoraan soveltamiseen viranomaistoiminnassa.[1080] Lainsäädän-

1074 Husa – Pohjalainen 2014, s. 140.
1075 Viljanen 2011 a, s. 139. Scheinin 1991, s. 29-39.
1076 Viljanen 2011 a, s. 139. Viljanen 2001, s. 136-149.
1077 Siltala 2004, s. 594-598.
1078 Husa 2004, s. 252, 261.
1079 Siltala 2004, s. 594-598.
1080 Potilaan itsemääräämisoikeuden periaate on esiintynyt useissa eduskunnan oikeusasiamiehen ja

tö ja tulkintakäytäntö ovat kuitenkin ristiriitaisia sen suhteen, mikä perusoikeuksien keskinäinen etusijajärjestys terveysoikeuden alalla on, ja todennäköisesti sitä ei olekaan mahdollista määritellä, vaan etusijajärjestys joudutaan ratkaisemaan tapauskohtaisesti. Vaikka elämä on edellytys kaikkien perusoikeuksien nauttimiselle, elämän suoja ei ole automaattisesti korkeimmaksi priorisoitu perus- ja ihmisoikeus terveysoikeudessa. Elämän suoja, tai hengen ja terveyden suoja, saa etusijan esimerkiksi hätätilanteiden hoitoa koskevassa sääntelyssä. Tällöin lähdetään potilaan oletetusta suostumuksesta hengen ja terveyden pelastamiseksi, ellei ole olemassa potilaan hoitotahtoa, joka rajaisi pätevästi hoitoa. Vastaavasti tilannetta tulkitaan myös itsemurhayrityksen hoitotilanteessa, pitkään lääkintäeettisen traditioon perustuen. Potilaan hoidosta kieltäytymismahdollisuuden, esimerkiksi verensiirrosta kieltäytymisen, syömälakon tai ylipäätään mistä tahansa henkeä ja terveyttä pelastavasta hoidosta kieltäytymisen osalta potilaan itsemääräämisoikeus taas asetetaan hengen ja terveyden suojaa korkeammaksi prioriteetiksi, jos potilas on päätöksentekokykyinen. Myös hoidoista luopumisen tai hoitojen rajaamisen osalta potilaan itsemääräämisoikeus tai epäinhimillisen kohtelun kielto saa elämän suojaa suuremman prioriteetin. Päätöksentekokyvyttömän potilaan kohdalla sijaispäättäjää käytettäessä puolestaan potilaan hengen ja terveyden suoja asetetaan potilaslain säännöksissä sijaispäättäjän potilaan puolesta antaman suostumuksen ja siten itsemääräämisoikeuden edelle. Itsemääräämisoikeuden rajoittamistoimenpiteissä taas on kyse nimenomaan potilaan hengen, terveyden ja turvallisuuden tai muiden henkilöiden hengen, terveyden ja turvallisuuden asettamisesta potilaan itsemääräämisoikeuden edelle. Tosiasiallisessa hallintotoiminnassa, käytännön terveyden- ja sairaanhoidossa, perus- ja ihmisoikeuksien keskinäisen painoarvon tapauskohtainen punnitseminen on erittäin vaativa tehtävä, koska punnintatilanteet voivat tulla eteen hyvin äkillisesti ja vaatia nopeaa ratkaisua. On tärkeää, että terveydenhuollon sääntelyssä perus- ja ihmisoikeuksien kollisioiden punninta ja oikeuksien yhteensovittamiset tehdään lainsäätäjän toimesta, jotta soveltamistilanteeseen terveydenhuollon ammattihenkilöiden tehtäväksi jäävä tapauskohtainen punninta on rajatumpaa.

5.2 Potilaan itsemääräämisoikeus

5.2.1. Päätöksentekokyky

Potilaan asemasta ja oikeuksista säännellään kansallisen lain tasolla potilaslaissa. Laki perustuu edellä kuvatusti potilaan aseman ja oikeuksien osalta vahvasti lääkintäetiikkaan ja tavanomaisoikeudellisiin käytäntöihin, ja on ollut keskeisin osin lähes muuttumattomana voimassa viimeisen 30 vuoden ajan. Perus- ja ihmisoikeuksien painoarvon kasvun myötä potilaslaki tulee nähdä vahvasti velvoittavana perus- ja

lääkintöhallituksen kannanotoissa 1970-luvulla. Näin myös Lahti 1985, s. 451.

ihmisoikeuksiin sidottuna yleislakina.[1081] Seuraavassa analysoidaan potilaan itsemääräämisoikeutta edellytyksineen perinteisen suostumusopin ja voimassa olevan potilaslain näkökulmasta, ja voimassa olevien terveydenhuollon ja osin sosiaalihuollon erityislakien rajoittamissääntelyä. Lisäksi analysoidaan voimassa olevan kansallisen sääntelyn yhteensopivuutta Suomea sitovien ihmisoikeusvelvoitteiden kanssa.

Potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen, suostumuksen tai kieltäytymisen antaminen, edellyttää perinteisen kompetenssipohjaisen suostumusopin näkökulmasta kolmen tekijän samanaikaista olemassaoloa tai toteutumista: riittävää päätöksentekokykyä, riittävää tietopohjaa ja vapaaehtoisuutta.[1082] Päätöksentekokykyä ei potilaslaissa ole määritelty, mutta potilaslain 6.2 §:sta on luettavissa, että yhteisymmärryksessä hoitamisen kannalta potilaalta edellytetään kykyä päättää hoidostaan. Potilaslain 6.2 §:ssä huomioidaan päätöksentekokyvyn puuttumisen syynä mielenterveydenhäiriö, kehitysvammaisuus tai muu vastaava syy. Muu syy voi olla esimerkiksi pitkäaikainen vanhuudenheikkous tai tajuttomuus.[1083] Päätöksentekokykyä kuvataan etiikassa ja oikeuskirjallisuudessa kykynä ymmärtää päätöksentekoon tarvittava tieto, suorittaa punnintaa ristiriitaisten tahdon ja mieltymystensä osalta, tehdä vapaa valinta tai päätös, ja antaa suostumus tai kieltäytyminen.[1084] Lääkintäetiikassa ja oikeuskirjallisuudessa potilaan statukseen tai päätöksenteon lopputulokseen perustuvia malleja ei pidetä lähtökohtana potilaan päätöksentekokyvyn arvioinnissa. Suomessa oikeustoimikelpoisuutta ei ole kytketty päätöksentekokykyyn enää 50 vuoteen. Siten henkilö, joka ei ole kykenevä tekemään oikeustoimia, voi olla kykenevä ja kelpoinen päättämään omasta hoidostaan.[1085] Päätöksentekokykyä ei myöskään voida arvioida sen mukaan, ovatko yksilön tekemät ratkaisut yleisen käsityksen mukaan oikeita tai hyväksyttäviä, sillä yksilöllä on lähtökohtaisesti oikeus toimia omien arvojensa, uskomustensa ja käsitystensä mukaisesti. Erikoiseen ratkaisuun päätyminen ei välttämättä ole merkki päätöksentekokyvyn puutteesta, vaikka hyvin epätavalliset uskomukset ja teot voivatkin olla merkki ajattelukyvyn häiriöistä.[1086] Siten myös henkilö, joka kärsii mielenterveydenhäiriöstä tai dementiasta, voi käyttää itsemääräämisoikeuttaan, mikäli tämän edellytykset täyttyvät.[1087]

Päätöksentekokykyä tai kompetenssia pidetään etiikan näkökulmasta suhteellisena käsitteenä: on mahdotonta vetää tarkkaa rajaa sen suhteen, milloin henkilö

1081 Saarenpää 2006, s. 467-468.

1082 Pahlman 2015, s. 195.

1083 HE 185/1991 vp., s. 16.

1084 Pietarinen 1994, s. 16-25. Launis 1994, s. 51-53. Pahlman 2015, s. 195. Rynning 1994, s. 279. Beauchamp – Childress 2013, s. 116. Lääkärin etikassa päätöksentekokykyä luonnehditaan kyvyksi itsenäiseen harkintaan, päätöksentekoon ja toimintaan. Lääkärin etiikka 2013, s. 27. Päätöksentekokykyä on kuvattu myös kykynä ymmärtää suostumuksen kannalta oleellinen tieto ja kykynä antaa suostumus. Mäki-Petäjä-Leinonen – Karvonen-Kälkäjä 2017, s. 228.

1085 Pahlman 2015, s. 195 ja 199. Samoin mm. Rynning 1994, s. 279-280. Ks. myös luvussa 2 esitetty.

1086 Lääkärin etiikka 2013, s. 28. Vastaavasti Rynning s. 284-285.

1087 Pahlman 2015, s. 195. Vastaavasti Rynning 1994, s. 283-285.

on siinä määrin päätöksentekokykyinen, että voidaan puhua itsemääräävästä henkilöstä.[1088] Päätöksentekokykyä voidaan tarkastella jatkumona täydellisen päätöksentekokykyisyyden ja täyden päätöksentekokyvyttömyyden välillä, jolloin täydellinen päätöksentekokyky on epärealistinen maksiimi, ja olennainen tai merkittäväasteinen päätöksentekokyky olisi suostumuksen antamisen näkökulmasta riittävä.[1089] Päätöksentekokyky on hyvin monitekijäinen kokonaisuus olosuhteiden ja päätöksenteon kohteena olevan asian suhteen. Henkilön kyky ymmärtää asioita ja antaa suostumus voi olla erilainen eri aikoina tai erilaisissa tilanteissa. Esimerkiksi iäkäs henkilö voi hyvin kyetä päätöksentekoon tavanomaisissa olosuhteissa, mutta vieraaseen sairaalaympäristöön joutuminen tai äkillinen sairastuminen voivat tilapäisesti heikentää hänen päätöksentekokykyään. Henkilön valmiudet ymmärtää päätöksenteon kannalta oleellinen tieto, tehdä punnintaa, päättää ja kyetä antamaan suostumus voivat vaihdella myös päätettävänä olevan asian monimutkaisuuden suhteen. Potilas voi esimerkiksi kyetä ymmärtämään ja antamaan suostumuksensa yksikertaiseen toimenpiteeseen, mutta ei monimutkaiseen, suuria riskejä sisältävään toimenpiteeseen.[1090] Kirjallisuudessa on esitetty, että lääkärin neuvon noudattaminen edellyttäisi vähäisempää päätöksentekokykyä kuin lääkärin neuvon vastaisesti toimiminen, suuren riskin toimenpiteeseen suostuminen tai hengen pelastavasta toimenpiteestä kieltäytyminen.[1091] Rajatapauksissa päätöksentekokyvyn toteaminen on tapauskohtaisesti arvioitava, harkinnanvarainen asia.[1092] Lääkäri arvioi ja päättää, onko täysi-ikäinen potilas lailla tarkoitetulla tavalla itsemääräävä.[1093] Mitään virallista menettelytapaa asian toteamiseksi ei ole.[1094]

Maailmalla on kuitenkin kehitetty mittareita päätöksentekokyvyn arviointiin. Esimerkkinä mainittakoon MacArthur competence assessment tool for treatment MacCAT-T, kliinikoiden kehittämä työkalu, jolla arvioidaan henkilön päätöksentekokykyä neljän osatekijän kautta: kykyä vastaanottaa relevanttia tietoa terveydentilastaan ja hoidosta, kykyä ajatella tai järkeillä valintojensa mahdollisia riskejä ja hyötyjä, kykyä arvostaa tilansa luonnetta ja kykyä tehdä valintoja.[1095] Norjassa

1088 Lääkärin etiikka 2013, s. 27. Myös Rynning on katsonut, että päätöksentekokyky voi olla epäselvä, jolloin haasteelliseksi muodostuu arvioida, onko potilas jo ylittänyt päätöksentekokyvyttömyyden rajan. Rynning 1994, s. 281.

1089 Faden ym. 1986, s. 288-290

1090 Vastaavasti Faden ym. 1986, s. 289; ja Rynning 1994, s. 118, 283-285.

1091 Rynning 1994, s. 281, 283-284. Vastaava lähestymistapa myös Beauchamp – Childress 2013, s. 119-120.

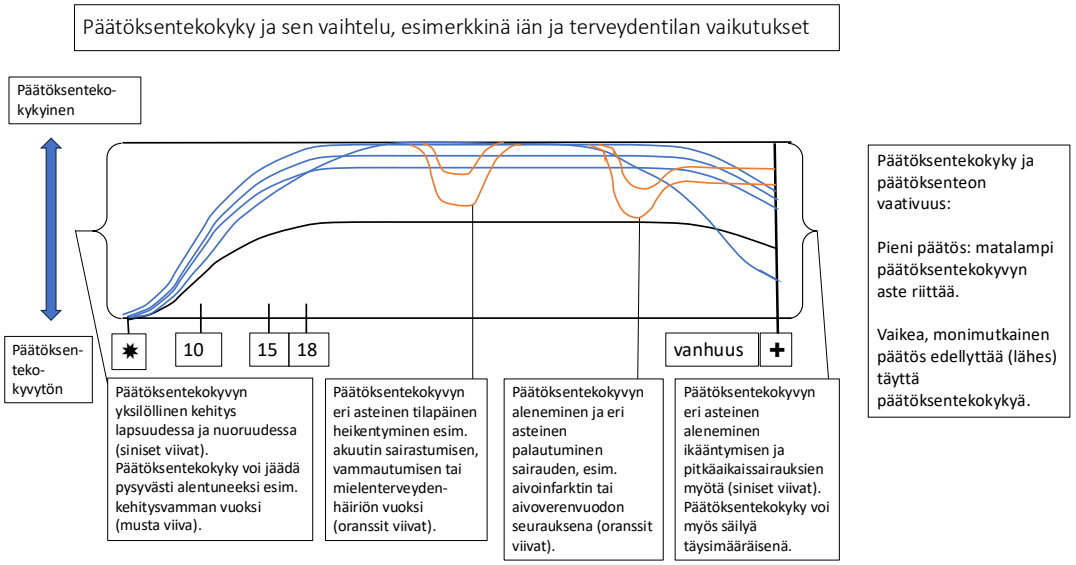
1092 Lääkärin etiikka 2013, s. 27.

1093 Pahlman 2015, s. 199 sekä Pahlman 2007, s. 271. Myös Mäki-Petäjä-Leinonen – Karvonen-Kälkäjä 2017 s. 230-231.

1094 Näin myös Mäki-Petäjä-Leinonen – Karvonen-Kälkäjä 2017, s. 230-231.

1095 Mittarin käyttö oli kuitenkin kliiniseen työhön muokattuna sovelluksenakin aikaa vievää, kestoltaan noin 15-20 minuuttia, ja sen hyödyt ylittivät käyttökustannukset lähinnä harmaalla alueella päätöksentekokyvyn asteikon keskivaiheilla. Selvissä päätöksentekokykyisyys tai -kyvyttömyystilanteissa mittarin käyttöä ei nähty järkevänä. Grisso ym. 1997, s. 1415, 1418-1419.

terveydenhuollon työtekijöiden käyttöön on kehitetty FARV-metodi päätöksentekokyvyn arvioimiseksi. Sen mukaisesti arvioidaan, pystyykö potilas järkevästi ymmärtämään (forstå), tunnistamaan (anerkjenne), harkitsemaan (resonnere), ja tekemään päätöksen (ta et valg). Metodi on kehitetty empiirisen tutkimuksen, oikeuskäytännön ja lääkintäetiikan pohjalta.[1096] Molemmat menetelmät ilmentävät funktionaalista päätöksentekokyvyn arviointia, jota pidetään edellä kuvatusti päätöksentekokyvyn arvioinnin lähtökohtana myös suomalaisessa oikeuskirjallisuudessa terveysoikeudessa.[1097] Muitakin mittareita maailmalla on kehitetty.[1098]



Kuva 1: Päätöksentekokyky ja sen vaihtelu

Yllä oleva kuva havainnollistaa karkeasti päätöksentekokyvyn variaatioita suhteessa ikään ja terveydentilaan. Päätöksentekokyky kehittyy lapsuudessa ja nuoruudessa yksilöllisesti. Aikuisiässä päätöksentekokyky pääsääntöisesti säilyy vakaana, mutta terveydentilan äkilliset muutokset tai vammautumiset ja muut kuormitustekijät voivat vaikuttaa päätöksentekokykyä eri asteisesti heikentävästi. Päätöksentekokyky voi äkillisen sairastumisen tai vammautumisen jälkeen palautua kokonaan tai osittain. Vanhuusiässä myös tavalliset infektiot ja pitkäaikaissairaudet voivat vaikuttaa

1096 Bakken Rontén ym. 2021, s. 110-111. NOU 2019:14, s. 78, 441-442. Päätöksentekokyvystä Sinding Aasen 2000, s. 358-362.
1097 Pahlman 2015, s. 195. Mäki-Petäjä-Leinonen – Karvonen-Kälkäjä 2017, s. 228.
1098 Sturman 2005, s. 954-972.

päätöksentekokykyä heikentävästi. Todellisuudessa variaatioita on lukuisia: päätöksentekokyvyn aleneminen ja palautuminen äkillisen sairastumisen ja vammautumisen yhteydessä on hyvin yksilöllistä, ja päätöksentekokykyyn vaikuttavat myös muut kuin terveydelliset syyt, esimerkiksi päihteiden käyttö ja erilaiset stressitekijät, kuten vieraaseen ympäristöön joutuminen. Lääkärin näkökulmasta selkeä päätöksentekokykyisyys tai -kyvyttömyys on suhteellisen helppo todeta, mutta potilaan päätöksentekokyvyn arvioiminen epäselvissä tilanteissa voi olla hyvinkin haastavaa. Erityisesti niissä tilanteissa, kun lääkäri tapaa esimerkiksi mielenterveyspotilaan tai muistisairaan potilaan ensimmäistä kertaa, potilaan muistisairauden tai mielenterveydenhäiriön vaikutuksia potilaan päätöksentekokykyyn ja siten itsemääräämisoikeuteen voi olla todella vaikea arvioida.[1099]

Esimerkki 1: Lääkärille ennestään tuntemattomalla potilaalla on pitkäaikainen mielenterveyden häiriö ja tuore murtuma. Potilas kieltäytyy murtuman osalta kaikista hoitovaihtoehdoista ja haluaa kotiutua, vaikka hänelle annetaan tarpeelliset tiedot terveydentilasta ja hoidon ja siitä kieltäytymisen merkityksestä. Lopulta hän kovaäänisesti kieltäytyy vastaanottamasta tietoakin, ja haluaa poistua.

Esimerkki 2: Yksin kotonaan asuva ikäihminen kieltäytyy sairaalahoidosta ja haluaa lähteä kotiin. Hänellä on sairaalahoitoa vaativa infektio ja hänellä epäillään käydyn keskustelun perusteella jonkinasteista muistisairautta, mutta diagnostisia tutkimuksia sen suhteen ei ole koskaan tehty. Kun sairaalahoidon tarvetta perustellaan potilaalle, hän ärsyyntyy, korottaa ääntään ja tönii henkilökuntaa.

Esimerkki 3: Ambulanssilla tahallisten lääkeyliannostusten vuoksi päivystykseen tuotu vasta täysi-ikäisyyden saavuttanut nuori kieltäytyy tutkimuksista ja yliannostuksen kumoavasta lääkehoidosta, kun ei itse saa ottaa verikokeitaan. Hänelle voi yliannostuksista aiheutua hoitamattomana pahimmillaan merkittävää elimellistä haittaa. Kun hoidon ja tutkimusten tarvetta ja kiireellisyyttä perustellaan potilaalle, hän ilmoittaa haluavansa poistua päivystyksestä tai lähteä vähintäänkin tupakalle.

Onko esimerkkipotilailla kompetenssi kieltäytyä hoidostaan, vaikka terveydelliset haitat voivat olla merkittäviä vai tuleeko heitä pitää itsemääräämiseen kykenemättöminä ja hoitaa yhteisymmärryksessä potilaslain 6.2 §:n tarkoittaman sijaispäättäjän kanssa tai 6.3 §:n nojalla heidän henkilökohtaisen etunsa mukaisesti? Tämän tyyppiset pohdinnat ovat erityisesti päivystyspoliklinikalla tavallisia, eikä näihin ole mitään varsinaista lääketieteellistä mittaria olemassa, vaan arvio joudutaan tekemään tapauskohtaisesti harkiten. Joskus potilaat myös kieltävät yhteydenoton omaisiinsa tai edunvalvojaansa, eli käytännössä taustatietojen ja sijaispäättäjän hankkimisen, jolloin kohdataan uudelleen sama kysymys päätöksentekokyvystä.[1100] Lääkärillä on

1099 Myös Tuori on katsonut, että tahdosta riippumattoman sääntelyn ja päätöksenteon toistuva ongelma on itsemääräämiskyvyn määritteleminen. Tuori – Kotkas 2016, s. 515.

1100 STM:n oppaassa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä todetaan, että edunvalvojalla on oikeus saada päämiehensä asiakastietoja, jos ne ovat tarpeen päämiehen terveydenhuollon

tällaisissa tilanteissa suuri harkintavalta ja vastuu. Potilaan tahdon noudattaminen ja hoitamatta jättäminen saattaisi tällaisissa tilanteissa johtaa heitteillejättökysymysten arviointiin. Toisaalta potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen tilanteessa voisi johtaa oikeusturvakeinojen käyttöön.

BLTS:n ja Euroopan neuvoston ministerikomitean, ja CRPD:n ja CRPD-komitean suhtautuminen perinteisen suostumusopin näkökulmasta pätevän suostumuksen edellytyksenä pidettyyn päätöksentekokykyyn on edellä kuvatusti ristiriitainen. BLTS 6 art. tunnistaa tilanteet, joissa aikuinen ei lain mukaan voi antaa suostumustaan kehitysvammaisuuden, sairauden tai muun vastaavaan syyn vuoksi. BLTS:n mukaan suostumuskykyisyys tulee määritellä kansallisessa lainsäädännössä, ja huomioida, että päätöksentekokyvyn riistäminen yksilöltä tulisi rajoittaa vain heidän etunsa kannalta välttämättömiin tilanteisiin.[1101] Euroopan neuvoston ministerikomitean suosituksen mukaan suostumuskyvyn lähtökohtana pidetään henkilön tosiasiallista kykyä antaa suostumus tietyllä ajanhetkellä, ei oikeustoimikelpoisuutta.[1102] BLTS ja ministerikomitean suositus pitävät lähtökohtana itsemääräämisoikeuden käyttämistä niin pitkälle kuin päätöksentekokyvyn näkökulmasta on mahdollista. CRPD:n 12 art. ja CRPD-komitean tulkinta kuitenkin hylkäävät vammaisten yhdenvertaisuuden näkökulmasta perinteisen päätöksentekokykyisyyden vaatimuksen pätevän suostumuksen edellytyksenä, ja siten kompetenssilähtöisen suostumusopin. Sopimuksen tarkoittamille vammaisille tulee taata muiden kanssa yhdenvertainen oikeudellinen kelpoisuus kaikissa tilanteissa, mikä CRPD-komitean tulkinnan mukaan tarkoittaa, että päätöksentekokyvyn edellyttäminen pätevän suostumuksen antamiseksi ei ole CRPD:n kanssa yhteensopivaa. Vammaisten päätöksentekoa tulee tukea, jotta he voivat kaikissa tilanteissa tehdä päätöksiä omassa asiassaan. Tuen käyttäminen on kuitenkin vapaaehtoista, ja riippuu vammaisen tosiasiallisesta päätöksentekokyvystä huolimatta hänen suostumuksestaan. Päätöksentekokyvyn arviointikin millä tahansa mittarilla, diagnoosiin, päätöksen lopputulokseen tai toiminnalliseen päätöksentekokykyyn perustuen, on CRPD-komitean tulkinnan mukaan vammaisia syrjivää. Kaikkien vammaisten tulee saada päättää hoidostaan kaikissa tilanteissa, yhdenvertaisesti muiden kanssa.[1103]

---

toteuttamisen kannalta, ja terveydenhuollon asiat on määrätty edunvalvojan tehtäväksi. Edunvalvojan, joka on määrätty hoitamaan täysi-ikäisen henkilön taloudellisia asioita, on ilman erillistä määräystäkin huolehdittava siitä, että päämiehelle järjestetään sellainen hoito, huolenpito ja kuntoutus, jota on pidettävä päämiehen huollon tarpeen ja olojen kannalta asianmukaisena (holhoustoimilaki 42 §). Tämän lakisääteisen tehtävänsä edunvalvoja voi toteuttaa vain, kun hän saa riittävät tiedot tehtävänsä hoitamiseksi. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä 11/2024, s. 83-84. EOA ratkaisussa dnro 2562/4/14 todettiin, että muistisairasta potilasta koskevissa potilasasiakirjoissa ei ollut merkintöjä siitä, miten lääkäri oli arvioinut potilaan kykenevyyttä omasta hoidostaan päättämiseen.

1101 Explanatory report ETS 164, kohta 42. STM 2003:25, s. 9.

1102 ExpRec(99)4, kohta 80.

1103 CRPD/C/GC/1, kohta 15.

Potilaalta ei Suomessa ole edellytetty oikeustoimikelpoisuutta terveydenhuoltoaan koskevissa päätöksentekotilanteissa enää 50 vuoteen. Myöskään holhouslain mukainen edunvalvonta ei lähtökohtaisesti poista potilaan oikeutta päättää henkilöään koskevista asioista. Potilaslaissa kykyä suostumuksen antamiseen tai päätöksentekokykyä ei nimenomaisesti ole määritelty, mutta 6.2 §:stä on tulkittavissa sen tarkoittavan kykyä päättää hoidostaan. Vaikka potilaslaissa kompetenssilähtöisen suostumusopin näkökulmasta edellytetty päätöksentekokyky pätevän suostumuksen edellytyksenä onkin yhteensopiva biolääketiedesopimuksen ja ministerineuvoston suosituksen kanssa, se ei enää olekaan yhteensopiva CRPD:n ja CRPD-komitean tulkinnan kanssa. Potilaslain säännöksen muotoilu päätöksentekokyvyn puuttumisen syiden osalta on myös nimenomaisesti kohdennettu vammaissopimuksen sisältämiin potilasryhmiin, mielenterveyden häiriöihin, kehitysvammaisuuteen ja muihin vastaaviin syihin, mikä ei ole yhteensopivaa CRPD:n syrjimättömyyden ja yhdenvertaisuuden tavoitteen, periaatteen ja oikeuden kanssa.

5.2.2 Riittävät tiedot

Pystyäkseen muodostamaan mielipiteensä ja osallistumaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon potilas tarvitsee riittävän tietopohjan eli potilaslain 5 §:n mukaisen selvityksen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoidostaan. Tällä ei tarkoiteta kaikkea mahdollista tietoa kaikista asioista, vaan tietyssä tilanteessa olevalle potilaalle annettavaa hoidon kannalta merkityksellistä, oikeaa ja rehellistä tietoa.[1104]

Potilaalle annettavan tiedon laajuutta ja sisältöä harkittaessa tulee arvioida potilaan yksilöllinen tiedon tarve.[1105] Potilaan tietopohja sairautensa ja hoitovaihtoehtojen osalta on harvoin verrattavissa lääkärin tietopohjaan. Lisäksi potilaiden kyky ymmärtää diagnooseja, toimenpiteitä, riskejä, hoitovaihtoehtoja ja vastaavia seikkoja on tutkimusten mukaan vaihtelevaa.[1106] Myös riskien ja todennäköisyyksien ymmärtäminen voi olla vaikeaa.[1107] Sairaus itsessään tai sairaudesta tai muusta syystä johtuva stressi, ahdistus ja pelko voivat vaikuttaa potilaan kykyyn vastaanottaa ja

1104 Pahlman 2015, s. 191-192. Potilaslaki (785/1992) 5-6 §:t ja HE 185/1991 vp., s. 15-16. Esimerkiksi EOA ratkaisussa dnro 1960/4/01 on katsottu, että epäily potilaalla olevasta syövästä on nimenomaan sellainen tieto, joka terveydenhuollon ammattihenkilön tulee oma-aloitteisesti antaa potilaalle. Potilaalla on oikeus saada tieto mm. leikkaavasta lääkäristä, EOA dnro 2373/4/02.

1105 Mäki-Petäjä-Leinonen on katsonut, lääkärin ns. terapeuttiseen oikeuteen liittyen, että esim. muistisairaan potilaan kohdalla tilanne voi olla sellainen, että hänen henkiset voimavaransa ovat vähentyneet, mutta hän on vielä kykenevä tietoon perustuvan suostumuksen antamiseen ja itsemääräämisoikeuden toteuttamiseen, jolloin potilasta on ehkä turha rasittaa sellaisilla tiedoilla, jotka ilmeisesti vain hämmentäisivät häntä. Mäki-Petäjä-Leinonen 2003, s. 256-257.

1106 Faden ym. 1986, s. 248. Potilaan ja lääkärin tietopohjan eroista myös Häyry 1990, s. 159. Myös Lindqvist on käsitellyt hoitosuhteen dynamiikkaa, ks. Lindqvist 1982, s. 16.

1107 Samoin Faden ym. 1986, s. 322.

ymmärtää tietoa.[1108] Potilaalla voi myös olla vaikeuksia ymmärtää hoitoonsa liittyviä asioita, jos keskustelussa käytettävä käsitteistö on kokonaan hänen kokemusmaailmansa ulkopuolelta.[1109]

Potilaalle annettava selvitys tuleekin potilaslain 5 §:n ja säännöksen esitöiden mukaan antaa oma-aloitteisesti ja niin, että potilas kykenee sen ymmärtämään. Käytettävä kieli ja informaatio tulee sopeuttaa potilaan kykyyn ymmärtää ja omaksua tietoa.[1110] Tarvittaessa tulee huomioida myös potilaan äidinkieli ja käyttää tulkkipalveluja. Ammattiterminologian käyttö ei ole potilasta informoitaessa hyväksyttävää.[1111] Suomalaisessa potilaslaissa on omaksuttu etiikassa ja maailmalla oikeuskäytännössä kehitetyistä informaatiostandardeista eräänlainen subjektiivisen potilasstandardin ja objektiivisen ammattilaisstandardin välimuoto.[1112] Tietojen antaminen potilaalle yksilöllisesti sovitetusti ja se, että potilas ymmärtää annetut tiedot, ovat keskeisiä vaatimuksia potilaslain 6 §:n yhteisymmärryksessä hoitamisen kannalta. Tältä osin potilaslain sääntelyn voidaan nähdä toteuttavan CRPD:ssa tarkoitettuja kohtuullisia mukautuksia, joita pidetään myös päätöksenteon tukemisen keinona.

Vaikka potilaslain 5 §:n mukaisten tietojen antaminen on oleellinen asia hoidon luottamuksellisuuden näkökulmasta, oikeutta tiedon saamiseen voidaan rajoittaa tilanteissa, joissa tiedon antamisesta olisi vaaraa potilaan hengelle ja terveydelle. Pelkkä epäily selvityksen haitallisuudesta ei kuitenkaan riitä, vaan pitäisi olla ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuu vakavaa vaaraa potilaan hengelle ja terveydelle.[1113] Tätä tiedonsaantioikeuden rajoittamista on, hieman esitöiden lähtökohtaa laventaen, pidetty suomalaisessa lainsäädännössä esiintyvänä sovelluksena lääkärin

1108 Samoin Faden ym. 1986, s. 324.

1109 Samoin Faden ym. 1986, s. 322.

1110 HE 185/1991 vp., s. 15-16.

1111 HE 185/1991 vp., s. 15-16. Eduskunnan oikeusasiamies on myös kommentoinut ratkaisussaan dnro 70/4/14, että potilaan itsemääräämisoikeutta ei voi sivuuttaa kieliongelmilla. Samoin Pahlman 2015, s. 192.

1112 Vastaavasti Pahlman 2003, s. 205. Informaatiostandardeja ovat subjektiivinen ammattilaisstandardi, jossa lääkäri päättää mitä tietoja potilas tarvitsee; objektiivinen ammattilaisstandardi, jossa tietojen antamisen laatu ja laajuus on ammattikunnan käytännön mukaista; objektiivinen potilasstandardi, jossa tietojen antamisen laajuutta arvioidaan sen mukaan, mitä keskimääräinen järkevä potilas kyseisessä tilanteessa tarvitsisi tai haluaisi päätöksentekonsa tueksi; sekä subjektiivinen potilasstandardi, jossa tietojen antamisen lähtökohta on yksittäisen potilaan yksilöllinen tiedontarve kussakin tilanteessa. Informaatiostandardeista Rynning 1994, s. 197-201. Faden ym. 1986, s. 30-34. Sinding Aasen käsitteli vain objektiivisen ammattilaisstandardin, objektiivisen ja subjektiivisen potilasstandardin. Sinding Aasen 2000, s. 387-395. Vastaavanlainen informaatiostandardi on taustalla muidenkin pohjoismaiden potilaslainsäädännössä: Tanskassa, Ruotsissa ja Norjassa. Ruotsissa tiedonannon sisältö on yksityiskohtaisemmin kirjattu potilaslakiin. Norjassa tietojen antaminen on lisäksi tilannesidonnaista: päivystyksellisissä hoitotilanteissa ja hätätilanteissa riittää suppeampi tietojen antaminen. Bakken Rontén ym. 2021, s. 113. Akkas ym. 2021, s. 46-47. Bornudd ym. 2021, s. 138-139. Informaatiostandardien käytettävyyttä on myös kritisoitu juuri niiden yhdistämistarpeesta johtuen. Vaihtoehtona on esitetty yleiseen oikeusteoriaan perustuvaa hahmotusta tiedonsaantioikeudesta. Paaso 2001, s. 173-201.

1113 HE 185/1991 vp., s. 15.

terapeuttisesta etuoikeudesta, jolla tarkoitetaan terveydenhuoltohenkilökunnan oikeutta olla antamatta esimerkiksi muistisairaalle potilaalle tietoa, joka vain ahdistaisi tai hämmentäisi häntä tai saattaisi vahingoittaa häntä.[1114]

Potilaslain esitöiden mukaan potilaalla on oikeus myös kieltäytyä vastaanottamasta tietoa. Mikäli potilas on kelpoinen päättämään hoitoaan koskevista asioista ja hän kieltäytyy vastaanottamasta tietoa, tietoa ei hänelle saa antaa väkisin. Potilas tekee tällöin hoitoa koskevan ratkaisunsa omien olemassa olevien tietojensa ja käsitystensä nojalla.[1115] Myös lääkärin etiikan mukaan päätöksentekokyvyltään kompetentilla henkilöllä on oikeus asiaa perusteellisesti harkittuaan jäädä tietämättömäksi sairaudestaan, jos hänelle on selvää, että tiedonsaannista kieltäytyminen rajoittaa hänen kompetenssiaan päättää hoidosta.[1116] Voidaanko tällöin ylipäätään puhua tietoon perustuvasta suostumuksesta tai kieltäytymisestä?

Riittävästi informoitu suostumus ei ole mahdollinen, ellei potilas ole tietoinen kaikista tilanteeseensa liittyvistä asioista. Mikäli lähdetään siitä, että tietoinen suostumus edellyttää potilaalle annettavan tietoa vain sen verran, mitä potilaan voi perustellusti odottaa tarvitsevan päätöksentekoonsa, potilaan kieltäytyminen tiedon vastaanottamisesta poissulkisi kyseisen kieltäytymisen piirissä olevan tiedon potilaan päätöksentekoonsa tarvitseman tiedon piiristä.[1117] Launis on katsonut, että henkilö ei välttämättä ole epäautonominen, vaikka hän ei tiedä riittävästi omasta tilanteestaan tai siihen liittyvistä riskeistä. Autonomisuuden kannalta oleellista on, johtuuko toiminta tai päätös tietämättömyydestä vai tehdäänkö se tietoisen tietämättömyyden vallitessa.[1118] Pahlman on katsonut tiedon vastaanottamisesta kieltäytymiseen liittyen potilaslain antavan potilaalle perinteistä informed consent -periaatetta suuremman liikkumatilan autonomiansa tosiallisessa käytössä. Harkittu suostumus tai kieltäytyminen on yksilöllinen prosessi, jonka ääripäissä ovat tiedon vastaanottamisesta kieltäytyvä potilas ja toisaalta kaiken mahdollisen tiedon haluava potilas.[1119] Potilaalla on vastaava oikeus kieltäytyä tietojen vastaanottamisesta myös muissa Pohjoismaissa.[1120]

1114 Mäki-Petäjä-Leinonen 2003, s. 256 ja alaviite 281.

1115 HE 185/1991 vp., s. 16.

1116 Lääkärin etiikka 2013, s. 27. Vastaavasti Faden ym. 1986, s. 279. Häyry kuitenkin argumentoi, että potilaan kieltäytyminen tiedon vastaanottamisesta voisi tulla etiikan näkökulmasta ohitetuksi, jos tiedon puutteesta aiheutuisi vaaraa muille, kuten esimerkiksi HIV-tartunnasta kertovan testituloksen kohdalla. Häyry 1990, s. 187.

1117 Häyry 1990, s. 186-187.

1118 Launis 2010, s. 138.

1119 Pahlman 2003, s. 188-189.

1120 Tanskassa potilaan oikeus kieltäytyä tietojen vastaanottamisesta sivuutetaan vain kosmeettisen kirurgian osalta. Akkas ym. 2021, s. 49-50. Ruotsissa tiedon vastaanottamisesta kieltäytymisestä voidaan poiketa lain nojalla esimerkiksi sterilisaation, elinluovutuksen tai tartuntatautien yhteydessä. Bornudd ym. 2021, s. 141. Norjassa potilasta voidaan poikkeustilanteissa informoida kieltäytymisestä huolimatta, jos se on välttämätöntä haitallisten vaikutusten ehkäisemiseksi tai lain nojalla. Huolellisuusvelvoite ja potilaan tietoisen suostumuksen vaatimus voivat myös joissakin tilanteissa muodostua terveydenhuoltoa

5.2.3 Vapaaehtoisuus

Ollakseen pätevää, potilaan mielipiteenmuodostuksen ja päätöksenteon tulee olla vapaaehtoista. Tämä tarkoittaa, että potilaan mielipiteen muodostukseen ei saa vaikuttaa ulkopuolisen tahon toimesta epäasiallisesti: pakottamalla, manipuloimalla, holhoamalla tai joidenkin näkemysten mukaan edes suostuttelemalla.[1121] Holhoamisessa tai paternalismissa on kyse siitä, että terveydenhuollon ammattihenkilö päättää asiantuntemukseensa perustuen, mikä on potilaan edun mukaista. Paternalismissa voidaan erottaa vahva muoto, jossa puututaan päätöksentekokykyisen henkilön tekemiin ratkaisuihin; heikko muoto, jossa puututaan itsemääräämiskyvyltään alentuneen henkilön ratkaisuihin; ja maltillinen muoto, joka ei vaadi erillistä oikeutusta, esimerkiksi terveysvalistus.[1122] Paternalismi voidaan ymmärtää myös laajemmin, yhteiskunnan taholta tapahtuvana puuttumisena yksilön vapauteen.[1123] Paternalistisissa interventioissa tai puuttumisissa, niin oikeutetuissa kuin oikeuttamattomissakin, henkilön oma empiirinen päätös kumotaan toisenlaisella päätöksellä.[1124]

Pakottamisessa on kyse tarkoituksellisesta, uhan sisältävästä vaikuttamisesta, jolla toinen henkilö saadaan tekemään jotain, mitä hän ei halua tehdä, tai pidättäytymään tekemästä jotain, mitä hän haluaa tehdä. Oleellista on, että vaikuttamiseen pyrkivän henkilön tarkoitus on kohdehenkilöä uhaten kontrolloida hänen toimintaansa, ja uhka on niin vakava, että kohdehenkilö joutuu taipumaan vaikuttajan tahtoon. Luonnollisia, ympäristöstä tai olosuhteista johtuvia, esimerkiksi sairauteen liittyviä, uhkia ei pidetä kontrolloivina.[1125] Manipulaatiossa on kyse tarkoituksellisesta vaikutuksen kohteena olevan henkilön päätöksentekoon vaikuttamisesta joko vaihtoehtoihin vaikuttamalla pakottamista lievemmän uhan tai tarjouksen tai edun kautta; muokkaamalla vaikutuksen kohteena olevan henkilön käsitystä tilanteesta valehtelemalla tai salaamalla tietoja; tai vaikuttamalla muulla tavoin henkilön uskomuksiin tai käyttäytymiseen.[1126] Esimerkiksi pakkotoimenpiteillä uhkaamista, jos potilas ei suostu hoitoon vapaaehtoisesti, ei ole kirjallisuudessa pidetty asiallisena, vaikka tosiasiassa olisikin mahdollisuus käyttää pakkotoimia.[1127] Toisaalta pakkotoimien

---

rajoittaviksi, mikäli potilasta ei voida informoida. Bakken Rontén ym. 2021, s. 114-115.

1121 Pahlman 2015, s. 196. Itsemääräämiseen vaikuttamisesta pakottamisen, manipuloinnin tai auktoriteetin keinoin myös Lagerspetz 1994, s. 97-127.

1122 Launis 2010, s. 137. Häyry jakaa vastaavasti paternlismin autonomian loukkauksen tai loukkaamattomuuden perusteella kovaan ja pehmeään paternalismiin. Suojeleva käytös, joka ei loukkaa kohteen autonomiaa eikä siten vaadi erikseen oikeutusta, kuuluu pehmeän paternalismin alaan, ja autonomiaa loukkaavaa taas aina kovan paternalismin alaan. Kova paternalismi edelleen jakautuu vahvaan ja heikkoon paternalismiin, joista vain heikko muoto on oikeutettu. Häyry 1990, s. 78 ja 92.

1123 Häyry 2023, s. 113-130.

1124 Häyry 1990, s. 143.

1125 Faden ym. 1986, s. 339 ja 345. Vastaavasti Beauchamp – Childress 2013, s. 138.

1126 Manipulaation muodoista Faden ym. 1986, s. 355-368. Beauchamp – Childress 2013, s. 139.

1127 Rynning 1994, s. 342. Sinding Aasen on katsonut, että pakkotoimien mahdollisuus voidaan ottaa keskusteluun mukaan viimeisenä keinona potilaan saamiseksi vapaaehtoisesti hoidattamaan itseään, mutta vain jos pakkotoimenpiteiden edellytykset todella täyttyvät. Sinding Aasen 2000, s. 370.

käytön mahdollisuudesta täytyy tiedonantovelvollisuuden perusteella kuitenkin informoida potilasta.

Suostuttelu on päätöksentekoon vaikuttamisen lievin muoto, jossa tarkoituksellisesti järkisyihin vetoamalla pyritään vaikuttamaan henkilöön niin, että hän vapaaehtoisesti hyväksyy suostuttelijan uskomukset, asenteet, arvot, aikomukset ja toiminnan ominaan.[1128] Tämä ei välttämättä ole itsemääräämisen kanssa ristiriidassa, sillä valintoihin tai toimiin ei suostuttelussa kohdistu pakkoa ja ne ovat autonomisia, jos muut autonomisen toiminnan edellytykset, päätöksentekokyky ja tiedonsaanti toteutuvat. Tarkkaa rajaa suostuttelun ja muiden manipulaatiomuotojen välille on kuitenkin mahdotonta vetää.[1129] Kirjallisuudessa on katsottu erityisesti vajaakykyisten, haavoittuvassa asemassa olevien potilaiden, kuten alaikäisten, mielenterveyspotilaiden tai ikäihmisten, olevan vaarassa joutua omaisten tai hoitohenkilökunnan painostuksen tai taivuttelun kohteeksi.[1130] Omaiset tai läheiset voivat pyrkiä vaikuttamaan potilaan suostumukseen hyvää tarkoittaen tai omaa etuaan tavoitellen. Epäasiallisen painostuksen riskin on katsottu olevan suurin tiettyihin toimenpiteisiin, kuten aborttiin, sterilisaatioon ja elinluovutukseen, liittyen.[1131]

Suostuttelua on pidetty sopivana, jos se perustuu järkevään, reiluun ja tasapainoiseen argumentaatioon potilaan tilasta ja hoitovaihtoehdoista.[1132] Kotimaisessa kirjallisuudessa on esitetty, että hoitoon suostuttelu ei vielä täyttäisi pakottamisen tunnusmerkkejä esimerkiksi tilanteessa, kun vanhuudenheikko potilas ei täysin ymmärrä hoidon tärkeyttä ja kieltäytyy itsepintaisesti hoidosta, joka olisi hänen etunsa mukaista.[1133] Suostuttelua voi olla vaikea erottaa potilaan informoimisesta, erityisesti tilanteessa, jossa hoidosta kieltäytyvää potilasta tulee informoida hoidosta kieltäytymisen riskeistä ja vaikutuksista terveydentilaan.

Vapaaehtoisuuden näkökulmasta päätöksentekokykyisellä potilaalla on aina oikeus peruuttaa suostumuksensa hoitoon tai toimenpiteeseen milloin tahansa. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että potilas voisi kesken hoitotoimen, esimerkiksi leikkauksen, pätevästi ja tehokkaasti peruuttaa suostumuksensa. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee kunnioittaa potilaan ratkaisua ja pidättäytyä enemmistä toimista, jos potilas niistä kieltäytyy. Ammattihenkilön kuuluu myös informoida potilasta siitä, mikä merkitys toimenpiteestä kieltäytymisellä on potilaan hengelle ja terveydelle.[1134] Potilaan kieltäytyminen hoidosta tai hoitotoimenpiteestä ei aina

1128 Faden ym. 1986, s. 261, 347.
1129 Faden ym. 1986, s. 261-262.
1130 Mäki-Petäjä-Leinonen – Karvonen-Kälkäjä 2017, s. 230. Pahlman 1999, s. 285.
1131 Rynning 1994, s. 343.
1132 Sinding Aasen 2000, s. 364.
1133 Mäki-Petäjä-Leinonen 2003, s. 258.
1134 Pahlman 2015, s. 196-197. Myös Rynning on katsonut, että potilaan pyyntö keskeyttää paikallis- tai selkäpuudutuksessa tehty leikkaus ei olosuhteet ja potilaaseen kohdistuneet vaikutukset huomioiden

ole terveydenhuollon ammattihenkilön näkökulmasta helppo asia, kun tilanteessa saatetaan joutua toimimaan vastoin hyvän hoidon tavoitteita.[1135] Suostumuksen vapaaehtoisuudesta ei ole säännelty potilaslaissa, mutta siitä on nimenomaisesti säännelty kansallisessa laissa ihmisen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellisestä käytöstä (101/2001) 5 §:ssä (202/2019) alaikäisten ja vajaakykyisten luovuttajien osalta. Vapaaehtoisuus pätevän suostumuksen edellytyksenä turvataan edellä kuvatusti myös biolääketiedesopimuksessa. Tämä on myös CRPD:n 12 art. lähtökohta.

5.2.4 Tietoon perustuva suostumus

Potilaslain (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992) 6 §:n mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Tämä tarkoittaa lain esitöiden mukaan sitä, että potilaan antama suostumus on hoidon luvallisuuden edellytys.[1136] Tehokkaan suostumuksen tai kieltäytymisen antaminen edellyttää perinteisen kompetenssilähtöisen suostumusopin näkökulmasta edellä kuvatusti riittävää päätöksentekokykyä, riittävien tietojen saantia, tietojen ja eri vaihtoehtojen merkityksen ymmärtämistä sekä vapaaehtoisuuden toteutumista päätöksenteossa. Tietoista suostumusta ei tule nähdä hoitoprosessiin kuuluvana yksittäisenä toimena, vaan nimenomaan hoitotilanteessa potilaan autonomiaa ja itsemääräämisoikeutta toteuttavana keskustelevana prosessina.[1137]

---

olisi pätevä. Rynning 1994, s. 347. Leikkauksesta kieltäytymisen on katsottu olevan mahdollista anestesian alkamiseen saakka. Sinding Aasen 2000, s. 377 ja alaviite 215. Myös muissa pohjoismaissa, Tanskassa, Norjassa ja Ruotsissa potilaalla on oikeus peruuttaa suostumuksensa milloin tahansa. Tanskassa terveydenhuoltohenkilöstö ei voi hyväksyä suostumuksen peruutusta elämää ylläpitävän hoidon suhteen, ellei kyse ole kuolevasta potilaasta. Akkas ym. 2021, s. 55-56. Bakken Rontén ym. 2021, s. 120. Bornudd ym. 2021, s. 144-145.

1135 Näin myös EOA ratkaisussaan dnro 2803/4/12.

1136 HE 185/1991 vp., s. 16. EOA on kanteluratkaisussaan dnro 1979/4/10 pohtinut potilaslain säännösten soveltuvuutta hoitopaikan vaihtamista koskevaan päätöksentekoon. Potilaslain sanamuoto ja esityöt (HE 185/1991 vp.) viittaavat varsinaisten lääketieteellisten toimenpiteiden suorittamiseen. EOA päätyi siihen, että hoitopaikan valintakin pitäisi kuulua potilaan itsemääräämisoikeuden alaan. Terveydenhuoltolain (1326/2010) 24.2 § mukaan sairaanhoito on toteutettava potilaan lääketieteellisen tai hammaslääketieteellisen tarpeen ja käytettävissä olevien yhtenäisten hoidon perusteiden mukaisesti. Hoito on toteutettava tarkoituksenmukaisella tavalla ja yhteistyöllä. Hoito toteutetaan avohoidossa silloin, kun se on potilasturvallisuus huomioon ottaen mahdollista. Edelleen terveydenhuoltolain 47 §:n (426/2023) kiireettömän hoidon valinnanvapauden mukaan potilas voi valita hoitopaikkansa perusterveydenhuollon toimipisteiden välillä, ja silloin kun lääkäri arvioi hänen tarvitsevan erikoissairaanhoitoa, potilas voi valita hoitopaikkansa julkisen erikoissairaanhoidon yksiköistä. Potilas ei kuitenkaan voi valita erikoissairaanhoidon yksikköä perusterveydenhuollon tasoisten palveluiden toteuttajaksi. Lisäksi ammattihenkilölain 22 § mukaan lääkäri päättää diagnostiikasta ja hoidosta, ja potilaslain 6 § nojalla potilaalla tai omaisella ei ole oikeutta vaatia lääketieteellisesti perustelematonta hoitoa.

1137 Myös KKO on katsonut potilaan tiedonsaantioikeutta ja itsemääräämisoikeutta koskevan sääntelyn osoittavan hoitosuhteen olevan luottamussuhde, joka nojaa paitsi lääketieteellisesti perustellun ja asiantuntevan hoidon turvaamiseen myös potilaan tahdon ja näkemysten huomioimiseen hoidossa sekä pyrkimykseen saavuttaa yhteisymmärrys hoidollisissa kysymyksissä. KKO:2008:78, kohta13.

Potilaan suostumusta edellyttävät terveyden- ja sairaanhoitotoimet voidaan jaotella ennaltaehkäiseviin toimiin, kuten rokotukset; diagnostisiin toimenpiteisiin, kuten verikoe tai kuvantamistutkimus; seulontatutkimuksiin, joissa tutkitaan laaja joukko ihmisiä; terapeuttisiin ja palliatiivisiin toimenpiteisiin, jotka ovat laaja joukko toimenpiteitä kirurgisista lääkinnällisiin ja kuntouttaviin toimenpiteisiin; sekä tutkimus- ja opetustarkoituksessa suoritettaviin toimiin.[1138] Vaikka ammattihenkilölain (L terveydenhuollon ammattihenkilöistä, 559/1994) 22 §:n mukaan lääkäri päättää potilaan tutkimuksista, taudinmäärityksistä ja hoidosta, potilaan suostumuksen tai kieltäytymisen on kirjallisuudessa ja ratkaisukäytännössä katsottu rajoittavan lääkärin ammatillista autonomiaa.[1139] Potilaalla tai omaisella ei kuitenkaan ole oikeutta vaatia lääketieteellisesti perustelematonta hoitoa. Potilaan kieltäytyessä hoidosta muun valittavissa olevan hoitovaihtoehdon tulee olla paitsi mahdollinen ja potilaan tilan kannalta tarkoituksenmukainen myös hoitavan lääkärin näkökulmasta perusteltu.[1140] Mikäli muuta hoitovaihtoehtoa ei ole, potilas voi valintansa mukaan jäädä jopa hoidotta.[1141] Yhteisymmärryksen vaatimus edellyttää, että keskustelun tuloksena saavutetaan paras mahdollinen potilaan toiveita vastaava, lääketieteellisesti perusteltavissa oleva hoitoratkaisu.[1142]

Hoitoon tai toimenpiteeseen vaadittavan suostumuksen muoto vaihtelee sen mukaan, miten voimakkaasti potilaan koskemattomuuteen puututaan. Vähäisiin hoitotoimiin suostumusta ei tarvitse erikseen pyytää, vaan tällöin asiayhteydestä ilmenevä niin sanottu potilaan hiljainen suostumus riittää.[1143] Hiljaisessa suostumuksessa on kyse siitä, että potilas käyttäytymisellään osoittaa ymmärtävänsä, mistä on kysymys, ja toimii yhteistyössä lääkärin kanssa.[1144] Esimerkiksi jo potilaan hoitoon hakeutu-

---

1138 Rynning 1994, s. 180-183.

1139 Pahlman 2015, s. 195. Samoin on kommentoinut eduskunnan oikeusasiamies mm. ratkaisuissaan dnro 3892/4/15 ja dnro 70/4/14. Lehtonen on katsonut, että itsemääräämiseen kykenevän potilaan itsemääräämisoikeus suojaa häntä jopa itsetuhoon saakka. Lehtonen 2017.

1140 HE 185/91 vp., s. 16. Näin myös EOA ratkaisussaan dnro 2540/4/15, jossa oli kyse siitä, saako vaikeaan vaiheeseen edennyttä ALS-tautia sairastava henkilö vaatia pätevästi hoitohenkilökuntaa antamaan hänelle sakeuttamattomia nesteitä, vaikka tähän liittyy merkittävä aspiraatio- ja siten jopa kuolemanriski. EOA kieltäytyi kuitenkin ottamasta kantaa potilasta hoitavan lääkärin tekemään proaktiiviseen kanteluun. Ammattihenkilölain 15 §:n mukaan ammattieettisiin velvollisuuksiin kuuluu terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen ja parantaminen sekä kärsimysten lievittäminen yleisesti hyväksyttyjä ja kokemusperäisesti perusteltuja menettelytapoja koulutuksen mukaisesti soveltaen.

1141 Pahlman 1999, s. 283. Jo ennen potilaslain säätämistä Lahti arvioi, että hoitosuhteen lopettaminen voi joissakin kieltäytymistilanteissa olla lääkärin tai hoitoyksikön ainoa toimintavaihtoehto. Lahti 1983, s. 11.

1142 Näin myös Ilveskivi 1997, s. 69. Ulkomaisessa oikeuskirjallisuudessa on myös esitetty näkemys, jonka mukaan potilaan ei tarvitse hoidosta päätettäessä tehdä lääketieteellistä päätöstä, joka kuuluu lääkärin tehtäväksi, vaan vain henkilökohtainen päätös niistä riskeistä, joita hän on valmis ottamaan. Rynning 1994, s. 187.

1143 HE 185/1991 vp., s. 16.

1144 Pahlman 2015, s. 197. Hiljainen suostumus ilmentää oletetun suostumuksen rakennetta, mitä tarvitaan terveydenhuollon tehokkuuden varmistamisessa. Lehtonen 2004, s. 1686. Oikeuskirjallisuudessa

mista voidaan pitää hiljaisena suostumuksena vähäisiin hoitotoimenpiteisiin.[1145] Rajanvetoa vähäisten hoitotoimien ja nimenomaista suostumusta edellyttävien hoitotoimien välillä ei esitöiden mukaan ole mahdollista laissa määritellä.[1146] Kirjallisuuden mukaan vähäisille hoitotoimille tunnusomaista on, ettei potilaan henkilökohtaiseen koskemattomuuteen puuttuminen ole merkittävää. Kirjallisuudessa on listattu vähäisiksi hoitotoimiksi mm. haavasidoksen tekeminen, haavan ompelu tai liimaaminen, luomen poisto, roskan poistaminen silmästä ja paiseen puhkaisu.[1147] Hiljaisen suostumuksen käyttö perustuu edellä kuvatusti pitkään lääkintäeettiseen ja tavanomaisoikeudelliseen traditioon. Vastaava periaate sisältyy edellä kuvatusti myös biolääketiedesopimukseen.

Epäselvissä tilanteissa potilaan suostumuksesta tulee aina varmistua, erityisesti jos on olemassa useita hoitovaihtoehtoja tai hoitoon liittyy vaaratekijöitä.[1148] Tämäkin perustuu edellä kuvattuun lääkintäeettiseen ja tavanomaisoikeudelliseen käytäntöön.[1149] Mitä vakavammasta potilaan koskemattomuuteen puuttumisesta on kysymys, sitä tärkeämpää on varmistua potilaan suostumuksesta. Suostumuksen tulee tällöin olla nimenomainen, eli potilaan tiettyä tutkimus- tai hoitotoimenpidettä varten antama, ja joko suullinen tai kirjallinen. Suullinen suostumus on käytännössä tavallisin. Kirjallista suostumusta suositellaan käytettävän lähinnä tilanteissa, joissa voi jälkikäteen tulla näyttövaikeuksia suostumuksen olemassaolosta.[1150] Tietyissä toimenpiteissä kuitenkin edellytetään lakisääteisesti potilaan kirjallista suostumusta. Näitä ovat sterilisaatio, raskauden keskeyttäminen, elinten ja kudosten luovuttaminen, hedelmöityshoito ja sukusolujen luovuttaminen, ja näytteiden tallentaminen biopankkiin.[1151] Lisäksi oikeusasiamies on ratkaisukäytännössään katsonut, että esimerkiksi opetustoimintaan osallistuminen ja lääkkeen off-label käyttö edellyttäisivät potilaan kirjallista suostumusta.[1152] Laajamittainen kirjallisen suostumuksen käyttö kuitenkin lisää byrokratiaa ja siten hukkaa terveydenhuollon resursseja ja kasvattaa kustannuksia.[1153] Potilaan suostumuksesta on joka tapauksessa tärkeä varmistua asian luonteen edellyttämällä tavalla. Ilman potilaan suostumusta tai siihen oikeuttavaa lain säännöstä suoritetut lääketieteelliset toimenpiteet on

käytetään myös termiä konkludenttinen suostumus, ks. esim. Rynning 1994, s. 321-323.

1145 HE 185/1991 vp., s. 16.

1146 HE 185/1991 vp., s. 16.

1147 Pahlman 2015, s. 197.

1148 HE 185/1991 vp., s. 16.

1149 Ks. luku 2.

1150 HE 185/1991 vp., s. 16 ja Pahlman 2015, s. 197-198.

1151 Asetus raskauden keskeyttämisestä (359/1970) 3 §; Sterilisoimisasetus (427/1985) 4 §, Laki hedelmöityshoidoista (1237/2006) 8 §, 16-17 §:t; Laki ihmisen elimien, kudosten ja solujen lääketieteellisestä käytöstä (101/2001) 3 ja 7 §:t; ja Biopankkilaki (688/2012) 11 §.

1152 Lääkkeen off-label käytöstä EOA dnro 3603/2/13, ja opetuspotilaan asemasta esim. EOA dnro 3426/4/11 ja 3534/4/12.

1153 Vastaavasti Rynning 1994, s. 320.

EIT:n ratkaisukäytännössä katsottu rahalliseen korvaukseen oikeuttaviksi Euroopan ihmisoikeussopimuksen 8 artiklan loukkauksiksi.[1154]

Potilaslakiin ei ole kirjattu potilaalle mahdollisuutta luopua itsemääräämisoikeutensa käyttämisestä, mutta lääkärin etiikan mukaan potilas voisi myös luopua itsemääräämisoikeudestaan siten, että hän jättäisi hoitoaan koskevat ratkaisut lääkärin tehtäväksi.[1155] Yhdysvalloissa potilaan luopuminen (waiver) itsemääräämisoikeutensa käyttämisestä on oikeustapauslainsäädännön mukaan yksi itsemääräämisoikeudesta poikkeamiseen oikeuttavista perusteista. Potilas luopuu oikeudestaan tietoisen suostumuksen antamiseen, ja siten vapauttaa lääkärin velvollisuudesta tietoisen suostumuksen hankkimiseen. Potilas voi delegoida päätösvallan lääkärille tai esittää pyynnön olla vastaanottamatta tietoa, jolloin lääkäri vapautuu tiedonantovelvollisuudestaan. Potilas voi siis tehdä tietoisen päätöksen olla tekemättä toista tietoista päätöstä.[1156] Suomalaisessa lainsäädännössä on toistaiseksi mahdollistettu edellä kuvatusti vain tiedon vastaanottamisesta kieltäytyminen.

5.3 Päätöksentekokyvyttömän potilaan itsemääräämisoikeus ja suojeleminen

5.3.1 Sijaispäättäjä

Syystä tai toisesta päätöksentekokyvyttömien potilaiden hoitoa koskevan pätevän suostumuksen saamiseen potilaalta itseltään ei perinteisen kompetenssipohjaisen suostumusopin mukaan ole edellytyksiä. Tällaisia tilanteita ajatellen suostumuskysymys on täytynyt ratkaista muilla tavoin. Lainsäädännössä käytettyjä ratkaisuja ovat sijaispäättäjän käyttäminen, potilaan hoitotahdon mukainen hoitaminen, kiireellisiä tilanteita koskeva avun antamisvelvoite ja potilaan tahdosta riippumaton hoito.

Potilaslain 6.2 §:n mukaan ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä on potilaan tahdon selvittämiseksi kuultava sijaispäättäjää ja 6.3 §:n mukaan saatava häneltä suostumus, jos täysi-ikäinen potilas on kykenemätön antamaan suostumustaan mie-

1154 EIT 22.7.2003 Y. F. v. Turkki, jossa oli kyse gynekologisen tutkimuksen suorittamisesta vastoin potilaan tahtoa, ja 3.7.2012 X v. Suomi, jossa oli kyse tahdosta riippumattomassa psykiatrisessa hoidossa olleen potilaan pakkolääkinnästä. Molemmissa tapauksissa EIT katsoi EIS 8 art. loukatun.

1155 Lääkärin etiikka 2013, s. 27. Vastaavasti amerikkalaisesta käytännöstä Faden ym. 1986, s. 279 ja Katz 1998, s. 471. Ruotsissa taas Rynning on suhtautunut kielteisesti tällaiseen blanco-suostumukseen, sillä se ei täytä tietoisen suostumuksen kriteereitä riittävien tietojen osalta. Rynning 1994, s. 330.

1156 Faden ym. 1986, s. 38-39. Amerikkalaisessa kirjallisuudessa ja oikeuskäytännössä on nostettu esiin luopumisen empiirisiä ja moraalisia ongelmia: voidaanko esimerkiksi tiedonsaantioikeudesta luopumisen hyväksikäyttö ehkäistä huomioiden rajanvetovaikeudet vapaaehtoisen ja painostuksen alla tehtävän luopumisen välillä; voiko tiedon vastaanottamisesta kieltäytyminen ylipäätään olla tietoinen ja vapaaehtoinen päätös, ja kuinka paljon tietoa tiedonsaantioikeudesta luopumisen vaikutuksista potilaalle tulisi antaa. Faden ym. 1986, s. 38-39.

lenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi. Lain esitöiden mukaan muu syy siihen, että potilas ei kykene antamaan suostumustaan voi olla esimerkiksi pitkäaikainen tajuttomuus tai vanhuudenheikkous. Oleellista on, että potilas on joko pysyvästi tai pidemmän aikaa tosiasiallisesti kykenemätön käyttämään itsemääräämisoikeuttaan.[1157] Kyvyttömyyden toteaa käytännössä lääkäri tai muu terveydenhuollon ammattihenkilö tapauskohtaisen arvioinnin perusteella.[1158]

Sijaispäättäjänä voi potilaslain 6.2 §:n mukaan toimia potilaan laillinen edustaja, lähiomainen tai muu läheinen. Laillinen edustaja voi olla potilaan holhooja, uskottu mies tai potilaan valtuuttama henkilö.[1159] Holhoustoimilaissa (442/1999) tarkoitettu edunvalvoja edustaa päämiestään pääasiassa taloudellisissa asioissa, ellei tuomioistuin ole määrännyt häntä edustamaan päämiestä myös sellaisissa henkilöön liittyvissä asioissa, joita päämies ei kykene ymmärtämään (29 §). Edunvalvojan kuuluu kuitenkin huolehtia, että päämies saa sellaisen hoidon, huolenpidon ja kuntoutuksen, jota on päämiehen huollon tarpeen, olojen ja toivomusten näkökulmasta pidettävä asiallisena (42 §). Lähiomaisilla tarkoitetaan potilaan aviopuolisoa, lapsia, vanhempia tai sisaruksia. Muu läheinen voi olla potilaan avopuoliso tai muu potilaan kanssa pysyvästi asuva henkilö.[1160] Kirjallisuudessa on katsottu, että omaiset eivät ole etusijalla kuultavien joukossa, vaan kuultavan asemaan tulee asettaa henkilö, joka parhaiten tuntee potilaan tahdon.[1161] Sijaispäättäjällä on potilaan tiedonsaantioikeutta vastaava oikeus saada kuulemista ja suostumuksen antamista varten riittävät tiedot. Aiemmin sijaispäättäjän tiedonsaantioikeudesta säädettiin potilaslain 5 §:ssä, mutta 1.1.2024 alkaen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietolain (703/2023) 49 §:ssä.

Sijaispäättäjää käytettäessä tulee huomioida potilaan henkilökohtaiset näkemykset ja seikat, jotka potilas asettaisi ensisijaiseksi, eli sijaispäättäjältä pyritään kuulemisessa selvittämään, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa.[1162] Sijaispäättäjälle ei siis ole annettu rajatonta valtaa päättää potilaan hoidosta, vaan laissa edellytetään potilasta hoidettavan nimenomaan potilaan tahdon mukaisesti tai, jos tahtoa ei ole ilmaistu, potilaan henkilökohtaisen edun mukaisesti. Sijaispäättäjä ei

1157 HE 185/1991 vp., s. 17.

1158 Mäki-Petäjä-Leinonen 2003, s. 261. Vastaava menettely on käytössä muissa pohjoismaissa. Tanskassa, Ruotsissa ja Norjassa arvioinnin päätöksentekokyvystä tekee terveydenhuollon ammattihenkilö. Sijaispäättäjänä voi Tanskassa olla holhooja tai lähiomainen, ja jos heitä ei ole, terveydenhuollon ammattihenkilö voi päättää. Norjassa ja Ruotsissa lähiomaisia on kuultava potilaan tahdon selvittämiseksi, mutta he eivät voi osallistua päätöksentekoon. Akkas ym. 2021, s. 58-59; Bornudd ym. 2021, s. 142-143 ja 150-151. ja Bakken Rontén ym. 2021, s. 125-126. Ks. potilaan itsemääräämisoikeussääntelystä ja rajoittamistoimenpiteistä somaattisessa hoidossa Skandinavian maissa luku 9.

1159 Mäki-Petäjä-Leinonen 2003, s. 261.

1160 Mäki-Petäjä-Leinonen 2003, s. 261.

1161 Pahlman 2015, s. 200.

1162 HE 185/1991 vp., s. 17.

voi ohittaa esimerkiksi potilaan aiemmin tekemää hoitotahtoa.[1163] Mikäli sijaispäättäjä kieltää hoidon antamisen tai hoitotoimenpiteen suorittamisen, potilasta tulee mahdollisuuksien mukaan hoitaa yhteisymmärryksessä sijaispäättäjän kanssa muulla lääketieteellisesti perustellulla tavalla. Sijaispäättäjällä ei kuitenkaan ole oikeutta vaatia lääketieteellisesti perustelematonta hoitoa.[1164] Hän ei myöskään voi kieltää potilaan hengen tai terveyden pelastamiseksi annettavaa hoitoa.[1165] Sijaispäättäjää käytettäessä itsemääräämisoikeuden käyttämiseksi ja tietoisen suostumuksen saamiseksi tarkoitettu keskusteleva vuoropuhelu käydään potilaan sijaan lainsäädännössä tarkoitetun laillisen edustajan, lähiomaisen tai läheisen kanssa. Ammattihenkilö tuo keskusteluun ammatillisen asiantuntemuksensa ja sijaispäättäjä tiedon siitä, kuinka potilas haluaisi itseään hoidettavan, jos kykenisi tahtonsa ilmaisemaan, sekä tähän keskusteluun ja potilaan tahtoon pohjautuvan suostumuksensa (6.3 §) potilaan hoitoon.

Pulmaksi sijaispäättäjän kuulemisessa saattavat muodostua eri sijaispäättäjien eriävät näkemykset siitä, kuka parhaiten tuntee potilaan tahdon, tai erimielisyydet siitä, miten potilas tahtoisi itseään hoidettavan, jos kykenisi ilmaisemaan mielipiteensä. Kaikille omaisille ei myöskään ole selvää se, että hoitoratkaisuissa tulee noudattaa nimenomaan potilaan eikä omaisen tahdon mukaista hoitolinjaa, vaikka tästä onkin lain tasolla säännelty.[1166] Mikäli sijaispäättäjien näkemykset poikkeavat toisistaan, potilasta hoidetaan potilaslain 6.3 §:n mukaan hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisesti. Tällöin potilaan edun arvioi hänen hoitava lääkärinsä.[1167] Potilaan edun mukaisesti hoitaminen perustuu oletettuun suostumukseen, ja yleiseen elämänkokemukseen siitä, miten hengen ja terveyden vaarassa olevat ihmiset hoitotoimenpiteeseen suhtautuvat.[1168]

1163 Näin myös Pahlman 2015, s. 200. Hoitotahto on suullinen tai kirjallinen tahdonilmaisu, jolla sen laatija ilmoittaa tahtonsa sellaisen hoitotilanteen varalle, jossa ei itse pysty ilmaisemaan tahtoaan esimerkiksi tajuttomuuden tai muun syyn vuoksi. Kokkonen ym. 2004, s. 77. Vastaavasti Pahlman, jonka mukaan hoitotahdon laatimisen edellytykset ovat samat kuin itsemääräämisoikeuden yleiset edellytykset. Erona on se, että hoitotahto tehdään kelpoisena, mutta sitä sovelletaan tilanteessa, kun potilas ei ole kelpoinen tekemään hoitoaan koskevia päätöksiä. Pahlman 1999, s. 285-286.

1164 He 185/1991 vp., s. 16. ”—potilasta olisi säännöksen mukaan hoidettava kieltäytymisestä huolimatta muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Muu hoito tulisi kysymykseen, jos se olisi yleensä mahdollista ja potilaan tilaan nähden tarkoituksenmukaista sekä jos potilaan hoidosta vastaava lääkäri katsoo sen olevan perusteltua.”

1165 Potilaslain 9.4 § (489/1999).

1166 Myös Valviran verkkosivuilla potilaan itsemääräämisoikeutta koskevassa julkaisussa on huomioitu, että toimintakyvyltään rajoittuneen potilaan vakaan hoitotahdon selvittäminen voi olla ongelmallista mm. silloin, kun omaiset haluavat päättää hoidosta omien tavoitteidensa ja/tai pelkojensa mukaisesti (www.valvira.fi, Potilaan itsemääräämisoikeus). Pahlman on katsonut, että myös kompetenttien potilaiden kohdalla annetaan vallitsevassa hoitokulttuurissa puolisolle ja täysi-ikäisille lapsille sellaista valtaa, jota heillä ei lain mukaan ole. Pahlman 2007, s. 271.

1167 Näin myös Mäki-Petäjä-Leinonen – Karvonen-Kälkäjä 2017, s. 233.

1168 Lehtonen 2004, s. 1686-1687. Vastaava periaate sisältyy myös BLTS 8 artiklaan.

Potilaslain 6.2 ja 6.3 §:issä käytännössä rajoitetaan potilaan itsemääräämisoikeutta antamalla tietyissä tilanteissa valta tärkeisiin hoitopäätöksiin osallistumiseen ja suostumuksen antamiseen sijaispäättäjälle. Tätä kuitenkin kompensoidaan suomalaisessa sääntelyssä sillä, että hoitopäätökset tulee ensisijaisesti tehdä potilaan tahtoa noudattaen. Käytännössä potilaan tahdosta varmistuminen voi kuitenkin olla mahdotonta, mikäli hoitotahtoa ei ole. Sijaispäättäjä voi tosiasiassa tehdä ratkaisuja joko potilaan tai oman tahtonsa mukaisesti, ja vaikuttimet ratkaisujen taustalla voivat olla moninaisia. Tilanteissa, kun sijaispäättäjää ei tavoiteta tai sijaispäättäjät ovat erimielisiä, ja potilasta hoidetaan hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisesti, terveydenhuollon ammattihenkilö – yleensä lääkäri – päättää mikä on potilaan henkilökohtaisen edun mukaista. Onko terveydenhuollon ammattihenkilön arvio potilaan henkilökohtaisesta edusta kuitenkaan sama kuin potilaan, jos potilas kykenisi sen ilmaisemaan? Välttämättä ei, kun potilaan edun mukainen hoitaminen perustuu yleiseen elämänkokemukseen – ei yksilölliseen arvostukseen – siitä, miten hengen ja terveyden vaarassa olevat hoitoonsa suhtautuvat. Terveydenhuollon toiminnan tehokkuuden näkökulmasta on kuitenkin erittäin tärkeää, että laissa on jatkossakin määritelty selkeä toimintaa ohjaava periaate potilaan tahdon näkökulmasta epäselviksi jääviin tilanteisiin.

Sijaispäättäjäkysymykseen liittyy epäselvyyttä myös päätöksentekokyvyn tilannesidonnaisuuden näkökulmasta. Hallituksen esityksen (185/1991 vp.) mukaan oleellista potilaan kyvyttömyydessä päättää hoitoaan koskevista asioista on kyvyttömyyden pysyvyys tai pitkäaikaisuus.[1169] Tämä tulkinta jättää sääntelyaukon tilanteisiin, joissa potilas on toistaiseksi ollut itsemääräävä, toisin sanoen asunut itsenäisesti ja hoitanut omat asiansa, mutta eräänä päivänä esimerkiksi päivystyksellisessä hoitotilanteessa herää epäily siitä, kykeneekö potilas tehokkaasti antamaan suostumuksen tai kieltäytymään hoidosta.[1170] Tällöin lääkärin pitäisi kuitenkin mahdollisesti ensimmäistä kertaa potilaan tavatessaan ratkaista, onko potilas kykenevä itsemääräämisoikeuttaan käyttämään vai ei. Jos tässä tilanteessa epäilyttää, että potilas ei pysty käyttämään itsemääräämisoikeuttaan, voiko silloin potilaslain 6.2-6.3 §:ien ja esitöiden perusteella ylipäätään turvautua sijaispäättäjään potilaan tahdon selvittämiseksi, kun kyvyttömyyttä itsemääräämiseen ei vielä voi pitää pitkäaikaisena tai pysyvänä, mitä esitöissä[1171] edellytetään? Esimerkiksi pelkkä hoidettavissa oleva infektio voi heikentää iäkkään potilaan vointia ja aiheuttaa sekavuutta, mutta infektion hoidolla tilanne korjaantuu. Tilanteen haasteellisuutta lisää, jos potilas vielä kieltää yhteydenoton omaisiinsa aiemman toimintakyvyn selvittämiseksi. Jos tässä tilanteessa päätöksentekokyvyltään alentuneeksi tai mahdollisesti kyvyttömäksi epäillyn potilaan ja tavoitetun omaisen näkemykset hoidosta ovat

1169 HE 185/1991 vp., s.16.
1170 Ks. myös esimerkkipotilaat kohdasta päätöksentekokyky.
1171 HE 185/1991 vp., s. 16.

ristiriidassa keskenään, kumman henkilön mielipide on ratkaiseva, vai hoidetaanko potilasta hänen etunsa mukaisesti? Lääkärin näkökulmasta potilasta tulee voida pitää päätöksentekoon kyvyttömänä myös akuuteissa tilanteissa, ja käytännössä näin toimitaankin. Toisaalta itsemääräämisoikeuden optimaalisen toteuttamisen näkökulmasta äkillisesti muuttuneissa tilanteissa, kun päätöksentekokyvyttömyyttä pidetään lähtökohtaisesti tilapäisenä, tulisi kiireettömät tärkeät hoitopäätökset jättää mahdollisuuksien mukaan odottamaan potilaan päätöksentekokyvyn palautumista. Kiireellisistä hoitotilanteista on oma säännöksensä, jota käsitellään myöhemmin.

Potilaslain sijaispäätöksentekomenettely on yhteensopiva BLTS 6 art. ja ministerikomitean suosituksen Rec(99)4 periaatteen 22 kanssa. BLTS nimenomaisesti edellyttää sijaispäättäjän käyttöä, jos aikuinen ei lain mukaan voi antaa suostumustaan toimenpiteeseen kehitysvammaisuuden, sairauden tai muun vastaavan syyn vuoksi.[1172] BLTS:n voimaan tulon myötä potilaslain suostumuskysymys päätöksentekokyvyttömien potilaiden kohdalla täsmennettiin, ja vaatimus sijaispäättäjän suostumuksesta tärkeisiin hoitopäätöksiin kirjattiin potilaslakiin.[1173] Suomessa ja Tanskassa on päädytty ensisijaisesti laillisen edustajan, lähiomaisen tai muun läheisen toimimiseen sijaispäättäjänä ja hänen toimestaan tapahtuvaan suostumuksen antamiseen, ja toissijaisesti terveydenhuollon ammattihenkilön päätöksentekoon potilaan edun mukaisesta hoidosta. Norjassa taas annettiin suoraan ammattihenkilöille oikeus hoitaa potilasta hänen etunsa mukaisesti.[1174] Sijaispäättäjän henkilöä koskeva sääntely on yhteensopiva BLTS:n ja ministerikomitean suosituksen Rec(99)4 kanssa.[1175] Myös potilaan aiemmin ilmaiseman hoitotahdon huomioiminen on yhteensopivaa BLTS:n kanssa (9 art.). Tämä kattaa paitsi hätätilanteet, myös tilanteet, joissa henkilö on ilmaissut tahtonsa siltä varalta, ettei hän myöhemmin esimerkiksi etenevän sairauden vuoksi olisi kykenevä antamaan pätevää suostumusta hoitoaan koskien.[1176] Sekä BLTS että ministerikomitean suositus nojaavat viime kädessä potilaan edun periaatteeseen, kuten potilaslakikin.[1177] Lisäksi suostumuksen

1172 Muu vastaava syy viittaa esimerkiksi onnettomuuksiin tai koomaan, jolloin potilas on kykenemätön muodostamaan mielipidettään tai kommunikoimaan näkemyksiään. Explanatory report ETS 164, kohta 43.

1173 HE 229/1998 vp., s. 22.

1174 Ks. myös luku pohjoismaisesta sääntelystä.

1175 Explanatory report ETS 164, kohta 43. Euroopan neuvoston ministerikomitean suositus Rec(99)4, periaate 22.

1176 Esimerkkinä sairaudesta mainitaan vanhuuden dementia. Explanatory report ETS 164, kohta 60-61. Jos hoitotahdon ilmaisusta on ehtinyt kulua pitkä aika, tulee huomioida, että potilaan tahto on voinut muuttua esimerkiksi lääketieteen kehityksen myötä. Explanatory report ETS 164, kohta 62.

1177 Euroopan neuvoston ministerikomitean suositus Rec(99)4, periaate 22. Tämä noudattelee Biolääketiedesopimuksen 6 artiklaa. Lisäksi on huomioitava periaatteet 8-10, joiden mukaan suostumuskyvyttömänkin henkilön toiveet tulisi kuitenkin varmistaa, huomioida ne ja kunnioittaa niitä. ExpRec(99)4, kohta 75.

tai kieltäytymisen antamiseen oikeutettujen tahojen mahdolliset ristiriitatilanteet on potilaslaissa huomioitu BLTS:n edellyttämällä tavalla.[1178]

CRPD:n 12 art. ja CRPD-komitean tulkinta korostavat vammaisten itsemääräämisoikeutta heidän päätöksentekokyvystään riippumatta ja hylkäävät kokonaan sijaispäättäjän käytön ainakin perinteisesti ymmärrettynä kolmannen henkilön toimesta tapahtuvana suostumuksen antamisena, ja potilaan edun mukaiset hoitoratkaisut vammaisia syrjivänä käytäntönä. CRPD-komitean tulkinnan mukaan sijaispäättäjämenettely pitää korvata päätöksenteon tukemisella, jotta vammaiset saavat tarvitsemansa tuen voidakseen kaikissa tilanteissa päättää omasta asiastaan, esimerkiksi hoidostaan. Tukihenkilön käyttämisestä potilaslaissa ei ole sääntelyä, vaikka muuta päätöksenteon tukea sääntelyyn sisältyykin. Tukihenkilön käyttäminen vastaanotolla on kuitenkin kaiken aikaa lääkintäkäytännössä sallittu potilaan suostumuksen perusteella. Muita päätöksenteon tueksi laskettavia ratkaisuja potilaslaissa ovat mm. hoitotahto, mukautukset tietojen antamisessa ja tulkitseminen. CRPD-komitean sijaispäätöksentekoa koskevasta määritelmästä johtuen on kuitenkin edellä kuvatusti epäselvää, poissulkeeko tulkinta tosiasiallisestikin kaiken, myös potilaan tahdon ja mieltymysten mukaisen, sijaispäätöksenteon. Sijaispäättäjämenettelyn jatkaminen tuetun päätöksenteon rinnalla ei kuitenkaan ole CRPD-komitean mukaan sopimuksen kanssa yhteensopivaa. Tältä osin on mahdollista, että nykyinen potilaslain sijaispäätöksentekomalli ei ole yhteensopiva CRPD:n kanssa. CRPD-komitea ei kuitenkaan ole ottanut kantaa siihen, kuka full support -tilanteissa antaa suostumuksen hoitoon. Se, että CRPD:n sijaispäättäjää koskeva määritelmä poikkeaa perinteisestä sijaispäättäjän määritelmästä, voi helpottaa ihmisoikeussääntelyn yhteensovittamista tältä osin. Potilaslaissa on kuitenkin yhdistetty kyvyttömyys suostumuksen antamiseen nimenomaan CRPD:n tarkoittamiin vammaisryhmiin, mikä ei ole CRPD:n syrjintäkiellon kanssa yhteensopivaa.

CRPD-komitean tulkinta myös hylkää potilaan edun näkökulman päätöksenteon perustana, ja katsoo, että päätöksenteon tulee aina perustua vammaisen henkilön tahtoon ja mieltymyksiin. Tältä osin potilaslakiin kirjattu päätöksenteon perustaminen ensisijaisesti potilaan tahtoon on CRPD:nkin kanssa yhteensopivaa. CRPD-komitea pitää hoitotahtoa yhtenä päätöksenteon tukimuodoista, ja aiemman hoitotahdon huomioiminen potilaslaissa on siten CRPD:n mukaista, mutta komitean tulkinnan mukaan hoitotahdon voimassaoloakaan ei saa perustaa vammaisen päätöksentekokykyyn, vaan vammaisen henkilön tulee voida itse määritellä hoitotahtonsa voimassaoloaika. Full support -tilanteissa päätöksenteko tulee CRPD-komitean mukaan perustaa parhaaseen tulkintaan potilaan tahdosta ja mieltymyksistä, ei potilaan etuun. Potilaslain viime kädessä potilaan etuun perustuva päätöksenteko ei siis ole yhteensopiva CRPD:n kanssa. Potilaan etu voi kuitenkin olla terveydenhuollon ammattilaisen näkökulmasta lääketieteellisin perustein

1178 ExpRec(99)4, kohta 79. Explanatory report ETS 164, kohta 48.

selkeämmin ja tehokkaammin arvioitavissa kuin paras tulkinta potilaan tahdosta ja mieltymyksistä, vaikka jälkimmäisen tarkoitus onkin paremmin huomioida potilaan oma tahto. Potilaslaissa on huomioitu sijaispäätöksentekoon liittyvät ristiriitatilanteet, ja rajattu sijaispäättäjän päätöksenteko-oikeutta potilaan suojelemiseksi, mikä sinänsä on CRPD:n 12 art. ja CRPD-komitean edellyttämien oikeusturvatakeiden kanssa yhteensopivaa siltä osin, kun päätöksenteossa ei ole kyse potilaan tahdon korvaamisesta.

Jotain täsmennettävääkin potilaslain päätöksentekokyvyttömän potilaan suostumuskysymyksen ja suojelemisen osalta jää myös BLTS:n ja ministerineuvoston suosituksen valossa. BLTS:n mukaan suostumukseen kykenemättömän henkilön tulee mahdollisuuksien mukaan osallistua (hoitoa tai toimenpidettä koskevan) luvan antamiseen: potilaalle tulee selvittää toimenpiteen merkitys ja olosuhteet ja tiedustella hänen mielipidettään.[1179] Sinänsä potilaslain 5 § ei poissulje potilaan tiedonsaantioikeutta niissäkään tilanteissa, kun potilas ei ole kykenevä päättämään hoidostaan. Säännöksessä myös velvoitetaan antamaan tiedot siten, että potilas ymmärtää niiden sisällön, sekä huolehtimaan tarvittaessa tulkitsemisesta, jos potilas ei aisti- tai puhevian vuoksi voi tulla ymmärretyksi. Potilaslain 5 tai 6 §:ssa ei kuitenkaan nimenomaisesti edellytetä täysi-ikäisen päätöksentekokyvyttömän potilaan kuulemista mahdollisuuksien mukaan tilanteessa, kun hoitoon täytyy saada sijaispäättäjän suostumus. Toki kuuleminen sisältyy hyvän hallinnon periaatteisiin. CRPD:n 12 art. ja CRPD-komitean tulkinta taas lähtevät siitä, että vammaisen henkilön tulee saada päättää kaikissa tilanteissa, eikä päätöksentekokyvyllä siten ole mitään tekemistä päätösten tekemisen kanssa. Tästä näkökulmasta päätöksentekokyvyttömän henkilön kuulemista koskevaan säännökseen ei CRPD:n näkökulmasta olisi erillistä tarvetta, koska keskustelu joka tapauksessa edellytetään käytävän vammaisen itsensä kanssa, tarvittaessa tukihenkilön tukemana.

Ministerikomitean suosituksen Rec(99)4 mukaan kansallisessa lainsäädännössä tulisi huomioida tilanteet, jolloin päätöksentekokyvyttömällä henkilöllä ei ole edustajaa, ja mahdollistaa laissa nimetyille viranomaisille, henkilöille tai toimielimille erilaisten interventioiden valtuuttaminen.[1180] Interventioilla tarkoitetaan hoidosta vastaavan lääkärin arvion mukaan potilaan edun mukaisia toimia. Perusteluissa myös todetaan, että lääketieteen ammattilaisten itsensä valtuuttamille pienille toimenpiteille on vahvoja perusteita. Esimerkkinä kuvataan lievästi kajoavat toimenpiteet, kuten syylän jäädyttäminen tai pienen haavan ompelu, joita epäilemättä tehdäänkin. Lainsäädännössä tulisi kuitenkin antaa valtuutus näihinkin toimiin.[1181]

1179 Explanatory reort ETS 164, kohta 46.

1180 Euroopan neuvoston ministerikomitean suositus Rec(99)4, periaate 22.

1181 ExpRec(99)4, kohta 77-78. Perustelujen mukaan lääkärit hoitavat potilaitaan parhaan kykynsä, kansainvälisesti hyväksyttyjen standardien ja ammattieettisten normien mukaan, ja ansaitsevat lainsäädännöltä parempaa kuin oikeudellisen tyhjiön.

Tällainen sääntely potilaslaista puuttuu hätätilanteita lukuun ottamatta. Potilaslain 6 §:n nojalla sijaispäättäjän kuulemista potilaan tahdon selvittämiseksi ja hänen suostumustaan edellytetään vain tärkeisiin hoitopäätöksiin, ja toissijaisesti potilasta hoidetaan hänen etunsa mukaisesti. Laki ei edellytä sijaispäättäjän suostumusta tärkeää vähäisempiin hoitotoimiin. Tärkeää vähäisemmät tutkimus- ja hoitoratkaisut ja toimenpiteet tehdään kuitenkin yleisesti asiayhteydestä ilmenevän suostumuksen perusteella. Päätöksentekokyvyttömiltä potilailta ei kompetenssiperusteisen suostumusopin mukaan pätevää asiayhteydestä ilmenevääkään suostumusta voida saada, minkä vuoksi lievemmätkin toimenpiteet edellyttäisivät lakiin perustuvaa oikeutusta. CRPD:n ja CRPD-komitean tulkinnan näkökulmasta tällaiselle sääntelylle ei ole tarvetta, sillä vammaisen henkilön tulee yhdenvertaisuuden näkökulmasta saada kaikissa tilanteissa päättää hoidostaan ja siten aivan kaikki tutkimus- ja hoitotoimenpiteet edellyttävät hänen suostumustaan ja hänen hoitamistaan tahtonsa ja mieltymystensä mukaisesti.

5.3.2 Hoitotahto

Hoitotahdosta ei ole varsinaista sääntelyä potilaslaissa. Tähän kuitenkin liittyvät potilaan tahtotilan selvittämistä ja aiemmin ilmaistun hoitotahdon noudattamista koskevat säännökset potilaslain 6.2 ja 6.3 §:issä, joissa velvoitetaan kuulemaan potilaan laillista edustajaa, lähiomaista tai muuta läheistä potilaan hoitoaan koskevan tahtotilan selvittämiseksi tilanteissa, jossa potilas on kyvytön ottamaan kantaa hoitoonsa. Lisäksi laissa velvoitetaan noudattamaan potilaan aiemmin ilmaisemaa hoitotahtoa (6.3 ja 8 §:t).

Valviran elämän loppuvaiheen hoitoa koskevan ohjeen mukaan hoitotahto on hoitoa koskeva tahdonilmaisu siltä varalta, että henkilö ei pysty osallistumaan itseään koskeviin hoitopäätöksiin tajuttomuuden, sairauden, vanhuuden heikkouden tai muun vastaavan syyn vuoksi. Hoitotahtoon henkilö voi kirjata hoitoaan koskevia ohjeita ja toiveita, ja hän voi siinä myös kieltäytyä sinänsä lääketieteellisesti perustelluistakin hoitotoimenpiteistä. Hoitoon osallistuvien on noudatettava potilaan hoitotahtoa. Potilaalla ei ole kuitenkaan subjektiivista oikeutta saada mitä tahansa hoitoa, vaan hoidon tulee olla aina lääketieteellisesti perusteltua. Valvira suosittelee hoitotahdon laatimista kirjallisesti. Hoitotahto voi olla vapaamuotoinen, valmiille lomakepohjalle tai myös suoraan Omakantaan laadittu tahdonilmaisu. Potilas voi myös ilmaista hoitotahtonsa esimerkiksi elvytyskiellosta suullisesti lääkärilleen, jolloin lääkärin on kirjattava tieto. Tieto hoitotahdosta on tärkeää kirjata myös potilastietojärjestelmään.[1182]

EOA on ottanut kantaa potilaan hoitotahdon selvittämiseen. EOA:n mukaan potilaan hoitaminen yhteisymmärryksessä ei toteutunut, kun potilaan tai hänen suostumuksellaan hänen omaisensa kanssa ei ennakoiden keskusteltu tunnistetusta

1182 www.valvira.fi, Elämän loppuvaiheen hoito.

veden hengittämisriskistä (aspiraatioriskistä) ja se huomioiden hoidon tavoitteista ja hoitolinjoista sekä erilaisista tulevista tilanteista ja siitä, millainen hoito vastaisi potilaan tahtoa.[1183] Ratkaisussa EOA dnro 4687/4/15 potilaalla oli hoitotahto, jonka mukaan tehohoitoa ei tule antaa. Tämä selvitettiin potilaan pojalta potilaan voinnin huononnuttua niin, ettei hän reagoinut puheeseen eikä kipuun. Hoitava lääkäri vahvisti potilaan hoitotahdon, ja lääketieteellisen arvion pohjalta hoitolinjauksiksi ei elvytystä, ei tehohoitoa. EOA piti tätä asianmukaisena menettelynä, joskin totesi kirjaukset puutteellisiksi.[1184]

Ratkaisussa EOA dnro 2540/4/15 oli kyse proaktiivisesta hoitavan lääkärin tekemästä kantelusta tai tiedustelusta potilaan ilmaiseman hoitotoiveen sitovuuteen liittyen. Potilas oli toivonut itseään todennäköisesti vahingoittavaa hoitoa. Kyse oli kuolemaan johtavaa ALS-tautia sairastavasta potilaasta, jonka sairaus oli jo pitkälle edennyt. Potilaalla oli hoitotahto, jonka mukaan hän ei halunnut PEG-letkun kautta (vatsanpeitteiden läpi suoraan mahalaukkuun) annettavaa ravitsemusta, suonensisäisiä hoitoja eikä hengityksen tukemista. Hänellä oli myös elvytyskielto. Potilaan nieleminen oli vaikeaa ja nesteiden hengittämisestä (aspiraatiosta) oli merkkejä jatkuvasti. Aspiraation vuoksi nesteet sakeutettiin, ja potilas ruokaili pieniä määriä soseutettua ruokaa, lisäravinteita ja nesteitä. Potilas oli ilmaissut toiveenaan, ettei halua nesteitä sakeutettavan ja kertonut hyväksyvänsä mahdollisesta aspiraatiosta aiheutuvan keuhkokuumeen riskin. Potilaan hoitava lääkäri tiedusteli oikeusasiamieheltä, voidaanko hoitohenkilökuntaa velvoittaa antamaan nesteitä sakeuttamatta aspiraatioriskistä huolimatta, vaikka potilaan vointi voi muuttua nopeastikin ja aspiraatiosta seurata tukehtuminen, vai voiko tästä kieltäytyä.[1185]

Ratkaisuun liittyvän Valviran kannanoton mukaan potilaalla on oikeus tehdä myös hänen terveytensä tai henkensä kannalta vahingollisia päätöksiä, ja hänellä on oikeus kieltäytyä hänelle suunnitellusta tai aloitetusta hoidosta. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee kunnioittaa päätöksentekoon kykenevän potilaan omia päätöksiä. Valvira kieltäytyi kuitenkin ottamasta kantaa yksittäisessä tapauksessa tehtäviin hoitoratkaisuihin, sillä hoitopäätösten tekeminen kuuluu ammattihenkilölain 22 §:n mukaan hoitavalle lääkärille. EOA:n mukaan potilaan hoidon tulee ammattihenkilölain 15 §:n mukaan perustua lääketieteellisesti hyväksyttäviin perusteisiin. Potilaalla ei siis ole oikeutta saada mitä tahansa hoitoa, vaan hoidon tulee olla lääketieteellisesti perusteltua. EOA kuitenkin kieltäytyi Valviran tavoin ottamasta kantaa yksittäiseen hoitoratkaisuun etukäteen.[1186]

Hoitotahtoon kirjattuja potilaan itsemääräämisoikeutta toteuttavia hoitoa koskevia tahdonilmaisuja rajaavat varsinaisen hoitotahtosääntelyn puuttuessa samat

1183 EOA dnro 1778/4/01.
1184 EOA dnro 4687/4/15.
1185 EOA dnro 2540/4/15.
1186 EOA dnro 2540/4/15.

periaatteet kuin itsemääräämisoikeutta potilaslain mukaan muutenkin. Hoitovaihtoehdot rajautuvat potilaslain 6 §:n ja ammattihenkilölain 15 §:n mukaan lääketieteellisesti perusteltuihin hoitovaihtoehtoihin, eikä potilaalla ole siten hoitotahtokirjauksillaankaan oikeutta saada mitä tahansa hoitoa. Tästä ja lääkintäetiikan hyvän tekemisen ja vahingon välttämisen periaatteen näkökulmasta tulisi myös edellä esitettyä ongelmaa tulkita niin, ettei potilas voi hoitotoiveillaan tai hoitoa koskevilla tahdonilmaisuillaan velvoittaa ammattihenkilöä aktiivisesti vahingoittamaan itseään, vaikka lääketieteellisesti perustellusta hoidosta onkin oikeus kieltäytyä.

Hoitotahdon soveltamiseen liittyy muutamia potilaan pätevän tahdonilmaisun toteutumisen kannalta keskeisiä näkökulmia. Jotta hoitotahto olisi nykyisen kompetenssilähtöisen suostumusopin näkökulmasta pätevä, sen laatijan on tullut olla päätöksentekokykyinen laatiessaan tahdonilmaisunsa, hänen on tullut laatia hoitotahtonsa vapaaehtoisesti ilman epäasiallista ulkopuolista vaikuttamista, ja hänellä on tullut olla riittävät tiedot hoitoonsa liittyvistä asioista tahdonilmaisunsa muodostamiseksi.[1187] Tämä voi olla mahdotonta varmistaa soveltamistilanteessa, kenties vuosia myöhemmin. Hoitotahto laaditaan pääsääntöisesti sen varalle, että henkilö ei myöhemmin elämässään olisikaan päätöksentekokykyinen ottamaan kantaa hoitoonsa. Kun soveltamistilanne on edessä, voi olla vaikeaa määrittää, missä määrin päätöksentekokykyinen potilas kyseisellä hetkellä on, kykeneekö hän kuitenkin riittävästi ymmärtämään tilannettaan, muodostamaan mielipiteensä ja ilmaisemaan sen ottaakseen kantaa hoitoonsa? Onko hänen suhtautumisensa hoitoonsa enää sama kuin hän kenties jo vuosia aiemmin laaditussa hoitotahdossaan on ilmaissut, vai ajatteleeko hän todellisuudessa tilanteestaan eri tavoin? Tulisiko vuosia vanhalle hoitotahdolle silloin antaa soveltamistilanteessa suurempi painoarvo kuin siinä hetkessä ilmaistulle alentuneesti päätöksentekokykyisen tai päätöksentekokyvyttömän potilaan tahdolle? Hoitotahtoon liittyy myös tiedollinen ongelma: laatimishetkellä henkilöllä on ollut sen aikainen käsitys hoitomahdollisuuksista ja sairauksien ennusteista. Hoitomenetelmät ja sairauksien ennusteet ovat kuitenkin voineet vuosien varrella kehittyä. Olisiko hoitotahdon laatijan mielipide hoidostaan soveltamishetkellä edelleen sama kuin vuosia aiemmin, vai suhtautuisiko hän tilanteeseensa eri tavoin, jos tietäisi soveltamishetken hoitomahdollisuudet? Lisäksi hoitotahdon soveltamiseen liittyy saatavuusnäkökulma. Hoitotahto ei välttämättä ole saatavilla juuri siinä paikassa, jossa potilasta hoidetaan. Kanta-arkisto voi tuoda tähän helpotusta, mikäli hoitotahto tallennetaan sinne, kuten asiakas- ja potilastietolain (703/2023) 36.4 § edellyttää. Toisaalta Kanta-arkistoon voi myös unohtua vanhentuneita päivittämättömiä tahdonilmaisuja.

1187 Hoitotahdon laatimisen edellytykset ovat samat kuin itsemääräämisoikeuden yleiset edellytykset. Erona on se, että hoitotahto tehdään kelpoisena, mutta sitä sovelletaan tilanteessa, kun potilas ei ole kelpoinen tekemään hoitoaan koskevia päätöksiä. Pahlman 1999, s. 285-286.

Potilaan aiemmin ilmaiseman hoitotahdon huomioiminen on edellä todetusti yhteensopivaa BLTS:n kanssa (9 art.). Tämä kattaa paitsi hätätilanteet, myös tilanteet, joissa henkilö on ilmaissut tahtonsa siltä varalta, ettei hän myöhemmin esimerkiksi etenevän sairauden vuoksi olisi kykenevä antamaan pätevää suostumusta hoitoaan koskien.[1188] CRPD-komitea pitää hoitotahtoa yhtenä päätöksenteon tukimuodoista, ja aiemman hoitotahdon huomioiminen potilaslaissa on siten CRPD:n mukaista, mutta komitean tulkinnan mukaan hoitotahdon voimassaoloa ei saa perustaa vammaisen päätöksentekokyvyn puuttumiseen, vaan vammaisen henkilön tulee voida itse määritellä hoitotahtonsa voimassaoloaika. Tältä osin ihmisoikeussääntelyn tulkinta on ristiriitaista, vaikka hoitotahdon huomioiminen sinänsä onkin yhteneväistä. Ongelmat hoitotahdon soveltamisessa ovat myös pääosin samat. CRPD-komitean tulkintakäytäntöön liittyy myös ongelma molempien tahdonilmaisujen, hoitotahdon ja potilaan hoitotilanteessa ilmaiseman tahdon, yhtäläisestä pätevyydestä.

5.3.3 Kiireelliset tilanteet

Kiireellisissä tilanteissa avun antaminen potilaan hengen ja terveyden pelastamiseksi perustuu potilaslain 8 §:ään kirjattuun pitkään lääkintäeettiseen traditioon[1189]. Myös avun antamisvelvoitteesta on edellä kuvatusti ollut sääntelyä jo noin 100 vuoden ajan. Kiireellisissä tilanteissa potilaalle on annettava hänen henkensä ja terveytensä pelastamiseksi tarpeellinen hoito, vaikka potilaan tahtoa ei tajuttomuuden tai muun syyn vuoksi voitaisi selvittää.[1190] Hoitaminen perustuu tällöin potilaan oletettuun suostumukseen.[1191] Jos potilas on aiemmin ilmaissut vakaasti ja pätevästi tahtonsa kieltäytyä hoidosta, tätä tahtoa on potilaslain 8 §:n mukaan kiiretilanteissakin kunnioitettava. Potilaalle ei saa antaa sellaista hoitoa, joka on vastoin hänen tahtoaan. Itsemurhayritystä ei saa kuitenkaan tulkita kieltäytymiseksi hoidosta.[1192] Vaikka potilaan itsemääräämisoikeus voi tietoisesti ja vakaasti harkiten mennä elämän suojan edelle, elämän suojan väistyminen ei voi tapahtua yksin suicidaalisella tavalla, eikä jokaiselle kieltäytymiselle tulisi antaa oikeudellista merkitystä ja vaikutusta. Lääketieteellisten tutkimusten mukaan itsemurhayrityksissä ei aina ole kyse vakaasta kuolemanhalusta, vaan

1188 Esimerkkinä sairaudesta mainitaan vanhuuden dementia. Explanatory report ETS 164, kohta 60-61. Jos hoitotahdon ilmaisusta on ehtinyt kulua pitkä aika, tulee huomioida, että potilaan tahto on voinut muuttua esimerkiksi lääketieteen kehityksen myötä. Explanatory report ETS 164, kohta 62.

1189 Lavonius 1956, s. 48. Oker-Blom 1911, s. 63-65.

1190 Potilaslaki 785/1992, 8 §.

1191 Oletettu suostumus perustuu yleiseen elämänkokemukseen siitä, miten hengen tai terveyden vaarassa olevat ihmiset hoitotoimenpiteeseen suhtautuvat. Muita sovellutuksia oletetusta suostumuksesta ovat esim. konkludenttinen suostumus vähäisten hoitotoimenpiteiden osalta ja potilaan edun mukaisesti hoitaminen. Myös laissa ihmisen kudosten ja elinten lääketieteellisestä käytöstä (101/2001) on käytetty oletettua suostumusta. Lehtonen 2004, s. 1686 ja Lehtonen 2006, s. 223.

1192 HE 185/1991 vp., s. 18.

avunhuudosta ja -tarpeesta vaikeassa elämäntilanteessa.[1193] Itsemurhaa yrittäneeltä puuttuu usein päätöksentekokyky tai -kelpoisuus, joka on itsemääräämisoikeuden käyttämisen ja hoidosta kieltäytymisen edellytys.[1194] Itsemurhayritykseen suhtautumisen taustalla on edellä todetusti pitkä lääkintäeettinen traditio.

Hoidon antamisen velvoite kiireellisissä tilanteissa koskee esitöiden mukaan vain niitä tilanteita, joissa hoidon lykkääminen suostumuksen saamiseksi saattaisi vaarantaa potilaan terveyden tai aiheuttaa hänen kuolemansa.[1195] Kiireellisen hoidon antamista ei kuitenkaan saa käyttää verukkeena potilaan itsemääräämisoikeuden ohittamiseen.[1196] Käytännössä vaaratilanteen arviointi ja hoitoon ryhtymisestä päättäminen kuuluvat lain esitöiden mukaan hoitavalle lääkärille.[1197] 30 vuotta vanhan hallituksen esityksen näkökulma on hiukan vanhahtava tältä osin. Muutkin terveydenhuollon ammattihenkilöt tekevät päätöksiä kiireellisestä hoidosta. Esimerkiksi ensihoitotilanteissa äkillisen sairauden tai vamman suhteen vaaratilanteen arvioivat ja hoidon aloittavat ensihoitajat. Samoin elottomuuden toteamisen yhteydessä tilanteen todennut ammattihenkilö aloittaa elvytystoimet. Myös ammattihenkilölain velvoite kiireellisen hoidon antamisesta koskee kaikkia terveydenhuollon ammattihenkilöitä (15.3 §). Kiireellistä hoitoa koskeva säännös jättää lääkärille harkintavaltaa, jota rajaa vain mahdollinen potilaan aiempi vakaa ja pätevä hoitotahto. Säännökset kiireellisen hoidon antamisesta eivät kuitenkaan oikeuta rajoittamistoimenpiteiden käyttöä hoidossa.

Kiireellisen hoidon antamista koskeva sääntely potilaslain 8 §:ssa vastaa BLTS:aa ja ministerineuvoston suositusta, joskin potilaslain esitöiden tulkinta hätätilanteista on tiukempi. BLTS:n ja ministerikomitean suosituksen mukaan kiireellinen hoito tarkoittaa muutakin kuin vain henkeä pelastavia toimenpiteitä: lääketieteellisesti välttämättömiä toimia, joiden kanssa ei voi viivytellä.[1198] CRPD ei ota kantaa vammaisten kiireelliseen hoitoon, mutta 25 art. edellyttää vammaisille järjestettävän saman laajuiset, -laatuiset ja -tasoiset terveyspalvelut kuin muille. Myöskään CRPD-komitean tulkintakäytännössä ei oteta kantaa hätätilanteiden hoitoon. Koska kiireellisen hoidon antamista koskeva potilaslain säännös mahdottomuudesta saada selvitystä potilaan tahdosta tajuttomuuden tai muun vastaavan syyn vuoksi kohtelee kaikkia potilaita lähtökohtaisesti yhdenvertaisesti, ja kunnioittaa potilaan aiemmin ilmaisemaa vakaata ja pätevää hoitotahtoa, sen ei pitäisi olla ristiriidassa CRPD:n 12 art. tai sopimuksen yhdenvertaisuustavoitteen, -periaatteen tai -oikeuden kanssa.

1193 Pahlman 1999, s. 286.

1194 Lehtonen 2004, s. 1687.

1195 HE 185/1991 vp., s. 18. Vastaavasti edellä ihmisoikeussopimusten tulkinnassa.

1196 Tämän on todennut myös EOA. EOA dnro 1073/2/07.

1197 HE 185/1991 vp., s. 18.

1198 BLTS 8 art. Explanatory report ETS 164, kohta 58. Euroopan neuvoston ministerikomitean suositus Rec(99)4, periaate 26.

5.3.4 Tahdosta riippumaton hoito mielenterveyslaissa, päihdehuoltolaissa, laissa kehitysvammaisten erityishuollosta ja tartuntatautilaissa

5.3.4.1 Tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset ja rajoittamistoimenpiteet mielenterveyslain nojalla

Itsemääräämisen periaate asettaa päätöksentekokyvyn vaatimukset mahdollisimman matalalle, jolloin ihminen saa toimia omien ratkaisujensa mukaan, ellei siitä ole muille haittaa. Itsemääräämisoikeutta voidaan kuitenkin rajoittaa sillä perusteella, että sen toteuttaminen olisi ristiriidassa muiden eettisten ja oikeudellisten periaatteiden, kuten elämän suojan, kanssa tai rajoittaisi muiden vastaavaa oikeutta tai aiheuttaisi muille vahinkoa.[1199] Tahdosta riippumatonta hoitoa koskevat terveydenhuoltoon liittyvät säännökset ovat mielenterveyslaissa (1116/1990), päihdehuoltolaissa (41/1986) ja tartuntatautilaissa (1227/2016) sekä kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain (519/1977) 3 luvussa ja 3a luvussa (381/2016). Näiden lakien soveltamisalaan kuuluvissa tilanteissakin lähtökohtana on potilaan itsemääräämisoikeuden toteuttaminen mahdollisimman täysimääräisesti eli potilaan hoitaminen yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, mutta hoitoratkaisut voidaan tarvittaessa tehdä näiden lakien nojalla niissä säännellyin edellytyksin myös potilaan tahdosta riippumatta, jolloin potilaan antama suostumus ei ole hoidon tai toimenpiteen edellytys. Edellä mainituista laeista päihdehuoltolain ja tartuntatautilain sääntelemät tilanteet kuuluvat somaattisen hoidon piiriin. Kehitysvammalain 3a:42j §:ää välttämättömän somaattisen hoidon antamisesta ja muita 3a-luvun rajoittamistoimenpiteitä voidaan 42b §:n 1 momentin (1166/2022) mukaan soveltaa terveydenhuollon toimintayksikössä järjestettäessä terveydenhuoltolain 67.1 §:ssa tarkoitettua kehitysvammapsykiatrian osastolla annettavaa erikoissairaanhoitoa tai vastaavia yksityisiä palveluja.[1200] Mielenterveyslain osalta vain tarkkailulähetteen laatimisvaihe kuuluu somaattisen terveydenhuollon yksikön tehtäväksi, mutta lain perusoikeuksien rajoittamista koskevaa 4a-lukua (1423/2001) voidaan soveltaa myös MTL:n nojalla tarkkailuun otettuun tai tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättyyn potilaaseen, jota hoidetaan hänen terveydentilansa vuoksi somaattisella osastolla. MTL:n 4a-luku antaa vertailukohtaa rajoittamisedellytyksiin myös somaattisen hoidon osalta.

Mielenterveyslain (MTL) 2-luku sisältää säännökset potilaan tahdosta riippumattomasta hoidosta, 3-luku mielentilatutkimukseen määrätyn tutkimisesta ja hoidosta tahdosta riippumatta sekä 4-luku rangaistukseen tuomitsematta jätetyn tahdosta riippumattomasta hoidosta. MTL 8 §:n nojalla tahdosta riippumattomaan

1199 Lääkärin etiikka 2013, s. 28.

1200 L:lla 676/2023 muutettu 42 b §:n 1 mom. tulee voimaan 1.1.2025: KehVammaL:n 3a-luvun rajoittamistoimenpiteitä voidaan käyttää järjestettäessä ”vaativan moniammatillisen tuen palveluja 9 §:ssä tarkoitetussa vaativan moniammatillisen tuen yksikössä”. Rajoittamissääntelyn soveltamispaikkojen määritelmä näyttää muuttuvan vuosittain, ja viittaussäännökset yksiköiden selville saamiseksi ovat monipolviset.

hoitoon voidaan määrätä henkilö, joka mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hänen mielisairautensa olennaisesti pahenisi tai vaarantaisi hänen terveytensä tai turvallisuutensa tai muiden henkilöiden terveyden tai turvallisuuden ilman hoitoa. Lisäksi edellytetään, että muut mielenterveyspalvelut ovat riittämättömiä tai eivät sovellu käytettäväksi. Mielisairaudella tarkoitetaan lain esitöiden mukaan lääketieteellisesti sellaista vakavaa mielenterveyden häiriötä, johon liittyy selvä todellisuudentajun hämärtyminen ja jota voidaan pitää psykoosina.[1201] MTL 9a §:n nojalla tarkkailulähetteen laatimisvelvollisuus on terveyskeskuslääkärillä tai sairaalan päivystysyksikössä työskentelevällä lääkärillä. Myös muu laillistettu lääkäri voi laatia tarkkailulähetteen, mutta velvollisuutta siihen hänellä ei ole. Tarkkailun aloittamisesta sen selvittämiseksi, ovatko tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen edellytykset olemassa, päättää vastaanottavan sairaalan virkalääkäri 9c §:n mukaisesti. Päätös hoitoon määräämisestä tulee tehdä 11 §:n mukaan viimeistään neljäntenä päivänä tarkkailun aloittamisen jälkeen. Tahdosta riippumaton hoito tulee toteuttaa sairaalassa.[1202]

MTL 2-4 lukujen mukaisesti tahdostaan riippumatta tarkkailuun otetun tai tutkimuksiin tai hoitoon määrätyn henkilön perusoikeuksien rajoittamista säännellään MTL 4a-luvussa (1423/2001), joka laadittiin itsemääräämisoikeuden rajoittamissäännösten saattamiseksi perustuslain ja Euroopan ihmisoikeussopimuksen edellyttämien vaatimusten tasolle.[1203] Pakkohoitoa tai rajoittamistoimenpiteitä koskeva sääntely kohdistuu MTL:n nojalla lähtökohtaisesti potilaisiin, joita ei pidetä kykenevinä päättämään omasta hoidostaan. Säädösteknisesti luku on rakennettu siten, että yleiset rajoittamisedellytykset on kuvattu omassa säännöksessään, mutta rajoittamisedellytyksiä määritellään tästä huolimatta myös rajoitustoimenpidekohtaisesti. MTL 22a §:n yleisten edellytysten mukaan potilaan itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia saa rajoittaa vain siinä määrin, kuin on välttämätöntä sairauden hoidon, potilaan tai muun henkilön turvallisuuden tai muun edun turvaamisen

1201 Esimerkkeinä psykoositiloista mainitaan tuolloin voimassa olleen Suomessa vuonna 1987 käyttöön otetun tautiluokituksen mukaisesti aikuisiän mielenterveyden häiriöistä dementian vaikea-asteiset ilmenemismuodot, deliriumtilat, elimelliset ja muut harhaluuloisuustilat, skitsofrenian eri muodot, vakavat masennustilat, kaksisuuntaiset mielialahäiriöt ja muut psykoosit. HE 201/1989 vp., s. 15. Myös KHO on viitannut tähän katsoessaan, että elimellisistä syistä, kuten Parkinsonin taudista, aiheutuvat psykoosit voivat olla mielenterveyslaissa tarkoitettua mielisairautta. KHO:2008:80, s. 1 ja 3.

1202 HE 201/1989 vp., s. 15. Myös KHO on katsonut, ettei mielenterveyslain ja -asetuksen hengen mukaisena voida pitää sitä, että potilas tahdosta riippumattomassa hoidossa ollessaan on käytännössä avohoidossa ja käy ainoastaan polikliinisesti sairaalassa. Tahdosta riippumaton psykiatrinen sairaalahoito saatiin toteuttaa ainoastaan sairaalan psykiatrista hoitoa antavassa yksikössä. KHO:2006:85, s. 1 ja 3. Pohjoismaista Norjassa psykiatrinen tarkkailu ja pakkohoito voidaan toteuttaa paitsi ympärivuorokautisessa laitoshoidossa, myös avohoidossa, jos se on potilaan kannalta parempi ratkaisu. Avohoito voi tällöin sisältää vain kutsun tutkimukseen (tarkkailu) tai hoitoon (pakkohoito), mutta potilas voidaan noutaa paikalle tarvittaessa pakkokeinoin, jos se on välttämätöntä. Lov om etablering og gjennemføring av psykisk helsevern, LOV-1999-07-02-62 (viimeisin muutos LOV-2022-12-20-115), 3-5 §.

1203 HE 113/2001 vp., s. 18.

kannalta. Esitöiden mukaan muu peruste, kuten rajoittamisen käyttäminen rangaistuksena, ei tule kyseeseen. Tarkoitussidonnaisuuden lisäksi esitöissä korostetaan rajoitustoimien lievimmän riittävän puuttumisen eli suhteellisuuden periaatetta ja välttämättömyysperiaatetta.[1204]

Rajoitustoimenpidekohtaiset edellytykset ovat sisällöltään erilaisia. Psyykkisen (22b §) ja ruumiillisen sairauden (22c §) hoito potilaan tahdosta riippumatta sallitaan vain, jos hoitamatta jättäminen vakavasti vaarantaa potilaan terveyttä tai turvallisuutta (psyykkinen sairaus) tai potilaan henkeä tai terveyttä (ruumiillinen sairaus). Psyykkisen sairauden osalta lain mukaan hyväksyttävä peruste on myös muun henkilön terveyden tai turvallisuuden vaarantuminen. Liikkumisvapauden rajoittamisen (22d §) perusteita ei ole tarkennettu rajoittamissäännöksessä, joten siihen sovelletaan yleisisä rajoittamisedellytyksiä. Eristäminen ja sitominen ovat 22e §:ssä määriteltyjä erityisiä rajoituksia. Eristäminen on 22e §:n nojalla mahdollista, jos potilas todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita; vakavasti vaikeuttaisi muiden potilaiden hoitoa tai vakavasti vaarantaisi omaa turvallisuuttaan tai todennäköisesti vahingoittaisi omaisuutta merkittävästi; tai eristämisen ollessa välttämätöntä muusta erittäin painavasta hoidollisesta syystä. Sitominen on mahdollista tiukemmin perustein: jos potilas todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita, ja muut toimenpiteet eivät ole riittäviä. Omaisuuden haltuunotto (22g §), potilaan omaisuuden ja lähetysten tarkastaminen (22h §), ja henkilöntarkastus ja -katsastus (22i §) ovat mahdollisia päihteiden, huumausaineiden käyttöön soveltuvien välineiden tai potilaan tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta vaarantavien aineiden tai esineiden etsimiseksi, ja haltuun ottamiseksi, ja käytön todentamiseksi tutkimuksin. Yhteydenpidon rajoittaminen (22j §) on mahdollista, jos siitä on vakavaa haittaa potilaan hoidolle, kuntoutukselle tai turvallisuudelle, tai jos rajoittaminen on välttämätöntä muun henkilön yksityiselämän suojaamiseksi.

Tahdosta riippumaton hoito mielenterveyslain nojalla edellyttää hallintopäätöksiä kaikissa hoitoon määräämisprosessin vaiheissa (M1-M3), ja päätökset ovat valituskelpoisia hallinto-oikeuteen. Mielenterveyslain nojalla tapahtuvista rajoittamistoimenpiteistä yhteydenpidon rajoittaminen ja omaisuuden haltuunotto edellyttävät hallintopäätöstä ja ovat muutoksenhakukelpoisia hallinto-oikeuteen (24 §, L 20/2016), lisäksi 1.4.2024 alkaen psyykkisen sairauden vuoksi potilaan tahdosta riippumatta annettava lääkehoito edellyttää hallintopäätöstä, josta on muutoksenhakuoikeus (L 15/2024). Muut rajoitustoimenpiteet eivät edellytä hallintopäätöstä. Myöskään intensiteetiltään raskaimmat rajoitustoimenpiteet, eristäminen ja sitominen, tai poistumisen estäminen eivät edellytä hallintopäätöstä, vaikka kyse on vapauden riiston luonteisista toimenpiteistä. Tämä ei edellä luvussa 4 esitetty huomioiden ole yhteensopivaa EIS 5 art., eikä muidenkaan ihmisoikeussopimusten oikeusturvavaatimusten kanssa, vaikkakin noudattaa perustuslakivaliokunnan

1204 HE 113/2001 vp., s. 21.

tulkintaa siitä, että vapauden riiston intensiteettiä lisääviä toimenpiteitä ei katsota vapauden riistoksi, jolloin päätöksenteosta ja muutoksenhausta on voitu säätää poikkeuksia.

5.3.4.2 Tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset ja rajoittamistoimenpiteet päihdehuoltolain nojalla

Päihdehuoltolain (41/1986, PHL) 1 §:n mukaan lain tarkoitus on vähentää ja ehkäistä päihteiden ongelmakäyttöä ja käytöstä aiheutuvia sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja. Kyse on sosiaalihuollon sääntelystä, joka koskee terveydenhuoltoa terveysvaaran vuoksi annettavan tahdosta riippumattoman hoidon osalta. Päihdehuoltolain 10 §:n nojalla tahdosta riippumattomaan hoitoon voidaan määrätä henkilö, jonka hoidon ja huollon järjestämisessä vapaaehtoisuuteen perustuvat palvelut eivät ole mahdollisia tai ovat osoittautuneet riittämättömiksi. Vapaaehtoisuuteen perustuvat palvelut eivät lain esitöiden mukaan ole mahdollisia esimerkiksi vaikeassa myrkytystilassa, jolloin henkilön tahtoa ei voida saada selville, eivätkä silloin, kun henkilö ei suostu käyttämään niitä. Toimenpiteet taas ovat riittämättömiä, kun niillä ei ole saatu aikaan tarvittavaa muutosta tilanteen korjaamiseksi.[1205]

Lisäksi PHL 10 §:ssä edellytetään tahdosta riippumattomalta hoidolta terveysvaaraa siten, että henkilö ilman päihteiden käytön keskeyttämistä ja asianmukaista hoitoa on hänellä olevan tai hänelle päihteiden käytöstä aiheutumassa olevan sairauden tai vamman vuoksi hengenvaarassa tai saamassa vakavan kiireellistä hoitoa vaativan terveydellisen vaurion. Esitöiden mukaan välittömässä hengen ja terveyden vaarassa on esimerkiksi henkilö, joka tajuttomuuteen asti päihtyneenä on paleltumisvaarassa, kärsii vaikeasta alkoholimyrkytyksestä tai jättää elintoimintojensa kannalta välttämättömiä perustarpeita tyydyttämättä. Vakavalla terveydellisellä vaurioilla tarkoitetaan hengenvaaraa, pysyvää vammautumista tai parannettavissa olevaa, mutta huomattavaa kärsimystä aiheuttavaa, sairautta. Hengenvaaran tai vakavan terveydellisen vaurion vaaran tulee johtua päihteiden käytöstä. Joskus hengenvaara tai vakavan terveydellisen vaurion vaara johtuu muusta sairaudesta, jota päihteiden käyttö pahentaa. Tällöin tulisi tapauskohtaisesti ratkaista, onko päihteiden käyttö terveydentilan kannalta niin vakava uhka, että se pitää katkaista tahdosta riippumatta.[1206] Aiemmin pakkohoito oli mahdollista myös väkivaltaisuuden perusteella, mutta tämä peruste on kumottu lailla (1284/2022).

PHL 11 §:n mukaan terveyskeskuksen vastaava lääkäri tai sairaalan asianomainen ylilääkäri voi määrätä toisen lääkärin lausunnon nojalla henkilön tahdosta riippumattomaan hoitoon terveysvaaran perusteella enintään 5 vuorokaudeksi.[1207]

1205 HE 246/1984 vp., s. 20.

1206 HE 246/1984 vp., s. 20.

1207 Aikanaan tämä oli analoginen mielenterveyslain kanssa, ks. HE 246/1984 vp., s. 22. Nykyään mielenterveyslain mukainen tarkkailulausunto ja mahdollinen hoitoon määräämispäätös on tehtävä viimeistään neljäntenä päivänä tarkkailun aloittamisesta.

Lausunnon on oikeutettu antamaan terveyskeskuksen tai mielenterveystoimiston lääkäri tai muu lääkäri. Hoitoon määräämispäätöksenkin voi esitöiden mukaan tarvittaessa tehdä vastaavan lääkärin tai ylilääkärin sijaan muu lääkäri.[1208]

Päihdehuoltolaki ei aseta lääkärille toimintavelvoitetta tahdosta riippumattoman hoidon toteuttamiseksi, vaan lausunnon laatiminen ja hoitoon määrääminen on muotoiltu oikeudeksi toisin kuin mielenterveyslaissa, jossa tarkkailulähetteen ja tarkkailulausunnon sekä hoitoon määräämispäätöksen laatiminen on velvollisuus. Todennäköisesti tästä johtuen päihdehuoltolain nojalla toteutettu tahdosta riippumaton hoito on käytännössä harvinaisuus mielenterveyslain nojalla toteutettuihin tahdosta riippumattomiin tarkkailu- ja hoitojaksoihin verrattuna. PHL 10 § ei esitöineenkään täytä enää perusoikeuksien rajoittamiselta edellytettävää täsmällisyys- ja tarkkarajaisuusvaatimusta: sääntelyn perusteella on vaikea hahmottaa, millä perusteella tahdosta riippumattomaan hoitoon voidaan määrätä. Itse säännöksen nojalla voitaisiin tahdosta riippumaton hoito katsoa mahdolliseksi myös päihtyneellä potilaalla olevan vamman vuoksi, mutta esitöissä annetaan ymmärtää, että päihteiden käytön katkaiseminen on se oleellisin asia, mihin tahdosta riippumattomalla hoidolla pyritään. Päihtyneellä henkilöllä voi kuitenkin olla esimerkiksi pään vamman seurauksena kallon sisäinen verenvuoto, joka voi pahimmillaan olla henkeä uhkaava, mutta hengenvaara ei johdu yksinomaan päihteiden käytöstä, vaan verenvuodosta.

PHL 18 §:n (1542/2009) nojalla aluehallintovirasto hyväksyy ne toimintayksiköt, joissa tahdosta riippumaton hoito voidaan antaa. STM:n päihtyneen henkilön akuuttihoitoa koskevan ohjeen mukaan potilaan hoito on syytä toteuttaa yksikössä, jolla on parhaat edellytykset antaa hoitoa, eli yleensä ensihoidon antaneessa yksikössä silloin, kun kiireellisesti annettu hoito ei riitä ja potilas on edelleen hengen tai terveyden suhteen vaarassa.[1209] Tahdosta riippumattomaan hoitoon PHL:n nojalla määrätty henkilö voidaan PHL 26 §:n nojalla eristää toimintayksikössä, jos hän on vaaraksi itselleen tai muille tai jos eristäminen on henkilön kohdalla muuten erityisen perusteltua. Eristystarve tulee arvioida ja tehdä siitä uusi päätös viimeistään 24 tunnin kuluttua. Eristämistä ei kuitenkaan saa yhtämittaisesti jatkaa yli 48 tuntia. Päihdehuoltoasetuksen (PHA, 653/1986) 14 §:n mukaan eristystä ei saa määrätä pidemmäksi ajaksi eikä jatkaa kauemmin kuin henkilön hoito välttämättä vaatii. Eristämisen olosuhteilta edellytetään henkilön turvallisuudesta huolehtivaa vastuuhenkilöä sekä jatkuvaa huolenpitoa, riittävää hoitoa ja mahdollisuutta keskustella hoitohenkilökunnan kanssa. Perusoikeusrajoituksen yksityiskohtien säätäminen asetuksen tasolla ei ole riittävää eikä laillisuusperiaatteen mukaista.

PHL 27 § sisältää säännökset tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan henkilön omaisuuden haltuunotosta päihteiden, niiden käyttöön tarkoitettujen välineiden tai turvallisuutta vaarantavien aineiden ja esineiden osalta. Tarvittaessa edellä

1208 HE 246/1984 vp., s. 22.

1209 Päihtyneen henkilön akuuttihoito STM 2006:65, s. 19.

mainittujen aineiden tai esineiden hallussapitoa epäiltäessä henkilölle voidaan tehdä henkilöntarkastus. Lisäksi hänen postilähetystensä sisältö voidaan kirjeitä lukuun ottamatta tarkastaa hänen läsnä ollessaan. Näistä toimista ja eristämisestä päätettäisiin terveydenhuollon toimintayksikössä sen mukaan, kun niistä on erikseen säädetty.[1210]

Tahdosta riippumaton hoito edellyttää myös päihdehuoltolain nojalla toteutettuna hallintopäätöstä (PHL 11 §; ja PHL 14 §, L 1284/2022), josta on muutoksenhakuoikeus hallinto-oikeuteen (20 §, 1284/2022). Päihdehuoltoasetuksen (653/1986) 15 §:n (427/1991) mukaan tahdosta riippumatonta hoitoa ja eristämistä koskeva päätös tehdään sosiaali- ja terveysministeriön vahvistaman kaavan mukaan, mikä tarkoittaa käytännössä hallintopäätöstä myös eristämisestä. Koska muutoksenhaku hallinto-oikeuteen PHL 20 §:n mukaan koskee vain tahdosta riippumattoman hoidon päätöstä, muutoksenhaku eristämispäätöksestä tapahtuu PHL 19 §:n (1308/2014) mukaan ilmeisesti sosiaalihuoltolain 6 luvun mukaan, mikä tarkoittaisi eristämispäätöksestä oikaisuvaatimusta hyvinvointialueelle (50 §, L 589/2022) ja tästä muutoksenhakuoikeutta hallinto-oikeuteen (51 §, L 589/2022). Tämä ratkaisu vastannee paremmin EIS:n 5 art. ja muiden ihmisoikeussopimusten oikeusturvavaatimuksia eristämisen osalta, kun muutoksenhakuoikeus hallinto-oikeuteen asti on.

5.3.4.3 Tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset ja rajoitustoimenpiteet kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain nojalla

Lakiin kehitysvammaisten erityishuollosta säädettiin rajoittamistoimenpiteitä koskeva 3a-luku (381/2016) CRPD:n ratifioinnin kynnyksellä. Kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain (kehitysvammalaki) rajoittamissääntelyä koskeva uudistus oli esitöiden mukaan tarpeen YK:n CRPD:n ratifioinnin vuoksi, ja erityisesti 14 art. vuoksi.[1211] Lakiin tehdyillä rajoittamissääntelyä koskevilla muutoksilla haluttiin varmistaa, että laki täyttää YK:n vammaisyleissopimuksen vaatimukset.[1212] Itsemääräämisoikeuden rajoittamistoimista haluttiin säätää aiempaa täsmällisemmin ja tarkkarajaisemmin sekä huomioiden perusoikeuksien yleiset rajoittamisedellytykset: tarkoitussidonnaisuus, suhteellisuus, välttämättömyys ja oikeusturvaa koskevat vaatimukset. Lisäksi haluttiin korostaa erityishuollossa olevan henkilön oikeutta itsemääräämiseen.[1213] Tuolloin valmistelussa olleen itsemääräämisoikeuslain (HE 108/2014 vp.) lähtökohdan mukaan vapauden riiston luonteista rajoittamista pidettiin jatkossakin tietyin edellytyksin mahdollisena.[1214] Myöskään CRPD:n ratifiointia koskeneessa HE:ssa 284/2014 vp. ei tätä itsemääräämisoikeuslain lähtökohtaa kyseenalaistettu.

1210 HE 246/1984 vp., s. 26.
1211 HE 96/2015 vp., s. 42-43. HE 284/2014 vp., s. 47-49.
1212 HE 96/2015 vp., s. 52.
1213 HE 96/2015 vp., s. 52-54.
1214 HE 284/2014 vp., s. 48.

Kehitysvammalain 3a-luvussa on MTL:n tapaan määritelty yleiset rajoittamisedellytykset ja lisäksi vielä rajoitustoimenpidekohtaisia edellytyksiä. Yleisinä rajoittamisedellytyksinä 3a:42d §:n mukaan on, että henkilö ei kykene tekemään hoitoaan ja huolenpitoaan koskevia ratkaisuja ja ymmärtämään käyttäytymisensä seurauksia; rajoitustoimenpiteiden käyttäminen on välttämätöntä hänen tai muiden terveyden ja turvallisuuden suojaamiseksi tai merkittävän omaisuusvahingon estämiseksi; ja muut lievemmät keinot eivät ole tilanteeseen soveltuvia tai riittäviä. Lisäksi rajoitustoimenpiteen tulee olla hoidon ja huolenpidon kannalta perusteltu ja suhteellisuusvaatimuksen mukainen. Toimenpide tulee toteuttaa henkilön ihmisarvoa kunnioittaen, mahdollisimman turvallisesti ja hänen perustarpeistaan huolehtien. Rajoitustoimenpiteen käyttö tulee lopettaa heti, jos se ei ole välttämätön tai jos se vaarantaa henkilön terveyden tai turvallisuuden. Jos henkilöön kohdennetaan useita rajoitustoimenopiteitä samanaikaisesti tai peräkkäin, niiden yhteisvaikutukseen tulee kiinnittää huomiota.

Kehitysvammalaki sääntelee pääasiassa sosiaalihuoltoa. Sen 3a-luvun rajoittamissääntelyä voidaan soveltaa vain ko. laissa tarkoitettua erityishuoltoa toteuttavissa yksiköissä (3a:42b §), jotka viittaussäännösten perusteella ovat sosiaalihuollon yksiköitä, sekä järjestettäessä terveydenhuoltolain 67.1 §:ssa tarkoitettua kehitysvammapsykiatrian osastolla annettavaa erikoissairaanhoitoa.[1215] Tässä ei käsitellä kehitysvammalain 3-luvun edellytyksiä tahdosta riippumattomaan erityishuoltoon, koska kyseessä on sosiaalihuollon alaan kuuluva toiminta. Lain 3a-luvun 42j §:ssä on säädetty erityishuollossa olevan henkilön vastustuksesta huolimatta annettavasta välttämättömästä terveydenhuollosta. Kehitysvammalain 42j §:n nojalla terveydenhuoltoa annettaessa toimitaan ensisijaisesti yhteisymmärryksessä potilaan kanssa noudattaen potilaslain 6-9 §:ien säännöksiä. Kehitysvammalain 42j §:n säännös oikeuttaa tietyissä tilanteissa poikkeamaan tästä pääsäännöstä, mutta rajoitustoimenpiteet on esitöiden mukaan tarkoitettu poikkeukselliseksi ja viimesijaiseksi keinoksi.[1216] Säännös lisättiin lakimuutokseen perustuslakivaliokunnan lausunnon jälkeen. Lausunnossa katsottiin, että myös lääketieteellisiin toimenpiteisiin liittyvistä rajoitusedellytyksistä tulee säätää perusoikeuksien yleiset rajoitusedellytykset ja Euroopan ihmisoikeussopimuksesta johtuvat vaatimukset täyttävällä tavalla lailla.[1217]

Kehitysvammalain 42j §:n mukaan tilanteissa, kun erityishuollossa oleva henkilö ei kykene päättämään hoidostaan ja vastustaa terveydenhuollon antamista, hänelle voidaan antaa lääketieteellisesti välttämätön terveydenhuolto hänen vastustuksestaan huolimatta, jos hoitamatta jättäminen uhkaisi vaarantaa vakavasti hänen terveyten-

1215 Tässä kuvattu KehVammaL 3a:42b §:n 1 momentti on muutettu lailla 676/2023, joka tulee voimaan 1.1.2025. Jatkossa rajoittamistoimenpiteitä voidaan käyttää järjestettäessä vaativan moniammatillisen tuen palveluja vaativan moniammatillisen tuen yksiköissä.

1216 HE 96/2015 vp., s. 55.

1217 PeVL 15/2015 vp., s. 9.

sä. Tällöin hänen tilaansa on seurattava ja arvioitava jatkuvasti hänen terveytensä ja turvallisuutensa edellyttämällä tavalla. Hoito- tai tutkimustoimenpidettä suoritettaessa erityishuollossa olevasta henkilöstä voidaan pitää lyhytaikaisesti kiinni tai hänen liikkumistaan rajoittaa rajoittavan välineen avulla lyhytaikaisesti enintään niin kauan kuin toimenpiteen suorittamisen kannalta on välttämätöntä, kuitenkin enintään tunnin ajan. Ratkaisu välttämättömän terveydenhuollon antamisesta ja siihen mahdollisesti liittyvistä rajoitustoimenpiteistä on säädetty virkasuhteisen lääkärin tehtäväksi.

Muita kehitysvammaisten erityishuollossa käytettäviä rajoittamistoimenpiteitä ovat aineiden ja esineiden haltuunotto (42g §) ja henkilöntarkastus (42h §), jotka voidaan toteuttaa terveyttä tai turvallisuutta vaarantavien tai omaisuutta merkittävästi vahingoittavien aineiden ja esineiden talteen ottamiseksi. Kiinni pitäminen (42f §) ja lyhytaikainen erillään pitäminen (42i §) voidaan toteuttaa henkilön rauhoittamistarkoituksessa. Rajoittavia välineitä tai asusteita (42k §) voidaan käyttää päivittäisissä toiminnoissa, jos henkilön terveys tai turvallisuus muuten todennäköisesti vaarantuisi. Muissa kuin edellä mainituissa tilanteissa liikkumista tai toimintaa rajoittavia välineitä tai asusteita voidaan käyttää, jos henkilö muuten vakavasti vaarantaisi omansa tai muiden terveyden tai turvallisuuden (42l §). Tämä säännös pitää sisällään myös sitomisen, jos muut keinot eivät ole riittäviä. Henkilön liikkumista toimintayksikössä, poistumista toimintayksiköstä ja liikkumista toimintayksikön tai sen piha-alueen ulkopuolella voidaan valvoa, jos henkilö todennäköisesti vaarantaisi omansa tai muun henkilön terveyden tai turvallisuuden (42m §). Poistumisen estäminen toimintayksiköstä tai sen piha-alueelta on kuitenkin mahdollista vain, jos henkilö saattaisi poistumisellaan itsensä tai toisen henkilön alttiiksi välittömästi uhkaavalle ja vakavalle terveyteen tai turvallisuuteen kohdistuvalle vaaralle (42n §). Rajoittamisperusteet ovat vaihtelevia. Rajoittamistoimenpiteistä päättäminen on määritelty toimenpidekohtaisesti, mikä edelleen lisää variaatioita rajoittamissääntelyn osalta. Myös kirjaaminen ja rajoittamistoimenpiteiden käytön arvioiminen on osin määritelty toimenpidekohtaisesti, vaikka kirjaamisesta ja jälkiselvittelystä arviointeineen on myös oma säännöksensä (42o §). Lisäksi on säädetty rajoittamistoimenpiteitä koskevasta selvityksestä henkilölle itselleen ja tiedoksiannosta lailliselle edustajalle, lähiomaiselle tai muulle läheiselle (42p §).

Kehitysvammaisten erityishuollosta annettuun lakiin sisällytetyt rajoittamistoimenpiteitä koskevat säännökset on tarkoitettu tyhjentäviksi. Perustuslakivaliokunta on todennut, että tämänkaltaisen lainsäädännön arvioinnissa perusoikeusrajoitusten täsmällisyyden ja tarkkarajaisuuden vaatimukseen tulee kiinnittää erityistä huomiota. Rajoitustoimenpiteitä ei voi käyttää, jos niistä ei ole säädetty laissa perusoikeuksien rajoittamisedellytykset täyttäen. Rajoitustoimenpiteistä säätäminen ei myöskään merkitse avointa toimivaltaluetteloa rajoittamistoimenpiteiden käyttämiselle.[1218] KHO on katsonut ratkaisussaan KHO:2017:132 kehitysvammalain

1218 PeVL 15/2015 vp., arvioinnin lähtökohdat.

ja perustuslakivaliokunnan lausunnon nojalla, että kameravalvonnan käyttämisestä päättäminen kehitysvammaisen henkilökohtaisessa käytössä olevan huoneen ja wc-tilojen osalta ei ollut kehitysvammalain nojalla sallittua. Oikeudellista merkitystä ei katsottu olevan sillä, että rajoitustoimenpide, jota kehitysvammalaissa ei nimenomaisesti sallita, olisi mahdollisesti ao. kehitysvammaisen henkilön edun mukainen tai hänen perusoikeuksiaan vähemmän rajoittava kuin laissa sallitut rajoittamistoimenpiteet.[1219]

Kehitysvammaisten erityishuollosta annettu tahdosta riippumatonta erityishuoltoa koskeva päätös tulee laatia hallintopäätöksenä (L 381/2016, 32-33 §:t), ja erityishuoltoa koskevasta päätöksestä on lain 81b §:n nojalla muutoksenhakuoikeus hallinto-oikeuteen. Rajoittamistoimenpiteiden osalta osa toimenpiteistä ei edellytä hallintopäätöstä; osa edellyttää sitä, mikäli toimenpidettä käytetään toistuvana tai pitkään jatkuvana; ja osa edellyttää hallintopäätöstä aina. Porrastus ei kuitenkaan ole kaikilta osin looginen rajoitusten intensiteetti huomioiden. 3a-luvun (381/2016) 42j §:n mukainen välttämättömän terveydenhoidon antaminen, 42k §:n rajoittavien välineiden ja asusteiden käyttö päivittäisissä toiminnoissa, ja 42n §:n poistumisen estäminen eivät edellytä lyhytkestoisena ratkaisuna tai kiireellisessä hoidossa hallintopäätöstä, mutta pidempikestoisesta tai toistuvasta rajoituksen käytöstä on tehtävä kirjallinen hallintopäätös. 42 g §:n aineiden ja esineiden haltuunotto edellyttää hallintopäätöstä, jos aineita tai esineitä ei palauteta henkilölle vuorokauden kuluessa. 42l §:n mukainen rajoittavien välineiden ja asusteiden käyttö vakavissa vaaratilanteissa ja 42m §:n valvottu liikkuminen edellyttävät aina hallintopäätöstä. Esimerkiksi lyhytaikainen erillään pitäminen (42i §) ei edellytä hallintopäätöstä, vaikka kyse on käytännössä eristämisestä ja siten vapaudenriiston luonteisesta toimenpiteestä. Sinänsä tämä noudattaa perustuslakivaliokunnan linjaa muutoksenhausta poikkeamisen osalta. Rajoittamistoimenpiteistä tehtävistä hallintopäätöksistä on KehVammaL 81b §:n (381/2016) nojalla muutoksenhakuoikeus hallinto-oikeuteen.

5.3.4.4 Tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset ja rajoittamistoimenpiteet tartuntatautilain nojalla

Tartuntatautien torjunnassa voidaan tarvita perusoikeuksia rajoittavia toimia tartuntataudin leviämisen estämiseksi. Varjeltavana ovat muiden henkilöiden hengen ja terveyden suojelemisen lisäksi yhteiskunnalliset intressit. Tartuntatautilain (TTL, 1227/2016) uudistuksessa vaikeiden tilanteiden hoitamiseksi haluttiin riittävät mahdollisuudet rajoitusten käyttöön. Uudistuksessa yksinkertaistettiin tahdosta riippumattomaan karanteeniin, työstä poissaloon ja eristämiseen liittyvää menette-

1219 KHO:2017:132, s.6-7. Kehitysvammaisen henkilökohtaisessa käytössä olevien tilojen tekniseen valvontaan voi tietyissä tilanteissa olla perusoikeusjärjestelmän kannalta hyväksyttäviä syitä. Yksityiselämän ja kotirauhan suojan piirissä olevissa tiloissa kameravalvonta edellyttää, että siitä on erikseen säännelty laissa. KHO:2017:132, s. 6.

lyä siten, että virkasuhteinen tartuntataudeista vastaava lääkäri voi tehdä päätöksen aiemman toimielimen tekemän päätöksen sijaan, mutta samalla korostettiin tahdosta riippumattoman menettelyn viimesijaisuutta yhteisymmärryksessä hoitamiseen nähden. Potilaiden oikeusturvan kannalta rajoituksia koskeva sääntely haluttiin mahdollisimman selkeäksi ja lakiin sisällytettiin myös säännökset karanteeniin ja eristykseen määrätyn henkilön oikeuksista sekä mahdollisista korvauksista.[1220]

Tartuntatautilain rajoittamissääntely poikkeaa muista terveydenhuollon erityislaeista kohderyhmänsä osalta: sääntely kohdistuu yleisvaarallista tartuntatautia sairastaviin tai sarastaviksi epäiltyihin riippumatta siitä, kykenevätkö he ymmärtämään tilannettaan ja käyttäytymisensä seurauksia vai eivät. Päätöksentekokyvyllä ei ole tartuntatautilain rajoittamissääntelyn soveltamisen kannalta merkitystä. TTL 4 §:n mukaan tartuntatauti on yleisvaarallinen, kun taudin tarttuvuus on suuri, tauti on vaarallinen ja taudin leviäminen on estettävissä sairastuneeseen tai taudille altistuneeseen tai sellaiseksi perustellusti epäiltyyn henkilöön kohdistettavilla toimenpiteillä. Yleisvaarallisia tartuntatauteja tartuntatautiasetuksen (146/2017) 1 §:n mukaan ovat mm: tuberkuloosi, tuhkarokko, polio, rutto, tietyt verenvuotokuumeet, salmonelloosit, tietyt influenssatyypit ja kolera.

Tartuntatautilain 60 §:n nojalla yleisvaaralliselle tartuntataudille altistunut tai altistuneeksi epäilty voidaan asettaa karanteeniin tarvittaessa myös henkilön tahdosta riippumatta tartuntataudin leviämisen estämiseksi enintään kuukaudeksi, jos taudin leviämisen vaara on ilmeinen eikä taudin leviämistä voida muilla tavoin estää. TTL 63 § mahdollistaa tällaista yleisvaarallista tartuntatautia sairastavan tai sairastavaksi epäillyn henkilön eristämisen terveydenhuollon toimintayksikköön tarvittaessa myös henkilön tahdosta riippumatta enintään kahdeksi kuukaudeksi. TTL 67 §:n nojalla eristyshuoneen ovi voidaan tietyin edellytyksin myös lukita. Esitöiden mukaan tämä tulisi kyseeseen ilmaeristystä vaativissa tai muuten erityisen vaarallisissa pisara- tai kosketustartuntana leviävissä tartuntataudeissa, esimerkiksi tartuttavan keuhkotuberkuloosin tai vaikean verenvuotokuumeen, kuten ebolan, hoidossa. Liikkumisvapauden rajoittamisella suojataan hoitohenkilökuntaa, muita potilaita ja osastolla vierailevia henkilöitä.[1221] Tällä tavoin eristetylle potilaalle välttämättömän hoidon antaminen on potilaan tahdosta riippumatta mahdollista 64 §:n nojalla, ja lääkitseminen tartuntataudin leviämisen estämiseksi potilaan tahdosta riippumatta on mahdollista 65 §:n nojalla. Edellytyksenä tahdosta riippumattomalle lääkitsemiselle on, että hoito on välttämätön yleisvaarallisen tartuntataudin tai sellaiseksi perustellusti epäillyn tartuntataudin leviämisen estämiseksi.[1222] TTL 61 §:n nojalla myös tavarat, kontit tai matkatavarat voidaan asettaa karanteeniin enintään kahdeksi kuukaudeksi, jos yleisvaarallisen tartuntataudin leviämisen vaara on ilmeinen

1220 HE 13/2016, s. 7 ja 25.
1221 HE 13/2016, s. 56-57.
1222 HE 13/2016 s. 56.

eikä sitä voida tavaran puhdistuksella, desinfioinnilla tai muilla tavoin estää. Lisäksi tartuntatautilaki mahdollistaa erilaisia väestötason toimenpiteitä.

Edellä kuvatut tartuntatautilain yksilön hoitoon kohdistuvat 60-67 §:ien mukaiset rajoittamistoimenpiteet yleisvaarallisen tartuntataudin tai sellaiseksi perustellusti epäillyn taudin leviämisen estämiseksi edellyttävät hallintopäätöstä, josta on 90 §:n nojalla muutoksenhakuoikeus hallinto-oikeuteen. Tartuntatautilain nojalla logiikka tahdosta riippumattoman hoidon ja rajoittamistoimenpiteiden suhteen on erilainen verrattuna muuhun rajoittamissääntelyyn: potilas tulee ensin eristää, ja vasta eristetylle potilaalle voidaan toteuttaa tahdosta riippumatonta hoitoa ja lääkitä häntä hänen tahdostaan riippumatta. Muun rajoittamissääntelyn osalta potilas tulee ottaa tahdosta riippumattomaan hoitoon, jonka aikana voidaan tarvittaessa käyttää sääntelyssä määriteltyjä rajoittamistoimenpiteitä, kuten eristämistä tai lääkitsemistä.

