

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:7

Riittakerttu Kaltiala-Heino

Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito

**Mitä mielenterveystilain käsite
vakava mielenterveydellinen häiriö
alaikäisillä tarkoittaa?**

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Helsinki 2003

TIIVISTELMÄ

Riittakerttu Kaltiala-Heino. Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito. Mitä mielenterveyslain käsite vakava mielenterveyden häiriö alaikäisillä tarkoittaa? Helsinki 2003. 47 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1236-2115; 2003:7) ISBN 952-00-1346-6

Tämän julkaisun tarkoituksena on selventää, miten käsitettä ”vakava mielenterveyden häiriö” alaikäisten tahdosta riippumattoman hoidon kriteerinä voidaan tulkita. Käsitettä pyritään tarkentamaan, koska ”vakavan mielenterveyden häiriön” käsite on epämääräisempi kuin ”mielisairaus”. Kun on havaittu, että alaikäisten tahdosta riippumattoman hoidon määrä alueittain vaihtelee, on pelätty, että tahdosta riippumattoman hoidon peruskriteerin epämääräisyys alaikäisillä johtaisi siihen, että (alaikäisten) kansalaisten yhdenvertaisuus lain edessä vaarantuu ja että käsitteen väljyys johtaisi käytäntöjen vaihtelevuuteen tavalla, joka ei olisi alaikäisten edun mukaista vaan palvelisi muita etuja (terveydenhuollon toimintojen sujuvuutta, sosiaalista kontrollia, muiden asianosaisten kuin potilaan etua¹).

Selvitysosa koostuu kolmesta osatutkimuksesta. Ensinnä tutustutaan teoreettisesti alaikäisten itsemääräämisoikeuteen, tietoiseen suostumukseen ja tahdosta riippumattomaan hoitoon kansainvälisen kirjallisuuden pohjalta. Toiseksi selvitetään HILMO-rekisterin avulla, miten laajaa alaikäisten tahdosta riippumaton hoito on ja millaista alueellista vaihtelua siinä esiintyy. Kolmanneksi selvitetään, vallitseeko lastenpsykiatriassa ja nuorisopsykiatriassa yhteisymmärrys siitä, millaiset alaikäisten mielenterveyden häiriöt ovat mielenterveyslain tarkoittamalla tavalla vakavia. Tämä työ on tehty haastattelemalla lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian aloilla toimivia lääkäreitä eri sairaanhoitopiireissä.

Yhteenveto-osassa esitetään selvitysosan pohjalta syntyneet suositukset käsitteen ”vakava mielenterveyden häiriö” tulkittamiseksi alaikäisten tahdosta riippumattoman hoidon peruskriteerinä. Alaikäisten mielenterveyden häiriön vakavuutta arvioitaessa tulee aina suhteuttaa oireilu ja sen perusteella asetettava deskriptiivinen diagnoosi alaikäisen kehitystasoon ja kehityksen etenemiseen/sen juuttumiseen. Mitä nuoremmasta alaikäisestä on kyse, sitä vähemmän hänen mielenterveyden häiriötään voidaan tarkastella yksilöpatologian näkökulmasta, ja sitä suuremmissa määrin häiriön vakavuutta arvioitaessa tulee ottaa huomioon ympäristön alaikäisen kehitykselle kyseisessä tilanteessa tarjoama tuki tai sen puute. Alaikäisten vakavat mielenterveyden häiriöt edellyttävät aina asianmukaisen psykiatrisen hoitokontaktin järjestämistä. Mikäli myös muut Mielenter-

¹ Potilaan saattaminen tahdosta riippumattomaan hoitoon siksi, että hän on vaaraksi muille, on lain mukaan sallittua ja palvelee toki muiden etua (ja potilaankin, jos häntä estetään sairaana ollessaan tekemästä muille vahinkoa, jota hän terveenä ollessaan ei tekisi). On kuitenkin tilanteita, joissa ympäristö voi haluta potilaan sijoittamista tahdosta riippumattomaan hoitoon vaikkapa mukavuutensa vuoksi ennemmin kuin siksi, että potilas olisi vaaraksi.

veyslaissa määritetyt tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit täyttyvät, voidaan näissä tilanteissa soveltaa tahdosta riippumatonta hoitoon ottamisen menettelyä.

Asiasanat: alaikäiset, lapset, lastenpsykiatria, mielenterveyshäiriöt, mielenterveyspalvelut, nuoret, pakkohoito, psykiatria, selvitys

REFERAT

Riittakerttu Kaltiala-Heino: Vård oberoende av en minderårig patients vilja. Vad avses med begreppet allvarlig mental störning hos barn och unga i mentalvårdslagen? Helsingfors 2003. 47 s. (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter, 1236-2115; 2003:7) ISBN 952-00-1346-6

Syftet med den här publikationen är att skapa klarhet i begreppet ”allvarlig mental störning” och hur detta kriterium för vård oberoende av en minderårig patients vilja skall tolkas. I handboken försöker man precisera begreppet eftersom ”allvarlig mental störning” är ett mera obestämt begrepp än ”mentalsjukdom”. Eftersom det förekommer regionala skillnader beträffande antalet minderåriga som vårdas oberoende av sin vilja befarar man att grundkriteriets inexacthet kan för minderårigas del leda till att (minderåriga) medborgarnas jämlikhet inför lagen äventyras och att begreppets vaghet kan leda till varierande praxis på ett sätt som inte är förenligt med den minderåriges bästa utan snarare tjänar andra syften (smidig verksamhet inom hälso- och sjukvården, social kontroll, andra parter än patientens fördel²).

Utredningsdelen består av tre delundersökningar. Utgående från internationell litteratur behandlas först på ett teoretiskt plan vad självbestämmanderätt, medvetet samtycke och vård oberoende av patientens vilja innebär för minderåriga patienters del. Därefter utreds med hjälp av HILMO-registret hur omfattande vården oberoende av en minderårig patients vilja är samt de regionala skillnaderna i fråga om denna vård. Till sist utreds om det inom barn- och ungdomspsykiatrin råder enighet om vilka mentala störningar hos minderåriga som är allvarliga på det sätt som avses i mentalvårdslagen. Det här har utretts genom intervjuer med läkare inom barn- och ungdomspsykiatrin vid de olika sjukvårdsdistrikten.

I sammandragsdelen presenteras rekommendationer för hur begreppet ”allvarlig mental störning” skall tolkas som ett grundkriterium för vård oberoende av en minderårig patients vilja. Rekommendationerna baserar sig på utredningsdelen. Då man bedömer hur allvarlig en minderårig patients mentala störning är skall symtomen och den deskriptiva diagnos som ställs på basis av dem alltid ställas i relation till den minderåriges utvecklingsnivå och hur utvecklingen framskrider eller stannar upp. Ju yngre patienten är, desto mindre kan hans eller hennes mentala störning granskas ur ett individpatologiskt perspektiv och desto mera skall man vid bedömningen av hur allvarlig störningen är beakta på vilket sätt omgivningen kan eller inte kan stöda den minderåriges utveckling. Allvarliga mentala störningar hos minderåriga kräver alltid en ändamålsenlig psykiatrisk vårdkontakt. Om även de andra kriterierna i mentalvårdslagen för vård oberoende av patientens vilja uppfylls kan man i dessa fall tillämpa förfarandet för intagning för vård oberoende av patientens vilja.

² Vård oberoende av patientens vilja på grund av att han eller hon är till fara för andra är enligt lagen tillåten och givetvis förenlig med andras bästa (och med patientens bästa ifall man hindrar honom eller henne från att som sjuk skada andra, något som han eller hon som frisk inte skulle göra). Det finns dock situationer då omgivningen vill att patienten tas in för vård oberoende av dennes vilja snarare av t.ex. bekvämlighetsskäl än för att patienten är till fara.

Nyckelord: barn, barnpsykiatri, mentala störningar, mentalvårdstjänster, minderåriga, psykiatri, tvångsvård, ungdomar, utredning

SUMMARY

Riittakerttu Kaltiala-Heino. Treatment against the will of a minor: What does the concept of the Mental Health Act 'serious mental disorder' mean in regard to minors? Helsinki, 2003. 47p. (Reports of the Ministry of Social Affairs and Health 1236-2115; 2003:7)
ISBN 952-00-1346-6

The purpose of the publication is to clarify the interpretation of the concept 'serious mental disorder' as a criterion for treatment against the will of a minor. The aim is to specify the concept because the concept 'serious mental disorder' is more vague than 'mental disease'. As it has been noticed that the volume of treatment against the will of minors varies from one region to another it is feared that the vagueness of the basic criterion for treatment against a person's will could in regard to minors lead to a situation where the equality of (minor) citizens before the law is jeopardized. Furthermore, the broadness of the concept could lead to varied practices in a way that would not be in the interests of minors but would serve other interests (the efficacy of health care functions, social control, interests of other parties than patients³).

The guide deals with three sub-studies. The first of them deals with minors' right of self-determination, informed consent and involuntary treatment theoretically, on the basis of international literature. Secondly, it is examined by means of the National Hospital Discharge (HILMO) Register how extensive the treatment against the will of minors is and how much regional variety there is in it. Thirdly, it will be investigated whether there prevails consensus in child psychiatry and adolescent psychiatry on what kind of mental disorders in minors are serious in the way referred to in the Mental Health Act. This work has been carried out by interviewing physicians specialized in child psychiatry and adolescent psychiatry in different hospital districts.

The summary presents the recommendations prepared on the basis of the studies for how to interpret the concept 'serious mental disorder' as the basic criterion for treatment against the will of a minor. When assessing the seriousness of a minor's mental disorder, the symptoms and the descriptive diagnosis based on it must always be proportioned to the minor's stage of development and progress of development/a halt in it. The younger person is concerned the less his or her mental disorder can be examined from the point of view of individual pathology and the more the support (or non-support) provided by the community to the development of the minor must be taken into account when assessing the seriousness of the disorder. Serious mental disorders in minors always require arranging an appropriate psychiatric treatment contact. If also the

³ Admission of a patient to treatment against his or her will because the patient constitutes a danger to others is under the law allowed and serves the interests of others (also those of the patient if the patient is prevented from causing such harm to others that he or she would not do when in full health). There are however situations in which the community may wish that a patient is admitted to treatment against his or her will for instance for the sake of convenience – rather than for the reason that the patient would constitute a danger.

other criteria defined in the Mental Health Act are met the procedure of admission to treatment against the person's will can be applied in these situations.

Key words: Child psychiatry, children, involuntary treatment, mental disorders, mental health services, minors, psychiatry, study, young persons.

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ.....	3
REFERAT	5
SUMMARY	7
SISÄLTÖ	9

SUOSITUS

MIELENTERVEYSLAIN TARKOITTAMA VAKAVA MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖ: TEHTYJEN SELVITYSTEN POHJALTA SYNTYNYT YHTEENVETO JA SUOSITUS KÄSITTEEN TULKITSEMISEKSI.....	11
Ahdistuneisuushäiriöt.....	14
Syömishäiriöt.....	14
Psykiatriset indikaatiot.....	15
Päihdehäiriöt	16
Käytöshäiriöt	17
YHTEENVETO JA TIIVISTELMÄ SUOSITUKSESTA	19

SELVITYSOSA

SELVITYKSEN TAVOITTEET.....	23
AINEISTO JA MENETELMÄT	23
Teoreettinen tutkimus.....	23
Hoitoilmoitusrekisterin antamat tiedot	24
Asiantuntijahaastattelut	24
PAKON KÄYTTÖ PSYKIATRISISSA HOIDOSSA	25
Tahdosta riippumaton psykiatrinen hoito ja potilaan itsemääräämisoikeus.....	25
Alaikäiset terveydenhuollon asiakkaina ristiriitatilanteissa.....	28
Kehen pakko kohdistuu?.....	30
Miten erilaiset psykiatrisen pakkohoidon mahdollisuudet alaikäisellä voidaan perustella?.....	32
Mielenterveyden häiriön vakavuuden ulottuvuudet.....	33
ALAIKÄISTEN TAHDOSTA RIIPPUMATON HOITO SUOMESSA 1995-2000	34
Lukumäärätietoja MI-menettelyn käytöstä	34
Hoitopäätös	36
ASIAANTUNTIJAHAASTATTELUISSA ILMENNEET MUUT KESKEISET SEIKAT KUIN VARSINAINEN "VAKAVA MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖ" -KÄSITTEEN MÄÄRITTELY.....	37
Millaisia ongelmia alaikäisten tahdosta riippumattomaan hoitoon nykyään liittyy? ...	37
Millaisia ongelmia vakavan mielenterveyden häiriön käsitteen tulkintaan liittyy.....	39
SAIRAANHOITOPIIRIEN VÄLISET EROT ALAIKÄISTEN TAHDOSTA RIIPPUMATTOMAN HOIDON KÄYTÖSSÄ.....	40
KIRJALLISUUTTA.....	43

Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito.

Mitä mielenterveyslain käsite vakava mielenterveyden häiriö alaikäisillä tarkoittaa?

Suositus

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Helsinki 2003

*Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito.
Mitä mielenterveystieteen käsite vakava mielenterveyden häiriö alaikäisillä tarkoittaa?*

MIELENTERVEYSLAIN TARKOITTAMA VAKAVA MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖ: TEHTYJEN SELVITYSTEN POHJALTA SYNTYNYT YHTEENVETO JA SUOSITUS KÄSITTEEN TULKITSEMISEKSI

Mielenterveystilaisissa määritetyt tilat, joiden vallitessa voidaan ryhtyä potilaan tahdosta riippumattoman psykiatriseen hoitoon, täyttävät paitsi peruskriteerin (millaiset sairaustilat) myös laissa määritetyt lisäkriteerit (hoidon tarve tai vahingollisuus itselle tai muille sekä muiden mielenterveyspalvelujen riittämättömyys/soveltumattomuus käytettäväksi). *Vaikka siis käsitettä vakava mielenterveyden häiriö tulkittaisiin millä tavalla tahansa, on huomattava, että häiriön sairastaminen sinänsä ei oikeuta tahdosta riippumattaan hoitoon, saati edellytä sitä, vaan myös muiden lain kriteerien tulee täytyä ennen kuin yksilön vapautteen voidaan puuttua.* Tässä raportissa esitetyt määrittelyt vakavasta mielenterveyshäiriöstä alaikäisillä esitetään siinä oletuksessa, että määrittelyjä sovellettaessa ilman muuta tarkastellaan tahdosta riippumattoman hoidon käynnistämistä lain kokonaisuudessa eikä pelkästään siltä pohjalta, onko häiriö vakava vai ei.

Alaikäisen mielenterveyshäiriön arvioinnissa tulee toteuttaa seuraavat asiat:

- oirekuvan arviointi, diagnostinen arvio
- oirekuvan ja diagnoosin merkityksen arvio suhteessa lapsuuden/nuoruusiän kehityksen etenemiseen: eteneekö kehitys häiriöstä huolimatta vai onko kehityksen eteneminen vaarantunut, pysähtynyt tai taantunut?
- arvio, missä määrin kasvuympäristö kykenee turvaamaan kyseisen alaikäisen terveen kasvun ja kehityksen tässä häiriötilanteessa ja missä määrin kasvuympäristö ehkä estää/vaarantaa terveen kehityksen ja ylläpitää oireilua

Milloin mielialahäiriöt ovat mielenterveystilain tarkoittamia vakavia mielenterveyden häiriöitä?

