

# Oikeuspsykiatria

Aulikki Ahlgrén-Rimpiläinen, Allan Seppänen, Sakari Melander, Mika Rautanen (toim.)



# Oikeuspsykiatria

Aulikki Ahlgrén-Rimpiläinen, Allan Seppänen,  
Sakari Melander ja Mika Rautanen (toim.)

Kirja on vertaisarvioitu.

© Kirjoittaja(t) ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Kuvat: s. 12 Aleksi Malinen/THL, s. 52 Helsingin käräjäoikeus  
s. 174 Aulikki Ahlgrén-Rimpiläinen, s. 222 Laura Venäläinen,  
s. 386 Rodeo

Taitto ja ulkoasu: Anu Lindgren, Seija Puro, THL

ISBN 978-952-408-206-8 (painettu)

ISSN ISBN 978-952-408-207-5 (verkkojulkaisu)

ISSN 2323-363X (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-207-5>

Teema 37

PunaMusta Oy

2024

# Esipuhe

Tämä teos on ensimmäinen suomenkielinen oikeuspsykiatrian oppikirja. Kirjassa kuvataan kattavasti oikeuspsykiatrinen palvelujärjestelmä, alaa ohjaava lainsäädäntö ja hallintomenettely sekä kliiniset erityiskysymykset.

Kirja on syntynyt aktiivisen toimituskunnan aloitteesta. Toimittajakunnassa kirjaa ovat hankkeen varhaisvaiheista alkaen ideoineet THL:n oikeuspsykiatrian tehtävälueen ylilääkäri Aulikki Ahlgrén-Rimpiläinen sekä Helsingin yliopiston rikosoikeuden professori Sakari Melander ja Niuvanniemen sairaalan johtava lääkäri Allan Seppänen. THL:n tutkija ja Vankiterveydenhuollon yksikön osastonylilääkäri Mika Rautanen liittyi toimituskuntaan vuonna 2021 ylilääkäri Petteri Joelssonin jälkeen. Kirjoittajiksi toimituskunta kutsui ansioituneita alansa erityisasiantuntijoita, joiden työpanos tähän oppikirjaan on ollut korvaamattoman arvokasta ja yhteiskunnallisesti merkittävää työtä. Myös THL:n oikeuspsykiatrian tehtävälueen tiimi on merkittäväällä tavalla edistänyt kirjan valmistumista.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on ollut luonteva kustantaja kirjalle, sillä laitos tekee yhteistyötä paitsi oikeuspsykiatristen sairaaloiden myös oikeusistuinten kanssa mielentilatutkimustoiminnassa sekä erityistason oikeuspsykiatrisen hoidon järjestämisessä.

Kirjan päämääränä on palvella laaja-alaisesti oikeuspsykiatrian parissa työskenteleviä ammattilaisia, kuten lääkäreitä, psykologeja, sairaanhoitajia, tuomareita, syyttäjiä ja puolustusasianajajia. Sisällys on suunniteltu niin, että kirja sopii oppimateriaaliksi esimerkiksi oikeuspsykiatria- ja muille psykiatrian erikoisaloille erikoistuville lääkäreille sekä oikeustieteen ja -psykologian opiskelijoille.

Oikeuspsykiatrian alalla työskentelevät voivat tukeutua vain rajallisesti muissa maissa julkaistuihin teoksiin, koska erikoisalalan käytäntöjä ohjaa kussakin maassa voimakkaasti paikallinen lainsäädäntö ja palvelujärjestelmän rakenne. Toisaalta yleispsykiatrian alan suomenkieliset kirjat ja kansalliset hoitosuosituksukset eivät käsittele niitä marginaalisia ilmiöitä, jotka oikeuspsykiatrisissa yksiköissä ovat kuitenkin tavanomaisia.

Kirjan toivotaan edistävän alan kehitystä, kansalaisten oikeusturvaa ja oikeuspsykiatriseen hoitoon määrättyjen henkilöiden hoitoa. Lisäksi kirjan toivotaan lisäävän oikeuspsykiatrian ja sitä sivuavien tieteenalojen välistä vuoropuhelua ja yhteistyötä.

THL esittää kiitoksensa toimituskunnalle ja laajalle asiantuntijaryhmälle, joka on osallistunut kirjoitustyöhön, auttanut ajantasaisen tiedon kokoamisessa ja toisinaan visais-tenkin lääketieteellis-oikeudellisten käsitteiden selkiyttämässä sekä tuottanut vastauksia alan monimutkaisiin kysymyksiin. Suuret kiitokset myös vertaisarviointiin osallistuneille asiantuntijoille sekä julkaisupäällikkö Kirstimaria Kuroselle ja kirjan taitosta ja visuaalisesta ilmeestä vastanneille Anu Lindgrenille ja Seija Purolle.

Tämä oikeuspsykiatrian perusteos auttaa sekä hoidon korkean laadun että potilaiden ja heidän ympäristönsä turvallisuuden takaamisessa ja siten mielenterveyslain 17 a §:n edellyttämän erityistason psykiatrisen sairaalahoidon vaatimustason saavuttamisessa.

*Mika Salminen*

Pääjohtaja

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

## Toimittajat

### Ahlgren-Rimpiläinen, Aulikki

LT, psykiatrian ja oikeuspsykiatrian erikoislääkäri, eMBA, oikeuspsykiatrian tehtäväalueen tiimipäällikkö, vastaava ylilääkäri, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

### Melander, Sakari

OTT, VT, rikosoikeuden professori, Helsingin yliopisto

### Rautanen, Mika

LL, oikeuspsykiatrian erikoislääkäri, osastonylilääkäri, Vankiterveydenhuollon yksikkö; tutkimuspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

### Seppänen, Allan

LT, oikeuspsykiatrian erikoislääkäri, eMBA, johtava lääkäri, Niuvanniemen sairaala

## Kirjoittajat

### Fritius, Ilkka

kuntayhtymän johtaja  
Vaalijalan kuntayhtymä

### Gammelgård, Monica

FT, oikeuspsykologi ja  
kouluttajapsykoterapeutti,  
Vanhan Vaasan sairaala

### Grönfors, Sami

PsL, neuropsykologian erikoispsykologi, HUS,  
Aivokeskus, Neuropsykiatrian poliklinikka

### Hallikainen, Tero

LT, psykiatrian ja oikeuspsykiatrian  
erikoislääkäri, ylilääkäri,  
Niuvanniemen sairaala

### Hyttinen, Pirkko

YTM, sosiaalityöntekijä,  
Niuvanniemen sairaala

### Isometsä, Erkki

LT, psykiatrian professori, Helsingin yliopisto;  
ylilääkäri, HUS Psykiatria,  
Mielialahäiriöt ja yleispsykiatria

### Joensuu, Mikko

LT, psykiatrian ja oikeuspsykiatrian  
erikoislääkäri, Niuvanniemen sairaala

### Jüriloo, Alo

LT, psykiatrian ja oikeuspsykiatrian  
erikoislääkäri, ylilääkäri, VTH,  
Psykiatrinen vankisairaala

### Kaarre, Hanna

OTM, lakimies,  
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

### Kaltiala, Riittakerttu

LT, YTK, Tampereen yliopisto,  
Tampereen yliopistollinen sairaala,  
Vanhan Vaasan sairaala

### Kaski, Ari

LL, psykiatrian erikoislääkäri,  
päihdelääketieteen erityispatvevyys;  
Päihdepalvelusäätiö

### Keski-Valkama, Alice

FT, oikeuspsykologi, Vanhan Vaasan sairaala

### Kivimies, Kristiina

LT, psykiatrian ja oikeuspsykiatrian  
erikoislääkäri, ylilääkäri,  
Niuvanniemen sairaala

### Koponen, Hannu

LT, professori (emeritus) Helsingin  
yliopisto ja HUS Psykiatria, gero-, neuro- ja  
riippuvuuspsykiatrian linja

### Koskentausta, Terhi

LT, psykiatrian erikoislääkäri,  
kehitysvammalääketieteen erityispatvevyys,  
osastonylilääkäri, Päijät-Hämeen  
hyvinvointialue, neuropsykiatrian poliklinikka

### Kärkkäinen, Jukka

LT, OTK, psykiatrian erikoislääkäri;  
vastuualuejohtaja, Satakunnan  
hyvinvointialueen psykiatrisen hoidon  
vastuualue; asiantuntija, johtokuntien  
puheenjohtaja, THL, Niuvanniemen  
sairaala, Vanhan Vaasan sairaala,  
Vankiterveydenhuoltoyksikkö

**Lauerma, Hannu**

työelämäprofessori, dosentti,  
Turun yliopisto; asiantuntijaylilääkäri,  
Psykiatrisen vankisairaala, ylilääkäri,  
Tyks:n oikeuspsykiatria

**Lauri, Marika**

OTM, VT, lakimies,  
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

**Lindberg, Nina**

LKT, oikeuspsykiatrian, psykiatrian ja  
nuorisopsykiatrian dosentti, oikeuspsykiatrian  
professori, Helsingin yliopisto ja  
osastonylilääkäri, HUS

**Liskola, Joni**

LL, oikeuspsykiatrian erikoislääkäri, ylilääkäri,  
HUS Psykiatria, psykoosisairauksien ja  
oikeuspsykiatrian linja

**Louheranta, Olavi**

FT, TM, psykiatrisen antropologian dosentti,  
työnohjaaja, psykoterapeutti, Niuvanniemen  
sairaala

**Lähteenvuo, Markku**

LT, oikeuspsykiatrian dosentti,  
päihdelääketieteen erityispätevyys; ylilääkäri,  
Niuvanniemen sairaala; Itä-Suomen yliopisto,  
oikeuspsykiatrian oppiaine

**Mattila, Aino**

LT, dosentti, psykiatrian erikoislääkäri,  
ylilääkäri, vastualuejohtaja,  
Tampereen yliopistollinen sairaala

**Niinistö, Kirsi**

suunnittelija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

**Niskanen, Annamari**

HM, kehittämisspäällikkö, Valtion palvelut,  
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

**Ojala, Kari**

LL, psykiatrian ja oikeuspsykiatrian  
erikoislääkäri, johtava lääkäri, Niuvanniemen  
sairaala

**Ojansuu, Ilkka**

LT, psykiatrian ja oikeuspsykiatrian  
erikoislääkäri, päihdelääketieteen  
erityispätevyys, Niuvanniemen sairaala

**Pernu, Tuomas K.**

FT, yliopistonlehtori, Itä-Suomen yliopisto;  
King's College London

**Ralin, Nikolai**

psykiatrian ja oikeuspsykiatrian erikoislääkäri,  
apulaisyylilääkäri, HUS Psykiatria,  
psykoosisairauksien ja oikeuspsykiatrian linja

**Rautiainen, Petro**

sairaanhoitaja (AMK), Niuvanniemen sairaala

**Repo, Katja**

OTM, erityisasiantuntija, oikeusministeriö

**Takala, Pirjo**

LL, johtava lääkäri, Vanhan Vaasan sairaala

**Tammentie-Sarén, Tarja**

TtT, ylihoitaja,  
Tampereen yliopistollinen sairaala

**Tani, Pekka**

dos, osastonylilääkäri, HUS, Psykiatria,  
neuropsykiatrian poliklinikka

**Teräväinen, Tatu**

PsM, psykologi, Niuvanniemen sairaala

**Tiihonen, Jari**

professori, Karoliininen Instituutti, kliinisen  
neurotieteen laitos, Tukholma; överläkare,  
Center for Psychiatry Research, Stockholm  
City Council, Tukholma; professori, Itä-Suomen  
yliopisto, oikeuspsykiatrian oppiaine;  
ylilääkäri, Niuvanniemen sairaala

**Tuppurainen, Heli**

LT, psykiatrian ja oikeuspsykiatrian erikois-  
lääkäri, ylilääkäri, Niuvanniemen sairaala

**Törölä, Miisa**

YTT, yliopistotutkija, kriminologia,  
Itä-Suomen yliopisto, Oikeustieteiden  
laitos; yliopistotutkija, Helsingin yliopisto,  
Kriminologian ja oikeuspolitiikan instituutti

**Vataja, Risto**

ylilääkäri Helsingin yliopisto ja HUS Psykiatria,  
gero-, neuro- ja riippuvuuspsykiatrian linja

**Warjus, Lasse**

psykologi, HUS Psykiatria,  
psykoosisairauksien ja oikeuspsykiatrian linja

**Åberg, Laura**

LT, psykiatrian ja lastenneurologian  
erikoislääkäri, osastonlääkäri, HUS Psykiatria,  
mielialahäiriöiden ja yleispsykiatrian linja



# Sisältö

Esipuhe

Toimittajat ja kirjoittajat

Johdanto . . . . . 10

## **Osa I** Oikeuspsykiatria lääketieteessä ja palvelujärjestelmässä

1	Oikeuspsykiatria lääketieteen erikoisalana . . . . .	14
	<i>Allan Seppänen</i>	
2	Terveysten ja hyvinvoinnin laitos . . . . .	21
	<i>Aulikki Ahlgrén-Rimpiläinen ja Annamari Niskanen</i>	
3	Valtion mielisairaalat . . . . .	24
	<i>Kari Ojala ja Allan Seppänen</i>	
4	Psykiatrinen vankisairaala . . . . .	30
	<i>Hannu Lauerma</i>	
5	Yliopistolliset sairaalat . . . . .	34
	<i>Aino Mattila ja Tarja Tammentie-Sarén</i>	
6	Oikeuspsykiatrinen poliklinikkatoiminta . . . . .	38
	<i>Nikolai Ralin ja Joni Liskola</i>	
7	Hyvinvointialueet ja kunnalliset toimijat . . . . .	42
	<i>Jukka Kärkkäinen</i>	
8	Kehitysvammaisten erityishuolto. . . . .	47
	<i>Ilkka Fritius</i>	

## **Osa II** Oikeuspsykiatriaa ohjaava lainsäädäntö

9	Oikeuspsykiatria oikeudellisesta ja oikeustieteellisestä näkökulmasta . . . . .	54
	<i>Hanna Kaarre, Marika Lauri, Sakari Melander ja Katja Repo</i>	
10	Rikoslaki . . . . .	57
	<i>Hanna Kaarre, Marika Lauri, Sakari Melander ja Katja Repo</i>	
11	Mielenterveyslaki. . . . .	91
	<i>Hanna Kaarre, Marika Lauri, Sakari Melander ja Katja Repo</i>	
12	Laki kehitysvammaisten erityishuollosta . . . . .	106
	<i>Hanna Kaarre, Marika Lauri, Sakari Melander ja Katja Repo</i>	
13	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista . . . . .	114
	<i>Hanna Kaarre, Marika Lauri, Sakari Melander ja Katja Repo</i>	
14	Hallintolaki. . . . .	144
	<i>Hanna Kaarre, Marika Lauri, Sakari Melander ja Katja Repo</i>	
15	Yksityisoikeudellinen oikeuspsykiatria. . . . .	162
	<i>Hanna Kaarre, Marika Lauri, Sakari Melander ja Katja Repo</i>	



### Osa III Oikeuspsykiatriset tutkimukset ja hallintomenettely

16	Mielentilatutkimus . . . . .	176
16.1	Mielentilatutkimuksen kulku . . . . . <i>Heli Tuppurainen, Tatu Teräväinen, Pirkko Hyttinen ja Petro Rautiainen</i>	176
16.2	Syyntakeisuuden oikeuspsykiatrisesta arvioinnista . . . . . <i>Mika Rautanen</i>	187
16.3	Vaarallisuusarvio . . . . . <i>Hannu Lauerma</i>	198
16.4	Lausunto syyntakeisuudesta asiakirjojen perusteella . . . . . <i>Aulikki Ahlgrén-Rimpiläinen</i>	207
17	Valvonta-aika . . . . . <i>Joni Liskola ja Lasse Warjus</i>	211
18	Kansainväliset siirrot . . . . . <i>Kirsi Niinistö</i>	216

### Osa IV Kliininen oikeuspsykiatria

19	Rikollisen käyttäytymisen ja psykiatristen häiriöiden väliset yhteydet . . . . .	224
19.1	Psykoosisairaudet . . . . . <i>Jari Tiihonen ja Markku Lähteenvuo</i>	224
19.2	Mielialahäiriöt . . . . . <i>Erkki Isometsä ja Nina Lindberg</i>	232
19.3	Muistisairaudet ja elimelliset oireyhtymät . . . . . <i>Risto Vataja ja Hannu Koponen</i>	240
19.4	Persoonallisuushäiriöt . . . . . <i>Riittakerttu Kaltiala ja Nina Lindberg</i>	256
19.5	Psykopatia . . . . . <i>Nina Lindberg</i>	266
19.6	Älyllinen kehitysvammaisuus . . . . . <i>Terhi Koskentausta ja Laura Åberg</i>	271
19.7	Kehitykselliset neuropsykiatriset häiriöt . . . . . <i>Pekka Tani ja Sami Grönfors</i>	279
19.8	Päihteiden käyttö . . . . . <i>Ilkka Ojansuu, Ari Kaski, Markku Lähteenvuo ja Jari Tiihonen</i>	285
19.9	Pedofilia ja muut parafiliat . . . . . <i>Joni Liskola ja Alo Jüriloo</i>	293

20	Väkivaltaisuuden etiologia, arviointi ja farmakologinen hoito . . . . .	301
20.1	Aggression neurobiologia . . . . . <i>Markku Lähteenvuoto ja Jari Tiihonen</i>	301
20.2	Väkivaltariskin arviointimenetelmien käyttö ja kehitys. . . . .	307
	<i>Miisa Törölä</i>	
20.3	Riskiarviopohjainen päätöksenteko ja riskienhallintasuunnitelmat . . . . .	314
	<i>Mika Rautanen ja Alice Keski-Valkama</i>	
20.4	Aggression hoidon psykofarmakologia . . . . .	322
	<i>Markku Lähteenvuoto ja Jari Tiihonen</i>	
21	Oikeuspsykiatrinen hoito . . . . .	328
21.1	Vuorovaikutuksen merkitys potilaan kohtaamisessa . . . . .	328
	<i>Tero Hallikainen, Mikko Joensuu, Tatu Teräväinen ja Olavi Louheranta</i>	
21.2	Moniammatillinen oikeuspsykiatrinen hoito ja kuntoutus. . . . .	335
	<i>Heli Tuppurainen ja Kristiina Kivimies</i>	
21.3	Psykoterapeuttiset menetelmät . . . . .	344
	<i>Monica Gammelgård</i>	
22	Lasten ja nuorten oikeuspsykiatria . . . . .	357
	<i>Riittakerttu Kaltiala ja Nina Lindberg</i>	
23	Oikeuspsykologia . . . . .	369
	<i>Alice Keski-Valkama</i>	
24	Lähete oikeuspsykiatriseen yksikköön . . . . .	378
	<i>Pirjo Takala</i>	

## **Osa V** Filosofisia kysymyksiä oikeuspsykiatriassa

25	Turvallisuuden ja terapeuttisuuden haasteellinen tasapaino oikeuspsykiatriassa. . .	388
	<i>Allan Seppänen</i>	
26	Aivot, mieli ja mielenhäiriöt . . . . .	395
	<i>Tuomas K. Pernu</i>	
27	Mielenhäiriöt, vapaus ja vastuu . . . . .	408
	<i>Tuomas K. Pernu</i>	

Hakemisto . . . . .	427
---------------------	-----

# Johdanto

”Hyvin laajoissa maallikkopiireissä meillä on varsin hämärä käsitys oikeuspsykiatriasta.”

- Sitaatti vuosina 1919–1930 Helsingissä ilmestyneestä *Iltalehdestä* 4.12.1922

Oikeuspsykiatrian määrittely vaatii laajemman näkökulman kuin lääketieteen erikoisalat perinteisesti. Samoin kuin oikeuslääketieteessä yhteistyötä tehdään tiiviisti oikeudellisen järjestelmän, poliisin ja tuomioistuinten kanssa. Lääketieteen ja psykiatrian eri alojen kanssa yhteistä ovat diagnostiset ja eettiset periaatteet potilaiden tutkimisessa ja hoidossa.

Lääketieteellisen normiston lisäksi oikeuspsykiatriasta toimintaa ohjaa lainsäädäntö. Tärkeimmät säännökset löytyvät rikoslaista, oikeudenkäymiskaaresta, hallintolaista ja sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännöstä, kuten mielenterveyslaista ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetusta laista sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toimintaa ja valtion sairaaloita säätelevistä laeista ja asetuksista. Oikeuspsykiatrian merkitys ulottuu yksilötasolta eri yhteiskunnan sektoreille. Moni kysymys palautuu eettiseen harkintaan ja filosofisiin kysymyksiin esimerkiksi stigmatisaatiosta, laitოსvallasta ja seuraamusjärjestelmän koetusta oikeudenmukaisuudesta. Oikeuspsykiatrinen palvelujärjestelmä on siten syystäkin jatkuvan viranomaisvalvonnan kohteena.

Oikeuspsykiatrian voi hyvällä syyllä sanoa olevan monialaista toimintaa ihmisen ja yhteiskunnan rajapinnalla. Lääke- tai oikeustieteen oppikirjat ovat esitelleet oikeuspsykiatrisia ilmiöitä eri aikoina usein suppeasti ja vailla kokonaisvaltaista otetta. Alalla ei ole aiemmin ollut omaa suomenkielistä oppikirjaa. Tämä oppikirja onkin syntynyt käytännön tarpeesta lisätä sekä vuoropuhelua eri toimijoiden kesken että yhtenäistää käytäntöjä ja läpivalaista kliinisi-juridista palvelujärjestelmää. Kirjan kokoaminen on vaatinut teemojen avaamista tavalla, joka jää väistämättä kesken. Itsestään selvältäkin tuntuneita käsitteitä, kuten *syyntakeisuus*, *oikeuspsykiatrinen potilas* tai *siviilioikeuspsykiatria*, on kirjallisuuden, kokemusperäisen tiedon ja asiantuntijoiden keskustelujen kautta jouduttu pohtimaan ja sanoittamaan ajantasaisiksi siten, että toimituskunta toteaa yllä mainitun käytännön tarpeen oppikirjalle olleen hyvin todellinen. Määrittelytyö jää väistämättä kesken monelta osin, sillä juridiikan, palvelujärjestelmän ja lääketieteen kehittymisen myötä käsitteistö muuttuu ajassa hyvinkin nopeasti.

Oikeuspsykiatriseksi potilaaksi Suomessa määritellään henkilö, jonka tahdosta riippumaton hoito on alkanut Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) määräämänä rikosasian käsittelyn yhteydessä, mielentilatutkimuksen tai hoidon tarpeen arvion suorittamisen jälkeen. Tällaisia potilaita Suomessa on noin 400 ja heidän hoitonsa alkaa useimmiten valtion sairaalassa tai muussa oikeuspsykiatrisessa yksikössä. Osa oikeuspsykiatrisen yksikön kirjoilla olevista henkilöistä on tuomioistuimen

määräämässä mielentilatutkimuksessa; he eivät ole potilaita lainkaan ja siirtyvät lopulta tutkimusten jälkeen vankilaan tai kotiinsa, mikäli tarvetta hoidolle tai hoitoonmääräämiselle mielentilatutkimuksen päättyessä ei todeta.

Oikeuspsykiatrisissa yksiköissä on hoidossa myös potilaita, joiden hoito on erityisen vaikeaa tai vaarallista, ja jotka on siksi lähetetty hyvinvointialueiden psykiatrisista yksiköistä heidän hoitonsa edellyttämän osaamisen ja valmiuden omaaviin sairaaloihin. Heidän päätyemisensä hoidettavaksi oikeuspsykiatriseen sairaalaan ei näin ollen perustu rikosoikeudellisen asian käsittelyyn, mutta palvelutarpeeseen ei pystytä vastaamaan hyvinvointialueella esimerkiksi erityisosaamisen tai hoidon edellyttämien tilojen puuttumisen takia. Oikeuspsykiatrisessa yksikössä hoidetaan myös vankilasta rangaistuksen täytäntöönpanon keskeyttämisen vuoksi saapuneita vankeja, joiden kuntoutumistarpeeseen vankeudenaikaiset palvelut eivät riitä vastaamaan.

Oikeuspsykiatristen potilaiden määrä riippuukin olennaisesti muun palvelujärjestelmän kantavuudesta ja yhteiskunnallisista valinnoista jotka vaikuttavata siihen, mihin ongelmiin apua voi hakea ja miten avun piiriin pääsee oikea-aikaisesti. Varhaisen puuttumisen toimet, kuten vanhempien tukeminen neuvola-aikana, lasten auttaminen kouluterveydenhuollossa ja psykiatristen palveluiden saatavuus, voivat vaikuttaa myöhempään oikeuspsykiatriseen palvelutarpeeseen. Tarkoituksenmukaisesta palvelujärjestelmän koordinoinnista onkin huolehdittava kansallisella tasolla pitkäjänteisesti ja johdonmukaisesti.

Oikeuspsykiatriaan kohdistuu yhä enemmän niin kansallista kuin kansainvälistäkin yleistä mielenkiintoa, akateemista tutkimusta ja kehitysprojekteja, joissa korostuvat turvallisuus, vaarallisuus ja väkivaltariskin arviointi. Kehittämisen kohteena ovat myös oikeuspsykiatrisille potilaille ja heidän kuntoutumiselleen soveltuvat interventiot ja olosuhteet, ihmisoikeus- ja itsemääräämisoikeuskysymyksiä ja oikeusturvanäkökohtia unohtamatta. Kansainvälistymisen ja vapaan liikkuvuuden kasvaessa myös maiden välisiä sopimuksia ja hoito- ja rikosjärjestelmien yhteensopivuutta on jouduttu tarkastelemaan yhä useammin viime vuosina. Oikeuspsykiatrisia järjestelmiä vertailevia tutkimuksia on virinnyt pohjoismaissa ja Euroopassa. Siten kansallisen kehittämisen ohella on edelleen aiheellista pitää yllä myös kansainvälisiä yhteyksiä.

Lopuksi, kuten Theodor Löfström lausui vuonna 1901 ilmestyneessä Oikeuslääketieteellisessä käsikirjassa Suomen lääkäreille:

Sopinee toivoa, että se aika ei enää ole varsin etäällä, jolloin laki- ja lääketieteen edustajat nähdään täydessä sovussa ja toisiaan ymmärtäen tähän kuuluvia kysymyksiä järjestämässä sekä niistä riitaisuuksien aiheita poiskarsimassa.

Toimituskunta toivoo, että tämä ensimmäinen laajalti kotimaisten asiantuntijoiden näkemyksiä yksiin kansiin kokoava oppikirja voisi toimia alan suunnannäyttäjänä.

*Toimituskunta*



# Oikeuspsykiatria lääketieteessä ja palvelujärjestelmässä

Osa

I

# 1 Oikeuspsykiatria lääketieteen erikoisalana

Oikeuspsykiatrian erikoisalan juridinen perusta kulminoituu merkittävässä määrin rikoslain 3 luvun 4 §:ssä tarkoitettuun syyntakeisuuden käsitteeseen. Suomessa jokainen yli 15-vuotias vastaa lain edessä teoistaan, elleivät syyntakeisuutta, ja siten rangaistavuutta, alenna keskushermoston toimintaan ja käsityskykyyn vaikuttavat sairaudet, vammat tai kehitykselliset häiriöt. Oikeuspsykiatrisen palvelujärjestelmän yhtenä tehtävänä on siten osana oikeusjärjestelmäämme seuloa kaikista rikoksentekeijöistä esiin ne henkilöt, joita tavanomaisen lainmukaisen rankaisemisen sijaan tulisi hoitaa lääketieteellisin periaattein. Asianmukaisella hoidolla pyritään näin ollen potilaalle sairauden aiheuttaman kärsimyksen lievittämisen lisäksi vähentämään tulevaa riskikäyttäytymistä.

Tiivistäen voidaan sanoa, että oikeuspsykiatria pyrkii vastaamaan kysymykseen, onko henkilön riskikäyttäytyminen ensisijaisesti juridinen vai lääketieteellinen ongelma tai kenties ei kumpaakaan. On nimittäin selvää, että ihmisen käyttäytymiseen vaikuttavat monenlaiset asiat, jotka ylittävät puhtaan juridisen ja lääketieteellisen käsitteistön, kuten erilaiset sosiaaliset, poliittiset ja kulttuuriset tekijät. Näin ollen oikeuspsykiatria lääketieteen erikoisalana asettautuu tärkeään ja haastavaan asemaan useiden eri tieteenalojen ja viranomaistoimintojen leikkauspisteeseen; alalla toimiminen edellyttääkin yksityiskohtaista tietämystä niin psykiatriasta ja oikeustieteestä kuin muun muassa kriminologiasta ja hoitotieteestä.

Kliinisesti oikeuspsykiatria keskittyy syyntakeisuuden ja mielenterveyden häiriöiden arviointiin sekä psykiatrisen hoidon tuottamiseen tilanteissa, jossa häiriöllä epäillään tai todetaan yhteyttä jo tehtyyn rikokseen tai vakava-asteiseen riskikäyttäytymiseen. Käytännössä nämä rikokset tai riskikäyttäytymisen muodot ovat tyypillisesti väkivaltaa, seksuaalisesti vahingoittavaa käytöstä tai vakava-asteista itsetuhoisuutta. Näin ollen oikeuspsykiatrisissa yksiköissä hoidetaan sekä rikokseen syyllystyneitä että muita vastaavanlaista, riskitietoista hoitoa ja kuntoutusta tarvitsevia ihmisiä (kuvio 1.1). Oikeuspsykiatrisen hoidon tulee olla korostuneen

suunnitelmallista, ja se edellyttää erikoisalalle spesifejä fyysisiä, juridisia ja organisatorisia puitteita, jotka takaavat sekä hoidon korkean laadun että potilaiden ja heidän ympäristönsä turvallisuuden. Lain mukaan THL käytännössä määrittelee oikeuspsykiatrisen toiminnan vaatimat puitteet. Mielenterveyslain 17a §:n mukaan: ”Terveyden ja hyvinvoinnin laitos määrää rikoksesta syytetyn tahdosta riippumattoman hoidon aloittamisesta sairaalassa, jossa on potilaan hoidon edellyttämät valmiudet ja erityisasiantuntemus.” Yllä mainittua kriteeriä ”valmiudet ja asiantuntemus”, ei ole kuitenkaan spesifisti määritelty missään, esimerkiksi lain perusteluissa, vaikka oikeuspsykiatriset erityistason hoitopaikat ja erityisosaaminen ovat tärkeä osa sekä potilaiden että kansalaisten hengen ja terveyden turvaamisen palvelujärjestelmää. Suomessa oikeuspsykiatrisissa yksiköissä sekä osaaminen että fyysiset ja organisatoriset edellytykset suoriutua erityisen vaarallisten ja vaikeahoitoisten potilaiden hoidosta ovat tarkasti määriteltyjen kriteereiden sijaan kehittyneetkin vuosikymmenien ajan kliinisen, juridisen ja tieteellisen kehitystyön myötä.



**Kuvio 1.1.** Oikeuspsykiatrisen yksikön potilaat ja tutkittavat henkilöt saapuvat monesta eri syystä, ja palveluvalikoima muuttuu yhteiskunnallisten valintojen seurauksena.



Edellä kuvatun rikosoikeudellisen viitekehysten lisäksi potilaiden oikeusturvan toteuttamiseen pyritään myös yksityisoikeudellisin (siviilioikeudellisin) keinoin. Yksityisoikeudelliset psykiatriset kysymykset liittyvät esimerkiksi edunvalvonnan tarpeen arvioon ja testamentintekokelpoisuuteen. Näidenkin kysymysten yhteydessä lääkäri joutuu oikeuspsykiatrin tavoin asiantuntijana arvioimaan potilaan oikeudellista toimintakykyä. Useimmiten yksityisoikeudelliset psykiatriset kysymykset ratkaistaan kuitenkin varsinaisen oikeuspsykiatrian erikoisalan ulkopuolella, esimerkiksi psykogeriatrian alalla.

Tieteenä oikeuspsykiatria keskittyy yhtäältä epidemiologiseen tutkimukseen erilaisten psykiatristen häiriöiden ja riskikäyttäytymisen välisistä yhteyksistä, ja toisaalta erikoisalalla on vahvat perinteet väkivallan neurobiologisten ja geneettisten taustatekijöiden tutkimuksessa. Samoin lääkkeellisten ja muiden hoidollisten interventioiden sekä riskiarviointimenetelmien tutkimus on oikeuspsykiatrialla keskeistä. Kaikki lähestymistavat pyrkivät luomaan yhä vakaampaa tieteellistä pohjaa alamme haastavaan kliiniseen päätöksentekoon.

Yksi oikeuspsykiatrian alan erityishaaste on yhdistää terapeutin hoito-ote riskiarviopohjaiseen päätöksentekoon. Hoitoon usein liittyy myös itsemääräämisoikeuden rajoituksia, ja on helppo ymmärtää, miksi ala on eettisesti voimakkaasti latautunut. Toinen haaste on siinä, että oikeuspsykiatrisen palvelujärjestelmän tehtävät ja toimintapuitteet ovat vahvasti sidoksissa lainsäädäntöön ja muuhun psykiatriseen palvelujärjestelmään. Näissä on merkittäviä kansainvälisiä eroja, ja toimintapuitteissa tapahtuu säännöllisesti muutoksia. Näin ollen kansainvälinen vertailu ja yhteinen alan kehittäminen on haastavaa, etenkin kun muutovoimat eivät aina kumpua näyttöön perustuvasta tieteellisestä edistyksestä vaan erilaisista toimintaympäristön muutoksista.

Kolmas erityishaaste oikeuspsykiatriassa – erityisesti lääkärin roolissa – on kaksoisroolitus: oikeuspsykiatriassa tuotetaan salassapitovelvollisuuden estämättä tuomioistuimelle ja muille viranomaisille objektiivisia asiantuntijalausuntoja, mutta toisaalta oikeuspsykiatrisen järjestelmän tulee tuottaa korkealuokkaista ja hienotunteista hoitoa luottamuksellisiin hoitosuhteisiin voimakkaasti panostaen. Näin ollen oikeuspsykiatrian alalla työskentelevä terveydenhuollon ammattilainen toimii jatkuvasti erilaisten sidosryhmien ja viranomaisten muodostamassa toisinaan ristiriitaisessakin verkostossa. Olennaista on tällöin muistaa, että oikeuspsykiatrian alalla työskenteleviltä, kuten muiltakin terveydenhuollon ammattilaisilta, edellytetään aina tukeutumista nimenomaan lääketieteen etiikkaan. Oikeuspsykiatrisen palvelujärjestelmän lopullinen tarkoitus on sama kuin muidenkin lääketieteen osa-alueiden: vähentää kärsimystä ja palauttaa potilaan toimintakyky ja itsenäisyys.

## Oikeuspsykiatrian historiaa

Oikeuspsykiatrisen toiminnan jatkumo ulottuu ajassa kauas historiaan ja laajalle eri alojen ja toimijoiden alueelle. Vaikka psykiatria ylipäätään alkoi eriytyä ja ammattimaistua vasta 1800-luvulla, ja oikeuspsykiatria tätäkin myöhemmin, on samoihin kysymyksiin liittyviä historiallisia diskursseja, joita nyt ratkotaan oikeuspsykiatrien avustuksella, nähtävissä jo aiemmilta ajoilta.

Jo varhaishistoriallisissa lähteissä hahmotellaan oikeuspsykiatrian keskeistä käsitettä, tahallisuutta. 5. Mooseksen kirjassa määrätään rakennettavaksi niin sanottuja turvakaupunkeja: ”Näin asiasta on säädetty: turvakaupunkiin saa paeta jokainen, joka tahattomasti ja vailla aikaisempaa kaunaa surmaa toisen ihmisen.” Myöhemmin antiikissa roomalainen lainsäädäntö sääti mielisairaiden holhouksesta ja käsitteellisesti kolmannella vuosisadalla eaa. tahallisuuden, *mens rea*, keskeiseksi rangaistavuuden edellytykseksi.

Keskiajalla katolinen kirkko edelleen tukeutui vahvasti roomalaiseen oikeuteen. Vaikka näin ollen mielisairauden tunnistaminen oikeudenkäynnissä olikin edelleen keskeistä, eivät sen aikaiset tuomioistuimet vaikuta kaivanneen lääkäreitä tätä tunnistamista tekemään; perinteisesti mielisairauden diagnoosi oli pikemminkin yhteisölliseen konsensukseen perustuvaa kuin yksilöllisen kliinisen tutkimuksen lopputulos. Vasta 1500-luvulla ilmaantui ensimmäisiä lääkäreitä, kuten hollantilainen Johann Weyer (1515–1588), jotka vastustivat lääketieteellisillä käsitteillä esimerkiksi noitavainojen yhteydessä esiintynyttä uskonnollisyhteisöllistä diagnostiikkaa. 1500-luvulla nähdäänkin ylipäätään ensi kertaa tuomioistuinta avustavien asiantuntijalääkärien esiinmarssi, ja 1700–1800 lukujen taitteessa nähtiin ensimmäiset varsinaiset oikeuspsykiatriset arvioinnit englantilaisissa tuomioistuimissa.

Tällöin myös mielisairauksien positiiviset harhaoireet nousivat keskeisiksi psykoottista motivaatiota selittäviksi syyntakeisuusarvioinnin kohteiksi erotuksena aiemmasta ymmärryksen tai tahallisuuden puutetta korostavista näkemyksistä. Kehitys kulminoitui kuuluisaan Daniel M’Naghtenin tapaukseen: M’Naghten ampui Britannian pääministerin Sir Robert Peelin sihteerin vuonna 1843 erehtyessään luulemaan tämän olevan pääministeri itse. M’Naghten kärsi laaja-alaisista paranoidista harhaluuloista, mutta oli muutoin toimintakykyinen.

Tapaus alleviivasi asiantuntevan psykiatrisen diagnostiikan merkitystä ja oikeudellisia seuraamuksia tavalla, josta on nähtävissä yhteys nykyaikaiseen oikeuspsykiatriseen arviointi- ja päätöksentekokäytäntöön.

Tänä päivänä oikeuspsykiatrialle keskeinen syyntakeettomuuden käsite tunnistetaan lähes kaikissa maailman oikeuskäytännöissä, eurooppalaisista roomalaisesta laista kumpuavista säädöksistä anglo-amerikkalaiseen tapaoikeuteen ja islamilaiseen lakiin. Samoin voidaan todeta, että kaikkien lääkäreiden toimenkuvaan voi kuulua oikeuspsykiatrisia elementtejä, vähintäänkin tahdosta riippumattoman psykiatrisen hoidon kliinis-juridisten kriteereiden arvioinnin muodossa.

## Oikeuspsykiatria Suomessa

Suomessa oikeuspsykiatria on itsenäinen lääketieteen erikoisala. Vaikka alan ensimmäinen professuuri saatiinkin vasta vuonna 1983, on alalle ominaisia mielentilatutkimuksia tuotettu vankiloissa jo 1830-luvulla ja Suomen ensimmäisessä psykiatrisessa sairaalassa, vuonna 1841 Helsinkiin perustetussa Lapinlahden sairaalassa, heti avautumisvuodestaan lähtien. Vaikka mielentilatutkimuksia on tuotettu Suomessa jo lähes 200 vuoden ajan, oikeuspsykiatrialle keskeinen kliinisin-juridinen käsite ”syyntakeettomuus” ilmaantui lainsäädäntöön vasta vuonna 1889, ja edelleen vielä 1900-luvun alussa oikeuspsykiatrisia mielentilatutkimuksia laadittiin vain muutamia vuodessa.

Itsenäisyyden jälkeen tutkimusten määrä alkoi kasvaa samalla kun valtakunnallisesti psykiatristen sairaalapaikkojen määrä alkoi lisääntyä. Myös Suomen ensimmäinen oikeuspsykiatrin virka perustettiin Lapinlahteen vuonna 1918. Toisen maailmansodan jälkeen vuotuisten tutkimusten lukumäärä kasvoi noin 200:aan saavuttaen huippunsa 1980-luvun lopussa, jolloin mielentilatutkimuksia tuotettiin noin 300 vuodessa.

Samanaikaisesti oikeuspsykiatristen tutkimusten lisääntyessä alkoi oikeuspsykiatrinen hoitojärjestelmä muotoutua. Niuvanniemen sairaala perustettiin vuonna 1885 ja Vanhan Vaasan sairaala vuonna 1768, jälkimmäinen tosin toimi ensin yleissairaalana, Vaasan lääninlasarettina, vuoteen 1931. Näistä valtion mielisairaaloista kerrotaan tarkemmin kirjan luvussa 3.

Pääkaupunkiseudulla oikeuspsykiatrisia mielentilatutkimuksia tuotettiin Lapinlahden sairaalassa vuoteen 2006 asti, jonka jälkeen mielentilatutkimuksia tehtiin Hesperian sairaalassa (nykyinen HUS Psykiatriakeskus) Töölössä vuoteen 2009 asti. Varsinaista oikeuspsykiatrista hoitoa ei näissä yksiköissä tutkimusten ohella annettu. Sen sijaan HUS-alueen ensimmäinen oikeuspsykiatrinen hoito-osasto perustettiin vuonna 1915 toimintansa aloittaneeseen Kellokosken sairaalaan Tuusulaan vuonna 2001. Sittemmin Kellokoskelle keskitettiin yhä enemmän oikeuspsykiatrista hoitoa ja tutkimustoimintaa HUS-alueen tarpeisiin. Vuoden 2015 uudelleenorganisoinnin jälkeen Kellokoskella on toiminut 120-paikkainen HUSin tehostetun osastohoidon ja oikeuspsykiatrian yksikkö. Vuodesta 2019 tämä yksikkö on toiminut Ohkolan sairaalakiinteistössä Kellokoskella lukuun ottamatta Auroran sairaala-alueella Helsingissä toimivaa oikeuspsykiatrian poliklinikkaa.

Toinen merkittävä valtion mielisairaaloiden ulkopuolinen mielentilatutkimuksia ja oikeuspsykiatrista hoitoa tuottava yksikkö on osana Tampereen yliopistollista sairaalaa toimiva 14-paikkainen oikeuspsykiatrian osasto, jonka yhteydessä toimii lisäksi tehostetun psykoosihoidon poliklinikka. Yliopistosairaaloiden oikeuspsykiatrisesta toiminnasta kerrotaan enemmän luvussa 5.

1911 Turkuun avattu Vankimielisairaala perustettiin huolehtimaan nimensä mukaisesti vankien psykiatrisesta sairaalahoidosta, joskin vuoteen 1965 asti siellä hoidettiin myös oikeuspsykiatrisia potilaita. Vankimielisairaala ja Helsingin vankilan 1974 perustettu psykiatrinen osasto sulautuivat vuonna 2006 Psykiatriseksi vankisairaalaksi, jossa sekä mielentilatutkimusten että vaarallisuusarvioiden tekeminen on katkeamatta jatkunut tähän päivään asti. Kaikki Vankimielisairaala / Psykiatrissa vankisairaalaan johtaneet lääkärit ovat olleet Turun yliopiston psykiatrian dosentteja, ja osallistuneet sen opetustoimintaan ja usein myös aktiivisesti yhteiskunnalliseen keskusteluun. Psykiatrisesta vankisairaalaan kerrotaan lisää luvussa 4.

Suomen ensimmäinen osin oikeuspsykiatriaakin sivuava oppikirja oli Tri Theodor Löfströmin (1857–1907) teos Oikeuslääketieteellinen käsikirja Suomen lääkäreille (1901). Lapinlahden sairaalassa 1910- ja 1920-luvuilla toiminut Tri Akseli Nikula (1884–1956) jatkoi oikeuspsykiatrian kehittämistä julkaisten kirjallisuutta muun muassa psykopatiasta ja joukkoväkivallasta. Samoin Lapinlahden sairaalan ylilääkäri ja hermo- ja mielitautiopin professori Martti Kaila (1900–1978) kehitti edelleen maamme oikeuspsykiatriaa julkaisten 1930–1950-luvuilla muun muassa nuorisoriikollisuudesta ja kriminaalipolitiikasta.

Vuonna 1983 Kuopion yliopistoon perustettiin maamme ensimmäinen oikeuspsykiatrian professuuri, johon dosentti, Niuvanniemen sairaalan johtava ylilääkäri Panu Hakola (1932–2021) kutsusta nimitettiin. Niuvanniemen sairaala onkin toiminut tuosta lähtien samalla Kuopion Yliopiston (nykyisin Itä-Suomen yliopisto) oikeuspsykiatrian klinikkana.

Helsingin yliopistoon oikeuspsykiatrian professuuri perustettiin vuonna 1996. Professuuria hoiti aina vuoteen 2013 asti jo Lapinlahden sairaalaan vuonna 1972 perustetulla mielentilatutkimusosastolla apulaisylilääkärinä toiminut dosentti Matti Virkkunen (1943–). Näiden professoreiden työ vahvisti edelleen alamme vahvaa, tähän päivään jatkunutta tieteellistä perinnettä muun muassa väkivaltaisen käytöksen geneettisten ja neurobiologisten taustatekijöiden saralla.

## Erikoisalakoulutus

Oikeuspsykiatrian erikoislääkäreitä oli Suomessa 62 vuonna 2019. Oikeuspsykiatrian erikoistumiskoulutusta tarjoavat Helsingin, Itä-Suomen ja Turun yliopistot. Oikeuspsykiatrian erikoislääkärikoulutukseen liittyy tiedollisia ja taidollisia oppimistavoitteita, joista keskeisinä lääketieteellisen substanssiosaamisen lisäksi ovat vuorovaikutus- ja yhteistyötaidot, kliinisen työryhmän toiminnan johtaminen ja tiedonhallinta sekä vahva lääketieteen ammatilliseen normistoon tukeutuminen.

Suuri osa oikeuspsykiatreista työskentelee THL:n alaiseen hallintoon kuuluvissa valtion mielisairaaloissa tai Vankiterveydenhuollossa. Lisäksi hyvinvointialueiden erikoissairaanhoidon työllistää oikeuspsykiatreja, lähinnä yliopistosairaaloissa. Erikoistumiskoulutus toteutetaan näin ollen käytännössä näissä yksiköissä.

Varsinaista oikeuspsykiatrista sairaalatoimintaa ei Suomessa yksityissektorilla ole, sillä perustuslain 124 §:n mukaan merkittävää julkisen vallan käyttöä sisältäviä tehtäviä voidaan antaa vain viranomaiselle. Muun muassa mielenterveyslain mukaiset tahdosta riippumatonta hoitoa koskevat hoitopäätökset on katsottu kuuluvan merkittävän julkisen vallan piiriin ja näin ollen kuuluvan yksinomaan julkisen sektorin toimivaltaan.

Oikeuspsykiatrisen palvelujärjestelmän piirissä olevien potilaiden hoitamisessa tarvitaan joka tapauksessa korostuneen strukturoitua, toiminnallista ja kuntoutuksellista otetta. Hoito on usein pitkäkestoista ja paluu laitoksesta normaalielämään valvottua ja ohjattua. Alan erikoislääkärikoulutus pyrkii tuottamaan laaja-alaisia osaajia kohtaamaan alan monimuotoiset haasteet.

## Kirjallisuutta

- Achté K. Lapinlahden sairaalan historia. Recall-med oy, Jyväskylä 1991.
- Gunn J, Taylor P. Forensic psychiatry: clinical, legal and ethical issues. CRC Press. Boca Raton 2014.
- Istanbulin pöytäkirja Käsikirja kidutuksen ja muun julman, epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen tutkimiseksi ja dokumentoimiseksi tehokkaasti. Ulkoasiainministeriö. Helsinki 2015.
- Rosner R. Principles and Practice of Forensic Psychiatry. 2nd ed. CRC Press. Boca Raton 2002.
- Seppänen A, Joelsson P, Ahlgren-Rimpiläinen A, Repo-Tiihonen E. Forensic psychiatry in Finland: an overview of past, present and future. *Int J Ment Health Syst* 2020;16:14:29.
- Völlm BA, Clarke M, Tort Herrando V, Seppänen A, Gosek P, Heitzman J, Bulten E. European Psychiatric Association (EPA) guidance on forensic psychiatry: Evidence based assessment and treatment of mentally disordered offenders. *Eur Psych* 2018;51:58–73.

## 2 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

**T**erveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on sosiaali- ja terveysministeriön alaisuudessa toimiva itsenäinen asiantuntija- ja tutkimuslaitos. THL tutkii ja seuraa väestön hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta sekä kehittää toimenpiteitä niiden edistämiseksi. THL kerää ja tuottaa tutkimukseen ja tietoaaineistoihin perustuvaa tietoa sekä tarjoaa asiantuntemusta ja ratkaisuja tehtäväkentän toimijoiden työn ja päätöksenteon tueksi.

THL:n vastuulle kuuluu lisäksi viranomaistehtäviä, kuten oikeuspsykiatrisen tehtäväalue (mielentilatutkimukset ja muut THL:lle osoitetut oikeuspsykiatriset lakisääteiset tehtävät) ja oikeuslääketieteelliset toiminnot (oikeuslääketieteellinen kuolemansyyn selvittäminen, oikeustoksikologia, oikeusgenetiikka, doping), sekä tiettyjen valtion erityispalvelujen, eli valtion mielisairaaloiden, vankiterveydenhuollon ja valtion lastensuojeluyksiköiden, tulohojaus ja kehittämisen tuki. Näille valtion erityispalveluille yhteistä on hyvin haavoittuvassa ja usein marginalisoituneessa asemassa oleva asiakas- tai potilaskunta. Heidän tarpeidensa huomioiminen edellyttää usein merkittävää – ja siten valvottua ja säädeltyä – julkisen vallan käyttöä. Valtion erityispalveluiden piirissä on keskitetysti asiakkaita/potilaita kaikkialta Suomesta, ja ne toimivat omilla erityisaloillaan valtakunnallisina asiantuntijoina. Erillään yllä mainituista valtion palveluista ja tulohojattavista palveluista THL vastaa kansallisesti mielentilatutkimustoiminnasta sekä käsittelee muita lakisääteisiä oikeuspsykiatrisia asioita.

### THL oikeuspsykiatrian tehtäväalue ja lautakunta

Oikeuspsykiatrisia asioita on käsitelty ja ratkaistu 1900-luvun alkupuolelta alkaen Lääkintöhallituksessa, Sosiaali- ja terveyshallituksessa ja Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksessa. Vuoden 2010 alussa oikeuspsykiatriset tehtävät siirrettiin oikeuslääketieteen tehtävien ohella THL:lle Sosiaali- ja terveystieteiden laiton lupa ja

valvontavirastosta (STM 2009:31). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta annetun lain (THL laki, 668/2008) 2 §:n 1 momentin 4 a kohdan mukaisesti tehtäviin lukeutuvat oikeuslääketieteen ja oikeuspsykiatrian tehtävistä huolehtiminen siten kuin niistä erikseen säädetään. THL lain 3 a §:n mukaan THL:ssä toimivassa oikeuspsykiatristen asioiden lautakunnassa käsitellään ja ratkaistaan oikeudenkäymiskaaren 17 luvun 37 §:ssä tarkoitettua henkilön mielentilaa tai vaarallisuutta koskevat lausuntoasiat, asiat, jotka koskevat rikoksesta syytetyn tai epäillyn taikka mielentilansa vuoksi rangaistukseen tuomitsematta jätetyn henkilön määräämistä psykiatriseen sairaalahoitoon tai hoidettavaksi erityishuoltolaitoksessa, sekä asiat, jotka koskevat tällaisen hoidon lopettamista.

Lautakunnan puheenjohtajan tulee olla THL:n virkamies, jolla on tehtävässä tarvittava asiantuntemus. Lautakunnan kokoonpanossa on kolme muuta jäsentä sekä heistä jokaisella yksi tai useampi henkilökohtainen varajäsen. Jäsenistä yhden tulee edustaa oikeustieteellistä ja kahden psykiatrista asiantuntemusta. Psykiatrijäsenistä toisen tulee lisäksi edustaa alueellista asiantuntemusta (ks. luku 11). Vakiintuneen käytännön mukaisesti toisena psykiatrijäsenenä on toiminut oikeuspsykiatrian erikoislääkäri. Hallituksen esityksessä (HE 151/2009) mainitulla tavalla THL oikeuspsykiatristen asioiden lautakunnalla on keskeinen tehtävä huolehtia yhdenmukaisesta syyntakeisuuden ja vaarallisuuden arvioinnista sekä lausuntojen laadusta. Lautakunnan esittelijänä toimii THL:n tehtäväalueen ylilääkäri. THL:n ja lautakunnan tiedonsaantioikeudesta säädetään THL lain 5 g §:ssä (26.4.2019/553).

THL:ssa oikeuspsykiatrian asioita hoitaa kahdesta ylilääkäristä, kahdesta suunnittelijasta ja juristista koostuva oikeuspsykiatrian tiimi, joka toimii Hyvinvointivaikuttajat -osaston yhdenvertaisuusyksikössä. Tiimi valmistelee oikeuspsykiatristen asioiden lautakunnan käsittelyyn tulevat asiat. Muita tehtäväalueella hoidettavia viranomaistehtäviä ovat muun muassa tosiasialliseen hallintotoimintaan lukeutuvat asiat, kuten oikeuspsykiatrisen potilaan valvonta-ajalle päästäminen (MTL 18 a §), sekä yhteistyössä oikeusministeriön kanssa hoidettavat hoitoseuraamusten kansainväliset siirrot (ks. luku 18). Alan keskeisenä toimijana THL:n oikeuspsykiatrian tiimi osallistuu kansallisen lainsäädännön ja oikeuspsykiatrisen toiminnan kehittämiseen, tuottaa tutkimustietoa sekä antaa konsultaatiopalvelua.

## THL valtion mielisairaaloiden tulosohjaajana

Valtion mielisairaaloista annetun lain (1292/1987) 1 § mukaisesti valtion mielisairaalat lukeutuvat THL:n alaisuuteen. Lisäksi THL:n alaiseen hallintoon ja tulosohjaukseen kuuluvat vankiterveydenhuollon yksikkö sekä valtion lastensuojeluyksiköt, joita ovat viisi valtion koulukotia ja vankilan perheosasto. Kaikki edellä mainitut alaisen hallinnon toimintayksiköt kuuluvat samaan kirjanpitoyksikköön, jonka päälaitos on THL.

THL:llä on useita alaista hallintoa koskevia säädöspohjaisia tehtäviä. Tehtävät voidaan jakaa tulosohjaustehtäviin sekä hallinnollisiin tehtäviin. Laitokselle on lainsäädännöllä ja valtiovarainministeriön määräämänä osoitettu tehtäväksi toimia koko kirjanpitoyksikköä edustavana neuvotteluviranomaisena. THL:llä on myös nimittämistoimivaltaan perustuvia palvelussuhteisiin liittyviä virkamiesoikeudellisia vastuita ja oikeuksia. Tulosohjaustehtävät on osoitettu THL:n työjärjestyksessä Valtion palvelut -osastolle.

Valtion mielisairaaloiden tulosohjausta toteutetaan tulossopimusmenettelyllä. Sairaalat raportoivat tulossopimukseen kirjattujen tavoitteiden toteutumisesta THL:lle ja osallistuvat koko kirjanpitoyksikön yhteiseen tilinpäätökseen.

Tulosohjausta toteutetaan sopimusohjauksen lisäksi säännöllisillä tulosohjaajan ja valtion mielisairaaloiden tapaamisilla. Tulosohjaaja kokoaa säännöllisesti alaisen hallinnon toimijoita yhteen ja tukee näiden välisen yhteistyön tiivistämistä. Tulosohjaaja tukee omalta osaltaan sosiaali- ja terveydenhuollon yleisestä ohjaamisesta, suunnittelusta ja kehittämisestä vastaavan sosiaali- ja terveysministeriön (STM) ja valtion mielisairaaloiden välisen tiedon kulkua sekä sairaaloiden asiantuntemuksen hyödyntämistä esimerkiksi lainsäädännön valmistelutyössä. Mielisairaaloista annetun lain ja asetuksen mukaisesti STM asettaa valtion mielisairaaloiden johtokunnat ja määrää näiden puheenjohtajat. THL:llä on asetuksella valtion mielisairaaloista (431/1997) säädetty oikeus antaa johtokunnille lisätehtäviä.

## *Kirjallisuutta*

HE 151/2009 vp  
[www.thl.fi/oikeuspsykiatria](http://www.thl.fi/oikeuspsykiatria)



### 3 Valtion mielisairaalat

Valtion mielisairaloita ovat Niuvanniemen sairaala ja Vanhan Vaasan sairaala. Niiden tehtävänä on valtakunnallisina erityistason oikeuspsykiatrian yksikköinä tuottaa oikeuspsykiatrisia tutkimuksia, hoitoa ja kuntoutusta. Vanhan Vaasan sairaalan johtava lääkäri Eeva Kauppi (1921–2008) luonnehti valtion sairaaloita ”psykiatrisen hoidon teho-osastoiksi, joissa hoidetaan maan vaikeimmin sairaat psykiatriset potilaat”. Tämä kuvaus valtion sairaaloiden roolista kansallisessa palvelujärjestelmässä pätee edelleen tänäkin päivänä. Valtion sairaalat toimivat oikeuspsykiatrian asiantuntijavirastoina tiiviissä yhteistyössä niitä tulosohjaavan THL:n kanssa. Samoin yhteistyö on tiivistä akateemisten instituutioiden kanssa: Niuvanniemen sairaala toimii Itä-Suomen yliopiston oikeuspsykiatrian klinikkana ja Vanhan Vaasan sairaalalla on tiivis yliopistoyhteistyö Turun yliopiston kanssa. Sairaaloissa tehdään laajasti oikeuspsykiatrian alan tutkimusta ja järjestetään oikeuspsykiatrian alan henkilöstön perus-, jatko- ja täydennyskoulutusta. Sairaaloissa on yhteensä 452 potilaspaiikkaa: Niuvanniemessä 297 ja Vanhassa Vaasassa 155. Niuvanniemen potilaspaikoista 13 on varattu alaikäisten käyttöön.

Niuvanniemen sairaala on perustamisestaan vuonna 1885 alkaen toiminut valtion mielisairaalana. Alkuvuosina oikeuspsykiatristen potilaiden määrä oli vähäinen, mutta kasvoi 1900-luvun alkuvuosikymmeninä, erityisesti 1930-luvulla. 1940-luvulta alkaen Niuvanniemen sairaala oli oikeuspsykiatristen potilaiden pääasiallinen hoitopaikka Suomessa. Profiloituminen oikeuspsykiatrian erikoissairaalaksi kulminoitui vuonna 1983, kun Kuopion yliopistoon perustettiin oikeuspsykiatrian professuuri ja sairaala alkoi toimia yliopiston oikeuspsykiatrian klinikkana. Vanhan Vaasan sairaalassa oikeuspsykiatrinen toiminta käynnistyi vuonna 1939, tuolloin vielä Mustasaaren sairaalan nimellä, Vaasan lääninsairaalan siirryttyä samoista tiloista Seinäjoelle kahdeksan vuotta aiemmin. Nimi Vanhan Vaasan sairaala on ollut käytössä vuodesta 1988, kun sairaalan sijainti edellisen vuosikymmenen alueliitosten myötä siirtyi Mustasaaren kunnasta Vaasan kaupunkiin. Sairaala sijaitsee historiallisessa Vanhan Vaasan kaupunginosassa, jossa Vaasan kaupunkiin sijaitsi ennen suureksi osaksi tuhoutumistaan tulipalossa vuonna 1852.

## Valtion sairaaloiden toimintaa ja tehtäviä määrittävä lainsäädäntö

### *Laki ja asetus valtion mielisairaaloista*

Valtion mielisairaaloista annetun lain (1094/1992) mukaan Niuvanniemen sairaala ja Vanhan Vaasan sairaala toimivat sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (nykyisin THL:n) alaisina ja tulosohtajina sairaaloina. Lain mukaan sairaaloissa voidaan järjestää yliopistollista opetusta, terveyden- ja sairaanhoitohenkilökunnan ja muuta tarpeelliseksi katsottavaa koulutusta sekä suorittaa sairaaloiden toimialaan kuuluvaa kehittämis- ja tutkimustoimintaa.

Valtion mielisairaaloilla on sosiaali- ja terveysministeriön asettamat johtokunnat. Valtion mielisairaaloista annetun asetuksen (431/1997) mukaan johtokunta kehittää, ohjaa ja valvoo sairaalan toimintaa. Se asettaa yleiset tavoitteet sairaalan toiminnalle ja päättää sairaalan toimintalinjoista, toiminta- ja taloussuunnitelmasta ja talousarvioehdotuksesta sekä seuraa asetettujen tavoitteiden toteutumista ja käsittelee sairaalan toiminta- ja vuosikertomuksen. Johtokunta nimittää sairaalan ylilääkärit ja määrää lain edellyttämän johtavan lääkärin enintään viideksi vuodeksi kerrallaan sekä hyväksyy sairaalan johtosäännön. Johtokunta käsittelee myös muut laajakantoiset ja periaatteelliset sairaalaa koskevat asiat ja antaa sairaalan toimintaa koskevia ohjeita.

### *Mielenterveyslaki*

Mielenterveyslain (1116/1990) 6.1 §:n mukaan valtion mielisairaaloiden tehtäviä ovat mielentilatutkimukset ja sellaisten henkilöiden hoitaminen, joiden hoito on mielisairaudesta tai muun mielenterveydenhäiriön vuoksi erityisen vaarallista tai erityisen vaikeaa. Lain mukaan hoitoon voidaan lisäksi ottaa muitakin mielisairaita tai mielenterveyshäiriöitä potevia henkilöitä hyvinvointialueen sairaalan esityksestä, jollei heidän hoitonsa järjestäminen hyvinvointialueen sairaalassa ole tarkoituksenmukaista. Päätöksen mielentilatutkimukseen ottamisesta ja mielentilan vuoksi rangaistukseen tuomitsematta jätetyn hoitoon ottamisesta tekee THL. Muutoin päätöksen sairaalaan ottamisesta ja hoidon lopettamisesta tekee sairaalan ylilääkäri.

## Valtion sairaaloiden tehtävät, jotka liittyvät potilaiden tutkimukseen ja hoitoon

### *Mielentilatutkimukset, vaarallisuusarviot ja hoidon tarpeen selvitykset*

Valtion mielisairaaloissa tehdään kolme neljäsosaa kaikista Suomessa tehtävistä oikeuden määrittämistä mielentilatutkimuksista. Tutkimuspaikan määrää THL. Tutkimus tehdään yleensä sairaalaolosuhteissa moniammatillisena tutkimuksena, jota johtaa lääkäri. Tutkimukseen kuuluvat psykiatristen haastattelujen lisäksi psykologin tutkimus, sosiaalityöntekijän tekemä laaja kartoitus, hoitohenkilökunnan havainnointi tutkimusjakson aikana sekä usein toimintaterapeutin tekemä toimintakyvyn arviointi. Laajat somaattiset tutkimukset, jotka sisältävät kuvantamistutkimuksia, laboratoriotutkimuksia ja kliinisiä neurofysiologisia tutkimuksia, täydentävät kliinisiä havaintoja. Lisäksi perehdytään tutkittavan aikaisempiin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakirjoihin sekä mahdollisuuksien mukaan tutkittavan läheisten, oppilaitosten ja työnantajien antamiin tietoihin.