5.3.4.5 Tahdosta riippumattoman hoidon ja rajoittamissääntelyn suhde ihmisoikeussopimuksiin

Voimassa oleva tahdosta riippumatonta hoitoa ja rajoittamistoimenpiteitä koskeva sääntely kohdentuu tartuntatautilakia lukuun ottamatta tilanteisiin, jolloin potilas ei kykene ymmärtämään tilannettaan tai käyttäytymisensä seurauksia, toisin sanoen hän ei ole päätöksentekokykyinen. Kohteena ovat mielenterveyspotilaat, päihteiden käyttäjät ja kehitysvammaiset potilaat sekä yleisvaaralliseen tartuntatautiin sairastuneet tai sairastuneeksi epäillyt potilaat. Tahdosta riippumaton hoito on vapaudenriistona EIS:n kanssa yhteensopivaa, jos siitä on säännelty lailla, ja se tapahtuu EIS:n 5.1 art. e-kohdan mukaisin perustein, heikon mielenterveyden, alkoholismin tai tartuntataudin vuoksi. Heikon mielenterveyden (person of unsound mind) voidaan tulkita sisältävän muitakin tilanteita kuin nimenomaiset mielenterveyden häiriöt, esimerkiksi älyllisen kehitysvammaisuuden, äkillisen sekavuuden ja muistisairauden. EIT:n tuomareiden näkemykset ”person of unsound mind” -termin ulottuvuuden tulkinnasta kuitenkin eroavat toisistaan. Yksityisyyden suojaan (EIS 8 art.) kohdistuvien rajoittamistoimenpiteiden käyttäminen on EIS:n kanssa yhteensopivaa, jos rajoituksista on säännelty lailla, ja rajoittaminen tapahtuu esimerkiksi terveyden tai moraalin suojaamiseksi, tai muiden henkilöiden oikeuksien ja vapauksien turvaamiseksi. Mielenterveyslaissa, päihdehuoltolaissa, tartuntatautilaissa ja kehitysvammaisten erityishuoltolaissa on säännelty tahdosta riippumattomasta hoidosta ja rajoittamistoimenpiteistä EIS 5 art. kanssa yhteensopiviin potilasryhmiin kohdistuen. Myös BLTS suhtautuu hyväksyvästi suojelemiseen potilaan ollessa kyvytön ymmärtämään tilannettaan ja käyttäytymisensä seurauksia, ja YK:n ihmisoikeuskomitean ja kidutuksen vastaisen sopimuksen OPCAT alakomitean kannanotoissa on pidetty tahdosta riippumatonta hoitoa ja rajoitustoimenpiteiden käyttöä edellä kuvatusti tiukoin reunaehdoin mahdollisena. CRPD:n ja CRPD-komitean näkemys on kuitenkin erilainen. Vaikka CRPD 14 art. lähtee siitä, että vapauden riiston tulee perustua lakiin, CRPD-komitea on edellä kuvatusti ryhtynyt suosittelemaan, että

valtiot luopuvat vammaisiin kohdistuvasta tahdosta riippumattomasta hoidosta ja rajoittamistoimenpiteiden käytöstä. CRPD:n vammaismääritelmän laajuus huomioiden tämä tarkoittaisi käytännössä kaikesta voimassa olevan sääntelyn mukaisesta tahdosta riippumattomasta hoidosta ja rajoittamistoimenpiteiden käytöstä luopumista, tartuntatautilakia lukuun ottamatta. Käytännössä tämä tulkinta estäisi päätöksentekokyvyttömän potilaan välttämättömän terveydenhuollon turvaamiseksi toteutettavan tahdosta riippumattoman hoidon, ja jättäisi haavoittuvassa asemassa olevat potilasryhmät omasta päätöksenteostaan riippuen jopa vaille suojelua.

Rajoittamisperusteena tahdosta riippumatonta hoitoa koskevassa voimassa olevassa sääntelyssä käytetään potilaan henkeä ja terveyttä, osin turvallisuutta sekä oikeutta välttämättömään terveydenhuoltoon. Osittain turvataan muun henkilön henkeä, terveyttä tai turvallisuutta; ja MTL:n ja KehVammaL:n osalta myös omaisuutta. Perusteet ovat potilaan tai muun henkilön hengen, terveyden ja turvallisuuden osalta EIT:n ratkaisukäytäntöä vastaavat. CRPD-komitean tulkintakäytännössä ei ole otettu kantaa siihen, millä perusteilla tahdosta riippumaton hoito ja rajoittamistoimenpiteiden käyttö ylipäätään olisi mahdollista.

Voimassa olevan sääntelyn tahdosta riippumatonta hoitoa ja rajoittamistoimenpiteiden käyttöä koskevat oikeusturvakeinot eivät kaikilta osin ole ihmisoikeusvelvoitteiden mukaiset. EIS edellyttää riittäviä oikeusturvatakeita, paitsi erikseen vapauden riistotilanteissa (5 art.), myös 13 art. nojalla muiden sopimuksessa turvattujen oikeuksien loukkauksen yhteydessä, kuten 8 art. yksityisyyden suojaan puuttuvia rajoittamistoimenpiteitä käytettäessä. EIT on edellä kuvatusti katsonut, että vapauden riiston osalta oikeudellinen arviointi olisi riittävä oikeusturvatae. 8 art. osalta valtioilla on jonkin verran harkintavaltaa. Myös ministerikomitean suosituksen mukaan tulisi huomioida tarpeet valtuuttaa tuomioistuin tai muu toimivaltainen elin ottamaan kantaa vakavimpiin puuttumisiin päätöksentekokyvyttömien potilaiden hoidossa.[1223] Suomessa näin osin onkin: mielenterveyslain, tartuntatautilain, päihdehuoltolain ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain tahdosta riippumatonta hoitoa koskevat päätökset, ja jotkut rajoittamistoimenpiteiden käyttöä koskevat päätökset ovat hallintopäätöksiä, joista on muutoksenhakuoikeus hallinto-oikeuteen. Rajoittamistoimenpidetasolla ei kuitenkaan ole voimassa olevassa sääntelyssä huomioitu rajoittamistoimenpiteen intensiteettiä oikeusturvatakeiden näkökulmasta kaikilta osin ihmisoikeusjärjestelmän kannalta loogisesti, vaikka perustuslakivaliokunnan linjausta poikkeamismahdollisuuksista noudatetaankin. Esimerkiksi mielenterveyslain nojalla ei edellytetä hallintopäätöstä vapaudenriiston luonteisista rajoittamistoimenpiteistä, kuten eristämisestä ja sitomisesta, mutta sellaista edellytetään yksityisyyden suojan piiriin kuuluvista joistakin rajoittamistoimenpiteistä: omaisuuden haltuunotosta, yhteydenpidon rajoittamisesta ja 1.4.2024 alkaen potilaan tahdosta riippumatta toteutettavasta lääkitsemisestä psyykkisen sai-

1223 Rec(99)4, periaate 22.

rauden hoitamiseksi. Myöskään KehVammaL:n lyhytaikaisesta erillään pitämisestä ei edellytetä hallintopäätöstä, vaikka kyse on käytännössä eristämisestä. Lyhytkestoisempien intensiteetiltään raskaiden rajoittamistoimenpiteiden käytön osalta oikeusturvajärjestelyt on pääosin huolehdittu muulla tavoin, esimerkiksi ilmoitusvelvollisuudella valvontaviranomaiselle (MTL 22f §). Toimenpiteiden vapauden riiston luonne huomioiden tämä ei välttämättä ole EIS:n ja EIT:n ratkaisukäytännön tai muiden ihmisoikeussopimusten valvontaelinten käytännön näkökulmasta riittävää.

Potilaslaissa ei ole säännelty täysi-ikäisen potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista somaattisessa hoidossa perusoikeuksien rajoittamiselta edellytettävällä tarkkarajaisuudella ja täsmällisyydellä.[1224] Voimassa oleva terveydenhuollon erityislakien rajoittamissääntely kattaa somaattisessa hoidossa esiintyvät tilanteet vain osittain. Somaattisessa hoidossa päätöksentekokyvyttömän potilaan ottaminen hoitoon sairaalan tai terveyskeskuksen osastolle tapahtuu nykytilanteessa ilman vapauden riistoon oikeuttavaa lain säännöstä joko sijaispäättäjän suostumuksella tai potilaan edun mukaisesti ilman suostumusta, mikä ei kiireellistä hoitoa lukuun ottamatta ole vapauden riiston luonteisena puuttumisena ihmisoikeussopimusten kanssa yhteensopiva menettely, eikä vastaa perustuslakivaliokunnankaan näkemystä, varsinkaan jos potilas osastolle tai hoitolaitokseen jäämistä vastustaa. Vapauden riistosta tulee säätää lailla. Vastaava ongelma on myös rajoittamistoimenpiteiden käytössä somaattisessa hoidossa, tapahtuipa se sijaispäättäjän suostumuksella tai potilaan edun nimissä tai muun henkilön suojelemiseksi. Intensiteetistä riippuen kyse on joko EIS 5 art., EIS 8 art. tai EIS 3 art. loukkauksesta; ja BLTS:n osalta 26 art. loukkauksesta. Lainsäädäntöaukon osalta terveydenhuollossa tulisi näissä tilanteissa soveltaa perus- ja ihmisoikeusnormeja, mikä on normien korkean abstraktiotason vuoksi vaativa tehtävä juridiikkaan kouluttamattomille terveydenhuollon ammattihenkilöille. Myöskään oikeusturvatakeet eivät somaattisessa hoidossa ole EIS:n tarkoittamalla tavalla riittävät, koska potilaalla ei ole mahdollisuuksia saattaa vapauden riistoa tai yksityisyyden suojaan puuttumista tuomioistuimen tai vastaavan toimielimen arvioitavaksi. Siten somaattisessa hoidossa toteutettavasta tahdosta riippumattomasta hoidosta ja rajoittamistoimenpiteiden käytöstä tällaisen hoidon aikana tulisi säätää lailla.

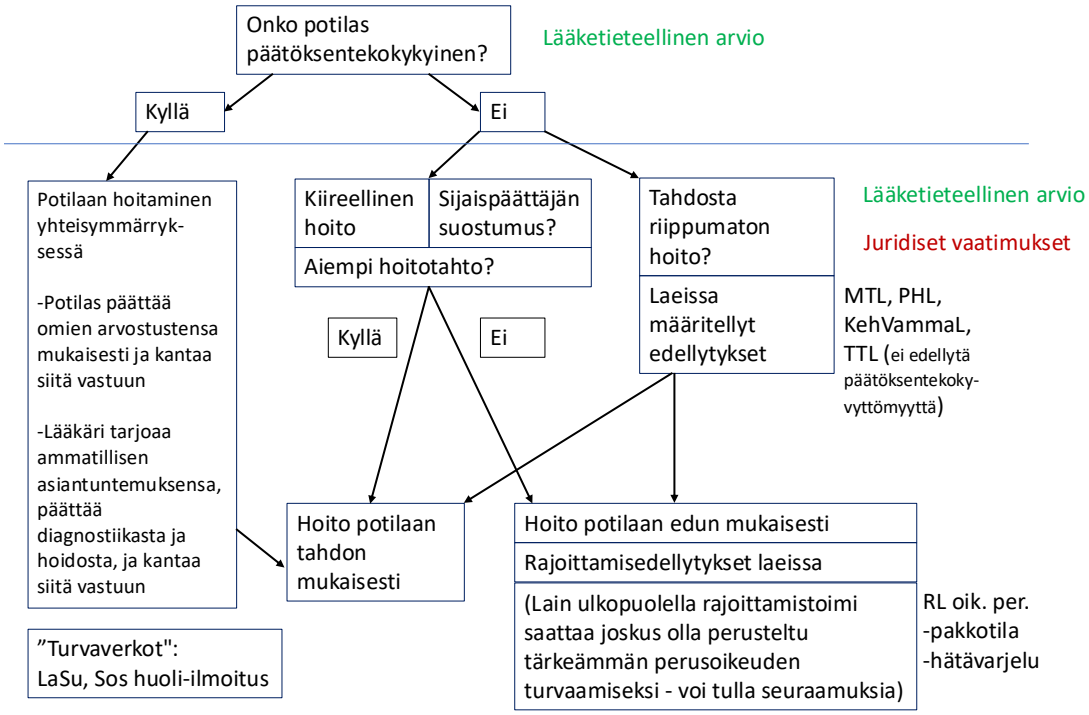
Somaattista tahdosta riippumatonta hoitoa ja rajoittamistoimenpiteitä koskeva sääntely ei kuitenkaan välttämättä olisi yhteensopivaa CRPD-komitean tulkintakäytäntöjen kanssa, vaikkakin täyttäisi 14 art. lailla säätämisen vaatimuksen. Lisäedellytyksenä sääntelyn yhteensopivuudelle CRPD:n kanssa olisi, että sääntely ei kohdistuisi CRPD:n vammaismääritelmän mukaisiin potilasryhmiin. Käytännössä kyvyttömyyttä ymmärtää tilannettaan ja käyttäytymisensä seurauksia ei CRPD:n näkökulmasta olisi mahdollista käyttää tahdosta riippumattoman hoidon tai rajoittamistoimenpiteiden perusteena henkiseen tai älylliseen vammaisuuteen

1224 EOA 14.4.2009 dnro 1073/2/07.

kohdistuvan syrjintäolettaman vuoksi. Tahdosta riippumattoman hoidon ja rajoittamistoimenpiteiden säätelyn kohdentaminen yhdenvertaisesti kaikkiin potilaisiin ei kuitenkaan olisi yhteensopivaa EIS:n 5.1 art. e-kohdan kanssa.

5.4 Yhteenveto itsemääräämisoikeutta ja rajoittamistoimenpiteitä koskevasta sääntelystä

Alla olevassa kuvassa esitetään voimassa olevan lainsäädännön mukainen yhteenveto potilaan itsemääräämisoikeudesta, suostumuskonstruktiosta ja tahdosta riippumattomasta hoidosta.



Kuva 2: Potilaan itsemääräämisoikeus, ratkaisut pätevän suostumuksen puuttumiseen ja tahdosta riippumaton hoito potilaslain ja muiden terveydenhuollon erityislakien nojalla

Lähtökohtana voimassa olevassa lainsäädännössä on potilaan hoitaminen yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Itsemääräämiseen kykenevällä potilaalla on oikeus antaa suostumus ja kieltäytyä hoidosta, ja vastuu tästä ratkaisustaan; lääkärillä taas on hoitotilanteessa vastuu lääketieteellisestä asiantuntemuksestaan ja potilaan riittävästä informoimisesta ennen tutkimusta ja hoitoa koskevaa päätöksentekoa.

Tilanteessa, kun täysi-ikäinen potilas ei kykene antamaan suostumustaan mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi, tulee potilaan tahdon selvittämiseksi kuulla sijaispäättäjää siitä, millainen hoito vastaisi potilaan tahtoa, ja saada tärkeisiin hoitopäätöksiin sijaispäättäjän suostumus. Kiireellisissä tilanteissa hoitoa voidaan antaa potilaan oletetun suostumuksen perusteella. Molemmissa tilanteissa on kuitenkin huomioitava potilaan aiemmin ilmaisema hoitotahto, jonka vastaisesti ei voida toimia. Potilasta voidaan tietyin edellytyksin hoitaa hänen tahdostaan riippumatta mielenterveyslain, päihdehuoltolain, tartuntatautilain ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain nojalla. Tällöinkin potilaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa niin pitkälle kuin mahdollista, ja laeissa oikeutettuja rajoittamistoimenpiteitä käyttää vain viimesijaisena keinona. Potilasta hoidetaan siis joko hänen tahtonsa mukaisesti tai viimesijaisesti hänen etunsa mukaisesti. Sääntelyn ulkopuolelle jäävissä tilanteissa voi olla mahdollista oikeuttaa rajoittamistoimenpiteiden käyttö rikoslain oikeuttamisperusteisiin vedoten, kuten somaattisessa hoidossa tällä hetkellä sääntelyn puutteessa toimitaan. Jälkikäteisarviossa voi kuitenkin osoittautua, ettei toiminta täytä rikoslain oikeuttamisperusteita.

Tapauksessa KKO:2019:98 vastuuta itsemääräämiseen kykenevän potilaan menehtymisestä sydäninfarktin ja viivästyneen hoidon seurauksena jaettiin molemmille osapuolille, potilaalle ja lääkärille. Potilas oli hakeutunut rintakivun vuoksi terveyskeskukseen viiveellä, ja alkuun kieltäytynyt lähtemästä sairaalahoitoon ja lisäksi kieltäytynyt myöhemminkin ambulanssikuljetuksesta. Lääkärin todettiin laiminlyöneen sydäninfarktidiagnoosin asettamisen, vaikka sydäninfarktin merkit näkyivät jo ensimmäisenä otetussa sydänfilmissä; hoito-ohjeen mukaisen lääkehoidon aloittamisen, potilaan riittävän informoimisen terveydentilasta, hoidosta ja hoidosta kieltäytymisen riskeistä; ja potilaan siirtokuljetuksen järjestämisen ambulanssilla sekä ennakkoilmoituksen vastaanottavaan sairaalaan. KKO:n arvion mukaan lääkärin menettely oli kokonaisuudessaan viivästyttänyt hoitotoimenpiteeseen pääsyä kolme tuntia. KKO totesi lääkärin syyllistyneen tuottamukselliseen virkavelvollisuuden[1225] rikkomiseen, ja tekoa ei ollut pidettävä kokonaisuutena arvostellen vähäisenä, koska alueellinen hoito-ohje oli jäänyt suurelta osin noudattamatta ja lääkärin menettelystä johtuneen viiveen arvioitiin korottaneen merkittävästi potilaan kuoleman riskiä.[1226]

1225 Virkavelvollisuuden sisältö määräytyy L Kunnan ja hyvinvointialueen viranhaltijasta (304/2003) 17.1 §:n mukaan: viranhaltijan on suoritettava virkasuhteeseen kuuluvat tehtävät asianmukaisesti ja viivytyksettä noudattaen asianmukaisia säännöksiä ja määräyksiä sekä työnantajan työnjohto- ja valvontamääräyksiä. Vakiintuneille tavoille, kuten terveydenhuollossa kehittyneelle hyvän hoidon standardille, voidaan antaa merkitystä, kun arvioidaan tehtävien suorittamisen asianmukaisuutta. KKO:2019:98 kohta 10.

1226 KKO:2019:98. KKO totesi, että jos potilas omasta tilastaan ja hoitovaihtoehdoista tietoisena vastustaa hoitoa ja tutkimuksia ja ne jäävät tästä syystä tekemättä, ei kyse ole siitä, että lääkäri olisi laiminlyönyt potilaan hoidon. Asiassa katsottiin riidattomaksi, että potilas oli ensin kieltäytynyt lähtemästä sairaalahoitoon, vaikka lääkäri oli esittänyt epäilevänsä sydänperäistä sairautta. Potilas oli suostunut läh-

Potilaan hoitaminen lähtökohtaisesti yhteisymmärryksessä hänen kanssaan on yhteensopivaa ihmisoikeussopimusten kanssa. Tilanteet, joissa potilas ei kykene päättämään hoidostaan, on potilaslaissa ratkaistu BLTS:n kanssa yhteensopivasti kiireellisen hoidon oikeuttavalla säännöksellä, sijaispäättäjän käytöllä ja hoitotahdolla; sekä tahdosta riippumattomalla hoidolla, josta säännellään erillisissä laeissa. Voimassa olevan potilaslain 5, 6, 8 ja 9 §:ien itsemääräämisoikeutta koskeva sääntely täyttää päätöksentekoon kykenemättömän täysi-ikäisen potilaan kohdalla varsin hyvin BLTS:n ja Euroopan neuvoston ministerikomitean suosituksen Rec(99)4 vaatimukset, vaikka täsmennettävääkin löytyy. Sääntely ei edellä kuvatusti kuitenkaan ole kaikilta osin yhteensopivaa CRPD:n kanssa.[1227]

CRPD-komitean mukaan sijaispäätöksenteko tulisi korvata tuetulla päätöksenteolla, ja edes päätöksenteon tuen kanssa rinnakkaiset sijaispäätöksentekojärjestelyt eivät ole CRPD:n kanssa yhteensopivia. CRPD-komitean määritelmä sijaispäätöksenteosta poikkeaa kuitenkin perinteisestä sijaispäätöksenteon määritelmästä kolmannen henkilön toimesta tapahtuvana päätöksentekona, mikä voi helpottaa ihmisoikeusnormien ja tulkintakäytäntöjen yhteensovittamista. Lähtökohtainen potilaan tahdon kunnioittaminen voimassa olevan potilaslain mukaisessa sijaispäätöksenteossa on yhteensopivaa CRPD:n kanssa: potilaan tahdon ja mieltymysten kunnioittaminen on lähtökohta myös CRPD:n mukaisessa päätöksenteon tukemisessa. Viime kädessä potilaan edun mukainen hoitaminen ei kuitenkaan ole CRPD-komitean mukaan sopimuksen kanssa yhteensopivaa, ja tulisi komitean mukaan korvata parhaalla tulkinnalla potilaan tahdosta ja mieltymyksistä. CRPD-komitea ei kuitenkaan ole ottanut kantaa siihen, kuka antaa suostumuksen hoitoon ns. full support -tilanteissa ja hätätilanteissa, vai sallitaanko näissä tilanteissa jatkossakin

---

temään sairaalaan vasta usean suostutteluyrityksen jälkeen. Potilasasiakirjoissa ei ollut merkintää potilaan hoidosta kieltäytymisestä eikä siitä, minkä sisältöinen selvitys potilaalle on annettu hänen terveydentilastaan, hoitovaihtoehdoista ja hoidosta kieltäytymisen riskeistä. Lääkäri ei oikeudenkäynnissäkään väittänyt kertoneensa potilaalle, että sydänfilmi olisi osoittanut merkkejä sydäninfarktista, joka hoitamattomana voisi johtaa potilaan menehtymiseen. KKO katsoi, ettei potilaalla ollut riittäviä tietoja hoidostaan päättämiseen. Puutteena pidettiin, ettei potilasta informoitu hengenvaarallisesta tilanteesta ja hoidosta kieltäytymisen kohtalokkaista seurauksista. Suorasanaisempi informaatio olisi KKO:n mukaan ollut perusteltua viimeistään, kun oli osoittautunut, ettei potilas ymmärtänyt muuten tilansa vakavuutta ja sairaalahoidon kiireellisyyttä. KKO:n mukaan potilaan informoiminen on ollut lääkärin vastuulla. Kun näin ei ole toimittu, viivästys sairaalaan lähtemisessä ei alkuvaiheen jälkeen ole johtunut siitä, että potilas olisi käyttänyt itsemääräämisoikeuttaan. Asiassa ei myöskään osoitettu potilaan kieltäytyneen yhteydenpidosta sairaalaan tai asianmukaisesta lääkityksestä. Kuolemantuottamusarvioinnin osalta ratkaisussa huomioitiin potilaan korkea ikä, vaikea kolmen suonen sepelvaltimotauti, kauan jatkunut sydäninfarkti ja siten pitkä viive ennen terveyskeskukseen hakeutumista sekä lausunnoissa kuvatut yksilötason ennusteeseen liittyvät huomattavat epävarmuustekijät. KKO totesi, ettei voida poissulkea mahdollisuutta, että potilas olisi kuollut sydäninfarktiin siinäkin tapauksessa, että lääkäri ei olisi syyllistynyt hänen syykseen tuottamuksellisen virkavelvollisuuden rikkomisen osalta luettuun huolimattomuuteen. KKO hylkäsi syytteen kuolemantuottamuksesta. KKO:2019:98, kohdat 24-29.

1227 Ks. luku itsemääräämisoikeudesta ihmisoikeussopimuksissa.

potilaan oletettuun suostumukseen perustuva hoitaminen. CRPD-komitea ei myöskään ole ottanut kantaa siihen, miten tulee menetellä tilanteissa, kun potilaan tahto ja mieltymykset ovat keskenään ristiriitaiset, tai tilanteessa kun nykykäsityksen mukaan alentuneesti päätöksentekokykyinen tai päätöksentekokyvytön henkilö kieltäytyy päätöksenteon tukemisesta tärkeässä hoitopäätöksessä, jolloin relatiivisen autonomiakäsityksen mukainen autonomisuus ei välttämättä toteudukaan. Kiireellisen hoidon antaminen kohtelee periaatteiltaan kaikkia potilaita yhdenvertaisesti, ja on siten lähtökohtaisesti yhteensopivaa CRPD:n kanssa.

Voimassa oleva tahdosta riippumatonta hoitoa ja rajoittamistoimenpiteitä koskeva sääntely on kohderyhmältään ja perusteiltaan yhteensopivaa EIS:n, BLTS:n ja YK:n vanhempien ihmisoikeussopimusten kanssa, mutta sääntelyn oikeusturvamekanismit eivät välttämättä ole ainakaan intensiteetiltään raskaimpien rajoitustoimenpiteiden osalta linjassa ihmisoikeussopimusten valvontaelinten ratkaisukäytännön kanssa, vaikka noudattavatkin perustuslakivaliokunnan käytäntöä. Somaattisen hoidon osalta toiminta ei lainsäädännön puutteen vuoksi ole linjassa vanhempienkaan ihmisoikeussopimusten velvoitteiden kanssa siltä osin, kun päätöksentekokyvyttömän potilaan sairaalahoitoon ottaminen tapahtuu ilman suostumusta tai sijaispäättäjän suostumuksella, somaattisessa hoidossa käytetään rajoittamistoimenpiteitä ilman siihen oikeuttavaa lain säännöstä, ja oikeusturvamekanismeja ei ole käytössä. CRPD:n myötä tilanne on erilainen: CRPD:n 14, 15 ja 17 art. ja CRPD-komitean tulkinnan mukaan sopimuksen tarkoittamiin vammaisiin kohdistuvasta tahdosta riippumattomasta hoidosta ja rajoittamistoimenpiteiden käytöstä tulisi yhdenvertaisuusnäkökulmasta kokonaan luopua. Tahdosta riippumaton hoito ja toimenpiteet katsotaan vammaisiin kohdistuvaksi syrjinnäksi, ja siten kidutuksen ja epäinhimillisen kohtelun kieltoa loukkaaviksi toimiksi. CRPD ei välttämättä poissulje tahdosta riippumatonta hoitoa ja rajoittamista, jos se kohdistuu yhdenvertaisesti kaikkiin potilaisiin, mikä ei taas ole linjassa EIS:n ja BLTS:n kanssa.

Perus- ja ihmisoikeusjärjestelmä on kokonaisuus, jonka oikeuksia tulee myös toteuttaa kokonaisuutena, eri oikeuksia yhteensovittaen. Perus- ja ihmisoikeuksien kollisioiden ratkaisut kansallisessa potilaslaissa ja voimassa olevassa rajoittamissääntelyssä vaihtelevat tapauskohtaisesti. Lähtökohtaisesti itsemääräämisen periaate arvotetaan potilaslaissa suojelemisen periaatetta, hengen ja terveyden suojaa korkeammalle, mutta tästä poiketaan hengen ja terveyden suojelemiseksi päätöksentekokyvyttömien potilaiden kohdalla sijaispäättäjää käytettäessä, ja kiireellisissä hoitotilanteissa, mikäli potilaan aiempi hoitotahto ei muuta edellytä. Rajoittamissääntelyssä korostetaan suojelemisen periaatetta itsemääräämisoikeutta unohtamatta. Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrääminen ei edellytä potilaan tai sijaispäättäjän suostumusta. Riittää, että laissa määritellyt perusteet tahdosta riippumattomalle hoidolle lääketieteellisen arvion mukaan täyttyvät. Tahdosta riippumattoman hoidon aikana kuitenkin tulee pyrkiä potilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamiseen niin pitkälle kuin mahdollista. Rajoittamistoimenpiteisiin voidaan

turvautua vain, jos yhteisymmärryksessä hoitaminen ei onnistu, ja potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen potilaan tai muiden henkilöiden suojelemiseksi on välttämätöntä, oikeasuhtaista ja se täyttää hyväksyttävän perusteen. Itsemääräämisoikeuden ja suojelemisen periaatteita optimoidaan tapauskohtaisesti eri tilanteissa eri tavoin, mutta kumpikaan periaate ei täysin menetä merkitystään voimassa olevaan kansalliseen sääntelyyn sisältyvissä punnintatilanteissa. Rajoittamissääntelyssä suojeleminen saa kuitenkin enemmän painoarvoa. CRPD:n ja CRPD-komitean tulkintakäytännön myötä painotus voi kuitenkin olla siirtymässä yhdenvertaisuusperusteella itsemääräämisoikeuden puolelle suojelemisen kustannuksella. Ihmisoikeustason normi- ja tulkintaristiriidat haastavat paitsi nykyisen potilaan itsemääräämisoikeutta, tahdosta riippumatonta hoitoa ja rajoittamistoimenpiteitä koskevan sääntelyn tartuntatautilakia lukuun ottamatta, myös somaattiseen hoitoon liittyvät ”uudet” sääntelytarpeet.

6 Rajoittaminen täysi-ikäisen potilaan somaattisessa hoidossa eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisukäytännössä

6.1 Rajoittamisen taustasyyt, perusteet ja oikeuttaminen

6.1.1 Taustasyyt rajoittamiselle

Somaattista hoitoa koskevan sääntelyaukon osalta rajoittamistoimenpiteiden käytön nykytilaa, rajoittamisen syitä, käytettyjä rajoitustoimenpiteitä ja varsinaisen sääntelyn puuttuessa sovellettua muuta sääntelyä analysoidaan eduskunnan oikeusasiamiehen[1228] 2000-luvun ratkaisukäytännöstä. Koska kaikista rajoittamistilanteista ei kannella eteenpäin, eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisukäytäntö edustaa vain osaa somaattisessa terveydenhuollossa tapahtuneista itsemääräämisoikeuden rajoittamistilanteista.

Rajoittamiskäytäntöjen nykytilan analysoinnissa on perus- ja ihmisoikeusnäkökulmasta oleellista perus- ja ihmisoikeuksien keskinäinen punninta kollisiotilanteissa, perus- ja ihmisoikeuksien yleisten rajoittamisedellytysten soveltaminen, perus- ja ihmisoikeusrajoituksen sallittu laajuus ja rajoittamisen oikeuttaminen sääntelemättömässä tilanteessa. Ratkaisuja tarkastellaan EOA:n tapaan Euroopan ihmisoikeussopimuksen ja kansallisen perusoikeus- ja muun voimassa olevan sääntelyn kautta. CRPD:n näkökulmaa ei analysoinnissa ole käytetty. Vaikka vammaissopimus on ratifioitu 2016, tutkimusaineistoon sisältyvistä 2016 tai myöhemmin diaariin kirjatuista yhteensä 24 ratkaisusta sitä oli käytetty oikeusohjeena vain yhdessä ratkaisussa.[1229] Tutkimusaineistoksi valikoiduista eduskunnan oikeusasiamiehen kaikkiaan 75 ratkaisusta 42 käsitteli itsemääräämisoikeuden rajoittamistoimenpiteitä. Lähes

1228 Eduskunnan oikeusasiamiehestä annetun lain (197/2002) 2 §:n mukaan jokaisella, joka katsoo valvottavan tehtävässään menetelleen lainvastaisesti tai jättäneen velvollisuuksiaan täyttämättä, on oikeus kannella asiasta eduskunnan oikeusasiamiehelle. Oikeusasiamies voi 4 §:n nojalla ottaa asioita tutkittavakseen myös oma-aloitteisesti. Oikeusasiamies toimii 11a §:n mukaisesti myös kidutuksen tai muun julman, epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen vastaisen yleissopimuksen valinnaisen pöytäkirjan 3 art. tarkoittamana kansallisena valvontaelimenä.

1229 CRPD oikeusohjeena ratkaisussa EOAK/1291/2021. Tutkimusaineiston muiden 2016 tai sen jälkeen diaariin kirjattujen yhteensä 24 ratkaisun osalta seitsemän oli eri yksiköiden tarkastuskertomuksia, joista neljässä sairaalatarkastusta koskevassa mainittiin EOA:n rooli osana CRPD:n 33 art. 2 kohdan mukaista rakennetta, joka edistää, suojelee ja seuraa vammaisten oikeuksien toteumista. Sopimusta ei kuitenkaan käytetty oikeusohjeena. Kolmessa päivystysyksikköä koskevassa tarkastuskertomuksessa EOA:n valvontaroolia CRPD:n suhteen ei mainittu. Kaikkiaan 16 kanteluratkaisussa CRPD:a ei oikeusohjeena mainittu lainkaan. Tähän tietysti vaikuttaa kantelun aihepiiri, mutta CRPD:a ei mainittu myöskään potilaan hoitoon liittyvien osin edunvalvonta-asioita koskevien ratkaisujen (EOAK/3823/2020, EOAK/2910/2016), eikä rajoittamistoimenpiteiden käyttöä koskevien ratkaisujenkaan (EOAK/4191/2018, EOAK/5485/2018) oikeusohjeissa.

poikkeuksetta näissä ratkaisuissa arvioituja rajoittamistoimenpiteitä oli käytetty ilman lakiin perustuvaa säännöstä.[1230]

Ratkaisulyhennelmistä etsittiin tilannekohtaisia taustasyitä rajoittamistoimenpiteiden käytölle, eli syitä, jotka kussakin tilanteessa olivat johtaneet rajoittamistoimenpiteiden käyttöön. Lukuvaiheessa aineistosta nousivat rajoittamistoimenpiteiden käyttöön johtaneina syinä esiin potilaan väkivaltainen käytös, potilaan päihtymys, potilaan sekavuus tai levottomuus sekä potilaan itsetuhoinen käytös tai puheet. Näiden lisäksi taulukoitiin myös, mikäli tilannekohtainen taustasyy ei tullut ratkaisulyhennelmästä esille tai mikäli rajoittamistoimenpiteeseen näytti olleen muu kuin edellä mainittu taustasyy.

Selkeimmin rajoittamistoimenpiteiden käyttöön johtaneena taustasyynä ratkaisuista nousi esiin potilaan väkivaltainen käytös, joka vaikutti johtaneen yksinään tai yhdessä muun tai muiden syiden kanssa rajoittamistoimenpiteen käyttöön 21 ratkaisussa 42:sta. Väkivaltaisuus ilmeni ratkaisulyhennelmissä paitsi sanoilla väkivaltaisuus ja aggressiivisuus[1231], tai muutoin vaaraksi itselleen tai muille[1232], myös seuraavilla kuvauksilla. Potilaan kuvattiin huutaneen, heittäneen hoitajaa kaarimaljalla sekä yrittäneen hirttäytyä huoneen vuodevaatteista tekemänsä köyden avulla.[1233] Toisessa ratkaisussa potilaan käyttäytyminen luonnehdittiin uhkaavaksi ja arviointitilanne jouduttiin keskeyttämään useaan kertaan, koska potilas yritti syöksyä hoitohenkilökunnan päälle ja uhkaili läsnäolijoita väkivallalla.[1234] Aggressiivisesti kotipalvelun työntekijöitä kohtaan käyttäytynyt potilas oli puolestaan terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yrittänyt käydä kahdesti lääkärin kimppuun. Lisäksi potilas oli ambulanssiin siirrettäessä potkinut ja raapinut niin, että kaksi ensihoitajaa ja kaksi poliisia eivät pärjänneet tilanteessa.[1235] Eräässä ratkaisulyhennelmässä potilaan kuvattiin uhanneen fyysisellä väkivallalla muita potilaita ja henkilökuntaa, sekä uhanneen tulla myöhemmin vakavasti vahingoittamaan koko päivystystä isolla autolla sisään ajaen. Lisäksi potilaan kuvattiin heitelleen sisätiloissa tuoleja päin seiniä ja lasiovia.[1236] Ratkaisussa dnro 4318/4/15 potilaan käytöstä luonnehdittiin pelkästään uhkaavaksi, mitä pidettiin riittämättömänä kirjauksena lepositeiden käytön näkökulmasta.[1237]

1230 Kaikkiaan 37 ratkaisussa 42:sta oli kyse rajoittamistoimenpiteistä ilman lakiin perustuvaa säännöstä.
1231 Esimerkiksi ratkaisuissa EOAK/4191/2018, EOA dnro 2810/4/10 termi väkivaltaisuus. Ratkaisuissa dnro 4745/4/11, EOAK/729/2018, EOAK/1601/2018, EOAK/3009/2019 ja EOA dnro 1768/4/15 käytetään termiä aggressiivisuus. Jossain määrin väkivaltaiseksi kuvaillaan potilaan käytöstä ratkaisussa dnro 2573/2/04, kun potilas oli tarttunut hoitavaa lääkäriä käsivarsista.
1232 Esimerkiksi EOAK/1601/2018 ja EOAK/3009/2019.
1233 EOA dnro 3285/4/04, s.1.
1234 EOA dnro 4181/4/09, jossa oli kyse somaattisen hoidon lisäksi psykiatrisesta hoidosta.
1235 EOA dnro 85/4/04.
1236 EOAK/5485/2018.
1237 EOA dnro 4318/4/15, s.6.

Potilaan sekavuus tai levottomuus oli rajoitustoimenpiteisiin johtaneena taustasyynä 11 ratkaisussa ja potilaan itsetuhoinen käytös tai puheet 9 ratkaisussa, joko yksinään tai yhdessä muiden syiden kanssa. Sekavuutta tai levottomuutta kuvattiin ratkaisulyhennelmissä esimerkiksi seuraavasti: harhainen, kireä, verbaalisesti aggressiivinen; kertoi ulko-oven toisella puolen olevan 100 venäläistä miestä odottamassa ja huitoi ilmaa nyrkeillään; näkee harhoja ja sekava.[1238] Toisen ratkaisulyhennelmän mukaan potilas oli täysin desorientoitunut ajan ja paikan suhteen, levoton repien kaikki monitorijohdot irti, lisäksi potilas touhusi levottomasti ja puhui sekavia ja oli välillä selvitysten mukaan erittäin rauhaton.[1239] Itsetuhoista käytöstä tai puheita kuvattiin ratkaisulyhennelmissä paitsi itsetuhoisena käytöksenä tai ajatuksina[1240] myös esimerkiksi siten, että potilas oli ottanut itsemurha-ajatuksissa alkoholia ja lääkkeitä, tuottanut myös ensiavussa itsemurha-ajatuksia ja lisäksi potilas oli ilmaissut ”aikovansa hirttäytyä telemetriapiuhaan”, jos joutuu jäämään sairaalaan.[1241]

Potilaan päihtymys oli johtanut rajoitustoimenpiteiden käyttöön vain neljässä ratkaisussa, yhdessä muiden syiden kanssa. Päihtymystilaa kuvattiin joko promillelukemalla[1242] tai sanallisesti esimerkiksi vahvasti päihtynyt[1243], keskivahvassa humalatilassa[1244] tai alkoholin vaikutuksen alainen[1245]. Kuudessa ratkaisussa rajoittamistoimenpiteiden käyttöön vaikutti johtaneen muu kuin edellä mainittu taustasyy. Näitä syitä olivat esimerkiksi potilaan kyvyttömyys huolehtia itsestään[1246], ”vakiintunut hoitokäytäntö” ja epäily potilaan kyvyttömyydestä havainnoida vointiaan[1247], potilaan oiretiedostamattomuus ja kotona pärjäämisen vaikeus[1248], sekä epäily potilaan taloudellisesta hyväksikäytöstä[1249]. Yhdeksässä ratkaisulyhennelmässä taustasyy ei tekstistä selvinnyt.

6.1.2 Rajoittamisen perusteet

Perustuslakivaliokunnan määrittelemien perusoikeuksien yleisten rajoitusperusteiden mukaan perusoikeuden rajoittamisperusteen tulee olla perusoikeusjärjestelmän kokonaisuuden kannalta hyväksyttävä. Rajoitusperusteena voi siten olla esimerkiksi pyrkimys suojata jonkin muun perusoikeuden toteutumista tai saavuttaa joku muu

1238 EOA dnro 1543/4/12.
1239 EOA dnro 3494/4/09.
1240 Itsetuhoisista ajatuksista tai käytöksestä esimerkiksi ratkaisulyhennelmissä EOAK/5485/2018, EOA dnro 3721/4/14, EOA dnro 1768/4/15.
1241 EOAK/2810/4/10.
1242 Esimerkiksi EOA dnro 1768/4/15 ja dnro 2573/2/04.
1243 EOA dnro 2573/2/04.
1244 EOA dnro 3285/4/04.
1245 EOA dnro 3721/4/14.
1246 EOA dnro 4398/4/12.
1247 EOA dnro 1418/4/15.
1248 EOAK/6590/2019.
1249 EOA dnro 1931/2/12.

sellainen päämäärä, joka on perusoikeusjärjestelmän kokonaisuuden kannalta objektiivisesti arvioiden hyväksyttävä.[1250] Rajoittamisperusteina nousivat rajoittamistoimenpiteitä koskevissa ratkaisuissa lukuvaiheessa vahvasti esiin mielenterveyslain mukaiset rajoittamisperusteet: potilaan hengen ja terveyden suoja, potilaan turvallisuus, muiden henkilöiden hengen ja terveyden suoja ja muiden henkilöiden turvallisuus. Näiden lisäksi matriisiin taulukoitiin, mikäli rajoittamistoimenpiteen peruste ei tullut ratkaisulyhennelmässä esiin, sekä mikäli rajoittamistoimenpiteelle oli jokin muu peruste.

Vahvimmin rajoittamistoimenpiteen perusteena nousi esiin potilaan turvallisuus, joka esiintyi kaikkiaan 24 ratkaisussa 42:sta joko yksin tai yhdessä muiden perusteiden kanssa. Potilaan hengen ja terveyden suojaaminen esiintyi rajoittamisperusteena 13 ratkaisussa ja muiden henkilöiden turvallisuus 12 ratkaisussa joko yksin tai yhdessä muiden perusteiden kanssa. Lähes yhtä monessa ratkaisussa (14:ssa) rajoittamistoimenpiteen peruste ei tullut ratkaisulyhennelmässä esiin. Muiden henkilöiden hengen ja terveyden suojaaminen esiintyi rajoittamisperusteena vain kuudessa ratkaisussa yksin tai yhdessä muiden perusteiden kanssa, ja yhtä monessa ratkaisussa rajoittamistoimenpiteelle vaikutti olevan muu kuin edellä mainittu peruste. Esimerkiksi ratkaisussa EOA dnro 1913/2/12, jossa oli kyse jonkinlaisesta potilaan taloudellisesta hyväksikäytöstä tai sen epäilystä, rajoittamistoimenpiteisiin ryhdyttiin näennäisesti MTL:n mukaisen potilaan turvallisuuden näkökulmasta, mutta ei tunnistettu sitä, ettei mielenterveyslain 8 §:n säännös potilaan turvallisuuden vaarantumisesta tarkoita taloudellista turvallisuutta, vaan potilaan itsetuhoisuutta tai kyvyttömyyttä huolehtia omista perustarpeistaan. Ratkaisussa dnro 3586/4/12 oli puolestaan kyse tapaturmapotilaiden kaavamaisesta puhalluttamisesta, jossa perusteena oli elämäntapaohjauksen tavoite sekä mahdollisen alkoholin käytön vaikutukset kipulääkityksiin ja jatkohoitoon. Ratkaisussa dnro 1073/2/07 mainittiin mielenterveyslain mukaisten perusteiden lisäksi perusteena potilaan oikeus hyvään hoitoon ja toisaalta henkilökunnan oikeus työturvallisuuteen. Tätä korostettiin myös ratkaisussa dnro 953/4/12, jossa oli eristämisen osalta kyseessä ollut pakottava vaaratilanne, ja todettiin, että potilaan sijoittamista eristykseen oli voitu perustella muille päivystyksen potilaille aiheutetun häiriön estämisellä ja potilaan oman yksityisyyden suojan ja turvallisuuden varmistamisella[1251]. Ratkaisulyhennelmässä dnro 3296/4/09 oli kyse lääkeinjektioiden antamisesta potilaalle psykiatrisessa hoidossa, jotta osaston muiden potilaiden hoito tai toipuminen ei vaarantuisi sekä potilaan levottomuuden ja kiihtyneisyyden rauhoittamiseksi. Selvityksistä jäi epäselväksi, olisiko lääkeinjektion antamatta jättäminen vaarantanut potilaan tai muiden terveyttä ja turvallisuutta MTL:ssa tarkoitetulla tavalla.

1250 EOAK/2458/2019, s. 10.

1251 Ratkaisussa EOA dnro 953/4/12 viitataan myös toiseen EOA ratkaisuun dnro 2213/4/07, jota ei löydy sähköisestä ratkaisuhausta, mutta referoitu ratkaisussa EOA dnro 1073/2/07.

Kaikkiaan kuudessa ratkaisussa rajoittamistoimenpiteen käytön perusteena nousivat esiin sekä potilaan hengen ja terveyden suojaaminen, potilaan turvallisuus, muiden henkilöiden hengen ja terveyden suojaaminen, että muiden henkilöiden turvallisuus. Näissä ratkaisuissa rajoittamistoimien tilannekohtaisina taustasyinä olivat potilaan väkivaltainen käytös, sekä potilaan sekavuus tai potilaan itsetuhoinen käytös tai puheet yhdessä tai erikseen.

EOA on ratkaisukäytännössään huomioinut edellä mainittujen rajoittamisperusteiden lisäksi rajoittamisperusteena myös välttämättömän terveydenhoidon ja huolenpidon turvaamisen, ja todennut, että perustuslain 19.1 § julkista valtaa velvoittava välttämättömän huolenpidon turvaaminen kaikille, jotka eivät siihen itse kykene, voi joskus vaatia myös henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen puuttumista.[1252] Ratkaisukäytännössä on pidetty hyväksyttävänä rajoitustoimia, joita toteutetaan esimerkiksi vaikeasti dementoituneen potilaan hoidossa hänen turvallisuutensa takaamiseksi.[1253] Hoitopaikan tulee kuitenkin olla oikeanlainen ja potilaille tulee taata PL 19.3 §:n mukaisesti riittävät terveyspalvelut, jotta potilaan oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin toteutuu. Esimerkiksi vaikeasti muistisairaiden potilaiden hoitaminen asianmukaisten hoitopaikkojen puutteen vuoksi terveyskeskusten vuodeosastolla pakkotilassa heidän perusoikeuksiaan rajoittaen ei ole hyväksyttävää eikä ihmisarvon mukaista kohtelua.[1254] Toisaalta EOA:n ratkaisussa on katsottu alkoholinkäytön vieroitusoireista ja sekavuustilasta kärsineen potilaan asianmukaiseksi hoitopaikaksi rajoittamistoimenpiteiden käytön tarpeesta huolimatta sairaalan somaattinen osasto liitännäissairauksien ja tutkimusmahdollisuuksien näkökulmasta, ja toisaalta siksi, että kaikki mielenterveyslain mukaiset edellytykset tahdosta riippumattomalle psykiatriselle hoidolle eivät tilanteessa täyttyneet.[1255] Myös EIT on edellä todetusti edellyttänyt, että tahdosta riippumattoman hoitopaikan ja hoidon tulee vastata vapauden riiston perustetta.

EOA on viitannut hyväksyttävän perusteen lisäksi perustuslakivaliokunnan linjauksiin myös rajoitusten välttämättömyyden, suhteellisuuden ja tarkoitussidonnaisuuden osalta. Rajoitusten on oltava välttämättömiä hyväksyttävän tavoitteen saavuttamiseksi, eli tilanteen tulee olla sellainen, että hyväksyttävä tavoite ei ole saavutettavissa perusoikeuteen vähemmän puuttuvin keinoin. Perusoikeuksia ei myöskään ole sallittua rajoittaa tarpeettomasti tai varmuuden vuoksi, vaikka käsillä olisikin sinänsä hyväksyttävä rajoitusperuste.[1256] Suojattavan intressin painavuutta tulee punnita suhteessa rajoitettavan oikeuden tärkeyteen, ja rajoittaminen ei saa

1252 EOA dnro 363/4/09. Vastaavasti EOAK/3007/2019, s. 9.
1253 EOA dnro 363/4/09.
1254 EOA dnro 4913/4/12.
1255 EOA dnro 3494/4/09.
1256 EOAK/2458/2019, s. 10.

mennä pidemmälle kuin on näiden yhteen sovittamiseksi perusteltua. EOA käyttää esimerkkinä itsemääräämisoikeuden ja vapauden rajoittamista välttämättömässä laajuudessa potilaan turvallisuuden takaamiseksi.[1257] Lisäksi suhteellisuusperiaate edellyttää, että toimenpiteestä on enemmän hyötyä kuin haittaa.[1258] Rajoitustoimenpiteiden hyväksyttävyyden kannalta olennaista on sekin, onko rajoitustoimenpiteeseen turvauduttu vasta viimeisenä vaihtoehtona eikä vajavaisen henkilöresursoinnin korvikkeena.[1259]

6.1.3 Rajoittamisen oikeuttamisperusteena pakkotila, hätävarjelu tai potilaan suostumus

6.1.3.1 Pakkotila tai hätävarjelu oikeuttamisperusteena

Terveydenhuoltolainsäädännössä ei pääsääntöisesti ole säännöksiä potilaan itsemääräämisoikeuden tai henkilökohtaisen vapauden ja koskemattomuuden rajoittamistoimenpiteistä somaattisessa hoidossa.[1260] Näin ollen tiukasti perus- ja ihmisoikeuksien rajoittamisedellytyksiä tulkiten rajoittamistoimenpiteitä ei saisi lainkaan käyttää, koska lailla säätämisen vaatimus ei täyty. Käytännössä terveydenhuollossa kuitenkin kohdataan yleisesti tilanteita, joissa joudutaan potilaan rauhattomuuden, sekavuuden tai väkivaltaisuuden vuoksi turvautumaan joko potilaan tai toisen henkilön terveyden tai turvallisuuden takaamiseksi itsemääräämisoikeutta rajoittaviin toimenpiteisiin.[1261] Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisukäytännössä itsemääräämisoikeuden rajoittamista on oikeuttamisnäkökulmasta perusteltu rikoslain (39/1889) yleisiä oikeuttamisperusteita koskevilla säännöksillä hätävarjelusta ja pakkotilasta. Pakkotilaperuste mainittiin 42:sta rajoittamistoimenpidettä käsitelleestä kanteluratkaisusta 24:ssa ja hätävarjeluperuste 17:ssa ratkaisussa joko yhdessä tai erikseen. Näistä kolmessa ratkaisussa todettiin, etteivät rikoslain oikeuttamisperusteet sovellu tapaukseen. Kaikkiaan 13 ratkaisulyhennelmässä ei mainittu oikeuttamisperusteita lainkaan.

Hätävarjelulla tarkoitetaan rikoslain 4:4 §:n (515/2003) mukaan puolustustekoa, jolla torjutaan aloitettu ja välittömästi uhkaava oikeudeton hyökkäys, jos puolustusteko on kokonaisuutena arvioiden hyväksyttävä huomioiden hyökkäyksen laatu ja voimakkuus, puolustautujan ja hyökkääjän henkilö ja muut olosuhteet. Rikoslain esitöiden mukaan voimankäytön puolustettavuutta arvioitaessa tulee huomioida suojeltavan edun merkitys ja hyökkäyksen vaarallisuus sekä puolustuksessa käytetyn väkivallan ja sen aiheuttamien vahinkojen suuruus. Esimerkiksi vähäarvoisen omai-

1257 EOAK/2458/2019, s. 10.

1258 EOA dnro 363/4/09.

1259 EOA dnro 363/4/09. Tätä PL 19.1§ mukaista välttämättömän huolenpidon hyväksyttävyysperustetta ei ole käytetty esim. päihtyneitä potilaita koskevissa EOA kanteluratkaisuissa.

1260 Sääntelyä on TTL:ssa, PHL:ssa ja tarkkailulähetearvion osalta MTL:ssa. Sääntely kattaa vain osan tilanteista.

1261 EOA dnro 1073/2/07.

suusedun pelastamiseksi ei ole lupa aiheuttaa henkeen tai terveyteen kohdistuvia vammoja. Hätävarjelulla voi suojata mitä tahansa oikeudellisesti merkittävää etua.[1262]

Rikoslain 4:5 §:n (515/2003) mukaan oikeudellisesti suojattua etua uhkaavan välittömän ja pakottavan vaaran torjumiseksi tarpeellinen teko on pakkotilatekona sallittu, jos teko on kokonaisuutena arvioiden puolustettava, kun otetaan huomioon pelastettavan edun ja teolla aiheutetun vahingon ja haitan laatu ja suuruus, vaaran alkuperä sekä muut olosuhteet.[1263] Koska pakkotilassa suojataan arvokkaampana pidettävää etua, edellytetään etujen välistä punnintaa. Lisäksi vaaraa torjuvan teon on oltava kokonaisuutena arvioiden puolustettava. Pakkotila voi syntyä myös tilanteessa, jossa asianomainen vaarantaa omia etujaan, esimerkiksi terveyttään.[1264] Eduskunnan oikeusasiamies on viitannut pakkotilan osalta myös rikosoikeuden yleisiin oppeihin. Näiden mukaan vaatimus pakkotilaperusteen soveltamiselle on pakottavan vaaran käsillä olo eli tilanteen tulee olla sellainen, ettei siitä pelastautuminen olisi mahdollista ilman pakkotilatekoa. Vaaran tulee myös olla välitön eli sillä asteella, että oikeuden menetys uhkaa viivytyksettä. Pakkotila on lisäksi aina toissijainen. Jos vaara on vältettävissä viranomaisapuun turvautumalla, pakenemalla tai omien oikeuksien uhraamisella kolmannen eduksi, näin tulisi menetellä, ellei tämä johda suurempaan oikeudenloukkaukseen.[1265] EOA ei esimerkiksi ole pitänyt asiallisena käytäntöä, jossa potilas on sidottu ”varmuuden vuoksi” ainoan yöhoitajan poistuessa paikalta, vaan on katsonut, ettei rikoslain pakkotilasäännöksissä tarkoitettu välittömän ja pakottavan vaaran torjuminen sovellu tällaiseen tilanteeseen.[1266]

EOA:n ratkaisukäytännössä on pakkotilaperusteen olemassaolon lisäksi edellytetty, että teon puolustettavuuden arvioinnissa huomioidaan terveydenhuollon ammattihenkilöstön toimintaa ohjaavat oikeussäännökset ja eettinen normisto (ns. kaksoisstandardivaatimus), joista voi aiheutua lisärajoituksia teon puolustettavuudelle. Tällaisia lisärajoituksia ovat mm. vaatimus siitä, että terveydenhuollon ammattihenkilön päättämä rajoitustoimenpide on lääketieteellisesti perusteltu ja että toimenpiteellä ei loukata ihmisarvoa.[1267] Vastaavat vaatimukset sisältyvät biolääketiedesopimukseen.

1262 HE 44/2002 vp., s. 17. Hyökkäyksen laatu tarkoittaa hyökkäyksen yllättävyyttä ja toteutuspaikkaa, voimakkuus tarkoittaa hyökkääjän vaarallisuutta. Puolustautujan ja hyökkääjän henkilöön liittyviä ominaisuuksia ovat sukupuoli, ruumiinvoimat ja ikä, mutta siihen on sisällytetty myös päihtymystilan aste, mielisairaus, koulutus ja ilmeinen erehdys. Luonnos asiakas- ja potilaslain yleisperusteluiksi 6.7.2018, s. 69. Oikeuskirjallisuudessa on asiakas- ja potilaslain perustelumuistion mukaan esitetty myös tulkinta, jonka mukaan sairauskohtauksesta johtuvaa toimintaa ei tulisi arvioida (hyökkäys)tekona, jolloin siihen ei voitaisi soveltaa hätävarjelusäännöstä. HE 108/2014 vp., s. 55.

1263 Näin on myös EOA todennut useissa ratkaisuissaan, esim. dnro 1319/2/11, dnro 1543/4/12 ja dnro 3721/4/14.

1264 Backman 2004, s. 399.

1265 EOA dnro 953/4/12 ja HE 44/2002 vp., s. 119.

1266 EOAK/1706/2019, s. 6.

1267 EOA dnro 1319/2/11. EOA dnro 85/4/04.

Eduskunnan oikeusasiamies on ratkaisukäytännössään arvioinut perusoikeuksien rajoittamisen oikeutusta esimerkiksi eristämistä, sitomista ja tahdonvastaista lääkitsemistä koskevissa kanteluissa nimenomaan hätävarjelun tai pakkotilan olemassaolon kautta. Pakkotilaperusteella suojattavana etuna tulisi monissa tapauksissa punnittavaksi perus- ja ihmisoikeuksista potilaan tai toisen henkilön, kuten terveydenhuollon ammattihenkilön tai toisten potilaiden, oikeus elämään ja henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja turvallisuuteen, joita kanteluratkaisuissa käsiteltävillä teoilla on pyritty suojaamaan. Punnintaa ei kuitenkaan läpikäydyissä ratkaisuissa aina viedä aivan tälle perusoikeustasolle, vaan tyydytään perustelemaan rajoittamistoimenpiteitä rikoslain oikeuttamisperusteita koskevin säännöksin. Myöskään rikoslain 21:14 §:n heitteillepanoa koskevaa säännöstä tai siihen liittyvää pohdintaa EOA:n ratkaisuissa ei esiinny, ja ratkaisussa dnro 673/4/12 EOA ei antanut kannanotossaan sijaa tälle näkökohdalle, vaikka terveydenhuollon toimintayksikön ylilääkäri tähän vetosikin. Välittömän vaaran vaatimusta vastaavasti leposideluvan antaminen vastaisen varalle on poissuljettu oikeusasiamiehen ratkaisukäytännössä lainvastaisena ja epäasiallisena.[1268] Rajoittamisen keston osalta EOA on todennut, että pakkotilaan perustuva rajoittamistoimenpide (kanteluratkaisussa eristäminen) saa kestää vain niin kauan kuin pakkotila jatkuu.[1269]

6.1.3.2 Potilaan suostumuksen rooli rajoittamisen oikeuttamisessa

EOA:n viimeaikaisessa ratkaisukäytännössä on nostettu esiin potilaan suostumus eräiden rajoittamistoimenpiteiden oikeuttamisessa somaattisessa hoidossa.[1270] EOA:n mukaan potilas voisi antaa suostumuksensa esimerkiksi sängyn laitojen nostamiseen, jos hän kykenee ottamaan asiaan kantaa. EOA korostaa, että potilas voi milloin tahansa peruuttaa suostumuksensa.[1271]

Aikaisemmin EOA on ottanut kantaa psykiatrisen potilaan perusoikeuksien rajoittamiseen potilaan suostumuksen perusteella ratkaisuissaan dnro 2372/4/12, dnro 2598/4/12 ja dnro 4215/4/14. Näissä ratkaisuissaan EOA totesi MTL:n 4a-luvun lähtökohdaksi ns. laitosvallan kiellon, joka merkitsee sitä, että potilaan oikeuksia ei voida rajoittaa osastokohtaisilla säännöillä, vaan rajoittamisen on perustuttava lakiin ja rajoittamispäätökset tulee tehdä yksilöllisen harkinnan perusteella. Koska MTL 4a-luvun sääntely koskee perusoikeuksien rajoittamista vain tahdosta riippumattoman hoidon ja tutkimuksen aikana, vapaaehtoisessa psykiatrisessa hoi-

1268 EOA dnro 4318/4/15.

1269 EOA dnro 3721/4/14.

1270 Potilaan suostumuksen rooli rajoittamisen oikeuttamisessa on nostettu esiin kaikkiaan neljässä ratkaisussa vuodelta 2019 (EOAK/6590/2019, EOAK/2456/2019, EOAK/2458/2019 ja EOAK/3007/2019) ja tätä on laajemmin linjattu kahdessa vuoden 2012 psykiatrista hoitoa koskevassa ratkaisussa (EOA dnro 2372/4/12 ja dnro 2598/4/12).

1271 EOAK/2458/2019, s. 10, yleisellä tasolla potilaan suostumuksesta rajoittamisen oikeuttamisessa EOAK/3007/2019, s. 9.

dossa olevaa potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan potilaslain 6§:n mukaisesti, mikä tarkoittaa hoidon luvallisuuden edellyttävän potilaan tietoon perustuvaa suostumusta.[1272]

Perusoikeuksia koskevassa oikeuskirjallisuudessa on todettu, että perusoikeussäännöksistä ei ole pääteltävissä, voiko yksilö ylipäätään luopua perusoikeussuojastaan luovuttamalla syystä tai toisesta viranomaisille tai toiselle yksityishenkilölle oikeuden perusoikeutensa rajoittamiseen, vaikka perusoikeusjärjestelmä sinänsä rakentuukin voimakkaasti henkilön itsemääräämisoikeuden varaan. Perusoikeusuudistuksen valmisteluasiakirjoissa ei myöskään ole otettu kantaa suostumuskonstruktion käyttömahdollisuuteen.[1273] Myöhemmissä perustuslakivaliokunnan lausunnoissa on katsottu perusoikeusrajoituksen kohteena olevan henkilön suostumuksella voivan sinänsä olla merkitystä valtiosääntöoikeudellisessa arvioinnissa. Perusoikeussuoja ei voi oikeudellisena kysymyksenä menettää aina merkitystään pelkästään siksi, että laissa säädetään jonkin toimenpiteen vaativan kohdehenkilön suostumuksen. Perusoikeussuojaa ei myöskään voida millaisessa asiassa tahansa jättää riippumaan asianomaisen suostumuksesta. Voimakkaasti yksityiselämään ja henkilökohtaiseen koskemattomuuteen kohdistuvaa poikkeuksellista toimenpidettä ei voida valiokunnan käsityksen mukaan perustaa yksinomaan asianosaisen suostumuksen varaan, vaan suostumuksesta on säädettävä laissa. Oleellinen kysymys arvioinnissa on, mitä voidaan pitää oikeudellisesti relevanttina suostumuksena tietyssä tilanteessa. Valiokunta on edellyttänyt suostumuksenvaraisesti perusoikeussuojaan puuttuvalta lailta muun muassa tarkkuutta ja täsmällisyyttä, säännöksiä suostumuksen antamisen ja sen peruuttamisen tavasta samoin kuin suostumuksen aitouden ja vapaaseen tahtoon perustuvuuden varmistamista sekä sääntelyn välttämättömyyttä.[1274] Ongelmallisena suostumusta on pidetty siksi, että rajoituksen kohteen tahdonmuodostuksen vapaudesta ja aitoudesta ei aina voi olla riittävän varma. Ongelmana on pidetty myös sitä, ymmärtävätkö suostumuksen antajat toimenpiteensä merkityksen.[1275] Oikeuskirjallisuudessa on katsottu, että perusoikeuksista luopumisen mahdollisuuteen tulee suhtautua erittäin pidättyväisesti varsinkin silloin, kun oikeuksista luopuminen ei perustu aitoon vapaaehtoisuuteen.[1276] Päätöksentekokykyisten potilaiden perusoikeuksiin (henkilökohtainen vapaus, koskemattomuus ja yksityisyys) kajoavissa toimenpiteissä suostumuksen käyttö on kaiken aikaa ollut hyväksyttyä ja toiminnan lähtökohta, esimerkiksi lääketieteellisissä toimenpiteissä terveydenhuollossa.

1272 EOA dnro 4215/4/14.

1273 Saraviita 2005, s. 182-186. Tähän viitattu myös ratkaisussa EOA dnro 2372/4/12.

1274 EOA dnro 2372/4/12 ja PeVL 27/1998 vp., s.2; PeVL 19/2000 vp., s. 3; PeVL 31/2005 vp., s. 3; PeVL 16/2010 vp., valiokunnan kannanotot, Suostumuksen merkitys; PeVL 30/2010 vp., s. 7; PeVL 4/2013 vp., s. 4.

1275 Saraviita 2005, s. 182-186. Tähän viitattu myös ratkaisussa EOA dnro 2372/4/12.

1276 Viljanen 2011 b, s. 108 ja 112. Tähän viitattu myös ratkaisussa EOA dnro 2372/4/12.

Suostumuksen merkitykselle perusoikeusrajoituksen oikeuttajana on kirjallisuuden ja EOA:n mukaan asettava huomattavia rajoituksia. On tarkasteltava, voidaanko rajoitustoimenpidettä ylipäätään tehdä suostumuksenvaraisesti. Arvioinnissa tulee huomioida perusoikeuksien yleiset rajoittamisedellytykset, ja lainsäätäjän mahdollisesti jo suorittama toimenpiteen edellytysten arviointi. Suostumus ei voi ulottua ainakaan perusoikeuksiin kokonaisuudessaan, eikä yksittäisenkään perusoikeuden ytimeen niin, että perusoikeus menettäisi merkityksensä. Lisäksi on katsottu, että viranomaisen toimivalta puuttua perusoikeuteen ei lähtökohtaisesti voi perustua yksinomaan toimenpiteen kohteena olevan suostumukseen, vaan suostumuksesta riippumatta viranomaisen julkisen vallan käyttöä sisältävän toimivallan tulee perustua laissa säädettyyn toimivaltanormiin. Suostumuksella, joka täyttää todellisen vapaaehtoisuuden kriteerit, voi olla sinänsä merkitystä arvioitaessa perusoikeusrajoituksen sallittavuutta. Pätevältä suostumukselta on edellytetty vapaaehtoisuutta, etukäteisyyttä ja riittävää täsmällisyyttä sekä suostumuksen antajan kykyä ymmärtää suostumuksen merkitys ja sisältö. Suostumus tulee myös voida peruuttaa. Suostumuskonstruktiolla ei kuitenkaan tule lähtökohtaisesti kiertää perusoikeusrajoitusta koskevaa lailla säätämisen vaatimusta.[1277]

Potilaan suostumuksen perusteella ei EOA:n mukaan voida esimerkiksi vapaaehtoisessa psykiatrisessa hoidossa sallia pidemmälle meneviä rajoittamistoimia kuin lain nojalla potilaan suostumuksesta riippumatta. Koska tahdosta riippumattomassa hoidossa olevien potilaiden henkilöntarkastus tehtiin lain nojalla ilman riisuttamista, ei EOA:n mukaan vapaaehtoisessa hoidossa olevan henkilön riisuttaminen suostumuksensa perusteella voinut olla välttämätöntä, suhteellisuusvaatimuksen mukaista eikä siten hyväksyttävääkään.[1278] Vastaavasti mielenterveyslain rajoittamissäännöksistä poikkeavan rajoittamismenetelmän käyttöä ei voitu oikeuttaa potilaan suostumuksella. Kanteluratkaisussa oli kyse siitä, että potilas käärittiin mattoon kiinnipitämisen tai sitomisen sijaan.[1279] Potilaan liikkumisvapauden rajoittamista taas on pidetty sellaisena perusoikeuden rajoittamistoimenpiteenä, joka voidaan tehdä potilaan suostumuksella edellyttäen, että edellä mainitut pätevän suostumuksen kriteerit täyttyvät. EOA:n mukaan lääkärin tulee arvioida potilaan kyky suostumuksen antamiseen.[1280]

Vaikka potilaan suostumuksen on viimeaikaisessa EOA:n ratkaisukäytännössä katsottu voivan oikeuttaa joitakin rajoittamistoimenpiteitä, sijaispäättäjän suostumukselle ei ole rajoittamistoimenpiteiden osalta annettu EOA:n ratkaisuissa samaa asemaa. Ratkaisuissa EOAK/2456/2019, EOAK/2458/2019 ja EOAK/1706/2019

1277 Viljanen 2001, s. 107-114. EOA dnro 2372/4/12, jossa oli kyse vapaaehtoisessa psykiatrisessa hoidossa olevan potilaan hoitosopimuksesta, jossa potilas antoi suostumuksensa henkilöntarkastukseen riisutettuna; dnro 2598/4/12 ja dnro 4215/4/14.

1278 EOA dnro 2372/4/12.

1279 EOA dnro 2598/4/12.

1280 EOA dnro 4215/4/14.

EOA on todennut potilaan perusoikeuksien rajoittamiseen liittyen, ettei potilaan laillisen edustajan tai läheisen suostumus oikeuta suorittamaan toimenpidettä, jota potilas vastustaa. Ennen rajoittamistoimenpidettä tulee kuitenkin kuulla potilasta sekä itsemääräämiskyvyttömän potilaan laillista edustajaa tai hoitoon potilaslain 6.3 §:n nojalla osallistuvaa omaista.[1281] Esimerkiksi dementoituneen potilaan puolison kanssa käyty keskustelu rajoittamistoimenpiteisiin liittyen sekä puolison kanta rajoittamistoimenpiteiden käyttöön olisi tullut kirjata potilasasiakirjoihin.[1282] Epäselväksi EOA:n kannanotoissa jää, mikä kuulemisen merkitys on tilanteessa, jossa potilas ei kykene antamaan potilaslain 6 §:n mukaista pätevää suostumustaan rajoittamistoimenpiteen käytölle, eikä laillisen edustajan tai omaisen suostumus voi rajoittamista oikeuttaa. Ilmeisesti perusteena on joko potilaslain sijaispäätöksentekoa koskeva sääntely tai hallintolain (434/2003) 34 ja 35 §:ien mukaisen kuulemisvelvoitteen täyttäminen.

6.2 Perusoikeuksien rajoittaminen ratkaisukäytännössä

6.2.1 Henkilökohtaisen vapauden, koskemattomuuden ja turvallisuuden rajoittaminen sekä epäinhimillinen kohtelu

6.2.1.1 Eristäminen

Perustuslaki ja ihmisoikeussopimukset suojaavat yksilön henkilökohtaista vapautta, koskemattomuutta ja turvallisuutta (PL 7§, EIS 5 art., KP-sopimuksen 9-10 art., CRPD 14 ja 17 art.). Kyseessä on ns. yleisperusoikeus, joka antaa suojaa mm. mielivaltaista vapauden riistoa vastaan. Vapauden riistona pidetään esimerkiksi tilannetta, jossa henkilö suljetaan lukittuun tilaan, josta hän ei voi poistua. Myös lievempiä henkilökohtaiseen vapauteen puuttumisia on pidetty tätä perus- ja ihmisoikeutta loukkaavina.[1283] Vapauden riistämisen edellytys perustuslain ja ihmisoikeussopimusten mukaan on, että siitä on säädetty lailla. Vapauden riiston luonteisia EOA:n ratkaisukäytännössä esiintyviä rajoittamistoimenpiteitä ovat eristäminen, sitominen, noutaminen, poistumiskielto ja poistumisen estäminen. Intensiteetiltään vapauden riistoa lievempänä rajoittamisena ratkaisukäytännössä esiintyi suppeasti muita liikkumisvapauden rajoitustoimenpiteitä. Vapauden riisto voidaan olosuhteista ja tilanteesta riippuen katsoa myös epäinhimilliseksi kohteluksi (EIS 3 art., CRPD 15 art.).

1281 EOAK/2456/2019, s. 19-20, EOAK/2458/2019, s. 10 ja EOAK/1706/2019, s. 4-5.

1282 EOA dnro 4913/4/12.

1283 Pellonpää käyttää esimerkkinä vapauden riistoa lievemmästä vapaudenmenetyksestä potilaan määräämistä tahdosta riippumattomaan hoitoon psykiatriseen sairaalaan. Pellonpää 2011, s. 291-292. Esimerkiksi EIS 5 art. 1 kohdan e alakohdan mukaan vapauden riisto on mahdollinen lain määräämässä järjestyksessä tartuntataudin leviämisen estämiseksi tai heikon mielenterveyden, alkoholismin, huumeidenkäytön tai irtolaisuuden vuoksi.

Eristämisellä tarkoitetaan potilaan sulkemista omaan huoneeseensa tai muuhun lukittuun tilaan ilman mahdollisuutta poistua tilasta.[1284] Eristämisen käytöstä terveydenhuollon toimintayksikössä säädetään mielenterveyslain 4a-luvussa (1423/2001). Lain 22a §:n mukaan eristäminen tulee kyseeseen vain tilanteissa, jolloin potilas on otettu mielenterveyslain 2-4 lukujen mukaisesti tarkkailuun tai määrätty tutkimuksiin tai hoitoon. Lisäksi 22e §:ssa eristämisen perusteena on, että potilas todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita; vaikeuttaisi vakavasti muiden potilaiden hoitoa, vaarantaisi turvallisuuttaan tai vahingoittaisi merkittävästi omaisuutta; tai potilaan eristäminen olisi välttämätöntä muusta erittäin painavasta hoidollisesta syystä. Tämän lisäksi eristämistä saadaan käyttää terveydenhuollossa päihdehuoltolain (41/1986) 26 §:n tarkoittamissa pakkohoitotilanteissa sekä tartuntatautilain (1227/2016) mukaisissa tilanteissa yleisvaarallisen tartuntataudin leviämisen estämiseksi. Muissa kuin edellä mainituissa tilanteissa eristämisestä terveydenhuollossa ei ole olemassa lainsäädäntöä.

Eduskunnan oikeusasiamiehen kanteluratkaisuissa on otettu useita kertoja kantaa potilaan eristämiseen somaattisessa hoidossa vastoin tämän tahtoa ja vailla lain säännöstä. Eristämistä on käsitelty kaikkiaan 16:ssa tutkimusaineistoon sisältyvässä kanteluratkaisussa.[1285] Eristämiseen johtaneissa tilanteissa on ollut lähes poikkeuksetta kyse päivystyksellisen hoidon järjestelyistä somaattisen terveydenhuollon yksikössä päihtyneen, mahdollisesti itsetuhoisia ajatuksia tuottaneen potilaan kohdalla.[1286] Näissä tilanteissa mielenterveyslain soveltaminen ei tule kyseeseen, koska potilasta ei pääsääntöisesti vielä ole mielenterveyslain nojalla otettu tarkkailuun tai määrätty hoitoon. Myöskään päihdehuoltolain 26 § ei sovellu käytettäväksi näissä tilanteissa, kun potilasta ei ole määrätty päihdehuoltolain nojalla tahdosta riippumattomaan hoitoon. Tartuntatautilakia voidaan soveltaa vain yleisvaaralliseen tartuntatautiin sairastuneen tai sairastuneeksi epäillyn eristämiseen. Oikeusasiamies on viitannut mielenterveyslain mukaisiin eristämisen perusteisiin ja olosuhteisiin somaattista hoitoa koskevissa kannanotoissaan.

1284 HE 113/2001 vp., s. 26. EOA on viimeaikaisessa ratkaisussaan rinnastanut eristämiseen myös tilanteen, jossa potilas ei saa poistua tilasta, EOAK/3009/2019, s. 7. Tämä tulkinta on hankalampi erottaa nykykäsityksen mukaan tavoiteltavista yhden hengen huoneratkaisuista sairaalassa. Lisäksi somaattisessa hoidossa mm. tartuttavat gastroenteriittiä (ripulitautia) sairastavat potilaat hoidetaan ensisijaisesti yhden hengen huoneessa siten, että heitä kehotetaan pysymään huoneessaan ja välttämään huoneesta poistumista, jottei tartunta osastolla leviäisi. Kyse ei silti ole tartuntatautilaissa tarkoitetusta yleisvaarallisesta taudista.

1285 EOA dnro 1319/2/11, EOA dnro 3721/4/14, EOA dnro 1768/4/15, EOA dnro 4181/4/09, EOAK/3009/2019, EOAK/1601/2018, EOAK/729/2018, EOA dnro 1428/4/14, EOA dnro 1073/2/07, EOA dnro 3285/4/04, EOA dnro 2213/4/07, EOA dnro 1513/4/13, EOA dnro 2573/2/04, EOA dnro 953/4/12, EOA dnro 3296/4/09, EOAK/2823/2018.

1286 Esim. EOA dnro 2213/4/07, jossa oli kyse potilaasta, joka oli itsetuhoisessa tarkoituksessa ottanut lääkkeitä ja alkoholia. Potilas oli tokkurainen ja sekava, eikä suostunut hoitoon. Hänet oli eristetty ja sidottu lepositein hänen pitämisekseen seurannassa terveyskeskuspäivystyksessä. EOA katsoi lääkärin toimineen pakkotilassa huomioiden myrkytystila ja epäily psykiatrisen tahdosta riippumattoman hoidon edellytysten täyttymisestä. Ratkaisuun viitattu esityksessä EOA dnro 1073/2/07.

Perusoikeuksien rajoittamisedellytyksistä on eristämisen arvioinnissa tavallisimmin huomioitu hyväksyttävän perusteen lisäksi toimenpiteen suhteellisuus ja välttämättömyys. EOA:n mukaan viranomaisen käyttämien keinojen on hallintolain (434/2003) 6 §:n nojalla oltava järkevässä suhteessa tavoiteltuun päämäärään. Kun asiassa saaduista selvityksistä ei ilmennyt, että eristäminen olisi ollut välttämätöntä, EOA katsoi potilaan henkilökohtaiseen vapauteen puuttumisen hallinnon suhteellisuusperiaatteen vastaiseksi.[1287]

Eristämisen olosuhteisiin on potilaan hyvän hoidon ja ihmisarvoisen kohtelun näkökulmasta otettu kantaa useissa EOA:n ratkaisussa. Mielenterveyslain 22a §:n mukaan itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia saadaan rajoittaa vain siinä määrin kuin sairauden hoito, potilaan turvallisuus tai toisen henkilön turvallisuus tai muu 4a-luvussa säädetyn edun turvaaminen vaatii. Toimenpiteet tulee suorittaa mahdollisimman turvallisesti ja potilaan ihmisarvoa kunnioittaen.[1288] Lisäksi MTL 4a:22e-f §:issä on määritelty eristämisen olosuhteita tarkemmin: potilaalla tulee olla soveltuva vaatetus, vastuuhoitaja, riittävä hoito ja huolenpito, ja mahdollisuus keskustella hoitohenkilökunnan kanssa. Lisäksi eristäminen tulee lopettaa heti, kun se ei ole enää välttämätöntä.

EOA on edellyttänyt ratkaisukäytännössään, että eristämisen toteuttaminen somaattisessa hoidossa täyttää mielenterveyslain edellyttämät olosuhteet ja muut vaatimukset.[1289] EOA on pitänyt psykiatrisen sairaalan eristystilalle asettamiaan vaatimuksia myös somaattisessa sairaanhoidossa eristämiseen käytettävän tilan vähimmäisvaatimuksina.[1290] Eristystilan tulee olla hyvässä kunnossa oleva ikkunallinen tila, puhdas, raikas, tuuletettu ja riittävän lämmin, asianmukaisin vuode- ja suojavaattein ja mahdollisesti muutenkin varustettu, ja josta potilaalla on mahdollisuus saada aina niin halutessaan yhteys hoitohenkilökuntaan soittokellolla tai muuten.[1291] Lisäksi EOA on edellyttänyt, että eristetyllä potilaalla on oikeus pitää huoneessa lehtiä, kännykkää ja oloaan helpottavia esineitä, jos hänen terveydentilansa sen sallii.[1292] Eristystilan asianmukaisuudella on ”huomattava merkitys arvioitaessa sitä, onko potilaan eristäminen kokonaisuudessaan toteutettu siten, että se on ihmisarvon mukaista kohtelua ja laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa”.[1293] Nöyryyttävänä ja

1287 EOA dnro 1768/4/15. Tätä suhteellisuusperiaatetta, jonka tausta on perus- ja ihmisoikeuksissa ja niiden rajoittamisedellytyksissä, on sosiaali- ja terveydenhuollossa nimitetty myös lievimmän riittävän puuttumisen periaatteeksi. Tuori – Kotkas 2016, s. 513-514. Myös välttämättömyysperusteeseen olisi voinut vedota sellaisenaankin perusoikeuksien yleisenä rajoitusedellytyksenä.

1288 EOA dnro 4181/4/09, EOA dnro 1513/4/13. Vastaavasti myös viimeaikaisissa ratkaisuissa, esim. EOAK/729/2018, s. 3 sekä EOAK/1601/2018, s. 6.

1289 EOAK/1601/2018, s. 7. EOAK/729/2018, s. 3-4.

1290 EOAK/3009/2019, s. 7. EOAK/1601/2018, s. 7. EOAK/729/2018, s. 3.

1291 EOA dnro 3721/4/14. Viitattu myös EOA päätös eristämisen käytöstä psykiatrisessa sairaalahoidossa dnro 1893/2/97, EOA:n kertomus toiminnastaan vuonna 1988, s. 206.

1292 EOAK/3009/2019, s. 7. EOAK/1601/2018, s. 7. EOAK/729/2018, s. 3.

1293 EOA dnro 1893/2/97, EOA:n kertomus toiminnastaan vuonna 1998, s. 206. Päätökseen viitattu

ihmisarvoa loukkaavana kohteluna on EOA:n ratkaisukäytännössä pidetty potilaan sijoittamista askeettiseen ja epämukavaan eristyshuoneeseen, jossa ei ole wc:ta eikä potilaalla ole tarvittaessa ollut pääsyä wc:hen ja tarpeiden tekeminen on tapahtunut huoneen lattialle tai lattiakaivoon. Myös riittävän vaatetuksen puuttumisen on katsottu loukkaavan ihmisarvoa ja oikeutta hyvään hoitoon ja kohteluun.[1294] Myös ihmisoikeussopimusten valvontaelinten ratkaisukäytännössä rajoittamistoimenpiteiden olosuhteilla ja puuttumisen asteella on ollut keskeinen merkitys arvioitaessa, onko kyse vapauden tai yksityisyyden rajoittamisesta, vapauden riistosta vai epäinhimillisestä kohtelusta.

Potilaan valvonnalla on keskeinen merkitys vapauden riiston olosuhteiden arvioinnissa. EOA on edellyttänyt MTL 4a:22f §:n sisältöisesti, että potilasta hoitavan lääkärin on arvioitava eristetyn tai sidotun potilaan tila niin usein kuin tämän terveydentila edellyttää ja päätettävä toimenpiteen jatkamisesta ja lopettamisesta. Potilaalle tulee myös määrätä vastuuhoitaja, jonka tulee huolehtia potilaan riittävästä hoidosta ja huolenpidosta sekä keskustelumahdollisuudesta hoitohenkilökunnan kanssa. Sidotun potilaan tilaa (MTL:n mukaan eristettävä potilas voidaan myös sitoa) tulee seurata jatkuvasti niin, että hoitohenkilökunta on näkö- tai kuuloyhteydessä potilaaseen.[1295] Mikäli valvonta on riittämätöntä, loukataan potilaan oikeutta hyvään hoitoon ja turvallisuuteen.[1296] Pelkkää kameravalvontaa ei ole pidetty hyväksyttävänä.[1297] Riittämättömän valvonnan on mm. katsottu loukanneen potilaan henkilökohtaista vapautta enemmän kuin tarpeen, ja aiheuttaneen hänelle ylimääräistä kärsimystä.[1298] Nöyryyttävänä kohteluna on pidetty sitä, että potilas on joutunut huutamalla tai ovea jyskyttämällä kutsumaan hoitajaa paikalle.[1299] EOA on suosittanut noin 25 %:ssa eristämistä koskevia kanteluratkaisuja perus- ja ihmisoikeusloukkausten hyvittämistä potilaalle EIS 13 art. nojalla.[1300]

EOA:n tulkintakäytännössä on tapahtunut selkeä kehitys kymmenen vuoden perspektiivillä. Vielä 2000-luvun puolivälissä suhtautuminen somaattisessa hoidossa tehtyihin eristämisratkaisuihin oli sääntelyn puuttuessa kielteinen. EOA katsoi, että koska eristäminen on vain mielenterveyslain 4a-luvun mukaisesti sallittu, päivystyksen henkilökunnalla ei ollut laillista oikeutta rajoittaa häiritsevästi ja aggressiivisesti käyttäytyneen tai päihtyneen ja väkivaltaisen potilaan itsemääräämisoikeutta sulkemalla häntä huoneeseen ilman poistumismahdollisuutta.[1301] Terveydenhuollon

ratkaisussa EOA dnro 953/4/12.

1294 EOA dnro 4181/4/09, EOA dnro 1513/4/13 ja EOA dnro 3721/4/14.

1295 EOA dnro 3721/4/14.

1296 EOA dnro 1768/4/15.

1297 EOAK/729/2018, s. 3. EOA dnro 1768/4/15.

1298 EOAK dnro 1319/2/11.

1299 EOAK/1601/2018, s. 8.

1300 EOA dnro 1319/2/11, EOA dnro 3721/4/14, EOA dnro 1768/4/15, EOA dnro 4181/4/09.

1301 EOA dnro 3285/4/04. EOA dnro 2573/2/04.

toimintayksikön omalla sisäisellä ohjeella eristyshuoneen käytöstä aggressiivisilla potilailla ei ollut mahdollista laajentaa itsemääräämisoikeuden rajoittamisoikeutta.[1302] Oikeusasiamiehen kannanotoissa on ollut myös ristiriitaisuutta. Ratkaisussa dnro 2573/2/04 EOA:n kanta oli, että päihtynyttä väkivaltaisesti käyttäytyvää potilasta olisi pitänyt seurata terveyskeskuksessa, kun hänet oli toimitettu väkivaltaisuuden vuoksi seurantaan poliisin putkaan, jossa hän menehtyi. Päivystyksen ”putkaan” sijoittamista ei kuitenkaan pidetty sääntelyn puuttuessa mahdollisena. Ratkaisussa dnro 3285/4/04 EOA puolestaan totesi, että potilaan eristämiselle ei ollut laillisia perusteita, ja että päivystyksestä olisi tullut pyytää poliisi paikalle muiden henkilöiden ja työntekijöiden turvallisuuden takaamiseksi, kun käytössä ei ollut lainmukaisia keinoja tilanteen turvaamiseksi. Tehtiinpä niin tai näin, ratkaisu voidaan aina katsoa virheelliseksi. Sääntelemätön tilanne on hoitohenkilökunnan oikeusturvan kannalta sietämätön.

Vuosikymmen myöhemmin EOA:n ratkaisukäytännössä suhtautuminen somaattisessa hoidossa tapahtuviin eristämisiin oli jossain määrin ymmärtävämpää, ja ratkaisukäytännössä sovellettiin rikoslain pakkotilaperustetta somaattisessa hoidossa tapahtuvan eristämisen oikeuttamisessa. Pakkotilaperusteen katsottiin soveltuvan eristämiseen, kun masennusta sairastava, päihtynyt ja itsetuhoisia ajatuksia esiin tuonut potilas eristettiin, koska hän oli päivystyksestä kertaalleen jo karannut ja poliisin virka-avun turvin sinne palautettu. EOA katsoi kuitenkin potilaan oikeutta henkilökohtaiseen vapauteen loukatun, koska lääkäri oli antanut suullisen luvan eristämiseen ilman, että oli itse tutkinut potilaan, vaikka tilanteessa olisi pitänyt tehdä mielenterveyslain mukainen arvio tarkkailulähetteen laatimisen tarpeesta.[1303] Eristämistä aiemman käytöksen, vastustelun ja aggressiivisuuden, perusteella ei voida EOA:n mukaan pitää pakkotilasäännöksen kannalta puolustettavana. Kun potilas oli aiemman käytöksensä perusteella sijoitettu eristyshuoneeseen heti terveyskeskukseen saavuttuaan, toimenpiteet katsottiin osin perusteettomiksi ja osin myös suhteellisuusperiaatteen vastaisiksi, ja siten henkilökohtaisen vapauden loukkauksiksi.[1304] EOA ei ollut vakuuttunut pakkotilaperusteen soveltumisesta myöskään 3-vuotiaan tasolla olevan kehitysvammaisen potilaan toistuvaan eristämiseen hänen motorisen levottomuutensa ja muille potilaille pelkoa ja häiriötä aiheuttavan käytöksensä vuoksi.[1305]

Koska eristämisellä puututaan potilaan perusoikeuteen, sille on oltava painavat perustelut ja se on valvonnan mahdollistamisen näkökulmasta dokumentoitava tarkasti.[1306] EOA:n ratkaisukäytännössä oli myös omaksuttu käytäntö, jossa vapau-

1302 EOA dnro 3285/4/04.

1303 EOA dnro 3721/4/14.

1304 Potilas oli sijoitettu eristyshuoneeseen aiemman käytöksensä, vastustelunsa ja aggressiivisuutensa, perusteella heti, kun hänet oli tuotu terveyskeskukseen. EOA dnro 1319/2/11.

1305 EOA dnro 1428/4/14.

1306 EOA dnro 1768/4/15. EOA dnro 3296/4/09, jossa kirjausten puuttumista pidettiin vakaavana virheenä.

tensa menettäneen henkilön terveydentilan vaatiessa erityistä tarkkailua seurannan katsottiin kuuluvan terveydenhuollon ammattihenkilölle eikä poliisille.[1307] Lisäksi EOA:n ratkaisukäytännössä ryhdyttiin edellyttämään terveydenhuollon toimintayksiköiltä organisaation sisäisiä ohjeita rajoitustoimenpiteiden käytöstä somaattisessa hoidossa.[1308]

6.2.1.2 Sitominen

Sitomista on käsitelty kaikkiaan 17:ssa tutkimusaineistoon kuuluvista kanteluratkaisuista.[1309] Sitomisella tarkoitetaan niin sanottua lepositeisiin asettamista, jossa potilas sidotaan vyöllä tai hihnoilla. Sitominen on lain nojalla sallittu terveydenhuollossa ainoastaan mielenterveyslain 4a-luvun säännösten mukaisesti, kun potilas on tarkkailussa tai hoitoon tai tutkimuksiin määrättynä, jos hän käyttäytymisensä perusteella todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita.[1310] Potilaan sitomisella puututaan vakavammin hänen henkilökohtaiseen koskemattomuuteensa kuin eristämisellä, ja toimenpiteeseen liittyy terveysriskejä, minkä vuoksi sitä tulisi käyttää vain kaikkein vaikeimmissa mielenterveyslain mukaisissa erityiset rajoitukset sallivissa tilanteissa. Ensisijaisesti tulisi käyttää vähemmän rajoittavia keinoja, kuten eristämistä ja kiinni pitämistä.[1311] EOA on viitannut sitomista koskevassa kanteluratkaisussaan myös Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen (EIT) käytäntöön, jonka mukaan sitominen on sallittua vain poikkeuksellisesti, äärimmäisenä keinona välittömän vahingon torjumiseksi: ”The Court notes that both the European and national standards [...] are unanimous in declaring that physical restraints can be used only exceptionally, as a matter of last resort and when their application is the only means available to prevent immediate or imminent harm to the patient or others.”[1312]

Pakkotilaperusteeseen vetoamisen edellytyksenä sitomisen oikeuttamiseksi somaattisessa hoidossa on tärkeää välittömästi uhkaavan vaaran olemassaolo. EOA on pitänyt potilaan henkilökohtaisen vapauden ja koskemattomuuden rajoittamista lepositein pakkotilaperusteella oikeutettuna esimerkiksi potilaan vaikeaan muistisairauteen liittyvän hyvin aggressiivisen oireilun ja sen potilaan hoidolle aiheuttaman vakavan vaaran vuoksi, vaikeasti dementoituneen turvallisuuden takaamiseksi,

---

1307 EOA dnro 953/4/12.

1308 AOA pitää tärkeänä, että sääntelyn puuttuessa toimintayksiköissä pyritään ohjaamaan rajoitustoimenpiteiden käyttöä riittävän yksityiskohtaisilla ohjeilla. EOAK/2458/2019, s.11.

1309 EOAK/2456/2019, EOAK/2458/2019, EOAK/3007/2019, EOAK/5485/2018, EOAK/4191/2018, EOAK/3009/2019, EOAK/1601/2018, EOAK/1706/2019, EOA dnro 3494/4/09, EOA dnro 363/4/09, EOA dnro 1073/2/07, EOA dnro 2213/4/07, EOA dnro 1319/2/11, EOA dnro 1543/4/12, EOA dnro 4913/4/12, EOA dnro 4318/4/15, EOA dnro 4102/4/11.

1310 EOA on enenevästi viime vuosina rinnastanut edellytykset somaattisessa hoidossa suoritettavalle sitomiselle mielenterveyslaissa määriteltyihin edellytyksiin. Esim. EOAK/1601/2018.

1311 HE 113/2001 vp., s. 25-27. Vastaavasti EOA useissa ratkaisuissaan, mm. EOAK/1706/2019 ja EOA dnro 1543/4/12.

1312 EOAK/5485/2018, s. 15.

ja mahdollisesti myös alkoholinkäytön vieroitusoireiden ja sekavuustilan (delirium) hoidossa.[1313] Potilaan aiempi itsetuhoisuus taas ei täytä pakkotilaperusteen ja siten sitomisen edellytyksiä, vaan edellytyksenä on potilaan sen hetkisestä käyttäytymisestä aiheutuva välitön vaara hänelle itselleen tai muille.[1314] Välittömän vaaran vaatimusta vastaavasti leposideluvan antaminen vastaisen varalle on tyrmätty oikeusasiamiehen ratkaisukäytännössä lainvastaisena ja epäasiallisena.[1315]

Välittömän vaaratilanteen rauhoittamiseksi hoitohenkilökunta voi EOA:n mukaan kuitenkin väliaikaisesti sitoa potilaan, jos lääkäri ei ole paikalla silloin, kun toimenpiteeseen on ryhdyttävä. Toimenpiteestä tulee välittömästi ilmoittaa lääkärille, jonka tulee päättää toimenpiteen jatkamisesta tai lopettamisesta tutkittuaan potilaan.[1316] Kanteluratkaisussaan dnro 4191/2018 EOA katsoi, että kiireellisessä tilanteessa, joka vaati nopeaa reagointia ja johon hätävarjelu- tai pakkotilaperuste todennäköisesti soveltui, päivystävä lääkäri oli voinut antaa luvan potilaan sitomiseen väliaikaisesti puhelimitse. Sen sijaan virheenä pidettiin sitä, että lääkäri ei puhelimessa antamansa määräyksen jälkeen saapunut henkilökohtaisesti arvioimaan potilaan tilaa. EOA on viitannut Valviran erään kanteluratkaisun[1317] yhteydessä antamaan lausuntoon ja MTL 22e.6 §:ään, joiden mukaan potilasta hoitava lääkäri päättää potilaan sitomisesta suorittamansa tutkimuksen perusteella, ja katsoi, että vastaavaa periaatetta tulisi lainsäädännön puuttuessa soveltaa myös somaattisessa sairaanhoidossa tapahtuvaan sitomiseen.[1318]

Huomionarvoista on, että Valviran 2015 ohjeessa liikkumista rajoittavien turvavälineiden käytöstä (sisälsi myös sitomista) mainittiin, että lääkärin tehtyä päätöksen liikkumisen rajoittamisesta, hoitotyön ammattihenkilöt voivat päättää rajoitusten käyttämisestä. Ohjeen mukaan rajoittamistoimenpiteen käytön tarvetta tuli jokaisella kerralla harkita, vaikka lupa rajoittamistoimenpiteen käyttöön oli olemassa.[1319] Ohje oli siten ristiriidassa EOA ratkaisukäytännössä pakkotilaperusteelta edellytetyn välittömästi uhkaavan vaaran vaatimuksen kanssa. Terveydenhuollon ammattihenkilön kannalta valvontaviranomaisen ja ylimmän laillisuusvalvojan tulkintojen ristiriitaisuus on ongelmallinen ja heikentää oikeusvarmuutta.

1313 EOA dnro 4913/4/12. EOA dnro 363/4/09 mukaan hyväksyttävänä pidetty vaikeasti dementoituneen potilaan turvallisuuden perusteella toteutettavat rajoitustoimet. Ratkaisussa dnro 3494/4/09 EOA piti mahdollisena, että lepositeiden käyttö oli pakkotilasäännösten nojalla peruteltua alkoholin käytön vieroitusoireiden ja deliriumin (sekavuustila) hoidossa.

1314 EOA dnro 4102/4/11. Pakkotilaperusteen olomassaolon edellytys on, että vaara uhkaa välittömästi potilaan tai muun henkilön etua.

1315 EOA dnro 4318/4/15. Sinänsä lepositeiden käyttö somaattisessa hoidossa on kokonaisuudessaan perustuslain vastaista, koska asiasta ei ole lain tasoisia säännöksiä.

1316 EOAK/3009/2019, s. 4.

1317 EOA dnro 4318/4/15.

1318 EOAK/4191/2018. Vastaavasti myös EOAK/5485/2018, s. 15-16; ja EOAK/2456/2019.

1319 Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttö, www.valvira.fi. Ohje on poistettu Valviran sivuilta, ja nykyisellään liikkumista rajoittavien turvavälineiden käytöstä ohjeistetaan suppeammin.

EOA:n ratkaisukäytännössä on edellytetty, että teon puolustettavuuden arvioinnissa huomioidaan myös terveydenhuollon ammattihenkilöstön toimintaa ohjaavat oikeussäännökset ja eettinen normisto (ns. kaksoisstandardivaatimus), joista voi aiheutua lisärajoituksia teon puolustettavuudelle.[1320] Lisärajoituksia ovat esimerkiksi vaatimus lääketieteellisesti perustelluista toimenpiteistä ja ihmisarvoa loukkaavien toimenpiteiden kielto.[1321] Esimerkiksi kärsimyksen lievittämiseen ammattieettisenä velvollisuutena viitattiin sitomista koskevassa kanteluratkaisussa EOAK/5485/2018. Potilas oli aggressiivisuuden ja uhkailevan käytöksen vuoksi laitettu lepositeisiin päivystyksellisessä hoitotilanteessa. Potilaan toistuvista pyynnöistä huolimatta sitomiseen käytettyjä lepositeitä tai lakanasidosta ei löysytetty, vaikka niistä aiheutui potilaalle kipua. Lisäksi sitomista oli jatkettu pidempään kuin oli välttämätöntä. EOA katsoi sitomisen loukanneen potilaan ihmisarvoa ja henkilökohtaista vapautta ja koskemattomuutta, ja esitti sairaanhoitopiirille, että se hyvittäisi potilaalle häneen kohdistetut perus- ja ihmisoikeusloukkaukset.[1322] Ihmisarvoa loukkaavina olosuhteina on pidetty myös mm. sitä, että potilaan edellytettiin tekevän tarpeensa alusastialle, vaikka hänet oli todettu jo aiemmin rauhalliseksi ja siten wc:ssa käyttäminen olisi ollut mahdollista.[1323]

EOA:n mukaan potilaan oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon edellyttää, että potilaan sitomisen tai eristämisen, jos siihen somaattisessa hoidossa joudutaan, on tapahduttava turvallisesti ja potilaan ihmisarvoa kunnioittaen.[1324] Vastaavasti edellytetään MTL 4a:22a §:ssa. Lisäksi MTL 4a:22f §:ssa on ohjeistettu sitomisen olosuhteista vastaavasti kuin eristämisen osalta. Valviran ja EOA:n ratkaisukäytännössä muiden kuin viranomaisen turvallisuusvaatimukset täyttävien sidontavälineiden käyttöä on pidetty epäasianmukaisena.[1325] EOA on myös ottanut kantaa sidotun potilaan seurantaan useissa ratkaisuissaan. Potilas on sitomisen aikana EOA:n mukaan lääketieteellisesti erityisen valvonnan tarpeessa, ja valvonnan tarpeen arvioinnin tulee olla tapaus- ja tilannekohtaista.[1326] EOA on viitannut mielenterveyslain 22f §:ään ja asiakas- ja potilaslakiluonnokseen ja suositellut somaattisessakin hoidossa sidotun potilaan tilaa seurattavaksi MTL:n säännöksen mukaan jatkuvasti siten, että hoitohenkilökunta on näkö- ja kuuloyhteydessä potilaaseen. Potilasta hoitavan lääkärin tulee arvioida sidotun potilaan tilan niin usein kuin tämän terveydentila edellyttää ja päätettävä rajoitustoimenpiteen jatkamisesta tai

1320 EOA dnro 1319/2/11.
1321 EOA dnro 1319/2/11. Vastaavasti ratkaisussa EOAK/4191/2018.
1322 EOAK/5485/2018, s. 16-18.
1323 EOA dnro 1543/4/12.
1324 EOAK/3009/2019, s. 4.
1325 EOAK/5485/2018, s. 16-18. Kanteluratkaisussa oli kyse mm. siitä, että potilaan sitomisessa oli käytetty varsinaisen lepositeiden lisäksi myös nippusiteillä vuoteeseen kiinnitettyä lakanasidosta. Lakanasidoksen käyttöä oli ilmeisesti pidetty hyväksyttävänä yhdessä sairaalassa, vaikkei se sisältynytkään sairaanhoitopiiritason ohjeistukseen rajoittamistoimenpiteiden käytöstä.
1326 EOAK/3007/2019, s. 12. EOAK/5485/2018, s. 16.

lopettamisesta. Yli kahdeksan tuntia jatkuvasta potilaan sitomisesta on ilmoitettava viipymättä potilaan edunvalvojalle tai lailliselle edustajalle.[1327] Mielenterveyslaissa säädetylle menettelylle tulee EOA:n mukaan antaa erityistä merkitystä, koska sitä koskevat säännökset ovat olleet perustuslakivaliokunnan arvioitavina (PeVL 34/2001).[1328]

Rajoitustoimenpiteen kestosta EOA on todennut, että rajoitustoimenpiteen käyttö on lopettava heti, kun sen käyttäminen ei ole enää välttämätöntä.[1329] Tämäkin vastaa MTL 4a:22f §:n sanamuotoa. Erään toisen kanteluratkaisunsa perusteluissa EOA on todennut, että pakkotilaan perustuva sitominen saa kestää vain niin kauan kuin pakkotila jatkuu.[1330] EOA:n ratkaisukäytännössä ei ole pidetty asianmukaisena esimerkiksi sitomisen jatkamista sen vuoksi, että potilas joutui odottamaan lääkärin tutkimusta.[1331] Suhteellisuusperiaatteen vastaisena pidettiin sitomisen jatkamista jalkasitein potilaan rauhoittumisesta huolimatta, jotta potilas ei pääsisi juomaan terveydenhuollon toimintayksikön käsihuuhdetta.[1332]

6.2.1.3 Noutaminen

Noutamisella tarkoitetaan mielenterveyslain 9a §:n ja 9b.1 §:n (583/2022), mukaista menettelyä, jossa mielisairaaksi epäilty potilas voidaan noutaa tarvittaessa poliisin virka-avun turvin terveyskeskukseen tai päivystyspoliklinikalle arvioitavaksi sen suhteen, täyttyvätkö mielenterveyslain mukaiset edellytykset tarkkailulähetteen laatimiseen. Vaikka asia sinänsä on säännelty mielenterveyslaissa, toimintavelvollisuus tämän menettelyn ja mahdollisen virka-apupyynnön osalta koskettaa nimenomaan somaattisen terveydenhuollon yksikköä. Kyseessä on yksi harvoista somaattisessa hoidossa lain nojalla sovellettavista rajoittamistoimenpiteistä. Noutamista ja siihen liittyvää poliisin virka-avun käyttämistä on arvioitu viidessä tutkimusaineistoon sisältyvässä ratkaisussa.[1333]

EOA:n mukaan potilaan noutamiseen terveyskeskukseen ei saa ryhtyä ilman luotettavaa selvitystä toimenpiteen välttämättömyydestä, sillä se merkitsee voimakasta puuttumista potilaan henkilökohtaiseen vapauteen ja itsemääräämisoikeuteen. EOA korosti, että vastuu asian selvittämisestä on hallintolain 31 §:n mukaan viranomaisella, jonka tulee hankkia asian ratkaisemiseksi tarpeelliset tiedot ja

1327 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018. EOAK/2458/2019, s. 12; EOAK/3009/2019, s. 4; EOAK/3007/2019, s. 12; ja EOAK/5485/2018, s. 16.
1328 EOAK/3007/2019, s. 12.
1329 EOA dnro 1543/4/12. EOAK/5485/2018, s. 17.
1330 EOA dnro 4318/4/15 ja vastaavasti myös EOAK/5485/2018, s. 17.
1331 EOAK/5485/2018, s. 17.
1332 Käsihuuhde on pääsääntöisesti alkoholipitoinen käsidesinfektioaine. EOA dnro 1543/4/12.
1333 EOA dnro 4398/4/12, EOA dnro 1931/2/12, EOA dnro 4745/4/11, EOA dnro 3721/4/14, EOA dnro 1768/4/15. Lisäksi ratkaisussa dnro 1931/2/12 viitattu ratkaisuun dnro 4407/4/11, joka on julkaistu EOA:n kertomuksessa toiminnastaan vuonna 2012, s. 236-237.

selvitykset.[1334] EOA on arvioinut mielenterveyslain 8 §:n mukaisten edellytysten täyttymistä perusteena virka-apupyynnölle, sen turvin tapahtuvalle noutamiselle ja tarkkailulähetteen laatimiselle.[1335] EOA on viitannut EIT:n oikeuskäytäntöön, jonka mukaan lisäedellytykset psykiatriselle vapaudenriistolle kiireellisiä tapauksia lukuun ottamatta ovat, että henkilön on luotettavan lääketieteellisen näytön perusteella katsottava olevan ”mielenterveydeltään heikko ” (of unsound mind); mielenterveyden ongelman tulee olla luonteeltaan ja asteeltaan (kind and degree) sellainen, että se edellyttää vapaudenriiston käsittävää pakkohoitoa, ja vapaudenriisto saa jatkua vain niin kauan kuin edellä kuvattu tila jatkuu.[1336] Kenenkään vapautta ei saa riistää sen vuoksi, että hänen näkemyksensä tai käyttäytymisensä poikkeaa yhteiskunnan vallitsevista käsityksistä.[1337] EOA katsoi Winterwerp-tapauksen nojalla, että tarkkailulähetteen laatijalla tulee olla syytä epäillä, että mahdollinen sairaus on ”luonteeltaan ja asteeltaan” sellainen, että se edellyttää vapaudenriiston käsittävää pakkohoitoa. Lähetteestä tulee käydä ilmi riittävällä tarkkuudella tekijät, jotka oikeuttavat henkilön lähettämiseen tarkkailuun.[1338]

Kanteluratkaisussa EOA dnro 1931/2/12 Valvira ja EOA katsoivat, ettei lääkärillä ollut riittäviä perusteita epäillä hoitoon määräämisen edellytysten täyttyvän, kun esitiedot ja hoidon tarpeen arvio olivat puutteellisesti selvitetyt, ja muita mahdollisia keinoja ei ollut harkittu ennen potilaan perusoikeuksien rajoittamista. Myös tarkkailulähetteen laatineen lääkärin kirjaukset lähetteessä olivat puutteelliset MTL:n 8 ja 9 §:ien edellytysten täyttymisen näkökulmasta. EOA viittasi KHO:n käytäntöön (KHO:2002:70), jonka mukaan MTL:n 8 §:n edellytyksiä on perusoikeuksia rajoittavina säännöksinä tulkittava suppeasti, lain sanamuodon ja sen esitöiden mukaisesti. Siten esimerkiksi omaisuuden hävittäminen ei ole riittävä peruste psykiatriselle hoidolle. Kanteluratkaisussa katsottiin virka-apupyynnön perusteella suoritetun noutamisen ja tarkkailulähetteellä sairaalaan lähettämisen osalta olleen kyse oikeudettomasta vapaudenriistosta, jonka EOA suositti hyvittämään potilaalle.[1339]

1334 EOA dnro 4745/4/11. EOA viittasi myös Korkeimman oikeuden ratkaisuun KKO:1992:144, jossa korkein oikeus katsoi, ettei lääkäri ollut rikkonut virkavelvollisuuttaan perustaessaan virka-apupyyntönsä toiselta terveyskeskuslääkäriltä saamiinsa esitietoihin, vaikkei hän itse ollut henkilökohtaisesti varmistunut siitä, että virka-apupyynnön perusteet täyttyivät. Asiassa ei ollut tullut ilmi sellaisia seikkoja, joiden perusteella virka-apupyynnön tehneen lääkärin olisi tullut epäillä toiselta terveyskeskuslääkäriltä saamiensa tietojen paikkansapitävyyttä. KKO:1992:144, s. 3.

1335 EOA dnro 1931/2/12.

1336 Winterwerp v. the Netherlands, s. 12-13, kohta 39.

1337 Winterwerp v. the Netherlands, s. 12, kohta 37.

1338 EOA viittasi myös EIT ratkaisuihin X. v. Austria 13.12.1979, jossa henkilön velvoittaminen pakon uhalla käymään verikokeessa katsottiin lähtökohtaisesti EIS 5 art. loukkaukseksi sekä Raninen v. Suomi 16.12.1997, jossa aseistakieltäytyjän kiinni ottaminen ja pari tuntia kestänyt kuljetus katsottiin Suomen lain vastaiseksi vapaudenriistoksi. EOA dnro 1931/2/12; Raninen v. Finland, kohta 46; X. v. Austria, kohta 2.

1339 EOA dnro 1931/2/12 ja KHO:2002:70, s. 8.

EOA:n ratkaisuissa on myös arvioitu tarvetta poliisin virka-avulle kuljetettavan väkivaltaisuuden tai muun syyn vuoksi (MTL 31 §). Mielenterveyslain 31 §:n nojalla poliisi on velvollinen avustamaan kuljetuksessa, jos virkasuhteinen lääkäri katsoo, että henkilön toimittamiseksi arvioon tarkkailulähetteen laatimiseksi tarvitaan ammattikoulutuksen saaneen saattajan lisäksi muukin saattaja kuljetettavan väkivaltaisuuden tai muun vastaavan syyn vuoksi. EOA on katsonut, että potilaan noutaminen on MTL 31 §:n nojalla ensisijaisesti hoidollinen toimenpide, josta terveydenhuollon ammattihenkilöt huolehtivat. Poliisin myötävaikutus on tähän nähden toissijaista ja sidottu lakiin kirjattuihin edellytyksiin kuljetettavan väkivaltaisuudesta tai muusta syystä.[1340] EOA viittasi aiempiin ratkaisuihinsa, joissa oli katsottu, että ambulanssikaan ei ole ensisijainen keino potilaan saamiseksi päivystykseen, vaan potilas pitäisi ensisijaisesti kutsua vastaanotolle tai lääkärin mennä kotikäynnille potilaan luo.[1341] Tätä kantaansa EOA oli perustellut hallintolain 6 §:n suhteellisuusperiaatteella ja lievempien keinojen ensisijaisuudella.[1342] EOA katsoi lääkärin menetelleen lainvastaisesti, vaikkakaan ei ylittäneen harkintavaltaansa, kun lääkäri ei huolehtinut siitä, että terveydenhuollon ammattihenkilöt olisivat olleet mukana toimitettaessa potilasta päivystyspoliklinikalle.[1343] Myös KKO:n ratkaisussa 1992:144 katsottiin terveyskeskuslääkärin syyllistyneen tuottamukselliseen virkavelvollisuuksien rikkomiseen, koska hän oli laiminlyönyt huolehtia, että terveydenhuollon ammattihenkilö on mukana potilasta mielenterveyden arvioon terveyskeskukseen toimitettaessa.[1344] Ratkaisussa dnro 3721/4/14 EOA katsoi lääkärin toimineen lain mukaisesti virka-apua pyytäessään, mutta kiinnitti huomiota potilaskertomusmerkintöjen puutteellisuuteen koskien virka-apupyynnön perusteita. Tässä tapauksessa poliisi oli tavoittanut potilaan kotoaan ja ambulanssi tuonut hänet päivystyspoliklinikalle.[1345] EOA on katsonut, ettei lääkärillä ole MTL:n tarkoittamien tilanteiden ulkopuolella oikeutta pyytää poliisilta virka-apua.[1346]

MTL 31 §:n nojalla virka-apua voi pyytää vain terveyskeskuksen tai sairaanhoitopiirin lääkäri, ja sosiaalihuoltolain nojalla virka-apua voi pyytää vain sosiaaliviran-

1340 EOA dnro 1768/4/15.

1341 EOA dnro 3365/4/10. EOA dnro 4745/4/11. EOA dnro 4407/4/11, jossa EOA totesi lisäksi olevan ilmeistä, että kantelijaan olisi tullut ottaa yhteyttä puhelimitse, jolloin luultavasti olisi selvinnyt, että ambulanssin lähettäminen ja virka-avun pyytäminen olisi ollut aiheetonta. EOA dnro 4407/4/11 julkaistu EOA:n kertomuksessa toiminnastaan vuonna 2012, s. 236-237. EOA viittasi tähän kannanottoonsa ratkaisussaan EOA dnro 1931/2/12. Päihtyneen, ennen tutkimuksia päivystyspoliklinikalta poistuneen potilaan saaminen takaisin päivystyspoliklinikalle arvioitavaksi pelkästään kutsumalla ei välttämättä ole realistista. Resurssien ja taloudellisuuden näkökulmasta myöskään päivystävän lääkärin kotikäynti ei vaihtoehtona tunnu realistiselta varsinkaan nykyisissä sosiaali- ja terveydenhuollon säästöpaineissa.

1342 EOA dnro 1768/4/15. EOA dnro 4745/4/11.

1343 EOA dnro 1768/4/15.

1344 KKO:1992:144, s.3.

1345 EOA dnro 3721/4/14.

1346 EOA dnro 4398/4/12.

omainen. Hammaslääkärin pyydettyä virka-apua MTL 31 §:n ja sosiaalihuoltolain 41 §:n nojalla EOA katsoi, että tähän ei ollut oikeutta. Koska lääkäri ja hammaslääkäri ovat erillisiä terveydenhuollon ammatteja, hammaslääkäri ei ylipäätään voi pyytää poliisilta virka-apua. Hammaslääkäri olisi voinut ilmoittaa poliisille potilaan katoamisesta tai tehdä ilmoituksen terveyskeskuslääkärille, jos oli aihetta epäillä, että potilas oli MTL:n tarkoittaman tahdosta riippumattoman hoidon tarpeessa. EOA suositti hyvitystä vapaudenriiston ja perus- ja ihmisoikeusloukkauksen vuoksi.[1347]

6.2.1.4 Poistumiskielto ja poistumisen estäminen

Poistumiskiellolla ja poistumisen estämisellä tarkoitetaan menettelyä, jossa potilasta kielletään tai estetään poistumasta sairaalan alueelta tai tietyn hoitoyksikön tiloista. Poistumiskielto ja poistumisen estäminen ovat mahdollisia mielenterveyslain 4a:22d §:n (1423/2001) mukaan, kun potilas on otettu mielenterveyslain nojalla tarkkailuun tai määrätty hoitoon tai tutkimukseen. Toimintayksikön henkilökunta saa käyttää potilaan poistumisen ehkäisemiseksi tai hänen siirtämisekseen sellaisia tarpeellisia voimakeinoja, joita voidaan pitää puolustettavina. Voimakeinojen puolustettavuutta arvioitaessa huomioidaan potilaan sairaalassa olon syy, hänen poistumisestaan aiheutuva vaara hänen tai muiden henkilöiden terveydelle tai turvallisuudelle, käytettävissä olevat voimavarat ja muut tilanteen kokonaisarvosteluun vaikuttavat seikat. Liikkumisvapauden rajoittamisesta päättää hoitava lääkäri.

Poistumiskieltoa ja poistumisen estämistä on tarkasteltu neljässä tutkimusaineistoon kuuluvassa ratkaisussa.[1348] EOA on ratkaisukäytännössään todennut, ettei potilaan henkilökohtaista vapautta saa rajoittaa mielenterveyslain tai potilaslain perusteella tilanteessa, jossa häntä ollaan vasta lähettämässä mielenterveyslain mukaisella tarkkailulähetteellä arvioon. Lainmukainen menettely EOA:n mukaan tilanteessa, jossa psykoottisen, itsemurha-ajatuksia ja uhkauksia ilmaisseen potilaan poistuminen sairaalan päivystyspoliklinikalta ennen jatkohoitokuljetuksen järjestymistä oli estetty, olisi ollut mielenterveyslain mukainen virka-avun pyytäminen poliisilta kuljetusta varten. Vaikka psykoottinen ja itsemurha-ajatuksia ilmaissut potilas olisi päässyt poistumaan poliklinikalta ennen poliisin saapumista, poliisi olisi voinut toimittaa hänet takaisin poliklinikalle ja varmistaa kuljetuksen sairaalaan. EOA piti kuitenkin mahdollisena, että potilas olisi voinut vaarantaa oman turvallisuutensa ennen kuin poliisi olisi hänet tavoittanut, katsoi rikoslain pakkotilasäännöksen soveltuvan tilanteeseen ja piti sen vuoksi lääkärin potilaalle antamaa poistumiskieltoa tarpeellisena ja puolustettavana.[1349]

1347 EOA dnro 4398/4/12.
1348 EOAK/2458/2019, EOAK/3007/2019, EOAK/6590/2019 ja EOA dnro 2810/4/10.
1349 EOA dnro 2810/4/10.

Somaattisessa hoidossa toteutettavasta poistumiskiellosta tai poistumisen estämisestä ei ole voimassa olevaa sääntelyä. Kun potilas kykenee tekemään terveydenhuoltoaan koskevia ratkaisuja ja ymmärtämään käyttäytymisensä seuraukset, terveydenhuollon toimintayksiköllä ei ole EOA:n mukaan lakiin perustuvaa oikeutta kieltää potilasta poistumasta yksiköstä tai lähtemästä kotilomille. Tilanteissa, joissa potilaan henki tai terveys voisi poistumisen vuoksi vaarantua, tulee kertoa potilaalle hoitohenkilökunnan perusteltu näkemys turvallisuusriskeistä, ja ensisijaisesti pyrkiä potilaan kanssa yhteisymmärrykseen neuvottelemalla. Jos potilas on itsemääräämiseen kykenevä ja haluaa neuvottelun jälkeenkin käyttää itsemääräämisoikeuttaan ja poistua sairaalasta, hoitohenkilökunnalla ei ole lakiin perustuvaa oikeutta estää häntä. Joissakin tilanteissa, joissa on kyse välittömästä vaarasta tai uhasta potilaan hengelle tai terveydelle, potilaan poistumisen estämiseen sairaalasta voi olla hätävarjelun tai pakkotilan edellyttämä perusteltu syy, ja rajoittaminen voi olla oikeutettavissa pakkotilana. Torjuttavan vaaran tai uhan on kuitenkin oltava välitön.[1350] EOA:n mukaan potilaalle annettava poistumiskielto tai potilaan poistumisen estäminen hänelle määrätystä rajatusta olinpaikasta vastaa perustuslaissa tai EIS:ssa tarkoitettua vapaudenmenetystä.[1351]

6.2.1.5 Muut liikkumisvapauden rajoitukset

Potilaan liikkumista rajoittavien menetelmien käytöstä somaattisessa sairaanhoidossa ei ole säädetty lailla. Terveydenhuollon valvontaviranomainen Valvira on antanut ohjeen liikkumista rajoittavien turvavälineiden käytöstä 12.8.2015.[1352] Lähtökohtaisesti viranomaisen ohje ei kuitenkaan oikeuta itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen ilman laissa säädettyä oikeutusta.[1353] Yleisimmin potilaan itsemääräämisoikeutta rajoitetaan käyttämällä erilaisia liikkumista estäviä välineitä (turvavyöt, turvaliivit, sängyn laidat, tuoliin kiinnitettävät pöydät, magneettivyöt ja raajasidokset).[1354] Liikkumisvapauden rajoituksena on EOA:n ratkaisukäytännössä pidetty myös osastolla tapahtuvaa vierihoitoa ja teknistä valvontaa.[1355] Valvontaviranomaisen ohjeessa sitomista (magneettivyöt, raajasidokset) on käsitelty liikkumisvapauden rajoittamisena, mutta ihmisoikeussopimusten tulkintakäytännön kannalta kyseessä on vapauden riistoksi luokiteltava toimenpide, joka tarkasteltiin edellä.

Tutkimusaineistoon sisältyvässä eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisukäytännössä on hyvin vähäisessä määrin kannanottoja muista liikkumisvapauden rajoituksista, kuin edellä käsitellyistä vapauden riiston luonteisista eristämisestä, le-

1350 EOAK/6590/2019, s. 10-11.

1351 EOAK/2458/2019, s. 13, EOAK/3007/2019, s. 13, EOAK/6590/2019, s. 9.

1352 Ohje ei enää ole Valviran verkkosivuilla, sivuilla ohjeistetaan liikkumista rajoittavien välineiden käytöstä nyt hieman eri tavalla.

1353 EOA dnro 363/4/09.

1354 Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttö, www.valvira.fi.

1355 EOAK/1706/2019, s. 4. Loogisempaa olisi näiden tarkastelu yksityisyyden suojan rajoituksina.

positein sitomisesta, noutamisesta ja poistumiskiellosta tai poistumisen estämisestä. Muutamissa sairaaloiden tarkastuksia koskevissa pöytäkirjoissa on lyhyesti käsitelty muita intensiteetiltään kevyempiä liikkumisvapauden rajoituksia, kuten haara- tai turvavyön käyttöä, tuoliin kiinnitettäviä pöytiä ja sängyn laitojen nostamista.[1356] Oikeusasiamies on näissäkin ratkaisuissaan todennut edellä eristämisen ja sitomisen yhteydessä käsitellysti lainsäädännölliset puutteet rajoittamisesta somaattisessa hoidossa, perustuslakivaliokunnan yleiset perusoikeuksien rajoitusperusteet, sekä rikoslain oikeuttamisperusteina rajoittamistoimenpiteiden käytölle hätävarjelun tai pakkotilan.[1357] Oikeusasiamies on ratkaisuissaan viitannut Valviran ohjeeseen liikkumista rajoittavien välineiden ja turvavälineiden käytöstä, jonka mukaan liikkumisen rajoittaminen on sellainen tärkeä hoitopäätös, josta on keskusteltava tarvittaessa useita kertoja potilaan itsensä tai hänen sijaispäättäjänsä kanssa.[1358] Oikeusasiamies on kuitenkin todennut, ettei potilaan laillisen edustajan tai läheisen suostumus oikeuta suorittamaan toimenpidettä, jota potilas vastustaa.[1359] EOA:n mukaan eräiden rajoitusten, kuten sängynlaitojen käyttäminen voi myös perustua potilaan suostumukseen edellyttäen, että hän kykenee ottamaan asiaan kantaa. Potilaan tulee voida milloin tahansa peruuttaa suostumuksensa.[1360]

6.2.2 Yksityisyyden suojan rajoittaminen

6.2.2.1 Toimenpiteiden suorittaminen tahdonvastaisesti

Potilaslain 6 § edellyttää pääsääntöisesti potilaan tai päätöksentekokyvyttömän potilaan sijaispäättäjän tietoon perustuvaa suostumusta tutkimus- ja hoitotoimenpiteisiin. Itsemääräämisoikeuden perusta on edellä todetusti perustuslain 7 §:n henkilökohtaisen koskemattomuuden ja 10 §:n yksityisyyden suojan sekä EIS 8 art. säännöksissä. Lisäksi PL 1 § ja potilaslain 3 § edellyttävät ihmisarvon loukkaamattomuutta. EIS 3 art. kieltää epäinhimillisen kohtelun ja antaa suojaa mm. tahdonvastaisesti suoritettuja lääketieteellisiä toimenpiteitä vastaan.

Tutkimusaineistoon sisältyi kaikkiaan viisi ratkaisua, joissa otettiin kantaa potilaan tahdon vastaisesti tai ilman potilaan suostumusta suoritettuihin toimenpiteisiin.[1361] Eduskunnan oikeusasiamiehen kanteluratkaisussa dnro 673/4/12 oli kysymys munuaisaltaan kiven vuoksi suoritetusta virtsanjohtimen stentin (verkkoputki) laitosta, joka oli tapahtunut potilaan tahdon vastaisesti. Potilas oli ensin kieltäytynyt toimenpiteestä, ja sitten suostunut toimenpiteeseen, mutta toimenpiteen aikana kuitenkin vastustellut toimia. Potilas kuvasi henkilökunnan riisuneen

1356 EOAK/2458/2019, s. 11-14. EOAK/2456/2019, s. 20-24. EOAK/1706/2019, s. 4-7.
1357 EOAK/2458/2019, s. 10. EOAK/1706/2019, s. 4-7. EOAK/2456/2019, s. 18-20.
1358 EOAK/2458/2019, s. 12.
1359 EOAK/1706/2019, s. 4. EOAK/2458/2019, s. 10. EOAK/2456/2019, s. 19.
1360 EOAK/2458/2019, s. 10. EOAK/2456/2019, s. 19.
1361 EOA dnro 673/4/12, EOA dnro 1418/4/15, EOA dnro 2447/2/04, EOA dnro 2803/4/12, EOA dnro 3586/4/12.

hänen alushousunsa intiimialueiden kautta tehtävän toimenpiteen vuoksi hänen vastusteluistaan huolimatta ja pitäneen häntä väkisin aloillaan, jotta selkäydinpuudutus saatiin laitettua. Potilas myös kertoi hänelle laitetun kaksi kanyylia etukäteen varoittamatta.[1362] Kanteluratkaisussa EOA dnro 1418/4/15 kyse oli epileptisen kohtauksen saaneen potilaan tutkimustilanteesta ambulanssissa. Ensihoitaja oli ensin tiedustellut tajuissaan olevalta potilaalta, olivatko virtsat menneet alle. Potilaan vastattua kieltävästi ensihoitaja oli tästä huolimatta kajonnut asian varmistamiseksi potilaan housuihin ja jalkoväliin. Potilas oli kokenut intimiteettisuojaansa törkeästi loukatun, ja tuntenut itsensä ”nöyryytetyksi ja loukatuksi, halvaksi ja likaiseksi”.[1363] Ratkaisussa dnro 2447/2/04 kyse oli hammastoimenpiteen suorittamisesta psykiatrisessa sairaalahoidossa olevalle täysi-ikäiselle potilaalle ilman sijaispäättäjän suostumusta. Lähetetietojen mukaan potilaan sairaudenkuva oli erittäin vaikea, ja hän kieltäytyi ehdottomasti paikallispuudutuksesta ja hammaslääkärissä käynnistä, minkä vuoksi lähettävän lääkärin käsityksen mukaan voimakkaasti reikiintynyttä hampaistoa jouduttaisiin korjaamaan nukutuksessa. Keskussairaalassa suukirurgian erikoislääkäri tutki potilaan hampaat nukutuksessa ja poisti ne kaikki kuulematta tämän lähiomaista tai laillista edustajaa, ja ilman tällaisen henkilön suostumusta.[1364] Ratkaisussa dnro 2803/4/12 oli kyse siitä, että potilasta ruokittiin letkulla ja hänelle annettiin peräruiske vastoin hänen tahtoaan, ja lisäksi osastonhoitaja oli tarkastanut potilaan ihon kunnon hänen kiellostaan huolimatta ulkopuolisten henkilöiden läsnä ollessa.[1365] Edellä mainittua lievemmässä määrin potilaiden itsemääräämisoikeuteen puututtiin pääkaupunkiseudun terveyskeskuksen menettelyssä puhalluttaa[1366] kaavamaisesti kaikki terveysasemien päivystykseen tulevat tapaturmapotilaat.[1367]

Ratkaisuissaan EOA on pitänyt selvänä, että edellä kuvattujen potilaiden hoitoa ei toteutettu potilaslain 6 §:n tarkoittamalla tavalla yhteisymmärryksessä potilaiden kanssa, ja että PL 7 §:n mukaista henkilökohtaisen koskemattomuuden ja PL 10 §:n ja EIS 8 art. mukaista yksityisyyden suojaa oli vastoin potilaiden tahtoa suoritetuilla toimenpiteillä loukattu.[1368] Perustuslain ja EIS:n mukaan tahdonvastainen toimenpide on sallittu vain silloin, kun se perustuu eduskunnan säätämään lakiin, jollaista ei ole annettu somaattista terveyden- ja sairaanhoitoa varten.[1369] EOA on korostanut, että oikeusjärjestykseemme ei sisälly ”yleistä oikeutusta henkilön itsemäärää-

1362 EOA dnro 673/4/12.
1363 EOA dnro 1418/4/15.
1364 EOA dnro 2447/2/04.
1365 EOA dnro 2803/4/12.
1366 Puhalluttamisella tarkoitetaan uloshengitysilman alkoholipitoisuuden määrittämistä.
1367 EOA dnro 3586/4/12.
1368 EOA dnro 673/4/12. EOA dnro 1418/4/15, s. 1-5. EOA dnro 2803/4/12. Tapauksessa dnro 2447/2/04 on viitattu vain potilaslakiin. Ratkaisussa dnro 3586/4/12 vastaavat periaatteet on huomioitu, mutta siihen ei sisälly kytkentää EIS 8 art.
1369 EOA dnro 1418/4/15, s. 5. EOA dnro 673/4/12. Perusoikeuksien rajoittamisesta tahdosta riippumattoman hoidon aikana on säännelty mielenterveyslain (1116/1990) 4a-luvussa (1423/2001).

misoikeuden sivuuttamiseen sillä perusteella, että puuttumista hänen ruumiilliseen koskemattomuuteensa voidaan objektiivisesti tai lääketieteellisesti arvioiden pitää hänen etujensa mukaisena".[1370] EOA on huomioinut ratkaisujensa perusteluissa myös PL 19 §:n riittävien terveyspalveluiden turvaamisen ja jokaisen oikeuden välttämättömään huolenpitoon ja PL 22 §:n julkisen vallan velvollisuuden turvata perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen.[1371] EOA ei antanut tapauksessa 673/4/12 lainkaan merkitystä terveyden suojelemiselle, virkavastuuperustelulle tai rikoslakiin perustuvalle heitteillejättönäkökulmalle, johon johtajaylilääkäri vetosi.[1372]

EOA on todennut ratkaisuissaan EIS 13 art. edellyttävän tehokasta oikeussuojakeinoa tilanteissa, jolloin EIS:ssa tunnustettuja oikeuksia ja vapauksia on loukattu – silloinkin, kun oikeuksien ja vapauksien loukkauksen ovat tehneet virantoimituksessa olevat henkilöt.[1373] EIT:n ratkaisukäytännössä ilman potilaan suostumusta tai toimenpiteeseen erikseen oikeuttavan lain tukea suoritetut lääketieteelliset toimenpiteet on katsottu EIS 8 art. loukkauksiksi, joista on maksettava rahallinen korvaus.[1374] Lisäksi EOA on todennut EIT:n ratkaisukäytännössä edellytetyn EIS 13 art. tehokkaan oikeussuojan vaatimuksen täyttymiseksi korvausta myös aineettomasta vahingosta, kärsimyksestä, ainakin vakavimpien ihmisoikeusloukkausten osalta.[1375] Myös KKO:n oikeuskäytännössä on katsottu, että vahingonkorvausta tai hyvitystä voidaan maksaa perus- ja ihmisoikeusloukkauksen perusteella myös ilman kansallisen lainsäädännön tukea.[1376] EOA on myös viitannut EIT:n kiinnittäneen ratkaisukäytännössään huomiota siihen, oliko toimenpide aiheuttanut valittajalle pelon, ahdistuksen tai alemmuuden tunteita. EOA on pitänyt selvänä, että vastoin tai ilman potilaan suostumusta suoritetut toimenpiteet olivat aiheuttaneet kantelijoille sellaista kärsimystä, joka tuli hyvittää heille.[1377]

Ratkaisussa dnro 2447/2/04 oikeusasiamies määräsi sisäministeriön poliisiosastoa suorituttamaan esitutkinnan, ja syytteen nostettavaksi RL 40:11 §:n mukaisesta tuottamuksellisesta virkavelvollisuuden rikkomisesta, kun erikoishammaslääkäri ei kuullut sijaispäättäjää, eikä pyytänyt vajaakykyisen potilaan kaikkien hampaiden poistoa koskevaan merkittävään hoitopäätökseen sijaispäättäjän suostumusta. Teko ei peruuttamattomana toimenpiteenä ollut kokonaisuutena arvostellen vähäinen

1370 EOA dnro 673/4/12. EOA dnro 1418/4/15, s. 1-5.
1371 EOA dnro 3586/4/12. EOA dnro 1418/4/15.
1372 EOA dnro 673/4/12.
1373 EOA dnro 673/4/12, EOA dnro 1418/4/15 ja EOA Dnro 2803/4/12.
1374 EIT Y. F. v. Turkki 22.7.2003 ja X v. Suomi 3.7.2012.
1375 EOA dnro 673/4/12. EOA dnro 2803/4/12.
1376 KKO:2008:10, jossa oli kyse siitä, että henkilö oli ollut kiinniotettuna etsintäkuulutuksen perusteella, 2011:38, jossa oli kyse esitutkinnan viivästymisestä, ja 2012:81, jossa vanginvartija oli avannut tutkintavangille Rikosseuraamuslaitoksesta tulleen kirjeen ilman laillista oikeutta kirjeen avaamiseen. Yhteistä kaikille oikeustapauksille oli, että perus- ja ihmisoikeusloukkauksen johdosta vahingonkorvaukseen oikeuttavaa kansallista säännöstä ei ollut.
1377 EOA dnro 1418/4/15, s. 1-5. EOA dnro 673/4/12. EOA dnro 2803/4/12.

sen haitallisuus ja vahingollisuus sekä muut tekoon liittyvät seikat huomioiden. Siten asiaa ei voitu jättää pelkästään EOA:n huomautuksen varaan.[1378] Ratkaisussa ei huomioitu mielenterveyslain 4a:22c §:n (1423/2001) säännöstä ruumiillisen sairauden hoidosta, joka oikeuttaa itsemääräämiseen kykenemättömän potilaan vastustaessa antamaan hoidon potilaan henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi. Tässäkin säännöksessä painotetaan lähtökohtaisesti potilaslain 6-9 §:ien mukaista yhteisymmärryksessä hoitamista.

Eduskunnan oikeusasiamies katsoi kannanotossaan dnro 3586/4/12, että terveydenhuollon toimintayksiköllä ei ollut oikeutta rutiininomaiseen tapaturmapotilaiden puhalluttamiseen. EOA perusteli kannanottoa sillä, että terveydentilasta johtuvan hoidon tarpeen arvioinnin tulee perustua lääketieteellisesti hyväksyttyihin kriteereihin, ja että toimenpiteet tulee valita siten, että oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon (PotL 3 §) toteutuu, ja että toimenpiteet ovat oikeasuhteisia niillä saavutettavissa olevaan hyötyyn nähden. Potilaan koskemattomuuteen ei voi puuttua toimenpiteillä enempää kuin on välttämätöntä.[1379] Puhalluttamisen tulee lääketieteellisesti perustelluissakin tilanteissa toteutua potilaslain 6 §:n mukaisesti potilaan suostumuksella. Päihtymystilasta huolimatta potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, eikä puhaltamisesta kieltäytyminen saa vaikuttaa hoidon saatavuuteen.[1380] Nykylainsäädännössä henkilönkatsastus, joka sisältää mm. puhalluttamisen, on ilman potilaan suostumusta tietyin edellytyksin mahdollista vain mielenterveyslain 22i §:n (1423/2001) nojalla, ja edellyttää, että potilas on mielenterveyslain 2-4 lukujen tarkoittamassa tarkkailussa tai tutkimukseen tai hoitoon määrättynä. Huomionarvoinen seikka on, miten potilas ylipäätään saataisiin puhallutettua ilman hänen suostumustaan ja myötävaikutustaan. Jos potilas ei suostu puhaltamaan alkometriin, mittausta ei ylipäätään voida tehdä. Tapaturmapotilaan puhalluttamisella on myös vakuutusoikeudellinen ja siten yhteiskunnallinen merkitys[1381], mitä ei tässä EOA kannanotossa huomioida.

6.2.2.2 Lääkintä tahdonvastaisesti

Potilaslain 6 §:n mukainen yhteisymmärryksessä hoitamisen vaatimus koskee lähtökohtaisesti myös lääkehoitoa. Potilaan tahdosta riippumattoman lääkehoidon antaminen on terveydenhuollossa mahdollista MTL 4a:22b-c §:ien (1423/2001) nojalla psyykkisen sairauden hoitamiseksi, jos potilaan tai muun henkilön terveys tai turvallisuus vaarantuu; tai ruumiillisen sairauden hoitamiseksi, jos potilaan henki ja terveys vaarantuu. Tilanteet koskevat vain MTL nojalla tarkkailuun otettua tai

1378 EOA dnro 2447/2/04.
1379 EOA dnro 3586/4/12.
1380 EOA dnro 3586/4/12.
1381 Esimerkiksi ulkomaalaisen potilaan vakuutusyhtiö saattaa kieltäytyä korvaamasta vamman hoidosta aiheutuvia sairaanhoitokuluja, mikäli potilaalle ei ole hoitoon tullessa tehty alkoholipitoisuusmääritystä. Tällöin sairauden hoitokulut jäävät sairaalan tappioksi, jos niitä ei saada potilaalta perittyä.

hoitoon määrättyä potilasta. Lisäksi tartuntatautilain 65 §:n nojalla voidaan antaa yleisvaarallisen tartuntataudin lääkehoito potilaan tahdosta riippumatta. Somaattista hoitoa koskevaa sääntelyä lääkitsemisestä potilaan suostumuksesta riippumatta ei muilta osin ole. Kiireellisen hoidon oikeuttava potilaslain 8 § ei oikeuta käyttämään potilaan hoidossa rajoittamistoimenpiteitä.[1382] Lääkehoito kuuluu kuitenkin olennaisena osana kiireelliseen hoitoon.

Eduskunnan oikeusasiamiehen useissa kanteluratkaisuissa on otettu kantaa ilman lain säännöstä ja potilaan tahdosta riippumatta tapahtuvaan lääkitsemiseen.[1383] EOA on viitannut mielenterveyslain esitöihin, joiden mukaan toimenpiteiden suorittaminen pakolla, esimerkiksi lääkkeen antaminen injektiona, merkitsee syvää kajoamista potilaan henkilökohtaiseen koskemattomuuteen.[1384] Ratkaisussaan dnro 85/4/04 eduskunnan oikeusasiamies katsoi, että potilasta ei olisi mielenterveyslain ja potilaslain perusteella saanut lääkitä neurolepti-injektiolla[1385] hänen tahdostaan riippumatta tilanteessa, kun häntä ollaan vasta kuljettamassa sairaalaan tarkkailuun.[1386] EOA:n mukaan lainmukainen menettely olisi ollut poliisin virka-avun käyttäminen, koska poliisilla on käytettävissä sellaisia voimakeinoja, joita voidaan pitää puolustettavina.[1387] Tahdosta riippumatonta lääkitsemistä ilman lailla säädettyä perustetta on käsitelty myös KHO:n ratkaisussa 2005:13, jossa KHO katsoi, että terveydenhuollon oikeusturvakeskuksella (nykyisin Valvira) on ollut oikeus antaa terveydenhuollon ammattihenkilölain 33 §:n nojalla sairaanhoitajalle kirjallinen varoitus, kun tämä oli ulkomaalaisia maasta poistettaessa antanut näille lääkityksen heidän tahdostaan riippumatta ilman laissa säädettyä perustetta.[1388] EOA on todennut, että muiden rajoitustoimenpiteiden kohteena olevaa potilastakin tulee ensisijaisesti lääkitä yhteisymmärryksessä hänen kanssaan.[1389] EOA on suosittanut myös somaattisessa hoidossa turvahuoneeseen sijoitetun potilaan lääkkeenantamista koskeviin kirjauksiin merkittäväksi, onko lääkehoito toteutettu yhteisymmärryksessä.[1390] Myös PL 7.3 §:n mukaan vapautensa menettäneen oikeudet turvataan lailla, mikä tarkoittaa, että vapaudenriiston

1382 EOA dnro 1073/2/07.

1383 EOAK/2458/2019, EOAK/1706/2019, EOAK/4191/2018, EOA dnro 3494/4/09, EOA dnro 1428/4/14, EOA dnro 1073/2/07, EOA dnro 85/4/04, EOA dnro 2213/4/07, EOA dnro 1319/2/11, EOA dnro 4318/4/15, EOA dnro 3296/4/09, EOAK/1601/2018.

1384 EOA dnro 3296/4/09. HE 113/2001 vp., s. 22.

1385 Lihaksensisäisesti pistoksena annettava psykoosilääke.

1386 Mielenterveyslain 4a luvun 22b ja 22c §:ien (1423/2001) nojalla tarkkailuun otetun tai tutkimuksiin tai hoitoon määrätyn potilaan kohdalla voidaan psyykkistä tai somaattista sairautta hoitaa potilaan tahdosta riippumatta, mutta hoitotoimenpiteen tulee olla lääketieteellisesti perusteltu ja lisäksi potilaan hengen ja terveyden kannalta välttämätön. Tässä tapauksessa tarkkailua ei vielä ollut aloitettu.

1387 EOA dnro 1073/2/07, jossa EOA viittaa ratkaisuunsa dnro 85/4/04.

1388 KHO:2005:13 ja EAO dnro 2803/4/12, jossa oikeustapaukseen myös viitataan.

1389 EOA dnro 3296/4/09. EOAK/1601/2018, s. 9.

1390 EOAK/1601/2018, s. 9.

kohteena olo ei automaattisesti oikeuta kohdistamaan kohdehenkilöön muita rajoitustoimenpiteitä.

Vastaavasti kuin muidenkin rajoittamistoimenpiteiden osalta, EOA on sääntelyn puuttuessa arvioinut rikoslain yleisten oikeuttamisperusteiden soveltuvuutta potilaan tahdosta riippumattomaan lääkitsemiseen, ja tulkinnut yksittäisissä tapauksissa lääkkeen annon pakkotilaperusteella oikeutetuksi.[1391] EOA:n ratkaisukäytännössä on rikoslain yleisen oikeuttamisperusteen ehtojen täyttyessä arvioitu kaksoisstandardivaatimuksen mukaisesti toimenpidettä myös lääketieteellisen perusteltavuuden ja ihmisarvoa loukkaavien toimenpiteiden kiellon näkökulmasta.[1392] Lääkehoidon antamista voidaan EOA:n viittaaman Valviran lausunnon mukaan pitää (lääketieteellisesti) perusteltuna, jos kysymyksessä on välttämätön ja potilaan edun mukainen toimenpide.[1393] EOA on myös viitannut eräässä ratkaisussaan aiemmin valmisteilla olleeseen asiakas- ja potilaslakiluonnokseen, jossa oli esitetty, että ilman potilaan suostumusta annettavan lääkehoidon edellytyksenä olisi potilaan terveydentilan vaarantuminen ilman lääkitystä.[1394] Esimerkiksi alkoholin käytön vieroitusoireiden ja sekavuustilan (deliriumin) hoidossa käytettyä lääkehoitoa on pidetty EOA:n ratkaisukäytännössä asianmukaisena.[1395]

Suhteellisuusperiaatetta eli lievimmän riittävän puuttumisen periaatetta on korostettu myös lääkehoitoa koskevissa ratkaisuissa. Edellä mainitussa ratkaisussa dnro 85/4/04 tarkkailuun otettavaksi lähetettävää potilasta ei ollut edeltävästi saatu siirrettyä ambulanssiin kahden ensihoitajan voimin, vaikka kaksi poliisia oli tässä avustanut. Pitkä kuljetusmatka ja mahdollisista poliisin voimakeinoista aiheutuva vahingon riski huomioiden EOA katsoi ratkaisussaan dnro 85/4/04, että lääkeinjektio merkitsi kyseisessä tilanteessa voimakeinojen käyttöä lievempää ja inhimillisempää puuttumista kantelijan ruumiilliseen koskemattomuuteen.[1396] Ratkaisussa EOAK/4191/2018 EOA totesi suhteellisuusperiaatteen mukaiseksi, että ennen pakkolääkitystä (psykoosilääkeinjektiota) potilaan levottomuutta ja aggressiivisuutta pyrittiin hoitamaan lievemmin keinoin, antamalla potilaalle rauhoittavaa lääkettä potilaan myötävaikutuksella.[1397]

Potilaan tahdosta riippumatta toteutettavan lääkemääräyksen voimassaoloaikaan on otettu kantaa ratkaisussa dnro 3296/4/09, joka koski mielenterveyspotilaan tahdosta riippumatonta hoitoa mielenterveyslain 4a:22b §:n nojalla aikana, jolloin

1391 EOA dnro 2213/4/07, johon viitattu ratkaisussa EOA dnro 1073/2/07. EOA dnro 85/4/04.
1392 EOA dnro 85/4/04. Raimo Lahden asiantuntijalausunnosta dnro 85/4/04 kanteluun liittyen myös eduskunnan oikeusasiamiehen esityksessä dnro 1073/2/07. EOA dnro 1319/2/11.
1393 EOAK/4191/2018 ja EOA dnro 4318/4/15.
1394 EOAK/1601/2018, s. 10.
1395 EOA dnro 3494/4/09.
1396 EOA dnro 1073/2/07 ja EOA dnro 85/4/04. Terveydenhuollon oikeusturvakeskus (nyk. Valvira) oli myös asiantuntijalausunnossaan pitänyt injektion antamista lääketieteellisesti perusteltuna toimenpiteenä.
1397 EOAK/4191/2018, s. 6.

lääkityksen antaminen psyykkisen sairauden hoitamiseksi ei vielä edellyttänyt hallintopäätöstä. EOA totesi, että lääkäri voisi päättää etukäteen rajoitetuksi ajaksi lääkkeen antamisesta potilaan tahdosta riippumatta. EOA piti perusteltuna ratkaisua varten pyydettyä Valviran yhteydessä toimivan mielenterveyspalveluiden ja päihdehuollon ohjausta ja valvontaa käsittelevän työryhmän (MIEPÄ) kannanottoa, jonka mukaan päätös voitaisiin tehdä korkeintaan vuorokaudeksi.[1398] EOA on myös ratkaisussaan todennut, että lääkkeen määrääminen potilaan tahdosta riippumatta edellyttää voimakkaasti potilaan henkilökohtaiseen koskemattomuuteen puuttuvana ratkaisuna lääkärin käyntiä ja henkilökohtaista arviota potilaan luona.[1399] Ilman potilaan suostumusta toteutettavassa lääkehoidossa korostetaan myös seurannan ja vaikutusarvioinnin tärkeyttä.[1400]

6.2.2.3 Omaisuuden haltuunotto

Omaisuuden haltuunotosta terveydenhuollossa on säännökset mielenterveyslain 4a-luvussa, jonka 22g §:n mukaan omaisuuden haltuunotto toimintayksikön toimesta on mahdollinen vain huumausaineisiin tai päihteisiin liittyen tai henkeä ja terveyttä vaarantavien aineiden ja esineiden osalta. Lisäksi hoitoa tai toimintayksikön yleistä järjestystä vakavasti haittaavat aineet ja esineet saadaan ottaa toimintayksikön haltuun. Omaisuuden haltuunotto perusoikeuksien rajoittamistoimenpiteenä on kuitenkin sallittu 4a:22a §:n nojalla vain, jos potilas on mielenterveyslain 2-4 luvuissa tarkoitetulla tavalla otettu tarkkailuun tai määrätty tutkimukseen tai hoitoon, ja jos sairauden hoito tai potilaan tai muun henkilön turvallisuus sitä välttämättä vaatii. Lailla ei ole säädetty somaattisen hoidon toimintayksikössä tapahtuvasta potilaan omaisuuden haltuunotosta lukuun ottamatta päihdehuoltolain 27 §:ää, jossa mahdollistetaan omaisuuden haltuunotto tahdosta riippumattomassa hoidossa. Tutkimusaineistoon sisältyvässä oikeusasiamiehen ratkaisukäytännössä on arvioitu omaisuuden haltuunottoa ilman lain säännöstä kolmessa ratkaisussa.[1401]

Kantelussa dnro 3285/4/04 oli kyse päihtyneen ja häiritsevästi käyttäytyneen potilaan eristämisestä ja hänen henkilökohtaisen omaisuutensa haltuunotosta terveyskeskuksessa. Ylilääkärin tapauksen johdosta antaman selvityksen mukaan aggressiivista potilasta kameravalvottuun huoneeseen siirtäessä on tarkoituksenmukaista poistaa hänen hallustaan sellaiset esineet, joilla hänen on mahdollista vahingoittaa itseään tai aiheuttaa vaaraa ympäristölleen. Terveydenhuollon oikeusturvakeskus (nykyisin Valvira) oli lausunut, että muissa kuin mielenterveyslain 22g §:n tarkoittamissa tapauksissa omaisuuden haltuunotto saattaisi joissakin erittäin poikkeuksellisissa tilanteissa olla rikoslain hätävarjelu- tai pakkotilasäännösten nojalla

1398 EOA dnro 3296/4/09.
1399 EOAK/4191/2018.
1400 EOA dnro 1428/4/14.
1401 EOA dnro 3285/4/04 (myös EOA dnro 1073/2/07 viittaa tähän ratkaisuun), EOA dnro 3296/4/09, EOA dnro 1768/4/15.

perusteltavissa. Koska potilasasiakirjoista ei kuitenkaan käynyt ilmi haltuun otetun omaisuuden laatu, näiden oikeuttamisperusteiden olemassaoloa ei voitu arvioida, ja EOA piti terveydenhuollon toimintayksikön hoitohenkilökunnan suorittamaa omaisuuden haltuunottoa laittomana.[1402] Vastaavasti ratkaisussa dnro 3296/4/09 ei voitu arvioida rikoslain oikeuttamisperusteiden soveltuvuutta kantelijan omaisuuden tarkastamiseen tai haltuunottoon, koska toimenpiteistä ei ollut tehty asianmukaisia potilaskertomusmerkintöjä, mitä EOA piti vakavana laiminlyöntinä.[1403] Myös ratkaisussa dnro 1768/4/15 oli kanneltu muun kohtelun ohella vartijan toimesta suoritetusta potilaan takin ja laukun ottamisesta ja lukitsemisesta eristyshuoneen kaappiin, mutta EOA ei ottanut tähän varsinaisesti kantaa ratkaisussaan.[1404]

Omaisuuden haltuunoton osalta punnittavana on potilaan yksityisyyden suojan lisäksi potilaan ja muiden henkilöiden oikeus hengen ja terveyden suojaan ja henkilökohtaiseen turvallisuuteen. Somaattisen terveydenhuollon toimintayksikköön hakeutuu hoitoon esimerkiksi myrkytyspotilaita, joilla on lääkkeitä, huumausaineita tai alkoholia mukanaan. Potilas voisi hoidossa ollessaan lääkkeensä tai päihteensä nauttimalla pahentaa omaa tilaansa ja vaarantaa hoitoaan. Periaatteessa potilaaksi hakeutuva voisi kantaa mukanaan myös aseita, jolloin henkilökunnan ja muiden potilaiden henki, terveys ja turvallisuus vaarantuisivat.[1405] Nykyisin järjestyslaissa mainittujen aineiden ja esineiden haltuunotto on somaattisessa hoidossa tietyin rajatuin edellytyksin mahdollista turvallisuusalan työntekijöiden, vartijan tai järjestyksenvalvojan toimesta. Omaisuuden haltuunoton osalta on siten punnittava myös toimilupaan ja työturvallisuuteen liittyviä näkökohtia.