Masennus

- depressioniin liittyy suusidaalisuus (itsemurhayritys/yrityksiä tai pakottavia itsemurha-ajatuksia, vaikka aktiivista yritystä ei vielä olisikaan ilmennyt, jos ei voida olla varmoja, ettei alaikäinen toteuta itsetuhoimpulssejaan)
- depressioniin liittyy voimakas komorbidi ahdistuneisuus, jolloin itsetuhoisten impulssien hallinta on vaikeampaa
- depressioniin liittyy merkittävää haittaa aiheuttava päihdehäiriö
- depressio johtaa kehityksen estymiseen ja voimakkaaseen toimintakyvyn laskuun; tämä ilmenee esimerkiksi koulunkäynnin (leikin) estymisenä, kyvyttömyytenä muodostaa ikätason mukaisia toverisuhteita tai eristäytymisen toverisuhteista, täydellisenä eristäytymisenä kotiin, kyvyttömyytenä huolehtia edes normaalihygieniastaan tai syömisestään; ja vapaaehtoisen hoidon keinoin tilanteeseen ei saada korjautumista

Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito.

Mitä mielenterveystilain käsite vakava mielenterveyden häiriö alaikäisillä tarkoittaa?

Voidaan diagnosoida kaksisuuntaisen mielialahäiriön maaninen vaihe ja

- maanisuus on psykoottistasoista
- maanisuudesta aiheutuu selvää voimakasta haittaa, esimerkiksi sen takia koulunkäynti estyy, nuori tuhoaa toverisuhteensa, ajautuu epäsosiaaliseen tai promiskuiteettiseen elämäntapaan, joutuu hyväksikäytetyksi tai ajautuu huomattaviin taloudellisiin vaikeuksiin (ja on ikätaso huomioiden epärealistisella tavalla kykenemätön käsittämään omaa taloudellista holtittomuuttaan) tai maanisuus sisältää itsetuhoisia piirteitä (suoria itsemurhaimpulseja tai –yrityksiä, sellaista toistuvaa ja vakavaa riskinottoa, joka vaarantaa nuoren hengen ja jolta senikäisen voi odottaa ymmärtävän suojautua)
- ❖ hypomaanisista ja maanisista tiloista on huomattava, että niiden diagnostiikka on vaativaa
- ❖ esimerkiksi taloudellisen haitan aiheuttaminen sinänsä ei yksinään oikeuta manian diagnoosiin

Ahdistuneisuushäiriöt

Yleensä ahdistuneisuushäiriöt eivät ole sillä tavalla vakavia, että niiden pohjalta voitaisiin pitää tahdosta riippumatonta hoitoa oikeutettuna. Useimmiten ahdistuneisuushäiriöistä kärsivät ovat hyvin motivoituneita hoitoon, joka niin ollen järjestyy vapaaehtoiselta pohjalta. Eräitä esimerkkitilanteita kuitenkin voidaan hahmotella, joissa ahdistuneisuushäiriödiagnoosin pohjaltakin voidaan pitää tahdosta riippumatonta hoitoa mahdollisena

- ahdistuneisuushäiriöön liittyy voimakas suisidaalisuus (itsemurhayritys/yrityksiä tai pakottavia itsemurhaimpulseja)
- ahdistuneisuushäiriön oireet ovat äärimmäisen invalidisoivia, eikä vapaaehtoisuuteen perustuvalla hoidolla pystytä vaikuttamaan tilanteeseen (hoitoa ei yrityksistä huolimatta saada käynnistymään tai riittävää parannusta ei avohoidosta huolimatta tapahdu). Esimerkiksi pakko-oireisto on niin vaikea, että potilaan kaikki aika kuluu rituaalitoiminnoissa ja muu toimintakyky siis täysin lamaantuu, tai ahdistuneisuus johtaa täydelliseen eristäytymiseen kotiin, koulunkäynnin ja ikätoverisuhteiden estymiseen ja mahdollisesti myös perheen toiminnan lamaanumiseen niin, että ahdistunut alaikäinen ikätasoa vastaamattomalla tavalla vaatii vanhemman jatkuvaa läsnäoloa kestääkseen oloaan
- ❖ näin vaikeasti invalidisoivissa ahdistuneisuusoireistotilanteissa saattaa rajanveto psykoottiseen kehitykseen olla hyvin vaikeaa

Syömishäiriöt

Akuutisti hengenvaaralliset somaattiset komplikaatiot

- syömishäiriö uhkaa alaikäisen henkeä somaattisten komplikaatioiden takia
- tämä koskee ennen kaikkea anoreksia nervosaa, mutta myös bulimia nervosaa sairastavalla saattaisi syntyä niin vaikea tilanne, että elimistön somaattisen ta-

*Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito.
Mitä mielenterveyslain käsite vakava mielenterveyden häiriö alaikäisillä tarkoittaa?*

sapainon vakava häiriintyminen uhkaisi henkeä; jos lisäksi alaikäinen potilas tällöin kieltäytyisi hoidosta, tahdosta riippumatonta menettelyä voitaisiin käyttää

Useat asiantuntijat pohtivat, voitaisiinko asettaa jokin absoluuttinen painoa kuvaava raja, jonka alittavat voidaan ottaa tahdosta riippumattomana hoitoon. Absoluuttisen Body Mass Index- rajan (BMI) käyttöä puoltaisi tällaisen määrittelyn selkeys. Ongelmallisia puolia tällaisen rajan asettamisessa olisivat

- ihmisillä on erilaisia ruumiinrakenteita ja alaikäisiä anorektikkoja on eri puberteettikehityksen vaiheissa; eri ikäisille, eri fyysisen kehityksen vaiheessa oleville ja raskas- tai kevytluustoisille on vaikeaa asettaa yhtä BMI-rajaa, jonka alle laihtuminen olisi kaikille yhtä vaarallista
- painoindeksirajojen alittuminen voi olla akuutisti henkeä uhkaavampaa, jos laihtuminen tapahtuu nopeasti, kun taas hitaasti laihduttaessa elimistö voi sopeutua joihinkin lukemiin niin, ettei tilaan liity akuuttia hengenvaaraa (vaikka elintoiminnot ovatkin poissa tasapainoista ja pitkän aikavälin somaattista haittaa syntyy)
- absoluuttisen rajan suosittaminen voisi johtaa siihen, että vaikeasti sairaita anorektikkoja jää hoidotta, koska painoindeksi kuitenkin pysyttelee hivenen verran asetetun rajan yläpuolella – voitaisiin siis sokeutua tarkastelemaan vain tuota rajaa nuoren kokonaistilanteen sijasta

Johtopäätöksenä edellä olevasta esitän, että syömishäiriöiden tahdosta riippumattoman hoidon mahdollisuutta alaikäisillä ei tule sitoa mihinkään kiinteään BMI-rajaan.

Psykiatriset indikaatiot

Kun syömishäiriöpotilas joutuu somaattisesti edellä kuvattuun tilaan, on hänen psyykinenkin tilanteensa erittäin vakava. Alaikäisen syömishäiriöpotilaan tilan vakavuutta ei voi määrittää yksinomaan somaattisten komplikaatioiden kautta. Ilman akuuttia somaattisten komplikaatioiden aiheuttamaa hengenvaaraakin alaikäisen syömishäiriöpotilaan tilanne vastaa laissa tarkoitettua vakavaa mielenterveyden häiriötä, kun

- potilaan painoindeksi on kroonistunut huomattavasti normaalin alarajan alapuolelle ja samanaikaisesti psyykinen tilanne on kroonistunut syömisen ja syömättömyyden ympärille siinä määrin, että toimintakyky muilla elämänalueilla (koulunkäynnissä, toverisuhteissa, suhteissa vanhempiin) oleellisesti on laskenut (esimerkiksi nuori ei pysty koulunkäyntiin eikä toverisuhteisiin, suhde vanhempiin on ikätasoa huomattavasti vastaamattoman riippuvainen tai päivän täyttävät syömisen ympärille rakentuneet rituaalit), eikä vapaaehtoisuuteen perustuvalla hoidolla saavuteta riittävää tilanteen korjaantumista tai hoitoa ei yrityksistä huolimatta saada lainkaan käynnistymään
- syömishäiriöön liittyy itsemurhavaara (itsemurhayritys/- yrityksiä tai pakottavan voimakkaita itsemurhaimpulsseja)
- syömishäiriöön liittyy muu komorbidi häiriö kuten vakava depressio, ahdistuneisuushäiriö tai päihdehäiriö, ja komorbidi tilanne johtaa kohonneeseen itsemurhavaaraan, tai komorbidi tilanne johtaa vaikeampaan ja pitkäaikaisempaan toimintakyvyn laskuun kuin syömishäiriö sinänsä, eikä vapaaehtoisuuteen pe-

Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito.

Mitä mielenterveystieteen käsite vakava mielenterveyden häiriö alaikäisillä tarkoittaa?

rustuvalla hoidolla saavuteta tilanteen korjaantumista tai hoitoa ei yrityksistä huolimatta saada lainkaan käynnistymään

Päihdehäiriöt

Suomen olosuhteissa edelleen eniten käytetty päihde on alkoholi, ja nuoret omaksuvat kulttuurissamme yleiset alkoholinkäyttötavat. Kaikki nuorten päihdekäyttö ei liity mielen terveyden häiriöihin.

Päihdehäiriöt luetaan tautiluokituksessa mielen terveyden häiriöihin (f-luokka ICD-järjestelmässä). Päihdehäiriöt jaetaan tautiluokituksessa päihtymystiloihin, haitalliseen käyttöön, riippuvuusoireyhtymään, vieroitusoireisiin, vieroitusoireisiin ja päihteiden indusoimiin psykooseihin.

Merkittävää haittaa aiheuttavaan päihdekäyttöön liittyy alaikäisillä useimmiten joku mielen terveyden häiriö, sitä todennäköisemmin mitä nuoremasta alaikäisestä on kyse. Lisäksi lasten (ja varhaisnuorten) päihdekokeilutkin viittaavat siihen, että ympäristö ei kykene asettamaan kehittyvälle lapselle riittäviä, terveen kasvun ja kehityksen turvaavia rajoja, mikä sinänsä edellyttää interventiota, joskaan ei automaattisesti kerro siitä, että alaikäinen itse (vielä) kärsisi vakavasta mielen terveyden häiriöstä.

Päihtymystilat ja haitallinen käyttö eivät sinänsä ole alaikäiselläkään vakavia mielen terveyshäiriöitä, mutta jos alaikäinen päihtymystilansa takia joutuu viranomaiskontaktiin (esimerkiksi intoksikaation takia terveydenhuollon päivystyspalveluihin, varsinkin toistuvasti), tulisi asiaan puuttua tekemällä lastensuojelulain 40 §:n edellyttämä lastensuojeluilmoitus sen lisäksi, että somaattisen terveyden hoidosta huolehditaan. Tilanteen hoidon tulee sisältää myös arvio siitä, kärsiikö alaikäinen jostakin mielen terveyden häiriöstä ja millaiseen hoitoon hänet ehkä sen takia tulee ohjata.

Mielen terveyslain tarkoittamalla tavalla vakava mielen terveyden häiriö alaikäisen päihdehäiriö on

- alaikäisen toistuvasti merkittävää haittaa aiheuttava pitkäaikainen päihdekäyttö, johon liittyy muu tunnistettava mielen terveyden häiriö (haitta voi olla esimerkiksi toistuvia intoksikaatioita, koulunkäynnin estymistä, toveripiirin vaihtuminen kehitystä vaarantavaksi kuten antisosiaalisten aikuisten seuraksi, rikolliseen toimintaan ajautuminen, perhesuhteiden katkeaminen tai päihteiden aiheuttama somaattisen terveyden vaarantuminen)
- jos alaikäisen päihdekäyttö on niin pitkäaikaista ja vakavaa, että hänelle voidaan asettaa päihderiippuvuuden kriteerit täyttävä diagnoosi, sitä tulee myös pitää vakavana mielen terveyden häiriönä sinänsä; on lisäksi huomattava, että todennäköisesti alaikäisellä, jonka päihdekäyttö on kehittynyt näin vakavaksi, on diagnosoitavissa myös jokin muu mielen terveyden häiriö
- päihteiden indusoimat psykoosit sisältyvät mielen terveyslain tarkoittamiin vakaviin mielen terveyden häiriöihin kuten psykoosit yleensäkin.

Asiantuntijahaastatteluisissa tuotiin esiin, että poliittisen päätöksenteon tasolla on sosiaali- ja terveyspalvelujen suunnittelussa kiinnitettävä huomiota siihen, millä tavalla päih-

deongelmista kärsivien alaikäisten hoito järjestetään. Nykyisillä nuorisopsykiatrian resursseilla ei tosiasiaassa ole mahdollista hoitaa kaikkia tässä esitettyjen suuntaviivojen mukaisesti vakavan mielenterveyden häiriön tasoisesta päihdehäiriöstä kärsiviä nuoria. Lisäksi nuorisopsykiatristen sairaansijojen käyttö esimerkiksi huumeriippuvaisten nuorten hoitoon nopeasti vaarantaa muista häiriöistä kärsivien nuorten, esimerkiksi turvallista ympäristöä tarvitsevien psykoottisten, masentuneiden tai syömishäiriöisten hoidon, koska päihderiippuvuuden hoitoon sisältyy runsaasti erityisiä näkökohtia kuten aggression hallinta, rajojen ja luottamuksen neuvottelu ja vaara, että päihdekäyttö osasto-olosuhteissa ”tarttuu”, onhan osastohoidossa koolla tavallista hauraampia nuoria. Toisaalta on kuitenkin järjestettävä resurssit alaikäisten tarpeiden mukaan eikä tulkittava alaikäisten tarpeita sen mukaan, millaiset resurssit on mukavinta tarjota. Edellä esitettyjen suuntaviivojen mukaan vakavien mielenterveyden häiriöiden tasoisesta päihdeongelmasta kärsivien nuorten hoidossa saattaa hyvinkin olla tarkoituksenmukaisinta, että hoito toteutuu joko kokonaan tai nuorisopsykiatristen osastoarvion jälkeen alaikäisten päihdeongelmiin erikoistuneessa hoitopaikassa, jossa on tarjolla riittävä nuorisopsykiatristen asiantuntemus. Haastatellut asiantuntijat olivat yksimielisiä, että tällaisten hoitopaikkojen saatavuus ei ole koko maassa riittävä.

Nykyisen lainsäädännön mukaan terveytensä ja kehityksensä päihdekäytöllä vakavasti vaarantava alaikäinen voidaan myös huostaanottaa ja sijoittaa hoidettavaksi lastensuojeluyksikössä. Jos tällainen ratkaisu tehdään nuoren kohdalla, jolla on päihderiippuvuustasoinen päihdeongelma tai jonka merkittävää haittaa aiheuttavaan (mutta ei vielä riippuvuustasoiseen) päihdeongelmaan liittyy jokin muu tunnistettava mielenterveyden häiriö, tulisi turvata se, että lastensuojelutoimenpiteiden lisäksi interventioon kuuluu riittävä nuorisopsykiatristen hoito.

Käytöshäiriöt

Käytöshäiriöt ovat, kuten päihdehäiriötkin, erityisen ongelmallinen häiriöryhmä tahdosta riippumattoman psykiatristen hoidon kannalta. Nykyisen mielenterveyslain valmistelun ja voimaantumisen aikoihin käydyssä keskustelussa pelättiin, että nimen omaan käytöshäiriöryhmään liittyisi sellaisia tulkintaongelmia, että hankalat, normeja rikkovat nuoret saisivat herkästi ”rangaistukseksi” lähetteen tahdosta riippumattomaan hoitoon. Tahdosta riippumaton psykiatristen hoito ei saakaan toteutua vain sosiaalisista syistä eikä vaikeutta sopeutua ympäröivän kulttuurin sosiaalisin normeihin pidä tulkita mielenterveyden häiriöksi.