Sairaala antaa kahden kuukauden kuluessa lausunnon THL:lle. Tutkimusaikaa voidaan jatkaa enintään kahdella kuukaudella THL:n erillisellä päätöksellä. Sairaalan lausunnossa kuvataan tutkittavan mahdollinen psyykinen sairaus tai häiriö diagnostisine perusteineen ja otetaan kantaa siihen, onko hän ollut epäillyn tai syytteen alaisen teon suhteen syyntakeinen, alentuneesti syyntakeinen tai syyntakeeton. Sen lisäksi annetaan lausunto, onko tutkittavan kohdalla perusteet määrätä hänet mielenterveyslain mukaiseen tahdosta riippumattomaan hoitoon tai kehitysvammaisen erityishuollosta annetun lain (519/1977) mukaiseen tahdosta riippumattomaan erityishuoltoon. Mielentilatutkimuksen yhteydessä tehdään vaarallisuusarvio, jos syyttäjä on vaatinut yhdistelmärangaistukseen tuomitsemista. Lausunnossa vaarallisuudesta otetaan kantaa, onko syytettyä pidettävä erittäin vaarallisena toisen hengelle, terveydelle tai vapaudelle.

Jos tuomioistuin katsoo syytetyn syyntakeettomaksi ilman, että hänelle on tehty mielentilatutkimusta ajankohtaisessa rikosasiassa, se voi pyytää THL:lta hoidon tarpeen arviota. Arvio voidaan antaa käytettävissä olevien asiakirjojen perusteella tai ohjata henkilö sairaalaolosuhteissa tehtävään hoidon tarpeen arviointiin. Hoidon tarpeen arvio tehdään myös henkilöille, joiden hoito siirtyy vieraasta valtiosta kansainvälisenä hoitoseuraamuksen siirtona Suomeen.

Mielentilatutkimuksen kulusta, sekä syyntakeisuuden ja vaarallisuuden arvioinnista kerrotaan yksityiskohtaisemmin luvussa 16.

## *Oikeuspsykiatristen potilaiden hoito*

THL:n hoitoon määräämiä oikeuspsykiatrisia potilaita valtion sairaaloissa on hieman yli puolet potilasmäärästä. Mielentilatutkimuksen jälkeen hoitoon määrättävien potilaiden hoito käynnistyy yleensä tutkimuksen tehneessä sairaalassa, mutta valtion sairaaloissa hoidetaan myös muualla tutkittuja. Hoidon jatkamisen tarvetta arvioidaan puolen vuoden välein mielenterveyslain 17§:n mukaisesti. Päätös alistetaan sairaalan sijaintikunnan mukaisen hallinto-oikeuden käsittelyyn. Hoidon lopettamista koskevan päätöksen käsittelee THL:n oikeuspsykiatrian lautakunta. Hoito valtion sairaaloissa tai siirto toiseen sairaalaan sovitaan potilaan kotikunnan mukaisen hyvinvointialueen kanssa.

Ennen lopullista poistamista sairaalahoidosta potilas voidaan päästää THL:n päätöksellä valvottuun avohoitoon (MTL 18a§). Valvonta toteutetaan seurantaikäynneillä psykiatrian vastaanotoilla tai kotikäynneillä. Yleensä potilas asuu valvotun avohoidon aikana kuntoutuskodissa, tai tiiviisti tuettu asuminen on muutoin järjestetty. Päätös siirtää potilas pois valtion sairaalasta perustuu potilaan psyykkisen tilan arvioon, joka sisältää laajan ja strukturoidun riskien ja suojaavien tekijöiden arvioinnin.

Vaikka oikeuspsykiatriselle hoidolle on ominaista korostunut velvollisuus huomioida potilaiden mahdollinen riskikäyttäytyminen, potilaita hoidetaan ja kuntoutetaan samoilla diagnoosikohtaiseen näyttöön perustuvilla psykiatrisen hoidon keinoilla kuin muitakin psykiatrisia potilaita. Valtion sairaaloissa onkin laajat valmiudet toteuttaa monipuolisia psykiatrisia hoitoja. Keskeisiä hoitomuotoja ovat yksilöllinen hoitosuhde, psykoedukaatio ja sairauden mukainen lääkehoito, joita täydennetään monipuolisin vuorovaikutuksellisin ja neuromodulaatioon pohjautuvien hoidoin sekä työterapian ja muun toiminnallisen kuntoutuksen keinoin. Eri hoitomuotoja käsitellään enemmän kliinistä oikeuspsykiatriaa käsittelevässä osassa 4.

## *Vaarallisuuden ja vaikeahoitoisuuden vuoksi hoidettavien potilaiden hoito*

Potilaita, joiden hoitaminen on erityisen vaarallista tai erityisen vaikeaa, lähetetään hoitoon valtion mielisairaalaan pääasiassa hyvinvointialueiden ylläpitämistä sairaaloista. Lähetedikaatioita on käsitelty tarkemmin luvussa 24, mutta useimmiten syy lähettämiseen on vakava itsetuhoisuus tai vakava väkivaltaisuus tai sen uhka, erityisesti kun se kohdistuu hoitoyksikön muihin potilaisiin tai hoitavaan henkilöstöön. Usein potilaita on jouduttu hoitamaan mielenterveyslain mukaisten erityisten rajoitteiden (eristäminen ja sitominen) alaisena. Myös valtion sairaaloissa pääosa erityisistä rajoitteista kohdistuu tähän potilasryhmään. Muutoin hoitomuodot ovat samankaltaisia kuin oikeuspsykiatristen potilaiden kohdalla.

Vankeustuomion aikana pitkäaikaiseen psykoosiin sairastuneet muodostavat toisen valtion sairaaloissa hoidettavien potilaiden ryhmän, joiden hoito on erityisen vaarallista tai erityisen vaikeaa. Heidän kohdallaan tehdään tuomion täytäntöönpanon keskeytyspäätös, jotta hoito voidaan toteuttaa tarkoituksenmukaisissa olosuhteissa vankilan ulkopuolella. Vankeuslaissa ei ole säännelty tarkemmin tuomion täytäntöönpanon keskeyttämisen edellytyksistä.

## Valtion mielisairaaloiden toiminnan valvonta

Koska potilaiden hoito valtion mielisairaaloissa tapahtuu tahdosta riippumattomana hoitona ja siihen liittyy rajoittavia toimenpiteitä, joilla puututaan yksilön keskeisiin perusoikeuksiin, ennen kaikkea liikkumisvapauteen ja yksityiselämään, valvovat viranomaiset sairaaloita tiiviisti. Valvonta voi olla pääasiassa ennakoivaa, jolloin se toteutetaan valvontakäynneillä, tai se voi perustua kirjallisiin selvityksiin, joita annetaan kanteluiden perusteella tai muuten esille nousseiden epäkohdista.

Keskeisiä sairaaloita valvovia viranomaisia ovat eduskunnan oikeusasiamies, aluehallintovirastot, sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira sekä valituskelpoisten itsemääräämisoikeutta rajoittavien päätösten osalta hallinto-oikeus. Aluehallintovirasto seuraa jatkuvasti sairaaloiden itsemääräämisoikeutta rajoittavien toimien tai rajoitetoimien käyttöä puuttuakseen mahdollisimman varhain mahdollisiin epäkohtiin. Valtion sairaalat ovat olleet tarkastuksen kohteena myös Euroopan neuvoston kidutuksen, epäinhimillisen tai halventavan kohtelun vastaisen komitean (CPT) vieraillessa Suomessa. Työturvallisuutta sairaaloissa valvovat aluehallintoviraston työsuojelun vastuualueen toimijat. Valtiontalouden tarkastusvirasto vastaa sairaalan talouden valvonnasta. Lisäksi sairaalat toteuttavat sisäistä valvontaa ja riskien hallintaa sekä käyttävät eri tavoin kohdennettuja ulkoisia auditointeja toiminnan laadun varmistamiseksi.

## Tutkimus, koulutus ja asiantuntijatehtävät

Valtion mielisairaaloiden tutkimustoiminta on laajaa ja monipuolista. Tutkimuksen kohteena ovat mm. oikeuspsykiatriaan liittyvien ilmiöiden epidemiologia, genetiikka, hoito ja hoidon vaikuttavuus, diagnostiset menetelmät mukaan lukien aivojen kuvantaminen ja neurofysiologiaan liittyvät tutkimukset, psykopatia, persoonallisuushäiriöt ja väkivaltakäyttäytyminen. Sairaalat toimivat oikeuspsykiatrian alan yliopistollisen ja muun koulutuksen keskeisinä tuottajina. Sairaaloiden virkamiehet toimivat lausunnonantajina ja kouluttajina alaansa koskevissa kysymyksissä.

## *Kirjallisuutta*

- Malmivuori J. Niuvanniemen sairaala 1885–1985. Kuopio: University of Kuopio; 1985.
- Selistö S. Vanhan Vaasan sairaala 1768–1990. Vaasa: Vanhan Vaasan sairaala; 1990.
- Vuorio K. Niuva. Niuvanniemen sairaala 1885–1952. Tampere: Niuvanniemen sairaala; 2010.
- Vuorio K. Niuva. Niuvanniemen sairaala 1953–2010. Tampere: Niuvanniemen sairaala; 2011.

## 4 Psykiatrinen vankisairaala

Vankiterveydenhuollon organisaatioon kuuluva Psykiatrinen vankisairaala (Pvs) koostuu Turun ja Vantaan yksiköistä, joista Turun yksikkö aloitti toimintansa vuonna 1911 nimellä Turun kuritushuoneen viereinen mielisairaala. Vuonna 1925 se muutettiin viereisen vankilan organisaatiosta itsenäiseksi yksiköksi, ja nimeksi tuli Vankimielisairaala. Vuonna 2006 siihen liitettiin hallinnollisesti myös pienempi Vantaan yksikkö, jonka toiminta oli alkanut 1974 Helsingin keskusvankilan psykiatrisena osastona.

Turun yksikön lempinimeksi muodostui Annes, joka juontuu rakennuspiirustuksiin merkitystä rakennuksen nimestä Adnex, mikä tarkoittaa mm. lisärakennusta ja sivuelintä. Vantaan yksikkö peri aiemmalta psykiatriselta osastolta epävirallisen nimen Palikka. Vuonna 2016 sairaala siirtyi Rikosseuraamuslaitoksen alta osaksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitosta ja samalla oikeusministeriön hallinnonalalta sosiaali- ja terveysministeriön vaikutuspiiriin.

Psykiatrisen vankisairaalan Turun yksikkö (PvsT) vastaa koko maan vankien akuutista tahdosta riippumattomasta hoidosta. Sairaalalla on ainoana vankilaterveydenhuollon yksikkönä ympärivuorokautinen ja ympärivuotinen päivystys, joten hoitoa voidaan antaa kaikkiin psykiatrisiin häiriöihin ahdistus- tai sopeutumishäiriöstä vakaviin masennuksiin, psykooseihin ja henkeä uhkaaviin deliriumien jälkitiloihin. Potilaat saapuvat vankilassa toimivan lääkärin, vankilan sijaintikunnan terveyskeskuslääkärin tai poliklinikkalääkärin läheteellä. Turun yksikössä osa hoitojaksoista alkaa tahdosta riippumattomasti, mutta mielenterveyslain määrittelemän tarkkailuajan jälkeen suuri osa jatkuu vapaaehtoisena hoitona. Vantaan yksikössä ei toteuteta tahdosta riippumattomia hoitoja.

Vuodesta 2007 hoitoon alettiin ottaa myös aiemmin Hämeenlinnassa sijaitsevassa Vankisairaalassa ja siviilisairaaloissa hoidettuja harvalukuisia naispotilaita. Paikkoja kahdella osastolla on yhteensä 40, ja osastot on jaettu 14 ja kuuden potilaan alaosastoihin, joista yksi on kuuden paikan naisosasto. Lisäksi on eristyshuoneita. Yhdessä Vantaan yksikön kanssa saadaan näin aikaiseksi hoidon por-

rastus sen mukaan, hyötyykö potilas enemmän psykoterapeuttisista ja ryhmissä tapahtuvista aktivoivista hoidoista, vai esimerkiksi vähävirikkeisestä ympäristöstä ja voimakkaasta lääkityksestä.

Sairaalassa on hoitajaksoja vuosittain hieman yli 500, ja niiden kesto on useimmiten kahdesta kuuteen viikkoon. Sairaalassa hoidetaan mm. erityyppisiä psykooseja, syviä masennustiloja, ahdistuneisuushäiriöitä, vaikeita päihteiden vieroitusoireita ja itsemurhille altistavia sopeutumishäiriöitä. Vankien ikäjakauman vuoksi dementiapotilaita on vähän. Lisäksi potilaita otetaan tutkimusjaksoille diagnostiikkaa varten. Sairaalassa tehdään myös mielentilatutkimuksia, vaarallisuusrvioita, elinkautisvankien väkivaltariskiärvioita ja harvakseltaan seksuaalirikollisten velvoitteisen lääkehoidon aloitusarvioita.

Henkilöstö pitää polikliinista vastaanottoa maan eri vankiloissa ja antaa niille puhelinkonsultaatioita. Turun yksikön tehtäviin kuuluu myös antaa päivystysaikana puhelinkonsultointeja kaikille Suomen vankiloille eristettävien vankien terveydentilan turvaamiseksi.

Vuonna 2023 meneillään on Psykiatrisen vankisairaalan ja Hämeenlinnassa sijaitsevan somaattisen Vankisairaalan hallinnollinen yhdistäminen.

## Potilaat

Valtakunnallisen vankien terveystutkimuksen tulosten mukaan yli puolella vangeista on suonensisäiseen huumeiden käyttöön liittyvä C-hepatiitti ja jonkin psykiatrisen diagnoosin oli elämänsä aikana saanut 94 %, joten psykiatristen häiriöiden kokonaisu esiintyvyys on huomattavan suuri muuhun väestöön verrattuna. Yleisimpiä häiriöitä ovat päihderiippuvuudet ja asosiaalinen persoonallisuushäiriö. ADHD on vangeilla yleinen, ja häiriö liittyy erityisesti toistuvaan väkivaltarikollisuuteen. Dysleksian esiintyvyydeksi saatiin tutkimuksessa peräti 33 %, ja joka toisen vangin luku- ja kirjoitustaito oli heikko.

Osa muistin ja keskittymisen häiriöistä vangeilla pohjaa kuitenkin emotionaaliseen traumatisoitumiseen lapsuudessa. Näiden dissosiaatio-oireiden erottaminen erilaisista eduntavoitteluun liittyvistä käyttäytymismuodoista ja päihteiden ongelmakäytön jälkivaikutuksista on joskus vaikeaa. Myös väkivaltaan ja tapaturmiin liittyvät aivovammat ovat vangeilla yleisiä ja myötävaikuttavat psykiatriseen sairastuvuuteen.

Skitsofreniaa ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä on aiemmin esiintynyt vangeilla vain saman verran kuin väestössäkkin. Vuodesta 2007 alkaen on psykoottisten, erityisesti skitsofreniaa sairastavien potilaiden osuus kuitenkin kasvanut voimakkaasti, mikä liittyy ainakin osin mielentilatutkimusten määrän olennaiseen laskuun ja siviilisairaalapaikkojen vähentämiseen. Tutkimus on osoittanut, että skitsofreniaa sairastavien vankien joukossa diagnoosi tehtiin kolmessa tapauksessa neljästä vasta vankeudessa, ja keskimäärin kolme vuotta myöhemmin kuin vertailukelpoisessa vä-



estössä. Tämä viittaa avohoidon vaikeuksiin tunnistaa epäsosiaalisen ja päihdehäiriöisen nuoren miehen kroonistuvaa psykoosia.

Potilaille tyypillisen monisairastavuuden vuoksi tarkkaan psykiatriseen diagnostiikkaan ei lyhimmillä hoitajaksoilla aina päästä. Esitietojen luotettavuus on usein kyseenalainen, eivätkä saatavissa olevat objektiiviset taustatiedot aina ole kattavia. Vainoharhaisilta vaikuttavien tilojen takana voi rikollisessa alakulttuurissa myös olla todellinen uhka, ja depressiot saattavat esiintyä epätyypillisin oirekuvin. Tarkkaan diagnostiikkaan kuitenkin pyritään, ja joistain erikoisista tapauksista on julkaistu tapausselostuksia, joukossa mm. kuvaus harvinaisesta Ganserin oireyhtymästä ja ensimmäinen Suomessa kuvattu gammavieroitusdelirium.

## Hoitomuodot ja tulokset

Keskeisiä hoitomuotoja sairaalassa ovat hyvä perushoito, lääkehoito, omahoitajasuhteet ja tilannetta selventävät keskustelut. Potilaita aktivoidaan liikunnan, pelien ja keskustelu-, musiikki- ja kuvaryhmien avulla todellisuudentajua kohentavaan vuorovaikutukseen. Itseään heikosti sanoin ilmaiseville aleksityymisille potilaille on tarjolla kuvataide- ja musiikkiterapiaa. Käytössä on myös mahdollisuuksien mukaan muitakin lääkkeettömiä tukihaitoja, kuten VR-lasit, aivojen tasavirtastimulaatio, hengitysharjoituksia, painopeittoja ja esimerkiksi korva-akupunktiota.

Koska riippuvuusongelmia ja laitonta kauppaa kehittyi vankien joukossa erittäin helposti, riippuvuutta usein aiheuttavia lääkkeitä käytetään vain harvinaisissa poikkeustapauksissa ja lyhyitä aikoja. Sähköhoitoa (ECT) tarvitsevia potilaita on hyvin vähän, mutta mahdollisuus siihen on lähellä sijaitsevissa siviilisairaaloissa.

Pvs:n henkilökunta on uusiutunut lähinnä eläköitymisten myötä. Hakijoita hoitajien virkoihin on ollut enimmillään useita kymmeniä yhtä virkaa kohden, joten hoitajien ammattitaito on muodostunut hyvin korkeaksi samalla kun perinteet ja arvokas kokemus ovat välittyneet eteenpäin. Pysyvän ja sitoutuneen hoitohenkilökunnan ammattitaidon ja erityisosaamisen, sairaalloista aggressiivisuutta vähentävien lääkitysten ja tehostettujen turvatoimien johdosta väkivaltaisuudet ovat Pvs:ssa olennaisesti harvinaisempia kuin kunnallisten psykiatristen sairaaloiden akuuteilla osastoilla. Samaan aikaan kun hoidot, erityisesti antidepressiivinen ja antipsykoottinen lääkehoito, kehittyivät 1990-luvulla, vankien itsemurhakuolleisuus laski kymmenessä vuodessa noin puoleen aiemmasta, ja vangeille tuolloin ominainen itsensä viiltely ja ns. romunsyönti, eli terävien esineiden nieleminen, väheni vieläkin enemmän.

## Yhteiskuntasuhteet osaamisen perustana

Jo sairaalan ensimmäinen lääkäri, vuonna 1916 työssään surmansa saanut Carl Gustav Winqvist, oli väitellyt lääketieteen tohtoriksi ja oli tutkinut tuona aikana mielisairaaloissa yleistä aivokuppaa. 1960-luvulta asti sairaalan johtajina toimineet ylilääkärit ovat olleet Turun yliopiston dosentteja, ja niinpä Pvs:ssa syntynyt kokemusperäinen tieto päättyy erilaisten asiantuntija- ja luottamustehtävien kautta vaikuttamaan myös laajemmin yhteiskunnassa.

Monet muutkin sairaalan työntekijät toimivat erilaisissa asiantuntijatehtävissä. Soveltuviin sivutoimiin on suhtauduttu myönteisesti, koska ne lisäävät ammattitaitoa, mikä hyödyttää myös sairaalaa. Henkilökunnalla on kansainvälisiä yhteyksiä ja erilaisia asiantuntija- ja luottamustehtäviä, ja työn ohessa on ohjattu mm. useita väitöskirjatoivia. Yhteistyötä on tehty mm. Karoliinisen Instituutin, Oxfordin yliopiston ja Turussa sijaitsevan valtakunnallisen PET-keskuksen kanssa.

### Kirjallisuutta

- Joukamaa M, von Gruenewalt V, Hakamäki S, Hypén K, Lauerma H, Lintonen T, Mattila A, Tyni S, Vartiainen H, Viitanen P, Wuolijoki T. Rikosseuraamusasiakkaiden terveys, työkyky ja hoidontarve. Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja 1/2010.
- Jüriloo A, Pesonen L, Lauerma H. Knocking on prison's door: a ten-fold rise in the number of psychotic prisoners in Finland during the years 2005–2016. *Nordic Journal of Psychiatry* Oct;71(7):543–548, 2017.
- Lauerma H, Hypen K. Ganser syndrome, organic dementia and hypnosis – a case study. *Journal of Trauma and Dissociation* 5:93–99, 2004.
- Merenheimo U, Voutilainen J, Venetjoki N, Lauerma H. Gammavieroitusdelirium. *Duodecim* 124(13): 1514–7, 2008.
- Nummenmaa L, Lukkarinen L, Sun L, Putkinen V, Seppälä K, Karjalainen T, Karlsson HK, Hudson M, Venetjoki N, Salomaa M, Rautio P, Hirvonen J, Lauerma H, Tiihonen J. Brain Basis of Psychopathy in Criminal Offenders and General Population. *Cerebral Cortex*, Jul 29;31(9):4104–14, 2021.
- Rautanen M, Lauerma H. Imprisonment and Diagnostic Delay among Male Offenders with Schizophrenia. *Criminal Behavior and Mental Health* 21:259–64, 2011.
- Tiihonen J, Rautiainen M-R, Ollila HM, Repo-Tiihonen E, Virkkunen M, Palotie A, Pietiläinen O, Kristiansson K, Joukamaa M, Lauerma H, Saarela J, Tyni S, Vartiainen H, Paananen J, Goldman D, Paunio T. Genetic background of extreme violent behavior. *Molecular Psychiatry*, 2015 Jun;20(6):786–92. doi: 10.1038/mp.2014.130.
- Tuominen T, Korhonen T, Hämäläinen H, Katajisto J, Vartiainen H, Joukamaa M, Lintonen T, Wuolijoki T, Jüriloo A, Lauerma H. The Factors Associated with Criminal Recidivism in Finnish Male Offenders: Importance of Neurocognitive Deficits and Substance Dependence. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*, 18(1) 2017.

## 5 Yliopistolliset sairaalat

Oikeuspsykiatrisia potilaita hoidetaan ja mielentilatutkimuksia tehdään Helsingin, Tampereen ja Oulun yliopistosairaaloissa. Ainoastaan Tampereen yliopistollisessa sairaalassa on yksikkö myös alaikäisiä varten. HUSin ja Taysin oikeuspsykiatrian yksiköt ottavat jatkohoitoon myös valtion sairaaloista omien hyvinvointialueittensa oikeuspsykiatrisia potiaita sekä potilaita, joiden hoito psykiatrisen sairauden vuoksi on erityisen vaikeaa tai vaarallista.

Nykyään HUSin Tehostetun osastohoidon ja oikeuspsykiatrian yksikkö on valtion sairaaloiden jälkeen maan suurin oikeuspsykiatrian yksikkö. Ohkolan sairaalassa sijaitsevassa yksikössä on yhteensä seitsemän osastoa, joista useimmilla tehdään sekä mielentilatutkimuksia että väkivaltariskin arvioita eri tarpeisiin. Osastojen toimintaprofiilit vaihtelevat akuutista, vakauttavasta hoidosta pitkäkestoisempaan kuntouttavaan hoitoon. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tilastojen mukaan HUSin oikeuspsykiatrian yksikössä tehtiin vuosina 2011–2020 vuosittain 7–16 mielentilatutkimusta.

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueella Oulun yliopistollisessa sairaalassa (OYS) mielentilatutkimuksia ja muita oikeuspsykiatrisia arvioita tekee moniammatillinen työryhmä. Oikeuden mielentilatutkimukseen määräämät henkilöt sijoitetaan OYSin aikuispsykiatrisille osastoille, joiden kanssa tutkijat tekevät yhteistyötä ja joilla he käyvät arvioimassa tutkittavia. THL:n tilastojen mukaan OYSin oikeuspsykiatrian yksikkö teki vuosittain 0–7 mielentilatutkimusta vuosien 2011–2020 aikana. Tämän jälkeen OYSin mielentilatutkimustoiminta on oleellisesti vähentynyt.

Pirkanmaan hyvinvointialueelle kuuluvan Tampereen yliopistollisen sairaalan psykiatrian toimialueella on vuodesta 2018 lähtien ollut aiemman kahden osaston sijaan enää yksi varsinainen oikeuspsykiatrian osasto, jonne Taysiin ohjatut täysi-ikäiset mielentilatutkittavat sijoitetaan. Taysin naisten ja lasten toimialueella sijaitseva Erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten psykiatrisen tutkimus- ja hoitoyksikkö, eli EVA-yksikkö, on maamme toinen alaikäisten mielentilatutkimuksia te-

kevä yksikkö, joka tarjoaa myös turvaosasto-olosuhteet. THL:n tilastojen mukaan Taysin oikeuspsykiatrian vastuuyksikössä tehtiin vuosien 2011–2020 aikana 1–5 ja EVA-yksikössä 0–2 mielentilatutkimusta vuodessa.

Pitkänien sairaalassa toimiva Taysin psykiatrian toimialueen aikuisten oikeuspsykiatrinen osasto on 18-paikkainen sekaosasto, jonka potilaista suurin osa on THL:n syyntakeettomina hoitoon määräämiä. Yleisten oikeuspsykiatristen tilastojen mukaisesti myös tämän osaston potilaista enemmistö on skitsofreniaa sairastavia miehiä. Useimpien oikeuspsykiatrinen hoito on alkanut valtion mielisairaalassa. Potilaat, joiden hoitaminen on erityisen vaarallista tai erityisen vaikeaa, eivät pääsääntöisesti sovellu Taysin oikeuspsykiatrisen osaston hoitoon vaan tarvitsevat hoitoa valtion sairaalassa, kunnes vaikeimmat oireet ovat helpottaneet. Pitkänien sairaalan toiminnot, myös oikeuspsykiatria, siirtyvät keskussairaalan yhteyteen uudisrakennukseen vuonna 2024. Samassa yhteydessä osaston sairaansijojen määrä laskee 14:ään. Hoidon periaatteet pyritään säilyttämään ennallaan uusissa tiloissa ja kuntoutus järjestämään monipuolisesti ja tarkoituksenmukaisesti.

## Esimerkkinä oikeuspsykiatrinen osastohoito Taysissa

Jokaisella potilaalla on oma huone, jossa on mahdollisuus pitää omia audiovisuaalisia ja ICT-välineitä. Kullakin potilaalla on avain omaan huoneeseensa, joten sinne ei potilaan lisäksi ole pääsyä muilla kuin henkilökunnalla. Potilailla on yleensä omat puhelimet, mutta osastolle voi myös soittaa yleisissä tiloissa olevaan potilaspuhelimeen. Joskus harvoin joudutaan rajoittamaan yksittäisten potilaitten yhteydenpitoa osaston ulkopuolelle. Osaston päiväsalissa potilaat voivat katsoa yhdessä TV:tä, pelata kortti- ja pöytäpelejä toistensa ja henkilökunnan kanssa, lueskella ja koota palapelejä. Potilailla on myös oma kahvihuone, jossa he voivat keittää kahvia sairaalan puolesta tarjottavien kahvien lisäksi ja jonka jääkaapissa he voivat säilyttää itse ostamiaan tai tuliaisiksi saamiaan elintarvikkeita.

Tays Pitkänien oikeuspsykiatrisen osaston hoito painottuu ensisijaisesti pitkäaikaiseen kuntoutukseen; potilaiden oirekuvissa korostuvat pitkäaikaisten psykoosisairauksien negatiiviset ja neurokognitiiviset oireet sekä puutteet sosiaalisessa kognitiossa. Jokaiselle potilaalle tehdään yksilöllinen hoitosuunnitelma, jonka päätavoitteena on useimmiten siirtyminen valvonta-ajalle. Hoitosuunnitelma sisältää erilaisia osatavoitteita henkilökohtaisen kuntoutumisen mukaan. Osaston virallinen hoidon viitekehys on toipumisorientaatio, jonka mukaisesti jokaisen potilaan kohdalla pyritään löytämään toivon kautta tavoitteita omalle elämälle ja siten kohentamaan elämänlaatua. Monilla potilailla on vaikeuksia arjen perustoiminnoissa. Potilaat harjoittelevat oman huoneen siistinä pitämistä, vaatehuoltoa, sairaalan ulkopuolella asioimista ja muita taitoja omahoitajiensa tuella. Joillekin potilaille tehdään huoneeseen kuvataulu, jonka avulla on helpompi seurata omaa viikko-ohjelmaansa.

Osastolla on koulutettu henkilökuntaa CRT-menetelmän (cognitive remediation therapy) ja SCIT:in (social cognition and interaction training) käyttöön. Erilaiset ryhmätoiminnot kuuluvat useimpien hoitosuunnitelmaan. Ulkotyöryhmä auttaa kuljetuksissa sairaalan alueella, puutarharyhmässä avustetaan sairaalan puutarhalla, kädentaitoryhmässä tehdään askartelu- ja käsitöitä myös tilauksesta. Muita ryhmiä ovat muun muassa metakognitiivisen harjoittelun (MCT) ryhmä, sairaalateologin keskusteluryhmä ja kuntosaliryhmä. Potilaille järjestetään myös retkiä, ja he voivat osallistua sairaalan tapahtumiin vointinsa mukaan. Osa potilaista käy sairaalan ulkopuolella työtoiminnassa. Kun aletaan suunnitella valvonta-ajalle siirtymistä, potilaat alkavat harjoitella itsenäisempää asumista yleensä jossakin tehostetun palveluasumisen yksikössä.

Taysin psykiatrian toimialueen oikeuspsykiatrinen osasto toimii moniammatillisesti. Osastolla on yksi osastonlääkäriin vakanssi, ja ylilääkäri osallistuu kerran viikossa osaston moniammatilliseen tiimipalaveriin, jossa käsitellään kerrallaan muutaman potilaan tilanne siten, että myös omahoitajia on paikalla. Ylilääkäri osallistuu myös sellaisiin hoitoneuvotteluihin, joissa oikeuspsykiatristen potilaiden hoitosuunnitelmiin tehdään suurempia muutoksia. Psykologi tapaa potilaita yksilökäynneillä sen lisäksi, että osallistuu ryhmämuotoiseen kuntoutukseen. Sosiaalityöntekijä avustaa potilaita sosiaaliturva-asioissa. Toimintaterapeutin tutkimuksia ja yksilöohjausta on verrattain hyvin saatavilla, samoin fysioterapiaa sekä musiikki- ja taideterapiaa Taysin psykiatrian toimialueen terapiayksiköstä.

Tämä edellä kuvattu moniammatillinen työryhmä tekee myös mielentilatutkimuksia. Yliopistosairaalassa on mahdollista konsultoida muita erikoisalajoja, joiden erikoislääkärit tekevät pyydettyä omat arvionsa vaikkapa tutkittavan neurologisista oireista. Taysin psykiatrian toimialueen oikeuspsykiatriselle osastolle ei pääsääntöisesti ole mielekästä ohjata mielentilatutkimukseen levottomuuteen tai aggressiiviseen käyttäytymiseen taipuvaista tutkittavaa. Akuutisti oireilevan tutkittavan psykiatrisen lääkityksen lopettaminen on osoittautunut vaikeaksi eikä siihen aina ole päästy.

## Polikliininen hoito Taysissa

Taysin psykiatrian toimialueella käynnistettiin aikuisten oikeuspsykiatrinen poliklinikkatoiminta vuoden 2016 alussa. Sitä ennen valvonta-ajalla olleet potilaat kävivät seurantakäynneillä osastolla. Potilaita siirtyi vähitellen valvonta-ajalle ja sitä kautta kokonaan pois oikeuspsykiatrisesta hoidosta siinä määrin, että toinen 18-paikkainen oikeuspsykiatrian osasto muutettiin keväällä 2018 tehostetun psykoosihoidon osastoksi. Vuoden 2021 alusta oikeuspsykiatrian poliklinikka yhdistyi Tampereen kaupungilta Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin siirtyneeseen liikkuvan psykiatrian työryhmään; yhdistynyt poliklinikka on nimeltään tehostetun psykoosihoidon poliklinikka, ja se toimii myös ilta-aikaan ja viikonloppuisin.

Yliopistosairaaloiden oikeuspsykiatrinen palvelutarjonta on hyvin heterogeenista. Toisin kuin valtion mielisairaaloilla, yliopistosairaaloilla ei ole suoranaisesti lakiin kirjattua veloitetta tuottaa oikeuspsykiatrisia palveluita, ja siksi näiden palveluiden kehittymiseen ovat vaikuttaneet monenlaiset paikalliset olosuhteet, mukaan lukien historialliset ja taloudelliset tekijät ja jopa yksittäisten päätöksentekijöiden linjaukset. Myös ne hyvinvointialueet, jotka tuottavat omalla alueellaan oikeuspsykiatrisia palveluita, tukeutuvat vahvasti valtion sairaaloiden palveluihin. Tämä puoltaa kansallisesti keskitettyjen palveluiden järjestämisen tärkeyttä hyvin marginalisoidussa ja haavoittuvassa asemassa olevien potilaiden hoidossa.

## 6 Oikeuspsykiatrinen poliklinikkatoiminta

Oikeuspsykiatrinen poliklinikkatoiminta on Suomessa vielä pienimuotoista, ja palvelujen tarjonnassa on paljon alueellista vaihtelua; kaikki hyvinvointialueet eivät tarjoa palvelua laisinkaan. Kansainvälisiä esimerkkejä oikeuspsykiatriasta avohoidosta on kuitenkin olemassa varsin laajasti, ja myös tätä palvelumuotoa on standardoitu. Oikeuspsykiatrinen poliklinikkatoiminta katsotaan osaksi ns. tertiääritason psykiatria, joka palvelee perusterveydenhuoltoa ja muuta psykiatrista erikoissairaanhoidoa, ja jonka tarpeeseen vaikuttaa merkittävästi muu alueellinen psykiatrinen sairaala- ja avohoidon tarjonta. Oikeuspsykiatrisia palveluita suunniteltaessa alueelliset erot tulisikin huomioida. Lisäksi osa oikeuspsykiatriaan liittyvistä erityiskysymyksistä ovat ilmiöinä siinä määrin harvinaisia, että näiden keskittäminen muutamaan yksikköön kansallisesti saattaa olla tarkoituksenmukaista. Helsingin ja Uudenmaan hyvinvointialueen (HUS) oikeuspsykiatrian poliklinikka tarjoaa konsultaatioita valtakunnallisesti oikeuspsykiatriaan liittyvissä erityiskysymyksissä. Tyypillisimmin konsultaatiot ovat liittyneet pedofiliaan tai sen epäilyyn. Lisäksi oikeuspsykiatrista poliklinikkatoimintaa on Oulun (OYS), Turun (Tyks) ja Tampereen (Tays) yliopistollisten sairaaloiden yhteydessä. Potilaat ohjautuvat oikeuspsykiatrian poliklinikoille lääkärin läheteellä useimmiten muista psykiatrian yksiköistä, perusterveydenhuollosta, vankiloista tai valtion mielisairaaloista.

### Oikeuspsykiatria avohoidossa

Oikeuspsykiatrian poliklinikan yhtenä keskeisenä tehtävänä on vastata valvonta-ajalla olevien oikeuspsykiatristen potilaiden hoidosta (valvonta-ajasta yksityiskohtaisemmin luvussa 17). Polikliininen toiminta palvelee myös niitä psykiatrisia potilaita, joilla on muun psykiatrisen sairastavuuden ohella kohonnut riski itseä tai muita vaarantavaan käyttäytymiseen. Tyypillisintä on uhkaava tai väkivaltai-

nen käyttäytyminen, mutta myös muut riskikäyttäytymisen muodot, kuten vainoamiskäyttäytyminen (”stalkkaus”) tai lapsiin kohdistuvat seksuaaliset ajatukset ja teot, ovat oikeuspsykiatrisen poliklinikan potilailla tavallisia. Osalla potilaista ongelmakäyttäytymistä on voinut esiintyä jo pitkään, osalla taas kyse on arvioidusta riskistä ja siitä seuraavasta riskinhallintatarpeesta, ilman että varsinaisia tekoja olisi välttämättä vielä tapahtunut. Onkin esitetty, että oikeuspsykiatrista poliklinikkatoimintaa olisi hyvä kehittää nykyistä enemmän väkivaltaa ennalta ehkäisevään suuntaan.

Poliklinikan potilaiden diagnostinen kirjo käsittää koko psykiatrian, ja oikeuspsykiatrista erityisosaamista tulisi tarjota myös niille potilaille, joilla ei ole psykoosisairautta, mikä on oikeuspsykiatrisessa sairaalahoidossa olevilla tyypillisin häiriö. Tiedyt diagnostiset erityisryhmät sekä näiden arvioiminen kuuluvat erityisesti oikeuspsykiatrisen poliklinikkatoiminnan piiriin. Näitä ovat seksuaalikoehäiriöt, joista yleisimpänä pedofilia, sekä persoonallisuuden häiriöt, joista erityisesti korostuu antisosiaalinen persoonallisuus sekä psykopatiapiirteisyys. Lisäksi HUSissa on viime vuosina korostunut enenevästi neuropsykiatrisiin häiriöihin liittyvät oikeuspsykiatriset kysymykset ja hoidon järjestäminen kyseiselle potilasryhmälle. Näitä ovat erityisesti aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD), autismikirjon piirteet sekä älyllinen kehitysvammaisuus silloin, kun näihin liittyy väkivaltaisuutta tai muuta tavanomaista vaikeampaa riskikäyttäytymistä.

## Arvioita ja konsultaatioita

Yksi oikeuspsykiatrisen poliklinikan oleellinen tehtävä on arvioida riskikäyttäytymistä, mikä edellyttää kulloisenkin tarpeen mukaisten riskiarviointityökalujen osaamista. Luotettava riskiarvio alkaa perusteellisilla psykiatrisilla ja psykologisilla tutkimuksilla potilaan tilanteen hahmottamiseksi kokonaisuudessaan ja diagnoosin varmentamiseksi. Mikäli potilaalla on pitkä sairashistoria, voidaan toisinaan riskiarviointi tehdä jo pelkän konsultaation perusteella tai sairaskertomusmerkintöihin ja muihin mahdollisiin asiaa koskeviin asiakirjoihin perehtymällä. Riskikäyttäytymisen yhteys todettuihin psykiatrisiin häiriöihin pyritään arvioimaan ja se huomioidaan hoitosuosituksissa ja riskinhallinnassa.

Riskiarvioita tehtäessä huomio on riskinhallinnassa, jossa pyritään löytämään keinoja riskikäyttäytymisen ehkäisemiseksi. Riskinhallintasuunnitelmassa on kiinnitettävä erityistä huomiota lähettävän tahon resursseihin ja mahdollisuuksin tarjota eri hoitovaihtoehtoja, jotta hoitosuositukset on mahdollista toteuttaa. Mikäli potilaalle tarjottava suositus riskin hallitsemiseksi keskittyy havaittujen häiriöiden tavanmukaisiin hoitomalleihin, joita lähettävä taho järjestää, voidaan lähtökohtana pitää, että hoito toteutetaan alueellisen psykiatrisen palvelujärjestelmän piirissä. Mikäli taas hoidossa tarvitaan toistuvaa riskiarvioiden päivittämistä, tai muuta tavanomaisesta poikkeavia hoitomuotoja, kuten poikkeuksellisen intensii-



vistä yksilökohtaista palveluohjausta (ns. ”case management”), arvioidaan hoidon järjestämisen mahdollisuuksista oikeuspsykiatrian poliklinikan yksikössä. Tällainen tilanne voi syntyä esim. sellaisen poikkeuksellisen vaikean persoonallisuuden häiriintyneisyyden myötä, joka aiheuttaa vaikea-asteisia haasteita vuorovaikutustilanteissa. Suuri osa potilaista voidaan kuitenkin hoitaa hyvällä yhteistyöllä lähettävän tahon kanssa, jolloin oikeuspsykiatrinen yksikkö tuo näkemystä riskikäyttäytymisen hoitolinjauksiin ja tukee usein lisäksi hoitohenkilökuntaa olemalla mukana potilastapaamisissa sekä antamalla työryhmäohjausta sekä suullista tai kirjallista konsultaatiota. Oikeuspsykiatrian poliklinikat ovat pieniä työryhmiä, jonka takia konsultatiivista, muita psykiatrian yksikköjä tukevaa toimintaa pyritään suosimaan mahdollisuuksien mukaan. Työryhmäohjaukset on arvioitu usein riittäväksi interventioksi, jotta hoitoa on voitu jatkaa konsultaatiota pyytäneessä yksikössä ja huoli esimerkiksi väkivaltaisuuksista on kyetty huomioimaan asianmukaisesti.

## Hoidon järjestämisestä

Arvioon ja hoitoon ohjautuvat potilaat ovat diagnostisesti heterogeeninen joukko, jonka kokonaisproblematiikka on hyvin yksilöllistä. Oikeuspsykiatrisella poliklinikalla potilaiden yksilöllisten tarpeiden moniammatillinen huomioiminen saattaa olla haasteellisempaa kuin psykiatrialla yleisesti. Väkivaltaisuuksia tai muuta riskikäyttäytymistä esiintyy eriasteisena eri häiriöihin yhdistettynä, ja hoitomallien toteuttaminen yksilöllisesti tai ryhmämuotoisesti vaihtelee tilanteittain. HUSin oikeuspsykiatrian poliklinikalla ryhmämuotoisia hoitoja on pyritty tarjoamaan sekä jatkuvina, mutta myös tarpeen mukaisesti. Hoitoon ohjautuneilla voidaan yleisesti arvioida olleen tarvetta tunnesäätelytaitojen harjoitteluun, sosiaalisten taitojen opetteluun, ryhmässä tapahtuvaan mielekkäaseen tekemiseen sekä psykoedukaatioon. Lisäksi neuropsykiatrisen osaamisen tärkeys on enenevässä määrin korostunut sekä yksilöllisesti että ryhmässä.

Hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa oikeuspsykiatrian poliklinikalla erityistä huomiota kiinnitetään toimivan arjen rakentamiseen, jossa mm. toimintaterapeuttisella viitekehysellä on erityisen keskeinen rooli. Toimintaterapeutti tekee sekä yksilö- että ryhmätyöskentelyä ja osallistuu tarpeen mukaan toimivan arjen rakentamiseen potilaiden asumisympäristössä. Samoin sosiaalityö voi olla merkittävä apu monelle. Poliklinikan sosiaalityöntekijät auttavat potilasta arjen ja talouden tilanteen selkeyttämisessä, millä voi olla merkitystä myös riskikäyttäytymiseen. Myös psykologit osallistuvat arviointien tekemisen lisäksi hoidon toteuttamiseen yksilö- tai ryhmämuotoisesti.

Lääkehoitoja tulisi pystyä toteuttamaan laajasti kaikissa muodoissa, ja yksiköissä tulisi olla mahdollisuus valvottuun tiiviiseen lääkejakoon, psykoosinvasiivisen lääkehoidon toteuttamiseen ja pitkävaikutteisten injektioiden annosteluun sekä tarpeenmukaisesti lääkekorvaushoitoihin osalle potilaista.

## Verkostotyö

Oikeuspsykiatrian poliklinikalle hoitoon ohjautuneet potilaat ovat usein monenlaisten viranomaistahojen tarjoamien palveluiden tarpeessa. Näitä voivat olla eri terveydenhuollon toimijoiden lisäksi mm. Rikosseuraamuslaitos ja ehdonalaisvalvojat, poliisi, lastensuojelu ja sosiaalitoimi. Eri toimijoiden saaminen yhteen verkostoon on tärkeää, jotta potilaille voidaan suunnitella mahdollisimman tehokasta hoitoa ja kuntoutusta. Verkostotyössä on tärkeää tehdä työnjakoa ja pyrkiä välttämään päällekkäisyyksiä ja keskenään ristiriitaisten tavoitteiden asettamista. Potilaalta tulee olla lupa, jotta verkostoissa on mahdollista toimia mahdollisimman avoimesti, samalla kuitenkin huomioiden luottamuksellisuus hoitosuhteessa sekä olennaiset poikkeamat salassapitovelvollisuudesta (ks. luku 13). Toimiva verkostotyö voi vaikuttaa merkittävästi hoidon onnistumiseen.

## Turvallisuuden huomioiminen

Koska suurimmalla osalla potilaista psykiatriseen problematiikkaan liittyy väkivaltaista tai uhkaavaa käyttäytymistä, sekä laajemmin vuorovaikutuksen ongelmia, tulee turvallisuuden takaamiseksi yksikön työntekijöiden olla tietoisia toimintamalleista uhkatilanteissa. Myös tiloja suunniteltaessa turvallisuus tulisi pystyä huomioimaan. Keskeisintä turvallisuuden kannalta on potilaan kohtaaminen, tilanteiden ennakoiminen ja vuorovaikutustaidot. Haastavat potilaat tulisi kohdata työparin kanssa, ja ristiriitatilanteet tulisi selvittää sekä yksikössä ammattilaisten kesken, että myös potilaiden kanssa. Koska osa potilaita saattaa asua kaukana, toteutetaan tapaamisia usein etäyhteyden välityksellä. Toisinaan etävastaanotto on perusteltua myös turvallisuussyistä, etenkin vaikeasti persoonallisuushäiriöisten kanssa, joiden kohdalla mielenterveyslain edellyttämät tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit eivät täyty ja ainoa hoitomahdollisuus on avohoito.

## Kirjallisuutta

Kenney-Herbert J ym. (2013): Standards for Community Forensic Mental Health Services. Royal College of Psychiatrists: London. [http://www.antoniocasella.eu/archipsy/KENNEY-HERBERT\\_APR13.pdf](http://www.antoniocasella.eu/archipsy/KENNEY-HERBERT_APR13.pdf)

Providing community forensic services for people with Learning Disabilities and/or Autistic Spectrum Conditions. 2019. NHS England. <https://www.iow.gov.uk/azservices/documents/2910-WorkforceCompetencyv6.pdf>

Smeekens MV, Sappelli F, de Vries MG, Bulten BH. Dutch Forensic Flexible Assertive Community Treatment: Operating on the Interface Between General Mental Health Care and Forensic Psychiatric Care. *Front Psychol.* 2021 Sep 22;12:708-722.

## 7 Hyvinvointialueet ja kunnalliset toimijat

Valtion sairaaloiden Niuvanniemen ja Vanhan Vaasan lisäksi oikeuspsykiatrista sairaalahoitoa ja lisäksi poliklinikkapalvelua tuottavat HUSin Tehostetun osastohoidon ja oikeuspsykiatrian yksikkö (TEOPSY, Kellokoskella Ohkolan sairaalassa ja poliklinikka Auroran sairaalassa) ja Pirkanmaan hyvinvointialueen Taysin oikeuspsykiatrian osasto ja poliklinikka. Mielentilatutkimuksia tehdään edellä mainittujen yksikköjen lisäksi Vankiterveydenhuoltoyksikön Psykiatrisessa van-  
kisairaalassa. Lisäksi alaikäisille erityisen vaikeahoitoisille tai vaarallisille potilaille on kaksi valtakunnallista erityistason yksikköä, joista toinen on Pirkanmaan hyvinvointialueella (EVA-yksikkö, perustettu 2003) ja toinen Niuvanniemen sairaalassa (NEVA-yksikkö, 2004). Molemmissa yksiköissä tehdään alaikäisten mielentilatutkimuksia. Osastohoidossa olevista potilaista suurin osa on ei-oikeuspsykiatrisia ja pienempi osa varsinaisia THL:n hoitoon määräämiä oikeuspsykiatrisia potilaita.

### Oikeuspsykiatriset potilaat

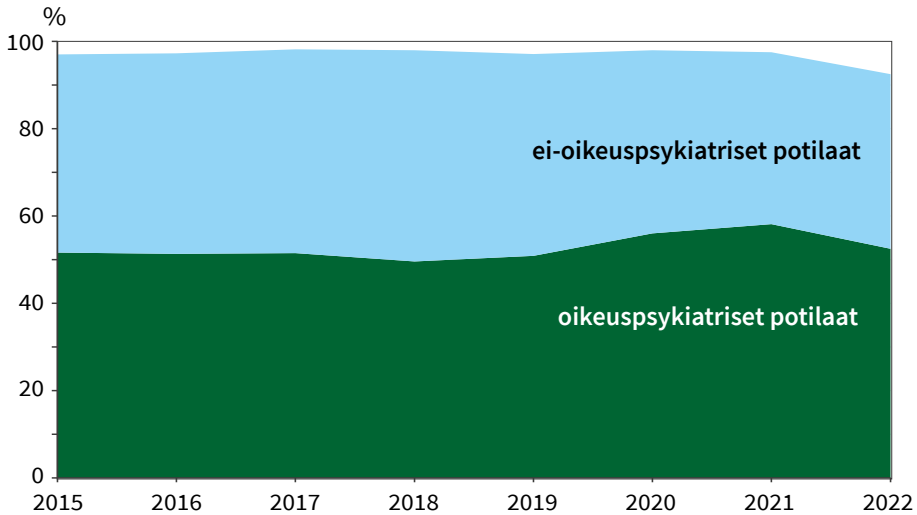
Vuoden 2023 alusta hyvinvointialueet ovat vastanneet alueensa väestön psykiatrisesta hoidosta, myös niiden potilaiden oikeuspsykiatrisesta sairaalahoidosta, jotka siirtyvät jatkohoitoon kotikuntansa alueelle. Potilaan kuntoutus jatkuu aluksi yleensä hyvinvointialueen psykiatrisessa sairaalassa, joskus myös suoraan avohoidossa psykiatrian poliklinikalla. Silloinkin potilaalle usein järjestetään paikka mielenterveyskuntoutujien tuettuun asumisyksikköön. Joskus on mahdollista myös tukiasuminen omassa asunnossa.

Oikeuspsykiatrisesta sairaalahoidosta potilas voidaan siirtää hyvinvointialueelle valvonta-ajalle niin, että tahdosta riippumaton hoitopäätös jatkuu edelleen. Valvonta-aikaa koskevat asiat ratkaistaan oikeuspsykiatrian tehtäväalueella. Ennen varsinaista valvonta-aikaa on suositeltavaa, että potilas harjoittelee avohoittoon siirtymistä oikeuspsykiatrisen sairaalan ulkopuolella. Tavoitteena on poti-

laan siirtyminen lähemmäksi omaa verkostoa ja yhteisöä, jossa hän myös myöhemmin jatkaa avohoidossa. Valvonta-ajalla ja sitä edeltävillä harjoittelujaksoilla on mahdollista arvioida potilaan selviytymistä sairaalahoidon ulkopuolella ennen lopullista päätöstä sairaalahoidon lopettamisesta. Valvonta-ajalla potilas tukeutuu avohoidon palveluihin, joilla on riittävät mahdollisuudet tukea ja avustaa arkipäivän toiminnoissa, seurata vointia sekä tarvittaessa valmius reagoida terveydentilan muutoksiin. Valvontapäätös tehdään enintään puoleksi vuodeksi kerrallaan, ja sen aikana tahdosta riippumattoman hoidon päätös on edelleen voimassa. Valvonta-ajalla oleva potilas palaa sairaalaan vähintään puolivuositain, jolloin päätetään tahdosta riippumattoman hoidon jatkamisesta tai sen päättämisestä. Sairaalan tekemän päätöksen tahdosta riippumattoman oikeuspsykiatrisen hoidon lopettamisesta vahvistaa THL. THL antaa ratkaisut sekä sairaalasta valvonta-ajalle päästämistä että sairaalasta lopullisesti poistamisesta. Kun potilaan oikeuspsykiatrinen hoito on päättynyt, hänen hoitonsa jatkuu yleensä tavallisena avohoitona psykiatrian poliklinikalla. Osa potilaista voi jatkaa myös mielenterveyskuntoutujien tuetussa asumisessa.

## Ei-oikeuspsykiatriset potilaat

Merkittävä osa, noin 40 prosenttia, valtion sairaaloiden potilaista ei ole THL:n hoitoon määräämiä oikeuspsykiatrisia potilaita, vaan mielenterveyslain mukaisesti valtion sairaalaan hoitoon otettuja potilaita, joiden hoito on psykiatrisen häiriön vuoksi erityisen vaikeaa tai vaarallista ja joiden hoito ei tästä syystä ole hyvinvointialueen psykiatrisessa sairaalassa onnistunut (kuvio 7.1). Vuosien 2015–2022 ajan näiden potilasryhmien määrät ovat pysyneet samankaltaisena, mutta tilanteeseen vaikuttavat useat tilastoihottomat seikat, kuten valtiosairaaloiden kapasiteetti ottaa potilaita vastaan ja lähete- ja konsultaatiokäytänteiden eroavaisuudet sairaaloittain eri alueilla. Vaikka potilaat eivät ole juridiselta statukseltaan oikeuspsykiatrisia potilaita, heitä hoidetaan psyykkisen sairauden vaikeahoitoisuuden tai korkean väkivalta- tai itsetuhoariskin vuoksi oikeuspsykiatrisessa hoitojärjestelmässä, jossa on enemmän resursseja kuin hyvinvointialueilla vaikeiden ja pitkäaikaista sairaalakuntoutusta vaativien psykiatristen oireiden hoitamiseen. Potilaat ovat usein hoitokielteisiä johtuen sairauden aiheuttamasta sairaudentunnottomuudesta. He ovat voineet jättää huolehtimatta lääkityksestään tai he eivät ole aggressiivisuuden tai pelkojen vuoksi kyenneet hyötymään palveluista. Omaiset eivät aina ole voineet olla mukana hoidon järjestämisessä, koska esimerkiksi väkivaltaisuus on voinut kohdistua juuri heihin. Tällöin potilaiden hoito voi edellyttää erilaisia olosuhteita kuin mitä hyvinvointialueella on ollut tarjota. Potilaat hyötyvät usein tavallista pidemmistä osastokuntoutusjaksoista, jollaisia on mahdollista toteuttaa valtiosairaloissa. Heitä hoidetaan samoilla osastoilla kuin oikeuspsykiatrisia potilaita samoin kliinisin periaattein. Hoitoajat ovat yleensä pitkiä, useiden vuosien mittaisia, kuten varsinaisilla oikeuspsykiatrisilla potilailla.

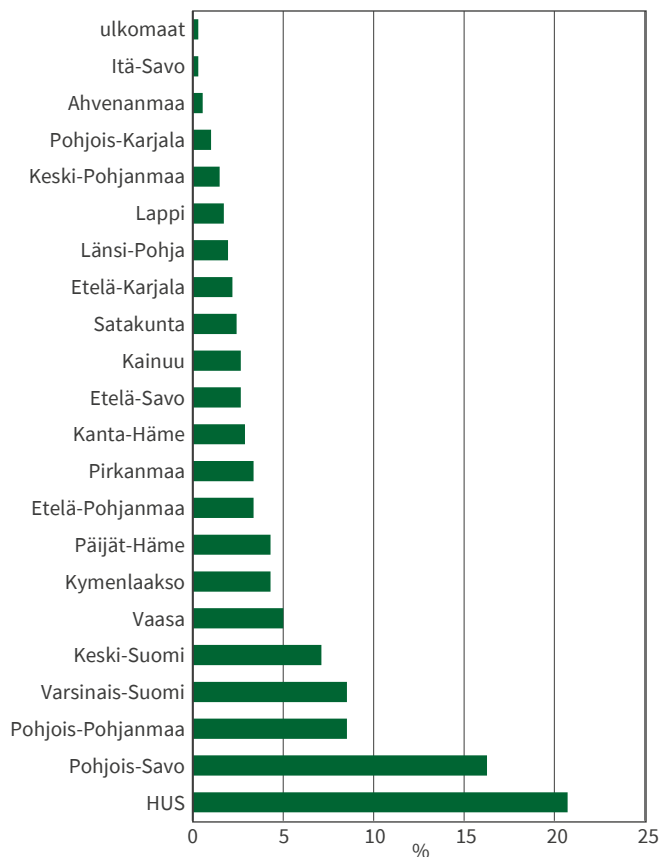


**Kuvio 7.1 Oikeuspsykiatristen ja ei-oikeuspsykiatristen potilaiden yhteenlasketut hoitopäivät Niuvanniemen ja Vanhan Vaasan sairaaloissa. Vuosittainen keskiarvo (%) ajalla 2015–2022.**

Tällä hetkellä valtion sairaalat eivät pysty tarjoamaan riittävästi hoitopaikkoja potilaille, joiden hoito hyvinvointialueen psykiatrisessa sairaalassa on erityisen vaikeaa tai vaarallista. Hoitopaikkojen tarve saattaa tulevaisuudessa vielä lisääntyä. Tähän on syynä hyvinvointialueiden psykiatrisen sairaalatoiminnan siirtyminen keskussairaaloiden yhteyteen, jolloin sairaalapaikkojen määrä yleensä vähenee ja hoitoajat lyhenevät. Lisäksi modernien sairaaloiden ympäristö ei sovellu pitkäaikaiseen potilaiden kuntoutukseen yhtä hyvin kuin vanhojen sairaaloiden maaseutumainen ympäristö.

## Psykiatrisen erikoissairaanhoidon järjestäminen siirtyi hyvinvointialueille

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnollinen järjestelmä uudistettiin vuoden 2023 alussa, kun vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen palvelujen järjestämisestä siirtyi kunnilta ja kuntayhtymiltä 21 hyvinvointialueelle. Kuntien vastuulla säilyy edelleen asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Sosiaali- ja terveydenhuollon alueellista yhteensovittamista, kehittämistä ja yhteistyötä varten muodostettiin viisi yhteistyöaluetta. Jokainen hyvinvointialue kuuluu asetuksella määriteltävään yhteistyöalueeseen, jotka vastaavat alueeltaan entisiä erityisvastuualueita. Jokaisella yhteistyöalueella on yksi yliopistollista sairaalaa ylläpitävä hyvinvointialue. Poikkeuksena ovat Helsingin kaupunki ja Uudenmaan neljä hyvinvointialuetta, jotka kuuluvat erikoissairaanhoidon kun-



**Kuvio 7.2. Niuvanniemen ja Vanhan Vaasan sairaaloissa hoidettavat potilaat sairaanhoitopiireittäin 31.12.2022. Yhteenlaskettu prosenttiosuus kokonaispaikkamäärästä (426).**

tayhtymänä jatkavaan HUSiin. Hyvinvointialueuudistuksen ulkopuolelle jäivät valtionsairaalat. Kunnalliset ja kuntayhtymien psykiatrian toiminnot on integroitu hyvinvointialueisiin, joille vastuu näiden palvelujen järjestämisestä siirtyi. Toiminnallisesti uusi hallintomalli luo mahdollisuuden tiiviimpään integraatioon erikoissairaanhoidon ja perustason sosiaali- ja terveyspalvelujen kesken. Valtionsairaaloiden palveluihin ei ole tehty muutoksia hallintouudistuksen yhteydessä.

Kuviossa 7.2 esitetään sairaanhoitopiirit, joista potilaita oli vuoden 2022 lopussa lähetetty hoitoon valtionsairaaloihin. Kyseessä on sekä THL:n määrittämiä oikeuspsykiatria potilaita, että ei-oikeuspsykiatria potilaita, joiden hoitoa hyvinvointialue (aikaisemmin kotikunta/sairaanhoitopiiri) ei ole kyennyt muutoin järjestämään. Luvut eivät sellaisenaan kerro paikallisen erikoissairaanhoidon tilanteesta, sillä osa Vaasaan (Vanhan Vaasan sairaala) tai Kuopioon (Niuvanniemen sairaala) sijoitetuista potilaista saattaa vaihtaa kotikuntansa kyseiselle alueelle hoidon aikana.

Hyvinvointialueiden on edelleen tärkeää tiivistää yhteistyötä oikeuspsykiatristen potilaiden hoidosta vastaavien sairaaloiden kanssa. Tavoitteena on potilaiden siirtyminen jatkohoitoon ja kuntoutukseen lähelle kotipaikkaa, kun se on terveydentilan, riskitason ja toimintakyvyn perusteella mahdollista. Tämän vuoksi on tärkeä turvata jatkohoitopaikoissa valtion sairaaloista siirtyville potilaille riittävästi hoidollisia ja kuntouttavia palveluja, sairaalahoidon lisäksi esimerkiksi tuetut asumispalvelut, päihdepalvelut ja monialainen avohoidon asiantuntemus.

### *Kirjallisuutta*

Linnaranta, Outi. Selvitys psykiatristen sairaalapaikkojen määrästä. Tutkimuksesta tiiviisti 6/2022, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL

Linnaranta, Outi. Toimenpidesuositus riittävän ja laadukkaan psykiatrisen sairaalahoidon turvaamiseksi. Päätösten tueksi 6/2022, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL

Rautanen, Mika; Brotherus, Leena; Soukkanen, Marianne; Niinistö, Kirsi; Ahlgrén-Rimpiläinen, Aulikki. Oikeuspsykiatrinen potilas on matkalla avohoitoon. Suomen Lääkärilehti 49/2015 vsk 70, s. 3394–3396

## 8 Kehitysvammaisten erityishuolto

**K**ehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain (519/1977) 1 §:n mukaan sanotussa laissa tarkoitettua erityishuoltoa annetaan henkilölle, jonka kehitys tai henkinen toiminta on estynyt tai häiriintynyt synnynnäisen tai kehitysiässä saadun sairauden, vian tai vamman vuoksi ja joka ei muun lain nojalla voi saada tarvitsemia palveluja. Erityishuolto on siis toissijaista palvelua, eräänlainen palvelujärjestelmän perälauta.

Erityishuoltoon pääsy ei edellytä kehitysvammadiagnoosia. Erityishuolto on moniammatillinen yhdistelmä terveydenhuoltoa, sosiaalipalveluja ja erityispedagogiikkaa. Vuoden 2023 alusta erityishuollon antamiseen liittyvästä päätöksenteosta on vastannut hyvinvointialueen moniammatillisen tuen asiantuntijaryhmä. Erityishuoltopalveluja voivat tarjota myös yksityiset palvelujen tuottajat. Erityishuoltoa valvovat aluehallintovirastot ja Valvira. Aiempi erityishuoltopiirijako poistui 31.12.2022, kun hyvinvointialueiden palvelutoiminta alkoi 1.1.2023.