6.2.2.4 Kameravalvonta

Kameravalvonnasta tai teknisestä valvonnasta terveydenhuollossa ei ole voimassa olevia säännöksiä. EOA otti sairaalan tarkastuskäyntiä koskevassa ratkaisussaan EOAK/1706/2019 kantaa vuodeosaston kameravalvontamahdollisuuksiin. EOA:n mukaan potilashuoneiden kameravalvonnalla puututaan aina potilaan yksityisyyteen. Kameravalvontaa ei tule käyttää potilaan tilan tarkkailemiseksi, ellei se ole välttämätöntä. Kameravalvontaa ei voi myöskään perustella henkilöresurssin riittämättömyydellä.[1406] Potilasta tai hänen omaisiaan tulee informoida kameravalvonnasta ja valvonnan mahdollisuudesta.[1407] Kamera tulee myös kytkeä pois päältä, kun erityistä valvonnan tarvetta ei ole.[1408]

1402 EOA dnro 3285/4/04.
1403 EOA dnro 3296/4/09.
1404 EOA dnro 1768/4/15.
1405 Maailmalla esiintyy myös sairaala-ampumisia. www.mtvuutiset.fi, www.iltalehti.fi.
1406 EOAK/1706/2019, s. 10-11.
1407 EOAK/1706/2019, s. 10-11 ja EOAK/2458/2019, s. 6.
1408 EOAK/2458/2019, s. 6.

EOA on muissa ratkaisuissaan ottanut kantaa kameravalvonnan käyttöön eristetyn potilaan valvonnassa. EOA on niissäkin todennut, ettei kameravalvontaa voi perustella henkilöresurssin riittämättömyydellä. Kameravalvonta ei täytä mielenterveyslain 4a:22f §:ssä henkilökunnalle annettua velvoitetta olla potilaaseen kuulo- ja näköyhteydessä, eikä kameravalvonta molempiin suuntiin toimivalla ääniyhteydellä voi korvata potilaan ja hoitohenkilökunnan välistä vuorovaikutusta.[1409] Valvira on todennut eristystilan kameravalvonnasta, että eristyshuoneeseen sijoitetun potilaan kohdalla pelkkä kameravalvonta ilman mahdollisuutta keskustella hoitajan kanssa ei ole hyvän kliinisen käytännön mukaista, minkä vuoksi tällaiset huoneet tulisi varustaa molempiin suuntiin toimivalla ääniyhteydellä. Tämän myös EOA on omalta osaltaan hyväksynyt.[1410] Erään päivystyksen turvahuoneen (eristyshuoneen) kameravalvonnan osalta EOA kuitenkin edellytti, että potilasta ei tule sijoittaa toiseen päivystyksen turvahuoneista, kunnes kyseisen huoneen valvontakamerakuvan näkyvyysongelma tarkkailuhuoneessa on korjattu. Kameravalvonnassa ei kuitenkaan saa näkyä turvahuoneessa mahdollisesti oleva wc-istuimen alue.[1411] EOA on pitänyt tärkeänä, että organisaation rajoittamisohjeet sisältävät ohjeet myös käytössä olevasta teknisestä valvonnasta.[1412]

6.2.3 Yhdenvertaisuuden ja syrjimättömyyden suojan rajoittaminen

Yhdenvertaisuusnäkökulma tuli esiin itsenäisenä kysymyksenä vain yhdessä tutkimusaineistoon kuuluvassa ratkaisussa. Eduskunnan oikeusasiamiehen kanteluratkaisussa dnro 3624/4/07 oli kyse vammaisten lasten hoidonrajaamispäätöksistä sekä vammaisten lasten yhdenvertaisuudesta ja oikeudesta hoitoon. Kantelun mukaan tavallista elämäänsä eläville vammaisille lapsille oli tehty sairaalassa DNR-päätöksiä vastoin vanhempien tahtoa.

DNR-päätösten tekemisen osalta EOA totesi DNR-päätöksen olevan merkittävä hoitopäätös, ja että päätös tulee tehdä yhteisymmärryksessä potilaan tai hänen edustajansa kanssa. EOA mainitsi kuitenkin ratkaisussaan – potilaslain esitöiden mukaisesti – ettei potilaslain 6 §:n mukainen yhteisymmärryksessä hoitaminen tarkoita sitä, että potilaalla olisi oikeus saada mitä tahansa hoitoa. Tehdyn päätöksen perusteet ja päätöksen sisältö, laajuus ja kesto tulee merkitä potilasasiakirjoihin. DNR-päätös tulee myös voida muuttaa tai peruuttaa, jos potilaan terveydentilassa tapahtuu muutos.[1413]

1409 EOAK/3009/2019, s. 7 ja EOAK/729/2018, s. 3. Vastaavasti myös psykiatrista hoitoa koskevassa ratkaisussa EOAK/2823/2018, jossa arvioitu nimenomaan huonevalvontaa. Tähän viitattu myös ratkaisussa EOAK/2458/2019, s.6.

1410 Esimerkiksi EOAK/2823/2018.

1411 EOAK/1601/2018, s. 8.

1412 EOAK/2458/2019, EOAK/1706/2019.

1413 EOA dnro 3624/4/07.

Eduskunnan oikeusasiamies viittasi kanteluratkaisussaan oikeusohjeina PL 1 §:n ihmisarvon loukkaamattomuuden, yksilön vapauksien ja oikeuksien sekä oikeudenmukaisuuden suojaan, PL 6 §:n yhdenvertaisuuden suojaan, PL 7 §:n elämän ja henkilökohtaisen koskemattomuuden suojaan, PL 19.3 §:n riittävien sosiaali- ja terveyspalveluiden turvaamisvelvoitteeseen sekä PL 22 §:n perus- ja ihmisoikeuksien turvaamisvelvoitteeseen. EOA korosti yhdenvertaisuuden toteuttavan myös PL 1 §:n arvolähtökohtaa oikeudenmukaisuuden toteuttamisesta yhteiskunnassa. Yhdenvertaisuussäännökseen sisältyy mielivallan kielto ja vaatimus samanlaisesta kohtelusta samanlaisissa tapauksissa, ja säännös rajoittaa siten myös erilaisuutta kuntien palveluiden järjestämistavassa ja palveluvalikoimassa. EOA katsoi syrjinnän kiellon olevan keskeinen terveydenhuollon oikeudenmukaisuuskysymys: vammaisilla on samanlainen oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon kuin muillakin ihmisillä. Vammaisuus ei sinällään saa olla peruste pidättäytyä elvytyksestä tai tehohoidosta.[1414]

DNR-päätöstä ei ole potilaslaissa säännelty, vaan sitä koskevat samat säännökset kuin muitakin tärkeitä hoitopäätöksiä eli tiedonsaantioikeus (5 §) ja itsemääräämisoikeus (6 §) sillä esitöiden rajauksella, että lääketieteellisesti perustelematonta hoitoa ei kuitenkaan ole oikeutta vaatia, sekä kiireellisiä tilanteita koskeva rajaus suostumuksen osalta (8 §). Valviran ohjeessa korostetaan sitä, että DNR-päätös koskee vain elvytystoimia, ja linjataan, että päätös tulee voida tilanteen muuttuessa purkaa. Potilaalla tai omaisella ei kuitenkaan ole Valviran ohjeen mukaan oikeutta vaatia lääketieteellisesti asianmukaisen ja perustellun DNR-päätöksen purkamista.[1415] Tämä tulkinta on linjassa sen kanssa, että lääketieteellisesti perustelematonta hoitoa ei ole oikeutta vaatia. Olisi aika erikoista, jos potilaan tai omaisen kieltäytyminen DNR-päätöksestä johtaisi siihen, että kuolemansairasta ennusteetonta potilasta elvytettäisiin ilman toivoa ennalleen palautumisesta, ja siten pitkitettäisiin hänen kärsimyksiään. Tällainen menettely voisi loukata myös potilaan oikeutta ihmisarvoiseen kohteluun. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee kuitenkin ammattihenkilölain 15 §:n mukaan huomioida ammattitoiminnastaan potilaalle aiheutuva hyöty ja mahdolliset haitat.

6.2.4 Työturvallisuus ja turvallisuusalan henkilöstön toimilupa ja valtuudet

Tilanteet, joissa rauhaton tai väkivaltainen potilas aiheuttaa häiriöitä sairaalan päivystyksessä ovat yleisiä.[1416] Monissa terveydenhuollon toimintayksiköissä käytetään henkilökunnan työturvallisuuden varmistamiseksi vartijoita tai järjestyksenvalvojia. Vartijoiden ja järjestyksenvalvojien toimiluvasta ja valtuuksista säädetään laissa yksityisistä turvallisuuspalveluista (1085/2015), myöhemmin YTL. YTL:n 2:6 §:n ja 3:29 §:n mukaan vartijan ja järjestyksenvalvojan on toimittava oikein ja tasa-

1414 EOA dnro 3624/4/07.
1415 www.valvira.fi Päätös elvyttämättä jättämisestä (DNR-päätös).
1416 EOA dnro 2810/4/10.

puolisesti sekä sovinnollisuutta edistäen, ja tehtävät on suoritettava aiheuttamatta suurempaa vahinkoa tai haittaa kuin on välttämätöntä tehtävien suorittamiseksi. Vartioimistehtävissä ei saa YTL:n 2:6 §:n mukaan puuttua kenenkään oikeuksiin enempää kuin tehtävien suorittamiseksi on välttämätöntä. Tehtäviin liittyvien toimenpiteiden on oltava perusteltuja suhteessa tehtävien tärkeyteen ja kiireellisyyteen sekä tilanteeseen kokonaisuutena. Järjestyksenvalvojan tulee YTL:n 3:29 §:n mukaan ensisijaisesti neuvoin ja kehotuksin ylläpitää järjestystä ja turvallisuutta toimialueellaan. Toimenpiteiden on oltava perusteltuja suhteessa järjestyksenvalvojan tehtävään ja toimenpiteillä tavoiteltavaan etuun. Järjestyksenvalvojan on toiminnassaan asetettava etusijalle sellaiset toimenpiteet, jotka edistävät yleisön turvallisuutta.

Vartijan tehtäviin kuuluvat YTL:n mukaan omaisuuden vartiointi, henkilöiden koskemattomuuden suojaaminen, vartioimiskohteeseen tai toimeksiantajaan kohdistuneen rikoksen paljastaminen ja näiden tehtävien valvontatehtävät (2 § kohta 2 ja 4 §). Vartijalla on oikeus estää henkilön pääsy vartiointialueelle ja poistaa henkilö vartiointialueelta, jos hän uhkauksensa tai käytöksensä perusteella todennäköisesti syyllistyisi vartioimisalueella olevaan omaisuuteen tai toimeksiantajan tai tämän palveluksessa työskentelevän henkilön henkeen, terveyteen tai vapauteen kohdistuvaan rikokseen; tai on ilmeistä, ettei henkilöllä ole oikeutta oleskella vartioimisalueella (15 §). Lisäksi vartijalla on kiinniotto-oikeus verekseltään pakenemasta tavatun rikoksesta epäillyn ja etsintäkuulutetun henkilön osalta ja tässä yhteydessä oikeus myös turvallisuustarkastukseen ja vaarallisten aineiden ja esineiden haltuunottoon (16 §). Vartijalla ei kuitenkaan ole yleistä oikeutta tehdä turvallisuustarkastusta vastoin kohdehenkilön tahtoa.

YTL 41 §:n nojalla järjestyksenvalvojalla on yleisempi oikeus pääsyn estämiseen toimialueelleen. Terveydenhuollon toimipisteeseen poliisin avuksi asetetulla järjestyksenvalvojalla (28 §) ei kuitenkaan ole oikeutta estää kenenkään pääsyä toimialueelleen (41 §), mutta on oikeus poistaa toimialueeltaan tai ottaa tarvittaessa kiinni henkilö, joka päihtyneenä häiritsee järjestystä tai muita henkilöitä, vaarantaa turvallisuutta; häiritsee järjestystä uhkaavasti esiintyen, meluamalla, väkivaltaisuudella tai muulla käyttäytymisellään; tai oleskelee alueen yleisöltä suljetussa osassa oikeudettomasti (42 §). Lisäksi järjestyksenvalvojalla on tietyin edellytyksin yleisempi oikeus tehdä turvallisuustarkastus toimialueelleen tulevalle tai siellä olevalle henkilölle ja ottaa henkilöltä pois kielletyt aineet ja esineet (46-47 §:t).

Vartijalla ja järjestyksenvalvojalla on YTL:n mukaan edellä mainittuja tehtäviään suorittaessaan myös oikeus sellaisten voimakeinojen käyttöön, joita voidaan pitää puolustettavina huomioiden henkilön käyttäytyminen, tehtävän tärkeys ja kiireellisyys, vastarinnan vaarallisuus ja muut olosuhteet (17 ja 48 §:t). Vartijan ja järjestyksenvalvojan käytettävissä olevat voimankäyttövälineet ovat samat: ampuma-aselain 11 §:ssa tarkoitettu kaasusumutin, käsiraudat, enintään 70 cm pitkä patukka; ja lisäksi vartijalla ja turvallisuusalan elinkeinoluvan haltijan palveluksessa olevalla järjestyksenvalvojalla teleskooppipatukka (YTL 18 ja 49 §).

Vartijoiden ja järjestyksenvalvojien toiminta perustuu poliisin YTL:n nojalla myöntämään toimilupaan.[1417] YTL 1:3 §:n, 3:24 §:n ja 6:68 §:n mukaan vartioimisliiketoiminta tai ansiotarkoituksessa tapahtuva, toimeksiantosopimukseen perustuva järjestyksenvalvojatoiminta vaati turvallisuusalan elinkeinoluvan, jonka myöntää poliisihallitus. Vartijana tai järjestyksenvalvojana toimiminen on myös toimiluvan varaista, edellytykset täyttävän henkilön hyväksymisestä vartijaksi tai järjestyksenvalvojaksi vastaa YTL 10-13 §:ien, 35-36 §:ien ja 38 §:n mukaan poliisilaitos. Alueen tai paikan poliisilaitos voi lisäksi antaa luvan asettaa järjestyksenvalvojia poliisin avuksi esimerkiksi terveydenhuollon toimipisteeseen, jos järjestyksen ja turvallisuuden ylläpitäminen ei muulla tavalla ole tarkoituksenmukaista sekä järjestyksen ja turvallisuuden ylläpitäminen sitä perustellusta syystä edellyttää (28 §, 1316/2016).

Toimilupia käytetään myös terveydenhuollossa esimerkiksi terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatinharjoittamisoikeuksien myöntämisessä ja valvonnassa. Siten myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden toiminta perustuu toimilupaan. Toimiluvan varainen toiminta on muilta kuin toimiluvan haltijoilta kiellettyä tai oikeudellisesti rajoitettua. Tämä tarkoittaa, että muu kuin Valviran myöntämän ammatinharjoittamisluvan, laillistuksen tai nimikesuojauksen haltija ei voi esiintyä terveydenhuollon ammattihenkilönä tai harjoittaa terveydenhuollon ammattihenkilön toimintaa. Vastaavasti muu kuin poliisin hyväksymä henkilö ei voi toimia YTL:ssa tarkoitettuna vartijana tai järjestyksenvalvojana, eikä suorittaa näille toimijoille määritettyjä tehtäviä niillä toimivaltuuksilla, jotka YTL:ssa on tehtävien hoitamiseksi säädetty.

Oikeusasiamies on yhdeksässä tutkimusaineistoon sisältyvässä ratkaisussaan ottanut kantaa turvallisuusalan henkilöstön valtuuksiin terveydenhuollossa toimittaessa.[1418] Terveydenhuollon toimintayksiköissä on EOA:n ratkaisukäytännön perusteella esiintynyt epäselvyyksiä siinä, mitä tehtäviä terveydenhuollon ammattihenkilöt ja turvallisuusalan toimiluvan haltijat voivat terveydenhuollon toimintayksiköissä suorittaa. Epäselvyydet ovat usein liittyneet rajoitustoimenpiteiden käyttöön terveydenhuollossa. Oikeusasiamies on kiinnittänyt ratkaisuissaan huomiota siihen, ettei hoitohenkilökunnalle kuuluvia tehtäviä voi siirtää vartijan tai järjestyksenvalvojan tehtäväksi. Vartijat tai järjestyksenvalvojat eivät saa osallistua

1417 Toimilupa on yksi muoto hallintoluvasta, jolla valtio tai viranomainen sallii muuten kielletyn tai oikeudellisten rajoitusten alaisen toiminnan tai menettelyn. Toimilupien tarkoituksena on myös valvonnan mahdollistaminen. Ohjaavilla luvilla taas vaikutetaan aktiivisesti etukäteen toiminnan määrään tai sisältöön. Luvalla voi olla esimerkiksi terveyttä tai henkilökohtaista koskemattomuutta suojaava tarkoitus. Tieteen termipankki 29.11.2023: Oikeustiede: hallintolupa.

1418 EOAK/3009/2019, EOA dnro 953/4/12, EOAK/1706/2019, EOAK/2456/2019, EOAK/3007/2019, EOA dnro 1768/4/15, EOA dnro 2810/4/10, EOA dnro 3285/4/04, EOA dnro 3296/4/09.

potilaan hoitotoimenpiteisiin.[1419] Myös potilaan tilan seuraaminen ja mahdollisten rajoitustoimenpiteiden toteuttaminen ja niiden seuraaminen ovat potilaan hoitoon liittyviä, terveydenhuollon ammattihenkilöille kuuluvia tehtäviä.[1420] Apulaisoikeusasiamies ei esimerkiksi ole pitänyt asianmukaisena, että vartija yksin huolehtii karkaamisalttiin tai eristetyn potilaan valvonnasta.[1421]

Vartijat voivat EOA:n mukaan toimivaltansa puitteissa turvata hoitohenkilökunnan koskemattomuutta ja työtehtävien turvallista suorittamista.[1422] Lisäksi vartija ja järjestyksenvalvoja voi suojella yksikön omaisuutta vahingoittamiselta.[1423] Vartijat eivät toimivaltansa puitteissa voi suojella esimerkiksi potilaita, mutta näissä tilanteissa vartijalla on oikeus puuttua tilanteeseen jokamiehen oikeuksin.[1424] Lisäksi vartija tai järjestyksenvalvoja voi turvautua pakottavassa tilanteessa hätävarjeluun tai pakkotilaan, jos kyse ei ole sellaisesta tilanteesta, jossa heillä olisi muuten lain nojalla oikeus voimakeinojen käyttöön.[1425] EOA on myös todennut, että vartijalla ja järjestyksenvalvojalla on laissa säädetyin edellytyksin oikeus käyttää tehtävässään voimakeinoja, jotka tulee aina suhteuttaa kulloiseenkin tilanteeseen.[1426] Merkintöjen tekemättä jättämistä mm. omaisuuden tarkastamisesta tai haltuunotosta on EOA:n ratkaisukäytännössä pidetty vakavana puutteena, kun pakkotilan tai hätävarjelun soveltamista tilanteeseen ei voitu arvioida.[1427] Vartijoita käyttävissä terveydenhuollon toimintayksiköissä tulisi EOA:n mukaan ohjeistaa paremmin sekä henkilökuntaa että vartijoita vartijan työnkuvasta tilanteissa, joissa potilaaseen joudutaan käyttämään rajoittamistoimenpiteitä. Näissä tilanteissa vartijalla on vaativa tehtävä, jossa on tarpeen huomioida monia hoidollisia asioita, kuten psykoosi aggression taustalla, arkaluonteiset hoitotilanteet ja niissä kunnioittavasti toimiminen ja vaitiolovelvollisuus.[1428] EOA on myös todennut ratkaisukäytännössään, että terveystoimi ei voi ohjeistaa vartijaa avustamaan sellaista toimenpidettä, joka on vastoin lakia.[1429]

1419 EOAK/3009/2019, s. 7. EOA dnro 953/4/12.
1420 EOAK/3009/2019, s. 7. EOAK/1706/2019, s. 9. EOAK/2456/2019, s. 25.
1421 EOAK/3007/2019, s. 13. EOA dnro 1768/4/15, s. 7.
1422 EOAK/3009/2019, s. 7. EOA dnro 953/4/12. EOAK/2456/2019, s. 25.
1423 EOA dnro 953/4/12.
1424 EOA dnro 2810/4/10.
1425 EOA dnro 953/4/12. EOAK/1706/2019, s. 9-10.
1426 EOA dnro 953/4/12.
1427 EOA dnro 3296/4/09.
1428 EOAK/2456/2019, s. 26.
1429 EOA dnro 3285/4/04.

6.3 Oikeusturvaa, mutta millä edellytyksillä?

6.3.1 Potilasasiakirjamerkinnät potilaan ja henkilökunnan oikeusturvan takeena

Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan lain sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (703/2023, asiakastietolaki) 3 §:n 3-4 -kohtien mukaan potilasta koskevaa asiakasasiakirjaa, joka on laadittu tai vastaanotettu tai joka sisältää tietoja asiakkaan sosiaali- tai terveyspalvelujen tarpeen arviointia varten, tarvittavien palvelujen järjestämistä tai toteuttamista varten taikka lääkkeen toimittamista varten. Asiakastietolain 17 §:n nojalla terveydenhuollon ammattihenkilön tulee kirjata asiakasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen, seurannan ja valvonnan turvaamiseksi tarpeelliset ja riittävät tiedot.[1430]

Asiakastietolain 28.1 §:n mukaan potilasasiakirjoihin tehtävistä merkinnöistä tulee tarpeellisessa laajuudessa käydä ilmi potilaan terveydentilaa, annettua palvelua ja sairauden ja hoidon kulkua koskevat tiedot sekä taudinmäärityksen, valitun hoidon ja tehtyjen hoitoratkaisujen perusteet. Vaikutuksiltaan ja riskeiltään erilaisten tutkimus- ja hoitomenetelmien valinnasta tulee tehdä merkinnät, joista ilmenee, millaisin perustein valittuun menetelmään on päädytty. Lisäksi jokaisen toimenpiteen peruste tulee määritellä selkeästi potilasasiakirjoissa. 29.1 §:n mukaan merkinnöistä tulee käydä ilmi, miten hoito on toteutettu, onko hoidon aikana ilmennyt jotakin erityistä ja millaisia hoitoa koskevia ratkaisuja sen kuluessa on tehty. Potilaalle suoritetusta leikkauksesta tai toimenpiteestä on laadittava leikkaus- tai toimenpidekertomus, joka sisältää riittävän yksityiskohtaisen kuvauksen toimenpiteen suorittamisesta ja sen aikana tehdyistä havainnoista, sekä perusteet tehdyille ratkaisuille (29.2 §). Hoitoon osallistuneet on 28.2 §:n mukaan tarvittaessa kyettävä selvittämään.[1431]

Asiakastietolain 29.4 §:n mukaisesti potilaan itsemääräämisoikeutta rajoitettaessa mielenterveyslain (1116/1990), päihdehuoltolain (41/1986), tartuntatautilain (1227/2016) tai muun lain nojalla, potilasasiakirjoihin tulee tehdä erillinen merkintä, josta käy ilmi toimenpiteen syy, luonne ja kesto sekä arvio sen vaikutuksesta potilaan hoitoon; sekä toimenpiteen määränneen lääkärin ja suorittajien nimet.[1432] EOA on tulkinnut, että toimenpiteen syy tulee ymmärtää siten, että merkinnöistä tulee riittävällä tarkkuudella käydä ilmi toimenpiteen laissa säädettyjen edellytysten

1430 Aiemmin asiasta säädettiin potilaslain 12 §:ssä. 1.1.2024 alkaen potilasasiakirjoihin liittyvä potilaslain ja potilasasiakirja-asetuksen sääntely on laissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (703/2023). Nyt kirjaamisella ei pyritä enää hoidon suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseen, vaan myös valvonnan turvaamiseen.

1431 1.1.2024 alkaen potilasasiakirjoihin liittyvä potilaslain ja potilasasiakirja-asetuksen sääntely on laissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (703/2023).

1432 1.1.2024 alkaen potilasasiakirjoihin liittyvä potilaslain ja potilasasiakirja-asetuksen sääntely on laissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (703/2023).

täyttyminen.[1433] EOA on myös todennut, että merkinnöistä tulisi ilmetä selvästi, minkä lain nojalla itsemääräämisoikeutta on rajoitettu.[1434] Sosiaali- ja terveysministeriön oppaassa asiakasasiakirjojen laatimisesta todetaan, että tarpeellisten tietojen laajuus, tarkkuus ja yksityiskohtaisuus vaihtelevat potilaskohtaisesti ja tilanteen mukaan. Mitä vaikeampi ja kriittisempi potilaan tilanne on tai mitä merkittävämmästä hoitopäätöksestä kyse, sen tarkempia ja yksityiskohtaisempia potilasasiakirjamerkintöjen tulee olla.[1435] Itsemääräämisoikeuden rajoittamisen merkinnöistä oppaassa viitataan Valviran verkkosivuilla oleviin ohjeisiin.[1436]

Tilanteessa, jossa lailla säädetyt rajoittamisedellytykset somaattisen hoidon osalta pääosin puuttuvat, ja mahdollisten rajoittamistoimenpiteiden perusteltavuutta arvioidaan perustuslain ja ihmisoikeussopimusten, perusoikeuksien yleisten rajoittamisedellytysten sekä muiden lakien (mm. mielenterveyslaki, hallintolaki, rikoslaki) säännösten pohjalta, korostuu kirjaamisen yksityiskohtaisuuden merkitys potilaan ja henkilökunnan oikeusturvan kannalta.

Korkeimman hallinto-oikeuden ratkaisussa KHO:2006:230 dnro 6/3/04 on todettu, että potilasasiakirjat ovat ainoa hoidon yhteydessä syntyvä kirjallinen tietolähde, ja oikeiden ja riittävien potilasasiakirjamerkintöjen puuttuminen vaikeuttaa tai tekee mahdottomaksi hoidon asianmukaisuuden luotettavan arvioinnin. Väitettä tehdystä hoidosta ilman vastaavaa potilasmerkintää voidaan harvoin pitää luotettavana.[1437] EOA on myös todennut, että potilasasiakirjojen laatimista koskevien säännösten noudattaminen turvaa perustuslain 21 §:n oikeusturvaa ja 19.3 §:n riittäviä terveyspalveluita koskevien perusoikeussäännösten toteutumista.[1438]

Edellä läpikäydyissä rajoittamistoimenpiteitä koskevissa eduskunnan oikeusasiamiehen kanteluratkaisuissa 35 %:ssa ratkaisuista on arvioitu potilaskertomusmerkinnät puutteellisiksi. Yhdessäkään tutkimusaineiston ratkaisussa ei mainittu kirjauksia kaikilta osin riittäviksi, mutta toisaalta reilussa puolessa kaikista ratkaisulyhennelmistä (40 ratkaisua 74:stä) ei otettu lainkaan kantaa kirjaamiseen. Kirjaamisen tärkeyttä korostettiin kahdeksassa ratkaisussa. Merkintöjen puutteellisuuden on osin todettu oleellisesti haittaavan rajoitustoimenpiteiden perusteiden ja oikeuttamisperusteiden olemassaolon arviointia. Puutteita on pidetty vakavana laiminlyöntinä tilanteessa, kun perusoikeuksien rajoittamistoimenpiteille somaattisessa hoidossa ei ole ollut erityistä lainmukaista perustetta, ja toimenpiteen lainmukaisuuden oli perustuttava pakkotilaa tai hätävarjelua koskevien säännösten tulkintaan.[1439] Kan-

1433 EOA dnro 3296/4/09, jossa oli kyse potilaan tahdonvastaisesta lääkinnästä psykiatrisessa hoidossa, ja siten mielenterveyslain 4a-luvun piiriin kuuluvasta menettelystä.

1434 EOA dnro 953/4/12.

1435 Opas sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä 11/2024, kohta 5.2, s.41.

1436 Opas sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä 11/2024, kohta 5.5, s.46-47.

1437 EOA dnro 4318/4/15, jossa viitataan ratkaisuun KHO:2006:230 (tätä ei verkossa saatavilla).

1438 EOA dnro 2562/4/14.

1439 Esimerkiksi EOA dnro 3296/4/09, jossa somaattisen terveydenhuollon yksikössä tapahtunees-

teluratkaisussaan dnro 1319/2/11 EOA piti sitomispäätösten ja sidotun potilaan valvontaa koskevien merkintöjen puuttumista jopa vakavana virheenä. EOA viittasi EIT:n ratkaisuun Bureš v. Tshekki 18.10.2012, jossa tuomioistuin totesi, että potilaan sitominen tilanteessa, jossa se ei ole lääketieteellisesti välttämätöntä, saattaa loukata EIS 3 art. epäinhimillisen kohtelun kieltoa. EIT:n mukaan toimenpiteen lääketieteellisestä välttämättömyydestä on oltava vakuuttavaa näyttöä ja että näyttötaakka on viranomaisilla.[1440]

Mikäli potilaskertomusmerkinnät eivät sisällä täsmällisiä kirjauksia rajoittamistoimenpiteistä, vaarantuu sekä potilaan että hoitohenkilökunnan oikeusturva. EOA on todennut, että rajoittamistoimenpiteitä koskevien merkintöjen puuttuminen on käytännössä tehnyt oikeuksia koskevien loukkausten jälkikäteisen selvittämisen mahdottomaksi, ja siten ratkaisevasti heikentänyt EIS:n 13 art. tarkoittamien oikeussuojakeinojen tosiasiallista tehokkuutta.[1441] EOA:n mukaan loukkauksen luonne vaikuttaa siihen, millaisia oikeusturvakeinoja EIS 13 art. vaatii. EIT:n ratkaisukäytännössä on edellytetty ainakin vakavimpien ihmisoikeusloukkausten osalta oikeutta korvaukseen aineettomasta vahingosta (kärsimyksestä), jotta tehokkaan oikeussuojan vaatimus täyttyisi.[1442] Terveydenhuollon ammattihenkilökään ei edellä esitetyn mukaisesti voi ilman potilasasiakirjamerkintöjä esittää vakuuttavaa näyttöä rajoittamistoimenpiteen välttämättömyydestä ja oikeasuhtaisuudesta tai rikoslain oikeuttamisperusteen olemassaolosta rajoittamishetkellä.

Oikeusasiamies on viimeaikaisessa ratkaisukäytännössään edellyttänyt terveydenhuollon toimintayksiköiltä myös rajoitusten käytön seurantaa. EOA:n mukaan tiedot käytettävistä rajoituksista ja niiden määristä ovat tarpeen pakon käytön järjestelmälliseksi seuraamiseksi ja suunnitelmalliseksi rajoitusten käytön vähentämiseksi.[1443]

6.3.2 Oikeudenloukkausten hyvittämisesitykset perus- ja ihmisoikeusloukkauksista

EOA on pitänyt ongelmallisena, että potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen joudutaan edellä kuvatuissa tilanteissa soveltamaan sääntelyn puuttuessa rikoslain hätävarjelua ja pakkotilaa koskevia säännöksiä, ja pitänyt sitä potilaan ja henkilökunnan oikeusturvan kannalta riittämättömänä.[1444] Somaattisesta hoidosta

---

ta eristämisestä ja omaisuuden haltuunotosta ei ollut tehty asianmukaisia merkintöjä; sekä EOA dnro 3721/4/14, jossa potilaan eristämisestä päivystyspoliklinikalla ei ollut EOA:n mukaan riittäviä merkintöjä.

1440 EOA dnro 1319/2/11 ja EIT 18.10.2012 Bureš v. Tshekki.

1441 EOA dnro 3296/4/09.

1442 EOA dnro 2803/4/12.

1443 EOAK/2458/2019, s. 13; EOAK/3007/2019, s. 13; EOAK/2456/2019, s. 23 ja EOAK/1706/2019, s. 7.

1444 EOA dnro 3494/4/09.

puuttuva rajoittamissääntely ilmenee myös siten, että kansallisessa lainsäädännössä ei ole ihmisoikeussopimuksessa tarkoitettua oikeussuojakeinoa somaattisessa sairaanhoidossa tapahtuvaa vapaudenmenetystä varten, eikä hoitoon ottamisesta osastolle tehdä valituskelpoista hallintopäätöstä. Oikeusasiamies on kanteluratkaisussaan suosittanut potilaan ja hänen omaisensa ohjaamista oikeusavun piiriin, mikäli he vaativat vapaudenmenetyksen lainmukaisuuden selvittämistä.[1445] EIS, kuten muutkin ihmisoikeussopimukset, on saatettu Suomessa voimaan lailla, minkä vuoksi se on suoraan sovellettavaa oikeutta, ja oikeuskäytännössä onkin tutkittu laitoshoidossa olevien asiakkaiden valituksia ihmisoikeussopimuksen perusteella.[1446]

Eduskunnan oikeusasiamies voi osana perus- ja ihmisoikeuksien valvontatehtäväänsä tehdä esityksiä perus- ja ihmisoikeusloukkausten hyvittämisestä.[1447] Eduskunnan oikeusasiamiehen tekemää esitystä asian sopimiseksi ja hyvitystä selvissä tapauksissa on pidetty perustuslakivaliokunnan toimesta perusteltuna, jotta kansalaisten oikeusturva toteutuisi, asiassa päästäisiin sovinnolliseen ratkaisuun ja vältettäisiin turhat oikeusriidat.[1448] Rahallista korvausta eduskunnan oikeusasiamies ei kuitenkaan voi toimivaltansa puitteissa määrätä.[1449] Tutkimusaineistossa rajoittamistoimenpiteitä koskevista eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisuista neljänneksessä (10/42) päädyttiin esitykseen perus- ja ihmisoikeusloukkauksen hyvittämisestä. Yksittäisessä hyvitysesitykseen johtaneessa kanteluratkaisussa oli kyse itsemääräämisoikeuden rajanvetokysymyksestä, ei varsinaisesta rajoittamistoimenpiteiden käytöstä. Hyvitysesityksen päätyneet ratkaisut ajoittuivat vuosille 2011-2019.

Oikeusasiamies perustelee ratkaisuissaan hyvitysesityksiään lähes poikkeuksetta Euroopan ihmisoikeussopimuksen 13 artiklalla, jonka mukaan jokaisella, jonka EIS:ssa tunnustettuja oikeuksia ja vapauksia on loukattu, on oltava käytettävissään tehokas oikeussuojakeino kansallisen viranomaisen edessä siinäkin tapauksessa, että oikeuksien ja vapauksien loukkauksen ovat tehneet virantoimituksessa olevat henkilöt.[1450] Suomessa voimassa olevan vahingonkorvauslain (412/1974) mukainen korvausvastuu ei EOA:n mukaan tarjoa tehokasta oikeussuojakeinoa perus- ja ihmisoikeusloukkausten hyvittämiseksi, sillä lain korvausvastuu on pitkälle rajoitettua, ja koskee vain tahallisia tai törkeästä huolimattomuudesta aiheutettuja vakavia ihmisarvon loukkauksia (5:6 §, 509/2004). Kärsimyskorvausta, eli korvausta aineettomasta

1445 EOAK/2458/2019, s. 13, EOAK/3007/2019, s. 13, EOAK/6590/2019, s. 9.
1446 EOAK/2458/2019, s. 13. KHO:2013:142.
1447 EOAK/5485/2018, s. 18.
1448 EOAK/5485/2018, s. 18 ja PeVM 12/2010 vp., s. 4.
1449 EOAK/5485/2018, s. 18.
1450 Esimerkiksi ratkaisuissa EOAK/5485/2018, EOA dnro 1513/4/13, EOA dnro 2803/4/12 , EOA dnro 673/4/12 ja EOA dnro 1931/2/12. Jostain syystä ratkaisussa EOA dnro 4398/4/12 ei tähän viitata, vaikka muilta osin hyvitysesitystä perustellaan EIS:lla ja muilla juridisilla perusteilla toisten ratkaisuiden kanssa yhtenevästi.

vahingosta, on kuitenkin EIT:n ratkaisukäytännössä edellytetty ainakin vakavimpien loukkausten osalta, ja EOA:n mukaan eräissä tapauksissa kärsimyskorvaus on mahdollista perustaa EIS 13 artiklaan.[1451] EOA viittaa myös KKO:n ratkaisukäytäntöön, jossa on katsottu, että vahingonkorvausta tai hyvitystä perus- ja ihmisoikeusloukkauksesta voidaan maksaa myös ilman kansallisen lainsäädännön nimenomaista tukea ja myös tilanteissa, kun loukkaus ei perustu tahalliseen tekoon.[1452]

Tutkimusaineistossa hyvitysesitykseen johtaneissa ratkaisuissa on ollut kyse EIS 3 art. epäinhimillisen kohtelun kiellon, EIS 5 art. henkilökohtaisen vapauden ja koskemattomuuden tai EIS 8.art. yksityisyyden suojan loukkauksista. EIS 3 ja 5 art. loukkaukset, joista on tehty hyvitysesitys, ovat olleet eriasteisia vapaudenmenetystilanteita, joissa potilaan henkilökohtaista vapautta ja koskemattomuutta on rajoitettu joko sitomalla[1453] tai eristämällä[1454] potilas ilman lain mukaista perustetta ja yksittäistapauksessa MTL:n mukaisin perustein. Epäinhimillisen kohtelun kieltoa (EIS 3 art.) on katsottu loukatun edellä mainituissa rajoittamistilanteissa, jos rajoittamistoimenpiteiden olosuhteet on katsottu epäinhimillisiksi tai ihmisarvoa loukkaaviksi: esimerkiksi lepositeitä ei ole löysytetty vaikka potilas on valittanut niiden aiheuttamaa kipua (EOAK/5485/2018), tai eristyshuoneen olosuhteet ovat olleet epäinhimilliset (EOA dnro 3721/4/14). Ratkaisussa dnro 1768/4/15 esitettiin hyvitystä potilaan eristämisestä, kun eristäminen tapahtui somaattisessa hoidossa ilman lakiin perustuvaa säännöstä, todettiin arvioinnissa välttämättömyys- ja suhteellisuusperiaatteen vastaiseksi ja eristämisen olosuhteiden loukanneen potilaan oikeutta turvallisuuteen ja hyvään hoitoon. Tähän ratkaisuun liittyi myös virheellinen menettely potilaan noutamisessa, jolle toisaalta oli MTL:n mukainen peruste.[1455] Hyvitysesityksiin päätyminen on kuitenkin ollut horjuvaa sen suhteen, onko ilman lain säännöstä tapahtuneissa rajoittamistoimenpiteissä katsottu pakkotilaperusteen soveltuvan tilanteeseen vai ei.[1456]

Kahdessa ratkaisussa (dnro 4398/4/12 ja dnro 4407/4/11) on tehty hyvitysesitys EIS 5 art. loukkauksesta ilman lainmukaista perustetta tapahtuneeseen potilaan

1451 EOA dnro 1513/4/13 ja EOA dnro 1319/2/11, s. 9, jossa EOA viittaa EIT:n ratkaisuihin Z ja muut v. yhdistynyt kuningaskunta 10.5.2001 ja T. P. ja K. M. v. the United Kingdom 10.5.2001. Ks. myös Z and others v. the United Kingdom, kohdat 105-111 sekä T. P. and K. M. v. the United Kingdom, kohdat 104-110.

1452 EOA viittaa ratkaisuissaan EOAK/5485/2018 s. 18, EOA dnro 2803/4/12, EOA dnro 4398/4/12, EOA dnro 1319/2/11 ja EOA dnro 3721/4/14 korkeimman oikeuden ratkaisuihin KKO:2008:10, KKO:2011:38 ja KKO:2012:81 tai osaan niistä.

1453 Esimerkiksi EOAK/5458/2018 ja EOA dnro 1319/2/11.

1454 Esimerkiksi EOA dnro 1319/2/11 ja EOA dnro 3721/4/14.

1455 EOA dnro 1768/4/15.

1456 Esimerkiksi ratkaisussa dnro 3721/4/14 esitettiin hyvitystä, vaikka pakkotilaperusteen katsottiin olleen olemassa eristämiselle, mutta olosuhteet olivat epäinhimilliset. Hyvitystä on esitetty myös, vaikkei pakkotilaperusteen olemassaolosta ole ollut varmuutta (EOAK/5485/2018), tai kun pakkotilaperuste ei ole oikeuttamisperusteena soveltunut tilanteeseen (EOA dnro 1768/4/15).

noutamiseen liittyen, koska on katsottu, että potilas on näennäisestä vapaaehtoisuudestaan huolimatta tosiasiallisesti kokenut olevansa pakotettu nousemaan ambulanssiin. Näissä tilanteissa EOA on viitannut EIT:n ratkaisukäytäntöön, jonka mukaan lyhytkestoinenkin vapaudenmenetys on EIS:n vastainen, mikäli vapauden rajoittamisen intensiteetti muuten täyttää 5 art. vaatimukset.[1457]

Yksityisyyden suojan loukkauksesta on esitetty hyvitystä tilanteessa, jossa potilaalle on suoritettu toimenpiteitä vastoin hänen tahtoaan. Esimerkiksi vaikeasti sairaalle potilaalle oli kanteluratkaisun mukaan annettu ravintoa PEG-letkun kautta ja toimitettu vatsaa ilman hänen suostumustaan. Terveydenhuollon toimintayksikön selvityksen mukaan näistä asioista oli hoitokokouksissa sovittu yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, mutta silti niistä oli syntynyt ristiriitaa.[1458] Toisessa ratkaisussa oli kyse potilaan tahdon vastaisesti suoritetusta virtsateiden tähystyksestä ja virtsajohdinstentin laitosta.[1459] EOA piti molemmissa tapauksissa selvänä, että toimenpiteet oli suoritettu potilaan tahdon vastaisesti ja että tästä oli aiheutunut potilaalle sellaista kärsimystä, joka tuli hänelle hyvittää.[1460] Pakkotilaperusteiden olemassaoloa ei näissä ratkaisuissa arvioitu.

Hyvittämisesitykseen päätyneiden yksityisyyden suojaa ja henkilökohtaista vapautta koskevien ratkaisujen joukossa erikoisin lienee influenssarokotuksesta kieltäytyneelle sairaanhoitopiirin psykiatrisen keskuksen työntekijälle annetun irtisanomisuhkaisen varoituksen poikima perusoikeusloukkauksen hyvitysesitys. Ratkaisu liittyy tartuntatautilain muutokseen ja sen 48 §:ään, jonka mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikössä, jossa hoidetaan lääketieteellisesti arvioituna tartuntatautien seuraamuksille vakavasti alttiita potilaita, saa käyttää vain erityisestä syystä henkilöä, jolla on puutteellinen rokotussuoja. Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietinnön (StVM 24/2016 vp.) mukaan toimintayksiköiden tartuntatautiriski arvioidaan lääketieteellisesti ja toimipaikkakohtaisesti. Ehdotetun tartuntatautilain 48 §:n katsottiin velvoittavan työnantajaa, mutta henkilökuntaa sillä ei pakotettaisi ottamaan rokotusta.[1461] EOA katsoi, että virkamieslain mukaiset edellytykset rokotuksesta kieltäytyvän henkilön irtisanomisuhkaiseen varoitukseen eivät täyttyneet, ja varoituksen antaminen perusoikeuksien käytöstä oli EIS 8 art. ja PL 7 ja 10 §:ien vastainen menettely. EOA suositti oikaisua tai korjausta sekä hyvitystä kirjallisen

1457 Esim. EOA dnro 4398/4/12 ja dnro 1931/2/12, joissa EOA on viitannut EIT:n ratkaisuihin, esim. X. v. Austria 13.12.1979 (velvoitettu pakon uhalla käymään verikokeessa), ja Raninen v. Suomi 16.12.1997 (aseistakieltäytyjän kiinni ottaminen ja parin tunnin kuljetuksen aikainen vapauden riisto). Ks. myös Gillan and Quinton v. the United Kingdom (alle 30 min pysäytys etsinnän suorittamiseksi poliisin toimesta), Shimovolos v. Russia (alle 45 min pidätys poliisiasemalla). Vrt. Gahramanov v. Azerbaidjan 15.10.2013, kohta 41-45 (pysäytetty rajatarkastuksessa, koska tiedoissa luki ”pysäytettävä”, tehty tarkemmat tarkistukset, kesto 2-4 h, ei kyse vapauden riistosta).

1458 EOA dnro 2803/4/12.

1459 EOA dnro 673/4/12.

1460 EOA dnro 2803/4/12 ja EOA dnro 673/4/12.

1461 EOAK/1678/2018, s. 12. ja StVM 24/2016 vp., valiokunnan yleisperustelut.

varoituksen antamisesta kantelijalle aiheutuneesta perus- ja ihmisoikeusloukkauksesta, ja perusteli hyvitysesitystään kärsimyskorvauksen mahdollistavalla EIS 13 art. säännöksellä sekä KKO:n ratkaisukäytännöllä.[1462]

Edellä esitetyissä potilaan itsemääräämisoikeuteen kohdistuneita rajoittamistoimenpiteitä koskevissa ratkaisuissaan EOA on suosittanut hyvitystä perus- ja ihmisoikeusloukkauksista. On kuitenkin huomattava, että tutkimusaineiston valossa kaikissa rajoittamistoimenpiteiden käyttötilanteissa ei ole päädytty esittämään hyvitystä perus- ja ihmisoikeusloukkauksesta edes intensiteetiltään vahvimpien toimenpiteiden, sitomisen tai eristämisen, osalta silloinkaan, kun olosuhteiden on katsottu olleen epäinhimillisiä. Vaihtelua on ollut myös siinä, onko pakkotilaperusteen katsottu olleen käsillä teon oikeuttamisperusteena vai ei, ja onko tällä ollut vaikutusta hyvitysesitykseen. Oikeusasiamies ei esimerkiksi suosittanut hyvitystä ilman lain säännöstä somaattisessa hoidossa tapahtuneesta kehitysvammaisen käytöshäiriöisen potilaan eristämisestä, vaikkei tilanteessa selvitysten perusteella päästy varmuuteen siitä, täyttyivätkö rikoslain pakkotilaperusteen kriteerit.[1463] Myöskään mielenterveyslain mukaisin perustein toteutetusta eristämisestä ei esitetty hyvitystä, vaikka eristämisen olosuhteet olivat epäinhimilliset (ei vapaata pääsyä wc:hen, vaan ämpäri huoneessa; puutteellinen vaatetus).[1464] Somaattisessa hoidossa olleen sekavuusoireisen potilaan toistuvaan sitomiseen liittyneessä ratkaisussa EOA totesi, että pakkotilaperusteet saattoivat soveltua tilanteeseen, ja ettei Valviran lausunnon tai EOA:n käsityksen mukaan rajoittamistoimenpiteiden käytössä voitu havaita sellaista virheellisyyttä tai epäasianmukaisuutta, jota voitaisiin pitää lainvastaisena tai johon valvontaviranomaisen tulisi muutoin puuttua.[1465] Edelleen ratkaisussa dnro 1543/4/12 EOA katsoi pakkotilaperusteen olleen käsillä potilaan sitomiseen liittyen, mutta sitomisen olleen suhteellisuusperiaatteen vastaista, koska sitä oli jatkettu pidempään kuin oli tarpeen ja käytetty lievempien keinojen asemasta. Lisäksi rajoittamisolosuhteet olivat epäinhimilliset, koska potilasta ei päästetty wc:hen, vaan hänen edellytettiin tekevän tarpeensa alusastialle. Tästä huolimatta ratkaisulyhennelmässä ei tehty hyvitysesitystä perus- ja ihmisoikeusloukkauksen johdosta.[1466] Myöskään ratkaisussa dnro 4318/4/15 ei esitetty hyvitystä potilaan sitomisesta ja hänen tahdostaan riippumattomasta lääkitsemisestä somaattisessa hoidossa. Pakkotilaperusteen katsottiin soveltuvan tilanteeseen, mutta kirjaukset olivat niin puutteelliset, ettei pakkotilan kestoa tai lääkityksen asianmukaisuutta voitu arvioida. Lisäksi sitomisen suhteen oli tehty menettelyvirheitä.[1467]

1462 EOAK/1678/2018, s. 13.
1463 EOA dnro 1428/4/14.
1464 EOA dnro 1513/4/13. Vastaavassa tilanteessa, eristäminen MTL mukaisin perustein, mutta epäinhimilliset eristämisen olosuhteet (potilas teki tarpeensa lattialle, koska häntä ei päästetty wc:hen), esitettiin hyvitystä ratkaisussa dnro 4181/4/09.
1465 EOA dnro 3494/4/09.
1466 EOA dnro 1543/4/12, s. 6-9.
1467 EOA dnro 4318/4/15, s. 7-10.

Edellä kuvatun perusteella EOA:n ratkaisukäytännössä näyttää esiintyvän ristiriitaisuuksia sen suhteen, millä perusteilla EOA suosittaa hyvitystä perus- ja ihmisoikeusloukkauksista suoritettavan. On mahdollista, että ratkaisulyhennelmistä eivät käy ilmi kaikki ratkaisuun johtaneet seikat, vaikka näin toki tulisi olla. Tämä heikentää oikeusvarmuutta niin potilaan kuin terveydenhuoltohenkilökunnan kannalta.

6.4 Rajoittamistoimenpiteiden arviointi perus- ja ihmisoikeuksien rajoittamisedellytysten näkökulmasta oikeusasiamiehen ratkaisukäytännössä

Potilaaseen kohdistettavissa rajoittamistoimenpiteissä on kyse perus- ja ihmisoikeuksien rajoittamisesta. Rajoituksesta tulisi siis säätää lailla. Tilanteissa, joissa rajoittaminen ei perustu lakiin, rajoittamistoimenpiteitä tulee perus- ja ihmisoikeusnäkökulmasta arvioida EIT:n ja perustuslakivaliokunnan linjaamien yleisten perus- ja ihmisoikeuksien rajoittamisedellytysten näkökulmasta. Vuoden 2016 ratifioinnin jälkeen rajoittamistoimenpiteiden arviointia tulisi tehdä myös CRPD:n näkökulmasta. Vaikka rajoittamistoimenpiteitä koskevissa eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisuissa tutkimusaineistossa rajoittamistoimenpiteiden arviointi on käytännössä aina kytketty perusoikeussääntelyyn, lähes puolesta rajoittamistoimenpiteitä koskevista ratkaisulyhennelmistä puuttuu kytkentä Euroopan ihmisoikeussopimukseen, ja perusoikeuksien yleiset rajoittamisedellytyksetkin mainitaan arviointiperusteena ratkaisulyhennelmistä vain 13:ssa ratkaisussa 42:sta. CRPD:a on sopimuksen ratifioinnin jälkeisissä tutkimusaineistoon sisältyvissä ratkaisuissa käytetty oikeusohjeena perus- ja ihmisoikeusrajoitusten arvioinnissa vain yhdessä ratkaisussa.

Sen lisäksi, että EIS:aan kytkentä puuttuu tutkimusaineistossa lähes puolesta rajoittamistoimenpiteitä koskevista ratkaisuista, EOA:n ratkaisukäytännössä esiintyy myös vaihtelua siinä, minkä EIS artiklan perusteella rajoittamistoimenpiteitä arvioidaan. EIT on arvioinut EIS 5 art. nojalla nimenomaan vapaudenriiston luonteisia toimenpiteitä, EIS 8 art. nojalla muutoin henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen tai yksityisyyden suojaan puuttuvia toimenpiteitä, ja EIS 3 art. nojalla intensiteetin tai olosuhteiden näkökulmasta epäinhimilliseksi katsottuja sekä 5 art. että 8 art. soveltamisalaan kuuluvia rajoittamistoimenpiteitä. EOA:n ratkaisukäytännössä on kuitenkin huojuntaa siinä, arvioidaanko vapaudenriiston luonteisia toimenpiteitä EIS 5 art. vai 8 art. nojalla. Epäinhimillisen kohtelun kielto (EIS 3 art.) on kuitenkin mukana punninnassa. EOA arvioi ratkaisussaan 1319/2/11 potilaan eristämistä ja väkivaltaisuuden vuoksi lepositeisiin asettamista ja sidottuna pitämistä 300 km kuljetusmatkan ajan henkilökohtaisen vapauden ja koskemattomuuden rajoittamisena PL 7.3 §:n ja EIS 8 art. 2 kohdan mukaan, joiden perusteella oikeuden rajoittaminen on mahdollista vain laissa tarkoin määritellyin välttämättömin poikkeuksin, mikä on todettu myös KKO:n ja EIT:n ratkaisukäy-

tännössä[1468]. Lisäksi EOA painotti epäinhimillisen kohtelun kieltoa (PL 7.2 § ja EIS 3 art.).[1469] Toisessa ratkaisussa, jossa potilas oli hakeutunut hoitoon ahdistuneisuuden vuoksi, ja ahdistuksen ja aggressiivisen käytöksensä takia laitettu lepositeisiin, EOA arvioi rajoittamista PL 7 §:n ja EIS 5 art. sekä 3 art. perusteella.[1470] Myös ratkaisussa 4318/4/15 lepositeiden käyttöä arvioitiin PL 7 §:n, EIS 5 art. ja 3 art. perusteella.[1471] Rajoittamisperusteet ja oikeusturvavaatimukset ovat EIS 5 art. ja 8 art. säännöksissä erilaiset. Toisaalta EIT:n ratkaisukäytännössäkin esiintyy edellä todetusti rajankäyntiä näiden artikloiden käytännön soveltamisessa.

Perusoikeuksien yleiset rajoitusperusteet ovat aiemmin todetusti lailla säätämisen vaatimus, rajoitusten täsmällisyys- ja tarkkarajaisuusvaatimus, rajoitusperusteen hyväksyttävyysvaatimus, rajoitusten suhteellisuusvaatimus, perusoikeuden ydinalueen koskemattomuusvaatimus, oikeusturvavaatimus sekä ihmisoikeusvelvoitteiden noudattamisvaatimus.[1472] Näistä vaatimuksista EOA ratkaisuiden perusteluissa tukeudutaan lailla säätämisen vaatimukseen, suhteellisuus- ja välttämättömyysperiaatteeseen, rajoitusperusteen hyväksyttävyysvaatimukseen sekä oikeusturvaperiaatteeseen sekä ihmisoikeusvelvoitteiden noudattamiseen. Täsmällisyyden ja tarkkarajaisuuden vaatimus nousee esiin harvemmin, lähinnä vain koskien DNR-päätöksen[1473] tekemistä.

Pakkotilasäännös RL 4:5 § (515/2003) perusoikeuden rajoittamisperusteena sisältää jo itsessäänkin suhteellisuus- ja välttämättömyysvaatimuksen oikeuttamisperusteen käsillä olon kannalta. Oikeudellisesti suojattua etua uhkaavan välittömän ja pakottavan vaaran torjumiseksi tarpeellinen teko on pakkotilatekona sallittu, jos teko on kokonaisuutena arvioiden puolustettava, kun otetaan huomioon pelastettavan edun ja teolla aiheutetun vahingon ja haitan laatu ja suuruus, vaaran alkuperä sekä muut olosuhteet. Siten myös EOA:n kanteluratkaisussa tätä suhteellisuus- ja välttämättömyysperusteen olemassaoloa arvioidaan usein, etenkin vapausoikeuksien rajoittamiseen liittyen, kuten esimerkiksi potilaan sitomista ja/tai eristämistä koskevissa kanteluratkaisuissa dnro 1319/2/11, dnro 1543/4/12 ja dnro 3721/4/14. Välttämättömyyden näkökulmasta on oleellista, että tilanteessa ei olisi ollut käytettävissä sellaisia lainmukaisia menettelytapoja, joilla vapausoikeuksien rajoittaminen olisi voitu välttää.[1474]

1468 EOA dnro 1319/2/11. KKO:2012:81, kohta 11, jossa oli kyse siitä, että kirjeen oikeudettomalla avaamisella oli loukattu yksityisyyden suojaa, ja EIT ratkaisussa 22.7.2003 Y. F. v. Turkki, jossa todettiin pakottamisen gynekologiseen tutkimukseen ilman laissa säädettyä perustetta rikkovan EIS 8 artiklan piiriin kuuluvaa henkistä ja fyysistä koskemattomuutta.

1469 EOA dnro 1319/2/11.

1470 EOAK/5485/2018.

1471 EOA dnro 4318/4/15.

1472 PeVM 25/1994 vp. s. 5 ja Viljanen 2001, s. 37-38.

1473 EOA dnro 1794/2/07.

1474 EOA dnro 953/4/12.

Sama suhteellisuus- ja välttämättömyysperiaate nostetaan esiin myös tutkimus- ja hoitotoimenpiteisiin liittyen. Esimerkiksi ratkaisussa dnro 3586/4/12 EOA toteaa potilaalle tehtävien lääketieteellisesti perusteltujen tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden osalta, että ”toimenpiteet on valittava kunkin potilaan kohdalla siten, että potilaan oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon toteutuu potilaslaissa tarkoitetulla tavalla, ja että ne ovat suhteessa niillä saavutettavaan hyötyyn. Toimenpiteillä ei voida puuttua potilaan koskemattomuuteen enempää kuin se on kussakin tilanteessa välttämätöntä”.[1475] EOA on myös viitannut ratkaisussaan hallinnon yleisiin oikeusperiaatteisiin, joihin suhteellisuusperiaate eli lievimmän riittävän puuttumisen periaate myös kuuluu.[1476]

Hyväksyttävyys- ja tarkoitussidonnaisuusperusteisiin viitattiin esimerkiksi EOA:n ratkaisussa dnro 363/4/09, jossa oli kyse muistisairaan potilaan liikkumisvapauden rajoittamisesta magneettivöillä. EOA totesi, että vaikka itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta vanhuksilla ei ole lain tasoisia säännöksiä somaattisen hoidon osalta, perustuslain 19.1 § velvoittaa julkista valtaa turvaamaan välttämättömän huolenpidon kaikille, jotka eivät siihen itse kykene. Välttämättömän huolenpidon turvaaminen voi joskus vaatia myös henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen puuttumista. EOA:n ratkaisukäytännössä on pidetty hyväksyttävänä rajoitustoimia, joita toteutetaan esimerkiksi vaikeasti dementoituneen potilaan hoidossa hänen turvallisuutensa takaamiseksi. Hyväksyttävyyden kannalta olennaista on, onko rajoitustoimenpiteeseen turvauduttu vasta viimeisenä vaihtoehtona eikä vajavaisen henkilöresursoinnin korvikkeena.[1477]

Oikeusturvaperiaate nousi kanteluratkaisuissa esiin tyypillisimmin intensiteetiltään voimakkaimpiin itsemääräämisoikeuden rajoittamistilanteisiin, kuten eristämiseen ja sitomiseen, liittyen. Oikeusturvavaatimuksen osalta EOA on viitannut EIS 13 art. mukaisen oikeussuojakeinon vaatimukseen ihmisoikeusloukkausten varalta.[1478] Lisäksi EOA on todennut, että ihmisoikeusloukkauksen luonne määrittää sen, millaisia oikeussuojakeinoja EIS 13 art. edellyttää.[1479] EOA on myös useissa ratkaisuissaan esittänyt kantelijalle hyvitystä perus- ja ihmisoikeuksien loukkauksesta.[1480] Käytäntö hyvitysesitysten suhteen on kuitenkin ollut vaihtelevaa.

Viimeaikaisissa ratkaisuissaan EOA on tehnyt yhteenvetoa rajoittamistoimenpiteiden käytön edellytyksistä somaattisen hoidon osalta sekä perusoikeuksien yleisten rajoittamisedellytysten että EOA:n aiemman ratkaisukäytännön näkökulmasta. EOA:n mukaan rajoitustoimenpiteestä on kyse silloin, kun toimenpiteellä puututaan perusoikeuksiin, kuten liikkumisvapauteen ja itsemääräämisoikeuteen.

1475 EOA dnro 3586/4/12.
1476 EOA dnro 1768/4/15 ja Tuori – Kotkas 2016, s. 513-514.
1477 EOA dnro 363/4/09.
1478 Esimerkiksi EOA dnro 3296/4/09.
1479 EOA dnro 2803/4/12.
1480 Esimerkiksi EOA dnro 3721/4/14, dnro 1513/4/13 ja dnro 4181/4/09.

Rajoittamisperusteiden tulee olla hyväksyttäviä ja rajoituksen tulee olla painavan tarpeen vaatima ja suhteellisuusvaatimuksen mukainen. Tämä tarkoittaa EOA:n mukaan, että rajoitusten tulee olla välttämättömiä hyväksyttävän tarkoituksen saavuttamiseksi. Perusoikeuden rajoittaminen on sallittua ainoastaan, jos tavoite ei ole saavutettavissa perusoikeuteen vähemmän puuttuvin keinoin. Rajoitus ei myöskään saa mennä pidemmälle kuin on välttämätöntä.[1481] Perusoikeuksia ei ole sallittua rajoittaa tarpeettomasti tai vain varmuuden vuoksi, vaikka käsillä olisikin sinänsä hyväksyttävä rajoitusperuste. Rajoituksen intensiteetissä tulee huomioida rajoituksen taustalla oleva intressi suhteessa rajoitettavaan oikeuteen.[1482] Lisäksi on huolehdittava riittävistä oikeusturvajärjestelyistä.[1483]

EOA:n ratkaisukäytännössä on sääntelyn puuttuessa korostettu seuraavia näkökohtia rajoittamisessa:

- Potilaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa niin pitkälle kuin mahdollista.
- Rajoitustoimenpidettä ei saa käyttää, jos tavoitteeseen on päästävissä muilla keinoin tai vähemmän rajoittavalla tavalla.
- Rajoitustoimenpidettä saa käyttää vain viimesijaisena keinona.
- Toimenpiteen on oltava eettisesti perusteltavissa ja se on suoritettava potilaan ihmisarvoa kunnioittaen.
- Henkilökunnan puute ei oikeuta potilaan rajoittamiseen.
- Ennen toimenpidettä on mahdollisuuksien mukaan kuultava potilasta tai itsemääräämiskyvyttömän potilaan laillista edustajaa tai hoitoon osallistuvaa omaista (potilaslain 6 §).
- Rajoittaminen ei kuitenkaan voi perustua potilaan edustajan tai omaisen suostumukseen.
- Toimenpiteen on perustuttava lääkärin päätökseen, joskin henkilökunta voi kiireellisessä tilanteessa aloittaa sen suorittamisen.
- Rajoituksen käytön aikana on jatkuvasti seurattava sen tarpeellisuutta.
- Toimenpide on lopetettava heti, kun se ei enää ole välttämätön.[1484]

Rajoitustoimenpiteiden käyttäminen saattaa olla mahdollista oikeuttaa pakkotilana tai hätävarjeluna. Kun on kyse terveydenhuollon ammattihenkilön suorittamasta rajoittamisesta, EOA:n ratkaisukäytännössä on lisäksi edellytetty teon puolustettavuusarvioinnissa huomioitavan ammattihenkilöiden toimintaa ohjaavat oikeussäännökset ja eettinen normisto, joista voi aiheutua lisärajoituksia teon puolustettavuudelle.[1485] Kaikkiaan ammattieettiset velvollisuudet nousivat arviointipe-

1481 EOAK/4191/2018, s. 2, ja EOAK/2458/2019, s. 10, EOAK/2456/2019, s. 19.
1482 EOAK/2458/2019, s. 10, EOAK/2456/2019, s. 19, EOAK/3007/2019, s. 9.
1483 EOAK/4191/2018, s. 2.
1484 EOAK/4191/2018, s. 2, EOAK/5485/2018, s. 14, EOAK/1706/2019, s. 5, EOAK/2458/2019, s. 10-11, EOAK/2456/2019, s. 19-20.
1485 EOAK/4191/2018, s. 2, EOAK/5485/2018, s. 14, EOAK/1706/2019, s. 5, EOAK/3007/2019, s. 9.

rusteena esiin 13:ssa rajoittamistoimenpidettä koskevassa ratkaisussa, ja yhtä usein arviointiperusteena käytettiin toimien lääketieteellistä hyväksyttävyyttä tai hyvää hoitokäytäntöä. Tyypillisesti nämä arviointiperusteet täydensivät muuta arviointia.

Muina rajoittamistoimenpiteiden arviointikriteereinä somaattisen hoidon osalta nousivat ratkaisukäytännöstä esiin viittaukset muuhun lainsäädäntöön, tyypillisesti potilaslakiin (23 ratkaisussa); viittaukset mielenterveyslain säännöksiin (27 ratkaisussa), viittaukset Valviran tapauksen johdosta antamaan lausuntoon (23 ratkaisussa), ja viittaukset eduskunnan oikeusasiamiehen aiempaan ratkaisukäytäntöön (24 ratkaisussa). Oikeuslähdeopin kannalta yllättävästi vuoden 2020 ratkaisukäytännössä on nostettu arviointikriteereihin myös vuoden 2018 asiakas- ja potilaslakiluonnoksen säännösluonnoksia.[1486]

Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisuissa on laajalti huomautettu siitä, että somaattisen terveydenhuollon osalta ei ole olemassa säännöksiä perusoikeuksien rajoittamisesta, lukuun ottamatta tartuntatautilain ja päihdehuoltolain[1487] säännöksiä. Eristämisen osalta tämä on todettu mm. ratkaisussa dnro 3721/4/14, sitomisen osalta mm. ratkaisussa dnro 1543/4/12 ja omaisuuden haltuunoton osalta mm. ratkaisussa dnro 3285/4/04. Näiltä osin perusoikeuksien rajoittamiselta edellytettävä lailla säätämisen vaatimus ei täyty, joten tiukasti tulkittuna rajoitustoimenpiteisiin ei lainkaan saisi turvautua. Potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisen tulee perustua lakiin, eikä rajoittamisoikeutta voi laajentaa viranomaisen tai terveydenhuollon toimintayksikön omalla ohjeistuksella. EOA kuitenkin ottaa ratkaisuissaan kantaa somaattisessa hoidossa käytettyjen rajoittamistoimenpiteiden sisältöön ja ”laillisuuteen”. EOA myös soveltaa analogiatulkintaa mielenterveyslain mukaisista rajoittamisperusteista ja vaatimuksista somaattisessa hoidossa, vaikka perus- ja ihmisoikeusrajoituksia tulee lähtökohtaisesti tulkita suppeasti.[1488] Tätä perustellaan sillä, että mielenterveyslain säännökset ovat olleet perustuslakivaliokunnan arvioitavana. EOA on myös viimeaikaisessa ratkaisukäytännössään pitänyt tärkeänä, että lainsäädännön puuttuessa hoitolaitoksissa pyritään ohjaamaan rajoitusten käyttämistä riittävän yksityiskohtaisilla ohjeilla.[1489] Perus- ja ihmisoikeusrajoitusten laillisuusperiaatteesta huolimatta perus- ja ihmisoikeusrajoitusten sallittu laajuus määritellään somaattisen hoidon osalta edelleen, lähes 30 vuotta perusoikeusuudistuksen jälkeen, ylimmän laillisuusvalvojan ja lainsoveltajan toimesta.

1486 Vuonna 2020 annettuja ratkaisuja: EOAK/2450/2019, EOAK/3007/2019, EOAK/3009/2019, EOAK/1601/2018, EOAK/1706/2019. Lisäksi aiempi potilaslakiluonnos oli nostettu arviointikriteeriksi vuoden 2013 ratkaisussa EOA dnro 953/4/12.

1487 Vuoden 2016 jälkeen myös Kehitysvammalaissa säännellään perusoikeusrajoituksista, kyse on kuitenkin sosiaalihuollon sääntelystä.

1488 Analogia-argumentoinnista esim. Aarnio 1989, s. 243-247; Rautiainen ym. 2023, s. 176-177.

1489 Esim. EOAK/2458/2019, s. 11. Tähän ratkaisuun viitattiin ohjeita koskevin osin myös ratkaisussa EOAK/2456/2019, s. 23.

7 Sairaanhoitopiirien ohjeet rajoittamisesta somaattisessa hoidossa

7.1 Rajoittamisen lähtökohdat sairaanhoitopiirien ohjeissa

7.1.1 Rajoittamisen taustasyyt ja perusteet

Eduskunnan oikeusasiamies on viimeaikaisessa ratkaisukäytännössään edellyttänyt, että terveydenhuollon toimintayksiköillä tulee lainsäädännön puuttuessa olla pakon käytön rajaamiseksi ohjeet rajoittamistoimenpiteiden käytöstä somaattisessa hoidossa. Sairaanhoitopiirien somaattista hoitoa koskevissa rajoittamisohjeissa on kyse lainsoveltajatason viranomaisohjeista, jotka sääntelemättömässä tilanteessa määrittävät, kuinka terveydenhuollon ammattilaiset rajoittamistilanteessa somaattisessa hoidossa toimivat. Ohjeistaminen on terveydenhuollon toimintayksiköiden viranhaltijoille vaativa tehtävä, kun ohjeissa joudutaan sovittamaan yhteen perus- ja ihmisoikeusnormit, voimassa oleva rajoittamissääntely, oikeusasiamiehen ratkaisukäytäntö ja lääkintäeettiset ja hyvän hoidon periaatteet. Ohjeet tarjoavat mielenkiintoisen näkökulman siihen, kuinka sääntelemätöntä tilannetta kyetään viranomaisohjeilla hallitsemaan. Viranomaisohjeiden sisältöä analysoidaan tässä tutkimuksessa suhteessa voimassa olevaan sääntelyyn ja oikeusasiamiehen ratkaisukäytäntöön.

Terveydenhuollon toimintayksiköiden somaattisessa hoidossa käytössä olevien rajoittamisohjeiden sisältöä tutkittiin toimintayksiköiden suuren määrän vuoksi sairaanhoitopiireihin kohdistettuna otantana. Tutkimuslupa saatiin 20/21 sairaanhoitopiiristä, ja aineistoa 18/21 sairaanhoitopiiristä. Kaikkiaan tutkimusaineistoon hyväksyttiin sairaanhoitopiirien lähettämistä 62 ohjeesta 29 ohjetta. Somaattista hoitoa koskevia rajoittamisohjeita lähettäneistä 18 sairaanhoitopiiristä 14:ssa oli somaattisessa hoidossa käytettäviä rajoittamistoimenpiteitä koskeva yleinen ohje. Neljässä sairaanhoitopiirissä tällaista ei ollut, ja tutkimukseen saadut ohjeet olivat näiden sairaanhoitopiirien osalta pääosin päivystyksen käyttöön laadittuja suppeampia, rajoittamistoimenpidekohtaisia ohjeita.[1490] Yksittäiset viranomaisen ohjeina lähetetyt dokumentit olivat organisaation sisäisestä verkosta tulostettua epävirallisempaa ohjausta, josta puuttuivat mm. hyväksyjä ja päiväys.[1491] Tutkimusaineistoon sisällytettyjen ohjeiden pituus vaihteli yhdestä sivusta 27 sivuun, ohjeista laajin oli tutkimusaineistoon sisällytetty työturvallisuusohje. Varsinaisista somaattista hoitoa koskevista rajoittamisohjeista laajimmat olivat 11 sivua. Laajemmista rajoittamisohjeista löytyi kaksi sairaanhoitopiiriryhmää, joissa oli selkeästi tehty keskinäistä

1490 Sairaanhoitopiirit 11, 12, 15 ja 18.
1491 Esimerkiksi SHP 11 ohjeet 1 ja 2.

yhteistyötä rajoittamisohjeen laatimisessa. Toinen ryhmä käsitti neljän sairaanhoitopiirin ja toinen ryhmä kolmen sairaanhoitopiirin keskenään suurelta osin yhtenevän rajoittamisohjeistuksen. Muiden sairaanhoitopiirien osalta ohjeistukset olivat yksilöllisesti laaditut. Vaikka suppeammissa ohjeissa onkin havaittavissa puutteita suhteessa sivumääräisesti laajempiin sairaanhoitopiirien rajoittamisohjeisiin, yksittäisissä suppeissakin ohjeissa[1492] on onnistuttu huomioimaan monet rajoittamisen kannalta oleelliset seikat.

Osa tutkimusaineistoon sisällytetyistä ohjeista on yksittäisten yksiköiden ohjeita, kuten tavallisesti päivystyksen käyttöön tehdyt rajoittamistoimenpidekohtaiset ohjeet, ja osa organisaation yhteisiä, sairaanhoitopiirin keskushallinnon tai johtajaylilääkärin ohjeita. Ohjeiden laatijoiden kokoonpano vaihtelee yksittäisestä ammattihenkilöstä työryhmään. Hyväksyjänä on tavallisesti joko yksikön ylilääkäri tai johtajaylilääkäri. Osassa sairaanhoitopiirejä ohjeen laadinnassa oli ollut mukana juristi. Tämä näkyi jonkin verran sisällössä, vaikka yleistyksiä tämän suhteen ei voikaan tehdä. Vaihtelua oli myös siinä, oliko tutkimusaineistoon lähetetty ohje sairaanhoitopiirin ainoa somaattista hoitoa koskeva rajoittamisohje vai ei: yksittäisessä ohjeessa linjattiin, että sairaanhoitopiirissä ei saa olla somaattista hoitoa koskien muita rajoittamisohjeita[1493], toisessa taas todettiin, että keskushallinnon ohjeen lisäksi sairaanhoitopiirin yksiköiden tulee ohjeistaa rajoittamisesta omassa toiminnassaan[1494].

Sairaanhoitopiirien ohjeista analysoitiin taustasyyt ja perusteet rajoittamistoimenpiteiden käytölle, yleisten rajoittamisedellytysten esiintyminen ohjeissa ja rajoittamistoimenpiteiden oikeuttaminen. Lisäksi analysoitiin ohjeissa käytetyt rajoittamista kuvaavat käsitteet, käytetyt rajoittamistoimenpiteet, ohjeissa käsitellyt työturvallisuusnäkökohdat, sekä päätöksentekomenettely ja oikeussuojakeinot.

Sairaanhoitopiirien ohjeissa esiintyviä taustasyitä rajoittamistoimenpiteiden käytölle analysoitiin vastaavalla luokittelulla kuin eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisukäytännössä: ei syytä, potilaan väkivaltainen käytös, päihtymys, sekavuus tai levottomuus; itsetuhoinen käytös tai puheet; tai muu syy. Mainինta tällaisesta syystä ohjeessa katsottiin taustasyyksi, ja ohjeista taulukoitiin kaikki esiin tulleet taustasyyt, yksi tai useampia ohjetta kohden. Yleisin ohjeissa esiintyvä taustasyy rajoittamistoimenpiteiden käyttämiselle oli potilaan väkivaltaisuus, aggressiivisuus tai tällainen käytös, se mainittiin kaikkiaan 17/29 ohjeessa.[1495] Toiseksi yleisin

1492 Esimerkiksi sairaanhoitopiirin 15 ohje 1.

1493 SHP 10 ohje 1.

1494 Esimerkiksi SHP 13 ohje 1: suojatoimenpiteiden käyttämisen ohjeistaa vastaava lääkäri yksikkökohtaisesti. SHP 8 ohje 1: yksiköt vastaavat omien rajoittamistoimenpiteisiin liittyvien työohjeidensa päivittämisestä.

1495 SHP 1 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 11 ohje 12, SHP 12 ohjeet 1-2, SHP 13 ohje 1, SHP 14 ohjeet 1-3, SHP 15 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 18 ohje 1.

taustasyy oli potilaan sekavuus tai levottomuus, joka mainittiin 11/29 ohjeessa.[1496] Nämä olivat yleisimmät taustasyyt rajoittamistoimenpiteiden käytölle myös EOA:n ratkaisuissa. Potilaan itsetuhoinen käytös tai puheet mainittiin 5/29 ohjeessa[1497], ja potilaan päihtymystila 3/29 ohjeessa[1498]. Muu syy mainittiin 8/29 ohjeessa, joko suojatoimenpiteiden tai rajoittamistoimenpiteiden yhteydessä.[1499] Muut syyt liittyvät pääasiassa potilaan suojelemiseen: ”potilaan terveydentila tai potilasturvallisuuden varmistaminen sitä edellyttävät”[1500], ”potilas ei pysty riittävästi huolehtimaan itsestään”[1501], ”suojataan potilasta odottamattomilta vahingoilta tilanteissa, joissa potilas ei pysty huolehtimaan itsestään”[1502]. Potilaan kyvyttömyys huolehtia itsestään esiintyi muuna taustasyynä myös edellä tarkastellussa EOA ratkaisukäytännössä. Muihin syihin sisältyi myös rikoslain oikeuttamisperusteeseen viittaava ”suojellaan potilasta todennäköistä tai välitöntä vaaraa vastaan, jota ei voida muilla keinoin torjua”[1503], ja hieman yllättäen historiallinen syy ”oikeustoimikelvottomuuden perusteella”[1504]. Vain yksittäisessä sairaanhoitopiirin ohjeessa muu syy esiintyi ainoana taustasyynä.[1505] Muissa ohjeissa se esiintyi toisen tai toisten syiden rinnalla, mutta tällöinkin viidessä ohjeessa ainoana syynä suojatoimenpiteiden käytölle[1506]. Seitsemässä ohjeessa taustasyytä rajoittamistoimenpiteiden käytölle ei mainittu lainkaan.[1507]

EIT:n ratkaisukäytännön, perustuslakivaliokunnan yleisten perusoikeuksien rajoittamisedellytysten ja EOA:n ratkaisukäytännönkin mukaan perus- ja ihmisoikeuksien rajoittamiselle tulee olla hyväksyttävä peruste. EIT:n ja oikeusasiamiehen ratkaisukäytännön tapaan hyväksyttävinä perusteina ohjeista etsittiin potilaan hengen tai terveyden suojelua, potilaan turvallisuutta, muiden henkilöiden hengen ja terveyden suojelua, ja muiden henkilöiden turvallisuutta. Lisäksi sairaanhoitopiirien ohjeista nousivat lukuvaiheessa esiin perusoikeuksina turvattuina muina perusteina välttämättömän terveydenhoidon turvaaminen sekä omaisuuden suoja. Vastaavat perusteet sisältyvät myös voimassa olevaan rajoittamissääntelyyn KehVam-

1496 SHP 1 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 12 ohjeet 1-2, SHP 14 ohjeet 1-3, SHP 15 ohje 1, SHP 17 ohje 1.
1497 SHP 9 ohje 1, SHP 12 ohjeet 1-2, SHP 15 ohje 1, SHP 18 ohje 1.
1498 SHP 12 ohjeet 1-2, SHP 16 ohje 1.
1499 SHP 1 ohje 2, SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 6 ohje 2, SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 16 ohje 1.
1500 SHP 1 ohje 2, kyseessä kameravalvontaa koskeva ohje.
1501 SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 7 ohje 1, kaikissa näissä ohjeissa potilaan kyvyttömyys huolehtia itsestään liittyy suojatoimenpiteiksi nimettyjen toimenpiteiden käyttämiseen.
1502 SHP 13 ohje 1, liittyy suojatoimenpiteiden käyttöön.
1503 SHP 6 ohje 2, ohje leposidehoidosta.
1504 SHP 16 ohje 1.
1505 SHP 6 ohje 2.
1506 SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 13 ohje 1.
1507 SHP 6 ohje 1, SHP 10 ohje 2, SHP 11 ohje 1, SHP 11 ohje 13, SHP 13 ohje 2, SHP 15 ohje 2 ja SHP 17 ohje 2.

maL 3a-luvussa ja MTL 4a-luvussa[1508], joista jälkimmäinen sisältää monia muitakin perusteita. Myös muun kuin edellä mainitun perusteen esiintyminen kirjattiin matriisiin. Matriisiin kirjattiin ohjekohtaisesti sekä suoja- että rajoittamistoimenpiteiden yhteydessä mainitut hyväksyttävät perusteet, yksi tai useampia perusteita.

Yleisimmät rajoittamisperusteet sairaanhoitopiirien ohjeissa olivat potilaan turvallisuus, joka mainittiin rajoittamisperusteena joko suoja- tai rajoittamistoimenpiteiden osalta 23/29 ohjeessa[1509], ja muun henkilön turvallisuus, joka mainittiin 22/29 ohjeessa[1510]. Myös oikeusasiamies on edellä kuvatusti käyttänyt ratkaisukäytännössään turvallisuutta hyväksyttävänä rajoittamisperusteena, vaikka se ei EIS:n tai perustuslain perusoikeussäännösten näkökulmasta ole itsenäinen perusoikeus, vaan turvallisuuden varmistaminen liittyy kiinteästi vapaudenriistotilanteisiin. Potilaan tai muun henkilön turvallisuutta on käytetty rajoittamisperusteena myös voimassa olevassa rajoittamissääntelyssä niin MTL 4a-luvussa (22a §) kuin KehVammaL 3a-luvussa (42d §).

Seuraavaksi yleisimmät rajoittamisperusteet olivat potilaan hengen tai terveyden suoja 17/29 ohjeessa[1511], ja muun henkilön hengen tai terveyden suoja 13/29 ohjeessa[1512]. Potilaan hengen ja terveyden suojaa käytetään myös voimassa olevassa rajoittamissääntelyssä MTL ruumiillisen sairauden hoitamista koskevassa 4a:22c §:ssa. KehVammaL 3a-luvussa käytetään perusteena potilaan tai muun henkilön terveyttä tai turvallisuutta. Potilaan välttämättömän terveydenhoidon turvaaminen, jonka voidaan nähdä liittyvän myös hengen ja terveyden suojaan, mainittiin rajoittamisperusteena 14/29 ohjeessa.[1513] Välttämättömän terveydenhuollon

1508 KehitysVammaL 42 d §:ssä on mainittu potilaan tai muun henkilön terveys tai turvallisuus tai merkittävä omaisuusvahinko yleisinä rajoittamisperusteina. Välttämättömän terveydenhuollon antaminen on 3a:42j §:ssa. MTL 4a:22a §:ssa yleisinä rajoittamisperusteina on mainittu potilaan sairauden hoito, potilaan turvallisuus ja toisen henkilön turvallisuus tai muu 4a-luvun edun turvaaminen. Muissa 4a-luvun säännöksissä mainitaan perusteena potilaan hengen ja terveyden suoja (4a:22c §), potilaan tai muun henkilön terveys tai turvallisuus (4a:22b §); lisäksi on mainittu muiden potilaiden hoidon vakava vahingoittaminen, merkittävä omaisuusvahinko ja muu erityisen painava hoidollinen syy (4a:22e §); ja vakava haitta potilaan hoidolle, kuntoutukselle tai turvallisuudelle, tai rajoittamisen välttämättömyys muun henkilön yksityisyyden suojaamiseksi (4a:22j §).

1509 SHP 1 ohjeet 1-2, SHP 2 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 6 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 10 ohjeet 1-2, SHP 11 ohje 1, SHP 12 ohje 2, SHP 13 ohje 1, SHP 14 ohjeet 1 ja 3, SHP 15 ohjeet 1-2, SHP 16 ohje 1, SHP 17 ohjeet 1-2, SHP 18 ohje 1.

1510 SHP 1 ohjeet 1-2, SHP 2 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 6 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 10 ohjeet 1-2, SHP 11 ohje 1, SHP 12 ohjeet 1-2, SHP 13 ohje 1, SHP 14 ohjeet 1 ja 3, SHP 15 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 17 ohje 1, SHP 18 ohje 1.

1511 SHP 1 ohjeet 1-2, SHP 2 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 11 ohje 1, SHP 12 ohje 2, SHP 13 ohje 1, SHP 14 ohjeet 1 ja 3, SHP 15 ohjeet 1-2, SHP 17 ohje 1, SHP 18 ohje 1.

1512 SHP 1 ohjeet 1-2, SHP 2 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 11 ohje 1, SHP 14 ohjeet 1 ja 3, SHP 15 ohje 1, SHP 17 ohje 1, SHP 18 ohje 1.

1513 SHP 2 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 14 ohjeet 1 ja 3, SHP 15 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 17 ohje 1.

turvaaminen esiintyy rajoittamisperusteena myös MTL 4a:22b-c §:issä ja KehVammaL 3a:42j §:ssä.

Sekä potilaan ja muun henkilön hengen ja terveyden suoja, että potilaan ja muun henkilön turvallisuus mainittiin rajoittamisperusteena yhteensä 13/29 ohjeessa.[1514] Näistä 11:ssa oli mainittu edellisten lisäksi joko välttämättömän terveydenhoidon turvaaminen, omaisuusvahinkojen estäminen tai molemmat.[1515] Omaisuuden merkittävä vahingoittaminen mainittiin rajoittamisperusteena kahdeksassa ohjeessa, joiden mukaan rajoitustoimenpiteellä tarkoitetaan ”potilaan perusoikeuksien rajoittamista tilanteessa, jossa potilas toiminnallaan vaarantaa itsensä, muiden potilaiden, henkilökunnan ja ulkopuolisten turvallisuuden tai aiheuttaa vahinkoa omaisuudelle”.[1516] Vastaava rajoittamisperuste sisältyy nykyisin voimassa olevaan KehVammaL 3a:42d §:ään ja MTL 4a:22e §:ään, jälkimmäisessä omaisuusvahinkoperuste liittyy eristämiseen.

Rajoittamisen perusteet vastaavat siis yleisimmin ohjeissa esiintyvien edellä käsiteltyjen perusteiden osalta voimassa olevaa rajoittamissääntelyä ja eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisukäytäntöä, joskin sisällöllisesti ohjeittain vaihdellen. Muu kuin jokin edellä mainituista perusteista mainittiin kuudessa ohjeessa. Muita perusteita olivat ”potilaan väkivaltaisen käyttäytymisen rajoittaminen”[1517], ”muiden vahinkojen estäminen”[1518], ”muu erittäin painava lääkärin toteama hoidollinen syy”[1519] ja ”potilaan suojeleminen todennäköistä ja välitöntä vaaraa vastaan, jota ei voida muilla keinoilla torjua”[1520]. Viimeksi mainittu rikoslain pakkotilaan oikeuttamisperusteena viittaava peruste oli ohjeensa ainoa rajoittamisperuste. Muissa tapauksissa muu syy -kategorian peruste täydensi ohjeessa hengen ja terveyden tai turvallisuuden suojaa; välttämättömän terveydenhuollon turvaamista tai omaisuusvahinkojen estämistä rajoittamisperusteena. Myös MTL:ssa on käytetty muita perusteita rajoittamiselle. Näitä ovat muiden potilaiden hoidon vakava vahingoittaminen tai muu erityisen painava hoidollinen syy (4a:22e §); vakava haitta potilaan hoidolle, kuntoutukselle tai turvallisuudelle, tai rajoittamisen välttämättömyys muun henkilön yksityisyyden suojaamiseksi (4a:22j §). On syytä huomioida, että osa sairaanhoitopiirien ohjeissa käytetyistä muista perusteista on muotoilultaan väljiä, ja omiaan lisäämään tulkinnallisia variaatioita pakon käytön perusteista.

Neljä tutkimusaineistoon kuuluvista ohjeista ei sisältänyt lainkaan kirjauksia hyväksyttävästä rajoittamisperusteesta: kaksi näistä oli saman sairaanhoitopiirin

1514 SHP 1 ohjeet 1-2, SHP 2 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 11 ohje 1, SHP 14 ohjeet 1 ja 3, SHP 15 ohje 1, SHP 17 ohje 1, SHP 18 ohje 1.

1515 SHP 1 ohjeet 1-2, SHP 2 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 14 ohjeet 1 ja 3, SHP 15 ohje 1, SHP 17 ohje 1.

1516 SHP 13 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 1 ohjeet 1 ja 2.

1517 SHP 13 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1.

1518 SHP 6 ohje 1.

1519 SHP 2 ohje 1.

1520 SHP 6 ohje 2.

suppeampia rajoitustoimenpidekohtaisia ohjeita; yksi oli toisen sairaanhoitopiirin työturvallisuusohje, joka sisältyy tutkimusaineistoon vain sen vuoksi, että ohjeessa on otettu kantaa omaisuuden haltuunottomahdollisuuksiin; ja yksi muun sairaanhoitopiirin suppeampi ohje tietyn potilasryhmän rajoitustoimenpiteistä.[1521] Rajoittamisperusteiden puuttuminen ohjeesta jättää ohjeen soveltajalle vielä väljääkin muotoilua väljemmän harkintavallan, mikä voi johtaa pakon käytön kynnyksen madaltumiseen. Tämä ei ole yhteensopivaa perus- ja ihmisoikeuksien rajoittamisedellytysten kanssa, eikä noudata voimassa olevan rajoittamissääntelyn linjaa.

Voimassa olevan muuta kuin somaattista hoitoa koskevan rajoittamissääntelyn mukaan rajoittamistoimenpiteitä saa käyttää vain niin kauan kuin on välttämätöntä, ja lisäksi edellytetään, että toimenpide tulee lopettaa välittömästi, jos se vaarantaa potilaan terveyden tai turvallisuuden.[1522] Lisäksi sitominen KehVammaL nojalla on rajattu kestoltaan enintään kahdeksaan tuntiin ja MTL:n nojalla toimenpiteestä on eristämisen kestäessä yli 12 h ja sitomisen yli 8 h ilmoitettava potilaan edunvalvojalle tai lailliselle edustajalle.[1523] Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisukäytännössä rajoittamisen sallittua kestoa on määritelty fraasein ”sen aikaa kuin välttämätöntä” ja ”sen aikaa kuin pakkotila jatkuu”.[1524] Sairaanhoitopiirien ohjeista rajoittamisen kestoa tarkastellaan luokittelulla: ei määritelty, ajallisesti määritelty; sen aikaa kun hoidollinen tarve, mikä sisältää myös usein ohjeissa käytetyn fraasin ”lopetus, kun potilaan tilanne sallii”; sen aikaa kun välttämätöntä, mikä sisältää myös fraasin ”sen aikaa kuin pakkotila jatkuu”; sen aikaa kun tarpeellista ja mahdollisimman lyhyt.

Sairaanhoitopiirien ohjeissa rajoittamisen keston määrittely on vaihtelevaa. Vaihtelua esiintyy jopa saman ohjeen sisällä: kymmenessä ohjeessa on kaksi tai useampia määritelmiä rajoituksen kestolle.[1525] Tavallisimmat määreet rajoittamisen kestolle olivat ”rajoittamisen lopettaminen heti kun potilaan tilanne sallii” 13 ohjeessa[1526] ja ”sen aikaa kuin välttämätöntä” 11 ohjeessa[1527]. Neljässä ohjeessa oli väljästi määritelty rajoittamisen kestoksi ”sen aikaa kuin tarpeellista”.[1528] Vain kolmessa ohjeessa oli kirjattu rajoittamisen kestoksi ”mahdollisimman lyhyt”.[1529] Seitsemässä ohjeessa

1521 SHP 14 ohje 2, SHP 13 ohje 2, SHP 11 ohjeet 12 ja 13.
1522 MTL 4a:22a §. KehVammaL 3a:42d §.
1523 MTL 4a:22f §. KehVammaL 3a:42l §:n mukaan sitominen saa kestää yhtäjaksoisesti tai toistuvasti yhteensä enintään 8h.
1524 EOAK/5485/2018, s. 17. EOA dnro 4318/4/15.
1525 SHP 2 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 11 ohje 1, SHP 15 ohje 1, SHP 16 ohje 1 ja SHP 18 ohje 1.
1526 SHP 2 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 10 ohjeet 1-2, SHP 11 ohje 13, SHP 13 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 15 ohje 1, SHP 16 ohje 1 ja SHP 17 ohje 1.
1527 SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 6 ohjeet 1-2, SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 11 ohjeet 1 ja 12, SHP 15 ohje 2 ja SHP 18 ohje 1.
1528 SHP 1 ohje 1, SHP 11 ohje 1, SHP 17 ohje 2, SHP 18 ohje 1.
1529 SHP 15 ohje 1 (alaikäisiä koskien), SHP 16 ohje 1 ja SHP 10 ohje 1.

rajoittamisen kestoa ei ollut lainkaan määritelty.[1530] Näiden lisäksi viidessä ohjeessa ei ollut määritelty kestoa suojatoimenpiteiden käytölle.[1531] Ainoastaan yhdessä ohjeessa oli ajallinen määre rajoittamisen kestolle: turvahuoneen käyttö tulee ohjeen mukaan lopettaa heti, kun potilaan vointi sen sallii, mutta se ei saa kestää koskaan yli 12 tuntia.[1532] Aikaraja perustuu todennäköisesti mielenterveyslain säännökseen. Rajoittamisen keston määrittely vaikuttaa ohjeissa olevan pääosin voimassa olevaa sääntelyä väljempää, mikä ei ole yhteensopivaa välttämättömyysperiaatteen tai rikoslain oikeuttamisperusteiden soveltamisen kanssa.

7.1.2 Rajoittamisedellytykset

Perus- ja ihmisoikeuksien yleiset rajoittamisedellytykset on linjattu ihmisoikeuksien valvontaelinten, erityisesti EIT:n, ja perustuslakivaliokunnan toimesta. Näiden mukaan perus- ja ihmisoikeusrajoituksen tulee olla lailla säädetty, täsmällinen ja tarkkarajainen; rajoitukselle tulee olla hyväksyttävä peruste; rajoituksen tulee olla oikeasuhtainen sillä tavoiteltavaan päämäärään nähden ja noudattaa lievimmän riittävän puuttumisen periaatetta; rajoituksen tulee olla välttämätön siten, että mikään muu keino ei tule kysymykseen – puhutaan myös viimesijaisuudesta; rajoituksen tulee olla tarkoitussidonnainen, eli sitä ei saa käyttää esimerkiksi rangaistuksena tai puutteellisen henkilöresurssin korvikkeena; ja lisäksi rajoitustoimenpiteen kohteella tulee olla käytettävissään riittävät oikeusturvakeinot. Ohjeista analysoitiin näiden rajoittamisedellytysten esiintymistä: mitä kattavammin nämä on huomioitu, sitä paremmat edellytykset ohjeistetulla rajoittamistoimenpiteiden käytöllä on vastata perus- ja ihmisoikeusrajoituksille asetettuja vaatimuksia.

Sairaanhoitopiirien ohjeissa esiintyneet perusoikeuksien yleiset rajoittamisedellytykset taulukoitiin kirjaamalla ohjekohtaisesti kaikki kyseisessä ohjeessa esiintyneet rajoittamisedellytykset. Koska sääntelyä somaattisessa hoidossa käytettävistä rajoittamistoimenpiteistä ei ole, lailla säätämisen edellytys kirjattiin, kun ohjeessa oli mainittu joko nykyisin voimassa olevat rajoittamislait tai se, että somaattista hoitoa koskien rajoittamista ei ole kattavasti säännelty tai molemmat. Hyväksyttävän perusteen olemassaolo kirjattiin, kun ohjeessa oli mainittu jokin edellä käsitellyistä perusoikeuksista johdetuista rajoittamisperusteista: potilaan tai muun henkilön hengen tai terveyden suoja, potilaan tai muun henkilön turvallisuus, välttämättömän terveydenhoidon turvaaminen tai omaisuuden suojaaminen. Oikeusturvakeinon olemassaolo kirjattiin, kun ohjeessa oli mainittu potilaan informoiminen muistutus- tai kantelumenettelystä tai yhteydenotosta potilasasiamieheen.

Lailla säätämisen vaatimus mainittiin kaikkiaan 17/29 ohjeessa, joissa oli joko lueteltu nykyisin voimassa olevat rajoittamislait: päihdehuoltolaki, mielenterve-

1530 SHP 14 ohjeet 2-3, SHP 13 ohje 2, SHP 12 ohjeet 1-2, SHP 8 ohje 1, SHP 1 ohje 2.
1531 SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1 ja SHP 13 ohje 1.
1532 SHP 15 ohje 1.

yslaki, tartuntatautilaki ja laki kehitysvammaisten erityishuollosta, tai todettu, että rajoittamista somaattisessa hoidossa ei kaikilta osin ole säännelty, tai molemmat.[1533] Hyväksyttävä peruste tai useampia perusteita rajoittamiselle on mainittu edellä käsitellysti 25/29 ohjeessa. Neljästä ohjeesta peruste puuttuu: kaksi näistä on saman sairaanhoitopiirin suppeita rajoittamistoimenpidekohtaisia ohjeita, yksi eri sairaanhoitopiirin työturvallisuusohje, joka sisältää kannanoton omaisuuden haltuunottoon; yksi muun sairaanhoitopiirin suppeampi potilasryhmäkohtainen rajoittamisohje ja yksi eri sairaanhoitopiirin leposideohje.[1534] Suhteellisuusperiaate tai lievimmän riittävän puuttumisen periaate oli mainittu tai sisäänkirjoitettu kaikkiaan 13/29 ohjeeseen.[1535] Esimerkiksi: kaatumisriskissä oleville potilaille liikkumisen rajoittaminen ei ole hoitokeino, vaan ensisijaista on arvioida yksilöllisesti kaatumisen riskitekijät, ennaltaehkäistä tunnistetut riskit ja turvattava liikkuminen tarvittavien apujen turvin.[1536] Yksittäisessä ohjeessa suhteellisuusperiaate oli rinnastettu välttämättömyysperiaatteeseen, kuten myös EOA:n ratkaisussa aiemmin, eikä suhteellisuus muutenkaan tullut ohjeesta ilmi.[1537] Rajoitusten välttämättömyys tai viimesijaisuus oli kattavammin kirjattu, kaikkiaan 20/29 ohjeeseen.[1538] Rajoittamisen tarkoitussidonnaisuus, kuten kielto käyttää rajoittamistoimenpiteitä rangaistuksena tai puutteellisen henkilöstöresurssin korvikkeena, oli harvemmin kirjattu, vain 9/29 ohjeessa.[1539] Oikeusturvakeinoista, kantelusta, muistutuksesta tai yhteydenotosta potilasasiamieheen, oli mainittu vain kolmessa ohjeessa.[1540] Riittävistä oikeusturvakeinoista esiintyi mainintoja myös joidenkin ohjeiden lainsäädännöllisessä perustassa, mutta vailla todellista ilmentymää itse ohjeistuksessa.[1541] Oikeusturvakeinojen osalta löydös on varsin ymmärrettävä, sillä oikeusturvakeinoja ei voida luoda viranomaisen ohjeilla. Kahdessa ohjeessa ei ollut lainkaan mainintaa perusoikeuksien rajoittamisedellytyksistä: toinen oli työturvallisuuteen liittyvä ohje, joka on mukana vain omaisuuden haltuunottoa koskevan ohjeistuksensa vuoksi, toinen lepositeiden käyttöä koskeva suppea ohje.[1542]

1533 Lailla säätämisen vaatimus tulee esiin lähes kaikkien sairaanhoitopiirien ohjeissa: SHP 1 ohje 2, SHP:t 2-10 ohje 1, SHP:t 13-14 ohje 1, SHP 15 ohje 2, SHP 16 ohje 1, SHP 17 ohjeet 1 ja 2, SHP 18 ohje 1.

1534 SHP 11 ohjeet 12-13, SHP 13 ohje 2, SHP 14 ohje 2.

1535 SHP 1 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 6 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 11 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 14 ohjeet 1-2, SHP 15 ohje 2, SHP 16 ohje 1.

1536 Esim. SHP 3 ohje 1, vastaavasti myös SHP 15 ohje 2.

1537 SHP 2 ohje 1.

1538 SHP 1 ohjeet 1-2, SHP 2 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 6 ohjeet 1-2, SHP 7 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 11 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 15 ohje 2, SHP 16 ohje 1, SHP 17 ohjeet 1-2, SHP 18 ohje 1.

1539 SHP 1 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 6 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 11 ohjeet 1 ja 12, SHP 13 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 16 ohje 1.

1540 SHP 14 ohje 1, SHP 16 ohje 1 ja SHP 17 ohje 1.

1541 Esimerkiksi SHP 2 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1.

1542 SHP 11 ohje 13 ja SHP 13 ohje 2, joista jälkimmäinen työturvallisuusohje.

Muiden kriteerien osalta sairaanhoitopiirien rajoittamisohjeista analysoitiin oikeusasiamiehen ratkaisukäytännön kanssa yhtenevästi ohjeiden sisältämiä viittauksia muuhun lainsäädäntöön: perustuslakiin, potilaslakiin, mielenterveyslakiin tai muuhun lakiin. Tämän lisäksi ohjeista etsittiin viittauksia valvontaviranomaisten kannanottoihin: EOA:n ratkaisukäytäntöön ja Valviran ohjeistuksiin. Lisäksi analysoitiin viittauksia ammattieettisiin velvollisuuksiin (ammattihenkilölain 15 §) ja toimenpiteiden lääketieteelliseen hyväksyttävyyteen tai hyvään hoitokäytäntöön EOA:n ratkaisussa esiintyneen kaksoisstandardivaatimuksen mukaisesti.

Ohjeet eivät pääsääntöisesti sisältäneet viittauksia ihmisoikeussopimuksiin: vain yksi ohje sisälsi ihmisoikeussopimuksia oikeusohjeena, ja neljässä ohjeessa yleisellä tasolla viitattiin itsemääräämisoikeuden perustana olevan henkilökohtaista vapautta ja koskemattomuutta määrittelevien kansainvälisten sopimusten.[1543] Perustuslain perusoikeussäännöksiin viitattiin 15/29 ohjeessa.[1544] Tavallisimmin perusoikeussäännöksistä viitattiin PL 7 §:n henkilökohtaisen vapauden, koskemattomuuden ja turvallisuuden suojaan.[1545] Vain muutamassa ohjeessa oli viitattu nimenomaisesti PL 10 §:n yksityisyyden suojaan.[1546] Ihmisarvoista ja potilaan yksityisyyttä kunnioittavaa kohtelua korostettiin kuitenkin eri ohjeissa rajoittamistoimenpiteiden käyttöön liittyen.[1547] Ihmisarvon kunnioittamista korostetaan myös voimassa olevan rajoittamissääntelyn yleisissä rajoittamisedellytyksissä MTL 4a:22a §:ssa ja KehVammaL 3a:42d §:ssa. Yksittäisessä sairaanhoitopiirin ohjeessa oli viitattu PL 2 §:n laillisuusperiaatteeseen, PL 19 §:n riittävän terveydenhoidon turvaamiseen sekä PL 22 §:n julkisen vallan velvoitteeseen turvata perusoikeuksien toteutuminen.[1548] Perusoikeusviittausten painottuminen henkilökohtaisen vapauden, koskemattomuuden ja turvallisuuden suojaan on varsin ymmärrettävää, sillä ohjeissa käsitellyt rajoittamistoimenpiteet painottuivat pääsääntöisesti vapauden riistoksi luokiteltaviin toimenpiteisiin ja muihin liikkumisvapauden rajoittamistoimiin.

Potilaslain säännöksiin viitattiin 14/29 ohjeessa.[1549] Potilaslain osalta viittaukset painottuivat itsemääräämisoikeutta koskevaan 6 §:ään[1550], mutta näistä puolessa

1543 Oikeusohjeena SHP 6 ohje 1, yleinen viittaus SHP 4 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1.

1544 SHP 2 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 6 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 15 ohje 2, SHP 16 ohje 1, SHP 17 ohje 2, SHP 18 ohje 1.

1545 SHP 13 ohje 1, SHP 15 ohje 2, SHP 17 ohje 2, SHP 18 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 6 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 5 ohje 1.

1546 SHP 17 ohje 2, SHP 14 ohje 1, SHP 6 ohje 1, SHP 18 ohje 1.

1547 Esimerkiksi SHP 1 ohje 1, SHP 6 ohje 1, SHP 18 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 7 ohje 1.

1548 SHP 6 ohje 1, joka sisältää kattavan referaatin rajoittamisen taustalla vaikuttavasta sääntelystä.

1549 SHP 2 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 6 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 17 ohjeet 1-2.

1550 SHP 16 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 6 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP

viitattiin myös 8 §:n potilaan suostumuksesta riippumatta annettavaan hoitoon hätätilanteissa[1551]. Joissakin ohjeissa todettiin myös, että kyseinen hätätilannesääntely ei oikeuta rajoittamistoimenpiteiden käyttöä.[1552] Yhdeksässä ohjeessa oli huomioitu myös potilaslain 3 §:n mukainen oikeus hyvään hoitoon ja ihmisarvoiseen kohteluun.[1553] Hyvä hoitokäytäntö tai toiminnan lääketieteellinen hyväksyttävyys esiintyivät myös muutoin mainintana yhdeksässä ohjeessa.[1554] Rajoittamispäätökseltä edellytettiin mm., että se on ”lääketieteellisesti perusteltu, turvallisuuden kannalta välttämätön ja aina asiakkaan edun mukainen”.[1555] Lisäksi useissa ohjeissa mainittiin, että rajoittamistoimenpide tulee toteuttaa pienintä mahdollista haittaa käyttäen.[1556] Toimenpiteiden suorittaminen mahdollisimman turvallisesti sisältyy myös MTL:n ja KehVammaL:n yleisiin rajoittamisedellytyksiin.[1557] Ihmisarvoinen kohtelu, hyvä hoito ja kohtelu, ja toiminnan lääketieteellinen hyväksyttävyys ovat olleet edellä kuvatussa ihmisoikeussopimusten valvontaelinten ja eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisukäytännössä olennaisia seikkoja arvioitaessa rajoitustoimenpiteiden käytön hyväksyttävyyttä ja sitä, onko ihmisoikeussopimuksissa turvattuja oikeuksia loukattu. Huono kohtelu tai epäasialliset olosuhteet rajoitustoimenpiteitä toteutettaessa ovat voineet tulla arvioiduksi epäinhimillisen kohtelun kiellon loukkauksena.

Mielenterveyslain 4a-luvun rajoittamissäänteleyyn tai tarkemmin 4a:22c §:n sääntelyyn koskien somaattisen hoidon tarpeessa olevaa tarkkailuun otettua tai hoitoon määrättyä potilasta viitattiin 11/29 ohjeessa. Psykiatriset ja somaattiset vuodeosastot sijaitsevat sairaaloissa tyypillisesti toisistaan erillään. Psykiatrisilla osastoilla ei ole useinkaan samanlaista valmiutta somaattisten sairauksien hoitoon kuin somaattisilla vuodeosastoilla. Psykiatrisessa tahdosta riippumattomassa hoidossa tai tarkkailussa olevilla potilailla voi olla samanaikaisesti myös somaattista hoitoa vaativia sairauksia, minkä vuoksi hoito voidaan päätyä toteuttamaan osan aikaa somaattisella vuodeosastolla. MTL 4a:22c §:n mukaan somaattisesta hoidosta vastaava lääkäri voi päättää potilaan hoidon kannalta välttämättömistä lyhytaikaisista rajoittamistoimenpiteistä, mutta tämän lääkärin tulee toimia yhteistyössä potilasta

9 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 17 ohjeet 1-2.

1551 SHP 6 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 13 ohje 1.

1552 SHP 7 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 9 ohje 1.

1553 SHP 10 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 6 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 7 ohje 1. Yksittäisessä ohjeessa mainittu potilaan oikeus hoitoon potilaslain 3 §:ssa säädetyllä tavalla, SHP 5 ohje 1.

1554 SHP 1 ohje 2, SHP 3 ohje 1, SHP 6 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 15 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 18 ohje 1.

1555 SHP 3 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 13 ohje 1. Vastaavasti myös SHP 10 ohje 1. Lääketieteellisesti perusteltu esiintyy vaatimuksena myös ohjeissa SHP 1 ohje 2, SHP 16 ohje 1, SHP 18 ohje 1.

1556 Esim. SHP 3 ohje 1, SHP 14 ohje 1.

1557 MTL 4a:22a § ja KehVammaL 3a:42d §.

hoitavan psykiatrin kanssa. Säännöstä voidaan soveltaa MTL:n nojalla tarkkailuun otetun tai tutkimuksiin tai hoitoon määrätyn potilaan hoidossa. Pääsääntöisesti sairaanhoitopiirien ohjeissa ohjeistettiin MTL:n kanssa yhtenevästi somaattisella osastolla hoidettavan mielenterveyslain nojalla tarkkailuun otetun tai hoitoon määrätyn potilaan somaattisesta hoidosta vastaavaa lääkäriä tekemään rajoittamisasioissa yhteistyötä psykiatrin kanssa.[1558]

Muuhun lainsäädäntöön viitattiin 12/29 ohjeessa.[1559] Muu lainsäädäntö käsittää viittauksia mm. hallintolain viranomaisen toiminnan puolueettomuus- ja suhteellisuusperiaatteisiin; rikoslain oikeuttamisperusteisiin, pakkotilaan ja hätävarjeluun; ja sosiaalihuollon asiakaslakiin.[1560] Kolmessa ohjeessa viitattiin vuoden 2018 asiakas- ja potilaslakiluonnokseen, jonka valmistelu keskeytettiin lausuntokierroksen jälkeen.[1561] Oikeuslähdeopillisesti kesken jääneen lakiluonnoksen käyttö lähteenä ei ole ihanteellista, vaikka vastaavaan oli päädytty myös EOA:n kanteluratkaisuissa. Yksittäisessä ohjeessa virheellisesti todettiin potilasta voitavan rajoittaa terveydenhuollon ammattihenkilön pakkotoimin somaattisessa hoidossa vain potilaslain ja ammattihenkilölain säännöksiin perustuen.[1562]

Valvontaviranomaisten ohjeisiin ja ratkaisukäytäntöön tukeuduttiin osassa sairaanhoitopiirien ohjeita. Valviran liikkumista estävien apuvälineiden käyttöä koskevaan ohjeeseen viitattiin viidessä tutkimusaineistoon kuuluvassa ohjeessa.[1563] Tavallisempaa oli eduskunnan oikeusasiamiehen suoja- ja rajoittamistoimenpiteiden käyttöä linjaaviin kanteluratkaisuihin viittaaminen, kahdeksassa ohjeessa.[1564] Viittaukset vaihtelivat yleisluontoisesta tietyn kanteluratkaisun diaarinumeroon viittaamisesta[1565] rajoittamisen yksityiskohtien havainnollistamiseen[1566]. Viitatut kanteluratkaisut käsittelivät esimerkiksi liikkumisvapauden rajoittamista ainoastaan potilaan turvallisuuden takaamiseksi ja vain siinä määrin kuin se kulloinkin on välttämätöntä, rajoittamistoimenpiteiden oikeuttamista pakkotilalla tai hätävarjelulla, lääkärin ja muun terveydenhuollon ammattihenkilön toimintaa koskevien oikeus-

1558 SHP 16 ohje 1, SHP 18 ohje 1, SHP 17 ohje 1 ja 2, SHP 7 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 1 ohje 1. SHP 6 ohjeessa 1 viitataan MTL rajoittamissääntelyyn. SHP 8 ohjeessa 1 todetaan MTL 22c §:n soveltamista koskevan kirjauksen yhteydessä, että mielenterveyslain mukaista ohjetta ei sovellettaisi tilanteissa, joissa potilas vastustaa hänelle välttämätöntä somaattista hoitoa. Tämän merkitys jää epäselväksi.

1559 SHP 2 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 6 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 17 ohjeet 1-2.

1560 Esimerkiksi SHP 9 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 14 ohje 1.

1561 SHP 17 ohje 2, SHP 1 ohje 2, SHP 11 ohje 1.

1562 SHP 17 ohje 1.

1563 SHP 1 ohje 1, SHP 11 ohje 1, SHP 17 ohjeet 1 ja 2, SHP 18 ohje 1.

1564 SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 6 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 18 ohje 1.

1565 Esim. SHP 13 ohje 1.

1566 Esim. SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 2 ohje 1 ja SHP 4 ohje 1.

säännösten ja eettisen normiston huomioimista rajoittamisen puolustettavuuden arvioinnissa (ns. kaksoisstandardivaatimus), tai potilaan tai sijaispäättäjän suostumuksen pyytämistä tai potilaan edun mukaista toimintaa rajoittamistoimenpidettä harkittaessa.[1567] Yksittäinen toimintayksikköä koskeva ohje sisälsi sivumääräisesti laajan eristämisen olosuhteita ja potilaan yksityisyyden suojaa tarkastelevan EOA:n kanteluratkaisun referoinnin.[1568]

Ammattihenkilölain 15 §:n mukaisiin ammattieettisiin velvollisuuksiin viitattiin 10:ssa ohjeessa.[1569] Osassa ohjeista ammattihenkilölain 15 § oli kirjattuna lähes sellaisenaan: yleisesti hyväksyttyjen ja kokemusperäisesti perusteltujen menettelytapojen soveltamisesta potilaalle koituvien hyötyjen ja haittojen arviointiin, potilaan oikeuksien huomioimiseen ja kiireellisen hoidon antamisvelvoitteeseen.[1570] Osassa ohjeita oli viitattu ammattieettisiin velvollisuuksiin ja muotoiltu velvoitteet: ”terveydenhuollon ammattihenkilön suorittaman toimenpiteen tulisi olla lääketieteellisesti perusteltu siten, että toimenpiteen tarkoituksena on potilaan terveyden edistäminen ja siten, että toimenpiteen suorittamatta jättäminen haittaisi vakavasti hänen terveyttään”.[1571] Suppeimmillaan viitattiin EOA:n ratkaisujen tapaan yleisellä tasolla ammattihenkilön toimintaa ohjaaviin oikeussäännöksiin ja eettiseen normistoon.[1572] Ammattieettisten velvollisuuksien noudattamisella on merkitystä yleisesti hoidossa, mutta myös pakkotilaperusteen ohella arvioitaessa rajoittamisen oikeutusta ns. kaksoisstandardivaatimuksen mukaisesti.

7.1.3 Rajoittamisen oikeuttaminen: suostumus, potilaan etu ja rikoslain oikeuttamisperusteet

Lainsäädännön puuttuessa sairaanhoitopiirien ohjeissa tukeudutaan rajoittamisen oikeuttamisessa EOA:n ratkaisukäytännön tapaan potilaan suostumukseen ja potilaan etuun. Lisäksi sairaanhoitopiirien ohjeissa tukeudutaan sijaispäättäjän suostumukseen, EOA:n viimeaikaisesta ratkaisukäytännöstä poiketen. Sairaanhoitopiirien ohjeissa turvaudutaan rajoittamisen oikeuttamisessa lisäksi EOA:n ratkaisukäytännössä oikeuttamisperusteena käytettyihin rikoslain oikeuttamisperusteisiin. Oikeuttamisperusteiden huomioiminen ohjeissa on kuitenkin vaihtelevaa. Tutkimusaineistoon sisältyvistä 29 ohjeesta kahdeksassa ei ole rajoittamiseen

1567 Esimerkiksi SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 7 ohje 1 ja SHP 9 ohje 1, joissa viitattu liikkumisvapauden rajoittamiseen kantaa ottavaan EOA ratkaisuun dnro 363/4/09. Esimerkiksi SHP 16 ohje 1 puolestaan viittaa potilaan tai sijaispäättäjän suostumuksella tai potilaan edun mukaisesti tapahtuvaan rajoittamiseen. Pakkotilan soveltamiseen liittyviin kanteluratkaisuihin EOA dnro 4318/4/15 ja dnro 3721/4/14 viitattu esim. SHP 6 ohjeessa 1. Kaksoisstandardivaatimukseen viitattu mm. SHP 6 ohjeessa 1.
1568 SHP 18 ohje 1.
1569 SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 6 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 11 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 18 ohje 1.
1570 Esimerkiksi SHP 2 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 8 ohje 1.
1571 SHP 16 ohje 1.
1572 SHP 6 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 11 ohje 1, SHP 18 ohje 1.

liittyen kirjattu mitään edellä mainituista oikeuttamisperusteista.[1573] Kaikkiaan 13:ssa ohjeessa taas on mainittu kolme tai useampia oikeuttamisperusteita.[1574]

Sairaanhoitopiirien ohjeista 15/29:ssa ohjeistetaan rajoittamisen edellyttävän ensisijaisesti potilaan suostumusta.[1575] Näistä seitsemässä edellytetään päätöksentekokyvyttömän potilaan kohdalla toissijaisesti lähiomaisen tai muun läheisen suostumusta rajoittamiseen.[1576] ”Lupa liikkumisen rajoittamiseen on saatava henkilöltä itseltään tai omaiselta”.[1577] ”Potilaan mielipide tulee ottaa huomioon mahdollisuuksien mukaan ja jos hän ei kykene ilmaisemaan mielipidettään, niin rajoituksesta tulee keskustella hänen lähiomaisensa tai laillisen edustajansa kanssa”.[1578] Joissakin ohjeissa todetaan, että jos potilaan omaa tai sijaispäättäjän mielipidettä tai suostumusta ei saada, potilasta tulee lääkärin päätöksellä hoitaa hänen etunsa mukaisesti parhaalla mahdollisella tavalla.[1579] Yksittäisessä ohjeessa on huomioitu, että henkilön oma suostumus ei oikeuta perusoikeuksiin puuttumista, mutta suostumus voi olla yksi tekijä arvioitaessa rajoitustoimenpiteiden hyväksyttävyyttä.[1580] Ohjeiden kirjaukset noudattelevat suostumuksen osalta pääosin potilaslain itsemääräämisoikeutta koskevia säännöksiä potilaan tai sijaispäättäjän suostumuksesta.

Pakkotila rajoittamisen oikeuttamisperusteena on mainittu 16:ssa ohjeessa[1581] ja hätävarjelu 13:ssa ohjeessa[1582]. Osassa ohjeita todetaan, että rajoittamiseen voidaan ilman potilaan tai sijaispäättäjän lupaa ryhtyä pakkotila- tai hätävarjeluperusteella.[1583] Yksittäisessä ohjeessa potilaan tai sijaispäättäjän suostumusta nimenomaisesti edellytetään hätävarjelu- tai pakkotilaperusteesta huolimatta.[1584] Joissakin ohjeissa on jaoteltu potilaan ja sijaispäättäjän, tai potilaan tai sijaispäättäjän suostumusta

---

1573 SHP 1 ohje 2, SHP 10 ohjeet 1-2, SHP 11 ohje 13, SHP 12 ohje 2, SHP 14 ohjeet 2-3, SHP 15 ohje 2.

1574 SHP 1 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 11 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 17 ohje 1.

1575 SHP 17 ohjeet 1-2, SHP 16 ohje 1, SHP 15 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 11 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 2 ohje 1 ja SHP 1 ohje 1.

1576 SHP 1 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 11 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 17 ohje 2 ja SHP 13 ohje 1.

1577 SHP 11 ohje 1, SHP 1 ohje 1.

1578 SHP 4 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 17 ohje 1, SHP 8 ohje 1. Vastaavasti SHP 3 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 5 ohje 1. SHP 16 ohjeessa 1 ja SHP 17 ohjeessa 2 edellytettiin potilaan tai sijaispäättäjän suostumusta.

1579 SHP 3 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 17 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 8 ohje 1.

1580 SHP 17 ohje 2.

1581 SHP 1 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 6 ohjeet 1-2, SHP 7 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 11 ohjeet 1 ja 12, SHP 13 ohje 1, SHP 15 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 17 ohje 1, SHP 18 ohje 1.

1582 SHP 1 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 6 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 11 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 17 ohje 1 ja SHP 18 ohje 1.

1583 SHP 11 ohje 1, SHP 13 ohje 1. Vastaavasti SHP 16 ohje 1.

1584 SHP 1 ohje 1.

käytettävän ns. suojatoimenpiteiden yhteydessä, ja rajoittamistoimenpiteissä taas oikeuttamisperusteena olisi hätävarjelu tai pakkotila, mutta potilaalta tulisi kuitenkin pyrkiä saamaan suostumus.[1585] Kaikissa ohjeissa potilaan tai sijaispäättäjän suostumuksen ja rikoslain oikeuttamisperusteiden keskinäistä suhdetta rajoittamisen oikeuttamisessa ei ole määritelty.

MTL 4a-luvussa tai KehVammaL 3a-luvussa rajoittamistoimenpiteiden käyttö ei edellytä potilaan eikä sijaispäättäjän suostumusta, vaikka pääsääntönä hoidossa onkin tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan potilaan tai erityshuollossa olevan henkilön hoitaminen yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Lain nojalla tapahtuva rajoittamistoimenpiteiden käyttö on nimenomaan tarkoitettu tilanteisiin, joissa potilasta ei ole mahdollista hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, toisin sanoen potilas ei syystä tai toisesta kykene ymmärtämään tilannettaan tai käyttäytymisensä seurauksia. Kun 15:ssa sairaanhoitopiirin ohjeessa edellytetään ensisijaisesti potilaan suostumusta rajoittamistoimenpiteeseen, rajoittamistoimenpiteiden käyttöä ei sairaanhoitopiirien ohjeissa varsinaisesti kohdenneta sellaisten potilaiden ryhmään, jotka eivät kykene ymmärtämään tilannettaan tai käyttäytymisensä seurauksia, kuten voimassa olevassa rajoittamissääntelyssä tartuntatautilakia lukuun ottamatta kohdennetaan. On yllättävää, että jopa intensiteetiltään raskaimpien rajoittamistoimenpiteiden, eristämisen ja sitomisen, osalta potilaan suostumukselle annetaan joissakin ohjeissa merkitystä.[1586] Vaikka EIT onkin pitänyt vapauden riiston kriteerinä sitä, että henkilön tiettyyn tilaan sulkemisen lisäksi edellytetään, että hän ei ole antanut asiaan suostumustaan[1587], olettaisi potilaan olevan kyvytön ymmärtämään käyttäytymisensä seurauksia niissä tilanteissa, kun intensiteetiltään raskaimpia rajoittamistoimenpiteitä tarvitaan. Sijaispäättäjän suostumuksen käyttäminen rajoittamistoimenpiteiden oikeuttamisessa on ristiriidassa ainakin joidenkin EOA ratkaisujen ja ainakin osin perustuslakivaliokunnan käytännön kanssa.[1588] Myöskään EIT ei edellä kuvatusti ole pitänyt sijaispäättäjän suostumusta esimerkiksi vapauden riistoon oikeusturvanäkökohdista riittävänä. Sairaanhoitopiirien ohjeisiin kirjattu voimassa olevasta rajoittamissääntelystä poikkeava suostumuskäytäntö liittynee pääosin voimassa olevan potilaslain itse-

1585 SHP 4 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 2 ohje 1. SHP 13 ohje 1 ei edellytä rajoittamistilanteessa potilaan suostumusta (kuten suojatoimien käytössä).

1586 SHP 11 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 9 ohje 1. SHP 14 ohje 1 mukaan jos potilaan suostumusta ei saada, lääkäri päättää. SHP 1 ohje 1 ja SHP 17 ohje 2 mukaan periaatepäätökseen liikkumisen rajoittamisesta (ml. turvaliivit, magneettivyöt) on saatava potilaan suostumus, lisäksi lääkärin päätös. SHP 8 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 3 ohje 1 ja SHP 16 ohje 1 mukaan potilaan, tai SHP 16:ssa sijaispäättäjän, suostumus tai rajoittaminen potilaan edun perusteella. SHP 13 ohje 2 ja 15 ohje 1 suostumus koskien vain omaisuuden tarkastamista ja haltuunottoa.

1587 Storck v. Germany, s. 12, kohta 74. Stanev v. Bulgaria s. 21, kohta 117. Mihailovs v. Latvia, s. 23, kohta 128.

1588 EOAK/4191/2018, s. 2, EOAK/5485/2018, s. 14, EOAK/1706/2019, s. 5, EOAK/2458/2019, s. 10-11, EOAK/2456/2019, s. 19-20. Perustuslakivaliokunnan käytännöstä tarkemmin luku 5.

määräämisoikeutta ja sijaispäättäjää koskeviin säännöksiin, kun useimmissa ohjeissa rajoittamispäätöstä käsitellään merkittävänä hoitopäätöksenä, ja toisaalta osin EOA:n ratkaisukäytäntöön, kun soveltuvaa sääntelyä ei ole. Sairaanhoitopiirien ohjeet ja eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisukäytäntö suostumuskäytäntöineen poikkeavat nykyisen rajoittamissääntelyn linjasta siinä, että rajoittamistoimenpiteitä voidaan ohjeiden ja EOA:n ratkaisukäytännön perusteella kohdistaa myös päätöksentekokykyisiin potilaisiin.

7.2 Suoja-, turva- ja rajoittamistoimenpiteet somaattisessa hoidossa

7.2.1 Suojaa, turvaa vai rajoittamista?

Sairaanhoitopiirien ohjeissa käytetään potilaisiin kohdistettavista henkilökohtaiseen vapauteen ja joskus yksityisyyden suojaankin puuttuvista toimenpiteistä erilaisia nimityksiä. Puhutaan rajoittamistoimenpiteistä, suojatoimenpiteistä ja liikkumisvapautta rajoittavien turvavälineiden tai turvahuoneen käytöstä. Onko suojatoimenpiteiden, turvavälineiden tai -huoneen käyttäminen perus- ja ihmisoikeuksien kanssa paremmin yhteensopivaa kuin rajoittamistoimenpiteiden?

Viiden sairaanhoitopiirin ohjeissa käsitellään potilaisiin kohdistettavat suoja- ja rajoittamistoimenpiteet toisistaan erillisinä toimenpiteinä. Näissä ohjeissa suojatoimella tarkoitetaan itsemääräämisoikeuden rajoituksia, jotka tehdään ennaltaehkäisevästi potilaan turvallisuuden takaamiseksi tilanteissa, joissa potilas ei pysty riittävästi huolehtimaan itsestään. Suojatoimenpiteiksi ohjeissa on määritelty sängyn laitojen nosto, geriatrisen tuolin käyttö, rannesidosten, turvavöiden ja turvaliivien sekä haarakappaleellisen istuinvyön käyttö. Suojatoimenpiteiden tavoitteena on suojella potilasta vahingoittumiselta, kuten tuolista tai sängystä putoamiselta. Rajoittamistoimenpiteiksi näissä ohjeissa määritellään itsemääräämisoikeuden rajoittaminen tilanteissa, kun potilas vaarantaa oman tai muiden turvallisuuden tai aiheuttaa vahinkoa omaisuudelle.[1589] Näissä ohjeissa on rajoittamistoimenpiteiksi nimetty pääsääntöisesti sitominen lepositein, kahdessa ohjeessa myös turvahuoneeseen eristäminen ja yksittäisessä ohjeessa kameravalvontakin.[1590] Vastaava rajoittamisen intensiteettiin perustuva jaottelu on nähtävissä myös voimassa olevan KehVammaL 3a:42k ja 3a:42l §:ien jaottelussa, joissa on kyse rajoittavien välineiden ja asusteiden käytöstä päivittäisissä toiminnoissa ja toisessa säännöksessä niiden käytöstä vakavissa vaaratilanteissa. Myös MTL:ssa intensiteetiltään raskaimmista rajoittamistoimenpiteistä säännellään erikseen (4a:22e-f §:t).

1589 SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1 ja SHP 13 ohje 1.

1590 SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1 ja SHP 13 ohje 1. Turvahuoneeseen eristäminen SHP 2 ohjeessa 1 ja SHP 9 ohjeessa 1. Kameravalvonta SHP 4 ohjeessa 1.

Yksittäisen sairaanhoitopiirin ohjeessa puhutaan suoja- ja rajoitustoimenpiteistä, mutta käsitteiden merkitystä tai eroja ei ohjeessa avata. Ohjeen mukaan suoja- ja rajoitustoimenpiteiden käytön tarkoituksena on ”potilaan tai asiakkaan turvallisuus, hoitotoimen toteutus tai poikkeustilanteissa hätävarjelutilanne”. Ohjeessa puhutaan myös liikkumista rajoittavista turvavälineistä, suojaavien ja rajoittavien välineiden ja asusteiden käytöstä, eristämisestä turvahuoneeseen ja potilaan poistumisen estämisestä.[1591] Erään toisen sairaanhoitopiirin ohjeessa puhutaan ainoastaan potilaan suojatoimenpiteistä somaattisessa sairaanhoidossa. Tässä ohjeessa suojatoimenpiteillä tarkoitetaan potilaan itsemääräämisoikeutta rajoittavia toimenpiteitä, jotka ovat välttämättömät sairauden hoidon ja tutkimuksen toteuttamiseksi. Suojatoimenpiteitä toteutetaan ohjeen mukaan erilaisin liikkumista rajoittavin välinein, kuten lepositein, turvavöin, turvaliivein, sängyn ylös nostettavin laidoin, tuoliin kiinnitettävin pöydin, magneettivöin ja raajasidoksin.[1592]

Enimmäkseen sairaanhoitopiirien ohjeissa puhutaan kuitenkin rajoitustoimenpiteiden käytöstä somaattisessa hoidossa. Rajoittamistoimenpiteen käsitettä ei ole kovin usein ohjeissa määritelty. Rajoitustoimenpiteellä tarkoitetaan eräässä ohjeessa ennalta ehkäiseviä toimia tilanteissa, joissa suojataan potilasta hoitotoimenpiteiden aikana tai ehkäistään sitä, että potilas toiminnallaan vaarantaa itsensä tai muiden turvallisuuden tai aiheuttaa vahinkoa omaisuudelle.[1593] Joissakin ohjeissa itsemääräämisoikeuden rajoittamisella somaattisessa hoidossa tarkoitetaan lepositeiden tai turvaliivien käyttöä, käsien sitomista tai muuta vastaavaa fyysistä rajoittamista.[1594] Rajoitustoimenpiteiksi ohjeissa nimetään esimerkiksi rannesidokset, turvavyöt ja turvaliivit, sekä magneettivyö.[1595] Joissakin ohjeissa rajoittamistoimenpiteiksi nimetään lepositeet.[1596] Osassa ohjeista rajoittamiseksi katsotaan myös sängyn laitojen nostaminen, jos sillä rajoitetaan asiakkaan liikkumista.[1597] Eräässä ohjeessa puhutaan vain liikkumisen rajoittamisesta ja turvavälineistä, niitä tarkemmin määrittelemättä.[1598] Yksittäisessä ohjeessa on linjattu, että potilaan perusoikeuksia saadaan rajoittaa vain laissa säädetyin perustein, eikä ohje varsinaisesti sisällä kannanottoa eri rajoittamistoimenpiteistä somaattisessa hoidossa.[1599] Myös turvaa on sairaanhoitopiirien ohjeissa tarjolla. Muutamassa ohjeessa puhutaan liikkumista rajoittavien

1591 SHP 5 ohje 1.
1592 SHP 17 ohje 1.
1593 SHP 8 ohje 1,
1594 SHP 10 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 3 ohje 1. SHP 17 ohjeessa 2 ja SHP 1 ohjeessa 1 lainattu Valviran 12.8.2015 julkaisemaa ohjetta liikkumista rajoittavien turvavälineiden käytöstä.
1595 SHP 8 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 11 ohje 1. Vastaavasti SHP 10 ohje 1.
1596 SHP 10 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 1 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 11 ohje 1.
1597 SHP 14 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 1 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 11 ohje 1.
1598 SHP 15 ohje 2.
1599 SHP 6 ohje 1.

turvavälineiden käytöstä.[1600] Joissakin muissa ohjeissa rajoittamistoimenpiteeksi nimetään turvahuoneeseen sulkeminen.[1601]

Joissakin ohjeissa on pyritty löytämään eroja potilaan rajoittamisen ja suojaamisen välille toimenpiteen tarkoituksesta. Yksittäisessä sairaanhoitopiirissä on ohjeistettu, että turvavöiden käyttäminen kävelykykynsä menettäneellä henkilöllä kaatumisen ennalta ehkäisyyn ei ole liikkumisen rajoittamista. Saman ohjeen mukaan sitominen lyhytaikaisesti ruokailun tai muun päivittäistoiminnon ajaksi saattaa olla välttämätöntä henkilön oman turvallisuuden tai toimintaan osallistumisen mahdollistamiseksi.[1602] Sängyn laitojen nostoa taas käytetään suojatoimenpiteenä ennaltaehkäisevästi takaamaan potilaan turvallisuus tilanteissa, joissa potilas ei itse riittävästi pysty huolehtimaan itsestään.[1603] Kahdessa ohjeessa on otettu nimenomaisesti kantaa, että potilaan toiveesta tai hänen suostumuksellaan tapahtuvassa sängyn laitojen nostossa ei ole kyse rajoittamisesta.[1604] Sama ajatus sisältyy myös muihin ohjeisiin päätöksenteon näkökulmasta: ensisijaisesti rajoittamistoimiin on pyrittävä saamaan potilaan suostumus.[1605]

Suoja-, turva- ja rajoittamistoimenpiteillä eri sairaanhoitopiirien ohjeissa tarkoitetaan siis käytännössä aivan samoja asioita: ylipäätään toimenpiteitä, joilla pääsääntöisesti rajoitetaan potilaan henkilökohtaista vapautta. Jossakin sairaanhoitopiirissä niitä nimitetään suojatoimenpiteiksi, jossakin turvavälineiden käytöksi ja jossakin rajoittamistoimenpiteiksi. Viidessä sairaanhoitopiirissä on kuitenkin ollut oma logiikkansa suoja- ja rajoittamistoimenpiteiden määrittelyssä: suojatoimenpiteillä tarkoitetaan ennalta ehkäiseviä, intensiteetiltään eri asteisia mutta pääsääntöisesti kuitenkin lievempiä henkilökohtaiseen vapauteen puuttuvia toimenpiteitä; ja rajoittamisella potilaan tai muun henkilön turvallisuuden jo vaarantuessa tai omaisuuden vahingoittuessa käytettäviä intensiteetiltään raskaimpia toimenpiteitä, lepositeiden käyttöä tai eristämistä. Onko suojatoimenpiteiden tai turvavälineiden käyttö sitten hyväksyttävämpää kuin rajoittamistoimenpiteiden? Lähtökohtaisesti kaikissa näissä on pohjimmiltaan kyse samasta asiasta, perus- ja ihmisoikeuksien rajoittamisesta, vaikka intensiteettieroja on. Myös voimassa olevassa rajoittamissäänteleyssä käytetään kaikista toimenpiteistä termiä rajoittaminen, olipa kyse sitomisesta, eristämisestä tai sängyn laitojen käytöstä.[1606] Intensiteettierojen, toimenpiteiden tarkoituksen ja keston näkökulmasta voisi olla perusteltua tehdä jatkossa jaottelua toimenpiteiden välillä.

1600 SHP 17 ohje 2, SHP 1 ohje 1, SHP 15 ohje 2, SHP 5 ohje 1.

1601 SHP 8 ohje 1, SHP 18 ohje 1, SHP 15 ohje 1, SHP 11 ohje 12, SHP 10 ohje 2, SHP 2 ohje 1, SHP 5 ohje 1 ja SHP 16 ohje 1 (tässä ohjeessa turvahuoneen sijaan erityistarkkailuhuone).

1602 SHP 11 ohje 1.

1603 SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 17 ohje 1.

1604 SHP 5 ohje 1, SHP 16 ohje 1.

1605 SHP 3 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 17 ohje 2, SHP 2 ohje 1, SHP 7 ohje 1,

1606 MTL 4a:22a §. KehVammaL 3a:42d §.

7.2.2 Henkilökohtaisen vapauden ja koskemattomuuden rajoittaminen, turvallisuus

7.2.2.1 Vapauden riistoksi luokiteltavat ja muut liikkumisvapauden rajoitukset

Henkilökohtaisen vapauden rajoittamista tarkastellaan tässä paitsi PL 7 §:n näkökulmasta henkilökohtaisen vapauden, koskemattomuuden ja turvallisuuden kautta, myös EIS mukaisella jaottelulla vapaudenriistoon (5 art.), joka pitää sisällään eristämisen, lepositeet ja poistumisen estämisen turvallisuustakeineen; ja yksityisyyden suojaan puuttumiseen (8 art.), joka pitää sisällään lievemmät liikkumisvapauden rajoitukset. Kriteerit näiden EIS artiklojen turvaamien oikeuksien rajoittamiselle ovat erilaiset. Lisäksi huomioidaan EIS 3 art. epäinhimillisen kohtelun kielto.

Sairaanhoitopiirien ohjeissa ei ohjeisteta somaattisen hoidon osalta varsinaisesta pakkohoidosta, mutta ohjeet sisältävät muita vapaudenriiston luonteisia toimenpiteitä: eristämisen, lepositeisiin asettamisen ja poistumisen estämisen. Potilaan eristämisellä tarkoitetaan potilaan sulkemista tilaan vailla mahdollisuutta poistua sieltä, tai tilaan, josta potilasta on kielletty poistumasta.[1607] Kyse on EIS 5 art. tarkoittamasta vapaudenriistosta, jonka perusteena voi 5 art. e-kohdan mukaan olla terveydenhuollossa vain päihteiden käyttö, tartuntatauti tai mielenterveyden häiriö (of unsound mind). EIS:n kriteeri ”of unsound mind” jakaa kylläkin edellä kuvatusti mielipiteitä EIT:ssa sen suhteen, voiko tulkinta olla pelkkiä mielenterveyshäiriöitä laveampi, ja kattaa esimerkiksi dementoituneet henkilöt.[1608] Tässä tarkasteltavan somaattisessa hoidossa toteutettavaksi ohjeistetun eristämisen piiriin ei kuulu tartuntatautilain nojalla toteutettava eristäminen, johon on oma sääntelynsä.

Eristämistä käsitellään rajoittamistoimenpiteenä kaikkiaan kymmenessä sairaanhoitopiirien ohjeista.[1609] Se on tutkimusaineistossa selvästi harvinaisemmin ohjeistettu toimenpide kuin lepositeiden tai muiden liikkumista rajoittavien välineiden käyttö. Eristystilaa nimitetään vaihtelevasti, useimmin turvahuoneeksi, joskus erityistarkkailuhuoneeksi.[1610] Vain yksittäisessä ohjeessa puhuttiin EOA:n ratkaisun referointiin liittyen eristämisestä.[1611] Joidenkin ohjeiden mukaan turvahuoneella tarkoitetaan tilaa, jossa potilasta voidaan seurata ja jossa hän ei pääse vahingoittamaan itseään tai muita henkilöitä.[1612] Huone voi olla kameravalvottu.[1613] Eristämiseen käytettävät turvahuoneet tai erityistarkkailuhuoneet sijaitsevat poik-

1607 HE 113/2001 vp., s. 26. EOA on viimeaikaisessa ratkaisussaan rinnastanut eristämiseen myös tilanteen, jossa potilas ei saa poistua tilasta, EOAK/3009/2019, s. 7.

1608 H. M. v. Switzerland, tuomari Gaukur Jörundssonin puoltava lausunto, s. 12; ja tuomari Loucaidesin eriävä mielipide, s. 13-17.

1609 SHP 2 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 6 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 10 ohje 2, SHP 11 ohje 12, SHP 15 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 18 ohje 1.

1610 SHP 8 ohje 1, SHP 18 ohje 1, SHP 15 ohje 1, SHP 11 ohje 12, SHP 10 ohje 2, SHP 2 ohje 1, SHP 5 ohje 1 ja SHP 16 ohje 1 (tässä ohjeessa turvahuoneen sijaan erityistarkkailuhuone).

1611 Eristämisestä SHP 6 ohje 1.

1612 SHP 9 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 16 ohje 1.

1613 SHP 11 ohje 12, SHP 10 ohje 2, SHP 5 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 15 ohje 1, SHP 18 ohje 1.

keuksetta päivystyksessä.[1614] Vain yksittäisen sairaanhoitopiirin turvahuoneohjeessa mainitaan, että huone ei ole lukittava.[1615]

Eristämisen perusteet ohjeissa vaihtelevat. Pääsääntöisesti potilaan sijoittaminen erityistarkkailuun ns. turvahuoneeseen voi olla sairaanhoitopiirien ohjeiden mukaan tarpeen potilaan oman, muiden potilaiden tai henkilökunnan turvallisuuden vuoksi.[1616] Parissa ohjeessa mainitaan myös muu lääkärin toteama erittäin painava hoidollinen syy.[1617] Yksittäisen ohjeen mukaan ääritilanteessa, potilasturvallisuuden tai henkilökunnan ollessa uhattuna, väkivaltainen potilas voidaan väliaikaisesti eristää turvahuoneeseen tai rauhoittaa riittävin voimakeinoin odottamaan poliisin saapumista.[1618] Yksittäisessä ohjeessa ei ole erikseen määritelty perusteita eristämiselle, vaan todetaan että lääkäri päättää asiasta.[1619] Eristäminen edellyttää vain joissakin sairaanhoitopiirien ohjeissa pakkotilaperusteiden täyttymistä.[1620] Voimassa olevan MTL 4a:22e §:n mukaan perusteet eristämiselle ovat: että potilas vahingoittaisi itseään tai muita; vakava vaara muiden potilaiden hoidolle tai vaara potilaan turvallisuudelle tai merkittävä omaisuusvahinko; tai muu erittäin painava hoidollinen syy.[1621] Tutkimusaineistoon sisältyvissä ohjeissa eristämisen perustaminen turvallisuuteen on voimassa olevaa rajoittamissääntelyä väljempi määrittely. Myös eristämisen keston määrittely ohjeissa on voimassa olevaa rajoittamissääntelyä väljempi. Eristäminen tulee ohjeiden mukaan pääsääntöisesti lopettaa heti kun potilaan vointi sallii.[1622] Voimassa oleva rajoittamissääntely puolestaan edellyttää, että eristäminen lopetetaan heti, kun se ei enää ole välttämätöntä.[1623] Eristämisohjeissa on pääsääntöisesti ohjeistettu myös potilas- ja työturvallisuusasiat, jotka käsitellään myöhemmin.[1624]

1614 SHP 18 ohje 1, SHP 15 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 11 ohje 12, SHP 10 ohje 2. SHP 2 ohjeessa 1 ja SHP 9 ohjeessa 1 ei ole mainittu turvahuoneen sijaintia, mutta tutkijan tiedossa on, että näissä sairaanhoitopiireissä sellainen on ainakin päivystyksen yhteydessä. SHP 6 ohjeissa ei suoraan sanota, onko eristäminen käytössä, mutta ohjeessa 1 viitataan EOA ratkaisukäytäntöön eristämisen osalta.

1615 SHP 18 ohje 1.

1616 SHP 10 ohje 2, SHP 9 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 15 ohje 1, SHP 8 ohje 1 (yleisesti rajoittamisen edellytykset, ei ole määritelty erikseen eristämistä koskien).

1617 SHP 9 ohje 1, SHP 2 ohje 1.

1618 SHP 11 ohje 12.

1619 SHP 5 ohje 1 liite 12.

1620 SHP 11 ohje 12, SHP 16 ohje 1, SHP 15 ohje 1.

1621 KehVammaL 3a:42i §:n mukaan lyhytaikainen erillään pitäminen voidaan toteuttaa rauhoittamistarkoituksessa, enintään 2 h ajan. Säännöksessä ei ole määritelty tarkempia perusteita, joten 42d §:n yleiset rajoittamisedellytykset soveltuvat.

1622 SHP 15 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 10 ohje 2. Parissa ohjeessa on maininta enintään muutaman tunnin ja enintään 12 tunnin oleskelusta turvahuoneessa. SHP 18 ohje 1, SHP 15 ohje 1. SHP 11 ohje 12 kesto on ”pakottavan ajan”.

1623 MTL 4a:22f §. KehVammaL 3a:42i § ja 3a:42d §.

1624 SHP 11 ohje 12, SHP 9 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 5 ohje 1 (potilasturvallisuus), SHP 15 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 18 ohje 1.

Lepositeiden käyttö on rajoittamis- tai suojatoimenpiteenä käytössä lähes kaikissa aineistossa mukana olevissa sairaanhoitopiireissä: maininta tai ohjeistus lepositeiden käytöstä sisältyy kaikkiaan 20 ohjeeseen.[1625] Lepositeissä on kyse siitä, että potilas kiinnitetään vöillä tai hihnoilla ranteistaan, nilkoistaan ja vyötäröstään kiinni vuoteeseen.[1626] Potilaan sitominen lepositein on vapaudenriistoon verrattava, intensiteetiltään raskain liikkumisvapauden rajoittamisen muoto.[1627] Mielenterveyslain 22e §:n mukainen peruste sitomiselle on, että potilas käytöksensä tai uhkauksensa perusteella todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita. Sairaanhoitopiirien ohjeissa lepositeiden käytön perusteita pääsääntöisesti ovat: potilaan hengen ja terveyden suoja[1628], potilaan välttämättömän terveydenhuollon turvaaminen[1629], muun henkilön hengen ja terveyden suoja[1630], potilaan tai muun henkilön turvallisuus[1631], tai hätävarjeluperusteeseen viittaava hyökkäyksen tai muun uhkaavan vaaran torjuminen[1632]. Sairaanhoitopiirien ohjeiden mukaan lepositeiden käytön tulee olla ehdottoman välttämätöntä ja menetelmän käyttö on lähes kaikissa lepositeiden käyttöä koskevissa ohjeissa kirjattu viimesijaiseksi keinoksi.[1633] Lepositeiden käytön viimesijaisuus on vastaavasti kirjattuna myös voimassa olevassa muuta kuin somaattista hoitoa koskevassa rajoittamissääntelyssä.[1634] Lepositeiden käyttöön sisältyy monia sairaanhoitopiirien ohjeissa huomioituja terveysriskejä, kuten painehaavaumat, riski raajojen verenkierron heikentymistä; hermovaurio-, lihasvaurio- tai laskimotukosriski, sekä sekavuutta ja psyykkistä kuormitusta.[1635]

1625 SHP 1 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 6 ohje 1-2, SHP 7 ohje 1, SHP 8 ohje1 (viitataan erilliseen sidontajärjestelmää, lepovyötä koskevaan ohjeeseen), SHP 9 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 11 ohjeet 1 ja 13, SHP 13 ohje 1, SHP 14 ohjeet 1 ja 3, SHP 16 ohje 1, SHP 17 ohjeet 1-2 ja SHP 18 ohje 1.

1626 SHP 7 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 2 ohje 1.

1627 EOA dnro 1543/4/12 ja HE 113/2001 vp., s. 25-26.

1628 SHP 16 ohje 1, SHP 14 ohje 1 (terveys), SHP 7 ohje 1 (terveys), SHP 1 ohje 1 (terveys), SHP 3 ohje 1 (terveys), SHP 8 ohje 1 (terveys).

1629 SHP 16 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 17 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 10 ohje 1.