On kuitenkin muistettava, että tautiluokitusten (ICD, DSM) mukaan käytöshäiriödiagnosi ei toki olekaan asetettavissa aivan vähäisin sosiaalisiin normeihin sopeutumattoman käyttäytymisen perusteiden. Käytöshäiriöille on olemassa spesifit diagnostiset kriteerit. Käytöshäiriöt ovat sikäli vakavia ongelmia, että niiden ennuste on yksi huonoimpia alaikäisten mielenterveyden häiriöiden joukossa. Lapsuus- ja nuoruusiän käytöshäiriöt liittyvät aikuisuuden päihdehäiriöihin, persoonallisuushäiriöihin, rikollisuuteen, väkivaltaisuuteen ja syrjäytymiseen. Tästä näkökulmasta käytöshäiriöitä ne pidettävä luonteeltaan vakavina häiriöinä. Toisaalta niiden voimakkuus vaihtelee.

Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito.

Mitä mielenterveyslain käsite vakava mielenterveyden häiriö alaikäisillä tarkoittaa?

Käytöshäiriöt voivat olla mielenterveyslaissa tahdosta riippumattoman hoidon sääntelyä koskevissa kohdissa tarkoitettulla tavalla vakavia

- jos niihin liittyy itsemurhavaara (itsemurhayritys/-yrityksiä tai pakottavia itsetuhoisia impulsseja)
- jos ne sisältävät sellaisen impulssikontrollin häiriön, joka johtaa hallitsemattomaan väkivaltaisuuteen (muiden henki tai terveys vaarantuu; impulssikontrollin häiriö voi toisaalta ilmetä myös itsetuhoisuutena)
- käytöshäiriö johtaa kehityksen vakavaan häiriintymiseen niin, että esimerkiksi koulunkäynti estyy kokonaan, ikäoverisuhteet häiriintyvät vakavasti (katkeavat kokonaan, niitä ei ole; tai ikäoverisuhteet vaihtuvat seurusteluun epäsosiaalisten aikuisten/huomattavasti varttuneempien epäsosiaalisten nuorten kanssa, mikä johtaa päihdekäyttämiseen, rikollisuuteen tai seksuaalisesti kehitystasoa vastaamattomaan käyttäytymiseen), suhteet vanhempiin katkeavat, ja käytöshäiriön lisäksi voidaan diagnosoida muu mielenterveyden häiriö (kuten mielialahäiriö).

YHTEENVETO JA TIIVISTELMÄ SUOSITUKSESTA

Mielenterveyslain tarkoittamalla tavalla vakavia mielenterveyden häiriöitä, jotka laissa määritettyjen lisäkriteerien vallitessa voivat mahdollistaa tahdosta riippumattoman hoidon ja jotka aina edellyttävät asianmukaisen psykiatrisen hoidon järjestämistä alaikäiselle, ovat Taulukossa 1 esitetyt tilat:

Taulukko 1. Vakava mielenterveyden häiriö alaikäisellä: akuutit ja pitkittyneet tilanteet

Akuutti vakava mielenterveyden häiriö alaikäisellä	Vakava mielenterveyden häiriö pitkittyneissä tilanteissa alaikäisellä
<p>Psykoosi etiologiasta riippumatta, psykoottiset läpilyönnit⁴</p> <p><i>Itsetuhoisuus</i>: vakava itsemurhayritys/-yritykset; pakottavat itsemurhaimpulssit, vaikkei yritystä vielä olisi tapahtunut, jollei voida luottaa, ettei alaikäinen toimi impulssien mukaan; lapsilla tulee kiinnittää huomiota myös sellaiseen itsetuhoisuuteen, joka ilmenee toistuvana itsensä vaaraan saattamisena tilanteissa, joissa ikätason mukaisesti lapsen voisi jo edellyttää suojelevan itseään</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ itsetuhoisuus voi liittyä useisiin eri häiriöluokkiin, ja alaikäisellä edellä kuvatun tasoista itsetuhoisuutta sinänsä on pidettävä vakavana mielenterveyden häiriönä <p><i>Vaikeat impulssikontrollin häiriöt</i>, joihin liittyy kontrolloimaton väkivaltaisuus / vakava väkivallan uhka</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ nämä liittyvät yleensä käytöshäiriöihin, mutta muitakin perustiloja voi olla <p><i>Anoreksia nervosa</i>, jonka somaattiset komplikaatiot uhkaavat henkeä</p> <p><i>Merkittävää akuuttia haittaa</i> (kuten hengenvaaraa toistuvien intoksikaatioiden muodossa, seksuaalisen hyväksikäytön kohteeksi joutumista tai väkivaltaista impulssikontrollin pettämistä) <i>aiheuttava päihdehäiriö</i>, johon liittyy muu mielenterveyden häiriö</p>	<p><i>Ei-psykoottiset mielenterveyden häiriöt</i> (kuten mielialahäiriöt, syömishäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt), jotka johtavat merkittävään toimintakyvyn alenemiseen ja kehityksen estymiseen. Toimintakyvyn aleneminen ja kehityksen estyminen ilmenee esimerkiksi taantumisenä iänmukaisesta toimintatasosta suhteessa vanhempiin (ikätasoa merkittävästi vastaamaton riippuvuus kuten esimerkiksi kyvyttömyys olla erossa vanhemmista nuoruusikäisellä), suhteessa toveriin (lapsi/ nuori ei kykene lainkaan muodostamaan ikätason mukaisia toverisuhteita tai hän eristyy kokonaan aikaisemmista toverisuhteistaan), suhteessa koulunkäyntiin (lapsi/ nuori ei kykene lainkaan käymään koulua, eristyy kotiin, mahdollisesti edellyttää vanhempien jatkuvaa läsnäoloa kyetäkseen olemaan edes kotonaan)</p> <p><i>Päihderiippuvuuden diagnostiset kriteerit täyttävä päihdehäiriö</i></p> <p><i>Käytöshäiriö, joka aiheuttaa merkittävää pitkäaikasta haittaa</i> kuten huomattavaa toimintakyvyn laskua (koulunkäynnin estyminen) tai kehityksen vääristymistä (joka ilmenee esimerkiksi toverisuhteiden muuttumisena destruktivisiksi tai ikätasoa vastaamattomiksi tai vanhempisuhteiden katkeamisena⁵) ja johon liittyy muu tunnistettava mielenterveyden häiriö</p> <p><i>Anoreksia nervosa</i>, joka ei välittömästi uhkaa henkeä, mutta jossa potilaan paino on kroonistunut epäfysiologiselle tasolle ja vastaavasti psyykkisissä toiminnoissa voidaan havaita juuttuminen oirekäyttyymiseen; somaattiset toiminnot ovat vääristyneet, eikä vapaaehtoisuuteen pohjautuvalla hoidolla ole saavutettu tuloksia</p>

4 Psykoosit sisältyvät tietenkin myös mielenterveyslain § 8.1:ssä mainittuun käsitteeseen ”mielisairaus”. ”Mielisairaus”-käsite sisältyy laajempaan käsitteeseen ”vakava mielenterveyden häiriö

5 Esimerkiksi varhaisnuori siirtyy liikkumaan vain aikuisten päihdeongelmaisten ryhmissä, ajautuu siellä seksuaalisesti huomattavasti vanhempaa ikätasoa vastaavaan käyttäytymiseen ja katkaisee välinsä vanhempiin niin, etteivät nämä lainkaan tiedä, missä nuori liikkuu, tai eivät ollenkaan pysty nuorta rajoittamaan

Selvitysosa

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Helsinki 2003

*Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito.
Mitä mielenterveystieteen käsite vakava mielenterveyden häiriö alaikäisillä tarkoittaa?*

SELVITYKSEN TAVOITTEET

Selvitystyön tavoitteena oli tarkentaa, miten käsitettä ”vakava mielenterveyden häiriö” alaikäisten tahdosta riippumattoman hoidon kriteerinä tulee tulkita - siis määrittää, millaiset mielenterveyden häiriöt alaikäisillä ovat niin vakavia, että ne silloin, kun mielenterveyslaissa määritetyt muut tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit täyttyvät, oikeuttavat lähettämään tai ottamaan alaikäisen tahdosta riippumattomaan hoitoon.

Selvityksen tarve syntyi siitä, että ”vakavan mielenterveyden häiriön” käsite on epämääräisempi kuin ”mielisairaus”, joka lainsäädännössä voidaan selkeästi rajata psykooseihin. On pelätty, että käsitteen epämääräisyys johtaa siihen, että alaikäisten yhdenvertaisuus lain edessä vaarantuu. Koska terveydenhuollon rekistereiden perusteella on havaittu alueellista vaihtelua alaikäisten tahdosta riippumattoman hoidon käyttömäärissä, on syntynyt huoli, että nimen omaan käsitteen ”vakava mielenterveyden häiriö” mahdollinen epämääräisyys johtaa käytäntöjen vaihtelevuuteen tavalla, joka ei olisi alaikäisten edun mukaista vaan palvelisi muita etuja (terveydenhuollon toimintojen sujuvuutta, sosiaalista kontrollia, muiden asianosaisten kuin potilaan etua) (ks. alaviite 1).

Vakavan mielenterveyden häiriön käsitteen määrittelyn tarkentamiseksi niin, että se mielenterveyslaissa tahdosta riippumatonta hoitoa säätelevän ohjeistuksen peruskriteerinä voitaisiin tulkita optimaalisesti alaikäisten etua palvelevalla tavalla, toteutettiin seuraavat tutkimukset:

- 1) perehdyttiin teoreettisesti itsemääräämisoikeuteen ja sen rajoihin lapsilla ja nuorilla
- 2) selvitettiin, millaisissa tilanteissa Suomessa on alueellista vaihtelua alaikäisten tahdosta riippumattomassa hoidossa
- 3) haastateltiin lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian alojen lääkäreitä sen toteuttamiseksi, vallitseeko alaikäisten psykiatriassa yhteisymmärrys ”vakavan mielenterveyden häiriön” käsitteestä alaikäisten psykiatrisessa hoidossa, ja miten jaettu ymmärrys voidaan ilmaista selkeästi ja konkreettisesti niin, että käsitteeseen saadaan juridiselta kannalta välttämätöntä tarkkuutta

AINEISTO JA MENETELMÄT

Teoreettinen tutkimus

Perehdyttiin alaikäisten tahdosta riippumattomasta hoidosta Suomessa käytyyn keskusteluun ennen voimassa olevan mielenterveyslain säätämistä ja sen jälkeen. Perehdyttiin vakavan mielenterveyden häiriön käsitteestä käytyyn aikaisempaan keskusteluun. Perehdyttiin kansainväliseen tahdosta riippumatonta psykiatrista hoitoa käsittelevään kirjallisuuteen erityisesti niiltä osin, miten vakavan mielenterveyden häiriön käsitettä on pidetty oikeana rajata ja mitä tutkimustietoa ylipäänsä on saatavilla alaikäisten tahdosta riippumattomasta hoidosta. Lisäksi perehdyttiin kansainväliseen kirjallisuuteen, joka

käsittelee alaikäisten itsemääräämistä terveydenhuollossa ja alaikäisten kykyä tietoiseen suostumukseen.

Hoitoilmoitusrekisterin antamat tiedot

Tahdosta riippumattoman hoidon määrää (MI-lähetteellä sairaalaan tulo, pidättävä hoitopäätös) ja kohdentumista sekä sairaanhoitopiirien välisiä eroja alaikäisten tahdosta riippumattoman hoidon käytössä tarkasteltiin hoitoilmoitusrekisterin (HILMO) tietojen avulla. Vuosilta 1996-2000 identifioitiin kaikki alkaneet alle 18-vuotiaiden psykiatriset hoitokäytökset, siis hoitokäytökset, jotka olivat toteutuneet jollakin psykiatrian erikoisaloista (lastenpsykiatria, nuorisopsykiatria, psykiatria, oikeuspsykiatria). Näistä jaksoista hyödynnettiin seuraavia tietoja: potilaan ikä ja sukupuoli, kotikunnan mukainen sairaanhoitopiiri, palvelun tuottanut sairaanhoitopiiri, sairaalaan tulovuosi, tulotapa, saapumistapa, lähetteen antaja, päädiagnoosi, sivudiagnoosit, hoitokäytöksen pituus ja tahdosta riippumatta sairaalassa vietettyjen päivien määrä.

ICD-10-luokituksen psykiatriset diagnoosit (f-luokka) kuvataan pääluokkien tasolla (f00-10, f10-19, f20-29, f30-39, f40-49, f50-59, f60-69, f70-79, f80-89, f90-99). Potilaiden ikä luokitettiin kahteen pääluokkaan: alle 12-vuotiaisiin (lapset) ja 12-17-vuotiaisiin (nuoret).

HILMO-rekisteriä hyödyntävässä selvitystyön osassa haettiin erityisesti tietoa siitä, missä määrin ja miten tahdosta riippumaton hoito mahdollisesti sairaanhoitopiireittäin vaihtelee määrän ja tahdosta riippumatta hoidettujen potilaiden diagnoosien suhteen. Lisäksi tarkasteltiin eroavuuksia tahdosta riippumattoman hoidon kohdentumisessa ja diagnostisessa jakaumassa sukupuolen ja ikäryhmän mukaan. Havaittujen erojen merkittävyyttä testattiin khinneliötestillä. Sairaanhoitopiireittäin kuvatuille luvuille laskettiin 95% luottamusvälit. Tahdosta riippumattoman hoidon määrän vaihtelua sairaanhoitopiireittäin kuvataan sekä osuuksina kaikesta hoidosta että suhteutettuna väestöön.

Asiantuntijahaastattelut

Sen selvittämiseksi, vallitseeko lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian aloilla yhteisymmärrys vakavan mielenterveyden häiriön käsitteestä ja miten jaettu ymmärrys asiasta voitaisiin aiempaa konkreettisemmin kuvata, haastateltiin joukkoa lastenpsykiatreja ja nuorisopsykiatreja sekä näille aloille erikoistuvia lääkäreitä eri sairaanhoitopiireissä puolistrukturoidun haastattelulomakkeen avulla. Haastattelun pääaiheena oli vakavan mielenterveyden häiriön kuvaaminen yleensä ja eri diagnoosiryhmissä. Koska tahdosta riippumattoman hoidon määrään ei kuitenkaan vaikuta ainoastaan väestön psyykinen sairastavuus eikä liioin yksinomaan tahdosta riippumattoman hoidon sääntely lainsäädännöllä, myös tässä selvityksessä päätavoite laitettiin laajempaan kontekstiin keskustelemalla asiantuntijoiden kanssa lisäksi alaikäisten tahdosta riippumattoman hoidon lainsäädännön ja käytännön ongelmista.