THL:n oikeuspsykiatristen asioiden lautakunta, jonka sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö asettaa, käsittelee ja ratkaisee kehitysvammaisten erityishuoltoon määräämisestä niissä tapauksissa, joissa henkilön on mielentilatutkimuksen päättyessä arvioitu tarvitsevan tahdosta riippumattomasti kehitysvammaisten erityishuoltoa. Lautakunta tekee myös päätökset tällaisen huollon lopettamisesta hoitavan laitoksen esityksen perusteella. Päätöksen enimmäiskestoaika on kuusi kuukautta, ja sitä voidaan jatkaa uudella päätöksellä. Vaikka päätös huollon lopettamisesta tehdään hoitavan laitoksen esityksen perusteella, voi lautakunta päättää toisin.

Rikokseen syyllistyneen tuomitsematta jätetyn tai rikokseen nähden alentuneesti syyntakeiseksi arvioidun ja erityishuoltoon määrätyn kehitysvammaisen erityishuollon kustannuksista on vastannut 1.1.1989 lähtien kotikunta, vaikka palvelujen järjestämistä kuuluu valtiolle. Järjestely on suomalaisessa lainsäädännössä melko poikkeuksellinen, sillä muutoin rikosseuraamusalan kustannusvastuut ovat valtiolla. Muutoksen aiheuttamaa kustannusten siirtymää korvattiinkin kunnille ottamalla se huomioon valtionosuuksien määräytymisessä. Hyvinvointi-



alueiden rahoitus ei tuonut asiaan muutosta vaan kustannusvastuu siirtyi hyvinvointialueille.

THL:n oikeuspsykiatrisen tilaston mukaan THL on määrännyt vuosina 2011–2020 yhteensä 41 henkilöä tahdosta riippumattomaan erityishuoltoon. Samalla ajanjaksolla on erityishuolto päättyneenä 13 henkilöllä. Hoidon ja kuntoutuksen kesto on useita vuosia. Asiakkaista yli 80 prosenttia on miehiä (Männynsalo, 2008). Asiaa vahvistavat myös havainnot käytännön kuntoutustyöstä.

Tahdosta riippumattomassa hoidossa olevien kehitysvammaisten rikollisuudessa nousee esiin erityisesti kolme tyyppiä: väkivaltarikokset, seksuaalirikokset ja tuhopoltot.

Suomessa on kaksi erityishuollon palvelujen yksikköä, joiden erikoisalaan kuuluu tahdosta riippumattoman erityishuollon toteuttaminen rikoksiin syyllistyneille ja tuomitsematta jätetyille kehitysvammaisille – Vaalijala Pieksämäellä (Etelä-Savon hyvinvointialue) ja Tays Pitkäniemi Nokialla (Pirkanmaan hyvinvointialue). Yksittäisiä asiakkaita on myös muilla hyvinvointialueilla.

## Muu kehitysvammaisten rikollisuuden kirjo

Kaikkia rikoksiin syyllistyneitä kehitysvammaisia ei määrätä tahdosta riippumattomaan erityishuoltoon, vaan heidät tuomitaan tavanomaisessa rikosoikeudellisessa menettelyssä, jossa rangaistusta tuomittaessa voidaan kehitysvammaisuus ottaa huomioon rangaistusta lieventävänä seikkana (KKO 2010:18 (ään.); ks. myös KKO 2018:30). Vankiloista todennäköisimmin löytyy autismin kirjon henkilöitä, joilla on lievä kehitysvamma (Kerätär, 2020) ja joilla on mahdollisesti todettu alentunut syyntakaisuus. Heidän määräänsä Suomessa ei ole tilastoitu.

Kolmas joukko ovat kehitysvammaiset, joiden epäillään syyllistyneen toistuvasti rikoksiin, mutta poliisi ei ole käynnistänyt esitutkintaa. Tähän vaikuttaa poliisin oma arvio henkilön syyntakeisuudesta ja rikosoikeudellisen menettelyn tarpeellisuudesta. Joukossa on muun muassa kehitysvammaisia, jotka ovat pahoinpidelleet henkilökuntaa tai muita asiakkaita. Todennäköisesti nämä henkilöt ovat tai tulevat olemaan erityishuollon asiakkaita.

## Rikokseen syyllistyneiden kehitysvammaisten kuntoutus

Kuntoutuksen lähtötilanteessa alun tasaantumisvaiheen jälkeen on asiakkaan kanssa selvítettävä hänen käsityksensä tilanteestaan, kuten onko hän mieltänyt kehitysvammaisuutensa ja kuntouksen tarpeensa. Usein rikoksen käsittely vie aikaa, ja siihen on palattava toistuvasti, koska torjunta tai vähättely hidastavat asian käsittelyä. Se on kuitenkin edellytys kuntoutuksen edistymiselle. Henkilö ei ole

välttämättä hyväksynyt kehitysvammaisuuttaan tai kuntoutuksen ja siihen liittyvän tuen tarvettaan. Mikäli rikollinen ja epäsosiaalinen elämäntapa on jatkunut pitkään, voi identiteetti olla rakentunut sen varaan, ja tilanteeseen voi liittyä myös rikollisuuden ihannointia. Rikollisissa piireissä kehitysvammaiset henkilöt voivat joutua hyväksikäytetyiksi. Seksuaalirikoksiin syyllistyneillä voi tekoihin liittyä torjuttua häpeää tai vähättelyä.

Keskeistä on itsetunnon rakentaminen ja vuorovaikutustaitojen parantaminen. Impulssikontrolli saattaa lähtötilanteessa olla heikko, jolloin itseilmaisu on aggressiivista. Rikoksiin ovat voineet johtaa samanlaiset tekijät kuin muilla rikoksiin syyllistyneillä eli erilaiset addiktiot ja traumatausta. Päihteiden käyttö saadaan kuntouksessa katkaistua, mutta esimerkiksi peliriippuvuus voi aiheuttaa edelleen ahdistusta. Lapsuuden traumaattiset tapahtumat ovat usein jääneet käsittelemättä, ja kuntouksessa niitä pyritään purkamaan.

Kehitysvammaisen psykososiaalista toimintakykyä arvioitaessa käytetään paitsi kognitiivisia mittareita ja toimintakyvyn arviointia myös emotionaalisen kehitysiän arviointia (esimerkiksi SEO-R2-työkalu), joista jälkimmäinen auttaa ymmärtämään moraalien kehitystasetta. Lieväasteisesti kehitysvammaisilla voidaan tarvittaessa tehdä myös persoonallisuushäiriödiagnostiikkaa muun psykiatrisen diagnostiikan lisäksi. Monet psykiatriset häiriöt ovat kehitysvammaisilla muuta väestöä yleisempiä. Kuntoutuksen etenemiselle on tyyppillistä aaltomaisuus; hyviä jaksoja voi seurata taantumista, jonka jälkeen edetään jälleen. Kuntoutuksen vaikuttavuutta voidaan seurata esimerkiksi interRAI-ID- tai interRAI-ChYMH-DD-välineillä.

Kuntoutus on luonteeltaan kokonaisvaltaista moniammatillista toimintaa, joka on erityishuollon osaamista. Työssä on mukana psykologinen, lääketieteellinen, terapeutin ja sosiaalityön näkökulma. Merkittävä osansa on myös toiminnallisella kuntoutuksella. Kuntoutuksen edistymistä seuraa säännöllisesti moniammatillinen tiimi. Strukturoituja riskienarviointimenetelmiä käytetään, kun lisätään toimintoja kuntoutusyksikön ulkopuolella. Kuntoutuksen aikana on pidettävä huolta, että asiakkaan päivittäistaidot (Activities of Daily Living, ks. mm. <https://www.kaypahoito.fi/nix00522>) eivät taannu, ja jos niissä on puutteita, pyritään niitä vahvistamaan. Laitostuminen on riskitekijä. Olennainen myönteinen tekijä kuntouksessa on asiakkaan läheisten myönteinen osallistuminen prosessiin.

Kuntouksen aikana sovelletaan lain erityishuollosta 42 §:ää, jossa määritellään itsemääräämisoikeuden vahvistaminen ja rajoitustoimenpiteiden käyttö erityishuollossa. Käytetyimpiä itsemääräämisoikeuden rajoituksia ovat valvottu liikkuminen (42 m §) ja poistumisen estäminen (42 n §).

Tahdosta riippumattoman hoidon jälkeisen elämän suunnittelu on aloitettava hyvissä ajoin, koska sopivan asumisratkaisun ja tarvittavien tukitoimien rakentaminen vie aikaa. Joissakin tilanteissa elämä pitää aloittaa uudella paikkakunnalla, mikäli aikaisemmalle kotiseudulle palaaminen on turvallisuusriski.

Uuden vammaispalvelulain piti astua voimaan 1.10.2023, mutta syyskuussa 2023 eduskunta siirsi voimaanastumista siten, että se tapahtuisi 1.1.2025. Tarkoituksena on varmistaa, että vammaispalvelulain soveltamisala turvaa vammaisten henkilöiden oikeuden saada tarvitsemansa palvelut ja että hyvinvointialueiden rahoituksesta annetun lain (617/2021) 9 §:n mukainen rahoitusperiaate toteutuu. Hallitus käynnistää kiireellisesti lainvalmistelun, jonka tarkoituksena on turvata vammaisten henkilöiden oikeuksien toteutuminen ja palveluiden saatavuus. Lain lykkäämisen tärkeimpänä syynä oli sen taloudellisten vaikutusten lisäarviointi, joka jäi lain eduskuntakäsittelyssä tekemättä, kun siihen valiokuntakäsittelyissä tehtiin muutoksia. Jos laki olisi tullut voimaan 1.10.2023, sen vaikutukset rikoksiin syyllistyneiden, tuomitsematta jätettyjen kehitysvammaisten kuntoutukseen hyvinvointialueilla olisi todennäköisesti jääneet aluksi vähäisiksi.

Mahdollisesti 2020-luvulla tullaan laki kehitysvammaisten erityishuollosta kumoamaan kokonaan. Sitä vastaava lainsäädäntö kirjattaneen tulevaan asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisen tiekartta-hankkeesta (STM 2021) nousevaan lainsäädäntöön. Lainsäädännön valmistelu vaatii huolellisuutta, koska siinä käsitellään kansalaisten perusoikeuksia.

## Kirjallisuutta

Hallituksen esitys HE 9/2023 vp 8 ([https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Sivut/HE\\_9+2023.aspx](https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Sivut/HE_9+2023.aspx))

Kerätär, Raija (2020): Tukiviesti-lehti 2/2020. KKO 2010:18: <https://finlex.fi/fi/oikeus/kko/kko/2010/20100018>.

Laki Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksesta 31.10.2008/668 3 a § (lautakunta).

Männynsalo, Laura (2008): Oikeuspsykiatrinen näkökulma kehitysvammaisten rikollisyyteen: Kansallinen rekisteritutkimus, Pro gradu -tutkielma Tampereen yliopisto, <https://trepo.tuni.fi/handle/10024/79847?s-how=full>

STM (2021): Asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeutta vahvistetaan kehittämällä pitkäjänteisesti lainsäädäntöä ja toimintatapoja. Sosiaali- ja terveysministeriö, Tiedote 151/2021, 1.6.2021

Vammaispalvelun käsikirja > Oikeuskäytäntö > Erityishuolto: <https://thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/oikeuskaytanto/erityishuolto>





# Oikeuspsykiatria ohjaava lainsäädäntö

Osa

II

## 9 Oikeuspsykiatria oikeudellisesta ja oikeustieteellisestä näkökulmasta

Oikeudellisesti tai oikeustieteellisesti oikeuspsykiatria ei ole perinteisesti luettu itsenäiseksi oikeudenalaksi. Oikeuspsykiatrian alaan kuuluvat kysymykset ovat olleet merkityksellisiä ennen muuta rikosoikeuden kannalta, koska kysymykset syntyvät rikosten syyntakeisuudesta ja rikosentekijän vaarallisuudesta ovat keskeisiä joko rikosoikeudelliseen vastuuseen tai rikoksen johdosta tuomittavaan seuraamukseen liittyviä kysymyksiä, minkä lisäksi oikeuspsykiatriaan liittyvät kysymykset voivat ajankohtaistua rangaistuksen täytäntöönpanon yhteydessä. Menettelyllisesti oikeuspsykiatrisista yksilön mielentilan tai vaarallisuuden selvittämistä koskevista prosesseista päätetään tuomioistuimissa prosessioikeuden sääntöjen mukaisesti. Oikeustieteellisestä näkökulmasta arvioituna oikeuspsykiatrian keskeisenä kohteena olevaa syyntakeisuutta ja rikosentekijän vaarallisuutta on perinteisesti arvioitu lääketieteellisen ja psykologisen tutkimuksen alaan kuuluvana kysymyksenä, jolla on ollut rikos- ja rikosprosessioikeudellista merkitystä (ks. myös Pohjola 2017, s. 31). Nykyisin on kuitenkin enenevässä määrin tarvetta arvioida oikeuspsykiatrisia kysymyksiä laajemmin lääketieteellistä, psykologista ja oikeudellista arviointia yhdistäen.

Oikeusteoreettisesti oikeuspsykiatrian kannalta merkitykselliset kysymykset vaikuttavat ennen muuta siihen, miten yksilöön suhtaudutaan oikeudellisesta näkökulmasta. Jos yksilö katsotaan syyntakeettomaksi, häneen ei voida kohdistaa rikosoikeudellista vastuuta. Jos yksilön todetaan olevan erittäin vaarallinen toisen hengelle, terveydelle tai vapaudelle, häneen voidaan kohdistaa tietynlaisia rikosoikeudellisia seuraamuksia tai ehdonalainen vapauttaminen ehdottomasta vankeudesta voi tapahtua myöhemmin kuin tavallisesti. Edellä mainituissa on kysymys oikeuspsykiatristen arviointien rikosoikeudellisesta vaikutuksesta. Yksityisoikeudellisesti yksilön mielentilalla voi olla vaikutusta siihen, pidetäänkö häntä oikeustoimikelpoisena. Henkilö ei välttämättä ole esimerkiksi kykenevä laatimaan testamenttia tai hänen sitoutumistaan oikeustoimeen ei välttämättä pidetä pätevänä,

jos hänen oikeustoimikelpoisuutensa on alentunut mielentilaan liittyvän syyn tai neuropsykiatrisen häiriön vuoksi. Yhteistä oikeuspsykiatriselle arviolle niin rikos-oikeudellisissa kuin yksityisoikeudellisissa asioissa on se, että oikeuspsykiatriset seikat vaikuttavat yksilöä koskevaan oikeudelliseen arviointiin. Tarkemmin kysymys on siitä, voidaanko ja missä määrin tällaisten yksilöiden katsoa olevan vastuussa ja vastuullisia toiminnastaan (ks. myös Moore 1984, s. 217).

Lääkintä- ja bio-oikeutta voidaan pitää oikeustieteessä vakiintuneena oikeudenalana, mutta sen puitteissa ei ole perinteisesti käsitelty oikeuspsykiatrian alaan kuuluvia kysymyksiä. Lääkintäoikeuden alaan on vakiintuneesti katsottu kuuluvan terveydenhuoltohenkilöstöä, lääketiedettä ja terveydenhuoltoa koskevat oikeudelliset kysymykset, erityisesti potilaan ja lääkärin välistä suhdetta koskevat kysymykset (Lahti 1997, s. 753). Bio-oikeuteen sen sijaan kuuluvat ennen muuta biotieteiden ja bioetiikan sovellukset lääketieteen ja terveydenhuollon alalla (Lahti 1997, s. 754). Lisäksi voidaan puhua myös terveysoikeudesta, joka niin ikään kattaa potilaan ja lääkärin välistä suhdetta koskevia oikeudellisia kysymyksiä mutta myös kysymyksiä, jotka koskevat laajemmin terveydenhuoltoa ja perustuslaissa turvattua oikeutta terveyteen (Nieminen 2015, s. 12). Lääkintä- ja bio-oikeus alkoi kehittyä Suomessa itsenäiseksi oikeudenalaksi 1980-luvulla, jolloin sitä ei enää nähty oikeuslääketieteen aputieteenä. Tämä oli omiaan edistämään oikeustieteellisen ja lääketieteellisen asiantuntemuksen vuorovaikutusta (Lahti 2003, s. 1008).

Oikeuspsykiatria voidaan lukea lääkintä- ja bio-oikeuden osa-alueeksi, jolla yksilön oikeusturvan merkitys on korostunut ja jolla oikeudellisen ja lääketieteellisen asiantuntemuksen vuorovaikutus on niin ikään korostunut. Oikeuspsykiatrinen arviointi voi mahdollistaa merkittävästi yksilön oikeuksiin puuttuvia toimenpiteitä, minkä vuoksi oikeudellisen ja lääketieteellisen asiantuntemuksen vuorovaikutuksen edelleen kehittäminen on ensiarvoisen tärkeää. Oikeustieteessä hahmotellun oikeudenalajaottelun näkökulmasta oikeuspsykiatriaan liittyvät kysymykset ulottuvat ainakin rikosoikeuden, prosessioikeuden, valtiosääntöoikeuden ja hallinto-oikeuden alueille. Edellä todetun mukaisesti syyntakeisuutta ja rikoksenteikijän vaarallisuutta arvioidaan sisällöllisesti osana rikosoikeutta. Kysymys on esimerkiksi henkilön mielentilan merkityksestä rikosvastuun edellytysten arvioinnin suhteen. Mielentilalausunnon pyytämässä ja vaarallisuusarvion hankkimisessa tuomioistuimet taas soveltavat yleisiä tuomioistumia koskevia prosessioikeudellisia normeja. Tahdosta riippumaton hoito sen sijaan merkitsee valtiosääntöoikeudellisesti arvioituna yksilön vapauten kohdistuvaa toimenpidettä. Vapautensa menettäneen oikeudet on turvattava lailla, minkä lisäksi esimerkiksi tahdosta riippumattomaan hoitoon määrätyn henkilön perusoikeuksia voidaan joutua myös muuten rajoittamaan. Valtiosääntöoikeudellisesti edellytetään, että nämä rajoitukset perustuvat aina lakiin ja että rajoitukset ovat yksittäistapauksessa perusteltuja ja oikeasuhtaisia. Sosiaali- ja



terveydenhuollon alalla toteutettuun toimintaan sovelletaan usein hallintolakia (434/2003), minkä vuoksi hallinto-oikeus ja hallintomenettely muodostuvat psykiatrian kannalta merkityksellisiksi. Esimerkiksi sairaalassa tehdyt päätökset ovat usein hallintopäätöksiä, joiden muutoksenhaku on ohjattu hallintotuomioistuihin.

### *Kirjallisuutta*

- Lahti R. Lääkintäoikeus – kehittyvä uusi oikeudenala. *Lakimies* 6/1997, s. 753–759.
- Lahti R. Lääkintäoikeuden kehitys Suomessa. *Lakimies* 6/2003, s. 1008–1015.
- Moore M. *Law & Psychiatry: rethinking the relationship*. Cambridge University Press, Cambridge 1984.
- Nieminen L. Terveys ihmisoikeuskysymyksenä. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisu, E-sarja N:o 28, Vantaa 2015.
- Pohjola A. Vaarallinen rikoksenteijä? Tutkimus rikoksenteijän vaarallisuuden arvioinnista rikosoikeudellisessa seuraamusjärjestelmässä. Suomalainen lakimiesyhdistys, Helsinki 2017.

## 10 Rikoslaki

**S**euuraavassa tarkastellaan rikoslakiin sisältyvää rikosoikeudellisen vastuun kannalta merkityksellistä sääntelyä. Tarkastelun kohteena ovat erityisesti oikeuspsykiatrian kannalta merkitykselliset rikosoikeudellisen vastuun edellytykset.

### Rikosvastuun osatekijät

Yksilöön kohdistettava rikosoikeudellinen vastuu edellyttää tietyssä rikoslain (RL, 39/1889) erityisen osan rikostunnusmerkistöissä säädettyjen edellytysten täyttymisen lisäksi rikosvastuun yleisten edellytysten täyttymistä. Rikosvastuu edellyttää näin aina sekä rikosvastuun yleisten että erityisten edellytysten täyttymistä. Rikosvastuun erityiset edellytykset ilmaistaan tietyn toiminnan rangaistavaksi säätämistä koskevilla kriminalisointisäännöksissä, erityisissä vääryystunnusmerkistöissä. Keskeisimmät erityiset vääryystunnusmerkistöt löytyvät rikoslain 11–51 luvun kriminalisointisäännöksistä. Nämä rikoslain erityisen osan vääryystunnusmerkistöt ovat kuitenkin itsessään sisällöllisesti tyhjiä, koska niiden soveltaminen edellyttää aina näiden rikostunnusmerkistöjen kannalta merkityksellisten rikosvastuun yleisten edellytysten täyttymistä.

Rikosvastuun keskeisimmät yleiset edellytykset taas on kuvattu rikoslain 3–5 luvussa. Rikosvastuun yleiset edellytykset koskevat joko rikosvastuun perustavia seikkoja, kuten tahallisuutta (RL 3:6) tai tuottamusta (RL 3:7) tai rikosvastuun poistavia seikkoja, kuten hätävarjelua (RL 4:4) tai pakkotilaa (RL 4:5). Edellä mainittu merkitsee käytännössä sitä, että syyksilukevan tuomion antaminen esimerkiksi RL 21:1:ssä tarkoitetusta taposta edellyttää aina sekä tappoa koskevassa säännöksessä mainittujen edellytysten täyttymistä että tappoa koskevan säännöksen kannalta merkityksellisten rikosvastuun yleisiä edellytyksiä koskevien säännösten, kuten tahallisuutta koskevan RL 3:6:n, edellytysten täyttymistä.

## Syylisyyssperiaate

Rangaistavan käyttäytymisen edellytyksenä on, että teko osoittaa tekijässä sellaista syyksiluettavuutta, johon on perusteltua ja hyväksyttävää kohdentaa rikosvastuu. On voitava osoittaa tekijän suhtautuneen tekoon tavalla, joka oikeuttaa rikosoikeudellisen moitearvostelun. Tapahtuneen fyysisen teon, joka täyttää rangaistavaksi säädetyn teon tunnusmerkistön, lisäksi rikosvastuu edellyttää tekijältä tiettyä tahdollista ja/tai tiedollista suhtautumista tehtyyn tekoon. Tähän liittyy toinen rikosoikeuden keskeinen periaate, syylisyyssperiaate (*nulla poena sine culpa*, ei rangaistusta ilman syyllisyyttä).

Rikosoikeudellisen syylisyyssperiaatteen tausta liittyy ennen muuta ajatukseen yksilöstä autonomisena ja itsenäisenä toimijana, jolla on tietty vapauspiiri, jota valtion on myös rikosoikeudellista järjestelmää suunniteltaessa kunnioitettava. Rikosoikeudellisen järjestelmän on kohdeltava yksilöitä autonomisina toimijoina, joilla on kyky punnita erilaisia toiminta- ja käyttäytymisvaihtoehtoja ja tehdä rationaalisia valintoja näiden vaihtoehtojen välillä. Jos rikosoikeudellinen vastuu voitaisiin kohdentaa henkilöön, jolla ei ole kykyä tai tilaisuutta tällaiseen rationaaliseen harkintaan ja siihen pohjautuviin toimintamahdollisuuksiin, yksilön toimintavapautta ei kunnioitettaisi. Yksilöä ei tällöin pidettäisi vastuullisena toimijana tavalla, jota yksilöön kohdennettava rikosoikeudellinen vastuu edellyttää. Syylisyyssperiaate liittyykin näin pitkälti ajatukseen yksilöstä vastuullisena toimijana. Vastuullisuuteen kuuluu se, että yksilö on kykenevä tunnistamaan ne tekijät ja reagoimaan niihin tekijöihin, joilla on merkitystä siinä valintatilanteessa, jonka hän kulloinkin kohtaa.

Rikosoikeudellisen syylisyyssperiaatteen keskeisin ilmentymä liittyy näin yksilön toisintoimimismahdollisuuden kunnioittamiseen rikosoikeudellisen vastuun edellytyksenä. Jos yksilöllä ei ole kykyä ja tilaisuutta toimia toisin, rikosoikeudellisen vastuun kohdentaminen tällaiseen yksilöön ei ole oikeudenmukaista. Rikosoikeudellinen vastuu näin edellyttää yksilön kykyä toimia toisin, jolloin taas kunnioitetaan yksilön valinnanvapautta. Syyksiluettavuuden näkökulmasta tämä tarkoittaa, että rikosoikeudellisen järjestelmän käyttö voidaan keskittää vain tekoihin, joiden suhteen yksilöllä olisi ollut kyky ja mahdollisuus toimia toisin. Jos hän on valinnut toimintavaihtoehtoista rikostunnusmerkistön täyttävän vaihtoehdon, häneen voidaan kohdistaa rikosoikeudellinen moitearvostelu.

## Syyntakeisuutta koskevan sääntelyn tarkoitus

RL 3:4.1:n mukaan rangaistusvastuun edellytyksenä on, että tekijä on teon hetkellä täyttänyt 15 vuotta ja on syyntakeinen. Vaikka rikosoikeudellisesta vastuukärajasta ja syyntakeisuudesta säädetään samassa momentissa, säännös ei merkitse, että rikosoikeudellisen vastuukärajan saavuttamatonta henkilöä pidettäisiin syyntakeettomana. Rikosoikeudellinen vastuukäraja on itsenäinen rikosvastuun edellytys syyntakeisuuden ohella.

Syyntakeisuutta koskevalla sääntelyllä on sinänsä pitkä historia. Esimerkiksi antiikin Roomassa mieleltään järkkyneiden ei katsottu voivan syyllistyä rikokseen, mutta heihin voitiin kohdistaa erityistoimenpiteitä yleisen turvallisuuden ylläpitämiseen liittyvistä syistä. Suomen rikoslakiin sisällytettiin syyntakeettomuutta ja alentunutta syyntakeisuutta koskevaa sääntelyä vuonna 1889.

Syyntakeisuutta koskevan sääntelyn tarve liittyy sinänsä samankaltaisiin perusteisiin kuin rikosoikeudellista vastuukärajaa koskevan sääntelyn tarve. Rikosoikeudellisen syyllisyysperiaatteen asettamat vaatimukset eivät salli sellaisten henkilöiden rankaisemista, joilla ei ole ollut kykyä ja tilaisuutta toimia lain edellyttämällä tavalla. Jos henkilön psyykinen terveys on järkkynyt, hänellä ei välttämättä ole ollut tilaisuutta ja kykyä toimia lain edellyttämällä tavalla. Syyntakeettomien vastuuvapaus liittyykin ensisijaisesti oikeudenmukaisuussyihin. Psyykkisestä poikkeavuustilasta kärsivän rankaiseminen olisi epäoikeudenmukaista ja myös moraalisesti huomattavan ongelmallista. Myös rikosoikeudellisesta näkökulmasta olisi vaikea ajatella, että psyykkisestä poikkeavuustilasta kärsivää henkilöä voitaisiin pitää rikosoikeudellisesti vastuunalaisena teoistaan, koska rikosoikeudellisen järjestelmän toiminta pohjautuu edellä esitetyn mukaisesti ajatukseen autonomisesta ja vastuullisesta toimijasta, joka itsekontrolloidulla toiminnallaan saa aikaan jotakin tahdonalaista.

Toiseksi syyntakeettomien vastuuvapautta voidaan perustella tarkoituksenmukaisuussyllä. Rikosoikeudellisella järjestelmällä ei ole sellaisia hoidollisia tavoitteita tai sellaista hoidollista kykyä, jolla voitaisiin puuttua mielenterveysongelmiin tai psyykkisesti poikkeavien yksilöiden erityistarpeisiin. Rikosoikeudellisen seuraamuksen eli rangaistuksen tavoitteena on toimia rikoksia ennaltaehkäisevästi ja pyrkimyksenä on niin sanotun välillisen yleisprevention eli yksilöä laajemman moraalialue vahvistavan ja luovan vaikutuksen kautta pyrkiä vaikuttamaan ihmisen toimintaan tavalla, joka ennaltaehkäisisi rikoksia. Myöskään tiettyssä yksittäisessä asiassa henkilölle tuomitulla rangaistuksella ei pyritä hoidollisiin tavoitteisiin vaan tuomittu rangaistus on ennen muuta sovitus tehdystä rikoksesta. On myös ajateltavissa, että jos syyntakeettomia rangaistaisiin, rankaisemiseen ei liittyisi rikosoikeudelliseen järjestelmään tyyppillisesti liitettäviä ennaltaehkäiseviä eli preventiivisiä vaikutuksia.

## Syyntakeisuuden asteikollisuus

Syyntakeisuus on monen muun rikosoikeudellisen vastuun edellytyksenä olevan seikan tavoin asteikollista. Rikosoikeudellinen vastuu edellyttää syyntakeisuutta, mutta syyntakeettomaan ei voida rikosoikeudellista vastuuta kohdentaa. Näiden kategorioiden väliin jää alentunut syyntakeisuus, jonka käsillä ollessa rangaistusta voidaan lieventää ja pääsääntöisesti myös lievennetään. Syyntakeisuuden kategorioiden asteikollisuutta osoittaa myös, että syyntakeettomuutta ja alentunutta syyntakeisuutta arvioidaan lähtökohtaisesti samojen arviointikriteerien perusteella.

Oikeudellisesti ajatellaan, että psyykkisestä poikkeavuustilasta kärsivä henkilö voi olla enemmän tai vähemmän perillä tekonsa tosiasiallisesta luonteesta tai hänen toimintaansa koskeva kontrollikyky on heikentynyt suuremmissa tai vähäisemmässä määrin ja että tämän tulee myös näkyä asiaa koskevassa oikeudellisessa arvioinnissa. Onkin katsottu, että alentuneen syyntakeisuuden kategoria on syyllisyysperiaatteelle rakentuvassa rikosoikeudessa itsestäänselvyys.

### *Syyntakeettomuus*

Voimassa oleva syyntakeisuutta koskeva sääntely on tullut voimaan vuoden 2004 alusta (L 515/2003). Syyntakeettomuuden edellytyksistä säädetään RL 3:4.2:ssa. Momentin mukaan tekijä on syyntakeeton, jos hän ei tekohetkellä kykene mielisairauden, syvän vajaamielisyyden taikka vakavan mielenterveyden tai tajunnan häiriön vuoksi ymmärtämään tekonsa tosiasiallista luonnetta tai oikeudenvastaisuutta taikka hänen kykynsä säädellä käyttäytymistään on sellaisesta syyistä ratkaisevasti heikentynyt. Säännös edellyttää sekä psyykkisen poikkeavuustilan käsilläoloa (psykiatrinen kriteeri) että sen vaikutusta tekijän kykyyn ymmärtää tekonsa tai kontrolloida käyttäytymistään (psykologis-normatiivinen kriteeri). Poikkeavuustilan ja ymmärrys- tai kontrollikyvyn välillä on näin oltava syy-yhteys.

Säännöksessä tarkoitettulla mielisairaudella tarkoitetaan mielenterveyslakia (1116/1990) vastaavasti tyypillisesti psykoottisluonteisia tiloja. Syvällä vajaamielisyydellä taas tarkoitetaan ennen muuta älyllisistä syistä ymmärrystä vailla olevia. Vakavalla mielenterveyden häiriöllä viitataan RL 3:4:ää koskevassa hallituksen esityksessä lähinnä vaikeisiin rajatiloihin ja sekavuustiloihin, kun tajunnan häiriöllä viitataan erilaisiin myrkytystiloihin, ikäheikkouteen, dementian mukanaan tuomiin ymmärryskyvyn alenemistiloihin sekä orgaanisiin aivovammoihin (HE 44/2002 vp, s. 63/I).

Rikoslaisissa käytetyt edellä mainitut psykiatriset kriteerit on tarkoitettu yleiskielisiksi, eivätkä ne sisällä viittausta tiettyyn psykiatriseen diagnoosiin. Psykiatrisilla tautiluokituksilla ei ole nähty syyntakeisuutta koskevaa nykyistä säännöstä säädetäessä olevan oikeudellista merkitystä. Tavoitteena on ollut välttää psykiatristen koulukuntaerojen vaikutusta tuomioistuintyöskentelyyn (HE 44/2002 vp, s. 62–63). Olennaisempana on pidetty poikkeavuustilan vaikutusta tekijän havainnointi-, ymmärrys- ja arviointikykyyn.

Edellä mainitun psyykkisen poikkeavuustilan on vaikutettava joko tekijän ymmärryskykyyn tai kontrollikykyyn. Ymmärryskyvyn osalta edellytetään, että tekijä on psyykkisen poikkeavuustilan vuoksi kykenemätön ymmärtämään tekonsa tosiasiallista luonnetta tai oikeudenvastaisuutta. Ei ole aivan selvää, mitä säännöksessä tarkoitettulla teon tosiasiallisella luonteella tai oikeudenvastaisuudella tarkoitetaan. Teon tosiasiallinen luonne vaikuttaa viittaavan ennen muuta siihen, että tekijä ei psyykkisen poikkeavuustilan vuoksi ymmärrä, mitä on tosiasiasa tekemässä. Tekijä esimerkiksi kuvittelee hyökkäävänsä henkiolentoa vastaan, vaikka tosiasiasa hyökkäyksen kohteena on toinen ihmisyksilö. Oikeudenvastaisuutta koskevalla ymmärryskyvyllä taas viitataan ennen muuta siihen, että tekijä sinänsä ymmärtää, mitä on tekemässä (esimerkiksi lyövänsä veitsellä toista henkilöä), mutta hän ei ymmärrä tekevänsä väärin (hän esimerkiksi kuvittelee saaneensa käskyn hyökätä henkimaailman oliolta) (HE 44/2002 vp, s. 63/II ja Melander 2016, s. 212).

Toiseksi syyntakeettomuus voi johtua tekijän psyykkisen poikkeavuustilan aiheuttamasta tekoa koskevan kontrollikyvyn ratkaisevasta heikentymisestä. Tällöin tekijä on sinänsä ymmärtänyt mitä tekee ja myös mieltänyt tekonsa kiellettyisyyden, mutta hänen kykynsä itsekontrolliin on psyykkisen poikkeavuustilan vuoksi ratkaisevasti heikentynyt. On huomattava, että oikeudellisesti kontrollikyvyn ratkaisevan heikentymisen arviointi ei ole erityisen yksinkertaista, koska säännös sisältää arvostuksenvaraisen kriteerin, jonka mukaan kontrollikyvyn on oltava *ratkaisevasti* heikentynyt (HE 44/2002 vp, s. 63/II ja Melander 2016, s. 212). Ei siis ole aivan selvää, milloin kontrollikyvyn heikentyminen on nimenomaan RL 3:4.2:ssa tarkoitettulla tavalla ratkaisevaa.

Jos tuomioistuin katsoo RL 3:4.2:ssa tarkoitettujen syyntakeettomuuden edellytysten täyttyvän, tekijään ei voida kohdentaa rikosoikeudellista vastuuta. Tuomioistuinkäytännössä syyntakeettomaksi katsottu jätetään rangaistukseen tuomitsematta. Ilmaisu tuomitsematta jättäminen käytetään myös RL 3:4.5:ssa, jossa säädetään tuomioistuimen velvollisuudesta saattaa syyntakeettomaksi katsotun hoidon tarvetta koskeva asia selvitettäväksi. Oikeustila on kuitenkin rikosoikeudessa omaksutun systematiikan kannalta ongelmallinen, koska syyntakeisuus on nimenomaan rangaistusvastuun edellytys eikä syyntakeettomuus ole rikoslain 6 luvun 12 §:ssä tarkoitettu tuomitsematta jättämisen peruste. Oikeampaa olisi katsoa, että syyntakeettomuuden edellytysten ollessa käsillä henkilöön ei voida kohdistaa rikosvastuuta (ks. myös Matikkala 2021, s. 182).

### *Alentunut syyntakeisuus*

Alentuneesta syyntakeisuudesta säädetään RL 3:4.3:ssa. Jollei tekijä ole 2 momentin mukaan syyntakeeton, mutta hänen kykynsä ymmärtää tekonsa tosiasiallinen luonne tai oikeudenvastaisuus taikka säädellä käyttäytymistään on mielisairauden, vajaamielisyyden taikka mielenterveyden tai tajunnan häiriön vuoksi teko hetkellä merkittävästi alentunut, häntä pidetään alentuneesti syyntakeisena.

Alentunutta syyntakeisuutta arvioidaan pääosin samojen edellytysten mukaan kuin syyntakeisuutta. Kysymys on myös alentuneen syyntakeisuuden suhteen tekijän teon luonnetta tai oikeudenvastaisuutta koskevan ymmärryskyvyn taikka tekoa koskevan kontrollikyvyn heikentymisen arvioinnista. Koska alentunut syyntakeisuus on syyntakeettomuuden ja syyntakeisuuden väliin sijoittuva kategoria, arviointikriteerit ovat eräiltä osin kuitenkin syyntakeettomuutta lievemmiä. Myös alentunut syyntakeisuus edellyttää syyntakeisuutta koskevassa RL 3:4.2:ssa tarkoitetun psyykkisen poikkeavuustilan käsilläoloa. Psyykkisiä poikkeavuustiloja kuitenkin arvioidaan eräiltä osin syyntakeettomuutta lievemmin kriteerein. Kun syyntakeettomuus edellyttää syvää vajaamielisyyttä, alentunut syyntakeisuus edellyttää vajaamielisyyttä. Kun taas syyntakeettomuus edellyttää vakavaa mielenterveyden tai tajunnan häiriötä, alentuneen syyntakeisuuden edellytyksenä on mielenterveyden tai tajunnan häiriö. Sekä syyntakeettomuutta koskevassa RL 3:4.2:ssa että alentunutta syyntakeisuutta koskevassa RL 3:4.3:ssa sen sijaan puhutaan mielisairaudesta syyntakeettomuuden ja alentuneen syyntakeisuuden edellytyksenä.

Ymmärrys- tai kontrollikyvyn arviointi on alentunutta syyntakeisuutta koskien niin ikään syyntakeettomuutta lievempää. Tekijän katsominen alentuneesti syyntakeiseksi edellyttää, että hänen kykynsä ymmärtää tekonsa tosiasiallinen luonne tai oikeudenvastaisuus on merkittävästi alentunut tai että hänen kykynsä säädellä käyttäytymistään on merkittävästi alentunut. Ei ole aivan selvää, mitä ilmaisulla ”merkittävästi alentunut” tarkoitetaan, mutta syyntakeisuuden kategorioiden asteikkollisuuden vuoksi on sinänsä selvää, että sillä tarkoitetaan vähäisempää heikentymistä kuin ilmaisulla ”ratkaisevasti heikentynyt”. Tekijällä on näin ollut jonkinlainen kyky toisintoimimiseen, mutta alentuneen syyntakeisuuden vuoksi häneen ei voida kohdistaa samanlaista moitearvostelua kuin teon syyntakeisena tehneeseen (Tapani – Tolvanen – Hyttinen 2019, s. 456).

Mielentilatutkimuksessa alentuneesti syyntakeisiksi katsottujen määrä on supistunut 1980-luvun alun noin 150 vuosittaisesta tapauksesta alle kymmeneen (Ahlgrén-Rimpiläinen ym. 2021, s. 32). On arvioitu, että muutos johtuu yhtäältä mielentilan tutkimuskäytäntöön liittyneistä oikeuspsykiatrisista linjamuutoksista kuin kriminaalipoliittisista syistä (Ahlgrén-Rimpiläinen ym., s. 223–224). Voidaan myös arvioida, että tietyt korkeimman oikeuden (etenkin KKO 2000:3 (ään.) ja KKO 2004:119) ratkaisut ovat vaikuttaneet alentuneesti syyntakeisten kategorian käyttöalan kaventumiseen. Ratkaisut koskivat kuitenkin varsin törkeitä henkirikoksia eivätkä ne myöskään ole tyypillisiä tällaisia rikoksia koskevia tapauksia. Ratkaisussa KKO 2000:3 oli kysymys poikkeuksellisesta henkirikoksesta, jossa tekijä oli surmannut lukuisilla veitseniskuilla puolisonsa ja kolme pientä lastaan. Ratkaisussa KKO 2004:119 taas oli kysymys järjestäytyneen rikollisryhmän johtajan toteuttamasta murhasta (Ahlgrén-Rimpiläinen ym. 2021, s. 232 ja Melander 2021). Lisäksi on arvioitu, että alentuneesti syyntakeisiksi katsottujen määrän alentumisessa psykopatian muuttuneen arvioinnin merkitys on ollut keskeinen selittävä tekijä (Ahlgrén-Rimpiläinen ym. 2021, s. 113). Ratkaisussa KKO 1985 II 134 vahvistettiin jo aiemmin

terveydenhuollon piirissä omaksuttu psykopatiaa koskeva linjaus ja katsottiin, että ”antisosiaaliset piirteet” sekä ”yhteiskunnanvastaisuutena ilmenevä luonnehäiriö” ei ollut alentuneen syyntakeisuuden peruste vaan henkilön katsottiin toimineen täydessä ymmärryksessä. Etenkin ratkaisun KKO 2004:119 voi nähdä jatkavan tätä linjaa.

Alentuneesti syyntakeiseksi katsottu tuomitaan rikosoikeudelliseen rangaistukseen, mutta rangaistus voidaan RL 3:4.3:n ja 6:8.3–4:n mukaan tuomita alennetulta asteikolta. Säätely tarkoittaa, että alentuneesti syyntakeisiksi katsottujen suhteen tapaukseen sovellettavan rikossäännöksen rangaistusasteikkoa alennetaan niin, että sovellettavaksi tulee rangaistusasteikon sisältämän rangaistuslajin yleinen vähimmäismäärä, joka on sakkorangaistuksen osalta 1 päiväsakko (RL 2a:1.1) ja vankeusrangaistuksen osalta 14 päivää vankeutta (RL 2c:2.2). RL 6:8.4:n mukaan alentunut syyntakeisuus ei kuitenkaan vaikuta käytettävissä olevaan enimmäisrangaistukseen. Alentuneesti syyntakeiseksi katsottu voidaan näin tuomita esimerkiksi murhasta elinkautiseen vankeusrangaistukseen. Lainsäädännössä omaksutun ratkaisun syyt ovat pitkälti kriminaalipoliittiset (ks. myös HE 44/2002 vp, s. 204/I), ja ne liittyvät tiettyihin alentuneesti syyntakeisiksi katsottujen tekemiin erityisen moitittaviin henkirikoksiin (ks. etenkin KKO 1991:146, jossa tosin KKO:ssa oli kysymys enää aiemmasta pakkolaitokseen eristämisestä sekä vahingonkorvauksesta). Tarkoituksena kuitenkin on, että alentunut syyntakeisuus yleensä johtaa tavanomaista lievempään rangaistukseen (HE 44/2002 vp, s. 61/II), ja tämä tarkoitus on vahvistettu myös KKO:n asiaa koskevassa ratkaisukäytännössä (KKO 2018:30, 18 kohta). Uudemmassa ratkaisukäytännössään korkein oikeus on painottanut, että alentunut syyntakeisuus lieventää tekijään kohdistettua syyllisyysmoitetta ja että rikoksen moitittavuus on näin vähäisempi. Elinkautisen vankeusrangaistuksen tuomitsemisen alentuneesti syyntakeiselle tulee KKO:n mukaan olla hyvin poikkeuksellista, ja se tulee kysymykseen lähinnä silloin, kun käsillä on tekotavaltaan ja teko-olosuhteiltaan täysin poikkeuksellinen ja tavanomaista murhaksi katsottavaa tekoa selvästi törkeämpi teko (KKO 2022:13).

## Syyntakeisuuden ajallinen ulottuvuus

Rikosoikeudellisesti syyntakeisuutta arvioidaan aina tekijän teonhetkisen mielentilan perusteella. Tämä ilmenee RL 3:4.2:n nimenomaisesta sanamuodosta. Edellä käsitelty syyllisyysperiaate edellyttää, että rikosoikeudellisen arvioinnin kohteena on epäillyn tekemä rikosoikeudellisesti merkityksellinen teko, minkä vuoksi tekijän tekoon liittyviä tahdollisia ja tiedollisia seikkoja on aina arvioitava tekohetken ajankohdan perusteella. Syyllisyysperiaatteen asettamien vaatimusten kannalta syyntakeisuusarvioinnin toteuttaminen tekohetken tilanteen mukaan on ainoa vaihtoehto (HE 44/2002 vp, s. 63/II). Psykkisen poikkeavuustilan käsilläolo ennen tekoa tai teon jälkeen ei näin vaikuta syyntakeisuusarviointiin, jos



poikkeavuustilan ei samalla katsota olevan käsillä tekohetkellä. On kuitenkin huomattava, että teon jälkeen syntyneelle poikkeavuustilalle voidaan antaa merkitystä tuomitsematta jättämistä koskevan RL 6:12.1:n 4 kohdan soveltamisedellytyksiä harkittaessa. Kohdan mukaan rangaistus voidaan jättää tuomitsematta, jos se on kohtuutonta ja tarkoituksetonta ottaen huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon toimet. Tällainen tilanne voi esimerkiksi olla käsillä, kun tekijä on psykiatrisessa laitoshoidossa (HE 44/2002 vp, s. 213/I).

## Syyntakeisuuden arviointi

Suomessa omaksutun mallin mukaan syyntakeisuusarviointi on tuomioistuimen toteuttamaa oikeudellista arviointia. Tekijän mielentila selvitetään pääsääntöisesti oikeudenkäymiskaaren (OK, 4/1734) 17:37:ssä säädetyn mukaisesti mielentilatutkimuksessa, joskin tuomioistuimella on mahdollisuus arvioida vastaajan mielentila myös ilman mielentilatutkimusta. Syyntakeisuutta koskevan arvioinnin tekeminen mielentilalausuntojen perusteella on kuitenkin selvä pääsääntö.

Tuomioistuin ei ole sidottu mielentilalausunnoissa esitettyyn vaan se tekee syyntakeisuutta koskevan ratkaisun itsenäisesti. Esimerkiksi ratkaisussa KKO 1987:130 syyntakeisuusarvio perustettiin tuomioistuimen käytössä oleviin mielentilalausuntoihin sekä muuhun tekoa koskevaan selvitykseen ja KKO päätyi asiaa koskevassa kokonaisarviossa toiseen asiassa esitetyistä mielentilalausunnoista poiketen pitämään vastaajaa syyntakeisena. Myös ratkaisussa KKO 2000:3 (ään.) KKO:n enemmistö päätyi pitämään vastaajaa syyntakeisena, vaikka asiassa esitetyissä mielentilalausunnoissa hänen oli katsottu olleen alentuneesti syyntakeinen.

## Päihtymyksen vaikutus rangaistusvastuuseen

Itse aiheutetun päihtymyksen merkityksestä syyntakeettomuusarviointiin säädetään RL 3:4.4:ssa. Säännöksen mukaan päihtymystä tai muuta tilapäistä tajunnan häiriötä, johon tekijä on saattanut itsensä, ei oteta syyntakeisuusarvioinnissa huomioon, ellei siihen ole erityisen painavia syitä. Vahva pääsääntö on, että itse aiheutettu päihtymystila ei vaikuta syyntakeisuusarviointiin eikä muutenkaan vähennä teon moitittavuutta. Lähinnä kysymykseen voivat tulla tilanteet, jossa tekijä on pakotettu nauttimaan päihdyttäviä aineita tai on nauttinut niitä tietämättään. Käytännössä kysymys on tilanteista, joihin liittyy joitain poikkeuksellista tai yllättävää. Tällainen voinee tietyissä tilanteissa olla esimerkiksi alkoholin ja lääkkeiden ennakoimaton ja yllättävä yhteisvaikutustilanne (ks. HE 44/2002 vp, s. 67–68 ja Melander 2016, s. 215–217).

Oikeuskäytännössä on arvioitu, miten pitkäaikaisen alkoholinkäytön aiheuttamaa delirium-tilaa tulee arvioida syyntakeisuutta koskevan sääntelyn kannalta. Kysymys on sinänsä itse aiheutetun päihteidenkäytön aiheuttamasta tilasta, mutta tällöin rikosoikeudellisesti arvioitavaa tekoa ei välttämättä tehdä RL 3:4.4:ssa tarkoitetun päihtymystilan tai tajunnan häiriön aikana. Ratkaisussa KKO 2018:43 on katsottu, että alkoholinkäytön lopettamisesta johtuvaa psykoosia ei voida rinnastaa RL 3:4.4:ssa tarkoitettuun tajunnan häiriöön, vaikka psykoosi oli riidattomasti aiheutunut muutamaa päivää aiemmin lopetetusta pitkäaikaisesta alkoholikäytöstä, mutta tekoa ei ollut tehty päihtymystilassa. RL 3:4.4:n säännös ei sen sijaan KKO:n ratkaisun mukaan estä alkoholipsykoosin huomioon ottamista RL 3:4.2–3:n nojalla tehtävässä syyntakeisuusarvioinnissa. Päihteiden käytön lopettamisesta johtuva psykoosi voidaan näin ottaa huomioon yleisessä syyntakeisuutta koskevassa arvioinnissa, eli henkilö voi päihteiden käytön aiheuttaman psykoosin vuoksi olla RL 3:4.2:ssa tarkoitettu tavoin syyntakeeton tai RL 3:4.3:ssa tarkoitettulla tavalla alentuneesti syyntakeinen, mutta RL 3:4.4:n erityissäännös päihtymyksen vaikutuksesta koskee vain tekoja, jotka on tehty itse aiheutetun päihtymystilan vallitessa.

## Tuomioistuinmenettely syyntakeisuutta arvioitaessa

Rikosasioita käsitellään yleisissä tuomioistuimissa, joita ovat käräjäoikeudet ja muutoksenhakuasteina hovioikeudet sekä korkein oikeus (KKO) ylimpänä oikeusasteena. Käräjäoikeuden ratkaisusta voi hakea muutosta valittamalla hovioikeuteen. Hovioikeuksissa on nykyisin käytössä jatkokäsittelylupajärjestelmä, mikä tarkoittaa sitä, että kaikkia asioita ei hovioikeudessa välttämättä oteta täyden tutkinnan kohteeksi. Jos rikosasian vastaaja on käräjäoikeudessa tuomittu yli kahdeksan kuukauden vankeusrangaistukseen, jatkokäsittelylupaa ei kuitenkaan tarvita (OK 25a:5.2). Korkein oikeus ottaa asian käsiteltäväkseen, jos se myöntää muutoksenhakijalle valitusluvan. Tavallisimmin valituslupa myönnetään niin sanotulla ennakkopäätösperusteella eli silloin, jos asia on lain soveltamisen kannalta muissa samanlaisissa tapauksissa tai oikeuskäytännön yhtenäisyyden vuoksi tärkeää saattaa korkeimman oikeuden ratkaistavaksi (OK 30:3.1).

Edellä todetun mukaisesti syyntakeisuusarviointi on oikeudellista arviointia, jota toteutetaan tuomioistuimissa pääsääntöisesti mielentilalausuntojen pohjalta. Vastaajan mielentila on seikka, joka tuomioistuimen on selvitettävä omasta aloitteestaan, koska syyntakeisuus on rikosoikeudellisen vastuun edellytys. Syyttäjä, vastaaja itse tai hänen avustajansa voivat myös pyytää mielentilatutkimuksen määräämistä. Joka tapauksessa kysymys mielentilan tutkimisesta on sellainen, joka tuomioistuimen tulee ottaa ennen mielentilatutkimukseen määräämistä keskustelun kohteeksi asianosaisten kanssa. Jos mielentilatutkimus edellyttää jäljempänä

tarkemmin käsiteltävän mukaisesti vastaajan suostumusta, tuomioistuimen on luonnollisesti tiedusteltava vastaajan nimenomaista suostumusta mielentilatutkimuksen määräämiseen.

## Mielentilatutkimukseen määräämisen perusteet

Mielentilatutkimukseen määräämisen perusteista säädetään OK 17:37:ssa. Säännöksen 1 momentissa asetetaan mielentilatutkimuksen määräämiselle kolme perustetta. Ensinnäkin edellytetään, että tuomioistuin on antanut oikeudenkäynnistä rikosasioissa annetun lain (ROL, 689/1997) 11:5a:ssä tarkoitetun välituomion, jossa se on todennut vastaajan menetelleen syytteessä kuvatulla, rangaistavaksi säädetyllä tavalla (OK 17:37.1, 1 kohta). Tuomioistuin siis määrää vastaajan mielentilatutkimuksen tehtäväksi tilanteessa, jossa todistelu on vastaanotettu ja jossa tuomioistuin on katsonut asiassa vastaanotetun todistelun perusteella vastaajan menetelleen syytteessä tarkoitetulla rikosoikeudellisesti rangaistavalla tavalla. Tältä osin sääntelyn tarkoituksena on estää mielentilatutkimuksia tilanteissa, joissa vastaaja myöhemmin todettaisiin syyttömäksi (HE 271/2004 vp, s. 64/I).

Toiseksi mielentilatutkimukseen määrääminen edellyttää, että vastaajan mielentilan tutkiminen on perusteltua (OK 17:37.1, 2 kohta). Perusteltavuutta koskeva vaatimus lisättiin lakiin vuonna 2006 (L 244/2006). Kohta merkitsee, että tuomioistuimen on pääkäsitelyssä esille tulleiden seikkojen perusteella arvioitava, onko vastaajan mielentilan tutkiminen tarpeellista. Edellä todetun mukaisesti asiaa koskeva päätös voidaan tehdä viran puolesta, mutta asianosaisia on kuultava mielentilatutkimuksen tarpeellisuudesta. Pelkkä asianosaisen tekemä pyyntö mielentilan tutkimisesta ei täytä kohdassa tarkoitettua perusteltavuusvaatimusta. Pyyntö on aina esitettävä perusteet. Säännöstä koskevissa esitöissä on katsottu, että pyynnön tueksi olisi esitettävä esimerkiksi psykiatrin antama lääkärintodistus mielentilatutkimuksen tarpeellisuudesta (HE 271/2004 vp, s. 64/I). Sinänsä mielentilatutkimuksen määräämiselle ei ole tarkoitettu kohdassa asettaa korkeaa kynnystä. Mielentilan tutkiminen on säännöstä koskevien esitöiden mukaan perusteltua, kun tuomioistuin asiassa esille tulleisiin seikkoihin perustuvassa harjinnassaan päätyy siihen, että asiassa on syytä epäillä, että vastaaja ei ole täysin syyntakeinen (HE 271/2004 vp, s. 64/II). Toisaalta perusteltavuutta koskevan kohdan tavoitteena vaikuttaa osin olleen "tarpeettomien" mielentilatutkimusten välttäminen, minkä vuoksi mielentilatutkimukselle asetettua kynnystä on tietoisesti nostettu. Kohdan perusteella ei ole aivan selvää, milloin mielentilatutkimuksen tekeminen on perusteltua (laajemmin ks. Ahlgrén-Rimpiläinen 2021, s. 228).

Mielentilatutkimuksen perusteltavuutta on arvioitu ratkaisussa KKO 2021:13. Asiassa hovioikeus oli katsonut selvitetyn, että A oli tarkoittanut törmätä henkilöautollaan vastaan tulleeseen rekka-autoon ja siten tappaa kyydissään olleen kolmevuotiaan lapsensa. Hovioikeus ei ollut pitänyt vastaajan mielentilan tutkimista

perusteltuna. A oli nauttinut ennen tekoa lääkkeitä ja vahvaa alkoholia, vaikka hän ei tavallisesti nauttinut alkoholia juuri lainkaan. Teko oli tehty sen jälkeen, kun hän oli hakenut lapsensa entiseltä puolisoiltaan. KKO katsoi yleisesti, että vastaajan mielentilan tutkiminen voi olla poikkeuksellisesti perusteltua, vaikka OK 17:37.1:n 2 kohtaa koskevissa perusteluissa esitetty ”syytä epäillä” -kynnys ei ylity. Näin voi olla, jos syytteessä tarkoitettu teko on vastaajan henkilöhistoriaan nähden hyvin poikkeuksellinen ja jäänyt vaikuttimiltaan selittämättömäksi ja jossa tuomioistuimen käytössä ei ole ilman mielentilatutkimuksen selvittämistä riittävää selvitystä vastaajan syyntakeisuuden arvioimiseksi. Tapauksessa KKO piti A:n tekoa hänen henkilöhistoriaansa nähden täysin poikkeuksellisenä, minkä lisäksi asiassa esitetty asiantuntija-arvio puolsi mielentilatutkimuksen tekemistä. KKO määräsi A:n mielentilan tutkittavaksi.

Kolmanneksi mielentilatutkimuksen määrääminen edellyttää, että vastaaja suostuu mielentilatutkimukseen. Suostumusta ei kuitenkaan tarvita, jos vastaaja on vangittuna tai häntä syytetään rikoksesta, josta voi seurata ankarampi rangaistus kuin vuosi vankeutta. Käytännössä tuomioistuimet eivät erityisen usein määrää mielentilatutkimusta vastoin vastaajan tahtoa. Lainsäädännössä on kuitenkin haluttu mahdollistaa mielentilatutkimuksen määrääminen myös vastoin vastaajan tahtoa, koska mielentilatutkimuksen määräämistä koskeva kysymys voi ajankohdistua varsin erilaisissa rikosasioissa (HE 271/2004 vp, s. 64/II).

Mielentilatutkimus voidaan OK 17:37.2:n mukaan toteuttaa jo epäiltyä rikosta koskevan esitutinnan aikana tai muutoin ennen asiassa toteutettavaa pääkäsittelyä, esimerkiksi syyteharkinnan aikana tai sen jälkeen, kunhan asian pääkäsittely ei vielä ole alkanut. Tällöin mielentilatutkimus voidaan tehdä vain syyttäjän taikka rikoksesta epäillyn tai tämän edunvalvojan esityksestä. Rikoksen asianomistaja eli uhri ei voi tällaista vaatimusta ennen pääkäsittelyä esittää. Tuomioistuin ei myöskään voi tehdä tällöin päätöstä mielentilatutkimuksen suorittamisesta viran puolesta, koska asiassa suoritettava esitutkinta on vielä kesken. Edellytyksenä mielentilatutkimuksen suorittamiselle ennen pääkäsittelyä lisäksi on, että rikoksesta epäilty on tunnustanut syyllistyneensä epäiltyyn tekoon eikä tunnustamisen luotettavuutta ole syytä epäillä tai että mielentilatutkimuksen tarve on muutoin selvä. Ennen pääkäsittelyä toimitettava mielentilatutkimus myös edellyttää, että mielentilatutkimuksen suorittaminen on perusteltua ja että vastaaja suostuu mielentilatutkimukseen tai häntä syytetään rikoksesta, josta voi seurata ankarampi rangaistus kuin vuosi vankeutta. Mielentilatutkimuksen toteuttamisessa ennen pääkäsittelyä sovelletaan näin OK 17:37.1:n 2 ja 3 kohdassa mainittuja edellytyksiä, mutta mainitun momentin 1 kohdassa säädettyä välituomiota koskevaa edellytystä ei luonnollisesti voida tällöin soveltaa. OK 17:37.2:n momentin säännös on tarkoitettu poikkeusluontoiseksi (HE 271/2004 vp, s. 64–65).

## Syyntakeisuus, perustuslaki ja kansainväliset ihmisoikeussopimukset

### *Perustuslaki ja ihmisoikeussopimukset*

Suomen perustuslaissa (731/1999) turvatut perusoikeudet kuuluvat jokaiselle ihmisyksilölle. Suomessa vuonna 1995 toteutetun perusoikeusuudistuksen keskeisenä tavoitteena oli yksilön oikeuksien ja perustuslaintasaisen turvan vahvistaminen ja laajentaminen (HE 309/1993 vp, s. 15/I). Lähtökohta myös on, että perustuslain turvaamien oikeuksien suojaama henkilöpiiri ei ole rajattu yksin Suomen kansalaiseen, vaan kysymys näissä oikeuksissa on kansallisuudesta riippumatta jokaisen oikeuksista (HE 309/1993 vp, s. 22/II). Poikkeuksellisesti tietyt oikeudet, kuten perustuslain 14 §:n 1 momentissa turvattu oikeus äänestää valtiollisissa vaaleissa ja kansanäänestyksissä, sen sijaan koskevat vain Suomen kansalaisia.

Yksilön mahdollisella vajaavaltaisuudella ei lähtökohtaisesti ole merkitystä perustuslain hänelle turvaamien oikeuksien näkökulmasta. Perustuslaissa turvatut perusoikeudet kuuluvat myös vajaavaltaisille henkilöille. Toinen asia on, että vajaavaltaisen yksilön puhevaltaa voi hänen puolestaan käyttää hänen edunvalvojan sa (HE 309/1993 vp, s. 24/I).

Edellä mainitun perusoikeusuudistuksen yhteydessä Suomessa omaksuttiin käsitys, jonka mukaan tietyn ihmisryhmän perusoikeuksia ei voida suoraan rajoittaa erityisen vallanalaisuussuhteen tai laitovallan perusteella (HE 309/1993 vp, s. 23/I ja 49/II). Näin esimerkiksi vapaudenmenetys ei sellaisenaan muodosta perustetta rajoittaa henkilön muita perusoikeuksia. Jos tarve henkilön muiden perusoikeuksien rajoittamiseen tämän vapaudenmenetyksen aikana on olemassa, rajoituksista tulee säätää lailla ja ne tulee voida oikeuttaa kussakin tapauksessa erikseen kunkin perusoikeuden osalta (esim. PeVL 34/2001 vp). Tällä tärkeällä lähtökohdalla on merkitystä mielenterveyslain (1116/1990) ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain (519/1977, jäljempänä kehitysvammalaki) kannalta. Yksilön määrääminen mielenterveyslain nojalla tahdosta riippumattomaan hoitoon ei näin perustele yksilön muiden perusoikeuksien rajoittamista, vaan näitä voidaan rajoittaa vain lain sallimissa tapauksissa silloin kuin yksittäistapauksissa laissa säädetyt edellytykset täyttyvät.