1630 SHP 14 ohje 1 (terveys), SHP1 ohje 1 (terveys), SHP 3 ohje 1 (terveys), SHP 8 ohje 1 (terveys).

1631 SHP 14 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 1 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 10 ohje 1 ja SHP 9 ohje 1, SHP 6 ohje 1. SHP 11 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 17 ohje 2 ja SHP 7 ohje 1: potilaan turvallisuus.

1632 SHP 16 ohje 1, SHP 6 ohje 2, SHP 6 ohje 1. SHP 4 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 13 ohje 1 ja SHP 2 ohje 1: potilaan väkivaltaisen käytöksen rajoittaminen.

1633 SHP 11 ohje 1, SHP 1 ohje 1, SHP 6 ohje 1. SHP 9 ohje 1 ja SHP 2 ohje 1 (Ennen rajoittamistoimenpiteisiin ryhtymistä käytävä läpi muut mahdolliset toimenpiteet, joilla voitaisiin välttyä rajoittamistoimenpiteiden käytöltä). SHP 5 ohjeessa 1, SHP 8 ohjeessa 1, SHP 13 ohjeessa 1, SHP 14 ohjeessa 1 ja SHP 16 ohjeessa 1 ylipäätään rajoittamistoimenpiteiden käytön tulee olla viimesijainen keino. SHP 7 ohje 1 ja SHP 4 ohje 1, SHP 17 ohje 2 ja SHP 6 ohje 2 (välttämätön). SHP 10 ohje 1 ja SHP 18 ohje 1 (poikkeuksellinen hoitokeino). SHP 3 ohje 1 (rajoitustoimenpiteitä voi käyttää ainoastaan äärimmäisissä tilanteissa, kun muut hoidolliset keinot on joko kokeiltu tai arvioitu riittämättömiksi).

1634 KehVammaL 3a:42l § ja MTL 4a:22e §.

1635 SHP 1 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 17 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 16 ohje 1.

Terveysriskit oli kuitenkin mainittu vain osassa ohjeita. Sidottuna potilas on myös avuton puolustamaan itseään mahdollista ulkopuolista hyökkäystä vastaan.

Lepositeiden käytön kestoa on ohjeistettu vaihtelevasti: lepositeitä voidaan joidenkin ohjeiden mukaan käyttää vain sen aikaa, kun on välttämätöntä[1636], joidenkin ohjeiden mukaan käyttö tulee pääsääntöisesti lopettaa heti kun potilaan vointi sallii[1637], ja parin ohjeen mukaan käyttö tulee lopettaa, kun se ei ole enää tarpeellista.[1638] Voimassa oleva rajoittamissääntelyn mukaan sitominen tulee lopettaa heti, kun se ei enää ole välttämätöntä.[1639] Monissa sairaanhoitopiirien ohjeissa lepositeiden käytön kesto on siten voimassa olevaa sääntelyä väljemmin kirjattu. Lepositeiden käytön yhteydessä puolessa ohjeista on viitattu Fimean laiteturvallisuustiedotteen 1/2005 huomioihin sidontajärjestelmien käytöstä.[1640] Myös voimassa oleva uudempi rajoittamissääntely edellyttää, että rajoittavien välineiden ja asusteiden tulee täyttää lääkinnällisiä laitteita koskevan säätelyn vaatimukset.[1641] Ohjeissa on pääsääntöisesti huomioitu myös muut potilas- ja työturvallisuusasiat, joita käsitellään myöhemmin.[1642]

Potilaan poistumisen estämiseen, joka myös on vapaudenriiston luonteinen toimenpide, on otettu kantaa neljässä ohjeessa.[1643] Potilaalla on sairaanhoitopiirien ohjeiden mukaan pääsääntöisesti oikeus poistua sairaalasta, eikä järjestyksenvalvojallekaan ole laissa erikseen säädetty oikeutta estää potilasta poistumasta terveydenhuollon toimintayksiköstä, vaikka potilas olisi tahdosta riippumattomassa hoidossa. Pääsääntöisesti näissä tilanteissa ohjeistetaan pyytämään poliisin virka-apua potilaan palauttamiseksi sairaalaan.[1644] Poliisilla onkin oikeus ottaa kiinni henkilö hänen suojaamisekseen henkeä, ruumiillista koskemattomuutta, turvallisuutta tai terveyttä välittömästi uhkaavalta vakavalta vaaralta, jos henkilö ei kykene pitämään huolta itsestään eikä vaaraa voida muuten poistaa tai henkilöstä huolehtia muilla keinoin.[1645] Sairaanhoitopiirien ohjeiden mukaan tilannetta poistumisen estämisen suhteen arvioitaessa on huomioitava potilaan sairaalassa olon syy, poistumisesta aiheutuva vaara hänen tai muiden terveydelle tai turvallisuudelle ja muut kokonaisarviointiin

1636 SHP 6 ohje 2, SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 5 ohje 1.
1637 SHP 7 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 17 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 11 ohje 13, SHP 9 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 16 ohje 1.
1638 SHP 1 ohje 1, SHP 18 ohje 1.
1639 MTL 4a:22f §. KehVammaL 3a:42l §.
1640 SHP 4 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 17 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 16 ohje 1.
1641 KehVammaL 3a:42k ja 3a:42l §:t.
1642 SHP 4 ohje 1, SHP 17 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 11 ohje 13, SHP 9 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 1 ohje 1.
1643 SHP 8 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 5 ohje 1.
1644 SHP 8 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 3 ohje 1. Poliisin virka-apu tulee kyseeseen vain mielenterveyslain (1990/1116) 31 §:n (L 438/2014, 1 mom. L 583/2022, 2 mom. L 20/2016 ja 4 mom. 991/1011) mukaisissa tilanteissa tai tartuntatautilain (1227/2016) 89 § (L 147/2021) mukaisissa tilanteissa.
1645 Poliisilaki (872/2011) 2:2§.

vaikuttavat seikat.[1646] Kahdessa sairaanhoitopiirissä ohjeistetaan, että nämä samat syyt arvioituna ja perustelut kirjattuna voisi potilaan poistumisen yksiköstä tarvittaessa estää.[1647] Yksittäisessä sairaanhoitopiirissä ohjeistetaan, että edellä mainitun arvioinnin jälkeen hoitohenkilökunta saa käyttää potilaan poistumisen estämiseksi sellaisia tarpeellisia voimakeinoja, joita voidaan pitää hoidollisesti perusteltuina.[1648] Voimassa olevassa muuta kuin somaattista hoitoa koskevassa rajoittamissääntelyssä potilaan poistumisen estäminen toimintayksikön tiloista on mahdollista tarvittavia voimakeinojakin käyttäen, sääntely vain ei suoraan sovellu somaattiseen hoitoon.[1649]

Muut, EIS 8 art. yksityisyyden suojan loukkauksiin verrattavat, lievemmät liikkumisvapauden rajoitukset ovat tutkimusaineistoon sisältyvissä sairaanhoitopiirien ohjeissa yhtä yleisesti ohjeistettuja kuin lepositeiden käyttö. Kaikkiaan muista liikkumisvapautta rajoittavista toimenpiteistä ohjeistetaan 20:ssa ohjeessa.[1650] Muita liikkumisvapautta rajoittavia toimenpiteitä ovat mm. turvaliivit, turvavyöt, tuoliin kiinnitettävät pöydät ja rannesidokset.[1651] Muita liikkumisvapauden rajoituksia nimitetään kuudessa ohjeessa suojatoimenpiteiksi, joiden tarkoitus on ennaltaehkäisevästi taata potilaan turvallisuus tilanteissa, joissa potilas ei pysty riittävästi huolehtimaan itsestään.[1652] Muihin liikkumisvapauden rajoituksiin sisältyvät sairaanhoitopiirien ohjeissa myös sängyn laidat, joita on käsitelty kymmenessä ohjeessa, viidessä suojatoimenpiteenä ja viidessä rajoittamistoimenpiteenä.[1653]

EIS 8 art. mukaan edellytyksenä yksityisyyden suojaan puuttumiselle on lailla säätämisen lisäksi hyväksyttävä peruste. EIS 8.2 art. perusteista terveydenhuoltoon soveltuvia perusteita ovat terveyden tai moraalin suojaaminen, tai muiden henkilöiden oikeuksien ja vapauksien turvaaminen, ja toimenpiteen välttämättömyys demokraattisessa yhteiskunnassa. Sairaanhoitopiirien ohjeissa perusteina muille liikkumisvapautta rajoittaville toimenpiteille on käytetty osin samoja perusteita, kuin vapauden riiston luonteiselle lepositeiden käytölle.[1654] Muutamissa sairaanhoitopiireissä suojatoimenpiteiksi luokitelluille liikkumisvapautta rajoittaville toimenpiteille perusteina ovat potilaan suojaaminen hoidon aikana tapahtuvilta

1646 SHP 8 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 5 ohje 1.
1647 SHP 14 ohje 1, SHP 3 ohje 1.
1648 SHP 5 ohje 1.
1649 KehVammaL 3a:42n §. MTL 4a:22d §.
1650 SHP 1 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 11 ohje 1, SHP 12 ohjeet 1-2, SHP 13 ohje 1, SHP 14 ohjeet 1-3, SHP 15 ohje 2, SHP 16 ohje 1, SHP 17 ohjeet 1-2.
1651 SHP 8 ohje 1, SHP 1 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 17 ohjeet 1-2, SHP 3 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 11 ohje 1, SHP 16 ohje 1.
1652 SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 13 ohje 1 ja SHP 17 ohje 1.
1653 SHP 2 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 17 ohjeet 1-2, SHP 9 ohje 1.
1654 SHP 16 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 11 ohje 1, SHP 1 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 17 ohje 2, SHP 10 ohje 1, SHP 15 ohje 2.

odottamattomilta vahingoilta tai potilaan turvallisuuden takaaminen tilanteessa, kun potilas ei pysty riittävästi huolehtimaan itsestään[1655], mitkä rinnastuvat potilaan turvallisuuteen rajoittamisperusteena. Rajoittamisperuste suojatoimenpiteiksi nimitetyille toimille on siis laveampi.

Ylipäätään liikkumista rajoittavia toimenpiteitä koskevissa ohjeissa on rinnastettu keskenään intensiteetiltään eri asteisia liikkumisvapauden rajoituksia: turvaliivit ja rannesidokset ovat lepositeitä kevyempiä sitomisen muotoja. Sängyn laitojen, turvavöiden tai haaravöiden käyttö sekä tuoliin kiinnitettävän pöydän käyttö esimerkiksi ruokailun yhteydessä taas ovat selkeämmin potilasta turvaavia, putoamista estäviä menetelmiä. Voimassa olevassa rajoittamissäänteleyssä vastaava lievempiä liikkumisvapauden rajoituksia koskeva turvallisuutta parantavan välineen tai asusteen käyttöä koskeva säännös on KehVammaL 3a:42k § rajoittavien välineiden ja asusteiden käytöstä päivittäisissä toiminnoissa.

Liikkumista estävien välineiden käytön kestosta ohjeistetaan myös vaihtelevasti, ja voimassa olevaa rajoittamissääntelyä laveammin. Rajoittamistoimenpiteiden käyttöä voidaan joidenkin ohjeiden mukaan jatkaa sen aikaa, kun on välttämätöntä tai tarpeellista.[1656] Pääsääntöisesti sairaanhoitopiirien ohjeissa rajoittamisen käyttö on lopetettava heti kun potilaan tila sen sallii.[1657] Voimassa olevan muuta kuin somaattista hoitoa koskevan rajoittamissääntelyn mukaan rajoittavien välineiden tai asusteiden käyttöä voidaan jatkaa sen aikaa kuin on välttämätöntä.[1658] Ohjeissa on pääsääntöisesti huomioitu myös potilas- ja työturvallisuusasiat, joita käsitellään myöhemmin.[1659]

7.2.2.2 Vapauden riiston kohteena olevan turvallisuus

Vapauden riiston kohteena olevan henkilön turvallisuus tulee EIS 5 art. ja PL 7 §:n nojalla taata. Sairaanhoitopiirien ohjeissa (18/29 kpl) huomioidaan myös tätä näkökulmaa, mutta vaihtelevasti.[1660] Esimerkiksi lepositeisiin sidottavien tai turvahuoneeseen suljettavien potilaiden turvallisuudesta tulee huolehtia poistamalla potilailta tai turvahuoneesta sellaiset aineet ja esineet, joilla potilas voisi itseään

1655 SHP 13 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 17 ohje 1.

1656 Välttämätöntä: SHP 6 ohje 2, SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 5 ohje 1. Tarpeellista: SHP 1 ohje 1, SHP 18 ohje 1.

1657 SHP 7 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 17 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 11 ohje 13, SHP 9 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 16 ohje 1.

1658 KehVammaL 3a:42k §.

1659 SHP 4 ohje 1, SHP 17 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 11 ohje 13, SHP 9 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 1 ohje 1.

1660 SHP 1 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 6 ohje 2, SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 11 ohje 12, SHP 12 ohjeet 1-2, SHP 13 ohje 1, SHP 14 ohjeet 1 ja 3, SHP 15 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 17 ohje 1. SHP 8 ohjeessa 1 on viitattu erillisiin ohjeisiin sidontajärjestelmän käytön ohjeesta ja vierihoitajaa koskevasta ohjeesta, mutta näitä ei ole lähetetty tutkimuskäyttöön.

vahingoittaa.[1661] Monissa ohjeissa huolehditaan sidontajärjestelmän turvallisesta käytöstä viittaamalla Fimean Laiteturvallisuustiedotteen 1/2005 Potilaan sidontajärjestelmän turvallisesta käytöstä sisältämiin ohjeisiin potilasturvallisuuden varmistamiseksi.[1662]

Voimassa olevassa, muussa kuin somaattisessa hoidossa sovellettavassa rajoittamissääntelyssä edellytetään potilaan riittävän hoidon ja huolenpidon varmistamista rajoittamistoimenpiteen aikana, tai hänen seurantaansa ja arviointia hänen terveytensä ja turvallisuutensa edellyttämällä tavalla.[1663] Osassa ohjeita potilaan peruselintoimintojen ja voinnin seurantaa on ohjeistettu etenkin intensiteetiltään raskaimpiin rajoittamistoimenpiteisiin liittyen varsin yksityiskohtaisesti.[1664] Esimerkiksi lepositeissä oleva potilas vaatii aina tehostettua seurantaa, johon kuuluvat potilaan turvallisuudesta ja hyvinvoinnista huolehtiminen: elintoimintojen seuranta, asentohoito riittävän usein, riittävästä nesteiden ja ravinnon saannista huolehtiminen, erityksestä ja puhtaudesta huolehtiminen, lääkärin harkinnan mukaan veritulppien ehkäisylääkitys (tromboosiprofylaksia); tarvittava kipu- ja rauhoittava lääkitys, hoitajan läsnäolo tai vastuuhoitaja ja mahdollisuus keskustella hoitajan kanssa.[1665] Eristyshuoneeseen suljettavan potilaan hoito tulee ohjeiden mukaan pääsääntöisesti aloittaa heti, potilaan seurannan tulee olla tiheää, ja tapahtua mahdollisimman kameravalvonnan lisäksi säännöllisin käynnein.[1666] Myös leposidehoidon lääketieteel-

1661 Esimerkiksi vaatetuksen määrä arvioidaan tilanteen mukaan, mutta sen tulee olla inhimillinen. Lepositeisiin laitettavalle potilaalle pyritään vaihtamaan sairaalan suojavaatetus. Jos potilaalle jää oma vaatetus, kaikki ylimääräiset tavarat, kengät, kello, vyö, henkselit, tulitikut ym., otetaan pois. Lisäksi huolehditaan, ettei potilaan ulottuvilla ole tavaroita, joilla hän voi vahingoittaa itseään. SHP 4 ohje 1, SHP 11 ohje 12, SHP 7 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 18 ohje 1, SHP 10 ohje 1 (hieman suppeammin vastaava asia), SHP 15 ohje 1, SHP 12 ohje 1 ja 2, SHP 9 ohje 1, SHP 16 ohje 1.

1662 SHP 13 ohje 1 ja 3, SHP 4 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 17 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 13 ohje 1 (viittaus Fimean ohjeeseen), SHP 14 ohje 1 (osittain), SHP 9 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 16 ohje 1. Ohjeen mukaan levottoman potilaan sidonnan yhteydessä ammattimaisen käyttäjän tulee aina varmistua, että käytössä olevat sidontajärjestelmät ovat asianmukaisia ja terveydenhuollon laitteille ja tarvikkeille annettujen vaatimusten mukaisia, käytettävien sidontajärjestelmien kaikki osat ovat yhteensopivia ja käyttökuntoisia, ja sidontajärjestelmiä käytettäessä noudatetaan valmistajan ohjeita. Sänkyyn kiinnitettävien sidontajärjestelmien yhteydessä on erityisesti varmistuttava, että levoton potilas ei yllä sähkösäätöisen sängyn ohjainyksikköön, vyötäröosan kanssa käytetään sivukiinnityshihnoja, joilla varmistetaan potilaan pysyminen sängyn keskellä, sängynlaidat on lukittu yläasentoon, potilas ei pysty kuristumaan patjan ja sivulaitojen tai sängynpäätyjen väliin, ja tarvittaessa on käytettävä sivulaitojen suojuksia estämään potilaan raajojen jäämistä puristuksiin. Fimea: Potilaiden sidontajärjestelmien turvallinen käyttö. Laiteturvallisuustiedote 1/2005. SHP 8 ohje 1:ssa viitataan erilliseen sidontajärjestelmän turvallista käyttöä koskevaan ohjeeseen, jota ei tutkimuskäyttöön lähetetty.

1663 MTL 4a:22f §. KehVammaL 3a: 42j-l §:t.

1664 SHP 4 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 17 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 1 ohje 1, SHP 15 ohje 1, SHP 14 ohje 3, SHP 9 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 5 ohje 1 (suppeammin), SHP 16 ohje 1.

1665 SHP 4 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 17 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 3 ohje 1.

1666 SHP 18 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 15 ohje 1, SHP 11 ohje 12, SHP 10 ohje 2, SHP 11 ohje 12. SHP 8 ohje 1 ja SHP 5 ohje 1 (lääkäri antaa tarkemmat hoito-ohjeet).

lisistä riskeistä mainitaan erikseen monissa ohjeissa.[1667] Lisäksi ohjeissa kehotetaan punnitsemaan rajoittamisesta potilaalle aiheutuvia hyötyjä ja haittoja, mikä on myös ammattieettisiä periaatteita terveydenhuollossa.[1668]

Sairaanhoitopiirien ohjeissa rajoittamistoimenpiteiden kohteena olevan potilaan seurannasta, seurannan toteutustavoista ja seurantatiheydestä on ohjeistettu vaihtelevasti. Seurannan toteutustapaa koskevat ohjeet sisältyivät 24:ään tutkimusaineistoon kuuluvaan ohjeeseen.[1669] Seurannan toteutusta rajoittamistilanteessa arvioitiin jaottelulla ei mainintaa, vierihoitaja, säännölliset käynnit, kameravalvonta, puheyhteys tai halutessaan välitön yhteys; näköyhteys, vastuuhoitaja ja tarkemmin määrittämätön valvonta. Viidessä ohjeessa seurannan toteuttamisesta ei ollut lainkaan mainintaa.[1670] Vierihoitajaa suositeltiin 14:ssa ohjeessa[1671], kameravalvontaa 11:ssa ohjeessa[1672], puheyhteyttä tai välitöntä yhteyttä hoitohenkilökuntaan 13:ssa ohjeessa[1673], ja näköyhteyttä 13:ssa ohjeessa[1674]. Vierihoitajalle vaihtoehtoisina seurannan toteutustapoina oli usein mainittu kuulo- ja näköyhteys tai kameravalvonta ja säännölliset käynnit potilaan luona. Leposidehoidossa olevalla potilaalla tulee pääsääntöisesti olla vierihoitaja, tai hoitohenkilökunnalla vähintään näkö- ja kuuloyhteys potilaaseen, tarvittaessa teknisin apuvälinein.[1675] Vastaava käytäntö vierihoitajasta ja näkö- ja kuuloyhteydestä potilaaseen sisältyy myös KehVammaL 3a:42l §:ään ja MTL 4a:22f §:ään. Osassa ohjeita seurannan toteuttamistapa jätettiin lääkärin harkintaan. Vastuuhoitajan nimeäminen potilaalle, MTL 4a:22f §:n mukaisesti, vastaamaan muun hoitohenkilökunnan kanssa rajoittamistoimenpiteiden kohteena olevan potilaan riittävästä hoidosta ja seurannasta, esiintyi yhdeksässä

1667 SHP 17 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 16 ohje 1.
1668 SHP 10 ohje 1, SHP 1 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 3 ohje 1.
1669 SHP 4 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 17 ohje 1, SHP 18 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 1 ohje 1, SHP 6 ohjeet 1-2, SHP 15 ohje 1, SHP 14 ohjeet 1-3, SHP 3 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 11 ohjeet 12-13, SHP 10 ohjeet 1-2, SHP 12 ohje 1-2, SHP 8 ohje 1.
1670 SHP 1 ohje 2, SHP 11 ohje 1, SHP 13 ohje 2, SHP 15 ohje 2, SHP 17 ohje 1.
1671 SHP 2 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 6 ohje 2, SHP 7 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 11 ohje 13, SHP 12 ohje 1, SHP 14 ohjeet 1-3.
1672 SHP 1 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 10 ohje 2, SHP 11 ohje 12, SHP 15 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 18 ohje 1.
1673 SHP 1 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 6 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 11 ohje 12, SHP 13 ohje 1, SHP 14 ohjeet 1 ja 3, SHP 18 ohje 1.
1674 SHP 1 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 6 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 14 ohjeet 1 ja 3, SHP 16 ohje 1, SHP 18 ohje 1.
1675 SHP 11 ohje 13. SHP 1 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 9 ohje 1 ja SHP 14 ohje 1 mukaan vierihoitaja tai vähintään näkö- ja kuuloyhteys. SHP 4 ohje 1 ja SHP 2 ohje 1 mukaan vierihoitaja, kameravalvonta tai seuranta säännöllisin väliajoin tai näkö- ja kuuloyhteys. SHP 6 ohjeessa 2 lääkärin harkinnan mukaan, alaikäisellä kuitenkin aina. SHP 5 ohje 1 lääkärin harkinnan mukaan. SHP 8 ohje 1 arvioidaan erillisen vierihoitoa koskevan ohjeen mukaan. SHP 13 ohje 1 mukaan näkö- ja kuuloyhteys vähintään teknisin apuvälinein, alle 18-vuotiaille jatkuva valvonta. SHP 10 ohje 1 potilaan lähellä jatkuvasti häntä valvomaan nimetty henkilö. SHP 18 ohje 1 jatkuva valvonta kuulo- ja näköyhteydessä potilaaseen.

ohjeessa.[1676] Potilasta tulee ohjeiden mukaan valvoa myös liikkumista rajoittavien toimenpiteiden ajan.[1677] Viidessä ohjeessa oli mainittu potilaan valvonta tarkemmin sisältöä määrittelemättä, mutta vain yhdessä ohjeessa tämä oli ainoa maininta, muissa ohjeissa oli määritelty seurannan toteuttamista toisinkin.[1678] Kaikkiaan 14:ssa ohjeessa oli mainittu kolme tai useampia seurannan toteuttamistapoja.[1679] Seurannan toteutustapoja esiintyi enimmillään viisi ohjetta kohden.[1680]

Rajoittamistoimenpiteen kohteena olevan potilaan seurantatiheydestä ohjeistettiin 23 ohjeessa.[1681] Seurantatiheyttä tarkasteltiin ohjeista jaottelulla: ei mainintaa, jatkuva seuranta, tunneittain tai tiheämmin, muutaman tunnin välein, kerran vuorossa, päivittäin. Ohjeistaminen seurantatiheyden osalta oli vaihtelevaa. Tavallisimpia seurantatiheyksiä olivat 13:ssa ohjeessa mainittu jatkuva seuranta[1682] sekä 14:ssa ohjeessa mainittu tunneittain tai tiheämmin tapahtuva seuranta[1683]. Lepositeissä olevan potilaan peruselintoimintoja ja mahdollisia leposidehoidon komplikaatioita tulee pääsääntöisesti seurata tiheästi.[1684] Muutaman tunnin välein tapahtuva potilaan seuranta riitti kolmessa ohjeessa.[1685] Seurantatiheys oli osassa ohjeista määritelty eri tavoin eri rajoittamistoimenpiteille. Kaikkiaan 13 ohjeessa esiintyi kaksi tai useampia seurantatiheyksiä.[1686] Neljässä ohjeessa seurantatiheyttä ei ollut määritelty jonkin rajoittamiskokonaisuuden osalta, tai se oli määritelty riittäväksi tai säännölli-

1676 SHP 1 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 6 ohje 1, SHP 11 ohje 12, SHP 13 ohje 1, SHP 15 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 17 ohje 1, SHP 18 ohje 1.

1677 SHP 10 ohje 1, SHP 17 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 16 ohje 1.

1678 SHP 6 ohje 2, SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 12 ohje 2 (ainoana seurannan toteutuksena).

1679 SHP 1 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 6 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 11 ohje 12, SHP 13 ohje 1, SHP 14 ohjeet 1 ja 3, SHP 16 ohje 1, SHP 18 ohje 1.

1680 SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 18 ohje 1.

1681 SHP 1 ohje 1-2, SHP 2 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 6 ohjeet 1-2, SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 10 ohjeet 1-2, SHP 11 ohjeet 12-13, SHP 12 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 14 ohjeet 1 ja 3, SHP 15 ohjeet 1-2, SHP 16 ohje 1, SHP 17 ohje 1, SHP 18 ohje 1.

1682 SHP 2 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 6 ohjeet 1-2, SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 15 ohjeet 1-2, SHP 18 ohje 1.

1683 SHP 2 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 10 ohjeet 1-2, SHP 11 ohjeet 12-13, SHP 12 ohje 1, SHP 14 ohjeet 1 ja 3, SHP 18 ohje 1.

1684 Vointi, oireet, elintoiminnot, raajojen verenkierto, lepositeiden kiinnityskohdat. SHP 6 ohje 2, SHP 1 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 17 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 11 ohje 13 (pelkästään seurantatiheys), SHP 9 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 5 ohje 1 (seurantatiheys), SHP 16 ohje 1.

1685 SHP 1 ohje 1 (lääkäri määrää, kuinka usein vointia seurattava, kirjaukset vähintään neljän tunnin välein), SHP 16 ohje 1 (useita kertoja työvuoron aikana), SHP 17 ohje 1 (riittävän usein, vähintään kaksi kertaa työvuorossa).

1686 SHP 2 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 6 ohje 2, SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 14 ohje 1 ja 3, SHP 15 ohje 2, SHP 18 ohje 1.

seksi.[1687] Kuudessa muussa ohjeessa seurantatiheyttä ei ollut määritelty lainkaan.[1688]

Osassa ohjeita muistutetaan myös potilaalle rajoittamisen yhteydessä mahdollisesti aiheutuneiden vammojen tutkimisesta ja hoidosta.[1689] Tämä on tärkeä huomioitava asia, sillä potilaan vammautuminen erityisesti vapaudenriiston yhteydessä voi merkitä vapauden riiston arvioinnin tapahtuvaksi EIS 5 art. sijaan epäinhimillisen kohtelun kiellon (EIS 3 art.) näkökulmasta. EIT:n ratkaisukäytännön mukaan vapauden riiston kohteelle ei saa aiheuttaa enempää tuskaa ja kärsimystä kuin itse vapauden riistosta aiheutuu, ja vapauden riiston kohteena olevan henkilön terveydentilasta ja hyvinvoinnista tulee huolehtia.[1690] Ihmisarvoa loukkaavana kohteluna on pidetty mm. tilanteita, joissa vapaudenriiston kohteelle on aiheutunut ruumiinvammoja tai voimakasta henkistä ja fyysistä kärsimystä.[1691] Jos henkilö vammautuu viranomaiskontrollin aikana, epäillään huonoa kohtelua ja 3 art. loukkausta, ellei valtio kykene esittämään uskottavaa selitystä vammojen syistä.[1692]

7.2.3 Yksityisyyden suojan rajoittaminen

Yksityisyyden suojan rajoittamista arvioidaan PL 10 §:n ja EIT:n tulkintakäytännön mukaan EIS 8 art. sisältöisesti, jolloin muut kuin vapauden riiston asteiset henkilökohtaiseen koskemattomuuteen puuttumiset arvioidaan yksityisyyden suojan loukkauksina. Edellä on jo käsitelty EIS 8 art. alaan kuuluvat muut liikkumisvapauden rajoitukset, koska ne kuuluvat PL 7 §:n alaan. Yksityisyyden suojaan puuttuvien toimenpiteiden osalta terveydenhuollon toiminnassa tulevat EIS 8.2 art. perusteina kyseeseen terveyden tai moraalin suojaaminen, tai muiden henkilöiden oikeuksien ja vapauksien turvaaminen. Sairaanhoitopiirien ohjeissa muiden liikkumisvapauden rajoitusten lisäksi esiintyneitä EIS 8 art. yksityisyyden suojaan kajoavia rajoitustoimenpiteitä olivat hygieniahaalarin käyttö, omaisuuden haltuunotto, potilaan lääkitseminen ja kameravalvonta.

Hygieniahaalari on selästä suljettava vaate, jonka riisuminen potilaan itsensä toimesta on vaikeaa.[1693] Uudempi voimassa oleva rajoittamissääntely käsittää myös hygieniahaalarin käytön kehitysvammaisten erityishuollossa. Potilaalla voidaan käyttää itsensä vahingoittamisen estävää välinettä tai asustetta, joka ei rajoita henkilön raajojen tai kehon liikkeitä, välttämättömän ajan, jos henkilön terveys tai turvallisuus muuten vaarantuisi.[1694] Hygieniahaalarin käytöstä ohjeistettiin kaikkiaan

1687 SHP 6 ohje 2, SHP 9 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 14 ohje 3 (osittain määrittelemättä).

1688 Ohjeet, joissa seurantatiheyttä ei ollut lainkaan määritelty: SHP 8 ohje 1, SHP 11 ohje 1, SHP 12 ohje 2, SHP 13 ohje 2, SHP 14 ohje 2 ja SHP 17 ohje 2 (tässä ohjeessa seuranta ”usein”).

1689 SHP 1 ohje 1 (seurannassa huomioidaan mm. hiertymät ja raajojen sijoiltaan menot), SHP 8 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 5 ohje 1.

1690 Stanev v. Bulgaria, s. 35, kohta 204. Rooman v. Belgium, s. 31, kohta 143-145.

1691 Stanev v. Bulgaria, s. 34, kohta 203.

1692 Bataliny v. Russia, s. 20-21, kohdat 107-109.

1693 SHP 4 ohje 1.

1694 KehVammaL 3a:42k §. Esitöissä todetaan, että joissakin harvinaisissa tilanteissa hygieniahaalarilla

yhdeksässä sairaanhoitopiirien ohjeista, joista kolme oli saman sairaanhoitopiirin ohjeita. Hygieniahaalarin käytön perusteena osasta ohjeista on luettavissa ehkä moraalin suojaaminen (intimiteetti, hygienia), mutta välttämättömyys ei välity kaikista ohjeista. Perusteet nimenomaan hygieniahaalarin käytölle ovat osin väljemmät.[1695] Ohjeistuksissa on muutenkin sisällöllisiä eroja. Kahden sairaanhoitopiirin ohjeissa ei suositella hygieniahaalarin käyttöä lainkaan, mutta sitä ei myöskään täysin poissuljeta. Käyttöä harkittaessa tulee ensin arvioida, miten potilas olisi terveenä ollessaan suhtautunut haalarin käyttöön, ja aiheuttaako haalarin käyttö potilaalle enemmän haittaa, kuin mitä haalarin käyttö toisi hyötyjä hoitoisuuden näkökulmasta. Mikäli haalarin käytölle on perusteltu syy, sen päälle on suositus pukea muu vaatetus potilaan liikkuessa huoneen ulkopuolella.[1696] Asumispalveluissa hygieniahaalarin käyttö kirjataan hoitosuunnitelmaan, ja sen tarvetta arvioidaan viikoittain.[1697] Eräissä sairaanhoitopiirien ohjeissa hygieniahaalarin käyttö on luonnehdittu poikkeukselliseksi, ja sen tulee perustua lääkärin päätökseen, kun haalarin käyttö on potilaan edun mukaista hänen intimiteettisuojansa, hygieniansa ja turvallisuutensa vuoksi. Erityisissä poikkeustapauksissa haalarin käytölle voi olla perusteena hoitotoimien varmistaminen, tai haavasidosten, katetrien ja kipupumppujen paikoillaan pysyminen.[1698] Erään ohjeen mukaan hygieniahaalaria saa käyttää vain erittäin perustellusta syystä muistisairaalla potilaalla mahdollisimman lyhyen aikaa, ja sen käyttöä arvioitaessa tulee huomioida potilaan itsemääräämisoikeus ja toisaalta mahdollisuus säilyttää arvokkuutensa.[1699] Yhdessä ohjeessa todetaan, että suojaavien tai rajoittavien asusteiden käyttö ei saa olla esteenä potilaan perustarpeiden toteuttamiselle tai muun hoidon vaatimille toimenpiteille.[1700] Ohjeistaminen hygieniahaalarin käytöstä on vaihtelevaa, mutta ohjeista on luettavissa perusteena intimiteetin ja hygienian suojaaminen.

Omaisuuden tarkastaminen on oma kokonaisuutensa, sillä toiminta sen osalta perustuu osin järjestyslakiin, lakiin yksityisistä turvallisuuspalveluista ja poliisilakiin. Osin omaisuuden tarkastamisesta on myös säännelty voimassa olevissa rajoittamislaeissa.[1701] Säännökset eivät kuitenkaan suoraan sovellu somaattiseen hoitoon. Omaisuuden tarkastamista ja haltuunottoa tarkastellaan kaikkiaan kymmenessä sairaanhoitopiirien ohjeista itsenäisenä toimena.[1702] Pääsääntöisesti ohjeissa on

---

voidaan estää, ettei henkilö syö vaippojaan tai ulosteitaan. HE 96/2015 vp., luku 3.3.3.

1695 SHP 3 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 11 ohje 1, SHP 14 ohjeet 1-3, SHP 16 ohje 1.

1696 SHP 14 ohjeet 1-2, SHP 3 ohje 1. Suositus pukea liikkuvan potilaan päälle muita vaatteita myös SHP 9 ohje 1.

1697 SHP 14 ohje 1, SHP 3 ohje 1.

1698 SHP 4 ohje 1. Perusteena turvallisuus ja hygienia, SHP 9 ohje 1.

1699 SHP 16 ohje 1.

1700 SHP 5 ohje 1.

1701 MTL 4a:22g-h §:t (1423/2001). KehVammaL 3a:42g-h §:t (381/2016).

1702 SHP 3 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 12 ohjeet 1-2, SHP 13 ohje 2, SHP

todettu, että potilaan omaisuutta voidaan terveydenhoitohenkilökunnan toimesta tarkastaa ja ottaa säilytykseen vain hänen luvallaan.[1703] Omaisuus on palautettava potilaan vaatiessa ja hoitosuhteen päättyessä.[1704] Kahden sairaanhoitopiirin ohjeissa todetaan, että jos potilas ei kykene syystä tai toisesta asiaa ymmärtämään tai suostumusta antamaan, omaisuuden tarkastamiseen pyydetään lähiomaisen tai edunvalvojan lupa. Ellei tästä päästä yhteisymmärrykseen tai sijaispäättäjää ei ole, kaksi hoitohenkilökuntaan kuuluvaa voi suorittaa omaisuuden tarkistamisen ja haltuunoton perustellusta turvallisuus- tai muusta syystä.[1705] Kahdessa ohjeessa todetaan, ettei potilaan omaisuutta ole oikeutta tarkistaa eikä ottaa haltuun.[1706]

Mikäli potilaalta tavataan järjestyslaissa tai muussa laissa kielletyiksi tai vaarallisiksi todettuja aineita tai esineitä, ne otetaan sairaanhoitopiirien ohjeiden mukaan potilaan luvalla säilytykseen. Lain nojalla kiellettyjä aineita tai esineitä ei luovuteta takaisin potilaalle, vaan nimettömänä laitoslöytönä poliisille.[1707] Mikäli potilas ei suostu luovuttamaan kiellettyjä aineita tai esineitä, paikalle kutsutaan joissakin sairaanhoitopiireissä vartija ja tarvittaessa poliisi, jolla on oikeus takavarikoida kielletyt aineet ja esineet.[1708] Poliisilla on oikeus ottaa tilapäisesti poliisin haltuun räjähdysaineet ja muut vaaralliset esineet tai aineet siltä, jonka voidaan perustellusti epäillä ikänsä, päihtymyksensä, mielentilansa tai muiden olosuhteiden perusteella aiheuttavan välitöntä vaaraa yleiselle järjestykselle ja turvallisuudelle.[1709] Vartijan oikeus turvallisuustarkastukseen liittyy YTL 16 §:n mukaisesti vain kiinniotto-oikeuden käyttöön. Vartijalla ei ole yleistä oikeutta tehdä turvallisuustarkastusta vastoin kohdehenkilön tahtoa. Järjestyksenvalvojalla taas on YTL 46 §:n mukaan tietyin edellytyksin yleisempi oikeus turvallisuustarkastuksen tekemiseen toimialueelleen pyrkivälle tai siellä olevalle henkilölle.

Monissa sairaanhoitopiirien ohjeissa potilaan omaisuuden ja vaatetuksen tarkastaminen ja vahingollisten aineiden ja esineiden haltuunotto liittyy kuitenkin määrättynä lisätoimenpiteenä leposidehoitoon ja turvahuoneeseen eristämiseen osana potilasturvallisuuden varmistamista, mutta sitä ei käsitellä erillisenä rajoitustoimenpiteenä.[1710] Joissakin ohjeissa on jopa todettu, että potilaalta voidaan myös ilman

---

14 ohje 1, SHP 15 ohje 1, SHP 16 ohje 1.

1703 SHP 13 ohje 2, SHP 14 ohje 1, SHP 15 ohje 1, SHP 12 ohje 1-2 (vartija tarkastaa), SHP 9 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 5 ohje 1.

1704 SHP 13 ohje 2, SHP 15 ohje 1, SHP 12 ohje 2, SHP 9 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 5 ohje 1.

1705 SHP 14 ohje 1, SHP 3 ohje 1.

1706 SHP 8 ohje 1 (poikkeuksena epäily, että potilaalla on vaarallisia aineita tai esineitä hallussaan).

1707 SHP 13 ohje 2, SHP 16 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 15 ohje 1, SHP 12 ohje 2, SHP 9 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 5 ohje 1.

1708 SHP 13 ohje 2, SHP 16 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 5 ohje 1.

1709 Poliisilaki (872/2011), 2:14§.

1710 Esimerkiksi SHP 16 ohje 1, SHP 15 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 7 ohje 1.

hänen suostumustaan ottaa pois varuste, jolla hän voisi itseään vahingoittaa.[1711] Voimassa olevassa rajoittamissääntelyssä on mahdollistettu vaarallisten aineiden ja esineiden haltuunotto tarvittaessa henkilöntarkastuksen jälkeen kehitysvammaisten erityishuollossa, ja omaisuuden tarkastus ja haltuunotto tarvittaessa henkilöntarkastuksen jälkeen MTL nojalla tarkkailuun otettujen tai hoitoon määrättyjen potilaiden osalta yksikön henkilökunnan toimesta.[1712]

Vain harvoissa rajoittamisohjeissa otettiin itsenäisenä rajoittamistoimenpiteenä kantaa potilaan lääkitsemiseen.[1713] Eräässä muistisairaiden potilaiden rajoittamistoimenpiteitä käsittelevässä ohjeessa todettiin, että akuuttien sekavuustilojen hoidossa lääkitystarve arvioidaan vasta, mikäli lääkkeettömistä keinoista huolimatta esiintyy äärimmäistä levottomuutta tai aggressiota tai harhaisuutta. Tällöinkin lääkitys aloitetaan mahdollisimman pienellä riittävällä annoksella ja tarve ja annostus arvioidaan alkuun päivittäin, myöhemmin harvakseltaan, mutta säännöllisesti. Lääkitys toteutetaan suun kautta ilman pistoksia.[1714] Toisen sairaanhoitopiirin ohjeessa todetaan, että muistisairaiden hoidossa muistilääkkeet ja lääkkeetön hoito ovat ensisijaisia, ja rauhoittavaa lääkitystä tulee käyttää vain perustellusta syystä lääkärin harkinnan mukaan. Lääkkeillä rajoittaminen vaatii siis lääkärin päätöksen, joka tulee kirjata, ja potilasta tulee seurata.[1715] Erään sairaanhoitopiirin työturvallisuusohjeessa aggressiivisten, itsetuhoisten tai sekavien potilaiden osalta todetaan, että lääkäri päättää lääkityksestä.[1716] Lisäksi yksittäisessä ohjeessa vastentahtoisen lääkityksen antaminen potilaalle mainitaan rajoittamiskeinona, mutta sitä ei täsmennetä ohjeessa millään lailla.[1717] Lääkityksen suhteen osassa ohjeita mainitaan toimenpiteen välttämättömyys, mutta lääkkeiden käytön perusteita ei muuten ohjeissa avata. Edellä kuvatuissa ohjeissa tulee esiin myös suhteellisuusperiaatteen noudattaminen.

Lääkitseminen kuitenkin mainitaan sairaanhoitopiirien ohjeissa useammin osana muita rajoittamistoimenpiteitä, pääasiassa intensiteetiltään raskaammissa toimenpiteissä, lepositeiden käytössä ja turvahuoneeseen eristämisessä, mutta sitä ei pääsääntöisesti käsitellä tässä yhteydessä itsenäisenä rajoittamistoimenpiteenä. Monissa sairaanhoitopiireissä potilaan lääkitseminen, jolla usein tarkoitetaan kipu- ja rauhoittavaa lääkitystä, kuuluu tarvittaessa leposidehoitoon.[1718] Joissakin sairaanhoi-

1711 SHP 15 ohje 1, SHP 9 ohje 1.
1712 MTL 4a:22g-i §:t. KehVammaL 3a:42g-h §:t.
1713 SHP 5 ohje 1, SHP 12 ohjeet 1-2, SHP 14 ohje 2, SHP 17 ohje 2.
1714 SHP 14 ohje 2.
1715 SHP 17 ohje 2.
1716 SHP 12 ohje 1 ja 2.
1717 SHP 5 ohje 1.
1718 SHP 17 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 1 ohje 1. SHP 13 ohjeessa 1 ja SHP 6 ohjeessa 2 mainitaan, että hoitajan täytyy rajoitustoimiin (sitominen) liittyen seurata lääkkeiden vaikutusta ja että lääkäri antaa hoito- ja seurantaohjeet. Tässä ei tarkastella nyt tromboosiprofylaksiaa (laskimotukosten ehkäisemiseen käytettävää verenohennuslääkitystä).

topiireissä lääkitys kuuluu tarvittaessa myös turvahuoneen käyttöön.[1719] Vain parin ohjeen mukaan lääkärin tulee arvioida lääkityksen käyttö ja sen perusteet, jos lääkettä annetaan rajoittamistilanteessa vastoin potilaan tahtoa.[1720] Voimassa olevassa rajoittamissääntelyssä ei aiemmin säännelty nimenomaisesti potilaan lääkitsemisestä, mutta kylläkin välttämättömän terveydenhuollon antamisesta, tai psyykkisen tai ruumiillisen sairauden hoidosta potilaan tahdosta riippumatta. Säännökset voivat kattaa myös välttämättömän lääkehoidon.[1721] Nykyään potilaan tahdosta riippumattomasta lääkitsemisestä säädetään MTL 4a:22b §:n 4 momentissa 1.4.2024 alkaen (15/2014). Tässä yhteydessä on todettava, että potilaan lääkitseminen intensiteetiltään raskaampien rajoittamistoimenpiteiden yhteydessä voi olla perusteltavissa hyvän hoitokäytännön mukaisena, ja siten lääketieteellisesti perusteltuna hoitona.

Kameravalvontaa käsitellään vain kahdessa ohjeessa varsinaisena rajoittamistoimena. Kameravalvonnan käyttöä perustellaan sitä nimenomaisesti koskevissa ohjeissa potilasturvallisuudella, joka voi viitata terveyden suojaamiseen, mutta ei automaattisesti sitä tarkoita. Vain toisessa ohjeista korostetaan välttämättömyyttä. Muihin rajoittamistoimenpiteisiin liitettynä kameravalvontaa, jota sinänsä käytetään potilaan turvallisuuden varmistamiseksi vapaudenriiston aikana, ei käytännössä perustella näissä ohjeissa mitenkään.[1722] Päätös kameravalvonnasta tulee kirjata potilaskertomukseen, ja siitä tulee tiedottaa potilasta ja omaisia.[1723] Toisen sairaanhoitopiirin ohjeessa todetaan, että seurannan tulee olla lääketieteellisesti perusteltua, siitä päättää lääkäri tapauskohtaisesti ja seurannan tarve arvioidaan päivittäin. Potilaan tai muun henkilön yksityisyyteen ei saa teknistä välinettä käytettäessä puuttua enempää kuin on välttämätöntä.[1724] Muissa sairaanhoitopiirien ohjeissa (8 kpl) kameravalvontaa käytetään osana muuta rajoittamista, turvahuoneeseen suljetun tai parempien vaihtoehtojen puuttuessa lepositeisiin kiinnitetyn potilaan seurantaa, eikä sitä ole mainintaa enempää ohjeistettu.[1725] Kameravalvonnasta ei ole nimenomaista sääntelyä voimassa olevissa rajoittamissäännöksissä.[1726]

1719 SHP 2 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 15 ohje 1 (tässä ohjeessa ei selkeästi viitata tarvittaessa lääkitykseen vaan yleisemmin lääkehoitoon).

1720 SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1 (lääkärin arvio).

1721 MTL 4a:22b-c §:t ja HE 113/2001 vp., s. 23-25. KehVammaL 3a:42j § ja StVM 4/2016, s. 12.

1722 SHP 1 ohje 2 (erillinen kameravalvontaa koskeva ohje) ja SHP 4 ohje 1 (yleinen rajoittamisohje, jossa maininta teknisestä valvonnasta ja viittaus erilliseen kameravalvontaohjeeseen, jota ei lähetetty tutkimuskäyttöön).

1723 SHP 1 ohje 2 ja SHP 4 ohje 1.

1724 SHP 1 ohje 2.

1725 Turvahuoneen kameravalvonnasta SHP 11 ohje 12, SHP 10 ohje 2, SHP 5 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 15 ohje 1, SHP 18 ohje 1. Leposidehoidossa SHP 4 ohje 1 ja SHP 2 ohje 1 vierihoitaja, kameravalvonta tai seuranta säännöllisin väliajoin tai näkö- ja kuuloyhteys; ja SHP 13 ohje 1 mukaan näkö- ja kuuloyhteys vähintään teknisin apuvälinein.

1726 MTL 4a-luku, KehVammaL 3a-luku.

7.2.4 Työturvallisuus

Työturvallisuuden parantaminen oli aiemmin yksi asiakas- ja potilaslakiuudistuksen tavoitteista, minkä vuoksi tutkimuksessa tarkastellaan lyhyesti myös sairaanhoitopiirien rajoittamisohjeiden työturvallisuutta käsitteleviä kirjauksia. Työturvallisuus on huomioitu kaikkiaan 15:ssa rajoittamisohjeessa 29:sta.[1727] Pääsääntöisesti työturvallisuusnäkökohdista ohjeistetaan intensiteetiltään raskaampien rajoittamistoimenpiteiden, lepositeiden ja turvahuoneen käytön, yhteydessä. Valtaosassa ohjeista mainitaan, että rajoittamistilanteeseen tulee varata riittävä määrä henkilökuntaa.[1728] Lisäksi ohjeistetaan pyytämään vartija, järjestyksen valvoja tai vahtimestari paikalle turvaamaan henkilökuntaa.[1729] Ohjeissa on myös mainittu nopeasta toiminnasta.[1730] Turvahuoneen osalta on ohjeistettu potilaan peruselintoimintojen mittaukset ja hoitotoimet turvahuoneessa tehtäväksi niin, että paikalla on riittävästi henkilökuntaa ja vartija turvaamassa työskentelyä.[1731] Osassa ohjeita on myös ohjeistettu kirjaamaan mahdolliset henkilökunnalle rajoittamistilanteessa aiheutuneet vammat.[1732] Lisäksi on ohjeistettu laatimaan henkilökuntaan kohdistuvasta väkivaltatilanteesta tai sen uhkasta Haipro- tai vastaava työturvallisuusilmoitus.[1733] Yksittäisessä ohjeessa on kiinnitetty turvallisuusnäkökohdista huomiota henkilökunnan koulutuksiin aggressiivisen, sekavan tai levottoman potilaan hoitamisesta ja rajoittamisvälineiden käytöstä.[1734]

Sairaanhoitopiirien ohjeissa on osana työturvallisuutta koskevia kirjauksia otettu myös kantaa vartijan tai järjestyksenvalvojan rooliin rajoittamistilanteissa. Lain yksityisistä turvallisuuspalveluista (1085/2015, YTL) mukaan vartijan tehtäviin kuuluvat edellä käsitellysti omaisuuden vartiointi, henkilöiden koskemattomuuden suojaaminen, vartioimiskohteeseen tai toimeksiantajaan kohdistuneen rikoksen paljastaminen ja näiden tehtävien valvontatehtävät (2 § kohta 2 ja 4 §). Vartijalla on tietyin edellytyksin oikeus estää henkilön pääsy vartiointialueelle ja poistaa henkilö vartiointialueelta (15 §); ja kiinniotto-oikeus ja tässä yhteydessä oikeus myös turvallisuustarkastukseen ja vaarallisten aineiden ja esineiden haltuunottoon (16 §). Vartijalla on näitä tehtäviä suorittaessaan myös oikeus sellaisten voimakeinojen

1727 SHP 1 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 11 ohjeet 12-13, SHP 12 ohjeet 1-2, SHP 14 ohje 1, SHP 15 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 17 ohje 1.

1728 SHP 11 ohje 12-13, SHP 10 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 1 ohje 1, SHP 15 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 12 ohje 1 (ennakointi aggressiivisen, sekavan ja itsetuhoisen potilaan kohtaamistilanteessa).

1729 SHP 11 ohje 12-13, SHP 10 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 17 ohje 1, SHP 1 ohje 1, SHP 15 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 3 ohje 1 (”vartija voi suojata rajoitustoimenpiteiden yhteydessä henkilökunnan koskemattomuutta”), SHP 16 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 12 ohjeet 1-2 (ennakointi), SHP 8 ohje 1.

1730 SHP 11 ohje 13, SHP 10 ohje 1, SHP 15 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 16 ohje 1.

1731 SHP 11 ohje 12, SHP 2 ohje 1, SHP 15 ohje 1, SHP 16 ohje 1.

1732 SHP 9 ohje 1, SHP 17 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 8 ohje 1.

1733 SHP 17 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 8 ohje 1.

1734 SHP 16 ohje 1.

käyttöön, joita voidaan pitää puolustettavia huomioiden henkilön käyttäytyminen, tehtävän tärkeys ja kiireellisyys, vastarinnan vaarallisuus ja muut olosuhteet (17 §). Terveydenhuollon toimipisteeseen poliisin avuksi asetetulla järjestyksenvalvojalla (28 §) on myös tietyin edellytyksin oikeus poistaa henkilö toimialueeltaan tai ottaa henkilö tarvittaessa kiinni (42 §), mutta ei oikeutta estää pääsyä toimialueelleen (41 §). Järjestyksenvalvojalla on oikeus tehdä turvallisuustarkastus toimialueelleen tulevalle tai siellä olevalle henkilölle ja ottaa henkilöltä pois kielletyt aineet ja esineet (46-47 §:t). Järjestyksenvalvojalla on vastaava oikeus voimakeinojen käyttöön kuin vartijalla (48 §), mutta muutoin samalta kuulostavissa vartijan ja järjestyksenvalvojan tehtävissä on sisällöllisiä eroja.

Vartijan tai järjestyksenvalvojan roolia on tutkimusaineistossa linjattu yhteensä 17 ohjeessa.[1735] Linjauksissa on eroja. Muutamissa ohjeissa todetaan, etteivät vartijat saa osallistua toimenpiteisiin, joita voidaan pitää hoitona tai hoitoon liittyvinä tehtävinä, ja ovat siten hoitohenkilökunnan tehtäviä.[1736] Tämä on linjassa ammattihenkilölain (559/1994) ammatinharjoittamisoikeuden kanssa (2-luku), sekä YTL:n vartijan ja järjestyksenvalvojan toimilupasääntelyn ja tehtävien kanssa, ja edellä käsitellyn EOA:n ratkaisukäytännön kanssa. Kymmenen ohjeen mukaan vartijaa voidaan käyttää henkilökunnan koskemattomuuden turvaamiseksi potilaan rajoittamistoimenpiteitä toteutettaessa, jos rikoslain oikeuttamisperuste (515/2003) täyttyy. Vartijan toiminta perustuu tällöin hätävarjeluun tai pakkotilaan.[1737] Yksittäisessä ohjeessa on todettu, että vartijaa voidaan käyttää henkilökunnan apuna potilaan rajoitustoimia toteutettaessa, jos käsillä on jokin ohjeessa mainituista perusteista rajoittamiselle, jolloin vartijan toiminta perustuu rikoslain hätävarjeluun tai pakkotilaan.[1738] Toisessa ohjeessa todetaan, että henkilökunnan turvallisuuden vaarantuessa rajoitustoimia toteutettaessa joudutaan arvioimaan, voidaanko vartijan toimet, kuten potilaan kiinni pitäminen tai sitominen, oikeuttaa hätävarjeluna tai pakkotilana.[1739] Eroa on siis siinä, ohjeistetaanko vartijan toiminta vain henkilökuntaa turvaavaksi YTL:n mukaisesti, vai YTL:sta poiketen rajoittamistoimenpiteitä toteuttavaksi. Joissakin ohjeissa on huomautettu EOA ratkaisuun dnro 1222/2011 viitaten, että vartijan mukana olo ja toiminta hoitoon kiinteästi liittyvissä tilanteissa, joissa voidaan joutua eristämään tai sitomaan potilas, voi olla hätävarjeluna tai pakkotilana hyväksyttävää.[1740]

1735 SHP 1 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 11 ohjeet 12-13, SHP 12 ohjeet 1-2, SHP 13 ohjeet 1-2, SHP 14 ohje 1, SHP 15 ohje 1, SHP 16 ohje 1.

1736 SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 16 ohje 1 (suppeammin), SHP 4 ohje 1, SHP 12 ohje 2.

1737 SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 15 ohje 1 (vartija turvaa ja avustaa hoitohenkilökuntaa potilaan varusteiden tutkinnassa), SHP 12 ohje 2 (vartija turvaa hoitohenkilökunnan ja lääkärin toiminnan).

1738 SHP 13 ohje 1.

1739 SHP 4 ohje 1.

1740 SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 2 ohje 1. Viitattu EOA:n ratkaisu koskee yksityisiä vartiointipal-

Osassa ohjeita on otettu kantaa kiinniotto-oikeuteen ja turvallisuustarkastuksen suorittamiseen, ja todettu YTL:n 16 §:n mukaisesti, että vartijalla on kiinniotto-oikeuttaan käyttäessään oikeus tarkastaa kiinniotettu ja hänen mukanaan olevat tavarat sen varmistamiseksi, ettei kiinniotetulla ole hallussaan aineita tai esineitä, joilla hän voisi aiheuttaa vaaraa itselleen tai muille. Vartijalla ei kuitenkaan ole yleistä oikeutta tehdä turvallisuustarkastusta vastoin kohdehenkilön tahtoa.[1741] Järjestyksenvalvojalla taas on YTL 46 §:n mukaan tietyin edellytyksin yleisempi oikeus turvallisuustarkastuksen tekemiseen toimialueelleen pyrkivälle tai siellä olevalle henkilölle. Yksittäisessä ohjeessa todetaan, että vartija toimii osastolta tulleen potilaan kiinniottoa koskevan hälytyksen aikana hoitohenkilökunnan tai lääkärien avun tarpeen mukaisesti, ja että vartijalla on rajoittamistilanteessa oikeus olettaa, että henkilökuntaan kuuluva on arvioinut potilaan toimineen siten, että kiinniotto on perusteltu.[1742] Kirjaus on mielenkiintoinen lähtiessään siitä, että terveydenhuollon ammattihenkilö tuntisi YTL:n sääntelyn yksityiskohdat vartijoiden ja järjestyksenvalvojan toimivallasta. YTL:n 16 §:n mukaan vartijan kiinniotto-oikeus koskee vain verekseltä tai pakenemasta tavoitettua rikoksesta epäiltyä; ja viranomaisen etsintäkuulutuksen mukaan pidätettävää tai vangittavaa henkilöä. Järjestyksenvalvojan kiinniotto-oikeus taas on yleisempi, ja koskee päihtyneenä järjestystä tai muita henkilöitä häiritsevää, tai turvallisuutta vaarantavaa, tai uhkaavasti esiintyvää, meluamalla, väkivaltaisuudella tai muulla käyttäytymisellään järjestystä häiritsevää; tai oikeudettomasti alueen yleisöltä suljetussa osassa oleskelevaa henkilöä (42 §). Kaikissa tutkimusaineistoon kuuluvissa ohjeissa vartijan roolia ei ole käsitelty.[1743]

7.3 Päätöksentekomenettely ja oikeussuoja

7.3.1 Päätöksentekomenettely, kuuleminen ja kirjaaminen

Terveydenhuollon erityislainsäädännössä edellytetään tahdosta riippumattoman hoidon osalta kirjallista hallintopäätöstä niin mielenterveyslain (1116/1990), päihdehuoltolain (41/1986) kuin sosiaalihuollossa kehitysvammaisten erityishuoltolain 32-33 §:n (381/2016) nojalla. Tartuntatautilain nojalla ei tehdä tahdosta riippumatonta hoitoa koskevaa erillistä päätöstä, vaan vain hallintopäätöksiä yleisvaarallisen tartuntataudin leviämisen estämiseksi toteutettavista toimenpiteistä. Näiden erityislakien nojalla sovellettavien rajoittamistoimenpiteiden osalta hallintopäätöksen

veluita valtion mielisairaaloissa, jossa EOA on todennut vartijan voivan turvautua jokamiehenoikeuksiin, joihin sisältyvät hätävarjelu ja pakkotila. EOA dnro 1222/2/11, s. 6.

1741 SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP ohje 2 (ei yleistä oikeutta tarkastaa omaisuutta vastoin kohdehenkilön tahtoa), SHP 13 ohje 2.

1742 SHP 1 ohje 1.

1743 Vartijan roolia ei ole käsitelty ohjeissa: SHP 1 ohje 2, SHP 6 ohjeet 1-2, SHP 10 ohjeet 1-2, SHP 11 ohje 1, SHP 14 ohjeet 2-3, SHP 15 ohje 2, SHP 17 ohjeet 1-2 ja SHP 18 ohje 1.

käyttöä ja muutoksenhakukelpoisuutta hallinto-oikeuteen on käsitelty edellä luvussa 5. Voimassa olevan rajoittamislainsäädännön näkökulmasta on mielenkiintoista tarkastella, kuinka päätöksenteko on sairaanhoitopiirien rajoittamisohjeissa määritelty. Lukuvaiheessa ohjeista nousikin esiin melko kattavasti hallintopäätökselle tyypillisiä piirteitä kuulemisen ja päätöksenteon osalta. Kirjaaminen kuitenkin tapahtuu tosiasiallisen hallintotoiminnan ja voimassa olevien monien rajoittamissäädösten tapaan potilaskertomukseen, eikä erillisiä hallintopäätöksiä tehdä.

Potilaan kuuleminen oli huomioitu kaikkiaan 20 ohjeessa 29:sta joko rajoittamis- tai suojatoimenpiteiden tai molempien yhteydessä.[1744] Sijaispäättäjän eli lähiomaisen tai laillisen edustajan kuulemisesta tarvittaessa ohjeistettiin 15:ssa ohjeessa.[1745] Suojatoimenpiteiksi luokiteltujen toimenpiteiden yhteydessä oli poikkeuksetta ohjeistettu kuulemaan joko potilasta tai hänen ollessaan päätöksentekokyvytön hänen lähiomaistaan tai laillista edustajaansa. ”Potilaan mielipide tulee ottaa huomioon mahdollisuuksien mukaan, ja jos hän ei kykene ilmaisemaan mielipidettään, rajoituksesta tulee keskustella hänen lähiomaisensa tai muun laillisen edustajan kanssa”.[1746] Rajoittamistoimenpiteitä koskevista ohjeista 14:ssa ohjeistetaan myös potilaan tai sijaispäättäjän kuuleminen.[1747] Rajoittamisohjeista neljä sisältää vain potilaan kuulemisen, ei sijaispäättäjän kuulemista.[1748] Kahdessa sairaanhoitopiirissä potilasta tai sijaispäättäjää kuullaan suojatoimenpiteiden käyttöä edeltävästi, muuta kuulemista ei suoriteta ennen rajoittamistoimenpiteiden käyttöä.[1749] Lääkärin velvoite huomioida hoitohenkilökunnalta saatu informaatio tai kuulla hoitohenkilökunnan näkemys ennen rajoittamispäätöksen tekoa sisältyi kaikkiaan yhdeksään ohjeeseen.[1750] Suojatoimenpiteiden yhteydessä hoitohenkilökunnan näkemysten huomioimista tai kuulemista ei ollut ohjeistettu. Yksittäisessä ohjeessa oli ohjeistettu potilaan mielipiteen lisäksi huomioitavaksi paitsi omaisilta ja hoitohenkilökunnalta

1744 SHP 1 ohje 1-2, SHP 2 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 6 ohje 2, SHP 7 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 11 ohje 1, SHP 13 ohjeet 1-2, SHP 14 ohjeet 1-3, SHP 15 ohje 2, SHP 17 ohjeet 1-2, SHP 18 ohje 1.

1745 SHP 1 ohjeet 1-2, SHP 2 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 6 ohje 2, SHP 7 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 14 ohjeet 1 ja 3, SHP 15 ohje 2, SHP 17 ohje 2.

1746 SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 17 ohje 1. SHP 13 ohje 1: Suojatoimista, niiden tarpeesta ja syystä keskustellaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, mikäli se on hänen terveydentilaansa nähden mahdollista. Jos potilas on vajaavaltainen, keskustellaan asiasta vajaavaltaisen huoltajan tai muun edunvalvojan kanssa selvittäen myös vajaavaltaisen oma näkemys asiasta, jos vajaavaltaisen kehitysaste ja terveydentila sen sallii.

1747 SHP 1 ohjeet 1-2, SHP 2 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 6 ohje 2, SHP 7 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 14 ohjeet 1 ja 3, SHP 15 ohje 2, SHP 17 ohje 2.

1748 SHP 18 ohje 1, SHP 14 ohje 2, SHP 13 ohje 2, SHP 11 ohje 1.

1749 SHP 13 ohje 1, SHP 17 ohje 1.

1750 Hoitohenkilökunnalta saadun informaation huomioiminen päätöksenteossa ohjeissa SHP 1 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 6 ohje 2, SHP 7 ohje 1 ja SHP 9 ohje 1. Hoitohenkilökunnan näkemyksen kuuleminen ohjeissa SHP 3 ohje 1, SHP 8 ohje 1, ja SHP 14 ohje 1.

myös muilta viranomaisilta saatu informaatio ennen rajoittamispäätöksen tekoa.[1751] Yhdeksässä ohjeessa ei ollut ohjeistettu kuulemista lainkaan.[1752] Voimassa olevassa rajoittamissääntelyssä kuuleminen on liitetty MTL ja PHL mukaisiin pakkohoitopäätöksiin.[1753] Tässäkin todennäköisesti vaikuttaa taustalla potilaslain sääntely potilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamisesta, mikä oli sairaanhoitopiirien ohjeissa huomioitu myös rajoittamaisen oikeuttamisessa.

Rajoittamistoimenpiteiden käyttöön liittyvä päätöksenteko oli sairaanhoitopiirien ohjeissa kattavasti ohjeistettu. Vain kahdessa ohjeessa ei ollut mainintaa päätöksenteosta rajoittamistoimenpiteisiin liittyen.[1754] Kaikissa muissa 27 ohjeessa lääkäri oli oikeutettu päättämään rajoittamis- tai suojatoimenpiteiden käytöstä. Näistä 18:ssa oli huomioitu erikseen kiireelliset tilanteet. Kiireellisissä tilanteissa hoitohenkilökunta oli oikeutettu aloittamaan suoja- tai rajoittamistoimenpiteiden käytön, mutta tästä tuli viipymättä ilmoittaa lääkärille, jonka tuli päättää toimenpiteen jatkosta.[1755] Päätöksenteossa korostettiin erityisesti lepositeiden käytön osalta lääkärin henkilökohtaisesti suorittamaa tapauskohtaista arviointia.[1756] Muutamassa ohjeessa oli annettu hoitohenkilökunnalle oikeus päättää lyhytkestoisten, intensiteetiltään lievempien, pääasiassa suojatoimenpiteeksi nimettyjen, toimenpiteiden käytöstä.[1757] Osassa sairaanhoitopiirejä lääkärin tehtyä päätöksen liikkumisen rajoittamisesta hoitohenkilökunta voi päättää rajoitusten käyttämisestä.[1758] Yksittäisessä ohjeessa rajoittamistoimenpiteiksi nimetyistä sängynlaitojen nostamisesta, haaravöiden ja pöytälevyjen käytöstä sekä hygieniahaalarin käytöstä voi päättää potilasta hoitava hoitaja, jonka tulee informoida lääkäriä rajoitteiden käytöstä.[1759]

1751 SHP 6 ohje 2.

1752 SHP 6 ohje 1, SHP 10 ohjeet 1-2, SHP 11 ohjeet 12-13, SHP 12 ohjeet 1-2, SHP 13 ohje 1, SHP 15 ohje 1, SHP 16 ohje 1.

1753 MTL 2:11 §. PHL 14 § (1284/2022).

1754 SHP 13 ohje 2 ja SHP 14 ohje 2.

1755 SHP 1 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 6 ohje 2, SHP 7 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 11 ohje 12, SHP 12 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 14 ohjeet 1 ja 3, SHP 15 ohjeet 1-2, SHP 16 ohje 1, SHP 17 ohje 1.

1756 SHP 6 ohje 2, SHP 1 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 17 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 11 ohje 13, SHP 9 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 18 ohje 1, SHP 16 ohje 1.

1757 ”Hoitotilanteessa päätöksen tekee terveydenhuollon ammattihenkilö / hoitoon osallistuva henkilökunta / sairaanhoitaja. Lyhytaikaisen suojatoimen käytöstä ei tarvitse ilmoittaa lääkärille. Pitempiaikaisesta suojatoimen käytöstä päättää lääkäri.” Suojatoimilla tarkoitetaan ohjeissa sängyn laitojen nostoa, geriatrisen tuolin käyttöä, rannesidosten, turvavöiden, -liivien ja haarakappaleellisen istuinvyön käyttöä sekä yksittäisessä ohjeessa hygieniahaalarin käyttöä. SHP 2 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 4 ohje 1.

1758 SHP 4 ohje 1. SHP 13 ohjeen 1 mukaan lääkäri tekee yksikkökohtaisen päätöksen, jota hoitohenkilökunta soveltaa. Mikäli tästä poiketen on aloitettu suojatoimen käyttö, täytyy lääkärin arvioida tilanne ja tehdä päätös jatkosta. SHP 17 ohje 2, SHP 11 ohje 1. Vastaa Valviran 2015 ohjetta liikkumista rajoittavien välineiden käytöstä.

1759 SHP 16 ohje 1.

Rajoittamistoimenpiteen käytön lopettamista ei aina ollut selkeästi ohjeistettu. Kymmenestä eristämisohjeesta puolet ohjeisti, että lääkäri päättää eristämisen tai turvahuoneen käytön lopettamisesta[1760], puolessa ohjeista tätä ei ollut määritelty[1761]. Joidenkin ohjeiden mukaan lääkäri päättää myös lepositeiden käytön lopettamisesta.[1762] Muissa ohjeissa leposidehoidon lopettamispäätöstä ei ole selkeästi vastuutettu tietylle henkilöstöryhmälle.[1763] Leposidehoitoa kevyemmän liikkumisvapauden rajoittamisen lopettaminen tai keventäminen ei aina edellyttänyt lupaa lääkäriltä.[1764] Päätöksentekoa ei myöskään suojatoimenpiteen käytön lopettamisesta ollut aina selkeästi ohjeistettu.[1765] Voimassa olevassa rajoittamissääntelyssä päätöksenteko-oikeus on MTL 4a-luvun mukaisissa tilanteissa lääkärillä. KehVammaL 3a-luvun nojalla sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö voi päättää rajoittamistoimenpiteiden käytöstä, mutta pitkäkestoisissa tai toistuvissa rajoittamistoimenpiteiden käytössä päätöksen tekee toimintayksikön vastaava johtaja, virkasuhteinen lääkäri tai virkasuhteinen sosiaalityöntekijä. PHL:n 26-27 §:ien osalta päätöksentekoa rajoittamistoimenpiteiden käytöstä ei ole terveydenhuollon yksiköitä koskien selkeästi määritelty.

Asiakastietolain 17 §:n mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Asiakastietolain 29.4 §:n mukaan potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta mielenterveyslain, päihdehuoltolain, tartuntatautilain tai muun lain nojalla tulee tehdä potilasasiakirjoihin erillinen merkintä, josta käy ilmi toimenpiteen syy, luonne, kesto, arvio vaikutuksesta potilaan hoitoon sekä toimenpiteen määränneen lääkärin ja suorittajien nimet.[1766] Myös voimassa olevan KehVammaL mukaan rajoittamistoimenpiteiden käytöstä tulee kirjata toimenpiteen käytön syy tai peruste, rajoittamistoimenpiteen kesto tai alkamis- ja päättymisaika, päätöksen tekijän ja suorittajien nimet, henkilön oma näkemys rajoitustoimenpiteen käytöstä ja sen perusteista sekä rajoitustoimenpiteen vaikutukset erityishuollossa olevaan henkilöön.[1767]

Rajoittamispäätöksen kirjaamisesta potilasasiakirjoihin on ohjeistettu sairaanhoitopiirien ohjeissa kattavasti, mutta sisällöllisesti eri tavoin. Osin kirjaamisohjeita annetaan rajoitustoimenpiteittäin, osin erillisissä kirjaamista koskevissa osioissa.

1760 SHP 5 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 15 ohje 1, SHP 9 ohje 1.

1761 SHP 6 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 18 ohje 1, SHP 11 ohje 12, SHP 10 ohje 2.

1762 SHP 5 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 13 ohje 1.

1763 Esimerkiksi SHP 6 ohje 2, SHP 1 ohje 1. SHP 16 ohje 1 mukaan hoitaja voi arvionsa mukaan vähentää potilaan sitomiskohtia ja potilaan tilan salliessa purkaa sitomisen kokonaan.

1764 SHP 10 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 16 ohje 1.

1765 SHP 4 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 2 ohje 1.

1766 Aiemmin asiasta säänneltiin potilaslain 12 §:ssä ja potilasasiakirja-asetuksessa. 1.1.2024 alkaen näistä säännellään laissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (703/2023).

1767 KehVammaL 3a:42o §. MTL:ssa ohjeistetaan pitämään vain luetteloa, johon kirjataan potilaan tunnistetiedot, rajoitusta koskevat tiedot, päätöksen tehnyt lääkäri ja suorittajat, 4a:22k § (1423/2001).

Seitsemässä ohjeessa kirjaamisen ohjeistaminen on yksityiskohtaista.[1768] Kahdessa sairaanhoitopiirissä on erillinen kirjaamisohje, joista vain toisesta tämä ohje lähetettiin tutkimuskäyttöön.[1769] Kahden sairaanhoitopiirin ohjeessa on suppea maininta päätöksen kirjaamisesta potilastietoihin.[1770] Vain yhdessä ohjeessa ei ole mainittu mitään kirjaamisesta.[1771] Suurimmassa osassa ohjeita kirjattaviksi mainitaan toimenpiteen käytön syy tai peruste, rajoittamistoimenpiteen kesto tai alkamis- ja päättymisaika sekä päätöksen tehneen lääkärin ja suorittajien nimet.

Rajoittamistoimenpiteen käyttämisestä on ylipäätään ohjeistettu kirjaamaan potilaskertomukseen:

- toimenpiteen käytön syy (perustelut rajoittamistoimenpiteen käytölle, potilaan tila)[1772],
- rajoitustoimenpiteen käyttämisen alkamis- ja päättymisaika[1773],
- ennen rajoittamista käytettyjen vaihtoehtoisten menetelmien kuvaus ja perustelut niiden riittämättömyydestä[1774],
- hoitopäätökset, rajoittamistoimenpiteiden syy, luonne, kesto, hoito-ohjeet, käytön arviointi ja arvio vaikutuksesta hoitoon[1775];
- rajoittamistoimenpiteen aloittajan/aloittajien nimet ja toimenpiteen määränneen lääkärin nimi[1776],
- toimenpiteen luonne, rajoitustoimenpide, seuranta, nimetty henkilökohtainen hoitaja[1777];

1768 SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 17 ohjeet 1-2.

1769 SHP 14 ohje 3. Myös SHP 8 ohjeessa 1 viitattiin erilliseen rajoittamistoimenpiteiden kirjaamisohjeeseen, mutta tämä ei ole tutkijan käytettävissä.

1770 SHP 1 ohje 2, SHP 18 ohje 1.

1771 SHP 13 ohje 2. Ohje ei ole varsinaisesti rajoittamisohje, vaan työturvallisuusohje, joka sisältää omaisuuden haltuunottoa koskevan ohjeistuksen.

1772 SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 14 ohjeet 1 ja 3, SHP 17 ohjeet 1-2, SHP 6 ohjeet 1-2, SHP 16 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 1 ohje 1, SHP 13 ohje 1 (toimenpiteen syy), SHP 11 ohjeet 1 (syy) ja 12-13, SHP 5 ohje 1, SHP 15 ohje 1, SHP 10 ohje 1-2.

1773 SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 14 ohje 3, SHP 17 ohje 1-2, SHP 16 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 6 ohje 2, SHP 1 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 15 ohje 1, SHP 11 ohjeet 12-13.

1774 SHP 7 ohje 1, SHP 14 ohje 1 (perustelut riittämättömyydestä), SHP 16 ohje 1 (perustelut riittämättömyydestä), SHP 3 ohje 1 (perustelut riittämättömyydestä), SHP 6 ohje 2 (perustelut riittämättömyydestä).

1775 SHP 7 ohje 1, SHP 14 ohjeet 1 ja 3, SHP 6 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 13 ohje 1 (toteutustapa, maksimikesto, arvio vaikutuksesta hoitoon), SHP 11 ohje 1 (syy, perustelu, kesto, seuranta), SHP 15 ohje 1 (seurantaohjeet), SHP 10 ohje 1 (luonne ja kesto).

1776 SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 14 ohje 3, SHP 17 ohjeet 1-2, SHP 14 ohje 1, SHP 6 ohjeet 1-2, SHP 16 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 1 ohje 1, SHP 13 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 15 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 11 ohjeet 12-13, SHP 12 ohje 1.

1777 SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 14 ohjeet 1 ja 3, SHP 17 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 1 ohje 1 (ei vastuuhoitajaa), SHP 13 ohje 1 (hoito- ja seurantaohjeet), SHP 5 ohje 1 (hoito-ohjeet), SHP 12 ohje 1 (toimenpiteen luonne, mitä rajoitustoimia käytetty).

– arvio rajoittamisen kestosta[1778],
– potilaan voinnin seurantaan liittyvät kirjaukset 20-30 min välein[1779],
– lääkemääräykset perusteluineen, jos lääkettä annetaan rajoittamistilanteessa vastoin potilaan tahtoa, sekä antokirjaukset[1780];
– pyydetyt ja toteutuneet konsultaatiot: aika, asian käsittelyyn osallistuneet henkilöt, tehdyt hoitopäätökset ja niiden toteuttaminen[1781];
– potilaan hoitotahto ja mahdollinen kieltäytyminen[1782],
– toimenpiteen yhteydessä mahdollisesti potilaalle tai muille henkilöille tulleet vammat ja vahingot[1783],
– omaisten informointi, kenelle ja milloin ilmoitettu[1784].

Suojatoimenpiteiksi joissakin ohjeissa luokiteltujen intensiteetiltään lievempien toimenpiteiden osalta kirjaamista on ohjeistettu suppeammin: toimenpiteen peruste, käyttö ja kesto tulee kirjata potilasasiakirjoihin.[1785] Potilasturvallisuuden vaarantumisesta ja henkilökuntaan kohdistuvasta väkivaltatilanteesta tai sen uhkasta on ohjeistettu tekemään Haipro-ilmoitus.[1786]

7.3.2 Jälkikäteisarvio, oikeussuojakeinot ja raportointi

Lukuvaiheessa 12:sta sairaanhoitopiirien rajoittamisohjeesta nousi esiin rajoittamistoimenpiteiden käytön jälkikäteisarviointi.[1787] Arviointikeskustelun tarkoituksena on selventää tapahtumien kulkua potilaan ja henkilökunnan näkökulmasta, ja siinä

1778 SHP 17 ohje 1, SHP 14 ohjeet 1 ja 3, SHP 3 ohje 1, SHP 13 ohje 1.

1779 SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 14 ohjeet 1 ja 3 (vähintään tunnin välein), SHP 16 ohje 1 (useita kertoja työvuoron aikana), SHP 3 ohje 1 (vähintään tunnin välein), SHP 6 ohje 2 (säännöllisesti), SHP 1 ohje 1 (vähintään 4 h välein), SHP 13 ohje 1 (säännöllisesti), SHP 18 ohje 1, SHP 15 ohje 1 (vähintään tunnin välein), SHP 10 ohjeet 1-2, SHP 11 ohjeet 12-13 (15 min välein).

1780 SHP 7 ohje 1, SHP 1 ohje 1 (antokirjauksia ei ole mainittu).

1781 SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 17 ohje 1.

1782 SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 17 ohje 1, SHP 14 ohjeet 1-3, SHP 3 ohje 1, SHP 6 ohje 2.

1783 SHP 7 ohje 1 (vain potilaalle koituneet vahingot), SHP 9 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 17 ohje 1, SHP 14 ohje 1 (potilaan vammat), SHP 8 ohje 1, SHP 3 ohje 1 (potilaan vammat), SHP 5 ohje 1 (potilaan vammat), SHP 10 ohje 1 (potilaan vammat).

1784 SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 14 ohjeet 1 ja 3, SHP 16 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 17 ohje 2 (omaisen suostumus).

1785 Suojatoimenpiteillä tarkoitetaan turvavöitä ja -liivejä, sängyn laitojen nostoa, haaravöitä, tuoliin kiinnitettäviä pöytiä ja rannesidoksia, joissakin ohjeissa hygieniahaalaria. Osassa ohjeita näistä käytetään nimitystä rajoittamistoimenpide. SHP 2 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 13 ohje 1 (vointia seurataan säännöllisesti ja tiedot kirjataan hoitosuunnitelmaan), SHP 15 ohje 2 (turvavälineiden käytöstä tehdään päätös, jonka hoitava lääkäri kirjaa sairauskertomukseen).

1786 SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1 (vain henkilökunta), SHP 2 ohje 1 (vain henkilökunta), SHP 4 ohje 1 (vain henkilökunta), SHP 17 ohje 1 (vain henkilökunta), SHP 14 ohje 1 (vain potilas), SHP 16 ohje 1, SHP 8 ohje 1 (vain henkilökunta), SHP 3 ohje 1 (vain potilas), SHP 5 ohje 1.

1787 SHP 2 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 12 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 17 ohjeet 1-2.

tulisi ohjeiden mukaan läpikäydä mahdollisimman pian toimenpiteen lopettamisen jälkeen tapahtumien kulku ja syyt rajoittamiselle, potilaan kokemukset rajoittamistoimenpiteistä, ja arvioida miten tilanne olisi voitu välttää tai jatkossa voitaisiin välttää.[1788] Vastaava jälkikäteisarviointi sisältyy KehVammaL 3a:42o §:ään ja 3a:42e §:ään. Kymmenessä ohjeessa jälkikäteisarviointi tuli tehdä potilaan kanssa.[1789] Näistä kuudessa ohjeessa oli huomioitu myös omaisen kanssa keskustelu[1790], ja seitsemässä henkilökunnan keskinäinen keskustelu[1791]. Kolmessa ohjeessa mainittiin mahdollisuus erillisen jälkipuintikokouksen (debriefing) järjestämiseen, näistä ohjeista yksi käsitteli väkivaltatilanteen purkukeskustelua.[1792] Osassa ohjeita jälkikäteen käytävä arviointikeskustelu ohjeistettiin kirjaamaan potilaskertomukseen.[1793] Kaikkiaan 16:ssä ohjeessa ei mainittu jälkikäteisarviointia lainkaan.[1794]

Oikeusturvakeinoista sairaanhoitopiirien ohjeissa mainittiin vain harvoin, eikä silloinkaan kyse ollut varsinaisesta muutoksenhausta. 24:ssa ohjeessa ei ollut lainkaan mainintaa potilaan oikeussuojakeinoista rajoittamiseen liittyen. Muistutus oikeussuojakeinona oli mainittu kahdessa ohjeessa.[1795] Potilaan oikeus kannella kohtelustaan oli mainittu yhdessä ohjeessa.[1796] Yhdessä ohjeessa viitattiin potilaan oikeuteen olla yhteydessä potilasasiamieheen.[1797] Haipro-potilasturvallisuusilmoitus mainittiin kahdessa ohjeessa.[1798] Muu oikeussuojakeino mainittiin yhdessä ohjeessa, jossa viitattiin EOA ratkaisukäytäntöön dnro 1768/4/15 koskien perus- ja ihmisoikeusloukkauksien hyvittämistä.[1799] Somaattisessa hoidossa sovellettavan rajoittamissääntelyn puuttuessa on ymmärrettävää, että oikeussuojakeinoja ei ollut ohjeissa juurikaan huomioitu, ja että muutamassa ohjeessa mainitut oikeussuojakeinot vastasivat potilaslain yleisiä oikeussuojakeinoja. Muutoksenhakuoikeutta hallinto-oikeuteen tai muita oikeussuojakeinoja ei voida luoda viranomaisen ohjeilla, se edellyttää sääntelyä. Vallitseva sääntelemätön tilanne ei tietenkään vastaa ihmisoikeussääntelyn velvoitteita riittävistä oikeusturvatakeista.

1788 SHP 9 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 2 ohje 1, SHP 17 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 10 ohje 1 (suppeammin, syyt rajoittamistoimenpiteen käytölle), SHP 17 ohje 2 (suppeampi, keskusteltava rajoittamispäätöksestä toistuvasti potilaan ja omaisen kanssa), SHP 8 ohje 1, SHP 4 ohje 1.

1789 SHP 2 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 16 ohje 1, SHP 17 ohje 1.

1790 SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 10 ohje 1, SHP 16 ohje 1.

1791 SHP 2 ohje 1, SHP 4 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 9 ohje 1, SHP 16 ohje 1.

1792 SHP 5 ohje 1, SHP 12 ohje 1, SHP 17 ohje 1.

1793 SHP 14 ohje 1, SHP 3 ohje 1, SHP 5 ohje 1.

1794 SHP 1 ohjeet 1-2, SHP 6 ohjeet 1-2, SHP 10 ohje 2, SHP 11 ohjeet 1, 12 ja 13, SHP 12 ohje 2, SHP 13 ohjeet 1-2, SHP 14 ohjeet 2-3, SHP 15 ohjeet 1-2, SHP 18.

1795 SHP 17 ohje 1 ja SHP 15 ohje 1.

1796 SHP 15 ohje 1.

1797 SHP 14 ohje 1.

1798 SHP 5 ohje 1 ja SHP 14 ohje 1.

1799 SHP 6 ohje 1.

Rajoittamistoimenpiteiden käytön raportointia ei ollut juurikaan ohjeistettu sairaanhoitopiirien rajoittamisohjeissa. Kaikkiaan 19:ssa ohjeessa 29:sta raportointia ei ollut ohjeistettu millään lailla. Kahdessa ohjeessa rajoittamistoimenpiteet ohjeistettiin kirjaamaan yksiköissä erilliseen luetteloon, joka raportointiin eteenpäin vuosittain.[1800] Toisessa näistä ohjeistettiin kirjaamaan toimenpiteen laatu, peruste ja kesto.[1801] Kolmessa sairaanhoitopiirissä rajoittamistoimenpiteiden käyttöä koskevat raportit olivat saatavissa potilaskertomusjärjestelmästä.[1802] Kahdeksan sairaanhoitopiirin ohjeissa ohjeistettiin tekemään Haipro-potilasturvallisuusilmoituksia rajoittamistilanteista.[1803] Nykyisin voimassa oleva MTL:n rajoittamissääntely velvoittaa raportoimaan rajoittamistoimenpiteiden käytöstä aluehallintovirastolle vain 4a:22f §:n erityisten rajoitusten (eristäminen ja sitominen) käytöstä, ja pitämään toimintayksikössä luetteloa kaikkien rajoittamistoimenpiteiden käytöstä (4a:22k §, 1423/2001).

7.4 Yhteenveto ohjeista perusoikeuksien rajoittamisedellytysten ja eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisukäytännön näkökulmasta

Sairaanhoitopiirien ohjeet ovat vain otanta terveydenhuollon rajoittamisohjeista somaattisessa hoidossa, mutta tässäkin tarkastelun laajuudessa ohjeet ovat sisällöltään vaihtelevia, vaikka ohjeita on taustoitettu perusoikeussäännöksin, laein ja valvontaviranomaisten ratkaisuin, yksittäistapauksessa myös ihmisoikeussäännöksin[1804]. Rajoittamisen taustasyyt olivat sairaanhoitopiirien ohjeissa vaihtelevia, vaikka tavallisimpia ohjeissa esiintyneitä syitä olivatkin potilaan väkivaltaisuus ja potilaan sekavuus tai levottomuus, kuten EOA ratkaisukäytännössäkin. Potilaan itsetuhoinen käytös ja potilaan päihtymystila esiintyivät ohjeissa taustasyynä selvästi harvemmin. Viimeksi mainittuja tavallisempi oli muu taustasyy, joka pääsääntöisesti liittyi potilaan suojaamiseen vahingoilta tai potilasturvallisuuden varmistamiseen. Yksittäisessä ohjeessa taustasyyksi oli mainittu oikeustoimikelvottomuus, mikä on hieman yllättävä muotoilu sen vuoksi, että potilaan päätöksentekokyky ei ole ollut sidoksissa oikeustoimikelpoisuuteen enää vuosikymmeniin.

1800 SHP 14 ohje 1 ja SHP 17 ohje 1.
1801 SHP 17 ohje 1.
1802 SHP 4 ohje 1, SHP 8 ohje 1 ja SHP 14 ohje 3. SHP 14:ssa ohjeistettiin pitämään erillistä luetteloa, mutta erillisen kirjaamisohjeen (ohje 3) perusteella rajoittamistoimenpiteet tilastoidaan myös potilaskertomusjärjestelmään.
1803 SHP 3 ohje 1, SHP 5 ohje 1, SHP 7 ohje 1, SHP 8 ohje 1, SHP 12 ohje 1, SHP 14 ohje 1, SHP 16 ohje 1 ja SHP 17 ohje 1.
1804 SHP 6 ohje 1 mainitsee henkilökohtaisen vapauden ja koskemattomuuden suojatun YK:n ihmisoikeuksien julistuksen 3 artiklassa ja EIS 5 artiklassa. Enempää tätä yhteyttä ei ohjeessa hyödynnetä.

Sairaanhoitopiirien rajoittamisohjeissa oli kattavasti kirjattu EIT:n ja EOA:n ratkaisukäytännön ja voimassa olevan rajoittamissääntelyn näkökulmasta hyväksyttävä peruste tai useampia perusteita rajoittamiselle. Neljästä ohjeesta peruste kuitenkin puuttui kokonaan. Perusteissa oli kuitenkin ohjekohtaisia eroja, ja osin samankin ohjeen sisällä perusteet saattoivat vaihdella toimenpiteittäin. Potilaan ja muun henkilön turvallisuus esiintyivät rajoittamisperusteina useammin kuin potilaan tai muun henkilön hengen ja terveyden suoja, vaikka turvallisuuden takaaminen ei ole itsenäinen perusoikeus, vaan on perinteisesti liitetty nimenomaan vapaudenriistotilanteisiin. Todennäköisesti tähän on myötävaikuttanut paitsi voimassa oleva, joskaan ei somaattisessa hoidossa sovellettava, rajoittamissääntely ja EOA:n ratkaisukäytäntö, jossa turvallisuus esiintyy itsenäisenä rajoittamisperusteena. Turvallisuus rajoittamisperusteena väljentää kuitenkin huomattavasti rajoittamistoimenpiteiden käyttöä. Potilaan välttämättömän terveydenhoidon turvaaminen mainittiin vain noin puolessa ohjeista, vaikka kyseessä on perus- ja ihmisoikeus, jonka suojaamiseen rajoittamisella potilaan osalta terveydenhuollossa usein juurikin pyritään tai ainakin pitäisi pyrkiä. Hieman yllättäen omaisuusvahinkojen estäminen esiintyi rajoittamisperusteena neljäsosassa ohjeita. Omaisuutta suojataan perustuslain perusoikeussäännöksissä, ja omaisuuden suojaa käytetään rajoittamisperusteena myös voimassa olevissa rajoittamissäädöksissä. Joissakin sairaanhoitopiirien ohjeissa esiintyi muitakin rajoittamisperusteita: väkivaltaisen käyttäytymisen rajoittaminen, muiden vahinkojen estäminen ja muu erittäin painava hoidollinen syy. Muut syyt oikeuttavat rajoittamisen perusoikeuksien turvaamista laveammalla käyttöalalla, vaikka muu erittäin painava hoidollinen syy sisältyykin mielenterveyslain mukaisiin kriteereihin eristämisen ja lepositeiden käytön osalta, ja voidaan osin tulkita tarkoittavan välttämättömän terveydenhuollon turvaamista. Ohjeita kuitenkin soveltavat ei-oikeusoppineet terveydenhuollon ammattilaiset, joten väljien perusteiden käytännön soveltaminen on todennäköisesti kirjavaa.

Perusoikeuksien rajoittamiskriteereiden näkökulmasta ohjeista analysoitiin yleisten perusoikeuksien rajoittamisedellytysten esiintymistä. Perusoikeuksien rajoittamisedellytyksiä oli huomioitu jossain määrin lähes kaikissa ohjeissa, mutta sisällöllisesti vaihtelevasti. Tavallisimmin ohjeisiin oli kirjattu hyväksyttävä peruste rajoittamiselle ja rajoittamisen välttämättömyys tai viimesijaisuus. Lailla säätämisen vaatimus mainittiin keskimäärin kolmessa ohjeessa viidestä, ja suhteellisuusperiaate kahdessa ohjeessa viidestä. Tarkoitussidonnaisuus oli kirjattu vain noin kolmasosaan ohjeista. Oikeusturvakeinoista mainittiin vain kolmessa ohjeessa, osin johtuen siitä, ettei oikeusturvakeinoja voida sääntelemättömässä tilanteessa luoda viranomaisen ohjeilla.

Lisäksi ohjeista analysoitiin muita rajoittamiskriteereitä: perustuslain, potilaslain, mielenterveyslain tai muun lain säännöksiä, ammattieettisiä velvollisuuksia, lääketieteellistä hyväksyttävyyttä tai hyvää hoitokäytäntöä sekä valvontaviranomaisten kannanottoja tai ratkaisuja. Noin puolessa ohjeista viitattiin perustuslain perus-

oikeussäännöksiin, painottuen henkilökohtaisen vapauden, koskemattomuuden ja turvallisuuden suojaan. Muina perusoikeuksina nousivat esiin yksityisyyden suoja ja ihmisarvoinen kohtelu. Vaikka välttämättömän terveydenhoidon turvaaminen nousi rajoittamisperusteissa useammin esille, perusoikeussäännöksenä riittävän terveydenhoidon turvaamiseen viitattiin vain yksittäisessä ohjeessa. Laillisuusperiaatteeseen ja julkisen vallan velvoitteeseen turvata perusoikeuksien toteutuminen viitattiin samoin vain yhdessä ohjeessa, vaikka lailla säätämisen vaatimus oli mainittu kolmessa ohjeessa viidestä.

Myös potilaslain säännöksiin viitattiin noin puolessa ohjeista, painottuen itsemääräämisoikeuteen, hätätilanteiden hoitoon ja hyvän hoidon ja kohtelun säännöksiin. Mielenterveyslain rajoittamissääntelyyn koskien somaattisen hoidon tarpeessa olevaa tarkkailuun tai hoitoon määrättyä potilasta viitattiin noin kolmanneksessa ohjeita. Yhtä usein viitattiin myös muuhun lainsäädäntöön, kuten hallintolakiin, rikoslakiin ja sosiaalihuollon asiakaslakiin. Valvontaviranomaisten kannanottoihin tai kanteluratkaisuihin viitattiin myös yhteensä noin kolmanneksessa ohjeita, vaihtelevan sisältöisesti. Ammattieettiset velvollisuudet huomioitiin kolmanneksessa ohjeista samoin kuin hyvä hoito ja toiminnan lääketieteellinen hyväksyttävyyskin.

Rajoittamisen oikeuttamisessa sairaanhoitopiirien ohjeissa noudatetaan EOA:n ratkaisukäytännön ja osin potilaslainkin linjaa. Rajoittamisen oikeuttamisessa tukeudutaan potilaan, tai EOA:n ratkaisukäytännöstä poiketen myös sijaispäättäjän suostumukseen, tai potilaan etuun, sekä rikoslain oikeuttamisperusteisiin. Käytännössä puolessa ohjeista rajoittaminen edellyttää ensisijaisesti potilaan suostumusta, ja näistä puolet edellyttää toissijaisesti sijaispäättäjän suostumuksen. Muutamissa ohjeissa edellytetään potilaslain tapaan potilaan edun mukaista hoitamista, jos suostumusta ei saada. Rikoslain oikeuttamisperusteisiin on viitattu myös noin puolessa ohjeista. Joissakin ohjeissa potilaan tai sijaispäättäjän suostumusta edellytetään rikoslain oikeuttamisperusteesta huolimatta. Potilaalta edellytetyn suostumuksen ja rikoslain oikeuttamisperusteiden keskinäistä suhdetta ei kaikissa ohjeissa ole määritelty. Huomioiden ohjeisiin melko laajalti sisällytetyn suostumuksen vaatimuksen, rajoittamistoimenpiteiden käyttöä ei sairaanhoitopiirien ohjeissa selvästikään kohdenneta päätöksentekokyvyttömien potilaiden ryhmään, kuten voimassa olevassa rajoittamissääntelyssä tartuntatautilakia lukuun ottamatta kohdennetaan. Voimassa olevassa sääntelyssä lähtökohta rajoittamistoimenpiteisiin turvautumisessa on, ettei potilas ymmärrä tilannettaan tai käyttäytymisensä seurauksia, joten yhteisymmärryksessä hoitaminen ei ole mahdollista. On yllättävää, että jopa intensiteetiltään raskaimpien rajoittamistoimenpiteiden, eristämisen ja sitomisen, osalta potilaan suostumukselle annetaan joissakin ohjeissa merkitystä.

Rajoittamisen kesto on määritelty ohjeissa vaihtelevasti, ja vaihtelua esiintyy jopa saman ohjeen sisällä. Tavallisimmat määritelmät rajoittamisen kestolle ovat ”rajoittamisen lopettaminen heti kun potilaan tilanne sallii” ja ”sen aikaa kuin välttämätöntä”. Noin neljänneksessä ohjeita rajoittamisen kestoa ei ollut lainkaan määri-

telty. Tämän lisäksi viidessä ohjeessa ei ollut määritelty suojatoimenpiteiden kestoa. Oikeusasiamiehen ratkaisukäytännössä on korostettu rajoittamisen jatkamista vain sen aikaa kuin välttämätöntä, sekä pakkotilaperusteen näkökulmasta sen aikaa kuin pakkotila jatkuu. Välttämättömyys rajoittamisen keston määrittelyssä esiintyy myös voimassa olevissa rajoittamissäännöksissä mielenterveyslaissa ja kehitysvammaisten erityishuoltolaissa.

Rajoittamistoimenpiteinä ohjeissa korostuvat erilaiset henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen puuttuvat liikkumisvapauden rajoitukset intensiteetiltään raskaimmista, vapaudenriiston luonteisista toimenpiteistä: eristämisestä, sitomisesta ja poistumisen estämisestä; intensiteetiltään lievempiin yksityisyyden suojaan kajoaviin muihin liikkumisvapauden rajoituksiin, kuten turvavöihin ja sängyn laitojen käyttöön. Osittain ohjeissa on käsitelty myös muita yksityisyyden suojaan painottuvia rajoitustoimenpiteitä omaisuuden haltuunotosta, kameravalvonnasta ja lääkitsemisestä hygieniahaalarin käyttöön. Ohjeissa käytetyt termit vaihtelevat suojatoimenpiteistä turvavälineisiin ja -huoneisiin sekä rajoittamistoimenpiteisiin, eikä termien käytön ristiriitaisuuksilta aineistossa vältytä. Suojalla, turvalla ja rajoittamisella tarkoitetaan käytännössä samoja asioita, vaikka intensiteettieroja suoja- ja rajoittamistoimenpiteillä joissakin ohjeissa on, toisissa ei. Tuntuu jokseenkin tarpeettomalta käsitellä normaaliin hyvään hoitoon kuuluvia sängyn laitojen nostoa tai pyörätuolin turvavöitä rajoittamisena: niiden käyttämättä jättämistä ei voi hyvän hoidon näkökulmasta oikein perustella. Eri asia on, jos sängyn laidat nostetaan tai potilas lukitaan pöydällä tuoliinsa tarkoituksena nimenomaan rajoittaa potilaan liikkumista. Oikeusturvatarpeet ja -odotukset ovat näissä tilanteissa erilaiset.

Vapaudenriistotilanteisiin liittyvä turvallisuuden varmistaminen on huomioitu kaikkien sairaanhoitopiirien ohjeissa, joskin sisältö vaihtelee ohjeittain. Intensiteetiltään raskaampiin rajoittamistoimenpiteisiin liittyen ohjeistetaan poistamaan potilaalta vahingolliset aineet ja esineet. Osin ohjeistetaan lääkitsemisestäkin. Näitä ei käsitellä ohjeissa itsenäisinä rajoittamistoimenpiteinä. Ohjeissa muistutetaan myös rajoittamisen hyötyjen ja haittojen punninnasta, ja huomioidaan erityisesti leposidehoidon lääketieteelliset riskit ja sidontajärjestelmän laiteturvallisuus. Ohjeissa korostuu myös rajoittamistoimenpiteiden kohteena olevien potilaiden pääsääntöisesti tiivis tai jatkuva seuranta. Seurannan toteutustavat ja -tiheys sekä rajoittamisen uudelleen arvioinnin toteutus kuitenkin vaihtelevat, osin rajoittamistoimenpidekohtaisesti, osin toimintayksikkökohtaisesti: sairaalan vuodeosastoilla arvioidaan tilanne uudelleen tiheämmin kuin palveluasumisyksikössä. Joissakin ohjeissa muistutetaan rajoittamisen yhteydessä potilaalle mahdollisesti aiheutuvien vammojen tutkimisesta ja hoidosta. Puolessa tutkimusaineiston ohjeista on huomioitu myös työturvallisuus, tyypillisesti intensiteetiltään raskaampien rajoittamistoimenpiteiden yhteydessä, ja noin kolmessa viidestä ohjeesta on huomioitu ja ohjeistettu myös vartijan roolia rajoittamistilanteissa. Työturvallisuuskirjauksissakin on sisällöllisiä eroja ohjeittain.

Päätöksenteko rajoittamistoimenpiteiden käytöstä on pääsääntöisesti lääkärin tehtäväksi kirjattu. Kiireellisissä tilanteissa hoitohenkilökunta voi aloittaa rajoittamisen, mutta siitä on viipymättä ilmoitettava lääkärille, joka päättää jatkosta. Muutamassa ohjeessa oli annettu hoitohenkilökunnalle itsenäinen oikeus päättää lyhytkestoisten, intensiteetiltään lievempien toimenpiteiden käytöstä. Päätöksenteossa korostettiin tapauskohtaista henkilökohtaisesti suoritettua arviointia tilanteesta. Ennen päätöksentekoa kaksi kolmesta ohjeesta ohjeistaa kuulemaan potilasta ja puolet tarvittaessa myös lähiomaista tai muuta sijaispäättäjää. Myös päätöksen kirjaamista perusteluineen on ohjeistettu sairaanhoitopiirien ohjeissa kattavasti, mutta sisällöllisesti eri tavoin. Reiluun kolmannekseen ohjeista sisältyi rajoitustoimenpiteiden käytön jälkikäteisarviointi. Oikeussuojakeinoja tutkimusaineistoon sisältyvissä sairaanhoitopiirien ohjeissa oli huomioitu vain muutamassa ohjeessa. Osin tämä liittyy siihen, ettei viranomaisen ohjeilla ole mahdollista luoda oikeussuojakeinoja. Rajoittamistoimenpiteiden käytön raportointi oli huomioitu vain yhdessä ohjeessa kolmesta, jos raportointina huomioidaan myös Haipro-potilasturvallisuusilmoitukset.

Edellä on analysoitu terveydenhuollon yksiköiden somaattista hoitoa koskevia rajoittamisohjeita sairaanhoitopiirien ohjeisiin kohdennettuna otoksena. Tässäkin pienehkössä otoksessa saatiin tutkimusaineistoon eri sisältöisiä ohjeita kattavasti eri puolilta Suomea. Toimintayksiköissä viranomaisen toimesta tapahtuva somaattisessa hoidossa käytettävien rajoittamistoimenpiteiden ohjeistaminen ei ole sääntelyn puuttuessa helppo tehtävä, mikä näkyy siinä, että juridisesta näkökulmasta ohjeiden laatu on vaihteleva. Osassa ohjeita on kattavastikin huomioitu perusoikeudet, terveydenhuollon lainsäädäntöä ja voimassa olevaa rajoittamissääntelyä sekä valvontaviranomaisten ratkaisuja. Kahdesta keskenään melko samansisältöisiä ja kattavia ohjeita sisältäneestä ohjeryhmästä huolimatta yksilöllisesti laadittuja ohjeita oli tutkimusaineistossa enemmistö, ja sisällöllinen ja laadullinen vaihtelu suurta. Rajoittamista somaattisessa hoidossa tehdään siis eri toimintayksiköissä erilaisin perustein, rajoittamisedellytyksin ja sisällöin, mikä asettaa potilaat valtakunnallisesti epäyhdenvertaiseen asemaan perus- ja ihmisoikeuksien toteutumisen turvaamisen näkökulmasta. Viranomaisen ohjeilla ei valitettavasti voida myöskään taata riittäviä oikeusturvakeinoja rajoittamistoimenpiteiden, etenkään vapaudenriiston, kohteina oleville potilaille.

III TÄYSI-IKÄISEN POTILAAN ITSEMÄÄRÄÄMIS-OIKEUDEN JA RAJOITTAMISSÄÄNTELYN TULEVAISUUS – DE LEGE FERENDA

8 Vuoden 2018 asiakas- ja potilaslakiluonnoksen keskeiset itsemääräämisoikeutta ja rajoittamis-toimenpiteitä somaattisessa hoidossa koskevat ehdotukset

8.1 Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen

8.1.1 Potilaan etu

Somaattista hoitoa koskeva rajoittamissäänte lyn tarve on tunnistettu ainakin jo 2000-luvun alussa, mutta sääntely on edennyt hitaasti. Viimeisen 10 vuoden aikana on asian korjaamiseksi tehty kaksi lakiluonnosta, jotka eivät kuitenkaan edenneet hallituksen esitystä (2014) ja luonnosvaiheen lausuntokierrosta (2018) pidemmälle. Seuraavassa analysoidaan vuoden 2018 lakiluonnoksen täysi-ikäisen potilaan itsemääräämisoikeutta ja rajoittamista somaattisessa hoidossa koskevia keskeisiä uudistusehdotuksia, sääntelyteknisiä ratkaisuja ja mahdollisia käytännön terveydenhuollon toimintaan ja ihmissoikeusvelvoitteisiin liittyviä ongelmia. Tehtyjä ratkaisuja on taustoitettu lakiluonnoksen perusteluiden lisäksi vuoden 2014 hallituksen esityksen perusteluilla. Oikeuslähteiden ulkopuolelle rajautuvaa vuoden 2018 lakiluonnoksen lausuntopalautetta hyödynnetään muutamien yksityiskohtien esiin nostamiseksi.

Vuoden 2018 lakiluonnoksen tavoitteena oli vahvistaa potilaan itsemääräämisoikeutta, edistää potilaan hyvää palvelua ja kohtelua terveydenhuollossa, turvata potilaan välttämätön hoito ja huolenpito, edistää asiakaslähtöisyyttä terveydenhuollossa, edistää turvallisuutta terveydenhuoltoa annettaessa sekä vähentää ja ennaltaehkäistä rajoitustoimenpiteiden käyttöä terveydenhuollossa.[1805] Työryhmämuistion mukaan itsemääräämisoikeutta oli tarkoitus vahvistaa säänte lemällä päätöksenteon tukemisesta, hoitotahdon tekemisestä ja itsemääräämiskyvyn arvioinnista erityisen suojelun tarpeen selvittämiseksi ja sen saamisen varmistamiseksi.[1806] Ehdotettu laki olisi ollut sosiaalihuollon asiakkaan ja potilaan asemaa ja oikeuksia koskeva ja samalla

1805 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 1 §, sekä luonnoksen yksityiskohtaiset perustelut 6.7.2018 1 §. Samoin myös alustavassa asiakas- ja potilaslain luonnoksessa 25.4.2018.
1806 STM 27/2018, s. 162.

muuta lainsäädäntöä täydentävä yleislaki.[1807] Lakia oli tarkoitus soveltaa potilaiden ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden oikeuksiin ja velvollisuuksiin julkisessa ja yksityisessä terveydenhuollossa.[1808]

Asiakas- ja potilaslain 2018 luonnoksessa oli nykyistä potilaslakia muistuttava säännös (4 §:ssä) potilaan oikeudesta hyvään sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja hyvään kohteluun. Hyvällä kohtelulla tarkoitettiin potilaiden yhdenvertaista ja ihmisarvoista kohtelua, yksityisyyden ja vakaumuksen kunnioittamista sekä sitä, että potilaiden toiveet ja odotukset täytettäisiin mahdollisuuksien mukaan.[1809] Säännöksestä puuttui kuitenkin nykyisen potilaslain 3 §:n rajaus potilaan oikeudesta terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Tästä johtuen lakiluonnoksen muotoilu olisi voinut luoda käsityksen, että potilaalla olisi ollut subjektiivinen oikeus kaikkeen haluamaansa hoitoon.[1810]

Uutena lakiluonnoksessa ehdotettiin säädettävän, että potilasta koskevan asian käsittelyssä ja ratkaisussa otettaisiin ensisijaisesti huomioon potilaan etu (5 §). Terveydenhuollon lainsäädännössä ei aiemmin ole määritelty potilaan etua, vaikka potilaan etu käsitteenä onkin määritellyt toimintaa.[1811] Esimerkiksi nykyisen potilaslain 6.3 §:n mukaan sijaispäättäjänä toimivan tulee huomioida potilaan aiempi hoitotahto, tai jos sitä ei ole tiedossa, hänen henkilökohtainen etunsa. Potilasta tulee myös hoitaa viime kädessä hänen etunsa mukaisesti, jos hänen tahtoaan ei tunneta, eikä sijaispäättäjän suostumusta ole saatavissa. Ehdotettu säännös potilaan edusta oli saman sisältöinen sosiaalihuoltolain (1341/2014) 4 §:n kanssa.[1812] Potilaan etua arvioitaessa tuli asiakas- ja potilaslakiluonnoksen 5 §:n mukaan huomioida, miten eri toimintatavat ja ratkaisut parhaiten turvaavat potilaan hyvinvoinnin, itsenäisen suoriutumisen ja omatoimisuuden vahvistumisen sekä läheisten ihmissuhteiden jatkumisen ja läheisten hyvinvoinnin. Läheisten ihmissuhteiden jatkumisella ja läheisten hyvinvoinnilla tarkoitettiin perusteluiden mukaan potilaan läheisten mahdollisuutta osallistua ja saada riittävästi tukea ja apua, sekä

1807 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 3.

1808 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 2 § sekä lakiluonnoksen erityiset perustelut 6.7.2018, s. 3 ja 6. Terveydenhuollon ammattihenkilön käsitteen sisältö on tässä lakiluonnoksessa sama kuin terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa. Samoin myös asiakas- ja potilaslain alustavassa luonnoksessa 25.4.2018.

1809 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 9-10.

1810 Samoin totesivat lausunnossaan osa sairaanhoitopiireistä, Pohjois-Suomen AVI sekä Valvira. Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta 2018, rivi 91, 101, 102, 126 ja 131, sarake G. Yhdenvertaisuusvaltuutettu piti tärkeänä, että yhdenvertaisuuden ja syrjintäkiellon sisältö olisi tarkemmin kuvattu. Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta 2018, rivi 64, sarake G. Yhdistysten taholta esitettiin kirjaukseksi potilaan oikeutta saada yksilöllisiä tarpeitaan vastaavaa hoitoa ja palvelua. Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta 2018, rivi 50, sarake G.

1811 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 10.

1812 Näin myös luonnoksessa asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 10.

velvoitettiin kiinnittämään huomiota siihen, että kohtuuttomat etäisyydet eivät tosiasiallisesti estäisi yhteydenpitoa.[1813] Sosiaali- ja terveydenhuollon keskittämis- ja säästötavoitteissa esimerkiksi välimatkojen vaikutusta ei käytännössä pystyttäisi kaikkien palveluiden osalta huomioimaan. Toisaalta henkilöillä on perustuslain nojalla oikeus valita asuinpaikkansa, millä myös on vaikutusta potilaan ja läheisten etäisyyksiin.

Potilaan edun kannalta tuli 5 §:n mukaan huomioida myös tarpeisiin nähden oikea-aikaisen, oikeanlaisen ja riittävän tuen ja hoidon ja niiden jatkuvuuden turvaaminen sekä mahdollisuus tulla kuulluksi ja osallistua ja vaikuttaa omiin asioihinsa. Potilaan asemaa ja osallisuutta sekä vaikutusmahdollisuuksia omassa asiassaan olisi korostettu itsemääräämisoikeuden edistämiseksi. Vaikutusmahdollisuuksien edistäminen tarkoitti potilaan mahdollisuutta vaikuttaa siihen, miten ja missä palvelut toteutetaan.[1814] Lisäksi tuli lakiluonnoksen 5 §:n mukaan huomioida potilaan kielellinen, kulttuurinen ja uskonnollinen tausta sekä potilassuhteen luottamuksellisuus ja yhteistoiminta potilaan kanssa. Myös potilaan toivomuksia, taipumuksia ja valmiuksia vastaava koulutus, väylä työelämään ja osallisuutta edistävä toiminta piti turvata.[1815] Lakiluonnoksessa oli myös päällekkäisyyttä eri säännösten välillä: potilaan äidinkielen ja kulttuurin huomioimisesta oli 5 §:n lisäksi myös oma nykyistä potilaslakia vastaava säännöksensä lakiluonnoksen 7 §:ssa.[1816]

Lakiluonnoksen 5 §:stä ilmeni selkeästi se haaste, mikä sosiaalihuollon ja terveydenhuollon lainsäädännön yhdistämisestä aiheutuu: säännellyt asiat ovat puolin ja toisin vieraita ja ainakin osin käytännössä mahdottomia huomioida toimittaessa eri viranomaisessa, kuin mihin säännös alun perin on luotu. Miten esimerkiksi terveydenhuollossa olisi turvattu potilaan toivomuksia vastaava koulutus tai väylä työelämään tai potilaan osallisuutta edistävä toiminta, jolla ilmeisesti tarkoitettiin muuta, kuin potilaan osallistumista omassa asiassaan? Potilaan edun käyttäminen

1813 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 10.

1814 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 10. Mitä valinnanmahdollisuus olisi merkinnyt hoitopaikan valinnan osalta? Olisiko potilaalla ollut oikeus valita, hoidetaanko häntä erikoissairaanhoidon vuodeosastolla vai terveyskeskuksessa, vai olisiko valinnanmahdollisuus rajoittunut vain lääketieteellisesti perusteltuun hoitopaikkavalikoimaan? Voimassa olevan terveydenhuoltolain (1326/2010) 47-48 §:ien (426/2023) nojalla potilas ei voi valita hoitopaikakseen erikoissairaanhoitoa perusterveydenhuollon sijaan, valinnan voi tehdä perusterveydenhuollon tasoisten hoitopaikkojen välillä ja erikoissairaanhoitoon lähetettäessä erikoissairaanhoidon hoitopaikkojen välillä.

1815 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 4-5 §:t. Samoin myös alustavassa luonnoksessa 25.4.2018.

1816 Monet sairaanhoitopiirit kiinnittivät lausunnoissaan huomiota siihen, että voimassa olevassa laissa tulkitsemisvelvoite muiden kuin kansalliskielten osalta ei ole ehdoton ja subjektiivinen oikeus, ja tulkitsemisvelvoitteen laajentaminen lisäisi merkittävästi palvelutarvetta ja kustannuksia. Yhdenvertaisuusvaltuutettu korosti lausunnossaan saamen kielilain mukaisten velvoitteiden huomioimista sosiaali- ja terveyspalveluissa, ja piti tärkeänä positiivisen erityiskohtelun tarpeen painottamista saamelaisten tosiasiallisen yhdenvertaisuuden turvaamiseksi. Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta 2018, rivi 62, 64, 67, 91, sarake G.

kriteerinä ei myöskään olisi ollut yhteensopiva CRPD:n 12 art. ja CRPD-komitean tulkinnan kanssa, jossa päätöksenteon edellytetään perustuvan potilaan tahtoon ja mieltymyksiin (will and preferences), ei potilaan etuun (best interest). Sosiaali- ja terveydenhuollon nykyisissä säästöpaineissa lienee selvää, ettei esimerkiksi julkisen terveydenhuollon palveluvalikoimaa voida tällä rahoituspohjalla perustaa puhtaasti potilaan tahtoon ja mieltymyksiin tai luoda subjektiivista oikeutta julkisiin terveyspalveluihin.

8.1.2 Potilaan päätöksenteon tukeminen

Lähtökohta kaikessa potilaan hoitamisessa olisi edelleen ollut potilaan hoitaminen yhteisymmärryksessä hänen kanssaan.[1817] Lakiluonnoksen potilaan (13 §) ja potilaan laillisen edustajan tai läheisen (14 §) tiedonsaantioikeutta koskevat säännökset olisivat vastanneet pääosin potilaslain 5 §:n ja 9 §:n säännöksiä.[1818] Potilaan itsemääräämisoikeutta koskeva 17 §:n säännös oli samoin pääosin potilaslain 6-9 §:iä vastaava.[1819] 14 §:ssa tai 17 §:ssä ei kuitenkaan mainittu nykyisen potilaslain 6.3 §:ssa edellytettyä laillisen edustajan, lähiomaisen tai muun läheisen suostumusta tiedonsaantioikeuden perusteena tai hoidon luvallisuuden edellytyksenä.

Uusi potilaan itsemääräämisoikeuden kannalta keskeinen ehdotus lakiluonnoksessa oli potilaan päätöksenteon tukeminen (21 §), joka oli tarkoitettu eräänlaiseksi välivaiheeksi potilaan täysimääräisen itsemääräämisoikeuden ja päätöksentekokyvyttömän potilaan tahdon mukaisen hoitamisen välissä. Päätöksenteon tukemista oli tarkoitus soveltaa tilanteissa, kun täysi-ikäinen potilas ei pysty itsenäisesti päättämään terveyden- ja sairaanhoidostaan alentuneen itsemääräämiskyvyn vuoksi. Jos potilas ei olisi tuettunakaan pystynyt päättämään terveyden- ja sairaanhoidostaan, olisi tullut noudattaa hänen tekemäänsä hoitotahtoa. Jos henkilöllä ei olisi ollut pätevää hoitotahtoa tai sen tiedot olisivat olleet riittämättömät, häntä olisi tullut hoitaa tavalla, jota olisi voitu pitää hänen tahtonsa mukaisena. Tässä tilanteessa olisi kuultu potilaan tahdosta laillista edustajaa, lähiomaista tai muuta läheistä, kuten nykyäänkin. Hoitotahdon asema tässä suhteessa oli myös nykytilaan nähden ennallaan, eli laillisella edustajalla, lähiomaisella tai muulla läheisellä ei olisi ollut oikeutta ohittaa potilaan tekemää hoitotahtoa. Mikäli potilaan tahdosta ei laillisen edustajan, lähiomaisen tai muun läheisen avulla olisi saatu selvyyttä tai näiden

1817 Ks. itsemääräämisoikeuden määritelmästä, sen edellytyksistä ja suostumuksesta luku 5.

1818 Laillisen edustajan, lähiomaisen tai muun läheisen tiedonsaannista säännellään 1.1.2024 alkaen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietolaissa (703/2023).

1819 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 16-18 lähti siitä, että säännös vastaa nykyistä potilaslakia, joten sijaispäättäjän suostumus oli mahdollisesti jäänyt epähuomiossa pois. Toisaalta muutos saattoi liittyä myös CRPD-sopimuksen vaatimuksiin. ETENE piti tärkeänä, että potilaan tiedonsaantioikeuden toteuttamiseksi tietojen tulisi olla YK:n vammaissopimuksen edellyttämällä tavalla esteettömästi saatavilla. Yhdenvertaisuusvaltuutettu korosti ammattitulkkauksen saatavuutta sosiaali- ja terveyspalveluissa. Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta 2018, rivi 103 ja 64, sarake G.

tahojen näkemykset potilaan tahdosta olisivat olleet ristiriitaisia, potilasta olisi tullut hoitaa hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisesti.[1820] Lähiomaisen tai läheisen oikeuteen kieltää hoitotoimenpiteiden suorittaminen ei luonnoksessa otettu kantaa.[1821] Sijaispäättäjän toimesta annettavaa suostumusta hoidon luvallisuuden edellytyksenä ei myöskään mainittu lakiluonnoksen 17 tai 21 §:ssä.[1822] Sijaispäättäjä oli todennäköisesti jätetty pois lakiluonnoksesta CRPD:n 12 artiklan vuoksi. Säännösluonnoksissa ei kuitenkaan huomioitu, että CRPD-komitea tulkitsee päätöksentekokyvyn arvioinninkin lähtökohtaisesti vammaisia syrjiväksi ja siten tällainen päätöksentekokykyyn perustuva lähtökohta sääntelylle ei ole yhteensopiva CRPD:n 12 art. kanssa. CRPD-komitean tulkinnan mukaan sopimuksen määritelmän mukaisten vammaisten päätöksentekoa voidaan tukea vain heidän suostumuksellaan. Myöskään potilaan edun mukainen hoitaminen ei ole yhteensopiva CRPD:n 12 art. ja CRPD-komitean tulkinnan kanssa. Biolääketiedesopimuksen kanssa tämä olisi yhteensopivaa.

Tuetun päätöksentekojärjestelmän tavoite olisi ollut, että henkilö olisi voinut tehdä terveydenhuoltoaan tai yleisemmin elämäänsä koskevia päätöksiä omaehtoisesti, vaikka hänellä muuten olisi ollut vaikeuksia tehdä valintoja, muotoilla päätöksiä tai kommunikoida. Päätöksenteon tukeminen olisi toteutettu lakiluonnoksessa tukihenkilön avulla. Tukihenkilö olisi auttanut etsimään tietoa ja vaihtoehtoja; punnitsemaan ratkaisun etuja ja haittoja; ja selvittänyt vaikeita asioita selkokielellä.[1823] Täysi-ikäinen potilas olisi lakiluonnoksen mukaan voinut nimetä itselleen yhden tai useamman tukihenkilön sen varalta, että hän ei alentuneen itsemääräämiskyvyn vuoksi pystyisi itse osallistumaan ja vaikuttamaan terveyden- tai sairaanhoitonsa suunnitteluun ja toteuttamiseen, tai ymmärtämään ehdotettuja ratkaisuvaihtoehtoja tai päätösten vaikutuksia.[1824] Ennen tukihenkilön nimeämistä tuettavan henkilön ja nimettävän henkilön olisi tullut keskustella tuettavan toiveista ja nimettävän tehtävistä. Tukihenkilö olisi osallistunut asiakkaan tai potilaan päätöksenteon tukemiseen ja tahdon selvittämiseen, mutta ei olisi tehnyt päätöksiä tuettavan henkilön puolesta.[1825] Mikäli täysi-ikäinen henkilö ei olisi nimennyt tukihenkilöitä, hänen

1820 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 17 §. Samoin alustavassa lakiluonnoksessa 25.4.2018.

1821 Vastaavasti lausunnossaan HUS. Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta 2018, rivi 91, sarake H.

1822 Tästä huomauttivat myös Etelä-Suomen ja Lapin aluehallintovirastot sekä Lääkäriliitto lakiluonnoksesta antamissaan lausunnoissa. Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta 2018, rivi 63 ja 69, sarake H sekä rivi 104, sarake I. Valvira huomioi saman puutteen lausunnossaan, mutta piti sijaispäättäjän suostumuksen puuttumista jopa itsemääräämisoikeussääntelyä selkiyttävänä nykyiseen potilaslakiin nähden. Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta 2018, rivi 101, sarake H.

1823 HE 108/2014 vp., s. 32. Samoin luonnos asiakas ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 20-21.

1824 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 21 §.

1825 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 21 §. Samoin myös luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 21.

laillinen edustajansa, lähiomaisensa tai muu läheinen henkilö olisi voinut osallistua päätöksenteon tukemiseen ja tahdon selvittämiseen.[1826] Myöskään omaisilla ja läheisillä ei olisi ollut oikeutta tehdä päätöksiä potilaan puolesta, vaan tukea potilaan päätöksentekoa ja auttaa henkilön oman tahdon selvittämisessä.[1827]

Tilanteissa, kun potilaalla ei olisi ollut nimettyä tukihenkilöä, laillista edustajaa, lähiomaista tai muuta läheistä, tai edellä mainittuja henkilöitä ei olisi ollut mahdollista tavoittaa ajoissa, tai heillä ei olisi ollut edellytyksiä toimia potilaan tahtoa kunnioittaen tai potilaan edun mukaisesti, paikalla olevalla terveydenhuollon ammattihenkilöllä olisi ollut 23 §:n mukaan velvollisuus huolehtia siitä, että potilaan päätöksentekoa tuetaan asianmukaisesti.[1828] Tarkoitus oli ollut, että potilaan päätöksentekoa olisi tukenut henkilö, jolla ei ollut asiassa omaa intressiä, esimerkiksi joku hoitohenkilökunnasta tai palveluyksikössä toimiva vapaaehtoistyöntekijä. Päätöksenteon tukemiseen ei kuitenkaan olisi saanut osallistua sellainen henkilö, joka olisi vastannut potilasta koskevien ratkaisujen tekemisestä.[1829]

Tukihenkilön tehtävä olisi lakannut, jos tuettava olisi ilmoittanut, ettei halua käyttää tukihenkilöä, tai että hän vaihtaa tukihenkilöä; tai jos tuettava olisi kuollut tai hänen terveydentilansa olisi pysyvästi heikentynyt niin, ettei hän tuettunakaan pystyisi muodostamaan käsitystään asiassa. Mikäli tukihenkilöillä ei olisi ollut edellytyksiä toimia potilaan tahtoa kunnioittaen ja hänen etunsa mukaisesti, ja tuettava sekä tukihenkilö olisivat vastustaneet tehtävän lakkaamista, hoitavan lääkärin tai vastaavan sosiaalityöntekijän olisi tullut tehdä tukihenkilön tehtävän lakkaamisesta kirjallinen valituskelpoinen päätös.[1830] Hoitosuhde olisi voinut kärsiä, kun lakiluonnoksessa olisi asetettu käytännössä hoitava lääkäri tukihenkilön ja tuettavan tai eri tukihenkilöiden ristiriitojen ratkaisijaksi.[1831] Toisaalta myös nykyisen potilaslain 6 §:n mukaan lääkäri päättää potilaan edun mukaisesta hoidosta, jos sijaispäättäjien näkemykset potilaan tahdosta ovat ristiriitaiset, tai tahdosta ei saada selvitystä. CRPD:n 12 art. kuitenkin oikeusturvanäkökohdista edellyttää, että terveydenhuollon ammattihenkilön tulee varmistaa, ettei tukihenkilö vaikuta epäasiallisesti

1826 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 22 §.

1827 Luonnos asiakas- ja potilaslain erityisiksi perusteluiksi 6.7.2018 s. 21.

1828 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 23 §.

1829 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 21. Oikeuskansleri kiinnitti lakiluonnoksesta antamassaan lausunnossa huomiota siihen, että säännöksestä ei ilmene, kuka arvioisi onko lainkohdassa tarkoitetulla henkilöllä edellytykset toimia asiakkaan tai potilaan päätöksenteon tukena, vaikka kyseisen arvion seurauksena päätöksentekoa voisi tukea asiakkaalle tai potilaalle ulkopuolinen henkilö. Lisäksi 23.1 §:n kohtien keskinäiset viittaukset tekivät säännöksestä sekavan. Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta, rivi 49, sarake I.

1830 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 24 § sekä luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 21-22.

1831 Vastaava huomio tehtiin lausuntopalautteessa. Lakiluonnoksesta annetuissa lausunnoissa nähtiin 23.2 §:n aiheuttavan ristiriitoja lääkärin ja potilaan tukihenkilön välille, ja kaivattiin tähän soveltamisohjeita. Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta 2018, rivit 14, 69 ja 102; sarake I.

potilaan päätöksentekoon tai ohita potilaan tahtoa. Myös BLTS velvoittaa huolehtimaan oikeusturvanäkökohdista kansallisessa sääntelyssä.

Päätöksenteon tukemisen malli olisi ollut analoginen edunvalvontajärjestelmän edunvalvontavaltuutuksen[1832] kanssa. Onkin perusteltua kysyä, miksi terveydenhuoltolainsäädäntöön olisi tarvinnut sisällyttää uudenlainen terveydenhuollon ammattilaisia merkittävästi työllistävä päätöksenteon tukijärjestely, jota vastaava mekanismi on jo holhousoikeuden puolella yksityiskohtaisemmin säänneltynä olemassa? Myös oikeuskansleri kiinnitti lakiluonnoksesta antamassaan lausunnossa huomiota sosiaali- ja terveydenhuoltoon kaavaillun tuetun päätöksenteon järjestelmän ja holhoustoimilain mukaisen järjestelmän samankaltaisuuksiin, joskaan asiakas- ja potilaslain mukaisessa järjestelyssä henkilön itsemääräämiskyvyn alentumisen toteamisesta (35 §) ei olisi seurannut, että hänen itsemääräämisoikeuttaan päättää hoidostaan tai huollostaan olisi rajoitettu, tai että toinen henkilö olisi edustanut häntä. Päätöksenteon tukemisjärjestelyn samankaltaisuus suhteessa holhoustoimilain mukaisiin menettelyihin olisi voinut vaikuttaa lain soveltamiseen ja hämärtää kyseisen järjestelmän tarkoitusta. Oikeuskansleri piti tärkeänä, että asiakas- ja potilaslain tuetun päätöksenteon mallin suhde holhoustoimilain vastaavaan järjestelyyn käsiteltäisiin lakiluonnoksen yksityiskohtaisissa perusteluissa tuetun päätöksenteon järjestelmän tarpeen arvioimiseksi ja oikeusjärjestelmän selkeyden ja asiakas- ja potilaslain oikean soveltamisen turvaamiseksi.[1833] Järjestely olisi luonut tarpeettoman päällekkäisen byrokraattisen menettelyn, kun tukihenkilökysymyskin olisi vastuutettu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden huolehdittavaksi. Lakiluonnoksessa oli myös sekoitettu keskenään päätöksentekokyvyn puuttuminen ja eriasteisesti alentunut päätöksentekokyky, mikä johti sekaviin kirjauksiin päätöksentekokyvyn tukemisesta. Sääntelytekninen ongelma liittyy olennaisesti myös päätöksentekokyvyn tilanne-, aika- ja olosuhdesidonnaisuuteen sinänsä. Päätöksentekokyky voi myös vaihdella. Vaikka henkilö olisi kyvytön päättämään merkittävistä kysymyksistä hoidossaan, hän voi olla kykenevä päättämään pienemmistä asioista, tuella tai ilman. Näin laaja-alaisen, vaihtelevan ja muuttuvan asian yksityiskohtainen sääntely voisi tosiasiallisesti jopa heikentää potilaan itsemääräämisoikeuden joustavaa toteuttamista käytännön terveyden- ja sairaanhoidossa.

8.1.3 Hoitotahto

Nykyisen potilaslain 6 §:ssä ja 8 §:ssä on potilaan hoitotahdosta ja sen noudattamisesta vain maininta. Asiakas- ja potilaslakiluonnoksessa hoitotahdosta ehdotettiin

1832 Edunvalvontavaltuutus on testamenttimuotoon laadittava asiakirja, jossa henkilö voi antaa valitsemalleen valtuutetulle tai useammille oikeuden edustaa häntä tilanteessa, jolloin hän ei itse kykene ymmärtämään asian merkitystä. Edunvalvontavaltuutuksen vahvistaa maistraatti. Henkilöä koskevissa asioissa edunvalvontavaltuutus on aina toissijainen: vain valtuutettu voi tehdä päätöksen asiassaan, jos hän kykenee ymmärtämään asian merkityksen. Antila 2007, s. 3-18.

1833 Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta, rivi 49, sarake L.

säänneltävän varsin yksityiskohtaisesti. Potilaan päätöksenteon tukeminen olisi kuitenkin ollut ensisijaista hoitotahdolla ilmaistun potilaan tahdon noudattamiseen nähden.[1834] Lakiluonnoksen 25 §:n mukaan henkilö olisi voinut ilmaista tulevaisuutta koskevan hoitotahtonsa sen varalta, ettei hän tuettunakaan kykenisi päättämään omasta terveyden- ja sairaanhoidostaan.[1835] 26 §:n mukaan hoitotahdon sisältämät tahdonilmaisut olisivat olleet ehdottomasti henkilökuntaa sitovia tahdonilmaisuja tai hoidossa huomioon otettavia toiveita.[1836] Henkilö olisi voinut antaa henkilökuntaa sitovan tahdonilmaisun siitä, milloin luovuttaisiin hänen elämäänsä pidentävistä, keinotekoisesti elintoimintoja ylläpitävistä hoitotoimista; kuka olisi oikeutettu tekemään henkilön puolesta hänen hoitoaan koskevia ratkaisuja ja saamaan sitä varten tarvittavat tiedot potilasasiakirjoista, ja kenelle voitaisiin luovuttaa tietoja henkilön olinpaikasta ja hänen voinnistaan.[1837] Potilaan tahtoa hänen puolestaan ratkaisuja tekevästä henkilöstä olisi voitu soveltaa myös tilanteissa, kun potilas olisi tilapäisesti kyvytön tekemään hoitoaan tai huolenpitoaan koskevia ratkaisuja, eikä ratkaisun tekeminen voisi odottaa potilaan tilan kohentumista. Tällä ei ollut kuitenkaan tarkoitus korvata edunvalvontavaltuutusta.[1838] Oikeuskansleri kiinnitti kuitenkin lausunnossaan huomiota siihen, että säännösluonnos oli päällekkäinen edunvalvontavaltuutuksen kanssa, ja suositteli arvioimaan hoitotahdossa nimetyn henkilön tarvetta oikeusjärjestyksen selkeyden kannalta.[1839] Hoitotahtoluonnostelu ei ollut CRPD:n ja CRPD-komitean tulkinnan kanssa täysin yhteensopivaa, sillä CRPD ja CRPD-komitea eivät varsinaisesti tunnusta sellaista tilannetta, että potilas ei tuettuna pystyisi päättämään hoidostaan. Hän vain tarvitsee ”täyttä tukea”, jonka tarkoitus on selvittää paras tulkinta potilaan tahdosta ja mieltymyksistä. Yksi tukimuoto on juuri hoitotahto. Tästä näkökulmasta potilas ei myöskään voisi hoitotahdossaan määrätä henkilöä päättämään puolestaan, koska tällainen ei olisi yhteensopivaa CRPD:n 12 art. kanssa. BLTS:n 6 art. kanssa tämä olisi suorastaan välttämätöntä.

Hoitotahtoon olisi voitu lakiluonnoksen mukaan sisällyttää myös kirjava joukko hoitoa koskevia toiveita henkilön elämänarvoista, hänelle erityisen mieluisista asioista ja näiden toteuttamisesta hänen tarpeitaan vastaavan toiminnan avulla, ja toiveita henkilöä haittaavien esteiden poistamisesta ja hänelle sopivan ympäristön turvaamisesta sekä kertoa asioista, jotka sisältyvät itsemääräämisoikeutta turvaavaan suunnitelmaan. Hoitotahto olisi voinut sisältää sitovia tahdonilmaisuja ja hoitotoiveita myös muista henkilön terveyden- ja sairaanhoitoa tai huolenpitoa koskevista

1834 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 22.
1835 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 25 §.
1836 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 26 §.
1837 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 25 §.
1838 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 23.
1839 Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta, rivi 49, sarake L.

seikoista.[1840] Käytännössä sitovat tahdonilmaisut ja toiveet oli suunniteltu kirjattavan hoitotahtolomakkeessa eri sivuille.[1841] Säännösluonnosten huomattava väljyys hoitotahdon sisällön ja sitovuuden osalta olisi aiheuttanut haasteita käytännön soveltamisessa esimerkiksi suhteessa palveluiden järjestämiseen ja lääketieteellisesti perusteltuun hoitoon sekä osin myös ammattihenkilölain 22 §:n lääkärin autonomiaan. Kiireellisissä hoitotilanteissa olisi lakiluonnoksen mukaan tullut noudattaa aiempaa vakaata ja pätevää hoitotahtoa, kuten nykyäänkin.[1842]

Hoitotahtoon sisältyvät tahdonilmaisut ja toiveet olisivat olleet lakiluonnoksen 26 §:n mukaan päteviä, kun henkilö olisi riittävästi ymmärtänyt niiden sisällön niitä antaessaan. Hoitotahdon sisällöstä olisi voitu poiketa vain, jos olisi ollut perusteltua syytä epäillä, että hoitotahtoon kirjatut asiat olisivat perustuneet henkilön väärään käsitykseen sairauden luonteesta tai muista hoitoon ja huolenpitoon liittyvistä seikoista, tai että henkilön tahto tai toiveet olisivat myöhemmin muuttuneet.[1843] Hoitotahtoa ei kuitenkaan olisi saanut jättää noudattamatta sillä perusteella, että joku muu henkilö ei pitäisi potilaan tahdonilmaisua hyvänä tai järkevänä.[1844] 27 §:n mukaan hoitotahto olisi voitu ilmaista suullisesti tai kirjallisesti, ja siihen liittyvät tahdonilmaisut tehdä yhtä aikaa samaan asiakirjaan tai eri aikoina ja liittää tarvittaviin asiakirjoihin. Tahdonilmaisuista tiedon saavan terveydenhuollon ammattihenkilön olisi tullut huolehtia siitä, että kirjaukset tehdään viipymättä.[1845] Lakiluonnoksen 28 §:ssa oli ehdotettu myös säädettävän terveydenhuollon ammattihenkilölle velvollisuus huolehtia siitä, että täysi-ikäinen henkilö saa neuvontaa ja ohjausta hoitotahdon ja edunvalvontavaltuutuksen tekemiseen, jos on odotettavissa, että henkilö joutuisi todennäköisesti lähitulevaisuudessa tilanteeseen, jossa hän ei tuettunakaan pysty päättämään hoidostaan.[1846] Lakiluonnoksen mukaan säännöksen tavoitteena oli tehdä hoitotahdon tekemisestä arkinen, mahdollisimman laajasti käytetty asia ja vahvistaa potilaan itsemääräämisoikeutta lisäämällä hoitotahdon käyttöä.[1847]

Hoitotahtoa koskevat säännösehdotukset olivat edellä kuvatusti osin yhteneväisiä sen kanssa, mikä merkitys hoitotahdolla nykyisinkin on potilaslain nojalla

1840 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 25 §. Pykäläluonnos sisältää myös sääntelyvarauksen, jonka mukaan tarkempia säännöksiä hoitotahdosta voidaan antaa STM:n asetuksella.

1841 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s.22.

1842 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 29 §.

1843 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 26 §.

1844 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 24.

1845 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 27 §.

1846 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 28 §.

1847 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 24. ETENE huomautti lausunnossaan, että 28 §:n muotoilu velvollisuudesta antaa neuvontaa hoitotahdosta ja edunvalvontavaltuutuksesta on ristiriidassa sen kanssa, että hoitotahdon toivottaisiin olevan tavanomainen ja arkinen asia. Tavanomaiseksi ja arkiseksi muuttunut hoitotahto kattaisi huomattavasti laajemman asiakas- ja potilaspohjan kuin lakiluonnoksen määritelmät. Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta 2018, rivi 103, sarake J.

ollut.[1848] Lakiluonnoksessa olisi kuitenkin sisällöllisesti mahdollistettu muutamien keskeisten hoitotahtoon nykyisinkin kuuluvien seikkojen lisäksi sitovien tahdonilmaisujen antaminen lähes asiasta kuin asiasta, riippuen siitä, mille sivulle hoitotahdossa tahtonsa kirjoittaa. Miten suhtautua tilanteeseen, jossa potilas olisi sitovasti edellyttänyt hoitotahdossaan, että häntä tulee hoitaa kaikin mahdollisin keinoin kuolemaansa saakka, kun toisaalta keinotekoinen elämän pitkittäminen ilman toiveita paranemisesta on epäeettistä, eikä lääketieteellisesti perusteltua?[1849] Sitovien tahdonilmaisujen ja toiveiden erottaminen toisistaan vaikutti ongelmalliselta.

Säännösluonnokset olivat hoitotahdon pätevyyden osalta varsin tulkinnanvaraisia. CRPD:n 12 art. näkökulmastahan riittävä ymmärrys ei enää olisi mikään ongelma, sillä aivan kaikilla olisi oikeus tehdä hoitoaan koskevia päätöksiä ja valintoja riippumatta ymmärryskyvystään. Siten ymmärryskyvyn vaatimus hoitotahdon pätevyyden suhteen olisi henkisesti tai älyllisesti heikentyneitä vammaisia syrjivää, minkä vuoksi tällainen vaatimus ymmärryskyvystä pätevän hoitotahdon edellytyksenä ei todennäköisesti olisi ollut CRPD:n kanssa yhteensopiva. Hoitotahdon soveltamistilanteissa olisi todennäköisesti päädytty ristiriitaisuuksiin päätöksenteon tukemisen kanssa: hoitotahdon laatimisaikaan itsenäisesti päätöksentekokykyinen henkilö olisi kirjannut tahtonsa hoitotahtoon, mutta soveltamistilanteessa alentuneesti itsemääräämiskykyisenä tekisikin tukihenkilön turvin tai valintansa mukaan ilman tukihenkilöä erilaisen ratkaisun. Kumpi ratkaisuista olisi lähempänä potilaan aitoa tahtotilaa, hoitotahtoon kirjattu, vai tuettuna tai ilman tukihenkilöä alentuneella itsemääräämiskyvyllä ilmaistu tahto? Pulmalliseksi luonnoksessa muodostuivat siis hoitotahdon pätevyyden arviointi, osittainen päällekkäisyys edunvalvontavaltuutuksen kanssa, käytännön terveydenhuollon toiminnan tehokkuuden kannalta myös kirjaamis- ja neuvontavelvoitteet; ja yhteensopivuus CRPD:n kanssa.

8.1.4 Palvelun järjestäjän ja tuottajan velvollisuudet itsemääräämisoikeuden vahvistamiseksi

Lakiluonnos sisälsi itsemääräämisoikeuden vahvistamiseksi myös useita uusia velvoitteita niin palvelun järjestäjälle kuin tuottajalle: henkilön itsemääräämiskyvyn arvioinnin ja alentuneen itsemääräämiskyvyn tilanteissa päätöksen erityisestä suojelusta lukuisine muine päätöksineen; toimintayksikön itsemääräämisoikeussuunnitelman; riittävän henkilökuntamäärän; runsaan koulutuksen, perehdytyksen ja täydennyskoulutuksen koko henkilöstölle; sekä asianmukaiset tilaratkaisut, kalusteet ja välineet.

1848 Ks. myös Kokkonen ym. 2004, s. 77-96.

1849 Ks. myös Lääkärin etiikka, s. 155. Myös Itä-Suomen AVI näki tässä mahdollisuuden ristiriitaan esimerkiksi saattohoitopäätöstä tehtäessä. Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta 2018, rivi 33, sarake J.

Kun täysi-ikäinen henkilö ei sairaudesta, vammasta tai muusta vastaavasta syystä toistuvasti tai pitkäaikaisesti kykenisi tekemään terveydenhuoltoaan koskevia ratkaisuja eikä ymmärtämään käyttäytymisensä seurauksia ja hän tämän vuoksi vaarantaisi terveyttään tai turvallisuuttaan tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta tai vahingoittaisi merkittävästi omaisuutta, hänen itsemääräämiskykynsä olisi lakiluonnoksen 35 §:n mukaan voitu todeta alentuneeksi.[1850] Kun henkilön itsemääräämiskyky olisi ollut pitkäaikaisesti alentunut, hänellä olisi ollut oikeus erityiseen suojeluun. Hänelle olisi tällöin tullut tehdä palvelutarpeen arviointi, henkilökohtainen itsemääräämisoikeutta turvaava suunnitelma sekä sosiaalihuoltolain mukaiset henkilön tarpeiden mukaista asumista, hoitoa ja huolenpitoa turvaavat päätökset. Vaikka potilaan itsemääräämiskyky olisikin todettu alentuneeksi, hänellä olisi ollut oikeus tehdä itse ratkaisuja silloin, kun hän olisi kyennyt itsenäisesti tai tuettuna käyttämään itsemääräämisoikeuttaan.[1851] Yksilöllisen suunnittelun tavoitteena olisi ollut potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistaminen ja ongelmatilanteiden ennakointi niin, että rajoitustoimenpiteiltä vältyttäisiin. Suunnitelmaan olisi voitu esimerkiksi kirjata, miten potilaan ulkoilu järjestetään tai mistä asioista henkilö kykenee päättämään itse itsemääräämiskyvyn alenemisesta huolimatta. Rajoitustoimenpiteiden käyttö olisi pitänyt suunnitella yksilöllisesti huomioiden sen, että tietty rajoitustoimenpide voi toisella potilaalla vahvistaa turvallisuuden tunnetta ja toisella potilaalla tuottaa ahdistuneisuutta. Suunnitelma olisi tullut laatia yhteistyössä lääkärin kanssa silloin, kun suunnitelman kirjauksilla olisi yhteys potilaan hoitoon.[1852]

Lakiluonnoksen 37 §:n mukaan henkilön itsemääräämiskyvyn arvioinnissa olisi tullut huomioida yleinen itsemääräämisoikeussuunnitelma ja käyttää luotettavia, yleisesti hyväksyttyjä ja tilanteeseen sopivia sosiaali- ja terveydenhuollon arviointivälineitä ja –menetelmiä. Arvioinnissa olisi voitu hyödyntää myös potilaasta aiemmin tehtyjä selvityksiä. Henkilön sairauden, vamman tai muun vastaavan syyn ja siihen liittyvän hoidon vaikutus henkilön itsemääräämiskykyyn olisi tullut huomioida, ja hänen itsemääräämiskykyään arvioida myös hänen asuin- ja toimintaympäristössään. Arviointi olisi tullut myös toistaa, jos itsemääräämiskyvyssä olisi tapahtunut olennaisia muutoksia.[1853] Henkilön oma käsitys itsemääräämiskyvystään olisi lakiluonnoksen mukaan tullut myös selvittää.[1854] Ongelmana säännösluonnoksessa olisi ollut paitsi itsemääräämiskyvyn huomattava vaihtelu ajan, terveydentilan, olosuhteiden ja päätöksenteon kohteena olevan asian suhteen, myös luotettavien,

1850 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 35 §.

1851 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 39 §. Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 28. Palvelutarpeen arvioinnista tarkemmin 40 §:ssä, henkilökohtaisesta itsemääräämisoikeussuunnitelmasta 42 §:ssä ja 43 §:ssä.

1852 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 35-36.

1853 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 37 §.

1854 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 38 §.

yleisesti hyväksyttyjen ja tilanteeseen sopivien sosiaali- ja terveydenhuollon arviointivälineiden ja -menetelmien puute. Nämä olisi tullut kehittää, kouluttaa ja juurruttaa käytäntöön.[1855]

Itsemääräämiskyvyn arvioinnista olisi lakiluonnoksen mukaan vastannut sosiaalihuolto. Muilla viranomaistahoilla olisi ollut ilmoitusvelvollisuus sosiaalihuoltoon, jos he olisivat tehtävässään saaneet tiedon henkilöstä, jonka itsemääräämiskyky mahdollisesti on pitkäaikaisesti alentunut.[1856] Sairaanhoitopiirien lausunnoissa ilmoitusvelvollisuutta pidettiin ongelmallisena, merkittävänä vallankäyttönä ja resursseja vaativana lisätyönä.[1857] Terveydenhuollon toteuttamiseen osallistuvalla henkilöllä olisi kuitenkin ollut velvollisuus käynnistää tarvittavat tutkimukset viivytyksettä, jos hän olisi arvioinut, että potilaan itsemääräämiskyky olisi voinut olla toistuvasti tai pitkäaikaisesti alentunut. Henkilölle olisi tällöin tullut nimetä hänen terveyden- ja sairaanhoidostaan vastaava virkasuhteinen lääkäri, jonka lausunto olisi tullut toimittaa sosiaalihuoltoon itsemääräämiskyvyn arvioimista varten.[1858]

Itsemääräämiskyvyn arvioinnista ja oikeudesta erityiseen suojeluun olisi tullut tehdä kirjallinen valituskelpoinen päätös joko terveydenhuoltolain 57 §:n tarkoittaman vastaavan virkasuhteisen lääkärin (niissä tilanteissa kun potilas olisi ollut hoidettavana sairaalan, terveyskeskuksen tai muun terveydenhuollon palveluyksikön vuodeosastolla tai vastaavissa olosuhteissa), tai sosiaali- tai terveydenhuollon järjestämisestä vastaavan toimielimen määräämän vastaavan sosiaalityöntekijän toimesta.[1859] Päätös olisi ollut voimassa enintään kaksi vuotta kerrallaan, ellei lakiluonnoksen 39 §:ssä tarkoitettu lääkäri olisi arvioinut, että päätös voitiin perustellusta syystä tehdä toistaiseksi voimassa olevana.[1860] Päätös olisi tullut perustella hallintolain mukaisesti ja liittää siihen itsemääräämiskyvyn arvioinnin tulokset.[1861] Itsemääräämiskyvyn arviointi ja itsemääräämisoikeutta turvaava suunnitelma olisi tullut merkitä sekä sosiaalihuollon asiakasasiakirjoihin että potilasasiakirjoihin.[1862] Mikäli henkilö ei

1855 Vastaavia kannanottoja oli myös lausuntopalautteissa. Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta 2018, rivi 4, 26, 57, 58, 61, 69, 91, 102, 104, 122, 126, 129 ja 139 sarake L.

1856 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 36 §.

1857 Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta rivi 31, 61, 67 ja 91, sarake L.

1858 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 99 §. Tässä edellytettiin virkalääkärin lausuntoa sosiaalihuollolle, vaikka 36 §:ään on kirjattu ilmoitusvelvollisuus? Eikö ilmoitusvelvollisuuden täyttäminen olisi ollut riittävää asian vireille saattamiseksi?