Haastattelut kestivät noin tunnin henkilöä kohti. Ne etenivät tilannekohtaisesti sopivimmassa järjestyksessä ja jossain määrin haastattelun aikana tuotiin haastateltavan arvioitavaksi edellisissä haastatteluissa esiin tulleita ajatuksia. Haastattelujen tavoite-

määräksi asetettiin etukäteen 30-40 haastattelua. Avoimia kysymyksiä sisältävässä aineistossa, jota analysoidaan laadullisin menetelmin, on odotettavissa, että aineisto saturoituu jo ennen tätä haastateltavien määrää. Näin kävi tässäkin tutkimuksessa, mutta haastatteluja kerättiin silti lisää, jotta mahdollisimman monet alan asiantuntijat voisivat vaikuttaa prosessiin. Kaikkiaan haastatteluja tehtiin 44. Haastateltavissa oli hieman enemmän nuorisopsykiatreja kuin lastenpsykiatreja. Haastateltavat toimivat lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian alojen klinikkoina ja hallinnollisissa sekä kouluttajan tehtävissä useissa eri sairaanhoitopiireissä eri puolilla maata. Haastateltujen joukossa oli sekä kokeneita erikoislääkäreitä että erikoistumiskoulutuksessa olevia, varsin nuoriakin lääkäreitä, jotta saataisiin ongelmallisista tilanteista mahdollisimman kattava käsitys.

Haastattelujen lisäksi pyydettiin haastattelun teemoista lausunnot lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian alojen kotimaisilta järjestöiltä sekä eräiltä psykiatrisia potilaita ja potilaiden omaisia edustavilta järjestöiltä. Edelleen tämä selvitystehtävä esiteltiin Suomen Psykiatriyhdistyksen Psykiatripäivillä nuorisopsykiatrista ohjelmaa käsittelevässä symposiumissa ja pyydettiin niitä lääkäreitä, jotka haluavat osallistua vastaamalla sähköpostihaastatteluun, antamaan selvityshenkilölle sähköpostisoitteensa. Sähköpostihaastatteluja lähetettiin n. 30 ja niihin saatiin 5 vastausta. Vaikka sähköpostihaastatteluihin siis osallistui vain ani harva siihen ilmoittautuneista, näillä asiantuntijoilla olisi kuitenkin halutessaan ollut mahdollisuus vaikuttaa tämän selvitystyön tulokseen. Saaduissa sähköpostihaastatteluissa ei ilmennyt sellaisia näkökulmia, joita ei olisi ilmennyt myös henkilökohtaisissa haastatteluissa.

PAKON KÄYTTÖ PSYKIATRISISSA HOIDOSSA

Tahdosta riippumaton psykiatrinen hoito ja potilaan itsemääräämisoikeus

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (jäljempänä potilaslaki) säätelee potilaille laajasti oikeuden itse päättää terveytensä hoidosta. Hoitoratkaisut on tehtävä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa sen jälkeen, kun hänelle on tarjottu riittävä informaatio tilastaan ja sen hoitovaihtoehdoista. Nämä tiedot potilaalle tulee antaa siten, että hän riittävästi ymmärtää niiden sisällön. Ratkaisu voi tapahtua lääketieteellisesti perusteltujen vaihtoehtojen välillä; potilas ei ole oikeutettu valitsemaan mistä tahansa olemassa olevista tutkimus- ja hoitovaihtoehdoista, vaan terveydenhuollon asiantuntemuksen tulee ohjata valintaa. Jos potilas kieltäytyy hänelle tarjottavasta hoidosta, häntä tulee hoitaa mahdollisuuksien mukaan muilla lääketieteellisesti perustelluilla tavoilla. Jos potilaan omaa kantaa hoitopäätökseen ei pystytä selvittämään, on päätöksestä neuvoteltava hänen laillisen edustajansa tai läheistensä kanssa ja pyrittävä varmistamaan, mikä potilaan kanta olisi.

Halki vuosisatojen lääkärin oletettiin tietävän, mikä on potilaan parhaaksi, ja potilaan odotettiin ilman muuta suostuvan lääkärin ehdottamaan hoitoon. Muutaman viime vuosikymmenen aikana suostumusta on kuitenkin voimakkaasti problematisoitu. On esitetty, että lääkäri (terveydenhuolto) kenties ajaakin potilaan etujen kanssa ristiriidassa olevia päämääriä, ja niin onkin kiinnitetty entistä valppaammin huomiota siihen, saako potilas valita ja suostuuko hän hoitoon vai ei. On etsitty tapoja varmistaa, että potilas

Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito.

Mitä mielenterveyslain käsite vakava mielenterveyden häiriö alaikäisillä tarkoittaa?

todella suostui tietoisena. Muutokseen on etsitty syitä niin historiasta (toisen maailmansodan aikaiset tapahtumat) kuin teknologiasta (uudet tutkimus- ja hoitomenetelmät sisältävät myös entistä suurempia riskejä, joihin potilas tulee suostuneeksi lähtiessään hoitoon). Potilas-lääkärisuhteen uutena mallina nähdään tasa-arvoisten neuvottelukumppanien työskentely yhteisen ongelman parissa, jonka ratkaisussa myös potilaan päätöstä kieltäytyä suositetusta hoidosta kunnioitetaan, koska potilaalla on oikeus päättää itseään koskevista asioista itselleen haitallisellakin tavalla.

Alaikäisillä potilailla ei ole yhtä laajoja oikeuksia päättää hoidostaan kuin aikuisilla. Laki säättää, että alaikäisen potilaan mielipide hoitotoimenpiteestä on selvitettävä silloin, kun se hänen ikäänsä ja kehitystasoonsa nähden on mahdollista. Jos alaikäinen ikänsä ja kehitystasonsa puolesta pystyy päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, ellei kykene, yhteisymmärryksessä hänen huoltajansa tai muun laillisen edustajansa kanssa. Potilaslain 7.2 § implikoi, että pienet lapset ja nuoret nuoruusikäiset eivät siinä määrin ymmärrä terveyden- ja sairaanhoitoaan, että heille voitaisiin antaa täysi vastuu ja vapaus tehdä hoitopäätöksiä, päättää oman sairautensa hoitotavasta tai hoidotta jättämisestä.

Myös aikuisten potilaiden itsemääräämisoikeutta on lainsäädännössämme eräissä tilanteissa rajoitettu niin, että heitä voidaan hoitaa heidän tahdostaan riippumatta tai vasten heidän tahtoaan. Mielenterveyslaki, päihdehuoltolaki, laki kehitysvammaisten erityishuollosta (jäljempänä kehitysvammalaki) ja tartuntatautilaki sallivat tietyissä tilanteissa potilaan hoitamisen hänen tahdostaan riippumatta. Kolmessa ensin mainitussa voidaan tunnistaa taustalla vallitseva olettaus, että sairaus tai tila tekee potilaan sillä tavalla kykenemättömäksi arvioimaan omaa etuaan, että yhteiskunnan on oikeutettua puuttua hänen itsemääräämisoikeuteensa antaakseen hänelle hänen tarvitsemaansa hoitoa tai suojelua tai turvataksaan muita hänen sairautensa vääristämisen arvostelukykynsä aiheuttamilta teoilta. Tartuntatautilaissa pakon käyttö tähtää yhteisön suojelemiseen. Näistä laeista mielenterveyslain nojalla tapahtuu ylivoimaisesti eniten tahdosta riippumatonta hoitoa.

Psykkisen sairauden hoitamista potilaan tahdosta riippumatta pidetään siis eräissä tilanteissa laajasti oikeutettuna, mikä ilmenee esimerkiksi siinä, että länsimaisissa lainsäädännöissä systemaattisesti annetaan mahdollisuus psykiatristen potilaiden pakkohoitoon. Koska pakon käyttö on kuitenkin erittäin merkittävällä tavalla yksilöön puuttuvaa toimintaa, länsimaisissa laeissa säädetään tarkoin, missä tilanteissa pakkohoitoon voidaan ryhtyä. Pakon käytön mahdollisuus rajataan ensinnäkin joihinkin vakaviimpiin tilanteisiin, mielisairauksiin tai vakaviin mielenterveyden häiriöihin. Lisäksi tulee eräiden muiden kriteerien täytyä: yleensä edellytetään, että potilas on tilansa takia joko hoidon tarpeessa (ennuste merkittävästi huononisi ellei hoidettaisi) tai vaaraksi itselleen tai vaaraksi muille. Nämä samat kriteerit hieman eri sanoin ilmaistuna voidaan tunnistaa erilaisina yhdistelminä useimmista eri länsimaiden mielenterveyslaeista. Lisäksi saatetaan edellyttää vapaaehtoisen hoidon kokeilemistä ensin tai muuta vastaavaa rajoitusta pakon käytölle.

Pakon käytön psykiatriassa voi katsoa olevan oikeutettua silloin, kun psykkinen sairaus alentaa ihmisen kompetenssia, siis tekee hänet kykenemättömäksi tekemään oman arvomaailmansa suuntaisia omien etujensa mukaisia päätöksiä omista asioistaan, esimerkiksi terveytensä hoidosta. Kompetentti ihminen kykenee ymmärtämään informaati-

Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito.

Mitä mielenterveyslain käsite vakava mielenterveyden häiriö alaikäisillä tarkoittaa?

tiota, suhteuttamaan sen itseensä, pohtimaan rationaalisesti omien valintojensa seuraamuksia ja valitsemaan vaihtoehtoista.

Inkompetentteja päättämän terveydenhoitoaan koskevista asioista ovat esimerkiksi pienet lapset, jotka vastustavat kipua tuottavia rokotuksia. Lapsen vastustus ei perustu rationaaliseen harkintaan rokotuksen eduista ja haitoista. Psykiatriassa paternalistista (potilaan parhaaksi hänen tahtonsa ohittavaa) hoitopäätöstä pidetään oikeutettuna, koska mielisairauden ajatellaan tekevän henkilön inkompetentiksi. Esimerkiksi desorientoitunut potilas ei ehkä edes ymmärrä hänelle omasta sairaudestaan annettavaa informaatiota, joten hänen kompetenssinsa päättää hoidosta on alentunut. Psykoosipotilaat saattavat ulkokohtaisesti ymmärtää, mitä heille kerrotaan psykoosioireista ja niiden hoidosta, mutta kompetenssi saattaa pettää niin, että potilas ei kykene käsittämään, millä tavalla tämä informaatio liittyy häneen, tai hän tekee päätöksensä (kieltäytyä hoidosta) psykoottisen elämysmaailmansa lähtökohdista käsin (esimerkiksi uskoo lääkkeen myrkyksi). Mielisairaus rajoittaa siis potilaan rationaalista autonomiaa.

Alaikäisen lapsen ja nuoren kompetenssi päättää terveyttään ja sen hoitoa koskevista asioista on alentunut siksi, että lapsen ja nuoren kognitiivinen ja emotionaalinen kehitys on kesken. Pienten lasten ei voi olettaa kykenevän ymmärtämään terveyttä, sairautta ja hoitoa koskevaa informaatiota siinä määrin, että vastuu ratkaisuista voitaisiin jättää hänelle. Lapsen kognitiivinen ja emotionaalinen kehitys ei liioin anna edellytyksiä hoidon saamisen tai hoidotta jäämisen seuraamusten punnitsemiselle. Lapsi tarvitseekin ruumiillisen ja henkisen kypsyttämättömyytensä vuoksi erityistä turvaa ja huolenpitoa, kuten YK:n lasten oikeuksien sopimuksessa todetaan. Nuoruusikä on nopean kognitiivisen ja emotionaalisen kehityksen aikaa, ja nuoren kapasiteetti tehdä päätöksiä lisääntyy. Nuoruusiän kehitys jatkuu kuitenkin itse asiassa ohi lainsäädännössä määritetyn täysikäisyyden rajan, 18 v, ja 18-vuotiaiden, jotka lainsäädäntömme mukaan ovat täysikäisiä ja joihin sovelletaan samoja säädöksiä kuin aikuisiin, kognitiivinen ja emotionaalinen kypsyystaso vaihtelee. Lapsuuden ja nuoruusiän kehitys etenee pääosin tiettyssä järjestyksessä, mutta yksilölliset variaatiot kognitiivisessa ja emotionaaliossa kypsymisessä ovat merkittäviä. Alle 18-vuotiaiden, jotka lainsäädäntömme mukaan ovat alaikäisiä (ja myös YK:n lasten oikeuksien sopimuksen tarkoittamia lapsia) ja joilla ei siksi ole kaikkia niitä oikeuksia eikä kaikkea sitä vastuuta kuin aikuisilla, kognitiivinen ja emotionaalinen kehitystaso vaihtelee siis niinikään hyvin paljon. Vaikka nuoruusikäen tulo (puberteetti) merkitseekin suurta kehitystä nuoren ajattelussa, on nuoruusikäisten joukossakin merkittävää vaihtelua lääketieteelliseen hoitoon liittyvän päätöksenteon edellytyksissä, ei vain eri-ikäisten nuorten vaan ikävuosiltaan samanikäistenkin kesken.

Psykiatrinen pakkohoito muiden turvallisuuden takia perustuu eri lähtökohtiin kuin paternalistinen potilaan edun (=oikeus terveyden hoitoon) suojelu. Yhteiskunnalla on oikeus suojella turvallisuuttaan. Yleensä tästä huolehditaan laeilla ja normeilla, joiden rikkomisesta seuraa säädetty rangaistus. Väkivaltaisen mielisairaahan pakkohoitoa voidaan perustella sillä, että sairaus tekee potilaan kykenemättömäksi arvioimaan tekojensa seuraamuksia, jolloin normaalit lait ja normit eivät riitä estämään häntä muille vaarallisista teoista. Tällaisessa tilanteessa potilaan vapautta voidaan rajoittaa, vaikka väkivaltaa ei olisi vielä tapahtunut vaan se vasta uhkaa. Kun väkivaltaisuus on muun häiriön (esimerkiksi persoonallisuushäiriön) oire, tulee huomioida häiriön hoitomahdollisuus olemassa olevan tiedon valossa. Mikäli hoitomahdollisuuksia ei ole, tulee sairaalahoito-

Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito.

Mitä mielen terveyslain käsite vakava mielen terveyden häiriö alaikäisillä tarkoittaa?

don sijasta harkita mahdollisuutta ratkaista asia lastensuojelun tai muun sosiaalihuollon keinoin tai jättää mahdolliset seuraamukset rikosoikeusjärjestelmän ratkaistaviksi.

Suomen mielenterveyslaissa on tehty ero alaikäisen ja aikuisen tahdosta riippumattoman hoidon edellytyksissä. Siinä, missä aikuisella peruskriteerinä, jonka täytyessä voidaan tahdosta riippumatonta hoitoa harkita, jos muut sen edellytykset niinkään täyttyvät, on mielisairaus (psykoosi), alaikäisellä tahdosta riippumaton hoito on mahdollista, kun alaikäinen kärsii vakavasta mielenterveyden häiriöstä ja laissa määritetyt lisäkriteerit täyttyvät. Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito on siis mahdollista tilanteissa, joissa aikuisen kohdalla ei voitaisi pakkoa käyttää, koska peruskriteerinä olevan tilan määrittely on laajempi.

Alaikäisten ja aikuisten erottelu on Suomen mielenterveyslaissa erityistä. Esimerkiksi Ruotsissa aikuinenkin voidaan ottaa tahdosta riippumattomaan hoitoon vakavan mielen-terveyden häiriön perusteella, ja Britannian lakiuudistussuunnitelmassa 2000 esitetään pakkohoidon mahdollistaville häiriötiloille potilaan ikään katsomatta varsin väljät rajat. Eri maiden mielenterveyslaeissa on vaihtelua siinä, miten perustila, jonka vallitessa pakkohoitoa voidaan edes harkita, on määritetty. Paitsi että käytetään erilaisia käsitteitä (mielisairaus, vakava mielenterveyden häiriö ja erilaiset muut ilmaukset) myös tarkennus siitä, mitä maan laissa sanottu määrite maan lain perustelujen mukaan tarkoittaa, vaihtelee.