Perustuslain näkökulmasta mielenterveyslakia ja kehitysvammalakia on arvioitava ensinnäkin perustuslain 7 §:ssä tarkoitetun henkilökohtaisen vapauden näkökulmasta. Perustuslain 7 §:n 3 momentin mukaan henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ei saa puuttua eikä vapautta riistää mielivaltaisesti eikä ilman laissa säädettyä perustetta. Momentin viimeisen virkkeen mukaan vapautensa menettäneen oikeudet turvataan lailla. Myös Euroopan ihmisoikeussopimuksen 5 artiklassa turvataan oikeus vapauteen. Määräyksen tarkoituksena on taata, että kukaan ei joudu mielivaltaisen vapaudenriiston kohteeksi. Tahdosta riippumaton hoito merkitsee Euroopan ihmisoikeussopimuksen 5 artiklassa tarkoitettua vapauden-

## EUROOPAN IHMISOIKEUSSOPIMUS

Vuonna 1949 perustetussa Euroopan neuvostossa vuonna 1950 hyväksytty ihmisoikeussopimus, jonka mukaan sopimuspuolten tulee taata jokaiselle lainkäyttövaltaansa kuuluvalla sopimuksessa määritellyt oikeudet ja vapaudet. Sopimus takaa siihen sitoutuneissa valtioissa ihmisoikeuksien vähimmäistason. Valtiot voivat siis kansallisesti tarjota myös korkeampaa yksilön oikeuksien ja vapauksien suojaa. Euroopan neuvoston jäsenenä ja samalla myös EIS:een sitoutuneita valtioita on tällä hetkellä 45. Suomi liittyi Euroopan neuvostoon vuonna 1989 ja EIS tuli Suomessa voimaan vuonna 1990. Euroopan ihmisoikeustuomioistuimella on EIS:lla perustettu tuomioistuimien, jonka toimivaltaan kuuluu valvoa, miten EIS:n sopimusvaltiot takaavat lainkäyttöpiiriinsä kuuluville EIS:ssa turvatut oikeudet ja vapaudet. EIT toteuttaa tätä valvontatehtäväänsä sille toimitettujen valitusten perusteella. Valitus voidaan tehdä, kun kaikki kansalliset oikeussuojakeinot on käytetty.

riistoa, minkä vuoksi hoidon on täytettävä Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen (EIT) käytännössä asetetut edellytykset. EIT on klassisessa Winterwerp-ratkaisussa määritellyt nämä vähimmäisedellytykset seuraavasti. Tapauksessa tulee ensinnäkin uskottavasti lääketieteellisin perustein olla osoitettu, että henkilöllä on EIS 5(1)(e) artiklassa tarkoitettu ”heikko mielenterveys” (unsound mind). Toiseksi henkilön mielenterveyden ongelman tulee olla sen tasoinen, että se edellyttää hänen vapauteensa kajoamista. Kolmanneksi vapaudenriisto saa kestää vain sen ajan kuin edellä mainittu mielenterveyden ongelma kestää (Winterwerp v. Alankomaat, 24.10.1979, 39 kohta; ks. myös Hirvelä — Heikkilä 2017, s. 273). Tahdosta riippumaton hoito merkitsee myös puuttumista EIS 8 artiklassa turvattuun yksityiselämän suojaan. EIT on ratkaisukäytännössään katsonut, että hoidolle saattaa kuitenkin olla EIS 8(2) artiklassa tarkoitettu painava yhteiskunnallinen tarve. Tällainen voi liittyä esimerkiksi mielisairauteen (Matter v. Slovakia, 5.7.1999, s. 64–72 kohta) tai kehitysvammaisen henkilön hoitamiseen (Glass v. Yhdistynyt kuningaskunta, 9.3.2004, 73–78 kohta).

Tahdosta riippumatonta hoitoa tai kehitysvammalain mukaista erityishuoltoa järjestettäessä on otettava huomioon Euroopan ihmisoikeussopimuksen ihmisarvon kidutuksen kieltoa koskeva 3 artikla, joka kieltää myös epäinhimillisen tai halventavan kohtelun. Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen sairauden perusteella tapahtuvan vapaudenriiston olosuhteita koskevan ratkaisukäytännön lähtökohtana on, että ”sairaudesta johtuva vapauden menettäminen ei saa missään olosuhteissa tuottaa vapaudenmenetyksen kohteelle sellaista pelkoa, ahdistusta tai alemmuudentunnetta, jotka voivat merkitä nöyryyttämistä tai halventamista ja mahdollisesti murtaa hänet fyysisesti tai henkisesti” (Roman v. Belgia [GC],

31.1.2019, 145 kohta). Lisäksi EIT on todennut, että mielenterveydellisistä syistä vapautensa menettäneet ovat tavanomaista haavoittuvammassa asemassa ja alttiimpia esimerkiksi laitosolosuhteiden aiheuttamille terveydellisille ongelmille, minkä vuoksi EIS:n velvoitteiden noudattamisessa tulee tällaisissa olosuhteissa olla tavanomaista tarkempi (Rooman v. Belgia [GC], 31.1.2019, 145 kohta). EIS 3 artiklan kannalta tässä arvioissa on usein kysymys laitosolosuhteita koskevasta kokonaisarviosta, jossa merkityksellisiä seikkoja ovat muun muassa hoidon kesto, hoidon fyysiset ja psyykkiset vaikutukset ja joissakin tapauksissa myös esimerkiksi hoidettavan ikä ja terveydentila (esim. Sławomir Musiał v. Puola, 20.1.2009, 85 kohta). Merkitystä voidaan antaa myös asumisolosuhteille laajemmin, esimerkiksi laitoksen yliasutukselle sekä ruokahuollolle. EIT:n käytännössä esimerkiksi laitosolosuhteita, jossa laitoksen lämmitys oli vajaatehoinen, ruoka huonolaatuista ja vähäistä ja jossa epähygieenisiksi ja ränsistyneiksi todettuihin suihkutiloihin pääsi vain kerran viikossa, pidettiin kokonaisuutena arvioiden Euroopan ihmisoikeussopimuksen 3 artiklan vastaisina (Stanev v. Bulgaria [GC], 17.1.2012, 206–213 kohta). Myös lääkeshoidon riittävyyttä voidaan arvioida EIS 3 artiklan kannalta (esim. Rooman v. Belgia [GC], 31.1.2019, 146 kohta; ks. myös Novak v. Kroatia, 14.6.2007, 41–47 kohta). Lisäksi on huomattava, että osana hyvän hoidon kokonaisuutta on kiinnitettävä huomiota hoitohenkilökunnan ja potilaan kommunikointiin ja sen asianmukaiseen toteutumiseen osana hyvää hoitoa, jos he eivät puhu tai ymmärrä yhteistä kieltä (Rooman v. Belgia [GC], 31.1.2019, 151 kohta).

Euroopan neuvoston kidutuksen vastainen komitea (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT)), jonka tehtävänä on suojella vapautensa menettäneitä henkilöitä kidutukselta, epäinhimilliseltä tai halventavalta kohtelulta, valvoo myös esimerkiksi mielisairaalaolosuhteita Euroopan neuvoston jäsenvaltioissa. Komitea on perustettu Euroopan neuvoston kidutuksen ja epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen estämiseksi annetulla yleissopimuksella (SopS 17/1991). Komitea tekee sanotun sopimuksen 7 artiklan mukaan tarkastuskäyntejä paikkoihin, joissa henkilöiltä on riistetty heidän vapautensa viranomaisen toimesta. Tällainen paikka voi olla esimerkiksi mielisairaala. Komitea teki edellisen käyntinsä Suomeen vuonna 2020, jolloin tarkastus kohdistui Kellokosken sairaalaan. Tarkastusta koskeva raportti on julkaistu vuonna 2021 (Report to the Finnish Government on the visit to Finland carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 7 September to 18 September 2020, CPT/Inf (2021) 7).

Kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain (519/1977, jäljempänä kehitysvammalaki) soveltamisen kannalta on kiinnitettävä huomiota perustuslain 6 §:n ja EIS 14 artiklan yhdenvertaisuutta koskevaan perus- ja ihmisoikeuteen, jotka kieltävät syrjinnän vammaisuuden perusteella. Lisäksi on huomattava, että YK:ssa on annettu vammaisten henkilöiden oikeuksia koskeva yleissopimus (SopS 27/2016, jäljempänä vammaisyleissopimus), joka on Suomessa pantu kansallisesti

täytäntöön vuonna 2015 (HE 284/2014 vp, L 373–374/2015). Kehitysvammalakia ei kuitenkaan sopimuksen täytäntöönpanon johdosta muutettu.

### *Perustuslaki ja ihmisoikeussopimukset viranomaistoiminnassa*

Suomen perustuslaki asettaa velvoitteita lainsäädäntöä soveltavalle viranomaiselle. Perustuslain etusijaa koskevan perustuslain 106 §:n mukaan, jos tuomioistuimessa käsiteltävänä olevassa asiassa lain säännöksen soveltaminen on ilmeisessä ristiriidassa perustuslain kanssa, tuomioistuimen on annettava etusija perustuslain säännökselle. Säännös ei sanamuotonsa mukaan koske muita kuin tuomioistuintimia, mutta selvää on, että hallintoviranomainen ei saa soveltaa tavallisen lain säännöstä, joka on ristiriidassa esimerkiksi perustuslain perusoikeussäännöksen kanssa. Viranomaisilla on velvollisuus perustuslain noudattamiseen ja kansalaisten on voitava luottaa perustuslain heille tarjoamaan perusoikeussuojaan.

Useimmissa tapauksissa on kysymys siitä, että kansallinen lainsäädäntö mahdollistaa erilaisia tulkintoja. Tällöin perustuslaista seuraa velvoite tulkita lainsäädäntöä tavalla, joka parhaalla mahdollisella tavalla edistää perus- ja ihmisoikeuksien toteutumista. Viranomaisen tulee valita perusteltavissa olevista lain soveltamisvaihtoehdoista sellainen, joka parhaiten edistää perusoikeuksien toteutumista ja eliminoi perustuslain kanssa ristiriitaiseksi katsottavat vaihtoehdot (PeVM 25/1994 vp, s. 4/I).

Vastaavalla tavalla viranomaistoiminnassa on annettava merkitystä myös kansainvälisille ihmisoikeussopimuksille. Viranomaistoiminnassa tulee ottaa huomioon esimerkiksi Euroopan ihmisoikeussopimus ja sitä täsmentävä Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen ratkaisukäytäntö. Kansallista lainsäädäntöä on tulkittava tavalla, joka on sopusoinnussa EIT:n ratkaisukäytännön kanssa. Samoin esimerkiksi kehitysvammalakia on tulkittava vammaisyleissopimuksen tietyn sopimusmääräyksen sanamuodon ja tarkoituksen toteuttavalla tavalla, jos sovellettava kehitysvammalain säännös pohjautuu vammaisyleissopimuksen tiettyyn määräykseen. Laajemminkin tietyn yleissopimuksen tavoitteet ja tarkoitus on otettava huomioon yleissopimukseen liittyvää kansallista lainsäädäntöä sovellettaessa. Käytännössä Suomen lainsäädäntö on sopimusta kansallisesti voimaansaatettaessa muutettu vastaamaan sopimuksessa asetettuja vaatimuksia, mutta tällaista täytäntöönpanolainsäädäntöä sovellettaessa sitä on sovellettava sopimuksen sanamuodon ja tarkoituksen sekä mahdollisen sopimuksen täytäntöönpanoa valvovan elimen käytännön mukaisesti.

Ylimmät laillisuusvalvojat, valtioneuvoston oikeuskansleri ja eduskunnan oikeusasiamies, valvovat tuomioistuinten ja muiden viranomaisten sekä virkamiesten toimien lainmukaisuutta ja velvollisuuksien täyttämistä. Tehtäviensä hoitaessaan molemmat laillisuusvalvojat valvovat perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutumista (perustuslaki 108 ja 109 §). Ylimpien laillisuusvalvojen välisessä työnjaossa oikeuspsykiatrian alaan kuuluvat valvontatehtävät kuuluvat



eduskunnan oikeusasiamiehelle. Eduskunnan oikeusasiamiehen tehtävänä on valvoa laitoksia, joihin henkilö on otettu tahdostaan riippumatta, sekä muita toimenpiteitä, joilla rajoitetaan henkilön itsemääräämisoikeutta (laki valtioneuvoston oikeuskanslerin ja eduskunnan oikeusasiamiehen tehtävien jaosta (330/2022), 3 §, 4 kohta). Kohdassa tarkoitettuja laitoksia ovat esimerkiksi mielisairaalat. Kehitysvammalain mukaisessa erityishuollossa yksilöön voidaan sen sijaan kohdistaa kohdassa tarkoitettuja rajoitustoimia (ks. myös HE 179/2021 vp, s. 54). Lisäksi eduskunnan oikeusasiamiehelle on osoitettu kidutuksen ja muun julman, epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen vastaisen yleissopimuksen valinnaisen pöytäkirjan (SopS 93/2014) 3 artiklassa tarkoitettulle kansalliselle valvontaelimelle kuuluvia tehtäviä (laki valtioneuvoston oikeuskanslerin ja eduskunnan oikeusasiamiehen tehtävien jaosta, 3 §, 5 kohta). Oikeusasiamiehen tehtävä pöytäkirjassa tarkoitettuna kansallisena viranomaisena on tehdä tarkastuksia paikkoihin, joissa pidetään tai voidaan pitää vapautensa menettäneitä henkilöitä. Tällaisia ovat esimerkiksi psykiatriset sairaalat sekä tietyin edellytyksin kehitysvammaisten hoitopaikat ja asumisyksiköt (HE 179/2021 vp, s. 54). Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisukäytännöstä löytyy näin runsaasti oikeuspsykiatria koskevan lainsäädännön soveltamisen kannalta merkityksellisiä kannanottoja. Usein näissä ratkaisuissa on kysymys perus- ja ihmisoikeuksien huomioon ottamisesta oikeuspsykiatrian kannalta merkityksellistä lainsäädäntöä sovellettaessa.

## EDUSKUNNAN OIKEUSASIAMIES

Eduskunnan oikeusasiamies toimii ylimpänä laillisuusvalvojana valtioneuvoston oikeuskanslerin ohella. Eduskunnan oikeusasiamiehelle voi kannella, kun epäilee, että viranomainen tai virkamies ei ole noudattanut lakia tai täyttänyt velvollisuuksiaan. Kannella voi myös, jos epäilee, että perus- ja ihmisoikeudet eivät ole asianmukaisesti toteutuneet. Oikeusasiamies voi ottaa asian tutkittavakseen myös omasta aloitteestaan. Lisäksi oikeusasiamies tekee tarkastuksia virastoissa ja laitoksissa. Oikeusasiamies ei voi kumota viranomaisen kantelun kohteena olevaa ratkaisua, mutta voi sen sijaan kiinnittää huomiota viranomaisen toiminnan lainvastaisuuteen.

## Kansainvälinen yhteistyö

Euroopan unionissa toteutetaan laajaa jäsenvaltioiden välistä rikosoikeudellista yhteistyötä. Kysymys voi olla esimerkiksi vankeusrangaistuksen täytäntöönpanon siirtämisestä toisesta jäsenvaltiosta toiseen. EU:ssa on annettu puitepäätös vastavuoroisen tunnustamisen periaatteen soveltamisesta vapausrangaistuksiin ja vapaudenmenetyksen käsittäviin toimenpiteisiin (2008/909/YOS, jäljempänä tuomittujen siirtoa koskeva puitepäätös). Puitepäätös kattaa myös niin sanotut rikosperusteiset hoitoseuraamukset eli esimerkiksi rikoksen johdosta määrätyn tahdosta riippumattoman hoidon (HE 10/2011 vp, s. 10/I). Puitepäätös on pantu Suomessa täytäntöön vuonna 2011 (Laki tuomittujen siirtoa Euroopan unionissa koskevan puitepäätöksen lainsäädännön alaan kuuluvien säännösten kansallisesta täytäntöönpanosta ja puitepäätöksen soveltamisesta (1169/2011). Mainitun lain mukaan pannaan Suomessa täytäntöön toisessa EU:n jäsenvaltiossa määrätty rikosperusteinen hoitoseuraamus sekä lähetetään Suomessa määrätty rikosperusteinen tahdosta riippumaton hoito täytäntöön pantavaksi toiseen EU:n jäsenvaltioon (lain 2 §).

Kysymys on EU:ssa toteutetusta vastavuoroisen tunnustamisen periaatteen alaan kuuluvasta toiminnasta. Vastavuoroisen tunnustamisen periaate pelkistäen merkitsee, että toisessa jäsenvaltiossa annettu päätös on pantava toisessa jäsenvaltiossa täytäntöön ilman, että asiaa arvioidaan tarkemmin täytäntöönpanosta vastaavan valtion lainsäädännön perusteella. Täytäntöönpanosta voidaan kieltäytyä vain, jos käsillä on Euroopan unionin lainsäädäntöinstrumentissa, eli tässä tuomittujen siirtämistä koskevassa puitepäätöksessä, määritelty kieltäytymisperuste. Vastavuoroisen tunnustamisen periaatteen soveltaminen on merkittävällä tavalla kaventanut kansallista harkintavaltaa unionin jäsenvaltioiden keskinäisessä rikosoikeudellisessa yhteistyössä.

Sikäli kun on kysymys muussa kuin EU:n jäsenvaltiossa määrätyn hoitoseuraamuksen täytäntöönpanosta Suomessa tai Suomessa määrätyn hoitoseuraamuksen lähettämisestä täytäntöön pantavaksi muuhun kuin EU:n jäsenvaltioon, sovelletaan kansainvälisestä yhteistoiminnasta eräiden rikosoikeudellisten seuraamusten täytäntöönpanossa annettua lakia (21/1987). Mainitun lain mukainen yhteistyö on harkinnanvaraista, eikä Suomella ole sanotun lain perusteella velvollisuutta esittää täytäntöönpanon siirtoa eikä suostua täytäntöönpanopyyntöön (HE 10/2011 vp, s. 5/II). Sanotun lain nojalla toteutettu yhteistyö on näin luonteeltaan hyvin erilaista kuin edellä käsitelty yhteistyö EU:n jäsenvaltioiden välillä.

## Vaarallisuuden ja väkivaltariskin arviointi

Vaarallisuuden ja väkivaltariskin arviointi voi tulla voimassa olevan rikoslain (39/1889, RL) mukaan kyseeseen kahdessa eri tilanteessa: yhdistelmärangaistuksen määräämisen yhteydessä ja elinkautisvankien hakiessa ehdonalaiseen vapauteen. Lisäksi on mahdollista, että vaarallisuusarvioita tulee vielä tehtäväksi yhdistelmärangaistusta edeltäneen, koko rangaistuksen suorittaminen vankilassa -nimisen seuraamuksen perusteella silloin, kun vangin ehdonalaiseen päästämisen edellytyksiä arvioidaan. Jälkimmäinen vaihtoehto voi tulla kyseeseen niiden vankien kohdalla, jotka vielä suorittavat vanhan lainsäädännön mukaisesti määrättyä rangaistustaan (käytännössä ennen 1.1.2018 tehdyt rikokset). Näissä rangaistuksissa on kysymys rikoslain mukaisista ankarammista vapausrangaistuksista. Vaarallisuus- tai väkivaltariskiarviointeja tehdään muissakin tilanteissa, yleisen psykiatrisen hoidon palveluissa, oikeuspsykiatrisessa hoidossa oleville sekä harkittaessa ehdonalaiseen vankeuteen päästettävän vangin asettamista valvontaan (Tolvanen ym. 2021, s. 14–15). Vaarallisuusarviolla voi olla merkitystä näin esimerkiksi hoidon tai palvelutarpeen suunnittelussa. Riskinarviointimenettelyä on tämänhetkiseen tutkittuun tietoon perustuen pidettävä luotettavuudeltaan kyseenalaisena ja vain suuntaa antavana (Ahlgrén-Rimpiläinen 2020; Tolvanen ym., s. 170).

Vaarallisuus- ja väkivaltariskiarvio voi vaikuttaa tuomioistuimen määräämän rangaistuksen pituuteen. Rikosoikeudellisen vastuun syntymiseen arviolla ei kuitenkaan ole vaikutusta, vaan rikosoikeudellinen vastuu syntyy edellä kuvatulla tavalla sekä rikosvastuun yleisten että erityisten edellytysten täyttymisen myötä.

## Koko rangaistuksen suorittaminen vankilassa

Tuomioistuin saattoi vuosina 2006–2017 voimassa olleen RL 2 c luvun 11 §:n perusteella ja syyttäjän vaatimuksesta päättää, että tuomittu vapautuu vankilasta vasta hänen suorittuttuaan tuomitun rangaistusajan kokonaan. Seuraamus oli mahdollinen tiettyjen edellytysten vallitessa eräiden vakavien rikosten uusijoille edellyttäen, että rikoksentehtäjä todettiin erittäin vaaralliseksi toisen hengelle, terveydelle tai vapaudelle.

Koko rangaistuksen suorittamiseen vankilassa kuului mahdollisuus vapautua ehdottomasta vankeudesta ehdonalaiseen vankeuteen, kun tuomittu oli suorittanut rangaistuksestaan viisi kuudesosaa ehdottomassa vankeudessa sekä edellyttäen, että häntä ei enää olisi pidettävä erittäin vaarallisena toisen hengelle, terveydelle tai vapaudelle. Ehdonalainen vapauttaminen tuli kuitenkin kyseeseen aikaisintaan, kun vankilassaoloaikaa oli kertynyt kolme vuotta. Henkilöitä, jotka on määrätty suorittamaan tätä rangaistusta, oli 1.9.2022 suomalaisissa vankiloissa 20. Heistä viimeisin on vapautumassa viimeistään vuonna 2031 (Oikeusministeriön julkaisuja, mietintöjä ja lausuntoja 2023:11, s. 25). Siten näiden vankien hakies-

sa ehdonalaiseen vapauteen heidän suoritettuaan viisi kuudesosaa ehdottomasta vankeusrangaistuksestaan laaditaan vaarallisuusarvio aikaisemmin voimassa olleen lainsäädännön mukaisesti.

Kun koko rangaistusta vankilassa suorittava hakee ehdonalaiseen vapauteen päästämistä, vapauteen päästämistä päättää Helsingin hovioikeus, joka pyytää vaarallisuusarviota tai lausuntoa vaarallisuudesta THL:ltä. Arvio laaditaan Psykiatrisessa vankisairaalsessa. Vaarallisuusarvion yhteydessä ei tällöin tehdä mielentilatutkimusta.

Vapauttamisharkinnassa arvioidaan ainoastaan, onko rangaistusaikaa suorittavaa vankia pidettävä erittäin vaarallisena toisen hengelle, terveydelle tai vapaudelle. Käytännössä vaarallisuusarviolla on siten erittäin suuri merkitys näiden vankien ehdonalaiseen vapauteen pääsyn kannalta (Hartoneva ym. 2016, s. 475). Vuonna 2017 julkaistun väitöstutkimuksen mukaan 90 % ehdonalaiseen hake-neista vangeista arvioitiin erittäin vaaralliseksi, ja vastaavasti vain 10 % koko rangaistusta vankilassa suorittamaan määrätyistä vangeista päästettiin ehdonalaiseen vapauteen hakemuksen johdosta (Pohjola 2017, s. 374 ja 383).

## EHDONALAINEN VAPAAUS

Ehdonalaisella vapaudella tarkoitetaan ehdottomaan vankeuteen tuomitun vangin päästämistä suorittamaan loppuosa vankeudesta vapaudessa. Määräaikaista ehdotonta vankeutta suorittava päästetään ehdonalaiseen vapauteen, kun hän on suorittanut vankeutta tietyn määröosan. Määröosan suuruus on riippuvainen siitä, onko vanki aiemmin suorittanut vankeusrangaistusta vankilassa. Elinkautista vankeutta suorittava taas voidaan päästää ehdonalaiseen vapauteen, kun vankilassaoloaikaa on kertynyt kaksitoista vuotta.

### *Tuomioistuinmenettely päästettäessä koko rangaistuksen vankilassa suorittamaan tuomittu ehdonalaiseen vapauteen*

Koko rangaistusta vankilassa suorittamaan määrätyn ehdonalaista vapauttamista koskeva asia käsitellään Helsingin hovioikeudessa vangin tekemän hakemuksen perusteella. Ehdonalaista vapauttamista koskeva asia on käsiteltävä kiireellisenä. Menettelyyn sovelletaan aikaisemmin voimassa olleita oikeudenkäymiskaaren ja pitkäaikaisvankien vapauttamismenettelystä annetun lain (781/2005, vapautuslaki, muutettu lailla 802/2017) säännöksiä. Jos vanki on hoidettavana vankilan ulkopuolella, tai käsillä on muu erityinen, vangin henkilökohtaisiin ominaisuuksiin liittyvä syy, jonka johdosta hakemuksen tekeminen voi estyä, Rikosseuraamuslaitos (Rise) voi tehdä hakemuksen vangin puolesta (HE 262/2004 vp, s. 54/I).

Vaarallisuusarvio on ehdonalaisen vapautumisen perusteena, ja mikäli vanki syystä tai toisesta kieltäytyy arvion tekemisestä, hovioikeus jättää asian tutkimatta. Vaarallisuusarviosta ehdonalaisen vapautumisen edellytyksenä säädettiin oikeudenkäymiskaaren 17 luvun 37 §:n 4 momentissa (kumottu 1.1.2018 alkaen), jonka mukaan asian käsittelyä varten Helsingin hovioikeuden on pyydettävä lausunto siitä, onko koko rangaistusaikaa suorittavaa enää pidettävä erittäin vaarallisena toisen hengelle, terveydelle tai vapaudelle. Hovioikeus pyytää Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta (THL) vaarallisuusarvion suorittamista, ja käytännössä tutkimuksen tekee Psykiatrisen vankisairaalan Turun tai Vantaan yksikkö. (THL pyytää asianomaisen henkilön suostumuksen vaarallisuuden arvion suorittamiseen Psykiatrisen vankisairaalan yksikössä.) THL:n julkaiseman ohjeistuksen mukaan sairaalan tulisi suorittaa tutkimus 30 päivässä alkaen ensimmäisestä tutkimuspäivästä (Mielentilatutkimus- ja vaarallisuusarvio-opas 2018, s. 19). Kun lausunto on valmis, se käsitellään THL:n oikeuspsykiatristen asioiden lautakunnassa (laki Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta 668/2008, 3 a §), joka lausuu oman käsityksensä rikoksenteijän vaarallisuudesta. Vaarallisuuslausunto on luonteeltaan asiantuntijalausunto, joka ei sido tuomioistuinta.

Vaarallisuusarvion laatimisen ja käsittelemisen jälkeen THL toimittaa vaarallisuusarvion ja lausuntonsa Rikosseuraamuslaitokselle, jonka on vapautuslain 1 §:n 2 momentin perusteella annettava oma lausuntonsa hovioikeudelle. Lausunnotaan Rikosseuraamuslaitoksen on todettava, puoltaako vai vastustaako se vapauttamista ja onko vanki määrättävä rikoslain 2 c luvussa tarkoitettuun valvottuun koevapauteen. Lausuntoon on liitettävä Rikosseuraamuslaitoksen arvio vapauttamisen edellytyksistä ja muu vankia koskeva selvitys, kuten arviointikeskuksen johtajan selvitys rangaistusajan suunnitelman toteutumisesta ja noudattamisesta. Lausunto annetaan tiedoksi kokonaisuudessaan vangille.

Hovioikeuden on kuultava vankia Rikosseuraamuslaitoksen lausunnon johdosta. Vanki voi myös esittää asiassa tarpeellista selvitystä itse joko kirjallisesti tai suullisesti tai nimetä haluamiaan todistajia kuultavaksi. Myös hovioikeus voi omasta aloitteestaan päättää asiantuntijalausunnon hankkimisesta, todistelun vastaanottamisesta tai kirjallisen todisteen tai muun asiakirjan esittämisestä.

Pääsääntöisesti asiassa järjestetään suullinen käsittely, jollei se ole selvästi tarpeetonta. Suulliseen käsittelyyn kutsutaan vanki ja Rikosseuraamuslaitoksen edustaja. Jos vanki ei saavu suulliseen käsittelyyn, asia voidaan ratkaista hänen poissaolostaan huolimatta vain, jollei hovioikeus pidä hänen henkilökohtaista kuulemistaan tarpeellisena. Asiassa kertyneet asiakirjat ovat salassa pidettäviä ja asia käsitellään hovioikeudessa suljetuin ovin.

Asia ratkaistaan esittelystä asiassa esitetyn kirjallisen ja suullisen oikeudenkäyntiaineiston perusteella. Hovioikeuden tulee pyrkiä siihen, että asia olisi ratkaistavissa heti suullisen käsittelyn jälkeen (HE 262/2004 vp, s. 56). Jos asiassa on järjestetty suullinen käsittely, määräaika päätöksen antamiselle on 30 päivää suullisen käsittelyn päättymispäivästä. Jos ratkaisua ei voida erityisestä syystä antaa sanotussa määräajassa, se on annettava niin pian kuin mahdollista.

Vanki voi saada asian käsittelyä varten oikeudenkäyntiavustajan oikeusapulain (257/2002) perusteella, jos vanki ei taloudellisen asemansa vuoksi kykene itse suorittamaan sen hoitamisen vaatimia menoja. Oikeusavun myöntämisestä päättää hovioikeus. Myös vangin mahdollisesti nimeämästä todistelusta aiheutuvat kustannukset korvataan valtion varoista ilman että vangin pitäisi korvata kustannuksia takaisin valtiolle.

Koko rangaistusta vankilassa suorittavat vangit voidaan sijoittaa valvottuun koevapauteen aikaisintaan kuusi kuukautta ennen ehdonalaista vapauttamista. Jos hovioikeus päättää päästää tuomitun ehdonalaiseen vapauteen, päätöksessä on määrättävä vapauttamispäivä sekä lausuttava mahdollisesta koevapaudesta. Rikosseuraamuslaitos päättää vangin sijoittamisesta koevapauteen hovioikeuden annettua päätöksensä. Rikoslain 2 c luvun 12 §:n 2 momentin perusteella ehdonalaisten vapauttamisen peruuttaminen on mahdollista ennen ehdonalaista vapauttamista ilmitulleen rikoksen johdosta tai, jos vanki peruuttaa suostumuksensa valvottuun koevapauteen liittyvään lääkehoitoon tai jos vangin koevapaus peruutetaan velvollisuuksien törkeän tai tahallisen rikkomisen johdosta. Tällöin Rikosseuraamuslaitoksen on saatettava asia Helsingin hovioikeuden uudelleen käsiteltäväksi. Jollei koko rangaistusaikaa suorittamaan määrättyä päästetä ehdonalaiseen vapauteen, hänet voidaan kuitenkin ennen lopullista vapauttamista sijoittaa valvottuun koevapauteen valvotun koevapauden edellytysten täytyessä (ks. rikoslain 2 c luvun 8 §, kumottu L:lla 800/2017 ja laki valvotusta koevapaudesta 629/2013, 3 §). Käytännössä koko rangaistusta suorittavia ei ole juuri vapautettu ehdonalaiseen vapauteen tai koevapauteen (HE 268/2016 vp, s. 13).

### VALVOTTU KOEVAPAAUS

Ehdottomaan vankeuteen tuomittu voidaan sijoittaa vankilan ulkopuolelle enintään kuusi kuukautta ennen ehdonalaista vapauttamista. Valvotun koevapauden aikana vankia valvotaan teknisin välinein. Valvotussa koevapaudessa oleva henkilö on siten tehostetummassa valvonnassa kuin ehdonalaaisessa vapaudessa oleva henkilö. Valvotun koevapauden tarkoituksena on suunnitelmallisella ja asteittaisella vapauttamisella ylläpitää ja edistää vangin valmiuksia sijoittua yhteiskuntaan.

Vapautuslain 9 §:ssä säädetään hovioikeuden mahdollisuudesta keskeyttää vapauttavan päätöksen täytäntöönpano, jos Rikosseuraamuslaitos saattaa asian Helsingin hovioikeuteen uudelleen käsiteltäväksi. Säännös mahdollistaa täytäntöönpanon keskeytyksen esimerkiksi silloin, jos rikoksenteikijän todetaan syyllistyneen uuteen rikokseen, eikä peruuttamisasiaa ehdittäisi käsitellä hovioikeudessa ennen määrättyä vapautumisajankohtaa.

Jos vankia ei päästetä ehdonalaiseen vapauteen, asia voidaan saattaa hovioikeuden uudelleen ratkaistavaksi aikaisintaan vuoden kuluttua hylkäävästä päätöksestä.

## Yhdistelmärangaistus

Yhdistelmärangaistuksen historia ulottuu vuoteen 1931, jolloin säädettiin kroonisia rikoksenuusijoita koskenut laki vaarallisista rikoksenuusijoista (180/1932). Lain säätäminen johti vuosikymmeniä voimassa olleen pakkolaitosinstituution perustamiseen Suomessa. Vuonna 2006 voimaan tulleen vankeuslainsäädännön kokonaisuudistuksen yhteydessä järjestelmän korvasi seuraamus nimeltä koko rangaistuksen suorittaminen vankilassa. Vuonna 2018 voimaan tulleilla lainsäädäntömuutoksilla kyseinen järjestelmä korvattiin kokonaan uudella rangaistuslajilla, yhdistelmärangaistuksella. Yhdistelmärangaistus on niin ikään tarkoitettu rikoksen uusijoille. Sääntelyn taustalla on tavoite vähentää uusintarikollisuutta.

Yhdistelmärangaistuksen tuomitsemiselle on kolme edellytystä:

1. Ensinnäkin rikoksenteikijä tulee tuomita vähintään kolmen vuoden pituiseen määräaikaiseen vankeusrangaistukseen rikoslaissa määritellystä vakavasta rikoksesta (murha, tappo, surma, törkeä pahoinpitely, törkeä raiskaus, törkeä lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö, törkeä ryöstö, törkeä tuhotyö, joukkotuhonta, rikos ihmisyyttä vastaan, törkeä rikos ihmisyyttä vastaan, hyökkäysrikos, sotarikos, törkeä sotarikos, kidutus, törkeä ihmiskauppa, panttivangin ottaminen, törkeä terveyden vaarantaminen, ydinräjähdერიkos, kaappaus, terroristisessa tarkoituksessa tehty rikos tai sellaisen rikoksen yritys tai osallisuus sellaiseen rikokseen). Määräaikaista vankeusrangaistusta koskeva edellytys tarkoittaa, että yhdistelmärangaistus ei voi tulla kyseeseen, jos henkilö tuomitaan elinkautiseen vankeusrangaistukseen.
2. Toiseksi rikoksenteikijän tulee olla uutta rikosta edeltäneiden kymmenen vuoden aikana syylistynyt 1. kohdassa mainittuun rikokseen tai vaihtoehtoisesti hänen tulee olla syylistynyt tällaiseen rikokseen kolmen vuoden kuluessa yhdistelmärangaistuksesta tai elinkautisesta vankeudesta vapauduttuaan.
3. Kolmanneksi rangaistus voidaan määrätä vain, jos rikoksenteikijää on rikoksista ilmenevien seikkojen ja mielentilatutkimuksen ja siihen liittyvän vaarallisuuslausunnon perusteella pidettävä erittäin vaarallisena toisen hengelle, terveydelle tai vapaudelle.

Kolmannen edellytyksen täyttymisen arviointi edellyttää syytetyn mielentilan tutkimista ennen kuin tehdään päätös yhdistelmärangaistuksen tuomitsemisesta. Tuomioistuimen on samalla pyydettävä lausunto siitä, onko syytettyä pidettävä erittäin vaarallisena toisen hengelle, terveydelle tai vapaudelle (oikeudenkäymiskaari 17:37.3). Yhdistelmärangaistus voidaan tuomita myös silloin, kun rikoksenteikijä on syylistynyt useisiin rikoksiin (RL 2c:11.3).

Yhdistelmärangaistus poikkeaa muista vankeusrangaistuksista rangaistuksen ehdottomassa vankeudessa suoritettavan keston osalta. Yhdistelmärangaistukseen ei sovelleta ehdonalaista vapauttamista eikä valvottua koevapautta koskevia säännöksiä, jolloin rangaistukseen tuomittu henkilö joutuu suorittamaan vankeusrangaistuksensa kokonaan ehdottomassa vankeudessa. Lisäksi vankeudesta vapauduttuaan tuomittu joutuu suorittamaan vuoden mittaisen valvonta-ajan. Yhdistelmärangaistuksen tuomitsemisen edellytyksien perusteella vankeusrangaistus voi olla pituudeltaan 3–12 (vain yhden rikoksen tapauksessa) tai 3–15 vuotta (usean rikoksen tapauksessa). Yhdistelmärangaistuksen säätämisen tavoitteena on mahdollistaa asteittainen ja hallittu siirtymä yhteiskuntaan rangaistukseen kuuluvan valvonta-ajan avulla (HE 268/2016 vp, s. 14). Yhden vuoden kiinteää valvonta-aikaa perusteltiin yhdistelmärangaistuksen säätämisen yhteydessä tuomitun riskillä syyllistyä uusiin rikoksiin vapautumisen jälkeen: tutkimusten mukaan vakavien rikosten uusimisriski on suurimmillaan heti vapautumisen jälkeen ja alkaa laskea viimeistään vuoden kuluttua vapautumisesta (HE 268/2016 vp, s. 15).

Yhdistelmärangaistuksen valvonta-ajan sisällöstä ja täytäntöönpanosta säädetään laissa yhdistelmärangaistuksen täytäntöönpanosta (801/2017). Rise vastaa valvonta-ajan täytäntöönpanosta. Valvonta-ajan sisältönä on valvottavalle rangaistusajan suunnitelmassa asetettu velvollisuus pysyä asunnossaan tietty tuntimäärä vuorokaudessa, olla käyttämättä päihteitä, osallistua hänelle määrättyyn toimintaan, sitoutua valvontaan ja noudattaa muita kyseisessä laissa säädettyjä velvollisuuksia. Valvottavalle asetetaan rangaistusajan suunnitelmassa velvollisuus tehdä työtä tai osallistua valvontatapaamisiin, kuntoutukseen, toimintaohjelmiin taikka muuhun vastaavaan toimintaan, joka ylläpitää ja edistää hänen sosiaalisia valmiuksiaan ja kykyään elää rikoksetonta elämää.

Jos rikoksenteikijä rikkoo lain mukaisia velvollisuuksiaan valvonta-ajalla, hänelle voidaan rikkomuksen vakavuudesta riippuen antaa huomautus, varoitus tai muuntaa jäljellä oleva valvonta-aika ehdottomaksi vankeudeksi. Jälkimmäinen edellyttää tuomioistuimen päätöstä.

### *Vaarallisuusarvion merkitys yhdistelmärangaistuksen määräämisessä*

Vaarallisuuden arvioimisen tarkoitus on selvittää, onko henkilöä pidettävä erittäin vaarallisena toisen hengelle, terveydelle tai vapaudelle.

Lainsäädännössä käytetty termi vaarallisuus on käsitteenä epämääräinen. Lainsäädännössä tai sen esitöissä ei ole määritelty, mitä vaarallisuus tai vaarallinen henkilö tarkoittavat. Käsitteistä lienee useita erilaisia tulkintoja eri alojen asiantuntijoiden keskuudessa. Vaaran käsite tosin esiintyy rikoslaisissa useissa yhteyksissä, ja oikeuskäytännössä sekä oikeustieteessä on konkretisoitu vaaran käsitteen sisältöä pidemmälle. Vaaran tai riskin käsite on yleisesti rikosoikeudellisessa



kontekstissa yhdistetty tietynlaiseen, tyyppisesti riskialttiiseen toimintaan, jolloin tuomioistuimen on helpompaa todeta vaaran käsilläolo. Taustalla on ajatus, jonka mukaan rikosoikeudellisen vastuun ei tulisi olla riippuvainen vaarallisen toiminnan seurauksista, joiden aiheutuminen voi olla sattumanvaraista. Sen sijaan henkilön vaarallisuudessa tai väkivaltariskissä arvioinnin kohteena on toiminnan sijasta henkilö. Kysymys on tällöin sellaisten henkilön ominaisuuksien arvioinnista, jotka ilmenevät fyysisen väkivallan käyttämisenä tai sen uhkana (Eronen ym. 2007, s. 2375). Vaarallisuuden arvioinnin sijasta olisikin parempi, jos lainsäädännössä käytettäisiin vain väkivaltariskin arvioinnin käsitettä. Riski kuvastaa jonkin tapahtuman todennäköisyyttä ja siten se kuvastaisi paremmin arvioinnin luonnetta ja tavoitteita.

Lainsäädännön tavoitteisiin peilaten erittäin vaarallisella henkilöllä tarkoitetaan henkilöä, jolla on korkea riski syyllistyä uuteen vakavaan väkivaltarikokseen. Tällöin arvioinnin pyrkimyksenä on erotella arvioitavaksi tulevista henkilöistä sellaiset, joiden väkivaltariski on korkea. Henkilön vaarallisuuden on tulkittu tarkoittavan pikemminkin yleisempää abstraktista kuin konkreettista vaaraa (Pohjola 2017, s. 135). Vaarallisuuden ei siten tarvitse ilmetä esimerkiksi suorina tiettyihin henkilöihin kohdistuvina uhkauksina.

On huomattava, että vaarallisuus- tai väkivaltariskiarvio ovat asiantuntijalausuntoja, joissa asiantuntija antaa oman arvionsa henkilön vaarallisuudesta tai väkivaltariskistä. Tuomioistuin arvioi viime kädessä, onko rikoksentehtijää rikoksesta ilmenevien seikkojen sekä vaarallisuusarvion perusteella pidettävä erittäin vaarallisena toisen hengelle, terveydelle tai vapaudelle (yhdistelmärankaistus) tai ovatko ehdonalaiseen päästämisen edellytykset olemassa (ent. koko rangaistuksen suorittaminen vankilassa).

## VAARANTAMISRIKOKSET

Rikosoikeudessa vaarantamisrikoksina erotetaan tekorikokset, abstraktiset vaarantamisrikokset ja konkreettiset vaarantamisrikokset. Tekorikoksissa rangaistavaksi säädetty teko oletetaan itsessään vaaralliseksi (esim. rattijuopumus). Abstraktiset vaarantamisrikokset taas ovat rangaistavaksi säädettyjä tekoja, jotka ovat omiaan aiheuttamaan vaaraa. Konkreettista vaaran aiheutumista ei edellytetä, vaan teon on oltava sellainen, joka tyyppisesti johtaa vahinkoseurauksiin, vaikka konkreettista vahinkoa tai sen vaaraa ei aiheutuisi. Tällainen teko on esimerkiksi liikenneturvallisuuden vaarantaminen. Konkreettiset vaarantamisrikokset taas edellyttävät, että teolla on tosiasiaa aiheutettu vaaraa. Vaarantamisrikokset eivät ole sinänsä rikoksentehtijän vaarallisuuden arvioinnin kannalta merkityksellisiä, mutta ne havainnollistavat, että vaaran käsitettä käytetään rikosoikeudessa useassa merkityksessä.

Vaarallisuusarviolla on kuitenkin käytännössä erittäin keskeinen asema nykyisen yhdistelmärangaistuksen vaarallisuutta koskevan edellytyksen täyttymistä arvioitaessa. Korkein oikeus totesi ratkaisussaan KKO 2017:28, että asianmukaisesti suoritetun mielentilatutkimuksen yhteydessä laaditulle vaarallisuutta koskevalle lausunnolle ja siinä tehdyille johtopäätöksille voidaan lähtökohtaisesti antaa merkittävä painoarvo vaarallisuutta koskevassa kokonaisarviossa, erityisesti silloin kun sen tulokset ovat selkeät. Vaarallisuusarvio ei kuitenkaan sido tuomioistuinta. Asian oikeudellisessa arvioinnissa on otettava huomioon vaarallisuusarviosta ilmenevän ohella muutkin rikoslain 2 c luvun 11 §:ssä tarkoitettut seikat. Merkityksellisiä seikkoja asian kokonaisarvioinnissa voivat olla muun ohella aikaisempien rikosten vakavuuteen, tekotapaan ja -tilanteeseen liittyvät seikat sekä väkivalta-käyttäytymisen riskitekijät ja siltä suojaavat tekijät (ratkaisun kohta 20).

Vuosina 2006–2014 Suomessa koko rangaistuksen suorittamista vankilassa koskevan vaatimuksen johdosta suoritetuissa vaarallisuusarvioissa 96 prosenttia tutkituista todettiin erittäin vaaralliseksi toisen hengelle, terveydelle tai vapaudelle (n = 73). Näissä tapauksissa tuomioistuimen kanta rikoksenteijän vaarallisuudesta poikkesi rikoksenteijän tutkineen lääkärin kannasta vain neljässä prosentissa tapauksista (Pohjola 2017, s. 373–375). Vuonna 2021 julkaistun tutkimukseen mukaan vuosina 2006–2019 koko rangaistuksen suorittamista vankilassa tai yhdistelmärangaistusta koskevan vaatimuksen johdosta suoritetuissa vaarallisuusarvioissa 97,3 prosenttia tutkituista todettiin tutkineen lääkärin toimesta erittäin vaaralliseksi toisen hengelle, terveydelle tai vapaudelle (n = 111) (Joelsson ym. 2021). Tutkimustuloksista voidaan päätellä ensinnäkin, että vaarallisuusarvioinneissa lähes poikkeuksetta päädytään toteamaan tutkittava erittäin vaaralliseksi toisen hengelle. Toiseksi tuomioistuimet hyvin harvoin poikkeavat vaarallisuusarvion lopputuloksesta omassa arviossaan. Tämän vankiryhmän uusimisprosentti on ryhmän poikkeuksellisuudesta huolimatta koko vankipopulaation keskimääräistä tasoa (viiden vuoden seuranta-ajalla 39 %) (Tolvanen ym. 2021, s. 97).

### *Tuomioistuinmenettely yhdistelmärangaistusta määrättäessä*

Yhdistelmärangaistukseen tuomitseminen käynnistyy tavallisen rikosasian tuomioistuinkäsittelyn tavoin rikosasian tullessa vireille tuomioistuimeen. Rikosasia tulee vireille, kun syyttäjän haastehakemus saapuu kansliaan tai, jos syyttäjä antaa haasteen, kun haaste annetaan tiedoksi (laki oikeudenkäynnistä rikosasioissa 689/1997, ROL, 5 luku 1 §). Haasteessa syyttäjän tulee muun ohella ilmoittaa rangaistusvaatimuksensa.

RL 2 c luvun 11 §:n mukaan yhdistelmärangaistus voidaan määrätä vain syyttäjän vaatimuksesta. Tuomioistuin ei siis voi määrätä yhdistelmärangaistusta viran puolesta, vaikka tuomioistuin lopulta päättääkin siitä, täytyvätkö rangaistuksen määräämisen edellytykset. Syyttäjän tulee siten haastehakemuksessaan nimenomaisesti vaatia yhdistelmärangaistusta, jotta sen määräämiseen johtava prosessi voi alkaa.

Asian tultua vireille tuomioistuimen on ratkaistava ensin välituomiolla kysymys siitä, onko vastaajan, eli syytetyn, näytetty menetelleen syytteessä kuvatulla rangaistavaksi säädetyllä tavalla (ROL 11 luku 5 a §). Ennen välituomion antamista järjestetään pääkäsittely, jossa asiaa käsitellään. Sen jälkeen tuomioistuimen on ratkaistava, onko syytteessä väitetty konkreettinen teko näytetty tai miltä osin väitetty teonkuvaus on näytetty. Tuomioistuimen olisi siten otettava kantaa siihen, onko syytteen mukaisen teon tunnusmerkistö täytynyt ainakin sellaiselta osalta, että kysymyksessä on rangaistavaksi säädetty teko. Tuomioistuimen ei tarvitse päätösharkinnassaan päätyä juuri siihen tekoon, josta vastaajaa syytetään. Sääntelyn tarkoituksena on turvata, että sellaista henkilöä, joka todetaan syyttömäksi, ei määrätä mielentilatutkimukseen (HE 271/2004 vp, s. 57/I–II).

Kun tuomioistuin on välituomiossaan todennut vastaajan menetelleen syytteessä kuvatulla rangaistavaksi säädetyllä tavalla, asia etenee mielentilatutkimusvaiheeseen OK 17 luvun 37 §:n 3 momentissa säädetyllä tavalla. Syyttäjän ei tarvitse erikseen vaatia mielentilatutkimusta, vaan tuomioistuimen tulee se pyytää, jos syyttäjä on vaatinut yhdistelmärangaistusta ja sen määräämisen edellytykset muutoin täyttyvät (Pölonen ja Tapanila 2015, s. 428).

Mielentilatutkimusprosessista säädetään mielenterveyslain (1116/1990) 15 ja 16 §:ssä. Jos tuomioistuin määrää rikoksesta syytetyn mielentilan tutkittavaksi, syytetty saadaan ottaa mielentilatutkimusta varten sairaalaan ja pitää siellä tahdostaan riippumatta. Tuomioistuimen on määrättyään rikoksesta syytetyn mielentilatutkimukseen viipymättä toimitettava asiakirjat THL:lle. THL määrää, missä mielentilatutkimus suoritetaan ja, jos se suoritetaan sairaalan ulkopuolella, kuka sen suorittaa. Mielentilatutkimus on toimitettava ja lausunto rikoksesta syytetyn mielentilasta on annettava THL:lle viimeistään kahden kuukauden kuluttua mielentilatutkimuksen aloittamisesta. Vaarallisuuden arvioimisesta tai lausunnon sisällöstä ei ole olemassa tarkempaa sääntelyä. Näiden osalta noudatetaan THL:n julkaisemaa mielentilatutkimus- ja vaarallisuusarvio-opasta.

Kun mielentilatutkimus vaarallisuusarvioineen on saatu päätökseen, THL:n oikeuspsykiatristen asioiden lautakunta käsittelee mielentilatutkimus- ja vaarallisuusarviolausunnon. Lautakunta antaa asiassa oman, suppean mielentila- ja vaarallisuuslausuntonsa pohjautuen kaikkeen tutkittavasta tutkimuksen aikana kertyneeseen aineistoon. Sen jälkeen tutkimusasiakirjat ja molemmat lausunnot toimitetaan tuomioistuimelle. Mielentilatutkimuksessa ja vaarallisuusarviossa esitetyt asiantuntija-arviot eivät sido tuomioistuinta. Tuomioistuinkäytännössä ei kuitenkaan erityisen usein poiketa vaarallisuusarvion lopputuloksesta, sillä tuomioistuimen mahdollisuudet arvioida itsenäisesti syytetyn mielentilaa ja vaarallisuutta ovat rajalliset.

## Elinkautisen vankeusrangaistuksen vapauttamisharkinta

Väkivaltariskiä arvioidaan myös vangin hakiessa elinkautisesta vankeudesta ehdonalaiseen vapauteen. Elinkautisvankien vapauttamisesta säädetään yleisesti rikoslaissa ja yksityiskohtaisemmin elinkautisvankien vapauttamisesta annetussa laissa (781/2005, vapauttamislaki). Elinkautisvanki voidaan päästää ehdonalaiseen vapauteen RL 2 c luvun 10 §:n 1 momentin mukaan aikaisintaan silloin, kun vankilassaoloaikaa on kertynyt 12 vuotta. Alle 21-vuotiaana elinkautiseen vankeusrangaistukseen johtaneen rikoksen tehneen osalta määräaika on 10 vuotta. Määräajat ovat ensimmäisiä mahdollisia ajankohtia ehdonalaiseen pääsemiseksi, mutta varsinaisesti vapauttamisesta päättää Helsingin hovioikeus arvioituaan muiden, harkinnanvaraisten ehdonalaiseen pääsemiseksi säädettyjen edellytysten toteutumista.

Rikoslain mukaan elinkautisvangin ehdonalaista vapauttamista harkittaessa kiinnitetään huomiota:

- elinkautiseen vankeusrangaistukseen johtaneen rikoksen tai rikosten laatuun;
- muihin rangaistuksiin, jotka elinkautinen vankeusrangaistus käsittää tai jotka on tehty vankilassaoloaikana;
- tuomitun muuhun mahdolliseen myöhempään rikollisuuteen, sekä
- siihen, onko vangin mahdollisesti esittämien uhkausten tai hänen käyttöksensä perusteella olemassa ilmeinen törkeän rikoksen uusimisen vaara.

Lisäksi vapauttamisharkinnassa otetaan huomioon rangaistusajan suunnitelman toteutuminen ja vankila-aikainen käyttäytyminen muutenkin, sekä siinä voidaan myös ottaa huomioon vangin sitoutuminen noudattamaan valvotusta koevapaudesta annetun lain (629/2013) 4 §:ssä tarkoitettua lääkehoitoa ja siihen mahdollisesti liitettyä muuta hoitoa ja tukea koskevia ehtoja.

Mainituista edellytyksistä voi huomata, ettei väkivaltariskiarviota vapauttamisharkinnan edellytyksenä mainita rikoslaissa. Arvion tekeminen perustuu varsinaisesti elinkautisvangin vapauttamislakiin, jonka 1 §:ssä säädetään väkivaltariskiarvion tekemisestä osana vapauttamisasian käsittelyä. Kun elinkautisvanki tai Rikosseuraamuslaitos (Rise) tekee Helsingin hovioikeudelle hakemuksen vangin päästämisestä ehdonalaiseen vapauteen, tulee Risen antaa hakemuksen johdosta lausuntonsa. Vuonna 2011 lain 1 §:n 2 momenttiin tehdyn muutoksen (737/2011) myötä lausuntoon on lisäksi liitettävä arvio vangin riskistä syyllistyneä väkivaltarikokseen. Rise pyytää arvion tekemistä Vankiterveydenhuollon yksiköltä. Väkivaltariskiarvio ei siis varsinaisesti kuulu vapauttamisharkinnan perusteisiin, vaan sen tarkoitus on tarjota hovioikeudelle lisää tietoa vapauttamisharkinnan tueksi (HE 279/2010 vp, s. 15/II).

Elinkautisvankien lukumäärä on kolminkertaistunut viimeisten kahden vuosikymmenen aikana. Vuonna 2022 vankeja oli yhteensä 185 (vuonna 2023 194). Keskimääräinen vapautumisaika oli vuonna 2022 14,5 vuotta (vuonna 2020 15,3 vuotta) (Rikosseuraamuslaitoksen tilastoja 2022, s. 30).

Elinkautisvankien määrän kasvuun liittyy etenkin syyntakeisuussäätelyssä tapahtuneisiin muutoksiin ja viimeisen 30 vuoden kuluessa alentunutta syyntakeisuutta koskevan rikoslain säännöksen soveltamistiheyden merkittävään laskuun. Selitys liittyy murhan rangaistussäännöksiin. Syyntakeiselle rikosentekijälle voidaan määrätä murhasta ainoastaan elinkautinen vankeusrangaistus. Alentuneesti syyntakeinenkin voidaan niin ikään tuomita murhasta täyteen rangaistukseen eli elinkautiseen vankeuteen, mutta säännönmukaisesti rangaistus on näissä tapauksissa määräaikainen vankeusrangaistus. Alentuneen syyntakeisuuden soveltamisalan kaventuminen kasvattaa siten suoraan elinkautiseen tuomittujen määrää (Ahlgrén-Rimpiläinen ym. 2021, s. 11 ja 221–222). Samalla pitenevät myös määräaikaisten rangaistusten pituudet.

### *Väkivaltariskiarvion merkitys elinkautisvankien vapauttamisharkinnassa*

Elinkautisvangista laaditussa väkivaltariskiarviossa tulee vapauttamislain 1 §:n mukaan ottaa kantaa vangin riskiin syyllistyä väkivaltarikokseen. Arvioinnin tarkoituksena on selvittää arvioitavan henkilön todennäköisyyttä syyllistyä tulevaisuudessa ulkopuoliseen henkilöön kohdistuneeseen väkivaltaiseen tekoon.

Riskiä arvioidaan asteikolla matala, keskisuuri ja korkea. Vuonna 2021 julkaistun tutkimuksen mukaan vuosina 2011–2020 väkivaltariski on arvioitu matalaksi 19,2 prosentissa, keskisuureksi 53,5 prosentissa ja korkeaksi 23,7 prosentissa tapauksista (Tolvanen ym. 2021, s. 84). Vaikka arvioiden lopputulokset painottuvat keskisuuren ja korkean väkivaltariskin tapauksiin, on elinkautisvankien uusintarikollisuus kyseisen tutkimuksen mukaan muiden vankien uusintarikollisuutta huomattavasti alhaisempaa (elinkautisvangeilla 12,7 %, muilla vangeilla 48,1 %). Muun muassa tästä syystä väkivaltariskiarvioiden käyttäminen elinkautisvankien vapauttamisharkinnan perusteena ei vaikuta kovin perustellulta.

Väkivaltariskiarviolle annettava painoarvo vapauttamisharkinnassa on tällä hetkellä lainsäädännöllisesti epäselvä. Arvion tulisi olla hovioikeuden päätöksenteossa tausta-aineistoa, eikä se ole varsinaisesti vapauttamisharkinnan edellytys, vaikka riskiarviolla on kuitenkin hovioikeuden vapauttamiskäytännössä ollut merkitystä. Merkitys on kuitenkin vaihdellut arvioidun riskitason ja muiden vapauttamisharkinnassa huomioitavien seikkojen mukaan (Tolvanen ym. 2021, s. 134–135 ja 137). Väkivaltariskiarvion käyttämiseen vapauttamisharkinnassa liittyy muitakin ongelmia. On epäselvää, mihin elinkautisvangin väkivaltariskiä tosiasiaassa verrataan silloin, kun tehdään arvio väkivaltariskistä: onko riski kohonut toisiin elinkautisvankeihin nähden, vankien keskuudessa vai yleisesti ottaen kaikkien kansalaisten suhteen. Sen lisäksi riskin arvioinnissa arvioidaan samoja

seikkoja, jotka huomioidaan myös sovellettaessa rikoslaissa säädettyjä elinkautisvangin ehdonalaista vapauttamista koskevia säännöksiä, jolloin elinkautisvangin vapauttamista estävät näkökohdat saattavat kertautua vangin vahingoksi. Tämä on rikosoikeuden perusperiaatteiden vastaista (ks. lisää Tolvanen ym. 2021, s. 136–137 ja 166).

### *Tuomioistuinmenettely elinkautisvankeja vapautettaessa*

Elinkautisvankien vapauttamismenettelystä säädetään laissa elinkautisvankien vapauttamismenettelystä. Laki oli vuoteen 2018 asti nimeltään laki pitkäaikaisvankien vapauttamismenettelystä, ja se koski elinkautisvankien vapauttamismenettelyn lisäksi koko rangaistuksen vankilassa suorittamaan tuomittujen vapauttamismenettelyä. Siten elinkautisvankien ehdonalaiseen vapauttamisessa noudatetaan pitkälti vastaavia periaatteita kuin koko rangaistuksen vankilassa suorittamaan tuomittujen osalta (ks. edellä jakso Tuomioistuinmenettely päästettäessä koko rangaistuksen vankilassa suorittamaan tuomittu ehdonalaiseen vapauteen).

Vastaavasti kuin koko rangaistusta vankilassa suorittavien vapauttamismenettelyn osalta, menettely käynnistyy vangin, tai poikkeuksellisesti esimerkiksi vangin alentuneen toimintakyvyn vuoksi Risen Helsingin hovioikeudelle tekemällä hakemuksella, jonka johdosta Risen on annettava lausunto hovioikeudelle. Hakemus hovioikeudelle voi olla hyvin yksinkertainen, riittävää on että siinä pyydetään ehdonalaista vapauttamista elinkautisesta vankeusrangaistuksesta. Risen on lausunnossaan todettava, puoltaako vai vastustaako se vapauttamista ja onko vanki määrättävä rikoslain 2 c luvussa tarkoitettuun valvottuun koevapauteen. Lausuntoon on liitettävä keskushallintoyksikön arvio vapauttamisen edellytyksistä ja muu vankia koskeva selvitys (ks. edellä jakso Tuomioistuinmenettely päästettäessä koko rangaistuksen vankilassa suorittamaan tuomittu ehdonalaiseen vapauteen).

Lausuntoon on lisäksi liitettävä arvio vangin riskistä syyllistyä väkivaltarikokseen. Käytännössä Rise pyytää Psykiatriselta vankisairaaltal lausunnon väkivaltariskiarviosta sekä Rikosseuraamuslaitoksen arviointikeskuksen ja vankilan lausunnot. Rise antaa hovioikeudelle lausuntonsa edellä mainittujen lausuntojen ja riskiarvion sekä rekisteritietojen perusteella arvioiden myös vapauttamiskäytännön yhdenmukaisuutta (Oikeusministeriön arviomuistio 2019, s. 7).

Väkivaltariskiarvio vastaa käytännössä yhdistelmärangaistuksen määräämisen ja koko rangaistusta vankilassa suorittavan ehdonalaiseen vapauteen päästämisen yhteydessä laadittavaa vaarallisuusarviota. Elinkautisvangin väkivaltariskiarvioon kuuluvat aina myös suositukset uusimisriskin vähentämiseksi. Kun väkivaltariskiarvio on valmis, sitä ei käsitellä THL:n oikeuspsykiatristen asioiden lautakunnassa, toisin kuin niitä arvioita, jotka tehdään yhdistelmärangaistusta määrättäessä ja koko rangaistusta vankilassa suorittavien vapauttamisasian käsittelyn yhteydessä. Tämä tarkoittaa, että Psykiatrinen vankisairaala toimittaa lausuntonsa suoraan Rislle, joka toimittaa oman lausuntonsa hovioikeudelle.

Käsittely hovioikeudessa vastaa muutoin koko rangaistusta vankilassa suorittamaan tuomittujen ehdonalaishakemuksen käsittelyä (ks. edellä jakso Tuomioistuimenmenettely päästettäessä koko rangaistuksen vankilassa suorittamaan tuomittu ehdonalaiseen vapauteen). Hovioikeus päättää vapauttamisesta kirjallisen ja suullisen oikeudenkäyntiaineiston perusteella.

Elinkautisvankia ei voida vapauttaa, jos tuomioistuin kaikki lain mukaan asiaan vaikuttavat tekijät huomioon otettuaan katsoo, että vapauttamista puoltavia seikkoja ei ole riittävästi. Elinkautisvankia ei myöskään Helsingin hovioikeuden tulkinnan mukaan voida vapauttaa, jos hänestä ei ole tehty lääketieteellistä arviointia. Käytännössä tällainen arvio on ollut väkivaltariskiarvio (Oikeusministeriön arviomuistio 2019, s. 5). Vaikka hovioikeus hyväksyisi ehdonalaista vapauttamista koskevan hakemuksen, se ei välttämättä päästä vankia heti ehdonalaiseen vapauteen. Vapauttamispäivä on toisinaan määrätty huomattavan pitkänkin ajan päähän, jopa vuoden tai kahden päähän hovioikeuden päätöksestä (Tolvanen ym. 2021, s. 105)

Jos vankia ei päästetä ehdonalaiseen vapauteen, riskiarviota voidaan hyödyntää suunniteltaessa hänelle vankilassa toteutettavia väkivallan vähentämiseen tähtäviä ja muita käyttäytymiseen vaikuttavia toimintoja ja toimintaohjelmia. Jos vanki päästetään ehdonalaiseen vapauteen, riskiarvion tuloksia voidaan käyttää hyväksi valvonta-ajan toimenpiteiden suunnittelussa ja toteuttamisessa (Oikeusministeriön arviomuistio 2019, s. 5). Rikosseuraamuslaitoksen arviointikeskuksen, vankilan tai yhdyskuntaseuraamustoimiston johtajalla taikka hänen määräämällään toiminnoista vastaavalla virkamiehellä on oikeus saada kirjallinen lausunto väkivaltariskiarvion johtopäätöksistä arvioidun väkivaltariskin nojalla järjestettävän toiminnan suunnittelemiseksi ja toteuttamiseksi (vankiterveydenhuollon yksiköstä annettu laki 1635/2015, 6 §).