1859 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 39 §. Lakiluonnoksen 99 § oli tämän kanssa ristiriidassa, sillä sen mukaisesti sairaalan, terveyskeskuksen tai vastaavan terveydenhuollon palveluyksikön vuodeosastolla olevan potilaan itsemääräämiskyvyn arvioinnista vastaa kyseisen yksikön sosiaalityöntekijä, jolle virkasuhteisen lääkärin lausunto on toimitettava.

1860 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 45 §.

1861 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s.33.

1862 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 44 §. Tämä vaatisi kirjaamisoikeuksien laajentamista yli viranomais- ja rekisterinpitäjärajojen, jottei ylimääräistä kirjaamistyötä tarvitsisi teettää jollakin henkilöstöryhmällä. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhtenäisistä kirjaamiskäytännöistä on 1.1.2024 alkaen säännelty laissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (703/2023), luku 7.

olisi enää täyttänyt 35 §:n mukaisia pitkäaikaisesti alentuneen itsemääräämiskyvyn ja siten erityisen suojelun edellytyksiä, suojelupäätöksen lopettamisesta olisi tullut tehdä kirjallinen valituskelpoinen päätös vastaavan sosiaalityöntekijän tai vastaavan lääkärin toimesta, ellei henkilö itse halunnut pitää päätöstä voimassa.[1863]

Oikeuskansleri totesi lakiluonnoksesta antamassaan lausunnossa, että lakiluonnoksen 35§:ssä säädettäväksi esitetty itsemääräämiskyvyn alentumisen toteaminen yhdessä luonnoksen 4 luvun tukihenkilöjärjestelmän kanssa voivat sekoittua holhoustoimilain edunvalvontajärjestelmän kanssa, mikä voi vaikuttaa lain soveltamiseen ja hämärtää kyseisen järjestelmän tarkoitusta. Esityksen perusteella alentuneen itsemääräämiskyvyn toteamisesta ei seuraisi, että potilaan itsemääräämisoikeutta rajoitettaisiin tai että toinen henkilö edustaisi häntä. Luvun säännöksistä ei myöskään ilmennyt, kuka itsemääräämiskyvyn alentumisen toteaisi vai sisältyisikö toteaminen 39§:n päätökseen koskien oikeutta erityiseen suojeluun.[1864] Hoitavalla lääkärillä olisi myös lakiluonnoksen mukaan ollut velvollisuus tehdä ilmoitus edunvalvonnan tarpeessa olevasta henkilöstä holhousviranomaiselle holhoustoimesta annetun lain (442/1991) 91 §:n mukaisten edellytysten täyttyessä, ja tilanteissa kun edunvalvontavaltuutettu ei toimi päämiehen edun mukaisesti.[1865]

Potilaan itsemääräämiskyvyn arvioinnin ja erityisen suojelun päätöksen kokonaisuus olisi lakiluonnoksen tapaan toteutettuna ollut raskas ja kömpelö ratkaisu. Tämä oli huomioitu myös eri lausunnonantajatahojen toimesta.[1866] Potilaan itsemääräämiskyvyn arviointimenettelyn luonnostelussa ei ole huomioitu CRPD:n 12 art. ja CRPD-komitean tulkintaa, joka pitää päätöksentekokyvyn arviointia millä tahansa (statuksen, lopputuloksen tai funktionaaliseen arvioinnin) perusteella vammaisia syrjivänä, eikä sellainen siten ole CRPD:n kanssa yhteensopivaa. BLTS:n kanssa se taas olisi yhteensopivaa, ja kohdentaisi suojelutoimet siihen potilasryhmään, joka suojelua tarvitsee.

1863 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 45 §.

1864 Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta, rivi 49, sarake L.

1865 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 31 §. Holhoustoimilain (442/1999) 91 §: ”Joka on saanut tiedon edunvalvonnan tarpeessa ilmeisesti olevasta henkilöstä, voi vaitiolovelvollisuuden estämättä ilmoittaa asiasta holhousviranomaiselle. Ilmoitus on tehtävä sille holhousviranomaiselle, jonka toimialueella henkilöllä, jota ilmoitus koskee, on kotikunta tai, jos hänellä ei ole kotikuntaa Suomessa, sille holhousviranomaiselle, jonka toimialueella hän pääasiallisesti oleskelee. Ilmoituksen saatuaan holhousviranomaisen tulee ryhtyä toimenpiteisiin edunvalvonnan tarpeen selvittämiseksi ja tehdä tarvittaessa käräjäoikeudelle hakemus edunvalvojan määräämiseksi.”

1866 Aluehallintovirastojen lausunnoissa pidettiin potilaan itsemääräämiskyvyn arviointia ja oikeutta erityiseen suojeluun koskevaa lakiluonnoksen lukua 7 erittäin työläänä ja raskaana järjestelmänä. Valvira piti 39 §:n erityisestä suojelusta annettavan päätöksen merkitystä epäselvänä. Sääntelyssä oli myös horjuntaa sen osalta, edellytettiinkö arvioinnin tekemisestä vastaavan tai siihen osallistuvan henkilön kohdalla virka-asemaa. Myös VANE piti ehdotetun sääntelyn täsmentämistä tarpeellisena. Potilasasiamiesyhdistys tunnisti uuden hallintopäätöksen edellyttämän koulutustarpeen. Terveydenhuollon ammattijärjestöjen taholta lakiluonnoksen 7 luvun sääntelyn aiheuttamaan työmäärään ei kiinnitetty huomiota. Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta 2018, rivi 7, 56, 63, 69, 87, 101, 104 ja 105; sarake L.

Potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamiseksi, itsemääräämiskyvyn tukemiseksi ja ylläpitämiseksi olisi jokaisessa terveydenhuollon palveluyksikössä lakiluonnoksen mukaan tullut laatia yleinen itsemääräämisoikeussuunnitelma, joka olisi ollut osa omavalvontasuunnitelmaa. Suunnitelmassa olisi tullut kuvata menettelytavat, joilla tuetaan ja kehitetään potilaiden mahdollisuuksia itsenäisiin valintoihin, toteutetaan terveydenhuolto ensisijaisesti ilman rajoitustoimenpiteitä, tunnistetaan ja poistetaan syrjivät toimintatavat, huolehditaan potilaiden turvallisuudesta rajoitustoimenpiteiden aikana ja torjutaan väkivallan uhkaa.[1867] Tarkoitus oli parantaa potilaan mielipiteiden kuulemista ja huomioimista sekä osallisuutta, ja lisätä ennakoivin koko työyhteisöä koskevin toimenpitein palveluyksikön yleistä turvallisuutta.[1868] Suunnitelmassa olisi tullut kuvata myös henkilökunnalle haastavissa tilanteissa toimimisesta järjestettävä tuki ja ohjaus, tarvittaessa järjestettävä työnohjaus sekä se, miten hoitohenkilökunnan turvallisuudesta huolehditaan rajoitustoimenpiteiden käytön yhteydessä ja muissa väkivallan uhkaa sisältävissä tilanteissa. Lisäksi suunnitelmassa olisi tullut kuvata palveluista ja hoidosta vastaavat terveydenhuollon ammattihenkilöt, heidän sijaistamiskäytäntönsä ja toimivaltasuhteensa.[1869] Itsemääräämisoikeussuunnitelma olisi tullut tarkistaa tarvittaessa, kuitenkin vähintään kerran vuodessa.[1870] Tämä olisi lisännyt paitsi suunnitelmallisuutta terveydenhuollossa, myös hallinnollista työtä. Suunnitelmien vaikuttavuus ei kuitenkaan välttämättä olisi vastannut tavoitetta, mikä nousi esiin mm. oikeuskanslerin lausuntopalautteesta. Oikeuskansleri kiinnitti huomiota siihen, että aluehallintovirastojen tarkastuskäynneillä esimerkiksi lastensuojeluyksiköiden omavalvontasuunnitelmien laatu oli todettu vaihtelevaksi, eikä suunnitelmien merkitystä aina ymmärretty. Lisäksi organisaation ylätasolla laaditut suunnitelmat eivät olleet tarpeeksi yksilöityjä käytännön toimintaa ajatellen. Henkilökunnalla ei ollut aina tietoa omavalvontasuunnitelmasta, eikä sitä sen vuoksi aina yksikön toiminnassa otettu huomioon. Tästä näkökulmasta oikeuskansleri suositteli kiinnittämään huomiota siihen, miten varmistuttaisiin, että itsemääräämisoikeussuunnitelmat omavalvontasuunnitelmien osana tulisivat huomioiduksi sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä.[1871]

Lakiluonnos olisi edellyttänyt, että terveydenhuollon toimintayksikössä, jossa rajoitustoimenpiteitä voidaan käyttää, olisi tullut olla riittävä määrä henkilökuntaa.

1867 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 31 §.

1868 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 26.

1869 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 31 §. Lakiluonnoksen perusteluissa toimivaltasuhteiden kirjaaminen julkisesti nähtävillä pidettävään itsemääräämisoikeussuunnitelmaan nähdään tärkeänä, jotta tieto on selkeää ja helposti eri tahojen tarkastettavissa. Tämä siitä huolimatta, että toimivaltasuhteet on kirjattu myös organisaation hallinto- ja johtosääntöön. Lausunnoissa tätä myös kritisoitiin turhana yksityiskohtana. Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta 2018, rivi 91, sarake K.

1870 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 31 § sekä lakiluonnoksen yksityiskohtaiset perustelut 6.7.2018 s. 27.

1871 Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta 2018, rivi 49, sarake K.

Henkilöstön puute ei olisi saanut aiheuttaa rajoitustoimenpiteiden käyttämistä.[1872] Tässä olisi osittain kirjattu lakiin yleisenä perus- ja ihmisoikeuksien rajoitusedellytyksenä tunnustettu tarkoitussidonnaisuuden vaatimus, mutta tarkemmin tätä henkilöstömitoitusta ei kuitenkaan ollut määritelty. Lakiluonnoksen mukaan palveluiden järjestäjä olisi vastannut siitä, etteivät palveluiden tai hoidon puute tai palveluissa tai hoidossa ilmenneet puutteet aiheuta rajoittamistoimenpiteiden käyttöä.[1873] Lausuntopalautteessa huomautettiin, että käytännössä palvelujen järjestäjä ei voisi vastata siitä, ettei henkilöön kohdisteta rajoitustoimenpiteitä oikeudettomasti, vaan vastuu asiasta kuuluisi rajoittamistoimenpiteistä päättäneille ammattihenkilöille sekä palvelun tuottajalle.[1874]

Lakiluonnoksen mukaan kaikkien ammattihenkilöiden olisi tullut suorittaa soveltuva koulutus työmenetelmistä ja keinoista, joilla voitaisiin vahvistaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja ennaltaehkäistä rajoitustoimenpiteiden käyttöä. Lisäksi rajoitustoimenpiteiden käytön toteuttamiseen tai näitä koskevien ratkaisujen tai päätösten tekemiseen osallistuvien ammattihenkilöiden olisi tullut suorittaa soveltuva koulutus rajoitustoimenpiteiden käytön edellytyksistä ja niiden turvallisesta ja ihmisarvoa kunnioittavasta toteuttamisesta.[1875] Palvelun tuottajan olisi tullut antaa palvelujen tai hoidon toteuttamiseen osallistuville henkilöille edellä mainittujen taitojen ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi perehdytystä, täydennyskoulutusta ja ohjeistusta työmenetelmistä ja keinoista, joiden avulla olisi vahvistettu potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista ja vältetty rajoitustoimenpiteiden käyttöä. Koulutuksessa olisi tullut huomioida kunkin toimintayksikön palveluiden tai hoidon piirissä olevien henkilöiden erityispiirteet, esimerkiksi lapsipotilaiden osalta.[1876] Koulutus on toki sääntelyn toimeenpanon näkökulmasta tärkeää. Koulutusvaatimukset olisivat kuitenkin edellyttäneet todella laajamittaista perehdyttämistä, kouluttamista ja todennäköisesti myös sosiaali- ja terveydenhuollon peruskoulutuksen muuttamista. Tämä nousi esiin myös lausuntopalautteista.[1877]

Lakiluonnoksen perustelujen mukaan perustuslain 19.3 §:n mukaisen palveluiden riittävyyden arvioinnin lähtökohtana olisi pidetty sitä, että palvelut olisivat luoneet

1872 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 32 §.

1873 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 34 §.

1874 Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta 2018, rivi 63, sarake K.

1875 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 32 ja 24 §:t.

1876 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 27.

1877 Aluehallintovirastojen lausunnoissa lakiluonnoksesta koulutusvaadetta pidettiin hyvänä, mutta kiinnitettiin huomiota siihen, että lakiluonnoksen 32 §:n vaatimukset edellyttivät todella laajamittaista täydennyskoulutusta, perehdyttämistä ja sosiaali- ja terveydenhuollon peruskoulutuksen muuttamista. Soveltuva koulutus ja sen järjestämistaho tulisi määritellä. Valvira huomautti, että perusteluista ei ilmennyt, mitä vaadittavalla koulutuksella tarkoitettiin. Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta 2018, rivi 14, 20, 33, 63 ,101 ja 102; sarake K. Myös ammattijärjestöt huomauttivat, että nykyisellään kyseistä koulutusta ei ole saatavilla, se tulisi standardoida ja edellyttäisi laajamittaista koulutusta. Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta 2018, rivi 82, 87, 90 ja 96; sarake L.

ihmisille edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä. Kommunikaatioon, tilaratkaisuihin, yksilön varustukseen ja henkilöstön erityisosaamiseen olisi tullut kiinnittää huomiota. Kun terveydenhuollon toteuttamistapa olisi vastannut potilaan yksilöllistä tarvetta, rajoitustoimenpiteiden käyttöä olisi perustelumuistion mukaan voitu välttää.[1878] Palvelujen tuottajan olisi tullut vahvistaa potilaan itsemääräämisoikeutta asianmukaisin tilaratkaisuin, kalustein ja välinein.[1879] Tila-, kaluste- ja välineratkaisuihin olisivat perustelumuistion mukaan kuuluneet mm. saavutettavuus, esteettömyys, asumisympäristön väljyys, asianmukaiset apuvälineet ja valaistus.[1880] Ratkaisujen kustannusvaikutukset olisivat kohdistuneet palveluiden järjestäjiin ja tuottajiin.

8.2 Rajoittamistoimenpiteet somaattisessa hoidossa

8.2.1 Rajoittamissääntelyn tavoitteet, soveltamisala, rajoittamisen määritelmä ja kohderyhmä

Osana itsemääräämisoikeuden vahvistamista lakiluonnoksessa haluttiin säännellä täsmällisesti ja tarkkarajaisesti rajoittamistoimenpiteiden käytöstä.[1881] Sääntely olisi voitu toteuttaa potilaslakiin ja sosiaalihuollon asiakaslakiin, mutta sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiokehityksen vuoksi haluttiin pitää kiinni aiemmin 2014 valitusta yhden lain vaihtoehdosta. Usean lain mallin heikkoutena pidettiin sääntelyn pirstoutumista, vaikkakin sen hyvänä puolena pidettiin sääntelyn potilasryhmäkohtaista räätälöintimahdollisuutta.[1882] Lakia oli tarkoitus soveltaa potilaiden ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden oikeuksiin ja velvollisuuksiin julkisessa ja yksityisessä terveydenhuollossa.[1883] Rajoittamistoimenpiteitä koskeva sääntely oli kohdistettu luvuittain sosiaalipalveluihin, terveyden- ja sairaanhoitoon, päihdehoitoon ja psykiatriseen hoitoon. Lainvalmistelun lähtökohdaksi rajoitustoimenpiteiden osalta valittiin vastaava kognitiivisen toimintakyvyn heikentymiseen perustuva malli kuin 2014 lakiluonnoksessa, ja lisäksi rajoitustoimenpiteiden käyttö haluttiin kytkeä hoitohenkilökunnan ympärivuorokautiseen läsnäoloon. Akuutti- ja päivystystilanteisiin katsottiin tarvittavan erityissäännökset, koska toimintakyvyn arviointiin ja yksilölliseen suunnitteluun ei olisi samanlaisia mahdollisuuksia kuin

1878 HE 108/2014 vp., s. 9. Samoin luonnos asiakas- ja potilaslain yleisperusteluiksi 6.7.2018, s. 7-8.
1879 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 33 §.
1880 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 28.
1881 STM 27/2018, s. 157-159.
1882 STM 27/2018, s. 159-160.
1883 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018 2 §, sekä lakiluonnoksen erityiset perustelut 6.7.2018, s. 3 ja 6. Terveydenhuollon ammattihenkilön käsitteen sisältö on tässä lakiluonnoksessa sama kuin terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa. Samoin myös asiakas- ja potilaslain alustavassa luonnoksessa 25.4.2018.

pitkäaikaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa.[1884] Rajoitustoimenpiteen käyttö oli tarkoitettu viimesijaiseksi keinoksi tilanteisiin, joissa ei olisi muita keinoja suojata potilaan tai muun henkilön perusoikeuksia. Haastavia tilanteita ennakoivat ja ehkäisevät keinot, kuten henkilöstön perehdytys, täydennyskoulutus, itsemääräämisoikeutta tukevat työmenetelmät ja tilaratkaisut olisivat olleet aina ensisijaisia suhteessa rajoitustoimenpiteiden käyttöön.[1885] Tavoitteena oli turvata terveyspalveluiden saanti niissäkin tilanteissa, joissa terveyspalveluiden antaminen ei olisi ollut mahdollista ilman potilaan perusoikeuksien rajoittamista.[1886]

Perusoikeuden rajoittaminen olisi lakiluonnoksen mukaan tarkoittanut sitä, että henkilöä estettäisiin tekemästä jotakin tai hänet pakotettaisiin tekemään jotakin tahtonsa vastaisesti. Rajoitustoimenpiteellä olisi tarkoitettu toimenpidettä, jolla tosiasiallisesti estetään potilasta käyttämästä itsemääräämisoikeuttaan tai muuta perusoikeuttaan täysimääräisesti. Rajoitustoimenpiteenä ei lakiehdotuksen perusteluiden mukaan kuitenkaan olisi pidetty sellaista toimenpidettä, jossa ei tosiasiallisesti rajoitettaisi henkilön toimintaa. Esimerkiksi putoamista estävän vyön käyttö pyörätuolissa potilasta hänen omasta toiveestaan ulkoilutettaessa ei olisi ollut rajoitustoimenpide, jos potilas ei olisi vastustanut vyön käyttöä. Olennaista lakiluonnoksen mukaan oli, että henkilön oma tahto ja toiveet hoitoaan koskien oli selvitettävä aina kun mahdollista, vaikka hänen itsemääräämiskykynsä olisikin todettu pitkäaikaisesti alentuneeksi. Selvyyden vuoksi lakiluonnoksessa oli ehdotettu säädettävän siitä, milloin toimenpidettä pidettäisiin rajoitustoimenpiteenä henkilön tahdosta riippumatta ja milloin rajoittamistoimenpiteeksi luokitteleminen edellyttäisi potilaan aktiivista vastustusta.[1887] Rajoittamisen määritelmän ongelmana oli, että määritelmiä oli useita, joten määritelmä ei ollut selkeä. Toisaalta kyse olisi ollut pakottamisesta. Toisaalta aivan kaikki jollakin tapaa jonkin perusoikeuden täyttä toteutumista kaventava toimi olisi ollut rajoitustoimenpide. Tästäkin poikettiin, jos toimen luonne ei tosiasiallisesti olisi ollut rajoittava, tai jos toimenpidettä olisi käytetty potilaalle mieluisassa toiminnassa. Perus- ja ihmisoikeusjärjestelmä on kuitenkin kokonaisuus, joka sisältää keskenään ristikkäinkin vaikuttavia oikeuksia, joita ei käytännössä voida koskaan toteuttaa täysimääräisesti kaventamatta merkittävästi toisen oikeuden toteutumismahdollisuuksia. Perus- ja ihmisoikeuksien toteuttaminen on punnintaa siitä, miten eri oikeuksia painotetaan kussakin tilanteessa. Siten määritelmä perusoikeuden täysimääräisen käytön estävästä toimenpiteestä olisi ollut mahdoton niin käytännön soveltamisen kuin itsessään perus- ja ihmisoikeusjärjestelmänkin kannalta.

Kaikelta rajoitustoimenpiteiden käytöltä edellytettiin lakiluonnoksen 96 §:n mukaan potilaan itsemääräämiskyvyn alentumista niin, ettei henkilö kykenisi tekemään

1884 STM 27/2018, s. 157-159.
1885 Luonnos asiakas- ja potilaslain yleisperusteluiksi 6.7.2018, s. 94.
1886 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 3.
1887 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, 3 § ja s. 7-8.

hoitoaan ja huolenpitoaan koskevia ratkaisuja eikä ymmärtämään käyttäytymisensä seurauksia, mikä käytännössä tarkoitti perinteisen kompetenssiperusteisen suostumusopin näkökulmasta päätöksentekokyvytöntä potilasta. Mikäli potilaan itsemääräämiskyky ei olisi ollut alentunut edellä mainitulla tavalla, säännösluonnosta suppeasti tulkiten häneen ei olisi saanut kohdistaa rajoittamistoimenpiteitä. Määrittely olisi kohdentanut rajoittamissääntelyn mahdollistamat suojelevat toimenpiteet siihen potilasryhmään, jonka perinteisen kompetenssilähtöisen suostumusopin näkökulmasta voidaan perustellusti ajatella olevan suojelun tarpeessa. Tämä olisi ollut EIS:n ja BLTS:n näkökulmasta toimiva lähtökohta rajoittamissääntelylle, mutta se ei todennäköisesti olisi ollut yhteensopiva CRPD:n 12 art. eikä CRPD-komitean tulkinnan kanssa, sillä tällaista lähestymistapaa pidetään vammaisia syrjivänä.

Lakiluonnoksen 98 §:n mukaan hoitoon osallistuvan ammattihenkilön olisi tullut ennen jokaista rajoittamistoimenpidettä arvioida potilaan itsemääräämiskyky, eli kykeneekö potilas tekemään hoitoaan ja huolenpitoaan koskevia ratkaisuja ja ymmärtämään käyttäytymisensä seuraukset. Arviointia tehdessä olisi tullut selvittää henkilön tahtoa ja tukea henkilön itsemääräämisoikeuden käyttämistä, ellei selvittäminen ja tukeminen olisi ollut ilmeisen mahdotonta tilanteen kiireellisyydestä tai potilaan terveydentilasta johtuen.[1888] Perustelumuistion mukaan kiireellisissä tilanteissa rajoittamistoimenpiteitä olisi kuitenkin voitu kohdistaa henkilöihin, joiden itsemääräämiskyky on tilapäisesti alentunut. Silti olisi saatettu edelleen joutua soveltamaan hätävarjelu- ja pakkotilasäännöksiä, ettei kenenkään henki tai terveys vaarantuisi.[1889] Epäselväksi jäi, olisiko lakiluonnoksen 98 §:ää voinut tulkita niin, että kiiretilanteissa rajoitustoimenpiteitä olisi saatukin tilanteen kiireellisyydestä johtuen käyttää laajemmin kuin välttämättömän terveydenhuollon antamista koskevassa säännösluonnoksessa on määritelty, vaikka itsemääräämiskyvyn arviointia ei olisikaan tehty? Vuoden 2014 lakiluonnoksessa (15 §) oli erikseen mainittu siitä, että itsemääräämiskyvyn arviointia koskevia säännöksiä ei kiireellisissä tilanteissa olisi tarvinnut soveltaa, vaan hoidon toteuttamiseen osallistuva ammattihenkilö olisi näissä tilanteissa saanut arvioida potilaan itsemääräämiskyvyn. Perusteluosiossa HE 108/2014 vp.:ssa viitattiin EIT:n ratkaisukäytäntöön, jonka mukaan kiireellisissä tapauksissa voitiin poiketa luotettavan lääketieteellisen selvityksen vaatimuksesta sikäli, kun kyse oli todellisesta akuuttitilanteesta, jossa selvitystä ei ollut mahdollista hankkia tai selvitys ei ollut vielä valmistunut.[1890] Lakiluonnoksen säännöstekstistä edellä mainittu rajoitustoimenpiteiden käyttömahdollisuus kiireellisissä tilanteissa tai hätävarjelu- tai pakotilasäännöksiin vetoaminen ei tullut millään tavalla esille.

1888 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 98 §.

1889 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 61.

1890 HE 108/2014 vp., 15§. HE 108/2014 vp., s. 58-59. Samoin luonnos asiakas- ja potilaslain yleisperusteluiksi 6.7.2018, s. 73.

Toistuva tai pitkäaikainen rajoitustoimenpiteiden käyttö olisi edellyttänyt, että potilaalle on tehty henkilökohtainen itsemääräämisoikeutta koskeva suunnitelma.[1891] Lakiluonnokseen oli myös kirjattu, että rajoitustoimenpiteiden yhteisvaikutukseen olisi tullut kiinnittää erityistä huomiota, jos henkilöön olisi kohdistettu useampia rajoitustoimenpiteitä samanaikaisesti tai peräkkäin.[1892] Tämä muotoilu yhteisvaikutuksen huomioimisesta oli yhteneväinen EIT:n ratkaisukäytännön kanssa, kehitysvammalain 42d §:n kanssa, ja sisältyi myös 2014 lakiluonnokseen.[1893] Lain soveltajan näkökulmasta ei kuitenkaan olisi ollut selvää, mitä tällä haluttiin saavuttaa. Peräkkäisiin ja toistuviin rajoituksiin ei varsinaisesti olisi kielletty turvautumasta, mutta yhteisvaikutuksiin olisi tullut kiinnittää huomiota. Millä tavalla yhteisvaikutukset olisivat ilmenneet ja miten niihin olisi pitänyt huomiota kiinnittää? Olisiko ollut riittävää, että mahdolliset yhteisvaikutukset ja niiden olemassaolo olisi tiedostettu, vai olisiko niille täytynyt myös tehdä jotain? Perustelumuistiokaan ei täsmentänyt säännösluonnoksen tarkoitusta.[1894] Täsmällisyys- ja tarkkarajaisuus eivät tässäkään tulleet ilmi.

8.2.2 Rajoittamisperusteet ja -edellytykset

Lakiluonnoksessa oli määritelty yleiset rajoitustoimenpiteiden käytön edellytykset ja erityiset rajoitustoimenpidekohtaiset edellytykset, kuten voimassa olevissa MTL:ssa ja KehVammaL:ssa.[1895] Säännösluonnos yleisistä rajoittamisedellytyksistä oli keskeinen kaiken rajoittamisen suhteen. Yleisenä edellytyksenä oli edellä kuvattu potilaan päätöksentekokyvyttömyys, ja yleisinä perusteina rajoittamistoimenpiteiden käytölle olisi ollut potilaan tai muiden henkilöiden terveyden vakava vaarantuminen, ruumiillisen koskemattomuuden turvaaminen tai merkittävän omaisuusvahingon ehkäiseminen.[1896] Ruumiillisen koskemattomuuden turvaaminen olisi ollut mielenkiintoinen rajoitusperuste, kun rajoitustoimenpiteillä hyvin usein nimenomaan puututaan yksilön ruumiilliseen koskemattomuuteen. Hengen suoja perusteista näytti puuttuvan. Omaisuuden suoja oli säännösluonnoksessa arvostettu perusoikeusrajoituksella tavoiteltavana hyväksyttävänä perusteena samalle tasolle potilaan tai muun henkilön terveyden ja turvallisuuden kanssa. Tällainen perusoikeuspainotus tuntuu ristiriitaiselta siihen nähden, että lakiluonnoksen tavoite oli vahvistaa itsemääräämisoikeutta ja ennaltaehkäistä rajoittamistoimenpiteiden käyttöä. Vuo-

1891 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 96 §.
1892 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 97 §.
1893 HE 108/2014 vp., 17 §.
1894 Myöskään kehitysvammalain 3a-lukua (381/2016) koskeva HE 96/2015 ei 42 d §:n erityisissä perusteluissa selvennä toistuvien rajoittamistoimenpiteiden yhteisvaikutusten huomioimista.
1895 Myös perustuslakivaliokunta on aiemmin kuvatusti edellyttänyt toimenpidekohtaista määrittelyä rajoitustoimenpiteiden käytön perusteista.
1896 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 96 §. Muotoilu oli yhteneväinen aiemman kehitysvammalain 42d §:n kanssa.

den 2014 lakiluonnoksen esitöissä katsottiin, että perustuslain 15 §:n omaisuuden suoja ei koskisi puhtaasti julkisoikeudellisia oikeushenkilöitä.[1897] Saman sisältöinen kannanotto sisältyi myös 2018 lakiluonnokseen, mutta tässä korostettiin myös omaisuuden suojan suhteellisuutta eli tilannekohtaista soveltamisharkintaa.[1898] Toisaalta omaisuuden suojaa käytetään rajoittamisperusteena myös nykyisin voimassa olevissa MTL:ssa erityisten rajoitusten kohdalla ja KehVammaL:ssa yleisissä rajoittamisedellytyksissä.

Lakiluonnoksen mukaan rajoitustoimenpiteiden tuli olla – suhteellisuusvaatimuksen[1899] mukaisesti – potilaan hoidon ja huolenpidon kannalta perusteltuja, tarkoitukseen sopivia ja oikeassa suhteessa tavoiteltuun päämäärään nähden. Keinojen tai toimenpiteiden valinnassa olisi tullut mahdollisuuksien mukaan noudattaa hoitotahtoon sisältyviä toiveita ja huomioida potilaan hoidon peruste. Tarkemmin tätä hoidon perusteen huomioimista ei perusteluissa avattu. Rajoitustoimenpide olisi tullut toteuttaa henkilön ihmisarvoa kunnioittaen, mahdollisimman turvallisesti ja hänen perustarpeistaan huolehtien. Välttämättömyysvaatimuksen mukaisesti rajoitustoimenpiteen käyttö olisi tullut lopettaa heti, kun sen käyttö ei enää olisi ollut välttämätöntä tai jos toimenpide olisi vaarantanut potilaan terveyden tai turvallisuuden.[1900] Tarkoitussidonnaisuuden ja hyväksyttävyyden näkökulmasta rajoittamistoimenpiteen käyttö rangaistuksena tai kurinpitokeinona, henkilökunnan työn helpottamiseksi tai omaisen tai muun henkilön vaatimuksesta, oli kielletty. Lisäksi rajoitustoimenpiteitä ei olisi saanut käyttää, jos niiden käyttö olisi ollut mahdollista välttää yleisen itsemääräämisoikeussuunnitelman, riittävien henkilöresurssien ja osaamisen, tilojen ja välineiden ja palvelun järjestäjän vastuiden mukaisin toimin.[1901]

Rajoittamisen erityiset edellytykset oli määritelty lakiluonnoksessa toimenpiteittäin. Lakiluonnokseen sisältyi somaattisessa hoidossa sovellettavaksi tarkoitettuja vapauden riiston luonteisia, muita henkilökohtaista vapautta rajoittavia, ja yksityisyyden suojaa rajoittavia toimenpiteitä. Vapauden riiston luonteisia toi-

1897 ”Perustuslain 15 §:n 1 momentin mukaan jokaisen omaisuus on turvattu. Omaisuuden suojaa voidaan pitää sekä itseisarvoisena perusoikeutena että yhtenä tärkeänä edellytyksenä muiden perusoikeuksien toteutumiselle. Säännöksen keskeisenä tarkoituksena on suojata ihmisiä ja heille kuuluvia varallisuusetuja. Omaisuuden suojan piiri kattaa lähtökohtaisesti kaiken, mikä on luonnehdittavissa yksilön omaisuudeksi. Luonnollisten henkilöiden ohella myös yksityisten oikeushenkilöiden on katsottu voivan päästä osalliseksi omaisuuden perustuslainsuojasta ainakin välillisesti. Puhtaasti julkisoikeudelliset oikeushenkilöt jäävät perustuslain 15 §:n soveltamisalan ulkopuolelle, mutta niiden omaisuus ei silti jää kokonaan vaille laillista suojaa.” HE 108/2014 vp. s. 8 sekä Luonnos asiakas ja potilaslain yleisperusteluiksi 6.7.2018, s. 7.

1898 Luonnos asiakas- ja potilaslain yleisperusteluiksi 6.7.2018, s. 7.

1899 Suhteellisuusvaatimus tarkoitti lakiehdotuksen perusteluiden mukaan, että ”rajoitustoimenpiteen valinta ja käyttö mitoitetaan niin, että tilanteeseen puuttumiseksi ei käytetä suhteettoman voimakkaita keinoja”, ja käytetään lievintä riittävää puuttumista. Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi, s. 62. Samansisältöisesti suhteellisuusvaatimusta luonnehdittu myös kehitysvammalain 3a-lukua (381/2016) koskevassa HE 96/2015:ssa.

1900 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 97 §.

1901 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 96 §.

menpiteitä olivat eristäminen, sitominen, poistumisen estäminen ja noutaminen, sekä ensihoidon oikeus toimittaa potilas terveydenhuollon toimintayksikköön. Perusteena näissä tilanteissa oli pääsääntöisesti potilaan tai muun henkilön terveys tai turvallisuus. Perusteena eristämiselle lakiluonnoksen 120 §:ssä ja sitomiselle 121 §:ssä oli potilaan tai muun henkilön terveyden tai turvallisuuden suojaaminen, jos yleiset rajoittamisedellytykset olisivat täyttyneet eli potilaan itsemääräämisoikeus olisi ollut alentunut niin, ettei hän olisi kyennyt ottamaan kantaa hoitoaan koskeviin asioihin tai ymmärtämään tekojensa seurauksia, eristäminen tai sitominen olisi ollut välttämätöntä ja lievemmät keinot eivät olisi soveltuneet tai olleet riittäviä. Eristämisen osalta myös omaisuusvahingon estäminen olisi myös tullut perusteena kyseeseen. Sitomisen osalta edellytettiin, että mikään muu lakiluonnoksen keino ei olisi ollut tilanteessa riittävä.[1902] Perusteet sitomiselle oli muotoiltu väljemmin kuin esimerkiksi mielenterveyslaissa tai joissakin muissa lakiluonnoksen rajoitustoimenpiteissä. Potilaan poistuminen terveydenhuollon toimintayksiköstä olisi 113 §:n mukaan voitu estää kiireellisissä, välittömiä hoito- ja tutkimustoimenpiteitä vaativissa tilanteissa, kun tavoitteena olisi ollut varmistaa potilaan tai muun henkilön terveys tai turvallisuus. Henkilö olisi voitu samoin perustein myös noutaa takaisin toimintayksikköön. Ratkaisu olisi perustunut ammattihenkilön harkintaan. Ensihoitohenkilökunnan oikeus kuljettaa potilas olinpaikastaan terveydenhuollon toimintayksikköön potilaan vastustuksesta riippumatta taas olisi perustunut potilaan henkeä ja terveyttä uhkaavan vakavan vaaran torjumiseen (206 §).

Muiden liikkumisvapauteen puuttuvien toimenpiteiden osalta perusteet olivat toimenpiteittäin jossain määrin vaihtelevia, mutta pääsääntöisesti näissäkin toimenpiteissä kyse oli potilaan tai muun henkilön terveydestä tai turvallisuudesta. Lyhytaikainen kiinnipitäminen olisi ollut 105 §:n mukaan sallittua äkkinäisen vaaratilanteen estämiseksi tai muun rajoitustoimenpiteen toteuttamiseksi. Kiinnipitämistä ei kuitenkaan olisi saanut käyttää rutiininomaisesti muiden rajoitustoimenpiteiden yhteydessä, vaan vain silloin kun rajoitustoimenpiteen toteuttaminen ei olisi ollut lainkaan mahdollista ilman kiinnipitämistä.[1903] Potilaan liikkumisen tai poistumisen valvonta terveydenhuollon toimintayksikössä ja liikkumisen valvonta toimintayksikön tai sen yhteydessä olevan piha-alueen ulkopuolella olisi perustunut siihen, että potilas muuten olisi todennäköisesti vaarantanut oman tai muiden henkilöiden terveyden tai turvallisuuden (112 §). Putoamista estäviä tai rajoittavia välineitä olisi lakiluonnoksen 106-107 §:ien mukaan voitu käyttää potilaan terveyden tai turvallisuuden suojaamiseksi. Liikkumista tai henkilön toimintaa rajoittavan välineen tai asusteen käyttö olisi edellyttänyt lakiluonnoksen 108 §:n mukaan, että henkilö muuten olisi vaarantanut vakavasti oman tai muiden henkilöiden terveyden tai turvallisuuden. Tällä ei kuitenkaan olisi tarkoitettu sitomista.

1902 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 120-121 §.

1903 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 63-64.

Myös yksityisyyden suojaan puuttuvissa rajoitustoimenpiteissä, teknisen valvonnan, omaisuuden haltuunoton, henkilöntarkastuksen ja -katsastuksen, välttämättömän terveydenhuollon antamisen ja lääkitsemisen, ravitsemuksen ja nesteen antamisen, ja hygieniatoimenpiteiden, toimenpidekohtaiset perusteet olivat vaihtelevia. Teknistä välinettä olisi voitu käyttää, jos potilaan olisi epäilty perustellusti olevan hengen tai terveyden vaarassa. Kynnys teknisen välineen käytölle olisi siten ollut korkeampi kuin esimerkiksi eristämiselle tai sitomiselle, joihin olisi riittänyt terveyden tai turvallisuuden vaarantuminen. Lääketieteellisesti välttämättömän terveydenhuollon tai potilaalle määrättyjen lääkkeiden antaminen olisi edellyttänyt 116-117 §:n mukaan potilaan terveyden vakavaa vaarantumista tai että hoitamatta jättämisestä voisi aiheutua vakava ja pysyvä haitta. Ravinnon tai nesteen antamiselle ilman potilaan lupaa olisi 119 §:n nojalla ollut vastaava peruste kuin hoidolle ja lääkitykselle. Potilaan pakonomaista syömistä tai juomista olisi saanut rajoittaa vain potilaan terveyden vakavan vaarantumisen vuoksi. Hygieniaan liittyvä toimenpide olisi saatu suorittaa, jos sen suorittamatta jättäminen olisi uhannut vaarantaa vakavasti potilaan terveyden tai ihmisarvon. Potilaan pakonomaisen peseytymisen rajoittaminen olisi ollut mahdollista vain potilaan terveyden vakavan vaarantumisen vuoksi.[1904]

Omaisuuden haltuunottoon (109 §) olisi potilaan hallussa olevien päihteiden ja huumausaineiden käyttöön soveltuvien välineiden tai potilaan tai muun henkilön terveyttä ja turvallisuutta vaarantavien aineiden tai esineiden osalta riittänyt pelkkä yleisten rajoittamisedellytysten (96-98 §:t) täyttyminen. Myös potilaan rahat tai muut maksuvälineet olisi voitu ottaa toimintayksikön haltuun, jos potilas sairautensa vuoksi todennäköisesti olisi hävittänyt ne. Myös muut hoitoa tai toimintayksikön yleistä järjestystä vakavasti haittaavat aineet ja esineet olisi saatu ottaa toimintayksikön haltuun.[1905] Henkilöntarkastus olisi edellyttänyt perusteltua syytä epäillä, että henkilöllä on vaatteissaan, yllään tai muuten tavaroissaan 109 §:ssa tarkoitettuja aineita tai esineitä. Lisäksi olisi edellytetty, että potilas tai muu henkilö todennäköisesti käyttäisi aineita tai esineitä, ja vaarantaisi siten vakavasti omaansa tai muiden terveyttä tai turvallisuutta tai vahingoittaisi merkittävästi omaisuutta.[1906] Potilaalle olisi voitu suorittaa myös henkilönkatsastus ottamalla häneltä veri-, hius-, virtsa- tai sylkinäyte tai suorittamalla puhalluskoe, mikäli potilaan olisi todennäköisin syin epäilty käyttäneen edellä mainittuja päihdyttäviä aineita ja olisi voitu todennäköisin syin epäillä, että näiden aineiden käytöstä voisi aiheutua vakavaa vaaraa potilaan terveydelle.[1907] Potilaan yhteydenpidon rajoittamisen perusteena olisi ollut vakava haitta potilaan hoidolle, kuntoutukselle tai turvallisuudelle. Yhteydenpitoa olisi saatu rajoittaa myös, jos se olisi ollut välttämätöntä muun henkilön yksityiselämän

1904 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 118 §.
1905 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 109 §.
1906 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 110 §.
1907 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 111 §.

suojaamiseksi.[1908] Edellytyksenä ensihoidon oikeudelle päästä henkilön asuntoon tai muuhun olinpaikkaan henkilön terveydentilan selvittämiseksi tai kiireellisen terveyden- tai sairaanhoidon antamiseksi olisi ollut, että henkilön olisi epäilty olevan välittömässä henkeä tai terveyttä uhkaavassa vakavassa vaarassa.[1909]

Yleisten rajoitustoimenpiteiden edellytysten erillisestä määrittelystä huolimatta lakiluonnoksen rajoittamistoimenpidekohtaiset säännökset osin toistivat näitä yleisiä edellytyksiä, ja pieneltä osin sisälsivät yleisistä edellytyksistä jollain tapaa poikkeavia erityisiä edellytyksiä, mikä teki kokonaisuudesta sekavan ja vaikeasti sovellettavan. Rajoittamistoimenpiteiden erityisiä edellytyksiä ei myöskään ollut luonnosteltu aina puuttumisen intensiteettiin nähden loogisesti.[1910] Kun erityiset edellytykset kuitenkin suurimmaksi osaksi toistivat samoja perusteita kuin yleisissä edellytyksissä, lienee perusteltua kysyä, miksi rajoittamisperusteiden sääntely kahdessa kerroksessa, yleisissä ja erityisissä edellytyksissä, olisi tarpeen.

Mikäli täysi-ikäisen potilaan rajoittaminen olisi ollut edellä käsiteltyjen rajoitustoimenpiteiden yleisten edellytysten, keinojen suhteellisuusvaatimuksen, rajoitustoimenpiteiden yhteisvaikutuksen ja itsemääräämiskyvyn arvioinnin näkökulmasta (95-98 §:t) sallittua, ja myös kyseisen rajoitustoimenpiteen erikseen kirjatut erityiset edellytykset täyttyneet, ensihoidossa, päivystyksessä ja muissa terveydenhuollon palveluissa olisi lakiluonnoksen mukaan voitu käyttää seuraavassa käsiteltäviä rajoitustoimenpiteitä. Käytettävissä olevien rajoitustoimenpiteiden valikoima olisi edellä mainituissa yksiköissä ollut muutoin samansisältöinen, mutta ensihoidossa ei olisi voitu käyttää päivittäisissä toiminnoissa putoamista estäviä apuvälineitä, eikä myöskään rajoittavia välineitä tai asusteita päivittäistoimintojen tai vakavien vaaratilanteiden yhteydessä.[1911]

8.2.3 Rajoittamistoimenpiteet täysi-ikäisen potilaan somaattisessa hoidossa

8.2.3.1 Vapauden riiston luonteinen rajoittaminen

Vuoden 2018 asiakas- ja potilaslakiluonnoksen sisältämät rajoittamistoimenpiteet voidaan jakaa EIS:n, CRPD:n ja perustuslain perus- ja ihmisoikeuksien näkökulmasta vapaudenriiston luonteisiin toimenpiteisiin (EIS 5 art., CRPD 14 art., PL 7 §), muihin henkilökohtaista vapautta ja koskemattomuutta rajoittaviin toimenpiteisiin (EIS 8 art., CRPD 17 art., PL 7 §) ja yksityisyyden suojaa rajoittaviin toimenpi-

1908 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 114 §.

1909 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 202 §.

1910 Vaikutti siltä, että rajoittamissääntelyn mallia oli haettu MTL:sta ja KehVammaL:sta, vaikka perustuslakivaliokunta oli KehVammaL:a koskevassa lausunnossaan pitänyt KehVammaL:n sääntelyä viittauksineen ja toistoineen vaikeasti hahmotettavana kokonaisuutena ja vaikeaselkoisena, eikä suositellut niiden käyttämistä jatkossa sääntelyn mallina pyrkimättä sääntelyn selkeyttämiseen ja yksinkertaistamiseen. PeVL 12/2016 vp., s. 3.

1911 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018 100-102 §:t, 104 §, 106-108 §:t. Sairaanhoitopiirin lausunnossa pidettiin sääntelyteknisesti sekavana sitä, että rajoittamistoimenpiteet esitetään jokaiselle tilanteelle erikseen. Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta rivi 91, sarake S.

teisiin (EIS 8 art., CRPD 22 art., PL 10 §). Suuri osa rajoittamistoimenpiteistä oli yhteneväisiä nykyisen mielenterveyslain 4a–luvun sekä kehitysvammalain 3a–luvun (381/2016) kanssa.[1912] Vapaudenriiston luonteisia toimenpiteitä lakiluonnoksessa olivat eristäminen, sitominen, poistumisen estäminen ja noutaminen toimintayksikköön, sekä ensihoidon oikeus kuljettaa potilas tahdostaan riippumatta terveydenhuollon toimintayksikköön.

Eristämisen toteuttamiseksi olisi saatu käyttää oikeasuhtaisia voimakeinoja, jos ne olisivat olleet välttämättömiä vastustuksen laatu ja voimakkuus, tilanteen uhkaavuus ja muut olosuhteet huomioiden.[1913] Eristyshuoneen ovi olisi saatu lukita ulkopuolelta.[1914] Lukitseminen ei kuitenkaan olisi ollut sallittua, jos erillään pitäminen olisi voitu toteuttaa muilla keinoin. Vaihtoehtoisia keinoja olisivat voineet olla kulunvalvonnan menetelmät, kuten liiketunnistimen tai hälyttimen käyttö ovivalvonnassa.[1915] Erillään pidettävällä potilaalla olisi tullut olla soveltuva vaatetus, häntä olisi tullut valvoa hoidon toteuttamiseen osallistuvan henkilön toimesta koko ajan ja hänellä olisi tullut olla mahdollisuus keskustella hoitohenkilökunnan kanssa.[1916] Valvonta- ja keskusteluyhteys olisi voitu järjestää myös teknisin menetelmin. Potilasta olisi tullut aina informoida teknisten menetelmien käytöstä.[1917] Lakiluonnoksen 115 §:ssä teknisen välineen käytöltä olisi edellytetty potilaan hengen tai terveyden vaarantumista, mutta tässä pykälässä teknisen välineen käyttö olisi oikeutettu eristystilanteessa potilaan terveyden ja turvallisuuden suojaamiseksi.

Sitominen on eristystä ja kiinnipitämistä voimakkaammin henkilökohtaiseen koskemattomuuteen puuttuva ja siten se olisi ollut myös tässä lakiluonnoksessa viimesijaisin rajoitustoimenpide.[1918] Potilaan sitominen olisi 121 §:n mukaan voinut kestää vain välttämättömän ajan, ja tuona aikana hoitavan lääkärin olisi tullut arvioida sitomisen edellytykset uudelleen hoitosuunnitelmaan kirjatun mukaisesti sekä aina tarvittaessa. Sidotun henkilön tilaa olisi tullut seurata jatkuvasti siten, että terveydenhuollon ammattihenkilö olisi ollut näkö- ja kuuloyhteydessä potilaaseen. Mikäli sitominen olisi vaarantanut potilaan terveyden tai turvallisuuden, se olisi tullut lopettaa välittömästi.[1919]

1912 Välttämättömän terveydenhuollon antaminen (MTL somaattisen ja psyykkisen sairauden hoito, KehitysvammaL), lääkitseminen ilman potilaan lupaa (MTL: somaattisen tai psyykkisen sairauden hoito), kiinnipitäminen (MTL, KehitysvammaL), sitominen (MTL), eristäminen (MTL, KehitysvammaL lyhyaikainen erillään pitäminen), aineiden ja esineiden haltuunotto (MTL, KehitysvammaL), henkilöntarkastus (MTL, KehitysvammaL) ja -katsastus (vain MTL), liikkumisvapauden rajoittaminen (MTL, KehitysvammaL), yhteydenpidon rajoittaminen (vain MTL).

1913 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 120 §.

1914 Ibid.

1915 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 72.

1916 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 120 §.

1917 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 72.

1918 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 73.

1919 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 121 §.

Terveydenhuollon ammattihenkilö olisi lakiluonnoksen 113 §:n mukaan voinut myös estää potilaan poistumisen terveydenhuollon toimintayksiköstä kiireellisissä, välittömiä hoito- ja tutkimustoimenpiteitä vaativissa tilanteissa, kun tavoitteena olisi ollut varmistaa potilaan tai muun henkilön terveys tai turvallisuus. Ehdotettu säännös oli tarkoitettu sovellettavaksi silloin, kun henkilö pystyisi poistumaan omin jaloin terveydenhuollon yksiköstä, mutta ammattihenkilön arvion mukaan tilanteessa tarvittaisiin välittömiä tutkimuksia ja hoitotoimenpiteitä potilaan tai muun henkilön terveyden tai turvallisuuden varmistamiseksi. Säännöstä sovellettaessa olisi tullut huolehtia siitä, että muiden potilaiden liikkumisvapautta ei rajoiteta.[1920]

Ensihoitohenkilökunnalle olisi oltu myös säätämässä oikeus toimittaa henkilö terveydenhuollon ammattihenkilön suorittaman terveydentilan arvion perusteella olinpaikastaan tutkittavaksi terveydenhuollon toimintayksikköön tämän vastustuksesta riippumatta.[1921] Perustelumuistiossa korostettiin kuitenkin, että päihtyneiden kuljetus tai säilytys eivät kuulu terveydenhuollolle, ja säännöksen soveltamisen edellytyksenä olisi nimenomaan ollut kuljetuksen välttämättömyys henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi tai vakavan pysyvän haitan välttämiseksi. Säännös olisi mahdollistanut myös toimintakyvyltään heikentyneen vanhuksen siirtämisen terveyskeskuksesta terveydentilan arvioimisen jälkeen palveluyksikköön.[1922]

8.2.3.2 Henkilökohtaisen vapauden ja koskemattomuuden rajoittaminen

Vapauden riiston luonteisten toimenpiteiden lisäksi lakiluonnos sisälsi muita henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen kajoavia rajoittamistoimenpiteitä: kiinni pitäminen, liikkumisvapauden rajoittaminen, putoamista estävien tai rajoittavien välineiden käyttö päivittäisissä toiminnoissa, ja rajoittavien välineiden tai asusteiden käyttö vakavissa vaaratilanteissa. Kiinnipitäminen olisi 105 §:n mukaan tullut toteuttaa hyväksyttyä menetelmää käyttäen. Hyväksytyn menetelmän käyttö viittasi perusteluiden mukaan ammattihenkilölain 15 §:n velvoitteeseen soveltaa yleisesti hyväksyttyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja.[1923] Koska kiinnipitäminen loukkaa merkittävästi henkilön ruumiillista koskemattomuutta ja voi joissakin tilanteissa vahingoittaa sen kohteena olevaa henkilöä ja olla myös henkilökunnalle työturvallisuusriski, kiinnipitämistä olisi tullut pyrkiä välttämään. Kiinnipitämistä ei olisi saanut käyttää rutiininomaisesti muiden rajoitustoimenpiteiden yhteydessä, vaan vain silloin kun rajoitustoimenpiteen toteuttaminen ei olisi ollut lainkaan mahdollista ilman kiinnipitämistä.[1924] Vakavan vaaratilanteen estämiseksi kiinnipitäminen olisi voitu toteuttaa myös toimintayksikön ulkopuolella.[1925]

1920 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 68.
1921 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 206 §.
1922 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 100.
1923 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 64.
1924 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 63-64.
1925 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 105 §. Joissakin lausuntopalautteissa rajoittaminen näh-

Potilaan liikkumista terveydenhuollon toimintayksikössä, poistumista toimintayksiköstä ja liikkumista toimintayksikön tai sen yhteydessä olevan piha-alueen ulkopuolella olisi voitu terveydenhuollon ammattihenkilön toimesta valvoa 112 §:n mukaan. Valvontamenetelmänä olisi voitu käyttää teknistä valvontalaitetta tai saattajaa tai muuta vastaavaa menetelmää.[1926] Perustelumuistion mukaan rajoitustoimenpiteestä ei olisi ollut kyse siinä tapauksessa, jos potilas olisi liikkunut mielellään saattajan kanssa eikä olisi vastustanut liikkumisen valvomista tai esimerkiksi turvarannekkeen käyttöä. Henkilön liikkumisen valvomiseksi olisi tullut aina valita kevyin tilanteeseen soveltuva tapa.[1927] Liikkumista koskeva suunnitelma olisi täytynyt kirjata henkilön palvelu- ja hoitosuunnitelmaan.[1928]

Potilaalla olisi voitu käyttää päivittäistoimintojen yhteydessä putoamista estäviä tai rajoittavia välineitä: sängystä putoamisen estävää välinettä yö- ja päivälevon, ja lyhytaikaisesti muiden päivittäistoimintojen ajan, tai tuolista putoamisen estävää välinettä ruokailun ja muiden vastaavien päivittäistoimintojen ajan, sekä putoamista estävää välinettä muun potilaalle mieluisan tai välttämättömän toiminnan ajan.[1929] Potilaalla olisi saatu käyttää myös vahingoittamista estävää tai turvallisuutta lisäävää välinettä, joka ei olisi rajoittanut hänen liikkumistaan tai vähäistä enempää hänen toimintaansa.[1930] Putoamista estävän tai muiden rajoittavien välineiden käytöltä olisi edellytetty välttämättömyyttä, tarkoituksenmukaisuutta ja potilaan tilan seurantaa. Putoamista estävän tai rajoittavan välineen käyttö olisi tullut lopettaa, jos se olisi vaarantanut potilaan terveyden tai turvallisuuden.[1931] Säännösehdotusten tavoitteena oli mahdollistaa päivittäiset toiminnot turvallisesti ja ihmisarvoa kunnioittaen. Kyseessä olisi ollut asiakas- ja potilaslaissa tarkoitettu rajoitustoimenpide vain, jos potilas olisi vastustanut välineen käyttöä. Rajoitustoimenpiteestä ei olisi ollut kyse myöskään niissä tilanteissa, kun toimenpide ei tosiasiallisesti olisi estänyt henkilön toimintaa, esimerkiksi sängyn laitojen käyttö ei olisi estänyt liikuntakyvytöntä potilasta liikkumasta.[1932]

---

tiin huomattavaksi työturvallisuusriskiksi. Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta 2018, rivi 82 ja 96, 90 ja 115, sarake T.

1926 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 112 §.

1927 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 68. Jälleen voidaan kysyä, mihin pykälää tarvitaan, jos potilaan suostumus poistaisi valvonnan rajoittamisluonteen? Siis turvaranneketta saadaan käyttää ilman hallintopäätöstä, jos potilas on sen käyttämisestä samaa mieltä, mutta sitä ei saada käyttää ilman hallintopäätöstä, jos potilas on sen käyttämisestä eri mieltä tai ei ymmärrä rannekkeen tarvetta. Jos potilas ei ymmärrä rannekkeen tarvetta, kykeneekö hän sitä edes käyttämään?

1928 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 112 §.

1929 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 106 §.

1930 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 107 §. Tällainen väline voisi olla esimerkiksi päätä suojaava kypärä tai lonkkamurtumalta suojaavat lonkkahousut kaatuilevalla henkilöllä. Alustavassa lakiluonnoksessa 25.4.2018 mainittiin tässä kohdassa myös vahingoittamista estävä tai turvallisuutta lisäävä asuste, joka myöhemmästä lakiluonnoksesta on poistettu.

1931 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 106-107 §:t.

1932 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 64. Jälleen potilaan

Lakiluonnos sisälsi myös erillisen säännösluonnoksen (108 §) rajoittavien välineiden ja asusteiden käytöstä vakavissa vaaratilanteissa. Säännös olisi tarkoittanut perustelumuistion mukaan välineiden ja asusteiden käyttöä em. 106-107 §:ia selvemmin nimenomaan rajoittavassa tarkoituksessa ja muissa kuin 106-107 §:ien tarkoittamissa lepo- ja ruokailutilanteissa.[1933] Vakavissa vaaratilanteissakin välineiden ja asusteiden käytöltä olisi edellytetty välttämättömyyttä, tarkoituksenmukaisuutta ja potilaan tilan seurantaa. Käytettävän välineen tai asusteen olisi tullut täyttää terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista annetun lain vaatimukset. Välineen käyttö olisi tullut lopettaa, jos se olisi vaarantanut potilaan terveyden tai turvallisuuden.[1934] Tällainen asuste olisi ollut esimerkiksi raapimisen estävä hanska, mutta hygieniahaalaria ei säännöksen nojalla olisi saanut käyttää. Rajoittavina välineinä ei olisi pidetty erilaisia liikkumisen turvallisuuden, kylpyhuone- tai paloturvallisuuden, kodinkoneturvallisuuden, avun hälyttämisen tai terveydentilan monitoroinnin välineitä, kuten veden lämpötilan rajoittimet, avunpyyntöpainikkeet, turvavalaistus; savu-, häkä- kaasu- ja lämpötilanilmaisimet; liesivahdit tai turvarannekkeet.[1935] Rajoitustoimenpiteitä vakavissa vaaratilanteissa säänneltäessä oli keskitytty poissulkemaan erilaisia kodin tai kotona asumisen turvallisuutta parantavia apuvälineitä ja niiden käyttöä, vaikka rajoittamisen ylipäätään oli tarkoitus kohdentua ympärivuorokautisen hoidon yksikköön. Säännösluonnoksen otsikko rajoittavien välineiden tai asusteiden käytöstä *vakavissa vaaratilanteissa* ei ollut yhteensopiva perustelumuistion sisällön kanssa.

8.2.3.3 Yksityisyyden suojan rajoittaminen

Lakiluonnos sisälsi myös useita yksityisyyden suojaan puuttuvia rajoittamistoimenpiteitä: teknisen välineen käytön, aineiden ja esineiden haltuunoton, henkilöntarkastuksen ja -katsastuksen, välttämättömän terveydenhuollon antamisen, lääkitsemisen ilman potilaan lupaa, yhteydenpidon rajoittamisen ja ensihoidon oikeuden päästä kotirauhan suojaamaan tilaan. Potilaan ylle tai hänen käytössään oleviin tiloihin olisi 115 §:n mukaan voitu rajoittamisedellytysten ja -perusteiden täyttyessä asentaa tekninen ääntä tai kuvaa välittävä laite, jonka avulla olisi voitu saada tieto potilaan avun tarpeesta.[1936] Säännösluonnoksessa tarkoitettuja potilaan ylle kiinnitettäviä välineitä olisivat olleet mm. ranteessa tai kaulassa pidettävät hälytyspainikkeet. Teknisiä välineitä olisivat perustelumuistion mukaan olleet myös mm. älylattiat, kaatumisvahdit ja liiketunnistimet. Ihoon tai ihon alle asetettavia

---

suhtautuminen asiaan määrittäisi perustelumuistion mukaan sen, onko kyseessä rajoittamistoimenpide vai ei. Kuitenkin perusoikeuksien rajoittamisella tarkoitetaan kirjallisuuden mukaan sitä, että henkilöä estetään tosiasiallisesti käyttämästä perusoikeuksiaan täysimääräisesti. Ks. Viljanen 2001, s. 14.

1933 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 65.

1934 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 108 §.

1935 Luonnos asiakas- ja potilaslain erityisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s.65-66.

1936 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 115 §.

välineitä ei perustelumuistion mukaan olisi saanut käyttää potilaan avuntarpeen seurantaan.[1937] Miten tämä olisi suhteutettu esimerkiksi toistuvien kaatumisten tai tajunnanmenetysten selvittelyssä käytettävien ihon alle asennettavien rytmivalvureiden käyttöön henkilöillä, jotka olisivat täyttäneet asiakas- ja potilaslaissa tarkoitetut rajoittamistoimenpiteiden yleiset edellytykset ja teknisen välineen käytölle asetetut erityiset edellytykset?

Nykyisin voimassa olevassa sääntelyssä vartijoiden ja järjestyksenvalvojien sekä poliisin toimivaltaan kuuluva, ja psykiatrisessa tahdosta riippumattomassa hoidossa ja kehitysvammaisten erityishuollossa henkilökunnan suorittamana sallittu aineiden ja esineiden haltuunotto olisi lakiluonnoksessa mahdollistettu myös somaattisessa hoidossa terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimesta tehtäväksi. Kun rajoittamistoimenpiteiden yleiset edellytykset olisivat 96-98 §:ien mukaisesti täyttyneet, potilaan hallussa olevat päihteet ja huumausaineiden käyttöön soveltuvat välineet tai potilaan tai muun henkilön terveyttä ja turvallisuutta vaarantavat aineet tai esineet olisi saatu ottaa yksikön henkilökuntaan kuuluvan terveydenhuollon ammattihenkilön toimesta toimintayksikön haltuun. Myös potilaan rahat tai muut maksuvälineet olisi voitu ottaa toimintayksikön haltuun, jos potilas sairautensa vuoksi todennäköisesti olisi hävittänyt ne. Myös muut hoitoa tai toimintayksikön yleistä järjestystä vakavasti haittaavat aineet ja esineet olisi saatu ottaa toimintayksikön haltuun.[1938] Aineiden ja esineiden haltuunottokin olisi siis edellyttänyt, että potilas ei kykene itsemääräämiseen, eikä ymmärrä hoidon tai siitä kieltäytymisen merkitystä. Muihin henkilöihin haltuunottoa ei lakiluonnoksen mukaan olisi saanut kohdistaa.

Ehdotetun säännöksen sanamuodon piiriin olisivat perustelumuistion mukaan kuuluneet aineet ja esineet, joiden hallussapito olisi muun lainsäädännön nojalla ollut kiellettyä tai luvanvaraista, kuten ampuma-aseet, kaasusumutteet ja räjähteet tai muut järjestyslain (612/2003) 9 §:n tarkoittamat vaaralliset esineet, kuten nyrkkiraudat, stiletit ja sähkölamauttimet. Muita vahingoittamistarkoitukseen sopivia esineitä olisivat olleet viiltämiseen, lyömiseen tai pistämiseen sopivat esineet. Vahingoittamistarkoitukseen soveltuvia aineita olisivat olleet järjestyslain 10 §:ssä tarkoitetut syövyttävät, myrkylliset tai lamaannuttavat aineet, kuten liuottimet ja hapot; sekä erilaiset päihteet ja niiden käyttöön liittyvät välineet. Säännöksen piiriin olisivat perustelumuistion mukaan kuuluneet myös tietyt yleisesti hyväksytyt esineet, jotka ominaisuuksiensa puolesta voisivat vaarantaa potilaan tai toisen henkilön turvallisuuden, kuten sakset, puukko, pesäpallomaila ja tikat.[1939] Vaarallisten aineiden ja esineiden haltuunotto olisi tällä tavoin määriteltynä edustanut päätöksentekokyvyttömien potilaiden kyseessä ollen varsin raskaasti vaarallisia aineita ja

1937 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 69-70.
1938 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 109 §.
1939 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 66.

esineitä, ja ollut mahdollisesti merkittäväkin työturvallisuusriski. Tämä nousi esiin myös lausuntopalautteissa.[1940]

Potilaalle olisi tietyin edellytyksin voitu suorittaa henkilöntarkastus tilanteissa, joissa yleiset rajoittamisedellytykset terveydenhuollossa olisivat täyttyneet, ja olisi ollut perusteltu syy epäillä, että henkilöllä on mukanaan 109 §:ssa tarkoitettuja aineita tai esineitä vaatteissaan, yllään tai tavaroissaan.[1941] Perustelumuistion mukaan henkilöntarkastuksen suorittamiseksi olisi saatu käyttää voimakeinoja, jos ne olisivat olleet välttämättömiä huomioiden vastustuksen laatu ja voimakkuus, tilanteen uhkaavuus ja muut olosuhteet.[1942] Varsinaiseen säännösehdotukseen tällaista voimakeinojen käytön mahdollisuutta ei ollut kirjattu, ja siten säännösluonnos ei olisi täyttänyt perusoikeuksien rajoituksen täsmällisyys- ja tarkkarajaisuusvaatimusta. Henkilöntarkastusta koskeva säännös sisältyy nykyisellään sekä mielenterveyslakiin että kehitysvammalakiin.[1943] Potilaalle olisi voitu 111 §:n nojalla suorittaa myös henkilönkatsastus ottamalla häneltä veri-, hius-, virtsa- tai sylkinäyte tai suorittamalla puhalluskoe. Henkilönkatsastuksella olisi puututtu vakavasti katsastettavan henkilön henkilökohtaiseen koskemattomuuteen. Säännökseen kirjattu todennäköisin syin -epäily olisi asettanut sen soveltamiskynnyksen korkeammalle kuin henkilöntarkastuksessa.[1944]

Lakiluonnos sisälsi säännösehdotuksen myös välttämättömän terveydenhuollon antamisesta (116 §) ja lääkitsemisestä ilman potilaan lupaa (117 §). Lääkityksen antamisella tarkoitettiin ammattihenkilölain 15 §:n edellyttämällä tavalla vain lääketieteellisesti perustellun lääkityksen antamista.[1945] Myös potilaan liikkumista olisi saatu rajoittaa lyhytaikaisesti välttämättömän terveydenhuollon antamiseksi.[1946] Säännöstä välttämättömän terveydenhuollon antamisesta olisi perusteluiden mukaan voitu soveltaa esimerkiksi päivystyksellisissä tilanteissa, joissa toimintakyvyltään tilapäisesti rajoittuneen potilaan hoitamatta jättäminen olisi aiheuttanut hengenvaaran tai voinut johtaa pysyvään vammautumiseen. Lääkityksen antaminen ilman potilaan lupaa taas olisi koskenut ainoastaan päivystysluonteisia ja akuuttitilanteita, joissa lääkitystä olisi tarvittu välttämättömän tutkimuksen ja hoidon toteuttamiseksi ja potilaan rauhoittamiseksi hänen vointinsa parantamistarkoituksessa.[1947] Ilman potilaan lupaa tapahtuva lääkitseminen olisi edellyttänyt potilaan

1940 Ammattijärjestöjen ja sairaanhoitopiirien lausunnoissa huomautettiin aineiden ja esineiden haltuunoton aiheuttavan merkittävän työturvallisuusriskin, erityisesti ensihoidossa. Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta 2018, rivi 31, 82 ja 96, 91 ja 115, sarake T.

1941 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 110 §.

1942 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 67.

1943 KehVammaL 3a:42h § (381/2016). MTL 4a:22i § (1423/2001).

1944 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 67. Vrt. henkilöntarkastusta koskeva asiakas- ja potilaslain 110 §, jossa edellytetään perusteltua syytä.

1945 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 71.

1946 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 116 §.

1947 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 70-71.

tilan seurantaa ja arviointia hänen terveytensä ja turvallisuutensa edellyttämällä tavalla.[1948] Lakiluonnoksessa välttämättömän terveydenhoidon antamisesta oli siis tehty rajoittamistoimenpide, vaikka pohjimmiltaan kaikkien rajoittamistoimenpiteiden käytössä terveydenhuollossa pitäisi olla kyse ensisijaisesti välttämättömän terveydenhoidon turvaamisesta potilaalle. Lisäksi perustelumuistiossa annettiin ymmärtää välttämättömän terveydenhoidon ja lääkehoidon antamista koskevan sääntelyn soveltuvan nimenomaan päivystysluonteisiin ja akuuttitilanteisiin, vaikka velvoite ja oikeus hoitaa potilasta kiireellisissä tilanteissa on oletetun suostumuksen pohjalta jo pitkään sisältynyt potilas- ja ammattihenkilölakeihin. Säännöksen suhde kiireellisen hoidon säännökseen (29 §) ei ollut selkeä.

Potilaan hoitoon osallistuva terveydenhuollon ammattihenkilö olisi myös saanut lakiluonnoksen 119 §:n mukaan antaa hoitavan lääkärin ohjeen mukaan potilaalle ravintoa tai nestettä ilman potilaan lupaa, ja rajoittaa potilaan pakonomaista syömistä tai juomista.[1949] Ilmeisesti harkinta nesteytyksen ja ravitsemuksen toteuttamiselle eri tilanteissa, esimerkiksi elämän loppuvaiheen hoidossa, olisi perustunut lääketieteelliseen arvioon, kun perusteluissa tätä ei säännösluonnosta tarkemmin täsmennetty. Perusoikeuspunninnassa ihmisarvon toteutuminen ja terveys arvostettiin tässä henkilökohtaista koskemattomuutta korkeammalle, mutta sääntelyehdotus herättää kysymyksiä esimerkiksi Tokion julistuksen nälkälakon murtamiskiellon osalta.

Potilaan hoitoon osallistuva terveydenhuollon ammattihenkilö olisi saanut potilaan vastustuksesta riippumatta suorittaa lakiluonnoksen 118 §:n mukaisen potilaan hygieniaan liittyvän toimenpiteen, ja rajoittaa potilaan pakonomaista peseytymistä.[1950] Säännös oli tarkoitettu sovellettavaksi ainoastaan niissä tilanteissa, kun itsemääräämiskyvyltään alentuneen henkilön terveys tai ihmisarvo vaarantuu. Kosmeettinen tai epämiellyttävä henkilökohtaisen hygienian laiminlyönti ei olisi riittänyt perusteeksi, vaan olisi edellytetty todellista ja vakavaa terveysvaaraa. Ihmisarvo huomioiden esimerkiksi ulosteisiin tahriutunut potilas olisi voitu vastustuksesta huolimatta pestä, vaikkei tahriutumisesta olisi aiheutunut hänelle välitöntä terveysvaaraa.[1951] Todennäköisesti vastustelevan potilaan peseminen väkisin edellyttäisi myös vähintään kiinni pitämistä, ja olisi työturvallisuusriski. Tämä huomioitiin myös lausuntopalautteissa.[1952]

1948 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 117 §.

1949 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 119 §. Sairaanhoitopiirin lausunnossa säännösluonnoksen nähtiin vakavasti viivästyttävän esimerkiksi ensihoidossa tavallisten hypoglykemiapotilaiden hoitoa. Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta 2018, rivi 91, sarake T.

1950 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 118 §.

1951 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 71.

1952 Aluehallintoviraston lausunnossa huomautettiin, että potilaan peseminen väkisin edellyttäisi oletettavasti myös kiinni pitämistä, ja fyysistä vastarintaa tekevän potilaan peseminen lisäisi merkittävästi fyysisten vammojen, kuten mustelmien riskiä. Loukkaisiko väkisin peseminenkin siten ihmisarvoa? Sairaanhoitopiirin lausunnossa säännösluonnoksen nähtiin soveltuvan huonosti ensihoitoon. Lausunto-

Lakiluonnoksessa olisi mahdollistettu myös yhteydenpidon rajoittaminen, kuten psykiatrisessa tahdosta riippumattomassa hoidossa. Lähtökohtaisestihan potilaalla on oikeus yhteydenpitoon palveluyksikön ulkopuolelle puhelimitse, kirjeitse ja vastaanottamalla vieraita. Potilaan yhteydenpitoa palveluyksikön ulkopuolelle ja potilaan oikeutta tavata tiettyjä henkilöitä tai pitää yhteyttä yksilöityihin henkilöihin olisi lakiluonnoksen mukaan voitu rajoittaa, ja ottaa potilaan yhteydenpitovälineet palveluyksikön haltuun rajoitustoimenpiteen ajaksi tai rajoittaa niiden käyttöä.[1953] Säännös ei kuitenkaan olisi estänyt palveluyksikköä määräämästä vierailuille ja puhelimen käytölle hoidon tarkoituksenmukaisen järjestämisen kannalta tarpeellisia rajoituksia, kuten säännöllisiä vierailuaikoja.[1954] Potilaan yhteydenpitoa terveydenhuollon valvontaviranomaisiin, lainkäyttöviranomaisiin ja ihmisoikeuksien kansainvälisiin valvontaelimiin, oikeusavustajaansa tai potilasasiamieheen ei olisi saanut missään olosuhteissa rajoittaa.[1955] Taustalla on nykyisen mielenterveyslain 22j.4 § ja eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisukäytäntö, jossa viitataan EIS 8 artiklan oikeuteen nauttia yksityis- ja perhe-elämän kunnioitusta.[1956]

Lakiluonnoksessa oli nykytilaan nähden uusi kotirauhan piiriin kajoava säännös ensihoidon oikeudesta päästä henkilön asuntoon tai muuhun olinpaikkaan henkilön terveydentilan selvittämiseksi tai kiireellisen terveyden- tai sairaanhoidon antamiseksi.[1957] Säännös olisi ollut perusajatukseltaan sosiaalihuollossa voimassa olevan sääntelyn mukainen, ja sen tarkoitus oli sallia pääsy kotirauhan suojaamaan tilaan, kun epäilylle välittömästä henkeä tai terveyttä uhkaavasta vaarasta olisi ollut perusteet. Säännös olisi kattanut tilanteet, joissa henkilö itse tai joku muu olisi soittanut hätäkeskukseen, tai hälytys olisi tapahtunut teknisen välineen, kuten turvarannekkeen, välityksellä.[1958] Jos asuntoon tai olinpaikkaan pääseminen olisi edellyttänyt poliisin tai muun viranomaisen toimivaltuuksia, ensihoidolla olisi ollut oikeus saada tehtävänsä suorittamiseksi virka-apua poliisilta ja muilta viranomaisilta (203 §).

Oikeuskansleri edellytti lakiluonnoksesta antamassaan lausunnossa, että koko lakiluonnoksen rajoittamistoimenpiteitä koskevan sääntelyn osalta potilaiden perusoikeuksien rajoittamisen perustuslainmukaisuutta koskeva arviointi tulee tehdä huolellisesti ja kattavasti huomioiden perustuslaista ja ihmisoikeussopimuksista johtuvat perusoikeuksien rajoittamisedellytykset ja perustuslakivaliokunnan asettamat yleiset perusoikeuksien rajoittamisedellytykset sekä tietyille perusoikeuksille asettamat erityiset rajoittamisedellytykset.[1959]

---

pyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta 2018, rivi 63 ja 91, sarake T.

1953 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 114 §.

1954 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 68.

1955 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 114 §.

1956 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 69.

1957 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 202 §.

1958 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 98.

1959 Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta 2018, rivi 14, 33 ja 69 sarake T; rivi 49, sarake N.

8.2.4 Rajoittamistoimenpiteiden käyttämisen jälkeen terveydenhuollossa tehtävät toimenpiteet

Lakiluonnos sisälsi ehdotukset myös rajoittamistoimenpiteiden jälkeen tehtävistä toimenpiteistä: jälkikäteisarvioinnista potilaan kanssa, potilaan ja omaisen informoinnista, kirjaamisesta, tilastoinnista ja raportoinnista. Kun potilaan hoidossa olisi jouduttu turvautumaan rajoittamistoimenpiteeseen, sen käyttöä olisi lakiluonnoksen 197 §:n mukaan tullut arvioida potilaan kanssa viipymättä sen jälkeen, kun rajoittamistoimenpiteen käyttö oli lopetettu. Potilaalle, hänen lailliselle edustajalleen tai 197 §:n tarkoittamissa tilanteissa hänen palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen osallistuvalle omaiselleen tai muulle läheiselle olisi tullut viipymättä antaa tieto rajoittamistoimenpiteen sisällöstä ja perusteista sekä käytettävissä olevista oikeusturvakeinoista. Jos potilas ei olisi kyennyt ymmärtämään asian merkitystä, tiedot olisi tullut antaa hänelle heti kun hän kykenisi asian ymmärtämään. Ymmärryskyvyn puuttuessa pysyvästi rajoittamistoimenpidettä koskeva päätös muutoksenhakuohjeineen olisi tullut antaa lailliselle edustajalle, palvelujen suunnitteluun ja toteutukseen osallistuvalle omaiselle tai muulle läheiselle.[1960]

Potilasasiakirjoihin olisi tullut kirjata rajoittamistoimenpiteen käyttö ja sen perusteet, toimenpiteen alkamis- ja päättymisaika, rajoittamistoimenpiteen käyttämisestä päättänyt ja toimenpiteen suorittanut henkilö sekä jälkiselvittelyä koskevat tiedot.[1961] Perustelumuistiossa oli mainittu kirjattaviksi asioiksi myös rajoitustoimenpiteen käyttöä edeltäneet tapahtumat, potilaan näkemykset rajoitustoimenpiteen käytöstä ja sen perusteista sekä rajoitustoimenpiteen vaikutukset potilaaseen.[1962] Rajoitustoimenpiteitä koskevista kirjaamisvelvoitteista on jo säännelty laissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä, 29.4 §:ssa.

Perustelumuistion mukaan jälkiselvittelysäännöksen tavoite oli vähentää rajoittamistoimenpiteiden käyttöä ja huolehtia siitä, että pakon käyttö pysyisi mahdollisimman lievänä silloin, kun siihen olisi välttämätöntä turvautua. Rajoittamistoimenpiteitä koskeva jälkiselvittelyvelvoite ei kuitenkaan olisi koskenut putoamista estävien välineiden käyttöä päivittäistoiminnoissa, valvottua liikkumista, ovien lukitsemista eikä teknisen välineen käyttöä niihin liittyvien erityspiirteiden vuoksi.[1963] Jälkiselvittelyvelvoite vaikuttaa sanamuodon mukaan tulkittuna valtavan työläältä, jos selvittely todella olisi edellytetty tehtäväksi joka ikinen kerta, kun rajoittamistoimenpidettä käytetään, vaikka toistuvasta tai pidempiaikaisesta toimenpiteen käytöstä olisi tehty erillinen hallintopäätös. Jälkiselvittelyvelvoite kuitenkin sisältyy mm. YK:n kidutuksen vastaisen sopimuksen OPCAT alakomitean kannanottoon.[1964] Hankalilla säännöksillä olemassa oleva välttämätön tarve rajoittamistoimenpiteiden käyttöön

1960 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 198 §.
1961 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 197 §.
1962 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 97.
1963 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 97.
1964 CAT/OP/27/2, kohta 19.

ei poistu, varsinkaan kun välttämättömän hoidon ja huolenpidon toteuttamiseen samanaikaisesti velvoitetaan, mutta henkilöstön työmäärä hallintotoimien eli muun kuin varsinaisen terveyden- ja sairaanhoidon osalta kasvaa. Toisaalta kyse oli osin tavallisen päätöksen tai hallintopäätöksen tiedoksiannosta oikeusturvakeinojen käytön mahdollistamiseksi.

Palveluyksikössä olisi 196 §:n mukaan tullut omavalvontasuunnitelman päivittämisenkin yhteydessä arvioida rajoittamistoimenpiteen käyttöön johtaneita syitä ja keinoja, joilla rajoittamistoimenpiteen käyttöä voitaisiin vähentää. Perustelumuistio antoi kuitenkin ymmärtää, että yksikkökohtainen arviointi olisi tullut tehdä rajoittamistoimenpiteen käyttämisen jälkeen, mikä ei ollut linjauksena yhteneväinen ehdotetun säännösluonnoksen sanamuodon kanssa.[1965]

Palveluyksikön olisi tullut myös pitää erillistä luetteloa käytetyistä perusoikeusrajoituksista. Luetteloon olisi merkitty potilaan tunnistetiedot, rajoitusta koskevat tiedot, rajoituksen määränneen lääkärin ja suorittajien nimet.[1966] Vastaavaa luetteloa pidetään nykyisin MTL:n mukaisista rajoittamistoimenpiteistä.[1967] Yksikön olisi myös kuukausittain tullut julkaista tiedot yksikössä käytettyjen rajoittamistoimenpiteiden määrästä ja laadusta sekä potilasmääristä viimeisen puolen vuoden ajalta.[1968] Julkaisemisen tavoitteena olisi ollut kannustaa palveluyksiköitä kehittämään palvelumuotoja, joissa potilaat voivat hyvin ja rajoitustoimenpiteiden käyttöä voidaan vähentää.[1969] Valvontaviranomaisille olisi myös kuukausittain tullut toimittaa tiedot yksikössä käytetyistä sitomisista ja eristämisistä, niiden määristä ja potilasmääristä viimeisen puolen vuoden ajalta.[1970] Vakavimpien rajoittamistoimenpiteiden valvonnan lisäksi ”yksikkökohtaisen itsemääräämisoikeussuunnitelman toteutumista olisi valvottu osana omavalvonnan valvontaa”.[1971] Hallinnollisten velvoitteiden olennainen lisääntyminen herätti huolta lakiluonnoksen lausuntopalautteen antajissa.[1972] Tämä olisi myös aiheuttanut merkittävän tilastoinnin ja tietojärjestelmien kehittämistarpeen.

1965 Ks. luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 96.

1966 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 199 §.

1967 MTL 4a:22k § (1423/2001).

1968 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 200 §.

1969 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 98. Julkaisemista pidettiin ETENE:n taholta hyvänä asiana rajoittamistoimenpiteiden vähentämisen kannalta.

1970 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 201 §. Nykyisellään tiedot tulee MTL:n 22f §:n nojalla toimittaa aluehallintovirastolle kahden viikon välein.

1971 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 98.

1972 Rajoittamistoimenpiteiden käyttöön liittyvän byrokratian huomautettiin sairaanhoitopiirin lausunnossa syövän hoidon ja hoivan resursseja. Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta 2018, rivi 91 ja 103; sarake AB. Aluehallintovirastojen lausunnoissa huomautettiin selkeän lomakkeen tarpeesta, sillä mielenterveyslain mukaisten rajoitteiden ilmoittamisessa toimintayksiköiden välillä on eroja vuosien kokemuksesta ja kirjallisista ja suullisista ohjeista huolimatta. Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta 2018, rivi 33, sarake AB.

8.2.5 Henkilöstön työturvallisuus ja toimivalta

Työturvallisuuslain (738/2002) 27 § velvoittaa työnantajan ryhtymään erityisiin toimenpiteisiin väkivallan uhan torjumiseksi.[1973] Jo vuonna 2006 joka kuudes työntekijä sosiaali- ja terveydenhuollossa joutui kokemaan väkivaltaa tai sen uhkaa työssään.[1974] Sosiaali- ja terveysministeriö onkin tehnyt terveydenhuollon laitosturvallisuuden parantamiseksi selvityksiä[1975], joiden perusteella väkivaltatilanteiden lisääntyminen on arvioitu terveydenhuollon keskeisimmäksi työturvallisuusuhkaksi.[1976] Henkilöstöön kohdistuva väkivalta on sekä sanallista uhkailua ja väkivaltaa, että fyysistä väkivaltaa. Yleisimmin väkivaltaa kohdataan päihtyneiden potilaiden, heidän omaistensa tai päihtyneiden saattajien taholta, ja tavallisimmin kyse on päivystyksellisestä hoitotilanteesta. Väkivaltaa esiintyy myös laitoshoidossa, vastaanotolla ja ensihoitotilanteissa.[1977]

Terveydenhuollon toimintayksikön henkilökunnan työturvallisuus oli osaltaan ollut huomion kohteena lakiluonnoksessa, ja turvallisuuden edistäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa oli kirjattu yhdeksi lakiluonnoksen tavoitteista.[1978] Lakiluonnokseen oli sisällytetty terveydenhuollon toimintayksikön itsemääräämisoikeussuunnitelma, jossa olisi tullut selostaa toimintamallit henkilökunnan työturvallisuuden ylläpitämiseksi rajoittamistilanteissa ja muissa tilanteissa, joihin sisältyy väkivallan uhkaa.[1979] Työturvallisuuteen liittyvää suunnittelua ja toimintaohjeistusta tehdään jo nykyisin työturvallisuuslainkin (738/2002) nojalla. Mitään konkreettista työturvallisuuden parannusta itsemääräämisoikeussuunnitelma tuskin nykytilanteeseen nähden olisi tuonut.

Lakiluonnoksessa oli kiinnitetty huomiota tilaratkaisuihin ja henkilökunnan riittävyyteen sekä henkilökunnan koulutukseen rajoittamistoimenpiteiden käyttöä ennaltaehkäisevänä toimintana.[1980] Tavoitteena oli vähentää rajoittamistoimenpiteiden ja pakon käyttöä.[1981] Vaikka muunkin henkilön kuin potilaan terveyden ja turvallisuuden vaarantuminen olisi mahdollistanut lakiluonnoksen mukaan rajoit-

---

1973 Työpaikalla tulee olla väkivallan torjumiseen tai rajoittamiseen tarvittavat asianmukaiset turvallisuusjärjestelyt tai –laitteet ja mahdollisuus avun hälyttämiseen. Työnantajan tulee laatia myös menettelytapaohjeet, joissa kiinnitetään huomiota uhkaavien tilanteiden hallintaan ja toimintatapoihin. Työturvallisuuslaki, 27 §.

1974 HE 108/2014 vp., s. 21. Samoin luonnos asiakas- ja potilaslain yleisperusteluiksi 6.7.2018 s. 21.

1975 HE 108/2014 vp., s. 21 ja esimerkiksi STM:n selvityksiä 2009:59, jossa työryhmä pohti ”laitosten fyysisen turvallisuuden parantamiseen tähtääviä toimenpiteitä keskus- ja aluehallinnon ohjauksen keinoin, toimintayksiköiden riskienhallintaa ja toimintayksiköiden turvallisuusorganisaatioiden toimintamahdollisuuksia tehostamalla sekä lainsäädäntöhankkeisiin vaikuttamalla”, s.7.

1976 HE 108/2014 vp., s. 21. Samoin luonnos asiakas- ja potilaslain yleisperusteluiksi 6.7.2018, s. 21.

1977 HE 108/2014 vp., s. 21. Samoin luonnos asiakas- ja potilaslain yleisperusteluiksi 6.7.2018, s. 21.

1978 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 1 §.

1979 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 31 §.

1980 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 32-33 §:t.

1981 HE 108/2014 vp., s. 70. Sekä luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 27.

tamistoimenpiteen käytön edellyttäen, että se olisi ollut välttämätöntä ja oikeasuhtaista tavoiteltavaan päämäärään nähden, yleiset edellytykset rajoittamistoimenpiteiden käytännössä rajasivat toimenpiteiden käytön vain niihin tilanteisiin, kun potilas ei olisi ollut lainkaan kykenevä itsemääräämisoikeuttaan käyttämään. Muissa tilanteissa rajoittamistoimenpiteitä, kuten edes esineiden ja aineiden haltuun ottamista, ei olisi suppeasti tulkiten voinut lakiluonnoksen mukaan käyttää.[1982] Mikäli uhkaavasti tai väkivaltaisesti käyttäytyvä potilas ei olisi ollut päätöksentekokyvytön, tilanne olisi ollut ennallaan nykytilaan nähden: rajoittamissääntelyä ei olisi voitu soveltaa, vaan olisi täytynyt turvautua turvallisuushenkilöstöön toimivaltuuksineen, tai soveltaa puuttumiseen rikoslain hätävarjelu- tai pakkotilasäännöksiä oikeuttamisperusteena. Toisaalta rajoittamistoimenpiteistä sääntelyn ja käytön nähtiin useissa ammattijärjestöjen ja sairaanhoitopiirien lausunnoissa jopa vaarantavan työturvallisuutta nykytilaan verrattuna.[1983]

Ainoa konkreettinen työturvallisuuteen liittyvä sääntely lakiluonnoksessa oli vartijoiden ja järjestyksenvalvojien toimivaltaa koskeva sääntely. Vartijan tai järjestyksenvalvojan ensisijainen tehtävä terveydenhuollossa olisi lakiluonnoksen mukaan ollut ylläpitää turvallisuutta ja vähentää läsnäolollaan väkivaltatilanteiden syntymistä. Vartijan tai järjestyksenvalvojan tehtäviin ei olisi saanut sisällyttää hoitotoimenpiteiden suorittamista tai niiden toteuttamiseen osallistumista, eikä muita tehtäviä, jotka olisivat edellyttäneet terveydenhuollon ammattihenkilön koulutusta. Potilaiden integriteetin suojelemiseksi väkivallan uhkaan olisi tullut mahdollisuuksien mukaan varautua niin, että vartija tai järjestyksenvalvoja ei olisi ollut samassa tilassa potilaan kanssa.[1984]

Vartija tai järjestyksenvalvoja olisi saanut terveydenhuollon ammattihenkilön pyynnöstä ottaa kiinni pakenevan henkilön, jonka liikkumisvapautta olisi rajoitettu asiakas- ja potilaslain mukaisesti[1985], osallistua terveydenhuollon ammattihenkilön

---

1982 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 96-99 §:t ja 105-121 §:t. Rajoittamistoimenpiteitä ja niiden erityisiä edellytyksiä käsittelevissä 105-121 §:issä on viitattu 96-99 §:ien yleisiin rajoitusedellytyksiin. Ks. myös aineiden ja esineiden haltuunotosta järjestyslain nojalla aiemmin esitetty.

1983 Ammattijärjestöjen ja sairaanhoitopiirien lausunnoissa huomautettiin aineiden ja esineiden haltuunoton aiheuttavan merkittävän työturvallisuusriskin, erityisesti ensihoidossa.

Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta 2018, rivi 31, 82 ja 96, 91 ja 115, sarake T. Ensihoitoalan ammattijärjestöt huomauttivat lakiluonnoksen 105 §:ään liittyen, ettei ammattilaisten koulutukseen sisälly koulutusta potilaan rajoittamisesta kiinni pitäen. Rajoittaminen nähtiin huomattavaksi työturvallisuusriskiksi. Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta 2018, rivi 82 ja 96, 90 ja 115, sarake T. Ensihoitoalan ammattijärjestöt näkivät myös poistumisen estämisessä ambulanssista erittäin suuren työturvallisuusriskin ja pitivät tärkeänä, ettei poliisin valtuuksia voimakeinojen käyttöön laajenneta ensihoitoon. Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta 2018, rivi 62, 82 ja 96, 91, 101 ja 115, sarake T.

1984 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 209 §.

1985 Pakenevaa henkilöä, jonka liikkumisvapautta ei ole rajoitettu, ei saisi tämän perusteella ottaa kiinni. Käytännössä liikkumisvapauden rajoittamien on mahdollista lakiluonnoksen 112-113 §:ien mukaan vain itsemääräämiseen kyvyttömien henkilöiden kohdalla, jotka eivät pysty ymmärtämään tekojensa merkitystä tai seurauksia.

ohella asiakas- ja potilaskuljetusten turvaamiseen, olla tarvittavan avun antamiseksi riittävän lähellä tilanteissa, joihin liittyy väkivallan uhka; pitää henkilöstä kiinni akuutissa henkeä tai terveyttä vakavasti uhkaavassa väkivaltatilanteessa ja lisäksi osallistua muun asiakas- ja potilaslaissa heille määrätyn tehtävän suorittamiseen. Muiden rajoittamistoimenpiteiden toteuttamista vartijoiden tai järjestyksenvalvojien tehtäviin ei olisi saanut terveydenhuollossa sisällyttää.[1986]

Suppeasti tulkiten vartijan tai järjestyksenvalvojan toimivaltuudet terveydenhuollossa olisivat tämän sääntelyluonnoksen perusteella olleet kapeammat kuin muualla: vartija tai järjestyksenvalvoja ei olisi saanut terveydenhuollossa työskennellessään enää estää henkilön pääsyä terveydenhuollon toimintayksikköön tai poistaa henkilöä sieltä yksityisistä turvallisuuspalveluista (1085/2015, YTL) annetun lain 15 §:n tai 41-42 §:ien mukaan. Sama olisi koskenut YTL 16 §:n tai 45-47 §:ien mukaista kiinniotto-oikeutta ja oikeutta tehdä turvallisuustarkastus sekä YTL 17 §:n tai 48 §:n mukaista voimankäyttöoikeutta. Perustelujen mukaan säännösluonnoksella ei ilmeisesti ollut kuitenkaan tarkoitettu kaventaa YTL:n mukaisia vartijan tai järjestyksenvalvojan toimivaltuuksia, mutta säännösehdotuksen muotoilu antoi näin ymmärtää.[1987] Säännösluonnoksessa ei millään tavalla ollut viitattu YTL:n toimivaltuuksiin, vaan oli lueteltu terveydenhuollon yksiköissä toimiville vartijoille ja järjestyksenvalvojille selvästi YTL:a suppeammat toimivaltuudet. Käytännössä työturvallisuus terveydenhuollon yksiköissä olisi siis jäänyt potilaiden ja omaisten hyväntahtoisuuden varaan, eikä ainakaan sanalliseen väkivaltaan ja uhkailuun olisi pystytty terveydenhuollon toimintayksiköissä enää puuttumaan.

Vartijoiden ja järjestyksenvalvojien toimiluvan kaventamisen lisäksi lakiluonnoksella olisi lavennettu terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimilupaa perinteisesti turvallisuusalan henkilöstölle ja poliisille kuuluneelle alueelle, joskin mielenterveyslain 4a-luvun ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain 3a-luvun rajoittamissääntelyssä vastaava toimiluvan laajennus oli toteutettu jo aiemmin. Terveydenhuollon ammattihenkilöille olisi rajoittamissääntelyssä annettu oikeus henkilöntarkastukseen ja -katsastukseen; vaarallisten aineiden ja esineiden haltuunottoon, ja tietyissä tilanteissa, kuten eristämisen yhteydessä, jopa voimankäyttöön.[1988] Henkilönkatsastus verikokeineen ja puhalluttamisineen on toki hoitotyöhön liittyvää toimintaa nykyisinkin. Toimilupa erilaisiin tehtäviin voidaan antaa lailla, kuten nykyisellään esimerkiksi terveydenhuollon ammattihenkilön tai poliisin toimintaan, tai viranomaisen päätöksellä, kuten vartijan ja järjestyksenvalvojan tehtäviin. On kuitenkin syytä kriittisesti arvioida, onko tällainen lähtökohtaisesti kaikkia päätöksentekokyvyttömiä potilasryhmiä koskeva terveydenhuollon ammattihenkilöille annettava toimilupa terveyden suojaamiseksi ja muiden

1986 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 209 §.
1987 Luonnos asiakas- ja potilaslain erityisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 101.
1988 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 109 §, 110 §, 111 § ja 120 §.

henkilöiden oikeuksien ja vapauksien turvaamiseksi välttämätön demokraattisessa yhteiskunnassa? Työturvallisuudenkin näkökulmasta toimilupakysymyksiä on syytä pohtia tarkkaan: terveydenhuollon ammattihenkilöille annettu oikeus henkilöntarkastukseen ja aineiden ja esineiden haltuunottoon tai voimankäyttöön edellyttäisi työturvallisuusnäkökohdista merkittävää laajamittaista ja toistuvaa turvallisuuskoulutusta toimintaan, jonka sisällössä kuitenkin olisi kyse muusta kuin varsinaisesta terveydenhuollon toiminnasta. Onko tämä toimilupasääntelyn muuttaminen järkevää resurssien käyttöä, vai pitäisikö hoitohenkilökunnan keskittyä hoitamiseen, ja turvallisuushenkilökunnan turvaamiseen? Tästä näkökulmasta välttämättömän terveydenhoidon turvaamistarpeen ja siihen liittyvien rajoittamistoimenpiteiden käytön erottaminen järjestyshäiriöistä ja niihin liittyvistä turvaamistoimenpiteistä on erittäin tärkeää. Lisäksi on tärkeä harkita tarkkaan, missä määrin järjestyshäiriöihin puuttuminen edellyttää terveydenhuollon rajoittamissääntelyä, vai olisivatko tällaiset asiat kuitenkin ratkaistavissa tapauskohtaisesti rikoslain oikeuttamisperusteisiin turvautumalla. Käytännön toteutus on joka tapauksessa mitä suurimmassa määrin resurssikysymys, niin terveydenhuollon ammattihenkilöiden, kuin turvallisuusalan henkilöstön ja poliisinkin osalta.

8.3 Päätöksenteko ja potilaan oikeusturva

8.3.1 Päätöksenteko

Päätöksentekijä rajoittamistoimenpiteitä käytettäessä olisi lakiluonnoksen mukaan voinut olla toimenpiteestä riippuen terveydenhuollon ammattihenkilö, hoitava lääkäri; tai ylilääkäri tai vastaava lääkäri. Päätöksentekijää ja päätöksentekomenettelyä oli lakiluonnoksessa porrastettu pääsääntöisesti rajoittamisen intensiteetin tai keston mukaan, mutta kaikilta osin porrastamisen logiikka toimenpiteiden välillä ei ollut selkeä. Joidenkin rajoittamistoimenpiteiden kohdalla myös kiireelliset tilanteet oli huomioitu erikseen.

Vapaudenriiston luonteinen, intensiteetiltään raskain rajoittaminen olisi edellyttänyt virkasuhteisen hoitavan lääkärin kirjallista valituskelpoista hallintopäätöstä. Eristämispäätöksen olisi lakiluonnoksen mukaan tehnyt virkasuhteinen potilasta hoitava lääkäri kirjallisesti. Päätös olisi ollut valituskelpoinen, ja sen perusteella potilasta olisi voitu pitää eristettynä enintään kahdeksan tuntia. Kiireellisessä tilanteessa muu terveydenhuollon ammattihenkilö olisi voinut tehdä ratkaisun eristämisestä, mutta asiasta olisi tullut heti ilmoittaa hoidosta vastaavalle virkasuhteiselle lääkärille, jonka olisi tullut tehdä asiassa kirjallinen valituskelpoinen päätös.[1989] Myös potilaan

1989 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 120 §. Uudessa lakiluonnoksessa ei enää edellytetty alustavan luonnoksen 25.4.2018 119 §:n mukaista lääketieteellistä arviota potilaan hoidosta vastaavalta lääkäriltä. Sairaanhoitopiirien lausunnoissa päätöksentekomenettelyä pidettiin liian kankeana käytännön

sitomisesta olisi päättänyt virkasuhteessa oleva lääkäri suorittamansa tutkimuksen perusteella, ja asiasta olisi tullut tehdä kirjallinen valituskelpoinen päätös. Tämän päätöksen perusteella muu terveydenhuollon ammattihenkilö olisi voinut toteuttaa toimenpiteen. Sitomista olisi voitu jatkaa vain välttämättömän ajan, ja toimenpiteen aikana hoitavan lääkärin olisi tullut arvioida sitomisen edellytykset uudelleen hoitosuunnitelmaan kirjatun mukaisesti ja tarpeen mukaan.[1990] Eristämisen yhteydessä mahdollistettua toimenpiteen aloittamista kiireellisissä tilanteissa terveydenhuollon ammattihenkilön toimesta ei sitomista koskevaan säännökseen sisältynyt.

Ensihoidon pääsy henkilön asuntoon tai muuhun olinpaikkaan henkilön terveydentilan selvittämiseksi tai kiireellisen terveyden- ja sairaanhoidon antamiseksi olisi edellyttänyt päivystävän lääkärin tai kenttäjohtajan määräystä.[1991] Lakiluonnoksesta ei käynyt ilmi, olisiko tämän osalta edellytetty myös valituskelpoista hallintopäätöstä. Perusteluiden mukaan hätäkeskus olisi arvioinut ensin vaaran olemassaoloa, mutta ratkaisutoimivalta asuntoon tai muuhun tilaan menemisestä olisi kuulunut päivystävälle lääkärille tai kenttäjohtajalle.[1992] Lakiluonnoksen mukaan ensihoitohenkilökunnalla olisi ollut oikeus myös saada poliisilta ja muilta viranomaisilta virka-apua tehtäviensä suorittamiseksi. Virka-apupyynnönkin olisi tehnyt päivystävä lääkäri tai kenttäjohtaja.[1993] Terveydenhuollon ammattilaisille olisi siten sallittu pääsy kotirauhan suojaamaan tilaan, mutta lakiluonnoksesta ei selvinnyt, millaisia keinoja asuntoon tai muuhun olinpaikkaan pääsemiseksi olisi voitu käyttää.

Ihmisoikeussopimusten ja niiden valvontaelinten, sekä perustuslakivaliokunnan edellä käsitellyn käytännön mukaan vapauden riisto, kuten sairaalaan tai hoitolaitokseen sulkeminen, edellyttää valitusmahdollisuutta tuomioistuimeen. Perustuslakivaliokunnan mukaan vapauden riiston aikana toteutettujen puuttumisen astetta lisäävien vapauteen kohdistuvien toimenpiteiden osalta tästä on kuitenkin voitu poiketa, jos oikeusturvatakeista on muuten huolehdittu.[1994] Lakiluonnoksessa ei kuitenkaan ehdotettu säädettävän tahdosta riippumattomasta hoidosta, vaan yleisesti käytettävistä rajoittamistoimenpiteistä.

Muissa kuin vapaudenriiston luonteisissa henkilökohtaisen vapauden ja koskemattomuuden rajoittamistilanteissa päätöksentekijä ja päätöksentekomenettelyt olisivat olleet vaihtelevia. Osa toimenpiteistä olisi ollut mahdollista toteuttaa terveydenhuollon ammattihenkilön päätöksellä tosiasiallisena hallintotoimintana, osa olisi vaatinut hoitavan lääkärin päätöstä, ja osa etenkin rajoittamisen keston perusteella ylilääkärin tai vastaavan lääkärin kirjallista hallintopäätöstä.

---

tarpeisiin esimerkiksi teholla ja päivystyksessä. Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta 2018, rivi 31, 126 ja 129, sarake T.

1990 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 121 §.

1991 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 202 §.

1992 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 98.

1993 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 202 §.

1994 PeVL 34/2001 vp., s. 5. PeVL 5/2006 vp., s. 7.

Toimintayksikön henkilökuntaan kuuluva terveydenhuollon ammattihenkilö olisi päättänyt kiireellisessä tilanteessa kiinnipitämisestä, mutta siitä olisi tullut heti ilmoittaa potilasta hoitavalle lääkärille, joka olisi päättänyt kiinnipitämisen jatkamisesta.[1995] Kiinnipitämisestä ei kuitenkaan olisi tehty kirjallista valituskelpoista hallintopäätöstä, vaan sitä koskeva ratkaisu olisi ollut tosiasiallista hallintotoimintaa.[1996] Toimintayksikön henkilökuntaan kuuluva terveydenhuollon ammattihenkilö olisi voinut päättää myös putoamista estävän välineen käytöstä (106 §), tai rajoittavan välineen tai asusteen käytöstä päivittäisissä toiminnoissa (107 §) hoitavan lääkärin ohjeen mukaan. Lakiluonnoksessa oli päädytty pitämään sekä putoamista estävien välineiden käyttöä että rajoittavien välineiden käyttöä päivittäistoiminnoissa koskevaa ratkaisua terveydenhuollossa säännöllisesti toistuvissa tilanteissa tapahtuvana tosiasiallisena hallintotoimintana ja siten päädytty lakiluonnoksen perusteluiden mukaan suhteellisen kevyeen menettelyyn.[1997] Siten sängyn laitojen ja turvavöidenkin käyttö olisi edellyttänyt hoitavan lääkärin ohjetta. Mikäli välineen käyttö olisi ollut säännönmukaista ja pitkäkestoista, toimintayksikön ylilääkärin tai muun vastaavan lääkärin olisi tullut tehdä putoamista estävän välineen, rajoittavan välineen tai asusteen käytöstä valituskelpoinen päätös. Päätös olisi ollut voimassa enintään kuusi kuukautta.[1998]

Terveydenhuollon ammattihenkilö olisi lakiluonnoksen mukaan voinut myös estää potilaan poistumisen terveydenhuollon toimintayksiköstä kiireellisissä, välittömiä hoito- ja tutkimustoimenpiteitä vaativissa tilanteissa, kun tavoitteena olisi ollut varmistaa potilaan tai muun henkilön terveys tai turvallisuus tai estää merkittävä omaisuusvahinko. Näissä tilanteissa potilaan liikkuminen toimintayksikön lähellä olisi voitu toteuttaa valvotusti. Potilas olisi voitu myös noutaa takaisin toimintayksikköön, jos hän olisi poistunut ilman lupaa tai luvan saatuaan jättänyt palaamatta sinne. Hoitohenkilökunta olisi voinut myös turvautua kiinnipitämiseen potilaan poistumisen estämiseksi tai potilaan noutamiseksi.[1999] Poistumisen estämisestä tai takaisin noutamisesta olisi tullut ilmoittaa hoitavalle lääkärille, mutta hallintopäätöstä ei olisi edellytetty.

Muissa tilanteissa, kuin poistumisen estämisen tai noutamisen yhteydessä, potilaan valvotusta liikkumisesta olisi tullut tehdä kirjallinen valituskelpoinen päätös hoitavan lääkärin toimesta enintään seitsemän vuorokauden ajaksi. Pidemmän, enintään kuuden kuukauden pituisen tai tarvittaessa toistaiseksi voimassa olevan, valvottua liikkumista koskevan valituskelpoisen päätöksen olisi tehnyt ylilääkäri

1995 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 105 §.

1996 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 64. Kiinnipitäminen on tosiasiallista hallintotoimintaa myös kehitysvammalain mukaan.

1997 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 64-65.

1998 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018 106-107 §:t.

1999 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 113 §. Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 68.

tai muu vastaava lääkäri.[2000] Myös rajoittavan välineen tai asusteen käytöstä vakavissa vaaratilanteissa olisi virkasuhteessa olevan tai toimintayksikön henkilökuntaan kuuluvan lääkärin tullut tehdä suorittamaansa tutkimukseen perustuva valituskelpoinen päätös. Toistuvan tarpeen johdosta välineen tai asusteen pidempiaikaisesta käytöstä olisi voitu tehdä kirjallinen valituskelpoinen päätös ylilääkärin tai muun vastaavan lääkärin toimesta 7 tai 30 vrk:n ajaksi.[2001] Perusteena hallintopäätösmenettelylle oli se, että näiden välineiden käytöllä olisi selkeämmin rajoittamisluonne.[2002]

Myös yksityisyyden suojaan kohdistuvien rajoitustoimenpiteiden osalta päätöksentekijä ja päätöksentekomenettely oli lakiluonnoksessa vaihtelevaa, eikä porrastusten logiikka aina ollut selvä. Aineiden ja esineiden haltuunotosta olisi voinut päättää yksikössä työskentelevä terveydenhuollon ammattihenkilö.[2003] Hänen olisi tullut viipymättä ilmoittaa asiasta ylilääkärille tai muulle vastaavalle lääkärille, jonka olisi tullut ratkaista, palautetaanko omaisuus potilaalle ennen hoidon päättymistä. Haltuun otettu esine olisi tullut palauttaa potilaalle viimeistään hoidon päätyttyä, ellei omaisuuden luovuttamisesta tai hävittämisestä olisi säädetty muussa laissa toisin.[2004] Esimerkiksi järjestyslain 21 §:n nojalla poliisilla on oikeus eräin edellytyksin hävittää järjestyslain 9-10 §:ssä tarkoitettu esine tai aine.[2005] Ylilääkärin tai muun vastaavan lääkärin olisi tullut tehdä kirjallinen päätös haltuunotosta, jos aineita tai esineitä ei olisi palautettu potilaalle yhden vuorokauden kuluessa.[2006] Hallintopäätöksen teko toimintayksikön henkilökunnan hoitotilanteissa tekemistä ratkaisuista olisi siirretty jälkikäteen ylilääkärin tehtäväksi. Kuka olisi ollut virkavastuussa viikonlopun aikana tehdystä haltuunottoratkaisusta, kun ylilääkäri olisi saanut tiedon ja voinut laatia valituskelpoisen hallintopäätöksen asiasta vasta arkipäivänä?[2007]

Sekä henkilöntarkastuksesta että -katsastuksesta olisi päättänyt potilasta hoitava lääkäri ja molemmat toimenpiteet olisi tullut suorittaa lääkärin toimesta toisen terveydenhuollon ammattihenkilön läsnä ollessa. Henkilöntarkastuksen olisi kiireellisessä tilanteessa voinut suorittaa muukin terveydenhuollon ammattihenkilö, jonka

2000 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 112 §.

2001 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 108 §.

2002 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 65-66.

2003 Tämä on asiakas- ja potilaslakiluonnoksen 109 §:n sanamuoto. Jostain syystä perustelumuistiossa asia on muotoiltu niin, että omaisuuden haltuunottoa koskevan ratkaisun tekee lääkäri tai kiireellisessä tilanteessa yksikön henkilökuntaan kuuluva terveydenhuollon ammattihenkilö. Varsinaisessa säännösehdotuksessa ei puhuta kiireellisistä tilanteista mitään. Ks. luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 67.

2004 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 109 §.

2005 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 67.

2006 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 109 §.

2007 Vastaavasti lausunnossaan Etelä Suomen AVI. Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta 2018, rivi 63, sarake T.

olisi tullut ilmoittaa asiasta hoitavalle lääkärille.[2008] Nykyisessä MTL:ssa ja KehVammaL:ssa henkilöntarkastuksen ja MTL:ssa henkilönkatsastuksen suorittaminen on yleisesti terveydenhuollon ammattihenkilön tehtävä, vain lääketieteellistä asiantuntemusta edellyttävä henkilönkatsastus on lääkärin tehtävä.[2009] Henkilönkatsastukseen sisältyvä näytteiden otto nimenomaan lääkärin toimesta oli lakiluonnoksessa erikoinen ratkaisu, koska hoitohenkilökunta pääsääntöisesti suorittaa näytteenotot hoitotilanteissa.

Ratkaisun välttämättömän terveydenhuollon antamisesta ja sen vaatimista liikkumista rajoittavista toimenpiteistä olisi lakiluonnoksen perusteella tehnyt hoitava lääkäri, mutta kiireellisessä tilanteessa ratkaisun olisi saanut tehdä myös muu terveydenhuollon ammattihenkilö.[2010] Kiireellisen lääkityksen antamisesta ratkaisun olisi voinut tehdä potilasta hoitava lääkäri tavattuaan potilaan.[2011] Välttämättömän terveydenhuollon antamista tai kiireellisissä tilanteissa lääkityksen antamista koskevia ratkaisuja oli lakiluonnoksessa pidetty tosiasiallisena hallintotoimintana, joten hallintopäätöstä ei edellytetty.[2012] Sen sijaan säännöllisen tai määräaikaisen lääkityksen antamisesta ilman potilaan lupaa olisi täytynyt tehdä kirjallinen valituskelpoinen päätös lääkärin toimesta (117 §). Ilmeisesti tämän hallintopäätöksen olisi voinut tehdä hoitava lääkäri, koska säännösehdotuksessa tai perusteluissa ei muuta mainittu. Hallintopäätösten tekeminen lisäisi huomattavasti lääkäreiden kirjallisen työn määrää, mikä olisi pois potilastyöstä. Tästä huomautettiin myös lausuntopalautteessa.[2013]

Ravinnon tai nesteen antaminen ilman potilaan lupaa sekä potilaan pakonomaisen syömisen tai juomisen rajoittaminen olisivat edellyttäneet potilaan hoitavan lääkärin päätöstä, jonka nojalla terveydenhuollon ammattihenkilöt olisivat voineet toteuttaa toimenpiteet.[2014] Myös henkilökohtaiseen hygieniaan liittyvästä rajoitustoimenpiteestä edellytettiin hoitavan lääkärin tekemää ratkaisua. Kiireellisessä tilanteessa ratkaisun henkilökohtaiseen hygieniaan liittyvästä rajoitustoimenpiteestä olisi saanut tehdä hoidon toteuttamiseen osallistuva terveydenhuollon ammattihenkilö, jonka olisi tullut ilmoittaa asiasta hoitavalle lääkärille.[2015] Perustelumuistion mukaan ratkaisu oli määritelty lääkärin tehtäväksi siksi, että toimenpiteen edelly-

2008 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 110-111 §:t.

2009 MTL 4a:22i § (1423/2001). KehVammaL 3a:42h § (381/2016).

2010 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 116 §. Liikkumista rajoittavien toimenpiteiden käyttö olisi ollut perusteltua, jos potilas muutoin voisi rikkoa käytettävät hoitolaitteet. Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 70.

2011 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 117 §.

2012 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 70-71.

2013 Aluehallintoviraston ja sairaanhoitopiirin lausunnot. Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta 2018, rivi 63 ja 126, sarake T.

2014 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 119 §.

2015 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 118 §.

tyksenä oli terveyden vaarantuminen.[2016] Sekä henkilökohtaiseen hygieniaan että ravitsemukseen liittyvät rajoitustoimenpiteet oli kuitenkin katsottu tosiasialliseksi hallintotoiminnaksi, eikä niiden suhteen olisi edellytetty kirjallista valituskelpoista hallintopäätöstä.[2017] Perustavanlaatuista hoitotyötä koskeva asiakin olisi edellyttänyt lääkärin kannanottoa, vaikka kaikki ammattihenkilöt olisivat 241 §:n nojalla toimineet virkavastuulla.

Teknisen välineen käyttö ja potilaan yhteydenpidon rajoittaminen somaattisessa hoidossa olisivat edellyttäneet kirjallista valituskelpoista hallintopäätöstä. Teknisen välineen käyttöä koskevan valituskelpoisen päätöksen olisi tehnyt hoitava lääkäri. Kiireellisissä tilanteissa ratkaisun olisi saanut tehdä myös hoitoon osallistuva terveydenhuollon ammattihenkilö.[2018] Yhteydenpidon rajoittamisesta olisi tehnyt päätöksen virkasuhteessa oleva ylilääkäri tai muu vastaava lääkäri. Terveydenhuollon ammattihenkilö olisi saanut rajoittaa potilaan yhteydenpitoa virkasuhteisen lääkärin kirjallisen valituskelpoisen päätöksen mukaisesti.[2019]

Asiakas- ja potilaslakiluonnoksessa olisi siis osin annettu hoitohenkilökunnalle, ensihoitajille tai muullekin lääkärille kuin virkasuhteiselle lääkärille oikeus päättää perusoikeuksiin kohdistuvien rajoittamistoimenpiteiden käytöstä. Jos rajoittamistoimenpiteen käyttöön olisi päädytty kiireellisessä tilanteessa, siitä olisi tullut ilmoittaa henkilölle, jolle ratkaisun tekeminen muussa kuin kiireellisessä tilanteessa olisi kuulunut.[2020] Lakiluonnoksessa olisi mahdollistettu terveydenhuollon ammattihenkilön tekemä ratkaisu rajoittamistoimenpiteen käytöstä kiireellisissä tilanteissa kiinnipitämisen, henkilöntarkastuksen, poistumisen estämisen, teknisen välineen käytön, välttämättömän terveydenhuollon antamisen, ilman potilaan lupaa tapahtuvan lääkehoidon antamisen, hygieniaan liittyvän toimenpiteen ja eristämisen osalta. Kaikissa näissä tilanteissa rajoittamistoimenpiteen käytöstä olisi kuitenkin edellytetty ilmoitettavan hoitavalle lääkärille, jonka olisi tullut tehdä kirjallinen valituskelpoinen päätös teknisen välineen käytöstä, säännöllisen tai määräaikaisen lääkehoidon antamisesta ilman potilaan lupaa, henkilökohtaiseen hygieniaan liittyvästä toimenpiteestä ja eristämisestä. Muiden toimenpiteiden osalta ei olisi edellytetty tehtävän hallintopäätöstä, vaan kyse olisi ollut tosiasiallisesta hallintotoiminnasta. Lakiluonnoksen terminologia erilaisiin päätöksiin liittyen oli sekavaa: puhuttiin hallintopäätöksestä, kirjallisesta valituskelpoisesta päätöksestä, kirjallisesta valituskelpoisesta hallintopäätöksestä, kirjallisesta päätöksestä, valituskelpoisesta päätöksestä ja ratkaisusta. Puuttumisen edellyttämien päätösten selkiyttäminen on soveltamisen kannalta keskeistä.

2016 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 71.
2017 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 71-72.
2018 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 115§.
2019 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 114 §.
2020 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 195 §.

8.3.2 Potilaan oikeusturva

Julkisen vallan käyttöoikeus kuuluu lähtökohtaisesti viranomaiselle. Julkinen hallintotehtävä voidaan kuitenkin perustuslain 124 §:n mukaan antaa muulle kuin viranomaiselle vain lailla tai lain nojalla, jos se on tehtävän hoitamiseksi tarpeen, eikä tehtävän siirto vaaranna perusoikeuksia tai oikeusturvaa tai muita hyvän hallinnon vaatimuksia[2021]. Merkittävää julkisen vallan käyttöä voidaan kuitenkin antaa vain viranomaiselle. Tällaisena pidetään esimerkiksi voimakeinojen käyttöä tai merkittävää perusoikeuksiin puuttumista. Tavanomainen potilaan hoitaminen ei sisällä julkisen vallan käyttöä.[2022]

Virkavastuulla tarkoitetaan virkamiehen yksilöllistä ja erityistä vastuuta toiminnastaan, ja sen perusteena on lain noudattamisesta poikkeaminen tai muiden velvollisuuksien rikkominen.[2023] Virkavastuu voidaan toteuttaa määräämällä rikosoikeudellinen rangaistusseuraamus tai hallinnollinen seuraamus virkavirheestä sekä vahingonkorvaus virkavirheellä aiheutetusta vahingosta. Vakavimpien virheiden vuoksi palvelussuhde voidaan irtisanoa tai purkaa.[2024] Jokaisella, joka on kärsinyt oikeudenloukkauksen tai vahinkoa virkamiehen tai muun julkista tehtävää hoitavan henkilön toimenpiteen tai laiminlyönnin vuoksi, on perustuslain 118 §:n mukaan oikeus vaatia tämän tuomitsemista rangaistukseen tai vaatia korvauksia julkisyhteisöltä, virkamieheltä tai muulta julkista tehtävää hoitavalta sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään.

Asiakas- ja potilaslakiluonnoksen 241 §:n mukaan asiakas- ja potilaslain nojalla julkista valtaa käyttävään henkilöön olisi sovellettu rikosoikeudellista virkavastuuta hänen hoitaessaan kyseisessä laissa tarkoitettuja tehtäviä riippumatta palvelussuhteen muodosta tai työnantajasta.[2025] Lakiluonnoksessa ehdotettu säännös olisi mahdollistanut sen, että työsuhteessa toimivalle hoitohenkilökunnalle, ja työsuhteessa tai ammatinharjoittajina toimiville lääkäreille olisi tiettyjä intensiteetiltään raskaimpia erityistilanteita lukuun ottamatta voitu kirjata oikeus käyttää edellä käsiteltyjä rajoittamistoimenpiteitä niin, että potilaan oikeusturva olisi pysynyt samanlaisena riippumatta rajoitustoimenpiteistä päättäneestä tahosta.[2026]

2021 Hyvä hallinnon vaatimukset oikeusturvan lisäksi ovat: asianmukainen menettely, palveluperiaate (neuvontavelvollisuus ja asian siirtäminen oikealle viranomaiselle sekä ripeä käsittely), asioiden riittävä selvittäminen ja oikeasisältöinen päätöksenteko ja vuorovaikutteisuus. Myös hallinnon oikeusperiaatteiden (lainalaisuus, yhdenvertaisuus, tarkoitussidonnaisuus, puolueettomuus, suhteellisuus ja luottamuksensuoja) toteuttaminen on osa hyvää hallintoa. Mäenpää 2016, s. 71-81.

2022 Luonnos asiakas- ja potilaslain yleisperusteluiksi 6.7.2018, s. 9. Merkittävää perusoikeuksiin puuttumista ovat mm. rajoittamistoimenpiteiden käyttö, virka-apupyynnöt ja tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyvät menettelyt. Samoin KKO:2008:78, kohta 6.

2023 Mäenpää 2018, s. 315.

2024 Mäenpää 2018, s. 315.

2025 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 241 §.

2026 Näin myös luonnoksessa asiakas- ja potilaslain yleisperusteluiksi 6.7.2018, s. 96. Epäselväksi jää, koskeeko virkavastuu muutakin potilaan etuun tai oikeuteen vaikuttavaa toimintaa kuin

Oikeuskansleri edellytti lakiluonnoksesta antamassaan lausunnossa, että perustuslainmukaisuutta arvioidessa tulee huomioida myös PL 124 § julkisen hallintotehtävän antamisesta muulle kuin viranomaiselle ja arvioida, milloin rajoittamistoimenpiteen käyttämisessä on kyse sellaisesta merkittävän julkisen vallan käyttämisestä, joka voidaan antaa vain viranomaiselle. Perusteluissa tulee arvioida julkisen vallan käytön aste, sekä se, kuka henkilö tai mikä taho voi päättää toimenpiteestä ja sen toteuttamisesta. Lisäksi tulee perustella, miten potilaiden oikeusturva ja hyvän hallinnon vaatimukset turvataan PL 124 §:n tavalla, kun julkinen hallintotehtävä annetaan muun kuin viranomaisen hoidettavaksi.[2027]

Ihmisoikeussopimusten, mm. EIS:n 5.4 art. ja CRPD:n 14 art., mukaan vapauden riiston kohteena olevalla henkilöllä on oikeus vaatia tuomioistuimessa, että hänen vapauden riistonsa laillisuus tutkitaan viipymättä, ja että hänet vapautetaan, jos toimenpide ei ole laillinen. EIS:n 6 artiklan 1 kohdan mukaan jokaisella on oikeus kohtuullisen ajan kuluessa oikeudenmukaiseen ja julkiseen oikeudenkäyntiin laillisesti perustetussa ja riippumattomassa tuomioistuimessa mm. silloin, kun päätetään hänen oikeuksistaan ja velvollisuuksistaan. EIT:n ratkaisukäytännössä on tulkittu EIS 6 art. 1 kohdan tarkoittavan myös hallintoviranomaisen päätöksiä. EIS 13 art. mukaan jokaisella, jonka EIS:ssa tunnustettuja oikeuksia tai vapauksia on loukattu, on oltava käytettävissään tehokas oikeussuojakeino kansallisen viranomaisen edessä siinäkin tapauksessa, että loukkauksen ovat tehneet virantoimituksessa olevat henkilöt. Myös YK:n ihmisoikeussopimukset painottavat kansallisten oikeussuojakeinojen ensisijaisuutta. Perustuslain 21 § sisältää oikeudenmukaista oikeudenkäyntiä ja hyvän hallinnon takeita koskevat säännökset. Jokaisella on oikeus saada asiansa käsitellyksi asianmukaisesti ja ilman aiheetonta viivytystä lain mukaan toimivaltaisessa tuomioistuimessa tai muussa viranomaisessa. Jokaisella on myös oikeus saada oikeuksiaan ja velvollisuuksiaan koskeva päätös tuomioistuimen tai muun riippumattoman lainkäyttöelimen käsiteltäväksi. Käsittelyn julkisuus sekä oikeus tulla kuulluksi, saada perusteltu päätös ja hakea muutosta samoin kuin muut oikeudenmukaisen oikeudenkäynnin ja hyvän hallinnon takeet tulee turvata lailla. Perustuslain esitöiden mukaan käsitteellä muu riippumaton lainkäyttöelin tarkoitetaan Euroopan ihmisoikeussopimuksen 6 artiklan 1 kappaleen sekä kansalaisoikeuksia ja poliittisia oikeuksia koskevan kansainvälisen yleissopimuksen 14 artiklan 1 kappaleen asettamat oikeussuojavaatimukset täyttävää toimielintä ja käsittelyprosessia. Pääsy tuomioistuimeen on taattava esimerkiksi silloin, kun on kyse Euroopan

---

rajoittamistoimenpiteitä, esimerkiksi päivystysasetuksen (583/2017) mukaista hoidon tarpeen arviointia ja hoitoon ohjausta, joka on terveydenhuoltolain nojalla annetun päivystysasetuksen alaista toimintaa. Tämä voisi vaarantaa päivystyspalveluiden kohdentamisen oikea-aikaisesti niitä todella tarvitseville potilaille.

2027 Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta 2018, rivi 14, 33 ja 69 sarake T; rivi 49, sarake N.

ihmisoikeussopimuksessa tarkoitetusta vapaudenriistosta.[2028] Perustuslakivaliokunnan mukaan säännös oikeudenmukaisen oikeudenkäynnin ja hyvän hallinnon takeista (PL 21 §) ei kuitenkaan estä säätämästä vähäisiä poikkeuksia oikeuteen saada perusteltu päätös ja oikeuteen hakea muutosta, kunhan poikkeukset eivät muuta päätöksensaantioikeuden tai muutoksenhakuoikeuden asemaa pääsääntönä, eivätkä yksittäistapauksessa vaaranna yksilön oikeusturvaa.[2029] Rajoittamistoimenpiteiden käytön osalta perustuslakivaliokunnan lausunnoissa on katsottu, että luonteeltaan viivytyksettä toimeenpantavien rajoitustoimenpiteiden osalta edeltänyttä oikeustilaa ei voida muutoksenhaulla palauttaa, joten näiltä osin muutoksenhakumahdollisuuksista voitaisiin poiketa.[2030] Oikeusturvasta tulee kuitenkin huolehtia muilla keinoin.[2031]

Vaikka terveyspalveluiden toteuttaminen on luonteeltaan pääasiassa tosiasiallista hallintotoimintaa, oikeusturvatakeet etenkin somaattisen hoidon rajoittamistilanteissa on nykylainsäädännön ja valvontaviranomaisen ratkaisukäytännön valossa koettu puutteellisiksi. Näitä oikeusturvatakeita oli pyritty lakiluonnoksessa vahvistamaan ehdottamalla tehtäväksi kirjallinen valituskelpoinen päätös useisiin rajoitustoimenpiteisiin liittyen sekä säätämällä asiakas- ja potilaslain tarkoittamat julkisen vallan käyttöön liittyvät toimet virkavastuun alaisiksi työsuhteen muodosta tai työnantajasta riippumatta. Näin siitäkin huolimatta, että osa rajoitustoimenpiteistä on luonteeltaan sellaisia, että täytäntöönpano tapahtuu viivytyksettä, eikä niitä edeltänyttä oikeustilaa voida muutoksenhakukeinoilla palauttaa.[2032] Tästä huomauttivat lausunnoissaan myös hallinto-oikeudet ja Lääkäriliitto, jotka pitivät myös lakiluonnoksesta antamissaan lausunnoissa hallintopäätösten lisäämistä muutenkin kuormitetulle terveydenhuoltohenkilöstölle epätarkoituksenmukaisena.[2033] Perustelumuistion mukaan ainoastaan lakiluonnoksessa päätöksiksi nimetyt toimenpiteet olisivat olleet valituskelpoisia, ja esimerkiksi ratkaisuiksi nimetyt toimenpiteet olisivat jääneet muutoksenhakuoikeuden ulkopuolelle.[2034] Siten esimerkiksi terveydenhuoltohenkilökunnan kiireellisessä tilanteessa tekemästä eristämistä koskevasta ratkaisusta ei olisi ollut muutoksenhakuoikeutta, vaan muutoksenhakuoikeus olisi kohdistunut vain virkalääkärin tekemään hallintopäätökseen.

Lakiluonnoksen 234 §:n mukaan hallinto-oikeudelta olisi saatu 30 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista hakea valittamalla muutosta kirjallisiin päätöksiin tukihenkilön tehtävän lakkaamisesta (24 §), henkilön oikeudesta erityiseen

2028 HE 108/2014 vp. s.9.
2029 PeVL 5/2006 vp., s. 7 (muutoksenhakuoikeudesta). PeVL 10/2012 vp. s. 5 (oikeudesta saada päätös).
2030 PeVL 34/2001 vp., s. 5. PeVL 5/2006 vp., s. 7.
2031 PeVL 5/2006 vp., s. 7. PeVL 34/2001 vp., s. 5.
2032 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 118.
2033 Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta 2018, rivit 19, 86 ja 89; sarake AI.
2034 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018, s. 118.

suojeluun (39 §), erityistä suojelua koskevan päätöksen lopettamisesta (45 §), putoamista estävän välineen toistuvasta käytöstä (106 §), rajoittavan välineen tai asusteen toistuvasta tai pitkäkestoisesta käytöstä päivittäistoiminnoissa (107 §), rajoittavan välineen tai asusteen käytöstä vakavissa vaaratilanteissa (108 §), aineiden ja esineiden haltuunotosta (109 §), valvotusta liikkumisesta (112 §), yhteydenpidon rajoittamisesta (114 §), teknisen välineen käytöstä (115 §), lääkityksen antamisesta ilman potilaan lupaa (117 §), eristämisestä (120 §) ja sitomisesta (121 §).

Muutosta olisivat saaneet hakea 12 vuotta täyttänyt potilas, hänen laillinen edustajansa tai henkilön hoitoon ja huolenpitoon osallistuvat omaiset tai läheiset.[2035] Säännöksen tarkoitus oli vahvistaa omaisten ja läheisten mahdollisuuksia huolehtia potilaan edun toteutumisesta sekä mahdollistaa tosiasiallinen oikeussuojakeinojen käyttö.[2036] Valituskirjelmät olisi voitu toimittaa suoraan valitusviranomaiselle tai antaa hoidosta vastaavalle henkilölle tai palveluyksikön johtajalle, joka olisi ollut velvollinen antamaan todistuksen valituskirjelmän vastaanottamisesta ja toimittamaan kirjelmän ja päätösasiakirjat sekä lausuntonsa viipymättä valitusviranomaiselle. Muilta osin muutoksenhakuun olisi sovellettu hallintolainkäyttölakia (586/1996). Valitusta käsittelevä valitusviranomainen olisi lakiluonnoksen 233 §:n mukaan voinut kieltää päätöksen täytäntöönpanon tai määrätä sen keskeytettäväksi tai antaa muun täytäntöönpanoa koskevan määräyksen, vaikka rajoittamista koskevat päätökset olisivat olleet heti pantavissa täytäntöön. Hallinto-oikeuden valitukseen antamasta ratkaisusta olisi saatu hakea muutosta valittamalla korkeimpaan hallinto-oikeuteen hallintolainkäyttölain mukaan.[2037]

Hallinto-oikeudet kritisoivat lausunnoissaan muutoksenhaun laajentamista koskemaan nykyisellään lääketieteelliseen asiantuntemukseen perustuvia, potilaan edun näkökulmasta toteutettuja, tosiasiallisena hallintotoimintana pidettyjä hoitotoimenpiteitä; sekä muutoksenhakuoikeuden laajentamista hoitoon ja huolenpitoon osallistuviin läheisiin hallintolaista poiketen. Ehdotetun sisältöinen muutoksenhakujärjestelmä olisi siirtänyt hallinto-oikeuksien ratkaistavaksi niiden asiantuntemukseen kuulumattomia lääketieteellistä asiantuntemusta edellyttäviä hoitoratkaisuja, ja lisännyt työmäärää ja tulkintaongelmia muutoksenhakuun oikeutettujen henkilöiden määrittelyn, kuulemisten ja päätösten tiedoksiannon näkökulmasta. Tämä olisi johtanut hallinto-oikeuksien työmäärän ja resurssitarpeiden merkittävään kasvuun.[2038]

Muistutusmenettelyä (231 §) ja kantelua (232 §) koskevat säännösehdotukset olisivat vastanneet voimassa olevan potilaslain 10 ja 10a §:iä. Potilaalla olisi ollut oi-

2035 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 234 §.

2036 Luonnos asiakas- ja potilaslain yksityiskohtaisiksi perusteluiksi, s. 118.

2037 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 234 §. Aineiden ja esineiden haltuunoton osalta (109 §) jatkovalitus olisi ollut luvanvarainen.

2038 Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta 2018, rivit 19, 68, 86, 89 ja 143; sarake AI.

keus tehdä kohtelustaan muistutus terveydenhuollon palveluyksikön johtajalle, tai kantelu Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto Valviralle tai aluehallintovirastolle. Potilas olisi nykykäytännön mukaisesti voinut kannella kohtelustaan myös ylimmille laillisuusvalvojille, valtioneuvoston oikeuskanslerille tai eduskunnan oikeusasiamiehelle.

8.4 Yhteenveto lakiluonnoksesta

Vuosien 2014 ja 2018 kesken jääneiden itsemääräämisoikeuslainsäädännön uudistusten yhteydessä itsemääräämisoikeuslakiluonnokseen valittiin vaihtoehto, jossa terveyden- ja sosiaalihuollon itsemääräämisoikeutta ja rajoittamistoimenpiteitä koskevat säännökset koottiin samaan lakiin, vaikka useamman lain vaihtoehdossa säännökset olisivat olleet paremmin potilas- ja asiakasryhmäkohtaisesti räätälöitävissä. Tällä tavoiteltiin synergiaa sosiaali- ja terveydenhuollon välillä. Vuonna 2014 mielenterveyslain säännöksiä ei oltu siirtämässä uuteen lakiin, mutta 2018 lakiluonnokseen oli koottu myös mielenterveyslain, päihdehuoltolain ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain itsemääräämisoikeutta ja rajoittamistoimenpiteitä koskevat säännökset. Tartuntatautilain ja lastensuojelulain säännökset rajattiin uudistuksen ulkopuolelle.[2039] Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden ja potilaiden oikeuksia koskevan lainsäädännön kokoaminen yhteen mittavaan lakikokonaisuuteen sai lausuntokierroksella laajalti kritiikkiä eri viranomaistahoilta. Lakia pidettiin vaikeaselkoisena ja terveyden- ja sosiaalihuollon henkilöstön toimesta vaikeasti käytäntöön sovellettavana, vaikka rajoittamistoimenpiteiden sääntelylle onkin tarve. Useat lausunnonantajat oikeuskanslerista sairaanhoitopiiriin ja THL:sta aluehallintovirastoon ehdottivat kokonaisuuden jakamista useaan lakiin. Myös ammattijärjestöjen taholta kokonaisuutta pidettiin sekavana.[2040]

Keskeisimmät nykytilan puutteet, mitä lakiluonnoksella pyrittiin korjaamaan, olivat ylipäätään lainsäädännöllisten puutosten lisäksi potilaiden puutteelliset oikeusturvakeinot rajoitustoimenpiteitä käytettäessä, puutteelliset potilasasiakirjamerkinnät, rajoitustoimenpiteiden tilastoinnin ja valvonnan puutteet sekä potilaan välttämättömän sosiaali- ja terveydenhuollon turvaaminen niissäkin tilanteissa, kun potilas ei kykene ymmärtämään hoidon tai hoitamatta jättämisen merkitystä ja tekojensa seurauksia.[2041] Lisäksi uudistuksella tavoiteltiin potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamista ja rajoittamistoimenpiteiden käytön vähentämistä. Keinoina näihin tavoitteisiin pääsemiseksi olisi käytetty tuetun päätöksenteon menettelyä

2039 HE 108/2014 vp., s. 72. Asiakas- ja potilaslain alustava luonnos, sisällysluettelo ja 1-2 §:t. Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, sisällysluettelo ja 1-2 §:t.

2040 Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslakiluonnoksesta 2018, rivit 33, 36, 49, 68, 91, 101, 103, 104, 105 ja 122; sarake F sekä rivi 91, sarake AJ.

2041 Luonnos asiakas- ja potilaslain yleisperusteluiksi 6.7.2018, s. 93.

tilanteissa, kun potilas ei kykene itsenäisesti itsemääräämisoikeuttaan käyttämään, potilaan etua ja hoitotahtoa koskevaa sääntelyä, sekä palvelujen järjestäjälle ja tuottajalle kirjattuja lukuisia uusia velvollisuuksia, kuten itsemääräämisoikeussuunnitelman laatimista sekä palveluyksiköittäin että potilaille henkilökohtaisesti, ja toimenpiteitä, jotka olisi tullut tehdä rajoittamistoimenpiteiden käytön jälkeen.

Potilaan edun määritteleminen laissa olisi ollut uusi asia: aiemmin potilaan etu on kyllä määrittänyt toiminnan sisältöä, mutta sen sisällöllistä merkitystä ei ole terveydenhuollon sääntelyssä määritelty. Säännösluonnos oli kopioitu sosiaalihuoltolaista, mikä olisi valitettavasti aiheuttanut terveydenhuollon viranomaisille suuria vaikeuksia toimeenpanna säännöstä: esimerkiksi potilaan toivomuksia, taipumuksia ja valmiuksia vastaavan koulutuksen ja työelämään johtavan väylän turvaaminen olisi ollut terveydenhuollolle käytännössä mahdotonta. Potilaan edun määrittely lainsäädännössä terveydenhuollon kontekstissa olisi asian tilanne- ja olosuhdesidonnaisuuksien vuoksi todennäköisesti liian monimutkaista, ja voisi johtaa odottamattomiin lopputuloksiin potilaiden toiveiden ja odotusten ja julkisen palvelujärjestelmän taloudellisten ylläpitomahdollisuuksien yhteensovittamisen näkökulmasta. On huomioitava myös, että Suomea sitova YK:n vammaissopimus CRPD:n 12 art. ja CRPD-komitean tulkintakäytäntö edellyttävät full support -tilanteissa potilaan hoidosta päätettäessä luovuttavan potilaan edun käytöstä kriteerinä ja hoidon perustuvan parhaaseen tulkintaan potilaan tahdosta ja mieltymyksistä.

Myös potilaan päätöksenteon tukeminen oli lakiluonnoksessa uusi, YK:n vammaissopimuksen ratifioinnista johtuva asia. Nykyään potilas on joko itsemääräämiseen eri asteisesti kykenevä tai kyvytön, ja jälkimmäisessä vaihtoehdossa käytetään sijaispäättäjää. Päätöksenteon tukemisella oli tarkoitus mahdollistaa itsenäiseen mielipiteenmuodostukseen kykenemättömän henkilön päätöksenteko itseään koskevissa asioissa mahdollisimman pitkälle. Lakiluonnoksessa kuitenkin sekoitettiin alentuneesti päätöksentekokykyisten ja päätöksentekokyvyttömien päätöksenteon tukeminen, mikä liittyy CRPD:n 12 art. ja CRPD-komitean tulkintaan siitä, että kaikkien vammaisten tulee saada tehdä päätöksiä asiassaan aina ja kaikissa tilanteissa. CRPD-komitea ei kuitenkaan ole määritellyt, miten päätöksentekokyvyttömän henkilön päätöksentekokykyä käytännössä tuettaisiin. Toisaalta sääntelyllä olisi vahvistettu nykyäänkin esimerkiksi ikäihmisten kohdalla käytännössä esiintyvää toimintamallia, jossa omainen voi potilaan suostumuksella olla mukana vastaanotolla ja tukea ikäihmistä päätöksenteossa. Ihmisoikeussääntelyn periaatteiden näkökulmasta on parempi, että potilas käyttää itsemääräämisoikeuttaan edes osittain kuin ei ollenkaan tilanteissa, joissa täysin itsenäinen mielipiteenmuodostus ei onnistu. Päätöksenteon tukeminen on joustavampi ratkaisu itsemääräämisen mahdollistamiseksi päätöksentekokyvyn tosiasiallinen aika-, tilanne-, olosuhde- ja asiasidonnaisuus huomioiden. Tästä huolimatta aina tulee olemaan potilaita, jotka nykyisen kompetenssilähtöisen suostumusopin mukaan ovat päätöksentekokyvyttömiä, ja joiden tahtoa ei voida saada selville edes tukihenkilön tukemana. Menettely olisi

toki vastannut CRPD-komitean tulkintaa vammaissopimuksen 12 artiklasta, mutta ei olisi ollut biolääketiedesopimuksen periaatteiden kanssa yhteneväinen, sillä siinä nimenomaan edellytetään päätöksentekokyvyttömien suojelemiseksi käytettävän sijaispäättäjää.

Työryhmämuistion mukaan edunvalvontajärjestelmä oli arvioitu liian raskaaksi, jotta sitä voitaisiin hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollossa.[2042] Päätöksenteon tukemisen malli lakiluonnoksessa oli kuitenkin päällekkäinen edunvalvontavaltuutuksen kanssa, joskin ilman määrämuotoista kirjaamista ja maistraatin vahvistusta, mikä olisi aiheuttanut hankaluuksia oikeusjärjestyksen soveltamiselle kokonaisuutena. Päätöksenteon tukemiseen liittyen olisi annettu jälleen uusia toimeenpano- ja valvontavelvoitteita sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. Lakiluonnoksessa olisi myös edellytetty neuvonnan ja ohjauksen antaminen edunvalvonta-asioista niille potilaille, jotka todennäköisesti olisivat lähiaikoina sen tarpeessa. Kokonaisuus huomioiden on perusteltua kysyä, tarvitaanko tällaista ylimääräistä edunvalvontavaltuutuksen kanssa päällekkäistä tukemisjärjestelyä lisävelvoitteineen ylipäätään sosiaali- ja terveydenhuollossa? Riittäisikö sosiaali- ja terveydenhuoltoon kuitenkin nykyisenkaltainen epävirallinen tukihenkilöjärjestely, jota tarvittaessa täydentäisi virallinen edunvalvontavaltuutus tai edunvalvonta. On huomioitava myös, että päätöksenteon tukijärjestelyillä tarkoitetaan CRPD:ssa muitakin kuin varsinaisia tukihenkilöjärjestelyjä, mm. hoitotahtoa, mukautuksia tietojen antamisessa ja tulkitsemista.

Potilaan itsemääräämisoikeutta ja päätöksenteon tukemista olisi vahvistettu myös lakiluonnoksen hoitotahtoa koskevalla sääntelyllä. Nykytilan sivulauseenomaiseen mainintaan verrattuna lakiluonnoksen hoitotahtosääntely olisi ollut varsin yksityiskohtaista ja toisaalta ulottuvuuksiltaan laveaa. Potilas olisi voinut esittää hoitotahdossa terveydenhuollon henkilökuntaa ehdottomasti sitovia tahdonilmaisuja ja toisaalta hoitoaan koskevia toiveita. Hoitotahdon sisällöstä olisi voitu poiketa ainoastaan siinä tilanteessa, että hoitotahto ei todellisuudessa enää olisi vastannut sen antaneen henkilön tahtoa. Hoitotahtosääntelyllä olisi vahvistettu potilaan oman tahdon huomioimista, mutta sen pätevyyden arviointi jälkikäteen, suhde lakiluonnoksen potilaan etua koskevaan säännökseen ja lääketieteellisesti hyväksyttyjen hoitomuotojen käyttöä painottavaan itsemääräämisoikeutta koskevaan säännökseen sekä jossain määrin myös ammattihenkilölain terveydenhuollon ammattihenkilön ammattieettisiin velvollisuuksiin olisi muodostunut pulmalliseksi. Hoitotahtoa koskeva säännösluonnostelu ei ollut päätöksentekoa koskevin osin yhteensopivaa CRPD:n 12 art. ja CRPD-komitean tulkintakäytännön kanssa. Se olisi kylläkin ollut yhteensopivaa BLTS:n säännösten kanssa. Hoitotahtosääntelyn problematiikka ei vähene CRPD:n myötä, sillä hoitotahtoa ja potilaan tuettuna tai halutessaan ilman tukea soveltamishetkellä vaihtelevalla kyvykkyydellä ilmaisemaa tahtoa pidetään lähtökohtaisesti yhtä pätevinä.

2042 STM 27/2018, s. 54.

Palvelun järjestäjälle ja tuottajalle oli ehdotettu myös itsemääräämisoikeutta tukevia velvoitteita. Näitä olisivat olleet mm. palveluyksikkökohtainen itsemääräämisoikeussuunnitelma, riittävä henkilöstömitoitus, kaikkien ammattihenkilöiden kouluttaminen, perehdytys, täydennyskouluttaminen ja ohjeistaminen potilaan itsemääräämisoikeutta vahvistavista ja rajoitusten käyttöä ennaltaehkäisevistä keinoista; potilaalle laadittava henkilökohtainen itsemääräämisoikeussuunnitelma sekä palvelutarpeen arvio erityisen suojelun toteuttamiseksi. – Tämä olisi aiheuttanut paljon aikaa vievää dokumentin laatimista ja kalliita koulutusvelvoitteita, mutta sisälsi hyvin vähän konkretiaa.

Lakiluonnoksella olisi pyritty myös edistämään potilaan hyvää palvelua ja kohtelua terveydenhuollossa, turvaamaan potilaan välttämätön hoito ja huolenpito ja edistämään asiakaslähtöisyyttä ja turvallisuutta terveydenhuollossa.[2043] Tavoitteena oli turvata terveyspalveluiden saanti niissäkin tilanteissa, joissa terveyspalveluiden antaminen ei olisi mahdollista ilman potilaan perusoikeuksien rajoittamista. Rajoittamistoimenpiteet oli tarkoitettu viimesijaiseksi keinoksi silloin, kuin tilanne ei muilla keinoilla ole hallittavissa. Sivujuonteena lakiluonnoksella tavoiteltiin terveydenhuollon henkilökunnan työturvallisuuden parantamista, mutta tämä jäi käytännössä maininnan asteelle.

Rajoittamistoimenpiteiden osalta lakiluonnokseen oli valittu sääntelytapa, jossa ensiksi kuvattiin yleiset rajoitustoimenpiteiden käytön edellytykset: potilaan itsemääräämiskyvyn alentuminen niin, ettei henkilö kykene tekemään hoitoaan koskevia ratkaisuja tai ymmärtämään käyttäytymisensä seurauksia; rajoitustoimenpiteen välttämättömyys potilaan tai muiden henkilöiden terveyden tai koskemattomuuden turvaamiseksi tai omaisuusvahingon estämiseksi sekä lievempien keinojen soveltumattomuus. Tällä tavalla määritelty rajoittamissääntelyn kohderyhmä olisi pääosin ollut yhteensopiva EIS:n ja EIT:n ratkaisukäytännön kanssa, sekä KP-sopimuksen ja ihmisoikeuskomitean ratkaisukäytännön kanssa, ja jopa OPCAT:ia valvovan alakomitean tulkintakäytännön kanssa, mutta sääntelyn kohdistaminen päätöksentekokyvyttömiin henkilöihin olisi CRPD-komitean tulkintakäytäntö huomioiden vammaisia syrjivää, eikä siten CRPD:n kanssa yhteensopivaa.

Varsinaisten rajoitustoimenpiteiden erityisistä edellytyksistä olisi säännelty toimenpidekohtaisesti erikseen. Rajoitustoimenpidekohtaiset erityiset edellytykset olivat rajoitustoimenpiteittäin keskenään eri tavoin muotoiltuja, ja vaikka ne osin toistivatkin yleisiä rajoittamisedellytyksiä, ne olivat osin ristiriitaisia yleisten rajoittamisedellytysten kanssa, mikä olisi johtanut säännösten soveltamisen kannalta sekavaan lopputulokseen. Rajoittamistoimenpiteiden käytön osalta haasteelliseksi olisi muodostunut myös joka tilanteessa edellytetty potilaan itsemääräämiskyvyn arviointi, varsinkin äkillisesti eteen tulevien tilanteiden osalta. Rajoittamissääntelyn

2043 Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018, 1 §; sekä luonnoksen yksityiskohtaiset perustelut 6.7.2018, 1 §.

suhde hätätilanteiden hoitoon ei myöskään ollut selkeä. Välttämättömän terveydenhoidon antaminen potilaan vastustuksesta huolimatta ja lääkitseminen ilman potilaan lupaa oli suunnattu esimerkiksi somaattisen hoidon akuutti- ja päivystysluonteisiin tilanteisiin, mutta sääntelyn suhde nykyisen potilaslain 8 §:n ja kiireellisen hoidon oikeuteen ja ammattihenkilölain 15.3 §:n hoitamisvelvollisuuteen jätettiin epäselväksi. Myös rajoitustoimenpiteiden suhde välttämättömän hoidon turvaamiseen oli terveydenhuollon toiminnan kannalta väärä: perusteena rajoittamistoimenpiteiden käytölle somaattisessa hoidossa tulisi ylipäätään olla välttämättömän terveydenhoidon turvaaminen henkilöille, jotka eivät kykene ymmärtämään tilannettaan tai käyttäytymisensä seurauksia, jolloin rajoittamistoimenpiteitä käytettäisiin tämän hoidon toteuttamiseksi silloin, kun niiden käyttö on välttämätöntä. Nyt välttämättömän terveydenhoidon antamisesta oli tehty yksi toimenpide muiden joukkoon. Myötävaikuttavana tekijänä mitä ilmeisimmin on ollut kaiken rajoittamissääntelyn kokoaminen yhteen lakiin tai kehitysvammaisten erityishuoltolaista kopioitu malli.