Alaikäiset terveydenhuollon asiakkaina ristiriitatilanteissa

Koska alaikäisen kompetenssiin päättää terveytensä hoidosta vaikuttaa ennen kaikkea ikä ja kehitystaso, alaikäisen vanhemmat tekevät päätöksiä lapsen terveyden hoidosta. Toisaalta ristiriita voikin syntyä vanhempien ja terveydenhuollon välille. Pitäisikö silloin määrittää vanhempien kompetenssi? Tilanne voisi syntyä niin alaikäisen psyykkisen kuin somaattisenkin sairauden kohdalla.

Alaikäisen kohdalla päätöksenteko sairauden hoidosta voidaan tehdä terveydenhuollon ja alaikäisen kesken, terveydenhuollon ja vanhempien (huoltajien) kesken ja kaikkien kolmen kesken. Psykiatrasta hoitoa ajatellen ongelmallista on, että lapsen tai nuoren voi tehdä kyvyttömäksi arvioimaan omaa parastaan paitsi häiriö myös riittämätön kehitystaso. Toisaalta voi syntyä tilanne, että nimen omaan täysi-ikäiset vanhemmat (huoltajat) ovat vakaasti eri mieltä kuin asiantuntijat ja päättävät lapsen puolesta kieltäytyä hoidosta (näin voi toki käydä somaattistenkin sairauksien hoidossa). Mikäli on kyseessä lääketieteellisesti hyväksytty hoito, jonka tehosta kyseisen häiriön hoidossa on näyttö, ja hoitamatta jättäminen taas voisi koitua alaikäiselle kohtalokkaaksi (johtaa kuolemaan/pysyvään vammautumiseen ja pysyvään toimintakyvyn laskuun tms.), voitaisiin argumentoida, että vanhemmat (huoltajat) eivät ehkä kykene ymmärtämään lapsen parasta (olettaen, että lapsen paras on yhtä kuin terveyden lisääntyminen; toisaalta jos hoidomuodon tehosta ei olisi näyttöä, ei olisi perusteltua tarjota sitä vasten tahtoa kenellekään).

Alaikäisten rationaalista autonomiaa voi alentaa niin mielenterveyden häiriö kuin kehitystaso. Potilaslain 7.2 §:ssä ei ole asetettu selkeitä ikärajoja sille, minkä ikäisillä on oltava sananvaltaa omassa hoidossaan. Tarkan ikärajan asettamisen välttäminen voikin

olla perusteltua, koska lapset ja nuoret kypsyvät eri tahdissa. Toisaalta päätös- tai puhevallan sitominen kehitystasoon oikeusturvan kannalta edellyttää, että on olemassa riittävä viranomaiskompetenssi arvioida lapsen tai nuoren kompetenssia suhteessa päätettävään asiaan.

Päihdehuoltolaissa päihteiden käytön määrä, laatu ja seuraamukset, joiden nojalla pakkohoitoon voidaan ryhtyä, ovat samat aikuisille ja alaikäisille, joskaan alaikäistä ei voi päihdehuoltolain nojalla hoitaa vaarallisuuskriteerin perusteella vaan ainoastaan terveysvaaran (10 §). Kehitysvammalaki sallii eräissä tilanteissa pakkohoidon erottelematta kriteerejä alaikäisille ja täysi-ikäisille (32 §).

Tartuntatautilaissa mainitaan erikseen alle 16-vuotiaan määrääminen olemaan pois hoitopaikasta tai oppilaitoksesta (16 §); ikäerottelu perustuu siihen, että yleensä mainitun ikäisillä on oikeus, jopa velvollisuus mennä mainittuihin paikkoihin. Tartuntatautilain pakkotoimet tähtäävät tartuntatilanteen hallintaan ja muiden suojelemiseen eivätkä ole paternalistisia.

Lastensuojelulain mukaan sosiaalilautakunnan on huostaanotettava ja järjestettävä sijaishuolto jos puutteet kodin huolenpidossa ja olosuhteissa uhkaavat vakavasti vaarantaa lapsen terveyttä tai kehitystä tai jos lapsi vakavasti vaarantaa terveyttään ja kehitystään käyttämällä päihteitä, tekemällä merkittävän rikollisen teon tms., jos avohuollon tukitoimet eivät ole mahdollisia tai tarkoituksenmukaisia tai ovat osoittautuneet riittämättömiksi ja jos sijaishuollon arvioidaan olevan lapsen edun mukaista (16 §). Lapsen ikä ja kehitystaso huomioon ottaen on aina selvitettävä lapsen oma toivomus koskien huostaanottoa ja sijoitusta (17 §). Hallintomenettelylain 15 §:n mukaisesti 12 vuotta täyttäneellä on oikeus tulla kuulluksi ja valittaa huostaanotto- ja sijoitusprosessissa.

Mielenterveyslaki säättää, että ennen hoitoon määräämistä on selvitettävä tarkkailuun otetun oma mielipide (myös alaikäisen). Alaikäisten potilaiden osalta annetaan määräyksiä vanhempien ja huoltajien kuulemisesta. 12 vuotta täyttänyt alaikäinen saa itse hakea muutosta hoitopäätökseen (samoin saavat hänen vanhempansa/huoltajansa) ja hänellä on myös itsenäinen oikeus valittaa päätöksestä. Alle 12-vuotiaalla ei ole itsenäistä muutoksenhakuoikeutta.

Vaikka siis potilaslaki ei määritäkään täsmällistä ikärajaa, jonka ylittäneen alaikäisen tulee saada osallistua päätöksentekoon, eräät muut sairauden hoitoa ja siitä kieltäytymistä koskevat lait asettavat ikärajaksi 12 vuotta. Nimen omaan mielenterveyslaissa on 12 vuotta täyttäneelle alaikäiselle selkeästi annettu oikeus ryhtyä toimenpiteisiin (valittaa), lastensuojelulaissa oikeus koskee virallista kuulemismenettelyä ja itsenäistä muutoksenhakumahdollisuutta. On huomattava, että tietyissä tilanteissa mahdolliset pakkotoimet kohdistetaan vanhempiin/huoltajiin: elleivät he lapsen hoidosta kieltäytyessään pysty osoittamaan ryhtyneensä muihin lääketieteellisesti hyväksyttäviin toimiin lapsen ajankohtaisen vakavan terveysongelman hoitamiseksi, päättävältä tulee siirtää vanhemmilta yhteiskunnalle. 12 vuotta on sikäli sopiva ikäraja, että se edustaa keskimääräistä lapsuuden vaihtumista nuoruusikään, vaikka kuten edellä on todettu, yksilöllisen kehityksen nopeus vaihtelee. Puberteettiin tulleilla nuorilla on monessa suhteessa erilaiset psykologiset tarpeet - ja myös kyvyt - kuin lapsilla, ja heidän kehitystason mukana muuttuva autonomiansa ja kompetenssinsa lisääntyvät nopeasti. Suomalaisista nuorista ani harva tulee puberteettiin ennen 12 ikävuotta. Puberteetin ohittaneilla nuoril-

Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito.

Mitä mielenterveyslain käsite vakava mielenterveyden häiriö alaikäisillä tarkoittaa?

la on myös terveysasioita, joita he hoitavat vanhempien (huoltajien) kanssa neuvottelematta (esimerkiksi ehkäisyasiat). Nuoruusikäisen peruskompetenssi päättää omasta itsestään on oleellisesti suurempi kuin lapsen.

Tässä yhteydessä tarkastelen nimen omaan sellaista ristiriitaa, että asiantuntijoiden (terveydenhuollon) käsityksen mukaan tulee hoitaa ja alaikäisen ja/tai hänen huoltajiensa mielestä ei. En problematisoi tässä selvityksessä esimerkiksi sellaisia tilanteita, joissa alaikäinen hakee terveydenhuollosta apua, hoitoa ja neuvontaa terveyteen liittyviin asioihin vanhempiensa tietämättä (vaikkapa ehkäisyasiat, sukupuoliteitse tarttuvat taudit). Tämä selvitys keskittyy alaikäisten mielenterveyden häiriöiden hoitoon, eikä selvityksen perusteella pidä suoraan vetää johtopäätöksiä alaikäisten oikeuksista tai niiden rajoittamisesta muissa tilanteissa. Toisaalta en tässä yhteydessä problematisoi liioin inkompetenttia suostumusta ehdotettuihin hoitotoimenpiteisiin.

Kehen pakko kohdistuu?

Aikuisten psykiatrisessa pakkohoidossa pakko kohdistuu selkeästi potilaaseen itseensä. Alaikäisten kohdalla voi syntyä monenlaisia tilanteita:

- 1) alaikäinen vastustaa hoitoa, vanhemmat⁶ ja terveydenhuolto ovat yhteisymmärryksessä
- 2) alaikäinen ja huoltajat vastustavat, terveydenhuolto pitää hoitoa välttämättömänä
- 3) alaikäinen ja terveydenhuolto haluavat alaikäisen hoitoon, huoltajat vastustavat

Aikuisen potilaan kannalta pakkoa käyttää terveydenhuolto, alaikäisen kannalta pakon käyttöön ovat oikeutettuja terveydenhuolto ja vanhemmat (huoltajat/muut lailliset edustajat).

Lapsilla, jotka ikänsä ja kehitystasonsa takia ovat inkompetentteja päättämään terveytensä hoidosta, päätös tehdään vanhempien kanssa. Mielestäni näin nuorilla ei tarvita lainkaan sellaista pakkohoitoa, joka juridisesti kohdistuu itse lapseen, koska lapsen vastustus ei voi perustua autonomiseen rationaaliseen harkintaa. Jos tällainen lapsi tulee sairaalahoitoon, ei liioin tarvita mielenterveyslain mukaisia pakkohoitopäätöksiä, mikäli häntä hoidon aikana rajoitetaan, jos se tapahtuu yhteisymmärryksessä vanhempien kanssa (pakkotoimet sinänsä, niiden käyttöaiheet ja oikea käyttö vaativat oman keskustelunsa). Jos vanhemmat vastustavat lapselle välttämätöntä hoitoa, tulee pakon kohdistua vanhempiin. Ongelma mielenterveysalalla on analoginen somaattisella alalla ilmenevän ongelman kanssa (vaikkapa lapsen insuliinidiabeteksen hoito vaihtoehdolla, jossa kielletään insuliini). Nykyinen lainsäädäntö tällaisessa tilanteessa edellyttääkin lapsen

⁶ Aina lapsesta eivät vastaa omat vanhemmat. Tilanteesta riippuen "vanhempien" tilalla voisi tässä olla huoltaja tai muu laillinen edustaja. En jatkossa erikseen korosta tätä seikkaa tekstissä joka kohdassa, missä mainitaan vanhemmat.

huostaanottoa, jos kyse on pitkäaikaisesta ja toistuvia hoitoja vaativasta sairaudesta⁷. Huostaanoton toimittavat sosiaaliviranomaiset, mutta lakiin ei sisälly säännöksiä siitä, miten sosiaaliviranomaisten tulee varmistaa lapsen hoidon tarve. Käytännössä niin so- maattisella kuin psykiatrisella puolella terveydenhuollon kentän kokemus usein on, että tällaisessa tilanteessa lasta ei lastensuojelulain perusteella saada hoitoon. Ihmisoikeus- näkökulmasta mielenterveysalalla ongelman ratkaisu ottamalla lapsi tahdosta riippumat- tomaan psykiatriseen hoitoon voi olla ongelmallinen, koska asiakirjoissa säilyy loput- tomiin merkintä juuri tämän yksilön pakkohoidosta. Pakon tulisi kohdistua vanhempiin, eli lapsi tulisi huostaanottaa. Jos käytännön ongelmia on, tulee tarkentaa asiaa säätele- vää lainsäädäntöä. Jos lapsen terveyden hoito vastoin vanhempien tahtoa säännellään Lastensuojelulaissa, tulee varmistaa, että päätöksiä, jotka perustuvat terveysvaaraan, ei tehdä ilman riittävää lääketieteellistä asiantuntijuutta (mihinkään suuntaan: huostaanot- toa ei voi perustella mielenterveyden häiriöllä ellei mikään pätevä ammattitaho ole arvi- oinut häiriötä, eikä toisaalta ilman pätevää lastenpsykiatrista arviota voida sanoa, ettei oireilevalla lapsella ole (vakavaa) mielenterveyden häiriötä). Mielenterveysongelmien alueella tämä edellyttää, että prosessiin, jossa harkitaan päätäntävällän siirtämistä van- hemmilta yhteiskunnalle, tulee lakisääteisesti sisällyttää asianmukainen lastenpsykiatri- nen arvio lapsen mielenterveydestä, ja päätöksenteon on nojaututtava arvion tuloksiin.

Nuoruuskäisen kohdalla asia on monimutkaisempi, koska nuorella on oltava omaakin päätösvaltaa, jonka vielä tulee lisääntyä hänen peruskompetenssinsa lisääntyessä. Nu- ruuskäisen kohdalla tilanteessa, jossa vanhemmat / huoltajat ja terveydenhuolto katso- vat psykiatrisen hoidon välttämättömäksi ja nuori vastustaa, tulee voida ottaa nuori tah- dosta riippumattomaan hoitoon, koska ei voida ajatella, että 12-18-vuotias nuori ilman muuta on vanhempien määrättävissä. Toisaalta kuten lasten kohdalla, vastustus voi tulla myös ainoastaan vanhemmilta. Ihmisoikeusnäkökulmasta nuoren pakkohoito on silloin keskustelua vaativa asia, koska pakkotoimi ja siitä kertovat asiakirjamerkinnät kohdis- tuvat itseensä nuoreen ja seuraavat häntä terveydenhuollossa. Nuorisopsykiatrian alalla on kuitenkin koettu, että nuorta koskevan päätäntävällän siirtäminen vanhemmilta yh- teiskunnalle (siis huostaanotto) nuorten mielenterveysongelmien hoidon turvaamiseksi ei toimi, vaan vakavasti häiriintyneet nuoret voivat vanhempien vastustuksen takia jäädä ilman hoitoa, koska lääketieteellisen asiantuntemuksen asema huostaanottopäätöksissä on heiveröinen. Ihmisoikeusnäkökulmasta tulisi niissä tilanteissa, joissa nuoren psykiat- risen hoidon saanti estyy vanhempien vastustuksen takia (joka on inkompetenttia, perus- tuu ongelman kieltämiseen tai vähättelyyn tai kyvyttömyyteen ymmärtää tarjotun hoi- don hyöty, eikä siis johda minkään näytetysti tehokkaan hoidon aloittamiseen), pakon käyttö eksplisiittisesti kohdistaa vanhempiin. Mikäli vaihtoehtona on lastensuojelulaki, tulee huostaanottoa harkittaessa muistaa nuorisopsykiatrisen arvioinnin teettäminen, koska vanhempien toiminta vaarantaa nuoren mielenterveyden ja kehityksen (aivan kun- ten yllä mainittiin lasten osalta).

⁷ Kiireellisissä ja lyhytaikaisissa hoitotilanteissa voidaan turvautua Potilaslain 9.4 §:ään, jonka mukaan alaikäisen huoltajalla tai muulla laillisella edustajalla ei ole oikeutta kieltää potilaan henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi annettavaa tarpeellista hoitoa

Miten erilaiset psykiatrisen pakkohoidon mahdollisuudet alaikäisellä voidaan perustella?