Ennen kuin elinkautiseen vankeuteen tuomittu päästetään ehdonalaiseen vapauteen, hänet voidaan sijoittaa valvottuun koevapauteen. Tämä on mahdollista aikaisintaan kun rangaistuksesta on suoritettu yksitoista vuotta kuusi kuukautta (paitsi jos rikos on tehty alle 21-vuotiaana, jolloin koevapauteen voi päästä kun rangaistusta on suoritettu yhdeksän vuotta kuusi kuukautta). Jos Rise katsoo, että ennen ehdonalaista vapauttamista ilmi tulleen rikoksen tai valvotusta koevapaudesta annetun lain 23 §:n 1 momentissa tarkoitettua suostumuksen peruuttamisen tai mainitun lain 26 §:n 1 momentissa tarkoitettua koevapauden peruuttamisen vuoksi ehdonalaista vapauttamista on harkittava uudelleen, sen on saatettava asia Helsingin hovioikeuden uudelleen käsiteltäväksi. Uudella ilmi tulleella rikoksella tarkoitetaan sellaista rikosta, joka on tullut ilmi ehdonalaista vapauttamista koskevan päätöksen jälkeen ja jota ei siten ole voitu ottaa huomioon ehdonalaista vapauttamisesta päätettäessä. Uudelleen käsittely voi perustua myös rikosepäilyyn (HE 54/2010 vp, s. 14/II). Samoin on meneteltävä valvotusta koevapaudesta annetun lain (629/2013) 28 §:ssä ja vankeuslain (767/2005) 3 luvun 7 §:ssä tarkoitetuissa rangaistusajaksi lukemista koskevissa asioissa.

Vanki tai Rikosseuraamuslaitos voivat hakea hovioikeuden päätökseen muutosta korkeimmalta oikeudelta valittamalla, jos korkein oikeus myöntää valitusluvan. Vuosina 2000–2022 korkein oikeus on antanut vain kolme elinkautisesta vankeudesta ehdonalaiseen päästämistä koskevaa ratkaisua (KKO 2008:110, 2019:89 ja julkaisematon ratkaisu 761/2020 asiassa R2019/857).

## Asiantuntijuus oikeuspsykiatrisissa asioissa

Syytetyn tai rikokseen syyllistyneen mielentilaa sekä vaarallisuutta tai väkivaltariskiä koskevassa asiassa tuomioistuimen ulkopuolinen asiantuntijuus on korostuneessa asemassa, sillä tuomioistuimella ei yleensä ole tosiasiallisia mahdollisuuksia arvioida rikokseen syyllistyneen henkilön vaarallisuutta tai väkivaltariskiä itsenäisesti. Sen vuoksi pääsääntöisesti henkilön syyntakeisuutta, vaarallisuutta ja väkivaltariskiä koskevan asian käsitteleminen tuomioistuimessa edellyttää erillistä asiantuntijan suorittamaa arviota. Mielentilatutkimuslausunto, vaarallisuuslausunto, väkivaltariskiarvion antaneen terveydenhuollon ammattihenkilön lausunto sekä THL:n oikeuspsykiatristen asioiden lautakunnan lausunto ovat oikeudellisilta luonteiltaan asiantuntijalausuntoja. Näin ollen olennaisia ovat yleiset asiantuntijatodistelua koskevat säännökset, joista säädetään oikeudenkäymiskaarsa.

Yleiset säännökset asiantuntijatodistelusta sisältyvät oikeudenkäymiskaaren 17 luvun 34–37 §:ään. Asiantuntijaa kuullaan erityisiä tietoja vaativista kokemussäännöistä sekä niiden soveltamisesta asiassa ilmenneisiin seikkoihin. Asiantuntijalla tarkoitetaan siten henkilöä, jota kuullaan asiantuntemuksen perusteella oikeudenkäynnin kannalta olennaisista tieteellisistä tai kokemukseen perustuvista lainalaisuuksista tai syysuhteista (Pölonen ja Tapanila 2015, s. 417). Asiantuntija eroaa todistajasta monessa suhteessa, mutta erityisesti todistelun kohteessa. Kun todistajaa kuullaan hänen omista kokemuksistaan ja havainnoistaan, asiantuntijaa kuullaan yleensä tieteellisistä kokemussäännöistä. Asiantuntijatodistelu perustuu siis erityisasiantuntemukseen, eikä asiantuntijan omakohtaisiin havaintoihin (Frände 1999, s. 384).

Pääsääntöisesti asiantuntija antaa lausuntonsa kirjallisesti. Kun asiantuntijalausunto on pyydetty viranomaiselta, tuomioistuimelle tulisi myös ilmoittaa, keneltä henkilöltä voidaan saada tarkempia tietoja lausunnon sisällöstä (HE 46/2014 vp, s. 98/II). Asiantuntijaa voidaan kuulla tuomioistuimessa suullisesti, jos se on tarpeen asiantuntijan lausunnon epäselvyyksien, puutteellisuuden tai ristiriitaisuuksien poistamiseksi tai tuomioistuin katsoo sen muusta syystä tarpeelliseksi tai asianosainen sitä pyytää eikä kuuleminen ole ilmeisesti merkityksetöntä. Vaarallisuutta tai väkivaltariskiarviota sekä mielentilan tutkimista koskevissa asioissa lienee epätavallista, että lausunnon antaja kutsuttaisiin kuultavaksi oikeudenkäyntiin.

Oikeudenkäymiskaaren mukaan asiantuntijan on oltava rehelliseksi ja alallaan taitavaksi tunnettu. Tällä tarkoitetaan asiantuntijan yleistä kelpoisuutta. Lisäksi asiantuntijalla tulee olla erityinen kelpoisuus: asiantuntijana ei saa toimia se, joka



on asiaan tai asianosaiseen sellaisessa suhteessa, että hänen puolueettomuutensa vaarantuu. Käytännössä nämä edellytykset yleensä täyttyvät mielentilan tutkimista sekä vaarallisuuden ja väkivaltariskin arviointia koskeissa asioissa, jos arvion toteuttaa virkasuhteessa oleva terveydenhuollon ammattihenkilö, jonka pätevydestä on huolehdittu lainsäännöksiin. Tällöin asiantuntijana toimiminen kuuluu tutkimuspaikkana olevaan sairaalaan virkasuhteessa olevan henkilön virkavelvollisuuksiin.

Oikeuspsykiatrisissa asioissa on korostuneen tärkeää huolehtia asiantuntijatoiminnan asianmukaisuudesta, sillä rikoksentehtävistä laadittu mielentilatutkimus, vaarallisuuslausunto tai väkivaltariskiarvio voi olla ja tavallisesti myös on tuomioistuimen päätöksenteossa keskeisessä asemassa. Sen lisäksi arvion lopputulemalla voi olla suora vaikutus esimerkiksi vankeuden kestoan, eikä arvioitavalla itsellään yleensä ole aitoa mahdollisuutta riitauttaa lausunnon johtopäätöksiä. Siten vaikka asiantuntijan kelpoisuus ei yleensä muodostu ongelmaksi tässä asiaryhmässä, on asiantuntijan huolehdittava, että hän myös toteuttaa tehtävänsä puolueettomasti ja objektiivisesti, jotta oikeudenkäynti olisi rikoksentehtävälle mahdollisimman oikeudenmukainen. On välttämätöntä, että rikoksentehtävistä laadittu lausunnon antanut asiantuntija hoitaa tehtävänsä ilman ennakkokäsityksiä ja pelkästään ammattitaitonsa tai tieteellisen pätevyytensä tuoman asiantuntijuuden perusteella (ks. Pölönen ja Tapanila 2015, s. 422–424).

Käsittelyn asianmukaisuuteen ja arvioinnin kohteena olevan oikeusturvan toteutumisen kannalta myös lausunnon sisällöllisillä seikoilla on merkitystä. Lausunnossa tuodaan selkeästi ja perustellen esille kaikki syntyneen vaarallisuuden tai väkivaltariskin kannalta merkittävä tieto. Lausunnon ei ole asetettu lainsäädännössä erityisiä sisällöllisiä vaatimuksia, joten tältä osin noudatetaan THL:n vuonna 2018 päivittämää mielentilatutkimus- ja vaarallisuusarvio-opasta.

Mielentilalausunnon osalta keskeistä on kuvata ja arvioida tutkittavan psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä erityisesti rikoksen tekoajankohtana ja suhteessa siihen. Lausunnossa tuodaan siten erityisesti esiin ne seikat, joilla on merkitystä syntyneen vaarallisuuden arvioinnissa ja hoitoonmääräämisen edellytysten arvioinnissa.

Vaarallisuutta tai väkivaltariskiä koskevilla lausunnoilla selostetaan arvio rikoksentehtävien potentiaalisesta riskistä, siihen vaikuttavista mekanismeista ja syistä. Vaarallisuutta tai väkivaltariskiä koskevassa lausunnossa tulisi myös tuoda esiin puolesta ja vastaan perusteita arvion johtopäätöksille, sekä tieto siitä, jos kyse on ollut rajatapauksesta tai jos johtopäätöksistä on epävarmuutta. Sen lisäksi lausuntoon tulee sisällyttää tieto arvioissa hyödynnettyjen arviointimenetelmien käytöstä, niiden luotettavuudesta ja rajoitteista. Yhdistelmärankaistusta ja koko rangaistuksen vankilassa suorittavien ehdonalaisharkintaa varten laadituista vaarallisuusarvioista on syytä erikseen arvioida riskiä hengelle, terveydelle tai vapaudelle. Lain mukaan henkilön vaaralliseksi katsomiseksi riittää, että henkilöä voidaan pitää vaarallisena joko hengelle, terveydelle tai vapaudelle. Johtopäätöksiin sisällytetään myös tapahtumat ja olosuhteet, jotka lisäävät tai vähentävät riskiä, eli altistavat, laukaisevat, ylläpitävät, estävät ja suojaavat tekijät.

Edelleen on huomattava, että syntyneisyyttä, vaarallisuutta tai väkivaltaris-  
kiä koskeva lausunto laaditaan tuomioistuimen päätöksentekoa varten. Lausun-  
toa arvioivalla tuomarilla ei todennäköisesti ole asiasta juuri oikeuspsykiatrista  
tai muuta ulko-oikeudellista asiantuntemusta, jolloin riski erilaisten virhepää-  
telmien tekemiseen on todellinen. Tuomioistuimen tulisi siitä huolimatta kyetä  
arvioimaan lausunnon näyttöarvoa itsenäisesti, jotta tuomiovalta säilyisi aidosti  
tuomioistuimella. Tämän vuoksi asiantuntijalausunto tulee pyrkiä kirjoittamaan  
niin, että oikeuspsykiatriaan perehtymätön henkilö ymmärtää sen sisällön. Lau-  
sunnossa pitääkin käyttää hyvää yleiskieltä ja neutraalia ilmaisua.

## Kirjallisuutta

- Ahlgrén-Rimpiläinen A, Puusa M. Mielen-  
tilatutkimus- ja vaarallisuusarvio-opas.  
PunaMusta Oy, Tampere 2018.
- Ahlgrén-Rimpiläinen A, Elenij C, Joelsson P,  
Kaarre H, Kolehmäinen H, Lappi-Seppälä  
T, Lauerma H, Lauri M, Melander S, Niinis-  
tö K, Rautanen M, Törölä M. Mielentilatut-  
kimusten väheneminen ja väkivaltarikol-  
listen psykiatrinen hoito. Valtioneuvoston  
selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja  
2021:30. Helsinki 2021.
- Eronen M, Kaltiala-Heino R, Kotilainen I.  
Vaarallisuuden arviointi – Missä tilanteissa  
ja miten väkivaltaisuuden vaaraa arvioidaan  
Suomessa. Lääketieteellinen aikakauskirja  
Duodecim 2007;123(19):2375–80.
- Frände D. Finsk straffprocessrätt. Forum Iuris:  
Publikationer från juridiska fakulteten vid  
Helsingfors universitet. Helsingfors 1999.
- Hallituksen esitys eduskunnalle vankeutta ja  
ehdonalaista vapauttamista koskevaksi  
lainsäädännöksi, HE 262/2004 vp.
- Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi oikeu-  
denkäynnistä rikosasioissa annetun lain,  
oikeudenkäymiskaaren ja eräiden muiden  
lakien rikosasioiden käsittelyä käräjäoikeu-  
dessa koskevien säännösten muuttamisesta,  
HE 271/2004 vp.
- Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi rikoslain  
2 c luvun muuttamisesta, HE 54/2010 vp.
- Hallituksen esitys eduskunnalle rikosseuraa-  
musalan organisaatiouudistukseen liittyvien  
lakien muuttamisesta, HE 279/2010 vp.
- Hallituksen esitys eduskunnalle oikeudenkäymis-  
kaaren 17 luvun ja siihen liittyvän todistelua  
yleisissä tuomioistuimissa koskevan lainsää-  
dännön uudistamisesta, HE 46/2014 vp.
- Hallituksen esitys eduskunnalle yhdistelmäran-  
gaistusta koskevaksi lainsäädännöksi, HE  
268/2016 vp.
- Hallituksen esitys eduskunnalle perustuslakien  
perusoikeussäännösten muuttamisesta, HE  
309/1993 vp
- Hallituksen esitys eduskunnalle rikosoikeuden  
yleisiä oppeja koskevan lainsäädännön  
uudistamisesta, HE 44/2002 vp
- Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi oikeu-  
denkäynnistä rikosasioissa annetun lain,  
oikeudenkäymiskaaren ja eräiden muiden  
lakien rikosasioiden käsittelyä käräjäoikeu-  
dessa koskevien säännösten muuttamisesta,  
HE 271/2004 vp
- Hallituksen esitys eduskunnalle tuomittujen  
siirtoa Euroopan unionissa koskevan pui-  
tepäätöksen sekä valvontatoimenpiteiden  
ja vaihtoehtoisten seuraamusten siirtoa Eu-  
roopan unionissa koskevan puitepäätöksen  
kansallista täytäntöönpanoa ja soveltamista  
koskeviksi ja eräiksi niihin liittyviksi laeiksi,  
HE 10/2011 vp
- Hallituksen esitys eduskunnalle vammaisten  
henkilöiden oikeuksista tehdyn yleisso-  
pimuksen ja sen valinnaisen pöytäkirjan  
hyväksymisestä sekä laeiksi yleissopi-  
muksen ja sen valinnaisen pöytäkirjan  
lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten  
voimaansaattamisesta ja eduskunnan oikeu-  
sasiamiehestä annetun lain muuttamisesta,  
HE 284/2014 vp
- Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi valtio-  
neuvoston oikeuskanslerin ja eduskunnan  
oikeusasiamiehen tehtävien jaosta, HE  
179/2021 vp

- Hartoneva A, Mohell U, Pajuoja J, Vartia M. Yhdyskuntaseuraamukset ja vankeus. Tietosanoma, Tallinna 2016.
- Hirvelä H, Heikkilä P. Ihmisoikeudet. Käsikirja EIT:n ratkaisukäytäntöön. Alma Talent, Helsinki 2017.
- Joelsson P, Repo K, Ahlgrén-Rimpiläinen A. Particularly dangerous offenders in Finland – need for substance use rehabilitation? *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2021;32(5):752–758.
- Matikkala J. Rikosoikeudellinen seuraamusjärjestelmä. Edita, Helsinki 2021.
- Melander S. Rikosvastuun yleiset edellytykset. Tietosanoma, Helsinki 2016.
- Melander S. Alentunut syyntakeisuus – oikeudellisesti tarpeellinen mutta vaikea käsite. *Duodecim* 2021, s. 2457–2458.
- Oikeusministeriö (2019): Elinkautisvankeja koskeva lainsäädäntö ja vapauttamismenettelyn kehittämistarpeet. Arviomuistio, oikeusministeriö 11.12.2019.
- Oikeusministeriö (2023): Vaarallisimpien väkivaltarikollisten vapauttamisen edellytykset. Vapauttamista koskevien säännösten ja käytäntöjen arviointi. Oikeusministeriön julkaisu, mietintöjä ja lausuntoja 2023:11 (verkkajulkaisu).
- Pohjola A. Vaarallinen rikoksenteekijä? Tutkimus rikosenteekijän vaarallisuuden arvioinnista rikosoikeudellisessa seuraamusjärjestelmässä. Suomalainen lakimiesyhdistys, Helsinki 2017.
- Pölonen P, Tapanila A. Todistelu oikeudenkäynnissä. Tietosanoma, Helsinki 2015.
- Tapani J, Tolvanen M, Hyttinen T. Rikosoikeuden yleinen osa – Vastuuoppi. Alma Talent, Helsinki 2019.
- Tolvanen M, Keski-Valkama A, Koskela T, Pajuoja J, Rautanen M, Tiihonen J, Tyni S, Törölä M, Eskelinen E. Vaarallisuuden ja väkivaltariskin arvioiminen. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2021:70. Helsinki 2021.

## 11 Mielenterveyslaki

Suomen perustuslain (731/1999) 7 §:n 1 momentin mukaan jokaisella on muun muassa oikeus henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Oikeutta vapauteen ja turvallisuuteen koskee myös esimerkiksi Euroopan ihmisoikeussopimuksen 5 artikla sekä Euroopan unionin perusoikeuskirjan 6 artikla. Perustuslaissa säädetyt perusoikeudet kuuluvat jokaiselle Suomen lainkäyttöpiirin alueella olevalle ihmiselle. Oikeuksia voidaan kuitenkin joutua rajoittamaan, mutta tällaisia rajoittavia toimia ei voida suorittaa ilman laissa nimenomaisesti säädettyä perustetta.

Mielentilatutkimusta, hoidon tarpeen arviota ja tahdosta riippumatonta psykiatrista sairaalahoitoa sääntelee erityislakina mielenterveyslaki (MTL, 1116/1990). Mielenterveyslaki on keskeisesti sellaista lainsäädäntöä, joka pitää sisällään mahdollisuuden rajoittaa yksilön henkilökohtaista vapautta ja hoidon aikana myös muita yksilön oikeuksia. Laki on tullut voimaan vuonna 1991, mutta tämän jälkeen on tullut useita lakimuutoksia. Mielenterveyslakia koskevia lakimuutoksia on tämän kirjan artikkeleissa seurattu 31.12.2022 saakka.

### Mielentilatutkimus

Mielentilatutkimus on tutkimus, joka voidaan suorittaa vain tuomioistuimen määräyksestä. Euroopan ihmisoikeustuomioistuin (EIT) on todennut mielentilatutkimuksen lukeutuvan osaksi oikeudenmukaista oikeudenkäyntiä ja kuuluvan oikeudenkäynnin osapuolten tasa-arvon kunnioittamisen periaatteeseen (Berlin-ski vs. Puola, 18.1.2001). Oikeudenkäymiskaaren (4/1734) 17:37:n mukaan mielentilatutkimus on mahdollista tehdä esitutkintavaiheessa tai ennen pääkäsittelyä taikka syytteen nostamisen jälkeen. Mielentilatutkimusta koskeva prosessi käynnistyy tuomioistuimen lähettäessä mielentilatutkimuslähetteen materiaaleineen THL:lle, joka päättää missä tutkimus suoritetaan. Mielentilatutkimuksia suori-

tetaan Niuvanniemen ja Vanhan Vaasan sairaaloissa, Helsingin, Oulun ja Tampereen yliopistollisten sairaaloiden oikeuspsykiatrian yksiköissä sekä Psykiatrisen vankisairaalan Turun ja Vantaan yksiköissä (Ahlgrén-Rimpiläinen & Puusa, 2018). Jos tutkimus suoritetaan sairaalan ulkopuolella, THL päättää myös tutkimuksen suorittajan.

Mielentilatutkimus koostuu muun muassa psykiatrisista, somaattisista ja psykologisista tutkimuksista (Ahlgrén-Rimpiläinen & Puusa, 2018). Tutkimus pohjautuu laajoihin taustatietoihin, jotka on kerätty viranomaisilta ja tutkittavan suostumuksella esimerkiksi hänen omaisiltaan. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksesta annetun lain (668/2008) 5 g §:n mukaan THL:llä ja sen määräyksestä tutkimusta suorittavan on oikeus saada salassapitovelvollisuuksien estämättä tutkimuksen tekemistä varten välttämättömät tiedot.

Tutkittava henkilö saadaan ottaa sairaalaan mielentilatutkimusta varten ja pitää häntä siellä hänen tahdostaan riippumatta (MTL 15 §). Mielentilatutkimus on toimitettava ja lausunto tutkitun henkilön mielentilasta on annettava kahden kuukauden kuluttua mielentilatutkimuksen aloittamisesta. Perustellusta syystä tutkimusaikaa voidaan jatkaa enintään kahdella kuukaudella (MTL 16.2 §). Tutkimuksen tavoitteena on selvittää tutkittavan henkilön syyntakeisuus epäillyn tai syytteenalaisen teon tekoaikana ja tahdosta riippumattoman psykiatrisen sairaalahoidon tarve tutkimushetkellä. Tutkimussairaalan tulee lähettää mielentilatutkimuslausunto kahden kuukauden ja mahdollisen lisäajan kuluessa THL:lle, joka käsittelee asian oikeuspsykiatristen asioiden lautakunnassa. Oikeuspsykiatristen asioiden lautakunta antaa tutkitusta henkilöstä sairaalan mielentilatutkimuslausunnon pohjalta oman lausuntonsa, jossa se ottaa kantaa tutkitun henkilön syyntakeisuuteen (MTL 16.3 §). Näin syyntakeisuudesta saadaan kaksi arviota.

Mielentilatutkimusprosessissa mukana olevien viranomaisten on syytä toiminnassaan huomioida, että mielentilatutkimusta koskevat asiat on käsiteltävä kiireellisinä asioina (MTL 26 §).

Lisää mielentilatutkimuksesta luvussa 16.1.

## Oikeuspsykiatristen asioiden lautakunta

Oikeuspsykiatristen asioiden lautakunta toimii Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa ja suoraan laitoksen pääjohtajan alaisuudessa. Lautakunnan toiminnasta ja kokoonpanosta säädetään Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta annetusta laissa. Lautakunnan laissa säädettyihin tehtäviin kuuluu käsitellä ja ratkaista henkilön mielentilaa ja vaarallisuutta koskevat lausuntoasiat, rikoksesta syytetyn tai epäillyn taikka mielentilansa vuoksi rangaistukseen tuomitsematta jätetyn henkilön tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon tai erityishuoltolaitokseen määräämistä koskevat asiat, sekä asiat, jotka koskevat tällaisen hoidon tai huollon lopettamista.

Edellä mainitun lain 3 a §:n mukaan oikeuspsykiatristen asioiden lautakunnan kokoonpanoon kuuluu puheenjohtaja, joka on THL:n virkamies ja jolla on tehtävään tarvittava asiantuntemus. Lautakunnan jäsenistä yksi edustaa oikeustieteellistä ja kaksi psykiatrista asiantuntemusta. Puheenjohtajalla ja jokaisella jäsenellä on yksi tai useampi varajäsen, jotka tarvittaessa sijaistavat varsinaisia jäseniä. Tarpeen vaatiessa lautakunnan asiantuntemusta vahvistetaan kehitysvammahuollon asiantuntemusta edustavalla jäsenellä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta annetun valtioneuvoston asetuksen (675/2008) 6 a §:n (1643/2009) mukaan lautakunnan toimikausi on 4 vuotta ja sen nimittää sosiaali- ja terveysministeriö THL:n esityksestä.

## Hoidon tarpeen arvio

Hoidon tarpeen arvio voi tulla tehtäväksi RL 3:4.5:n mukaan tilanteessa, jossa tuomioistuimien jättää henkilön rangaistukseen tuomitsematta hänen mielentilansa perusteella ilman, että henkilölle on ajankohtaisesti tehty mielentilatutkimus. Kysymys voi esimerkiksi olla tilanteesta, jossa tuomioistuimella on syyntakeisuusharkinnassaan ollut käytettävissä muuta lääketieteellistä selvitystä, jonka perusteella henkilö on arvioitu syyntakeettomaksi. Tällöin se voi saattaa henkilön psykiatrisen sairaalahoidon tarpeen THL:n selvittäväksi (MTL 21.1 §). Hoidon tarpeen arvion vuoksi THL voi määrätä henkilön sairaalaan tutkittavaksi enintään 30 päiväksi (MTL 21.2 §).

Mikäli henkilö täyttää hoidon tarpeen arvion jälkeen MTL 8 §:n mukaiset tahdosta riippumattoman psykiatrisen sairaalahoidon edellytykset, THL:n tulee määrätä hänet tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon (MTL 22.1 §). Jos hoitoon määräämisen edellytykset eivät täyty, henkilö on, hänen niin halutessaan, viipymättä poistettava sairaalasta (MTL 22.2 §). Jos tällaisessa tilanteessa kuitenkin tahdosta riippumattoman erityishuollon edellytykset täyttyvät, on THL:n määrättävä hänet tahdosta riippumattomaan erityishuoltoon (MTL 22.3 §).

## Tahdosta riippumaton psykiatrinen sairaalahoido mielentilatutkimuksen ja hoidon tarpeen arvion jälkeen

Mikäli mielentilatutkimuksen tai hoidon tarpeen arvion päätteeksi MTL 8 §:n tahdosta riippumattoman psykiatrisen sairaalahoidon edellytykset täyttyvät, THL:n on määrättävä henkilö hoitoon sellaiseen sairaalaan, jossa on potilaan hoidon edellyttämät valmiudet ja erityisasiantuntemus.

Mielenterveyslain 8 §:n 1 momentin mukaan ”Henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoittoon vain:

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

Hoitoon määrättäessä kaikkien kolmen edellytyksen on täytyttävä samanaikaisesti. Mielenterveyslakia koskevan hallituksen esityksen mukaan mielisairaudella tarkoitetaan ”sellaista vakavaa mielenterveydenhäiriötä, johon liittyy selvä todellisuudentajun häiriintyminen ja jota voidaan pitää psykoosina”, esimerkkeinä mainitaan dementian vaikea-asteiset ilmenemismuodot, deliriumtilat, elimelliset ja muut harhaluuloisuustilat, skitsofrenian eri muodot, vakavat masennustilat, kaksisuuntaiset mielialahäiriöt sekä muut psykoosit (HE 201/1989 vp, s. 15).

MTL 8.1 §:n 2 kohdan mukaan edellytetään, että henkilö tarvitsee mielisairautensa vuoksi hoitoa siten, että jos hoitoa ei annettaisi, hänen mielisairautensa pahenisi olennaisesti tai hänen omansa taikka muiden henkilöiden terveys tai turvallisuus vaarantuisi. Pelkästään mielisairauden diagnosointi ei siis ole riittävä, vaan mielisairauden hoitamatta jättämisellä tulee olla vaikutuksia henkilön sairauteen sitä pahentaen taikka henkilön itsensä tai muiden henkilöiden terveydelle tai turvallisuudelle. Hallituksen esityksen mukaan henkilön mielisairaus voi pahentua, jos hän ei esimerkiksi harhojen tai sekavuustilansa vuoksi kykene hakeutumaan hoitoon taikka hoitamaan perustarpeitaan (HE 201/1989 vp, s. 16).

Ennen hoitoon määräämistä on myös arvioitava soveltuvatko muut mielenterveyspalvelut käytettäviksi. Tahdosta riippumaton hoito on viimesijainen keino, johon henkilöä ei voida määrätä, mikäli lievempiä keinoja hoidon toteuttamiseen on käytettävissä.

Hoitoonmääräämis päätöksessä tulee perustella kaikkien kolmen edellytyksen täyttyminen, pelkkä lainkohdan mainitseminen ei ole riittävä perustelu. Perusteluvaatimus pätee luonnollisesti myös silloin, kun käytetään sosiaali- ja terveys-

ministeriön vahvistamaa valmista hoitoonmääräämisohjaa (M3-lomake). Sekä hoitoon määräämistä että rajoitustoimia koskevat menettelyt ovat hallintoasian käsittelyä; niiden tulee tapahtua laissa säädetyssä järjestyksessä, eikä niihin saa liittyä hallinnolle vieraita vaikuttimia (ks. esim. eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisut EOAK/355/2017, EOAK/4886/2012, joissa oli kysymys päätöksentekoon liittyvästä puolueettomuuden vaatimuksesta).

EIT on ratkaisukäytännössään painottanut tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen yhteydessä, että

1. henkilön on kärsittävä todellisesta psyykkisestä häiriöstä objektiivisen lääketieteellisen selvityksen perusteella,
2. häiriön on oltava niin vakava, että vapauden rajoittaminen on välttämätöntä ja
3. vapautta ei voida rajoittaa pitempään kuin psyykinen häiriö on aktiivinen (ks. esim. seuraavat EIT:n ratkaisut: Winterwerp v. Alankomaat, 24.10.1979; Luberti v. Italy, 23.2.1984; Johnson v. Yhdistynyt Kuningaskunta, 24.10.1997; Bik v. Venäjä, 22.4.2010; Stanev v. Bulgaria, 17.1.2012 ja Pleso v. Unkari, 2.10.2012.).

Alaikäisen kohdalla tahdosta riippumattomaan hoitoon määrääminen ei välttämättä edellytä mielisairausten toteamista, vaan hoitoon voidaan määrätä myös vakavan mielenterveyden häiriön perusteella. Mielenterveyslain 8.2 §:n mukaan:

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

Alaikäisen vakavaksi mielenterveydenhäiriöksi voivat lukeutua muun muassa sellaiset ei-psykoottiset mielenterveyden häiriöt, jotka johtavat merkittävään toimintakyvyn alenemiseen ja kehityksen estymiseen, kuten mielialahäiriöt, syömishäiriöt ja ahdistuneisuushäiriöt (Kaltiala-Heino, 2003). MTL 8.3 §:n mukaan alaikäistä tahdosta riippumattomassa hoidossa olevaa henkilöä on hoidettava erillään aikuisista, ellei ole hänen etunsa mukaista menetellä toisin. Eduskunnan oikeusasiamies on ratkaisussaan EOA/1205/4/04 katsonut, että alaikäisen sijoittaminen aikuisten osastolle on mahdollista vain, jos tämä perustuu tosiasialliselle hoidon tarpeesta ja eduista tehdylle arviolle, ja tällä sijoitusratkaisulla pystytään toteuttamaan alaikäisen hoitotarpeet.

THL voi määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon enintään kuudeksi kuukaudeksi (MTL 17.3 §). Ennen tämän ajan päättymistä hoitavassa sairaalassa on selvitettävä henkilön tahdosta riippumattoman hoidon tarpeen edellytykset ja annettava tarkkailulusunto. MTL 8 §:n mukaiset hoitoon määräämisen edellytykset



on arvioitava ja perusteltava jokaisessa hoitoonmääräämispäätöksessä huolellisesti. Mikäli edellytykset edelleen täyttyvät, sairaalan psykiatrisesta hoidosta vastaava ylilääkäri tai muu tehtävään määrätty erikoislääkäri tekee hoitoonmääräämispäätöksen. Hoitoon määräämistä ja hoidon jatkamista koskevat päätökset pannaan täytäntöön välittömästi alistuksesta tai muutoksenhausta huolimatta. Hoidon jatkamista koskeva päätös alistetaan hallinto-oikeudelle. Ennen kuin hoidon jatkamisesta päätetään, on potilaan oma mielipide selvitettävä ja hänelle on myös järjestettävä mahdollisuus saada sairaalan ulkopuolisen lääkärin arvio hoidon tarpeesta (ks. myös EIT:n ratkaisu X v. Suomi, 3.7.2012). Myös alaikäisen henkilön vanhempia, huoltajia ja välittömästi alaikäistä hoitanutta ja kasvattanutta henkilöä on mahdollisuuksien mukaan kuultava suullisesti tai kirjallisesti.

## ALISTUS

Alistus on hallintoprosessin vireillepanomuoto, jonka perusteella hallinto-oikeus tutkii henkilökohtaisen vapauden rajoittamista tai menettämistä koskevan toimenpiteen laillisuuden (ks. Mäenpää 2023, s. 1141). Perustuslain 7 §:n 3 momentin mukaan vapaudenmenetyksen laillisuus on voitava saattaa tuomioistuimen tutkittavaksi, minkä vuoksi mielenterveyslaissa on omaksuttu alistukseen perustuva järjestelmä.

Mikäli hoidon edellytykset eivät täyty, henkilön tahdosta riippumatonta hoitoa ei voida jatkaa ja tästä tehdään hoidon lopettamista koskeva päätös, joka alistetaan THL:lle (MTL 17.5 §). THL joko vahvistaa päätöksen tai määrää henkilön tahdosta riippumattomaan hoitoon katsoessaan hoidon tarpeen edellytysten täyttyvän.

Jos THL:n hoitoon määräämä henkilö on vieraan valtion kansalainen tai hänellä on vieraassa valtiossa kotipaikka, tulee THL:n oikeusministeriön kanssa yhteistyössä selvittää, voidaanko hoito siirtää toteutettavaksi hoitoon määrätyn henkilön kotimaassa tai kotipaikassa.

## Valvonta-aika

Oikeuspsykiatrinen potilas voidaan hänen riittävästi tervehdyttyään päästää MTL 18 a §:n mukaiselle valvonta-ajalle. Sairaala esittää valvonta-ajalle päästämistä THL:lle, joka ratkaisee asian ja voi myös määrätä ehtoja, jotka koskevat henkilön terveydentilan arvioimista taikka potilaan lääke- tai muuta terveydenhoitoa. Valvonta-ajalla potilas on edelleen asianomaisen hyvinvointialueen psykiatrisen toimintayksikön valvonnassa.

Valvonta-aika voi kestää enintään kuusi kuukautta kerrallaan. Valvonta-aika on osa tahdosta riippumatonta hoitoa, eli hoitoonmääräämis päätöksen on oltava voimassa valvonta-ajalla. Korkein hallinto-oikeus on katsonut, että valvonta-aikaratkaisussa on kyse sairaanhoitoon kuuluvasta tosiasiallisesta hallintotoiminnasta, eikä sitä koskevaan ratkaisuun voi erikseen hakea muutosta (KHO 2015 taltio 72 ja KHO 2015 taltio 73).

### TOSIASIALLINEN HALLINTOTOIMINTA

Tosiasiallisella hallintotoiminnalla tarkoitetaan viranomaisen toteuttamaa lakisääteistä toimintaa, jossa ei tehdä kirjallisia hallintopäätöksiä. Tällaista tosiasiallista hallintotoimintaa on muun muassa potilaan hoitaminen, opetuksen antaminen koulussa, sosiaalihuollon antaminen ja muu vastaava julkisen palvelun toteuttaminen, jossa ei tehdä kirjallista hallintopäätöstä. Tosiallinen hallintotoiminta ei suoranaisesti vaikuta yksilön oikeuksiin tai velvollisuuksiin, mutta sillä on tärkeä merkitys esimerkiksi luotaessa edellytyksiä sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien käyttämiselle. Tosiallisen hallintotoiminnan raja suhteessa julkisen vallan käyttöön on kuitenkin suhteellinen, koska esimerkiksi hoitotoimenpide voi rajoittaa yksilön itsemääräämisoikeutta, vaikka se katsotaankin tosiasiallisen hallintotoiminnan alaan kuuluvaksi. (Ks. myös Mäenpää 2023, s. 924)

## Perusoikeuksien rajoittaminen tahdosta riippumattoman hoidon ja tutkimuksen aikana

Oikeusjärjestyksemme lähtökohtana on, että perustuslaissa turvattujen perusoikeuksien rajoittamisista on säädettävä laintasoisesti. Mielenterveyslain 4 a luvussa säädetään rajoitustoimista, joita on mahdollista käyttää potilaan tahdosta riippumattoman hoidon ja tutkimuksen aikana. Näitä rajoitustoimia ei siis voi kohdistaa sellaiseen potilaaseen, joka on otettu sairaalaan hänen omasta tahdostaan (Lehtonen 2015). Potilaan perusoikeuksia saa yleisesti ottaen rajoittaa vain siinä määrin kuin sairauden hoito, hänen turvallisuutensa tai toisen henkilön turvallisuus taikka muun edun turvaaminen sitä edellyttää. Rajoitustoimien on siis oltava välttämättömiä.

Mielenterveyslaissa säädetään potilaan perusoikeuksien rajoittamisesta siten, että rajoitustoimenpiteiden yleisistä edellytyksistä säädetään MTL 22 a §:n 2 momentissa. Nämä yleiset edellytykset koskevat kaikkia MTL 4 a luvussa tarkoitettuja rajoitustoimenpiteitä, joissa saatetaan asettaa tietyille rajoitustoimenpiteelle lisäksi erityisiä edellytyksiä.

Potilaalle tehtävien rajoitustoimenpiteiden yleisistä edellytyksistä säädetään siis MTL 22 a §:n 2 momentissa. Potilaan itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia saa momentin mukaan rajoittaa vain siinä määrin kuin sairauden hoito, hänen turvallisuutensa tai toisen henkilön turvallisuus taikka muun MTL 4 a luvussa säädetyn edun turvaaminen välttämättä vaatii. Tämä ensimmäinen yleinen edellytys ei muodosta itsenäistä rajoitusperustetta, vaan se on otettava huomioon kaikkia MTL 4 a luvussa tarkoitettuja erityisiä rajoitustoimenpiteitä toteutettaessa. Kysymys on niin sanotusta tarkoitussidonnaisuusperiaatteesta, jonka mukaan MTL 4 a luvussa säädettyjä rajoitustoimia ei saa käyttää kuin edellä mainitussa tarkoituksessa. Rajoitustoimenpiteiden käyttäminen esimerkiksi rankaisullisessa tarkoituksessa ei ole sallittua (HE 113/2001 vp, s. 20). Toiseksi rajoitustoimien käyttöä ohjaa hallituksen esityksen mukaan suhteellisuusperiaate, jota sosiaali- ja terveydenhuollossa kutsutaan myös lievimmän puuttumisen periaatteeksi (HE 113/2001 vp, s. 21). Suhteellisuusperiaate ilmenee myös MTL 22 §:n 2 momentin ensimmäisen virkkeen sanamuodosta, kun sen mukaan rajoittaminen on mahdollista vain siinä määrin kuin siinä mainitut seikat välttämättä vaativat. Käytännössä tämä tarkoittaa, että potilaan hoidossa on aina valittava se toimenpide, joka vähiten rajoittaa potilaan itsemääräämisoikeutta. Kolmantena rajoitustoimenpiteiden yleisenä edellytyksenä MTL 22 a §:n 2 momentin mukaan on, että potilaan perusoikeuksia rajoittavat toimenpiteet tulee suorittaa mahdollisimman turvallisesti ja potilaan ihmisarvoa kunnioittaen.

Lisäksi on huomattava, että potilaan ruumiillisen ja psykiatrisen sairauden hoito on mahdollisuuksien mukaan toteutettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Mikäli potilas ei mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, on potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (potilaslaki, 785/1992) mukaan ennen merkittävää hoitopäätöstä tiedusteltava potilaan lailliselta edustajalta, lähiomaiselta tai muulta läheiseltä, millainen hoito olisi potilaan tahdon mukaista (potilaslaki 6.2 §).

Lähtökohtaisesti tahdosta riippumattomassa hoidossa olevalla potilaalla on oikeus ruumiillisen sairauden hoitoon siten kuin potilaslaissa säädetään (ks. 2.4). Mikäli potilas on kykenemätön päättämään hoidostaan tai hän vastustaa ruumiillisen sairautensa hoitoa, saadaan hänelle hoitavan lääkärin päätöksellä antaa sellaista hoitoa, joka on tarpeen hänen henkeään tai terveyttään uhkaavan vaaran torjumiseksi. Hoitava lääkäri päättää myös välttämättömistä rajoitustoimenpiteistä.

Tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan potilaan psyykkisen sairauden hoidosta on laadittava hoitosuunnitelma (MTL 22 b §). Hoidossa on potilaan tahdosta riippumatta mahdollista käyttää vain sellaisia lääketieteellisesti hyväksyttäviä tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä, joiden suorittamatta jättäminen vakavasti vaarantaisi potilaan oman tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta. Psykokirurgisia tai muita potilaan koskemattomuuteen vakavasti tai peruuttamattomasti vaikuttavia hoitotoimenpiteitä voidaan ilman kirjallista suostumusta puolestaan tehdä vain tilanteissa, jotka uhkaavat potilaan henkeä. Näistä potilaan hoito- ja tutkimustoimenpiteistä päättää häntä hoitava lääkäri.

Potilaalle on mahdollista tahdosta riippumattoman hoidon ja tutkimuksen aikana asettaa rajoitustoimia. Mielenterveyslain mukaisia rajoitustoimia ovat liikkumisvapauden rajoittaminen, erityiset rajoitukset (eristäminen, sitominen), omaisuuden haltuunotto, potilaan omaisuuden ja lähetysten tarkastaminen, henkilön tarkastus ja -katsastus sekä yhteydenpidon rajoittaminen.

## Liikkumisvapauden rajoittaminen

Liikkumisvapauden rajoittaminen tarkoittaa potilaalle asetettua kieltoa poistua sairaalan alueelta tai tietyn hoitoyksikön tiloista (MTL 22 d §). Luvatta sairaalasta poistunut potilas tai potilas, joka luvan saatuaan jättää palaamatta sairaalaan, voidaan säännöksen mukaan myös noutaa takaisin hoitopaikkaan. Tarvittaessa poistumisen estämiseksi tai potilaan siirtämiseksi voidaan käyttää sellaisia voimakeinoja, joita voidaan pitää puolustettavina. Voimakeinojen käytön puolustettavuutta eli oikeasuhtaisuutta arvioitaessa on otettava huomioon potilaan sairaalassa olon syy, hänen poistumisestaan aiheutuva vaara hänen itsensä tai muiden terveydelle tai turvallisuudelle, käytettävissä olevat voimavarat sekä muut tilanteen kokonaisarvosteluun vaikuttavat seikat (MTL 22 d.3 §).

Oikeusasiamiehen kannanoton EOAK/2459/2016 mukaan hoitohenkilökunnan oikeus käyttää voimakeinoja koskee vain sairaalan aluetta. Koska kysymys on potilaan perusoikeuksiin puuttuvasta toiminnasta, hoitohenkilökunnan oikeudesta käyttää voimakeinoja sairaalan alueen ulkopuolella, esimerkiksi potilaan kuljetuksen aikana tai tilanteessa, jossa potilas on luvatta poistunut sairaalan alueen ulkopuolelle, tulisi säätää nimenomaisesti laissa. Lisäksi on otettava huomioon, että MTL 31 §:n mukaan poliisi on velvollinen antamaan virka-apua muun muassa potilaan palauttamisessa sairaalaan.

## Erityiset rajoitukset

Erityiset rajoitukset merkitsevät voimakkaita potilaan koskemattomuuteen kohdistuvia rajoitustoimia, kuten eristämistä ja sitomista (MTL 22 e §). Niitä ei saa käyttää pidempään kuin on välttämätöntä, ja erityisistä rajoitustoimista päätettäessä olisi suhteellisuusperiaatteen mukaisesti aina valittava vähiten potilaan oikeuksia rajoittava toimenpide (HE 113/2001 vp, s. 25). Potilaan eristämiseen liittyvissä tilanteissa voidaan käyttää tilanteen vaatimia välttämättömiä voimakeinoja, ja asiasta on heti ilmoitettava hoitavalle lääkärille. Pääsääntöisesti hoitava lääkäri siis päättää erityisistä rajoitustoimista, mutta kiireellisissä tapauksissa hoitohenkilökunta voi väliaikaisesti eristää tai sitoa potilaan ennen kuin toimista ilmoitetaan lääkärille.

Potilas voidaan MTL 22 e §:ssä tarkoitetuissa tilanteissa eristää tahdostaan riippumatta muista potilaista. Eristäminen on ensinnäkin mahdollista, jos potilaan käyttäytymisen tai esittämän uhkauksen perusteella hän todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita (MTL 22 e §:n 1 momentin 1 kohta). Kysymys on siis potilaan itsetuhoisesta tai väkivaltaisesta käyttäytymisestä. Kohdan tarkoittamissa tilanteissa potilas saadaan myös sitoa vyöllä tai muulla vastaavalla tavalla, jos muut toimenpiteet eivät ole riittäviä (MTL 22 e §:n 5 momentti). Sitominen on näin aina viimesijainen keino, ja se on tarkoitettu käytettäväksi vain kaikkein vaikeimmissa tilanteissa (HE 113/2001 vp, s. 25 ja PeVL 34/2001 vp, s. 3).

Toiseksi potilas voidaan eristää, jos hän käyttäytymisellään vakavasti vaikeuttaa muiden potilaiden hoitoa tai vakavasti vaarantaa omaa turvallisuuttaan tai todennäköisesti vahingoittaa omaisuutta merkittävästi (MTL 22 e §:n 1 momentin 2 kohta). Kysymys voi olla esimerkiksi muiden potilaiden ahdistelemisesta tai riidan haastamisesta. Yksin potilaan rauhattomuus tai sekavuus ei oikeuta eristämiseen, vaan käyttäytymiseen tulee liittyä muiden potilaiden vakavaa häirintää tai potilaaseen itseensä kohdistuvaa vaaraa (HE 113/2001 vp, s. 25). Kohdan perusteella toteutettua eristämistä ei voida tehostaa sitomisella.

Kolmanneksi eristäminen voi tulla kysymykseen, jos potilaan eristäminen on välttämätöntä muusta erittäin painavasta hoidollisesta syystä (MTL 22 e §:n 1 momentin 3 kohta). Kohtaa voidaan esimerkiksi soveltaa, kun tavanomaiset ärsykkeet ja vuorovaikutustilanteet pahentavat potilaan sairautta (HE 113/2001 vp, s. 25). On kuitenkin huomattava, että kohdassa tarkoitettua eristämisen syy on aina oltava hoidollinen ja syytä edellytetään erityistä painavuutta. Kohdassa tarkoitettua eristämistä ei voida tehostaa sitomisella.

Edellä tarkoitetuissa eristämisen tilanteissa hoitohenkilökuntaan kuuluva saa käyttää potilaan kiinnipitämiseen tämän eristämiseksi välttämättömiä voimakeinoja. Voimakeinojen käytöstä on välittömästi ilmoitettava potilasta hoitavalle lääkärille (MTL 22 e §:n 4 momentti).

Potilaan kiinnipito on MTL 22 e §:n 4 momentin mukaan mahdollista laajemminkin sellaisissa tilanteissa, jotka ovat hoidollisista syistä välttämättömiä. Kiinnipitäminen voi tulla kysymykseen etenkin alaikäisen potilaan kohdalla eristämisen vaihtoehtona (HE 113/2001 vp, s. 25).

Potilaalle on määrättävä eristämisen ja sitomisen ajaksi vastuuhoitaja, jonka tehtävänä on huolehtia, että potilas saa erityisen rajoituksen aikana tarvitsemansa riittävän hoidon ja huolenpidon sekä keskustelumahdollisuuden. Mikäli potilas on sidottu tai hän on alaikäinen, on hoitohenkilökunnan oltava jatkuvassa kuulo- ja näköyhteydessä potilaaseen. Jos potilaan eristäminen on jatkunut yli 12 tuntia tai sitominen yli kahdeksan tuntia, on toimista viivytyksettä ilmoitettava potilaan lailliselle edustajalle tai edunvalvojalle. Hoitolaitoksen on myös kahden viikon välein ilmoitettava aluehallintovirastolle suoritetuista eristämistä ja sitomisista.

## Omaisuuuden haltuunotto

Toimintayksiköllä on oikeus ottaa haltuun potilaan hallussa pitämiä päihkeitä tai huumeidenkäyttöön soveltuvia välineitä taikka aineita tai esineitä, jotka voivat vaarantaa potilaan omaa tai muiden henkilöiden terveyttä (MTL 22 g §). Lisäksi toimintayksiköllä on säännöksen mukaan oikeus ottaa haltuun muut hoitoa tai toimintayksikön yleistä järjestystä vakavasti haittaavat aineet ja esineet. Viimeksi mainitut aineet ja esineet voivat käytännössä eri toimintayksiköissä olla erilaisia, mutta säännöksen soveltamiskäytäntö ei saisi muodostua liian vaihtelevaksi eri toimintayksiköissä (PeVL 34/2001 vp, s. 4 ja StVM 35/2001 vp, s. 4). Myös potilaan rahat tai muut mahdolliset maksuvälineet voidaan ottaa toimintayksikön haltuun, jos potilas ne sairauden tilansa vuoksi todennäköisesti hävittäisi. Haltuun otetut esineet palautetaan viimeistään hoidon päätyttyä, ellei lääkäri sitä ennen päättänyt palauttaa. Merkinnät haltuun otetuista esineistä ja haltuunoton syistä on tehtävä potilasasiakirjoihin.

Huomionarvoista on, että toimintayksikössä ei voida antaa järjestyssääntöjä tai vastaavia sisäisiä määräyksiä tai ohjeita, joissa määriteltäisiin esimerkiksi ne aineet ja esineet, jotka vakavasti haittaavat hoitoa tai toimintayksikön yleistä järjestystä ja joiden hallussapito toimintayksikössä on kielletty. Eduskunnan oikeusasiamiehen käytännössä on kuitenkin pidetty mahdollisena, että potilaille ilmoitetaan, minkälaista omaisuutta osastolla yleensä pidetään laissa tarkoitettuna kiellettyinä omaisuutena (EOAK/5255/2018, s. 5).

Omaisuuuden haltuunotosta tulee MTL 24 §:n 1 momentin mukaan tehdä kirjallinen päätös, johon voi hakea muutosta valittamalla hallinto-oikeuteen. Eduskunnan oikeusasiamiehen käytännössä on lisäksi katsottu, että potilaan kanssa sovitaan omaisuuden säilyttämisestä ilman, että asiasta tehdään erillistä päätöstä. Tällöinkin potilasta on informoitava mahdollisuudesta saada asiaa koskeva valituskelpoinen päätös (eduskunnan oikeusasiamiehen päätös 28.3.2007, Dnro 587/4/05).

## Omaisuuuden ja lähetyksen tarkastaminen

MTL 22 h §:ssä säädetään toimintayksikön oikeudesta tarkastaa potilaan käytössä olevat tilat, hänen omaisuutensa ja kirjeensä tai muu lähetyksensä. Tarkastaminen edellyttää perusteltua syytä epäillä, että potilaalla on hallussaan päihkeitä, huumausaineiden käyttöön soveltuvia välineitä tai potilaan itsensä taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta vaarantavia aineita tai esineitä taikka muita MTL 22 g §:ssä tarkoitettuja aineita tai esineitä. Omaisuuuden tarkastamiseen tulee osallistua kaksi henkilökuntaan kuuluvaa henkilöä, jollei erityisestä syystä muuta johdu. Erityinen syy voi olla esimerkiksi henkilökunnan vähäinen määrä tilanteessa, jossa omaisuuden tarkastaminen kiireellisesti on välttämätöntä (HE 113/2001 vp, s. 27). Kirjeen tai muun lähetyksen tarkastaminen on mahdollisuuk-

sien mukaan järjestettävä potilaan läsnä ollessa. On kuitenkin huomattava, että kirjeen tai muun lähetyksen tarkastaminen MTL 22 h §:n nojalla ei oikeuta lukemaan viestin sisältöä. Tarkastusoikeutta käytettäessä on näin kiinnitettävä huomiota luottamuksellisen viestin suojaan.

## Henkilöntarkastus ja -katsastus

Henkilöntarkastus ja -katsastus on mahdollista tehdä hoitavan lääkärin päätöksellä toimintayksikön henkilökuntaan kuuluvan kahden terveydenhuollon ammattihenkilön läsnä ollessa (MTL 22 i §). Henkilöntarkastuksen osalta edellytetään, että on perusteltu syy epäillä henkilöllä olevan vaatteissaan tai muutoin yllään MTL 22 g §:ssä tarkoitettuja aineita tai esineitä (ks. kohta omaisuuden haltuunotto). Henkilönkatsastus, johon lukeutuvat potilaan ruumiin tarkastaminen, puhalluskoe, veri-, virtsa- tai sylkinäytteet, on mahdollista suorittaa, mikäli todennäköisin syin epäillään potilaan olevan päihdyttävän aineen vaikutuksen alaisena tai hänellä on niitä tai muita MTL 22 g §:n mukaisia esineitä tai aineita kehossaan.

### HENKILÖNTARKASTUS JA -KATSASTUS

Henkilöntarkastus ja etenkin henkilönkatsastus ovat merkittävästi yksilön ruumiilliseen koskemattomuuteen ja itsemääräämisoikeuteen puuttuvia toimenpiteitä. Henkilönkatsastus käsittää sen tutkimisen, mitä tutkittavalalla on vaatteissaan tai muuten yllään taikka mukanaan olevissa tavaroissa. Henkilönkatsastus sen sijaan käsittää katsastettavan kehon tarkastamisen, verinäytteen tai muun näytteen ottamisen taikka muun kehoon kohdistuvan tutkimuksen.

## Yhteydenpidon määräaikainen rajoittaminen

Yhteydenpidon määräaikainen rajoittaminen on MTL 22 j §:n mukaan tietyissä tilanteissa ja tietyin edellytyksin mahdollista. Lähtökohtana on, että potilaalla on oikeus pitää yhteyttä sairaalan ulkopuolelle viestintävälineitä käyttämällä ja vieraita vastaanottamalla. Yhteydenpidon rajoituksia on pidettävä poikkeuksellisinä, koska perustuslain 10 §:ssä turvattuun yksityiselämään kuuluu yksilön oikeus vapaasti solmia ja ylläpitää suhteita muihin ihmisiin (HE 309/1993 vp, s. 53). Yhteydenpidon rajoittaminen on kuitenkin mahdollista, jos yhteydenpito vakavasti haittaa potilaan hoitoa, kuntoutusta tai turvallisuutta. Yhteydenpidon rajoittaminen on mahdollista myös, jos se on välttämätöntä muun henkilön yksityiselämän suojaamiseksi. Yhteydenpidon rajoittaminen on tarkoitettu poikkeukselliseksi toimenpiteeksi (HE 113/2001 vp, s. 28).

Yhteydenpidon rajoittaminen voi kohdistua oikeuteen käyttää puhelinta, lähettää tai vastaanottaa kirjeitä, viestejä ja lähetyksiä sekä vieraiden vastaanottamiseen. Sairaalan psykiatrisesta hoidosta vastaavan ylilääkärin tai muun lääkärin on tehtävä yhteydenpidon rajoittamisesta kirjallinen päätös, jossa on mainittava rajoituksen syy, rajoituksen laajuus, mitä yhteydenpidon lajia rajoitus päätös koskee sekä henkilöt, joihin rajoitus kohdistuu. Rajoitusaikana on mahdollista lukea ja pidättää potilaan lähettämä tai vastaanottama kirje tai muu viesti sekä rajoittaa taikka ottaa haltuun potilaan yhteydenpitovälineet ja laitteet. Kysymys on tältä osin luottamuksellisen viestin suojaan puuttuvasta toimenpiteestä, ja se saadaan tehdä vain samasta syystä kuin itse yhteydenpidon rajoittamispäätös. Lisäksi on huomattava, että luottamuksellisen viestin suoja voidaan rajoittaa vain siinä määrin kuin se yksittäistapauksessa on perusteltua. Päätös yhteydenpidon rajoittamisesta ei näin mahdollista toimintayksikön toteuttamaa potilaan viestien lukemista vaan postin tarkastamisen on perustuttava yksittäistapaukselliseen harkintaan (PeVL 34/2001 vp). Asiaa on arvioitava myös oikeasuhtaisuuden näkökulmasta. Jos toimenpiteen tarkoitus voidaan saavuttaa pidättämällä viesti, viestin lukemista ei voida pitää välttämättömänä.

Potilaan yhteydenpitoa sairaalan toimintaa valvoviin viranomaisiin, lainkäyttöviranomaisiin ja ihmisoikeuksien kansainvälisten valvontaelimiin, oikeusavustajaansa tai sairaalan potilasasiamieheen ei kuitenkaan saa rajoittaa (MTL 22 j §:n 4 momentti).

## Muutoksenhaku

MTL 24 § sisältää muutoksenhakua koskevan säännöksen. Sairaalassa tehtyyn tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämistä, hoidon jatkamista, omaisuuden haltuunottoa ja yhteydenpidon rajoittamista koskevaan päätökseen on oikeus hakea muutosta valittamalla. Valitus toimitetaan hallinto-oikeudelle, ja se on tehtävä 14 päivän kuluessa valituksenalaisen päätöksen tiedoksisaannista. Muutoin kuin edellä mainittua määräaika koskevin osin muutoksenhakua koskevaan menettelyyn sovelletaan, mitä oikeudenkäynnistä hallintoasioissa annetussa laissa (808/2019) säädetään. Lisäksi on kuitenkin otettava huomioon, että MTL 24.1 §:n mukaan potilaan terveydentilasta saadaan muutoksenhakuasiassa antaa tietoa muulle asianosaiselle kuin potilaalle vain potilaan suostumuksella tai potilaslain 9 §:ssä tarkoitetuissa tapauksissa. Tältä osin säännöksen tarkoitus on rajoittaa esimerkiksi yhteydenpidon rajoittamista koskevan asian asianosaisen, joka voi olla esimerkiksi potilaan lähiomainen tai hänelle muu läheinen henkilö, oikeutta saada potilaan terveystietoja asianosaisjulkisuutta koskeviin säännöksiin vetoamalla (HE 113/2001 vp, s. 31).

Myös THL:n tekemistä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoittoon määräämistä, hoidon jatkamista, sairaalahoidon tarpeen selvittämistä ja



erityishuoltoon määräämistä koskevista päätöksistä on mahdollista valittaa hallinto-oikeuteen (MTL 24.2 §). Valitusaika on tällöin 30 päivää päätöksen tiedoksisannista.

Edellä mainituissa tilanteissa valitus liitteineen voidaan MTL 24.4 §:n mukaan antaa hallinto-oikeudelle osoitettuna myös sairaalan psykiatrisesta hoidosta vastaavalle ylilääkärille, jonka tehtävänä on lähettää asiakirjat viipymättä valitusviranomaiselle. Valitus voidaan antaa myös muulle tehtävään erikseen ilmoitetulle henkilölle. Ylilääkärin on annettava valituskirjelmän vastaanottamisesta todistus, merkittävä kirjelmään sen antaja ja antamisaika sekä lähetettävä saamansa asiakirjat ja mahdollinen oma lausunto valitusviranomaiselle. Ylilääkärin on kirjoitettava oma lausuntonsa sellaisesta valituksen kohteena olevasta päätöksestä, joka koskee sairaalassa tehtyä tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämistä, hoidon jatkamista, omaisuuden haltuunottoa ja yhteydenpidon rajoittamista.

Valitusviranomaisen on käsiteltävä kiireellisinä alistus- ja muutoksenhakuasiat, jotka koskevat tahdosta riippumatta annettavaa hoitoa (MTL 26 §). MTL 27 §:n mukaan tahdosta riippumattomaan hoitoon määrätty henkilö voi pyytää itselleen avustajan asiansa käsittelyyn hallinto-oikeudessa tai korkeimmassa hallinto-oikeudessa. Tuomioistuini voi harkintansa mukaan määrätä avustajan myös ilman pyyntöä, jos sen katsotaan olevan tarpeellista.

## Poliisin virka-apu

MTL 31.1 §:n mukaan poliisilla on velvollisuus avustaa väkivaltaisen henkilön kuljettamisessa terveyskeskukseen, sairaalaan tai muuhun sairaanhoidon toimintayksikköön, joko siksi, että henkilöstä on laadittu tarkkailulähete tai että hänelle tarvitsee laatia tarkkailulähete. Virka-apupyynnön poliisille voi tehdä hyvinvointialueen virkasuhteinen lääkäri.

Sairaalan virkasuhteinen lääkäri voi pyytää poliisin virka-apua myös tilanteissa, joissa tarkkailuun tai hoitoon määrätty henkilö poistuu luvatta sairaalasta. Virka-apua voi pyytää myös MTL 17b.2 §:n mukaisissa tilanteissa, joissa henkilö on määrätty tutkittavaksi sairaalaan, sekä mielentilatutkimukseen määrätyn henkilön toimittamiseksi sairaalaan.

## Kirjallisuutta

- Ahlgrén-Rimpiläinen A, Puusa M. Mielentilatutkimus- ja vaarallisuusarvio-opas. Ohjaus 12/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain muuttamisesta, HE 96/2015 vp.
- Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi mielenterveyslain ja hallinto-oikeuslain 7 §:n muuttamisesta, HE 113/2001 vp.
- Hallituksen esitys eduskunnalle perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta, HE 309/1993 vp.
- Hallituksen esitys Eduskunnalle mielenterveyslain, HE 201/1989 vp.
- Kaltiala-Heino R. Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito. Mitä mielenterveyslain käsite vakava mielenterveyden häiriö alaikäisillä tarkoittaa? Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:7. Helsinki 2003.
- Lehtonen L, Lohiniva-Kerkelä M, Pahlman I. Terveysjuridiikka. Helsinki: Alma Talent. Päivitetty kokonaan 2015. Luettu 23.9.2021.
- Mäenpää O. Hallinto-oikeus. Helsinki: Alma Talent. 3. uud. painos. 2023.
- Perustuslakivaliokunnan lausunto, PeVL 34/2001 vp — HE 113/2001 vp.
- Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintö, StVM 35/2001 vp — HE 113/2001 vp.
- Tuori K, Kotkas T. Sosiaalioikeus. Helsinki: Alma Talent. 5 uud. painos. 2016.

## Oikeuskäytäntö

- Euroopan ihmisoikeustuomioistuin  
Winterwerp v. Alankomaat, 24.10.1979  
Luberti v. Italy, 23.2.1984  
Johnson v. Yhdistynyt Kuningaskunta,  
24.10.1997  
Berlinski vs. Puola, 18.1.2001  
Bik v. Venäjä, 22.4.2010  
Stanev v. Bulgaria, 17.1.2012  
X v. Suomi, 3.7.2012  
Pleso v. Unkari, 2.10.2012

### Korkein hallinto-oikeus

- KHO 2018:8  
KHO 2017:132  
KHO 2015 taltio 73  
KHO 2015 taltio 72

### Eduskunnan oikeusasiamies

- EOAK/355/2017  
EOAK/2459/2016  
EOAK/4886/2012  
EOA/1205/4/04

## 12 Laki kehitysvammaisten erityishuollosta

**L**aki kehitysvammaisten erityishuollosta (kehitysvammalaki, 519/1977) on erityislaki, joka sääntelee erityishuollon antamisesta henkilölle, jonka kehitys tai henkinen toiminta on estynyt tai häiriintynyt synnynnäisen tai kehitysiässä saadun sairauden tai vamman vuoksi ja joka ei muun lain nojalla voi saada tarvitsemiaan palveluja (1 §). Erityishuollon tarkoituksena on edistää kehitysvammaisen henkilön suoriutumista jokapäiväisistä toimista, hänen toimeentuloaan ja sopeutumista yhteiskuntaan. Lisäksi erityishuollon tarkoituksena on turvata kehitysvammaisen henkilön tarvitsema hoito ja muu huolenpito.