Rajoittamistoimenpiteitä koskevat säännösluonnokset perusteluineen olisivat sisältäneet erilaisia toimintamalleja ja velvoitteita päätöksentekomenettelyn osalta. Osa rajoittamistoimenpiteistä olisi katsottu tosiasialliseksi hallintotoiminnaksi, kuten terveydenhuollon toimenpiteet pääsääntöisesti muutenkin. Esimerkiksi kiinnipitämisestä, henkilön tarkastuksesta, poistumisen estämisestä sekä hygieniaan ja ravitsemukseen liittyvistä toimenpiteistä terveydenhuollon ammattihenkilö olisi saanut tehdä rajoittamista koskevan ratkaisun, varsinkin kiireellisessä tilanteessa. Osa rajoittamistoimenpiteistä, esimerkiksi putoamista estävien tai rajoittavien välineiden käyttö, liikkumisen valvonta, yhteydenpidon rajoittaminen, teknisen välineen käyttö, lääkehoidon antaminen, eristäminen ja sitominen, olisivat edellyttäneet ylilääkärin, vastaavan lääkärin, hoitavan lääkärin tai virkalääkärin laatimaa kirjallista valituskelpoista hallintopäätöstä. Pääsääntöisesti päätöksentekijän ja päätöksentekomenettelyn porrastukset perustuivat rajoittamisen intensiteettiin ja kestoon, mutta kaikilta osin jaottelu ei ollut onnistunut. Kiireellisissä tilanteissa olisi osin ollut mahdollista tehdä muun ammattihenkilön toimesta ratkaisu rajoitustoimenpiteen käytöstä, mutta lääkärin olisi silti tullut tehdä rajoittamistoimenpidettä koskeva hallintopäätös jälkikäteen. Ehdotetut menettelyt rajoittamistoimenpiteitä koskevista ratkaisuista kiireellisissä tilanteissa ja jälkikäteen näistä tehtävistä valituskelpoisista hallintopäätöksistä olisivat heikentäneet epäselvien vastuukysymysten muodossa ainakin hallintopäätöksiä tekevien lääkäreiden oikeusturvaa. Hallintopäätösmenettelyillä oli ajateltu turvattavan potilaan mahdollisuuksia muutoksenhakuun hallinto-oikeuteen, ja erityisesti vapauden riiston osalta tätä edellyttää myös EIS ja EIT:n ratkaisukäytäntö sekä perustuslakivaliokunnan käytäntö.

Hallintopäätösten lisäksi lakiluonnokseen oli sisällytetty kirjaamista ohjaava säännös, jolla oli tarkoitus korjata ylimmän laillisuusvalvojan ratkaisukäytännössä todettuja kirjaamisen puutteita. Rajoitustoimenpiteiden kirjaamisesta toisaalta oli aikanaan säännös potilaslaissa ja nykyisin asiakastietolaissa, eikä päällekkäinen sään-

tely vaikuta mielekkäältä. Valvonnan puutteellisuuteen olisi puututtu velvoittamalla yksiköitä arvioimaan itsemääräämisoikeussuunnitelmaa, mikäli rajoitustoimenpiteitä olisi käytetty. Eri asia on, olisiko itsemääräämisoikeussuunnitelman arviointi kuitenkaan johtanut mihinkään. Lisäksi yksiköitä olisi velvoitettu julkaisemaan käytettyjä rajoitustoimenpiteitä koskevat tiedot ja toimittamaan tilastotiedot rajoittamistoimenpiteistä myös valvontaviranomaiselle. Julkaisemisvelvoitteen arvioitiin osin vähentävän rajoitustoimenpiteiden käyttöä. Tiedot palveluyksikössä käytetyistä rajoittamistoimenpiteistä olisi tullut myös toimittaa Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolle kuukausittain viimeisen puolen vuoden ajalta.

Lakiluonnoksen perusteluissa oli myös esitetty spekulaatio siitä, että potilaan suostumus poistaisi rajoittamistoimenpiteen rajoittamisluonteen. Sinänsä tällainen tulkinta on yhteneväinen suostumusopin kanssa, eli potilaan suostumus toimenpiteeseen oikeuttaa esimerkiksi tavanomaisessa tutkimustilanteessa henkilökohtaiseen koskemattomuuteen tai yksityisyyden suojaan puuttumisen. Perustuslakivaliokunnan kannanotoissa ja oikeuskirjallisuudessa on kuitenkin aiemmin katsottu, että potilaan suostumuksella ei voitaisi oikeuttaa ainakaan perusoikeuden ydinalueeseen ulottuvaa rajoitusta, ja muutenkin suostumuksen käyttöön rajoittamisen oikeuttamisessa tulisi suhtautua pidättyvästi. Suostumuksen tulisi myös olla vapaaehtoinen, jotta siihen voitaisiin vedota.[2044] On myös huomioitava, että tahdosta riippumatonta hoitoa ja rajoittamistoimenpiteitä koskevaa sääntelyä on perinteisesti tarkoitettu tartuntatautilakia lukuun ottamatta tilanteisiin, kun potilaan hoitaminen yhteisymmärryksessä ei ole mahdollista, ja pätevän suostumuksen puuttuminen on tullut ratkaista oikeuttamalla puuttuminen lailla. Siten suostumusta ei tulisi sekoittaa lailla oikeutettuun tahdosta riippumatonta hoitoa ja rajoittamistoimenpiteitä koskevaan menettelyyn, vaikka yhteisymmärryksessä hoitaminen onkin prioriteetti myös tahdosta riippumattoman hoidon aikana. Lakiluonnoksessa kuitenkin edellytys rajoitustoimenpiteiden käyttämiselle ja siten ylipäätään tälle pohdinnalle oli, että potilas ei kykene päättämään asioistaan tai ottamaan kantaa hoitoonsa tai vastuuta omista asioistaan, joten miten hän kykenisi antamaan pätevän suostumuksensa rajoittamistoimenpiteiden käytölle? Jos rajoitustoimenpide estäisi potilasta tosiasiallisesti nauttimasta täysimääräisesti perusoikeuksistaan, kuten lakiluonnoksen määritelmä kuului, toimenpiteen rajoittava luonne ei voine muuttua potilaan suostumuksenvaraisesti. Toki CRPD:n sisältämä opillinen muutos kompetenssiperustaisesta suostumusopista luopumisesta tarkoittaisi, että päätöksentekokykyä ei enää pidettäisi pätevän suostumuksen edellytyksenä. Voitaisiinko siinä tilanteessa ylipäätäänkään enää oikeuttaa perus- ja ihmisoikeusrajoituksia suostumukseen perustuen? Rajoittamistoimenpiteitä koskevan sääntelyn epäselvyydet keräsivät palautetta myös lausun-

2044 Viljanen 2001, s. 107-114. PeVL 27/1998 vp., s.2; PeVL 19/2000 vp., s. 3; PeVL 31/2005 vp., s. 3; PeVL 16/2010 vp., valiokunnan kannanotot, Suostumuksen merkitys; PeVL 30/2010 vp., s. 7; PeVL 4/2013 vp., s. 4.

tokierroksella, liittyen mm. perustuslainmukaisuuden arviointiin ja julkisen vallan käytön antamiseen muille kuin viranomaisille.

Lakiluonnoksella pyrittiin vastaamaan moniin nykylainsäädännön puutteisiin ja kehittämistarpeisiin sääntelemällä osin uusistakin itsemääräämisoikeuden käyttöä turvaavista menetelmistä sekä rajoittamistoimenpiteistä ja niiden käytön edellytyksistä. Palvelujärjestelmän integraatiointo oli kuitenkin typistynyt lakiluonnoksessa leikaten ja liimaten suoritetuksi "uudistukseksi", ja johtanut osin erittäin kömpelösti eri viranomaisten toimintaan sovitettavissa oleviin säännösluonnoksiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiotavoitteesta huolimatta lakiluonnos sisälsi somaattiseen hoitoon nähden erilliset luvut psykiatrista ja päihdehoitoa sekä sosiaalihuoltoa koskevista tahdosta riippumatonta hoitoa ja rajoittamista käsittelevistä säännöksistä. Eri toimintayksiköitä koskevissa luvuissa samaa asiaa koskevat säännökset olisivat myös olleet monin paikoin keskenään eri sisältöisiä. Osa ehdotetuista säännöksistä koski joka tapauksessa vain potilaita ja osa vain sosiaalihuollon asiakkaita ja osa molempia, mikä teki lakiluonnoksen sisällön hahmottamisen vaikeaksi varsinkin, kun sääntelyn soveltamisala, sosiaali- vai terveydenhuolto, ei välttämättä vaihdellut luvuittain. Lakiluonnokseen oli myös sisällytetty monimutkaisia viittauksia lukujen ja säännösten välillä, mikä olisi huomattavasti vaikeuttanut lain sisällön hahmottamista. Eri säännösten etusijajärjestys toisiinsa nähden ei olisi myöskään ollut selkeä, ja säännösten sisällöissä olisi ollut päällekkäisyyttä. Tämä olisi ollut vastoin perusoikeuksien rajoittamiselta edellytettävää täsmällisyyden ja tarkkarajaisuuden vaatimusta.

Myös lakiluonnoksesta annetuissa lausunnoissa pidettiin asiakas- ja potilaslakien yhdistämistä keinotekoisena, ja todettiin, että juridiikkaan kouluttamattomien substanssiasiantuntijoiden kannalta olisi selkeämpää, jos lakeja ei yhdistettäisi ehdotetulla tavalla.[2045] Säädösluonnoksen toteutuminen tässä muodossaan olisi johtanut merkittävään terveydenhuoltohenkilökunnan koulutus- ja täydennyskoulutustarpeeseen ja lisännyt ylilääkärin tai vastaavan lääkärin tehtäväksi hallintopäätöksiä sellaisten potilaiden asiassa, joiden hoitoon he eivät mitenkään olisi osallistuneet. Nämä hallintopäätökset olisivat olleet lääkärin oikeusturvan näkökulmasta pulmallisia ja lisänneet kustannuksia. Kustannusten kasvua olisi nykytilaan verrattuna tullut mm. ylimääräisistä arviointimenettelyistä ja huomattavasta byrokratian lisääntymisestä erilaisten suunnitelmien, arviointien ja raportointien muodossa. Vastaavasti sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön aikaa olisi käytetty potilas- ja asiakastyön sijaan byrokratiaan. Toisaalta on huomioitava, että paine hallintopäätösmenettelyihin johtuu Suomea sitovista ihmisoikeussopimuksista ja niiden tulkintakäytännöstä.

2045 Lausunnossaan Lapin AVI. Vastaavasti lausunnossaan HUS. Myös yhdistysten taholta esim. Kehitysvammaliitto kyseenalaisti terveydenhuollon ja sosiaalihuollon lainsäädännön yhdistämisen. Lausuntopyyntö asiakas- ja potilaslaista 2018, rivi 69, sarake G; rivi 91, sarake F; rivi 57, sarake G.

Ihmisoikeussääntelyn ja tulkintakäytännön ristiriidat vaikeuttavat oleellisesti rajoittamisen sääntelyä kansallisella tasolla. Merkittävin haaste lakiluonnoksessa liittyykin EIS:n, BLTS:n ja CRPD:n yhteensovittamisen puutteeseen itsemääräämisen ja suojelemisen periaatteiden: päätöksentekokyvyn ja sijaispäättäjämenettelyn, sekä tahdosta riippumattoman hoidon ja rajoittamissääntelyn, osalta. YK:n vammaissopimuksen ratifiointia selvittäneen työryhmän muistiossa vuonna 2013 ei 12 art. osalta juurikaan huomioitu terveydenhuoltoa muuten, kuin lyhyellä maininnalla voimassa olleesta potilaslain itsemääräämisoikeussääntelystä ja potilasasiamiehestä. Artiklan 12 osalta keskityttiin seikkaperäisesti arvioimaan holhouslainsäädäntöä, ja todettiin, ettei artikla aiheuta lainsäädännöllisiä muutoksia.[2046] 14 artiklan osalta viitattiin valmisteilla olleeseen itsemääräämisoikeuslakiin, ja todettiin myös vapaudenriiston luonteisten rajoitustoimenpiteiden olevan lain mukaisin edellytyksin sallittuja tietyissä tilanteissa. Valmisteilla olleen itsemääräämisoikeuslain tavoitteena kuitenkin oli vähentää rajoitustoimenpiteiden käyttöä. Lisäksi mainittiin välttämättömyys- ja suhteellisuusvaatimukset sekä oikeusturvakeinot. Sopimuksen voimaansaattamisen nähtiin edellyttävän vammaisten henkilöiden itsemääräämisoikeuteen kohdistuvia rajoituksia koskevien säännösten uudistamista.[2047] Valmistelussa ei mahdollisesti tunnistettu, tai työryhmämuistiossa ei ainakaan mainittu siitä, että laajan vammaismääritelmän vuoksi CRPD-komitean tulkintavaikutukset kohdistuvat kaikkeen itsemääräämis- ja rajoittamissääntelyyn, myös terveydenhuollossa. Myöskään CRPD:n ratifiointia edeltäneessä hallituksen esityksessä vuonna 2014 ihmisoikeussopimusten eroihin ei kiinnitetty CRPD:n 12 tai 14 art. osalta huomiota. CRPD:n 12 art. osalta todettiin potilaslain itsemääräämisoikeussääntelyn tilanne ja todettiin, että sopimuskohdan velvoite järjestää vammaisille sopimuskohdassa edellytetty tuki voidaan toteuttaa monin tavoin, ja näitä järjestelyitä on jo Suomessa olemassa ja uusia voidaan kehittää. Artiklan ei nähty johtavan lainsäädäntömuutoksiin.[2048] CRPD:n 14 artiklasta todettiin, että itsemääräämisoikeuslaki on valmisteilla, ja todettiin laissa lähdettävän siitä, että myös vapaudenriiston luonteiset toimenpiteet ovat tietyin edellytyksin sallittuja. Lain tavoitteena kuitenkin on vähentää rajoittamistoimenpiteiden käyttöä. CRPD:n nähtiin aiheuttavan muutostarpeita vammaisia koskevaan lainsäädäntöön. Lisäksi nähtiin tarpeita uudistaa vammaisten itsemääräämisoikeutta koskevaa sääntelyä.[2049] Itsemääräämisoikeuslakia koskenut vuoden 2014 hallituksen esitys tai sitä edeltävä työryhmämietintö eivät myöskään huomioineet ihmisoikeussopimusten eroja. Ne huomioivat kattavasti EIS:n ja EIT:n ratkaisukäytäntöä, mutta lähinnä luettelivat YK:n vammaissopimuksen artiklat, ja

2046 Työryhmämuistio 2013: Vammaissopimuksen ratifiointia selvittäneen työryhmän muistio, s. 55-60.

2047 Työryhmämuistio 2013: Vammaissopimuksen ratifiointia selvittäneen työryhmän muistio, s. 63-64.

2048 HE 284/2014 vp., s. 41-45.

2049 HE 284/2014 vp., s. 47-49.

lakiluonnoksen lähtökohdaksi valittiin kognitiivisen toimintakyvyn aleneman malli, ja luonnosteltiin hyvinkin yksityiskohtaisesti itsemääräämiskyvyn arvioinnista. Lisäksi lakiluonnoksessa peruslinjaus oli, että välttämättömän terveydenhoidon turvaamiseksi rajoittamissääntelyä tarvitaan. Tahdosta riippumattoman hoidon ja rajoittamissääntelyn yhteensopivuus CRPD:n kanssa ei ollut missään vaiheessa tarkastelun kohteena, eikä CRPD-komitean tulkintakäytäntöä referoitu.[2050] Tätä mahdollisesti selittää se, että CRPD-komitea on hyväksynyt lausuman CRPD:n 14 art. koskien syyskuussa 2014, ja tässä tutkimuksessa viitatun soveltamisohjeen (A/72/55) syyskuussa 2015.

Ihmisoikeussopimustason normi- ja tulkintaristiriidat eivät kuitenkaan nousseet esille silloinkaan, kun vammaisten itsemääräämisoikeutta koskevan sääntelyn uudistaminen toteutettiin vuonna 2016 säätämällä rajoitustoimenpiteiden käyttöä koskeva 3a-luku lakiin kehitysvammaisten erityishuollosta. Päinvastoin, uudistuksen katsottiin olevan tarpeen ennen CRPD:n ratifiointia, jotta kansallinen sääntely vastaisi CRPD:n velvoitteita.[2051] Edelleen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeutta tarkastelleessa vuoden 2018 työryhmämuistiossa esiteltiin kyllä EIS:n osalta EIT:n ratkaisukäytäntöä, mutta CRPD:n artiklat lueteltiin lyhyesti, eikä Euroopan ihmisoikeussopimuksen ja biolääketiedesopimuksen suhdetta CRPD:hen pohdittu. Sama jatkui 2018 asiakas- ja potilaslakiluonnoksessa, jossa kylläkin pyrittiin tuomaan lakiluonnokseen CRPD:n vaatimuksia päätöksenteon tukemisesta huomioimatta tai ainakin sanoittamatta perustavanlaatuista ristiriitaa BLTS:n tai EIT:n ratkaisukäytännön mukaisen sijaispäättäjän suostumuksen tai kompetenssiperustaisen suostumusopin kanssa. Myöskään CRPD-komitean 14 art. tulkintakäytännön ristiriidasta suhteessa EIS:n 5.1 art. e-kohdan tai BLTS:n vapaudenriistoperusteisiin, tai 15 art. tulkintakäytännön ristiriidasta ihmisoikeuskomitean tai OPCAT alakomitean linjauksiin rajoittamistoimenpiteiden käytön suhteen ei kiinnitetty huomiota. CRPD-komitean 14 art. tulkintakäytäntö suhtautuu EIS:n rajoittamisperusteisiin vammaisiin kohdistuvana syrjintänä ja mielivaltaisena vapaudenriistona ja 15 art. tulkintakäytäntö rajoittamistoimenpiteisiin vammaisiin kohdistuvana epäinhimillisenä kohteluna. Seuraavassa sääntely-yrityksessä nämä yhteensovittamishaasteet on huomioitava, ja mahdolliset ratkaisut perusteltava.

2050 HE 108/2014 vp., luvut 3.1 ja 3.2., yksityiskohtaiset perustelut luku 3. STM 2014:14, s. 88-90.
2051 HE 96/2015 vp.

9 Potilaan suostumuksen ja rajoittamistoimenpiteiden sääntely somaattisessa hoidossa Skandinavian maissa

9.1 Terveydenhuoltolainsäädännön systematiikasta

Pohjoismaat jakavat kansainvälisen lääkintäoikeudellisen viitekehyksen. Pohjoismaat ovat keskeisten kansainvälisten ihmisoikeussopimusten, KP-sopimuksen, TSS-sopimuksen, EIS:n, Biolääketiedesopimuksen ja CRPD:n osapuolia, mikä heijastuu terveydenhuoltoa koskevaan sääntelyyn ja potilaiden oikeuksiin.[2052] Oikeudelliseen kehitykseen vaikuttavat myös ihmisoikeussopimusten valvontaelinten tulkinnat ja ratkaisukäytäntö, Euroopan neuvoston suositukset ja kansainväliset lääkintäeettiset julistukset. Näistä taustoista johtuen pohjoismaisessa sääntelyssä on potilaan itsemääräämisoikeuden ja rajoittamistoimenpiteiden sääntelyn osalta paljon yhtäläisyyksiä. Toisaalta kansallisista terveydenhuoltosääntelyistä löytyy myös eroavaisuuksia, minkä mm. EIS mahdollistaa EIT:n tulkinnan mukaan kansallisen harkintavallan rajoissa. Seuraavassa tarkastellaan Ruotsin, Norjan ja Tanskan sääntelyä täysi-ikäisen potilaan itsemääräämisoikeudesta ja somaattisessa hoidossa terveydenhuollossa käytettävistä rajoittamistoimenpiteistä.

Ruotsin, Norjan ja Tanskan terveydenhuoltolainsäädännön systematiikassa on toisiinsa ja Suomeen verrattuna sekä samankaltaisuuksia että eroja. Palveluiden järjestämisestä säädetään järjestämislaissa, joka voi sisältää myös muuta kuin terveydenhuollon järjestämistä koskevaa sääntelyä. Ruotsissa terveydenhuoltolailla (Hälso- och sjukvårdslag, SFS 2017:30) säädetään terveyden- ja sairaanhoidon järjestämisestä ja toiminnasta (1:1 §). Norjassa terveys- ja hoivapalveluiden järjestämisestä säännellään laissa kunnallisista terveys- ja hoivapalveluista (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., myöhemmin HOL, LOV-2011-06-24-30). Erikoissairaanhoidosta säännellään erikoissairaanhoitolaissa (Lov om spesialisthelsetjenesten, LOV-1999-07-02-61). Tanskassa terveydenhuoltolaissa (Sundhedsloven, LBK nr 248 af 08/03/2023) säännellään terveydenhuollon organisoitumisesta, hoidon järjestämisestä, potilaan asemasta, ja myös monista Suomessa, Ruotsissa ja Norjassa erityislainsäädännön tai sosiaalihuollon sääntelyn piiriin kuuluvista asioista: raskauden keskeyttämisestä, sterilisoinnista, kastroinnista, kuolemansyyn selvittämisestä, hammashuollosta ja alkoholistien hoidosta.

Terveydenhuoltojärjestelmissä keskeisiä ovat mm. yhdenvertaisuuden, ihmisarvon, yksilön integriteetin ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen periaatteet.[2053]

2052 Alvila – Järvinen 2021, s. 157-158. https://indicators.ohchr.org.

2053 Sundhedsloven, LBK nr 248 af 08/03/2023, 2 §. Hälso- och sjukvårdslag SFS 2017:30, 3:1 §.

Potilaan asemasta ja oikeuksista säännellään pääsääntöisesti kansallisissa potilaslaeissa, joskin Tanskassa potilaan asemaa koskeva sääntely sisältyy Sundhedsloven-järjestämislakiin omana lukunaan.[2054] Potilaan itsemääräämisoikeus on Pohjoismaissa keskeinen oikeus terveydenhuollossa, ja potilaan kanssa yhteisymmärryksessä toimiminen ja potilaan tietoinen suostumus hoidon luvallisuuden edellytyksenä on toiminnan lähtökohta, ellei kansallinen lainsäädäntö mahdollista tästä poikkeamista.[2055] Suostumus voi olla nimenomainen, ja joko kirjallinen tai suullinen; tai ns. hiljainen suostumus, jonka potilas osoittaa toimimalla yhteisymmärryksessä hoitavan tahon kanssa.[2056] Potilaan suostumuksesta on erilliset yksilöidyt muotosäännökset erityisen kajoavien toimenpiteiden, elinluovutuksen, raskauden keskeytyksen, sterilisoinnin ja kastroinnin osalta, kuten Suomessakin.[2057]

Potilaalla on oikeus myös kieltäytyä hoidosta. Suomessa ja Ruotsissa potilaslaissa ei ole erikseen määritelty erityisiä tilanteita hoidosta kieltäytymisen suhteen, kuten Norjassa ja Tanskassa. Norjassa potilaalla on oikeus vakaumuksesta johtuen kieltäytyä vastaanottamasta verta tai verituotteita, tai keskeyttämästä nälkälakkoa. Kuoleva potilas voi myös kieltäytyä elämää pitkittävästä hoidosta. Vastaavasti, jos potilas ei kykene suostumustaan antamaan, terveydenhuoltohenkilöstö voi luopua elämää pitkittävistä hoidoista, mikäli potilaan lähiomainen ilmoittaa vastaavasta potilaan tahdosta, ja henkilökunta arvioi sen olevan potilaan toive, jota tulee kunnioittaa.[2058] Tanskassa potilaalla on vastaavasti oikeus kieltäytyä vastaanottamasta verta ja verituotteita, ja terveydenhuollon ammattihenkilöä on kielletty keskeyttämästä poti-

---

Patientlag SFS 2014:821 (viimeisin muutos SFS 2023:42), 5:1 §. HOL (muutettu viimeksi lailla LOV-2022-11-25-86), 1-1 §.

2054 Ruotsissa Patientlag SFS 2014:821; Norjassa Lov om pasient- og brukerrettigheter, myöhemmin PBRL, LOV 1999-07-02-63 (muutettu viimeksi lailla LOV-2022-12-16-92); Tanskassa Sundhedsloven, potilaan asemaa koskeva sääntely osiossa (afsnit) 3.

2055 Ruotsin patientlag SFS 2014:821, 4:2 § ja 5:1 §. Norjan PBRL, 4-1 §. Tanskan Sundhetsloven, 15 §.

2056 Ruotsin patientlag SFS 2014:821, 4:2 §. Esitöiden mukaan suostumuksen kirjallinen muoto ei olisi tae riittävien tietojen antamisesta potilaalle, ja se toisaalta aiheuttaisi hallinnollista lisätyötä ja vaatisi resursseja, minkä vuoksi Ruotsin potilaslaissa mahdollistettiin eri tavoin annetut suostumukset, vastaavasti kuin Suomessa. Erityisen kajoavien toimenpiteiden osalta sääntelymahdollisuus suostumuksen muotoseikoista erityislainsäädännössä säilytettiin. Prop 2013/14:106, s. 57. Norjan PBRL, 4-2 §. Tanskan Sundhedsloven, 15.4 § ja 16.4 §. Akkas ym. 2021, s. 53. Bakken Rontén ym. 2021, s. 119. Bornudd ym. 2021, s. 144.

2057 Sundhedsloven, luku 12, 52 §; luku 25-28; luku 29-33. Ruotsissa Steriliseringslag SFS 1975:580 (viimeisin muutos SFS 2103:1140), 2 §; Abortlagen SFS 1974:595, 1 §; Lag om transplantation SFS 1995:381, 3 § (SFS 2022:582). Kastroimislaki (SFS 1944:133) on kumottu. Norjassa Lov om sterilisering LOV-1977-06-03-57 (viimeisin muutos 2021-05-07-34) sisältää sekä sterilisoinnin että kastroinnin, suostumusta koskevat 2ja 4 §:t; Lov om svangerskapsavbrudd LOV-1975-06-13-50 (viimeisin muutos 2021-05-07-34) suostumusta koskevat 4 ja 5 §:t ja elinten, solujen ja kudosten luovutusta Lov om donasjon og transplantasjon av organ, celler og vev LOV-2015-05-07-25 (viimeisin muutos 2021-06-18-122) 6 ja 7 §:t elävien luovuttajien suostumuksen ja 13 § kuolleiden luovuttajien suostumuksen osalta.

2058 PBRL, 4-9 §.

laan nälkälakkoa.[2059] Jos potilas on väistämättä kuolemassa, eikä kykene antamaan tietoista suostumustaan, terveydenhuollon ammattihenkilö voi lain nojalla jättää aloittamatta tai keskeyttää elämää ylläpitävän hoidon. Tällaiselle potilaalle voidaan antaa välttämätön kipulääkitys, ja rauhoittava lääkitys potilaan tilan lievittämiseksi, vaikka sellainen nopeuttaisikin menehtymistä.[2060] Niissä tilanteissa, kun potilas ei ole väistämättä menehtymässä, potilaan suostumuksen peruutus elämää ylläpitävän hoidon osalta ei ole terveydenhuoltohenkilökuntaa sitova, jos se johtaisi välittömään potilaan menehtymiseen.[2061] Tätä on kirjallisuudessa tulkittu myös siten, että potilas ei voisi peruuttaa suostumustaan hoitoon, mikäli se tarkoittaisi elämää ylläpitävästä hoidosta luopumista, ellei potilas ole joka tapauksessa menehtymässä.[2062]

Skandinavian maiden lainsäädännössä pakkohoidosta ja pakkotoimenpiteiden käytöstä säännellään pääsääntöisesti erillisissä potilasryhmäkohtaisissa terveydenhuollon erityislaeissa. Erityislaeissa pakkohoito- ja pakkotoimenpidesääntelyä on kohdistettu EIS:n 5 art. kanssa yhtenevästi tartuntatautien, mielenterveyspotilaiden ja päihdeongelmien hoitoon. Tartuntatautien hoidosta ja niiden hoidossa käytettävistä rajoittamistoimenpiteistä säädetään tartuntatautilaeissa.[2063] Päihteiden ongelmakäyttäjien hoidosta säännellään pääosin päihdehuoltolaeissa tai vastaavissa.[2064] Mielenterveyspotilaiden tahdosta riippumattomasta hoidosta ja rajoittamistoimenpiteiden käytöstä säännellään mielenterveyslaeissa tai psykiatrista pakkohoitoa koskevissa laeissa.[2065] Kehitysvammaisten potilaiden hoitoa koskeva sääntely on pääsääntöisesti sosiaalihuollon sääntelyä. Ruotsissa vammaisille tarjottavaa tukea ja palveluita koskeva laki ei sisällä rajoittamissääntelyä. Norjassa kehitysvammaisten hoidossa ja hoivassa käytettävistä rajoittamistoimenpiteistä säännellään laissa terveys- ja hoivapalveluista, HOL 9-luvussa. Tanskassa ei ole erillistä kehitysvammaisia koskevaa sääntelyä, mutta sosiaalipalvelulain 24-luvussa säännellään sosiaalihuollon osalta voimankäytöstä ja muista itsemääräämisoikeuden rajoituksista aikuisilla.[2066]

2059 Sundhedsloven, 23-24 §:t.

2060 Sundhedsloven, 25 §.

2061 Sundhedsloven, 24a §.

2062 Akkas. ym. 2021, s. 55.

2063 Ruotsissa Smittskyddslag, SFS 2004:168 (viimeisin muutos SFS 2022:1224); Norjassa Lov om vern mot smittsomme sykdommer, LOV-1994-08-05-55 (viimeisin muutos LOV-2021-11-29-43); ja Tanskassa Lov om epidemier m.v. (epidemiloven), LOV nr 285 af 27/02/2021 (viimeisin muutos LBK nr 339 af 15/03/2023).

2064 Ruotsissa Lag om vård av missbrukare i vissa fall, SFS 1988:870 (viimeisin muutos SFS 2019:357); Tanskassa Sundhedsloven, luku 40 ja Lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling, LBK nr 972 af 08/08/2017; Norjassa Lov om kommunale helse- och omsorgstjenester m.m. (HOL), LOV-2011-06-24-30, luku 10.

2065 Ruotsissa Lag om psykiatrisk tvångsvård, SFS 1991:1128 (viimeisin muutos SFS 2022:703); Tanskassa Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., LBK nr 185 af 01/02/2022; ja Norjassa Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, LOV-1999-07-02-62 (viimeisin muutos LOV-2022-12-20-115), luvut 4 ja 4A.

2066 Ruotsissa Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, SFS 1993:387 (viimeisin muutos

Tämän lisäksi potilaan asemaa ja oikeuksia koskeva terveydenhuollon yleislakityyppinen sääntely sisältää Tanskassa ja Norjassa somaattisessa hoidossa sovellettavan pakkohoitoa ja -toimenpiteitä koskevan sääntelyn, joka on diagnoosineutraalia. Norjassa somaattista hoitoa koskevista rajoittamistoimenpiteistä päätöksentekokyvyttömillä, hoitoa vastustavilla potilailla säännellään potilaslain (PBRL) 4A-luvussa. Tanskassa vastaava päätöksentekokyvyttömien, hoitoa vastustavien potilaiden somaattista hoitoa koskeva pakkohoito- ja -toimenpidesääntely sisältyy omaan lakiinsa Lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile, myöhemmin Tvangsbehandlingsloven, LBK nr 126 af 27/01/2019. Lisäksi Norjan potilaslain 4-6 §:ssa ja Tanskan Sundhedslovenin 6a-luvussa on säännelty päätöksentekokyvyttömien, hoitoa vastustamattomien potilaiden hoidon toteuttamisesta ja integriteettiin puuttuvista toimenpiteistä. Näiden potilaiden osalta menettelyt ovat kevyemmät, kuin hoitoa vastustavien potilaiden pakkohoidossa. Suomessa ja Ruotsissa ei ole olemassa vastaavaa somaattista hoitoa koskevaa rajoittamissääntelyä.

9.2 Potilaan suostumus hoidon luvallisuuden edellytyksenä

9.2.1 Päätöksentekokyky

Pätevän suostumuksen edellytyksinä pidetään kaikissa tarkastelun kohteena olevissa Pohjoismaissa päätöksentekokykyä, riittävien tietojen saantia ja suostumuksen vapaaehtoisuutta. Päätöksentekokyvyllä tarkoitetaan kykyä ymmärtää ja punnita tietoa sekä kykyä muodostaa ja ilmaista mielipiteitään.[2067] Skandinavian maiden sääntelyssä puhutaan suostumuskyvystä (samtykkekompetanse), mutta tässä tarkastelussa käytetään neutraalimpaa ilmaisua päätöksentekokyky. Päätöksentekokykyä on nimenomaisesti määritelty vain Norjan ja Tanskan lainsäädännössä, jonka mukaan päätöksentekokyvyllä tarkoitetaan, että henkilön tulee kyetä ymmärtämään suostumuksen merkitys.[2068] Vastaava tulkinta päätöksentekokyvystä kykynä ymmärtää suostumuksen merkitys ja vaikutus terveydentilaan on myös Suomessa ja Ruotsissa.[2069]

Tanskassa yli 15-vuotiaat voivat lähtökohtaisesti antaa suostumuksensa hoitoon. Sundhedslovenin itsemääräämisoikeutta koskeva luku ei nimenomaisesti määrittele päätöksentekokykyä, mutta muualla laissa todetaan, että potilaan kyvyttömyys pitää huolta intresseistään tai ymmärtää puuttumisen (toimenpiteen) merkitys edellyttää

SFS 2022:1253); Norjassa Lov om kommunale helse- och omsorgstjenester m.m., 9-luku; ja Tanskassa Lov om social service, LBK nr 1089 af 16/08/2023, luku 24.

2067 Ks. päätöksentekokyvystä aiemmin esitetty.

2068 PBRL, 4-3 §. Bakken Rontén ym. 2021, s. 124. Sundhedsloven muutoksineen, 98 ja 110 §:t. Suomen ja Ruotsin potilaslaeissa päätöksentekokykyä ei ole nimenomaisesti määritelty. Suomen potilaslain 6.2 § sisältää käänteisen määrittelyn sijaispäättäjän kuulemiseen liittyen.

2069 Pahlman 2015, s. 195. Vastaavasti Rynning 1994, s. 279.

muun päätöksentekijän käyttöä.[2070] Norjassa pääsääntöisesti yli 16-vuotiaat voivat antaa suostumuksensa hoitoon, jos kykenevät ymmärtämään suostumuksen merkityksen, tätä nuoremmat vain erityistilanteissa.[2071] Ruotsissa ja Suomessa vastaavaa ikärajaa ei potilaslaissa ole, vaan alaikäisen päätöksentekokyky arvioidaan ikä ja kehitystaso (Ruotsissa mognad, kypsyys) huomioiden tapauskohtaisesti.[2072]

Päätöksentekokyky voi Skandinavian maiden lainvalmisteluasiakirjojen ja osin sääntelyn mukaan olla alentunut tai puuttua kokonaan, mikä voi olla tilapäistä tai pysyvää, ja synnynnäistä tai hankittua. Potilas voi olla kyvytön tekemään päätöksiä ja ymmärtämään suostumuksen merkitystä fyysisen tai psyykkisen sairauden, dementian, kehitysvamman tai muun syyn vuoksi.[2073] Terveydenhuollon ammattihenkilö arvioi, onko potilas päätöksentekokykyinen.[2074] Tanskassa ratkaisevaa on, kykeneekö henkilö suhtautumaan järkevästi hoitoonsa ja huolehtimaan itsenäisesti omista intresseistään, toisin sanoen antamaan tarkoituksenmukaisen informoidun suostumuksen.[2075] Norjassa päätöksentekokyky arvioidaan tapauskohtaisesti sen jälkeen, kun potilaalle on järjestetty mahdollisimman hyvät olosuhteet päätöksenteolle ikä, psyykkinen vointi, kypsyys ja kokemus huomioiden.[2076] Mikäli ammattihenkilö ei ole varma potilaan päätöksentekokyvystä, Norjassa noudatetaan pääsääntöä potilaan oikeudesta antaa suostumuksensa hoitoon tai kieltäytyä siitä.[2077] Oleellista on arvioida sekin, onko tilanne päätöksentekokyvyn puuttumisen suhteen pysyvä.[2078] Tanskassa potilaan päätöksentekokyvyttömyyden pysyvyys tulee Sundhedsloven-lain 18 §:n esitöiden mukaan arvioida terveydenhuollon ammattihenkilön toimesta osana päätöksentekokyvyn arviointia.[2079] Norjan sääntelyssä päätöksentekokyvyttömyyden pysyvyyden arvioinnilla on merkitystä harkittaessa potilaan vastustaman välttämättömän terveydenhuollon antamista.[2080]

Norjassa käytetään päätöksentekokyvyn arvioinnissa FARV-työkalua, jonka mukaan potilaan tulee tietojen antamiseen perustuen kyetä rationaalisesti ymmärtämään tiedot (förstå), tunnistamaan asia (anerkjenne), pohtimaan syitä ja seurauksia (resonnere) ja tekemään päätös (ta et valg).[2081] FARV-työkalua vastaavaa muutos-

2070 Sundhedsloven, 14, 17, 18, 98 ja 110 §:t.
2071 PBRL, 4-3 §.
2072 Ruotsin Patientlag, 4:3 §. Suomen potilaslaki, 7 §.
2073 PBRL, 4-3 §. Ot. prp. nr 64 (2005-2006), luku 1.2. Lov om sterilisering, LOV-1977-06-03-5 (viimeksi muutettu lailla 2021-05-07-34), 2-4 §:t. Lov om svangerskapsavbrudd, 4 §. SOU 2015:80, s. 36-37. Sundhedsloven 98 ja 110 §:t. 2020/1 LSF 101, luku 1. Bakken Rontén ym. 2021, s. 124. Akkas ym. 2021, s. 58.
2074 PBRL, 4-3 §. Bakken Rontén ym. 2021, s. 124-125. Sundhedsloven, 17§ ja 21 §.
2075 2020/1 LSF 101, luku 1.
2076 PBRL, 4-3 §. Bakken Rontén 2021, s. 124.
2077 Ot. prp. nr 64 (2005-2006), luku 4.2.
2078 2020/1 LSF 101, luku 1. PBRL, 4A-3 §.
2079 2020/1 LSF 101, luku 2.2. Myös Akkas ym. 2021, s. 49, 54.
2080 PBRL, 4A-3 §.
2081 Bakken Rontén ym. 2021, s. 110. NOU 2019:14, s. 78, 441-442.

ta ehdotettiin mietinnössä NOU 2011:9 täsmennykseksi päätöksentekokyvyn sääntelyyn PBRL 4-3 §:ään. Norjan pakkohoitokomitea ei kuitenkaan suositellut 2019:14 mietinnössään päätöksentekokyvyn arviointikriteerien kirjaamista potilaslakiin asiaan liittyvien tulkintaongelmien vuoksi, ja toisaalta siksi, että olemassa olevalla väljemmälläkin päätöksentekokyvyn määrittelyllä oli jo alkanut kertyä oikeuskäytäntöä.[2082]

Ruotsin voimassa olevassa terveydenhuoltolainsäädännössä ei ole säännöksiä päätöksentekokyvyn arvioinnista.[2083] Vuonna 2015 annetussa komiteamietinnössä otettiin kantaa potilaiden alentuneeseen päätöksentekokykyyn ja sen arviointiin. Esimerkkejä tällaisista potilasryhmistä olivat psyykkistä tai ruumiillista sairautta sairastavat potilaat, kuten dementiapotilaat, aivovammapotilaat tai kehitysvammaiset potilaat, joilla sairauden, vamman tai häiriön, tai näiden hoidon vuoksi, on tarve päätöksenteon tukemiseen tai edustajaan.[2084] Keskeisiä painopisteitä ehdotuksessa oli päätöksentekokyvyn arvioiminen ja huomioon ottaminen eri variaatioineen: tiettyä asiaa koskevana, asian monimutkaisuudesta ja olosuhteista riippuvaisena, tilapäisesti alentuneena tai ajan myötä vaihtelevana ominaisuutena.[2085] Potilaan katsottiin lakiehdotuksen mukaan tarvitsevan edustajaa, jos hän ilmeisesti ei kykenisi 1) ymmärtämään kannanoton näkökulmasta relevanttia tietoa, 2) punnitsemaan eri päätösvaihtoehtoja, 3) ottamaan tehdyn punninnan perusteella kantaa kysymykseen tai 4) suullisesti, kirjallisesti tai muulla tavoin ilmaisemaan kantaansa kysymykseen. Oleellista oli, että kyvyttömyyden tuli olla ilmeistä.[2086] Potilaan päätöksentekokyky tuli arvioida yksilöllisesti ja tilanteen mukaisesti edellä mainittujen kriteerien perusteella.[2087] Tällöinkin tuli huomioida potilaan aiemmin ilmaisema tahto tai potilaan oletettu tahtotila hoitonsa ja edustajansa suhteen.[2088] Komiteamietintöön sisältyneessä lakiluonnoksessa olisi mahdollistettu potilaan päätöksenteon tukeminen tilanteissa, kun potilas ei itse kykene tekemään päätöstä hoidostaan.[2089] Toiminnan järkevyyden ja tehokkuuden näkökulmasta sääntelyehdotusta ei tarkoitettu koskemaan jokapäiväisiä ja rutiininomaisia toimenpiteitä, jotka luonteeltaan, laajuudeltaan ja olosuhteiltaan olivat vähemmän tai eivät lainkaan henkilökohtaiseen koskemattomuuteen kajoavia, ja joita henkilökunta voisi toteuttaa ilman päätöksentekokykyä koskevaa päätöksentekoa ja edustajan kannanottoa.[2090] Sääntelyehdotusta ei myöskään ollut tarkoitus soveltaa potilaslain

2082 NOU 2019:14, s. 437 ja 449.
2083 Bornudd ym. 2021, s. 150-151.
2084 SOU 2015:80, s. 36-37 ja 351-360.
2085 SOU 2015:80, s. 31.
2086 SOU 2015:80, s. 36, 51, 493-498.
2087 SOU 2015:80, s. 36 ja 498-500.
2088 SOU 2015:80, s. 31-32.
2089 SOU 2015:80, s. 31.
2090 SOU 2015:80, s. 38 ja 52.

4:4 §:n tarkoittamissa hätätilanteissa, eikä toimenpiteissä, joissa on kyse vapaudenriistosta tai muusta pakon käytöstä, tai toimenpiteissä, jotka sisältävät merkittävää henkilökohtaiseen koskemattomuuteen puuttumista.[2091] Mietintö ei edennyt säätelyksi.[2092]

Tanskassa ja Norjassa päätöksentekokyvyn arviointi nojaa Suomen tapaan terveydenhuollon ammattilaisten asiantuntemukseen. Myös Ruotsin edellä mainitussa mietinnössä oli vastaava lähtökohta.[2093] Päätöksentekokyvyllä ja sen määrittelyllä on kompetenssipohjaisen suostumuskonstruktion osalta oleellinen merkitys, sillä potilaan päätöksentekokyvyn puuttuessa suostumus tai kieltäytyminen hoidosta on lähtökohtaisesti pätemätön. Koska päätöksentekokyvyttömät potilaat eivät kykene ottamaan kantaa hoitoonsa liittyviin merkittäviin kysymyksiin eivätkä ymmärrä käyttäytymisensä seurauksia, potilasryhmän välttämätön terveydenhuolto ja hengen ja terveyden suoja tulee turvata viime kädessä viranomaisten toimesta. Tämä heijastuu myös pakkohoitoa ja -toimenpiteitä koskevaan sääntelyyn, joka pääsääntöisesti, tartuntatautien ja osin päihdehuollon sääntelyä lukuun ottamatta, kohdistuu päätöksentekokyvyttömiin, hoitoa vastustaviin henkilöihin.

9.2.2 Tiedonsaantioikeus ja vapaaehtoisuus

Potilaan tiedonsaantioikeus Skandinavian maissa on keskeisin osin varsin yhteneväinen, ja käsittää potilaan hoidon ja suostumuksen antamisen kannalta tarpeelliset tiedot: terveydentilaa koskevat tiedot, lääketieteellisesti perustellut tutkimus- ja hoitovaihtoehdot, komplikaatiomahdollisuudet ja mahdolliset sivuvaikutukset sekä hoidon ja hoitamatta jättämisen seuraukset.[2094] Ruotsin potilaslaki sisältää muista poiketen yksityiskohtaisemman luettelon potilaalle annettavista tiedoista, joihin edellisten lisäksi kuuluvat myös apuvälineitä, hoidon kulkua, jatkohoitoa, ennaltaehkäisyä sekä lukuisia potilashallinnollisia seikkoja ja biopankkia koskevat tiedot.[2095] Tiedot tulee antaa potilaan tilanne yksilöllisesti huomioiden niin, että

2091 SOU 2015:80, s. 51.

2092 Yana Litin'ska, suullinen tiedonanto 31.8.2023.

2093 Norjan PBRL, 4-3 §. Tanskan Sundhedsloven 17 §, 21 §. Ruotsissa aikuispotilaiden tukea ja apua selvittäneessä mietinnössä päätöksenteko potilaan tarvitsemasta edustajasta ehdotettiin laillistetun lääkärin tehtäväksi terveydenhuollon toiminnan tehokkuuden turvaamiseksi ja tarpeettoman byrokratian välttämiseksi. Arvion ja päätöksenteon erottamista toisistaan ei haluttu poissulkea. SOU 2015:80, s. 515-519.

2094 Ruotsin patientlag, 3:1 §. Norjan PBRL, 3-2 §. Tanskan Sundhedsloven, 16 §. Akkas ym. 2021, s. 46-47; Bakken Rontén ym. 2021, s. 112-113; Bornudd ym. 2021, s. 138-139.

2095 Ruotsin Patientlag, 3:1, 3:2 ja 3:2c §:t. Potilashallinnolliset tiedot koskevat mm. valinnanvapautta, sähköistä potilaaksi rekisteröitymisjärjestelmää, mahdollisuutta valita ja saada kiinteä lääkärikontakti, mahdollisuus toiseen lääketieteelliseen arvioon ja kiinteään hoitokontaktiin, hoitotakuu ja mahdollisuus saada tietoja ulkomailla, EU:ssa tai Sveitsissä, toteutetusta hoidosta Försäkringskassan kautta. Muiden Pohjoismaiden osalta tätä on voitu säännellä osin muissa laeissa, esim. Norjassa biopankkilaissa: LOV-2003-02-21-12 (viimeisin muutos LOV-2022-06-10-37), 11 §:ssa viitataan suostumuksen osalta PBRL 4-1 ja 4-2 §:iin.

potilas kykenee tiedot ymmärtämään. Tietoja annettaessa on huomioitava ainakin vastaanottajan ikä, kypsyys, kokemus, kielitausta ja muut yksilölliset ominaisuudet. Ruotsissa on muina ominaisuuksina huomioitu esitöissä esimerkiksi toiminnanvajaukset, koulutus ja sukupuoli-identiteetti.[2096] Tietojen antajan tulee varmistua, että potilas kykenee vastaanottamaan ja ymmärtämään annetut tiedot, sekä auttaa niiden arvioimisessa ja ohjata ja varmistaa, että potilas kykenee itsemääräämisoikeuttaan käyttämään.[2097] Myös Norjassa tiedot antavan terveydenhuoltohenkilöstön tulee mahdollisimman pitkälle varmistua siitä, että vastaanottaja on ymmärtänyt annetut tiedot. Tietoja voidaan jättää antamatta, jos niiden antamisesta aiheutuisi vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle.[2098]

Potilaalla on kaikissa tarkastelun kohteena olevissa maissa oikeus kieltäytyä vastaanottamasta tietoa.[2099] Potilaan suostumusta tai kieltäytymistä hoidon suhteen pidetään silti pätevänä.[2100] Ruotsissa tietojen vastaanottamisesta kieltäytyminen voi joissakin tilanteissa johtaa hoidon epäämiseen. Joissakin tilanteissa, Norjassa haitallisten vaikutusten ehkäisemiseksi tai lain nojalla, Ruotsissa elinluovutuksen tai tartuntatautien kohdalla, ja Tanskassa hoitovaihtoehtojen seurausten, komplikaatioriskien ja sivuvaikutusten osalta, tietojen vastaanottamisesta kieltäytyminen voidaan ohittaa. Tanskassa myös kosmeettisten toimenpiteiden osalta tietojen vastaanottamisesta kieltäytyminen voidaan ohittaa.[2101]

Tietojen antaminen potilaan läheiselle on tietyin edellytyksin mahdollista kaikissa Pohjoismaissa. Ruotsissa tiedot tulee mahdollisuuksien mukaan antaa potilaan läheiselle, mikäli potilasta ei voida informoida.[2102] Norjassa tiedot potilaan terveydentilasta ja hoidosta annetaan potilaan läheiselle, jos potilas ei kykene huolehtimaan intresseistään, tai tietojen luovuttamiseen on potilaan suostumus tai olosuhteet niin määräävät.[2103] Kun yli 16-vuotias potilas on psyykkisen tai ruumiillisen sairauden tai häiriön (forstyrrelser) vuoksi kyvytön huolehtimaan intresseistään, oikeus informaatioon on sekä potilaalla että tämän läheisellä.[2104] Myös Tanskassa lähiomaiselle, lailliselle edustajalle tai potilaan valtuuttamalle henkilölle voidaan antaa tietoja

2096 Ruotsin patientlag 3:6 §. Prop 2013/14:106, s. 53. Norjan PBRL, 3-5 §. Tanskan Sundhedsloven 16 §. Akkas ym. 2021, s. 46-47; Bakken Rontén ym. 2021, s. 112-113; Bornudd ym. 2021, s. 138-139.
2097 Prop 2013/14:106, s. 53.
2098 Norjan PBRL, 3-5 § ja 3-2 §.
2099 Ruotsin patientlag, 3:6 §. Norjan PBRL, 3-2 §. Tanskan Sundhedsloven, 16.2 §.
2100 Akkas ym. 2021, s. 50. Ala-Sankila ym. 2021, s. 76-77.
2101 PBRL, 3-2 §. Sundhedsloven muutoksineen,16.4 §. Bornudd ym. 2021, s. 141-142; Bakken Rontén ym. 2021, s. 114-115; Akkas ym. 2021, s. 49-50.
2102 Ruotsin Patientlag, 3:4 §, 3:7 §.
2103 PBRL, 3-3 §.
2104 PBRL, 3-3 §.

tietoisen suostumuksen antamiseksi suostumuskyvyttömän potilaan puolesta.[2105] Tiedonantovelvollisuus koskee kaikkia terveydenhuollon ammattihenkilöitä.[2106]

Skandinavian maissa suostumuksen vapaaehtoisuudella on tietoisen suostumuksen periaatteen mukaisesti keskeinen merkitys suostumuksen pätevyyden kannalta. Suostumuksen tulee olla vapaaehtoisesti annettu, eli sitä ei saa hankkia pakottamalla, kuten henkisellä tai fyysisellä väkivallalla uhaten, tai epäasiallisesti vaikuttamalla potilaan mielipiteeseen. Mikäli suostumusta ei ole vapaaehtoisesti annettu, sitä ei pidetä pätevänä.[2107] Potilas voi myös peruuttaa suostumuksen milloin tahansa. Häntä on tällöin informoitava suostumuksen peruuttamisen merkityksestä ja vaikutuksesta.[2108]

9.2.4 Tilanteet, kun potilas ei kykene antamaan suostumustaan

9.2.4.1 Sijaispäättäjä

Potilaan lähiomaisen osallistuminen potilaan hoitoon on Pohjoismaissa mahdollista, tosin erilaisin painotuksin. Ruotsissa tämä on mahdollista, jos se on sopivaa ja luottamuksellisuus- ja salassapitovelvoitteet eivät ole tälle esteenä. Ruotsissa potilaan lähiomainen tai laillinen edustaja ei kuitenkaan nykylainsäädännön mukaan voi antaa suostumusta potilaan puolesta.[2109] Norjassa ja Tanskassa taas kyse on tilanteista, kun potilas ei ole kykenevä huolehtimaan intresseistään, vastaanottamaan tietoa tai antamaan suostumustaan. Tanskassa lain nojalla valtuutetun henkilön tai henkilöiden osallistuminen on rajattu kyseisessä tilanteessa välttämättömään potilaan intresseistä huolehtimiseen.[2110]

Tilanteissa, kun potilas ei kykene suostumustaan antamaan, lähiomainen, laillinen edustaja tai potilaan valtuuttama henkilö voi Tanskassa antaa suostumuksen potilaan hoitoon suomalaista käytäntöä vastaavasti.[2111] Henkilökohtaisissa asioissa

2105 Suoraan tämän sisältöistä säännöstä ei ole, mutta Sundhedsloven 15 §:n mukaan tietoisella suostumuksella tarkoitetaan suostumusta, joka on annettu terveydenhuoltohenkilöstön antamiin riittäviin tietoihin perustuen, ja 18 §:n mukaan lähiomainen, laillinen edustaja tai muu potilaan valtuuttama henkilö voi antaa tietoisen suostumuksen hoitoon suostumuskyvyttömän potilaan puolesta. Lain 18 §:n muutosta koskevissa esitöissä sijaispäättäjän tiedonsaantioikeus vastaa päätöksentekokykyisen potilaan tiedonsaantioikeutta. 2020/1 LSF 101, luku 2.2.

2106 Tanskan Sundhedsloven muutoksineen, 16 §. Akkas ym. 2021, s. 46-47; Bakken Rontén ym. 2021, s. 112-113; Bornudd ym. 2021, s. 138-139.

2107 Bornudd ym. 2021, s. 145-147. Bakken Rontén ym. 2021, s. 121-122. Akkas ym. 2021, s. 57.

2108 Ruotsin patientlag, 4:2.2 §. Norjan PBRL, 4-1 §. Tanskan Sundhedsloven 15.2 §. Akkas ym. 2021, s. 55. Bakken Rontén ym. 2021, s. 120-121.

2109 Bornudd ym. 2021, s. 150-151. Ruotsin lainsäädännön mukaan oletetaan kaikki täysi-ikäiset potilaat päätöksentekokykyisiksi. Yksityisoikeuden puolella laillisen edustajan tai uskotun miehen toimesta edustaminen on mahdollista taloudellisissa asioissa. Litin'ska 2018, s. 447-450, 538 ja 543-544. SOU 2013:2, s. 179.

2110 Ruotsin patientlag, 5:3 §. Norjan PBRL, 3-3 § ja 4-3 §. Tanskan Sundhedsloven, 14 §.

2111 Sundhedsloven, 18 §.

holhouksenalaisen potilaan puolesta suostumuksen hoitoon voi antaa holhooja.[2112] Pienempiin toimenpiteisiin riittää sijaispäättäjän yleinen suostumus hoitotoimiin. Esitöiden mukaan sijaispäättäjän yleisellä suostumuksella pienempiin hoitotoimenpiteisiin tavoitellaan toiminnan järkeistämistä: henkilökunnan työpanoksen vapauttamista rutiininomaisesta jokaiseen hoitotoimenpiteeseen liittyvästä omaisen informoimisesta ja suostumuksen pyytämisestä itse potilaan hoitamiseen.[2113] Merkittäviä riskejä sisältävät ja kajoavat hoitotoimenpiteet edellyttävät sijaispäättäjän nimenomaista suostumusta kyseiseen toimenpiteeseen.[2114] Mikäli potilaalla ei ole tällaista lähiomaista, laillista edustajaa tai valtuutettua, terveydenhuollon ammattihenkilö voi hoitaa potilasta, jos toinen ammattihenkilö, joka ei muuten osallistu potilaan hoitoon, on hoidosta samaa mieltä. Laajuudeltaan ja kestoltaan lievemmin kajoavaa hoitoa, jonka suhteen haittavaikutus- ja komplikaatioriskit ovat vähäiset, voidaan toteuttaa potilaalle myös ilman toisen ammattihenkilön arviota.[2115] Sterilisoinnin ja raskauden keskeytyksen osalta kyvyttömyys ymmärtää toimenpiteen merkitys edellyttää toimenpiteen toteuttamiseksi erityisehtojen täyttymistä ja holhoojan suostumusta tai pyyntöä.[2116] Elinten, solujen tai kudosten luovuttamiseen elävältä luovuttajalta, jonka päätöksentekokyky on alentunut tai puuttuu tarvitaan Potilasturvallisuusviraston hyväksyntä.[2117]

Suostumuskyvytön potilas tulee 20 §:n mukaan ottaa mukaan hoidosta keskusteluun siinä laajuudessa kuin hän kykenee asian ymmärtämään, ellei siitä ole potilaalle vahinkoa, ja hänen tilanteeseen nähden relevantille mielipiteelleen tulee antaa merkitystä. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee arvioida, missä laajuudessa potilasta voidaan osallistaa hoitoonsa, ja huolehtia siitä, että osallistaminen toteutuu.[2118] Jos potilas kuitenkin vastustaa hoitoa, sitä ei saa hänelle antaa, ja hoitomahdollisuudet on arvioitava pysyvästi päätöksentekokyvyttömien somaattista pakkohoitoa koskevan lain perusteella (Tvangsbehandlingsloven).[2119]

Norjassa omainen ei voi antaa suostumusta hoitoon, mutta Norjan potilaslain mukaan hoitoa voidaan terveydenhuoltohenkilökunnan päätöksellä antaa suostumuskyvyttömälle potilaalle, joka ei vastusta hoitoa. Mikäli puuttuminen potilaan koskemattomuuteen on laajuus ja kesto huomioiden lievää, terveydenhuoltohenkilökunta voi päättää välttämättömän terveydenhuollon antamisesta.[2120] Merkittävää puuttumista potilaan koskemattomuuteen tarkoittavaan hoitoon voidaan ryhtyä

2112 Sundhedsloven, 18 §.
2113 Sundhedsloven, 18 §. 2020/1 LSF 101, luku 2.2. Myös Akkas ym. 2021, s. 120.
2114 Sundhedsloven, 18 §.
2115 Sundhedsloven, 18 §.
2116 Sundhedsloven 98 ja 110 §:t.
2117 Sundhedsloven 52 §.
2118 2020/1 LSF 101, luku 2.2.
2119 2020/1 LSF 101, luku 2.2.
2120 PBRL, 4-6 §. Lievää puuttumista sisältävissä tilanteissa käytetään oletetun suostumuksen konstruktiota. NOU 2019:14, s. 79.

potilaan edun mukaisissa tilanteissa, jos voidaan olettaa, että potilas haluaisi itseään hoidettavan, jos kykenisi mielipiteensä ilmaisemaan. Tällöin potilaan tahtoa tulee mahdollisuuksien mukaan selvittää lähiomaisilta, ja potilaan hoidosta vastaava henkilö voi tehdä päätöksen terveydenhuollon antamisesta toisen terveydenhuollon ammattilaisen konsultaation jälkeen.[2121] Mikäli tällaista kuultavaksi sopivaa henkilöä ei ole, terveydenhuollon ammattihenkilö arvioi, toteutetaanko hoitoa. Hoitoa ei lähtökohtaisesti voi antaa potilaan vastustaessa, ellei laissa ole toisin säädetty.[2122]

Vaikka potilas on holhouslain 22 §:n nojalla julistettu oikeustoimikelvottomaksi henkilökohtaisissa asioissa, hänellä on oikeus niin pitkälti kuin mahdollista antaa suostumus hoitoonsa. Mikäli potilaan suostumuksen antaminen ei ole mahdollista, holhooja voi antaa suostumuksen potilaan puolesta.[2123] Esimerkiksi sterilisoinnin ja raskauden keskeytyksen osalta kyvyttömyys ymmärtää toimenpiteen merkitys edellyttää holhoojan suostumusta tai pyyntöä.[2124] Elinten, solujen tai kudosten luovuttamiseen elävältä luovuttajalta, jonka päätöksentekokyky on alentunut tai puuttuu, tarvitaan lähimaisen tai holhoojan suostumus.[2125]

Alun perin lainvalmistelusta vastaava ministeriö oli Norjassakin ehdottanut merkittävää puuttumista tarkoittaviin hoitopäätöksiin edellytettävän lähiomaisen suostumusta, mutta tämän nähtiin luovan lähiomaiselle valtuutuksen ja vastuun, jollaista ei alun perin ollut tarkoitus muodostaa. Katsottiin, että potilaan lähiomaisen ei kuuluisi joutua päättämään näin vaikeista asioista läheisimpiensä kohdalla, ja että terveydenhuollon ammattihenkilön tulee viime kädessä ratkaista, mikä on potilaan edun mukaista ja arvioida, olisiko potilas antanut suostumustaan tiettyyn hoitoon. Stortinget ei myöskään halunnut, että ylimääräinen taho joutuisi ratkomaan lähiomaisen ja hoidosta vastaavan henkilön näkemyseroja. Tästä johtuen potilaslaissa suostumuskyvyttömän potilaan hoidossa merkittävää puuttumista tarkoittavilta hoitotoimilta edellytettiin terveydenhuollon ammattihenkilön toisen ammattihenkilön konsultaation jälkeen tekemää päätöstä siitä, onko välttämättömän terveydenhoidon antaminen potilaan edun mukaista. Toisen terveydenhuollon ammattihenkilön konsultaatiolla haluttiin varmistaa sitä, että välttämättömän terveydenhuollon antamisen tarve tulee riittävästi tutkituksi ja arvioiduksi. Potilaan lähiomaisen kuuleminen potilaan toiveisiin liittyen nähtiin tärkeänä vuoropuheluna, niin tiedon saannin kuin hoitopäätösten ymmärtämisenkin kannalta.[2126]

2121 PBRL, 4-6 §. Bakken Rontén ym. 2021, s. 125.

2122 PBRL, 4-6 §. Potilaslain, PBRL, 4A-luvussa säännellään välttämättömän terveydenhuollon antamisesta päätöksentekokyvyttömille potilaille, jotka vastustavat hoitoa.

2123 PBRL, 4-7 §.

2124 Lov om sterilisering, LOV-1977-06-03-57, (viimeisin muutos LOV-2021-05-07-34), 2-4 §:t. Lov om svangerskapsavbrudd LOV-1975-06-13-50 (viimeisin muutos LOV-2021-05-07-34), 4 §.

2125 Lov om donasjon och transplantasjon av organ, celler og vev, LOV-2015-05-07-25 (viimeisin muutos LOV-2021-06-18-122), 7 §.

2126 Ot. prp. nr 64 (2005-2006), luku 3.2. ja 3.5.

9.2.4.2 Hoitotahto

Hoitotahdosta löytyy yksityiskohtaista sääntelyä vain Tanskasta. Tanskan Sundhedsloven 26 §:n mukaan jokainen 18 vuotta täyttänyt, joka ei ole holhouksenalainen henkilökohtaisissa asioissaan, kuten terveydentilaansa liittyvissä asioissa, voi laatia hoitotestamentin. Hoitotestamentissa henkilö voi ilmaista toiveensa hoidostaan sen varalle, että hän ei pystyisi itsemääräämisoikeuttaan käyttämään. Hoitotestamentissa voidaan ilmaista toiveita siitä, että potilas ei halua elämää pitkittävää hoitoa ollessaan 1) peruuttamattomasti kuolemassa; 2) tilanteessa, jossa sairauden, pitkälle kehittyneen vanhuudenheikkouden, onnettomuuden, sydänpysähdyksen tai vastaavan syyn vuoksi on aiheutunut niin vaikea invaliditeetti, että potilas on pysyvästi kyvytön huolehtimaan itsestään henkisesti tai ruumiillisesti; 3) tilanteessa, jossa elämää pitkittävä hoito voisi johtaa hengissä pysymiseen, mutta sairauden tai hoidon seurauksia pidetään erittäin vakavina ja ahdistavina. Elämää ylläpitävällä hoidolla tarkoitetaan hoitoa, jolla ei ole näkymää toipumisen mahdollisuudesta tai parantavaa tai lievittävää vaikutusta, vaan pelkästään tietty eliniän pidennys. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee edellä mainituissa tilanteissa elämää ylläpitävän hoidon aloittamista tai jatkamista harkitessaan selvittää, onko potilaalla hoitotahtoa. Potilas voi myös päättää hoitotahdossaan, ettei hän halua ottaa vastaan pakolla annettavaa hoitoa siten, kuin laissa pakon käytöstä pysyvästi suostumuskyvyttömien somaattisessa hoidossa (Tvangsbehandlingsloven) säädetään. Potilaan lähiomaisilla, holhoojalla tai valtuutetulla ei ole oikeutta vastustaa potilaan hoitotahtoa. Potilas voi kuitenkin hoitotahdossaan päättää, että elämää pitkittävästä hoidosta edellä mainituissa kohdissa 2 ja 3 tai pakolla annettavasta hoidosta pidättäytyminen edellyttää lähiomaisen, holhoojan tai valtuutetun suostumusta. Potilaan hoitotestamentissaan esittämät toiveet elämää ylläpitävästä hoidosta luopumisesta edellä olevan mukaan tai pakolla hoitamisesta pidättäytymisestä ovat terveydenhuollon ammattihenkilöitä sitovia.

Norjassa hoitotestamentit tai vastaavat etukäteen annetut määräykset eivät ole nykylainsäädännön nojalla oikeudellisesti sitovia. Taustalla on huoli määräysten pätevyydestä soveltamishetkellä, tilanteen ollessa akuutti. Potilaan käsitys asiasta on voinut muuttua, ja olosuhteet ja hoitomahdollisuudet ovat voineet kehittyä eri tavalla kuin hoitotestamentin laatija on ajatellut määräyksiä kirjatessaan. Yksittäisenä esimerkkinä on käytetty tilannetta, jossa potilas on hoitotestamentissaan poissulkenut itseltään kaiken elämää pitkittävän hoidon dementiasairauden kehittyttyä. Kun kysymys elämää pitkittävästä hoidosta tulee ajankohtaiseksi, henkilö onkin elämänhaluinen, eikä vastusta hoitoa, mutta ei ole enää päätöksentekokykyinen.[2127] Pakkohoitokomitea nosti mietinnössään 2019:14 hoitotahtoon liittyen epävarmuustekijöinä esiin seuraavia asioita: potilaan mielipide toimenpiteistä nykyhetkellä päätöksentekokyvyttömänä voi poiketa siitä, mitä hoitotestamentissa

2127 NOU 2019:14, s. 452.

on ilmaistu; on epävarmaa, vastaako hoitotestamentti soveltamishetkellä potilaan tahtoa, joka on voinut muuttua ajan kuluessa ilman, että hoitotestamenttia on muutettu; vaara puutteellisista hoitoedellytyksistä laatimisaikana suhteessa soveltamishetken tilanteeseen, minkä vuoksi potilas voisi soveltamishetkellä saatavissa olevilla hoitomahdollisuuksilla tehdä erilaisen valinnan; ja epävarmuus hoitotestamentin pätevyydestä suhteessa potilaan tiedonsaantiin, vapaaehtoisuuteen ja päätöksentekokykyyn hoitotestamenttia laadittaessa. Pakkohoitokomitea piti tulevaisuuden pakkohoitosääntelyn lähtökohtana oletetun suostumuksen mallia, jossa huomioidaan biolääketiedesopimuksen kanssa yhteensopivasti potilaan aiemmin ilmaisema tahto, mutta ei suosittanut sääntelyä oikeudellisesti sitovasta hoitotestamentista edellä mainittujen ongelmien vuoksi.[2128]

9.2.4.3 Hätätilanteet

Hätätilanteet muodostavat poikkeuksen suostumuksen vaatimuksesta kaikissa Skandinavian maissa, ja Tanskassa ja Norjassa myös päätöksentekokyvyn vaatimuksesta. Potilaalle voidaan antaa henkeä tai terveyttä välittömästi uhkaavassa tilanteessa tarpeellinen hoito, vaikka hänen suostumustaan ei voitaisi selvittää tajuttomuuden tai muun syyn vuoksi.[2129] Hätätilanteissa päätöksentekoa eivät myöskään koske muulle pakkohoito- tai pakkotoimenpidesäänteylylle tyypilliset menettelysäännökset. Vaikka perusperiaate hätätilanteiden hoidossa on Skandinaviassa yhteinen, sääntelyssä on maiden välisiä sävyeroja.

Ruotsissa potilaalla on potilaslain 4:4 §:n mukaan oikeus henkeä tai terveyttä uhkaavan vakavan vaaran torjumiseksi tarpeelliseen terveyden- ja sairaanhoitoon, vaikka hänen tahtoaan ei tajuttomuuden tai muun syyn vuoksi voitaisi selvittää. Ruotsin potilaslain esitöiden mukaan muulla syyllä tarkoitetaan esimerkiksi tilanteita, joissa hätätilanteen olosuhteet vaikuttavat potilaaseen siten, että hän ei tajuissaan ollessaan kykene ilmaisemaan mielipidettään esimerkiksi shokkitilan, tajunnantason alenemisen tai lääkitsemisen vuoksi. Hätätilanteen katsotaan jatkuvan sen aikaa, kuin akuutti tai välttämätön hoito jatkuu. Tämän jälkeen hoidon antamista ei enää voida perustaa hätätilasäännökseen, vaikka potilas olisi edelleen kyvytön suostumustaan ilmaisemaan, eikä säännös mahdollista jatkuvaa suostumuskyvyttömän potilaan hoidon ja hoivan toteuttamista.[2130]

Tanskassa terveydenhuollon ammattihenkilö voi hoitaa Sundhedsloven 19 §:n nojalla tilapäisesti tai pysyvästi suostumuskyvytöntä tai alle 15-vuotiasta potilasta, kun välitön hoito on tarpeen potilaan henkiin jäämiseksi tai potilaan henkiinjäämismahdollisuuksien parantamiseksi tai merkittävästi paremman hoitotuloksen

2128 NOU 2019:14, s. 453.

2129 Ruotsin patientlag, 4:4 §. Tanskan Sundhedsloven, 19 §. Norjan PBRL, 2-1a §, Lov om specialisthelsetjenesten m.v. LOV 1999-07-02-61, 3-1 §. Bornudd ym. 2021, s. 155. Bakken Rontén ym. 2021, s. 129. Akkas ym. 2021, s. 64.

2130 Prop 2013/14:106, s. 60-61.

saavuttamiseksi pidemmällä tähtäimellä. Tällöin hoidon aloittaminen tai jatkaminen ei edellytä potilaan tai sijaispäättäjän, kuten huoltajan, lähiomaisen, laillisen edustajan tai valtuutetun suostumusta.[2131] Ammattihenkilölain nojalla lääkärillä on myös auttamisvelvollisuus hätätilanteissa.[2132] Mikäli potilaalla on hoitotestamentti, sen kirjaukset potilaan kieltäytymisestä elämää pitkittävästä hoidosta ja pakon käytöstä somaattisessa hoidossa ovat terveydenhuollon ammattihenkilöitä sitovia.[2133] Sundhedslovenin 6-luvussa olevat säännökset potilaan oikeudesta kieltäytyä tietyistä hoidoista asettavat rajoituksia myös hätätilanteiden hoidolle.[2134] Potilaalle on säädetty oikeus kieltäytyä vastaanottamasta verta tai verituotteita, ja kielletty terveydenhuollon ammattihenkilöitä keskeyttämästä potilaan nälkälakkoa. Potilasta tulee kuitenkin informoida näistä aiheutuvista seurauksista terveydentilaan.[2135] Terveydenhuollon ammattihenkilö voi myös olla aloittamatta tai jatkamatta elämää pitkittävää hoitoa, jos potilas on päätöksentekokyvytön ja tulee joka tapauksessa menehtymään. Mikäli potilas ei ole joka tapauksessa menehtymässä, terveydenhuollon ammattihenkilöllä ei ole velvollisuutta noudattaa potilaan kieltäytymistä elämää pitkittävästä hoidosta.[2136]

Norjassa potilaalla on potilaslain (PBRL, 2-1 §) ja kunnallisen terveydenhoito- ja hoivapalvelulain (HOL, 3-5 §) sekä erikoissairaanhoitolain (3-1 §) mukaan oikeus saada hoitoa hätätilanteissa. Ammattihenkilölain nojalla ammattihenkilöllä on myös velvollisuus antaa hoitoa hätätilanteissa, mikä tarkoittaa, että hoidon antaminen on pakottavan välttämätöntä.[2137] Määritelmä ”pakottavan välttämätöntä” jättää harkintavaltaa. Arviointiin vaikuttavat potilaan terveydentila, terveydenhuollon ammattihenkilön mahdollisuudet antaa asianmukaista hoitoa ja aikaperspektiivi. Avunantovelvollisuus koskee niin somaattisia kuin psyykkisiä hätätilanteita.[2138] Säännös on suunnattu tilanteisiin, joissa tarvitaan hoitoa hengen pelastamiseksi tai vakavan terveydellisen vahingon estämiseksi.[2139] Hoitamisvelvollisuus hätätilanteissa koskee ammattihenkilölain mukaan sekä suostumuskykyisiä että suostumuskyvyttömiä potilaita, ja potilaita, jotka vastustavat hoitoa.[2140] Vaikka kyse on nimenomaan velvollisuudesta, ei oikeudesta hoitaa potilasta, säännös ei kuitenkaan

2131 Sundhedsloven, 19 §.
2132 Autorisationsloven LBK nr 122 af 24/01/2023, 42 §.
2133 Sundhedsloven, 26 §.
2134 Hätätilanteita koskevaa Sundhedsloven 19 §:ää ei sovelleta 6-luvun säännöksiä koskien. Sundhedsloven, 22 §.
2135 Sundhedsloven, 23-24 §:t.
2136 Sundhedsloven, 24a-25 §:t.
2137 Lov om helsepersonell m.v., LOV-1999-07-02-64, 7§ (LOV-2011-06-24-30). Ot. prp. nr 64 (2005-2006), luku 4.2.
2138 NOU 2019:14, s. 80.
2139 NOU 2019:14, s. 81. Ot. prp. 13 (1998-99) luku 26.
2140 Lov om helsepersonell m.v., LOV-1999-07-02-64, 7 § (LOV-2011-06-24-30). Ot. prp. nr 64 (2005-2006), luku 4.2.

oikeuta vapaudenriistoa.[2141] Ammattihenkilölain hoitovelvoitetta on kritisoittu siitä, että se ei huomioi erityiskysymystä toistuvista hätätilanteista, jolloin tulisi pohtia ennaltaehkäisyä, ettei vastaaviin tilanteisiin ajauduttaisi.[2142] Hätätilanteissa hoitamista rajoittaa potilaslain (PBRL) 4-9 §, jonka mukaan potilaalla on vakaan vakaumuksensa perusteella oikeus kieltäytyä vastaanottamasta verta tai verituotteita sekä keskeyttämästä nälkälakkoa. Lisäksi kuolevalla potilaalla on oikeus kieltäytyä elämää pitkittävästä hoidosta.

9.2.4.4 Pakkohoito ja pakkotoimenpiteiden käyttö hoidossa

Pakkohoitoa ja pakkotoimenpiteiden käyttöä koskevat säännökset sisältyvät pohjoismaissa pääsääntöisesti terveydenhuollon potilasryhmäkohtaisiin erityislakeihin, joskin Tanskassa ja Norjassa osin myös potilaan oikeuksia koskevaan yleislakityyppiseen sääntelyyn.[2143] Potilaan itsemääräämisoikeuden ja integriteetin kunnioitus on lähtökohtana myös erityislainsäädännön perusteella toteutetussa hoidossa: rajoittamista tai pakkohoitoa koskevassa sääntelyssä korostetaan potilaan itsemääräämisoikeutta koskevan yleissääntelyn toteuttamista niin pitkälle kuin mahdollista.[2144] Seuraavassa keskitytään tarkastelemaan nimenomaan somaattista hoitoa koskevaa pakkohoito- ja pakkotoimenpidesääntelyä.

9.3 Pakon käyttö somaattisessa hoidossa

9.3.1 Pakon määritelmä, sääntelyn tavoitteet, soveltamisala ja kohderyhmät

Somaattisessa hoidossa sovellettavaa päätöksentekokyvyttömien, hoitoa vastustavien potilaiden pakkohoitoa ja -toimenpiteitä koskevaa sääntelyä on Skandinaviassa vain Norjassa (PBRL 4A-luku) ja Tanskassa (Tvangsbehandlingsloven). Lisäksi päätöksentekokyvyttömän, hoitoa vastustamattoman potilaan terveydenhuollon antamisesta säännellään PBRL 4-6 §:ssa ja Sundhedsloven-lain 6a-luvussa. Ruotsissa ei Suomen tapaan ole voimassa olevaa sääntelyä rajoittamistoimenpiteiden käytöstä somaattisessa hoidossa.[2145]

2141 NOU 2019:14, s. 118.

2142 NOU 2019:14, s. 81.

2143 Ks. myös luku 9.1.

2144 Ruotsissa Lag om vård av missbrukare i vissa fall (SFS 1988:870), 1 §; Lag om psykiatrisk tvångsvård (SFS 1991:1128), 1 §; Smittskyddslag (SFS 2004:168), 1:4 §. Norjassa HOL, 9-1 §; Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, 2-1 §; PBRL, 4A-1 §; Lov om vern mot smittsomme sykdommer, 1-5 §. Tanskassa Lov om tillbageholdelse af stofmisbrugere i behandling (LBK nr 972 af 08/08/2017); Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. (LBK nr 185 af 01/02/2022), 4 §; Lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile (LBK nr 126 af 27/01/2019), 1 ja 5 §:t; Lov om epidemier m.v. LOV nr 285 af 27/02/2021, 12 §.

2145 Ruotsissa lainsäädäntöä rajoittamistoimenpiteiden käytöstä muistisairaiden hoidossa valmisteltiin

Skandinaavisessa sääntelyssä pakon käyttöön liittyvä terminologia poikkeaa Suomessa käytetystä. Ruotsissa, Norjassa ja Tanskassa käytetään termiä pakon käyttö (anvendelse af tvang, bruk av tvang, att använda tvång) kuvaamaan sekä pakkohoitoa että pakkotoimenpiteitä. Pakon käytöllä tarkoitetaan terveydenhuollon erityislaeissa pääsääntöisesti hoitoa tai toimenpiteitä, joita potilas vastustaa; ja pieneltä osin toimenpiteitä, johon ei ole potilaan suostumusta.[2146] Suostumuskyvyttömien, hoitoa vastustavien potilaiden somaattisessa hoidossa pakon käytön merkitys on suppeampi: pakon käytöllä tarkoitetaan niin Tanskassa kuin Norjassakin potilaan vastustuksen voittamiseksi tai vastustuksesta huolimatta tehtäviä toimenpiteitä. Tanskan pakkohoitolain (Tvangsbehandlingsloven) 1.2 §:n mukaan pakon käytöllä tarkoitetaan toimenpiteitä, joita potilas sanallisesti tai toiminnallaan vastustaa, ja tämä tarkoittaa sekä pakkohoitoa että pakkotoimenpiteiden käyttöä. Norjan potilaslain PBRL:n 4A-luvun sääntely koskee terveydenhuollon antamista päätöksentekokyvyttömille potilaille, jotka vastustavat hoitoa. Myös Norjan HOL 9-2§:n mukaan kehitysvammaisten muissa terveyspalveluissa: kotiin vietävissä palveluissa, henkilökohtaisessa avustamisessa tai laitossijoituksessa, rajoittamistoimenpiteiden tai pakon käytöksi katsotaan samoin toimenpiteet, joita potilas vastustaa, tai toimenpiteet, jotka ovat niin kajoavia, että niitä pidetään pakon käyttönä potilaan vastustuksesta riippumatta. Yleisiä pyyntöjä, kädellä ohjaamista tai muuta vastaavaa fyysistä vaikutusta ei pidetä pakon käyttönä. Kun päätöksentekokyvytön potilas ei vastusta hoitoa, hänen hoitamistaan tai hoitamisekseen käytettäviä toimenpiteitä ei Tanskan Sundhedslovenin 6a-luvun ja Norjan PBRL 4-6 §:n sääntelyssä nimitetä

2000-luvulla. STM 27/2018, s. 139 ja SOU 2015:80, s. 297.

Mietinnössä tarkasteltiin suoja- ja rajoittamistoimenpiteiden käyttöä hoidettaessa ikääntyneitä potilaita, joiden päätöksentekokyky on alentunut (nedsatt beslutsförmåga) etupäässä dementiasairauksien vuoksi. SOU 2015:80, s. 297. Kohderyhmästä haluttiin nimenomaan poissulkea henkilöt, joiden päätöksentekokyky on alentunut kehitysvamman tai hankitun aivovaurion, kuten aivoverenkiertohäiriön, vuoksi. SOU 2006:110, s. 30. Vuonna 2006 annettiin kaksi lakiehdotusta: pakkohoidosta ja rajoittamistoimenpiteistä sosiaalihuollossa tietyissä tilanteissa ja laki pakkotoimenpiteistä sairaanhoidossa tietyissä tilanteissa. Niin sosiaali- kuin terveyspalveluissakin lisäedellytyksenä rajoittamistoimenpiteiden käytölle oli, että potilaalle on myönnetty tukitoimena erityinen asumispalvelu tai päivätoimintapalvelu, tai että hänet on tahdostaan riippumatta siirretty tällaiseen asumisyksikköön. Tavallisessa asumispaikassa, kuten potilaan kodissa, rajoittamistoimenpiteitä ei olisi saanut käyttää. Lisäksi rajoittamistoimenpiteiden käytön edellytyksenä terveydenhuollossa oli, että potilaan terveydentila uhkaisi muutoin vakavasti huonontua. SOU 2006:110. Rajoittamistoimenpiteiden käyttöä koskevaa sääntelyä terveyden- ja sairaanhoidon osalta ei kuitenkaan edistetty. Rajoittamistoimenpiteiden käytölle dementiapotilaiden hoidossa ei Ruotsissa katsottu olevan tarvetta, sillä sen katsottiin vaarantavan dementiapotilaiden hoidossa tapahtuneen positiivisen kehityksen, jota haluttiin tukea ja suojella. SOU 2015:80, s. 300. Sittemmin 2011 perustettu komitea antoi vuonna 2015 mietinnön aikuispotilaiden tuesta ja avusta päätöksenteossa terveyden- ja sairaanhoidossa ja hoivassa. Mietintö ei kuitenkaan käsittele rajoittamistoimenpiteiden käyttöä. SOU 2015:80, s. 25 ja 298. Tämäkään ei edennyt sääntelyksi. Yana Litin'ska, suullinen tiedonanto 31.8.2023.

2146 Potilaan suostumuksen puuttuminen pakon käytön kriteerinä esiintyy psykiatrian pakkohoitolaeissa. Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., 1 §. Lag om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128), 3 §. Psykisk helsevernloven LOV-1999-07-02-63, 1-2 §.

pakon käytöksi, vaan itsemääräämisoikeuteen puuttumiseksi (indgreb i selvbestemmelsesretten, inngrep for pasienten). Hoitaminen perustuu tällöin oletettuun suostumukseen, Tanskassa myös sijaispäättäjän suostumukseen.

Pakkohoitosääntelyn tavoitteena on turvata välttämätön terveydenhuolto potilaille, rajoittaa pakon käyttöä hoidossa ja taata riittävät oikeusturvamekanismit. Norjan PBRL 4A-1 §:n mukaan sääntelyn tarkoituksena on tarjota hoitoa vastustavalle päätöksentekokyvyttömälle potilaalle välttämätön terveydenhuolto terveyshaittojen ehkäisemiseksi. Lähtökohtana on terveydenhuollon järjestäminen yksilön fyysistä ja henkistä koskemattomuutta ja niin pitkälle kuin mahdollista hänen itsemääräämisoikeuttaan kunnioittaen. Lisäksi sääntelyn tavoitteena on ehkäistä ja rajata pakon käyttöä hoidossa. Päätavoitteena sääntelyllä oli esitöiden mukaan selkiyttää ja laajentaa oikeudellista perustaa terveydenhuollon tarjoamisessa suostumuskyvyttömälle potilaalle, ja parantaa oikeusturvaa.[2147] Tanskan pakkohoitolain (Tvangsbehandlingsloven) tavoitteena on 1 §:n mukaan varmistaa paras mahdollinen hoito, hoiva ja suoja päätöksentekokyvyttömille potilaille heidän yksilölliset tarpeensa ja jokaisen potilaan ihmisarvo huomioiden. Lisäksi sääntelyn tavoitteena on rajoittaa pakon käyttö ja potilaan henkilökohtaiseen vapauteen puuttuminen vain ehdottoman välttämättömiin tilanteisiin, ja varmistaa perustavanlaatuisten oikeusvarmuusperiaatteiden toteutuminen pakon käytössä. Vastaavat tavoitteet parhaan mahdollisen hoidon ja suojan sekä oikeudellisten puitteiden osalta ovat myös Sundhedsloven 6a-luvun sääntelyllä (27a §).

Päätöksentekokyvyttömien potilaiden välttämättömän terveydenhuollon turvaamista koskevaa sääntelyä sovelletaan laajasti terveydenhuollon toiminnassa. Norjassa somaattista hoitoa koskevaa PBRL 4-6 §:n välttämättömän terveydenhuollon antamista ja 4A-luvun pakkohoitosääntelyä sovelletaan niin laitoshoidossa kuin laitosten ulkopuolellakin, ja kunnallisessa perusterveydenhuollossa (helse- og omsorgstjenesten), erikoissairaanhoidossa (spesialisthelsetjenesten) kuin hammashoidossakin (tannhelsetjenesten).[2148] Tanskassa pakkohoitolain (Tvangsbehandlingsloven) 2 §:n mukaan sääntelyä sovelletaan terveydenhuollon toimintayksiköissä (inden for sundhedsvæsenet) tai muissa paikoissa, joissa terveydenhuollon ammattihenkilöt antavat hoitoa (sundhedsfaglig virksomhed af sundhedspersoner). Sundhedsloven 6a-luvun rajoittamissäännöksiä voidaan soveltaa 27c §:n mukaan julkisen sairaalan somaattisilla osastoilla tai yksityisissä hoitolaitoksissa, joilla on palvelusopimus alueneuvoston (regionsrådet) kanssa. Hoivaan (pleje, omsorg) liittyvät päätökset puuttumisesta potilaan koskemattomuuteen (indgreb) kuuluvat Tanskassa sosiaalihuollon lainsäädännön alaan.[2149]

2147 Ot. prp. nr 64 (2005-2006), luku 1.2.
2148 PBRL 1-1 ja 1-3 § d-kohta. NOU 2019:14, s. 114.
2149 2016/1 LSF 185, kohta 2.1.3.3.

Somaattisessa hoidossa sovellettavan pakkohoitoa ja -toimenpiteitä koskevan sääntelyn kohderyhmänä Norjassa ja Tanskassa ovat vastaavasti yli 16-vuotiaat tai yli 15-vuotiaat suostumuksen antamiseen pysyvästi tai tilapäisesti kykenemättömät potilaat, jotka vastustavat hoitoa. Norjassa PBRL 4A-luvun säännöksiä sovelletaan yli 16-vuotiaisiin potilaisiin, joilla ei ole suostumuskykyä, ja jotka vastustavat terveydenhuoltoa. Tanskassa Tvangsbehandlingsloven soveltuu vain tilanteisiin, joissa yli 15-vuotias pysyvästi suostumuskyvytön potilas vastustaa hoitoa, johon sijaispäättäjä on antanut suostumuksensa (3-4 §). Mikäli suostumuskyvytön potilas ei vastusta hoitoa, häntä hoidetaan Norjassa PBRL:n yleisten periaatteiden mukaan, ja 4-6 §:n oletetun suostumuksen konstruktion ja potilaan edun perusteella. Myös Tanskassa suostumuskyvyttömiä hoitoa vastustamattomia potilaita hoidetaan Sundhedsloven-lain yleisten periaatteiden mukaisesti, ja 18 §:n mukaisesti sijaispäättäjän suostumuksella, ja tarvittaessa voidaan käyttää 6a-luvun mukaisia rajoittamistoimenpiteitä (indgreb i selvbestemmelsesretten) yli 15-vuotiaille potilaille, jotka ovat tilapäisesti tai pysyvästi suostumuskyvyttömiä.

Somaattisen hoidon osalta pakon käyttöä koskeva sääntely on sekä Tanskassa että Norjassa diagnoosineutraalia, ja käsittää eri syistä suostumuskyvyttömät potilaat. Norjan PBRL 4-3 §:n 2 mom. mukaan potilaan suostumuskyky voi puuttua osittain tai kokonaan fyysisen tai psyykkisen häiriön, vanhuuden dementian tai psyykkisen kehityshäiriön vuoksi. Tavallisimmin PBRL 4A-luvun sääntelyä sovelletaan dementiapotilaisiin, mutta sääntelyä käytetään myös psyykkisten kehityshäiriöiden, psyykkisten sairauksien ja erilaisten aivovauriopotilaiden hoidossa.[2150] Myös Tanskan pakkohoitolain esitöiden mukaan suostumuksen antamiseen kyvyttömien potilaiden joukko on laaja ja epäyhtenäinen, ja pitää sisällään potilaat, jotka eivät kykene ymmärtämään tilannettaan tai käyttäytymisensä seurauksia: psyykkinen toimintakyky on alentunut kehitysvamman tai hankitun sairauden, kuten vanhuudenheikkouden, kognitiivisten toimintojen laskun tai vastaavan vuoksi; kroonisen mielisairauden tai mielisairauden pahenemisen vuoksi.[2151]

Psykiatrisen potilasryhmän osalta somaattisessa hoidossa sovellettavan sääntelyn soveltamisala on erikseen rajattu. Norjan PBRL 4A-luvun soveltamisalaan eivät 4A-2 §:n mukaan kuulu mielenterveysasioiden tutkiminen ja hoito ilman suostumusta, joka sisältyy mielenterveyslain (lov om psykisk helsevern) alaan. Myöskään Tanskan Tvangsbehandlingsloven-lakia ei 3.2 §:n mukaan sovelleta pakon käyttöön psykiatrisessa hoidossa, johon on oma sääntelynsä. Esitöiden mukaan lakia ei myöskään sovelleta psykiatriseen pakkohoitoon otettuihin potilaisiin, joita hoidetaan somaattisella osastolla. Siinä vaiheessa, kun pakon käyttöä psykiatriassa koskevaa sääntelyä ei enää sovelleta potilaaseen, soveltuvat Sundhedslovenin ja pakkohoitoa

2150 NOU 2019:14, s. 114.
2151 2016/1 LSF 185, luku 2.1.1.1.

somaattisessa hoidossa käsittelevän lain (Tvangsbehandlingsloven) säännökset.[2152]

Muutoin laeissa ei rajoiteta sitä, millaista hoitoa koskien päätös pakkohoidosta tai pakkotoimenpiteistä voidaan tehdä. Tanskassa hoidolla tarkoitetaan Sundhedsloven 5 §:n kanssa yhteneväisesti tutkimusta, diagnostisia tutkimuksia, sairauden hoitoa, synnytyksen hoitoa, kuntoutusta, terveydenhuoltoa ja ennaltaehkäisyä sekä yksilön terveyden edistämistä.[2153] Norjassakin PBRL 4-6 §:n ja 4A-luvun terveydenhuollon (helsehjelp) määritelmä on PBRL 1-3 §:n c-kohdan mukaisesti laaja, ja käsittää ennaltaehkäisevät, diagnostiset, terveyttä ylläpitävät, kuntouttavat ja hoivaan kuuluvat toiminnot, joita terveydenhuollon ammattihenkilöt tekevät.[2154]

9.3.2 Pakkotoimenpiteet

Norjassa ja Tanskassa pakon käyttö on rajattu vain suostumuskyvyttömiin potilaisiin, joiden suhtautuminen hoitoon, vastustuksen puuttuminen tai esiintyminen, määrittää edellä kuvatusti somaattisessa hoidossa sovellettavan sääntelyn ja käytettävät pakko- tai rajoittamistoimenpiteet. Hoitoa vastustavien potilaiden välttämättömän terveydenhoidon turvaamiseksi voidaan käyttää raskaampia toimenpiteitä, kuin hoitoa vastustamattomille potilaille. Toimenpiteet voidaan jaotella vapaudenriistoon, joka sisältää pakkohoitoon ottamisen, poistumisen estämisen ja takaisin yksikköön noutamisen; muihin liikkumisvapauden rajoituksiin, kuten kiinni pitäminen tai liikkumista rajoittavien välineiden käyttö; ja yksityisyyden suojan rajoituksiin, kuten hälytys- ja valvontajärjestelmät, lääkitseminen ja hygieniasta huolehtiminen.

Potilas voidaan ottaa pakkohoitoon hoitolaitokseen ja pitää siellä, jos se on tarpeen välttämättömän terveydenhuollon antamiseksi.[2155] Tanskan pakkohoitolain esitöiden mukaan julkiseen sairaalaan pakkohoitoon ottamista voidaan käyttää tilanteissa, kun hoitoa ei voida toteuttaa potilaan kotona, hoivayksikössä, tai hoitavan lääkärin vastaanotolla.[2156] Norjan potilaslain esitöiden mukaan hoitolaitokseen ottaminen voi olla tarpeen esimerkiksi dementiapotilaiden kohdalla, joita sääntelyn puuttuessa hoidettiin usein psykiatrisilla osastoilla, koska psykiatrinen sääntely mahdollisti laitokseen ottamisen.[2157] Pakkohoidon toteuttaminen on rajattu Tanskassa julkiseen sairaalaan, ja Norjassa terveydenhuollon laitoksiin.[2158] Pakkohoitoon ottaminen edellyttää Tanskassa kahden lääkärin päätöksentekomenettelyä, jossa lääkäri voi päättää pakkohoidosta toisen riippumattoman lääkärin tai hammaslääkärin enintään seitsemän vuorokautta aiemmin tekemän tutkimukseen ja sen perusteella antamaan selvityksen nojalla. Selvityksen antava lääkäri ei saa olla töissä sairaalassa,

2152 2016/1 LSF 185, luku 2.1.3.3.
2153 2016/1 LSF 185, luku 2.1.3.1.
2154 NOU 2019:14, s. 114.
2155 Tvangsbehandlingsloven, LBK nr 126 af 27/01/2019, 10 §. PBRL (LOV 2006-12-22-99), 4A-4 §
2156 2016/1 LSF 185, luku 2.3.3.
2157 Ot. prp. nr 64 (2005-2006), luku 4.6.5.3.
2158 PBRL, 4A-4 §. Tvangsbehandlingsloven, 10 §.

jossa pakkohoito toteutetaan.[2159] Norjassa pakkohoitoon ottamista koskevan päätöksen tekee potilaan hoidosta vastaava terveydenhuollon ammattihenkilö toisen terveydenhuollon ammattihenkilön konsultaation jälkeen (PBRL, 4A-5 §).

Somaattiseen pakkohoitoon otetun potilaan poistuminen osastolta voidaan estää, jos se on välttämätöntä pakkohoidon toteuttamiseksi tai terveydenhuollon antamiseksi.[2160] Tanskassa pakkohoidossa oleva potilas voidaan myös noutaa takaisin osastolle (tilbageførsel), jos potilaan hoidossa pitäminen on pakkohoidon toteuttamiseksi välttämätöntä. Myös muun kuin pakkohoitoon otetun potilaan poistuminen voidaan Tanskassa estää ja potilas noutaa takaisin osastolle holhoojan, lähiomaisen tai valtuutetun suostumuksella tai asiantuntevan toisen lääkärin päätöksellä, jos potilaan hoidossa pitäminen on pakkohoidon toteuttamiseksi välttämätöntä.[2161] Norjan potilaslain 4A-luvussa ei mainita takaisin noutamista.[2162]

Muiden liikkumisvapautta rajoittavien toimenpiteiden sääntely hoitoa vastustavien päätöksentekokyvyttömien potilaiden hoidossa on suppeaa. Tanskassa potilaasta, jolle pakkohoitopäätös on tehty, voidaan saman lääkärin päätöksellä pitää fyysisesti kiinni, jos se on välttämätöntä pakkohoidon toteuttamiseksi. Kiinni pitämisessä ei saa käyttää apuvälineitä tai muita hoitokeinoja.[2163] Apuvälineillä tarkoitetaan vöitä, käsi- ja jalkasidoksia, käsineitä ja vastaavia.[2164] Norjassa välttämättömän terveydenhuollon antamiseksi potilaalle voidaan PBRL 4A-4 §:n mukaan lain ehtojen täyttyessä käyttää liikkumista estäviä apuvälineitä, kuten vyöt ja vastaavat.[2165] Esitöiden mukaan liikkumista estävien apuvälineiden käyttö on tarkoitettu vain välttämättömän terveydenhuollon antamiseen, esimerkiksi dementiapotilaan lonkkamurtuman hoitamiseksi. Niitä ei saa käyttää liikkumisen rajoittamisessa tietylle alueelle, esimerkiksi laitokseen; tai käyttää hoitohenkilökunnan puutteessa, tai aggressiivisen tai muuten hankalan potilaan liikkumisen rajoittamiseksi.[2166]

Yksityisyyden suojaan kajoavien toimenpiteiden osalta Tanskan ja Norjan sääntelyssä on eroja. Norjassa ja Tanskassa päätöksentekokyvyttömän, hoitoa vastustavan potilaan hoidossa voidaan käyttää teknisiä ilmoitus- ja paikannusjärjestelmiä.[2167] Tanskassa teknistä valvontaa voidaan käyttää potilaan vastustuksesta huolimatta, jos

2159 LBK nr 126 af 27/01/2019, 10 § ja 2016/1 LSF 185, luku 2.3.3.

2160 Tvangsbehandlingsloven, 12 § (välttämätöntä pakkohoidon toteuttamiselle). PBRL 4A-4 § (välttämätöntä terveydenhuollon antamiseksi).

2161 Tvangsbehandlingsloven, 6 ja 12 §:t.

2162 PBRL 4A-4 ja 4A-5 §:t.

2163 Tvangsbehandlingsloven, 8 §.

2164 2016/1 LSF 185, kohta 2.2.3.

2165 LOV 1999-07-02-63 (LOV 2006-12-22-99), 4A-4 §.

2166 Ot.prp. nr 64 (2005-2006), luku 4.6.5.4.

2167 PBRL, LOV-1999-07-02-63 (LOV 2006-12-22-99), 4A-4 §. Tanskassa ilmoitus- ja paikannusjärjestelmien käyttö ei sisälly pakkohoitolakiin, mutta Sundhedsloven 27d §:n mukaan niitä voidaan tietyin edellytyksin käyttää potilaan vastustuksesta huolimatta (potilaan myötävaikutuksella toteutettavassa osastohoidossa).

on olemassa huomattava riski siitä, että potilas poistuu osastolta ja vaarantaa itsensä ja henkilökohtainen valvontajärjestelmä voi estää tämän.[2168] Teknisen valvonnan käyttö on Tanskassa rajattu julkisen sairaalan somaattiselle osastolle tai yksityisiin hoitolaitoksiin, joilla on sopimus alueneuvoston kanssa.[2169] Norjassa suostumuskyvyttömien, hoitoa vastustavien potilaiden kohdalla näiden järjestelmien käyttöpaikkoja ei ole PBRL 4A-luvun sääntelyssä rajattu.[2170]

Tanskassa hoitoa vastustavan potilaan hoidossa voidaan pakkohoitopäätöksen tehneen lääkärin päätöksellä käyttää rauhoittavaa lääkitystä, jos se on välttämätöntä pakkohoidon toteuttamiseksi. Rauhoittavaa lääkitystä ei saa käyttää järjestyksen ylläpitämiseksi.[2171] Lääkitystä on ajateltu käytettävän samassa yhteydessä kiinnipitämisen kanssa, mutta esitöissä kuitenkin huomautetaan, että suhteellisuusperiaatteen mukaan on valittava lievin riittävä toimenpide.[2172] Lisäksi Tanskassa voidaan huolehtia pakkohoitoon otetun potilaan henkilökohtaisesta hygieniasta, mikäli potilas ei itse siihen pysty, ja hygieniasta huolehtiminen on välttämätöntä potilaan itsensä, muiden potilaiden tai henkilökunnan kannalta.[2173] Norjassa lääkityksestä tai hygieniasta ei nimenomaisesti ole säännelty, mutta toimenpiteitä ei myöskään sääntelyllä ole poissuljettu. PBRL 4A-5 §:ssa mainitaan reseptilääkityksen käytön edustavan vakavaa puuttumista potilaan koskemattomuuteen. Esitöiden mukaan potilaan vastustuksesta huolimatta terveydenhuollon toteuttamisen mahdollistavat säännökset antavat mahdollisuuden myös potilaan lääkitsemiseen. Lääkkeet voidaan esimerkiksi sekoittaa ruokaan tai juomaan, jos edellytykset potilaan vastustuksen voittamiseksi käytettäville toimenpiteille täyttyvät.[2174] Pakkotoimenpiteistä ei ole Norjassa haluttu säännellä tyhjentävästi, ettei poissuljettaisi tapauskohtaisesti lievimmän riittävän puuttumisen mahdollistavaa toimenpidettä.[2175] Tanskassa taas periaatteena on ollut, että laissa on määritelty pakkohoidon realistisen mahdollistamisen kannalta täydentävät säännökset käytettävistä toimenpiteistä.[2176]

Norjassa suostumuskyvyttömän potilaan vastustuksesta huolimatta annettavaa terveydenhuoltoa koskeva päätös voidaan tehdä enintään vuodeksi kerrallaan. Päätöksentekokyvyttömän, hoitoa vastustavan potilaan terveydenhuollon tarvetta on arvioitava jatkuvasti, ja välttämättömän terveydenhuollon antaminen tulee lopettaa heti, kun laissa säädetyt edellytykset eivät enää täyty. Erityisesti tulee kiinnittää huomiota siihen, onko vastustuksesta huolimatta annettavalla terveydenhuollolla toi-

2168 Sundhedsloven 6a-luku, 27 d §.
2169 Sundhedsloven 6a-luku, 27 c §.
2170 NOU 2019:14, s. 115.
2171 Tvangsbehandlingsloven, 9 §.
2172 2016/1 LSF 185, kohta 2.3.3.
2173 Tvangsbehandlingsloven, 11 §.
2174 Ot. prp. nr 64 (2005-2006), luku 4.6.5.2.
2175 Ot. prp. nr 64 (2005-2006), luku 1.2.
2176 2016/1 LSF 185, kohta 2.2.2.

vottua vaikutusta tai onko sillä odottamattomia kielteisiä vaikutuksia.[2177] Tanskassa somaattisessa hoidossa toteutettavaa pakkohoitoa ja pakkotoimenpiteitä koskeva päätös on voimassa sen aikaa, kuin on välttämätöntä pakkohoidon toteuttamisen näkökulmasta, mutta enintään neljä kuukautta.[2178] Mikäli pakkohoitoa tarvitaan vähemmän aikaa, kuten verikokeen ottamisessa, voidaan tehdä päätös kiinni pitämisestä verikokeen oton ajaksi. Jos taas tarve on pidemmän hoitojakson ajan, voidaan tehdä päätös, että kiinnipitämistä voidaan käyttää hoitojakson aikana välttämättömässä laajuudessa.[2179]

Suostumuskyvyttömän, hoitoon myötämielisesti suhtautuvan potilaan hoidossa potilaan koskemattomuuteen puuttuvien toimenpiteiden käyttö on huomattavasti rajatumpaa, kuin hoitoa vastustavien potilaiden pakkohoidon toteuttamisessa. Tanskassa tosin terveydenhuoltohenkilöstölle on mahdollistettu vapauden riistoksi luokiteltava toimenpide myös suostumuskyvyttömän potilaan myötävaikutuksella tapahtuvassa hoidossa. Terveydenhuoltohenkilöstö voi päätöksentekokyvyttömän potilaan kohdalla turvautua poistumisen estämiseen sairaalan osastolta ja osastolle takaisin noutamiseen (tilbageholdelse og tilbageførsel), kun potilaan poistuminen osastolta aiheuttaisi vaaraa henkilövahingosta ja välitön poistumisen estäminen tai takaisin noutaminen on ehdottoman välttämätöntä riskin välttämiseksi. Poistumisen estäminen ja takaisin noutaminen voidaan suorittaa vain sairaalan alueella. Potilasta ei tässä yhteydessä saa sitoa, eikä häntä saa lukita sisään.[2180]

Norjassa ja Tanskassa on mahdollistettu ilmoitus- ja paikannusteknologian käyttö myös hoitoa vastustamattomien päätöksentekokyvyttömien potilaiden hoidossa. Hoitoa vastustamattoman suostumuskyvyttömän potilaan hoidossa voidaan käyttää ilmoitus- ja paikannusteknologiaa, jos se on välttämätöntä potilaan vahingoittumisriskin estämiseksi tai vähentämiseksi ja potilaan edun mukaista.[2181] Tanskassa ilmoitus- ja paikannusteknologiaa voidaan käyttää julkisen sairaalan somaattisella osastolla tai yksityisissä hoitolaitoksissa, joilla on sopimus alueneuvoston kanssa.[2182] Norjassa hoitoa vastustamattomien suostumuskyvyttömien potilaiden kohdalla ilmoitus- ja paikannusteknologiaa voidaan PBRL 4-6a §:n mukaan käyttää terveys- ja hoivapalveluissa. Lääketieteellisten (hoidollisten) valvontalaitteiden käyttö ei sisälly tähän, vaan määräytyy Norjassa PBRL 4-6a §:n mukaan kevyemmällä menettelyllä.

9.3.3 Perusteet ja edellytykset pakon käytölle

Norjassa ja Tanskassa päätöksentekokyvyttömien potilaiden somaattisessa hoidossa käytettävän pakkohoidon tai pakkotoimenpiteiden edellytyksenä on, että ennen

2177 PBRL, 4A-4 ja 4A-5 §:t.
2178 Tvangsbehandlingsloven, 4.3 §.
2179 2016/1 LSF 185, kohta 2.2.3.
2180 Sundhedsloven muutoksineen, 27 e §.
2181 PBRL, 4-6 §. Sundhedsloven 6a-luku, 27 d §.
2182 Sundhedsloven 6a-luku, 27 c §.

pakkohoitopäätöstä on kokeiltu luottamusta rakentavia toimenpiteitä potilaan motivoimiseksi yhteistyöhön.[2183] Tanskassa luottamusta rakentavilla toimenpiteillä tarkoitetaan esitöiden mukaan esimerkiksi motivoivaa keskustelua ja pedagogisia toimenpiteitä potilaan suostuttelemiseksi vapaaehtoiseen hoitoon. Pakkohoitoon voidaan ryhtyä vasta, kun nämä keinot on kokeiltu.[2184] Norjassa luottamusta rakentavia toimenpiteitä ei tarkemmin määritellä esitöissä, mutta lähtökohtana on pidettävä, että terveydenhuolto järjestetään yksilön tarpeista lähtien, huomioiden esimerkiksi dementiapotilaan toimintakyky virkeänä ja väsyneenä tai kehitysvammaisen henkilön turvallisuuden tuntu hoidettaessa.[2185] Tavoitteena on luoda olosuhteet sellaisiksi, että potilas voisi suostua hoitoon tai ei ainakaan sitä vastustaisi.[2186] Luottamusta rakentavia toimenpiteitä on pidetty ongelmallisenakin, kun terveydenhuoltohenkilökunnan tulee yrittää ylipuhua potilas vapaaehtoiseen lääkehoitoon tai hoitolaitokseen ottamiseen tai muihin yksilöön kohdistuviin toimenpiteisiin.[2187] Käytännössä luottamusta rakentavilla toimenpiteillä tarkoitetaan suostuttelua.

Jos potilas luottamusta rakentavista toimenpiteistä huolimatta edelleen vastustaa terveydenhuollon antamista tai terveydenhuoltohenkilöstö tietää, että potilas todennäköisesti tulee hoitoa edelleen vastustamaan, voidaan Norjassa tehdä päätös potilaan vastustuksesta huolimatta annettavasta terveydenhuollosta, jos muut PBRL 4A-3 §:n edellytykset täyttyvät. Vastustaminen voi olla sanallista tai fyysistä, mutta siihen lasketaan myös aiempien kokemusten perusteella odotettavissa oleva vastustaminen.[2188] Arvioitaessa vastustuksesta huolimatta tarjottavan terveydenhuollon antamista tulee huomioida potilaan vastustuksen voimakkuus ja suostumuskyvyn ajallinen ulottuvuus, eli se, onko oletettavissa potilaan suostumuskyvyn palautuvan lähiaikoina (PBRL 4A-3 §). Tanskassa potilaan vastustuksen jatkuminen sijaispäättäjän suostumuksella toteutettavaa hoitoa kohtaan oikeuttaa tekemään pakkohoitopäätöksen, jos muut Tvangsbehandlingsloven 4 §:n edellytykset täyttyvät. Oleellista on, että sijaispäättäjä on antanut potilaan hoitoon suostumuksensa Sundhedsloven 18 §:n mukaan.[2189]

Jos luottamusta rakentavat toimenpiteet eivät saa päätöksentekokyvytöntä potilasta luopumaan vastustuksestaan hoitoa kohtaan, pakkohoitopäätöstä harkittaessa on huomioitava muut edellytykset pakkohoidolle. Ensimmäisenä edellytyksenä pakkohoidolle on, että hoitamatta jättämisestä aiheutuisi potilaalle merkittävä terveydellinen haitta.[2190] Norjan potilaslain esitöiden mukaan hoitamatta jättämisestä

2183 Tvangsbehandlingsloven, 5 §. PBRL 4A-3 §.
2184 2016/1 LSF 185, luku 2.1.3.1.
2185 Ot. prp. nr 64 (2005-2006), luku 4.6.4.2.
2186 NOU 2019:14, s. 114-115.
2187 NOU 2019:14, s. 284.
2188 Ot. prp. nr 64 (2005-2006), luku 4.6.4.3.
2189 2016/1 LSF 185, 2.1.2.
2190 Tvangsbehandlingsloven, 4 §. PBRL, 4A-3 §.

aiheutuvilla merkittävillä haitoilla tarkoitetaan terveydellistä haittaa, joka on huomattavan laajaa tai jolla voi olla vakavia seurauksia.[2191] Tässä huomioidaan sekä fyysinen että psyykkinen haitta.[2192] Tanskan pakkohoitolain esitöissä tätä ei ole tarkemmin määritelty. Kyse on perus- ja ihmisoikeustasolla potilaan hengen ja terveyden suojasta. Muita perusteita, kuten muun henkilön hengen ja terveyden suojaa tai muun henkilön turvallisuutta tai omaisuusvahinkojen estämistä ei somaattisen hoidon pakkohoitoa ja -toimenpiteitä koskevassa sääntelyssä käytetä.

Toinen edellytys pakkohoidolle on, että hoitoa pidetään välttämättömänä.[2193] Tanskassa lisäkirjauksena on, että hoito on välttämätön merkittävän terveydellisen haitan estämiseksi.[2194] Norjassa hoidon välttämättömyys tulee konkreettisesti arvioida ammatillisesti, potilaan terveydentilan tarpeista lähtien.[2195]

Norjassa lisäedellytyksenä pakkohoidolle on, että käytettävien toimenpiteiden tulee olla oikeassa suhteessa terveydenhuollon tarpeeseen nähden (4A-3 §, c-kohta). Toimenpiteestä tulee olla selkeästi enemmän hyötyä, kuin pakon käytöstä haittaa. Käytettävät toimenpiteet tulee arvioida potilaan tilanteen ja tarpeiden mukaan.[2196] Suhteellisuusperiaate ja lievimmän riittävän puuttumisen periaate on pakkotoimenpiteitä koskevien päätösten osalta huomioitu myös Tanskassa, mutta sitä ei ole erikseen kirjattu pakkohoitopäätöksen edellytykseksi.[2197] Sekä Tanskassa että Norjassa edellytetään lisäksi, että pakkohoidon tai välttämättömän terveydenhuollon toteuttaminen on myös kokonaisarvioinnin perusteella paras ratkaisu potilaalle.[2198] Norjassa edellytetään huomioitavaksi myös potilaan vastustuksen aste, ja se, onko oletettavissa potilaan suostumuskyvyn palautuvan lähiaikoina.[2199] Tanskassa on erikseen kirjattu, että pakkotoimenpiteiden tulee olla mahdollisimman varovaisia, jottei aiheutettaisi tarpeetonta haittaa potilaalle, ja niin lyhytkestoisia kuin mahdollista.[2200] Tanskassa pakkohoitoa tai -toimenpidettä koskevan päätöksen tekemiseksi edellytetään myös lähiomaisen, holhoojan tai valtuutetun suostumusta, tai toisen asiantuntevan lääkärin riippumatonta päätöstä pakon käytöstä.[2201] Sijaispäättäjän suostumusta, holhoojan, lähiomaisen tai valtuutetun osalta, tai toisen lääkärin päätöstä edellytetään siis paitsi itse hoitoon, myös pakon käyttöön hoidossa.[2202] Pakkotoimenpiteitä saa käyttää vain potilaan terveydentilan näkökulmasta välttä-

2191 Ot.prp nr 64 (2005-2006), luku 4.6.4.4.
2192 NOU 2019:14, s. 115.
2193 Tvangsbehandlingsloven, 4 §. PBRL, 4A-3 §.
2194 Tvangsbehandlingsloven, 4 §.
2195 NOU 2019:14, s. 115.
2196 NOU 2019:14, s. 115.
2197 Tvangsbehandlingsloven, 7 § ja 4 §.
2198 Tvangsbehandlingsloven, 4 §. PBRL, 4A-3 §.
2199 PBRL 4A-3 §.
2200 Tvangsbehandlingsloven, 7 §.
2201 Tvangsbehandlingsloven, 4 ja 6 §:t.
2202 2016/1 LSF 185, luku 2.1.3.1.

mättömän hoidon toteuttamiseksi, ei koskaan järjestyksen ylläpitämiseksi tai hallinnollisista syistä, kuten henkilöresurssipulan vuoksi.[2203]

Päätöksentekokyvyttömien, hoitoon myötämielisesti suhtautuvien potilaiden hoidossa ilmoitus- ja paikannusjärjestelmien käytön perusteena Norjassa on potilaan terveysvaara, jonka ei tarvitse olla merkittävä kuten pakkohoidossa.[2204] Tanskassa ilmoitus- ja paikannusjärjestelmien käytön perusteena potilaan turvallisuus, mutta potilaan vastustaessa ilmoitus- ja paikannusjärjestelmien käyttöä perusteena on terveysvaara.[2205] Potilaan poistumisen estämisen tai takaisin noutamisen perusteena Tanskassa on potilaan terveysvaara.[2206] Muut perusteet hoitoa vastustamattomien päätöksentekokyvyttömien potilaiden hoidossa käytettäville toimenpiteille ovat vastaavat kuin pakkohoidossakin: käyttö on välttämätöntä potilaan vahingoittumisriskin estämiseksi tai vähentämiseksi, ja ilmoitus- ja paikannusjärjestelmien osalta myös potilaan edun mukaista.[2207] Käytettävän toimenpiteen tulee suhteellisuusperiaatteen mukaisesti olla järkevässä suhteessa torjuttavaan riskiin nähden ja intensiteetiltään lievin vaihtoehdoista.[2208] Norjassa tulee myös voida olettaa, että potilas olisi antanut toimenpiteeseen suostumuksensa, jos olisi kykenevä suostumustaan antamaan. Jos mahdollista, potilaan tahtoa tulee selvittää lähiomaiselta.[2209] Tanskassa valvontajärjestelmien käytöltä edellytetään sijaispäättäjän suostumusta ja ylilääkärin päätöstä, mutta terveydenhuoltohenkilökunta voi itsenäisesti päättää potilaan poistumisen estämisestä ja takaisin noutamisesta.[2210] Tanskassa edellytetään myös, että ennen toimenpiteiden toteuttamista pakolla tulee yrittää luottamusta rakentavia toimenpiteitä.[2211] Ruotsissa ei ole voimassa olevaa sääntelyä pakon käytöstä somaattisessa hoidossa.[2212]

2203 2016/1 LSF 185, kohta 2.2.3.

2204 2015/1 LSF 121, luku 2.1.2.

2205 Sundhedsloven 27d §. Prop. 90L (2012-2013), luku 5.6.

2206 Sundhedsloven 27d §.

2207 PBRL, 4-6 §. Sundhedsloven LBK nr 248 af 08/03/2023, 27d § ja 27e §.

2208 PBRL 4-6a §. 2015/1 LSF 121, luku 2.1.3.1.

2209 PBRL, 4-6 §.

2210 Sundhedsloven LBK nr 248 af 08/03/2023, 27d ja 27e §:t.

2211 2015/1 LSF 121, luku 2.1.3.1.

2212 Ruotsissa vuonna 2006 mietinnössä luonnosteltu ehdotus noudatteli samaa linjaa kuin Tanskan ja Norjan myöhemmin voimaan tullut sääntely: Pakkotoimenpiteiden käytön tuli olla oikeasuhtaista ja toteuttaa lievimmän riittävän puuttumisen periaatetta; tarkoitussidonnaista, esimerkiksi pakkolääkitsemistä sai käyttää vain potilaan parhaaksi; sekä potilaan itsemääräämisoikeutta ja integriteettiä kunnioittavaa, ja niin lyhytkestoista ja hienovaraista kuin mahdollista. Lisäksi potilaiden hoidosta vastaavan laillistetun lääkärin olisi tullut tehdä päätös rajoittamistoimenpiteiden käytöstä lääketieteellisen hoidon antamiseksi, ja päätös olisi ollut valituskelpoinen. Kiireellisiä tilanteita varten oli omat sääntönsä. SOU 2015:80, s. 299. SOU 2006:110, s. 30 ja 40. Kunnallinen vastuu terveyden- ja sairaanhoidosta ei ulottunut potilaan tavanomaiseen kotiin. SOU 2006:110, s. 47, 57, 394 ja 406.

9.4 Päätöksenteko ja oikeusturvakeinot

9.4.1 Päätöksentekijä pakkohoidosta ja rajoittamistoimenpiteistä päätettäessä

Somaattisessa hoidossa tehtävien pakkohoitoa ja rajoittamistoimenpiteiden käyttöä koskevien päätösten osalta päätöksenteko-oikeudet vaihtelevat maittain terveydenhuollon ammattihenkilöstä lääkäriin ja ylilääkäriin. Norjassa päätöksentekijän sääntely on sallivinta, sillä päätöksentekomahdollisuus koskee yleisesti kaikkia terveydenhuollon ammattihenkilöitä, kun on kyse suostumuskyvyttömän potilaan laajuudeltaan ja kestoltaan lievää puuttumista sisältävästä terveydenhuollosta (PBRL 4-6 §). Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee hoitaa potilaita ammatillisesti vastuullisesti ja huolellisesti, ja vaikka usein kyse onkin lääketieteellisestä tai hammaslääketieteellisestä arviosta, lain valmistelussa todettiin, ettei tämä poissulje muiden terveydenhuollon ammattilaisten kykyä arvioida välttämättömän terveydenhuollon tarvetta. Tästä johtuen päätöksentekomahdollisuus koskee yleisesti terveydenhuollon ammattihenkilöitä.[2213]

Suostumuskyvyttömän potilaan laajuudeltaan ja kestoltaan vakavaa puuttumista sisältävää terveydenhuoltoa, tai vastustuksesta huolimatta annettavaa terveydenhuoltoa koskevan päätöksen välttämättömän terveydenhuollon antamisesta tekee hoidosta vastaava terveydenhuoltohenkilö (PBRL 4-6 § ja 4A-5 §). Hoidosta vastaa usein lääkäri, mutta esimerkiksi hoivapalveluissa hoidosta vastaava voi olla muukin ammattihenkilö.[2214] Rajoittamisen intensiteetti vaikuttaa päätöksentekomenettelyyn: jos kyse on vakavasta puuttumisesta, kuten liikkumista estävien välineiden käytöstä, vapaudenriistoksi luettavasta hoitolaitokseen ottamisesta tai siellä pitämisestä potilaan vastustuksesta huolimatta; ruumiilliseen koskemattomuuteen puuttumisesta, reseptilääkkeiden käytöstä ja voimakkaasta vastustuksesta, päätös voidaan tehdä vasta toisen terveydenhuoltohenkilön kuulemisen jälkeen.[2215] Toisen henkilön konsultointivelvollisuus on tarkoitettu laadunvarmistukseksi välttämättömän terveydenhuollon antamista koskeviin päätöksiin. Tarkoitus on, että toinen potilaan tunteva ammattihenkilö voi ottaa kantaa siihen, pitääkö välttämätöntä terveydenhuoltoa antaa vai ei. Mikäli henkilöt eivät ole samaa mieltä välttämättömän terveydenhuollon antamisesta, voidaan konsultoida vielä eri ammattihenkilöä ennen päätöksen tekemistä.[2216] Mahdollisuuksien mukaan ennen päätöksentekoa tulee hankkia potilaan lähiomaisilta tiedot siitä, miten potilas haluaisi itseään hoidettavan.[2217] Päätös välttämättömän terveydenhoidon antamisesta pitää sisällään tutkimuksen ja hoidon lisäksi myös siihen liittyvän tarpeellisen hoitotyön ja hoivan

2213 Ot. prp. nr 64 (2005-2006), luku 4.6.6.3, s. 52.
2214 NOU 2019:14, s. 116.
2215 PBRL, 4-6 § ja 4A-5 §.
2216 Ot. prp. nr 64 (2005-2006), luku 4.6.6.4.
2217 PBRL, 4-6 § ja 4A-5 §.

sekä välttämättömän terveydenhuollon antamiseksi tarvittavat toimenpiteet.[2218]

Myös Tanskan lainsäädännössä somaattisessa hoidossa toteutettavan pakkohoitoa tai rajoittamistoimenpiteitä koskevan päätöksen tekijä vaihtelee päätöksen intensiteetin mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöstä lääkäriin ja ylilääkäriin. Suostumuskyvyttömän, hoitoa vastustavan potilaan pakkohoitoa ja sairaalaan ottamista koskevan päätöksen tekee hoitoa toteuttavasta osastosta riippumaton lääkäri potilaan holhoojan, lähiomaisen tai valtuutetun suostumuksen, tai toisen riippumattoman lääkärin tai Potilasturvallisuusviraston kannanoton perusteella. Lääkärinlausunto pakkohoidosta tulee laatia enintään seitsemän vuorokautta ennen osastolle ottamista henkilökohtaiseen tutkimukseen perustuen.[2219] Riippumattomalla päätöksentekijällä tavoitellaan päätöksenteon objektiivisuutta.[2220] Lääkäri voi myös päättää pakkohoidon toteuttamiseksi tarpeellisista toimenpiteistä: kiinni pitämisestä, ja rauhoittavasta lääkityksestä (8-9 §:t). Pakolla hoitoon ottamisen edellytysten täyttymisen arvioi viime kädessä pakkohoitopotilaan vastaanottavan osaston ylilääkäri tai hänen poissa ollessaan muu lääkäri (10.6 §). Esitöiden mukaan muulta lääkäriltä edellytetään tarvittava ammatillinen osaaminen päätöksentekokyvyttömien potilaiden hoidon arviointiin ja itse kyseessä olevan sairauden hoitoon. Muun lääkärin tekemät päätökset ovat päteviä siihen saakka, kunnes ylilääkäri on arvioinut päätöksen.[2221] Osaston ylilääkäri päättää pakkohoitoon osastolle otetun potilaan henkilökohtaisen hygienian hoidosta, ja poistumisen estämisestä tai noutamisesta (11-12 §:t). Näiden toimenpiteiden osalta päätöksentekovalta on oikeusvarmuuden näkökulmasta nimenomaan vain ylilääkärin.[2222] Lääkärille kuuluvaa päätösvaltaa pakkohoidon tai pakkotoimenpiteiden osalta ei voida delegoida muille terveydenhuollon ammattihenkilöille, mutta muille ammattihenkilöille voidaan delegoida pakkohoidon tai pakkotoimenpiteiden toteuttaminen (14 §). Tätä perustellaan lain esitöissä potilaan kannalta oikeusvarmuudella.[2223]

Terveydenhuoltohenkilöstö voi Sundhedsloven 27e §:n mukaan tehdä päätöksen tavallisessa osastohoidossa olevan tilapäisesti tai pysyvästi suostumuskyvyttömän potilaan poistumisen estämisestä tai takaisin noutamisesta. Hälytys- ja valvontajärjestelmien käyttö tilapäisesti tai pysyvästi suostumuskyvyttömien potilaiden tavanomaisessa hoidossa edellyttää Sundhedsloven 27 d §:n mukaan potilaan lähiomaisen, laillisen edustajan tai valtuutetun suostumukseen perustuvaa ylilääkärin päätöstä. Mikäli potilaalla ei ole lähiomaista tai edustajaa, tai heidän päätöksensä vahingoittaisi potilaan intressejä tai terveydenhoitoa, ylilääkäri voi tehdä päätöksen, jos toinen asiantunteva lääkäri on samaa mieltä.

2218 Ot. prp. nr 64 (2005-2006), luku 4.6.6.5.
2219 Tvangsbehandlingsloven, 4 § ja 10 §.
2220 2016/1 LSF 185, luku 2.1.3.1.
2221 2016/1 LSF 185, kohta 2.3.3.
2222 2016/1 LSF 185, kohta 2.3.3.
2223 2016/1 LSF 185, luku 2.3.3.

9.4.2 Pakkohoitoa ja -toimenpiteitä koskevien päätösten muotoseikat

Päätöksentekokyvyttömän potilaan vastustus tai sen puuttuminen, ja puuttumisen intensiteetti vaikuttavat somaattisessa hoidossa käytettäviin päätöksentekomenettelyihin. Niin Norjassa kuin Tanskassa tulee päätöksentekokyvyttömän hoitoa vastustavan potilaan somaattista pakkohoitoa koskevan päätöksenteon yhteydessä huomioida potilaan aiempi tahtotila. Norjassa ennen kuin suostumuskyvyttömän, hoitoa vastustavan potilaan välttämättömän terveydenhuollon antamisesta tehdään päätös, tulee potilaan lähiomaiselta mahdollisuuksien mukaan selvittää, miten potilas toivoisi itseään hoidettavan.[2224] Ilmaisu ”mahdollisuuksien mukaan” antaa joustoa tilanteisiin, joissa ei ole aikaa selvittää potilaan tahtoa omaiselta. Lisäksi esitöissä on määritelty, ettei potilaan lähiomaisella ole velvollisuutta kommentoida.[2225] Tanskassa pakkohoitopäätöksen tekevän lääkärin tulee ottaa päätöksentekokyvytön, hoitoa vastustava potilas mukaan päätöksentekoon, ja ilmoittaa potilaalle tehdystä päätöksestä, sen sisällöstä, taustasta ja tavoitteesta. Pakkohoitopäätöksen on myös noudatettava potilaan hoitotahdon kirjauksia.[2226] Potilas voi hoitotahdossaan sitovasti ilmoittaa esimerkiksi, ettei halua vastaanottaa pakkohoitoa.[2227]

Somaattisessa hoidossa hoitoa vastustavan, päätöksentekokyvyttömän potilaan pakkohoito edellyttää hallintopäätöstä niin Norjassa kuin Tanskassakin. Norjassa päätös suostumuskyvyttömän potilaan vastustuksesta huolimatta annettavasta somaattisesta terveydenhuollosta tulee hallintolakiin ja ammattihenkilölakiin perustuen tehdä kirjallisesti, ja se tulee perustella: päätöksestä on käytävä ilmi potilaan terveydentila, miten potilaan vastustaman välttämättömän terveydenhuollon antamisen edellytyksiä on arvioitu ja millaisia luottamusta rakentavia toimenpiteitä on kokeiltu.[2228] Hallintolakia sovelletaan siltä osin kuin se soveltuu suostumuskyvyttömän potilaan vastustuksesta huolimatta annettavaa terveydenhuoltoa koskeviin päätöksiin 4A-luvuissa säädetyin erityissäännöksin.[2229] Norjassa hallintopäätös tulee tehdä välttämättömän terveydenhoidon antamiseksi tehtävistä, vakavaa puuttumista potilaan koskemattomuuteen merkitsevistä toimenpiteistä.

Tanskassa somaattiseen pakkohoitoon ottaminen tapahtuu psykiatrista käytäntöä vastaavalla kahden lääkärin hallintopäätösmenettelyllä. Pakkohoidon toteuttavasta osastosta riippumaton lääkäri tekee päätöksen potilaan pakkohoidosta ja tarvittaessa kiinni pitämisestä ja lääkitsemisestä pakkohoidon toteuttamiseksi.[2230] Vastaanottavan osaston ylilääkäri tekee lopullisen päätöksen potilaan pakkohoidosta ja hoitopaikasta enintään seitsemän vuorokautta aiemmin tehdyn lausunnon

2224 PBRL, 4A-5 §.
2225 NOU 2019:14, s. 116.
2226 Tvangsbehandlingsloven, 5 §.
2227 Sundhedsloven, 26 §.
2228 Ot. prp. nr 64 (2005-2006), luvut 1.2 ja 4.6.6.9.
2229 PBRL, 4A-9 §.
2230 Tvangsbehandlingsloven, 4, 8, 9 ja 10 § :t.

perusteella. Ylilääkäri vastaa siitä, että pakkohoitoon osastolle ottamisen edellytysten täyttyminen tulee arvioiduksi, ja että potilaan hoitoon toimittamisessa, poistumisen estämisessä ja noutamisessa toimitaan vain pakkohoidon toteuttamisen kannalta välttämättömässä laajuudessa.[2231] Myös pakkohoidon toteuttamiseksi käytettävistä pakkotoimenpiteistä, kiinni pitämisestä, rauhoittavasta lääkityksestä, poistumisen estämisestä ja noutamisesta tulee tehdä päätös, joka voi sisältää usean pakkotoimenpiteen samanaikaisen käytön.[2232] Ylilääkärin tulee myös arvioida pakkotoimenpiteiden käytön edellytysten täyttyminen 3, 10, 20 ja 30 päivän kuluttua päätöksestä sekä sen jälkeen joka neljäs viikko.[2233] (10 ja 13 §:t). Kaikki pakon käyttö tulee kirjata erillisen pakkoprotokollan mukaan sisältäen päätöksen sisällön, perustelut ja pakkotoimenpiteiden sisällön. Kopio pakkoprotokollasta sisällytetään potilaskertomukseen.[2234]

Pakkohoitopäätöksiin liittyen potilaan ja omaisten informointi ja muutoksenhaussa opastaminen on olennaista. Norjassa potilaan vastustuksesta huolimatta annettavaa somaattista terveydenhoitoa koskevasta päätöksestä tulee ilmoittaa potilaalle ja potilaan omaisille mahdollisimman pian. Potilaalle voidaan ilmoittaa päätöksestä myöhemminkin, mikäli ilmoitukseen liittyy riski siitä, että terveydenhuoltoa ei voitaisi toteuttaa.[2235] Kyse on välttämättömän terveydenhuollon antamisesta, jolloin viivytyksestä voi olla haittaa potilaan hengelle tai terveydelle, minkä vuoksi tiedoksianto voidaan tehdä myös jälkikäteen.[2236] Ilmoituksessa tulee mainita muutoksenhakuoikeudesta ja oikeudesta tulla kuulluksi asiassa. Ilmoituksen kopio tulee lähettää terveydenhuollosta yleisesti vastaavalle henkilölle ja valtionhoitajalle (statsforvalteren).[2237] Tanskassa somaattista hoitoa vastustava päätöksentekokyvytön potilas tulee informoida pakkohoitopäätöksestä, sen sisällöstä, taustasta ja tavoitteista.[2238] Pakkohoitoa tai pakkotoimenpiteitä koskevasta päätöksestä tulee raportoida keskusterveysviranomaisille, ja antaa muutoksenhakuohjeet suostumuksen antajataholle: lähiomaiselle, lailliselle edustajalle tai valtuutetulle.[2239]

Suostumuskyvyttömien, hoitoon myötämielisesti suhtautuvien potilaiden hoidossa ja hätätilanteissa päätöksentekomenettely on kevyempi, eikä vaadi hallintopäätöstä. Norjassa suostumuskyvyttömien, hoitoon myötämielisesti suhtautuvien potilaiden hoidossa voidaan ilman hallintopäätöstä turvautua lievää tai vakavaakin puuttumista sisältäviin toimenpiteisiin. Vakavan puuttumisen osalta oikeutus tulee

2231 Tvangsbehandlingsloven, 10 ja 13 §:t.
2232 Tvangsbehandlingsloven, 6 §.
2233 Tvangsbehandlingsloven, 10 ja 13 §:t.
2234 Tvangsbehandlingsloven, 15 §.
2235 PBRL, 4A-6 §.
2236 Ot. prp. nr 64 (2005-2006), luku 4.6.6.10.
2237 PBRL, 4A-6 §.
2238 Tvangsbehandlingsloven, 5 §.
2239 Tvangsbehandlingsloven, 16-17 §:t.

oletetun suostumuksen kautta: potilaan toiveet hoidostaan tulee mahdollisuuksien mukaan selvittää lähiomaiselta. Potilaskertomukseen kirjataan, mitä potilaan läheinen on kertonut, ja millaisia käsityksiä toisella terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ollut. Myös ilmoitus- ja paikannusjärjestelmien käytöstä suostumuskyvyttömillä, hoitoon myötämielisesti suhtautuvilla potilailla voidaan tehdä päätös terveys- ja hoivapalveluissa, mutta tätäkään ei ole hallintopäätöksen tapaan säännelty. Valitusmahdollisuus näistä ratkaisuista on valtionhoitajalle (statsforvalteren), kuten kaikesta muustakin toiminnasta potilaslain nojalla. Hallintolain soveltamissäännös koskee näiltä osin vain valitusten käsittelyä.[2240] Ratkaisun taustalla on potilaan oletettu suostumus ja sijaispäättäjäkonstruktio, jossa terveydenhuollon ammattihenkilö toimii sijaispäättäjän asemassa.

Vastaavasti Tanskassa suostumuskyvyttömien, hoitoon myötämielisesti suhtautuvien potilaiden hoitopäätökset on ratkaistu sijaispäättäjäkonstruktiolla, jossa sijaispäättäjänä on joko potilaan lähiomainen, laillinen edustaja, valtuutettu tai näiden puuttuessa terveydenhuollon ammattilainen. Muiden sijaispäättäjien puuttuessa terveydenhuollon ammattilainen voi itsenäisesti päättää lievää puuttumista sisältävistä toimenpiteistä, vakavampi puuttuminen vaatii myös toisen ammattihenkilön kannanoton.[2241] Esimerkiksi osastolta poistumisen estäminen ja sinne takaisin noutaminen hoitolaitoksen tiloista voidaan toteuttaa terveydenhuollon ammattihenkilön toimesta ilman hallintopäätöstä.[2242] Henkilökohtaisten hälytys- ja valvontajärjestelmien käytöstä täytyy tehdä ylilääkärin päätös joko sijaispäättäjän suostumuksella tai tietyin edellytyksin ilman.[2243] Sääntelyvaraus tarkempien määräysten antamiseksi on sisä- ja terveysministerille.[2244]

Hätätilanteissa potilaalla on kaikissa Pohjoismaissa oikeus saada hoitoa, ja ammattihenkilöllä velvollisuus hoitaa potilasta, vaikka suostumusta ei olisi mahdollista saada.[2245] Tältä osin ei edellytetä hallintopäätöksiä, vaan kyse on tosiasiallisesta hallintotoiminnasta, mikä toiminnan luonne huomioiden on erittäin tärkeää ja perusteltua.

9.4.3 Oikeusturvakeinot pakkohoidon ja -toimenpiteiden yhteydessä

Yksi perus- ja ihmisoikeuksien rajoittamisedellytyksistä on riittävät oikeusturvakeinot. Norjassa ja Tanskassa somaattisen hoidon pakkohoitosääntelyssä käytetään oikeusturvakeinoina päätösten antamista tiedoksi valvontaviranomaiselle, kantelua valvontaviranomaiselle, ja Norjassa myös muutoksenhakua tuomioistuimessa.

2240 PBRL, 4-6 § ja luku 7.
2241 Sundhedsloven, LBK nr 248 af 08/03/2023, 18 §.
2242 Sundhedsloven, 27e §.
2243 Sundhedsloven, 27d §.
2244 Sundhedsloven, 18 §.
2245 Norjan PBRL, 2-1 §. HOL, 3-5 §. Spesialhelsetjenesteloven, 3-1 §. Tanskan Sundhedsloven, 19 §. Ruotsin Patientlag, 4:4 §.

Pakkohoitoa koskevista päätöksistä tulee molemmissa maissa tiedottaa valvontaviranomaista. Norjassa päätöksentekokyvyttömän potilaan vastustuksesta huolimatta annettavaa somaattista terveydenhoitoa koskeva päätös tulee lähettää tiedoksi palveluista vastaavalle taholle ja valvontaviranomaiselle (statsforvalteren).[2246] Tanskassa pysyvästi päätöksentekokyvyttömien potilaiden somaattisessa hoidossa pakon käyttöä koskevista päätöksistä pitää raportoida Tanskan terveystietovirastolle (Sundhedsdatastyrelsen), joka tarjoaa tietoa pakon käytön seuraamiseksi palveluista vastaavalle alueneuvostolle tai kunnanvaltuustolle sekä Potilasturvallisuusvirastolle.[2247] Ratkaisulla haluttiin turvata kansallinen rajoittamistoimenpiteiden käyttöönoton ja kehityksen seuranta.[2248] Myös minkä tahansa Sundhedsloven-lain 6a-luvun itsemääräämisoikeuden rajoittamistoimenpiteen käytöstä päätöksentekokyvyttömille, hoitoa vastustamattomille potilaille, hälytys- ja valvontajärjestelmän käytöstä tai potilaan poistumisen estämisestä tai noutamisesta takaisin osastolle, tulee ilmoittaa alueneuvostolle (regionsråd) ja keskusterveysviranomaisille.[2249] Päätöksentekokyvyttömien hoitoa vastustavien potilaiden somaattisessa hoidossa alistusmenettely ei ole pakkohoidon tai -toimenpiteiden osalta käytössä tarkastelun kohteena olevissa maissa.[2250]

Kantelu tai valitus valvontaviranomaiselle on yleisesti terveydenhuollon alalla käytössä oleva oikeusturvakeino Skandinavian maissa.[2251] Se on oikeusturvakeinona käytössä myös pakkohoitoa ja -toimenpiteitä koskevassa sääntelyssä. Norjassa suostumuskyvyttömän potilaan vastustuksesta huolimatta annettavan terveydenhuollon päätöksestä voidaan hakea muutosta valtionhoitajalta (Statsforvalteren) kolmen viikon kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Muutoksenhakuoikeus on potilaalla tai potilaan lähiomaisella.[2252] Valtionhoitaja voi myös omasta aloitteestaan tarkistaa edellä mainitut päätökset. Lisäksi mikäli päätöksestä ei ole valitettu ja suostumuskyvyttömän potilaan vastustuksesta huolimatta annettavan terveydenhuollon antaminen jatkuu vielä kolmen kuukauden kuluttua päätöksen tekemisestä, valtionhoitajan tulee oma-aloitteisesti arvioida, onko välttämättömän terveydenhuollon antamiseen vielä tarvetta.[2253] Esitöiden mukaan jälkikäteisarvion tuomia oikeusturvatakeita punnittiin suhteessa potilaan tarpeeseen saada hoitoa ja päädyttiin käytännönläheiseen sääntelyyn, jossa toimeenpano ei viivästyisi.[2254] Tanskassa päätöksentekoky-

2246 PBRL, 4A-6 §.
2247 Tvangsbehandlingsloven, 16 §. Terveysministeri voi antaa tarkempia säännöksiä ilmoitusvelvollisuudesta.
2248 2016/1 LSF 185, kohta 2.5.3.
2249 Sundhedsloven muutoksineen 27f §. Ilmoitusvelvollisuutta voidaan ohjeistaa tarkemmin sisä- ja terveysministeriön toimesta.
2250 PBRL, luku 4A. Tvangsbehandlingsloven, LBK nr 126 af 27/10/2019.
2251 Esim. Patientlag (2014:821 t.o.m. SFS 2023:42), 11 luku. PBRL, 7-2 §.
2252 PBRL, 4A-7 §.
2253 PBRL, 4A-8 §.
2254 Ot. prp nr 64 (2005-2006), luku 4.6.6.12.

vyttömien potilaiden somaattisessa hoidossa käytettävistä pakkotoimista voidaan valittaa Pakkohoitokomitealle (Tvangsbehandlingsnævnet). Valitusoikeus on potilaan lähiomaisella, edustajalla tai valtuutetulla (fremtidsfulmægtigen), joka on antanut suostumuksensa pakon käyttöön. Pakkohoitopäätöksen tehneen lääkärin tulee informoida suostumuksen antajatahoa valitusmahdollisuudesta, ja toimittaa mahdollinen valitus Pakkohoitokomitealle. Valitus keskeyttää toimeenpanon.[2255]

Somaattisessa hoidossa sovellettavan pakkohoidon ja pakkotoimenpiteiden oikeusturvamenettelyissä on eroja tuomioistuinkäsittelyn osalta Norjan ja Tanskan lainsäädännössä. Norjassa potilas tai potilaan lähiomainen voi saattaa tuomioistuinkäsittelyyn potilaslain 4A-luvun vastustuksesta huolimatta annettavaa terveydenhuoltoa koskevaan valitusasiaan annetun valvontaviranomaisen, valtionhoitajan (Statsforvaltere), päätöksen, joka koskee laitokseen ottamista, siellä pitämistä tai terveydenhuoltoa, jonka antaminen jatkuu yli kolme kuukautta. Sama koskee valtionhoitajan oma-aloitteiseen valvontaan liittyvää päätöstä laitokseen ottamisesta, siellä pitämisestä tai yli kolme kuukautta jatkuvan välttämättömän terveydenhuollon antamisesta.[2256] Tanskassa pakon käyttöä päätöksentekokyvyttömien potilaiden somaattisessa hoidossa koskevassa laissa ei ole säännöksiä päätösten saattamisesta tuomioistuinkäsittelyyn. Myöskään Sundhedslovenin 6a-luvussa ei mainita mahdollisuudesta saattaa pakkotoimenpiteiden käyttöä tuomioistuinkäsittelyyn. Valitusten käsittely on säädetty edellä kuvatusti muiden viranomaisten tehtäväksi.[2257] Pakkohoitolain esitöissä kuitenkin alun perin suunniteltiin Pakkohoitokomitealle (Tvangsbehandlingsnævnet) velvoitetta saattaa hallinnollista vapaudenriistoa koskevat päätöksensä tuomioistuinkäsittelyyn.[2258]

Osassa pohjoismaista pakkohoitosääntelyä on huomioitu toimenpiteiden kohteena olevan potilaan tuen tarve joko tukihenkilön, julkisen oikeusavustajan tai molempien muodossa. Päätöksentekokyvyttömien potilaiden somaattisessa hoidossa toteutettavan pakkohoidon tai -toimenpiteiden osalta ei edellytetä tukihenkilöä eikä oikeusavustajaa.[2259] Norjassa on käytössä potilasasiamiesjärjestelmä (pasient- og brukerombud), jonka tehtävä on huolehtia potilaiden tarpeista, intresseistä ja oikeusturvasta terveys- ja hoivapalveluissa.[2260] Tanskassa potilaiden oikeuksista informoiminen ja opastaminen on potilastoimistojen (patientkontorer) tehtävä.[2261]

2255 Tvangsbehandlingsloven, 17 §.
2256 PBRL, 4A-10 §.
2257 Tvangsbehandlingsloven, LBK nr 126 af 27/01/2019. Sundhedsloven, LBK nr 248 af 08/03/2023, 6a-luku.
2258 2016/1 LSF 185, kohta 2.6.2 ja 2.6.3.
2259 PBRL, luku 4A. Tvangsbehandlingsloven, LBK nr 126 af 27/01/2019.
2260 PBRL, luku 8.
2261 Sundhedsloven, 51 §.

9.5 Ihmisoikeuksien rajoittamisperiaatteet ja vammaissopimus pohjoismaisessa pakkohoitosääntelyssä

9.5.1 EIS:n ja EIT:n ihmisoikeuksien rajoittamisperiaatteet pohjoismaisessa pakkohoitosääntelyssä

Ruotsissa, Tanskassa ja Norjassa pakon käytöstä on säännelty lain tasoisesti EIS 5 art. e-kohdassa mainittujen terveydenhuollon potilasryhmien osalta: kaikissa maissa on säännelty pakon käytössä mielenterveyspotilaiden ja päihderiippuvaisten hoidossa, ja tartuntatautien leviämisen estämisessä. Osassa Skandinavian maista on laventavalla tulkinnalla huomioitu EIT:n ratkaisuissakin tuomareiden välisiä tulkintaerimielisyyksiä nostattanut ”persons of unsound mind” -potilasryhmä. Norjassa ja Tanskassa on Suomen tapaan säännelty pakon käytöstä kehitysvammaisten hoidossa. Lisäksi Norjassa ja Tanskassa on säännelty pakon käytöstä päätöksentekokyvyttömien potilaiden somaattisessa hoidossa.

Somaattista hoitoa koskeva pakkohoitosääntely on enimmäkseen täsmällistä ja tarkkarajaistakin. Kansallisessa sääntelyssä on määritelty, mitä pakon käytöllä tarkoitetaan, kohderyhmät pakon käytölle, pakkohoitosääntelyn tavoitteet, perusteet tai edellytykset pakon käytölle sekä pakkotoimenpiteet. Pakkohoito ja -toimenpiteet on somaattisessa hoidossa rajattu päätöksentekokyvyttömiin potilaisiin, jotka vastustavat hoitoa. Hoitoa vastustamattomien päätöksentekokyvyttömien potilaiden kohdalla menettelyt välttämättömän hoidon turvaamiseksi ovat kevyemmät. Säädöksissä on määritelty myös pakkohoitoon ja pakkotoimenpiteiden käyttöön liittyvien päätösten tekijä, päätöksentekomenettely, päätöksen luonne, voimassaoloaika, kirjaaminen; ja oikeusturvakeinoina mahdolliset päätöksen jälkeen tehtävät uudelleen arvioinnit, ilmoitus ja kantelu valvontaviranomaiselle ja muutoksenhaku tuomioistuimessa. Näissä määrittelyissä ja sääntelytekniikassa on kansallisia eroja. Tanskassa pakkotoimenpiteiden edellytykset on kirjattu lakiin osin yleisesti, osin toimenpidekohtaisesti.[2262] Norjassa on säännelty pakkohoidon ja -toimenpiteiden edellytyksistä yleisesti, ja itse toimenpiteiden osalta täsmällisyysvaatimuksen suhteen on valittu eri linja: somaattista hoitoa koskevassa pakkohoitosääntelyssä on tarkoituksellisesti jätetty sääntelemättä pakkotoimenpiteistä yksityiskohtaisesti, ettei vahingossa sääntelyllä poissuljettaisi käytännössä lievintä riittävää puuttumista.[2263] Osin on käytetty sääntelyvarauksia ja viitattu muuhun voimassa olevaan lainsäädäntöön, esimerkiksi kansalliseen hallintolakiin.

Pakkohoidolla ja -toimenpiteillä tulee olla hyväksyttävä peruste. Edellytyksenä pakkohoidolle tai -toimenpiteille on Tanskan ja Norjan somaattisessa hoidossa sovellettavassa pakkohoitosääntelyssä se, että ensisijaisesti hoito toteutetaan potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioittaen, ja lisäksi, että potilasta ei ole saatu luottamusta

2262 Yleiset edellytykset Tvangsbehandlingsloven, toimenpidekohtaiset Sundhedsloven.
2263 Ot. prp. nr 64 (2005-2006), luku 1.2.

rakentavilla toimenpiteillä vastaanottamaan hoitoa. Kyse on suostuttelusta, mikä on perinteinen suostumusoppi huomioiden erikoinen ratkaisu: lähtökohtaisesti päätöksentekokyvytöntä potilasta suostutellaan ottamaan ”vapaaehtoisesti” hoitoa vastaan. Kyse on haavoittuvassa asemassa olevasta potilasryhmästä, jonka on todettu olevan altteinta epäasialliselle vaikuttamiselle. Pätevää suostumustahan menettelystä ei mitenkään saada aikaiseksi, toki potilasryhmä on kompetenssipohjaisen suostumusopin näkökulmasta lähtökohtaisestikin kyvytön antamaan pätevän suostumuksen. Menettelyä voidaan kuitenkin perustella lievimpänä mahdollisena puuttumisena potilaan itsemääräämisoikeuteen: kyse on suostuttelusta, eli hyvässä hengessä käydystä haluttuun suuntaan potilasta motivoivasta keskustelusta, ei manipuloinnista tai varsinkaan pakottamisesta. Mikäli suostuttelemalla saadaan päätöksentekokyvytön potilas hyväksymään välttämättömän terveydenhuollon antaminen ja vältytään pakolla toteutettavalta hoidolta tai pakkotoimenpiteiltä, menettely on potilaalle lievimpänä puuttumisena jopa perusteltu ja lailla säädettynä oikeutettua.