Koska lapsi tai nuori ei kehitystasonsa puolesta pysty aikuisen tavoin arvioimaan terveytensä hoitoa koskevien päätösten seuraamuksia ja omaa etuaan hoitoratkaisuissa tai hoidotta jättämisessä, aikuisten tulee ottaa vastuu terveydenhoitopäätösten teosta siitä huolimatta, että alaikäinen vastustaisi. Mitä pienemmästä lapsesta ja mitä merkittävämmästä hoitoratkaisusta on kysymys, sitä vähemmässä määrin hänelle voidaan antaa päätösvaltaa, vaikka sinänsä jo perustuslain 6.3 §:n perusteella tulee kuulla lapsen mielipidettä asiasta ja keskustella hoidosta hänen kanssaan hänen ikätasonsa sallimalla tasolla. Tällainen keskustelu on terapeuttilinen ja ehkäisee traumatisoitumista, ja lapsilla kuulemisen tavoite onkin tämä eikä se, että lapsi tekisi varsinaiset päätökset hoidosta. Nuoruuskäisten kyky arvioida tilannettaan ja osallistua päätöksentekoon lisääntyy, mutta mitä nuoremasta nuoresta on kysymys tai mitä vakavamman sairauden tai häiriön hoidosta päätetään, sitä suuremmassa määrin aikuisten tulee kantaa lopullinen vastuu hoitopäätöksistä. Alaikäisen ei pidä sallia tehdä päätöksiä (kuten kieltäytyä hoidosta), jotka vaarantavat hänen mahdollisuutensa terveeseen kehitykseen. Päätösvastuun siirtäminen pois alaikäiseltä on alaikäisten suojelua, jota YK:n lapsen oikeuksien sopimus edellyttää. Ei edes psyykkisesti terveen ja normaalisti kehittyvän alaikäisen edun mukaista ole antaa hänelle liikaa vastuuta terveyttään koskevissa päätöksissä.

Mielenterveyden häiriöt alentavat alaikäisen kompetenssia oleellisella tavalla lisää. Vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsivän lapsen tai nuoren kyky arvioida päätöksensä seuraamuksia on ikäovereiden tasoa alempi. Mielenterveyden häiriöt haittaavat eri tavoin lapsen ja nuoren emotionaalista, sosiaalista ja kognitiivista kehitystä, joten niistä kärsivien alaikäisten ei voi olettaa pystyvän ottamaan päätöksistään vastuuta edes siinä määrin kuin samankäisten yleensä. Normaalin kehityksen mahdollistamiseksi päätösvastuun pitäminen aikuisilla on oikeutettua. Vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsivän alaikäisen edun mukaista on huolehtia, että hän saa hoidon häiriöönsä niin, että normaalikehitys voi jatkua.

Lapsuudessa ja nuoruusiässä mielenterveyden häiriöt eivät ole niin selväpiirteisiä kuin aikuisuudessa. Lapsilla ja nuorilla voidaan tunnistaa vakavasti häiriintyneitä kehityskulkuja joiden tiedetään liittyvän aikuisuuden varsinaisiin mielisairauksiin vaikei kehityksen vielä ollessa kesken mielisairauden diagnoosia voidakaan asettaa. Näihin tilanteisiin on voitava puuttua, koska aktiivisella hoidolla ajoissa voidaan ennaltaehkäistä pitkäaikaisia morbiditeettia ja varsinaisen mielisairauden puhkeamista. Tällaista mahdollisuutta ei enää aikuisuudessa ole. Lapsen ja nuoren kehittyvä persoonallisuus sisältää siis ainutlaatuisen mahdollisuuden epäsuotuisan kehityksen kääntämiseen normaalityypille. Koska mahdollisuudet ovat suuremmat, on perusteltua myös turvata hoito useammassa tilanteissa, tarvittaessa myös potilaan tahdosta riippumatta.

Kehitystason vaihtelu vaikeuttaa alaikäisillä oirekuvaukseen perustuvan diagnostiikan käyttöä. Oireen vakavuutta arvioitaessa on aina otettava huomioon kehitystason sille asettama konteksti. Joku kokemuksen tai käyttäytymisen muoto, joka aikuisella on spesifi oire, saattaa tietyssä kehitysvaiheessa olla iänmukainen ja normaalin rajoissa, toisessa lapsuuden ja nuoruuden kehitysvaiheessa taas patologinen. Jotkut oireet ja käyttäytymisen muodot ovat patologisia nuoremmilla, jotkut taas normaaleja nuoremmilla

Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito.

Mitä mielenterveyslain käsite vakava mielenterveyden häiriö alaikäisillä tarkoittaa?

mutta patologisia vanhemmilla kehittyvillä alaikäisillä. Oirekuvaukseen perustuvan (mielisairaus)diagnoosin käyttö alaikäisellä on siksi erilaista kuin aikuisella. Toisaalta mitä tahansa kehittyvän lapsen ja nuoren mielenterveyshäiriön oireita tulee aina tarkastella suhteessa kehitykseen. Pelkästään oireita kuvaamalla ei voida riittävästi arvioida, miten vakava häiriötilanne on. On tarkasteltava, missä määrin häiriö johtaa lapsen tai nuoren kehityksen vääristymiseen, pysähtymiseen tai jopa taantumiseen. Mielenterveyden häiriön vakavuuden arviointi alaikäisellä perustuu siis sekä oireisiin että niiden merkitykseen kehitykselle, ja sen vuoksi myös tahdosta riippumattoman hoidon kriteerien on luontevaa olla erilaiset kuin aikuisella. Kehittyvällä lapsella ja nuorella monet muutkin tilat kuin aikuisilla psykoosien diagnostiset kriteerit täyttävät häiriöt ovat luonteeltaan hyvin vakavia, koska ne johtavat kehityksen merkittävään vääristymiseen. Siksi on perusteltua mahdollistaa niiden hoito myös alaikäisen tahdosta riippumatta.

Oman erityisluonteensa alaikäisten mielenterveyden häiriöiden vakavuuden arviointiin tuo vielä se, että mitä nuoremasta alaikäisestä on kysymys, sitä vähemmässä määrin on riittävää tilanteen vakavuuden ymmärtämiseksi tarkastella hänen yksilöllistä oirekuvansa ja sitä tärkeämpää on oireilun merkityksen ja vakavuuden ymmärtämiseksi arvioida hänen oireiluaan ja kasvuypäristöään (perhettä, sen toimivuutta ja sen tarjoaman suojan ja tuen riittävyttä kehityksen turvaamiseksi oireilutilanteessa) kokonaisuutena. Alaikäisellä, etenkin lapsella ja varhaisnuorella, ratkaisevaa häiriötilanteen vakavuuden kannalta ei siis ole yksinomaan diagnoosi, ei edes oirekuva suhteessa kehityksen etenemiseen vaan oireiston, kehityksellisen tilanteen ja kasvuypäristön muodostama kokonaisuus. Tämä poikkeaa oleellisella tavalla aikuisten psykiatristen häiriötilanteiden vakavuuden arvioinnista. Näistä syistä saattaa lisäksi olla perusteltua tehdä tahdosta riippumattoman hoitopäätöksen ohella myös lastensuojelulain mukainen huostaanotto-päätös.

Mielenterveyden häiriön vakavuuden ulottuvuudet

Mielenterveyden häiriöt voivat olla vakavia laadultaan tai voimakkuudeltaan. Esimerkiksi skitsofrenia on aina vakava laatunsa puolesta, vaikka potilas voi aika ajoin voida niin hyvin, ettei häiriön voimakkuus ole vakavaa luokkaa. Depressio on esimerkki sairaudesta, joka voi olla lievää mutta myös äärimmäisen vakavaa; depressio on luonteeltaan korjaantuvaa, ja sen vakavuus määrittyy ennen kaikkea tilan voimakkuuden kautta. Oirekokonaisuuteen perustuva diagnoosi sinänsä ei siis aikuisellakaan ilman muuta kerro siitä, onko potilaan häiriö vakava, paitsi varsinaisissa mielisairauksissa (psykooseissa), jotka luonteensa puolesta ovat aina vakavia. Näin ollen mielenterveyden häiriön vakavuuden arviointia ei voi pelkistää diagnoosin asettamiseen eikä diagnooseja luokitella kategorisesti ”vakaviin” ja ”ei-vakaviin”.

Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito.

Mitä mielenterveyslain käsite vakava mielenterveyden häiriö alaikäisillä tarkoittaa?

ALAIKÄISTEN TAHDOSTA RIIPPUMATON HOITO SUOMESSA 1995-2000

Lukumäärätietoja MI-menettelyn käytöstä

Vuosina 1996-2000 lasten (< 12 v) hoitojaksoista 4.8% ja nuorten (12-17 v) hoitojaksoista 22.0% alkoi MI-menettelyllä. Poikien hoitojaksoista 13.7% ja tyttöjen hoitojaksoista 19.1 % alkoi MI-menettelyllä. Lasten joukossa yhtä suuri osa poikien ja tyttöjen hoidoista (4.8% ja 5.1%) alkoi MI-menettelyllä, nuorilla osuudet olivat 22.2% ja 22.0%.

Potilaan kotikunnan mukaisen sairaanhoitopiirin mukaan todettiin huomattavaa vaihtelua MI-menettelyllä alkaneiden hoitojaksojen määrissä: vähiten MI-menettelyä käyttäneessä sairaanhoitopiirissä 2.6% (95% CI 1.5%-4.1%) alaikäisten psykiatrisista hoitojaksoista oli alkanut MI-menettelyllä, eniten käyttäneessä 31.9% (95% CI 23.3% - 40.4%).

Lasten psykiatrisissa hoitojaksoissa oli ylimalkaan käytetty MI-menettelyä 13/21 sairaanhoitopiirissä. Jos tahdosta riippumatonta hoitoon tuloa oli käytetty, sen osuudet kaikista hoitojaksoista vaihtelivat 0.3% (0.006 -1.9) -20.1% (17.1-23.1) (kotikunnan mukainen piiri). Nuorten MI-menettelyllä alkanutta psykiatrista hoitoa toteutui kaikissa sairaanhoitopiireissä, MI:llä alkaneiden jaksojen osuudet vaihtelivat 5.6% (3.3-8.7) - 35.6% (26.3-45.0). Sairaanhoitopiireittäin todettiin siis selvää vaihtelua kummassakin ikäryhmässä.

Tarkemmissa analyyseissa voitiin todeta, että paljon alaikäisten psykiatrista sairaalahoittoa käyttäneissä sairaanhoitopiireissä myös tahdosta riippumattoman menettelyn käyttö alaikäisten psykiatrisessa hoidossa oli yleisempää kuin vähän sairaalahoittoa käyttävissä piireissä.

MI-menettelyllä alkaneiden jaksojen tarkastelu osuutena kaikista psykiatrisista hoitojaksoista kuvastaa myös sairaalahoidon käyttöä sinänsä eikä ainoastaan pakkohoidon käytön määrää. Siksi luotettavimman kuvan MI-käytännön laajuuden vaihtelusta sairaanhoitopiireittäin saa tarkastelemalla MI:llä alkaneiden hoitojaksojen määrää suhteessa väestöön. Sairaanhoitopiirissä (potilaan kotikunnan mukainen piiri), jossa alaikäisten tahdosta riippumattomalla menettelyllä (MI) alkaneita hoitojaksoja oli vähiten, näitä jaksoja oli 5-vuotiskaudella 1996-2000 6.9 jaksoa/10 000 alaikäistä asukasta (95% luottamusväli 2.8-11.0). Eniten MI-jaksoja tuottaneessa piirissä (kotikunnan mukaan) MI:llä alkaneita alaikäisten hoitojaksoja oli 5-vuotiskaudella 1996-2000 45.1/10 000 alaikäistä asukasta (95% luottamusväli 40.9-49.3). Paitsi että alaikäisten MI-menettelyllä alkaneiden hoitojaksojen suhteellinen osuus vaihtelee huomattavasti sairaanhoitopiirien välillä, huomattavaa vaihtelua on myös väestöön suhteutetuissa luvuissa, jotka parhaiten kuvaavat sairaanhoitopiirien välisiä eroja.

Tarkastelujaksolla alaikäisten alkaneiden psykiatristen hoitojaksojen määrä lisääntyi vuosi vuodelta: 2562 v 1996, sitten 2656, 2911, 3537 ja 4192 v. 2000. MI-menettelyllä alkaneiden alaikäisten psykiatristen hoitojaksojen osuus nousi lineaarisesti: 10.9% vuonna 1996, 12.4% 1997, 15.4% 1998, 18.7% 1999 ja 19.7% vuonna 2000. Kun ter-

veydenhuollon oikeusturvakeskuksen määräämien hoitjaksojen määrä pysyi tasaisesti marginaalisena, niin vapaaehtoisesti alkaneiden jaksojen määrä vastaavasti väheni. Lapsilla MI:llä alkaneiden hoitjaksojen osuus nousi 0.4%-6.8% ($p < 0.0001$), nuorilla 17.0%-26.0% ($p < 0.0001$).

Diagnoosit

Merkittävin diagnoosiryhmä alaikäisten psykiatrisessa sairaalahoidossa oli f90-99, tavallisesti lapsuus- ja nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt (44.0%). Toiseksi eniten hoitoja annettiin mielialahäiriöiden (f30-39) perusteella (21.3%), sitten neuroottisten, stressiin liittyvien ja somatoformisten häiriöiden (f40-49, 10.1%) ja skitsofreniaryhmän häiriöiden (f20-29, 9.2%) perusteella. Lapsilla f90-99-ryhmä korostui erityisesti, 65.3%, seuraavaksi tavallisin häiriöryhmä olivat psyykkisen kehityksen häiriöt (f80-89, 12.0) ja mielialahäiriöt (10.4%). Nuorilla eniten hoitoja annettiin niinkään f90-99-ryhmän diagnooseilla (33.1%), seuraavaksi mielialahäiriöiden takia (26.8%) ja kolmanneksi eniten skitsofreniaryhmän häiriöihin (12.3%).

MI-menettelyllä ja vapaaehtoisella menettelyllä alkaneiden hoitjaksojen diagnoosijakaumat poikkesivat toisistaan. MI:llä alkaneissa hoitjaksoissa oli enemmän lääkkeiden ja pähteiden aiheuttamia häiriöitä (f10-19, 8.3% vs. 2.4%), skitsofreniaryhmän häiriöitä (15.1% vs 8.0%) ja mielialahäiriöitä (23.5% vs. 20.9%). Vapaaehtoisia hoitjaksoja taas oli selkeästi enemmän käytöshäiriöryhmän (f90-99) hoidossa (36.3% MI- jaksoista, 45.5% vapaaehtoisista).

Lasten hoitjaksoissa diagnoosijakauma MI:llä alkaneiden ja vapaaehtoisten jaksojen välillä poikkesi vähemmän kuin nuorten hoidoissa. Lapsilla MI:llä alkaneissa jaksoissa psyykkisen kehityksen häiriöiden osuus oli suurempi ja käytöshäiriöryhmän pienempi kuin vapaaehtoisesti alkaneissa hoitjaksoissa. Nuorilla selkeimmät erot näkyivät päihdehäiriöiden ja skitsofreniaryhmän hoitjaksoissa (Taulukko 2)

Taulukko 2. Lasten (<12 v) ja nuorten (12-17 v) psykiatristen hoitjaksojen diagnoosit hoidon alkamistavan mukaan (MI vs. vapaaehtoinen hoito) vv. 1996-2000 (%)

	Lapset			Nuoret		
	MI	Vapaaehtoinen	P	MI	Vapaaehtoinen	P
F00-09	0.4	0.1	0.003	0.1	0.3	<0.0001
F10-19	-	-		9.2	3.9	
F20-29	0.4	3.2		16.8	11.0	
F30-39	10.7	10.4		25.0	27.4	
F40-49	5.7	7.0		8.7	12.7	
F50-59	1.1	1.0		3.1	5.7	
F60-69	-	0.5		2.5	2.4	
F70-79	0.4	0.8		0.5	0.6	
F80-89	19.2	11.7		0.8	3.0	
F90-99	62.5	65.5		33.1	33.1	

Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito.