### Tahdosta riippumaton erityishuolto

Mielentilatutkimuksen tai hoidon tarpeen arvion jälkeen tutkimuksessa ollut henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan erityishuoltoon edellytysten täytyessä. Kehitysvammalain 32.1 §:ssa hoitoon määräämisen edellytyksistä säädetään seuraavasti:

Henkilö voidaan määrätä erityishuollon toimintayksikköön tahdostaan riippumatta, jos

1. hän ei kykene tekemään hoitoaan ja huolenpitoaan koskevia ratkaisuja eikä ymmärtämään käyttäytymisensä seurauksia
2. hän todennäköisesti vakavasti vaarantaa terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja
3. hänen hoitoaan ja huolenpitoaan ei voida järjestää muulla tavoin.

Tahdosta riippumattomaan erityishuollon määräämisen edellytykset on muotoiltu samaan tapaan kuin mielenterveyslain tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon määräämisen edellytykset; kaikkien kolmen edellytyksen on täyttyvä samanaikaisesti. Edellytysten ensimmäinen kohta viittaa henkilön

alentuneeseen kognitiiviseen toimintakykyyn (HE 96/2015 vp, s. 68). Kognitiiviset toiminnot tarkoittavat tiedon vastaanottamiseen, käsittelyyn, säilyttämiseen ja käyttöön liittyviä psyykkisiä toimintoja. Niihin sisältyy yleinen päättelykyky, ymmärrys tekojen seurauksista, harkintakyky ja käyttäytymisen sääntely. Ensimmäisen kohdan täytyminen edellyttää, että henkilö on sekä kyvytön tekemään hoitoonsa ja huolenpitoonsa liittyviä ratkaisuja että kyvytön ymmärtämään käyttäytymisensä seurauksia. Korkein hallinto-oikeus on ratkaisussaan 11.3.2021/H814 katsonut, että tahdosta riippumattoman erityishuollon piiriin voi kuulua henkilö, jolla ei ole älyllistä kehitysvammaa, mutta jolla on useista eri syistä johtuvia erityisen tuen tarpeita, joita ei voida täyttää sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) säädetyillä yleisillä sosiaalipalveluilla.

Hallituksen esityksen mukaan toisessa kohdassa tarkoitettun vaaran tulee olla vakava ja todennäköinen ja sen tulee kohdistua henkilön itsensä tai muiden henkilöiden terveyteen tai turvallisuuteen (HE 96/2015 vp, s. 69). Yksinomaan vaara yleiselle järjestykselle tai turvallisuudelle ei riitä täyttämään kehitysvammalain 32.1 §:n 2 kohtaa. Kolmas kohta edellyttää sen sijaan sen arviointia, voidaanko henkilön hoito ja huolenpito järjestää jollakin muulla tavalla. Jos esimerkiksi avohuollon palvelut ja vapaaehtoisuuteen liittyvät palvelut soveltuvat, ei henkilöä voida määrätä tahdosta riippumattomaan erityishuoltoon. Tahdosta riippumaton erityishuolto on niin sanottu viimesijainen keino, johon ei voida ryhtyä, jos kevyemmät toimenpiteet soveltuvat.

Tavallisesti erityishuoltoon määräämisestä päättää hyvinvointialueen päätöksiä tekevä vaativan moniammatillisen tuen asiantuntijaryhmä, jonka tehtävänä on järjestää yksilöllinen erityishuolto. Kehitysvammalain 23.2 §:n mukaan päätöksiä tekevä vaativan moniammatillisen tuen asiantuntijaryhmän jäsenenä on vähintään kolme hyvinvointialueen johtavaa viranhaltijaa siten, että toimitelmässä on edustettuna lääketieteellinen, kasvatustieteellinen ja sosiaalihuollollinen asiantuntemus. Mielentilatutkimuksen tai hoidon tarpeen arvion jälkeen erityishuoltoon määrää kuitenkin THL. MTL 19.1 §:n mukaan Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen päätös vastaa tällöin kehitysvammalain 33.3 §:ssa tarkoitettua hyvinvointialueen päätöksiä tekevä vaativan moniammatillisen tuen asiantuntijaryhmän päätöstä. Tahdosta riippumattomassa erityishuollossa voidaan THL:n päätöksellä pitää henkilöä enintään 6 kuukautta (kehitysvammalaki 38 §). Mikäli ennen tämän määräajan päättymistä on ilmeistä, että tahdosta riippumattomaan erityishuoltoon määräämisen edellytykset ovat edelleen olemassa, on erityishuollossa olevalle henkilölle suoritettava tutkimus asian selvittämiseksi ja annettava uusi tutkimuslausunto (kehitysvammalaki 38.1 §). Tutkimuksen suorittavat laillistettu lääkäri, laillistettu psykologi ja laillistettu sosiaalityöntekijä, jotka ovat virkasuhteessa ja perehtyneet kehitysvammahuoltoon (kehitysvammalaki 33.2 §). Tarvittaessa tutkimuksen voi suorittaa myös muu sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö.

Tahdosta riippumattomaan erityishuoltoon määräämisestä päättää näin aina viranomainen, koska tällaisessa päätöksessä on kysymys perustuslain 124 §:ssä tarkoitettusta merkittävästä julkisen vallan käytöstä. Erityishuolto voidaan siihen määräämistä koskevan päätöksen jälkeen kuitenkin käytännössä toteuttaa myös yksityisessä toimintayksikössä, jossa on riittävä lääketieteen, psykologian ja sosiaaliryöön asiantuntemus vaativan hoidon ja huolenpidon toteuttamista ja seuranta varten (kehitysvammalaki 32.2 §). Erityishuoltoa järjestettäessä voidaan joutua käyttämään jäljempänä tarkemmin selostettavia rajoitustoimia. Tällöin kysymys voi olla näiden yksilön perusoikeuksiin puuttuvien rajoitustoimien käyttämisestä yksityisessä toimintayksikössä. Kysymys on julkisen vallan käyttöä sisältävän tehtävän antamisesta muulle kuin viranomaiselle, jota tässä kontekstissa on pidetty perustuslain asettamien vaatimusten kannalta hyväksyttävänä (HE 96/2015 vp, s. 103–111 ja PeVL 15/2015 vp, s. 3).

Jos erityishuoltoon määräämisen edellytykset ovat edelleen olemassa, tulee päätöksiä tekevän vaativan moniammatillisen tuen asiantuntijaryhmän määrätä henkilö erityishuoltoon ja alistaa päätös hallinto-oikeuden vahvistettavaksi (kehitysvammalaki 33.3 §). Jos päätöksiä tekevä vaativan moniammatillisen tuen asiantuntijaryhmä puolestaan katsoo, ettei edellytyksiä tahdosta riippumattomalle erityishuollossa enää ole, sen tulee tehdä esitys erityishuollon päättymisestä THL:lle (kehitysvammalaki 37 §). THL:n katsoessa, ettei edellytyksiä erityishuoltoon ole, on erityishuolto heti lopetettava ja erityishuollossa ollut henkilö poistettava toimintayksiköstä hänen sitä halutessaan (MTL 19.2 §).

Tahdosta riippumattomassa erityishuollossa olevaa henkilöä on lähtökohtaisesti terveydenhuoltoa annettaessa hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan kuten potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992) säädetään (ks. 2.4). Sellaista lääketieteellisesti välttämätöntä hoitoa, jota erityishuollossa oleva henkilö vastustaa, voidaan antaa vain, jos hoitamatta jättäminen vakavasti voisi vaarantaa henkilön terveyden. Erityishuolto on järjestettävä ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä kunnioittaen sekä huollossa olevan henkilön toivomukset, mielipiteet, edut ja yksilölliset tarpeet huomioiden. Erityishuollossa olevalle henkilölle on tehtävä kirjallinen palvelu- ja hoitosuunnitelma, johon kirjataan muun muassa toimenpiteet, joilla tuetaan ja edistetään itsenäistä suoriutumista ja itsemääräämisoikeuden toteutumista sekä sellaiset keinot, joilla erityishuolto voidaan toteuttaa ilman rajoitustoimenpiteiden käyttöä (kehitysvammalaki 42 a §). Lisäksi edellytetään kirjattavan ne laissa säädettyt rajoitustoimet, joita arvioidaan voivan joutua henkilön erityishuollossa käytettävän. Eduskunnan oikeusasiamies on korostanut asianmukaisten kirjausten tekemistä. Se on erityisen tärkeää erityishuollossa olevan henkilön oikeusturvan toteutumisen kannalta (ks. esim. EOA/1074/4/15).

## Rajoitustoimet tahdosta riippumattoman erityishuollon aikana

Tahdosta riippumattoman erityishuollon aikana mahdollisesti käytettävistä rajoitustoimista säädetään kehitysvammalain 3 a luvussa. Kuten edellä mielenterveyslain yhteydessä on todettu, rajoitustoimenpiteet kohdistuvat yksilön perustuslaissa turvattuihin perusoikeuksiin, minkä vuoksi niitä voidaan käyttää vain laissa nimenomaisesti säädettyin edellytyksin eikä yksilön laitohoito itsessään muodosta perustetta rajoitustoimenpiteiden käyttämiselle. Myös korkein hallinto-oikeus on ratkaisuisaan KHO 2017:132 ja KHO 2018:8 edelleen vahvistanut yleisen rajoitustoimia koskevan lähtökohdan: vain sellaisia rajoitustoimia on mahdollista käyttää, joista on nimenomaisesti laissa säädetty (näin myös eduskunnan oikeusasiamies EOAK/5030/2018). Rajoitustoimia toteutettaessa on huomioitava henkilön ihmisarvon kunnioittaminen. Lisäksi toimet on toteutettava mahdollisimman turvallisesti ja huolehdittava rajoitettavan henkilön perustarpeista. Kehitysvammalain 42 d §:ssä säädetään rajoitustoimenpiteille asetettavista yleisistä edellytyksistä. Säännöksen mukaan rajoitustoimenpiteitä voidaan käyttää ainoastaan silloin, kun:

1. erityishuollossa oleva henkilö ei kykene tekemään hoitoaan ja huolenpitoaan koskevia ratkaisuja eikä ymmärtämään käyttäytymisensä seurauksia
2. rajoitustoimenpiteen käyttäminen on välttämätöntä hänen terveytensä tai turvallisuutensa taikka muiden terveyden tai turvallisuuden suojaamiseksi taikka merkittävän omaisuusvahingon ehkäisemiseksi ja
3. muut, lievemmat keinot eivät ole tilanteeseen soveltuvia tai riittäviä.

Rajoitustoimenpiteen käytön on oltava perusteltu rajoitettavan henkilön hoidon ja huolenpidon kannalta sekä oltava oikeassa suhteessa tavoitteeseensa nähden. Rajoittaminen on lopetettava heti, kun se ei ole enää välttämätöntä. Lisäksi rajoitustoimenpiteiden käyttämisessä edellytetään, että tehostetun palveluasumisen yksiköllä ja laitoksella on riittävä lääketieteen, psykologian ja sosiaalityön asiantuntemus (kehitysvammalaki 42 b §:n 2 momentti). Riittävän asiantunteumuksen vaatimusta on korostettu myös valvontaviranomaisen ohjeessa (Vuorilampi & Saramaa 2021).

Kirjalliset päätökset rajoitustoimista tulee tehdä tilanteissa, jotka koskevat aineiden ja esineiden haltuunottoa, välttämättömän terveydenhuollon antamista henkilön vastustuksesta riippumatta, rajoittavan välineen tai asusteen toistuvaa käyttöä päivittäisissä toiminnoissa tai vakavissa vaaratilanteissa, sitomista, valvottua liikkumista ja poistumisen estämistä. Muiden rajoitustoimien käyttämisestä ei ole edellytetty kirjallisen päätöksen tekemisestä. Niiden on katsottu olevan tosiasiallista hallintotoimintaa (Vuorilampi & Saramaa 2020). Kehitysvammalain 42 p §:n 3 momentin mukaan rajoitustoimenpidepäätökset on aina annettava tiedoksi erityishuollossa olevan henkilön lailliselle edustajalle tai omaiselle, joka on osallis-

tunut palvelujen suunnitteluun ja toteuttamiseen, taikka muulle läheiselle (näin myös eduskunnan oikeusasiamies ratkaisussaan EOAK/2036/2017).

Kehitysvammalain mukaisia rajoitustoimia ovat kiinnipitäminen, erillään pitäminen, aineiden ja esineiden haltuunotto, henkilöntarkastus, välttämättömän terveydenhuollon antaminen vastustuksesta huolimatta, rajoittavien välineiden ja asusteiden käyttö, valvottu liikkuminen ja poistumisen estäminen. Rajoitustoimien käyttämisestä on suoritettava jälkiselvittely ja muun muassa toimien käyttö ja sekä perustelut on kirjattava asiakas- tai potilastietoihin. Rajoitustoimia voidaan käyttää sekä tahdosta riippumattomassa erityishuollossa että suostumukseen perustuvaan erityishuoltoon (Tuori & Kotkas, 2016).

### *Kiinnipitäminen ja lyhytaikainen erillään pitäminen*

Kiinnipitäminen on kehitysvammalain 42 f §:n mukaan mahdollista erityishuollossa olevan henkilön rauhoittamistarkoituksessa. Sen on oltava lyhytaikaista, hyväksyttävän hoidollisen menetelmän mukainen ja sen voi tehdä toimintayksikön henkilökuntaan kuuluva sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö. Lyhytaikaisesta erillään pitämisestä sen sijaan säädetään kehitysvammalain 42 i §:ssä, jonka mukaan henkilö voidaan rauhoittamistarkoituksessa viedä erilleen muista henkilöistä enintään kahden tunnin ajaksi. Erillään olevaan henkilöä on valvottava koko ajan ja hänellä on oltava mahdollisuus saada yhteys henkilökuntaan.

### *Aineiden ja esineiden haltuunotto sekä henkilöntarkastus*

Terveyden, turvallisuuden tai omaisuuden vahingoittamiseen ominaisuuksiensa puolesta soveltuvat aineet ja esineet voidaan kehitysvammalain 42 g §:n mukaan ottaa toimintayksikön haltuun sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön ratkaisulla. Jos haltuun otettuja esineitä ei palauteta yhden vuorokauden kuluessa, toimintayksikön vastaavan johtajan tulee tehdä asiasta kirjallinen päätös. Edellä mainittujen esineiden etsimiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö voi suorittaa kehitysvammalain 42 h §:ssä säädetyin edellytyksin henkilöntarkastuksen, mikäli perustellusti epäillään tällaisia esineitä olevan henkilön vaatteissa, muutoin hänen yllään tai hänen tavaroissaan. Lisäksi edellytetään, että erityishuollossa oleva tai muu henkilö todennäköisesti käyttäisi näitä esineitä ja vaarantaisi vakavasti terveyttä tai turvallisuutta taikka vahingoittaisi merkittävästi omaisuutta.

Henkilöntarkastus tulee pääsääntöisesti tehdä siten, että tarkastuksen suorittajan lisäksi paikalla on myös toinen toimintayksikön henkilökuntaan kuuluva sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö. Lisäksi laissa edellytetään, että kaikki tarkastukseen osallistuvat olisivat samaa sukupuolta kuin tarkastuksen kohteena oleva henkilö, mikäli mahdollista. Kehitysvammalaissa ei säädetä henkilönkatsastuksesta, joten se ei ole kehitysvammalain soveltamisalaan kuuluvissa tilanteissa mahdollinen.

## *Välttämättömän terveydenhuollon antaminen vastustuksesta huolimatta*

Välttämättömän terveyden huollon antaminen tahdosta riippumattomassa erityishuollossa olevalle henkilölle tämän vastustuksesta huolimatta koskee kehitysvammalain 42 j §:n mukaan tilanteita, joissa hoitamatta jättäminen voisi vakavasti vaarantaa hänen terveytensä. Tällöin hoitava lääkäri tai hänen ohjeidensa mukaisesti henkilökuntaan kuuluva terveydenhuollon ammattihenkilö voi suorittaa lääketieteellisesti välttämättömän terveydenhuollollisen toimenpiteen, vaikka henkilö sitä vastustaisikin. Toimenpidettä suoritettaessa voidaan käyttää välttämättömiä rajoitustoimia, kuten kiinnipitämistä tai liikkumista rajoittavia välineitä.

## *Rajoittavien välineiden ja asusteiden käyttö*

Erityishuollossa olevan henkilön terveyden ja turvallisuuden varmistamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö voi kehitysvammalain 42 k §:n mukaan käyttää sängystä ja tuolista putoamista estävää välinettä ja henkilön itsensä vahingoittamista estävää tai turvallisuutta lisäävää välinettä tai asustetta. Rajoittavien välineiden ja asusteiden käytön on oltava lyhytaikaista. Lisäksi välineiden ja asusteiden on oltava lääkinällisiä laitteita koskevan lainsäädännön asettamien vaatimusten mukaiset. Jos niiden käyttö on säännöllistä ja pitkäkestoista, toimintayksikön vastaavan johtajan tulee tehdä asiasta kirjallinen päätös enintään kuuden kuukauden pituiseksi ajaksi. Lyhytkestoisen rajoittavien välineiden ja asusteiden käytön voidaan sen sijaan katsoa kuuluvan tosiasiallisen hallintotoiminnan alaan (ks. myös PeVL 12/2016 vp, s. 6).

Kehitysvammalain 42 l § sisältää lisäksi erityissäännöksen rajoittavien välineiden tai asusteiden käytöstä vakavissa vaaratilanteissa. Säännös koskee tilanteita, joissa henkilö todennäköisesti vaarantaisi vakavasti oman terveytensä tai turvallisuutensa taikka muiden henkilöiden terveyden tai turvallisuuden. Säännös mahdollistaa yksilön perusoikeuksiin varsin konkreettisesti puuttuvien keinojen käyttämisen, kuten hygieniahaalarin tai puremisen estävän kypärän käytön. Säännös mahdollistaa myös sitomisen viimesijaisena ja välttämättömänä rajoituskeinona. Kehitysvammalain 42 l §:n perusteella toteutettavasta rajoitustoimenpiteestä on aina tehtävä kirjallinen päätös, joka on valituskelpoinen.

## *Valvottu liikkuminen ja poistumisen estäminen*

Erityishuollossa olevan henkilön ja muiden henkilöiden terveyden ja turvallisuuden varmistamiseksi liikkumista toimintayksikössä voidaan liikkumista piha-alueella ja piha-alueen ulkopuolella sekä sieltä poistumista valvoa esimerkiksi henkilöön kiinnitettävällä teknisellä valvontalaitteella tai saattajan avulla (kehitysvammalaki 42 m §). Nämä liikkumisen valvontakeinot tulevat kuitenkin käytettäväksi vain, jos muut keinot eivät ole riittäviä. Myös erityishuollossa olevan



henkilön oman huoneen ovi voidaan lukita yöksi enintään kahdeksan tunnin pituiseksi ajaksi. Tällöin henkilöä tulee valvoa koko ajan välittömässä läheisyydessä ja hänellä tulee olla mahdollisuus poistua huoneesta saatettuna.

Kehitysvammalain 42 n §:n mukaan toimintayksikön henkilökuntaan kuuluva sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö voi estää erityishuollossa olevaa henkilöä poistumasta toimintayksiköstä tai sen yhteydessä olevalta piha-alueelta. Edellytyksenä on, että henkilö saattaisi poistumisellaan itsensä tai toisen henkilön alttiiksi välittömästi uhkaavalle ja vakavalle terveyteen tai turvallisuuteen kohdistuvalle vaaralle. Vastaavin edellytyksin henkilö voidaan noutaa takaisin toimintayksikköön tai sen piha-alueelle, mikäli henkilö tavoitetaan sen välittömästä läheisyydestä. Toimenpiteen toteuttamiseksi saadaan käyttää välttämättömiä voimakeinoja, ottaen huomioon vastustuksen laatu ja voimakkuus, tilanteen uhkaavuus ja muut olosuhteet.

## Muutoksenhaku

Kehitysvammalain 81 b §:ssä säädetyn mukaisesti valittamalla saa hakea muutosta päätöksiin, jotka koskevat tahdosta riippumattomaan erityishuoltoon määräämistä, erityishuollon jatkamista ja tutkimuksiin toimittamista. Lisäksi niistä rajoitus-toimista, joista on tehty kirjalliset päätökset, on valitusoikeus. Valitus on tehtävä kirjallisesti 30 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista ja siten kuin oikeudenkäynnistä hallintoasioissa annetussa laissa (808/2019) säädetään. Viranomaisen on annettava valitusohjeet päätöksen antamisen yhteydessä.

Erityishuollossa olevaa henkilöä koskeviin toimenpiteisiin, palveluiden suunnitteluun ja päätöksentekoon tulee ottaa mukaan myös henkilön laillinen edustaja, omainen tai muu läheinen henkilö, mikäli henkilö ei sairauden, henkisen toimintakyvyn vajavuuden tai muun vastaavan syyn vuoksi pysty itse osallistumaan, vaikuttamaan tai ymmärtämään häneen kohdistuvia päätöksiä ja niiden vaikutuksia (kehitysvammalaki 42 p §:n 3 momentti, laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 6 §, laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) 9 §:n 1 momentti). Tämä on huomioitava myös päätöksiä tiedoksiannossa. Menettelyllä on haluttu vahvistaa erityishuollossa olevan henkilön tosiasiallisia vaikutusmahdollisuuksia häntä itseään koskevien asioiden hoitamisessa ja päätöksenteossa.

## Kirjallisuutta

- Ahlgrén-Rimpiläinen A, Puusa M. Mielentilatutkimus- ja vaarallisuusarvio-opas. Ohjaus 12/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain muuttamisesta, HE 96/2015 vp.
- Perustuslakivaliokunnan lausunto, PeVL 12/2016 vp – HE 96/2015 vp.
- Tuori K, Kotkas T. Sosiaalioikeus. Helsinki: Alma Talent. 5 uud. painos. 2016.
- Vuorilampi S, Saramaa M. Selvitys itsemääräämisoikeuden toteutumisesta kehitysvammahuollon asumis- ja laitospalveluissa vuonna 2019. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira), 2020.
- Vuorilampi S, Saramaa M. Asiantuntijatiimin järjestäminen kehitysvammahuollon ympärivuorokautisissa yksiköissä V/27346/2021, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira), 12.8.2021.

## Oikeuskäytäntö

### Korkein hallinto-oikeus

KHO 11.3.2021/H814

KHO 2018:8

KHO 2017:132

### Eduskunnan oikeusasiamies

EOAK/5030/2018

EOAK/2036/2017

EOA 1074/4/15

## 13 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

### Säätelyn tausta, soveltamisala ja määritelmät

Lakia potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, potilaslaki) sovelletaan potilaan asemaan ja oikeuksiin terveyden- ja sairaanhoitoa järjestettäessä (1 §). Potilaslaille on liityntä useisiin Suomea velvoittavien ihmisoikeussopimuksiin, jotka sisältävät terveyteen ja potilaan oikeuksiin liittyviä ihmisoikeussäännöksiä. Keskeisimpiä näistä sopimuksista ovat Euroopan neuvoston ihmisoikeussopimus (SopS 18–19/1990), Euroopan sosiaalinen peruskirja (SopS 75-76/1998), EU:n perusoikeuskirja (2012/C 326/02) ja Euroopan neuvoston biolääketiedesopimus (SopS 23–24/2010). Potilaan oikeuksien kannalta biolääketiedesopimus on erityisen keskeinen, sillä sopimus koskee lähinnä potilaan tai tutkittavan oikeuksia. Sopimuksessa säädetään muun muassa tasapuolisesta pääsystä terveydenhuoltoon, suostumuksesta hoitoon, yksityiselämän suojasta ja tiedonsaannista. Kaikki mainituista sopimuksista ovat Suomea velvoittavia itsessään, mutta niiden sisältämien oikeuksien sisältöä konkretisoidaan kansallisessa lainsäädännössä. Potilaan oikeuksia koskevan lainsäädännön yhtenä tehtävänä onkin panna täytäntöön ihmisoikeussopimusten ja perustuslain perusoikeussäännösten potilaalle antamaa turvaa. (Nieminen 2015, s. 19 ja 92).

Potilaslaki on yleislaki, jota sovelletaan, jollei muulla lailla toisin säädetä. Esimerkiksi mielenterveyslaissa (1116/1990) säädetään potilaan oikeuksiin rajoituksia, jolloin potilaslakia sovelletaan mielenterveyslain rinnalla sitä täydentävästi. Lakia sovelletaan kaikilla terveydenhuollon osa-alueilla sekä julkisessa että yksityisessä terveyden- ja sairaanhoidossa (HE 185/1991 vp, s. 4/I ja 13/I). Jäljempänä tarkemmin käsiteltävän mukaisesti potilasasiakirjoista sekä potilastietojen luovuttamisesta säädetään 1.1.2024 voimaan tulevassa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä annetussa laissa (703/2023, vuoden 2024 asiakastietolaki). Tätä ennen sovelletaan näitä koskevia vielä voimassa olevia potilaslain säännöksiä.

Potilaslain 2 §:ssä säädetään keskeisistä määritelmistä. Sen mukaan potilaalla tarkoitetaan terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävää tai muuten niiden kohteena olevaa henkilöä. Palveluiden kohteena olevalla potilaalla tarkoitetaan esimerkiksi tahdosta riippumattomassa hoidossa olevaa henkilöä tai oikeuspsykiatrisen tutkimuksen kohteena olevaa henkilöä. Terveyden- ja sairaanhoidolla tarkoitetaan potilaan terveydentilan määrittämiseksi taikka hänen terveytensä palauttamiseksi tai ylläpitämiseksi tehtäviä toimenpiteitä, joita suorittavat terveydenhuollon ammattihenkilöt tai joita suoritetaan terveydenhuollon toimintayksikössä. Terveydenhuollon ammattihenkilöllä tarkoitetaan terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994, ammattihenkilölaki) 2 §:ssä tarkoitettua henkilöä. Terveydenhuollon toimintayksikön käsite on laaja, sillä tarkoitetaan niin julkisia terveyskeskuksia, erikoissairaanhoidon piiriin kuuluvia sairaaloita kuin yksityisiä terveydenhuollon yksiköitä sekä erikseen mainittuja yksiköitä, kuten valtion mielisairaloita ja vankiterveydenhuollon yksiköitä.

Käytännössä kaikki yksiköt Suomessa, joissa tehdään oikeuspsykiatrisia tutkimuksia tai annetaan hoitoa, kuuluvat terveydenhuollon toimintayksikön käsitteen piiriin, eivätkä rajanvetotilanteet potilaslain soveltamisen suhteen liene yleisiä. Kysymyksiä potilaslain soveltamisalan suhteen voi kuitenkin ilmetä esimerkiksi silloin, kun samassa yksikössä tuotetaan samanaikaisesti sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palveluita (Lohiniva-Kerkelä 2015, s. 162). Käytännössä kyse voisi esimerkiksi olla niistä oikeuspsykiatrisista potilaista, jotka on päästetty mielenterveyslain 18 a §:n mukaiselle valvonta-ajalle ennen potilaan päästämistä sairaalasta lopullisesti ja jotka suorittavat valvonta-aikaa sosiaalihuollon toimintayksikössä. Valvonta-ajalla potilas on kuitenkin edelleen asianomaisen hyvinvointialueen psykiatrisen toimintayksikön valvonnassa, jolloin potilaslaki tulee sovellettavaksi. Valvonta-ajalla olevan potilaan asumisen järjestäminen voi kuitenkin kuulua sosiaalihuoltolain piiriin, joten potilaan kotikunnan ja hyvinvointialueen viranomaisten välinen yhteistyö on järjestettävä niin, että kaikki ovat tietoisia järjestelyistä yksittäistapauksessa (Lapin aluehallintoviraston ratkaisu LAAVI/192/2021).

## Potilaan oikeudet

Potilaan oikeuksista säädetään potilaslain 2 luvussa. Potilaan asema ja oikeudet määrittävät koko terveydenhuollon sääntelyn peruslähtökohtia sekä terveydenhuollon palveluiden järjestämisen ja tuottamisen että terveydenhuollon ammattihenkilöiden velvollisuuksien tasolla (Lohiniva-Kerkelä 2015, s. 23). Perus- ja ihmisoikeudet ovat sääntelyn perustana.

### *Oikeus hoitoon*

Suomen perustuslain (731/1999) 19.1 §:n mukaan jokaisella, joka ei kykene hankimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Tähän kuuluu muun muassa oikeus kiireelliseen sairaalahoitoon (Nieminen 2015, s. 236). Perustuslain 19.3 §:n mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Laki takaa välittömästi toteutettavan oikeuden kiireelliseen hoitoon potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta. Muita kuin kiireellisen hoidon tarpeessa olevia koskee potilaslain 3 §, jonka mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Suomessa tilapäisesti oleskelevien henkilöiden oikeudesta hoitoon sovelletaan, mitä siitä erikseen säädetään tai valtioiden välillä vastavuoroisesti sovitaan. Vuoden 2023 alussa Suomessa tiettyjen pidempään oleskelevien ulkomaalaisten henkilöiden (kuten ns. paperittomien henkilöiden) oikeus terveyspalveluihin laajeni kiireellisestä hoidosta välttämättömäksi arvioituun hoitoon (laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021 56 a §, järjestämislaki). Tarkemmin hoitoon pääsystä ja hoidon järjestämisestä julkisessa terveydenhuollossa säädetään terveydenhuoltolain (1326/2010) 50–53 §:ssä. Kiireettömän hoidon perusteita ohjaavat tarkemmin myös sosiaali- ja terveysministeriön ja THL:n laatimat yhtenäiset lääketieteellisen ja hammaslääketieteellisen hoidon perusteet (Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019). Oikeuspsykiatristen potilaiden kannalta hoitoon pääsyä koskevalla sääntelyllä ei liene niin suurta merkitystä, sillä nämä potilaat ovat jo hoidossa. Sääntely on kuitenkin merkityksellistä mahdollisten muiden sairauksien hoidon suhteen.

Potilaalle on ilmoitettava hoitoon pääsyn ajankohta (potilaslain 4 §). Jos ilmoitettu ajankohta muuttuu, on uusi ajankohta ja muutoksen syy ilmoitettava potilaalle välittömästi. Potilasta ei siis tule asettaa jonoon epämääräiseksi ajaksi. Lainvalvontaviranomaiset ja Valvira ovat pitäneet hyväksyttävänä käytäntöä, jossa aika ilmoitetaan kuukauden tarkkuudella, jos täsmällistä aikaa ei voida antaa. (HE 77/2004 vp, s. 44/I–45/I. Ks. myös esim. eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisu dnro 3656/4/09, 3.12.2010).

Hoidon tarpeen arvioinnin tulee perustua lääketieteellisesti hyväksyttäviin kriteereihin (HE 185/1991 vp, s. 14/I). Viime kädessä lääkäri arvioi tilanteen edellyttämien tutkimuksien ja hoidon tarpeen. Hoidon tarve tulee arvioida yksilöllisesti ja hoito järjestää sen mukaisesti. Hoidon tarpeen arvioinnin voi tehdä muukin terveydenhuollon ammattihenkilö kuin lääkäri, sillä kysymys ei ole varsinaisesta lääketieteelliseen tutkimukseen perustuvasta taudinmäärittäyksestä, vaan sen arvioimisesta, edellyttääkö potilaan terveydentila lääkärin antamaa hoitoa. Terveydenhuollon ammattihenkilö tekee hoidon tarpeen arvioinnin ammattivastuullaan. Hänellä tulee olla tehtävien suorittamiseen riittävä koulutus, kokemus ja ammattitaito. (HE 77/2004 vp, s. 36–37 ja Lohiniva-Kerkele 2015, s. 173). Laadultaan hyvään terveydenhoitoon tosin kuuluu myös se, että lääkärin tekemät hoitopäätökset perustuvat lähtökohtaisesti lääkärin suorittamaan potilaan henkilökohtaiseen tutkimiseen (EOAK/5485/2018, 13.12.2019).

Vuonna 2016 terveydenhuoltolakia muutettiin siten, että terveydenhuollon ammattihenkilön on kiireettömän hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä arvioitava lisäksi, onko potilaalla ilmeinen sosiaalihuollon tarve ja tarvittaessa ohjata henkilö hakemaan sosiaalipalveluja tai henkilön antaessa suostumuksensa otettava yhteyttä kunnallisesta sosiaalihuollosta vastaavaan viranomaiseen, joka voi arvioida palvelutarpeen (sosiaalihuoltolain 1301/2014, 35 §). Muutoksen tarkoituksena oli asiakaslähtöisyyden parantaminen. Tavoite on, että kiireettömän hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä muistettaisiin ottaa huomioon myös mahdollinen sosiaalipalvelujen tarve (HE 224/2016 vp, s. 65).

Potilaslain 4 a §:n mukaan terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa. Säännöksellä on haluttu korostaa sitä, että suunnitelmassa voitaisiin yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa sopia siitä, mihin toiminnan aikana pyritään ja kuinka tavoitteen saavuttamiseksi edetään. Suunnitelma on erityisen tarpeellinen tilanteissa, joissa potilas tarvitsee erilaisia palveluja sekä terveydenhuollossa että sosiaalihuollossa. Suunnitelman tarkoituksena on saavuttaa eheämpi kuva potilaan kokonaistilanteesta ja suunnitella potilaalle tilanteeseen parhaiten soveltuva hoito- ja palvelukokonaisuus sekä tehostaa voimavarojen kohdentamista. Luonteeltaan tällainen suunnitelma ei ole sellainen asiakirja, johon perustuen potilaalle syntyisi oikeus vaatia suunnitelmaan sisältyviä palveluja, eikä hallintopäätös, johon voisi hakea muutosta. (HE 77/2004 vp, s. 45/II–46/I.)

## *Oikeus hoitoon ilman syrjintää*

Perustuslain 6 § asettaa yleisen velvollisuuden yhdenvertaiseen kohteluun ja syrjinnän kiellon. Myös potilaslain 3 § kieltää syrjinnän hoitoa järjestettäessä. Potilaan hoidon on siten toteuduttava yhdenvertaisella tavalla. Tämä tarkoittaa, että ketään ei saa erotella esimerkiksi rotuun, ihonväriin, sukupuoleen, kieleen, uskontoon, poliittisiin tai muihin mielipiteisiin, kansalliseen, etniseen tai sosiaaliseen alkuperään, ikään, varallisuuteen, syntyperään tai muuhun vastaavaan seikkaan perustuen (HE 185/1991 vp, s. 14/I). Yksittäisiä hoitoratkaisuja ei voida perustaa seikkoihin, jotka ilmentävät kiellettyä syrjintää. Lainsäädännön tasolla positiivinen erityiskohtelu on mahdollista, mikä ilmenee muun muassa siinä, että lasten ja nuorten on esimerkiksi päästävä mielenterveyspalveluihin yleistä määräaikaa (6 kuukautta) nopeammin (3 kuukautta). Lapsia ja nuoria pyritään suojelemaan myös muutoin. Esimerkiksi eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisussa 14.11.2005 lainmukaisena menettelynä ei pidetty alaikäisen sijoittamista aikuispsykiatrian osastolle, ellei ratkaisu perustu nimenomaan alaikäisen etua koskevaan harkintaan (Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisu dnro 1205/4/04, 14.11.2005). Toisaalta on myös katsottu, että perustuslaki sallii esimerkiksi turvapaikanhakijoiden terveyspalveluiden turvaamisen rajatumminkin kuin Suomessa pysyvästi asuvien henkilöiden (Nieminen 2015, s. 237).

Yhdenvertaisen hoidon järjestämisessä potilaan terveydentilan edellyttämä hoito on keskeisessä asemassa: potilaiden asettaminen etusijajärjestykseen voi siis perustua potilaalle yksilöllisesti tehtyyn hoidon tarpeen arviointiin (HE 77/2004 vp, s. 46/I). Yhdenvertaisen hoidon toteutumista pyritään edistämään valtakunnallisilla yhtenäisillä hoidon perusteilla (Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019). Laillistettu lääkäri päättää kuitenkin viime kädessä potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta ammattihenkilölain 22 §:n mukaisesti, joten valtakunnallisistakin hoidon perusteista voidaan poiketa, jos potilaan terveydentila ja yksilöllinen hoidon tarve sitä edellyttävät.

## *Oikeus hyvään terveydenhoitoon*

Potilaan oikeuksista keskeisimpänä voidaan pitää oikeutta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun, josta säädetään potilaslain 3 §:ssä. Laadukas hoito pyritään ensi sijassa järjestämään terveydenhuollon ammattihenkilöiden riittävällä osaamisella (HE 185/1991 vp, s. 14/I). Hoidon laadun turvaaminen on erityisen tärkeää silloin, kun potilasta hoidetaan hänen tahdostaan riippumatta ja kun hänen hoidossaan joudutaan käyttämään itsemääräämisoikeuden rajoituksia. Esimerkiksi oikeusasiamies on korostanut psykiatrisessa hoidossa olevan potilaan päivittäisen ulkoilun tärkeyttä osana laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa. Oikeusasiamiehen ratkaisukäytännössä on katsottu, että psykiatrisessa sairaalahoidossa olevalle potilaalle tulee turvata jokapäiväinen, vähintään

tunnin kestävä ulkoilumahdollisuus, jollei potilaan terveydentila taikka sairaalan järjestykseen tai turvallisuuteen liittyvä erityisen painava syy ole esteenä (esim. EOAK/2822/2018, 2.11.2020).

Potilaslain 3 §:n 2 momentin mukaan laadultaan hyvän hoidon lisäksi potilaan hoito on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä kunnioittaen hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään. Potilaan kohtelulla tarkoitetaan sitä tapaa, miten häneen hoitotoimenpidettä suoritettaessa tai muuten hoitoon liittyvissä tilanteissa suhtaudutaan (HE 185/1991 vp, s. 14/II). Huonoo kohtelua voi esimerkiksi olla syyllistäminen, syrjintä tai vähättely (Lohiniva-Kerkelä 2015, s. 180). Ihmisarvoisen kohtelun vaatimus juontaa juurensa perustuslakiin, jonka 1.2 §:n mukaan valtiosääntö turvaa ihmisarvon loukkaamattomuuden. Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisukäytännössä on tähän viitaten esimerkiksi katsottu, että eristetyn potilaan ihmisarvoinen kohtelu ja laadultaan hyvä terveyden- ja sairaanhoito edellyttävät, että potilaalla on aina mahdollisuus päästä WC:hen. Potilaalle tulee myös tarjota aktiivisesti mahdollisuutta päästä WC:hen ilman, että hänen tarvitsee sitä aina itse pyytää (esim. päätökset dnro 3721/4/14, 22.10.2015 ja 30.6.2014, dnro 1513/4/13).

Henkilökohtaisen vakaumuksen kunnioittaminen merkitsee potilaan uskonnollisen, yhteiskunnallisen tai muuhun vakaumukseen pohjautuvan kannanoton huomioon ottamista hoitotilanteissa (HE 185/1991 vp, s. 14/II). Esimerkiksi hoitoratkaisuja tehtäessä tulee ottaa huomioon potilaan vakaumukseen perustuvat tahdonilmaisut (Lohiniva-Kerkelä 2015, s. 185). Yksityisyyden suojan kunnioittamisella sen sijaan viitataan potilaan yksityiselämän sekä perhe-elämän kunnioittamiseen. Käytännössä esimerkiksi vierailijoiden vastaanotto ja mahdollisuudet keskustella yksityisesti näiden kanssa tulisi ottaa huomioon sairaalassa tai muussa terveydenhuollon toimintayksikössä, vaikka potilaan hoitaminen tällaisessa toimintayksikössä voikin asettaa joitain rajoituksia yksityiselämän suojasta huolehtimiselle. Erityisesti lapsipotilaiden osalta on perhe-elämän huomioon ottaminen tärkeää (HE 185/1991 vp, s. 14/II). Yksityisyyden suojaan liittyy myös se, ettei hoitotilanteessa lähtökohtaisesti saa olla paikalla ulkopuolisia henkilöitä ilman potilaan suostumusta (Nieminen 2015, s. 243). Eduskunnan oikeusasiamies totesi esimerkiksi vangin terveydenhuoltoa koskevassa päätöksessä vangin yksityisyyden suojaa loukatun, kun hoitotilanteessa olisi ollut läsnä myös vartija. Oikeusasiamiehen mukaan lähtökohtana tulisi olla, että ulkopuolisia ei ole läsnä hoitotilanteessa, ellei poikkeustapauksessa katsota, että vartiointitehtävää ei voida muuten suorittaa asianmukaisesti, esimerkiksi jos henkilökunnan turvallisuutta ei voida muutoin varmistaa (EOA Dnro 2373/4/12, 23.10.2013).

Edelleen potilaslain 3 §:n 3 momentin mukaan potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon. Äidinkielellä tarkoitetaan muutakin kuin kotimaisia kieliä. Jos potilaalla ja terveydenhuollon ammattilaisella ei ole yhteistä kieltä, on käytettävä tulkkausta. Tulkkia saattavat tarvita myös puhe- ja aistivammaiset, esimerkiksi viittomakieltä käyttävät (HE 185/1991 vp, s. 14/II).



Potilaan oikeudesta saada palveluita omalla äidinkielellään säädetään edelleen järjestämislaissa (lain 5 §) ja kielilaissa (423/2003) ja saamenkielisten oikeudesta käyttää saamen kieltä säädetään erikseen saamen kielilaissa (1086/2003). Perustuslain mukaan Suomen kansalliskielet ovat suomi ja ruotsi. Jokaisella on viranomaisen kanssa asioidessaan oikeus käyttää omaa kieltään, joko suomea tai ruotsia, sekä saada tarvittavat asiakirjat tällä kielellä. Kielilaissa jaotellaan viranomaiset yksi- ja kaksikielisiin ja kaksikielisen viranomaisen velvollisuus antaa palvelua molemmilla kielillä on laajempi kuin yksikielisen viranomaisen. Kielilain 10 §:n mukaan valtion viranomaisessa ja kaksikielisessä kunnallisessa viranomaisessa jokaisella on oikeus käyttää suomea tai ruotsia. Viranomaisen on lisäksi järjestettävä asiassa kuultavalle mahdollisuus tulla kuulluksi suomeksi tai ruotsiksi. Yksikielisessä viranomaisessa käytetään viranomaisen kieltä, jollei viranomaisen pyynnöstä toisin päättä tai jollei muualla laissa toisin säädetä. Jokaisella on kuitenkin oikeus käyttää omaa kieltään ja tulla kuulluksi omalla kielellään viranomaisen aloitteesta vireille tulevassa asiassa, joka välittömästi kohdistuu hänen tai hänen huollettavansa perusoikeuksiin tai joka koskee viranomaisen hänelle asettamaa velvoitetta. Oikeuspsykiatriset asiat ovat lähtökohtaisesti aina asioita, jotka voivat tulla vireille viranomaisen aloitteesta ja joissa näin ollen on oikeus käyttää omaa kieltään, joko suomea tai ruotsia. Tulkitsemisesta ja kääntämisestä ks. tarkemmin jäljempänä luku 14, Hallintolaki > Hallintoasian käsittely ja päätöksenteossa noudatettava menettely > Tulkitseminen ja kääntäminen.

Potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioiminen tarkoittaa sitä, että potilaan fyysiset ominaisuudet otetaan huomioon hänen hoidossaan ja kohtelussaan. Kulttuurin huomioiminen sen sijaan tarkoittaa esimerkiksi sukupuolen huomioimista hoidon toteuttamisessa (HE 185/1991 vp, s. 14/II ja Lohiniva-Kerkelä 2015, s. 189).

### *Potilaan tiedonsaantioikeus*

Potilaslain 5 §:ssä säädetään potilaan tiedonsaantioikeudesta. Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Potilaan tiedonsaantioikeus on edellytys potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumiseksi. Jotta potilas voisi harkita hoitoon suostumisestaan, hänellä on sitä ennen oltava riittävästi tietoja hoidon merkityksestä ja vaikutuksesta. Kyse on luottamussuhteen syntyisestä potilaan ja hoitavan henkilökunnan välillä (HE 185/1991 vp, s. 15/II).

Potilaalle tulisi ennen hoitoon ryhtymistä antaa selvitys hoidon merkityksestä, laajuudesta, riskitekijöistä, epäonnistumismahdollisuuksista, komplikaatioista sekä hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista. Selvitys tulisi antaa myös siitä, mitä seurauksia potilaalle voi aiheutua, jos hoitotoimenpide jätettäisiin suorittamatta (HE 185/1991 vp, s. 15/II). Pääsääntöisesti mitä vakavammasta tilanteesta tai riskialttiimmasta hoidosta tai tutkimuksesta on kysymys, sitä tarkempaa ja ymmärrettävämpää annettavan tiedon tulisi olla (Pahlman 2015, s. 190).

Potilaalle tulee antaa selvitys oma-aloitteisesti eikä vain hänen pyynnöstään. Selvitystä ei kuitenkaan tarvitse antaa kaikissa tilanteissa. Potilas voi nimittäin aina myös kieltäytyä ottamasta tietoa vastaan. Oikeutta selvityksen saamiseen voidaan poikkeuksellisesti rajoittaa myös silloin, jos on ilmeistä, että tiedon antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. Poikkeusta tulee tulkita suppeasti; pelkästään epäily selvityksen mahdollisesta haitallisuudesta tai vaarallisuudesta ei vielä riitä perusteeksi rajoittamaan tiedonsaantioikeutta, vaan pitää olla ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle (HE 185/1991 vp, s. 15/II). Kyse on tapauskohtaisesta harkinnasta, jonka potilasta hoitava terveydenhuollon ammattihenkilö tekee koulutuksensa ja kokemuksensa perusteella. Selvityksen antamisesta tai antamatta jättämisestä tulee aina tehdä merkinnät potilasasiakirjoihin.

Selvitys tulee antaa niin, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. Tarvittaessa on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta. Kaikkea mahdollista tietoa potilaalle ei siis tarvitse antaa, vaan keskeistä on, että potilas saa päätöksentekonsa perustaksi hänen hoitonsa kannalta merkityksellistä tietoa. Selvityksen antamisessa tulisi välttää sellaisia ammatillisen kielenkäytön ilmaisuja, joita potilaan ei voida olettaa tuntevan. Selvitystä annettaessa on otettava huomioon potilaan ikä, koulutus, äidinkieli ja muut henkilökohtaiset ominaisuudet. Edelleen selvitystä annettaessa on huolehdittava potilaan yksityisyyden suojasta siten, etteivät potilasta koskevat tiedot paljastu sivullisille (HE 185/1991 vp, s. 15/II).

Myös selvityksen antamisessa tulee ottaa huomioon potilaan kielelliset oikeudet (ks. edellä jakso ”Oikeus hyvään terveydenhoitoon” ja jäljempänä luku 14, Hallintolaki > Hallintoasian käsittely ja päätöksenteossa noudatettava menettely > Tulkitseminen ja kääntäminen).

### *Potilaan itsemääräämisoikeus*

Itsemääräämisoikeutta voidaan pitää potilaan tärkeimpänä oikeutena. Sen sisällöstä säädetään potilaslain 6 §:ssä. Oikeuspsykiatristen potilaiden, jotka ovat hoidossa tahdostaan riippumatta, osalta on kuitenkin huomioitava mielenterveyslain 4 a luvun säännökset, jotka oikeuttavat laissa säädetyin edellytyksin itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen. Mielenterveyslaissakin lähtökohta kuitenkin on, että potilaan psyykkisen ja ruumiillisen sairauden hoito toteutetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan (MTL 22 b ja 22 c §:t).

Potilaslain 6 §:n 1 momentin mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Potilaan suostumus on siis edellytys hoitoon tai tutkimukseen. Esimerkiksi oikeusasiamies on käytännössään katsonut, että potilaan tiedonsaantioikeudesta (potilaslain 5 §) ja

velvollisuudesta hoitaa potilasta yhteisymmärryksessä (potilaslain 6 §) johtuu, että potilaalle tulee kertoa lepositeillä toteutetusta rajoitustoimenpiteestä ja sen perusteista sekä myös selvittää potilaan oma mielipide rajoitustoimenpiteestä (EOAK/5485/2018, 13.12.2019, ratkaisu koski somaattisen terveydenhuollon piirissä annettua hoitoa).

Suostumuksen antajan tulee olla kykenevä antamaan suostumuksensa. Suostumuksen on oltava riittävään tietoon perustuva, vapaaehtoinen, etukäteen annettu ja sisällöltään riittävän täsmällinen. Suostumuksen antajan on tullut myös ymmärtää suostumuksen merkitys ja sisältö. Suostumus tulee myös voida milloin tahansa peruuttaa (EOA dnro 2598/4/12, 10.12.2013).

Vaikka potilaan suostumus on lähtökohta hoitotoimenpiteille, tarkoitus ei kuitenkaan ole, että suostumusta jokaisessa vähäisessä tilanteessa erikseen kysytään. Yleensä vähäisten hoitotoimenpiteiden osalta potilaan suostumus voidaan päätellä esimerkiksi jo potilaan hoitoon hakeutumisesta. Suostumuksen selvittäminen erikseen kuitenkin korostuu hoitotoimenpiteiden puuttuessa merkittävimmin potilaan fyysiseen tai psyykkiseen koskemattomuuteen. Mitä vakavamasta potilaan koskemattomuuteen puuttumisesta on kysymys, sitä tärkeämpää on vakuuttautua potilaan tahdosta. Muiden kuin vähäisten hoitotoimenpiteiden osalta nimenomainen suostumus on selvitettävä. Potilaan tahdon sisällöstä on myös säännönmukaisesti varmistettava epäselvissä tapauksissa ja esimerkiksi silloin, kun hoitoon liittyy vaaratekijöitä tai kun on valittavana eri hoitovaihtoehtoja. Suostumusta ei potilaslain mukaan tarvitse saada kirjallisesti, vaan suullinenkin suostumus riittää, ellei laissa ole nimenomaisesti edellytetty kirjallisen suostumuksen hankkimista (HE 185/1991 vp, s. 16/I–II ja Pahlman 2015, s. 196–197).

Potilaalla on itsemääräämisoikeutensa puitteissa oikeus myös kieltäytyä kaikesta hänelle tarjotusta hoidosta sekä peruuttaa suostumuksensa missä vaiheessa tahansa. Tällöin potilasta tulee hoitaa mahdollisuuksien mukaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaalla ei kuitenkaan ole oikeutta vaatia tietynlaista hoitoa tai tutkimusta, vaan tämä kuuluu lääkärin päätösvaltaan (Pahlman 2015, s. 199).

Potilaslain 6 §:n 2 momentin mukaan, jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, potilaan laillista edustajaa taikka lähiomaista tai muuta läheistä on ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä kuultava sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. Jos tästä ei saada selvitystä, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena. Tärkeästä hoitopäätöksestä olisi kysymys ainakin silloin, kun on tarpeen varmistua potilaan suostumuksesta hoitoon esimerkiksi tilanteissa, joissa hoitoon liittyy vaaratekijöitä tai kun on valittavana eri hoitovaihtoehtoja (HE 185/1991 vp, s. 17/I).

Potilaslain 6 §:n 3 momentissa säädetään lisäksi, että 2 momentin tarkoittamisessa tapauksissa tulee hoitoon saada potilaan laillisen edustajan taikka lähiomaisen tai muun läheisen suostumus. Laillisen edustajan, lähiomaisen ja muun läheisen tulee suostumusta antaessaan ottaa huomioon potilaan aiemmin ilmaisema tahto tai, jos hoitotahtoa ei ole ilmaistu, hänen henkilökohtainen etunsa. Jos laillinen edustaja, lähiomainen tai muu läheinen kieltää hoidon antamisen tai hoitotoimenpiteen tekemisen potilaalle, potilasta on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä suostumisesta kieltäytyvän henkilön kanssa muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Jos laillisen edustajan, lähiomaisen tai muun läheisen näkemykset hoidosta eroavat toisistaan, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena.

Sellaisenkin potilaan hoidossa, joka on menettänyt kyvyn päättää hoidostaan tai kyvyn ilmaista päätöksensä, on pyrittävä ottamaan huomioon hänen henkilökohtaiset näkemyksensä ja ne seikat, jotka hän asettaisi ensisijaisiksi. Potilasta olisi pyrittävä hoitamaan sen mukaisesti, mitä hän päättäisi, jos hän kykenisi terveesti tekemään ja ilmoittamaan päätöksensä. Näin ollen, kun sijaispäättäjää kuullaan, tulee ensisijaisesti kuulla sellaista henkilöä, joka parhaiten tuntee potilaan tahdon (HE 185/1991 vp, s. 16/II–17/I ja Pahlman 2015, s. 200). Läheiselle tuleekin antaa riittävästi tietoa päätöksenteon pohjaksi.

Potilaan itsemääräämisoikeuden piiriin kuuluu myös kuolevan potilaan tapauksessa oikeus päättää elämää pitkittävästä hoidosta. Potilas voi tällöinkin kieltäytyä hoidosta tai pyytää hoitoa lopetettavaksi. Päätös on ensisijaisesti tehtävä potilaan itsensä kanssa yhteisymmärryksessä. Kun potilas ei enää itse pysty päättämään tilanteestaan, aktiivisen hoidon lopettaminen on viime kädessä lääkärin harkinnassa. Potilaan etu on tällöin toimintaa johtava periaate.

Joskus potilas on saattanut antaa hoitotahdon, jonka avulla potilas jatkaa itsemääräämisoikeutensa käyttämistä vielä senkin jälkeen, kun hän ei ole kelpoinen päättämään omasta hoidostaan. Hoitotahto on terveydenhuollon ammattihenkilöitä sitova, ellei ole vahvoja perusteita epäillä, että kysymyksessä ei ole joko pätevä tai vakaa hoitotahto. Hoitotahtoa ei kuitenkaan voida noudattaa, jos se ei lääketieteellisin perustein sovellu hoitotilanteeseen (Pahlman 2015, s. 203–204 ja 206, ks. myös Nieminen 2015, s. 141).

## Alaikäinen potilas

Potilaslain 7 § koskee alaikäisten itsemääräämisoikeutta. Alaikäisen potilaan mielipide hoitotoimenpiteeseen on selvitettävä silloin, kun se on hänen ikänsä ja kehitystasoonsa nähden mahdollista. Jos alaikäinen ikänsä ja kehitystasonsa perusteella kykenee päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Tällöin myös alaikäisen on katsottu voivan antaa pätevän suostumuksen sellaisesta perusoikeuden rajoitustoimenpiteestä, joka voidaan ylipäätään tehdä suostumuksenvaraisesti (EOA dnro 2598/4/12, 10.12.2013). Laissa ei siis ole asetettu ikärajaa alaikäisen itsemääräämisoikeudelle. Ratkaisevaa on, kykeneekö alaikäinen ymmärtämään hoidon tai siitä kieltäytymisen merkityksen ja vaikutuksen terveydentilalleen. Tällöin tulee ottaa huomioon mm. alaikäisen henkilön ikä, yleinen kypsyneisyys sekä hoitotoimenpiteen luonne ja niihin mahdollisesti liittyvät riskitekijät (EOA Dnro 61/4/15, 11.6.2015). Se, kuinka paljon hoidolla tai tutkimuksella puututaan alaikäisen koskemattomuuteen, tulee ottaa huomioon. Mitä merkittävämmästä toimenpiteestä on kysymys, sitä suurempi tulee myös olla alaikäisen kypsyyden (Pahlman 2015, s. 201). Jos alaikäinen potilas ikänsä ja kehitystasoonsa nähden kykenee päättämään hoidostaan, hänellä on oikeus kieltää terveydentilaansa ja hoitoansa koskevien tietojen antaminen huoltajalleen tai muulle lailliselle edustajalleen (potilaslain 9 §). 1.1.2024 alkaen asiasta säädetään samansisältöisesti vuoden 2024 asiakastietolain 51 §:ssä.

Jos alaikäinen ei kykene päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen huoltajansa tai muun laillisen edustajansa kanssa. Tällöin alaikäisen huoltajalle tai muulle lailliselle edustajalle tulee antaa potilaslain 5 §:n mukainen selvitys alaikäisen terveydentilasta, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Jokaista alaikäisen hoitokertaa on arvioitava tältä osin erikseen sekä tehtävä potilasasiakirjoihin asianmukaiset merkinnät.

Alaikäisen osalta potilaan huoltajalla tai muulla laillisella edustajalla ei kuitenkaan ole oikeutta kieltää potilaan henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi annettavaa tarpeellista hoitoa. Sama koskee myös tilanteita, joissa potilaan tahdosta ei ole saatu selvitystä tajuttomuuden tai muun synn vuoksi. Tällöin on potilaalle annettava hänen henkeään tai terveyttään uhkaavan vaaran torjumiseksi tarpeellinen hoito. Jos potilas on aikaisemmin vakaasti ja pätevästi ilmaissut hoitoa koskevan tahtonsa, potilaalle ei kuitenkaan saa antaa sellaista hoitoa, joka on vastoin hänen tahtoaan (potilaslain 8 §).

## Potilasasiakirjat

### *Sovellettava lainsäädäntö*

Potilasasiakirjoista ja niiden käsittelystä säädetään tällä hetkellä useassa eri laissa. Potilaslain 4 luku sisältää sääntelyä potilasasiakirjoista ja niihin sisältyvistä tiedoista, mutta pääosin luvun säännöksiä sovelletaan vain vuoden 2023 loppuun asti. Tarkemmin potilasasiakirjojen laatimisesta ja käsittelystä säädetään sosiaali- ja terveysministeriön antamalla asetuksella (94/2022 potilasasiakirja-asetus). Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annettu laki (784/2021 asiakastietolaki) on erityislaki, jota sovelletaan, kun sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietoja ja asiakkaan itsensä tuottamia hyvinvointitietoja käsitellään sähköisesti terveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen järjestämisen ja tuottamisen käyttötarkoituksissa. Asiakastietojen sähköisessä käsittelyssä sovelletaan siten ensisijaisesti asiakastietolakia ja siltä osin kuin käsittelystä ei säädetä asiakastietolaissa, säädetään siitä mm. potilaslaissa ja potilasasiakirja-asetuksessa. Potilasasiakirja-asetusta ja asiakastietolakia sovelletaan niin ikään vain vuoden 2023 loppuun asti.

Vuoden 2024 alusta potilasasiakirjoista ja niiden käsittelystä säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä annetussa laissa (703/2023 vuoden 2024 asiakastietolaki), ennen muuta sen 5 luvussa. Lainsäädännön uudistamisen tarkoituksena on ollut yhtenäistää asiakas- ja potilasasiakirjojen käsittelyä koskevaa sääntelyä (HE 246/2022 vp, s. 26). Lakiin on koottu säännökset, jotka koskevat tietosuojaa ja salassapitoa, tiedonsaantioikeuksia ja asiakastietojen luovutusta, asiakas- ja potilasasiakirjoja sekä valtakunnallisia tietojärjestelmiä ja tiedonhallinnan ohjausta.

Kaikessa potilasasiakirjojen käsittelemisessä tulee edelleen noudattaa yleisiä tietojenkäsittelyä koskevia säännöksiä: EU:n yleistä tietosuoja-asetusta (GDPR) sekä sitä täydentävää tietosuojalakia (1050/2018). Viranomaisten toiminnassa saatuja, syntyneitä tai tallennettuja potilastietoja koskee lisäksi laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta (621/1999 julkisuuslaki). Myös terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettu laki koskee potilasasiakirjoja, sillä laki asettaa terveydenhuollon ammattihenkilöille velvollisuuden laatia potilasasiakirjoja (16 §). Jatkossa sanotussa lainkohdassa viitataan potilaslain sijaan asiaa koskevaan vuoden 2024 asiakastietolain sääntelyyn.

### *Potilasasiakirjat ja niihin tehtävät merkinnät*

Potilasasiakirja määritellään 31.12.2023 asti potilaslain 2 §:n 1 momentin 5 kohdassa, jonka mukaan potilasasiakirjalla tarkoitetaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja taikka teknisiä tallenteita, jotka sisältävät hänen terveydentilaansa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja. Potilastiedolla sen sijaan tarkoitetaan potilasta koskevaa henkilö-tietoa, joka sisältyy potilaslaissa tarkoitettuun potilasasiakirjaan (asiakastietolain

3 §:n 1 momentin 4 kohta). Tarkemmin potilasasiakirjoihin kuuluvista tiedoista säädetään potilasasiakirja-asetuksen 2 §:ssä ja vuodesta 2024 lähtien vuoden 2024 asiakastietolaissa. Potilasasiakirja ja potilastieto määritellään 1.1.2024 alkaen vuoden 2024 asiakastietolain 3 §:ssä. Potilasasiakirja on säännöksen 3 ja 4 kohdan mukaan potilasta koskeva asiakirja, joka on laadittu tai vastaanotettu tai joka sisältää tietoja asiakkaan sosiaali- tai terveyspalvelujen tarpeen arviointia varten, tarvittavien palvelujen järjestämisestä tai toteuttamista varten taikka lääkkeen toimittamista varten. Asiakirja voi olla ammattihenkilön kirjaama asiakirja tai terveydenhuollon laitteiden tuottamaa tietoa sisältävä tallenne (HE 246/2022 vp, s. 60). Potilastiedolla tarkoitetaan säännöksen 7 kohdan mukaan potilasasiakirjaan tai muun terveydenhuollossa laadittuun asiakirjaan sisältyvää potilaan terveydentilaa tai toimintakykyä tai tämän saamaa terveyspalvelua koskevaa asiakastietoa. Siten potilastietoja ovat myös ne potilasta koskevat tiedot, jotka sisältyvät terveydenhuollossa muita viranomaisia ja tahoja varten laadittaviin todistuksiin ja lausuntoihin (HE 246/2022 vp, s. 61). Potilasasiakirjoihin kuuluvista merkinnöistä ja asiakirjoista säädetään tarkemmin vuoden 2024 asiakastietolain 26 §:ssä.

Potilasasiakirjojen tarkoituksena on ennen kaikkea tukea potilaan hyvää hoitoa ja turvata potilaan ja häntä hoitaneiden henkilöiden oikeusturva. Potilasasiakirjat ovat ylipäänsä ainoa hoidon yhteydessä syntyvä kirjallinen tietolähde, ja oikeiden ja riittävien potilasasiakirjamerkintöjen puuttuminen vaikeuttaa tai tekee mahdottomaksi luotettavan arvion tekemisen hoidon asianmukaisuudesta. Potilasasiakirjojen laatimista koskevien säännösten noudattamisella turvataan oikeusturvaa ja riittäviä terveyspalveluita koskevien perusoikeuksien toteutumista (korkein hallinto-oikeus 8.2.2006, dnro 6/3/04, ks. myös EOAK/5485/2018, 13.12.2019).