Perusteena pakkohoidolle ja -toimenpiteille on päätöksentekokyvyttömän potilaan hengen tai terveyden suojeleminen. Vain yksittäisessä tilanteessa perusteena käytetään potilaan turvallisuutta. Muiden henkilöiden terveys tai turvallisuus tai omaisuuden suoja eivät ole perusteena käytössä somaattisen hoidon osalta. Toimenpiteen tulee myös olla välttämätön niin, että muilla keinoilla potilaan hengen ja terveyden suojaa, välttämätöntä terveydenhoitoa, ei voida turvata.[2264] Toimenpiteiden tulee lisäksi olla järkevässä suhteessa tavoiteltavaan päämäärään nähden, ja tavoitteeseen pääsemiseksi on käytettävä lievintä riittävää keinoa.[2265] Sääntelyssä on osin määritelty intensiteetiltään vakavaa koskemattomuuteen puuttumista sisältäviä toimenpiteitä, osin korostetaan intensiteettieroja muuten, mm. erilaisin päätöksenteko- ja oikeusturvamenettelyin.[2266] Lisäksi korostetaan, että pakkotoimenpiteen käytön tulee olla mahdollisimman lyhytkestoista, ja pakkotoimenpide on toteutettava tarpeettoman epämukavuuden ja haitan välttämiseksi varovaisesti ja potilasta huomioiden.[2267] Lisäksi pakkohoidon tai -toimenpiteen käyttö tulee lopettaa heti, kun se ei enää ole välttämätön.[2268] Tarkoitussidonnaisuuden periaatteen mukaisesti pakkohoitoa tai pakkotoimenpiteitä ei saa käyttää muuhun kuin laissa hyväksyttyihin tarkoituksiin. Tämä on huomioitu erityisesti tanskalaisessa pakkohoitosäänte-lyssä myös erillisin kielloin käyttää pakkotoimenpiteitä henkilökohtaisen hoidon tai hoivan ja huolenpidon korvikkeena.[2269]

2264 Ks. edellä luku Perusteet ja edellytykset pakon käytölle. Tvangsbehandlingsloven, 4 §. PBRL, 4A-3 §.

2265 Sundhedsloven muutoksineen, 27b §. Tvangsbehandlingsloven, 7 §. PBRL, 4A-3 §.

2266 PBRL, 4-6 ja 4A-5 §:t. Sundhedsloven 6a-luku, 18 §.

2267 Sundhedsloven, 27b §. Tvangsbehandlingsloven, 7 §. PBRL, 4A-3 §.

2268 PBRL, 4A-4 §. Tvangsbehandlingsloven, 4 §.

2269 Sundhedsloven, 27b §. Tvangsbehandlingsloven, 7 §.

Päätöksentekovalta yksilöön kohdistuvien pakko- ja rajoittamistoimenpiteiden osalta on säännelty vaihtelevasti eri tasoille ja eri viranomaisille Skandinavian maissa. Somaattisessa ja psykiatrisessa hoidossa päätöksenteko painottuu yksittäisille viranhaltijoille tai ammattihenkilöille, päihdehuollossa päätökset tekee kunnallinen toimielin, tartuntataudeissa ja kehitysvammaisten hoidossa on eniten hajontaa yksittäisestä ammattihenkilöstä tai viranhaltijasta toimielimeen, keskusvirastoon ja tuomioistuimeen.[2270] Päätöksenteon tasot siis vaihtelevat alueellisesta tai paikallisesta valtakunnallisesti keskitettyyn, ja yksittäisestä viranhaltijasta kunnalliseen toimielimeen, keskusviraston toimielimeen ja hallinto-oikeuksiin. Kiireelliset tilanteet on osin huomioitu erikseen.

Pakolla hoitamisessa oikeusturvavaatimukset edellyttävät menettelysäännöksiä. Potilaan oikeusturvaan vaikuttavat paitsi se, että terveydenhoidolliset toimenpiteet ovat oikein mitoitettuja, ja niistä on oikeus valittaa, myös se, että potilas saa oikea-aikaisesti sen hoidon, jota hän tarvitsee. Tästä johtuen Norjassa nähtiin tärkeäksi pakkotoimenpiteiden rajoittaminen vain välttämättömän terveydenhoidon antamiseen. Sääntelyn osalta pidettiin tärkeänä sen arviointia, mikä tuottaa arvoa yksilön oikeusturvan kannalta ja mikä on pelkkää rutiinia, kun huomioidaan toimenpiteen kajoavuuden aste ja asian kiireellisyys.[2271]

Päätöksenteko-oikeus somaattisessa hoidossa käytettävistä rajoittamistoimenpiteistä on porrastettu toimenpiteen intensiteetistä riippuen vakavamman puuttumisen osalta hoidosta vastaavalle henkilölle, tavallisesti lääkärille tai ylilääkärille, ja lievempää puuttumista sisältävissä tilanteissa terveydenhuollon henkilökunnalle. Somaattisessa hoidossa sovellettavassa pakkohoitosääntelyssä käytetään oikeusturvakeinoina ilmoitusvelvollisuutta valvontaviranomaiselle, kantelua valvontaviranomaiselle ja muutoksenhakua tuomioistuimeen. Ilmoitusmenettely ja kantelu valvontaviranomaiselle on käytössä kaikessa pakon käytössä Norjassa ja Tanskassa. Norjassa on mahdollista hakea valvontaviranomaisen päätökseen muutosta tuomioistuimessa. Tanskassa taas ei ole mahdollisuutta viedä somaattisessa hoidossa käytettyä pakkohoitoa tai toimenpiteitä koskevaa muutoksenhakua tuomioistuimeen.

2270 Esimerkiksi tartuntataudeissa Ruotsissa päätökset tekee hallinto-oikeus tartuntatautilääkärin hakemuksesta. Kiireellisessä tilanteessa päätöksen voi tehdä tartuntatautilääkäri, mutta päätös tulee alistaa hallinto-oikeuden vahvistettavaksi. Smittskyddslag (2004:168 t.o.m. SFS 202:1224). Norjassa päätöksenteko-oikeus on kunnallisella toimielimellä: tartuntatautilautakunnalla, joka tekee päätöksen kunnanlääkärin hakemuksesta. Kiireellisissä tilanteissa päätöksen voivat tehdä kunnanlääkäri ja sairaalan infektioylilääkäri, mutta päätös tulee viedä lautakunnan vahvistettavaksi. Smittevernloven, LOV-1994-08-05-55. Tanskassa päätöksenteko yksilöön kohdistuvista rajoituksista on keskitetty Potilasturvallisuusvirastolle, jonka tulee alistaa hallinnollisia vapaudenriistoja koskevat päätöksensä tuomioistuimen vahvistettavaksi. Epidemiloven, LOV nr 285 af 27/02/2021.

2271 Ot. prp. nr 64 (2005-2006), luku 4.6.6.1.

9.5.2 *Vammaissopimus, päätöksenteko ja rajoittaminen Tanskan ja Norjan sääntelyn kannalta*

YK:n vammaissopimus, CRPD, edellyttää valtioilta toimenpiteitä, että vammaiset henkilöt ovat muiden kanssa yhdenvertaisesti oikeudellisesti kelpoisia kaikilla elämän aloilla (12 art. 2 kohta). Lisäksi valtioiden on ryhdyttävä toimenpiteisiin, jotta vammaiset henkilöt saavat sellaisen tuen, jota he mahdollisesti tarvitsevat oikeudellista kelpoisuuttaan käyttäessään (12 art. kohta 3). 12 art. kohdan 4 mukaan oikeudellisen kelpoisuuden käyttöön liittyvät toimet antavat takeet sille, että kunnioitetaan henkilön oikeuksia, tahtoa ja mieltymyksiä, ettei niissä esiinny eturistiriitoja eikä asiatonta vaikuttamista, että ne ovat oikeasuhtaisia ja kyseisen henkilön olosuhteisiin sovitettuja, että niitä sovelletaan mahdollisimman vähän aikaa ja että toimivaltainen, riippumaton ja puolueeton viranomainen tai oikeuselin arvioi niitä säännöllisesti uudelleen. Takeiden on oltava oikeassa suhteessa siihen nähden, missä määrin nämä toimet vaikuttavat henkilön oikeuksiin ja etuihin. Tästä on käytetty myös termiä päätöksenteon tukeminen[2272]. Norja on ainoana Pohjoismaista jättänyt julistuksen (declaration) 12 art. tulkinnasta siten, että se tulkitsee artiklaan sisältyvän myös sijaispäättäjän käytön:

> ”Norway recognises that persons with disabilities enjoy legal capacity on an equal basis with others in all aspects of life. Norway also recognizes its obligations to take appropriate measures to provide access by persons with disabilities to the support they may require in exercising their legal capacity. Furthermore, Norway declares its understanding that the Convention allows for the withdrawal of legal capacity or support in exercising legal capacity, and/or compulsory guardianship, in cases where such measures are necessary, as a last resort and subject to safeguards.”[2273]

Norjassa näitä potilaslaissa, terveydenhuollon sääntelyssä ja muussakin sääntelyssä esiintyviä päätöksentekoa tukevia elementtejä on analysoitu pakkohoitolakia koskevassa mietinnössä. Niiden on todettu ryhmittyvän kolmeen kategoriaan: 1) sopeutus tai helpotus, jotta henkilö voisi omista lähtökohdistaan hyödyntää yleisiä potilaan oikeuksia, oikeutta tiedon saantiin, osallistumiseen ja suostumukseen tai kieltäytymiseen terveydenhuollon palveluista; 2) tiedonhankinta henkilön lähiomaiselta siitä, miten potilas haluaisi itseään hoidettavan; ja 3) henkilön lähiomaisen oikeudet tiedonsaantiin, osallistumiseen, oikeuteen valittaa ja toimia potilaan asiassa.[2274]

2272 Päätöksenteon tuen (beslutningsstøtte) analysointia NOU 2019:14, s. 413-427.
2273 https://treaties.un.org
2274 NOU 2019:14, s. 419.

Ensimmäiseen kategoriaan kuuluvat PBRL 3-luvun säännökset potilaan oikeudesta saada tietoa terveydentilastaan ja hoitovaihtoehdoista (3-2 §) ja tietojen antamisen huomaavaisuudesta, ja sovittamisesta potilaan yksilölliseen taustaan ja tarpeisiin (3-5 §). Potilaalla on myös oikeus osallistua ja valita saatavilla olevien ja lääketieteellisesti perusteltujen hoitomuotojen ja tutkimusmenetelmien välillä (3-1 §). Myös HOL:n mukaan osallistuminen tulee sovittaa yksilön kykyyn antaa ja vastaanottaa informaatiota. Palveluista tulee sopia yhdessä potilaan kanssa, ja huomioida potilaan toiveet.[2275]

Potilaan lähiomaisen osallistumisoikeudet päätöksenteon tukemisen näkökulmasta sisältyvät PBRL 3-1 §:n 4 mom., jonka mukaan potilaan halutessa, että terveydenhuollon tai hoivan palveluita annettaessa paikalla on muukin henkilö, se tulee järjestää. Tämä vastaa lähiomaisen tai muun henkilön antamaa tukea potilaan päätöksenteolle. Vastaava ilmenee myös lähiomaisen oikeudesta tiedonsaantiin: potilaan suostumuksella lähiomainen voi saada tietoa potilaan terveydentilasta, hoidosta ja palveluista (3-3 §). Mikäli potilas ei kykene päättämään asioistaan, lähiomaisella on oikeus tiedonsaantiin ja osallisuuteen yhdessä potilaan kanssa (3-1 §). Potilaan lähiomaiset määritellään PBRL 1-3 §:n c-kohdassa. Lähtökohtana kuitenkin on, että potilas voi itse määritellä, kuka hänen lähiomaisensa on. Jos potilas ei pysty lähiomaista määrittelemään, lähtökohtana on henkilö, jonka kanssa potilaalla on jatkuva tiivis kontakti. Holhooja tai edunvalvontavaltuutettu, jolla on kompetenssi edustaa potilasta henkilöön liittyvissä kysymyksissä, on viimeisenä vaihtoehtona sukulaisten jälkeen.[2276]

Potilaslain 4 ja 4A-luvuissa on myös päätöksenteon tukeen liittyvää sääntelyä. PBRL 4-3 §:n mukaan päätöksentekokyky voi puuttua kokonaan tai osittain, jos potilas ei fyysisen tai psyykkisen häiriön, vanhuuden dementian tai psyykkisen kehityshäiriön vuoksi kykene ymmärtämään suostumuksen merkitystä. Terveydenhuoltohenkilökunnan tulee luoda potilaan ikä, kypsyys, psyykkinen vointi ja kokemus huomioiden parhaat olosuhteet sille, että potilas voisi käyttää itsemääräämisoikeuttaan.[2277] Jos potilas on päätöksentekokyvytön, terveydenhuoltohenkilökunta voi päättää hoidosta, joka merkitsee laajuudeltaan ja kestoltaan lievää puuttumista potilaan koskemattomuuteen. Vakavamman puuttumisen osalta edellytetään olevan todennäköistä, että potilas olisi antanut suostumuksensa kyseiseen hoitoon, ja lisäksi hoidon tulee olla potilaan edun mukaista. Potilaan tahtoa tulee mahdollisuuksien mukaan selvittää hänen lähiomaiseltaan. Potilaalle ei saa antaa hoitoa, jota hän vastustaa, ellei laista muuta johdu. Tässä annetaan merkitystä myös suostumuskyvyttömän potilaan nykyhetken tahtotilalle.[2278] Jos potilas on holhouslain nojalla

2275 HOL 3-2 § 1 mom., kohta 6, 3-6 § ja 3-8 §. NOU 2019:14, s. 419-420.
2276 NOU 2019:14, s. 420-421.
2277 PBRL 4-3 §, NOU 2019:14, s. 421.
2278 PBRL 4-6 §. NOU 2019:14, s. 421.

holhouksenalainen henkilökohtaisissa asioissaan, hänellä on oikeus antaa suostumus hoitoonsa niin pitkälle kuin mahdollista. Mikäli suostumuksen antaminen ei onnistu, voi holhooja antaa suostumuksen potilaan puolesta.[2279] Potilaalla on oikeus kieltäytyä verensiirrosta ja verituotteista, nälkälakon keskeyttämisestä ja elämää pitkittävästä hoidosta, mitkä ovat poikkeuksia terveydenhuollon ammattihenkilön hätätilanteiden hoitovelvoitteesta.[2280]

Norja on ainoana Pohjoismaana jättänyt julistuksen (declaration) myös CRPD:n 14 art. ja 25 art. tulkinnasta:

> ”Norway recognises that all persons with disabilities enjoy the right to liberty and security of person, and a right to respect for physical and mental integrity on an equal basis with others. Furthermore, Norway declares its understanding that the Convention allows for compulsory care or treatment of persons, including measures to treat mental illnesses, when circumstances render treatment of this kind necessary as a last resort, and the treatment is subject to legal safeguards.”[2281]

4A-luvun nojalla välttämättömän terveydenhuollon antaminen tulee järjestää potilaan itsemääräämisoikeutta ja integriteettiä kunnioittaen niin pitkälle kuin mahdollista (4A-1 §). Ennen kuin tehdään päätös potilaan vastustaman välttämättömän terveydenhuollon antamisesta, tulee yrittää luottamusta rakentavia toimenpiteitä, ellei se ole ilmeisen turhaa (4A-3 §). Ennen välttämättömän terveydenhuollon antamista potilaan omaiselta on mahdollisuuksien mukaan selvitettävä, kuinka potilas toivoisi itseään hoidettavan (4A-5 §). Päätös välttämättömän terveydenhuollon antamisesta tulee antaa tiedoksi potilaalle ja lähiomaiselle, ja siinä tulee olla muutoksenhakuohjeet ja ohjeet saattaa asia tuomioistuimen käsittelyyn (4A-6, 4A-7 ja 4A-10 §:t).[2282] Potilaiden neuvomista, opastamista ja heidän oikeuksistaan huolehtimista varten tulee olla potilasasiamies (8-luku).[2283]

Myös muissa Norjan terveydenhuoltoa koskevissa laeissa, psykiatrista pakkohoitoa koskevassa laissa, ja laissa kunnallisista terveys- ja hoivapalveluista 9-luvussa koskien kehitysvammaisia ja 10-luvussa koskien päihteiden käyttäjiä, on omat säännöksensä kuulemisesta, tiedonsaannista, osallisuudesta ja lähiomaisten osallistumisoikeudesta. Holhouslaki sisältää sääntelyn holhoojan ja edunvalvontavaltuutetun määräämisen edellytyksistä ja toimivallasta henkilökohtaisissa asioissa sekä potilaan osallisuudesta näihin ratkaisuihin.[2284] Pakkohoitokomitean mietinnössä kuvattiin

2279 PBRL 4-7 §. NOU 2019:14, s. 421.
2280 PBRL 4-9 §, NOU 2019:14, s. 421.
2281 https://treaties.un.org
2282 NOU 2019:14, s. 421-422.
2283 NOU 2019:14, s. 422.
2284 NOU 2019:14, s. 422-426.

myös erilaisia kokemusasiantuntija- ja tukihenkilöratkaisuja ja suunnitelmakeskusteluita, joita Norjassa on kokeiltu tai käytetty. Lisäksi huomioitiin oikeuskomitean mietintö oikeudesta päätöksenteon tukeen oikeusprosesseissa.[2285]

Pakkohoitokomitea totesi, että potilaan päätöksentekokyvyn ollessa epäselvä päätöksenteon tukeminen voi selkiyttää tilannetta, ja helpottaa sitä, että potilas pystyisi kuitenkin tekemään päätöksen asiassaan. Päätöksenteon tuen tarkoitus on, niin pitkään kuin se on mahdollista, helpottaa kun edessä on valintoja ja niiden seurauksia. Tukitoimien turvin potilaan tulisi voida ilmaista tahtonsa ja mielipiteensä siltä osin, kun ne ovat tunnistettavissa, eivätkä ole ristiriitaisia tai muiden henkilöiden oikeuksien vastaisia. Tämä on erityisen tärkeää, kun toimenpiteitä on tarpeen toteuttaa siitä huolimatta, että potilas ei anna niihin suostumustaan tai vastustaa toimenpiteitä.[2286] Pakkohoitokomitea ei esittänyt muutoksia yleisiin potilaan oikeuksia koskeviin säännöksiin, mutta korosti, että niitä on tärkeä soveltaa siten, että potilas aidosti saa tukea päätöksenteolleen.[2287] Lähiomaisen rooli tulee pakkohoitokomitean mukaan jatkossakin rajoittaa tiedonsaantioikeuteen, osallistumisoikeuteen, valitusoikeuteen ja potilaan asioiden hoitoon.[2288] Norjassahan lähiomaisen suostumus ei ole käytössä. Pakkohoitokomitea myös totesi, ettei päätöksenteon tukemisella voida päästä kokonaan eroon pakon käytöstä.[2289]

Tanskassa päätöksentekokyvyttömien potilaiden somaattista pakkohoitoa sääntelevän lain ja Sundhedsloven-lain 6a-luvun esitöissä arvioidaan yhteensopivuutta CRPD:n velvoitteiden kanssa, mutta ei suoranaisesti päätöksenteon tukemisen näkökulmasta, vaan yleisemmin. Tässä tarkastellaan päätöksentekoa tukevia elementtejä laajemmin, samalla kategorialla kuin Norjan mietinnössä: 1) sopeutus tai helpotus, jotta henkilö voisi omista lähtökohdistaan hyödyntää potilaan oikeuksia; 2) tiedonhankinta siitä, miten potilas haluaisi itseään hoidettavan; ja 3) henkilön lähiomaisen oikeudet tiedonsaantiin, osallistumiseen, oikeuteen valittaa ja toimia potilaan asiassa.

Ensimmäistä kategoriaa edustavat Sundhedsloven 5-luvun säännökset potilaan oikeudesta saada tietoa terveydentilastaan ja hoitovaihtoehdoista, tiedonannon sovittamisesta potilaan yksilöllisiin tarpeisiin ikä, kypsyys, kokemus ym. seikat huomioiden (16 §). Potilaalla on 20 §:n mukaan oikeus osallistua, vaikka hän olisi päätöksentekokyvytön, siinä laajuudessa kuin hän kykenee asian ymmärtämään, ja hänen asiaan kuuluville mielipiteilleen tulee antaa merkitystä.

Potilaan lähiomaisen, holhoojan tai edunvalvontavaltuutetun osallistuminen on mahdollista siinä laajuudessa kuin on välttämätöntä tilanteissa, kun potilas ei ky-

2285 NOU 2019:14, s. 427-429.
2286 NOU 2019:14, s. 431.
2287 NOU 2019:14, s. 431.
2288 NOU 2019:14, s. 432.
2289 NOU 2019:14, s. 436.

kene intresseistään huolehtimaan (14 §). Tanskassa on Norjasta poiketen käytössä ensisijaisena sijaispäättäjänä lähiomaisen, holhoojan tai edunvalvontavaltuutetun suostumus tilanteissa, kun potilas ei pysty suostumusta antamaan. Tätä varten sijaispäättäjällä on oikeus saada tiedot terveydentilasta, hoitovaihtoehdoista, riskeistä ja sivuvaikutuksista. Sijaispäättäjä voi myös peruuttaa suostumuksen.[2290] Tanskassa päätöksentekokyvyttömän potilaan tahtoa voidaan selvittää myös hoitotahdosta, jonka kirjaukset elämää pitkittävän hoidon toteuttamisen ja pakon käytön osalta ovat sijaispäättäjänä toimivaa lähiomaista, laillista edustajaa tai edunvalvontavaltuutettua sitovia ja sitovat myös terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Potilas voi myös määrätä hoitotahdossaan, että hoidosta pidättäytyminen edellyttää sijaispäättäjän suostumusta.[2291]

Potilaan päätöksenteon tukemiseen liittyvää sääntelyä on myös pakkohoitolaissa. Tvangsbehandlingslovenin mukaan pakkohoito välttämättömän terveydenhuollon antamiseksi on mahdollista vain päätöksentekokyvyttömille potilaille, jotka vastustavat hoitoa, johon sijaispäättäjä on suostumuksensa antanut.[2292] Myös pakon käyttö itsessään edellyttää erillistä sijaispäättäjän suostumusta.[2293] Kun terveydelliset syyt eivät ole riittävän painavia oikeuttaakseen itsemääräämisoikeuteen puuttumista, potilaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa täysimääräisesti.[2294] Toimenpiteitä ei voida tehdä vastoin potilaan tahtoa, ellei ensin ole yritetty saada luottamusta rakentavilla toimenpiteillä, keskusteluilla ja pedagogisin keinoin, potilasta motivoitua hoidattamaan itseään ”vapaaehtoisesti”.[2295] Pakkohoito ei saa olla ensimmäinen vaihtoehto, kun potilas ei anna suostumustaan hoitoon.[2296] Pakkohoitolaissa toteutetuin järjestelyin potilas saa toiminnanvajauksistaan huolimatta tarvitsemansa välttämättömän terveydenhuollon, ja hänelle turvataan yhdenvertainen pääsy hoitoon, kuten muillekin potilaille.[2297]

Esitöiden mukaan potilaan tahdonilmaisujen ja toiveiden huomioiminen päätöksissä potilaan päätöksentekokyvyttömyydestä huolimatta on keskeistä yksilön henkilökohtaisen vapauden, koskemattomuuden ja itsemääräämisoikeuden kannalta.[2298] Pakkohoitolain perustavanlaatuisia periaatteita on, että yksilö otetaan toiminnanvajauksistaan huolimatta mukaan päätöksentekoon ja häntä informoidaan päätöksistä.[2299] Vaikka potilas olisi päätöksentekokyvytön, ja omainen olisi antanut pakon käyttöön suostumuksensa, potilaan itsemääräämisoikeutta ja ihmisarvoa

2290 Sundhedsloven 18, 15 ja 16 §:t. 2016/1 LSF 185, luku 2.1.3.1.
2291 Sundhedsloven, 26 §.
2292 Tvangsbehandlingsloven, 4 §.
2293 Tvangsbehandlingsloven, 4 §.
2294 2016/1 LSF 185, kohta 2.1.2.
2295 2016/1 LSF 185, kohta 5.3. 2015/1 LSF 121 luku 3.2.
2296 2016/1 LSF 185, kohta 2.1.3.1.
2297 2016/1 LSF 185, kohta 5.3.
2298 2016/1 LSF 185, kohta 2.1.2.
2299 2016/1 LSF 185, kohta 5.3. 2015/1 LSF 121, luku 3.2.

tulee kunnioittaa, ja potilasta tulee osallistaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon niin pitkälle kuin mahdollista.[2300] Pakkohoitopäätöksiä tehtäessä on noudatettava potilaan hoitotestamenttia.[2301]

Pakkohoitolaissa on myös useita toimenpiteitä, joilla suojellaan potilaan oikeusturvaa, ja rajoitetaan pakon käyttöä, esimerkiksi muutoksenhakusäännökset ja ilmoitusvelvollisuus valvontaviranomaiselle. Toimenpiteet suojaavat potilaita laittomalta ja mielivaltaiselta vapaudenriistolta.[2302] Pakkohoitolain esitöissä katsottiin, että laki on yhteensopiva CRPD:n vaatimusten kanssa, sillä se parantaa vammaisten potilaiden hoitomahdollisuuksia, edistää näiden potilaiden ihmisarvoa ja integriteettiä terveydenhuollossa ja turvaa potilaiden terveydentilan.[2303]

Tanska ei ole jättänyt varaumia tai tulkinnallisia julistuksia CRPD:n 12, 14 tai 25 art. tulkinnasta tai soveltamisesta. Tästä johtuen on todettava, että Tanskan itsemääräämisoikeutta koskeva sääntely ei päätöksentekokykyyn ja sijaispäättäjän käyttöön perustuvin osin ole yhteensopiva CRPD:n 12 tai 25 art. ja CRPD-komitean tulkintakäytännön kanssa. Myöskään Tanskan rajoittamissääntely ei ole kohderyhmältään sellaisenaan yhteensopiva CRPD-komitean 14 art. tulkintakäytännön kanssa.

2300 2016/1 LSF 185, luku 2.1.3.1.
2301 Tvangsbehandlinsgloven, 5.4 §.
2302 2016/1 LSF 185, kohta 5.3. 2015/1 LSF 121, kohta 3.2.
2303 2016/1 LSF 185, kohta 5.3.

10 Johtopäätökset

10.1 Muutoksen lähteillä

Itsemääräämisoikeudella on pitkä oikeudenalarajat ylittävä historiansa. Periaate potilaan oikeudesta määrätä itsestään ja ruumistaan on esiintynyt lääkintäetiikassa ja -käytännössä pitkään, ja kansallisessa terveydenhuollon erityislainsäädännössäkin ainakin 1900-luvun alkupuolelta lähtien. 1900-luvun puolivälistä alkaen itsemääräämisoikeutta turvaavia oikeuksia, henkilökohtaista vapautta ja koskemattomuutta sekä yksityisyyttä, on alettu suojella kansainvälisissä eettisissä ohjeissa ja ihmisoikeussopimuksissa. Potilaan itsemääräämisoikeuden painoarvo on kasvanut eettisten julistusten, ihmisoikeussopimusten, ja niiden valvontaelinten tulkintakäytännön myötä. Sääntely yksityiskohtaistui 1900-luvun lopulla, kansallisesti potilaslaissa ja kansainvälisesti biolääketiedesopimuksessa. Potilaslakiin kirjattiin vuosikymmenten lääkintäeettinen ja tavanomaisoikeudellinen traditio, ja laki onkin pysynyt varsin stabiilina potilaan asemaa koskevan sääntelynsä osalta 30 vuoden ajan. BLTS:n voimaan tulon myötä lakiin täydennettiin vain sijaispäättäjän suostumus.

Suojelemisen periaatteen osalta kehitys on ollut erilainen. Suojelemista toteutettiin terveydenhuollon erityislakien sääntelyssä jo 1900-luvun alussa. Tällöin sääntely oli kuitenkin lähinnä suojelun oikeuttavaa, ja sillä turvattiin yhteiskunnallista etua. 1900-luvun loppupuolella suojelemisen painopiste siirtyi etiikan ja ihmisoikeusajattelun myötä vahvemmin yksilön suojelemiseen omalta käytökseltään. Myös muita henkilöitä voidaan edelleen suojella yksilön käytökseltä, ja yhteiskunnan edun näkökulma on vahvasti läsnä erityisesti tartuntatautilaissa. Samalla rajoittamissääntelyn kehitys on edennyt väljästä, pakon käytön mahdollistavasta, soveltamiseltaan vahvasti lääkintäkäytäntöön ja viranomaisohjaukseen nojaavasta sääntelystä pakon käyttöä rajaavampaan ja kontrolloivampaan sääntelyyn. Edelleenkin laki antaa terveydenhuollon toiminnalle raamit, joiden sisällä ratkaisut tehdään lääketieteelliseen asiantuntemukseen perustuen, lääkintäetiikkaa ja lääketieteen hoitosuosituksia seuraten.

Vahvin tuki itsemääräämisoikeuden ja suojelemisen periaatteille tulee perus- ja ihmisoikeussäännöksistä. Näitä perustavanlaatuisia ja universaaleja normeja sovelletaan eri ajassa ja eri paikoissa erilaisin painotuksin ja arvostuksin. Perus- ja ihmisoikeusnormien merkityssisältöä tarkennetaan kansallisessa lainsäädännössä tavallisen lain tasolla potilaan itsemääräämisoikeutta, tahdosta riippumatonta hoitoa ja rajoittamistoimenpiteitä koskevin säännöksin, joiden muotoilemisessa kansallisella lainsäätäjällä on jonkin verran harkintavaltaa. Pääasiallisesti potilaan itsemäärää-

misoikeutta, sen rajoja, ja päätöksentekokyvyn puuttuessa muita tapoja ratkaista suostumuskysymys on nykyisellään säännelty potilaslaissa, ja varsinaista tahdosta riippumatonta hoitoa ja rajoittamistoimenpiteitä EIS:n kanssa yhtenevin perustein terveydenhuollon erityislaeissa, mielenterveyslaissa ja tartuntatautilaissa; ja sosiaalihuollon sääntelyn osalta päihdehuoltolaissa sekä laissa kehitysvammaisen erityishuollosta. Erityislaeissakin korostetaan lähtökohtana potilaan oikeutta itsemääräämiseen niin täysimääräisesti, kuin mahdollista. Potilaan suojelemiseksi potilaslaissa ja rajoittamissääntelyä sisältävissä erityislaeissa mahdollistetaan hoitoratkaisujen tekeminen tarvittaessa viimesijaisesti potilaan edun mukaan. Rajoittamissääntelyä sisältävissä erityislaeissa suojelemisen perusteena on välttämättömän terveydenhuollon turvaaminen ja potilaan tai muiden henkilöiden hengen, terveyden ja turvallisuuden suojeleminen. Sääntely ilmentää kompetenssilähtöistä suostumusoppia ja solidaristista käsitystä itsemääräämisoikeudesta. Päätöksentekokykyisyyden kynnys on matalalla, siihen riittää kyky ymmärtää suostumuksen merkitys, mutta sen vastapainona päätöksenteolle voidaan myös asettaa rajoja yksilön suojelemiseksi.

Sääntely ei kata somaattisessa hoidossa esiintyviä tilanteita kaikilta osin. Päihteiden käyttö liittyy eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisukäytännön ja sairaanhoitopiirien rajoittamisohjeiden perusteella osaan somaattisessa terveydenhuollossa rajoittamistoimia vaatineista tilanteista, ja päihdehuoltolaki rajoittamissäännöksineen voisi sinällään tarjota näihin tilanteisiin laillisen puuttumiskeinon. Päihdehuoltolaki on kuitenkin vanhentunut: se ei täytä perustuslain ja ihmisoikeussopimusten, kuten EIS:n, perus- ja ihmisoikeuksien rajoittamiselle asettamia vaatimuksia, vaikka laki sinänsä onkin periaatteiltaan ja rajoittamisperusteiltaan EIS:n kanssa yhteensopiva. Sääntely on kuitenkin puutteellista. Päihdehuoltolain mukainen hoitoon määräämismenettely ei myöskään sovellu esimerkiksi ensihoidon kohtaamiin päihtyneiden potilaiden hoidosta kieltäytymistilanteisiin.

Käytännön terveyden- ja sairaanhoidossa päihdehuoltolaki on jäänyt kuolleeksi kirjaimeksi verrattuna esimerkiksi mielenterveyslakiin, jonka kanssa päihdehuoltolain mukaisella tahdosta riippumattomalla hoidolla on paljon menettelyllisiä yhtymäkohtia. Päihdehuoltolain säännökset todennäköisesti tunnetaan mielenterveyslakia huonommin, koska laki oikeuttaa mutta ei velvoita lääkäriä ryhtymään toimiin tahdosta riippumattoman hoidon toteuttamiseksi, kuten mielenterveyslaki velvoittaa. Toisaalta mielenterveyslakia vastaava velvoite päihdeongelmaisten arviointiin tuomiseen, arvioinnin toteuttamiseen ja tahdosta riippumattomaan hoitoon johtaisi todennäköisesti kokonaisuuden kannalta hyödyttömään pyöröovi-ilmiöön päivystyksissä. Lisäksi kahden lääkärin menettely erillisine hallintopäätöslomakkeineen tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisessä on tavanomaista hoitopäätöksen tekoa selvästi monimutkaisempi ja aikaa vievä menettely, joskin yhteneväinen mielenterveyslain kanssa.

Mielenterveyslain 4a-luvun rajoittamissääntely on 2000-luvun alusta. Se kattaa somaattisessa hoidossa esiin tulevat tilanteet siltä osin, kun kyse on tarkkailulähetteen

laatimisesta ja siihen liittyvästä potilaan noutamisesta tai kuljettamisesta tarvittaessa virka-avun turvin. Muilta osin rajoittamissääntely on sovellettavissa vain tarkkailuun otetulle tai hoitoon määrätylle potilaalle. Sääntely voi tulla sovellettavaksi myös silloin, kun mielenterveyslain nojalla tarkkailuun otettu tai hoitoon määrätty potilas on hoidettavana somaattisella osastolla. Tämä edellyttää yhteistyötä psykiatrin kanssa.

Muista kuin mielenterveydellisistä, päihteiden aiheuttamista tai kehitysvammaisuuteen liittyvistä syistä levottomien, sekavien tai väkivaltaisesti käyttäytyvien potilaiden, esimerkiksi muistisairaiden ikäihmisten, osalta sääntely rajoittamistoimenpiteiden käytöstä puuttuu edelleen. Tämä vaarantaa potilaiden ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden oikeusturvaa, ja ammattihenkilöiden työturvallisuutta.

Rajoittamistoimenpiteitä koskevaa sääntelyä on uudistettu vuonna 2016 kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain 3a-luvun rajoittamissäännöksin sekä uusitun tartuntatautilain säännöksin, joissa somaattiseen hoitoon osin liittyviä itsemääräämisoikeuden rajoittamistoimia ja potilaan oikeusturvaa on säännelty aiempaa täsmällisemmin ja tarkkarajaisemmin, sekä huomioitu myös muut perusoikeuksien rajoitusedellytykset, mm. tarkoitussidonnaisuus-, suhteellisuus- ja välttämättömyysvaatimukset. Uudemmissa laeissa perusoikeuksien rajoittamista koskevaa päätöksentekoa on menettelyltään yksinkertaistettu yhden virkalääkärin (tai sosiaalihuollossa yksikön johtajan) päätöksellä tapahtuvaksi. Tartuntatautilain rajoittamissääntely kuitenkin poikkeaa oleellisesti muusta rajoittamissääntelystä, sillä rajoitustoimenpiteiden käyttö on tartuntatautilaissa kytketty yleisvaaralliseen tartuntatautiin tai sen epäilyyn taudin leviämisen estämiseksi ja väestön suojelemiseksi, eikä päätöksentekokyvyttömyyteen tai potilaan itsensä suojelutarpeeseen muun rajoittamissääntelyn tavoin. Vain pieni osa somaattisen hoidon rajoittamistilanteista normaalioloissa, ilman Covid-19 -tyyppistä pandemiaa, kuuluu tartuntatautilain soveltamisalaan. Kehitysvammaisten erityishuoltoa koskeva sääntely on sovellettavissa terveydenhuollon toimintayksiköistä vain kehitysvammapsykiatrian osastolla THL 67 §:n mukaisesti, rajoittamissääntelyn soveltamista koskevan rajauksen vuoksi. Lakimuutokset ovat itsemääräämisoikeuden rajoittamistoimilta vaadittavien perusoikeuksien rajoittamisedellytysten täyttämisen ja potilaan ja hoitohenkilökunnan oikeusturvan näkökulmasta tervetulleita, vaikka ne eivät kehitysvammalainsäädännön osalta olleetkaan vammaissopimusta valvovan komitean tulkintalinjan mukaisia.

Olemassa oleva rajoittamissääntely kattaa tosiasiallisesti somaattisessa hoidossa esiintyvät tilanteet vain osittain. Viranomaisella on silti velvollisuus turvata potilaiden perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen terveydenhuollossa. Somaattisessa hoidossakin tilanteissa, kun potilas ei ymmärrä tilannettaan tai käyttäytymisensä seurauksia, julkisen vallan tulee turvata mm. hänen henkensä ja terveytensä, oikeutensa välttämättömään terveydenhuoltoon, ja lisäksi tarvittaessa muiden henkilöiden perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Somaattisessa terveydenhuollossa on sääntelyn puuttumisen vuoksi toistuvasti esiintynyt tilanteita, joissa potilaan

itsemääräämisoikeutta ja muita perus- ja ihmisoikeuksia on rajoitettu ilman siihen oikeuttavaa lain säännöstä, joko potilaan oman hengen, terveyden tai turvallisuuden tai toisen henkilön hengen, terveyden tai turvallisuuden vuoksi. Lainsäädännöllinen aukko on ollut tiedossa ainakin koko 2000-luvun ajan. Ensimmäisiä selvityksiä[2304] pakon käytöstä sosiaali- ja terveydenhuollossa on tehty 2000-luvun alussa. Eduskunnan oikeusasiamies on vuonna 2007 esittänyt sosiaali- ja terveysministeriölle somaattista hoitoa koskevien rajoittamistoimenpiteiden osalta lainsäädännöllisen puutteen poistamista.[2305] Sääntely-yrityksiä on tehty vuosina 2014 ja 2018.

Rajoittamissääntelyn historiallisen kehityksen näkökulmasta tilanteessa ei kuitenkaan ole mitään uutta: ennen rajoittamissääntelyä potilaiden hengen, terveyden ja turvallisuuden varmistaminen on psykiatrisessa ja kehitysvammaisten hoidossakin perustunut vuosikymmenien ajan lääkintä- ja hoitoetiikkaan ja -käytäntöön sekä valvontaviranomaisen ja ylimmän lailisuusvalvojan linjauksiin. Tilanteissa kun tavallisen lain tasoista sääntelyä ei ole, tulisi nykyisen perustuslain mukaan soveltaa suoraan perustuslain säännöksiä, mikä on haaste ei-oikeusoppineille viranomaisille. Erityisen haastavaksi perusoikeuspunninnan tekee se, että eri perusoikeuksien keskinäistä etusijajärjestystä ei ole, ja painoarvot vaihtelevat paitsi oikeudenaloittain, myös tilannesidonnaisesti oikeudenalan sisällä, minkä vuoksi ratkaisut täytyy tehdä aina tapauskohtaisesti. Tämä tekee perus- ja ihmisoikeusnormien suorasta soveltamisesta hyvin haastavaa. Terveydenhuollon toiminnan kannalta on erittäin tärkeää, että perus- ja ihmisoikeusnormien yhteensovittamisen edellyttämä punninta erityisesti perus- ja ihmisoikeuksien ydinalueeseen ulottuvissa kollisioissa on tehty lainsäätäjän toimesta. Tapauskohtainen soveltamiseen liittyvä punninta jää silti terveydenhuollon ammattihenkilöiden tehtäväksi.

Ihmisoikeussopimusten valvontaelinten, esimerkiksi EIT:n ja YK:n ihmisoikeuskomitean, ratkaisukäytännössä ja perustuslakivaliokunnan rajoittamisedellytyksissä ihmisoikeusrajoituksilta on edellytetty laillisuusperiaatetta, lainsäädännön täsmällisyyttä ja tarkkarajaisuutta, hyväksyttävää perustetta, välttämättömyyttä, oikeasuhtaisuutta ja riittäviä oikeusturvamekanismeja. Näitä yleisiä perus- ja ihmisoikeuksien rajoittamisedellytyksiä on korostettu sääntelemättömän tilanteen arvioinnissa myös eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisukäytännössä. Oikeusasiamies myös käsittelee kaikkea potilaan suostumuksetta tapahtuvaa toimintaa rajoittamisena. Käytännössä nykytilanteessa perusoikeuksien rajoittamisedellytykset somaattisessa hoidossa eivät tartuntatautilain, mielenterveyslain, päihdehuoltolain ja lain kehitysvammaisten erityishuollosta soveltamisalojen ulkopuolisissa tilanteissa lainsäädännön puuttuessa täyty, jolloin rajoittamistoimenpiteet ovat lähtökohtaisesti perustuslain ja ihmisoikeussopimusten vastaisia. Rajoitustoimenpiteiden käyttöä ja niiden oikeutusta on mm. valvontaviranomaisten ratkaisukäytännössä perusteltu rikoslain hätävarjelua ja

2304 STM 2001:33.
2305 EOA dnro 1073/2/07.

pakkotilaa koskevin säännöksin, vaikka perusoikeuksien rajoittamisen tulisi perustua lakiin.[2306]

Sääntelyn puutteesta johtuen käytännössä ylin laillisuusvalvoja ja valvontaviranomainen määrittävät, mikä on sallitun perusoikeusrajoituksen laajuus, kun turvaudutaan rikoslain oikeuttamisperusteisiin. Pakkotilaperusteen osalta on omaksuttu BLTS:n mukainen ns. kaksoisstandardivaatimus pakkotilaperusteen olemassaololle: arvioinnissa huomioidaan pakkotilaperusteiden lisäksi myös terveydenhuollon ammattihenkilöstön toimintaa ohjaavat oikeussäännöt ja eettinen normisto. Toimenpiteen tulee olla lääketieteellisesti perusteltu ja se ei saa loukata ihmisarvoa. Osin perusoikeusrajoitusten sallitun laajuuden määrittelyä tehdään lainsoveltajan taholta ohjeistamalla rajoittamismenettelyjä terveydenhuollon toimintayksiköissä, oikeusasiamiehen viimeaikaisessa ratkaisukäytännössään edellyttämällä tavalla. Sairaanhoitopiirien rajoittamisohjeet käsittävän otannan perusteella potilaisiin voidaan valtakunnallisesti eri paikoissa kohdistaa erilaisia rajoittamistoimenpiteitä erilaisin perustein, mikä tarkoittaa, että potilaiden perus- ja ihmisoikeuksien toteutumista ei terveydenhuollossa toimintayksikkökohtaisilla ohjeistuksilla pystytä valtakunnallisesti yhdenvertaisesti turvaamaan. Myös päätöksenteko- ja kirjaamiskäytännöt vaihtelevat ja oikeusturvamekanismit ovat sääntelyn puuttuessa puutteelliset. Lainsäätäjä on käytännössä toimimattomuudellaan aiheuttanut vallan delegoitumisen perusoikeusrajoituksien sallittavuuden ja sisällön määrittelyn osalta vallan kolmijako-opin ja perustuslain vastaisesti toimeenpanoa suorittaville ja valvoville viranomaisille. Norjassa rajoittamisesta somaattisessa hoidossa on kyetty sääntelemään vuonna 2006 – samoihin aikoihin, kun Suomessa lainsäädännöllinen puute on tunnistettu – Tanskassa vuosikymmen myöhemmin.

Itsemääräämisoikeutta ja rajoittamista koskevaa sääntelyä yritettiin uudistaa vuonna 2014, ennen CRPD:n ratifiointia, mutta uudistus raukesi vaalikauden päättymiseen. Viimeisin sääntely-yritys, lakiluonnos asiakas- ja potilaslaiksi, oli lausuntokierroksella CRPD:n ratifioinnin jälkeen, vuonna 2018. Lakiluonnoksissa haluttiin yhdistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden ja potilaiden asemaa koskeva sääntely, vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon sääntely on pääosin ammattihenkilöille velvoitemuotoon kirjoitettua, ja käsittelee viranomaisnäkökulmasta kahta aivan eri luontoista ja sisältöistä viranomaistoimintaa. Lopputulos eri viranomaisten toiminnan sääntelystä samassa laissa näyttäisi 2018 lakiluonnoksen perusteella johtavan soveltajan kannalta vaikeasti sovellettavaan ja sekavaan kokonaisuuteen. Lakiluonnoksessa yritettiin yhdistää erityislakien mielenterveys- ja päihdehoitoa sekä kehitysvammaisten erityishuoltoa koskevat itsemääräämisoikeutta ja perusoikeuksien rajoittamista käsittelevät säännökset samaan lakiin somaattista hoitoa koskevien säännösten kanssa, vaikka säännösten säilyttäminen nykyiseen tapaan useammassa erityislaissa olisi mahdollistanut rajoittamistoimenpiteiden tarkemman

2306 EOA dnro 1073/2/07.

kohdentamisen potilasryhmittäin. Todellisen periaatetasoisen sääntelyn yhtenäistämisen sijaan eri laeista siirretyt rajoittamissäännökset sijoitettiin kuitenkin omiin lukuihinsa. Lakiluonnos sisälsi myös monia hallinnollisia lisätehtäviä.

Vuonna 2006 allekirjoitettu ja Suomen vuonna 2016 ratifioima YK:n vammaissopimus CRPD lisää sääntelyn kehittämisen näkökulmasta oikeuksien ja velvollisuuksien yhteensovittamishaasteita niin itsemääräämisen kuin suojelemisenkin osalta. Sopimuksen rakenteesta johtuen yhdenvertaisuus ja syrjintäkielto korostuvat niin voimakkaasti, että sopimusloukkaukset käytännössä todetaan asiassa kuin asiassa syrjintäkiellon perusteella. Laajemmin ihmisoikeuksien väliseen punnintaan ja yhteensovittamiseen muiden ihmisoikeuksien valvontaelinten ratkaisukäytännön tapaan vammaissopimuksen valvontaelimen ratkaisukäytännössä ei päästä. Vammaissopimuksessa ja sen valvontaelimen tulkintakäytännössä käsitys itsemääräämisoikeudesta on perfektionistinen, mikä johtaa siihen, että yksilön itsemääräämistä ei ole sallittua rajoittaa, vaan käytännössä mahdolliset päätöksenteon rajat tulisi asettaa muussa sääntelyssä yhdenvertaisesti kaikille. Nykyisen kaltainen potilasryhmäkohtainen suojeleminen ei sekään olisi enää vammaisia syrjivänä tai heihin suhteettomasti kohdentuvana CRPD:n näkökulmasta oikeutettua. Itsemääräämisoikeutta korostetaan suojelemisen kustannuksella jopa siinä määrin, että haavoittuvimmassa asemassa olevien yksilöiden hengen ja terveyden suoja ja välttämätön terveydenhuolto voivat vaarantua. CRPD:n myötä Suomea sitovissa ihmisoikeussopimuksissa vallitseekin normi- ja tukintaristiriita. Onko sadassa vuodessa päästy suojelemisen suhteen ääripäästä toiseen?

10.2 Demokraattisen oikeusvaltion itsemääräämisstandardi

Liberaalin itsemääräämisen periaatteen mukaan jokaisella on oikeus päättää itsestään ja henkilökohtaiseen elämäänsä kuuluvista asioista omien henkilökohtaisten näkemystensä ja arvomaailmansa mukaisesti ilman ulkopuolisen tahon puuttumista, kunhan muiden perus- ja ihmisoikeuksissa turvattuja oikeuksia ei loukata. Potilaslaissa ja terveydenhuollon erityislaeissa on omaksuttu solidaristinen itsemääräämisoikeuskäsitys, jonka mukaan potilaan itsemääräämisoikeutta voidaan kuitenkin hänen suojelemisekseen rajoittaa. Potilaalla on siten oikeus päättää hoidostaan lääketieteellisesti perusteltujen hoitovaihtoehtojen rajoissa, jos hän on päätöksentekokykyinen eli kykenee ymmärtämään käsillä olevan asian ja käyttäytymisensä seuraukset, punnitsemaan eri vaihtoehtoja ja muodostamaan mielipiteensä asiasta. Mikäli potilas ei ole päätöksentekokykyinen, hänen itsemääräämisoikeuttaan toteutetaan muilla järjestelyillä häntä suojellen. Julkisella vallalla on velvollisuus turvata PL 22 §:n nojalla paitsi muiden perusoikeuksien myös itsemääräämisoikeuden toteutuminen.

Päätöksenteko, suostumus tai kieltäytyminen, edellyttää riittävien tietojen saantia päätöksenteon kohteena olevasta asiasta. Tiedot tulee antaa yksilöllisesti

sovittaen siten, että henkilö kykenee ne ymmärtämään. Jokaisella on kuitenkin niin halutessaan oikeus kieltäytyä vastaanottamasta tietoa, ja tehdä ratkaisunsa niillä tiedoilla ja käsityksillä, joita hänellä asiasta ennestään on. Ammattihenkilöllä on myös velvollisuus rajoittaa potilaan tiedonsaantia, jos tietojen antamisesta voi olla haittaa hänen hengelleen tai terveydelleen. Potilaan mielipiteen muodostuksen tulee olla vapaaehtoista, eli siihen ei saa vaikuttaa epäasiallisesti, tietoa manipuloiden tai valintaan pakottaen. Suostuttelua ei kuitenkaan osassa kirjallisuutta tai ihmisoikeussopimusten tulkintaa ole pidetty esteenä pätevälle suostumukselle. Tätä näkemystä on ulkomaisessa lainsäädännössä jo sovellettukin, ainakin Norjassa ja Tanskassa, jossa suostuttelu tai ”luottamusta rakentavat toimenpiteet” on ensisijainen vaihtoehto tilanteessa, kun päätöksentekokyvytön potilas vastustaa hoitoa.

Vallitsevan kompetenssiperustaisen suostumusopin mukaan päätöksentekokyky on pätevän suostumuksen edellytys. Täysi-ikäisiä potilaita pidetään lähtökohtaisesti päätöksentekokykyisinä. Päätöksentekokyky on kuitenkin hyvin monitekijäinen kokonaisuus, johon voivat vaikuttaa monet äkilliset ja pitkäaikaiset sairaudet, hankitut tai synnynnäiset vammat, päihteiden käyttö, sekä muut päätöksentekotilanteeseen liittyvät olosuhteet, kuten stressi tai väsymys, tai päätöksenteon kohteena olevan asian monimutkaisuus. Päätöksentekokyky voi olla eri asteisesti alentunut tilapäisesti tai pysyvästi, ja se voi myös kokonaan puuttua. Päätöksentekokyky voi täysi-ikäiselläkin potilaalla olennaisesti vaihdella, ja tätä kykyä joudutaan tapauskohtaisesti kompetenssiperustaisen suostumuksen näkökulmasta arvioimaan. Päätöksentekokyvyn tilannesidonnaisuus vaikuttaa optimaalisen itsemääräämisoikeuden toteuttamisen näkökulmasta siten, että päätöksentekokykyä tulisi kompetenssiperustaisessa mallissa aina arvioida suhteessa päätöksentekoa vaativaan asiaan.

Päätöksentekokyvyn puuttuessa potilaan suojeleminen on kompetenssiperustaiseen suostumusoppiin perustuvassa lainsäädännössä toteutettu eri tavoin: sijaispäätöksenteolla, kiireellistä hoitoa koskevalla oletettuun suostumukseen perustuvalla sääntelyllä, viittauksella hoitotahtoon ja tahdosta riippumattomalla hoidolla. Päätöksentekokyvyttömän potilaan hoidossa suostumusta edellytetään nykylainsäädännön mukaan lailliselta edustajalta, lähiomaiselta tai muulta läheiseltä vain tärkeisiin hoitopäätöksiin. Tärkeisiin päätöksiin kykenemättömälläkin potilaalla voi olla kykyä päättää pienemmistä hoitoonsa liittyvistä asioista. Sääntelyssä huomioidaan erikseen kiireelliset tilanteet, joissa pitkän lääkintäeettisen tradition mukaan potilaalla on oikeus saada ja ammattihenkilöllä velvollisuus antaa potilaalle hengen ja terveyden pelastamiseksi välttämätön hoito, vaikka potilaan tahdosta ei voitaisi saada selvitystä.

Perinteisen kompetenssiperustaisen suostumusopin näkökulmasta päätöksentekokyvyn arviointi on tärkeää sen tunnistamiseksi, tarvitaanko päätöksentekoon nykylainsäädännön mukaan sijaispäättäjän kuuleminen potilaan tahdosta ja sijaispäättäjän suostumus. Lisäksi päätöksentekokyvyn arvioinnin tärkeys korostuu potilaan oikeusturvan kannalta rajoittamistilanteissa, sillä päätöksentekokyky on voimassa

olevan rajoittamissääntelyn näkökulmasta pääosin ratkaiseva sen suhteen, voidaanko potilaaseen kohdistaa tahdosta riippumatonta hoitoa tai rajoittamistoimenpiteitä. Päätöksentekokyvyn arvioinnin tulisi tästä näkökulmasta toteutua kattavasti, jotta itsemääräämisoikeuden toteuttaminen olisi mahdollisimman optimaalista.

Päätöksentekokykyä tai sen arviointia ei ole Suomessa säännelty muutoin, kuin kykynä antaa suostumus. Päätöksentekokyvyn arviointi on perustunut terveydenhuollon ammattihenkilön tapauskohtaiseen arvioon. Tähän ei kuitenkaan ole olemassa tiettyä mittaria. Funktionaalisessa arvioinnissa päätöksentekokyky on määritelty kykynä ymmärtää tiedot, punnita vaihtoehtoja suhteessa tahtoonsa ja mieltymyksiinsä, kykynä tehdä päätös ja kykynä antaa suostumus tai kertoa päätöksestään. Maailmalla mittareita funktionaalisen päätöksentekokyvyn arviointiin on kehitetty, esimerkiksi Mac-CAT-T ja FARV, jotka arvioivat vastaavia päätöksentekokyvylle asetettuja vaatimuksia tai ominaisuuksia, kuin etiikan piirissä siihen on funktionaalisen arvioinnin suhteen liitetty. Ainakin Mac-CAT-T:n käyttöön liittyy toiminnan tehokkuuden näkökulmasta selkeitä ajankäytöllisiä haasteita. Suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä alaikäisten potilaiden päätöksentekokyvyn arviointi edellytetään kirjattavaksi potilaskertomukseen jokaiseen palvelutapahtumaan ja jopa jokaiseen lääkemääräykseen liittyen, mikä aiheuttaa valtavasti lisätyötä. Arviointi perustuu kuitenkin edelleen lääketieteelliseen asiantuntemukseen ja tapauskohtaiseen arviointiin. Täysi-ikäisen, lähtökohtaisesti päätöksentekokykyisen potilasryhmän kohdalla ei kuitenkaan olisi terveydenhuollon toiminnan tehokkuuden näkökulmasta järkevää kohdentaa päätöksentekokyvyn arviota ja sen mekaanista kirjaamista kaikkiin potilaisiin, vaan toiminnan tehokkuuden näkökulmasta tulisi lähteä siitä, että suurin osa täysi-ikäisistä on päätöksentekokykyisiä, ja arviointia kohdennettaisiin tosiasiallisessa hallintotoiminnassa vain siihen ryhmään täysi-ikäisiä potilaita, joilla on potentiaalisesti päätöksentekokykyyn vaikuttavia sairauksia, vammoja tai päihteiden käyttöä.

Vaikka kaikilla päätöksentekokyvyttömillä potilailla on yhtäläinen tarve suojeluun päätöksentekotilanteessa, päätöksentekokyvyn arvioinnissa olisi olennaista erottaa kiireelliset hoitotilanteet ei-kiireellisistä ja todennäköisesti tilapäiset päätöksentekokyvyn puuttumiset pysyvistä tilanteista. Kiireellisissä tilanteissa, joissa sijaispäättäjän kuulemiseen ja suostumuksen hankkimiseen ei ylipäätään ole aikaa, päätöksentekokyvyn arviointia ei tulisi edellyttää jatkossakaan, vaan potilaan kiireellisen hoidon tulee olla etusijalla, ja mahdollinen päätöksentekokyvyn arviointi tulee ajoittaa kiireettömään tilanteeseen, jolloin akuutti sairaus tai vammautuminen on saatu hoidettua ja potilaan vointi vakiintunut. Kun päätöksentekokyvyttömyys on lähtökohtaisesti tilapäistä, voi muissa kuin kiireellisissä tilanteissa olla perusteltua jättää tärkeiden hoitopäätösten tekeminen ja niistä keskustelu odottamaan potilaan päätöksentekokyvyn palautumista, mikäli se asian luonne huomioiden on mahdollista. Mikäli potilaan päätöksentekokyvyttömyys jää arviointihetkellä epävarmaksi, eli häntä ei voida pitää selvästi päätöksentekokyvyttömänä, vaikka kyvyssä ymmärtää tilannetta ja käyttäyty-

misensä seurauksia epäiltäisiinkin puutteita, potilasta tulisi itsemääräämisoikeuden optimaalisen toteuttamisen näkökulmasta pitää päätöksentekokykyisenä, ja hoitaa häntä yhteisymmärryksessä hänen itsensä kanssaan. Tällöin ei epävarmoissa tilanteissa tarpeettomasti rajattaisi potilaan osallistumista omassa asiassaan.

Päätöksentekokyvyn monitekijäisyys, olosuhde- ja tilannesidonnaisuus sekä ajallinen vaihtelu huomioiden päätöksentekokyvyn arvioinnin sääntöleminen yksityiskohtaisesti ei olisi terveydenhuollon toiminnan näkökulmasta järkevää, vaan johtaisi valtavaan byrokratiaan ja resurssien tuhlaukseen, kuten vuoden 2018 lakiluonnoskin osoitti. Mikäli päätöksentekokyvyn arvioinnista sääntely nähdään tarpeelliseksi, se tulisi toteuttaa vain periaateluontoisella maininnalla ammattihenkilöiden velvollisuudesta arvioida potilaan päätöksentekokyky. Tällöin itse arviointi voisi edelleen toteutua terveydenhuollon ammattihenkilöiden toiminnassa mahdollisimman joustavasti, eli vain niissä tilanteissa, kun arviointia tarvitaan ja vain siinä laajuudessa kuin asiassa kulloinkin on tarpeen.

YK:n vammaissopimus CRPD:n 12 art. ja CRPD-komitean tulkintakäytäntö luovat kuitenkin painetta päätöksentekokyvyn arvioinnista pidättäytymiseen ja perinteisestä kompetenssiperustaisesta suostumusopista luopumiseen. CRPD:n vammaismääritelmä käsittää kaikki eri asteiset henkisen ja älyllisen toiminnan vajaukset, eli eri asteiset päätöksentekokyvyn alentumat sekä sellaiset päätöksentekokyvyttömät potilasryhmät, joita nykyisin suomalaisessa terveydenhuollon sääntelyssä suojellaan. CRPD:n 12 art. mukaan kaikkien vammaisten tulee saada aina ja kaikissa tilanteissa tehdä päätöksiä omassa asiassaan. CRPD:ssa tukeudutaan relatiiviseen autonomiakäsitykseen, jolloin potilaan autonomian ajatellaan optimaalisimmin toteutuvan yhteistyössä hänen verkostonsa kanssa. Vammaisen päätöksentekoa tulee tarvittaessa heidän suostumuksellaan tukea, jotta he pystyvät näitä päätöksiä omassa asiassaan tekemään. Komitean mukaan täytyy hyväksyä se, että vammaisellakin on oikeus tehdä virheitä. Lisäksi CRPD-komitean tulkinnassa painotetaan perfektionistista itsemääräämisoikeuskäsitystä, mikä tarkoittaa, että vammaisen päätöksenteko asiassaan tulee sallia viimeiseen asti, ja itsemääräämisoikeuden rajaamisen sijaan mahdollinen suojeleminen tulisi ratkaista muun väestön kanssa yhtenevällä tavalla, säätämällä asioista muutoin, mahdollisesti tapauskohtaisesti. Voimassa olevassa potilaslaissa ei ole säännelty varsinaisesta potilaan päätöksenteon tukemisesta tukihenkilön, kuten lähiomaisten tai muiden läheisten toimesta, vaikka potilaan suostumuksella omaisten toimiminen epävirallisina tukihenkilöinä on vastaanottotilanteissa ja vuodeosastoilla kaiken aikaa käytännön toiminnassa sallittu. Virallisista tukijärjestelyistä edunvalvontavaltuutuksineen ja holhousjärjestelyineen on säännelty holhouslaissa (442/1999).

Aiemmin todetusti CRPD-komitean tulkintakäytäntö on, että sijaispäättäjämenettelyt eivät ole yhteensopivia artikla 12 kanssa, ja ne tulisi korvata tuetulla päätöksenteolla. Myöskään päätöksenteon tukijärjestelyiden kanssa rinnakkaisia sijaispäätöksentekomenettelyitä ei komitean kannanotoissa pidetä CRPD:n kanssa

yhteensopivina. CRPD-komitean sijaispäätöksentekoa koskeva määritelmä kuitenkin poikkeaa perinteisestä sijaispäätöksenteon määritelmästä kolmannen henkilön toimesta tehtävänä päätöksenä. CRPD-komitean mukaan sijaispäätöksenteossa on kyse toiminnasta, jossa henkilön oikeudellinen kelpoisuus poistetaan yhdenkin päätöksen ajaksi, sijaispäättäjä voidaan nimittää muun tahon kuin edustettavan henkilön itsensä toimesta, ja sijaispäättäjän tekemä päätös perustuu objektiiviseen potilaan edun käsitteeseen potilaan tahdon ja mieltymysten sijaan.[2307] Kirjallisuudessa on spekuloitu, että CRPD-komitean sijaispäätöksenteon määritelmä ei poissulkisikaan perinteistä sijaispäätöksentekoa ääritilanteissa, sillä sijaispäätöksenteosta komitean tarkoittamassa merkityksessä ei olisi kyse, jos kolmannen henkilön taholta tehtävä päätöksenteko vastaisi potilaan tahtoa ja jos päättäjä tekisi saman valinnan, jonka potilas olisi tehnyt. Siten kolmannen henkilön potilaan tahdon mukaisesti tekemät päätökset eivät riistäisi potilaalta hänen oikeudellista kelpoisuuttaan, ja olisivatkin päätöksenteon tukemista eikä sijaispäätöksentekoa.[2308] Sijaispäätöksentekoa koskeva määrittelyero voi helpottaa ihmissoikeussopimusvelvoitteiden yhteensovittamista tulevassa sääntelyssä. CRPD-komitea kuitenkin pitää kaikkia sijaispäätöksentekomenettelyjä (substituted decision-making) sopimuksen vastaisina, ja sijaispäätöksenteon poistaminen sopimustekstistä oli myös lainsäätäjän tahto.

CRPD-komitean tulkintaan nähden vammaissopimuksen 12 artiklan kanssa selvässä ristiriidassa on myös potilaslain 6 §:ssä tarkoitettu viimesijainen potilaan edun mukainen hoitaminen, joka tulisi CRPD-komitean tulkintakäytännön mukaan korvata parhaalla tulkinnalla potilaan tahdosta (best interpretation on will and preferences). CRPD-komitea tunnistaa myös ääritilanteissa vallitsevan täyden tuen tarpeen (full support). Silloinkin, kun täyttä tukea tarvitaan, sen tulee CRPD-komitean tulkinnan mukaan perustua parhaaseen arvioon potilaan tahdosta ja mieltymyksistä, ei potilaan etuun. Vaikka keskustelu potilaan tahdon parhaasta arviosta onkin eettisesti ja oikeusfilosofisesti erittäin mielenkiintoinen, tällainen äärimmäisen subjektiivisen asian arviointi voi kuitenkin osoittautua vaikeaksi soveltaa ja perustella käytännön toiminnassa terveydenhuollossa verrattuna objektiivisemmin lääketieteellisesti arvioitavissa olevaan potilaan etuun. Nykykäsityksen mukaan päätöksentekokyvyttömän potilaan hoitotilanteessa on käytännössä mahdotonta varmistua siitä, että kolmannen henkilön kannanotot ja suostumus tosiasiallisesti noudattavat potilaan tahtoa, ja päätöksenteon tukijärjestelyssä tämä problematiikka säilyy ennallaan. CRPD-komitea ei ota kantaa siihen, miten ratkaistaan potilaan tahdosta ja mieltymyksistä kiistelevien tukihenkilöiden ongelma tai tilanne, kun potilaan tahdosta ei kerta kaikkiaan voida hoitopäätöstä tehtäessä saada mitään luotettavaa käsitystä; miten potilaan tahdon ja mieltymysten välinen ristiriita ratkaistaan, eikä siihen, kuka full support -tilanteessa antaa suostumuksen hoitoon.

2307 Sijaispäätöksenteon määritelmästä CRPD/C/GC/1, kohta
2308 Opgenhaffen 2022, s. 5.

Nämä haavoittuvimmassa asemassa olevan vammaisryhmän oikeuksien toteutumisen kannalta keskeiset ns. vaikeat kysymykset ovat jääneet yhdenvertaisuuden ja syrjintäkiellon edistämisen jalkoihin. Terveydenhuollon toiminnassa nämä vaikeat kysymykset kuitenkin korostuvat.

Päätöksenteon tuki tarkoittaa muutakin, kuin epävirallisen tai virallisen tukihenkilön käyttöä. Muita päätöksenteon tuen järjestelyjä, kuten kohtuullisia mukautuksia mm. tiedonannon ja kommunikaation osalta, ja maininta hoitotahdosta, sisältyy potilaslakiin jo nykyisellään. Hoitotahdon olemassaolo voisi ratkaista osan epäselviksi tai tulkinnanvaraisiksi jäävistä tilanteista, mikäli hoitotahdossa mahdollistettaisiin nykyisen käytännön tapaan tietyistä hoidoista kieltäytyminen. Lähtökohtaisesti potilaslain 6 §:n nojalla potilaalla ei ole oikeutta vaatia mitä tahansa hoitoa, vaan hoidon tulee olla lääketieteellisesti perusteltua, minkä vuoksi hoitovaihtoehtojen valinnan mahdollisuutta ei tulisi laajemmin myöskään hoitotahtosäänte lyssä sallia, vaan mahdollistaa vain hoidosta kieltäytyminen. Hoitotahdossa voitaisiin Tanskan tapaan harkita sallittavaksi tietystä hoidosta kieltäytymisen lisäksi kieltäytyminen pakkohoidosta. Tähän ratkaisuun liittyvät riskit tulisi tunnistaa ja huomioida etukäteen oikeudellisessa ja yhteiskunnallisessa keskustelussa sen arvioimiseksi, voitaisiinko tätä pakkohoidosta kieltäytymismahdollisuutta tarjota kaikille yhdenvertaisesti. CRPD:n näkökulmasta hoitotahdossa tulisi määritellä myös hoitotahdon voimassaoloaika, sillä sitä ei CRPD:n myötä voitaisi soveltaa päätöksentekokyvyttömyyden aikana, koska CRPD:n 12 artiklan tulkintakäytäntö ei sellaista tilannetta tunnusta. Vaikka päätöksentekokyvyn arvioinnista luopuminen helpottaisikin osin myös hoitotahdon pätevyyden arviointihaasteita, hoitotahdon laatimis- ja soveltamisajankohdan tahdonilmaisujen yhteensovittaminen aiheuttaisivat CRPD:n mukaista tulkintaa sovellettaessa jopa nykyistä enemmän haastetta huomioiden, että molempia tahdonilmaisuja pidettäisiin lähtökohtaisesti yhtä pätevinä. Tiedolliset ja saavutettavuusongelmat ovat samat riippumatta siitä, puhutaanko kompetenssiperustaisesta hoitotahtosääntelystä vai CRPD:n linjan mukaisesta sääntelystä. CRPD-komitean tulkintalinja 12 art. osalta jättää tästä huolimatta avoimia kysymyksiä niihin tilanteisiin, kun sopimuksen vammaismääritelmään kuuluva potilas ei tosiasiallisesti ole kykenevä päätöksiä omassa asiassaan tekemään. On syytä huomioida, että biolääketiedesopimuksen mukaan ratkaisut tulee tällaisissa tilanteissa perustaa potilaan etuun.

CRPD-komitea ei edellä todetusti ota kantaa hätätilanteiden hoitoon. Voimassa oleva potilaslain 8 §:ään kirjattu kiireellisen hoidon sääntely on kirjoitettu syrjintäneutraalisti siten, että se koskee kaikkia potilaita, jotka henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi tarvitsevat hoitoa, ja jotka eivät tajuttomuuden tai muun syyn vuoksi kykene ilmaisemaan tahtoaan. Siten kiireellisen hoidon säännös ei ole ainakaan suoraan ristiriidassa CRPD:n yhdenvertaisuusvaatimuksen kanssa. Lisäksi säännöksessä huomioidaan potilaan aiemmin ilmaisema vakaa ja pätevä tahto hoitonsa suhteen siten, että potilaalle ei kiireellisissäkään tilanteissa saa antaa hoitoa, joka olisi vastoin hänen vakaata ja pätevää tahtoaan. Perinteinen tulkinta on ollut,

ettei sijaispäättäjän suostumusta tarvita kiireellisessä hoidossa, jos sen hankkiminen vaarantaisi potilaan hengen ja terveyden. Vastaavasti tulisi suhtautua myös tukihenkilön käyttöön, jotta vammaisille pystyttäisiin tarjoamaan CRPD 25 art. mukaan samantasoinen hoito yhdenvertaisesti muiden kanssa. Tässä yhteydessä on syytä huomioida, että BLTS:n hätätilanteita koskeva artikla selityksineen mahdollistaa potilaan hoitamisen hengen ja terveyden vaaran lisäksi myös tilanteissa, kun hoitoa ei voida siirtää myöhemmäksi. BLTS:ssa suhtautuminen hätätilanteisiin on siis väljempää, kuin potilaslain määritelmä ja tulkintakäytäntö. Potilaslain kiireellistä hoitoa koskevan säännöksen tulkintakäytännön laajentaminen BLTS:n kaltaiseksi voisi tarjota CRPD-yhteensopivan keinon välttämättömän terveydenhuollon turvaamiseen päivystyksellisissä hoitotilanteissa, jos nykyisenlaisesta potilasryhmäkohtaisesta rajoittamissääntelystä myöhemmin kuvatusti luovuttaisiin. Tämä tulkinta ei kuitenkaan oikeuttaisi rajoittamistoimenpiteisiin turvautumista, kuten ei nykyinen säännös tai sen nykytulkintakaan.

Huomioiden, että potilaan päätöksentekokyky todellisuudessa on täyden päätöksentekokyvyn ja täyden päätöksentekokyvyttömyyden välinen jatkumo, eikä on-off -ominaisuus, ja samankin potilaan päätöksentekokyky vaihtelee olosuhde- ja tilannesidonnaisesti, ajallisesti ja asiasta riippuen, CRPD:n 12 art. ja CRPD-komitean ratkaisukäytännön mukainen päätöksenteon tukeminen toteuttaisi erilaisilla päätöksentekovalmiuksilla itsemääräämisoikeutta joustavammin, kuin nykyinen kaksijakoinen ajattelutapa. On kuitenkin huomioitava, ettei nykyinen menettelykään poissulje potilaan päätöksenteon tukemista silloin, kun sitä tarvitaan. Epävirallisia tukihenkilöjärjestelyjä myös kaiken aikaa hyödynnetään potilaan suostumuksella vastaanottotilanteissa ja vuodeosastoilla. Nykyinen sääntely edellyttää sijaispäättäjän käyttöä päätöksentekokyvyttömien potilaiden kohdalla vain tärkeissä hoitopäätöksissä, mutta sijaispäättäjäjärjestelyyn voi sisältyä niin hoitohenkilökunnan kuin omaistenkin taholta alttiutta sijaispäättäjän käyttöön, ja siten potilaan päätöksenteon sivuuttamiseen, myös vähemmän tärkeitä hoitopäätöksiä tehtäessä. Kun tärkeään hoitopäätökseen tarvitaan sijaispäättäjää, hänet osallistetaan herkemmin myös vähemmän tärkeisiin päätöksiin, vaikka lainsäädäntö ei tätä edellytä. Toisaalta rajanveto tärkeän hoitopäätöksen suhteen on jonkin verran tulkinnanvarainen, vaikka sitä tulisikin lähestyä vakava-asteisen koskemattomuuteen puuttumisen, useiden hoitovaihtoehtojen tai näihin sisältyvien riskien näkökulmasta. CRPD:n 12 art. ja CRPD-komitean tulkintakäytännön mukaisessa suhtautumisessa päätöksentekokykyyn ei lainkaan huomioida itsemääräämisoikeuden osalta tosiasiallisesti päätöksentekokyvyttömien potilaiden suojelemisen tarvetta, vaikka tällaisen vammaisryhmän olemassaolo on sopimusta laatiessa tiedostettu. Kaikkien täysi-ikäisten henkilöiden päätöksenteon salliminen missä tahansa tilanteessa ja millä tahansa valmiuksilla poistaisi päätöksentekokyvyn arvioinnin tarpeen täysin. Tämä muokkaisi potilaan itsemääräämisoikeutta koskevaa sääntelyä sisällöllisesti siihen suuntaan kuin Ruotsissa, jossa sijaispäättäjämenettelystä ei ole säädetty. Tällöin potilaiden

suojeleminen tulisi huolehtia lainsäädännössä muulla tavoin, todennäköisesti säätämällä päätöksenteon rajoista substanssin kannalta tapauskohtaisesti. Tämä ei vaikuta sääntelyteknisesti eikä terveydenhuollon toiminnan kannalta tehokkaalta sääntelytavalta. Substanssikysymyksistä sääntely ei myöskään ratkaisisi päätöksentekokyvyn tosiasialliseen puuttumiseen liittyvää ongelmaa.

Potilaslaki on ollut voimassa 30 vuotta, ja pysynyt keskeisten potilaan oikeuksien osalta varsin stabiilina. Potilaslakia säädettäessä kirjattiinkin vuosikymmenten lääkintäeettinen, tavanomaisoikeudellinen ja terveydenhuoltolainsäädännöllinen traditio potilaan oikeuksista terveydenhuollossa yhteen lakiin. Keskeinen biolääketiedesopimuksen tuoma muutos vuodelta 1999 oli sijaispäättäjän suostumuksen edellyttäminen merkittäviin hoitopäätöksiin päätöksentekokyvyttömän potilaan hoidossa. Laki on ollut sääntelytarkkuudeltaan periaateluontoinen ja säännöksiltään selkeä, mikä on mahdollistanut ymmärrettävyyden myös juridiikkaan perehtymättömille ammattihenkilöille, ja sääntelyn joustavan soveltamisen erilaisissa tilanteissa. Joitakin tulkintaongelmia potilaslainkin osalta toki on, mm. erilaisista itsemääräämisoikeuden rajanvetokysymyksistä. Vaikka sijaispäättäjämenettely ei olisikaan yhteensopiva CRPD:n kanssa, potilaslain itsemääräämisoikeutta koskeva sääntely ei lopulta vaatisi suuriakaan muutoksia ollakseen yhteensopiva CRPD-komitean 12 art. tulkinnan kanssa. Hätätilanteita koskeva sääntely olisi todennäköisesti CRPD-yhteensopiva sellaisenaankin. Käytännössä riittäisi potilaslain 6.3 §:n mukainen sijaispäättäjän suostumuksen poistaminen, lähiomaisen tai muun läheisen tukihenkilöroolin periaatetasoinen kirjaaminen lakiin, ja potilaan edun korvaaminen potilaan tahdolla ja mieltymyksillä, sekä hoitotahdon sääntäleminen. Näillä muutoksilla sääntely ei enää olisi yhteensopivaa biolääketiedesopimuksen 6 art. kanssa, sillä biolääketiedesopimus edellyttää päätöksentekokyvyttömän potilaan suojelemiseksi sijaispäättäjän suostumusta ja potilaan edun mukaista hoitamista. Myös EIT on ratkaisukäytännössään ollut biolääketiedesopimuksen mukaisilla linjoilla sijaispäätöksenteon ja potilaan edun mukaisen hoitamisen suhteen. Mikäli itsemääräämisoikeussääntelyä muutettaisiin CRPD-yhteensopivaksi, vuoden 2018 lakiluonnokseen sisältyneen kaltaisesta edunvalvontasääntelyn kanssa päällekkäisestä tukijärjestelystä ei tule oikeusjärjestyksen selkeyden ja terveydenhuollon toiminnan tehokkuuden näkökulmasta säätää. Potilaslakiin riittäisi yksikertainen periaateluontoinen säännös epävirallisesta tuesta, eli tukihenkilöstä, jonka läsnäolo vastaanotolla tai vuodeosastokierrolla mahdollistettaisiin potilaan suostumuksella, kuten nykyisellääkin. Virallisena tukijärjestelynä toimisi olemassa oleva edunvalvontajärjestelmä valtuutettuineen ja edunvalvontaratkaisuineen[2309]. Lisäksi potilaslaki sisältää jo valmiiksi muita sopeutuksia, jotka katsotaan päätöksenteon tukemiseksi.

2309 Edunvalvontamenettelyn yhteensopivuus vammaissopimuksen kanssa ei kuulu tämän tutkimuksen aihepiiriin.

Tämänhetkisessä ihmisoikeuksien normiristiriitatilanteessa itsemääräämisoikeussääntelyllä päädytään joka tapauksessa loukkaamaan joko BLTS:aa ja EIT:n tulkintakäytäntöä tai CRPD:a. Vaikka potilaslaki olisikin teknisesti helppo muuntaa CRPD-yhteensopivaksi, suostumusoppirakennelman muutoksen näkökulmasta muutos olisi huomattavan suuri, ja sisältäisi tosiasiallisesti päätöksentekokyvyttömän vammaisryhmän osalta merkittäviä riskejä hengen ja terveyden suojan, välttämättömän terveydenhuollon turvaamisen, ja myös yhdenvertaisen kohtelun kannalta. Eri perus- ja ihmisoikeuksia suojeluvelvoitteineen ei todennäköisesti pystyttäisi CRPD-yhteensopivassa sääntelyssä riittävästi balansoimaan, mikä voisi johtaa vaikeisiin lääkintäeettisiin ristiriitatilanteisiin sääntelyä sovellettaessa. Todennäköisesti tällöin jouduttaisiin edelleen turvautumaan rikoslain oikeuttamisperusteisiin välittömän vaaran torjumiseksi. Muutoksen vieminen käytäntöön edellyttäisi myös huomattavan laajaa terveydenhuollon ammattihenkilöstön kouluttamista. Molempia sopimuskokonaisuuksia huomioon ottava sääntelyvaihtoehto sisältäisi sekä päätöksenteon epävirallisen tukemisen periaatetasoisen sääntelyn että päätöksentekokyvyttömien potilaiden kohdalla sijaispäätöksenteon, ensisijaisesti potilaan tahdon mukaisesti. Mikäli potilaan tahdosta ei saataisi selvitystä, potilaan hoitaminen hänen etunsa mukaisesti olisi objektiivisemmin lääketieteellisesti perusteltavissa kuin paras arvio potilaan tahdosta. Tällöin sääntely olisi Euroopan neuvoston sopimusjärjestelmän mukainen, ja huomioisi myös CRPD:n päätöksenteon tukemisen, mutta ei jättäisi päätöksentekokyvytöntä potilasryhmää kokonaan ilman suojelua. CRPD:n tulkintalinjaa ei tällöin täysin noudatettaisi, mutta hengen ja terveyden suoja sekä oikeus välttämättömään terveydenhuoltoon tulisivat CRPD-komitean tulkintalinjaa paremmin yhteensovitetuiksi yhdenvertaisuuden ja syrjinnän kiellon kanssa.

10.3 Rajoittamissääntelyn vaikeus

10.3.1 Lähtökohdat

Perus- ja ihmisoikeuksien yhteensovittamisessa on aiemmin todetusti kyse siitä, että jotakin oikeutta rajoitetaan toisen, punnintatilanteessa painoarvoltaan suuremman tai tärkeämmän oikeuden toteutumisen turvaamiseksi, pyrkien kuitenkin toteuttamaan molempia oikeuksia mahdollisimman optimaalisesti. Ihmisoikeuksien valvontaelinten ja perustuslakivaliokunnan tulkintakäytännössä määritellyt yleiset rajoittamisedellytykset: lailla säätämisen vaatimus, täsmällisyys ja tarkkarajaisuus; hyväksyttävä peruste, oikeasuhtaisuus, välttämättömyys, tarkoitussidonnaisuus ja riittävät oikeusturvakeinot, ohjaavat yhteensovittamista. Laillisuusperiaate edellyttää, että perus- ja ihmisoikeusrajoitusten yhteensovittamista, laatua, laajuutta ja sisältöä, koskeva määrittely on lähtökohtaisesti lainsäätäjän tehtävä. Suomessa somaattisessa hoidossa rajoittamissääntelyn osalta vallitseva lainsäädännöllinen aukko

on ollut tiedossa jo pitkään, mutta viimeisen kymmenen vuoden aikana tehdyt sääntely-yritykset eivät ole johtaneet tuloksiin. Pitkään jatkunut sääntelemätön tilanne on johtanut siihen, että rajoittamistoimenpiteiden käytöstä somaattisessa hoidossa on muodostunut laillisuusvalvojan ja valvontaviranomaisten linjauksiin tukeutuva laitosvaltaan vivahtava käytäntö.

Ihmisoikeussääntelyn kehitys ja yksityiskohtaistuminen sekä sen vaikutus kansalliseen sääntelyyn haastavat erilaisten oikeuksien ja velvollisuuksien yhteensovittamista. Aiemman YK:n ja Euroopan neuvoston sopimusjärjestelmien ihmisoikeussääntelyn osalta itsemääräämisen ja suojelemisen periaate on kyetty sopimusten valvontaelinten tulkintakäytännössä varsin yhtenevin periaattein yhteensovittamaan. Itsemääräämisoikeuden toteuttaminen on ollut pääsääntö, mutta yksilön suojeleminen itseltään ja muiden suojeleminen yksilöltä tilanteessa, kun yksilö ei kykene ymmärtämään tilannettaan ja käyttäytymisensä seurauksia, on katsottu perus- ja ihmisoikeuksien optimaalisen toteuttamisen näkökulmasta perustelluksi. Suojeleminen on ollut mahdollista tutkimuksessa edellä kuvatuin tarkoin edellytyksin ja oikeusturvatakein.

Vuonna 2006 hyväksytyn ja 2016 Suomessa ratifioidun YK:n vammaissopimuksen ja sen valvontakomitean tulkintakäytännön myötä eri ihmisoikeussopimusten, ihmisoikeuksien ja sopimusten valvontaelinten tulkintakäytäntöjen yhteensovittamiseen on saatu uutta vaikeuskerrointa. Vammaissopimus on rakenteeltaan monessa tasossa yhdenvertaisuutta korostava ja syrjintäkieltoa painottava, mikä johtaa siihen, että CRPD:n valvontakomitean tulkintakäytännössä rajoittamisedellytysten tarkastelu käytännössä pysähtyy syrjinnän arviointiin. Yksinomaan vammaisiin kohdistuvan syrjinnän tai suhteettomasti vammaisiin kohdistuvan vaikutuksen toteaminen riittää minkä tahansa CRPD:n artiklan loukkaukseksi. Käytännössä ihmisoikeuksien yhteensovittamista ei viedä CRPD:n valvontakomitean ratkaisukäytännössä tätä pidemmälle eli kollisiotilanteissa ei tehdä kokonaisarviointia yksilön oikeuksien toteuttamisesta ja niiden keskinäisestä punninnasta, eikä yksilön oikeuksista suhteessa muiden henkilöiden oikeuksiin yleisten rajoittamisedellytysten näkökulmasta. CRPD-komitea on pitänyt sopimusmääritelmän mukaisiin vammaisiin kohdistuvaa tahdosta riippumatonta hoitoa syrjintänä ja siten mielivaltaisena vapaudenriistona, ja edellyttänyt jäsenmailta mm. mielenterveyslakien mukaisen tahdosta riippumattoman hoidon säännösten kumoamista. Lisäksi komitea suhtautuu sopimuksen määritelmän mukaisten vammaisten hoidossa käytettäviin rajoittamistoimenpiteisiin kidutuksena tai epäinhimillisenä kohteluna, ja edellyttää niistä sekä potilaan suostumuksesta riippumatta annettavasta psyykkisen tai ruumiillisen sairauden hoidosta luopumista.

CRPD:n 12 ja 14 art. ovat osin sisällöllisesti ja osin tulkinnallisesti ristiriidassa paitsi YK:n muun sopimusjärjestelmän ja valvontaelinten tulkintakäytännön, myös Euroopan neuvoston sopimusjärjestelmään kuuluvien BLTS:n ja EIS:n kanssa. Kansainvälisten sopimusten tulkintaa koskeva Wienin sopimus ei suoraan vastaa siihen,

kuinka maailmanlaajuisen ja alueellisen ihmisoikeussopimuksen etusija ratkaistaan. Käytännössä CRPD:n ratifioinnin myötä ollaan tilanteessa, jossa EIS:n 5.1 art. e-kohdan ja biolääketiedesopimuksen mukaiset, ja YK:n ihmisoikeuskomitean ja CAT:n valinnaista pöytäkirjaa (OPCAT) valvovan alakomitean tulkintakäytännön mukaiset rajoittamisperusteet ja tahdosta riippumaton hoito ovat CRPD:n myötä vammaisiin kohdistuvina syrjiviä ja siten vammaissopimusta loukkaavia. Lisäksi muiden YK:n ihmisoikeussopimusten ja Euroopan neuvoston sopimusten ja valvontaelinten tiukoin reunaehdoin sallimien rajoitustoimenpiteiden käyttö on CRPD-komitean näkökulmasta kidutusta tai epäinhimillistä kohtelua ja siten sopimusloukkaus. CRPD-komitea ei ole ottanut kantaa hätätilanteiden hoitoon, potilaiden hengen ja terveyden suojaan tai välttämättömän terveydenhuollon turvaamiseen. Tulkintakäytännössä ei myöskään huomioida muiden henkilöiden oikeuksien turvaamista vammaismääritelmän piiriin kuuluvan henkilön käyttäytyessä terveydenhuollossa väkivaltaisesti. CRPD-sopimus kuitenkin edellyttää vammaisille turvattavan samanlaatuisen ja -laajuisen terveydenhuollon kuin muillekin.

CRPD-komitean tulkintalinja asettaa CRPD-sopimuksen suojelemat vammaisryhmät tosiasiallisesti keskenään epäyhdenvertaiseen asemaan: ruumiillisen tai aistien heikentymän vuoksi sopimuksen vammaismääritelmään sisältyvät potilasryhmät kykenevät päätöksentekoon omassa asiassaan, mutta osa henkisesti tai älyllisesti vammaisten ryhmästä ei tähän tuettunakaan tule kykenemään. CRPD-komitean tulkintakäytäntö voisi implementoituna jopa johtaa haavoittuvimmassa asemassa olevien henkisesti tai älyllisesti vammaisten aseman heikentymiseen, sillä he voisivat jäädä ymmärtämättömyyttään hoidotta varsinkin, jos interventiomekanismit sääntelystä purettaisiin. Miten turvataan ilman rajoittamissääntelyä potilaan henki ja terveys ja välttämätön terveydenhuolto parikymppisen itsetuhoisen mielenterveyspotilaan kieltäytyessä sairautensa muokkaamana hoidosta, käytöshäiriöisen hoitajaa lyöneen dementiapotilaan hoito hänen poistuttuaan päivystyksestä ulos pakkaseen, tai syntymästään saakka kommunikaatiokyvyttömän syvästi kehitysvammaisen väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan hoito? Myös näiden potilaiden omaiset jäisivät huolineen tyhjän päälle. Lääkintäetiikan ja sadan vuoden suojelemisen tradition sekä ihmisoikeuksien turvaamisen velvoitteen näkökulmasta on vaikea hyväksyä, että henkisesti tai älyllisesti vammaisen sallittaisiin jäädä erittäin puutteellisellakin päätöksentekokyvyllään ja edesottamuksillaan jopa hoidotta. Yhteensovittamisen haasteita on, kuinka oikeus hengen ja terveyden suojaan ja välttämättömään terveydenhuoltoon tosiasiallisesti turvataan, jos nykyisin käytössä olevia päätöksentekokyvyttömyyteen perustuvia interventioita ei sallita, ja potilaan sallitaan täysimääräisesti päättävän hoidostaan, vaikka potilas ei tosiasiallisesti kykenisi ymmärtämään tilannettaan ja käyttäytymisensä seurauksia. Mahdolliset substanssisääntelyssä tehtävät rajaukset eivät ratkaisisi päätöksentekokyvyn tosiasiallisen puuttumisen ongelmaa. Tästä näkökulmasta CRPD:n implementointi edellyttää perusteellista yhteiskunnallista ja oikeudellista keskustelua.

Tällä hetkellä ihmisoikeustason normi- ja tulkintaristiriidan kanssa ollaan tilanteessa, jossa CRPD:n mukaisen tulkintalinjan soveltaminen johtaa BLTS:n ja EIS:n loukkaukseen ja päinvastoin. Kansainvälisessä kirjallisuudessa ratkaisuja rajoittamissääntelyn toteuttamiseen on etsitty syrjintäneutraalista sääntelytavasta ja päätöksentekokykyyn perustuvasta kaikkia potilasryhmiä koskevasta mallista. Ristiriidasta johtuen myöhemmin esitellään kaksi eri sääntelymallia, joista toinen on EIS ja BLTS -yhteensopiva päätöksentekokykyyn perustuva malli, toinen syrjintäneutraaliuteen pyrkivä CRPD-yhteensopiva malli. Normiristiriidasta huolimatta rajoittamissääntelylle voidaan kuitenkin edellä esitetty huomioiden määritellä niin EIS:n ja BLTS:n kuin CRPD:nkin kanssa periaatteellisesti yhteensopivia tavoitteita ja rajauksia.

Perus- ja ihmisoikeusnäkökulmasta hyväksyttävänä rajoittamissääntelylle asetettavana tavoitteena voidaan pitää pakon käytön rajaamista. Aiemmissa sääntely-yrityksissä tavoitteeksi kirjattu itsemääräämisoikeuden vahvistaminen ja rajoittamistoimenpiteiden käytön vähentäminen on kuitenkin näyttäytynyt tuntuvana byrokratialisäyksenä. Pakon käytön tavoitteena on turvata haavoittuvassa asemassa olevan ihmisryhmän oikeuksien toteutumista välttämättömissä tilanteissa muita oikeuksia rajoittamalla, joten pakon käytön rajaaminen tulee ymmärtää siten, että säätelystä itsessään tehdään riittävän täsmällistä ja tarkkarajaista, jotta pakon käyttö sääntelyn myötä rajautuisi tosiasiallisessa toiminnassa vain välttämättömään. Seuraavassa esitellään tämän tutkimuksen perusteella muodostetut keskeiset rajoittamissääntelyssä huomioitavat rajaukset.

Peruslähtökohta on, että pakkohoidon ja rajoittamistoimenpiteiden käytöstä tulee säännellä lailla. CRPD:n yhdenvertaisuuden ja syrjimättömyyden vaatimus luo painetta kaikille potilasryhmille yhteisen rajoittamissääntelyn luomiseen ainakin terveydenhuoltoon. Tässä vaiheessa ei tule yrittää koota kaikkea sosiaali- ja terveydenhuollon rajoittamissääntelyä samaan lakiin. Sosiaalihuollon asiakkaan ja terveydenhuollon potilaan tarvitsemat palvelut ovat luonteeltaan ja kestoltaan hyvin erilaisia, ja asiakkaiden ja potilaiden oikeudet ja ammattihenkilöiden velvollisuudet on säännelty eri tavoin, minkä vuoksi sääntelyn yhdistäminen johtaisi sekavaan kokonaisuuteen. Aiemmat sääntely-yritykset huomioiden ei ehkä kannata lähteä kerralla uudistamaan kaikkea terveydenhuollon sääntelyäkään samaan lakiin. Somaattisen hoidon osalta sääntelyn tarve on joka tapauksessa akuutein: ensimmäisiä selvityksiä pakon käytöstä on tehty ainakin jo 2000-luvun alussa, ja sääntelytarvetta on korostettu EOA:n toimesta jo 17 vuotta sitten, mutta rajoittamissääntelyä somaattisessa hoidossa ei edelleenkään ole. Somaattisessa hoidossa toteutettavaa pakkohoitoa ja rajoittamistoimenpiteiden käyttöä koskeva sääntely voidaan helpoimmin toteuttaa lisäämällä tätä koskeva luku potilaslakiin, rajaamalla se soveltamisalan ja kohderyhmän osalta välttämättömään, ja rajoittamisperusteiltaan, toimenpidevalikoimaltaan ja menettelyiltään ihmisoikeussopimusten ja valvontaelinten, erityisesti EIT:n, ratkaisukäytännön kanssa yhteensopivaksi.

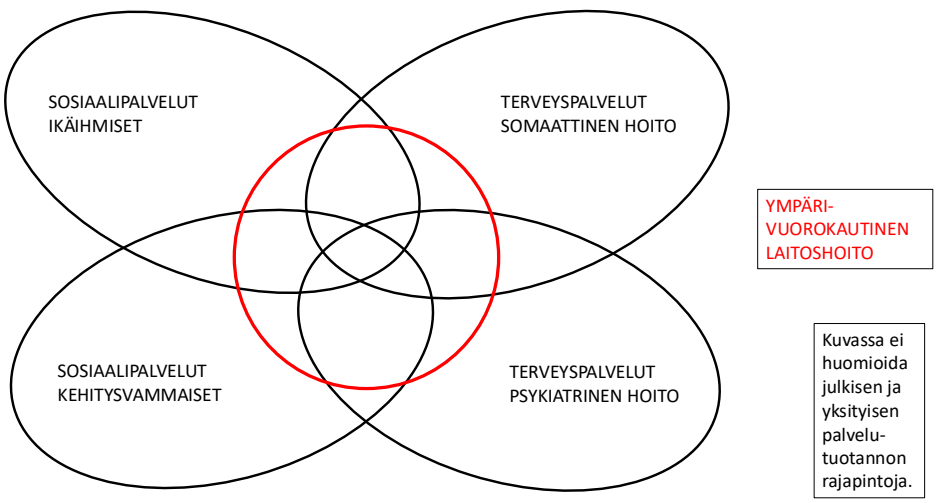
Pakon käytön rajaamisen näkökulmasta somaattista hoitoa koskevan rajoittamissääntelyn soveltamisala tulisi rajata muun potilaslain soveltamisalaa suppeammaksi. Somaattista hoitoa koskeva rajoittamissääntely voitaisiin soveltamisalarajauksin kohdentaa välttämättömän terveydenhoidon turvaamisen näkökulmasta tarkoituksenmukaisella tavalla potilaan iän, sääntelyn soveltamispaikan ja päällekkäisen sääntelyn poissulkevan rajauksen kautta. Rajaus täysi-ikäisiin potilaisiin jättäisi sääntelyn ulkopuolelle alle 18-vuotiaat potilaat, joiden kohdalla voidaan nykysääntelyn mukaan soveltaa sijaispäättäjäkonstruktiota eli hoitaa yhteisymmärryksessä huoltajien kanssa. Voisi olla perusteltua harkita, tulisiko rajoittamissääntelyn ikärajan olla 16 vuotta, jolloin mahdollistettaisiin välttämättömän terveydenhuollon turvaaminen myös sille alaikäisten potilaiden ryhmälle, joka todennäköisimmin kykenisi kypsyytensä puolesta itsemääräämiseen, mutta jolla voi esiintyä tilapäistä päätöksentekokyvyttömyyttä esimerkiksi päihteiden käyttöön liittyen. Mielenterveyslain päällekkäisen sääntelyn rajaamisen suhteen tarpeet ovat eri sääntelymalleissa erilaiset. Mielenterveyslain mukaisten tilanteiden rajaaminen sääntelyn soveltamisalan ulkopuolelle on päätöksentekokykyyn perustuvassa mallissa perusteltua, sillä mielenterveyslaissa on omat tahdosta riippumatonta hoitoa ja rajoittamistoimenpiteitä koskevat säännöksensä, ja säännösten soveltamisen selkeyden kannalta on tärkeää poissulkea päällekkäisyydet. CRPD-yhteensopivassa mallissa taas mallin mukaisen rajoittamissääntelyn tulisi yhdenvertaisuuden näkökulmasta koskea tätäkin potilasryhmää.

Soveltamispaikan osalta sääntely voitaisiin välttämättömän terveydenhuollon turvaamisen näkökulmasta rajata esimerkiksi vain terveydenhuollon toimintayksiköihin tai vaihtoehtoisesti yksiköihin, joissa annetaan ympärivuorokautista hoitoa. Terveydenhuollon toimintayksikkö soveltamisalana jättäisi sääntelyn soveltamisen mahdolliseksi myös yksityisten terveyspalveluiden piirissä. Rajoittamisessa on kuitenkin kyse julkisen vallan käytöstä, joten tästä näkökulmasta olisi perusteltua rajata soveltamisala edelleen julkisen terveydenhuollon toimintayksiköihin. Tämä voisi kuitenkin johtaa entisestään palvelujärjestelmän polarisoitumiseen siten, että vaikeahoitoisimmat potilaat hoidettaisiin julkisen sektorin toimesta, ja kevyemmät yksityissektorin toimesta. Toinen vaihtoehto tälle rajaukselle olisi, että pakon käyttöä koskevaa sääntelyä sovellettaisiin joka tapauksessa virkavastuulla, yksiköstä tai palvelussuhteen muodosta riippumatta. Rajaus terveydenhuollon toimintayksiköihin jättäisi sääntelyn soveltamisalan ulkopuolelle kotona toteutettavan hoidon ja kotiin verrattavat palveluasumisyksiköt, jotka ovat sosiaalihuollon yksiköitä. Kodissa tai kotiin verrattavissa olosuhteissa erittäin harvoin hoidetaan potilaita tilanteissa, jolloin välttämättömän somaattisen terveydenhoidon antaminen pitäisi nimenomaan kotioloissa turvata. Muita turvaamistarpeita voi toki olla, ja perus- ja ihmisoikeuksien rajoittaminen tulisikin näissä tilanteissa suhteuttaa näiden turvaamistarpeiden ja potilaan tai asiakkaan muiden oikeuksien välillä.[2310] Terveydenhuollon rajoitta-

2310 Sosiaalihuollon toiminta ja rajoittamistoimenpiteet eivät kuulu tämän tutkimuksen aihepiiriin.

missääntelyä ei tästä näkökulmasta tulisi ulottaa kodeissa tapahtuvaan hoitoon. On kuitenkin huomioitava, ettei olisi tarkoituksenmukaista myöskään siirtää potilasta kotihoidosta tai kotiin verrattavista palveluista terveydenhuollon toimintayksikköön vain rajoittamistoimenpiteiden käytön mahdollistamisen vuoksi.

Mikäli soveltamisalarajaus kattaisi ylipäätään ympärivuorokautisen hoidon yksiköt, sääntely voisi tulla sovellettavaksi myös sosiaalihuollon yksiköissä, mikä tulisi huomioida rajauksissa päällekkäisen sääntelyn poissulkemiseksi. Tähän liittyy kuitenkin pulmia. Huomioiden, että terveydenhuollon ammattihenkilöt työskentelevät myös sosiaalihuollon yksiköissä, tällainen sosiaalihuollon yksiköissä soveltamisen poissulkeva rajaus voisi osoittautua haasteelliseksi sääntelyn käytännön soveltamisen kannalta. Mikäli sääntelyn soveltamisala ei kattaisi yleisesti terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa, jäisi sääntelyaukko esimerkiksi ympärivuorokautisten palveluasumisyksiköiden osalta, kunnes sosiaalihuollon sääntely tämän kattaisi. Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon rajapinta on tärkeä huomioida sääntelyssä viimeaikainen sosiaali- ja terveydenhuollon rajapintaa häivyttävä sääntelyn kehitys huomioiden. Tämä tutkimus on kuitenkin rajattu terveydenhuoltoa koskevaksi, joten myöhemmin esiteltävät sääntelymallit on laadittu yksinomaan terveydenhuollon näkökulmasta. Välttämättömän terveydenhuollon turvaamisen näkökulmasta puhutaan kuitenkin aivan erilaisista yksiköistä tarkasteltaessa esimerkiksi akuuttihoitoa antavia yksiköitä sairaalassa ja pitkäaikaishoitoa, puhumattakaan kotiin vietävistä palveluista tai kotiin verrattavista palveluasumisyksiköistä. Myös rajoitustoimenpiteiden käytön aikajänne on terveydenhuollon yksiköissä lyhytkestoisempi kuin pitkäaikaishoivaa tai asumispalveluita tarjoavissa sosiaalihuollon yksiköissä.



Kuva 3: Rajoittamissääntelyn soveltamisalan rajanvetokysymykset

Sääntelyssä tulee määritellä, onko pakon käytössä kyse oikeudesta vai velvollisuudesta. Mikäli pakon käyttö muotoillaan velvollisuudeksi, pakkoa on pakko käyttää virkavastuun uhalla. Tällöin korostuu tarve määritellä yksityiskohtaisemmin ne tilanteet, joissa pakkoa voidaan käyttää tai joissa pakon käytöstä voidaan poiketa. Jos pakon käyttö sääntelyssä oikeutetaan, mutta siihen ei velvoiteta, terveydenhuollon ammattihenkilön harkintavalta säännösten soveltamisesta on oleellisesti suurempi. On tärkeä huomioida, että CRPD-yhteensopivassa sääntelymallissa pakon käyttöä ei voida kohdistaan yksinomaan suojelun tarpeessa olevaan potilasryhmään, vaan se väistämättä kohdistuu muihinkin.

Rajoittamisen kohteena oleva potilasryhmä tulee sääntelyssä rajata mahdollisimman tarkasti ja rajauksen tulee olla diagnoosineutraali, jotta se mahdollistaa potilaiden suojelemisen heidän sairaudestaan tai vammastaan riippumatta. Somaattisessa hoidossa potilaiden hengen ja terveyden suojelemisen ja välttämättömän terveydenhoidon turvaamisen painottamisen tarve suhteessa itsemääräämisoikeuden toteuttamiseen voi johtua monista erilaisista syistä, mistä johtuen diagnoosineutraali sääntely olisi eri tilanteissa joustavimmin sovellettavissa. Tässä yhteydessä ei kuitenkaan ole tarkoituksenmukaista yhdistää tartuntatautilain sääntelyä samaan kokonaisuuteen, sillä sen osalta logiikka on erilainen, nimenomaan diagnoosiryhmäkohtainen.

Potilaissa voidaan edelleen tunnistaa kaksi ryhmää: potilaat, jotka antavat hoitaa itseään ja potilaat, jotka vastustavat hoitoa. Tästä näkökulmasta pakon käyttö tulee määritellä uudelleen: ei toiminnaksi, josta puuttuu suostumus, vaan toiminnaksi, jota potilas vastustaa sanallisesti tai teoillaan. Tällöin pakon käyttöä ei tarpeettomasti kohdisteta siihen potilasryhmään, joka antaa hoitaa itseään. Hoitoa vastustamattomien potilasryhmien hoidossa mahdollisesti tarvittavat toimenpiteet voitaisiin oikeuttaa kevyemmällä menettelyllä. Lisäksi hätätilapotilaiden hoidossa käytettävistä toimenpiteistä olisi syytä säännellä erikseen siten, että menettelyt ovat mahdollisimman kevyet. Hätätilanteissa on potilaan hengen ja terveyden suojelemisen kannalta erittäin tärkeää, että toiminta pysyy jatkossakin tosiasiallisena hallintotoimintana. Potilaan vastustaessa hoitoa tulisi ensisijaisena interventiona käyttää suostuttelua, joka on intensiteetiltään selvästi lievempi interventio kuin pakottaminen. Suostuttelulla voidaan edelleen vähentää tilanteita, joissa pakkohoitoon tai pakkotoimenpiteiden käyttöön on välttämätöntä turvautua.

Perus- ja ihmisoikeuksien rajoittamisen tulee olla välttämätöntä demokraattisessa yhteiskunnassa. Tämä tarkoittaa edellä kuvatusti välttämättömyyden toteamista eri oikeuksien keskinäistä painoarvoa punnitsemalla ja yhteensovittamalla. Pakon käytön rajaamisen ja perus- ja ihmisoikeuksien yhteensovittamisen näkökulmasta on olennaista, että pakkohoidolla ja rajoittamistoimenpiteiden käytöllä tulee olla hyväksyttävä peruste; toimenpiteiden tulee olla oikein suhteutettuja eli keinojen soveltuvia ja oikein mitoitettuja yksilön ja yhteiskunnan intressien näkökulmasta tavoiteltavaan päämäärään nähden; ja rajoituksen tulee olla välttämätön eli viimesijainen keino tilanteessa, kun muut keinot eivät sovellu tai ovat riittämättömiä.

Lisäksi rajoittamistoimenpidettä tulee käyttää vain hyväksytyn perusteen mukaisiin tavoitteisiin, rajoittamistoimenpiteillä ei saa korvata henkilökohtaista hoitoa ja huolenpitoa eikä niitä saa käyttää puutteellisen henkilöresurssin korvikkeena. Pakkohoidosta huolimatta potilaan itsemääräämisoikeutta tulee toteuttaa niin pitkälle kuin mahdollista.

Pakkohoidon ja rajoittamistoimenpiteiden käytön hyväksyttävät perusteet tulee määritellä harkiten. Tässä tulee huomioida toimilupasääntely: järjestyshäiriöiden hoitaminen ei ensisijaisesti kuulu terveydenhuollon ammattihenkilöille. Toisaalta potilaiden hoitaminen ja seuranta eivät kuulu turvallisuusalan työntekijöille. Hyväksyttävänä perusteena pakon käytölle voidaan pitää EIT:n ratkaisukäytännön mukaisesti potilaan hengen ja terveyden, tai muun henkilön hengen ja terveyden suojelemista. Mikäli rajoittamisperusteisiin sisällytettäisiin turvallisuus EIT:n ratkaisukäytännön mukaan, turvallisuus tulisi ymmärtää kiinteästi vapaudenriistotilanteisiin liittyvänä turvaamistarpeena eikä yleisenä rajoitusperusteena, kuten voimassa olevassa rajoittamissääntelyssä, EOA:n ratkaisuissa ja sairaanhoitopiirien ohjeissa tällä hetkellä on sanoitettu. Turvallisuus on rajoittamisperusteena väljä: sillä voidaan perustella melkein mitä tahansa. Tarkkarajaisempi vaihtoehto olisi jättää turvallisuus kokonaan pois rajoittamisperusteista ja perustella rajoittamista somaattisessa hoidossa pelkästään hengen ja terveyden suojalla, mikä olisi kapea-alaisempana rajoittamisperusteena hyväksyttävämpi, ja vastaava kuin Norjassa ja Tanskassa. Voimassa olevassa rajoittamissääntelyssä, perustuslakivaliokunnan käytännössä, EOA:n ratkaisukäytännössä ja sairaanhoitopiirien ohjeissa sekä aiemmassa vuoden 2018 lakiluonnoksessa esiintynyt merkittävän omaisuusvahingon estäminen ei näyttäisi olevan EIT:n ratkaisukäytännön kanssa yhteensopiva rajoittamisperuste terveydenhuollossa tapahtuvan perus- ja ihmisoikeuksien rajoittamisen osalta. Hyväksyttävän perusteen ohella lisäedellytyksenä välttämättömän terveydenhuollon antamiselle tulee pitää hoidon välttämättömyyttä potilaan hengen ja terveyden suojelemiseksi. Ylilyöntien välttämiseksi lisäedellytyksenä tulisi vielä olla, että hoitaminen on myös potilaan edun mukaista. Potilaan etu kriteerinä ei kuitenkaan olisi yhteensopiva CRPD:n kanssa.

Rajoitustoimenpiteiden käytön edellytykset on kirjattava lakiin, mutta sääntelyteknisesti tulee valita, kirjataanko rajoitustoimenpiteiden käytön edellytykset omaan pykäläänsä erikseen, ns. yleisiksi rajoittamisedellytyksiksi; vai kirjataanko edellytykset rajoitustoimenpiteittäin. Norjassa ja Tanskassa rajoitustoimenpiteiden käytön edellytykset on somaattisen hoidon osalta pääosin kirjattu yleisinä edellytyksinä omaan säännökseensä ja varsinaiset rajoitustoimenpiteet ilman rajoitustoimenpidekohtaisia edellytyksiä omiin erillisiin säännöksiinsä, joissa on viitattu yleiset edellytykset sisältävään säännökseen. Tämän vaihtoehdon etuna on selkeys, kun kaikkien rajoittamistoimenpiteiden käyttö tapahtuisi samoin edellytyksin. Lailla säädetystä rajoittamistoimenpidevalikoimasta tulisi suhteellisuusperiaatteen mukaisesti valita aina lievin riittävä toimenpide. Rajoittamistoimenpidekohtaisista rajoittamisedel-

lytyksistä säätäminen vaikeuttaa rajoittamissääntelyn soveltamista kokonaisuutena. Edellytysten kirjaaminen molempiin, sekä omaan yleisiä edellytyksiä käsittelevään säännökseen että varsinaisiin rajoittamistoimenpiteitä koskeviin säännöksiin MTL 4a-luvun ja KehVammaL:n 3a-luvun ja perustuslakivaliokunnan käytännön tapaan on ainakin osin sisällöllisesti ristiriitaista ja vaikeuttaa soveltamista.

Rajoittamistoimenpiteiden sääntelyn osalta tulee valita sääntelytapa: väljempi vai yksityiskohtaisempi. Norjassa ja Tanskassa on valittu sääntelyssä erilaiset lähestymistavat: Norjassa sääntelytapa pakkotoimenpiteiden osalta on tarkoituksella epätäsmällisempi ja väljempi, jotta ei vahingossa poissuljettaisi lievintä riittävää puuttumiskeinoa. Siellä somaattisessa hoidossa käytettävinä toimenpiteinä on mahdollistettu mm. terveydenhuollon toimintayksikköön hoitoon ottaminen ja poistumisen estäminen, teknisten hälytys- ja paikannusjärjestelmien käyttö, ja liikkumista rajoittavat välineet niitä yksityiskohtaisesti määrittelemättä. Lisäksi päätöksenteon osalta viitataan myös lääkehoitoon. Tanskassa on valittu täsmällisempi sääntelytapa, jossa on määritelty pakkohoitoon ottaminen, sekä sen toteuttamiseksi pakkotoimenpiteinä kiinni pitäminen, rauhoittava lääkitys, poistumisen estäminen ja noutaminen takaisin toimintayksikköön, sekä henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen. Vaikka ihmisoikeussopimusten valvontaelinten, erityisesti EIT:n, ratkaisukäytännössä sallitaankin kansallista harkintavaltaa yksityisten ja yhteiskunnallisten intressien yhteensovittamisessa, täsmällisempi sääntelytapa on yhteensopivampi EIT:n ja perustuslakivaliokunnan perus- ja ihmisoikeuksien rajoittamisedellytysten näkökulmasta sekä Suomessa voimassa olevan rajoittamissääntelyn näkökulmasta. Tämä voi kuitenkin sääntelytapana johtaa vastaaviin tilanteisiin kuin KHO:n ratkaisussa KHO:2017:132, jossa huomioitiin vain kysymys siitä, oliko kyseinen rajoittamistoimenpide säännelty laissa, ei sitä olisiko kyseinen toimenpide mahdollistanut tilanteessa lailla säänneltyä lievemmän puuttumisen.

Rajoittamistoimenpiteiden valikoiman rajaus tulee harkita samasta syystä tarkkaan. Somaattisessa hoidossa ei välttämättä tarvita samaa rajoittamistoimenpidevalikoimaa kuin psykiatrisessa hoidossa. Tässä tulee huomioida myös perustuslakivaliokunnan näkemys siitä, että rajoittamissääntelyn tulee olla tyhjentävä. Huomionarvoista on, että Tanskassa ja Norjassa somaattisessa hoidossa sallitut rajoittamistoimenpiteet edustavat henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen kohdistuvien rajoitusten osalta pakkohoitoa ja poistumisen estämistä lukuun ottamatta intensiteetiltään lievimpiä toimenpiteitä verrattuna Suomessa voimassa olevaan potilasryhmäkohtaiseen rajoittamissääntelyyn ja suomalaisten sairaanhoitopiirien rajoittamisohjeisiin, joissa mahdollistetaan myös intensiteetiltään raskaimpia rajoittamistoimenpiteitä, eristämistä ja sitomista, muidenkin kuin mielenterveyspotilaiden kohdalla. Sairaanhoitopiirien ohjeissa eristämisen perusteena esiintyi usein potilaan väkivaltainen käytös, ja se, että potilaan sulkemista eristyshuoneeseen perusteltiin potilaan ja muiden terveyden ja turvallisuuden suojelemisella. Tässä punninnassa on huomioitava myös toimivaltanormit: on tehtävä tarkkaa harkintaa

siinä, onko väkivaltainen, toiset vaarantava käytös lääketieteellinen ongelma vai järjestyshäiriö eli kuuluuko se terveydenhuollon ammattihenkilöiden vai vartijan tai järjestyksenvalvojan ja poliisin hoidettavaksi. Niissäkin tilanteissa, kun on kyse terveydenhuollossa tutkittavaksi ja hoidettavaksi kuuluvasta asiasta välttämättömän terveydenhoidon turvaamiseksi, lukittavan eristyshuoneen käyttö ei aina mahdollista parasta hoitoa potilaalle. Toisaalta on myös somaattisia sairauksia ja vammoja, jotka voivat aiheuttaa huomattavaakin levottomuutta, aggressiivisuutta ja kyvyttömyyttä ymmärtää hoitoa koskevia asioita ja käyttäytymisen seurauksia, ja samanaikaisesti hoidon toteuttamisella voi aidosti olla kiire. Tällaisissa tilanteissa voidaan joutua turvautumaan intensiteetiltään raskaimpiinkin rajoittamistoimenpiteisiin potilaan välttämättömän terveydenhuollon mahdollistamiseksi. Osa näistä tilanteista voi myös olla mielenterveyslain soveltamisalaan kuuluvia, jolloin ne jäävät MTL:n rajoittamissääntelyn soveltamisalan ulkopuolelle, kunnes potilas on otettu tarkkailuun tai määrätty hoitoon. Ruotsissa kuitenkin tietyt rajoittamistoimenpiteet on paikallisen mielenterveyslain[2311] nojalla mahdollistettu jo ensimmäisen lääkärin kannanoton jälkeen. Joka tapauksessa rajoittamistoimenpiteiden valikoiman tulisi olla terveydenhuollossa todennäköisesti eteen tulevien tilanteiden hoitamiseen mitoitettu. Epätodennäköisiin tilanteisiin, kuten oikeudettomiin hyökkäyksiin reagoiminen, olisi perusteltua jättää rikoslain oikeuttamisperusteiden varaan. Järjestyshäiriöiden hoidon tulisi kuulua ensisijaisesti turvallisuuspalveluille tai poliisille.

Lievien liikkumisvapauden rajoitusten osalta tulisi kriittisesti tarkastella, onko näihin ylipäätään tarvetta suhtautua samoin kuin varsinaisiin rajoitustoimenpiteisiin. Monet lievemmin liikkumisvapauteen vaikuttavat toimenpiteet, turvavyöt ja sängyn laidat, ovat itse asiassa osa hyvää hoitoa. Mikäli näitä ei käytettäisi aina tarvittaessa, potilas altistettaisiin mahdollisille vahingoille, mikä ei vastaisi hyvän hoidon ja kohtelun vaatimusta. Silloin kun tällaisen toimenpiteen tarkoitus on potilaan suojeleminen, eikä esimerkiksi puhtaasti liikkeelle pääsyn estäminen, potilaan mahdolliset oikeusturvatarpeetkin kohdistuvat lähinnä näiden toimenpiteiden laiminlyönteihin, eivätkä niinkään niiden käyttämiseen. Päivittäisten toimien, kuten hoidon, ruokailun ja levon potilasturvalliseksi toteuttamiseksi potilaiden hoidossa tulee tarvittaessa voida käyttää intensiteetiltään lieviä toimenpiteitä, kuten turvavöitä esimerkiksi pyörätuolissa ja geriatrisessa tuolissa, sängyn laitoja ja tuoliin kiinnitettäviä pöytiä niin, ettei näitä arvioida tai kohdella sääntelyssä rajoitustoimenpiteinä.

Lainsäädännöllä olisi perusteltua mahdollistaa päätöksentekokyvyttömän, hoitoa vastustavan potilaan välttämättömän terveydenhoidon antamiseksi myös tiettyjä yksityisyyden suojaan puuttuvia rajoittamistoimenpiteitä: teknisten hälytys- ja valvontajärjestelmien käyttöä, lääkitystä ja hygieniaan liittyviä toimenpiteitä. Tekniset hälytys- ja valvontajärjestelmät turvaavat potilaan välttämättömän hoidon toteuttamista terveydenhuollon yksikössä potilaille, jotka eivät kykene itsestään huoleh-

2311 Lag om psykiatrisk tvångsvård (SFS 1991:1128, viimeisin muutos SFS 2022:703), 6 §.

timaan. Toisaalta ne myös mahdollistavat hoitohenkilökuntaresurssin järkevän ja tehokkaan kohdentamisen siihen, missä hoitohenkilökuntaresurssia eniten tarvitaan. Lääketieteellisistä syistä käytettäviä seurantajärjestelmiä, kuten hoitajakutsua, potilasvalvontamonitoreita, rytmivalvureita ja vastaavia ei kuitenkaan tule sekoittaa rajoittamistoimenpiteiksi luettaviin teknisiin hälytys- ja valvontajärjestelmiin. Potilaan peruselintoimintojen tai esimerkiksi sydämen rytmin monitorointi on kiinteä osa lääketieteellisesti perusteltua hyvää hoitoa. Lääketieteellisistä syistä käytettävien järjestelmien osalta potilaan oikeusturvatarpeet liittyvät lähinnä seurannan laiminlyöntiin, sillä se ei täyttäisi hyvän hoidon kriteereitä. Norjassa ja Tanskassa teknisten hälytys- ja valvontajärjestelmien käyttö on periaateluontoisesti lailla sallittu tietyin edellytyksin. Teknisten hälytys- ja valvontajärjestelmien kehitys huomioiden sääntelyssä ei kannata mennä yksityiskohtiin, jos sääntelyn halutaan kestävän aikaa.

Lisäksi tulisi säännellä lääkityksen käytöstä hoitoa vastustavilla potilailla. Potilaan lääkitseminen somaattisessa hoidossa hänen hoitamisekseen välttämättömällä, lääketieteellisesti perustellulla ja hyvän hoitokäytännön mukaisella lääkityksellä on tietyissä tilanteissa tarpeen ja välttämätöntä, vaikka potilaan tahdosta ei voitaisi saada käsitystä tai hän ei kykenisi hoidostaan päättämään. Lääkityksen käytön osalta tulisi huomioida erikseen kiireelliset ja kiireettömät hoitotilanteet. Kiireellisissä tilanteissa lääketieteellisesti perustellun ja hyvään hoitokäytäntöön kuuluvan lääkityksen kohteleminen rajoittamistoimenpiteenä erillisine menettelyineen olisi kohtalokasta lääketieteellisesti perustellun hyvän hoidon toteuttamisen kannalta. Muissa kuin kiireellisissä hoitotilanteissa potilaan henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja yksityisyyden suojaan puuttuvia rauhoittavia ja muita keskushermoston kautta vaikuttavia lääkityksiä, jotka ovat osa hyvää hoitoa, mutta voivat vaikuttaa potilaan ymmärrys- ja päätöksentekokykyyn, olisi perusteltua ajatella tärkeinä hoitopäätöksinä, ja keskustella näistä päätöksentekokyvyttömän potilaan sijaispäättäjän kanssa, ja saada hoitoon hänen suostumuksensa. Mikäli päätöksentekokyvytön potilas vastustaa lääkehoitoaan, tulisi lääketieteellisesti perustellun rauhoittavan lääkityksen antaminen oikeuttaa lailla siten, että tähän voidaan päätöksentekokyvyttömien, hoitoa vastustavien potilaiden kohdalla lääkärin päätöksellä ryhtyä. EIT:n ratkaisukäytännön myötä mielenterveyslain 4a-lukuun on 1.4.2024 alkaen kuitenkin sisällytetty hallintopäätösmenettely potilaan kertaluonteisestakin lääkitsemisestä hänen tahdostaan riippumatta psyykkisen sairauden hoitamiseksi. Näin ollen potilaan tahdosta riippumatta muissa kuin kiireellisissä hoitotilanteissa somaattisessa hoidossa toteutettavan keskushermoston kautta vaikuttavan lääkityksen osaltakin saattaa olla painetta hallintopäätösmenettelyyn oikeusturvaodotusten täyttämiseksi. Tämä ei kuitenkaan terveydenhuollon toiminnan tehokkuutta parantaisi.[2312]

2312 Lakimuutoksen esitöiden vaikutusten arvioinnissa oli arvioitu lääkärin hallintopäätöksen tekoon käyttämäksi työajaksi 30 minuuttia hallintopäätöstä kohti. Lisäksi hallintopäätöksen teossa sihteerityö-

Hoitoa vastustavan potilaan hygieniasta huolehtiminen voi olla ihmisarvoisen kohtelun ja hyvän hoidon näkökulmasta joissakin tilanteissa välttämätöntä potilaan tai muiden henkilöiden terveyden suojelemiseksi. Tämä tulisi yksityisyyden suojaan kajoavana toimenpiteenä oikeuttaa lailla. Kyse on kiinteästi hyvään hoitoon ja ihmisarvoiseen kohteluun liittyvästä toimenpiteestä, jolla kuitenkin puututaan potilaan henkilökohtaiseen koskemattomuuteen, ja jonka toteuttaminen vastustavalla potilaalla voi vaatia muiden rajoittamistoimenpiteiden käyttöä, kuten kiinni pitämistä.

Päätöksenteko menettelyineen on rajoittamissääntelyssä keskeinen ratkaistava asia potilaan oikeusturvan ja toisaalta myös terveydenhuollon, terveydenhuollon valvontaviranomaisten ja hallintotuomioistuinten toiminnan tehokkuuden kannalta. Päätöksentekomenettelyn tulee olla järkevästi porrastettu huomioiden rajoittamisen intensiteetti, kesto ja oikeusturvatarpeet. Hallintopäätösten käyttö tulisi rajata mahdollisimman pieneksi terveydenhuollon toiminnan tehokkuus huomioiden. Ihmisoikeussääntelyn näkökulmasta näitä on kuitenkin välttämätöntä tehdä vapauden riiston luonteisista päätöksistä, pakkohoitoon ottamisesta ja ilmeisesti myös intensiteetiltään raskaista vapauden riiston luonteisista rajoitustoimenpiteistä, riittävien oikeusturvamekanismien mahdollistamiseksi. Muiden rajoittamistoimenpiteiden osalta ihmisoikeussopimusten valvontaelinten tulkintakäytäntö vaihtelee. Perustuslakivaliokunnan mukaan hallintopäätös tulee tehdä vapauden riistoihin liittyen, muiden toimenpiteiden osalta päätöksen antamisesta voitaisiin poiketakin.

Yksityisyyden suojaan puuttuvien rajoittamistoimenpiteiden, kuten teknisen valvonnan, hygieniaan liittyvien toimenpiteiden ja mahdollisen rauhoittavan lääkityksen käyttö tulisi kiinteästi hoitoon liittyvinä ja teknisen valvonnan osalta potilasturvallisuutta varmistavina toimenpiteinä mahdollistaa hoitavan lääkärin päätöksellä[2313], ilman hallintopäätöstä. Mitä enemmän rajoitustoimenpiteiden käyttöä voidaan oikeusturvanäkökohdat huomioiden mahdollistaa tosiasiallisena hallintotoimintana, sen paremmin mahdollistetaan terveydenhuollon toiminnan tehokkuus turvattaessa välttämätöntä terveydenhuoltoa haavoittuvimmassa asemassa oleville potilaille. Erityisesti hätätilapotilaiden hoidossa menettelyiden tulee olla mahdollisimman kevyitä, ja säilyä tosiasiallisena hallintotoimintana. Mikäli normaaliin hyvään hoitoon kuuluvista potilasturvallisuuden vuoksi toteutettavista intensiteetiltään lievistä liikkumisvapauteen vaikuttavista toimenpiteistä, kuten sängyn laidat, turvavyöt, tilapäisesti tuoliin kiinnitettävät pöydät; päädytään sään-

panoksen tarpeeksi oli arvioitu 15 minuuttia hallintopäätöstä kohti. HE 14/2023 vp., s. 15.

2313 Kyse on hyvään hoitoon ja ihmisarvoiseen kohteluun liittyvästä toimenpiteestä, jolla kuitenkin puututaan potilaan henkilökohtaiseen koskemattomuuteen, ja jonka toteuttaminen vastustavalla potilaalla voi vaatia muiden rajoittamistoimenpiteiden käyttöä, kuten kiinni pitämistä. Tästä näkökulmasta toimenpiteestä päättäminen ei voi toteutua aivan matalimmalla päätöksentekotasolla, vaan olisi perusteltua, että hoitava lääkäri päättäisi asiasta ammattihenkilölain 22 §:n mukaisesti.

telemään, päätöksenteon tulee pysyä mahdollisimman matalalla hierarkiatasolla, ja ensisijaisesti terveydenhuollon ammattihenkilöiden päätöksellä toteutettavana tosiasiallisena hallintotoimintana, josta ei edellytetä kirjallista hallintopäätöstä. Päätöksentekomenettelyn osalta voi joiltakin osin olla perusteltua erottaa toisistaan myös tilapäinen tai lyhytkestoinen rajoitustoimenpiteen käyttö ja toistuva tai pitkäkestoinen rajoitustoimenpiteen käyttö. Mikäli rajoittamisesta tehtäisiin pitkäkestoinen päätös[2314], tämä tulisi perustuslakivaliokunnan käytännön mukaan potilaan oikeusturvanäkökohdista laatia hallintopäätöksen muotoon ja mahdollistaa muutoksenhaku hallinto-oikeuteen rajoittamistoimenpiteen intensiteetistä riippumatta.

Ennen päätöksentekoa tulisi hyvän hallinnon periaatteiden mukaisesti kuulla potilasta itseään siinä määrin kuin se on mahdollista. Lisäksi olisi syytä kuulla mallista riippuen sijaispäättäjää tai tukihenkilöä potilaan hoitoa koskevan tahdon selvittämiseksi, jos se on mahdollista.

Myös oikeusturvamenettelyiden tulee olla järkevästi porrastettuja huomioiden rajoittamisen intensiteetti, kesto ja päätöksentekomenettely, sekä se, mitä oikeusturvamekanismeilla ylipäätään voidaan saavuttaa. Pakkohoito voi somaattisessa hoidossakin kestää pidempään, jolloin oikeusturvamekanismeilla voidaan vallinnut oikeustila palauttaa. Vapaudenriiston luonteisten rajoitustoimenpiteiden käyttö taas on usein somaattisessa hoidossa lyhytkestoista, jolloin oikeusturvamekanismien hitaudesta johtuen oikeustilaa ei pystytä palauttamaan. Ihmisoikeussopimusten ja ihmisoikeuksien valvontaelinten tulkintakäytännön kannalta vapauden riiston ja todennäköisesti myös vapauden riiston luonteisten toimenpiteiden osalta oikeusturvakeinot eivät ole riittäviä, mikäli muutoksenhakumahdollisuutta tuomioistuimeen ei ole. Perustuslakivaliokunnan näkemys on, että vapauden riisto edellyttää muutoksenhakumahdollisuutta tuomioistuimeen, mutta muilta osin muutoksenhakumahdollisuudesta tuomioistuimeen on mahdollista poiketakin, kunhan riittävät oikeusturvakeinot varmistetaan muutoin. Yksityisyyden suojaan puuttuvista hoidollisista toimenpiteistä ja intensiteetiltään lievistä liikkumisvapautta rajoittavista toimenpiteistä, jotka ovat luonteeltaan enemmän hoidollisia tai hyvään hoitoon kuuluvia toimenpiteitä, ja joissa hallintopäätöstäkään ei edellytettäisi, olisi käytettävissä perinteiset potilaslain mukainen muistutusmenettely terveydenhuollon toimintayksikköön ja kantelumenettely valvontaviranomaiselle. Lisäksi kantelumahdollisuus ylimmälle laillisuusvalvojalle, eduskunnan oikeusasiamiehelle, olisi edelleen käytettävissä, kuten muunkin terveydenhuollon toiminnan osalta.

Oikeusturvakeinojen käyttämiseksi hallintopäätökset tulisi antaa tiedoksi potilaalle ja päätöksentekokyvyttömän potilaan lailliselle edustajalle, lähiomaiselle tai muulle läheiselle. Myös rajoittamistoimenpiteiden käytöstä ja niitä koskevista muista kuin hallintopäätöksistä tulisi antaa tieto potilaan sijaispäättäjänä toimivalle

2314 Säänteleyssä tulisi määritellä ajallisesti, miten pitkäkestoisesta rajoittamistoimenpiteestä hallintopäätös tulee laatia, ja toisaalta, kuinka kauan rajoittamispäätös voi ylipäätään olla voimassa.

lailliselle edustajalle, lähiomaiselle tai muulle läheiselle ja tiedottaa samalla myös mahdollisten oikeusturvakeinojen käytöstä.

Seuraavassa esitellään Euroopan neuvoston sopimusjärjestelmän kanssa yhteensopiva päätöksentekokykyyn perustuva rajoittamissääntelymalli ja CRPD:n ja CRPD-komitean tulkintakäytännön kanssa yhteensopivampi kiireellisen hoidon antamiseen perustuva rajoittamissääntelymalli. Sääntelymalleja punnitaan suhteessa tässä tutkimuksessa aiemmin esitettyyn.

10.3.2 Päätöksentekokykyyn perustuva sääntelymalli

Perinteisen kompetenssiperustaisen suostumusopin näkökulmasta päätöksentekokykyisten potilaiden hoidossa rajoittamistoimenpiteitä ei demokraattisen oikeusvaltion itsemääräämisstandardin näkökulmasta tule käyttää lainkaan, eikä näille ole tarvettakaan. Päätöksentekokykyinen potilas kykenee ymmärtämään tilanteensa, suostumuksen merkityksen ja käyttäytymisensä seuraukset, ja häntä tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, joten hoitotoimenpiteistä, ja hoidon ja hoitamatta jättämisen merkityksestä kuuluu keskustella potilaan kanssa. Päätöksentekokykyisellä potilaalla on myös oikeus kieltäytyä hoidosta. Päätöksentekokykyinen potilas ei kuitenkaan ole tällöin suojelun tarpeessa, joten pakkohoito ei tule kyseeseen.

Perus- ja ihmisoikeuksien optimaalisen toteuttamisen lähtökohdista pakon käytön somaattisessa hoidossa tulee Euroopan neuvoston sopimusjärjestelmän, YK:n ihmisoikeuskomitean ja OPCAT valvontakomitean näkökulmasta kohdistua vain päätöksentekokyvyttömiin potilaisiin, jotka eivät kykene ymmärtämään tilannettaan tai käyttäytymisensä seurauksia, ja joiden kohdalla potilaan hengen ja terveyden suojeleminen ja välttämättömän terveydenhoidon turvaaminen aidosti on tarpeen.[2315] Tämän haavoittuvassa asemassa olevan ihmisryhmän osalta korostuu yhteiskunnan ja viranomaisten velvoite suojella potilaan muiden perus- ja ihmisoikeuksien toteutumista. Joskus voi myös olla tarve suojella muidenkin henkilöiden oikeuksien toteutumista. Jotta kaikkia päätöksentekokyvyttömiä potilaita voitaisiin suojella ja tarjota heille välttämätön terveydenhuolto, kohderyhmän tulisi pitää sisällään sekä tilapäisesti että pysyvästi päätöksentekokyvyttömät potilaat. Tällä tavoin määritelty kohderyhmä kattaisi terveydenhuollon toimintayksiköissä eri syistä, päihteistä, synnynnäisistä tai hankituista vammoista ja sairauksista aiheutuvan päätöksentekokyvyttömyyden. Erillistä pakkohoitosäätelyä päihdehuoltolaissa ei siten välttämättä enää tarvittaisi. Voimassa oleva rajoittamissääntelykin on kohdennettu erityislaeissa pääsääntöisesti päätöksentekokyvyttömiin potilaisiin, vaikkakin his-

2315 Suomessa voimassa oleva sosiaali- ja terveydenhuollon rajoittamissääntely, samoin kuin pohjoismainen rajoittamissääntely, kohdistuvat tartuntatauteja lukuun ottamatta päätöksentekokyvyttömiin potilaisiin, eli ihmisryhmään, jotka syystä tai toisesta eivät kykene päättämään asioistaan tai ymmärtämään käyttäytymisensä seurauksia.

toriallisista syistä potilasryhmäkohtaisesti. Ainoastaan tartuntatautilain mukaisessa rajoittamisessa päätöksentekokyvyllä ei ole merkitystä, sillä kohderyhmä määräytyy yleisvaarallisen tartuntataudin tai sen epäilyn perusteella. Sääntelymallit eivät koske tartuntatautilakia.

Päätöksentekokykyyn perustuvan sääntelymallin heikkoutena päätöksentekokyvyn tai rajoittamissääntelyn näkökulmasta on päätöksentekokyvyttömyyden arviointi. Aiemmin todetusti selkeät tapaukset ovat helppoja arvioitavia, mutta päätöksentekokyvyn ajallisen, tilanne- ja olosuhdesidonnaisuuden näkökulmasta ääripäiden väliin jäävä harmaa alue voi olla hyvinkin haasteellista arvioida. Lisäksi yksiselitteiset päätöksentekokyvyn mittarit puuttuvat. Tästä johtuen itsemääräämisoikeuden toteuttamisen näkökulmasta on perusteltua rajata päätöksentekokyvyttömien potilaiden joukko mahdollisimman kapeaksi siten, että päätöksentekokyvyttömyyden jäädessä epävarmaksi potilasta pidetään lähtökohtaisesti päätöksentekokykyisenä.

Päätöksentekokyvyttömien potilaiden ryhmässä voidaan edelleen erottaa kaksi eri tavoin hoitamiseensa suhtautuvaa ryhmää: potilaat, jotka antavat hoitaa itseään; ja potilaat, jotka vastustavat hoitoa sanoin tai teoin. Pakon käytön rajaamisen näkökulmasta pakon käytön kohderyhmää tulee vielä täsmentää Tanskan ja Norjan sääntelyä ja KehVammaL:n 3a-luvun sääntelyä vastaten siten, että pakon käytöllä turvataan välttämätön terveydenhuolto päätöksentekokyvyttömille potilaille, jotka vastustavat hoitoa. Vastustamiseen perustuva pakon käyttö on rajatumpaa kuin suostumuksen puuttumisesta johtuva. Vastustaminen voi olla sanallista tai käyttäytymisestä ilmenevää vastustamista.

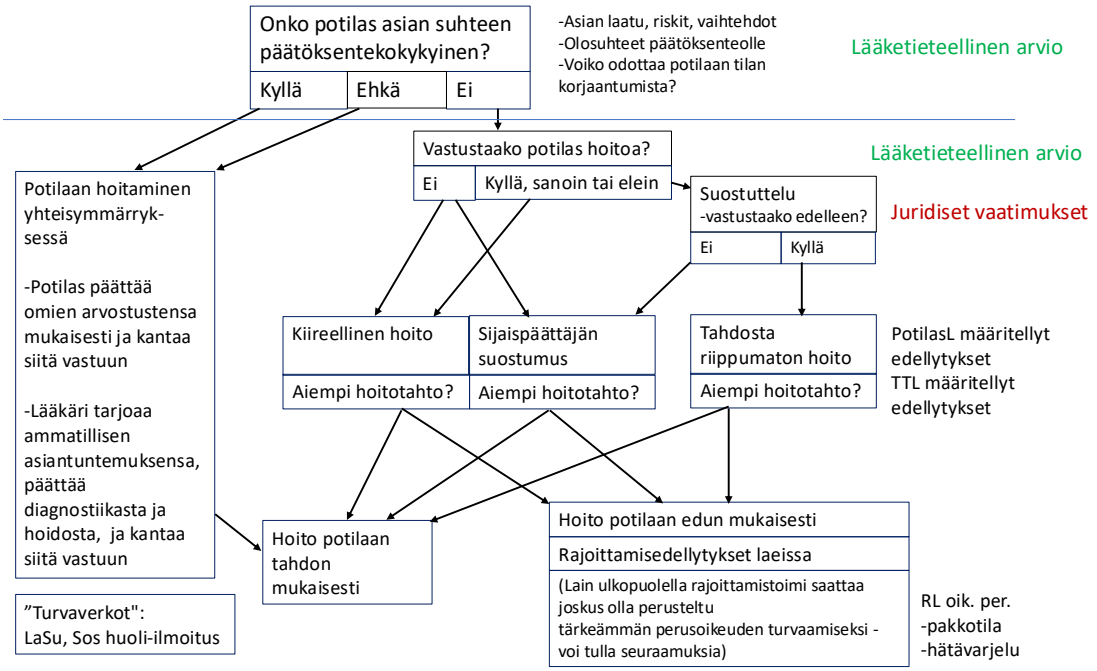
Mikäli päätöksentekokyvytön potilas ei vastusta hoitoa, potilaan hoidon järjestämiseksi riittää pakkohoitoa kevyempi menettely. Kevyempänä menettelynä kompetenssiperustaisessa mallissa toimisi nykyisen potilaslain mukainen sijaispäättäjäkonstruktio, eli hoitoa vastustamattomien päätöksentekokyvyttömien potilaiden osalta edellytettäisiin sijaispäättäjän suostumusta tärkeisiin hoitopäätöksiin. Muiden kuin tärkeiden hoitopäätösten, eli lievää puuttumista sisältävien tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden, osalta olisi terveydenhuollon toiminnan kannalta tehokkainta oikeuttaa terveydenhuollon ammattihenkilön toiminta oletetun suostumuksen konstruktion pohjalta sääntelemällä siitä periaatetasoisesti laissa. Päätöksentekokyvyttömältä potilaalta kun ei perinteisen kompetenssipohjaisen suostumusopin näkökulmasta voida saada pätevää suostumusta missään muodossa, ei myöskään asiayhteydestä ilmenevänä. Tämä oikeutus tavallaan sisältyykin jo potilaslain 6 §:ään, jossa todetaan, että päätöksentekokyvyttömän potilaan kohdalla sijaispäättäjän suostumusta edellytetään (vain) tärkeissä hoitopäätöksissä. Perus- ja ihmisoikeusrajoitusten laillisuusperiaatteen näkökulmasta terveydenhuollon ammattihenkilöiden oikeudesta suorittaa vähäisempiä hoitotoimenpiteitä päätöksentekokyvyttömille potilaille tulisi säätää lailla, jolloin tätä koskeva periaateluontoinen täsmennys potilaslain 6 §:ään olisi tarpeen.

Hätätilanteiden hoidossa mahdollisesti tarvittavista rajoittamistoimenpiteistä tulisi säännellä erikseen. Hätätilapotilaat voivat suhtautua hoitoonsa myötämielisesti, neutraalisti, olla sekavia ja levottomia siten, että vastustelevat hoitoa; tai potilaat voivat olla tajuttomia. Näissä tilanteissa menettelyjen on syytä olla mahdollisimman kevyitä, ja pysyä tosiasiallisena hallintotoimintana, jotta potilaan hoito, henki ja terveys eivät vaarannu. Kiireellistä hoitoa koskevaan säännökseen voitaisiin hoitoa vastustavien potilaiden varalta lisätä oikeus hoitaa potilasta hänen vastustuksestaan huolimatta, ja mahdollisesti oikeuttaa periaateluontoisesti tietyt toimenpiteet suoraan lailla. Kyse on hengen ja terveyden suojan ja välttämättömän terveydenhuollon painottamisesta itsemääräämisoikeuteen nähden. Tällöin tulisi kuitenkin oikeuksien tasapainottamiseksi säätää itsemääräämisoikeuden toteuttamisen näkökulmasta siitä, millaisesta hoidosta on oikeus kieltäytyä ja mikä näiden säännösten suhde kiireellisen hoidon säännökseen on. Norjassa ja Tanskassa on oikeus kieltäytyä verensiirrosta ja kuolevan potilaan elämää ylläpitävästä hoidosta, lisäksi nälkälakkoa ei saa keskeyttää. Näitä tahdonilmaisuja on noudatettava myös hätätilanteiden hoidossa.

Hoitoa vastustavienkin päätöksentekokyvyttömien potilaiden osalta pakon käyttöä on edelleen mahdollista rajata. Norjassa ja Tanskassa on pakolla toteutettavan välttämättömän terveydenhoidon antamiseen nähden ensisijaista käyttää päätöksentekokyvyttömälle hoitoa vastustavalle potilaalle luottamusta rakentavia toimenpiteitä, ellei se ole ilmeisen hyödytöntä. Luottamusta rakentavilla toimenpiteillä tarkoitetaan käytännössä potilaan suostuttelua hoitotoimenpiteisiin. Vaikka suostuttelu saattaa alkuun kuulostaa kovin ristiriitaiselta perinteisen suostumusopin mukaiseen vapaaehtoisuuden vaatimukseen nähden, on huomattava, että suostuttelussa on kuitenkin kyse kaikkein lievimmän asteisesta, positiivisessa hengessä tapahtuvasta ulkopuolisesta vaikuttamisesta. Aste-ero pakon käyttöön nähden on huomattava. Huomioiden, että kyse on lähtökohtaisesti päätöksentekoon kykenemättömästä potilasryhmästä, jolta pätevää suostumusta perinteisen kompetenssiperustaisen suostumusopin näkökulmasta ei kuitenkaan voitaisi saada, suostuttelu voidaan nähdä lievimpänä mahdollisena interventiona potilaalle välttämättömän terveydenhoidon turvaamiseksi. Mikäli päätöksentekokyvytön potilas saadaan suostuttelun turvin suhtautumaan myötämielisesti hoitoonsa, lopputulos on inhimillisempi ja ihmisarvoisempi kuin pakolla, rajoittamistoimenpiteiden turvin, toteutetuissa hoitotilanteissa.

Välttämättömän terveydenhoidon antamista päätöksentekokyvyttömälle potilaalle koskevassa potilaslain luvussa olisi määriteltävä, milloin välttämättömän terveydenhoidon antaminen eli pakkohoito on perusteltua, ja millä edellytyksillä rajoittamistoimenpiteiden käyttö välttämättömän terveydenhoidon antamiseksi on perusteltua. Ihmisoikeussopimusten ja valvontaelinten tulkintakäytännön näkökulmasta vapaudenriistoa ei voida oikeuttaa sijaispäättäjän suostumuksella, vaan vapauden riiston perusteista tulee säätää lailla ja toimenpiteellä tulee olla riittävät oikeusturvatakeet. Siten päätöksentekokyvytöntä potilasta ei ainakaan hänen vas-

tustaessaan ole ihmisoikeussopimusten näkökulmasta mahdollista ottaa sairaalahoitoon pelkästään sijaispäättäjän suostumukseen perustuen, vaan tahdosta riippumattomasta hoidosta tulee säätää lailla. Tästä johtuen potilaan ottamisesta tahdosta riippumattomaan hoitoon somaattisen terveydenhuollon toimintayksikköön olisi perusteltua säätää välttämättömän terveydenhuollon antamiseksi myös Suomessa päätöksentekokyvyttömälle, hoitoa vastustavalle potilasryhmälle. Ennen kuin pakkohoitoon päädytään, potilasta tulisi edellä kuvatusti suostutella ottamaan hoitoa vastaan. Jos potilas tämän jälkeen antaa hoitaa itseään, ei pakkohoitomenettelylle ole tarvetta. Mikäli potilas edelleen vastustaa hoitoa, tehdään päätös välttämättömän terveydenhuollon antamisesta, toisin sanoen pakkohoidosta.



Kuva 4: Päätöksentekokykyyn perustuva sääntelymalli

Pakkohoidossakin potilaan itsemääräämisoikeutta tulee toteuttaa niin pitkälle kuin mahdollista. Rajoittamistoimenpiteiden käyttöön tulee turvautua vain hengen ja terveyden suojelemiseksi välttämättömissä tilanteissa. Välttämättömän terveydenhoidon turvaamiseksi pakkohoidossa olevan potilaan hoidossa on perusteltua mahdollistaa myös liikkumisvapauteen kohdistuvien rajoitustoimenpiteiden käyttö. Poistumisen estäminen yksiköstä ja potilaan noutaminen takaisin yksikköön sen välittömästä läheisyydestä, esimerkiksi potilaan noutaminen sairaalan alueelta takaisin häntä hoitavalle vuodeosastolle, olisi tarpeen pakkohoidon toteuttamiseksi

ja potilaan suojelemiseksi, sillä päätöksentekokyvytön potilas voisi poistumisellaan vaarantaa oman henkensä ja terveytensä. Poistumisen estäminen ja potilaan noutaminen takaisin ovat vapaudenriiston luonteisia rajoitustoimenpiteitä.

Pakkohoidon toteuttaminen hoitoa vastustavalle potilaalle voi onnistuakseen vaatia myös muiden rajoitustoimenpiteiden käyttöä. Pakon käytön rajaamisen näkökulmasta rajoitustoimenpiteiden käyttö somaattisessa hoidossa tulee perusoikeuksien yleisten rajoittamisedellytysten ja EIT:n ratkaisukäytännön näkökulmasta mahdollistaa vain edellä käsitellyn välttämättömän terveydenhoidon eli pakkohoidon antamiseksi, kun rajoitustoimenpiteen käyttäminen on välttämätöntä potilaan tai muun henkilön hengen tai terveyden suojaamiseksi; ja muut lievemmät keinot eivät sovellu tilanteeseen tai ovat riittämättömiä (suhteellisuusperiaate). Lisäksi hoidon tulee olla hengen ja terveyden pelastamiseksi välttämätön ja potilaan edun mukainen. Rajoitustoimenpiteet on EIT:n ratkaisukäytännön EIS 3 art. koskevien kannanottojen näkökulmasta suoritettava mahdollisimman turvallisesti ja potilaan ihmisarvoa kunnioittaen. Lisäksi rajoitustoimenpiteen käytön tarvetta on arvioitava säännöllisesti ja sen käyttö on lopetettava heti, kun rajoittamisedellytykset eivät enää täyty. Tarkoitussidonnaisuuden näkökulmasta rajoitustoimenpiteillä ei saa korvata henkilökohtaista hoitoa ja huolenpitoa eikä niitä saa käyttää puutteellisen henkilöresurssin korvaamiseen tai rankaisemiseen. Tahdosta riippumattoman hoidon ja rajoittamistoimenpiteiden osalta voitaisiin periaatteessa hyödyntää edellä kuvattuja yleisiä rajoittamisperiaatteita, sääntelytekniikkaa ja rajoittamistoimenpidevalikoimaa, sekä intensiteettiin ja rajoittamistoimenpiteen kestoon perustuvaa porrastusta päätöksentekomenettelyn ja oikeusturvakeinojen suhteen.