Mitä mielenterveyslain käsite vakava mielenterveyden häiriö alaikäisillä tarkoittaa?

Tahdosta riippumattomalla menettelyllä sairaalaan tulleiden lasten joukossa päädiagnoosien vertailu sairaanhoitopiireittäin ei ole mielekästä, koska lähes kaikki lasten MI:llä alkaneet hoidot keskittyivät kahteen sairaanhoitopiiriin ja kaikissa muissa tapaus-ten kokonaismääräkin oli hyvin pieni, saati tapaus-ten määrä eri diagnoosiryhmissä. Kahden merkittävimmän lasten tahdosta riippumattomalla menettelyllä alkavan hoidon tuottajasairaanhoitopiireissä ei ollut merkittäviä eroja näiden lasten diagnoosijakaumis-
sa.

Nuorten tahdosta riippumattomalla menettelyllä sairaalaan tulleiden joukossa eri diag-
noosien osuudet näissä hoitajaksoissa vaihtelivat sairaanhoitopiireittäin, vaikka luotta-
musrajojen laskeminen osoittikin vaihtelun selkeästi vähäisemmäksi kuin pelkkien pro-
senttiosuuksien perusteella näytti (Taulukko 3). Merkittävimmistä nuorten tahdosta
riippumattomien hoitajaksojen päädiagnooseista sairaanhoitopiirin mukaista vaihtelua
esiintyi käytöshäiriöiden ryhmässä (f90-99), kun taas mielialahäiriöissä ja skitsofre-
niaryhmähäiriöissä alhaisimpien ja korkeimpien osuuksien luottamusrajat menivät
päällekkäin.

Taulukko 3. Diagnoosijakaumat nuorten (12-17 v) MI-menettelyllä alkaneissa hoitajaksoissa
1996-2000 sairaanhoitopiiriin mukaan: diagnoosiryhmän alhaisin ja korkein osuus. (% (95% CI))

	Diagnoosiryhmän alhaisin osuus	Diagnoosiryhmän korkein osuus
F00-09 (elimelliset...)	Ei lainkaan	1.6 (0.04-8.8)
F10-19 (lääkk. ja päih...)	Ei lainkaan	40.0 (12.2-73.8)
F20-29 (skitsofrenia...)	11.4 (7.0-15.8)	31.8 (13.9-54.9)
F30-39 (mieliala...)	10.0 (0.3-44.5)	46.8 (40.2-53.4)
F40-49 (neuroottiset...)	Ei lainkaan	18.9 (13.5-24.3)
F50-59 (fysiologisiin...)	Ei lainkaan	12.3 (7.3-17.4)
F60-69 (persoonall...)	Ei lainkaan	12.5 (4.7-25.3)
F70-79 (älyllinen keh...)	Ei lainkaan	4.3 (0.1-22.0)
F80-89 (psyykk. keh. h...)	Ei lainkaan	4.5 (0.1-22.8)
F90-99 (käytös- ja tunneh...)	24.3 (20.3-28.3)	54.7 (42.7-66.2)

Hoitopäätös

Hilmo-rekisteriin ei kerätä suoraan tietoa tarkkailuajan jälkeisistä hoitopäätöksistä (M
III pidättävä). Tätä seikkaa voidaan tarkastella vain olettamalla, että enemmän kuin
tarkkailuajan tahdosta riippumatta sairaalassa viettäenille on tehty pidättävä hoitopäätös.
Tämä päätelmä sisältää eräitä tilastointiin liittyviä virhelähteitä, eikä hoitopäätösten
määrää koskevaa tarkastelua siksi voi pitää aivan yhtä luotettavana kuin tarkkailulähet-
teitä koskevia tarkasteluja.

Tarkkailuajan jälkeen pidättävä hoitopäätös oli tehty vuosina 1996-2000 8.9% alaikäis-
ten psykiatrisista hoitajaksoista, 1.9% lasten hoitajaksoista ja 12.6% nuorten hoitajak-
soista ($p < 0.0001$). Lasten joukossa päätös tahdosta riippumattomasta hoidosta oli yhtä
yleinen pojilla ja tytöillä (1.7% vs. 2.5%, $p = \text{NS}$), nuorilla päätös oli hiukan yleisempi
tytöillä (13.3% vs. 11.8%, $p = 0.01$).

Lasten joukossa pidättävän M III-päätöksen sisältäneet hoitajakset eivät diagnoosijakauman puolesta eronneet muista hoitajaksista. Nuorilla taas pidättävän päätöksen hoitajaksossa oli enemmän skitsofreniaryhmän diagnooseja (26.5% vs. 10.2%) ja mielialahäiriöitä (29.2% vs. 26.4%) ja vähemmän käytöshäiriöryhmän (f90-99) 25.9% vs. 34.2%), ahdistuneisuushäiriöryhmän (F40-49) (5.8% vs. 12.7%) sekä ryhmän f50-59 diagnooseja (mm. syömishäiriöt) (3.7% vs. 5.4%) ($p < 0.0001$) kuin muissa hoitajaksissa.

Alaikäisten pidättäviä MIII-päätöksiä oli tehty kaikissa sairaanhoitopiireissä, vaihtelu pidättävän päätöksen hoitajaksien osuuksissa oli 3.1% (95% CI 2.0%-4.5%)- 25.7% (95% CI 17.6%-33.7%).

Lapsilla 12 sairaanhoitopiirissä (kotikunnan mukaiset piirit) ei ollut lainkaan hoitajaksia, joissa olisi tehty pidättävä MIII-päätös. Nuorilla päätöksiä oli kaikissa sairaanhoitopiireissä, ja hoitopäätöksen sisältävien hoitajaksien osuus vaihteli 4.5% (1.9%-9.1%) - 28.7% (19.9%-37.5%).

Kaikissa lasten hoitajaksissa tahdosta riippumatta sairaalassa vietettyjä päiviä oli keskimäärin 1.5 (sd 10.3), nuorilla 20.0 (sd 54.2). Niissä jaksoissa, jotka ylittää sisältyvät tahdosta riippumattomia hoitopäiviä, näiden päivien keskiarvo oli lapsilla 10.5 (sd 25.6), nuorilla 44.4 (sd 74.0). Tahdosta riippumatta sairaalassa vietetyn jakson pituus vaihteli sairaanhoitopiireittäin. Niissä jaksoissa, joissa oli käytetty vapauden rajoittamista, tahdosta riippumattomien päivien määrä oli lyhimpiä jaksoja käyttäneessä sairaanhoitopiirissä keskimäärin 10.8 vrk (95% luottamusväli 8.1-13.5 vrk), pisimpiä jaksoja käyttäneessä 129.3 vrk (95% luottamusväli 90.5-168.0 vrk).

ASiantuntijahaastatteluisissa ilmenneet muut keskeiset seikat kuin varsinaisen "VAKAVA MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖ" -KÄSITTEEN MÄÄRITTELY

Millaisia ongelmia alaikäisten tahdosta riippumattomaan hoitoon nykyään liittyy?

Psykiatrisen hoidon voimavaroihin liittyvät ongelmat

Vaikka osa haastateltavista nimesikin keskeiseksi ongelmaksi alaikäisten tahdosta riippumattomassa hoidossa vakavan mielenenterveyden häiriön käsitteen tulkinnan ja ristiriidat siinä, salliiko lainsäädäntö eräissä vaikeissa tilanteissa tahdosta riippumattoman hoitointervention vai ei, keskeisimmäksi ongelmaksi nousi kuitenkin puute alaikäisten psykiatrisen hoidon voimavaroissa. Tahdosta riippumattomaan hoitoon resurssipula vaikuttaa asiantuntijoiden arvion mukaan usealla tavalla:

- avohoidon voimavarojen riittämättömyys johtaa siihen, että hoitoa tarvitsevat alaikäiset eivät pääse edes psykiatriseen arvioon, saati hoitoon, eikä mahdollisia vakavia tilanteita, joihin pitäisi puuttua jopa tahdosta riippumattomalla menettelyllä, edes tunnusteta

Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito.

Mitä mielenenterveystilain käsite vakava mielenenterveyden häiriö alaikäisillä tarkoittaa?

- alaikäisille tarkoitettujen psykiatristen sairaansijojen vähäisyys johtaa siihen, että läheteitä sairaalaan ei tehdä, vaikka sairaalahoidon tarvetta olisi, koska kaikki tietävät, ettei hoitoon kuitenkaan pääse; jopa tilanteita, joissa tahdosta riippumaton hoito olisi alaikäisen edun mukainen ratkaisu, jää tästä syystä hoitamatta
- alaikäisille tarkoitettujen psykiatristen sairaansijojen vähyden takia alaikäisiä hoidetaan edelleen tahdosta riippumatta aikuisille tarkoitetuilla osastoilla, joiden hoitokäytännöt eivät ole alaikäisen potilaan kannalta optimaaliset ja joissa ympäristö (aikuispotilaat aikuisille tyypillisine ongelmineen) ei ole alaikäisen kehityksen kannalta optimaalinen
- kun alaikäisiä joudutaan sijoittamaan aikuisten osastoille, saattaa alaikäisen edun kannalta tarpeellistakin tahdosta riippumatonta hoitoa jäädä toteutumatta, koska a) lähetettäkään ei tehdä, kun tiedetään, ettei alaikäinen pääse optimaaliselle hoitopaikalle, ja b) tarkkailuajan jälkeen aikuisten osastolla tulkitaan mielenterveyslakia myös alaikäisten kohdalla aikuisten lainsäädännön mukaan jolloin vakaviksi mielenterveyden häiriöiksi katsotaankin lähinnä psykoosit, ja alaikäisen hoito päättyy siihen

Voimavarojen puutteen ei siis oletettu johtavan siihen, että tehtäisiin tarpeellista (oikeutettua) enemmän MI-läheteitä tai pidättäviä hoitopäätöksiä. Haasteltujen kokonaisarvio oli, että alueellinen vaihtelu alaikäisten tahdosta riippumattoman hoidon määrässä kertoo pikemmin sitä, että joillakin alueilla mm. edellä kuvatuista syistä ei toimita silloinkaan, kun se olisi alaikäisen edun mukaista, kuin siitä, että pakkoa käytettäisiin liikaa ja liian löyhin perustein. Mielenterveyslakia vastaamattomissa tilanteissa kirjoitettuja MI-läheteitä alaikäisistä haastateltavat arvioivat tulevan aniharvoin. Koska MI-lähete ei automaattisesti takaa, että potilas otetaan sairaalaan (tarkkailuun), vaan tilanne arvioidaan sairaalassa uudelleen, haastateltavat korostivat, että mahdollisesti jononohittamismielessä laadittu MI-lähete ei johda väärinkäytöksiin erikoissairaanhoidossa.

Lastensuojelun ja psykiatrisen hoidon yhteistyön ongelmat

Toinen keskeinen teema tahdosta riippumattoman hoidon ongelmissa oli rajanveto ja yhteistyö lastensuojeluun:

- on tilanteita, joihin tulisi alaikäisen terveyden, turvallisuuden ja kehityksen turvaamiseksi puuttua viranomaistoimin, mutta jotka eivät kuitenkaan edellytä tahdosta riippumatonta psykiatrista hoitoa, vaikka psykiatrinen arvio ja hoito voisikin lastensuojelutoimien lisäksi olla alaikäiselle tarpeen; näitä tilanteita ei pidä ratkaista käynnistämällä MI-menettely, joka ei ole huostaanoton vaihtoehto
- lastensuojelun puolella voi ilmetä toivetta, että huostaanotetun alaikäisen sijoituspaikka voisi olla psykiatrinen sairaala sellaisessakin tilanteessa, jossa alaikäisellä ei ole psykiatrista sairaalahoidoa edellyttävää mielenterveyden häiriötä; sairaalahoitoon lähettämisen ja ottamisen perusteiden tulee olla lääketieteelliset
- toisaalta on tilanteita, joissa alaikäisen olosuhteet vaarantavat hänen mielenterveytensä tai alaikäisen oma käyttäytyminen (esimerkiksi päihdekäyttö) vaa-

rantaa hänen kasvunsa ja kehityksensä, mutta tilanne ei kuitenkaan ole hoidettavissa psykiatrisella pakkohoidolla (koska vakavaa mielenterveyden häiriötä ei voida (vielä) todeta); eräillä alueilla alaikäisten psykiatria tekevät ovat huolissaan siitä, että lastensuojelu on kovin varovainen ryhtymään toimenpiteisiin, jotka olisivat todennäköisesti ennaltaehkäiseviä psykiatrisen häiriön kehittymisen kannalta

Haastattelujen perusteella yhteistyö lastenpsykiatrian/nuorisopsykiatrian ja lastensuojelun välillä toimii eri alueilla kovin eri tavoin. Myös vastuualueiden selkiintymättömyys lastensuojelun ja lastenpsykiatrian/nuorisopsykiatrian välillä vaikuttaa tahdosta riippumattoman hoidon määriin eri sairaanhoitopiireissä. Tämän alueen ongelmat voivat sekä lisätä että vähentää tahdosta riippumattoman psykiatrisen hoidon käyttöä. Psykiatrisen hoidon asiantuntijat kaipaavat terveydenhuollolle ja lastensuojelulle selkeämpää ohjeistusta siitä, mitkä ovat itse kummankin toimialueen toimintavelvollisuudet ja yhteistyön pelisäännöt.

Mikäli haastateltavat arvelivat Mielenterveyslaissa käytetyn ”vakava mielenterveyden häiriö” -käsitteen tulkintaerojen johtavan alaikäisten tahdosta riippumattoman hoidon alueelliseen vaihteluun, oletettiin, että tulkintaerot nimen omaan johtavat siihen, ettei uskalleta tehdä päätöksiä tahdosta riippumattomiin toimenpiteisiin ryhtymisestä (lähetämisestä), koska ”vakavan mielenterveyden häiriön” referenssinä käytetään aikuisia koskevan lainsäädännön määrittämää mielisairaus-käsitettä ja koska asiantuntemus alaikäisten psyykkisen tilan arvioinnissa on puutteellista.

Millaisia ongelmia vakavan mielenterveyden häiriön käsitteen tulkintaan liittyy

Asiantuntijoiden mielestä merkittävimmät ongelmat vakavan mielenterveyden häiriön käsitteen tulkintaan liittyvät päihdehäiriöihin ja käytöshäiriöihin.

Päihdeongelmat

- mikä on päihdekäyttöön liittyvä ”selkeästi tunnistettava muu mielenterveyden häiriö” – pitääkö sen sinänsä olla vakava eli yksinään tahdosta riippumattoman hoidon mahdollistava?
- voiko alaikäisellä ylimalkaan olla merkittävää haittaa aiheuttavaa päihdekäyttöä tai päihderiippuvuutta ilman, että hänellä olisi myös joku muu psykiatrisen häiriö – asiantuntijoiden mielestä ei, mutta ongelmallista on se, että mielenterveyslain nykytulkinta tuntuu implikoivan, että tällainen tilanne olisi mahdollinen, mikä aiheuttaa mielenterveysalan asiantuntijoille ristiriitaa
- alaikäisten psykiatrian, päihdehuollon ja lastensuojelun välillä ja keskuudessa tuntuu vallitsevan epäselvyyttä siitä, missä tilanteissa nyky-lainsäädäntö mahdollistaa alaikäisten päihdekäyttäjien tahdosta riippumattoman hoidon lastensuojelulain nojalla ja siitä, onko tarpeen huolehtia, että alaikäisiä päihdekäyttäjiä voidaan hoitaa tahdostaan riippumatta myös mielenterveyslain nojalla vai onko kaikki päällekkäisyys haitallista; toisaalta koska merkittävää haittaa aiheuttavasta päihdehäiriöstä ja päihderiippuvuudesta kärsivillä alaikäisillä

Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito.