Potilaslain 12 §:n mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Vuoden 2024 asiakastietolain 17 § sisältää vastaavan säännöksen, joka lisäksi velvoittaa myös valvonnan turvaamiseksi tarpeellisten ja riittävien tietojen kirjaamiseen. Säännös sisältää myös tietojen kirjaamisen riittävyttä koskevan edellytyksen tietojen tarpeellisuutta koskevan edellytyksen lisäksi. Tarpeellisuudella ja riittävyydellä viitataan ennen muuta tietojen laajuuteen ja tarkkuuteen, jotka voivat vaihdella tilanteen mukaan. Tiedot tulee kirjata sitä yksityiskohtaisemmin ja tarkemmin, mitä vaikeampi asiakkaan tilanne on, mutta toisaalta myös yleisessä tietosuojasetuksessa tarkoitettu minimointiperiaate on otettava huomioon siten, että kirjattavaksi tulevat vain sellaiset tiedot, jotka ovat annettavan palvelun ja palvelua toteuttavan henkilön työtehtävän kannalta tarpeellisia ja riittäviä (HE 246/2022 vp, s. 79). Ennen muuta tietojen kirjaamisen tarpeellisuutta koskeva vaatimus näin merkitsee, että potilasasiakirjoihin ei sisällytetä sellaista ylimääräistä ja tällaiseen asiakirjaan kuulumatonta tietoa, joka ei ole potilaan hoidon kannalta tarpeellista. Potilaan hoitoon liittyvät tiedot on kirjattava asiakirjoihin, vaikka potilas itse kieltäisi niiden merkitsemisen (Pahl-

man 2015, s. 216). Potilasasiakirjamerkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehtäessä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Potilasasiakirjamerkinnöistä tulee ilmetä tietojen lähde, jos tieto ei perustu ammattihenkilön omiin tutkimushavaintoihin tai jos potilasasiakirjoihin merkitään muita kuin potilasta itseään koskevia tietoja (potilasasiakirja-asetuksen 7 §, vuoden 2024 asiakastietolain 7 § ja 27 §:n 3 momentti).

Potilasasiakirja-asetuksessa säädetään tarkemmin potilasasiakirjoihin merkittävistä tiedoista. Terveystieteiden toimintayksikön ja itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee pitää jokaisesta potilaastaan jatkuvaan muotoon laadittua aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta, jota ei saa osaksikaan kirjoittaa uudelleen eikä alkuperäistä sivua korvata valokopiolla tai muulla vastaavalla tavalla (potilasasiakirja-asetuksen 9 §). Potilaskertomuksessa tulee aina olla vähintään asetuksen 10 §:ssä luetellut perustiedot sekä 11 §:ssä määritellyt keskeiset hoitotiedot. Hoitomerkitöiden tekemisessä noudatettavista vaatimuksista säädetään tarkemmin potilasasiakirja-asetuksen 12–19 §:ssä. Psykiatrisessa hoidossa on muistettava, että potilasasiakirja-asetuksen 12 §:n mukaan myös itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta esimerkiksi mielenterveyslain tai muun lain nojalla tulee tehdä potilasasiakirjoihin erillinen merkintä, josta käy ilmi toimenpiteen syy, luonne ja kesto sekä arvio sen vaikutuksesta potilaan hoitoon samoin kuin toimenpiteen määränneen lääkärin ja suorittajien nimet. Vastaava säännös on vuoden 2024 asiakastietolain 29 §:n 4 momentissa.

Vuodesta 2024 lähtien potilasasiakirjoihin merkittävistä tiedoista säädetään tarkemmin vuoden 2024 asiakastietolaissa, johon sääntelyä on siirretty asetukselta. Sanotun lain 27.1 §:ssa säädetään potilasasiakirjoihin merkittävistä perustiedoista, jotka potilasasiakirjasta on aina käytävä ilmi. Tällaisia tietoja ovat:

1. potilaan nimi ja henkilötunnus tai yksilöintitunnus tai syntymäaika, jos henkilötunnus ei ole tiedossa;
2. palvelunjärjestäjän ja palveluntuottajan nimi ja yksilöintitunnus;
3. merkinnän tekijän nimi, merkinnän tekijän yksilöivä tieto, ammattinimike ja merkinnän ajankohta tai lääkinnällisen laitteen, ohjelmiston tai robotin tuottaman merkinnän tiedot täydennettynä mahdollisen merkinnän hyväksyjän tiedoilla; sekä
4. saapuneiden tietojen osalta saapumisajankohta ja lähde.

Säännöksen 2 momentissa säädetään lisäksi tiedoista, joiden tulisi tarvittaessa ilmetä potilasasiakirjoista, jos tieto on tarpeen potilaan hoidon tai palvelun järjestämisen tai toteuttamisen taikka potilaan huollossa olevan alaikäisen lapsen tai potilaan omaishoidettavana olevan aseman kannalta. Tällaisia tietoja ovat muun muassa alaikäisen potilaan huoltajan tai muun laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot sekä täysi-ikäiselle potilaalle määrätyn laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot, tieto potilaan huollossa olevasta alaikäisestä lapsesta sekä tietojen luovuttamista koskevat potilaan suostumukset. Lain 28–32 §:ssä säädetään lisäksi muista



potilasasiakirjoihin tehtävistä merkinnöistä, kuten niihin kirjattavista keskeisistä hoitotiedoista ja palvelutapahtumista kirjattavista merkinnöistä (jotka muodostavat potilaskertomuksen).

Potilasasiakirja-asetuksen 6 §:n mukaan potilasasiakirjoihin saavat tehdä merkintöjä potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt ja heidän ohjeidensa mukaisesti myös muut henkilöt siltä osin kuin he osallistuvat hoitoon. Potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon opiskelijat saavat tehdä merkintöjä toimiessaan laillistetun ammattihenkilön tehtävässä terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 2 §:n 3 momentin mukaisesti. Muutoin terveydenhuollon opiskelijan tekemät merkinnät hyväksyy hänen esimiehensä, ohjaajansa tai tämän valtuuttama henkilö. Terveydenhuollon ammattihenkilö vastaa sanelunsa perusteella tehdyistä potilasasiakirjamerkinnöistä. Vuoden 2024 asiakastietolaissa vastaava sääntely sisältyy lain 25 §:ään. Säännös on siinä laajempi, että sen mukaan merkintöjä saavat tehdä potilaan terveyspalvelujen järjestämiseen ja toteuttamiseen osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt ja palvelunantajan vastaavan johtajan lain 7 §:ssä tarkoitettujen ohjeiden mukaisesti myös muut henkilöt siltä osin kuin he osallistuvat terveyspalvelun järjestämiseen ja toteuttamiseen. Muilla henkilöillä tarkoitetaan esimerkiksi ensihoitoon ja sairaankuljetuksen järjestämiseen osallistuvaa henkilöstöä (HE 246/2022 vp, s. 85). Lain 7 §:n mukaan palvelunantajan vastaavan johtajan on annettava kirjalliset ohjeet asiakastietojen käsittelystä ja noudatettavista menettelytavoista ja lisäksi huolehdittava henkilökunnan riittävästä asiantuntemuksesta ja osaamisesta henkilötietojen käsittelystä.

Potilasasiakirjamerkinnät tulee tehdä, lähetteet laatia ja toimittaa jatkohoitopaikkaan sekä yhteenveto potilaalle annetusta hoidosta jatkohoitohjeineen toimittaa potilaalle sekä jatkohoitopaikkaan tai muuhun potilaan kanssa sovittuun paikkaan viivytyksettä. Potilasasiakirjamerkinnät tulee tehdä viimeistään viiden vuorokauden kuluttua siitä, kun potilas poistuu vastaanotolta taikka palvelutapahtuma muutoin päättyy. Sama määräaika koskee lähetteitä, jotka tulee lähettää viiden vuorokauden kuluessa siitä, kun lähetteen tekemisen tarve on todettu, sekä yhteenvetoa, joka tulee lähettää viiden vuorokauden kuluessa hoidon päättymisestä (potilasasiakirja-asetuksen 8 §). Vuoden 2024 asiakastietolain asiaa koskevassa 21 §:ssä on luovuttu potilasasiakirjojen tallentamista koskevasta viiden vuorokauden määräajasta. Säännöksen mukaan asiakasasiakirja on laadittava ja tallennettava valtakunnallisiin tietojärjestelmäpalveluihin viivytyksettä, kun se on valmistunut. Myöskään lähetteen suhteen säännöksessä ei ole enää määräaikaa, vaan lähete on laadittava ja toimitettava jatkohoitopaikkaan viivytyksettä. Niin ikään yhteenveto on toimitettava potilaalle ja jatkohoitopaikkaan viivytyksettä, myös kiireettömässä tapauksessa.

## *Potilasasiakirjojen käsittelyn yleiset periaatteet ja rekisteröidyn oikeudet*

Henkilötietojen käsittelyssä tulee aina noudattaa tietosuoja-asetuksen mukaisia henkilötietojen käsittelyn periaatteita. Henkilötiedoilla tarkoitetaan kaikkia tunnistettuun tai tunnistettavissa olevaan luonnolliseen henkilöön liittyviä tietoja. Käsittelyllä voidaan viitata varsin laajaan joukkoon toimia, kuten tietojen keräämiseen, tallentamiseen ja järjestämiseen.

Terveystiedot ovat tietosuoja-asetuksen 9 artiklan mukaan erityisiä henkilötietoja, joiden käsittely on lähtökohtaisesti kielletty, ellei kieltoon ole säädetty poikkeusta. Erityisiä henkilötietoja voidaan kuitenkin käsitellä tietosuoja-asetuksen nojalla muun muassa lääketieteellisiä diagnooseja varten, terveydenhoidon suorittamiseksi taikka terveydenhuollon palvelujen ja järjestelmien hallintoa varten. Lisäksi tietosuoja-asetus edellyttää, että kyseisiä tietoja käsittelee tai niiden käsittelystä vastaa henkilö, jolla on lakisääteinen salassapitovelvollisuus.

Erityisten henkilötietojen käsittelyn edellytyksiä edellä mainittuja tarkoituksia varten on tarkennettu tietosuojalain 6 §:ssä. Sen mukaan 9 artiklan 1 kohtaa ei sovelleta muun muassa silloin, kun terveydenhuollon palveluntarjoaja järjestäessään tai tuottaessaan palveluja käsittelee tässä toiminnassa saamiaan tietoja henkilön terveydentilasta tai vammaisuudesta. Tietosuojalain 6 §:n 2 momentissa säädetään lisäksi rekisterinpitäjän ja henkilötietojen käsittelijän erityisistä toimenpiteistä erityisiä henkilötietoryhmiä käsiteltäessä. Näitä toimenpiteitä ovat muun muassa tietosuojavastaavan nimittäminen sekä toimenpiteet, joilla on jälkepäin mahdollista varmistaa ja todentaa kenen toimesta henkilötietoja on tallennettu, muutettu tai siirretty. Palvelujen järjestäjällä, tuottajalla tai antajalla on lisäksi velvollisuus kerätä lokitiedot asiakasrekisterikohtaisesti kaikesta asiakastietojen käytöstä ja luovutuksesta seuranta- ja valvontaa varten (asiakastietolain 25 § ja vuoden 2024 asiakastietolain 10.1 §).

Rekisteröidyn oikeuksista ja niiden toteuttamisesta säädetään tietosuoja-asetuksen III luvussa. Rekisterinpitäjän on henkilötietoja käsitellessään toteutettava asianmukaiset toimenpiteet rekisteröityjen oikeuksien toteuttamiseksi.

Rekisteröidyllä on oikeus saada tietoa henkilötietojensa käsittelystä helposti ymmärrettävässä ja saatavilla olevassa muodossa (12–14 artikla) sekä oikeus saada pääsy henkilötietoihinsa. Rajoituksista tiedonsaantioikeuteen säädetään tietosuojalain 33 ja 34 §:ssä. Rekisteröidyllä on oikeus saada rekisterinpitäjältä vahvistus siitä, käsitelläänkö häntä koskevia henkilötietoja ja jos näitä henkilötietoja käsitellään, oikeus saada pääsy hänestä kerättyihin henkilötietoihin (15 artikla). Rekisteröidyllä on oikeus oikaista virheelliset tiedot (16 artikla). Tietyin edellytyksin rekisteröidyllä on myös oikeus tietojen poistamiseen (”oikeus tulla unohdetuksi”, 17 artikla), mutta poistopyynnön hyväksyminen ei kuitenkaan usein ole mahdollista, koska potilastietoja on lain mukaan säilytettävä vähintään tietyn määräajan. Rekisteröidyllä on myös oikeus rajoittaa tietojen käsittelyä (18 artikla), siirtää tie-

dot järjestelmästä toiseen (20 artikla) ja oikeus vastustaa tiettyjen henkilötietojen käsittelyä (21 artikla). Tietosuoja-asetuksen 19 artiklan mukaan rekisterinpitäjän on ilmoitettava kaikenlaisista 16 artiklan, 17 artiklan 1 kohdan ja 18 artiklan mukaisesti tehdyistä henkilötietojen oikaisuista, poistoista tai käsittelyn rajoituksista jokaiselle vastaanottajalle, jolle henkilötietoja on luovutettu, paitsi jos tämä osoitetaan mahdottomaksi tai vaatii kohtuutonta vaivaa.

Kaikki rekisteröidylle tietosuoja-asetuksessa säädetty oikeudet eivät ole voimassa kaikissa tilanteissa. Oikeuksiin vaikuttaa esimerkiksi se, millä perusteella tietoja käsitellään. Jos käsittelyperusteena on esimerkiksi rekisterinpitäjän lakisääteiset velvollisuudet, kuten terveydenhuollon palveluiden järjestäminen, on rekisteröidyllä oikeus saada tietoa henkilötietojen käsittelystä (ellei laissa ole erikseen säädetty poikkeusta tähän), oikeus saada pääsy tietoihin, oikeus oikaista tietoja, oikeus rajoittaa tietojen käsittelyä, oikeus saada rekisterinpitäjältä henkilötietojen oikaisua tai käsittelyn rajoitusta koskeva ilmoitus ja oikeus olla joutumatta automaattisen päätöksenteon kohteeksi ilman lainmukaista perustetta.

### *Asiakas- ja potilastietojen salassapito ja käyttöoikeus*

Potilastiedoissa on usein kyse erityisen arkaluonteisista tiedoista. Vuoden 2023 loppuun asti voimassa olevan potilaslain 13 §:ssä säädetään potilasasiakirjojen salassapidosta. Salassapitovelvollisuus on edellytys luottamukselliselle hoitosuhteelle (HE 185/1991 vp, s. 20). Kaikki potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat salassa pidettäviä. Jo pelkkä tieto siitä, että henkilö on potilas, on salassa pidettävä. Potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja voidaan luovuttaa sivulliselle vain potilaan tai hänen laillisen edustajansa kirjallisella suostumuksella tai luovutukseen oikeuttavan lainsäädännön perusteella. Lähtökohtaisesti suostumus tulee antaa kirjallisesti.

Vuoden 2024 asiakastietolain 4 §:n 1 momentin mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastiedot ovat pysyvästi salassa pidettäviä. Tämä merkitsee, että salassa pidettävää asiakastietoa sisältävää asiakirjaa taikka sen kopiota tai tulostetta ei saa näyttää eikä luovuttaa sivulliselle eikä antaa sivullisen nähtäväksi tai käytettäväksi. Terveydenhuollossa sivullisella tarkoitetaan vuoden 2024 asiakastietolain mukaan muita kuin asianomaisen palvelunantajan tai apteekin palveluksessa, lukuun tai sen toimeksiannosta potilaan terveyspalvelujen järjestämiseen tai toteuttamiseen taikka niihin liittyviin tehtäviin osallistuvia henkilöitä (lain 4.2 §). Sivullinen voi näin olla esimerkiksi väestötasoisien palveluiden järjestämiseen osallistuva henkilö (HE 246/2022 vp, s. 65). Vuoden 2024 asiakastietolaissa sivullisen määritelmä on sisällöltään aiemmasta potilaslain määritelmästä eroava, koska vuoden 2024 asiakastietolaissa sivullisen määritelmä on sidottu palvelunjärjestäjään ja palvelunjärjestäjän lukuun toteutettavaan toimintaan, kun taas potilaslaissa sivullisen käsite määriteltiin toimintayksikön, kuten sairaalan tai terveyskeskuksen, käsitteen kautta. Näin lupaa tietojen luovuttamiseen esimerkiksi hyvinvointialueen eri

toimintayksiköiden välillä ei tarvita, kunhan kysymys on luovuttamisesta käyttö-  
tarkoituksen mukaisessa laajuudessa (HE 246/2022 vp, s. 66).

Vuoden 2024 asiakastietolain 5 § sisältää vaitiolovelvollisuutta ja hyväksikäyt-  
tökieltoa koskevan säännöksen, joka koskee asiakastietoja ja muita asiakasta kos-  
kevia henkilökohtaisia tietoja. Vaitiolovelvollisuuden alaista tietoa ei saa paljastaa  
senkään jälkeen, kun palvelussuhde tai tehtävä on päättynyt. Vaitiolovelvollisuu-  
den piiriin kuuluvia tietoja ei saa oikeudettomasti ilmaista sivulliselle eikä niitä  
saa käyttää omaksi tai toisen hyödyksi tai vahingoksi. Vaitiolovelvollisuudesta saa  
vuoden 2024 asiakastietolain 6 §:n mukaan poiketa asiakkaan suostumuksella tai  
jos siitä on sanotussa laissa tai muualla lainsäädännössä säädetty. Säännös merkit-  
see sitä, että asiakastietoja saa luovuttaa sivulliselle vain potilaan suostumuksella  
tai laissa olevan nimenomaisen säännöksen perusteella. Salassapitovelvollisuuden  
rikkominen on rikoslain 38 luvun 1 §:n mukaan salassapitovelvollisuuden rikko-  
misena rangaistavaa.

Asiakastietojen käyttöoikeudesta säädetään pääosin vuoden 2023 loppuun asti  
voimassa olevan asiakastietolain 15 §:ää vastaavasti vuoden 2024 asiakastietolain 9  
§:ssä. Säännöksen 1 momentin mukaan oikeuden käyttää asiakastietoja on perus-  
tuttava sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilön ja muun asiakastietoja kä-  
sittelevän henkilön työtehtävään ja annettavaan palveluun siten, että henkilöllä on  
oikeus käyttää vain työtehtävissään tarvitsemiansa välttämättömiä asiakastietoja.  
Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden asiakastietojen käyttöoikeus  
perustuu näin lähtökohtaisesti näiden henkilöiden lakisäateisiin tehtäviin. Muilla  
asiakastietoja käsittelevillä henkilöillä, kuten arkistotoimen ja asiakirjahallinnon  
tehtävää hoitavalla, käyttöoikeus olisi rajattu vain työtehtävän kannalta välttämät-  
tömiin tietoihin. Asiakastietojen käsittelyä rajataan käyttöoikeuksien määrittelyn  
lisäksi myös asiayhteyden tai hoitosuhteen todentamisella. Asiakastietojen käsit-  
telyn perusteena on näin oltava tietoteknisesti varmistettu asiakas- tai hoitosuhde  
tai muu asiakkaan sosiaali- ja terveyspalvelun järjestämiseen ja toteuttamiseen  
liittyvä tehtävä (vuoden 2024 asiakastietolain 9.1 §). Sosiaali- ja terveysministe-  
riön asetuksella säädetään tarkemmin työtehtävän ja annettavan palvelun perus-  
teella käsiteltävistä tiedoista (vuoden 2024 asiakastietolain 9.2 §). Kunkin palve-  
lunantajan on lisäksi määriteltävä, mitä välttämättömiä asiakastietoja sosiaali- ja  
terveydenhuollon ammattihenkilöllä ja muulla asiakastietoja käsittelevällä henki-  
löllä on oikeus käyttää (vuoden 2024 asiakastietolain 9.3 §). Sääntelyn tarkoitus on  
tältä osin rajata asiakastietojen käsittelyyn oikeutetun tahon pääsy asiakastietoi-  
hin koskemaan vain niitä tietoja, jotka sisällöllisesti liittyvät kullekin osoitettuihin  
työtehtäviin (HE 246/2022 vp, s. 71).

Vuoden 2024 asiakastietolaki sisältää erityissäännöksen psykiatrian potilasasiakirjojen suojaamisesta näiden asiakirjojen sisältämien tietojen erityisen luottamuksellisuuden vuoksi. Tällä sääntelyllä on merkitystä potilastietojen käytämisen kannalta. Sanotun lain 26.2 §:n mukaan perinnöllisyyslääketieteen ja psykiatrian potilasasiakirjamerkinnot ja vastaaviin erityistä luottamuksellisuutta edellyttäviin palveluihin liittyvät potilasasiakirjamerkinnot tulee suojata erillisellä vahvistuspyynnöllä tai vastaavalla menettelyllä muiden kuin kyseisten erikoisalojen tai palveluiden palvelutapahtumissa. Suojausvaatimus ei koske näihin tietoihin sisältyviä lääkitys- ja riskitietoja. Tällaisten erityissuojattujen tietojen käyttö ei ole kiellettyä, jos tiedot ovat potilaan hoidon kannalta välttämättömiä (HE 246/2022 vp, s. 86). Tällä tarkoitetaan käytännössä sitä, että hoitoa ei voida ilman sanotunlaista tietoa muuten asianmukaisesti järjestää. Jos tällaisia tietoja käytetään muulla erikoisalalla, tietojen käytön tarpeellisuus olisi erillisellä vahvistuksella varmistettava. Esimerkiksi psykiatrian palvelussa työskentelevän ei tarvitse erikseen vahvistaa psykiatrian potilastietojen käyttöä, mutta jos psykiatrialla työskentelevä henkilön olisi tarpeen tarkastella perinnöllisyyslääketieteen potilasasiakirjoja, vahvistuspyyntö tulisi tehdä (HE 246/2022 vp, s. 86).

Vuoden 2023 loppuun asti potilasasiakirjojen käsittelyoikeudesta säädetään potilasasiakirja-asetuksessa. Sen 4 §:n mukaan potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvat saavat käsitellä potilasasiakirjoja vain siinä laajuudessa kuin heidän työtehtävänsä ja vastuunsa sitä edellyttävät. Vuoden 2023 loppuun asti voimassa olevan potilaslain 13 §:n 2 momentin perusteella potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen käyttö- ja käsittelyoikeus ilman potilaan suostumusta on rajattu vain asianomaisessa toimintayksikössä tai sen toimeksiannosta potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuviin henkilöihin. Hoitosuhde on siis lähtökohtaisesti tietojen käyttämisen peruste. Potilaslaissa käytetään termiä sivullinen viitattaessa tietojen luovuttamisen kieltoon. Sivullisella tarkoitetaan henkilöä, joka ei osallistu henkilön hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin. Sivullinen on potilaslain järjestelmässä näin ollen myös asianomaisessa toimintayksikössä työskentelevä terveydenhuollon ammattihenkilö, joka ei hoida potilasta (HE 185/1991 vp, s. 21/I). Hoitoon hakeutuminen on selvä merkki perusteen syntymisestä. Muu asiallinen yhteys voi syntyä työtehtävän perusteella (Pahlman 2015, s. 218).

## *Salassapidon poikkeuksia*

Vuoden 2023 loppuun saakka voimassa olevan potilaslain 13 §:n 3–4 momentissa säädetään salassapitovelvollisuuteen useita poikkeuksia, jotka perustuvat joko potilaan antamaan suostumukseen tai erilliseen lain säännökseen:

- Potilaan tutkimuksen ja hoidon järjestämiseksi tarpeellisten tietojen antaminen toiselle terveydenhuollon toimintayksikölle tai ammattihenkilölle on mahdollista potilaan tai hänen laillisen edustajansa suostumuksella. Tällöin suullinen tai muutoin asiayhteydestä ilmenevä suostumus on riittävä. Samoilla edellytyksillä voidaan toimittaa yhteenveto annetusta hoidosta potilaan hoitoon lähettäneelle terveydenhuollon toimintayksikölle tai terveydenhuollon ammattihenkilölle ja potilaan hoidosta vastaavaksi lääkäriksi mahdollisesti nimetylle lääkärille.
- Potilaan tutkimuksen ja hoidon järjestämiseksi tai toteuttamiseksi välttämättömiä tietoja voidaan antaa toiselle suomalaiselle tai ulkomaiselle terveydenhuollon toimintayksikölle tai terveydenhuollon ammattihenkilölle myös silloin, jos potilaalla ei ole mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun vastaavan syyn vuoksi edellytyksiä arvioida suostumuksen merkitystä eikä hänellä ole laillista edustajaa, tai jos suostumusta ei voida saada potilaan tajuttomuuden tai muun siihen verrattavan syyn vuoksi.
- Tajuttomuuden tai siihen verrattavan muun syyn vuoksi hoidettavana olevan potilaan lähiomaiselle tai muulle läheiselle tieto potilaan henkilöstä ja hänen terveydentilastaan voidaan antaa, jos ei ole syytä olettaa, että potilas kieltäisi tämän.
- Kuolleen henkilön elinaikana annettua terveyden- ja sairaanhoitoa koskevia tietoja voidaan luovuttaa perustellusta kirjallisesta hakemuksesta tietyin edellytyksin sille, joka tarvitsee tietoja tärkeiden etujensa tai oikeuksiensa selvittämistä varten.
- Lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilö tai muu terveydenhuollon toimintayksikössä työskentelevä taikka sen tehtäviä suorittava henkilö saa salassapitovelvollisuuden estämättä ilmoittaa poliisille henkeen tai terveyteen kohdistuvan uhkan arviointia ja uhkaavan teon estämistä varten välttämättömät tiedot, jos henkilö potilaslain mukaisia tehtäviä hoitaessaan on saanut tietoja olosuhteista, joiden perusteella hänellä on syytä epäillä jonkun olevan vaarassa joutua väkivallan kohteeksi.
- Tietoja voidaan myös antaa, jos tiedon antamisesta tai oikeudesta tiedon saamiseen säädetään toisessa laissa. Tällaisia säännöksiä on useita, esimerkiksi sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (812/2000) 20 §:ssä. Valtaosa tällaisista säännöksistä velvoittaa tietojen luovuttamiseen. Kun laki velvoittaa tai oikeuttaa luovutukseen, ei potilaan mahdollisesti esittämällä luovutuskiellolla ole oikeudellista merkitystä. (Ks. tarkemmin tietojen luovuttamisesta sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisu 2012:4, s. 81–92).

Tietoja voidaan luovuttaa myös valtakunnallisten tietojärjestelmäpalveluiden (kuten Kanta-järjestelmä) avulla. Valtakunnallisia tietojärjestelmäpalveluita käytämällä luovutettavien potilasasiakirjojen osalta sovellettavaksi tulee asiakastietolain 20 §. Mainitun pykälän 1 momentin mukaan terveydenhuollon potilastietoja saa luovuttaa salassapitosäännösten estämättä 6 §:ssä tarkoitettujen valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen avulla toiselle terveydenhuollon palvelunantajalle tai toiseen saman palvelunantajan potilasrekisteriin potilaan terveydenhuollon järjestämiseksi, tuottamiseksi ja toteuttamiseksi. Potilastietoja ei kuitenkaan saa luovuttaa ilman potilaan antamaa luovutuslupaa tai potilaslain 13 §:n 3 momentin 3 kohdassa taikka muussa luovutuksen oikeuttavassa laissa säädettyä perustetta. Lain 20 §:n 2 momentissa säädetään salassapitosäännösten estämättä terveydenhuollon potilastietojen luovuttamisesta vastaavasti sosiaalihuollon palvelunantajalle, mikä puolestaan edellyttää potilaan suostumusta.

Useissa salassapitovelvollisuutta koskevissa poikkeuksissa edellytetään, että tietoja annetaan vain siinä määrin kuin se on välttämätöntä säännöksen tarkoituksen toteutumiseksi. Siten luovutettavien tietojen merkitystä kyseessä olevan säännöksen tarkoituksen kannalta tulee arvioida aina ennen luovutus päätöksen tekemistä. Luovuttaa ei saa sellaisia tietoja, joilla ei ole tältä kannalta merkitystä. Esimerkiksi jos tietoja annetaan toiselle terveydenhuollon toimintayksikölle tai ammattihenkilölle, eikä potilaalla ole edellytyksiä arvioida suostumuksen merkitystä mielenterveydenhäiriön vuoksi, on tietoja annettava vain sen verran kuin on välttämätöntä potilaan tutkimuksen ja hoidon järjestämiseksi tai toteuttamiseksi. Potilaslaissa lähdetään siis siitä, että potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja saavat käyttää, tarkastella tai muulla tavoin käsitellä vain asianomaisessa toimintayksikössä tai sen toimeksiannosta potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvat henkilöt, ellei potilas ole suostunut tietojen luovutukseen tai kyse ole jostain edellä mainitusta tilanteesta.

Tietojen luovuttamisessa sähköisesti on otettava huomioon tietoturvallisuus. Esimerkiksi eduskunnan oikeusasiamiehen ja tietosuojavaltuutetun käytännössä on katsottu, että salassa pidettäviä potilastietoja ei saa lainkaan lähettää avoimessa tietoverkossa (tietosuojavaltuutetun toimisto 1.7.2010, 1475/41/2009 ja esim. EOA dnro 2598/4/12, 10.12.2013).

Vuoden 2024 alusta lukien salassapitovelvollisuuden poikkeuksista säädetään vuoden 2024 asiakastietolain 8 luvussa. Aiemmin voimassa ollutta edellä selostettua sääntelyä ei siten sovelleta enää 31.12.2023 jälkeen. Asiaa koskevan uuden sääntelyn yhtenä tavoitteena on ollut selkiyttää asiakastietojen luovuttamista koskevaa sääntelyä siten, että asiasta ei enää säädettäisi erisisältöisesti eri laeissa. Sääntelyä on myös muutettu siten, että aiempi tietojen luovuttamiseen perustuva sääntelymalli on muutettu tiedonsaantioikeuteen perustuvaksi sääntelymalliksi. Luovuttamiseen perustuvaa sääntelymallia käytetään vain tilanteissa, joissa palvelunantaja luovuttaa potilastietoja oma-aloitteisesti tai ulkomaisen terveydenhuollon toimintayksikön pyynnöstä (HE 246/2022 vp, s. 104). Potilaslain suos-

tumukseen perustuvaa luovuttamista koskevasta sääntelymallista on niin ikään siirrytty luovutuslupaa pääsääntöisesti edellyttävään sääntelymalliin. Luovutusluvan antamisesta ja peruuttamisesta säädetään vuoden 2024 asiakastietolain 58 §:ssä. Tietyissä jäljempänä tarkemmin käsiteltävissä tilanteissa palvelunantajalla on kuitenkin oikeus saada tai oma-aloitteisesti luovuttaa tietoja ilman luovutuslupaa ja salassapitosäännösten estämättä.

Vuoden 2024 asiakastietolain 54 §:ssä säädetään terveydenhuollon palvelunantajan oikeudesta saada potilastietoja ja potilastietojen luovuttamisesta hoidon turvaamiseksi. Säännöksen 1 momentissa säädetään asiakkaan antaman luovutusluvan perusteella tapaturvasta tietojen luovuttamisesta. Momentin mukaan terveydenhuollon palvelunantajalla on asiakkaan antaman luovutusluvan perusteella oikeus saada ja käyttää muiden terveydenhuollon palvelunantajien potilastietoja potilaan terveyspalvelun järjestämiseksi ja toteuttamiseksi. Asiakkaan antama luovutuslupa kattaa kaikki potilastiedot ja sen laajuutta voi kieltojen avulla rajata (HE 246/2022 vp, s. 104). Säännöksen 2 momentissa sen sijaan säädetään terveydenhuollon palvelunantajan oikeudesta saada tietoja ilman potilaan luovutuslupaa, kun potilaalla ei ole edellytyksiä arvioida luovutusluvan merkitystä eikä hänellä ole laillista edustajaa, joka voisi antaa luovutusluvan hänen puolestaan. Tällainen tilanne voi olla seurausta mielenterveyden häiriöstä, muistisairaudesta, kehitysvammaisuudesta tai muusta vastaavasta syystä. Tällöin terveydenhuollon palvelunantajalla on salassapitosäännösten estämättä oikeus saada ja käyttää muiden terveydenhuollon palvelunantajien välttämättömiä potilastietoja potilaan välttämättömän terveyspalvelun järjestämiseksi tai toteuttamiseksi ilman potilaan antamaa luovutuslupaa. Vastaavissa tilanteissa terveydenhuollon palvelunantajalla on oikeus salassapitosäännösten estämättä saada välttämättömiä sosiaalihuollon asiakastietoja terveyspalvelun järjestämiseksi ja toteuttamiseksi (vuoden 2024 asiakastietolain 53.6 §).

Säännöksen 4 momentissa säädetään välttämättömien potilastietojen luovuttamisesta palvelunantajan omasta aloitteesta tai ulkomaisen terveydenhuollon toimintayksikön pyynnöstä. Tällaisen luovuttamisen tulee tapahtua terveyspalvelun järjestämiseksi tai toteuttamiseksi ja se voidaan tietyin edellytyksin toteuttaa salassapitosäännösten estämättä ja ilman potilaan antamaa luovutuslupaa. Potilastietojen luovuttaminen momentin perusteella tulee kysymykseen, jos potilaalla ei mielenterveyden häiriön, muistisairauden, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi ole edellytyksiä arvioida luovutusluvan merkitystä eikä hänellä ole laillista edustajaa. Säännös on käytännössä voimassa olevaa potilaslain 13 §:n 3 momentin 3 kohtaa vastaava, joskin sitä on täydennetty luovutuslupaa koskevalla maininnalla. Säännöstä sovelletaan Suomessa esimerkiksi lähetettäessä potilas toisen palvelunantajan palvelun piiriin, esimerkiksi oikeuspsykiatriseen hoitoon.

Vuoden 2024 asiakastietolain 62 § sisältää aiempaa potilaslain 13.5 §:ia ja asiakaslain 18.3 §:ia vastaavan säännöksen asiakasta koskevan tiedon ilmoittamisesta poliisille uhkan arviointia ja uhkaavan teon estämistä varten. Säännöksen mukaan



palvelunantaja tai sen tehtäviä suorittavalla henkilöllä on oikeus ilmoittaa poliisille henkeen tai terveyteen kohdistuvan uhkan arviointia ja uhkaavan teon estämistä varten välttämättömät tiedot, jos henkilö laissa säädettyjä tehtäviä hoitaessaan on saanut tietoja olosuhteista, joiden perusteella hänellä on syytä epäillä jonkun olevan vaarassa joutua väkivallan kohteeksi. Säännöksen tarkoituksena on mahdollistaa terveydenhuollon palvelunantajan tai sen tehtäviä suorittavan henkilön oma-aloitteinen tietojen luovuttaminen poliisille uhka-arvion tekemistä varten, jos henkilö laissa säädettyjä tehtäviä hoitaessaan on saanut tietoja olosuhteista, joiden perusteella on syytä epäillä toisen olevan väkivallan vaarassa (HE 246/2022 vp, s. 112). Säännös on käytännössä tärkeä, koska julkisuuslain 29.1 §:n 1 kohdan mukaan viranomainen voi antaa toiselle viranomaiselle tiedon salassa pidettävästä asiakirjasta vain silloin, jos tiedon antamisesta tai oikeudesta tiedon saamiseen on laissa erikseen nimenomaisesti säädetty. Vuoden 2024 asiakastietolain 62 §:ssä on kysymys tällaisesta säännöksestä. On huomattava, että vuoden 2024 asiakastietolain 62 § – asiakaslain 18.3 §:ia vastaavasti – koskee vain palvelunantajan tai sen tehtäviä suorittavan henkilön oma-aloitteista tietojen ilmoittamista poliisille eikä poliisi voi säännöksen perusteella pyytää palvelunantajalta salassa pidettäviä potilastietoja (ks. KHO 2021:13).

### *Potilastietojen luovuttamista koskevat merkinnät*

Vuoden 2023 loppuun asti potilastietojen luovuttamista koskevien merkintöjen osalta sovelletaan potilasasiakirja-asetusta ja asiakastietolakia. Potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen luovuttamisesta tulee tehdä potilasasiakirjoihin merkintä. Merkinnästä tulee käydä ilmi, milloin ja mitä tietoja on luovutettu, kenelle tiedot on luovutettu, kuka tiedot on luovuttanut sekä, onko luovutus perustunut potilaan kirjalliseen, suulliseen tai asiayhteydestä ilmenevään suostumukseen vai lakiin. Potilasasiakirjoihin tehdään merkintä myös potilaan tahdonilmauksesta, jolla hän on kieltänyt tietojensa luovuttamisen (potilasasiakirja-asetuksen 21 §). Sähköisissä tietojärjestelmissä sovelletaan lisäksi vuoden 2023 loppuun saakka asiakastietolain 25 §:ää, jonka mukaan merkinnät kaikista asiakastietojen käytöstä ja jokaisesta asiakastietojen luovutuksesta tehdään luovutuslokirekisteriin. Valtakunnallisissa tietojärjestelmissä potilas voi antaa potilastietojen luovuttamista koskevat luovutusluvut ja suostumukset valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen välityksellä (asiakastietolain 18 §).

Vuoden 2024 asiakastietolain 10.3 §:n mukaan luovutuslokirekisteriin on tallennettava kuvaus luovutetuista asiakastiedoista sekä tieto siitä palvelunantajasta, jonka asiakastietoja luovutetaan, asiakastietojen luovuttajasta, luovutuksen saajasta, luovutusajankohdasta, käyttötarkoituksesta, johon tiedot on luovutettu sekä luovutuksen perusteena oleva säännös taikka luovutuslupaa tai suostumusta koskevat tiedot sekä muut luovutusten valvontaa ja seurantaa varten tarvittavat tiedot.

## TIETOJEN KÄSITTELYN JA LUOVUTTAMISEN TARPEELLISUUS JA VÄLTTÄMÄTTÖMYYS

Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä käytetään usein käsitteitä tarpeellisuus ja välttämättömyys, kun sääntely koskee esimerkiksi potilastietojen käsittelemistä tai luovuttamista. Välttämättömyys ja tarpeellisuus ovat sinänsä käsitteinä tulkinnanvaraisia eikä niille voi antaa yleispätevää merkityssisältöä. Molemmat vaatimukset kuitenkin korostavat tapauskohtaisen ammatillisen harkinnan toteuttamista.

Yleisenä näkökohtana voidaan myös todeta, että välttämättömyysvaatimus asettaa pidemmälle menevät vaatimukset tietojen luovuttamiselle tai käyttämiselle kuin tarpeellisuutta koskeva vaatimus. Välttämättömyyttä koskeva vaatimus lähtökohtaisesti rajaa tietojen luovuttamisen vain niihin tietoihin, joihin tiedonsaajalla on lainmukainen käyttötarve. Tarpeellisuusvaatimus taas lähtökohtaisesti rajaa käsittelyn vain sellaisiin tietoihin, jotka ovat tarpeen tietyn tehtävän suorittamiseksi, vaikka tiedonsaajalla muuten olisikin laajempi oikeus tietojen käsittelyyn. (Ks. myös Voutilainen 2011, s. 3.)

Jonkin tarkoituksen kannalta tarpeelliset tiedot on yleensä lainsäädännössä yksilöity. Tietojen välttämättömyys on sinänsä tulkinnanvaraisempi käsite, sillä siihen kuuluvia tietoja ei ole yleensä lainsäädännössä yksilöity. Siten tietojen välttämättömyyden arvioinnissa tulee käyttää erityisen huolellista arviointia sen suhteen, ovatko tiedot välttämättömiä juuri laissa mainitun tarkoituksen kannalta. Muita kuin tältä kannalta välttämättömiä tietoja ei voida käsitellä tai luovuttaa.

### *Potilasasiakirjojen säilyttäminen*

Potilasasiakirjojen säilyttämiseen sovelletaan potilasasiakirja-asetuksen mukaisia säännöksiä vuoden 2023 loppuun saakka. Lähtökohtaisesti potilasasiakirjojen ja hoitoon liittyvän muun materiaalin säilyttämisestä vastaa se terveydenhuollon toimintayksikkö tai itsenäisesti ammattiaan harjoittava terveydenhuollon ammattihenkilö, jonka toiminnassa ne ovat syntyneet (potilasasiakirja-asetuksen 22 §). Tämä vastuu on myös asiakirjojen ja muun materiaalin hävittämisestä sen jälkeen, kun potilasasiakirja-asetuksen liitteessä säilytykselle asetettu aika on päättynyt tai kun sen jälkeen säilytetyt potilasasiakirjat, näytteet ja elinmallit eivät enää ole välttämättömiä potilaan hoidon järjestämiseksi tai toteuttamiseksi (potilasasiakirja-asetuksen 23 §). Erilaisille asiakirjaryhmille on määrätty asetuksen liitteessä eri pituisia säilytysaikoja, esimerkiksi potilaan perustiedot ja keskeiset hoitotiedot sisältävät asiakirjat säilytetään 12 vuotta potilaan kuolemasta.

Vuoden 2024 asiakastietolain 23.1 §:n mukaan asiakasasiakirjojen säilyttämisestä vastaa rekisterinpitäjä, paitsi valtakunnallisiin tietojärjestelmäpalveluihin (esimerkiksi Kanta-palvelut) tallennettujen asiakirjojen säilyttämisestä vastaa Kansaneläkelaitos. Lain 13.1 §:n mukaan julkisessa terveydenhuollossa asiakastietojen rekisterinpitäjä on palvelun järjestämisestä vastaava palvelunantaja. Yksityisessä sosiaali- ja terveydenhuollossa rekisterinpitäjänä taas toimii se palvelunantaja, jonka kanssa asiakas on tehnyt sopimuksen palvelun toteuttamisesta. Lain 23.1 §:n mukaan alkuperäisiä asiakasasiakirjoja sekä potilaan tutkimuksessa ja hoidossa syntyviä biologista materiaalia sisältäviä näytteitä ja elinmalleja on säilytettävä sanotun lain liitteessä tarkoitettu aika. Perinnöllisyyslääketieteen ja harvinaisten sairauksien kannalta lääketieteellisesti merkittävät asiakirjat säilytetään kuitenkin pysyvästi. Näihin liittyvät näytteet ja elinmallit voidaan säilyttää pysyvästi, mutta säilyttämistarvetta on arvioitava viiden vuoden välein. Palvelunantaja on vuoden 2024 asiakastietolain 24.1 §:n perusteella vastuussa asiakasasiakirjojen välittömästä tuhoamisesta niille säädetyn säilytysajan päättymisen jälkeen, jos asiakirjaa ei ole määrätty arkistoitavaksi. Tuhoaminen on toteutettava siten, että sivulliset eivät saa asiakirjoista tietoa.

### *Salassapitovelvollisuuden rikkominen*

Salassapitovelvollisuuden rikkominen on rikos, josta voidaan tuomita rangaistus rikoslain 38 luvun 1 §:ssä tarkoitettuna salassapitorikoksena tai 2 §:ssä tarkoitettuna salassapitorikkomuksena. Teko voi olla rangaistava myös rikoslain 40 luvun 5 §:ssä tarkoitettuna virkasalaisuuden rikkomisena, jossa säädetään myös tuottamuksellisesta virkasalaisuuden rikkomisesta. Rikoslain 38 luvun 1 §:ssä tarkoitettu salassapitorikos sen sijaan on rangaistava vain tahallisesti tehtynä.

## **Potilasasiamies, potilasasiavastaava ja potilaan oikeusturva**

Potilasturvallisuus ja hoidon laatu niin julkisessa kuin yksityisessä terveydenhuollossa pyritään turvaamaan potilaslain 3 luvun säännöksillä muistutuksesta, kantelusta ja potilasasiamiehestä sekä vuoden 2024 alusta sovellettavalla lailla potilasasiavastaavista ja sosiaaliasiavastaavista (739/2023), joka korvaa potilaslain potilasasiamiestä koskevan sääntelyn. Julkisen terveydenhuollon puolella sovellettavaksi tulee lisäksi yleinen julkisen hallinnon toimintaa koskeva lainsäädäntö, jonka perusteella potilaalla on tietyissä tilanteissa muutoksenhakuoikeus (tahdosta riippumaton hoito ja tartuntatautilain nojalla tehty päätökset) sekä mahdollisuus hallintoriitamenettelyyn.

## *Potilasasiamies ja potilasasiavastaava*

Vuoden 2023 loppuun saakka sovellettavan potilaslain 11 §:n mukaan terveydenhuollon toimintayksikölle on nimettävä potilasasiamies. Kahdella tai useammalla toimintayksiköllä voi myös olla yhteinen potilasasiamies. Potilasasiamiehen tehtävänä on neuvoa potilaita potilaslain soveltamiseen liittyvissä asioissa, avustaa potilasta muistutuksen ja kantelun tekemiseen liittyvissä asioissa, tiedottaa potilaan oikeuksista ja toimia muutenkin potilaan oikeuksien edistämiseksi ja toteuttamiseksi. Potilasasiamiesjärjestelmän tarkoitus on edistää potilaan oikeusturvaa käytännössä. Tavoitteen kannalta potilaslakia säädettäessä pidettiin keskeisenä erityisesti potilaan hoitoon ja kohteluun liittyvistä oikeuksista tiedottamisen järjestämistä sekä potilaiden mahdollisuutta kääntyä heitä oikeusturvakysymyksissä neuvovan henkilön puoleen (HE 185/1991 vp, s. 19/I–II).

Järjestelmän keskeisenä tehtävänä on pidetty erityisesti ennakoivaa ja jälkikäteistä laadunvalvontatehtävää (Lohiniva-Kerkelä 2015, s. 331). Potilasasiamiehen tulisi olla perehtynyt potilaan oikeusasemaan ja yleensä terveydenhuollon vastuuja oikeusturvakysymyksiin sekä toimintayksikön toimintaan, jotta hän kykenisi neuvomaan sekä potilaita että henkilöstöä. Potilasasiamiehellä ei ole itsenäistä päätösvaltaa, vaan hänen roolinsa on neuvoa-antava. Potilasasiamies ei myöskään voi ottaa kantaa potilaan hoitoon tai tehtyihin hoitopäätöksiin (HE 185/1991 vp, s. 19/II ja Lohiniva-Kerkelä 2015, s. 332).

Vuoden 2024 alusta lähtien potilaslain potilasasiamiestä koskeva sääntely on kumottu ja asiasta säädetään uudessa laissa potilasasiavastaavista ja sosiaaliasiavastaavista. Mainitussa laissa säädetään potilasasiavastaavien ja sosiaaliasiavastaavien toiminnan järjestämisestä, potilasasiavastaavien ja sosiaaliasiavastaavien toimintaa koskevista edellytyksistä, potilasasiavastaavien ja sosiaaliasiavastaavien tehtävistä sekä henkilötietojen käsittelystä potilasasiavastaavien ja sosiaaliasiavastaavien toiminnassa.

Lain 8 §:ssä säädetään potilasasiavastaavan tehtävistä. Tehtävät vastaavat pitkälti potilaslain mukaisia potilasasiamiehen tehtäviä. Laki sisältää kuitenkin tarkempaa ja osittain myös uutta sääntelyä potilasasiavastaavan toiminnasta. Esimerkiksi lain 5 §:ssä säädetään erikseen potilasasiavastaavien ja sosiaaliasiavastaavien riippumattomuudesta ja puolueettomuudesta. Lisäksi uusi laki velvoittaa nimeämään vastuuhenkilön potilasasiavastaavien ja sosiaaliasiavastaavien toiminnalle, jos potilasasiavastaavien ja sosiaaliasiavastaavien tehtäviä hoitaa useampi kuin yksi henkilö. Niin ikään vastaavan tehtävistä säädetään lain 8 §:ssä. Uuden lain tavoitteena on edistää potilaan oikeuksien ja oikeusturvan toteutumista (HE 300/2022 vp, s. 2).

## *Muistutus*

Potilaslain 10 §:ssä säädetään muistutuksen tekemisestä. Terveyden- ja sairaanhoitoonsa tai siihen liittyvään kohteluunsa tyytymättömällä potilaalla on oikeus tehdä muistutus terveydenhuollon toimintayksikössä terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle. Jos potilas ei sairauden, henkisen toimintakyvyn vajavuuden tai muun vastaavan syyn vuoksi kykene itse tekemään muistutusta tai jos hän on kuollut, muistutuksen voi tehdä hänen laillinen edustajansa, omaisensa tai muu läheisensä. Muistutus tulee tehdä pääsääntöisesti kirjallisesti. Erityisestä syystä, kuten jos potilas on hyvin iäkäs, muistutuksen voi tehdä myös suullisesti (HE 185/2014 vp, s. 26/II).

Muistutusmenettelyn tavoitteena on luoda potilaalle helppo, joustava ja nopea keino reagoida hoitoonsa tai kohteluunsa. Tarkoituksenmukaista on nimenomaan mahdollistaa muistutuksen tekeminen sille yksikölle, jossa potilas on hoidettavana ja jolla on näin ollen mahdollisuudet vaikuttaa tilanteen pikaiseen korjaamiseen (HE 185/1991 vp, s. 19/I). Potilaan tyytymättömyys voi kohdistua hänen hoitoonsa tai sen voi tehdä myös silloin, jos potilas kokee kohtelunsa olleen muutoin epäasiallista.

Toimintayksikön on tiedotettava potilailleen muistutusoikeudesta riittävällä tavalla sekä järjestettävä muistutuksen tekeminen heille mahdollisimman vaivattomaksi. Vaikka neuvonta on nimenomaisesti potilasasiamiehen tehtävä, myös muun henkilöstön on tarvittaessa ohjattava ja neuvottava potilasta muistutuksen tekemisessä (Lohiniva-Kerkelä 2015, s. 338).

Toimintayksikön on käsiteltävä muistutus asianmukaisesti ja siihen on annettava kirjallinen vastaus kohtuullisessa ajassa muistutuksen tekemisestä. Vastaus on perusteltava asian laadun edellyttämällä tavalla. Valvira on ohjauksessaan todennut kohtuullisena aikana pidettävän 1–4 viikkoa. Myös eduskunnan oikeusasiamiehen mukaan kohtuullinen aika on pääsääntöisesti noin kuukauden tai 1–2 kuukautta asian ollessa erittäin ongelmallinen ja vaatiessa selvitystyötä (HE 185/2014 vp, s. 26/II).

Muistutuksen käsittelyssä noudatetaan soveltuvin osin hallintolain säännöksiä. Siten muistutuksen käsittelyssä tulee ottaa huomioon hallintoasian käsittelylle säädetyt vaatimukset, kuten käsittelyn viivytyksettömyys (23 §), esteellisyyttä koskevien säännösten noudattaminen (27–30 §) sekä asian riittävä selvittäminen (31 §). Muistutuksen johdosta annettavassa ratkaisussa tulee ottaa huomioon hallintolain 44 §:n vaatimukset päätöksen sisällölle.

Potilaslaissa ei ole säädetty erityisiä seuraamuksia muistutuksesta. Muistutuksen johdosta annettavaan päätökseen ei myöskään saa hakea muutosta (potilaslain 15 §). Muistutuksen tekeminen ei kuitenkaan rajoita potilaan oikeutta kannella hoidostaan tai hoitoon liittyvästä kohtelustaan terveydenhuollon valvontaviranomaisille. Jos muistutusta käsitellessä ilmenee, että potilaan hoidosta tai kohtelusta saattaa seurata vastuu potilasvahingosta, vahingonkorvausvastuu, syytteen

nostaminen, ammatinharjoittamisoikeuksien poistaminen, rajoittaminen tai kurinpitomenettely taikka muussa laissa säädetty kurinpitomenettely, on potilasta neuvottava, miten asia voidaan panna vireille toimivaltaisessa viranomaisessa tai toimielimessä.

## *Kantelu*

Potilaslakiin lisättiin vuonna 2015 kantelua koskeva 10 a §. Kantelumahdollisuus oli olemassa jo tätä aikaisemmin ja lakiin lisätyllä säännöksellä oli tarkoitus selkeyttää menettelyjä. Muistutuksen on silti tarkoitus olla ensisijainen väylä epäkohdista ilmoittamiselle ja niiden korjaamiselle (HE 185/2014 vp, s. 27/II). Hallintokantelulla tarkoitetaan laillisuusvalvonnan keinoa, jolla tarkoitetaan ylemmälle tai muulle valvovalle viranomaiselle osoitettua ilmoitusta tai ilmiantoa virkatoimen virheellisyydestä taikka viranomaisen toimintaa koskevasta laiminlyönnistä. Hallintokantelu voidaan tehdä kaiken tyyppisestä viranomaistoiminnasta, mukaan lukien tosiasiallinen toiminta, kuten hoitotoimenpide (HE 50/2013 vp, s. 22/II–23/I). Kanteluun sovelletaan hallintolain 8 a luvun hallintokantelua koskevia säännöksiä.

Hallintokantelun voi tehdä kuka tahansa ja se tehdään kantelun kohteena olevan viranomaisen toimintaa valvovalle viranomaiselle. Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa kantelu tehdään joko terveydenhuoltoa valvovalle viranomaiselle, joita ovat aluehallintovirastot ja sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto (Valvira), tai yleisille laillisuusvalvontaviranomaisille, joita ovat eduskunnan oikeusasiamies ja oikeuskansleri. Kantelun käsittely kuuluu Valviralle erikseen säädettyissä tapauksissa, muun muassa laajakantoisissa ja periaatteellisesti tärkeissä kysymyksissä, sekä silloin kun aluehallintovirasto on asiassa esteellinen tai asiat liittyvät Valvirassa käsiteltävään muuhun terveydenhuoltoon, sosiaalihuoltoon tai terveydenhuollon ammattihenkilöä koskevaan valvonta-asiaan. Valvira käsittelee myös kanteluasiat, jotka koskevat epäilyä kuolemaan tai vaikeaan ja pysyvään vammautumiseen johdaneesta hoitovirheestä, tai turvaamis- tai kurinpitotoimenpiteitä mahdollisesti edellyttäviä asioita, sekä oikeuslääkärin tekemään kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät asiat (HE 185/2014 vp, s. 27/II–28/I). Aluehallintoviranomaiset käsittelevät muut kantelut.

Hallintolain 8 a luvun 53 a §:n 2 momentin mukaan hallintokantelu tehdään kirjallisesti. Valvovan viranomaisen suostumuksella kantelun saa tehdä suullisesti. Kantelun tekijän tulee esittää käsityksensä siitä, millä perusteilla tämä pitää menettelyä virheellisenä ja mahdollisuuksien mukaan tieto arvostelun kohteena olevan menettelyn tai laiminlyönnin ajankohdasta.

Valvontaviranomaiset eivät pääsääntöisesti tutki kahta vuotta vanhemmasta asiasta tehtyä hallintokantelua, ellei siihen ole erityistä syytä.

Hallintolain 8 a luvun 53 b §:n mukaan valvova viranomainen ryhtyy niihin toimenpiteisiin, joihin se hallintokantelun perusteella katsoo olevan aiheutta. Jos

kantelun johdosta ei ole aihetta ryhtyä toimenpiteisiin, siitä tulee viivytyksettä ilmoittaa kantelun tekijälle. Valvira ja aluehallintavirastot voivat lievemmissä tapauksissa antaa tiedoksi käsityksensä lain mukaisesta menettelystä, kiinnittää valvottavan huomiota toiminnan asianmukaiseen järjestämiseen tai antaa kehotuksen korjata puute tai epäkohta. Vakavammissa tapauksissa valvontaviranomaiset voivat antaa määräyksiä havaitsemiensa puutteiden tai epäkohtien korjaamiseksi ja tehostaa niitä uhkasakolla tai ne voivat antaa huomautuksen. Jos potilasturvallisuus edellyttää, valvontaviranomainen voi myös määrätä toiminnan välittömästi keskeytettäväksi tai kieltää toiminnassa käytettävän palveluyksikön, sen osan tai laitteen käytön välittömästi (laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, 612/2021, 47 ja 48 §). Tarvittaessa myös rikosilmoitus poliisille on mahdollinen. Kantelu ei siten ole muutoksenhakukeino, eikä se välttämättä johda potilaan kanalta virheellisen hallintopäätöksen korjaamiseen, hyvitykseen tai potilaan aseman muutokseen (Lohiniva-Kerkelä 2015, s. 349).

Potilaslain 10 a §:ssä säädetään myös muistutuksen ja kantelun välisestä suhteesta. Jos asiassa ei ole tehty muistutusta, ja valvontaviranomainen arvioi, että kantelu on tarkoituksenmukaisinta käsitellä muistutuksena, viranomainen voi siirtää asian asianomaiseen toimintayksikköön käsiteltäväksi. Siirto on tehtävä välittömästi arvion tekemisen jälkeen. Siirrosta on ilmoitettava kantelun tekijälle. Toimintayksikön on annettava tieto siirrettyyn asiaan annetusta vastauksesta siirron tehneelle valvontaviranomaiselle.

## Kirjallisuutta

- Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisu dnro 1205/4/04, 14.11.2005.
- Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisu dnro 3656/4/09, 3.12.2010.
- Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisu dnro 4181/4/09, 28.1.2011.
- Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisu dnro 2373/4/12, 23.10.2013.
- Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisu dnro 2598/4/12, 10.12.2013.
- Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisu dnro 1513/4/13, 30.6.2014.
- Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisu dnro 61/4/15, 11.6.2015.
- Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisu dnro 3721/4/14, 22.10.2015.
- Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisu EOAK/2822/2018, 2.11.2020.
- Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisu EOAK/5485/2018, 13.12.2019.
- Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi potilaan asemasta ja oikeuksista, HE 185/1991 vp.
- Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidonlain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta, HE 77/2004 vp.
- Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi hallintolain muuttamisesta, HE 50/2013 vp.
- Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain ja potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamisesta sekä eräiksi niihin liittyviksi laeiksi, HE 185/2014 vp.
- Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta, HE 224/2016 vp.
- Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi potilasasiavastaavista ja sosiaaliasiavastaavista sekä varhaiskasvatuslain 53 §:n muuttamisesta, HE 300/2023 vp.
- Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä sekä siihen liittyviksi laeiksi, HE 246/2022 vp.

- Korkeimman hallinto-oikeuden ratkaisu 8.2.2006, dnro 6/3/04.
- Korkeimman hallinto-oikeuden ratkaisu 21.1.2021, KHO 2021:13.
- Lapin aluehallintoviraston ratkaisu LAA-VI/192/2021.
- Lohiniva-Kerkelä M. Johdanto. Teoksessa Lehtonen L, Lohiniva-Kerkelä M, Pahlman I. Terveys oikeus. Talentum pro, Helsinki 2015: 19-37.
- Lohiniva-Kerkelä M. Potilaan oikeudet. Teoksessa Lehtonen L, Lohiniva-Kerkelä M, Pahlman I. Terveys oikeus. Talentum pro, Helsinki 2015: 161-207.
- Lohiniva-Kerkelä M. Potilaan oikeusturva. Teoksessa Lehtonen L, Lohiniva-Kerkelä M, Pahlman I. Terveys oikeus. Talentum pro, Helsinki 2015: 331-377.
- Nieminen M. Terveys ihmisoikeuskysymyksenä. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisu, E-sarja N:o 28, Vantaa 2015.
- Pahlman I. Potilasasiakirjat. Teoksessa Lehtonen L, Lohiniva-Kerkelä M, Pahlman I. Terveys oikeus. Talentum pro, Helsinki 2015: 209-248.
- Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely - opas terveydenhuollolle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2012:24 (verkkojulkaisu). Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.
- Sähköpostin ja tekstiviestien käyttäminen terveydenhuollossa. Henkilötietolain mukainen päätös. Tietosuojavaltuutetun toimisto 1.7.2010, diaarinumero 1475/41/2009.
- Voutilainen T. Suostumukset ja kiellot sosiaali- ja terveydenhuollon tietojenkäsittelyssä. Edilex 2011/28. Saatavana osoitteessa [www.edilex.fi/lakikirjasto/8362](http://www.edilex.fi/lakikirjasto/8362) (€).
- Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2019:2 (verkkojulkaisu). Sosiaali- ja terveysministeriö 2019.



## 14 Hallintolaki

### Hallintolain tarkoituksesta ja soveltamisalasta

Hallintolain (434/2003, jäljempänä myös HL) 1 §:n mukaan lain tarkoituksena on toteuttaa ja edistää hyvää hallintoa sekä oikeusturvaa hallintoasioissa. Lain tarkoituksena on myös edistää hallinnon palvelujen laatua ja tuloksellisuutta. Säännöksellä on merkitystä, sillä lakeja on tulkittava niiden tarkoituksen mukaan. Se tulee siis nähdä viranomaisten toimintaa ohjaavana normina, joka voi tulla tulkittavaksi myös yksittäisessä hallintoasiassa. Hyvän hallinnon takeista säädetään tarkemmin hallintolain 2 luvussa, mutta jo hallintolain tarkoitus ohjaa hyvän hallinnon ja laajemminkin hallinnon asiakkaiden oikeuksien toteutumisen varmistamiseen. Lain keskeisenä tehtävänä on yksilöiden oikeusturvan takaaminen.

Hallintolain soveltamisala on laaja. Sitä sovelletaan kaikissa valtion- ja kuntien viranomaisissa, julkisoikeudellisissa laitoksissa, valtion liikelaitoksissa ja julkisoikeudellisissa yhdistyksissä. Yksityisiin toimijoihin hallintolakia sovelletaan niiden hoitaessa julkista hallintotehtävää. Poikkeuksen soveltamisalasta muodostavat kuitenkin esimerkiksi lainkäyttö (tuomioistuintoiminta) sekä esitutkinta ja poliisitutkinta. Hallintolakia sovelletaan varsinaisen hallintoasian kaikkiin käsittelyvaiheisiin. Hyvän hallinnon periaatteiden osalta se tulee nähdä myös yleisohjeena, joka ohjaa lain soveltamisalan piiriin kuuluvia viranomaisia ja muita tahoja kaikessa niiden toiminnassa.

Hallintolaki on niin sanottu yleislaki. Se tulee siis sovellettavaksi, mikäli erityislainsäädännössä ei ole siitä poikkeavia säännöksiä. Esimerkiksi mielenterveyslaki, potilaslaki ja laki kehitysvammaisten erityishuollosta ovat erityislakeja, joita mahdollisissa ristiriitatilanteissa sovellettaisiin hallintolain asemasta.

## Hyvän hallinnon periaatteet

Hallintolain toisessa luvussa säädetään niin sanotuista hyvän hallinnon periaatteista. Hyvän hallinnon periaatteet ohjaavat kaikkea viranomaisten toimintaa – myös muuta, kuin varsinaisen hallintoasian käsittelyyn liittyviä vaiheita (ks. esim. Niemivuo ym. 2010). Hyvän hallinnon periaatteita sovelletaan siis myös niin sanotussa tosiasiallisessa hallintotoiminnassa, jossa ei tehdä kirjallisia, valituskelpoisia hallintopäätöksiä. Esimerkiksi potilaan päivittäinen hoitaminen julkisessa terveydenhuollossa, siltä osin kuin se ei sisällä varsinaisten hallintopäätösten tekoa, on tosiasiallista hallintotoimintaa.