Mikä on tarve rajoittamistoimenpiteiden käytölle päätöksentekokyvyttömän, hoitoa vastustamattoman potilaan hoitamiseksi? Kyse on potilasryhmästä, joiden hoidossa edellä kuvattua pakkohoitosääntelyä ei tässä mallissa sovellettaisi. Päätöksentekokyvytön potilas ei kykene ymmärtämään tilannettaan ja käyttäytymisensä seurauksia. Jokaisella on kuitenkin oikeus välttämättömään hoitoon ja huolenpitoon (PL 19 §), ja potilaalla on oikeus hänen terveydentilansa edellyttämään hoitoon sekä hyvään hoitoon ja kohteluun (PotL 3 §). Päätöksentekokyvyttömältä potilaalta ei voida saada pätevää suostumusta, jolloin potilasturvallisuuden näkökulmasta toteutettavien normaaliin hoitoon kuuluvien intensiteetiltään lievempiin liikkumisvapauksiin tai yksityisyyden suojaan puuttuvien toimenpiteiden käyttöä ei voida oikeuttaa potilaan suostumuksen perusteella, kuten päätöksentekokykyisillä potilailla. Näistä voitaisiin säätää lailla siten, että terveydenhuollon ammattihenkilö voisi päättää näiden toimenpiteiden käytöstä. Toinen vaihtoehto olisi oikeuttaa tällaisten potilasturvallisuutta parantavien toimenpiteiden käyttö sijaispäättäjän suostumuksella, mikäli tällaisia pidettäisiin potilaslain tarkoittamina tärkeinä hoitopäätöksinä. Sijaispäättäjänkonstruktio olisi näistä ratkaisutavoista yhdenmukaisempi potilaslain voimassa olevan sääntelyn kanssa, mutta toisaalta se voisi osoittautua käytännön toiminnassa äkillisemmin eteen tulevien tilanteiden osalta kömpelöksi.

Pakkohoitopäätöksen tekeminen ja rajoittamistoimenpiteiden käyttö on julkisen vallan käyttöä, jonka tulee tapahtua virkavastuulla silloinkin, kun päätöksentekomenettelyt ovat kevyemmät. Terveydenhuollossa pääsääntöisesti vain lääkärit, esihenkilöt ja jotkut erityisammattiryhmät ovat virkasuhteisia, ja hoitohenkilökunta on työsuhteessa. Lisäksi terveydenhuollossa käytetään ostopalvelutyövoimaa, joka on usein työsuhteessa yritykseen. Pakkohoitopäätöksen tai rajoittamistoimenpiteistä päättämisen rajaaminen vain virkasuhteisille ammattihenkilöille ei ole käytännön terveydenhuollon toiminnan näkökulmasta toimivaa ostopalveluhenkilökunta ja toimenpiteiden intensiteettierojen mahdollistama päätöksenteon porrastus huomioiden. Tästä johtuen välttämättömän terveydenhuollon antamista päätöksentekokyvyttömille, hoitoa vastustaville potilaille sääntelevässä luvussa tulisi olla erillinen kirjaus siitä, että luvun säännösten soveltaminen tapahtuu virkavastuulla.

Myöhemmin, kun somaattisessa hoidossa käytettävästä rajoittamissääntelystä on kertynyt kokemusta, on mahdollista tarkastella uudelleen, olisiko terveydenhuollon rajoittamissääntely kaikkien potilasryhmien osalta koottavissa yhteen lakiin yhtenäisellä pakon käytön määritelmällä, yhtenäisellä soveltamisalalla, yhtenäisellä kohderyhmällä, yhtenäisin perustein, ja yhtenäisellä puuttumisen intensiteetin mukaan porrastetulla rajoittamistoimenpidevalikoimalla, yhtenäisellä puuttumisen intensiteetin mukaan porrastetulla päätöksentekomenettelyllä ja yhtenäisin puuttumisen intensiteetin mukaan porrastetuin oikeusturvakeinoin.

10.3.3 Syrjintäneutraali CRPD:n mukainen malli?

10.3.3.1 Säännelty malli

CRPD:n tavoite, periaate, oikeus ja muiden oikeuksien toteutumisen arviointiperuste on vammaisten yhdenvertaisuus ja syrjinnän kielto. CRPD-komitean tulkinta 14 art. vapaudenriiston osalta pitää sopimusmääritelmän mukaisiin vammaisiin kohdennettua pakkohoitoa vammaisiin kohdistuvana mielivaltaisena vapaudenriistona, ja rajoittamistoimenpiteiden käyttöä vammaisiin kohdistuvana 15 art. mukaisena kidutuksena ja epäinhimillisenä kohteluna, ja on suositellut jäsenmaille pakkohoitoa ja rajoittamistoimenpiteitä koskevan sääntelyn kumoamista. Mikäli pakkohoidosta ja rajoittamistoimenpiteistä ei lainkaan säänneltäisi, oltaisiin somaattisen hoidon osalta jatkossakin nykyisen kaltaisessa tilanteessa, jossa toimenpiteet oikeutettaisiin viime kädessä pakkotila- ja hätävarjelusäännöksin. Kirjallisuudessa[2316] on etsitty syrjintäneutraalia mallia suojelemisen mahdollistamiseksi CRPD:n voimaan tulon jälkeisenä aikana.

Tahdosta riippumatonta hoitoa ja rajoittamista koskevan sääntelyn potilasryhmäkohtainen kohdentaminen olisi CRPD:n näkökulmasta vammaisia syrjivää, vaikka se mahdollistaisikin rajoitusten paremman potilasryhmäkohtaisen räätälöinnin. Näin ollen syrjintäneutraaliuteen pyrkivässä sääntelymallissa on välttämätöntä

2316 Esimerkiksi Bach – Kerzner 2010; Flynn – Arstein-Kerslake 2017 ja Opgenhaffen 2020.

lähteä siitä, että terveydenhuollon rajoittamissääntely kootaan yhteen lakiin. Syrjintäneutraalia mallia lähdetään rakentamaan välttämättömän terveydenhuollon turvaamisen näkökulmasta eli hoidon antamiseksi hengen ja terveyden suojelemiseksi välttämättömissä tilanteissa. Tästä näkökulmasta pakkohoitoa ja rajoittamistoimenpiteiden käyttöä koskeva sääntely voitaisiin tässäkin mallissa toteuttaa omana lukunaan potilaslakiin, rajata se soveltamisalan ja kohderyhmän osalta välttämättömään niin hyvin kuin mahdollista, ja rajoittamisperusteiltaan, toimenpidevalikoimaltaan ja menettelyiltään ihmisoikeussopimusten ja valvontaelinten, tässä erityisesti CRPD-komitean, ratkaisukäytännön kanssa yhteensopivaksi.

Syrjintäneutraaliuteen pyrkivän sääntelyn osalta olisi periaatteessa mahdollista soveltaa pääosin samoja soveltamisalarajauksia kuin edellä on esitetty mm. ikärajan, sääntelyn soveltamispaikan ja päällekkäisen sääntelyn poissulkevien rajausten osalta. Koska sääntelyn tulisi yhdenvertaisuuden näkökulmasta kattaa kaikki potilasryhmät, myös mielenterveyspotilaat, tulisi mielenterveyslain soveltamista koskeva soveltamisalarajaus jättää huomiotta, ja sisällyttää myös mielenterveyspotilaat potilaslakiin laadittavan rajoittamissääntelyn soveltamisalaan. Koska kaikki potilaat tekisivät yhdenvertaisesti päätöksiä omassa asiassaan päätöksentekokyvystään riippumatta, potilaat olisivat lähtökohtaisesti kykeneviä antamaan suostumuksensa tai kieltäytymään kaikista tutkimuksista ja hoidoista ja turvallisuutta lisäävien toimenpiteiden käytöstä. Potilaan suostumuksella ei kuitenkaan voitaisi oikeuttaa ainakaan perus- ja ihmisoikeuden ydinalueeseen kajoavaa toimenpidettä, kuten ei nykyäänkään.

CRPD:n 12 art. ja CRPD-komitean tulkintalinja johtavat siihen, että rajoittamissääntelyä ei voida kohdentaa päätöksentekokyvyttömiin potilaisiin, mikä olisi Euroopan neuvoston sopimusjärjestelmän kannalta perusteltu ratkaisu, sillä tällä tavoin kohdennettu sääntely syrjisi jo lähtökohtaisesti sopimuksen määritelmän mukaisia henkisesti tai älyllisesti vammaisia, kuten mielenterveyspotilaita, dementiapotilaita, aivovammapotilaita ja älyllisesti kehitysvammaisia; ja loukkaisi siten CRPD:n 12 artiklaa ja 5 artiklaa. CRPD:n yhdenvertaisuusvaatimuksen näkökulmasta rajoittamissääntelyn tulisi kohdentua kaikkiin potilaisiin yhdenvertaisin perustein[2317]. Koska kaikkien potilaiden suostumukset olisivat CRPD:n 12 art. ja CRPD-komitean tulkinnan mukaan kaikissa tilanteissa päteviä, pakon käytöllä tulee tässäkin sääntelymallissa tarkoittaa toimenpiteitä, joita potilas vastustaa. Jotta rajoittamissääntely kohtelisi kaikkia potilaita yhdenvertaisesti, sen tulisi olla diagnoosineutraalia, jolloin se mahdollistaisi potilaiden suojelun heidän sairaudestaan tai vammastaan riippumatta. Haasteeksi muodostuu se, että kaikki potilaat eivät tarvitse yhdenvertaisesti suojelua, mistä johtuen yhdenvertaisin

2317 Tästä esimerkkinä on voimassa olevan tartuntatautilain rajoittamissääntely, joka on CRPD-yhteensopiva kohdellessaan kaikkia potilaita yhdenvertaisesti riippumatta siitä, onko henkilö päätöksentekokykyinen vai ei. Tartuntatautilain rajoittamissääntelyn soveltamisen kannalta ratkaisevaa on, onko henkilö sairastunut tai epäilläänkö hänen sairastuneen yleisvaaralliseen tartuntatautiin.

perustein kaikkiin potilaisiin kohdentuva rajoittamissääntely voi tosiasiallisesti rajoittaa liikaa muiden kuin tosiasiallisesti suojelun tarpeessa olevien potilaiden itsemääräämisoikeutta, mikä ei ole yhteensopivaa Euroopan neuvoston sopimusjärjestelmän kanssa.

Yksi mahdollinen ratkaisu voisi olla rajoittamissääntelyn rakentaminen nykyisen potilaslain kiireellisen hoidon säännöksestä lähtien. Nykyinen kiireellisen hoidon säännös oikeuttaa antamaan hengen ja terveyden pelastamiseksi välttämättömän hoidon, vaikka potilaan tahdosta ei saataisi selvitystä. Tämä voidaan ymmärtää kaiken kiireellisen hoidon, paitsi somaattisen myös psykiatrisen hoidon, kattavaksi säännökseksi. Hoito ei kuitenkaan saisi olla vastoin potilaan aiemmin ilmaisemaa vakaata hoitotahtoa, mikä turvaa ”will and preferences” -kriteeriä. Kiireellisen hoidon säännöksen voisi BLTS:n näkökulmasta tulkinnallisesti rajata myös jonkin verran nykyistä lainsäätäjän tarkoitusta laajemmaksi, käsittämään välittömästi hengen tai terveyden pelastamiseksi annettavan hoidon lisäksi myös hoidon, jota ei voida lykätä myöhemmäksi. Tällöin vastustuksesta huolimatta annettava hoito kuitenkin kohdentuisi laajemmin kompetenssiperustaisen suostumusopin näkökulmasta päätöksentekokykyisiinkin potilaisiin. Koska kiireellisen hoidon säännös ei itsessään oikeuta käyttämään pakkoa tai rajoittamistoimenpiteitä, näistä tulisi säännellä erikseen. Varsinaisen rajoittamissääntelyn pitäminen erillään kiireellisen hoidon säännöksestä on oleellista, ettei kaikkien potilaiden kiireellisen hoidon antamista rajoittamissääntelyllä vaarannettaisi. Hätätilapotilaiden hoidon tulee säilyä tosiasiallisena hallintotoimintana jatkossakin. Ammattihenkilölaissa on jo kiireellisen hoidon antamiseen velvoittava säännös (15.3 §).

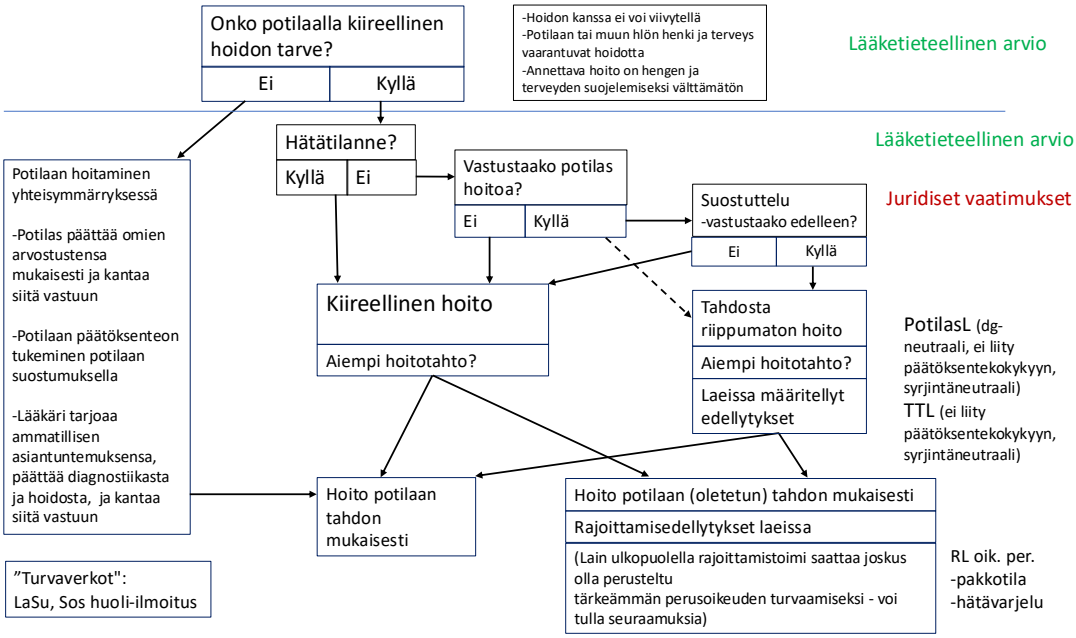
Pakon käyttöä olisi mahdollista edelleen rajata soveltamalla hoitoa vastustavaan potilasryhmään luottamusta rakentavia toimenpiteitä, eli suostuttelua, kuten edellä. Tämäkin interventio kohdistuisi tällöin väistämättä myös kompetenssiperustaisen suostumusopin käsityksen mukaan päätöksentekokykyisiin potilaisiin, ja olisi tästä näkökulmasta kyseenalainen verrattuna pelkästään päätöksentekokyvyttömien potilaiden ryhmään kohdennettuun suostutteluinterventioon. Lailla säädettynä tämä interventio voisi teoriassa olla mahdollinen. Suostuttelun käyttö kiireellisen hoidon yhteydessä voisi mahdollisesti hidastaa hoidon antamista.

Pakon käytön tarkemmaksi rajaamiseksi sitä tulisi käyttää vain hengen ja terveyden suojelemiseksi ja välttämättömän terveydenhuollon turvaamiseksi potilaille, jotka vastustavat hoitoa. Tämä tarkoittaisi tilanteita, joissa potilaan henki tai terveys vaarantuvat hoidotta, ja joissa annettava hoito on hengen ja terveyden suojelemiseksi välttämätön. Sairauden paheneminen rajoittamisperusteena laajentaisi kohderyhmän kattamaan lähes kaiken hoidon, mikä johtaisi haasteisiin itsemääräämisoikeuden toteuttamisen kannalta, eikä sitä sen vuoksi voitaisi käyttää. Potilaan etua ei olisi mahdollista käyttää lisäkriteerinä, sillä CRPD-komitean tulkinnan mukaan potilaan edun periaate tulisi korvata potilaan tahdolla ja mieltymyksillä. Tällä rajauksellakin sääntely ulottuisi vielä Euroopan neuvoston sopimusjärjestelmän ja

kompetenssiperustaisen suostumusopin näkökulmasta tosiasiallisesti päätöksentekokykyisiinkin potilaisiin.

Kiireellisen hoidon säännökseen voitaisiin Norjan tapaan lisätä oikeus hoitaa potilasta näissä tilanteissa hänen vastustuksestaan huolimatta. Tällöin tulisi kuitenkin potilaan itsemääräämisoikeuden optimaaliseksi toteuttamiseksi säännellä erikseen siitä, millaisesta hoidosta potilaalla on hoitohenkilökuntaa sitovasti oikeus kieltäytyä, ja mikä on tämän kieltäytymisen merkitys kiireellisen hoidon antamiseen nähden. Esimerkiksi Norjassa ja Tanskassa potilas voi kieltäytyä verensiirroista ja elämää ylläpitävästä hoidosta toivottomassa tilanteessa, eikä hänen nälkälakkoaan saada keskeyttää. Nämä tahdonilmaisut tulevat sovellettavaksi myös kiireellistä hoitoa annettaessa. Lisäksi Tanskassa potilas voi hoitotahdossaan sitovasti ilmaista kieltäytymisensä pakkohoidosta.

Tästä huolimatta pakon käyttö kohdistuisi nykytilaan nähden osin myös päätöksentekokykyisiin potilaisiin, mikä ei olisi Euroopan neuvoston sopimusjärjestelmän mukaista. Toisaalta on huomioitava, että vastustuksesta huolimatta annettavan hoidon kytkeminen kiireellisen hoidon säännökseen tarkoittaisi samalla pakon käytön kannalta nykytilaan nähden kapeampaa soveltamisalarajausta. Tästä näkökulmasta tarvittaisiin tarkempaa arviointia siitä, riittäisikö tähän tapaan rakennettu sääntely kattamaan niitä tilanteita, joissa hengen ja terveyden suoja ja välttämätön terveydenhuolto tulee tosiasiallisesti turvata. Todennäköisesti näin ei olisi. Kiireellisen hoidon säännökseen perustuva sääntelymalli kattaisi todennäköisesti päivystyksen ja teho-osaston sääntelytarpeet, mahdollisesti ensihoidon ja osaksi ehkä myös akuuttisairaanhoidon sääntelytarpeita, mutta ei pitkäaikaishoidon tai palveluasumisyksiköiden sääntelytarpeita. Rajanvetokysymyksiä kohdattaisiin erityisesti kiireellisen hoidon määritelmän ja rajoitustoimenpiteiden keston osalta. Pakkohoidossa potilaan itsemääräämisoikeutta tulee toteuttaa niin pitkälle kuin mahdollista. Välittömässä hengen ja terveyden vaarassa olevien hätätilapotilaiden hoitoon tulee tässäkin mallissa olla oma kevyempi, ensisijaisesti tosiasiallisena hallintotoimintana pysyvä, menettelynsä.



Kuva 5: CRPD-yhteensopiva sääntelymalli?

Säätelyn kohdentamisen ja itsemääräämisoikeuden toteuttamisen lisäksi CRPD-yhteensopivassa mallissa on yhteensovittamishaasteita myös itse pakkohoidon ja rajoittamistoimenpiteiden osalta. Mikäli rajoittamissäätelyn kohderyhmä pystyttäisiin yhteensovittamaan Euroopan neuvoston sopimusjärjestelmän ja CRPD:n kanssa yhteensopivaksi, tahdosta riippumattoman hoidon ja rajoittamistoimenpiteiden osalta voitaisiin periaatteessa hyödyntää edellä kuvattuja yleisiä rajoittamisperiaatteita, sääntelytekniikkaa ja rajoittamistoimenpidevalikoimaa, sekä intensiteettiin ja rajoittamistoimenpiteen kestoon perustuvaa porrastusta päätöksentekomenettelyn ja oikeusturvakeinojen suhteen. Tästä huolimatta olisi CRPD-komitean tulkintakäytäntö huomioiden kyseenalaista, olisiko tahdosta riippumaton hoito ja rajoittamistoimenpiteiden käyttö kuitenkaan CRPD:n periaatteiden ja tulkinnan kanssa yhteensopivaa. Mikäli tahdosta riippumatonta hoitoa ja rajoittamistoimenpiteitä koskeva sääntely syrjintäneutraaliudestaan huolimatta kohdentuisi suhteettoman voimakkaasti vammaissopimuksen tarkoittamiin vammaisiin, eli kaikkiin niihin potilasryhmiin, joihin tällä hetkellä rajoittamissäätelyä kohdentuu ja joihin sitä somaattisessa hoidossa olisi tarpeen kohdentaa, sitä pidettäisiin vammaisia syrjivänä ja siten vammaissopimusta loukkaavana. Laajemmin kohdentuvana sääntely taas loukkaisi Euroopan neuvoston sopimusten periaatteita.

CRPD:n implementointi nykyisenlaisella CRPD-komitean tulkintakäytännöllä siirtää perus- ja ihmisoikeuksien punninnan painopisteen itsemääräämisoikeuden

toteuttamiseen jopa suojelemisen kustannuksella. Muutos on perinteisestä kompetenssiperustaisesta suostumusopista luopumisen ja rajoittamissääntelyn kannalta huomattava. Vaikka muutospaine toisaalta parhaimmillaan voisi tarkoittaa itsemääräämisoikeus- ja mahdollisesti myös rajoittamissääntelyn yksinkertaistumista, se voi tosiasiallisesti jopa vaarantaa haavoittuvimmassa asemassa olevan henkisesti tai älyllisesti heikentyneen vammaisryhmän hengen ja terveyden suojan ja välttämättömän terveydenhoidon toteutumisen, ja johtaa ammattihenkilölain sääntelyn perusteella oikeudelliseen ristiriitaan myös ammattieettisten velvollisuuksien kanssa. Lisäksi CRPD-komitean nykyisen tulkintakäytännön soveltaminen voisi tosiasiallisesti johtaa eri vammaisryhmien keskenään epäyhdenvertaiseen kohteluun, sillä osalla sopimuksen tarkoittamista vammaisryhmistä ei ole päätöksentekoon lähtökohtaisesti vaikuttavaa heikentymää, jolloin he kykenevät funktionaalisen päätöksentekokyvyn mallin mukaiseen punnintaan, mutta haavoittuvimmassa asemassa olevat eivät tosiasiallisesti tähän kykene. Silti heidän tulisi CRPD:n ja CRPD-komitean tulkintakäytännön mukaan tehdä päätöksiä ja voida kieltäytyä hoidostaan.

10.3.3.2 Sääntelemätön malli

Sääntelemätön malli lähtee siitä, että somaattista hoitoa koskevaa rajoittamissääntelyä ei edistetä, voimassa oleva CRPD:n vammaismääritelmän mukaisia täysi-ikäisiä koskeva rajoittamissääntely tartuntatautilakia lukuun ottamatta puretaan, eikä yhteistä CPRD-yhteensopivaa rajoittamissääntelyä edes yritetä luoda. Jäljelle jäävät periaateluontoinen ja lain tasolla täsmennetty potilaan itsemääräämisoikeus kaikissa tilanteissa, riippumatta tosiasiallisesta päätöksentekokyvystä, ja oikeus välttämättömiin terveyspalveluihin sekä kiireellistä hoitoa ja avunantovelvoitetta koskevat säännökset. Jäljellä ovat myös (kaikkien osapuolten) periaateluontoiset oikeus elämään, henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen; ja yksityisyyden suojaan. Jäljelle jäävät myös julkisen vallan velvoitteet turvata välttämätön terveydenhuolto ja perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen; sekä rikoslain heitteillejättösäännös, joka käytännössä ”velvoittaa” terveydenhuollon ammattilaisen toimimaan vaaran välttämiseksi. Lisäksi jäljellä ovat rikoslain oikeuttamisperiaatteet, hätävarjelu ja pakkotila, joilla puuttuminen ilman lain säännöstä voidaan tietyin, edellä kuvatuin edellytyksin oikeuttaa ja perustella.

Sääntelemätön malli perustuu perus- ja ihmisoikeuspunnintaan: yksilölliseen tapauskohtaiseen harkintaan siitä, onko potilas hengen ja terveyden vaarassa sekä siitä, onko vaara välitön ja millainen puuttuminen vaaran välttämiseksi on paitsi välttämätöntä myös oikeasuhtaista tavoitteisiin nähden. Puuttuminen tulisi voida oikeuttaa joko rikoslain pakkotila- tai hätävarjeluperusteella. Joissakin tilanteissa myös potilaan suostumuksen voitaisiin katsoa oikeuttavan muun kuin perus- ja ihmisoikeuden ydinalueeseen kajoavan puuttumisen. Käytännössä siis somaattisen hoidon osalta säilytettäisiin nykyisin vallitseva tilanne. Laajemmin sosiaali- ja terveydenhuoltoa ajatellen psykiatrisessa hoidossa ja kehitysvammahuollossa pa-

lattaisiin ajassa taaksepäin, aikaan ennen tahdosta riippumatonta hoitoa ja rajoittamistoimenpiteitä koskevaa sääntelyä, mitä on kuvattu edellä historiakatsauksessa. Rajoittaminen perustuisi lääkintäkäytäntöön ja tavanomaisoikeudelliseen lähestymistapaan, sekä rikoslain oikeuttamisperusteisiin.

Malli kohdistuisi koko väestöön eli samanaikaisesti kaikkiin ja ei-keneenkään, joten lähtökohtaisesti se olisi syrjintäneutraali. Soveltamistilanteissa rajoittaminen potilaan suojelemiseksi voisi tosiasiallisesti kuitenkin kohdentua edellä esitellyistä EOA:n ratkaisujen ja sairaanhoitopiirien ohjeiden taustasyistä päätellen suhteettomasti CRPD:n tarkoittamiin tiettyihin vammaisryhmiin: potilaisiin, joilla on älyllisen tai henkisen toiminnan vajaus syystä tai toisesta, mikä tekisi mallista CRPD-yhteensopimattoman.

Ylin laillisuusvalvoja ja valvontaviranomainen määrittelisivät edellä esitetty huomioiden tässä mallissa rajoittamistoimenpiteiden sallitun laajuuden rajat. Rajoittamiskäytännöistä olisi toiminnan jonkinlaiseksi rajaamiseksi tarve ohjeistaa organisaatioittain tai toimintayksiköittäin, jolloin Suomeen saataisiin edellä sairaanhoitopiirien rajoittamisohjeista esitetty huomioiden lukuisa joukko todennäköisesti keskenään erilaisia rajoittamisohjeita, joiden sisällöllinen variaatio epäilemättä lisääntyisi, mikäli myös mielenterveyslain ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain rajoittamissäännökset kumottaisiin. Pystyttäisiinkö organisaatiokohtaisissa ohjeissa muotoilemaan ohjeet syrjintäneutraalisti, ja olisiko tällä tavoin laadituista ohjeista käytännössä tukea tosiasiallisessa hallintotoiminnassa, käytännön potilastyössä, toimiville?

Mallin kiistattomia heikkouksia on ilman muuta se, että perus- ja ihmisoikeuksien rajoittamisesta ei säänneltäisi lailla, minkä vuoksi malli rikkoo kaikkien Suomea sitovien ihmisoikeussopimusten ihmisoikeusrajoituksille asettamia edellytyksiä ja perustuslakivaliokunnan määrittelemiä yleisiä perusoikeuksien rajoittamisedellytyksiä. Sääntelemättömyydestä johtuen ei voitaisi myöskään taata riittäviä oikeusturvamekanismeja rajoitusten kohteeksi päätyville potilaille. Malli ei takaisi myöskään terveydenhuollon ammattihenkilölle oikeusturvaa eri velvoitteiden ristipaineissa. Toiminnan jälkikäteisarviointi rajoittamisen osalta on EOA:n ratkaisukäytännön valossa ollut jossain määrin vaihtelevaa. Toimittiinpa punnintatilanteessa niin tai näin, se voisi jälkikäteen arvioituna olla väärin päin.

10.4 Salus aegroti suprema lex

Terveydenhuoltolainsäädännössä on haettu tasapainoa itsemääräämisen ja suojelemisen periaatteiden välillä Suomen itsenäisyyden ajan. Parantamistoimiin ryhtyminen edellytti potilaan suostumusta jo sata vuotta sitten ja tietojen antamisperiaatteet vastasivat pitkälti nykykäytäntöä. Suostumuskelpoisuuden mittana pidettiin oikeustoimikelpoisuutta 1970-luvulle saakka, jonka jälkeen päätöksentekokyky tai

kyky ymmärtää suostumuksen merkitys on ollut riittävä pätevän suostumuksen antamiseen. Vuosikymmenten lääkintäeettinen ja tavanomaisoikeudellinen perinne potilaan suostumuksesta ja tietojen antamisesta kirjattiin potilaslain itsemääräämisoikeutta koskeviin säännöksiin 30 vuotta sitten. Suojelemismekanismit eivät kuitenkaan olleet yhtä kehittyneitä kuin nykyään: sata vuotta sitten painottui suojeleminen yhteiskunnan edun nimissä, yksilön itsemääräämisoikeuden kustannuksella. Pakon käytön sääntely oli suurpiirteistä, ja pakkotoimenpiteiden soveltaminen nojasi vahvasti lääkintäetiikkaan ja -käytäntöön. Sotien jälkeen painotus suojelemisessa alkoi kääntyä yksilön edun kannalle kansainvälisten ihmisoikeussopimusten ja lääkintäeettisten julistusten myötä. Samalla tahdosta riippumatonta hoitoa ja rajoittamista koskeva sääntely alkoi vähitellen muokkautua yksityiskohtaisemmaksi ja tarkkarajaisemmaksi. Perusoikeusuudistuksen myötä 1990-luvulla perusoikeussääntely muokattiin ihmisoikeussopimusvelvoitteita vastaavaksi, ja suojelemiselle perusoikeusrajoitusten keinoin linjattiin periaatteet. Tärkeimpiä näistä on laillisuusperiaate: perus- ja ihmisoikeusrajoituksista on säänneltävä lailla.

Voimassa oleva rajoittamissääntely ei silti edelleenkään kata kaikkia somaattisessa hoidossa esiintyviä tilanteita, joissa joudutaan turvautumaan potilaan perus- ja ihmisoikeuksien rajoittamiseen potilaan tai muiden henkilöiden hengen, terveyden tai turvallisuuden suojelemiseksi. Sääntelyn puuttuessa ylin laillisuusvalvoja on käytännössä määrittänyt perus- ja ihmisoikeusrajoitusten sallitun laajuuden, ja terveydenhuollon toimintayksiköt ovat ohjeistaneet rajoittamistoimenpiteiden käytöstä sisäisillä ohjeillaan. Tutkimusaineistona tarkasteltujen sairaanhoitopiirien ohjeiden perusteella potilaisiin kohdistetaan rajoittamistoimenpiteitä eri toimintayksiköissä erilaisin perustein, edellytyksin ja sisällöin. Terveydenhuollon toimintayksiköiden ohjeilla potilaiden perus- ja ihmisoikeuksien toteutumista ei siis voida turvata valtakunnallisesti yhdenvertaisesti. Perus- ja ihmisoikeussääntelyn näkökulmasta somaattista hoitoa koskevalle rajoittamissääntelylle on tarve.

Perinteisesti Euroopan neuvoston ja YK:n ihmisoikeussopimusten tulkinnassa on hyväksytty tietyin reunaehdoin potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen, tahdosta riippumaton hoito, ja rajoittamistoimenpiteiden käyttö terveydenhuollossa potilaan suojelemistarkoituksessa. Vuonna 2016 ratifioitu CRPD ja CRPD-komitean tulkinta haastavat kuitenkin perinteisen kompetenssiperustaisen suostumusopin, itsemääräämisoikeutta ja suojelemista koskevan perinteisen perus- ja ihmisoikeuspunninnan, kansallisen voimassa olevan rajoittamissääntelyn ja uudet sääntelytarpeet. CRPD ja CRPD-komitean tulkinta edellyttävät itsemääräämisoikeusmallin muutosta solidaristisesta perfektionistiseen, kaikkien potilaiden itsemääräämisoikeuden tunnustamista kaikissa tilanteissa, päätöksentekokyvyn arvioinnista luopumista, potilaan edun näkökulman korvaamista parhaalla tulkinnalla potilaan tahdosta ja mieltymyksistä, ja sijaispäättäjämenettelyn korvaamista potilaan päätöksenteon tukemisella. Tämä tarkoittaisi käytännössä myös kompetenssilähtöisestä suostumusopista luopumista. CRPD-komitea on lisäksi suositellut

valtioille tahdosta riippumatonta hoitoa koskevan sääntelyn kumoamista ja rajoittamistoimenpiteiden käytöstä luopumista vammaisia syrjivänä. Suomea sitovissa ihmisoikeussopimuksissa vallitseekin CRPD:n ratifioinnin myötä potilaan itsemääräämisen ja suojelemisen näkökulmasta normi- ja tulkintaristiriita, jota aiemmissa sääntely-yrityksissä ei ole laajuudeltaan tunnistettu.

Potilaslaki olisi edellä kuvatusti teknisesti helppoa muuntaa CRPD-yhteensopivaksi itsemääräämisoikeutta koskevan sääntelynsä osalta, ja CRPD:n mukainen päätöksenteon tukeminen olisikin nykyistä on-off ratkaisua joustavampi ja paremmin päätöksentekokyvyn lukuisia variaatioita huomioiva malli. CRPD:n mukaisen mallin heikkoutena ovat kuitenkin itsemääräämiseen ja suostumuskonstruktioon liittyvät epäselvyydet potilaan tahdon ja mieltymysten tai tukihenkilöiden välisissä ristiriitatilanteissa, full support -tilanteissa ja hätätilanteissa. Lisäksi tosiasiallisesti päätöksentekoon kykenemätön potilasryhmä voisi jäädä vaille suojelua varsinkin, jos nykyisenlainen rajoittamissääntely kokonaan purettaisiin. Sääntely ei myöskään olisi BLTS:n tai EIT:n ratkaisukäytännön mukainen. Ihmisoikeussopimusten yhteensovittamisnäkökulmasta potilaslaissa voitaisiin yhdistää päätöksenteon tukeminen epävirallisen tukihenkilön toimesta ja sijaispäätöksenteko ääritilanteissa, kun potilas ei kykene tuettunakaan päättämään hoidostaan. Tällä tavoin täydennettynä potilaslaki noudattaisi Euroopan neuvoston sopimuksia ja olisi yhteensopivampi CRPD:n periaatteiden kanssa, vaikkei täysin sopimuksen periaatteita sijaispäättäjän käytön osalta noudattaisikaan. Potilaan itsemääräämisoikeuden ja suojelemisen periaatteet saataisiin kuitenkin paremmin tasapainotettua kuin täysin CRPD-yhteensopivassa ratkaisussa.

Rajoittamissääntelyn osalta edellä on hahmoteltu Euroopan neuvoston sopimusjärjestelmän kanssa yhteensopiva päätöksentekokykyyn perustuva sääntelymalli, ja CRPD:n kanssa yhteensopivampi syrjintäneutraaliuteen pyrkivä sääntelymalli. Vallitsevien ihmisoikeustason normi- ja tulkintaristiriitojen vuoksi molemmissa malleissa on heikkoutensa Suomea sitovien ihmisoikeussopimusten loukkausten muodossa. Päätöksentekokykyyn perustuvan mallin muut heikkoudet painottuvat itsemääräämisoikeuden toteuttamiskysymyksiin päätöksentekokyvyn arvioinnin vaikeuden, ja sijaispäättäjän käyttöön liittyvien ongelmien vuoksi. Päätöksentekokykyyn perustuvassa sääntelymallissa suojeleminen voidaan kuitenkin kohdentaa EIS:n ja EIT:n ratkaisukäytännön sekä BLTS:n kanssa yhteensopivasti siihen haavoittuvimmassa asemassa olevaan ryhmään potilaita, joka ei kykene ymmärtämään tilannettaan ja vastustaa hoitoa, ja jota julkisella vallalla on velvollisuus suojella hengen, terveyden ja välttämättömän terveydenhoidon turvaamiseksi. Käytännössä erityisen haavoittuvassa asemassa olevien henkilöiden henki, terveys ja välttämätön terveydenhuolto kyettäisiin tässä sääntelymallissa turvaamaan, kuten nykyäänkin.

Syrjintäneutraalin, mahdollisesti CRPD-yhteensopivan sääntelymallin heikkoutena ovat sääntelyn kohdentamisen vaikeuskertoimet, ja riski siitä, että rajoittamissääntely kuitenkin tosiasiallisesti kohdentuu suhteettoman voimakkaasti

sopimuksessa tarkoitettuihin vammaisiin, ja muodostuu siten vammaisia syrjiväksi ja sopimusloukkaukseksi. Sääntelymallin etuna voitaisiin pitää rajoittamissääntelyn yksikertaistumista. Syrjintäneutraali sääntelymalli voi olla mahdollista rakentaa kiireellistä hoitoa koskevan säännöksen pohjalta, mutta tähän vaihtoehtoon liittyy omat haasteensa, mm. sääntelyn soveltamisalan riittävyyden kannalta. Sääntely ei todennäköisesti soveltuisi kaikkiin niihin tilanteisiin, joissa haavoittuvimmassa asemassa olevia potilaita nykyään suojellaan. Mikäli rajoittamissääntelystä jouduttaisiin CRPD-komitean tulkintakäytännön mukaisesti kokonaan luopumaan, voisi sopimusmääritelmän mukaisiin vammaisiin kuuluvien erityisen haavoittuvassa asemassa olevien henkilöiden muiden perus- ja ihmisoikeuksien ja muiden henkilöiden oikeuksien toteuttaminen oleellisesti vaarantua. Ilman interventioon oikeuttavia säännöksiä hengen, terveyden ja välttämättömän terveydenhuollon turvaamiseen ei tällöin käytännössä olisi keinoja rikoslain oikeuttamisperusteita lukuun ottamatta, ja haavoittuvimmassa asemassa olevat henkilöt voisivat edesottamuksineen jäädä jopa hoidotta. OPCAT-alakomitean kannanoton mukaan tämäkin täyttäisi epäinhimillisen kohtelun määritelmän. Lisäksi eri vammaisryhmät joutuisivat siten keskenään epäyhdenvertaiseen asemaan hengen ja terveyden suojan ja välttämättömän terveydenhuollon turvaamisen näkökulmasta. Rajoittamissääntelystä luopuminen aiheuttaisi myös ristiriidan ammattihenkilölain 15 §:n myötä oikeudellisestikin velvoittaviin ammattieettisiin periaatteisiin nähden.

Sääntelymalleista päätöksentekokykyyn perustuva malli huomioi edellä esitetyn valossa eri perus- ja ihmisoikeuksien yhteensovittamisen kokonaisuuden syrjintäneutraalia mallia paremmin. Vallitsevien ihmisoikeussääntelyn normi- ja tulkintaristiriitojen vuoksi tarvitaan kuitenkin lisää tutkimusta Suomea sitovien ihmisoikeussopimusten yhteensovittamisesta ja normi- ja tulkintaristiriitojen ratkaisemisesta terveysoikeudessa. Kansallisella tasolla ihmisoikeustason normi- ja tulkintaristiriitoja ei ole mahdollista lopullisesti ratkaista, vaan yhteensovittamisen tulisi tapahtua ihmisoikeussopimusten ja niiden valvontaelinten tulkintakäytännön tasolla. Radikaalin vaihtoehdon keskustelunavaukseen voisi tarjota CRPD:n 47 art. mukainen ehdotus sopimusmuutoksesta. Vaihtoehto ei kuitenkaan olisi poliittisesti korrektein.

Potilaan itsemääräämisoikeuden ja hengen ja terveyden suojan; vapausoikeuksien, yksityisyyden suojan ja välttämättömän terveydenhuollon turvaamisen yhteensovittaminen on eettisine kysymyksineen vaativaa. Periaateluontoiset oikeudet eivät soveltamistilanteessa syrjäytä toisiaan siten, että jokin oikeus menettäisi merkityksensä, vaikkakin kollisiotilanteessa yksittäinen oikeus voi saada toista suuremman painoarvon. Eri oikeuksien välistä keskinäistä etusijajärjestystä ei lähtökohtaisesti ole, ja vaikka eri oikeudenaloilla perus- ja ihmisoikeudet painottuvatkin eri tavoin, yksiselitteistä etusijajärjestystä ei ole olemassa edes oikeudenalakohtaisesti. Kollisiotilanteet on siis ratkaistava aina tapauskohtaisesti. CRPD:ssa yhdenvertaisuus ja syrjinnän kielto painottuvat sopimuksen tavoitteena, periaatteena, oikeutena ja

kaikkien muiden oikeuksien toteutumisen arviointiperusteena niin vahvasti, että CRPD-komitean ratkaisukäytännössä ei käytännössä päästä yhdenvertaisuuden ja syrjinnän arviointia syvempään ihmisoikeuksien punnintaan ja yhteensovittamiseen, muiden ihmisoikeussopimusten valvontaelinten ratkaisukäytännöstä poiketen. Somaattista hoitoa koskevan rajoittamissääntelyn kannalta on tärkeää, että perus- ja ihmisoikeuksien keskinäinen painoarvo oikeuksien kollisioissa on yleisellä tasolla yhteensovitettu lainsäätäjän toimesta. Tapauskohtainen punninta jää silti terveydenhuollon ammattihenkilöiden tehtäväksi. Terveydenhuollon toiminnan tehokkuuden ja perus- ja ihmisoikeuksien toteutumisen turvaamisen kannalta terveydenhuollon ammattilaisilla tulee olla käytettävissään selkeät juridiset raamit, joiden sisällä päätökset voidaan tehdä pääasiassa lääketieteelliseen asiantuntemukseen perustuen.

Perus- ja ihmisoikeussääntelyn periaatteiden näkökulmasta tarkkarajaiselle ja yksityiskohtaiselle sääntelylle on paineita, ja yhteensovittamishaasteita on CRPD:n myötä huomattavasti enemmän. Sääntelytarkkuudessa ei tulisi kuitenkaan mennä tarkkarajaisuudesta pikkutarkkarajaisuuteen. Liiallinen sääntelytarkkuus johtaisi hyvin yksityiskohtaiseen ja vaikeasti sovellettavaan sääntelyyn, mikä voisi vaikeuttaa välttämättömän terveydenhuollon turvaamista haavoittuvimmassa asemassa olevalle potilasryhmälle, ja heikentää terveydenhuollon toiminnan tehokkuutta. Tästä näkökulmasta sääntelyn kanssa voidaan periaatteessa päätyä myös nykytilaan verrattuna huonompaan tilanteeseen. Pakon käytön sääntelyssä somaattisen hoidon osalta sääntelyn tavoitteiden, soveltamisalan, kohderyhmän, perusteiden, pakon käytön edellytysten, pakkotoimenpiteiden valikoiman, päätöksentekomenettelyn ja oikeusturvakeinojen tulee olla selkeitä. Tavat, joilla pakon käytön rajaaminen tehdään, ovat merkittävät sääntelyn toimivuuden kannalta. Aiemmat sääntely-yritykset huomioiden säädösmuutokset kannattaa vaiheistaa. Akuutein tarve on somaattista hoitoa koskevalle rajoittamissääntelylle. Terveydenhuollon rajoittamissääntelyn periaatetasoista yhtenäistämismahdollisuutta tulisi tarkastella vasta myöhemmin.

Lainsäätäjä on somaattista hoitoa koskevan rajoittamissääntelyn kanssa vaikean tehtävän edessä. CRPD:n implementointi kansalliseen sääntelyyn edellyttää Suomea sitovien ihmisoikeusvelvoitteiden yhteensovittamista, ja huomattavasti laajempaa oikeudellista ja yhteiskunnallista keskustelua, kuin asiasta tähän saakka on kotimaassa käyty. On huomioitava, että CRPD:n 12 ja 14 art. yhteensovittamishaasteet eivät kohdistu pelkästään somaattiseen hoitoon, vaan kaikkeen sosiaali- ja terveydenhuollon rajoittamissääntelyyn tartuntatautilakia lukuun ottamatta. Yhteensovittamishaasteet 12 art. osalta eivät myöskään rajoitu pelkästään terveys- tai hyvinvointioikeuteen, vaan koskettavat monia muitakin oikeudenaloja, esimerkiksi rikos- ja prosessioikeutta ja velvoiteoikeutta. Mikäli somaattista hoitoa koskevaa rajoittamissääntelyä edistetään nykyisistä ihmisoikeussopimusten normi- ja tulkintaristiriidoista huolimatta, tulee huomioida, että Wienin sopimuksen 31 art. 3(b)-kohdan mukaan jäsenvaltioiden käytännöt sopimuksen soveltamisessa osoit-

tavat jäsenvaltioiden hyväksynnän sopimuksen tulkinnasta. Valitulla tulkintalinjalla on somaattista hoitoa ja terveydenhuoltoa laajemmat vaikutukset, ja myöhempi tulkintalinjan korjaaminen ei välttämättä yhteensovittamisen näkökulmasta enää onnistukaan. Ihmisoikeusvelvoitteiden kannalta tulkinnallisesti keskeneräisessä tilanteessa sääntelyä edistettäessä normi- ja tulkintaristiriidat tulee aidosti kyetä yhteensovittamaan ja ratkaisemaan lainsäätäjän toimesta. CRPD:n ratifioinnin jälkeisenä aikana itsemääräämisen ja suojelemisen periaatteille on haettava uusi tasapaino.

LÄHTEET

VIRALLISLÄHTEET

Kansainväliset sopimukset (www.finlex.fi, ellei toisin mainittu)

Euroopan ihmisoikeussopimus muutettuna yhdennellätoista pöytäkirjalla (SopS 63/1999)

European Convention on Human Rights as amended by Protocols Nos. 11, 14 and 15; supplemented by Protocols Nos. 1, 4, 6, 7, 12, 13, and 16 www.echr.coe.int (19.12.2022)

Euroopan sosiaalinen peruskirja (SopS 44/1991)

Euroopan uudistettu sosiaalinen peruskirja (SopS 80/2002)

Kansalaisoikeuksia ja poliittisia oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus (SopS 8/1976)

Kidutuksen ja muun julman, epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen vastainen yleissopimus (SopS 60/1989)

Taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus (SopS 6/1976)

Valtiosopimusoikeutta koskeva Wienin yleissopimus (SopS 33/1980)

Vienna Convention on the Law of Treaties 1969, United Nations, Treaty Series, vol. 1155. https://legal.un.org/ilc/texts/instruments/english/conventions/1_1_1969.pdf (20.3.2024)

Yleissopimus ihmisoikeuksien ja ihmisarvon suojaamiseksi biologian ja lääketieteen alalla (SopS 24/2010)

Yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista (SopS 27/2016)

United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (A/RES/61/106). https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-Persons-with-disabilities.html (26.3.2024)

Valtiopäiväasiakirjat (www.eduskunta.fi)

HE 1/1924 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi lääkärintoimen harjoittamisesta. Eduskunnan vastaus 1/1924 vp. Digitoidut valtiopäiväasiakirjat. (30.10.2019)

HE 59/1926 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle terveydenhoitolaiksi. Eduskunnan vastaus 59/1926 vp. Digitoidut valtiopäiväasiakirjat. (16.3.2020)

HE 95/1934 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle alkoholistilaiksi. Eduskunnan vastaus 1935 vp. esitys 95 (1934 vp.). Digitoidut valtiopäiväasiakirjat. (30.10.2019)

HE 108/1934 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle mielisairaslaiksi. Digitoidut valtiopäiväasiakirjat. (24.5.2020)

HE 112/1934 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle sterilisoimislaiksi. Digitoidut valtiopäiväasiakirjat. (30.10.2019)

HE 104/1935 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle rokotuslaiksi. Digitoidut valtiopäiväasiakirjat. (16.3.2020)

HE 19/1936 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle mielisairaslaiksi. Eduskunnan vastaus. Digitoidut valtiopäiväasiakirjat. (24.5.2020)

HE 33/1938 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle sukupuolitautilaiksi. Digitoidut valtiopäiväasiakirjat. (16.3.2020)

HE 15/1945 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle pitalitautilaiksi. Digitoidut valtiopäiväasiakirjat. (16.3.2020)

HE 58/1948 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle kastroimislaiksi. Digitoidut valtiopäiväasiakirjat. (30.10.2019)
HE 59/1948 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle sterilisoimislaiksi. Digitoidut valtiopäiväasiakirjat. (30.10.2019)
HE 60/1948 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi raskauden keskeyttämisestä sekä laiksi rikoslain muuttamisesta. Digitoidut valtiopäiväasiakirjat. (30.10.2019)
HE 174/1950 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle rokotuslaiksi. Digitoidut valtiopäiväasiakirjat. Eduskunnan vastaus 1950 vp. esitys 174 (1950 vp.). Digitoidut valtiopäiväasiakirjat. (16.3.2020)
HE 21/1951 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle mielisairaslaiksi. Eduskunnan vastaus 1952 vp. esitys 21 (1951 vp.). Digitoidut valtiopäiväasiakirjat. (24.5.2020)
HE 28/1951 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle sukupuolitautilaiksi. Eduskunnan vastaus 1951 vp. esitys 28 (1951 vp.) Digitoidut valtiopäiväasiakirjat (16.3.2020)
HE 138/1959 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle raittiushuoltolaiksi. Eduskunnan vastaus 1960 vp. esitys 138 (1959 vp.). Digitoidut valtiopäiväasiakirjat. (20.9.2020)
HE 38/1963 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle terveydenhoitolaiksi. Eduskunnan vastaus 1965 vp. esitys 38 (1963 vp.). Digitoidut valtiopäiväasiakirjat. (16.3.2020)
HE 104/1969 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi raskauden keskeyttämisestä. Digitoidut valtiopäiväasiakirjat. (30.10.2019)
HE 105/1969 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle steriloimislaiksi. Digitoidut valtiopäiväasiakirjat. (30.10.2019)
HE 106/1969 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle kastroimislaiksi. Digitoidut valtiopäiväasiakirjat. (30.10.2019)
HE 85/1976 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi mielisairaslain muuttamisesta. Digitoidut valtiopäiväasiakirjat. (16.3.2020)
HE 235/1976 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi lääkärintoimen harjoittamisesta. Digitoidut valtiopäiväasiakirjat. (16.3.2020)
HE 246/1984 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle päihdehuoltolaiksi. Digitoidut valtiopäiväaineistot. (28.5.2018)
HE 44/1986 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle tartuntatautilaiksi ja laiksi sairausvakuutuslain 4 ja 4a §:n muuttamisesta. Eduskunnan vastaus 44/1986 vp. Digitoidut valtiopäiväasiakirjat. (19.9.2020)
HE 201/1989 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle mielenterveyslaiksi. Digitoidut valtiopäiväasiakirjat. (6.4.2021)
HE 185/1991 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi potilaan asemasta ja oikeuksista (7.4.2018)
HE 309/1993 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle perustuslakien perusoikeussäännöksien muuttamisesta (8.4.2018)
HE 229/1998 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi lääketieteellisestä tutkimuksesta sekä potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 6 ja 9 §:n muuttamisesta.
HE 56/2001 Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sukupuolen vahvistamisesta eräissä tapauksissa ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi. (13.12.2020)
HE 113/2001 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi mielenterveyslain ja hallinto-oikeuslain 7 § muuttamisesta (5.5.2018)
HE 44/2002 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle rikosoikeuden yleisiä oppeja koskevan lainsäädännön uudistamiseksi (6.5.2018)
HE 90/2010 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi (1.12.2024)

HE 108/2014 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaalihuollon asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta ja rajoitustoimenpiteiden käytön edellytyksistä sekä eräiksi siihen liittyviksi laeiksi (2.4.2018)
HE 284/2014 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle vammaisten henkilöiden oikeuksista tehdyn yleissopimuksen ja sen valinnaisen pöytäkirjan hyväksymisestä sekä laeiksi yleissopimuksen ja sen valinnaisen pöytäkirjan lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta ja eduskunnan oikeusasiamiehestä annetun lain muuttamisesta (17.3.2024)
HE 96/2015 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain muuttamisesta. (13.5.2018)
HE 13/2016 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle tartuntatautilaiksi ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi (27.5.2018)
HE 14/2023 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi mielenterveyslain ja hallinto-oikeuslain 7 §:n muuttamisesta. (19.5.2024)

Eduskunnan valiokuntien lausunnot ja mietinnöt

LVK julk. 4/1947 Ehdotus hallituksen esitykseksi eduskunnalle mielisairaslaiksi ja laiksi kunnallisille mielisairaanhoitolaitoksille annettavasta valtionavusta.
PeVL 8/1995 vp. Perustuslakivaliokunnan lausunto hallituksen esityksestä laiksi poliisin tehtävien suorittamisesta puolustusvoimissa (27.5.2018)
PeVL 27/1998 vp. Perustuslakivaliokunnan lausunto 27/1998 vp. Hallituksen esitys laiksi yksityisyyden suojasta työelämässä ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi (6.1.2023)
PeVL 19/2000 vp. Perustuslakivaliokunnan lausunto 19/2000 vp. Hallituksen esitys laiksi valtiontalouden tarkastusvirastosta ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi (6.1.2023)
PeVL 34/2001 vp. Perustuslakivaliokunnan lausunto 34/2001 vp. Hallituksen esitys laeiksi mielenterveyslain ja hallinto-oikeuslain 7 §:n muuttamisesta (16.11.2024)
PeVL 31/2005 vp. Perustuslakivaliokunnan lausunto 31/2005 vp. Hallituksen esitys laeiksi oikeudenkäynnistä rikosasioissa annetun lain, oikeudenkäymiskaaren ja eräiden muiden lakien rikosasioiden käsittelyä käräjäoikeudessa koskevien säännösten muuttamisesta (6.1.2023)
PeVL 5/2006 vp. Perustuslaakivaliokunnan lausunto 5/2006 vp. Hallituksen esitys laiksi lastensuojelulain muuttamisesta (17.11.2024)
PeVL 16/2010 vp. Perustuslakivaliokunnan lausunto 16/2010 vp. Hallituksen esitys laiksi ulkomaalaislain muuttamisesta (6.1.2023)
PeVL 24/2010 vp. Perustuslakivaliokunnan lausunto 24/2010 vp. Hallituksen esitys laeiksi ihmisen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellisestä käytöstä annetun lain, sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 5 §:n ja sairausvakuutuslain 7 luvun 4 §:n muuttamisesta (17.11.2024)
PeVL 30/2010 vp. Perustuslakivaliokunnan lausunto 30/2010 vp. Hallituksen esitys valvontarangaistusta ja sähköistä valvontaa avolaitoksissa koskevaksi lainsäädännöksi (6.1.2023)
PeVL 10/2012 vp. Perustuslakivaliokunnan lausunto 10/2012 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle biopankkilaiksi sekä laeiksi ihmisen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellisestä käytöstä annetun lain ja potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamiseksi (17.11.2024)
PeVL 4/2013 vp. Perustuslakivaliokunnan lausunto 4/2013 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle valvottua koevapautta koskevaksi lainsäädännöksi (6.1.2023)
PeVL 5/2014 vp. Perustuslakivaliokunnan lausunto 5/2014 vp. Hallituksen esitys laiksi mielenterveyslain muuttamisesta (17.11.2024)
PeVL 15/2015 vp. Perustusvaliokunnan lausunto 15/2015 vp. Hallituksen esitys laiksi kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain muuttamisesta (13.5.2018)

PeVL 11/2016 vp. Perustuslakivaliokunnan lausunto 11/2016 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle tartuntatautilaiksi ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi (16.11.2024)
PeVL 12/2016 vp. Perustuslakivaliokunnan lausunto 12/2016 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain muuttamisesta (16.11.2024)
PeVM 25/1994 vp. Perustuslakivaliokunnan mietintö n:o 25 Hallituksen esitys perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta (9.4.2018)
PeVM 12/2010 vp. Perustuslakivaliokunnan mietintö 12/2010 vp. Hallituksen esitys laeiksi eduskunnan oikeusasiamiehestä annetun lain ja valtioneuvoston oikeuskanslerista annetun lain muuttamisesta (6.1.2023)
StVM 12/1992 vp. Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintö n:o 12. Hallituksen esitys laiksi potilaan asemasta ja oikeuksista.
StVM 4/2016 vp. Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintö 4/2016. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain muuttamisesta. (3.12.2023)
StVM 24/2016 vp. Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintö 24/2016. Hallituksen esitys tartuntatautilaiksi ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi. (6.1.2023)
TaVM 2/1924 vp. Talousvaliokunnan mietintö N:o 2 hallituksen esityksen 1/1924 vp. johdosta laiksi lääkärintoimen harjoittamisesta. Digitoidut valtiopäiväasiakirjat. (30.10.2019)
TaVM 11/1935 vp. Talousvaliokunnan mietintö N:o 11 hallituksen esityksen 108/1934 vp. johdosta mielisairaslaiksi. Digitoidut valtiopäiväasiakirjat. (24.5.2020)
TaVM 12/1935 vp. Talousvaliokunnan mietintö N:o 12 hallituksen esityksen johdosta rokotuslaiksi. Digitoidut valtiopäiväasiakirjat. (16.3.2020)
TaVM 27/1950 vp. Talousvaliokunnan mietintö n:o 27 hallituksen esityksen johdosta rokotuslaiksi. Digitoidut valtiopäiväasiakirjat. (16.3.2020)
TaVM 9/1960 vp. Talousvaliokunnan mietintö n:o 9 hallituksen esityksen johdosta raittiushuoltolaiksi. Digitoidut valtiopäiväasiakirjat. (20.9.2020)
TaVM 15/1969 vp. Talousvaliokunnan mietintö n:o 15 hallituksen esityksen johdosta laiksi raskauden keskeyttämisestä. Digitoidut valtiopäiväasiakirjat. (30.10.2019)
TaVM 16/1969 vp. Talousvaliokunnan mietintö n:o 16 hallituksen esityksen johdosta steriloimislaiksi. Digitoidut valtiopäiväasiakirjat. (30.10.2019)

Komiteanmietinnöt

KM 1908:6 Mielisairashoito-komitean mietintö, I. Varsinaisten mielisairasten hoito
KM 1923:2 Mielisairaanhoitokomitean mietintö
KM 1924:10 Ehdotus sukupuolitautien vastustamiseksi
KM 1929:5 Komitealta, joka on asetettu harkitsemaan tylsämielisten ym. sterilisoimista koskevaa kysymystä
KM 1941:17 Valtion väestöpoliittisen komitean mietintö keinotekoisesti aiheutettuja keskenmenoja koskevasta kysymyksestä
KM 1943:7 Komiteanmietintö kunnallisten mielisairaalain ja tuberkuloosiparantolain valtionavustuksen järjestämisestä
KM 1968: A11 Aborttilakikomitean mietintö
KM 1970: A12 Kehitysvammakomitean mietintö II, ehdotus kehitysvammalaiksi
KM 1971: A25 Sosiaalihuollon periaatekomitean mietintö I
KM 1979:59 Sosiaali- ja terveyshallinnon oikeussuojakomitean mietintö
KM 1982:65 Terveydenhuollon oikeussuojakomitean mietintö II ehdotus laiksi potilaan oikeuksista

Lakiluonnokset ja lausunnot lakiluonnoksista:

Lääkintöhallituksen lausunto STM:lle terveydenhuollon oikeussuojatoimikunnan II mietinnöstä 27.4.1983 dnro 1281/04/83.

Suomen lääkäriliiton lausunto STM:lle terveydenhuollon oikeussuojatoimikunnan mietinnöstä II, joka sisältää ehdotuksen laiksi potilaan oikeuksista 18.5.1983, 414/KS/hh

Oikeusministeriön lausunto STM:lle terveydenhuollon oikeussuojatoimikunnan II mietinnöstä 6.6.1983 N:o 517/43/83 OM.

Lääkintöhallituksen lausunto STM:lle luonnoksesta laiksi potilaan oikeuksista 22.8.1990 dnro 2220/01/90.

Suomen lääkäriliiton lausunto STM:lle luonnoksesta laiksi potilaan oikeuksista 3.9.1990, 427/KS/emt.

Sosiaali- ja terveysministeriö: Luonnos laiksi potilaan oikeuksista – lausuntoyhteenveto pyydetyistä lausunnoista 5.10.1990.

Sosiaali- ja terveysvaliokunnan pöytäkirja kokouksesta 4.6.1992, N:o 53/1992 vp. Liite A 5§: STM:n apulaisosastopäällikkö Marita Liljeströmin kirje sosiaali- ja terveysvaliokunnalle 21.5.1992.

Alustava luonnos 25.4.2018 Asiakas- ja potilaslaki. Saatavilla: http://stm.fi/documents/1271139/7852886/Alustava+luonnos+asiakas-+ja+potilaslaiksi+25.4.2018/db926037-5a82-429c-89cd-b6424adb6758/Alustava+luonnos+asiakas-+ja+potilaslaiksi+25.4.2018.pdf (7.6.2018)

Luonnos asiakas- ja potilaslaiksi 6.7.2018. Saatavilla: https://www.lausuntopalvelu.fi/FI/Proposal/Participation?proposalId=c951a516-0f4f-4f05-8722-d3a55b0fa4a7&proposalLanguage=-da4408c3-39e4-4f5a-84db-84481bafc744 (7.8.2018)

Luonnos (asiakas- ja potilaslain) yleisperusteluiksi 6.7.2018. Saatavilla: https://www.lausuntopalvelu.fi/FI/Proposal/Participation?proposalId=c951a516-0f4f-4f05-8722-d3a55b-0fa4a7&proposalLanguage=da4408c3-39e4-4f5a-84db-84481bafc744 (7.8.2018)

Luonnos (asiakas- ja potilaslain) yksityiskohtaisiksi perusteluiksi 6.7.2018. Saatavilla: https://www.lausuntopalvelu.fi/FI/Proposal/Participation?proposalId=c951a516-0f4f-4f05-8722-d3a55b0fa4a7&proposalLanguage=da4408c3-39e4-4f5a-84db-84481bafc744 (7.8.2018)

Lausuntopyyntö luonnoksesta hallituksen esitykseksi uudeksi asiakas- ja potilaslaiksi ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi.xlsx. Saatavilla https://www.lausuntopalvelu.fi/FI/Proposal/Participation?proposalId=c951a516-0f4f-4f05-8722-d3a55b0fa4a7 (24.5.2019)

20190524_Lausuntopyyntö luonnoksesta hallituksen esitykseksi uudeksi asiakas- ja potilaslaiksi ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi.pdf. Saatavilla https://www.lausuntopalvelu.fi/FI/Proposal/Participation?proposalId=c951a516-0f4f-4f05-8722-d3a55b0fa4a7 (24.5.2019)

ULKOMAISET VIRALLISLÄHTEET

YK:n Kidutuksen vastaista sopimusta valvova komitea ja lisäpöytäkirjaa valvova alakomitea:

CAT/C/GC/2 UN Committee Against Torture: Convention against torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment General comment No. 2. 24.1.2008. Saatavilla: https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g08/402/62/pdf/g0840262.pdf?token=4S-HaYbNizjSpaWAOxG&fe=true (1.4.2024)

CAT/OP/27/2 UN Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment: Approach of the Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment regarding the rights of persons institutionalized and treated medically without informed consent. 26.1.2016. Saatavilla: https://tbinternet.ohchr.org (13.4.2024)

YK:n Ihmisoikeuskomitea:

CCPR/C/GC/35 UN Human Rights Committee: International Covenant on Civil and Political Rights General Comment No. 35 Article 9 (Liberty and security of person) 16.12.2014. Saatavilla: https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/ccpr/general-comments (31.3.2024)

UN Human Rights Committee: International Covenant on Civil and Political Rights General Comment No. 16: Article 17 (Right to Privacy) The Right to Respect of Privacy, Family, Home and Correspondence, and Protection of Honour and Reputation. Saatavilla: https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/ccpr/general-comments (20.10.2024)

UN Human Rights Committee: International Covenant on Civil and Political Rights General Comment No. 18 Non-discrimination. 37th session, 1989. Saatavilla: https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/ccpr/general-comments (31.3.2024)

UN Human Rights Committee: International Covenant on Civil and Political Rights General Comment No. 20 Article 7 (Prohibition of torture, or other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment) 44th session, 1992. Replaces general comment No. 7. Saatavilla: https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/ccpr/general-comments (31.3.2024)

UN Human Rights Committee: International Covenant on Civil and Political Rights General Comment No. 21 Article 10 (Humane treatment of persons deprived of their liberty). 44th session, 1992. Replaces General comment 9 (Annex VI, B). Saatavilla: https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/ccpr/general-comments (31.3.2024)

CCPR/C/BGR/CO/3 UN Human Rights Committee Consideration of reports submitted by states parties under article 40 of the covenant Concluding observations of the Human Rights Committee Bulgaria 19.11.2011. Saatavilla: https://tbinternet.ohchr.org (1.4.2024)

CCPR/C/CMR/CO/4 UN Human Rights Committee Consideration of reports submitted by states parties under article 40 of the covenant Concluding observations of the Human Rights Committee Cameroon 4.8.2010. Saatavilla: https://tbinternet.ohchr.org (1.4.2024)

CCPR/C/CZE/CO/2 UN Human Rights Committee Consideration of reports submitted by states parties under article 40 of the covenant Concluding observations of the Human Rights Committee Czech Republic 9.8.2007. Saatavilla: https://tbinternet.ohchr.org (1.4.2024)

CCPR/C/HND/CO/1 UN Human Rights Committee Consideration of reports submitted by states parties under article 40 of the covenant Concluding observations of the Human Rights Committee Honduras 13.12.2006. Saatavilla: https://tbinternet.ohchr.org (1.4.2024)

CCPR/C/KOR/CO/3 UN Human Rights Committee Consideration of reports submitted by states parties under article 40 of the covenant Concluding observations of the Human Rights Committee Republic of Korea 28.11.2006. Saatavilla: https://tbinternet.ohchr.org (1.4.2024)

CCPR/C/MDA/CO/2 UN Human Rights Committee Consideration of reports submitted by states parties under article 40 of the covenant Concluding observations of the Human Rights Committee Republic of Moldova 4.11.2009. Saatavilla: https://tbinternet.ohchr.org (1.4.2024)

CCPR/C/NOR/CO/6 UN Human Rights Committee Consideration of reports submitted by states parties under article 40 of the covenant Concluding observations of the Human Rights Committee Norway 18.11.2011. Saatavilla: https://tbinternet.ohchr.org (1.4.2024)

YK:n Vammaisten oikeuksia valvova komitea (CRPD-komitea):

CRPD/C/GC/1 UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Convention on the Rights of Persons with Disabilities General Comment No. 1 (2014) Article 12: Equal recognition before the law. Saatavilla: https://tbinternet.ohchr.org (29.3.2024)

CRPD/C/GC/6 UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Convention on the Rights of Persons with Disabilities General Comment No. 6 (2018) on equality and non-discrimination. Saatavilla: https://tbinternet.ohchr.org (1.4.2024)
A/72/55: UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities The right to liberty and security of persons with disabilities. Adopted during the Committee's 14th session, held in September 2015. Annex of A/72/55: Report of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities – 13th through 16th sessions (2015-2016). Saatavilla: https://www.ohchr.org (29.3.2024)
CRPD/C/AUS/CO/1 UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Convention on the Rights of Persons with Disabilities Concluding observations on the initial report of Australia 12.9.2013. Saatavilla: https://tbinternet.ohchr.org (3.5.2024)
CRPD/C/DOM/CO/1 UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Convention on the Rights of Persons with Disabilities Concluding observations on the initial report of the Dominican Republic 8.5.2015. Saatavilla: https://tbinternet.ohchr.org (3.4.2024)
CRPD/C/DNK/CO/1 UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Convention on the Rights of Persons with Disabilities Concluding observations on the initial report of Denmark 30.10.2014. Saatavilla: https://tbinternet.ohchr.org (3.4.2024)
CRPD/C/ECU/CO/1 UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Convention on the Rights of Persons with Disabilities Concluding observations on the initial report of Ecuador 27.10.2014. Saatavilla: https://tbinternet.ohchr.org (29.3.2024)
CRPD/C/HRV/CO/1 UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Convention on the Rights of Persons with Disabilities Concluding observations on the initial report of Croatia 15.5.2015. Saatavilla: https://tbinternet.ohchr.org (3.4.2024)
CRPD/C/NZL/CO/1 UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Convention on the Rights of Persons with Disabilities Concluding observations on the initial report of New Zealand 31.10.2014. Saatavilla: https://tbinternet.ohchr.org (29.3.2024)
CRPD/C/PER/CO/1 UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Convention on the Rights of Persons with Disabilities Concluding observations on the initial report of Peru 16.5.2012. Saatavilla: https://tbinternet.ohchr.org (3.4.2024)
CRPD/C/SVK/CO/1 UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Convention on the Rights of Persons with Disabilities Concluding observations on the initial report of Slovakia 17.5.2016. Saatavilla: https://tbinternet.ohchr.org (3.4.2024)
CRPD/C/SWE/CO/1 UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Convention on the Rights of Persons with Disabilities Concluding observations on the initial report of Sweden 12.5.2014. Saatavilla: https://tbinternet.ohchr.org (3.4.2024)
CRPD/C/TKM/CO/1 UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Convention on the Rightsof Persons with Disabilities Concluding observations on the initial report of Turkmenistan 13.5.2015. Saatavilla: https://tbinternet.ohchr.org (3.4.2024)
CRPD/C/FIN/1 UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Initial report submitted by Finland under article 35 of the Convention, due in 2018. (Date received 9.8.2019) 24.4.2020. Saatavilla: https://tbinternet.ohchr.org (29.3.2024)
CRPD/C/FIN/Q/1 UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: List of issues in relation to the initial report of Finland. 10.10.2023. Saatavilla: https://tbinternet.ohchr.org (29.3.2024)

Kansainväliset suositukset ja ihmisoikeussopimusten valmisteluaineisto

Rec(83)2 Council of Europe Committee of Ministers Recommendation No. R(83)2 of the committee of ministers to member states concerning the legal protection of persons suffering from mental disorder placed as involuntary patients Saatavilla (pdf): https://search.coe.int/cm?i=-09000016804fe027 (30.9.2024)

Rec(99)4 Council of Europe Committee of Ministers Recommendation No. R(99)4 of the committee of ministers to member states on principles concerning the legal protection of incapable adults Saatavilla: https://search.coe.int/cm?i=09000016805e303c (7.1.2023)

ExpRec(99)4 Council of Europe Committee of Ministers Explanatory Memorandum Recommendation Rec (1999)4 on principles concerning the legal protection of incapable adults Saatavilla: https://search.coe.int/cm?i=09000016805e302a (7.1.2023)

Rec(2004)10 Council of Europe Committee of Ministers Recommendation of the committee of ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder Saatavilla: https://search.coe.int/cm?i=09000016805dc0c1 (31.7.2024)

European Convention on Human Rights Travaux préparatoires, art. 3,5,8. Saatavilla: https://www.echr.coe.int/documents/library_travPrep_table_eng.pdf (21.12.2022)

Explanatory report to the Convention for the protection of Human Rights and Dignity of Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. European Treaty Series – No. 164. Saatavilla: https://rm.coe.int/1680a8e4d0 (7.1.2023)

From Exclusion to Equality Realizing the Rights of Persons with Disabilities. Handbook for Parliamentarians on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and its Optional Protocol. UN/OHCHR/IPU. Geneva, 2007. ISBN 978-92-9142-347-7.

UN Ad Hoc Committee, Third Session, Daily summary of discussions, 26.5.2004. www.un.org (20.4.2024)

UN Ad Hoc Committee, Fifth Session, Daily summary of discussions 26.1.2005. www.un.org (20.4.2024)

Seventh session of the Ad Hoc Committee of the General Assembly: Background documents. (A/AC.265/2006) https://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahc7documents.htm (26.3.2024)

UN Ad Hoc Committee, Seventh session, Daily summary of discussions 19.1.2006. https://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahc7sum19jan.htm (6.12.2024)

UN Ad Hoc Committee, Seventh Session, Background Documents, Article 12 – Equal recognition as person before the law, People with Disability Australia (PWDA). Saatavilla: https://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahcstata12sevscomment.htm#pwda (20.4.2024)

UN Ad Hoc Committee, Seventh Session, Background Documents, Article 12 – Equal recognition as person before the law, International Disability Caucus. Saatavilla: https://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahcstata12sevscomment.htm#idc (20.4.2024)

Parliamentary Question E-000023/2022 (ASW) Draft Additional Protocol to the Council of Europe's Convention on Human Rights and Biomedicine (Oviedo Convention) Answer Given by Ms Dalli on behalf of the European Union 28.3.2022 Saatavilla: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/E-9-2022-000023-ASW_EN.html (20.4.2024)

Norja (www.regjeringen.no)

Ot. prp. nr 13 (1998-99) Odelstingsproposisjon til Stortinget om lov om helsepersonell m.v.

Ot. prp. nr 64 (2005-2006) Odelstingsproposisjon til Stortinget om lov om endringar i pasientrettslova og biobanklova

Prop. 90L (2012-2013) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven m.v. (bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi)
NOU 2019:14 Tvangsbegrensningsloven Forslag till felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten

Ruotsi (www.riksdagen.se)

Prop 2013/14:106 Regeringens proposition 2013/14:106 Patientlag
SOU 2006:110 Regler för skydd och rättssäkerhet för personer med demenssjukdom. Betänkande av Utredningen om skyddsåtgärder inom vård och omsorg för personer med nedsatt beslutsförmåga. Statens offentliga utredningar. Stockholm, 2006.
SOU 2013:2 Patientlag Delbetänkande av Patientmaktsutredningen. Statens offentliga utredningar. Stockholm, 2013.
SOU 2015:80 Lag om stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning – del 1. Betänkande av Utredningen om beslutsförmögna personers ställning i vård, omsorg och forskning. Statens offentliga utredningar. Stockholm, 2015.

Tanska (www.retsinformation.dk)

2015/1 LSF 121 11.2.2016 Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.
2016/1 LSF 185 30.3.2017 Forslag til Lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile (Tvangsbehandlingsloven)
2020/1 LSF 101 12.11.2020 Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (Mulighet for generelt informeret samtykke til mindre behandlinger af varigt inhabile patienter)

MINISTERIÖIDEN TYÖRYHMÄMUISTIOT

Työryhmämuistiot, -mietinnöt ja selvitykset

Työryhmämuistio 1987:39 Terveydenhuollon normityöryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki, 1987.
Perustuslaki 2000. Yhtenäisen perustuslain tarve ja keskeiset valtiosääntöoikeudelliset ongelmat. Työryhmän mietintö. Oikeusministeriön lainvalmisteluosaton julkaisu 8/1995. Hakapaino Oy 1996.
Perusteltuja rajoituksia vai huonoa kohtelua Selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon pakotteista. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:33. Sosiaali- ja terveysministeriö 2002.
Potilaslain 6 §:n uudistamistarpeita selvittäneen projektiryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:25. Sosiaali- ja terveysministeriö 2003.
Päihtyneen henkilön akuuttihoito – sosiaali- ja terveysministeriön ohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:65. Saatavilla: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71221/URN%3ANBN%3Afife201504226779.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
Terveydenhuollon laitosturvallisuuden kehittäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:59. Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.
Vammaisten henkilöiden oikeuksista tehdyn yleissopimuksen ja sen valinnaisen pöytäkirjan voimaansaattamista valmistelleen työryhmän mietintö. Ulkoasianministeriö 2013.
Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus -työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:14. Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.
Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus -työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 27/2018. Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.

Asettamispäätös Asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisen seurantaryhmä, 9.9.2021, VN/18216/2021, STM081:00/2021.

Asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisen tiekartta. Saatavilla: https://stm.fi/documents/1271139/48496181/Asiakkaan+ja+potilaan+itsem%C3%A4%C3%A4r%C3%A4%C3%A4misoikeuden+vahvistamisen+tiekartta+%E2%80%93+suunnitelma.pdf/7584eee7-d98e-b986-c879-f0f20ff2256c/Asiakkaan+ja+potilaan+itsem%C3%A4%C3%A4r%C3%A4%C3%A4misoikeuden+vahvistamisen+tiekartta+%E2%80%93+suunnitelma.pdf?t=1622545825806 (30.10.2024)

Opas sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä 2.0 11/2024. Sosiaali- ja terveysministeriö.

VIRANOMAISTEN KERTOMUKSET JA OHJEET

Eduskunnan oikeusasiamiehen vuosikertomukset:

Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus toiminnastaan vuodelta 1946. Valtiopäiväasiakirjat.
Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus toiminnastaan vuodelta 1953. Valtiopäiväasiakirjat.
Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus toiminnastaan vuodelta 1955. Valtiopäiväasiakirjat.
Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus toiminnastaan vuodelta 1960. Valtiopäiväasiakirjat.
Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus toiminnastaan vuodelta 1964. Valtiopäiväasiakirjat.
Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus toiminnastaan vuodelta 1973. Digitoidut valtiopäiväasiakirjat. (24.5.2020)
Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus toiminnastaan vuonna 1977. Valtion painatuskeskus 1978.
Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus toiminnastaan vuonna 1978. Valtion painatuskeskus 1979.
Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus toiminnastaan vuonna 1979. Valtion painatuskeskus 1980.
Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus toiminnastaan vuonna 1980. Valtion painatuskeskus 1981.
Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus toiminnastaan vuonna 1984. Valtion painatuskeskus 1985.
Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus toiminnastaan vuonna 1985. Valtion painatuskeskus 1986.
Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus toiminnastaan vuonna 1986. Valtion painatuskeskus 1987.
Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus toiminnastaan vuonna 1987. Valtion painatuskeskus 1988.
Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus toiminnastaan vuonna 1988. Valtion painatuskeskus 1989.
Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus toiminnastaan vuonna 1989. Valtion painatuskeskus 1990.
Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus toiminnastaan vuonna 1990. Valtion painatuskeskus 1991.
Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus toiminnastaan vuonna 1991. Valtion painatuskeskus 1992.
Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus toiminnastaan vuonna 1992. Painatuskeskus Oy 1993.
Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus toiminnastaan vuonna 1993. Painatuskeskus Oy 1994.
Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus toiminnastaan vuonna 1994. Painatuskeskus Oy 1995.
Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus toiminnastaan vuonna 1995. Oy Edita Ab 1996.
Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus toiminnastaan vuonna 1996. Oy Edita Ab 1997.
Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus toiminnastaan vuonna 1997. Oy Edita Ab 1998.
Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus toiminnastaan vuonna 1998. Oy Edita Ab 1999.
Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus toiminnastaan vuonna 1999. Oy Edita Ab 2000.

Fimea

Fimea: Potilaiden sidontajärjestelmien turvallinen käyttö. Laiteturvallisuustiedote 1/2005.

Lääkintöhallituksen kertomukset

Lääkintöhallituksen toimenpiteitä aiheuttaneet kantelu- ym. ratkaisut 1983 – lyhyt selostus tapauksista. Lääkintöhallituksen julkaisuja, nro 54. Valtion painatuskeskus 1984.

Lääkintöhallituksen toimenpiteitä aiheuttaneet kantelu- ym. ratkaisut 1984 – lyhyt selostus tapauksista. Lääkintöhallituksen julkaisuja, nro 67. Valtion painatuskeskus 1985.
Lääkintöhallituksen toimenpiteitä aiheuttaneet kantelu- ym. ratkaisut 1985 – lyhyt selostus tapauksista. Lääkintöhallituksen julkaisuja, nro 74. Valtion painatuskeskus 1986.
Lääkintöhallituksen toimenpiteitä aiheuttaneet kantelu- ym. ratkaisut 1986 – lyhyt selostus tapauksista. Lääkintöhallituksen julkaisuja, nro 98. Valtion painatuskeskus 1987.
Lääkintöhallituksen toimenpiteitä aiheuttaneet kantelu- ym. ratkaisut 1988 Lyhyt selostus tapauksista. Lääkintöhallituksen julkaisuja 139. VAPK Kampin VALTIMO 1989.
Lääkintöhallituksen toimenpiteitä aiheuttaneet kantelu- ym. ratkaisut 1989 Lyhyt selostus tapauksista. Lääkintöhallituksen julkaisuja 155. Valtion painatuskeskus 1990.
Lääkintöhallitus tiedottaa 3/1983.

Lääkintöhallituksen yleis- ja ohjekirjeet
(teoksissa Kokkonen ym. (toim.) 1986, Kokkonen ym. (toim.) 1987 tai Kokkonen ym. (toim.) 1988, ellei muuta mainittu)

YK 1870/5.6.1985 Steriloimista koskevien asioiden käsittely
YK 1865/1985 Verenluovutus ja verensiirto
YK 1875/3.7.1985 Ihmiseen kohdistuvat kliiniset lääketutkimukset
YK 1907/3.12.1986 Tartuntatautien vastustamistyön järjestäminen
OK 7.7.1975 dnro 5483/701/75 Mielisairaslain 37 §:n soveltamisesta annetut ohjeet, viitattu EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1984, s. 103-104, sekä EOA kertomus toiminnastaan vuonna 1979, s. 157-158.
OK 1.4.1978 dnro 2103/02/78 Mielisairaslain ja -asetuksen voimaantuloa koskevat ohjeet
OK 6814/02/78 Ohjekirje kliinisistä lääketutkimuksista (viitattu teoksessa Lahti, 2006)
OK 5.9.1979 dnro 1935/02/79 Raskauden keskeyttämistä ja steriloimista koskevien lomakkeiden täyttämisohjeet
OK 13.2.1980 dnro 7023/02/79 Opetuspotilaan asema
OK 26.3.1980 dnro 445/02/79 Tutkimus- ja kehittämistoiminnan järjestäminen terveyskeskuksissa ja sairaanhoitolaitoksissa
OK 14.4.1982 dnro 3024/02/80 Terminaalihoitoa koskevat ohjeet
OK 5.8.1981 dnro 1018/02/81 Mielisairaslain 37 §:n soveltaminen ja siitä sairauskertomuksiin tehtävät merkinnnät
OK 12/86 17.12.1986 Päihteiden ongelmakäyttäjien hoidon järjestäminen ja kehittäminen terveydenhuollossa
Paikallissairaalan ohje- ja johtosääntö Malli A Yhden kunnan paikallissairaalaa varten, jonka lääkärinä toimii kunnan ainoa kunnanlääkäri yksinään. Maalaiskuntien Liiton lomake No 9142 7. 59. Maalaiskuntien Liiton Kirjapaino. Helsinki, 1959.
Paikallissairaalan ohje- ja johtosääntö Malli B Kunnan tai kuntien yhteistä taikka kuntainliiton paikallissairaalaa varten, jossa on kaksi lääkäriä. Maalaiskuntien Liiton lomake No 9143 5. 59. Maalaiskuntien Liiton Kirjapaino. Helsinki, 1959.

Sairaanhoitopiirien rajoittamisohjeet

Asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttö X:n kotihoidossa, jaksohoidossa ja asumispalveluissa
C:n työpaikkaväkivallan torjunnan toimintamalli
Fyysinen rajoittaminen somaattisessa hoidossa ja asumispalveluissa Toimintakyky- ja hoivapalveluiden, Terveyspalveluiden ja Kuntoutuksen vastuualueilla
Itsemääräämisoikeus ja turvallisuus

Leposidehoitotilanne
Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttö somaattisessa sairaanhoidossa
Potilaan/asiakkaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen somaattisessa sairaanhoidossa
Potilaan eristäminen turvahuoneeseen. Yhteispäivystyksen turvallisuustyöohje
Potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamistoimenpiteet Z:n somaattisilla osastoilla
Potilaan ottaminen turvahuoneeseen B:n päivystysklinikassa
Potilaan rajoitustoimenpiteet somaattisessa hoidossa
Potilaan suojatoimenpiteet somaattisessa sairaanhoidossa – Henkilökuntaohje
Potilaaseen kohdistuvat itsemääräämisoikeuden rajoitukset somaattista hoitoa antavissa yksiköissä
Potilaaseen kohdistuvat rajoittamis- ja suojaamistoimenpiteet somaattisessa hoidossa
Potilaiden itsemääräämisoikeutta rajoittavien päätösten tekemisestä ja päätösten asianmukaisesta kirjaamisesta osastolla
Rajoittamistoimenpiteiden käyttö somaattisessa hoidossa
Rajoitustoimenpiteet somaattisessa hoidossa
Rajoitustoimenpiteet somaattisessa sairaalahoidossa ja ikääntyneiden asumispalveluissa
Rajoitustoimenpiteet muistisairaalla
Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen vanhusten asumispalveluyksiköissä ja terveyskeskussairaalassa
Somaattisen potilaan voinnin seuranta kameran avulla potilashuoneissa
Somaattisessa hoidossa olevan potilaan fyysinen rajoittaminen ja erityistarkkailuhuoneen käyttö
Suoja- ja rajoitustoimenpiteet Y:n sairaalassa ja Z:n sairaalassa
Toiminta aggressiivisen/päihde/itsetuhoisen/sekavan potilaan kanssa
Toimintaohje Potilaan rajoittaminen – kirjaamisen fraasit ja Hoke-mallipohjat
Turvahuoneen käyttö D:n yhteispäivystyksessä
Turvahuoneen käyttö F:n yhteispäivystyksessä
Väkivaltatilanteet
Yhteispäivystyksen turvallisuustyöohje (leposideohje)

OIKEUSTAPAUKSET

Suomi

Korkeimman oikeuden ratkaisut

KKO:1982-T-3938 1.4.1982 t. 3938/81 (R77/603)
KKO:1984-II-163 12.10.1984 t. 4764/83
KKO:1992:144 23.10.1992 t. 3717
KKO:2008:10 8.2.2008 t. 71
KKO:2008:78 22.7.2008 t. 1590
KKO:2011:38 8.6.2011 t. 1243
KKO:2012:81 2.10.2012 t. 1882
KKO:2019:98 30.10.2019 t. 1842

Korkeimman hallinto-oikeuden ratkaisut

KHO:2002:70 4.11.2002/2802
KHO:2005:13 7.2.2005/246
KHO:2006:85 10.11.2006/2969
KHO:2006:230 dnro 6/3/04 (ei saatavilla verkossa, viitattu EOA ratkaisussa)
KHO:2008:80 4.11.2008/2785
KHO:2013:142 9.9.2013/2761
KHO:2017:132 18.8.2017/3950

Ihmisoikeussopimusten valvontaelimet

Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen ratkaisut (HUDOC, https://hudoc.echr.coe.int, ellei muuta ilmoitettu)

Andrejeva v. Latvia 18.9.2009, no. 55707/00
Ashingdane v. the United Kingdom 28.5.1985, no. 8225/78
Bataliny v. Russia 23.7.2015, no. 10060/07
Bureš v. Tshekki 18.10.2012 www.finlex.fi (15.6.2018)
Červenka v. the Czech Republic 13.10.2016, no. 62507/12
Chassagnou and others v. France 29.4.1999, nos. 25088/94, 28331/95 and 28443/95
D. D. v. Lithuania 14.2.2012, no.13469/06
De Wilde, Ooms and Versyp v. Belgium 18.6.1971, nos. 2832/66, 2835/66 and 2899/66
Dubská and Krejzová v. the Czech Republic 15.11.2016, nos. 28859/11 and 28473/12
Elberte v. Latvia 13.1.2015, no. 61243/08
Enhorn v. Sweden 25.1.2005, no. 56529/00
Gahramanov v. Azerbaidjan 15.10.2013, no. 26291/06
Gillan and Quinton v. the United Kingdom 28.6.2010, no. 4158/05
Hadžimejlić and others v. Bosnia and Herzegovina 3.11.2015 nos. 3427/13, 74569/13 and 7157/14
Herczegfalvy v. Austria 24.9.1992, no. 10533/83
H. L. v. the United Kingdom 5.10.2004, no. 45508/99
H. M. v. Switzerland 26.2.2002, no. 39187/98
Hoffman v. Austria 23.6.1993, no. 12875/87
Hristozov and others v. Bulgaria 13.11.2012, nos. 47039/11 and 358/12
Hutchinson Reid v. the United Kingdom 20.2.2003, no. 50272/99
Konovalova v. Venäjä 9.10.2014 saatavilla: https://www.echr.coe.int/sites/search_eng/pages/search.aspx#{%22fulltext%22:[%22Konovalova%20v.%20Russia%22]} (15.6.2018)
L. H. v. Latvia 29.4.2014, no. 52019/07
Mihailovs v. Latvia 22.1.2013, no. 35939/10
M. S. v. Croatia 19.2.2015, no. 75450/12
Nielsen v. Denmark 28.11.1988, no. 10929/84
Parrillo v. Italy 27.8.2015, no. 46470/11
Polat v. Austria 20.7.2021, no. 12886/16
Raninen v. Finland 16.12.1997, no. 152/1996/771/972
Raninen v. Suomi (www.finlex.fi) (4.12.2022)
Rooman v. Belgium 31.1.2019, no. 18052/11
Shimovolos v. Russia 28.11.2011, no. 30194/09
Shtukaturov v. Russia 27.3.2008, no. 44009/05
Stanev v. Bulgaria 17.1.2012, no. 36760/06
Storck v. Germany 16.6.2005 no. 61603/00
Sýkora v. the Czech Republic 22.11.2012, no. 23419/07
T. P. and. K. M. v. the United Kingdom 10.5.2001, no. 28945/95
Vavřička and others v. the Czech Republic 8.4.2021, nos. 47621/13, 3867/14, 73094/14, 19298/15, 19306/15 and 43883/15
Winterwerp v. the Netherlands 24.10.1979, no. 6301/73
Witold Litwa v. Poland, 4.4.2000, no. 26629/95
X. v. Austria 13.12.1979, no. 8278/78. Saatavilla: https://www.stradalex.com/en/sl_src_publ_jur_int/document/echr_8278-78 (4.12.2022)
X v. Finland 3.7.2012, no. 34806/04

X v. Suomi 3.7.2012 (www.finlex.fi) (28.5.2018)
Y. F. v. Turkki 22.7.2003 (www.finlex.fi) (28.5.2018)
Y. Y. v. Turkey 10.3.2015, no. 14793/08
Z and others v. the United Kingdom 10.5.2001, no. 29392/95

YK:n Ihmisoikeuskomitean ratkaisut (https://juris.ohchr.org, 1.4.2024 ellei muuta ilmoitettu):

CCPR/C/13/D/52/1979 UN Human Rights Committee Views Communication No. 51/1979 Lopez Burgos v. Uruguay 29.7.1981. (7.4.2024)
CCPR/C/44/D/248/1987 UN Human Rights Committee Views Communication No. 248/1987 Campbell v. Jamaica 30.3.1992.
CCPR/C/35/D/265/1987 UN Human Rights Committee Views Communication No. 265/1987 Vuolanne v. Finland 7.4.1989.
CCPR/C/39/D/305/1988 UN Human Rights Committee Views Communication No. 305/1988 Van Alphen v. Netherlands 23.7.1990.
CCPR/C/66/D/613/1995 UN Human Rights Committee Views Communication No. 613/1995 Leehong v. Jamaica 13.7.1999.
CCPR/C/66/D/754/1997 UN Human Rights Committee Views Communication No. 754/1997 A. v. New Zealand 15.7.1999.
CCPR/C/75/D/854/1999 UN Human Rights Committee Views Communication No. 854/1999 Wackenheim v. France 15.7.2002.
CCPR/C/79/D/868/1999 UN Human Rights Committee Views Communication No. 868/1999 Wilson v. Philippines 30.10.2003.
CCPR/C/76/D/900/1999 UN Human Rights Committee Views Communication No. 900/1999 Mr. C. v. Australia 13.11.2002. (20.10.2024)
CCPR/C/84/D/1061/2002 UN Human Rights Committee Views Communication No. 1061/2002 Fijalkowska v. Poland 26.7.2005.
CCPR/C/89/D/1124/2002 UN Human Rights Committee Views Communication No. 1124/2002 Obodzinsky v. Canada 19.3.2007.
CCPR/C/83/D/1134/2002 UN Human Rights Committee Views Communication No. 1134/2002 Gorji-Dinka v. Cameroon 17.3.2005.
CCPR/C/87/D/1314/2004 UN Human Rights Committee Views Communication No. 1314/2004 O'Neill and Quinn v. Ireland 24.7.2006.
CCPR/C/88/D/1324/2004 UN Human Rights Committee Views Communication No. 1324/2004 Shafiq v. Australia 31.10.2006.
CCPR/C/100/D/1449/2006 UN Human Rights Committee Views Communication No. 1449/2006 Umarova v. Uzbekistan 3.11.2010. (20.10.2024)
CCPR/C/94/D/1560/2007 UN Human Rights Committee Views Communication No. 1560/2007 Marcellana and Gumanoy v. Philippines 30.10.2008.
CCPR/C/98/D/1629/2007 UN Human Rights Committee Views Communication No. 1629/2007 Fardon v. Australia 18.3.2010.
CCPR/C/101/D/1758/2008 UN Human Rights Committee Views Communication No. 1758/2008 Jessop v. New Zealand 29.3.2011.

YK:n Vammaisten oikeuksia valvovan komitean ratkaisut (https://juris.ohchr.org, 2.4.2024):

CRPD/C/10/D/4/2011 UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Views adopted by the Committee under article 5 of the Optional Protocol, concerning communication 4/2011 Budjosó ym. v. Hungary 9.9.2013.

CRPD/C/12/D/5/2011 UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Views adopted by the Committee under article 5 of the Optional Protocol, concerning communication 5/2011 Jungelin v. Sweden 2.10.2014.
CRPD/C/16/D/7/2012 UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Views adopted by the Committee under article 5 of the Optional Protocol, concerning communication 7/2012 Marlon James Noble v. Australia 2.9.2016.
CRPD/C/15/D/11/2013 UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Views adopted by the Committee under article 5 of the Optional Protocol, concerning communication 11/2013 Beasley v. Australia 1.4.2016.
CRPD/C/22/D/17/2013 UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Views adopted by the Committee under article 5 of the Optional Protocol, concerning communication 17/2013 Leo v. Australia 30.8.2019.
CRPD/C/22/D/18/2013 UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Views adopted by the Committee under article 5 of the Optional Protocol, concerning communication 18/2013 Manuway Doolan v. Australia 30.8.2019.
CRPD/C/20/D/23/2014 UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Views adopted by the Committee under article 5 of the Optional Protocol, concerning communication 23/2014 X v. United Republic of Tanzania 31.8.2019.
CRPD/C/22/D/24/2014 UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Views adopted by the Committee under article 5 of the Optional Protocol, concerning communication 24/2014 Z v. United Republic of Tanzania 19.9.2019.
CRPD/C/18/D/30/2015 UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Views adopted by the Committee under article 5 of the Optional Protocol, concerning communication 30/2015 Makarov v. Lithuania 18.8.2017.
CRPD/C/22/D/32/2015 UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Views adopted by the Committee under article 5 of the Optional Protocol, concerning communication 32/2015 Medina Vela v. Mexico 6.9.2019.
CRPD/C/20/D/35/2016 UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Views adopted by the Committee under article 5 of the Optional Protocol, concerning communication 35/2016 J.H. v. Australia 31.8.2018.
CRPD/C/25/D/44/2017 UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Views adopted by the Committee under article 5 of the Optional Protocol, concerning communication 44/2017 Rékasi v. Hungary 6.9.2021.
CRPD/C/26/D/50/2018 UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Views adopted by the Committee under article 5 of the Optional Protocol, concerning communication 50/2018 Köck v. Austria 24.3.2022.
CRPD/C/25/D/58/2019 UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Views adopted by the Committee under article 5 of the Optional Protocol, concerning communication 58/2019 Z.H. v. Sweden 6.9.2021.
CRPD/C/23/D/60/2019 UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Views adopted by the Committee under article 5 of the Optional Protocol, concerning communication 60/2019 N.L. v. Sweden 28.8.2020.
CRPD/C/29/D/61/2019 UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Views adopted by the Committee under article 5 of the Optional Protocol, concerning communication 61/2019, S. M. v. Denmark 25.8.2023.

VIRANOMAISRATKAISUT

Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisut (vuosikertomuksista)

EOA päätös 379/30.7.1940
EOA kirjelmä 3024/13.12.1946
EOA kirjelmä 1894/30.11.1953
EOA kirjelmä 1779/12.10.1955
EOA päätös 1388/3.6.1960
EOA kirjelmä 2693/13.12.1960
EOA Päätös 22.12.1964 dnro 783/63
EOA kirje 2156/27.12.1973, dnro 729/72
EOA Päätös 3276/23.11.1978, dnro 624/77
EOA kirje 1904/5.6.1979, dnro 1619/78
EOA Päätös 1799/29.5.1980, dnro 430/79
EOA Päätös 1068/26.4.1984, dnro 929/82
EOA Päätös 1334/24.5.1985, dnro 1410/84
EOA Päätös 1673/23.6.1986, dnro 371/4/84
EOA kirje 3617/15.12.1987, dnro 1230/4/86
EOA Päätös 1226/22.4.1988, dnro 988/4/86
EOA Päätös 753/14.3.1989, dnro 1531/4/88
EOA Päätös 4489/28.12.1990, dnro 1459/4/88
EOA Päätös 3195/1.10.1991, dnro 221/4/90
EOA kirje 10.7.1992, dnro 685/4/91
EOA päätös 17.9.1992, dnro 686/4/91
EOA kirje 31.12.1992, dnro 772/2/92 ja 870/2/92
EOA päätös 5.2.1993, dnro 1790/4/92
EOA päätös 14.12.1994, dnro 1226/4/93
EOA Päätös 16.1.1995, dnro 1561/4/94
EOA Päätös 23.3.1995, dnro 2383/4/94
EOA Päätös 5.9.1995, dnro 1277/4/94
EOA Päätös 30.12.1996, dnro 514/4/95
EOA Päätös 24.10.1997, dnro 1555/4/96
EOA Päätös 27.2.1998, dnro 1098/4/96
EOA Päätös 16.11.1998, dnro 333/4/97
EOA Päätös 16.11.1998, dnro 1483/4/97
EOA Päätös 31.12.1998, dnro 1893/2/97
EOA Päätös 21.6.1999, dnro 1697/4/97
EOA Päätös 31.8.1999, dnro 617/4/97
EOA Päätös 30.11.1999, dnro 294/4/98
EOA Päätös 13.12.1999, dnro 2072/4/97
EOA Päätös 30.12.1999, dnro 2560/4/97

Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisut (www.eduskunta.fi)

EOA 16.4.2003 dnro 2373/4/02
EOA 6.10.2003 dnro 1960/4/01 (18.3.2018)
EOA 16.9.2004 dnro 2447/2/04
EOA 31.8.2005 dnro 85/4/04 (4.5.2018)
EOA 9.3.2007 dnro 2573/2/04 (18.3.2018)

EOA 30.3.2007 dnro 3285/4/04 (18.3.2018)
EOA 29.5.2007 dnro 1794/2/07 (18.3.2018)
EOA dnro 2213/4/07 (ei saatavilla verkossa, referoitu ratkaisussa EOA 14.4.2009 dnro 1073/2/07 (18.3.2018)
EOA 23.3.2009 dnro 3624/4/07 (18.3.2018)
EOA 14.4.2009 dnro 1073/2/07 (18.3.2018)
EOA 28.5.2010 dnro 363/4/09 (18.3.2018)
EOA 12.11.2010 dnro 3494/4/09
EOA 28.1.2011 dnro 4181/4/09 (18.3.2018)
EOA 24.8.2011 dnro 3296/4/09 (18.3.2018)
EOA 26.1.2012 dnro 1979/4/10 (18.3.2018)
EOA 30.3.2012 dnro 3365/4/10 (12.6.2018)
EOA 1.11.2012 dnro 4102/4/11
EOA 7.11.2012 dnrot 3426/4/11 ja 3534/4/12 (18.3.2018)
EOA 19.11.2012 dnro 2810/4/10
EOA 29.11.2012 dnro 1319/2/11 (18.3.2018)
EOA 12.12.2012 dnro 4407/4/11 (EOA:n kertomus toiminnastaan vuonna 2012, viitattu ratkaisussa EOA dnro 1931/2/12)
EOA 9.1.2013 dnro 4745/4/11
EOA 19.6.2013 dnro 1222/2/11
EOA 17.7.2013 dnro 1778/4/01
EOA 22.8.2013 dnro 2803/4/12 (18.3.2018)
EOA 9.9.2013 dnro 3603/2/13 (12.3.2023)
EOA 9.10.2013 dnro 673/4/12 (18.3.2018)
EOA 29.11.2013 dnro 953/4/12 (18.3.2018)
EOA 2.12.2013 dnro 4913/4/12 (18.3.2018)
EOA 4.12.2013 dnro 2372/4/12
EOA 5.12.2013 dnro 1543/4/12 (18.3.2018)
EOA 10.12.2013 dnro 2598/4/12
EOA 11.12.2013 dnro 3586/4/12 (18.3.2018)
EOA 5.12.2013 dnro 4398/4/12
EOA 30.6.2014 dnro 1513/4/13 (18.3.2018)
EOA 30.1.2015 dnro 70/4/14 (18.3.2018)
EOA 19.3.2015 dnro 1913/2/12
EOA 19.3.2015 dnro 1931/2/12
EOA 17.6.2015 dnro 1428/4/14
EOA 16.7.2015 dnro 2562/4/14 (18.3.2018)
EOA 22.10.2015 dnro 3721/4/14 (18.3.2018)
EOA 28.10.2015 dnro 4215/4/14
EOA 13.4.2016 dnro 1418/4/15
EOA 25.5.2016 dnro 1768/4/15 (18.3.2018)
EOA 25.5.2016 dnro 2540/4/15 (18.3.2018)
EOA 16.11.2016 dnro 4318/4/15 (18.3.2018)
EOA 23.11.2016 dnro 4687/4/15
EOA 28.12.2016 dnro 3892/4/15 (18.3.2018)
EOAK/2910/2016 1.8.2017
EOAK/729/2018 11.12.2018
EOAK/1601/2018 10.7.2020

EOAK/1678/2018 28.6.2019
EOAK/2823/2018 30.11.2020
EOAK/4191/2018 9.12.2019
EOAK/5485/2018 13.12.2019
EOAK/1706/2019 31.1.2020
EOAK/2458/2019 28.1.2020
EOAK/2456/2019 23.11.2020
EOAK/3007/2019 10.12.2020
EOAK/3009/2019 29.12.2020
EOAK/6590/2019 10.12.2020
EOAK/3823/2020 30.10.2020
EOAK/1291/2021 30.4.2021

Lääkintöhallituksen ratkaisut

LKH dnro 8758/48/73
LKH dnro 3419/48/74
LKH 1980, viitattu teoksessa Lehtonen, Lasse: Suostumuksen periaate terveydenhuollossa.
LKH dnro 5913/86/80
LKH dnro 1627/481/82
LKH dnro 1918/481/82
LKH dnro 4471/481/82
LKH dnro 7285/481/82
LKH dnro 1973/49/83
LKH dnro 5582/331/83
LKH 1983, viitattu teoksessa Lehtonen, Lasse: Suostumuksen periaate terveydenhuollossa.
LKH dnro 4612/481/85
LKH dnro 4665/86/85
LKH dnro 6783/481/85
LKH dnro 5888/102/86
LKH dnro 4787/49/87
LKH dnro 5083/481/87
LKH dnro 6476/481/87
LKH dnro 2898/481/88
LKH dnro 3286/331/89

KIRJALLISUUS

Aarnio, Aulis: Laintulkinnan teoria Yleisen oikeustieteen oppikirja. WSOY 1989.

Aarnio, Aulis (2011): The Sources of Law, chapter 18. Essays on the doctrinal study of law. Springer Netherlands, 2011.

Aarnio, Aulis (2011b): Luentoja lainopillisen tutkimuksen teoriasta. Helsingin yliopiston oikeustieteellisen tiedekunnan julkaisut. Unigrafia Oy Yliopistopaino 2011.

Achté, Kalle; Autio, Lauri; Isotalo, Antti; Kosonen, Tapani; Lindqvist, Martti; Tammisto, Tapani; Vartiovaara, Ilkka (toim.): Lääkintäetiikka. Vaasa Oy 1982.

Achté, Kalle; Autio, Lauri; Tammisto, Tapani: Elämän ja kuoleman peruskysymyksiä, sivut 115-163 teoksessa Achté, Kalle; Autio, Lauri; Isotalo, Antti; Kosonen, Tapani; Lindqvist, Martti; Tammisto, Tapani; Vartiovaara, Ilkka (toim.): Lääkintäetiikka. Vaasa Oy 1982.

Achté, Kalle; Isotalo, Antti: Persoonallisuuden loukkauskysymykset, sivut 164-176 teoksessa Achté, Kalle; Autio, Lauri; Isotalo, Antti; Kosonen, Tapani; Lindqvist, Martti; Tammisto, Tapani; Vartiovaara, Ilkka (toim.): Lääkintäetiikka. Vaasa Oy 1982.

Achté, Kalle; Tammisto, Tapani: Potilas-lääkärisuhde, sivut 40-83 teoksessa Achté, Kalle; Autio, Lauri; Isotalo, Antti; Kosonen, Tapani; Lindqvist, Martti; Tammisto, Tapani; Vartiovaara, Ilkka (toim.): Lääkintäetiikka. Vaasa Oy 1982.

Ahtee, Aaro: Hallinto-oikeudellinen vapaudenriisto Asialliset edellytykset. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja A-sarja N:o 42. Tyrvään kirjapaino Oy 1950.

Akkas, Erkan; Andreasen, Helle; Johansson Thomas: Report from Denmark, s. 41-66 teoksessa Nordic Legal Research Group on Health Law: Patient's Consent to Treatment – A Nordic Perspective on Medical Self-Determination. Wolf Legal Publishers 2021.

Ala-Sankila, Kaisa; Engblom, Saralotta; Kaur, Simranjit; Molnberg, Katariina; Pöyry, Assi Katriina; Ryymin, Elina; Sillanpää, Rosa: Report from Finland, s. 67-106 teoksessa Nordic Legal Research Group on Health Law: Patient's Consent to Treatment – A Nordic Perspective on Medical Self-Determination. Wolf Legal Publishers 2021.

Alexandrov, Nikita V.; Schuck, Natalie: Coercive interventions under the new Dutch mental health law: Towards a CRPD-compliant law? International Journal of Law and Psychiatry 76(5)2021, 101685. DOI: 10.1016/j.ijlp.2021.101685 (21.3.2024)

Alvila, Inka; Järvinen, Hanna: Conclusion, s. 157-170 teoksessa Nordic Legal Research Group on Health Law: Patient's Consent to Treatment – A Nordic Perspective on Medical Self-Determination. Wolf Legal Publishers 2021.

Anderson, Joel: Regimes of autonomy. Ethical Theory and Moral Practice 17(3)2014, s. 355-368. DOI: 10.1007/s10677-013-9448 (19.10.2024)

Antila, Tuomo: Edunvalvontavaltuutus. WSOYpro 2007.

Anttila, Inkeri: Tarvitseeko lääkäri tehtävänsä suorittamiseen potilaan suostumuksen? Lakimies 1/1944, s. 1-30. (26.1.2020)

Anttila, Inkeri: Loukatun suostumus oikeudenvastaisuuden poistavana perusteena. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja A-sarja N:o 26. Tyrvään kirjapaino Oy 1946.

Arstein-Kerslake, Anna; Black, Jennifer: Right to legal capacity in therapeutic jurisprudence: Insights from critical disability theory and the convention on the rights of persons with disabilities. International Journal of Law and Psychiatry 68(1)2020, s.101535-101535. DOI: 10.1016/j.ijlp.2019.101535. (13.10.2024)

Arstein-Kerslake, Anna; Flynn, Eilionóir: The General Comment on Article 12 of the Convention on the Rights of People with Disabilities: a roadmap for equality before the law. The International Journal of Human Rights, 20(4)2016, s. 471-490. DOI: 10.1080/13642987.2015.1107052 (13.10.2024)

Bach, Michael; Kerzner, Lana: A New Paradigm for Protecting Autonomy and the Right to Legal Capacity Advancing Substantive Equality for Persons with Disabilities through Law, Policy and Practice. Ontario: Law Commission of Ontario, 2010. Saatavilla: https://www.lco-cdo.org/wp-content/uploads/2010/11/disabilities-commissioned-paper-bach-kerzner.pdf (18.10.2024)

Backman, E.: Pakkotila ja velvollisuuksien kollisio rikosoikeudessa. Lakimies 3/2004, s. 395-403. Saatavilla: http://elektra.helsinki.fi.ezproxy.ulapland.fi/se/l/0023-7353/102/3/pakkotil.pdf (20.5.2018)

Bakken Rontén, Therese; Fjon, Oda; Lorem, Helene; Ranshon, Anthisha; Sandsdalen Aalde, Anna: Report from Norway, s. 107-132 teoksessa Nordic Legal Research Group on Health Law: Patient's Consent to Treatment – A Nordic Perspective on Medical Self-Determination. Wolf Legal Publishers 2021.

Beauchamp, Tom L.; Childress, James F.: Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press 2013.

Bergem, Anne Kristine; Thorvaldsen, Nina Øye; Häikiö, Kristin; Olsen-Bergem, Heming: "Some missions can be quite emotionally painful." Paramedic's experience exercising coercion during assignments – A qualitative study. PloS one 19(1)2024: s. e0290593. DOI: 10.1371/journal.pone.0290593. (28.1.2024)

Bornudd, David; Jakobsson Emma; Muhieddine, Darin; Schierbeck, Mattias: Report from Sweden, s. 133-156 teoksessa Nordic Legal Research Group on Health Law: Patient's Consent to Treatment – A Nordic Perspective on Medical Self-Determination. Wolf Legal Publishers 2021.

de Bhailís, Clíona; Flynn, Eilionóir: Recognising legal capacity: commentary and analysis of Article 12 CRPD. International Journal of Law in Context 13(1)2017, s. 6-21. DOI: 10.1017/S174455231600046X (15.10.2024)

Cera, Rachele: Article 5 (Equality and non-Discrimination), s. 157-174 teoksessa: Della Fina, Valentina; Cera, Rachele; Palmisano Giuseppe (ed.): United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities A Commentary. Springer International Publishing AG, 2017. ProQuest Ebook Central. DOI: 10.1007/978-3-319-43790-3. (17.10.2024)

De Wet, Erika: Jus Cogens and Obligations Erga Omnes, s. 541-561 teoksessa: Shelton, Dinah (ed.): The Oxford Handbook of International Human Rights Law. Oxford University Press 2015.

Dhanda, Amita: Conversations between the proponents of the new paradigm of legal capacity. International Journal of the Law in Context 13(1)2017, s. 87-95. DOI: 10.1017/S1744552316000501. (13.10.2024)

Doyle Guilloud, Suzanne: The right to liberty of persons with psychosocial disabilities at the United Nations: A tale of two interpretations. International Journal of Law and Psychiatry 66(9)2019, s. 101497-101497, Article 101497. DOI: 10.1016/j.ijlp.2019.101497 (21.3.2024)

Faden, Ruth R.; Beauchamp, Tom L.; King, Nancy M. P.: A History and Theory of Informed Consent. Oxford University Press 1986.

Fitzmaurice, Malgosia: Interpretation of Human Rights Treaties, s. 739-771 teoksessa: Shelton, Dinah (ed.): The Oxford Handbook of International Human Rights Law. Oxford University Press 2015.

Flynn, Eilionóir: The rejection of capacity assessments in favor of respect for will and preferences: the radical promise of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. World Psychiatry 18(1)2019, s. 50-51. DOI: 10.1002/wps.20605 (13.10.2024)

Flynn, Eilionóir; Arstein-Kerslake, Anna: State intervention in the lives of people with disabilities: the case for a disability-neutral framework. International Journal of Law in Context 13(1)2017, s. 39-57. DOI: 10.1017/S1744552316000495. (13.10.2024)

Frankfurt, Harry G.: Freedom of the Will and the Concept of a Person. The Journal of Philosophy 68(1)1971, s. 5-20. DOI: 10.2307/2024717 (15.10.2024)

Gerards, Janneke; Senden, Hanneke: The structure of fundamental rights and the European Court of Human Rights. International Journal of Constitutional Law 7(4)2009, s. 619-653. Oxford University Press. DOI:10.1093/icon/mop028 (22.10.2024)

Grisso, Thomas; Appelbaum, Paul S.; Hill-Fotouhi, Carolyn: The MacCAT-T: A Clinical Tool to Assess Patient's Capacities to Make Treatment Decisions. Psychiatric Services 48(11)1997, s. 1415-1419. DOI: 10.1176/ps.48.11.1415 (7.3.2024)

Grönvall, Filip: Uusi avioliittolainsäädäntö selityksineen. Toinen painos. WSOY 1930.

Hakkila, Esko: Suomen tasavallan perustuslait sekä eräitä niihin liittyviä lakeja, asetuksia ja säännöstöjä. WSOY 1939.

Hallberg, Pekka: Perusoikeusjärjestelmä (2011 b), sivut 29-60 teoksessa Hallberg, Pekka; Karapuu, Heikki; Ojanen, Tuomas; Scheinin, Martin; Tuori, Kaarlo; Viljanen, Veli-Pekka: Perusoikeudet. 2. uudistettu painos. WSOYpro Oy 2011.

Hallberg, Pekka: Perusoikeudet tuomioistuimissa, s. 703-720 teoksessa Hallberg, Pekka; Karapuu, Heikki; Scheinin, Martin; Tuori, Kaarlo; Viljanen, Veli-Pekka: Perusoikeudet. WSLT Oy 1999.

Hallberg, Pekka: Perusoikeudet tuomioistuimissa (2011 a), sivut 851-874 teoksessa Hallberg, Pekka; Karapuu, Heikki; Ojanen, Tuomas; Scheinin, Martin; Tuori, Kaarlo; Viljanen, Veli-Pekka: Perusoikeudet. 2. uudistettu painos. WSOYpro Oy 2011.

Hattix, Laurel: Expanding Notions of Self-Determination: International Customs of Informed Consent in Medical Experimentation Pre-1945. Chicago Journal of International Law 19(1)2018, s.145-188. (20.11.2019)

Heiskanen, Tarja (toim.): Laitokset laki valta. Grafitaito Oy 1987.

Hermanson, Robert: Suomen valtiosääntö pääpiirteittäin. Toinen lisätty ja korjattu painos. WSOY 1928.

Hidén, Mikael: Perusoikeudet hallitusmuodon II luvussa, s. 3-117 teoksessa Oikeustiede jurisprudentia, Suomalaisen lakimiesyhdistyksen vuosikirja 1971. Vammalan kirjapaino Oy 1971.

Hoppania, Hanna-Kaisa; Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna; Nikumaa, Henna: (Un)equal Treatment? Elderly care and disability services for people with dementia in Finland. European Journal of Social Security 19(3)2017, s. 225-241. DOI: 10.1177/1388262717728604 (13.10.2024)

Hostiuc, Sorin: Introduction, s. 1-15. Teoksessa Hostiuc, Sorin; Buda, Octavian (ed.): The Age of Informed Consent: A European History. Cambridge Scholars Publishing 2018.

Husa, Jaakko: Non liquet? Vallanjako, perusoikeudet, systematisointi – oikeuden ja politiikan välisiä rajankäyntejä. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja A-sarja N:o 254. Vammalan Kirjapaino Oy 2004.

Husa, Jaakko; Pohjolainen, Teuvo: Julkisen vallan oikeudelliset perusteet. Talentum Media Oy 2014.

Huttunen, Oiva: Avioliittolaki ynnä siihen liittyvät lait ja asetukset. Otavan asetuskokoelma 58. Kustannusosakeyhtiö Otava 1930.

Häyry, Heta: Freedom, autonomy and the limits of medical paternalism. Hakapaino Oy 1990.

Häyry, Matti: Itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus bioetiikassa, s. 113-132 teoksessa Tiensuu, Paul; Aalto-Heinilä, Maija; Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna (toim.): Itsemääräämisoikeus Teoriasta käytäntöön. Vastapaino 2023. DOI: 10.58181/VP9789523970069_05 (13.10.2024)

Ilmolahti, Oona: Lääkärit ja lääketaidon kokemus, s. 330-425 teoksessa: Nyström, Samu (toim.) Vapaus, terveys, toveruus Lääkärit Suomessa 1910–2010. Kariston kirjapaino 2010.

Ilmoni, Immanuel: Om läkarens yrke och pligter. Simelius 1847.

Ilveskivi, Paula: Potilaan oikeusasema tiedonsaantioikeuden näkökulmasta. Kansaneläkelaitos Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 26. Hakapaino Oy 1997.

Isotalo, Antti: Laki ja lääkintäetiikka, sivut 27-39 teoksessa Achté, Kalle; Autio, Lauri; Isotalo, Antti; Kosonen, Tapani; Lindqvist, Martti; Tammisto, Tapani; Vartiovaara, Ilkka (toim.): Lääkintäetiikka. Vaasa Oy 1982.

Jyränki, Antero: Uusi perustuslakimme. Iura nova. Gummerus Kirjapaino Oy 2000.

Jöbges, Susanne; Biller-Adorno, Nicola: Anwendung von Zwang in der Intensivmedizin. Medizinische Klinik Intensivmedizin und Notfallmedizin 116(3)2021, s. 205-209. DOI: 10.1007/s00063-021-00800-9 (28.1.2024)

Jöbges, Susanne; Mouton Dorey, Corinne; Porz, Rouven; Ricou, Bara; Biller-Adorno, Nicola: What does coercion in intensive care mean for patients and their relatives? A thematic qualitative study. BMC Medical Ethics 23(1)2022, s. 9-9, Article 9. DOI: 10.1186/s12910-022-00748-1 (28.1.2024)

Kaila, Martti: Uusi mielisairaslaki ja MIII. Suomen Yleisen Kunnanlääkäriyhdistyksen vuosikokouksessa pidetty esitelmä. Suomen lääkärilehti 6/1938, s. 221-230.
Karapuu, Heikki: Perusoikeuksien käsite ja luokittelu, s. 63-88 teoksessa Hallberg, Pekka; Karapuu, Heikki; Ojanen, Tuomas; Scheinin, Martin; Tuori, Kaarlo; Viljanen, Veli-Pekka: Perusoikeudet. 2. uudistettu painos. WSOYpro Oy 2011.
Karhu, Juha: Kohti 2000-luvun oikeuslähdeoppia. Lakimies 7-8/2020, s. 1017-1034.
Karhu, Juha: The Doctrine of the Sources of Law – Black Swan and the Law. Esitelmä Lapin yliopiston oikeustieteiden tiedekunnan jatko-opintoseminaarissa 19.3.2021.
Kastari, Paavo: Kansalaisvapauksien perustuslainturva. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja B-sarja N:o 164. Vammalan Kirjapaino Oy 1972.
Katz, Jay: Reflections of informed consent: 40 years after its birth. Journal of the American College of Surgeons 186(4)1998, s. 466-474. DOI: 10.1016/S1072-7515(98)00045-3.
Keys, Mary (2012 a): Article 12 (Equal Recognition Before the Law), s. 263-279 teoksessa: Della Fina, Valentina; Cera, Rachele; Palmisano Giuseppe (edt.): United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities A Commentary. Springer International Publishing AG 2017. DOI: 10.1007/978-3-319-43790-3. (17.10.2024)
Keys, Mary (2012 b): Article 17 (Protecting the Integrity of the Person), s. 327-337 teoksessa: Della Fina, Valentina; Cera, Rachele; Palmisano Giuseppe (edt.): United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities A Commentary. Springer International Publishing AG 2017. DOI: 10.1007/978-3-319-43790-3. (17.10.2024)
Kokkonen, Paula; Järvinen, Pekka; Leisio, Christian (toim.): Lääkintöhallituksen voimassa olevat yleiskirjeet. Valtion painatuskeskus 1986.
Kokkonen, Paula; Järvinen, Pekka; Leisio, Christian (toim.): Lääkintöhallitukselta lääkärille Lääkintöhallituksen tärkeimmät yleis- ja ohjekirjeet valmistuvalle lääkärille 1987. Valtion painatuskeskus 1987.
Kokkonen, Paula; Järvinen, Pekka; Leisio, Christian (toim.): Lääkintöhallituksen voimassa olevat ohjekirjeet. Valtion painatuskeskus 1988.
Kokkonen, Paula; Holi, Tarja; Vasantola, Satu: Hoitotahto. Talentum media Oy 2004.
Kuusikko, Kirsi: Oikeusasiamiesinstituutio. Suomalaisen Lakimiesyhdistyksen julkaisuja, E-sarja, n:o 22. Suomalainen lakimiesyhdistys 2011.
Laakso, Seppo: Oikeudellisesta sääntelystä ja päätöksenteosta. Valtion painatuskeskus 1990.
Lagerspetz, Eerik: Itsemääräämineen ja valta, s. 97-141 teoksessa: Pietarinen, Juhani; Launis, Veikko; Räikkä, Juha; Lagerspetz, Eerik; Rauhala, Marjo ja Oksanen, Markku: Oikeus itsemääräämiseen. Painatuskeskus Oy 1994.
Lahti, Raimo: Minkälainen riski olisi ilmoitettava potilaalle hänen kysymättä? Sairaala 10/1971, s. 452-453.
Lahti, Raimo: Potilaalta hoitotoimenpiteeseen hankittavan suostumuksen oikeudellista arviointia, s. 64-92 teoksessa Rikosoikeudellisia kirjoitelmia III Niilo Kullervo Salovaaralle 13.10.1972 omistettu. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja A-sarja N:o 99. Vammalan kirjapaino Oy 1972.
Lahti, Raimo: (1977 a) Esitelmä aiheesta "Potilaan suostumus hoitotoimenpiteeseen". Pidetty Lakimiesliiton Koulutuskeskuksen Suomen Lääkäriliiton myötävaikutuksella järjestämässä koulutustilaisuudessa "Oikeusturva terveydenhuollossa" 24.4.1975, s. 138-161 teoksessa Rikosoikeudellisia lausuntoja 1970-1976. Rikos ja prosessioikeuden julkaisusarja A n:o 2. Turun yliopiston julkisoikeuden laitos 1977.
Lahti, Raimo: (1977 b) Lausunto ihmiseen kohdistuvaa tutkimustyötä koskevasta lääkintöhallituksen yleiskirjeluonnoksesta 10.9.1972, s. 88-98 teoksessa Rikosoikeudellisia lausuntoja 1970-1976. Rikos- ja prosessioikeuden julkaisusarja A n:o 2. Turun yliopiston julkisoikeuden laitos 1977.

Lahti, Raimo: (1977 c) Lausunto potilaan hoitotoimenpidettä koskevan tahdonilmaisun merkityksestä yleensä ja erityisesti eräässä lääkintöhallituksen käsiteltävänä olleessa kantelussa tarkoitetussa tapauksessa 17.10.1974, s. 114-122 teoksessa Rikosoikeudellisia lausuntoja 1970-1976. Rikos- ja prosessioikeuden julkaisusarja A n:o 2. Turun yliopiston julkisoikeuden laitos 1977.

Lahti, Raimo: Oikeusturva terveydenhuollossa, s. 7-16 teoksessa Vastuu ja oikeusturva terveydenhuollossa. Lakimiesliiton koulutuskeskuksen julkaisusarja N:o 36. Suomen lakimiesliiton kustannus Oy 1983.

Lahti, Raimo: Utvecklandet av rättsskyddssystemet för patienter i Finland. Tidskrift utgiven av juridiska föreningen i Finland 121(5-6)1985, s. 444-455.

Lahti, Raimo (1985 b): Vuoden 1970 abortti-, steriloimis- ja kastroimislait, niiden soveltaminen sekä abortti- ja steriloimislakien muutokset vuosina 1978 ja 1985. Suomen lääkärilehti 40(18)1985, s. 1809-1814.

Lahti, Raimo: Lääkintätoimi ja rikosoikeus, s. 125-138 teoksessa Rikosoikeudellisia kirjoitelmia V Sylvi Inkeri Anttilalle 29.11.1986 omistettu. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja A-sarja N:o 168. Vammalan kirjapaino Oy 1986.

Lahti, Raimo: Rikosoikeus ja moderni biolääketieteellinen teknologia, s. 203-230 teoksessa Rikosoikeudellisia kirjoitelmia VI Rikosoikeuden juhlavuonna 1989. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja A-sarja N:o 185. Vammalan kirjapaino Oy 1989.

Lahti, Raimo: Lääkintä- ja bio-oikeudellisen tutkimuksen haasteita, s. 277-282 teoksessa Thure, Veli-Matti (toim.): Oikeus ja oikeudenmukaisuus Oikeustieteen päivät 3.-4.6.1999 Joensuussa. Joensuun yliopistopaino 1999.

Lahti, Raimo: Lääkäri ja henkilökohtaiseen koskemattomuuteen puuttuminen. Lääkintäoikeuden kehityksestä eräiden sääntelyesimerkkien valossa, s. 187-210 teoksessa Väkivalta Seuraukset ja haavoittuvuus Terttu Utriaisen juhlakirja. Talentum 2006.

Launis, Veikko: Kenelle itsemääräämisoikeus kuuluu, s. 51-64 teoksessa: Pietarinen, Juhani; Launis, Veikko; Räikkä, Juha; Lagerspetz, Eerik; Rauhala, Marjo ja Oksanen, Markku: Oikeus itsemääräämiseen. Painatuskeskus Oy 1994.

Launis, Veikko: Itsemääräämisoikeus ja paternalismi terveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. 2010:47, s. 136-139. Saatavilla: https://journal.fi/sla/issue/view/501 (25.8.2018)

Lavonius, Herman: Laki ja lääkärintoimi. Kustannusosakeyhtiö Otava 1956.

Lehtonen, Lasse: Om vård som sker utan samtycke av patienten och utan särskild rättsgrund. JFT Tidskrift utgiven av juridiska föreningen i Finland 121(3)1985, s. 273-316.

Lehtonen, Lasse: Suostumuksen periaate terveydenhuollossa. Oikeusministeriön vankeinhoito-osaston selvitteitä 1/1986. Valtion painatuskeskus 1986.

Lehtonen, Lasse: Potilaan yksityisyyden suoja. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja A-sarja N:o 320. Vammalan kirjapaino Oy 2001.

Lehtonen, Lasse: Mitä käytännössä tarkoittaa yhteisymmärrys hoidosta. Suomen lääkärilehti 59(15-16)2004; 1685-1690.

Lehtonen, Lasse: Suostumusoikeudet ja ihmiskudoksen käyttö, s. 215-229 teoksessa Rikosoikeudellisia kirjoituksia VIII Raimo Lahdelle 12.1.2006 omistettu. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja A-sarja N:o 268. Vammalan kirjapaino 2006.

Lehtonen, Lasse: Potilaan itsemääräämisoikeuden ja lääkärin vastuun rajankäynti. Suomen lääkärilehti 48/2017, s. 2828-2830. Saatavilla: https://www.laakarilehti.fi/tyossa/raportit-ja-kaytannot/potilaan-itsemaaraamisoikeuden-ja-laakarin-vastuun-rajankaynti/ (25.8.2018)

Lindqvist, Martti: Lääkintäetiikan luonne ja tehtävä, s. 3-26 teoksessa Achté, Kalle; Autio, Lauri; Isotalo, Antti; Kosonen, Tapani; Lindqvist, Martti; Tammisto, Tapani; Vartiovaara, Ilkka (toim.): Lääkintäetiikka. Vaasa Oy 1982.

Litin'ska, Yana: Assessing capacity to decide on medical treatment On human rights and the use of medical knowledge in the laws of England, Russia and Sweden. Uppsala universitet, 2018. Saatavilla: https://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:uu:diva-36113 (9.10.2023)

Lääkärin eetilliset ohjeet. Suomen lääkärilehti 1/1956, s. 576-577.

Lääkärin etiikka. 7. painos. Suomen lääkäriliitto 2013. Saatavana: https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1273/laakarin_etiikka_2013.pdf (24.5.2018)

Lötjönen, Salla (2004 a): Loukatun suostumuksesta potilaan itsemääräämisoikeuteen. Lakimies 7-8/2004, s. 1398-1420.

Lötjönen, Salla (2004 b): Lääketieteellinen tutkimus ihmisillä Oikeudellisia ja eettisiä näkökohtia ruumiilliseen koskemattomuuteen puuttumisesta lääketieteellisessä tutkimuksessa. Helsingin yliopiston oikeustieteellisen tiedekunnan julkaisut. Hakapaino Oy 2004.

Marchesi, Antonio: Article 15 (Freedom from Torture or Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment), s. 307-316 teoksessa: Della Fina, Valentina; Cera, Rachele; Palmisano Giuseppe (edt.): United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities A Commentary. Springer International Publishing AG, 2017. ProQuest Ebook Central. DOI: 10.1007/978-3-319-43790-3 (17.10.2024)

Martin, Wayne; Gurbai, Sándor: Surveying the Geneva impasse: Coercive care and human rights. International Journal of Law and Psychiatry 64(5)2019, s. 117-128. DOI: 10.1016/j.ijlp.2019.03.001 (21.3.2024)

McSherry, Bernadette: Protecting the integrity of the person: developing limitations on involuntary treatment. Law in context: A Socio-Legal Journal 26(2)2008, p.111-124. (15.10.2024)

Merikoski, Veli: Kansalaisten perusoikeuksista. Lakimies Suomalaisen lakimiesten yhdistyksen aikakauskirja 1932, s. 89-144. WSOY 1932.

Merikoski, Veli: Suomen julkisoikeuden oppikirja I nide. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja B-sarja N:o 3. WSOY 1944.

Merikoski, Veli: Suomen julkisoikeus pääpiirteittäin I. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja B-sarja N:o 80. WSOY 1956.

Merikoski, Veli: Suomen julkisoikeus pääpiirteittäin I. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja B-sarja N:o 80. Neljäs painos. WSOY 1970.

Merikoski, Veli: Suomen julkisoikeus pääpiirteittäin II. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja B-sarja N:o 112. Kolmas painos. WSOY 1976.

Minkowitz, Tina: CRPD and transformative equality. International Journal of the Law in Context 13(1)2017, s. 77-86. DOI: 10.1017/S1744552316000483. (13.10.2024)

Mäenpää, Olli: Hallintolaki ja hyvän hallinnon takeet. 5. painos. Edita publishing oy 2016.

Mäenpää, Olli: Hallinto-oikeus. 2. uud. painos. Alma Talent Oy 2018.

Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna: Dementoituvan henkilön oikeudellinen asema. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja A-sarja N:o 241. Gummerus Kirjapaino Oy 2003.

Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna; Karvonen-Kälkäjä, Anja: Vanhuusoikeuden perusteet. Alma Talent Oy 2017.

Määttä, Kalle: Oikeudellisen sääntelyn tutkimus – lastuja sääntelyteoriasta. Oikeus 31(2)2002, s. 132-142.

Määttä, Kalle: Oikeustaloustieteen perusteet. 2. uudistettu laitos. Edita Publishing Oy 2016.

Nieminen, Liisa: Laitosvaltaopin hylkääminen: alku perusoikeuksien uudelle aikakaudelle, s. 11-36 teoksessa: Juhlajulkaisu Mikael Hidén 1939-2009, Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja C-sarja N:o 40. Gummerus Kirjapaino Oy 2009.

Nieminen, Liisa: Terveys ihmisoikeuskysymyksenä. Suomalainen lakimiesyhdistys 2015.

Nilsson, Anna: Unlocking the impact of the CRPD on Swedish mental health law. International Journal of Law and Psychiatry 93(3)2024, s. 101966-101966, Article 101966. DOI: 10.1016/j.ijlp.2024.101966. (14.3.2024)

Nürnbergin säännöstö 1947, s. 300-301 teoksessa Achté, Kalle; Autio, Lauri; Isotalo, Antti; Kosonen, Tapani; Lindqvist, Martti; Tammisto, Tapani; Vartiovaara, Ilkka (toim.): Lääkintäetiikka. Vaasa Oy 1982.

Oesch, Rainer: Lääkärin vahingonkorvausvastuusta ja sen kattamisesta vakuutuksin. Helsingin yliopiston yksityisoikeuden laitoksen julkaisuja B 20. Helsingin yliopisto, 1977.

Ojanen, Tuomas; Scheinin, Martin (2011 a): Yhdenvertaisuus ja syrjinnän kielto (PL 6 §), s. 227-280 teoksessa Hallberg, Pekka; Karapuu, Heikki; Ojanen, Tuomas; Scheinin, Martin; Tuori, Kaarlo; Viljanen, Veli-Pekka: Perusoikeudet. 2. uud. painos. WSOYpro Oy 2011.

Ojanen, Tuomas; Scheinin, Martin (2011b): Kansainväliset ihmisoikeussopimukset ja Suomen perusoikeusjärjestelmä, s. 171-196 teoksessa Hallberg, Pekka; Karapuu, Heikki; Ojanen, Tuomas; Scheinin, Martin; Tuori, Kaarlo; Viljanen, Veli-Pekka: Perusoikeudet. 2. uud. painos. WSOYpro Oy 2011.

Oker-Blom, Max: Lääkärintoimi ja sen etiikka. Kustannusosakeyhtiö Otava 1911.

Opgenhaffen, Tim: Deprivation of Liberty in Care. An ECHR and CRPD approach and its consequences for Belgium. European Journal of Health Law 27(2)2020, s. 147-167. DOI: 10.1163/15718093-BJA10003. (21.3.2024)

Opgenhaffen, Tim: The universal right to legal capacity – clearing the haze. Human rights law review 22(3)2022, s. 1-14. DOI: 10.1093/hrlr/ngac021. (21.3.2024)

Paaso, Ilpo: Oikeus, etiikka ja informaatiostandardit terveydenhuollossa, s. 173-202 teoksessa Paaso, Ilpo (toim.): Juhlakirja Esko Riepula 1941-2001. Finnpublishers Oy 2001.

Pahlman, Irma: Potilaan itsemääräämisoikeus ja hoitotestamentti. Lakimies 6/1997, s. 815-835.

Pahlman, Irma: Potilaan itsemääräämisoikeus, hoitotahto ja itsemurhan yritys, s. 283-287 teoksessa Thure, Veli-Matti (toim.): Oikeus ja oikeudenmukaisuus Oikeustieteen päivät 3.-4.6.1999 Joensuussa. Joensuun yliopistopaino 1999.

Pahlman, Irma: Potilaan itsemääräämisoikeus. Edita Publishing Oy 2003.

Pahlman, Irma: Iäkkään potilaan itsemääräämisoikeus. Gerontologia 3/2007, s. 270-272.

Pahlman, Irma: Potilaan tiedonsaanti- ja itsemääräämisoikeus, s. 190-207 teoksessa Lehtonen, Lasse; Lohiniva-Kerkelä, Mirva; Pahlman, Irma: Terveysoikeus. Talentum pro 2015.

Palmén, A. J.: Lääkärin etiikka. WSOY 1956.

Palmén, A. J.: Lääkärin etiikka muuttuvassa maailmassa. Oy Weilin-Göös Ab 1968.

Pellonpää, Matti: Henkilökohtainen koskemattomuus (PL 7 §), s. 281-302 teoksessa Hallberg, Pekka; Karapuu, Heikki; Ojanen, Tuomas; Scheinin, Martin; Tuori, Kaarlo; Viljanen, Veli-Pekka: Perusoikeudet. 2. uud. painos. WSOYpro Oy 2011.

Pellonpää, Matti; Gullans, Monica; Pölönen, Pasi; Tapanila, Antti: Euroopan ihmisoikeussopimus. Talentum Media Oy 2012.

Pernick, Martin S.: The Patient´s Role in Medical Decisionmaking: A Social History of Informed Consent in Medical Therapy, s. sivut 1-36 komiteamietinnössä: President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research: Making Health Care Decisions. The Ethical and Legal Implications of Informed Consent in the Patient-Practitioner Relationship. Volume Three: Appendices Studies on the Foundations of Informed Consent. Washington D.C., 1982. Saatavissa: https://archive.org/stream/makinghealthcare00unit_1/makinghealthcare00unit_1_djvu.txt (19.4.2020)

Pietarinen, Juhani: Itsemäärääminen ja itsemääräämisoikeus, s. 15-47 teoksessa: Pietarinen, Juhani; Launis, Veikko; Räikkä, Juha; Lagerspetz, Eerik; Rauhala, Marjo ja Oksanen, Markku: Oikeus itsemääräämiseen. Painatuskeskus Oy 1994.

Pollari, Kirsi: Lapsipotilaan päätöksentekokyky ja sen arviointi. Acta Universitatis Lapponiensis 387. Lapin yliopisto 2019.
Rautiainen, Pauli; Kostiainen, Aura; Kurki, Visa; Soininen, Niko; Määttä, Tapio: Oikeus ja sen tutkiminen. Vastapaino 2023.
Rodley, Nigel S.: The Role and Impact of Treaty Bodies, s. 621-648 teoksessa Shelton, Dinah (ed.): The Oxford Handbook of International Human Rights Law. Oxford University Press 2015.
Rynning, Elisabeth: Samtycke till medicinsk vård och behandling. Iustus Förlag AB 1994.
Saarenpää, Ahti: Henkilö- ja persoonallisuusoikeus, s. 317-491 teoksessa Oikeusjärjestys 2000 osa III. 4. täydennetty painos. Lapin yliopiston oikeustieteellisiä julkaisuja Sarja C43 2006.
Saarenpää, Ahti: Potilas, oikeus, ihminen – näkökohtia itsemääräämisoikeutemme suojasta, s. 265-278 teoksessa Oikeustiede Jurisprudentia Juhlajulkaisu Aulis Aarnio 1937-1997 Suomalaisen lakimiesyhdistyksen vuosikirja. Gummerus Kirjapaino Oy 1997.
Saarenpää, Ahti: Potilas, oikeus, potilasoikeus, s. 21-39 teoksessa: Sundman, Eila (toim.): Potilaan asema ja oikeudet. Kustannusosakeyhtiö Tammi 2000.
Saarnio, Reetta: Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. Acta Universitatis Ouluensis D 1024. Oulun yliopisto 2009. Saatavilla: https://urn.fi/URN:ISBN:9789514292088 (28.1.2024)
Salmiala, Bruno A.: Onko pakkokastratio oikeus- ja kulttuurivaltiossa hyväksyttävä reaktiomuoto rikoksen seurauksena? Defensor Legis 3-4/1951, s. 130-167. Hämeen Sanomain Kirjapaino Oy 1951.
Saraviita, Ilkka: Suomalainen perusoikeusjärjestelmä. Gummerus Kirjapaino Oy 2005.
Scheinin, Martin: Core rights and obligations, s. 739-771 teoksessa Shelton, Dinah (ed.): The Oxford Handbook of International Human Rights Law. Oxford University Press 2015.
Scheinin, Martin: Ihmisoikeudet Suomen oikeudessa Valtiosääntöoikeudellinen tutkimus kansainvälisten ihmisoikeussopimusten valtionsisäisestä voimassaolosta sekä ihmisoikeus- ja perusoikeusnormien sovellettavuudesta Suomen oikeusjärjestyksessä. Gummerus Kirjapaino Oy 1991.
Scholten, Matthé; Gather, Jakov: Adverse consequences of article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities for persons with mental disabilities and an alternative way forward. J Med Ethics 44(4)2018, s. 226-233. DOI:10.1136/medethics-2017-104414. (21.3.2024)
Seatzu, Francesco: Article 14 (Liberty and Security of Person), s. 295-306 teoksessa Della Fina, Valentina; Cera, Rachele; Palmisano Giuseppe (edt.): United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities A Commentary. Springer International Publishing AG 2017. ProQuest Ebook Central. DOI: 10.1007/978-3-319-43790-3 (17.10.2024)
Shelton, Dinah L.: Advanced Introduction to International Human Rights Law. Second edition. Edward Elgar Publishing Ltd 2020.
Shuster, Evelyn: Fifty years later: The significance of the Nuremberg code. The New England Journal of Medicine 337(20)1997, s. 1436-1440. Saatavissa: https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199711133372006?articleTools=true (12.4.2020)
Siegrist-Dreier, Sandra; Barbezat, Isabelle; Thomann, Silvia; Richter, Dirk; Hahn, Sabine; Schmitt, Kai-Uwe: Restraining patients in acute care hospitals – A qualitative study on the experiences of healthcare staff. Nursing Open. 9(2)2022, s. 1311-1321. DOI: 10.1002/nop2.1175 (28.1.2024)
Siltala, Raimo: Johdatus oikeusteoriaan. Helsingin yliopiston oikeustieteellisen tiedekunnan julkaisuja. Hakapaino Oy 2001.
Siltala, Raimo: Oikeudellinen tulkintateoria. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja A-sarja N:o 261. Gummerus Kirjapaino Oy 2004.

Siltala, Raimo: Oikeustieteen tieteenteoria. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja A-sarja N:o 234. Vammalan kirjapaino Oy 2003.
Sinclair, Ian: The Vienna Convention on the Law of Treaties. Second, revised and enlarged edition. Manchester University Press 1984.
Sinding Aasen, Henriette: Pasientens rett til selvbestemmelse ved medisinsk behandling. Fagbokforlaget Vigmostand & Bjørke AS 2000.
Skarstad, Kjersti: Ensuring human rights for persons with intellectual disabilities? Self-determination policies and the use of force in the case of Norway. The International Journal of Human Rights, 22(6)2018, s. 774-800. doi: 10.1080/13642987.2018.1454903 (21.3.2024)
Stavert, Jill: Paradigm Shift or Paradigm Paralysis? National Mental Health and Capacity Law and Implementing the CRPD in Scotland. Laws 7(3)2018, s. 26-40. DOI:10.3390/laws7030026. (13.10.2024)
Sturman, Edward D.: The capasity to consent to treatment and research: A rewiev of standardized assessment tools. Clinical Psychology Review 25(7)2005, s. 954–974. DOI: 10.1016/j.cpr.2005.04.010. (7.3.2024)
Szmuckler, George: "Capacity", "best interests", "will and preferences" and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. World Psychiatry 18(1)2019, s. 34-41. DOI: 10.1002/wps.20584. (21.3.2024)
Szmuckler, George; Kelly, Brendan D.: We should replace conventional mental health law with capacity-based law. The British Journal of Psychiatry 209(6)(2016), s. 449-453. DOI: 10.1192/bjp.bp.116.191080. (16.10.2024)
Tiensuu, Paul; Aalto-Heinilä, Maija; Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna: Johdanto: itseys, autonomia ja itsemääräämisoikeus, s. 155-182 teoksessa Tiensuu, Paul; Aalto-Heinilä, Maija; Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna (toim.): Itsemääräämisoikeus Teoriasta käytäntöön. Vastapaino 2023. DOI: 10.58181/VP9789523970069_01 (13.10.2024)
Tiensuu, Paul: Itsemääräämisoikeuden perusteleminen ihmisoikeutena, s. 155-182 teoksessa Tiensuu, Paul; Aalto-Heinilä, Maija; Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna (toim.): Itsemääräämisoikeus Teoriasta käytäntöön. Vastapaino 2023. DOI: 10.58181/VP9789523970069_07 (13.10.2023)
Tolonen, Hannu: Oikeuslähdeoppi. WSOY Lakitieto 2003.
Tuori, Kaarlo: Kriittinen oikeuspositivismi. Werner Söderström Lakitieto Oy 2000.
Tuori, Kaarlo; Kotkas, Toomas: Sosiaalioikeus. WSOYpro 2000.
Tuori, Kaarlo; Kotkas, Toomas: Sosiaalioikeus. 5. uud. painos. Talentum pro 2016. Saatavilla: http://verkkokirjahylly.almatalent.fi.ezproxy.ulapland.fi.
Viljanen, Veli-Pekka: Perusoikeuksien merkitys lainsäädäntötyössä, s. 685-702 teoksessa: Hallberg, Pekka; Karapuu, Heikki; Scheinin, Martin; Tuori, Kaarlo; Viljanen, Veli-Pekka: Perusoikeudet. WSLT Oy 1999.
Viljanen, Veli-Pekka (2011 a): Perusoikeuksien rajoittaminen, s. 139-170 teoksessa Hallberg, Pekka; Karapuu, Heikki; Ojanen, Tuomas; Scheinin, Martin; Tuori, Kaarlo; Viljanen, Veli-Pekka: Perusoikeudet. Toinen uudistettu painos. Wsoypro Oy 2011.
Viljanen, Veli-Pekka: Perusoikeuksien rajoitusedellytykset. Werner Söderström Lakitieto Oy 2001.
Viljanen, Veli-Pekka (2011 b): Perusoikeuksien soveltamisala, s. 89-138 teoksessa Hallberg, Pekka; Karapuu, Heikki; Ojanen, Tuomas; Scheinin, Martin; Tuori, Kaarlo; Viljanen, Veli-Pekka: Perusoikeudet. Toinen uudistettu painos. Wsoypro Oy 2011.
Viljanen, Veli-Pekka (2011 c): Yksityiselämän suoja (PL 10 §), s. 389-412 teoksessa: Hallberg, Pekka; Karapuu, Heikki; Ojanen, Tuomas; Scheinin, Martin; Tuori, Kaarlo; Viljanen, Veli-Pekka: Perusoikeudet. Toinen uudistettu painos. Wsoypro Oy 2011.

World Medical Association: Declaration of Geneva 1948, with amendments 1968, 1983, 1994, 2005, 2006 and 2017. Saatavilla: https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/ (16.2.2020)
World Medical Association: Declaration of Helsinki 1964, with amendments 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2002, 2008 and 2013. Saatavilla: https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/ (20.2.2020)
World Medical Association: Declaration of Lisbon 1981, with amendments 1995, 2005, 2015. Saatavilla: https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient/ (26.8.2020)
World Medical Association: Declaration of Tokyo 1975, with amendments 2005, 2006, 2016. Saatavilla: https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-tokyo-guidelines-for-physicians-concerning-torture-and-other-cruel-inhuman-or-degrading-treatment-or-punishment-in-relation-to-detention-and-imprisonment/ (18.2.2020)
World Medical Association: International Code of Medical Ethics 1949 with amendments 1968, 1983, 2006 and 2022. Saatavilla: https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics/ (16.2.2020 ja 18.5.2024)
World Psychiatric Association: Declaration of Hawaii 1977 with amendment 1983. Saatavilla: http://www.codex.vr.se/texts/hawaii.html (13.12.2020)

MUUT LÄHTEET

Tieteen termipankki

https://tieteentermipankki.fi/wiki/Oikeustiede:hallintolupa (kirjoittaja Olli Mäenpää) (29.11.2023)
https://tieteentermipankki.fi/wiki/Oikeustiede:tosiasiallinen hallintotoiminta (kirjoittaja Olli Mäenpää) (6.12.2024)

THL

Mielenterveyshäiriöt. www.thl.fi (22.11.2022)

Valvira

Elämän loppuvaiheen hoito. www.valvira.fi (3.4.2024)
Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttö. Julkaistu 12.8.2015, päivitetty 10.11.2017. www.valvira.fi (2.5.2018)
Potilaan itsemääräämisoikeus. Julkaistu 2.6.2015, päivitetty 2.3.2018. www.valvira.fi (18.3.2018)
Päätös elvyttämättä jättämisestä (DNR-päätös) Julkaistu 8.12.2008, päivitetty 4.10.2017. www.valvira.fi (2.5.2018)

United Nations

United Nations Human Rights, Office of the High Commissioner, Status of ratification interactive dashboard. https://indicators.ohchr.org (5.4.2024)
United Nations Treaty Collection, Status of treaties, 15. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-15&chapter=4&clang=_en#EndDec (2.4.2024)

Muut

Yhdysvalloissa ampuja surmasi yhden ihmisen psykiatrisessa sairaalassa. https://www.mtvuutiset.fi/artikkeli/yhdysvalloissa-ampuja-surmasi-yhden-ihmisen-psykiatrisessa-sairaalassa-poliisi-ampui-epaillyn/8821744#gs.2vl8xy (10.1.2023)

Mies ampui ihmisiä sairaalan vastaanottotilassa Tšekissä – ainakin 6 kuoli, epäilty ampui itsensä. https://www.iltalehti.fi/ulkomaat/a/8e76ca30-f421-447b-adcc-82e74a7fbda1 (10.1.2023)