Mitä mielenterveyslain käsite vakava mielenterveyden häiriö alaikäisillä tarkoittaa?

yleensä on muutakin psykiatrista hoitoa vaativaa problematiikkaa, alaikäisten päihdeongelmaisten etu edellyttäisi psykiatrisen hoidon liittämistä myös lastensuojelulain nojalla tapahtuvaan päihdekäyttöön puuttumiseen

- päihdehuoltolain avulla tätä ongelmaa ei voi ratkaista, koska nykyisin sallimalla lyhyellä 5vrk tahdosta riippumattomalla hoidolla terveysvaaratilanteissa ei pystytä vaikuttamaan itse päihdeongelmaan
- jos psykiatrisen tahdosta riippumaton hoito olisi alaikäisillä päihdeongelmaisilla mahdollista laajemmin kuin tähän asti on yleensä käsitetty mielenterveyslaissa tarkoitettavan - tämä olisi kyllä alaikäisten edun mukainen asia -, miten psykiatrian resurssit kestäisivät päihdekäyttäjien aiheuttaman kuormituksen; muista häiriöistä kärsivien hoito vaarantuu, jos osastot täyttyvät huumenuorista

Käytöshäiriöt

- resurssien riittämättömyys tulee vastaan myös käytöshäiriöisten nuorten mahdollisen psykiatrisen pakkohoidon kohdalla: jos aletaan tulkita käytöshäiriöt pakkohoidon mahdollistaviksi laajemmin kuin tähän asti, mikä eräissä tilanteissa olisi alaikäisten etu, niin nuorisopsykiatrisilla osastoilla ei välttämättä ole tällaisille nuorille pitkäaikaishoidossa paljonkaan tarjottavaa, ja lisäksi hauraiden psykooseista, syömishäiriöistä, depressioista etc. kärsivien nuorten hoito vaarantuu, jos osastoilla on aggressiivisia, rajoja hakevia ja väkivallan uhkaa aiheuttavia käytöshäiriöpotilaita – vaikka psykiatrista osastohoitoa akuuttitilanteissa tarvittaisiin enemmän kuin nykyään, pitkäaikaishoidossa sijoitus lastensuojelun osoittamaan sijoituspaikkaan ja nuorisopsykiatrisen osaaminen yhdistettynä lastensuojeluun voisi olla optimaalisempi ratkaisu, mutta johtaako akuuttitilanteiden tulkinta psykiatriseksi ongelmaksi siihen, ettei näitä nuoria enää saada muihin hoitopaikkoihin kuin psykiatrisille osastoille

Asiantuntijahaastattelujen pohjalta syntyneet suositukset on esitetty oppaan alussa yhteenveto-osassa.

SAIRAAHOITOPIIRIEN VÄLISET EROT ALAIKÄISTEN TAHDOSTA RIIPPUMATTOMAN HOIDON KÄYTÖSSÄ

Tämän selvitystyön yhtenä tuloksena todettiin, että alaikäisten tahdosta riippumattoman hoidon käyttö vaihtelee sairaanhoitopiireittäin huomattavasti senkin jälkeen, kun tätä toimintaa tarkastellaan suhteutettuna alaikäisen väestön määrään ja toimintaa kuvaaville luvuille lasketaan 95% luottamusrajat.

Aikuisten tahdosta riippumattoman psykiatrisen hoidon tutkimuksesta tiedetään, että pakkohoidon määrän vaihteluun vaikuttavat mm. lainsäädäntö, palvelurakenne (sekä terveys- että sosiaalipalvelujen saatavuus), palvelujen etäisyys, toimintakäytännöt, hoitokulttuuri, hoitoidelogiat ja muut yhteiskunnalliset seikat kuten muuttoliike ja kaupungistuminen sekä väestön ja väestöryhmien asenteet psykiatriseen hoitoon ja mielen-

terveyden häiriöihin (nämä vaikuttavat avunhakemiskäyttäytymiseen). Sen sijaan mielisairauksien esiintyvyyden vaihtelulla pakkohoidon määrää ei ole voitu selittää.

Suomessa on havaittu aikuisten tahdosta riippumattoman hoidon ja hoidonaikaisten pakkotoimien määrissä merkittävää vaihtelua, jota kuten muuallakaan tuskin voi selittää mielisairauksien epidemiologian alueellisilla eroilla. Ei ole olemassa luotettavaa ja kattavaa suomalaista epidemiologista tutkimusta alaikäisten vakavien mielenterveyden häiriöiden esiintyvyydestä, mutta en pidä todennäköisenä, että sairaanhoitopiirien väliset erot alaikäisten tahdosta riippumattomassa hoidossa olisivat tyhjentävästi selitettävissä mielenterveyden häiriöiden esiintyvyyden eroilla. Eroihin vaikuttavat todennäköisesti samankaltaiset seikat kuin aikuisten tahdosta riippumattoman hoidon määrän vaihteluun. Perheiden sosiaalisten ongelmien alueellisen vaihtelun vaikutus lienee alaikäisten tahdosta riippumattomassa hoidossa suurempi kuin aikuisten hoidossa, ja päihdeongelmien määrässä on todennäköisesti merkittäviä alueellisia eroja. Nämä kuitenkin tuskin selittävät tahdosta riippumattoman hoidon käytön vaihtelua niin paljon, etteikö hoitokulttuurilla, lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyöllä ja rajanvedolla, avo- ja sairaalahoidon voimavaroilla ja toimintatavoilla jne. olisi merkitystä. Sattuman merkitystä vaihtelulle tässä selvityksessä pyrittiin vähentämään käyttämällä 5-vuotiskauden aineistoa (vuosittainen tarkastelu sairaanhoitopiirien eroissa johtaisi liian pieniin aineistoihin, jolloin sattuman aiheuttamat vaihtelut saisivat suhteettoman merkityksen) ja laskemalla luottamusrajoja.

Koska sairaanhoitopiirien välisen vaihtelun syyt ovat moninaiset, en pidä mahdollisena, että tässä todettu sairaanhoitopiirien välinen vaihtelu alaikäisten tahdosta riippumattomassa hoidossa olisi ratkaistavissa yksinomaan mielenterveyslakia tai sen tulkintaa muuttamalla tai tarkentamalla. Tiedetään, että Suomessa myös lukuisten muiden toimintojen määrä vaihtelee sairaanhoitopiireittäin tavalla, jota ei voida selittää väestön sairastavuuden eroilla. Lisäksi optimaalista ”oikeaa” toimintatapaa ei välttämättä näissä tapauksissa tunneta. Tahdosta riippumaton hoito on kuitenkin niin merkittävää puuttumista yksilön vapauteen ja itsemääräämisoikeuteen (tai alaikäisten kohdalla perheiden itsemääräämiseen), että on välttämätöntä jatkuvasti tarkkailla tämän käytännön toteutumista ja käydä kriittistä keskustelua siitä, ollaanko menossa oikeaan suuntaan - siis sinne, minne halutaan, kun lähtökohdat ja arvot tiedostetaan. Lainsäädännön, ohjeistuksen ja valvontajärjestelmien tulee olla mahdollisimman selkeät ja tietenkin yhtenäiset eri alueilla, mutta kuten moni muukin sosiaali- ja terveystalouden alan ongelma, myös alaikäisten tahdosta riippumattoman hoidon ongelma on merkittävältä osaltaan arvokysymys. Absoluuttista tietoa siitä, milloin pakon käyttö tämän selvitystyön kohteena olevissa tilanteissa on oikein, tuskin voidaan saavuttaa pelkästään empiirisillä tutkimuksilla.

Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito.

Mitä mielenterveyslain käsite vakava mielenterveyden häiriö alaikäisillä tarkoittaa?

KIRJALLISUUTTA

- Appelbaum P., Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. *N Engl J Med* 1988;319:1635-1638
- Appelbaum P., Roth L. Clinical issues in the assessment of competency. *Am J Psychiatry* 1981;138:1462-1467
- Aviram U. Care or Convenience? On the Medical-Bureaucratic Model of Commitment of the Mentally Ill. *International Journal of Law and Psychiatry* 1991;13:163-177
- Cahn C. Consent in Psychiatry. *Can J Psychiatry* 1980;25:78-85
- Chodoff P. Involuntary Hospitalization of the Mentally Ill as a Moral Issue. *Am J Psychiatry* 1984;141:384-389
- Draper R, Dawson D. Competence to consent to treatment: a guide for physicians. *Can J Psychiatry* 1990;35: 285-289
- Eduskunnan apulaisoikeusasiamiehen päätös eristämisen käytöstä psykiatrisessa sairaalahoitossa 31.12.1998
- Edwards R. Mental health as rational autonomy. *J Med Philos* 1981;6:309-322
- Grisso T, Appelbaum P. Comparison of standards for assessing patients' capacities to make treatment decisions. *Am J Psychiatry* 1995;152:1033-1037
- Hoaken P. Psychiatry, Civil Liberty, and Involuntary Treatment. *Can J Psychiatry* 1986;31:222-226
- Isolauri J. Terveystuolto 2000-luvulle. Erikoissairaanhoidon palvelujen tuotanto ja saatavuus maan eri osissa 1999. Työryhmämuistioita 2000:21, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki, 2001
- Kaivosoja M. Pakko auttaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 1996:2. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki, 1996
- Kaivosoja M. Coercive help of children and adolescents in Finland. *Psychiatria Fennica* 1999;30:214—224
- Kaltiala Heino R. Involuntary Psychiatric Hospitalization. A Comparison of Voluntarily and Involuntarily Admitted Psychotic Patients, their Experiences of and Attitude to Coercion in Psychiatry. *Acta Universitatis Tamperensis Ser A vol 66, Vammalan kirjapaino, Vammala, 1995.*
- Kaltiala-Heino R, Salokangas RKR, Laippala P. Impact of coercion on treatment outcome. *Int J Law Psychiatry* 1997;20:311-322
- Kaltiala Heino R. Suostumus, kieltäytyminen ja pakkohoito psykiatrisen hoidon kipupisteitä. *niin&näin* 1997;2:42-45
- Kaltiala-Heino R. Tahdosta riippumattoman hoidon eettiset ongelmat. *Suom Lääkäril* 1998;35:4099-4105
- Kjellin L, Andersson K, Candefjord IL, Palmistierna T, Wallsten T. Ethical benefits and costs of coercion in short-term psychiatric care. *Psychiatric services* 1997;48:1567-1570
- Kluge, EH. Informed consent by children: the new reality. *CMAJ* 1995;152:1495-1497

- Koivuranta E. Perusteltuja rajoituksia vai huonoa kohtelua - selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon pakotteista. Työryhmämuistioita 2001:33. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki, 2002
- Legemaate J. Legal aspects of voluntary psychiatric hospitalization. Int J Law Psychiatry 1988: 11:259-268
- Marttunen M, Lönnqvist J. Nuorten päihdehäiriöiden luonne ja kulku. Duodecim 2001:47:1579-1584
- Mill J. On Liberty. Bernhard Tauchnitz, Leipzig, 1917.
- Monahan J. Violence prediction, The past twenty and the next twenty years. Crim Just Behav 1996:23:107-120
- Pirkola S, Marttunen M. Päihteitä käyttävän nuoren tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset. Duodecim 2001: 47:1591-
- Pulkkinen E. Uusi mielenterveyslaki ja nuorten psykiatrinen sairaalahoido. Suom Lääkäril 1001:46:1287-1290
- Pulkkinen E. Nuorten tahdosta riippumaton hoito uuden mielenterveyslain aikana. Suom Lääkäril 1992:47:1985-1987
- Pylkkänen K. Tahdosta riippumaton hoito. Suom Lääkäril 1988:43:1353-1360, 1481-1490
- Pylkkänen K, Moring J, Uusitalo A. Mielenterveyslaki ja tahdosta riippumaton hoito. Suom Lääkäril 1991:46:147-151
- Pylkkänen K, Moring J, Uusitalo A. Mielenterveyslaki ja tahdosta riippumaton hoito. Suom Lääkäril 1991:46:147-151
- Reforming the Mental Health Act. www.doh.gov.uk/mentalhealth ja www.homeoffice.gov.uk. Referenced in March 2001
- Schopp R. Competence, condemnation, and commitment. An integrated theory of mental health law. American Psychological Association, Washington, 2001.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Alaikäisten tahdosta riippumattoman psykiatrisen hoidon järjestämistä selvittäneen työryhmän muistio. Työryhmämuistioita 2000:7. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki, 2000.
- Syde A. Norway: valid (as opposed to informed) consent. The Lancet 2000:356:1347-1348
- Takala J-P. Mielisairaat, kriminaalipotilaat, oikeusturva. VAPK Kampin Valtimo, Helsinki, 1989
- Tuori T. Pakkotoimenpiteet Suomen psykiatrisissa sairaaloissa vuonna 1996. Kirjassa Kaltiala-Heino R, Välimäki M (toim). Rajoitetaanko rajoittamista – eristys ja lepositeet psykiatrisessa hoidossa. Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos, Julkaisuja 2. Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere, 1999
- Wong J, Clare I, Holland A, Watson P ja Gunn M. The capacity of people with "mental disability) to make a health care decision. Psychol Med 2000:30:295-306
- World Health Organization: The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. WHO, Geneva, 1992
- YK:N lapsen oikeuksien julistus. <http://www.ykliitto/iotieto/lapsij.html> (viitattu 12/01)
- YK:N lapsen oikeuksien sopimus. <http://www.ykliitto/iotieto/lapsen.htm> (viitattu 12/01)

*Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito.
Mitä mielenterveyslain käsite vakava mielenterveyden häiriö alaikäisillä tarkoittaa?*

Zaubler T. Ethical, legal and psychiatric issues in capacity, competency and informed consent: An annotated bibliography. *Gen Hosp Psychiatry* 1996;18:155-172

World Psychiatric Association. Declaration of Hawaii, 1977

World Psychiatric Association. Declaration of Madrid, 1996

**SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN SELVITYKSIÄ
SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIETS RAPPORTER
REPORTS OF THE MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH**

ISSN 1236-2115

- 2003: 1 Kirsi Alila. Laadun kehittäminen ja ohjaustoiminta varhaiskasvatuksessa.
ISBN 952-00-1273-7
- 2 Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Toim. Anne Hietanen,
Tiina-Mari Lyyra.
ISBN 952-00-1276-1
- 3 Anette Malinen. Kartoitus alkoholikorvikkeiden käytöstä Suomessa vuonna 2002.
ISBN 952-00-1313-X
- 4 Tapaturmatilanne 2002. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmat ja niiden torjuntatyö.
ISBN 952-00-1314-8
- 5 Kannustavan sosiaaliturvan haaste. Toim. Pentti Kananen, Ulla Salonen-Soulié.
ISBN 952-00-1316-4
- 6 Eeva Kangasniemi. Rakkaudella yli rajojen? Lumeavioliitot.
ISBN 952-00-1320-2
- 7 Riittakerttu Kaltiala-Heino. Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito. Mitä mielenterveyslain käsite va-
kava mielenterveydellinen häiriö alaikäisillä tarkoittaa?
ISBN 952-00-1346-6