Luvun 6 §:ssä säädetään niin sanotuista hallinnon oikeusperiaatteista. Sanotun lainkohdan mukaan ”Viranomaisen on kohdeltava hallinnossa asioivia tasapuolisesti sekä käytettävä toimivaltaansa yksinomaan lain mukaan hyväksyttäviin tarkoituksiin. Viranomaisen toimien on oltava puolueettomia ja oikeassa suhteessa tavoiteltuun päämäärään nähden. Niiden on suojattava oikeusjärjestyksen perusteella oikeutettuja odotuksia.” Pykälän tarkoituksena on osaltaan ohjata viranomaisten harkintavallan käyttöä. Pykälä ei kuitenkaan sisällä tyhjentävää lueteloa hallinnossa noudatettavista oikeusperiaatteista. Huomioon tulee lisäksi ottaa muun muassa perustuslain 2 §:n 3 momentista ilmenevä lainalaisuusperiaate, jonka mukaan julkisen vallan käytön tulee perustua lakiin ja kaikessa julkisessa toiminnassa on noudatettava tarkoin lakia.

Hyvän hallinnon periaatteet asettavat vaatimuksia myös palvelulle ja palvelun asianmukaisuudelle (HL 7 §). Tämän periaatteen mukaan viranomaisen on pyrittävä järjestämään asiointi siten, että hallinnossa asioiva saa asianmukaisesti hallinnon palveluita ja että viranomainen voi suorittaa tehtävänsä tuloksellisesti. Lisäksi lainkohdassa on viittaus viranomaisten toiminnan julkisuudesta annettuun lakiin (julkisuuslaki, 621/1999), jonka 20 §:n 2 momentissa säädetään tarkemmin esimerkiksi viranomaisen velvollisuudesta tiedottaa toiminnastaan.

Lisäksi hyvään hallintoon kuuluu viranomaisen neuvontavelvollisuus (HL 8 §), jonka mukaan viranomaisen on toimivaltansa rajoissa annettava asiakkailleen maksutta neuvontaa hallintoasioiden hoitamista varten. Toisaalta, jos asia ei kuulu kyseisen viranomaisen toimivaltaan, on viranomaisella velvollisuus pyrkiä ohjaamaan asiakas toimivaltaiseen viranomaiseen.

Viranomaisen on lisäksi hyvän kielenkäytön vaatimuksen (HL 9 §) mukaisesti käytettävä asiallista, selkeää ja ymmärrettävää kieltä. Käytettävän kielen osalta pykälä sisältää viittauksen muualle lainsäädäntöön. Kielellisiä oikeuksia on käsitelty tarkemmin edellä luvussa 2.4. Tulkitsemiseen ja kääntämiseen liittyviä kysymyksiä käsitellään jäljempänä.

Viimeinen hyvän hallinnon periaate velvoittaa viranomaisia keskinäiseen yhteistyöhön (HL 10 §). Viranomaisen on tämän lainkohdan mukaisesti toimivaltansa rajoissa ja asian vaatimassa laajuudessa tarvittaessa avustettava myös toisia viranomaisia hallintotehtävän hoitamisessa sekä muutoinkin pyrittävä edistämään viranomaisten välistä yhteistyötä.

Hallintolakia koskevan hallituksen esityksen mukaan hyvän hallinnon periaatteilla pyritään ”varmistamaan, että hallinnossa asioivia kohdellaan tasapuolisesti ja oikeudenmukaisesti. Lisäksi tarkoituksena on painottaa hallinnon tuloksellisuutta ja toimivuutta sekä viranomaisten keskinäisen yhteistyön merkitystä.” (HE 72/2002 vp).

## Virkavastuu

Julkista valtaa käyttäviin virkamiehiin ja muihin julkista valtaa käyttäviin tahoihin kohdistuu korostettu vaatimus luotettavuudesta, riippumattomuudesta ja objektiivisuudesta. Yksittäisen virkamiehen osalta hallintolain ja muiden hallintoasian käsittelyä koskevien velvoittavien säännösten noudattaminen kytkeytyy viime kädessä virkavastuuseen, joka on yleistä oikeudellista vastuuta laajempaa. Virkavastuu voi kohdistua virkamiesten ohella hallinnossa työskenteleviin työsuhteisiin henkilöihin ja sellaisiin yksityisiin tahoihin, joille on annettu hoidettavaksi julkisia hallintotehtäviä. Merkittävää julkisen vallan käyttöä voidaan kuitenkin perustuslain 124 §:n nojalla antaa vain viranomaiselle. Esimerkiksi mielenterveyslaissa edellytetään nimenomaisesti, että tarkkailuun ottavan ja tarkkailulausunnon antavan lääkärin, hoitoon määräämisestä, hoidon jatkamisesta ja lain 4 a luvussa tarkoitetuista rajoitustoimenpiteistä päättävän lääkärin, 12 a §:ssä tarkoitetun ulkopuolisen lääkärin, sekä poliisin virka-apua pyytävän lääkärin on oltava virkasuhteessa.

Virkavastuusta säädetään perustuslain 118 §:n 1 momentissa, jonka mukaan virkamies vastaa virkatoimiensa lainmukaisuudesta. Käytännössä seuraamukset virkavirheestä voivat olla hallinnollisia, rikosoikeudellisia ja/tai vahingonkorvausoikeudellisia. Hallinnollisia seuraamuksia ovat virkasuhteen irtisanominen tai purkaminen tai varoituksen antaminen. Lisäksi virkamiehelle voidaan työnjohdollisena toimenpiteenä antaa lievemmistä rikkeistä huomautus, mutta tämä ei kuitenkaan ole varsinainen laissa säädelty hallinnollinen seuraamus. Jos virkavirhe aiheuttaa vahinkoa, se voi johtaa myös vahingonkorvausvastuuseen. Virkamiehen vahingonkorvausvelvollisuudesta sekä korvausvastuun jakautumisesta julkisyhteisön eli työnantajan ja virkamiehen välillä säädetään vahingonkorvauslaissa (1974/412).

Rikosoikeudellinen virkavastuu tarkoittaa rikoslain 40 luvun mukaista virkarikossääntelyä. Virkarikoksina tulevat arvioitaviksi tietyn vakavuuskynnyksen ylittävät teot. Rikoslaisissa säädetään lahjusrikoksista (40 luku 1–3 §), virkasalaisuuden rikkomisesta (40 luku 5 §), virka-aseman väärinkäyttämisestä (40 luku 7

ja 8 §) ja virkavelvollisuuden rikkomisesta (40 luku 9 ja 10 §). Virkavelvollisuuden rikkominen on edellä mainituista yleisin, ja se voi tulla sovellettavaksi, jos teko ei ole rangaistava minkään muun virkarikossäännöksen nojalla. Rangaistuksena virkarikoksista voidaan tuomita teosta riippuen sakkoa tai vankeutta. Lisäksi rikoslaissa säädetään varoituksesta ja viraltapanosta, jotka ovat erityisiä rangaistuksia virkamiehiä varten ja jotka voidaan teosta riippuen tuomita joko oheisraamukseksi tai ainoana rangaistuksena. Rikosoikeudellisesta virkavastuusta voi vapautua vain, jos tekoa on pidettävä kokonaisuutena arvostellen vähäisenä, joskin myös yleiset vastuusta vapauttavat perusteet, kuten rikoslain 4 luvun 5 §:ssä tarkoitettu pakkotila, voivat tulla kysymykseen niitä koskevien yleisten edellytysten mukaisesti. Rangaistavaa on rikoslain mukaan virkatoiminnassa noudatettavaan säännöksiin ja määräyksiin perustuvan virkavelvollisuuden rikkominen, jolloin virkavelvollisuuden ja virkamiehen tehtävien sisältö on keskeinen arvioitaessa menettelyä. Virkavelvollisuuden rikkomisesta tuomitseminen edellyttää kuitenkin sitä, että virkatoiminnassa noudatettavan, säännöksiin tai määräyksiin perustuvan virkavelvollisuuden sisältö on selvästi määriteltävissä (KKO 2018:58, kohta 23). Myös tuottamuksellinen virkavelvollisuuden rikkominen on rikoslain nojalla rangaistavaa, eli teko ei edellytä tahallisuutta, vaan pelkkä huolimattomuus voi johtaa virkamiehen rikosoikeudelliseen vastuuseen.

Oikeuskäytännön valossa esimerkiksi potilastietojen lukeminen ilman potilasuhdetta voi tulla rangaistavaksi virkavelvollisuuden rikkomisena (KKO 2014:86). Tuottamuksellisena virkavelvollisuuden rikkomisena on taas tullut arvioiduksi esimerkiksi tilanne, jossa kunnan johtava rakennustarkastaja ei saatuaan tiedon suurten hallien riskeistä onnettomuustutkintakeskuksen aiempien tutkimusten perusteella, ryhtynyt toimenpiteisiin kunnassa olevien hallien turvallisuuden varmistamiseksi (KKO 2018:90). Myös esteellisenä toimiminen voi johtaa rikosoikeudelliseen virkavastuuseen (KKO 2017:92).

Virkavastuu koskee samalla tavalla kaikkea virkamiehen toimintaa (tai toimimattomuutta). Virkamies vastaa aina oman päätöksensä lainmukaisuudesta, ja virkavastuu syntyy lainvastaisesta tai muuten virheellisestä päätöksestä. Myös päätöksentekoa koskevien menettelyvaatimusten noudattaminen, harkintavallan käyttäminen laissa säädetyn mukaisesti, toimivallan rajoissa pysyminen sekä virkamieslakien edellyttämään virkatehtävien asianmukainen suorittaminen voi olla virkavastuun kohteena. Henkilön on siten noudatettava toimintaa määrittelevien lakien lisäksi myös riittävää huolellisuutta sekä toiminnan laatuun kohdistuvia ammatillisia ja asiantuntemukseen perustuvia vähimmäisvaatimuksia ja hyviä käytäntöjä sekä huolehdittava toiminnan luotettavuudesta ja objektiivisuudesta. Virkavastuun toteuttaminen voi tulla siten kysymykseen virkavelvollisuuksien suoranaisten laiminlyönnin lisäksi myös, jos virkamiehen toiminta on laadullisesti heikkoa, tehtävien edellyttämän ammattitaidon tai hyvien käytänteiden vastaista tai muuten virheellistä (Mäenpää 2023, s. 1344–1345). Virkavastuusta ei automaattisesti vapaudu esimerkiksi sillä perusteella, että kyse on esihenkilön antamasta

neuvosta tai työpaikalla yleisesti noudatetusta käytännöstä. Rikoslaki ei sisällä esimiehen käskyä koskevaa vastuusta vapauttavaa perustetta, mutta tällainen tilanne saattaa hyvin poikkeuksellisesti tulla arvioitavaksi pakkotilaa koskevan säännöksen perusteella. Työpaikan vakiintuneen käytännön noudattaminen asiassa, jossa esimerkiksi omaksutun laintulkinnan virheellisyys ei ole kyseisen virkamiehen helposti havaittavissa, voi niin ikään tietyissä tilanteissa vapauttaa vastuusta (KKO 2018:58). Rikoslain yleisten oppien uudistusta koskevan hallituksen esityksen mukaan tuottamusvastuuta ei poista yksinomaan se, että riskejä ei enää toiminnan kestäessä voida havaita tai hallita. Toisaalta tekijältä on voinut puuttua tilaisuus menetellä huolellisesti, jos tekijän kokemusperäisen ja ammatillisen tiedon perusteella ei ollut mitään perusteltua syytä epäillä riskejä ja jos normaalilla tavalla huolellinenkaan toimija ei olisi näitä riskejä havainnut. Selonottovelvollisuus normien sisällöstä voi vaihdella eri vastuuasemassa olevien henkilöiden toiminnassa, tai perusteltu työnjako voi määrittää selonottovelvollisuuden rajoja eri tehtävissä toimijoille. Esimerkiksi käräjäoikeudessa niin sanotuille maallikkotuomareille (lautamiehille) asetettu selonottovelvollisuus normien sisällöstä on matalampi kuin ammattituomarille (HE 44/2002 vp s. 96–97).

Oikeuspsykiatrian piirissä tyypillisesti virkavastuun kannalta erityisen merkittäviä tilanteita ovat päätökset, joilla potilaan itsemääräämisoikeutta rajoitetaan, eli esimerkiksi hoitoonmääräämispäätökset ja mielenterveyslain 4a luvun mukaiset rajoituspäätökset. Näillä päätöksillä puututaan merkittäväällä tavalla henkilön perusoikeuksiin, jolloin päätöksentekoprosessia koskevien säädösten noudattamisessa ja päätöksen perustelemissa on syytä noudattaa erityistä huolellisuutta. Virkavastuu voinee tulla kyseeseen myös esimerkiksi potilaan hoidon lopettamista koskevan päätöksen osalta, jos tahdosta riippumattoman hoidon edellytysten täyttymistä ei ole asianmukaisella ja riittävän huolellisella tavalla arvioitu.

## Hallintoasian asianosaiset

Hallintolain 11 §:n mukaan asianosaisia hallintoasiassa ovat kaikki ne, joiden oikeutta, etua tai velvollisuutta asia koskee. Lähtökohtaisesti asianosaisaseman saaminen edellyttää sitä, että päätös suoraan koskee kyseisen henkilön oikeutta, etua tai velvollisuutta. Pelkkä tosiasiallinen intressi asiaa kohtaan ei riitä muodostamaan asianosaisasemaa. Esimerkiksi se, että päätöksestä epäsuorasti seuraa jollekin jonkinlaista etua tai haitta, ei sellaisenaan perusta asianosaisasemaa, vaan vaikutuksen tulee olla oikeudellinen (Kuusikko 2018, s. 153). Asianosaisasema saattaa kuitenkin joissain tapauksissa syntyä myös muun, kuin täysin välittömän oikeuden, edun tai velvollisuuden perusteella, jos esimerkiksi tietyn oikeuden myöntäminen yhdelle tarkoittaisi sen epäämistä toiselta (esimerkiksi ympäristöasioissa). Koska asianosaiskäsite on monimutkainen ja monitulkintainen, ei tyhjentäviä ohjeita sen soveltamiseksi voida antaa, vaan asia vaatii tapauskohtaista harkintaa.

Asianosaiskäsitteellä on merkitystä esimerkiksi kuulemisvelvoitteen ja muutoksenhaun kannalta. Pääsääntöisesti asianosaisia on kuultava ennen asian ratkaisemista (ks. kuulemisvelvoitteesta tarkemmin jäljempänä) ja pääsääntöisesti vain asianosaisella on esimerkiksi muutoksenhakuoikeus. Muutoksenhakuun oikeutettujen piiristä samoin kuin muutoksenhaussa noudatettavasta menettelystä säädetään oikeudenkäynnistä hallintoasioissa (808/2019, jäljempänä hallintoprosessilaki).

Oikeuspsykiatrisissa asioissa asianosainen on ensinnäkin päätöksen kohteena oleva henkilö, eli esimerkiksi henkilö, jonka hoitoon määräämisestä päätetään. Asianosaispiiri ei kuitenkaan rajaudu yksinomaan päätöksen suoraan kohteeseen. Esimerkiksi mielenterveyslain 4a luvun mukaisista rajoitustoimenpiteistä yhteydenpidon rajoittamisessa voi olla runsaastikin asianosaisia. Kyseistä lukua koskevan hallituksen esityksen (HE 113/2001 vp) perusteella sanotussa lainkohdassa ”muulla asianosaisella tarkoitetaan henkilöä, jolla on sellainen erityissuhde potilaaseen, että yhteydenpidon rajoittamisella puututaan hänen oikeuksiinsa, jos päätös kohdistetaan häneen.” Esityksen perusteella tällaisia ihmisiä ovat esimerkiksi alaikäisen potilaan huoltaja tai potilaan lähiomainen.

Alaikäisten ja muiden vajaavaltaiten osalta heidän huoltajillaan on pääsääntöisesti aina vähintään rinnakkainen oikeus käyttää asianosaisen puhevaltaa asiassa (HL 14 §). 15 vuotta täyttäneellä on kuitenkin henkilökohtaisissa asioissaan aina oikeus käyttää puhevaltaa huoltajien ohella ja lisäksi yksinomainen oikeus käyttää puhevaltaa tietyissä omaisuuttaan koskevissa asioissa. Täysi-ikäisillä vajaavaltaisilla on puolestaan yksinomainen oikeus käyttää puhevaltaa henkilöään koskevassa asiassa, jos hän kykenee ymmärtämään asian merkityksen. Lisäksi on huomioitava, että esimerkiksi mielenterveyslain 24 §:n 5 momentin nojalla muutoksenhakuoikeus tiettyihin päätöksiin on jo 12 vuotta täyttäneellä alaikäisellä.

Edunvalvojalla on pääsääntöisesti vain rinnakkainen puhevalta sellaisissa asioissa, jotka kuuluvat hänen tehtäviinsä. Tällöin päämiehen kanta on ratkaiseva. Jos edunvalvottavan toimintakelpoisuutta on kuitenkin rajoitettu muuten kuin vajaavaltaiseksi julistamalla, edunvalvoja käyttää yksin puhevaltaa asioissa, joista edunvalvottavalla ei ole oikeutta päättää. Puhevalta on kuitenkin yhdessä edunvalvojan kanssa myös toimintakelpoisuudeltaan rajoitetulla edunvalvottavalla sellaisessa asiassa, josta edunvalvojan ja edunvalvottavan tulee päättää yhdessä.

## Hallintoasian käsittely ja päätöksenteossa noudatettava menettely

### *Yleistä hallintoasian käsittelystä ja menettelysäännösten soveltamisesta*

Hallintolakia sovelletaan hallintoasian käsittelyn kaikkiin vaiheisiin: asiakirjan lähettämiseen, asian vireilletuloon, asian käsittelyyn sekä hallintopäätöksen ja muun asiakirjan tiedoksiantoon. Hallintoasian käsittelystä säädetään hallintolain toisessa osassa (luvut 4–8a). Lisäksi hallintopäätöksen ja muun asiakirjan tiedoksiannosta säädetään kolmannessa osassa (luvut 9 ja 10).

Alla käsitellyt esteellisyyttä, kuulemista ja asian ratkaisemista koskevat säännökset tulevat sovellettavaksi varsinaisten hallintoasioiden käsittelyssä ja hallintopäätöksiä tehtäessä. Oikeuskirjallisuudessa ja esimerkiksi laillisuusvalvojien kannanotoissa on kuitenkin katsottu, että hallintoasian käsitettä ei ole lainsäädännössä tyhjentävästi määritelty. Täten erityisesti oikeusturvan ja hyvän hallinnon toteuttamiseksi on perusteltua soveltaa esimerkiksi esteellisyyttä koskevia säännöksiä soveltuvin osin myös tosiasiallisessa hallintotoiminnassa (ks. esim. OKV/111/10/2020). Yleensä on siis perusteltua, että esimerkiksi esteellinen lääkäri lähtökohtaisesti pidättäytyy tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan potilaan hoidosta ainakin silloin, kun kyse on sellaisista toimenpiteistä, jotka saattavat vaikuttaa esimerkiksi myöhemmin tehtävään hoitoonmääräämispäätökseen. Myös esimerkiksi Lääkäriliiton eettiset ohjeet kehottavat lääkäriä pidättäytymään läheisen vaativasta hoidosta.

### *Esteellisyys*

Esteellisyyttä koskevat säännökset löytyvät hallintolain 27–29 §:stä. Lisäksi mielenterveyslain 23 §:ssä vielä erikseen todetaan, että mainittuja hallintolain esteellisyysspykälää sovelletaan tarkkailulähetteen laativaan, tarkkailulausunnon antavaan ja hoitoon määräämisestä päättävän lääkärin esteellisyyden arviointiin. Lisäksi mielenterveyslain nojalla tarkkailulähetteen tekijän, tarkkailulausunnon antajan ja hoitoon määräämisestä päättävän lääkärin tulee kaikkien olla eri henkilöitä.

Esteettömyyden vaatimus on yksi keskeisistä hallinnon oikeusturvaperiaatteista. Esteellisyys liittyy virkamiehen suhteeseen joko käsiteltävän asian asianosaisiin tai itse asiaan. Jos tuo suhde on sellainen, että se voi saattaa virkamiehen puolueettomuuden kyseenalaiseksi, on virkamies esteellinen (Kuusikko 2018, s. 273). Oikeuspsykiatrian näkökulmasta asiassa esteellinen lääkäri tai muu virkamies ei voi esimerkiksi osallistua mielentilatutkimuksen tekemiseen tai olla millään tavoin mukana potilaan hoitoa koskevissa varsinaisissa päätöksissä, eli esimerkiksi laatia tarkkailulausuntoa tai päättää hoitoon määräämisestä.

Hallintolain 27 §:n 1 momentin mukaan: ”Virkamies ei saa osallistua asian käsittelyyn eikä olla läsnä sitä käsiteltäessä, jos hän on esteellinen.” On siis huomattava, että virkamiehen esteellisyys ei tarkoita yksinomaan sitä, että virkamies ei voi ratkaista asiaa. Hän ei voi myöskään millään muulla tavoin osallistua asian valmisteluun tai käsittelyyn. Hallituksen esityksen mukaan ”käytetyt ilmaiset käsittelyyn osallistumisesta ja läsnäolosta asiaa käsiteltäessä ovat sisällöltään laajoja. Niillä ei tarkoiteta pelkästään ratkaisun tekemistä vaan myös toimia, jotka välittömästi edeltävät asian ratkaisemista. Näitä ovat asian esittely ja valmistelu. Esteellinen virkamies ei saisi millään tavalla osallistua sellaisiin asian käsittelyyn liittyviin toimiin, jotka vaikuttavat asian ratkaisuun. Tällaisia ovat esimerkiksi lausuntojen pyytäminen, asianosaisten kuuleminen sekä muiden selvitysten hankkiminen.” (HE 72/2002 vp, s. 86).

Hallintolain 28 §:ssä säädetään kuusi erityistä esteellisyyserustetta. Pykälän mukaan virkamies on esteellinen, jos

1. hän tai hänen läheisensä on asianosainen
2. hän tai hänen läheisensä avustaa taikka edustaa asianosaista tai sitä, jolle asian ratkaisusta on odotettavissa erityistä hyötyä tai vahinkoa
3. asian ratkaisusta on odotettavissa erityistä hyötyä tai vahinkoa hänelle tai hänen 2 momentin 1 kohdassa tarkoitettulle läheiselleen
4. hän on palvelussuhteessa tai käsiteltävään asiaan liittyvässä toimeksiantosuhteessa asianosaiseen tai siihen, jolle asian ratkaisusta on odotettavissa erityistä hyötyä tai vahinkoa
5. hän tai hänen 2 momentin 1 kohdassa tarkoitettu läheisensä on hallituksen, hallintoneuvoston tai niihin rinnastettavan toimielimen jäsenenä taikka toimitusjohtajana tai sitä vastaavassa asemassa sellaisessa yhteisössä, säätiössä, valtion liikelaitoksessa tai laitoksessa, joka on asianosainen tai jolle asian ratkaisusta on odotettavissa erityistä hyötyä tai vahinkoa
6. hän tai hänen 2 momentin 1 kohdassa tarkoitettu läheisensä kuuluu viraston tai laitoksen johtokuntaan tai siihen rinnastettavaan toimielimeen ja kysymys on asiasta, joka liittyy tämän viraston tai laitoksen ohjaukseen tai valvontaan.

Edellä mainituissa kohdissa läheisellä tarkoitetaan 28 §:n toisessa momentissa säädettyä henkilöpiiriä, johon kuuluvat virkamiehen nykyinen ja entinen puoliso (mukaan lukien avopuoliso), lapset ja lapsenlapset, sisarukset, vanhemmat ja isovanhemmat, puolison vastaavat sukulaiset ja näiden puoliset, virkamiehen sisarusten, puolison ja puolison sisarusten lapset sekä virkamiehen vanhempien sisarukset ja näiden puoliset. Lisäksi tähän kategoriaan kuuluvat vielä kaikkia edellä mainittuja vastaavat puolisukulaiset. Virkamiehen serkkua ei siis enää pidetä lain tarkoittamana sukulaisuuteen perustuvalla tavalla läheisenä. Sukulaisuuteen perustuva esteellisyyden muodostama henkilöpiiri on kuitenkin varsin laaja, ja



esteellisyys muodostuu suoraan sukulaisuussuhteen perusteella. Mainittujen henkilöiden lisäksi läheisellä tarkoitetaan pykälän mukaan ”virkamiehelle muuten erityisen läheistä henkilöä samoin kuin tällaisen henkilön puolisoa”. Hallituksen esityksen mukaan ”lainkohdassa tarkoitettulla erityisen läheisellä henkilöllä tulee yleensä olla virkamiehen elämässä vastaavanlainen sija kuin perheenjäsenellä tai muilla tässä kohdassa luetelluilla henkilöillä” (HE 72/2002 vp, s. 83/I). Tällaisena henkilönä voisi tulla kysymykseen esimerkiksi läheinen ystävä tai seurustelukumppani. Vaikka siis esimerkiksi serkku ei edellä todetusti olekaan lain tarkoittamalla tavalla läheinen yksinomaan sukulaisuussuhteeseen perustuen, voi virkamies olla esteellinen käsittelemään myös serkkunsa asiaa, mikäli virkamies on tämän kanssa muutoin erityisen läheinen.

Erityisten esteellisyysperusteiden kohdalla tulkintaongelmia saattaa aiheuttaa esimerkiksi se, milloin on kyse muusta läheisestä henkilöstä tai milloin asian ratkaisusta on odotettavissa erityistä hyötyä tai vahinkoa jollekin.

Erityisten esteellisyysperusteiden ohella hallintolakiin sisältyy ns. yleislausekkeen mukainen esteellisyysperuste. Sen mukaisesti virkamies on esteellinen, jos ”luottamus hänen puolueettomuuteensa muusta erityisestä syystä vaarantuu.” Tämän tulkinta aiheuttaa todennäköisesti eniten ongelmia esteellisyyden arvioinnissa. Mikä tahansa epäily virkamiehen puolueellisuuden vaarantumisesta ei riitä muodostamaan esteellisyyttä yleislausekkeen nojalla. Tällaisen synn puolueettomuutta vaarantavan vaikutuksen tulee olla suunnilleen samanasteinen, kuin edellä luetellut erityiset esteellisyysperusteet. Lisäksi sen täytyy olla ulkopuolisen henkilön havaittavissa (HE 72/2002 vp, s. 55.) Virkamiehen ja asian tai asianosaisten välillä vallitsevan suhteen tulee olla sellainen, että se objektiivisesti arvioiden voisi esimerkiksi houkuttaa syrjimään tai suosimaan jotakin asianosaista tai muutoin ratkaisemaan asian tietyllä tavalla (Kuusikko 2018, s. 342–355).

Esteellisyyttä ei lähtökohtaisesti hallintoasioissa muodostu esimerkiksi suoraan sillä perusteella, että virkamies on käsitellyt samaa asiaa toisessa viranomaisessa, vaikka tämä saattaakin muodostaa joissain tapauksissa yleislausekkeen mukaisen esteellisyyden (Mäenpää 2023, s. 414). Oikeuspsykiatrian alalla on vakiintuneesti katsottu, että esimerkiksi oikeuspsykiatristen asioiden lautakunnan jäsen on pääsääntöisesti esteellinen käsittelemään asiaa lautakunnassa, jos hän on aiemmin hoitanut kyseistä potilasta. Kohtalaisen tiukkaa jääviystulkintaa sellaisissa tilanteissa, joissa käsittelyyn osallistuvalla lääkäriellä on suhde asiaan tai asianosaisiin, on noudatettu myös oikeuskäytännössä ja oikeusasiamiehen ratkaisukäytännössä. Esimerkiksi ratkaisussa KHO 2006:25 lääkäri oli toiminut hallinto-oikeudessa asiantuntijajäsenenä sellaisen potilaan asiassa, jonka hoitoon mainittu lääkäri oli aiemmin osallistunut. Kyseinen lääkäri oli kertomansa mukaan toiminut vain kliinisessä työssä, eikä ollut itsenäisesti päättänyt potilaan hoidosta, vaikka olikin käytännössä ylilääkäriltä saadun selvityksen perusteella osallistunut myös näihin asioihin. KHO katsoi, että kyseinen lääkäri oli tämän johdosta esteellinen toimimaan asiantuntijajäsenenä hallinto-oikeudessa.

Oikeusasiamiehen ratkaisukäytännöstä esimerkkinä puolestaan mainittakoon tapaus EOAK/4886/2012, jossa oikeusasiamies katsoi, että lääkärin olisi tullut yleislausekkeen nojalla jäävätä itsensä, kun hän päätyönään toimi HYKS Psykiatrian tulosyksikön Peijaksen klinikkaryhmässä ja tämän ohella vakuutuslääkärinä ja oli vakuutuslääkärin tehtävässä osallistunut sellaisen työkykylausunnon käsitelyyn, joka oli laadittu HYKS Psykiatrian toisen klinikkaryhmän alaisella työkyvyntutkimuspolinikalla.

Oikeuspsykiatristen asioiden lautakunnassa jäsenen on kuitenkin katsottu voivan osallistua saman henkilön asian käsittelyyn toistuvasti lautakunnan sisällä, esimerkiksi päätettäessä ensin hoitoon määräämisestä ja myöhemmin saman potilaan valvonta-ajalle päästämistä tai hoidon lopettamisesta. Samoin lääkäri voi sairaalassa päättää toistuvasti sama potilaan hoitoon määräämisestä, ellei asiassa ole syntynyt muuta esteellisyyden muodostavaa seikkaa.

Virkamiehen ei tule eikä hänellä ole oikeuttakaan jäävätä itseään vain varmuuden vuoksi. Epäselvissä tilanteissa esteellisyyteen on kuitenkin suhtauduttava erityisellä huolellisuudella ja sovellettava suhteellisen tiukkaa arviointia, erityisesti huomioiden se, että oikeuspsykiatriset asiat ovat luonteeltaan sellaisia, että ne vaikuttavat merkittävästi päätösten kohteena olevien henkilöiden perusoikeuksiin. Esteellisyyteen on syytä suhtautua vakavasti myös siksi, että esteellisen henkilön osallistuessa asian käsittelyyn, katsotaan sen syntyneen virheellisessä järjestyksessä ja se voidaan muutoksenhaulla kumota. (Kuusikko 2018, s. 698.)

## *Kuuleminen*

Oikeus tulla kuulluksi omassa asiassaan löytyy jo perustuslaista, jonka 21 §:n 2 momentissa todetaan, että ” – – oikeus tulla kuulluksi – – samoin kuin muut oikeudenmukaisen oikeudenkäynnin ja hyvän hallinnon takeet turvataan lailla”. Perustuslaki siis jo sellaisenaan määrittää oikeuden tulla kuulluksi osana hyvän hallinnon ja oikeudenmukaisen oikeudenkäynnin takeita. Sen katsotaan olevan eräs tärkeimmistä oikeussuojan takeista hallintoasian käsittelyssä.

Hallintolaissa kuulemisesta säädetään 34–36 §:ssä. Hallintolakia edeltävästi kuulemisvelvoite oli kirjattu jo hallintomenettelylakiin, jonka esitöiden mukaan ”kuulemisvelvollisuus edistää kaikin puolin viranomaistoiminnan tasapuolisuutta ja asioiden käsittelyn huolellisuutta” (HE 88/1981 vp, s. 30). Kuulemisen keskeisenä tehtävänä on hallintoasian totuudenmukainen selvittäminen. Asianosaisen kuulemisesta luopuminen on mahdollista ainoastaan 34 §:n 2 momentissa tarkoitetuilla perusteilla. Nämä perusteet voisivat tulla oikeuspsykiatrisissa asioissa vain hyvin poikkeuksellisesti kyseeseen, joten niitä ei käsitellä tässä yhteydessä tarkemmin. Jos kuulemisesta jossain tilanteessa poikkeuksellisesti luovutaan, tulee se perustella huolella ja kirjata kuulemisesta luopuminen perusteineen tehtävään päätökseen.

Hallintolain mukaan asianosaista on kuultava ”sellaisista vaatimuksista ja selvityksistä, jotka saattavat vaikuttaa asian ratkaisuun”. Kuulemisen kohteena olevista asiakirjoista asianosaisella on oikeus antaa periaatteessa rajoituksetta selvitystään (HE 88/1981 vp, s. 34). Esimerkiksi mielentilatutkimusta koskevassa asiassa kuultavalle on varattava mahdollisuus tutustua vähintään kaikkiin niihin asiakirjoihin, jotka toimitetaan THL:lle päätöksentekoa varten.

Laki sinänsä ei suoraan säätele sitä, onko kuuleminen toteutettava suullisesti vai kirjallisesti. Hallintolain 37 §:n nojalla suullinen kuuleminen voidaan kuitenkin ymmärtää poikkeuksena ja kirjallinen muoto pääsääntönä.

Oikeuspsykiatrisissa asioissa potilaalle itselleen on syytä lähes poikkeuksetta tarjota suullista kuulemismahdollisuutta, jotta voidaan varmistua siitä, onko kuultava ymmärtänyt asian merkityksen. Tämän ohella kuultavalla on kuitenkin aina oikeus myös kirjallisen lausuman jättämiseen.

Oikeuskäytännössä kuulemisessa noudatettavaa menettelyä yleisesti on käsitelty muun muassa ratkaisussa KHO 16.3.2004/583, jossa kaupungin ympäristölautakunta oli asettanut kiinteistön omistajalle lintujen ruokkimista koskevia määräyksiä. Tapauksessa kiinteistön omistajaa oli kuultu lautakunnan kokouksessa, jonne hänet oli kutsuttu samana päivänä. KHO huomautti, että asianosaiselle on kerrottava etukäteen mistä asiasta häntä kuullaan ja hänelle on varattava kohtuullinen aika valmistautua tähän. Tämä seikka on huomioitava myös oikeuspsykiatrisissa asioissa. Kuultavalle on siis ennen kuulemistilaisuutta varattava mahdollisuus tutustua ratkaisun perusteena oleviin asiakirjoihin.

Hallintolain lisäksi kuulemista koskeva säännös löytyy myös mielenterveyslaista, jonka 11 §:n mukaan ”ennen hoitoon määräämistä on selvitettävä tarkkailuun otetun oma mielipide”. Sanamuotonsa mukaisesti pykälä ei koske mielentilatutkimuksia. Koska mielentilatutkimuksen jälkeen THL päättää tutkittavan mahdollisesta hoitoon määräämisestä, kysymys on hallintolain tarkoittamasta asian ratkaisemisesta ja siten on selvää, että kuulemisvelvoite suoraan hallintolain nojalla ulottuu myös mielentilatutkittaviin.

Huoltajan, edunvalvojan tai muun laillisen edustajan kuulemisesta säädetään hallintolain 35 §:ssä, jonka nojalla mainittujen henkilöiden käyttäessä puhevaltaa on ”kuultava hänen päämiestään ja vastaavasti päämiehen käyttäessä puhevaltaa on kuultava edunvalvojaa, huoltajaa tai muuta laillista edustajaa, jos kuuleminen on tarpeen päämiehen edun vuoksi tai asian selvittämiseksi”. Kuulemisvelvoite ei siis ole ehdoton, vaan mainittuja tahoja on kuultava ainoastaan, jos se on tarpeen päämiehen edun vuoksi tai asian selvittämiseksi. Erityisesti alaikäisen huoltajien kuulemista on kuitenkin pidettävä vahvana pääsääntönä. Mielenterveyslain 11 §:ssä todetaan, että huoltajille on ”mahdollisuuksien mukaan varattava tilaisuus tulla joko suullisesti tai kirjallisesti kuulluksi”. Huoltajien kuulemisvelvoite ei siis ole mielenterveyslainkaan nojalla ehdoton. Esimerkiksi eräässä Helsingin hallinto-oikeuden ratkaisussa vuodelta 2001 oli kyse 16-vuotiaasta tarkkailuun otetusta, jonka isälle ei ollut varattu tilaisuutta tulla kuulluksi, sillä poika oli itse vastustanut

isänsä kuulemista eikä hän ollut ollut isäänsä yhteydessä varhaislapsuuden jälkeen. Ratkaisussa todettiin, että näissä olosuhteissa isän kuuleminen olisi saattanut vaarantaa pojan hoidon onnistumisen ja olisi siten ollut pojan edun vastaista. Nämä seikat ja pojan ikä ja kehitystaso huomioon ottaen hallinto-oikeus katsoi, että hoitoonmääräämispäätös oli voitu tehdä, vaikka isälle ei oltu varattu tilaisuutta tulla kuulluksi (Helsingin HaO 18.5.2001 01/0377/6).

Oikeuspsykiatrisissa asioissa voi toisinaan olla runsaastikin muita asianosaisia. Kuulemisvelvoite ei kuitenkaan ulotu ehdottomana aina kaikkiin muihin asianosaisiin. Aiemmin asianosaisia käsittelevässä kohdassa käsiteltiin yhteydenpidon rajoittamista, jossa asianosaisia voivat olla myös potilaan läheiset. Yhteydenpidon rajoittamisen osalta hallituksen esityksessä (HE 113/2001 vp) todetaan, että ”koska asianosaisten määrä voi olla suuri ja heidän kuulemisensa toteuttaminen erityisesti kiireellisissä tilanteissa käytännössä vaikeaa, ei voida edellyttää, että kaikkia asianosaisia aina kuultaisiin.” Kyse on kuitenkin tapauskohtaisesta harkinnasta.

Kuulemisvelvoitteen laiminlyönti on selvä menettelyvirhe, joka voi johtaa päätöksen kumoamiseen varsinaisessa muutoksenhaussa, mutta tämän ohella myös hallintoprosessilain 117 §:n nojalla lainvoimaisen hallintopäätöksen purkamiseen. Kuulemisvirheen seuraukset voivat siis olla kauaskantoisia ja tulla ilmi pitkänkin ajan päästä. Kuulemisvelvollisuuteen on siis syytä suhtautua tinkimättömästi.

### *Tulkitseminen ja kääntäminen*

Hallintolain 26 §:n nojalla viranomaisen on asioissa, jotka voivat tulla vireille viranomaisen aloitteesta, järjestettävä tulkitseminen ja kääntäminen, jos asianosainen ei osaa viranomaisessa käytettyä suomen tai ruotsin kieltä tai jos asianosainen ei sairauden tai vammaisuuden perusteella voi tulla ymmärretyksi. Mainittu sääntely perustuu osaltaan perustuslain 17 §:n 3 momenttiin. Lisäksi viranomaisella on mahdollisuus huolehtia tulkitsemisesta ja kääntämisestä muissakin kuin edellä mainituissa asioissa, joskaan samanlaista ehdotonta velvoitetta tähän ei ole. Viranpuolesta järjestettävä tulkitseminen ja kääntäminen on asianosaiselle aina maksutonta (HE 72/2002 vp s. 77/I).

Asia voidaan tulkita tai kääntää sellaiselle kielelle, jota asianosaisen voidaan todeta asian laatuun nähden riittävästi ymmärtävän. Käytetyn kielen ei siten olisi välttämättä oltava aina henkilön äidinkieli. Toisaalta jos asianosainen ymmärtää asian laatuun nähden riittävästi viranomaisessa käytettyä kieltä, suomea tai ruotsia, ei tulkitsemis- ja kääntämisvelvoitetta ole.

Tulkitseminen ja kääntämisen laajuus on harkittava tapauskohtaisesti – laki ei siis ehdottomasti edellytä aina jokaisen asiaan liittyvän asiakirjan kääntämistä, vaikka joissain tapauksissa laajakin asiakirjojen kääntäminen on perusteltua. Käännös voi olla myös lyhennelmä asiakirjan sisällöstä, kunhan siitä käyvät ilmi asian keskeinen sisältö ja ne tiedot, joilla saattaa olla tai on ollut merkitystä asian ratkaisemiselle. Hallintolakia koskevan hallituksen esityksen perusteella huomiota olisi kiinnitettävä

tävä erityisesti kysymyksessä olevan asiakirjan merkitykseen asian ratkaisemiselle (HE 72/2002 vp s. 78/II). Huomionarvoista on, että laissa puhutaan nimenomaan tulkittamisesta eikä tulkkauksesta. Siten jos asiaa hoitava virkamies ja asianosainen puhuvat molemmat esimerkiksi asian laatuun nähden riittävän hyvää englantia, voi virkamies hoitaa tulkittamisen itse. Myöskään kääntämisen osalta ei hallintolakiin sisälly ehdotonta velvoitetta käyttää ammattimaisia kääntäjiä.

Oikeuspsykiatriset asiat ovat lähtökohtaisesti aina asioita, jotka voivat tulla viireille viranomaisen aloitteesta. Siten niissä on lähes poikkeuksetta järjestettävä asianosaiselle tarvittava tulkittaminen ja käänösapu. Nykyistä hallintolakia edeltäneeltä ajalta olevassa Turun hallinto-oikeuden ratkaisussa vuodelta 2001 on katsottu, että potilaalla olisi tullut olla tarkkailuhaastattelussa tulkki, sillä henkilön suomen kielen taito oli havaittu puutteelliseksi ja lääkäri oli vielä lausunnossaan todennut, että kommunikaatio potilaan kanssa oli tästä johtuen ollut vajavaista (Turun HaO 11.6.2001 01/0307/1). Mielenterveyslain mukaisissa päätöksissä on kyse vahvasti henkilön perusoikeuksiin puuttuvista toimista, mikä on syytä muistaa tulkittamisen ja kääntämisen tarpeellisuutta harkittaessa. Jos on esimerkiksi epävarmaa, ymmärtääkö asianosainen riittävästi muuta kieltä kuin äidinkieltään, on kääntäminen syytä järjestää henkilön äidinkielelle.

Tulkin ja kääntäjän esteellisyden osalta on huomioitava hallintolain 65 §:n säännös, jonka nojalla tulkkina tai kääntäjänä ei saa käyttää henkilöä, joka on sellaisessa suhteessa asianosaiseen tai asiaan, että hänen luotettavuutensa voi tästä syystä vaarantua.

Suomen- tai ruotsinkielisen henkilön oikeudesta käyttää viranomaisessa omaa kieltään säädetään kielilaisissa. Lisäksi tulkittamisesta säädetään potilaslain 5 §:ssä. Näiltä osin kielellisiä oikeuksia on käsitelty tarkemmin edellä luvussa 13.

### *Asian ratkaiseminen ja päätöksen tiedoksianto*

Hallintolain 7 luku sisältää säännökset koskien hallintoasian ratkaisemista. Hallintoasiassa annettava päätös on pääsääntöisesti aina annettava kirjallisesti ja siinä on ilmoitettava päätöksen tehneen viranomaisen, asianosaisten ja lisätietojen antajan nimi. Lisäksi päätös on perusteltava, ja perusteluissa on ilmoitettava selvästi esimerkiksi asian ratkaisuun vaikuttaneet selvitykset, sovelletut lainkohdat ja mihin asianosainen on päätöksen perusteella oikeutettu tai velvoitettu. Ainoastaan poikkeuksellisesti päätös voidaan kiiretilanteessa antaa suullisesti, mutta tällainen suullinenkin päätös on viipymättä saatettava kirjalliseen muotoon. Muutoksenhakuajaksi ja määräaika oikaisuvaatimuksen tekemiseen alkavat kirjallisen päätöksen tiedoksisaannista. Päätös voidaan eräissä poikkeustilanteissa jättää myös perustelematta (HL 45 § 2 mom.), mutta käytännössä oikeuspsykiatrisissa asioissa päätökset on aina perusteltava – kiiretilanteissakin viimeistään silloin, kun päätös saatetaan kirjalliseen muotoon.

Päätöksen tiedoksiantotavoista säädetään hallintolain 9 ja 10 luvussa. Oikeuspsykiatrisissa päätöksissä on pääsääntöisesti käytettävä lain 60 §:n mukaista todisteellista tiedoksiantoa, sillä niissä on kyse velvoittavasta päätöksestä, jonka tiedoksisaannista alkaa kulua muutoksenhaku aika. Tiedoksianto on tällöin toimitettava postitse saantitodistusta vastaan tai luovutettava asiakirja suoraan tiedoksiannon vastaajalle tai tämän edustajalle. Luovutettaessa asiakirja suoraan, on tiedoksiannosta laadittava kirjallinen todistus, josta ilmenevät tiedoksiannon toimittaja ja vastaanottaja sekä tiedoksiannon ajankohta. On lisäksi huomioitava, että jos päätös koskee esimerkiksi alaikäistä, jolla on huoltajiensa ohella oikeus käyttää asiassa puhevaltaa, on päätös annettava tiedoksi molemmille (HL 56 §).

Hallintolain mukaan päätökseen on lisäksi liitettävä valitusosoitus tai oikaisuvaatimusohje, tai ilmoitus siitä, jos päätökseen ei saa hakea muutosta. Oikeuspsykiatriset asiat ovat pääsääntöisesti sellaisia, joihin muutoksenhaku valitusteitse on mahdollista ja niihin on siis liitettävä valitusosoitus. Muutoksenhaku on käsitelty tarkemmin edellä luvuissa 11 ja 12.

### *Hallintokantelu*

Hallintolain 8 a luvussa säädetään hallintokantelusta, joka on tärkein yksityisen käytettävissä oleva hallinnon lainalaisuusvalvonnan valvonta- ja oikeusturvakeino (Mäenpää 2023, s. 295). Lain 53 a §:n nojalla kantelu tehdään toimintaa valvovalle viranomaiselle. Kantelu voidaan varsinaisten kyseistä toimialaa valvovien viranomaisten ohella tehdä aina myös yleisille laillisuusvalvojille (eduskunnan oikeusasiamies ja valtioneuvoston oikeuskansleri). Eri viranomaisten toimivalta kantelun johdosta annettavissa seuraamuksissa voi kuitenkin poiketa toisistaan. Vaikka kanteluasiaa käsittelevällä viranomaisella itsellään ei olisikaan kantelun perusteella toimivaltaa ryhtyä asian kannalta kaikkiin tarpeellisiin toimenpiteisiin, se voi kuitenkin ryhtyä toimenpiteisiin esimerkiksi tekemällä asiasta tutkintapyyntöä poliisille tai ilmoittamalla muulle toimivaltaiselle viranomaiselle.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa erityisenä hallintokanteluun rinnastuvana oikeusturvakeinona on muistutus. Muistutusmenettelyä on käsitelty tarkemmin edellä luvussa 13.

## **Julkisuus ja tietosuoja**

Julkisuus on perustuslain 12 §:n 2 momentissa turvattu perusoikeus. Kyseisen lainkohdan mukaan viranomaisen hallussa olevat asiakirjat ja muut tallenteet ovat julkisia, jollei niiden julkisuutta ole välttämättömien syiden vuoksi lailla erikseen rajoitettu. Jokaisella on oikeus saada tieto julkisesta asiakirjasta ja tallenteesta. Tarkemmin julkisuudesta säädetään viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetussa laissa (julkisuuslaki, 621/1999).

Julkisuus on vahva pääsääntö, ja siitä voidaan poiketa vain lain erikseen nimenomaisesti salliessa. Julkisuusperiaate edellyttää asiakirjajulkisuuden ja käsittelyjulkisuuden ohella myös sitä, että viranomaisen huolehtii asianmukaisesti ja oma-aloitteisesti tiedottamisesta ja että viranomaisen on järjestänyt tiedonhallintansa siten, että asiakirjojen julkisuus on vaivatta toteutettavissa. Tiedonhallinnasta säädetään tarkemmin laissa julkisen hallinnon tiedonhallinnasta (tiedonhallintalaki, 906/2019).

Julkisuusperiaate kohdentuu ensisijaisesti viranomaisen hallussa olevaan, jollakin tavalla tallennettuun tietoon. Varsinaisten viranomaistahojen ohella sitä sovelletaan pääsääntöisesti myös niihin tahoihin, joille on ulkoistettu julkisten hallintotehtävien hoitamista. Viranomaisten asiakirjojen ohella julkisuus koskee viranomaisella olevaa muutakin tietoa. (Mäenpää 2023, s. 614–615).

Julkisuuden toteuttaminen kytkeytyy myös aiemmin kuvattuihin hyvän hallinnon periaatteisiin, ja julkisuutta koskevien säännösten rikkominen voi tulla arvioiduksi myös virkavastuuta koskevien säännösten kautta. Käräjäoikeustason oikeuskäytännöstä löytyy esimerkiksi tapaus, jossa kunnanjohtaja tuomittiin tuottamuksellisesta virkavelvollisuuden rikkomisesta hänen kieltäytyttyään antamasta pyydettyä tietoa julkisesta viranomaisen asiakirjasta (Lapin käräjäoikeus 28.9.2018, R 17/1259). Hovioikeustasolta puolestaan löytyy julkisuuslakia edeltävältä ajalta oleva ratkaisu, jossa toimittaja oli pyytänyt asiakirjoja ensimmäisen kerran kesäkuussa 1993 ja uudestaan heinäkuun lopussa. Asiakirjat oli hänelle toimitettu saman vuoden joulukuussa. Asian käsittelystä vastannut virkamies tuomittiin virkavelvollisuuden rikkomisesta (Itä-Suomen hovioikeus 24.1.1995, R 94/847). Kattavaa ylempien oikeusasteiden soveltamiskäytäntöä asiasta ei kuitenkaan ole. Yleisesti voidaan todeta, että tullakseen rangaistavaksi rikoksena on velvollisuuden rikkomisen oltava selvää ja moitittavaa. (Mäenpää 2017, s. 270).

Julkisuutta voidaan rajoittaa laissa säädetyillä salassapitoperusteilla. Julkisuuslain 24 §:n 1 momentin nojalla salassa pidettäviä ovat mm. asiakirjat, jotka sisältävät tietoja rikoksesta syytetyille tehdystä oikeuspsykiatrisesta mielentilatutkimuksesta (27 kohta) sekä asiakirjat, jotka sisältävät tietoja henkilön terveydentilasta tai tämän saamasta sosiaalihuollon palvelusta (25 kohta). Nämä asiakirjat kuuluvat ehdottoman salassapidon piiriin, eli salassapitovelvollisuus ei ole asiakirjan antamisesta johtuvista tapauskohtaisista vaikutuksista riippuvainen. Oikeuspsykiatriset asiakirjat, mielentilatutkimuslausunnot mukaan lukien, ovat siten julkisuuslain nojalla salaisia, eikä niitä voida luovuttaa ulkopuolisille kuin laissa erikseen säädetyin perustein. Esimerkiksi poliisilla voi kuitenkin muussakin kuin kyseisessä rikosasiassa olla tietyin edellytyksin oikeus saada tieto aiemmasta mielentilatutkimuksesta. Poliisinkaan tiedonsaantioikeus ei kuitenkaan ole ehdoton. Aina kun salaisia asiakirjoja luovutetaan, on syytä varmistua siitä, mihin lainkohtaan pyyntö perustuu ja voidaanko asiakirjat sen nojalla luovuttaa.

Julkisuus on kuitenkin arvioitava asiakirjakohtaisesti ja salattava vain ne asiakirjat, joiden salassapito on lain nojalla välttämätöntä. Julkisuuslain 10 §:n nojalla silloin, kun vain osa asiakirjasta on salassa pidettävää, tieto on annettava asiakirjan julkisesta osasta, jos se on mahdollista niin, ettei salassa pidettävä osa tule tietoon. Tämä edellyttää, että asiakirjan salassa pidettävä osa on selvästi eroteltavissa julkisesta osasta ja että asiakirja on salassa pidettävien osien peittämisen jälkeenkin sellainen, että asiakirjan sisältö on ymmärrettävissä oikein (HE 30/1998 vp, s. 65).

Vaikka julkisuus on pääsääntö ja salassapito siitä poikkeus, on syytä muistaa, että salassapito on velvoittavaa. Varsinaisen asiakirjan tai tiedon salassapitovelvollisuuden ohella velvoite pitää sisällään vaitiolovelvollisuuden ja tiedon hyväksikäyttökiellon. Salassapitovelvoite koskee viranomaista ja käytännössä sen palveluksessa olevia, julkisessa luottamustehtävässä olevia, sellaisia viranomaistahojen ulkopuolisia, jotka ovat saaneet salassa pidettävän tiedon erityisellä perusteella sekä sellaisia yksityisiä, joita salassapitovelvollisuus koskee erityisellä perusteella. (Mäenpää 2023, s. 789). Salassapito- tai vaitiolovelvollisuuden rikkominen voi tulla rangaistavaksi salassapitorikoksena (RL 38:1–2) tai virkasalaisuuden rikkomisena (RL 40:5).

Hallintoviranomaisista (esimerkiksi sairaalat ja THL) poiketen yleiset tuomioistuimet soveltavat ensisijaisesti lakia oikeudenkäynnin julkisuudesta yleisissä tuomioistuimissa (YTJulkL, 370/2007), jossa säädetään erikseen oikeudenkäyntiasiakirjojen, suullisen käsittelyn ja tuomioistuimen ratkaisun julkisuudesta. YTJulkL:n 9 §:n nojalla mielentilatutkimus tai siitä tietoja sisältävät asiakirjat sekä arkaluontoisia terveydentilatietoja sisältävät asiakirjat ovat lähtökohtaisesti salaisia. Kuitenkaan arkaluonteiset terveydentilaan liittyvät tiedot eivät rikosasiassa ole salassa pidettäviä siltä osin kuin ne liittyvät olennaisesti syytteessä tarkoitettuun tekoon tai sen rikosoikeudelliseen arviointiin, ellei tuomioistuin erikseen määrää niitä salassa pidettäviksi. Lisäksi tuomioistuin voi painavan yleisen tai yksityisen edun vuoksi päättää, että mielentilatutkimus tai muu arkaluontoisia terveydentilatietoja sisältävä asiakirja tulee osin tai kokonaan julkiseksi. Tuomioistuimen suulliset käsittelyt ovat lain nojalla pääsääntöisesti julkisia, eikä edellä mainitun salassa pidettävän oikeudenkäyntiasiakirjan käsittely tee istuntokäsittelystä automaattisesti suljettua. Koska lähtökohtana kuitenkin on mielentilatutkimuksen salassapito, ei lausunnon laaja käsittely myöskään julkisessa istunnossa ole yleensä perusteltua. Tästä huolimatta tutkimuksen lopputuloksia voidaan käsitellä julkisesti myös istunnossa, sillä lopputulos voi liittyä olennaisesti syytteessä tarkoitettuun tekoon tai sen rikosoikeudelliseen arviointiin (Tapanila 2009, s. 170). Tuomioistuimen ratkaisun osalta julkisuus on erittäin vahva pääsääntö ja ratkaisun julkisuuden rajoittaminen suppeampaa, kuin oikeudenkäyntiasiakirjojen julkisuuden rajoittaminen (Tapanila 2009, s. 214). Käytännössä tuomioistuinten menettelyt siinä, miten ne soveltavat erityisesti ratkaisujulkisuutta koskevia asioita, näyttävät kuitenkin vaihtelevan (ks. myös Tapanila 2009, luku 8.5). Käytännössä mielentilatutkimuksen sisältöä kuitenkin usein kuvataan julkisessa ratkaisussa varsin laajastikin.



On kuitenkin huomattava, että vaikka tuomioistuin YTJulkL:n nojalla julkisessa tuomiossaan referoisi laajasti mielentilatutkimuksen sisältöä ja kertoisi yksityiskohtaisesti tutkitun terveydentilasta, ei se tee asiasta julkista julkisuuslakia soveltavissa viranomaisissa. Siten esimerkiksi sairaala ei lähtökohtaisesti voi julkisesti kommentoida tietyn mielentilatutkimuksen sisältöä tai luovuttaa tätä koskevia asiakirjoja ulkopuolisille, vaikka käytännössä tutkimuksen keskeinen sisältö olisi tuomioistuimen ratkaisun kautta tullut julkiseksi. Huomattava on myös, että yleisistä tuomioistuimista poiketen hallintotuomioistuimet soveltavat lakia oikeudenkäynnin julkisuudesta hallintotuomioistuimessa, jonka nojalla salassapitoon hallintotuomioistuimessa sovelletaan lähtökohtaisesti julkisuuslain mukaisia salassapitoperusteita.

Julkisuuskysymyksissä on otettava huomioon myös henkilötietojen suojaa koskevat säännökset. Julkisuuslain ja EU:n yleisen tietosuojasetuksen (2016/679) sekä tietosuojalain (1050/2018) välillä voi olla tiettyjä jännitteitä. (Mäenpää 2023, s. 850). Tietosuojaa koskevan lainsäädännön kokonaisuudessa yksilön terveyttä koskevat tiedot ovat yleisen tietosuojasetuksen 9 artiklassa tarkoitettuja erityisiä henkilöryhmätietoja eli käytännössä niin sanottuja arkaluonteisia tietoja, joiden luovuttamiseen on perinteisesti katsottu liittyvän uhkia, minkä vuoksi arkaluonteisten tietojen käsittely on katsottu perustelluksi rajata vain välttämättömään (esim. PeVL 27/2021 vp, 12 kohta). Tietosuojalain 28 §:n mukaisesti viranomaisen henkilörekistereissä olevan henkilötiedon luovuttamiseen sovelletaan julkisuuslakia. Julkisuuslain 13 §:n 2 momentin nojalla henkilötietoja pyytävän on ilmoitettava tietojen käyttötarkoitus sekä tarvittaessa tiedot siitä, miten tietojen suojaus on tarkoitettu järjestää. Julkisuuslain 16 §:n 3 momentin nojalla puolestaan viranomaisen henkilörekisteristä saa antaa henkilötietoja sisältävän kopion tai tulosteen tai sen tiedot sähköisessä muodossa, jollei laissa ole toisin erikseen säädetty, jos luovutuksensaajalla on henkilötietojen suojaa koskevien säännösten mukaan oikeus tallettaa ja käyttää sellaisia henkilötietoja. Mainittu rajoite koskee siis vain tiedon luovuttamista kirjallisessa muodossa. Se ei siten rajoita tiedon antamista suullisesti tai viranomaisen luona nähtäväksi ja jäljennettäväksi. Jos tietoa pyydetään näillä tavoin, ei viranomaisella ole edes oikeutta esimerkiksi käyttötarkoituksen tiedusteluun.

Luovutettaessa henkilötietoja kirjallisesta muodossa pyydettyjen henkilötietojen käsittelylle on lähtökohtaisesti oltava jokin tietosuojasetuksen 6 artiklassa säädetty peruste. Huomioitava on kuitenkin, että tietosuojasetusta ei sovelleta muun muassa sellaiseen henkilötietojen käsittelyyn, jonka luonnollinen henkilö suorittaa yksinomaan henkilökohtaisessa tai kotitalouttaan koskevassa toiminnassa (2 artikla). Mikäli siis yksityinen henkilö esimerkiksi yksityishenkilönä tarkoituksenaan valvoa viranomaisen toimintaa pyytää viranomaisen hallussa olevia henkilötietoja ilman, että kyse on millään tavoin esimerkiksi henkilön ammatinharjoittamiseen liittyvästä toiminnasta, voidaan tiedot tietosuojasetuksen estämättä yleensä luovuttaa myös kirjallisessa muodossa. Luovuttaminen on kuitenkin

kin ratkaistava tapauskohtaisesti. Lisäksi on huomioitava erityisesti tietosuojalain 27 §, joka koskee tietojen luovuttamista sananvapautta ja tiedonvälityksen vapautta turvaavia tarkoituksia varten.

Julkisuuslain uudistus on tätä kirjoitettaessa käynnistetty oikeusministeriössä. Uudistuksen tarkoituksena on selkeyttää ja ajantasaistaa yli 20 vuotta vanhan julkisuuslain sisältöä. Lain uudistamista valmisteleva työryhmä julkisti mietintönsä 12.12.2023 (Julkisuuslain ajantasaistaminen. Työryhmän mietintö. Oikeusministeriön julkaisuja. Mietintöjä ja lausuntoja 2023:32). Ensimmäisessä vaiheessa on valmisteltu yksityiselämän suojaa koskevien salassapitoperusteiden keskinäisiä suhteita rikosasioissa selkiyttävät muutokset, joita koskeva hallituksen esitys (HE 273/2022 vp) annettiin eduskunnalle syysistuntokaudella 2022, mutta esitystä ei ehditty käsitellä vaalikauden loppuun mennessä, minkä vuoksi se raukesi.

## Kirjallisuutta

Kuusikko, Kirsi. Esteellisyys hallinnossa. Alma Talent 2018.  
 Mäenpää, Olli. Hallinto-oikeus. 3. uudistettu painos. Alma Talent 2023.  
 Mäenpää, Olli. Yleinen hallinto-oikeus. Alma Talent 2017.  
 Niemivuo, Matti; Keravuori-Rusanen, Marietta; Kuusikko, Kirsi. Hallintolaki. Alma Talent 2010.  
 Tapanila, Antti. Oikeudenkäynnin julkisuus riita- ja rikosasioissa. Edita 2009.

## Oikeuskäytäntö

KHO 2006:25  
 KHO 16.3.2004/583  
 KKO 2018:90  
 KKO 2018:58  
 KKO 2017:92  
 KKO 2011:40  
 Helsingin HaO 18.5.2001 01/0377/6  
 Turun HaO 11.6.2001 01/0307/1  
 Lapin käräjäoikeus 28.9.2018, R 17/1259  
 Itä-Suomen hovioikeus 24.1.1995, R 94/847  
 OKV/111/10/2020  
 EOAK/4886/2012

## Virallislähteet

Hallituksen esitys eduskunnalle hallintolaiksi ja laiksi hallintolainkäyttölain muuttamisesta, HE 72/2002 vp  
 Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi mielenterveyslain ja hallinto-oikeuslain 7 §:n muuttamisesta, HE 113/2001 vp  
 Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi viranomaisten toiminnan julkisuudesta ja siihen liittyviksi laeiksi, HE 30/1998 vp  
 Hallituksen esitys Eduskunnalle hallintomenettelylaiksi ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi, HE 88/1981 vp

## 15 Yksityisoikeudellinen oikeuspsykiatria

Oikeuspsykiatrialla on myös yksityisoikeudellinen (siviilioikeudellinen) ulottuvuus. Yksityisoikeudellinen oikeuspsykiatria kohdistuu ennen muuta testamentin tekemiseen, edunvalvojan määräämiseen ja vajaavaltaiseksi julistamiseen liittyvään henkilön oikeustoimikelpoisuuden arviointiin. Laajemmin kysymys on yksilön oikeudellisten kelpoisuuksien ja oikeudellisen toimintakyvyn arvioinnista.

### Oikeuskelpoisuus

Suomen oikeusjärjestyksen mukaan jokainen ihminen on oikeuskelpoinen. Oikeuskelpoisuudella tarkoitetaan kykyä saada nimiinsä oikeuksia tai tulla veloitetuksi. Ensin mainitussa on kysymys esimerkiksi omistusoikeudesta johonkin esineeseen. Jälkimmäinen taas voi ajankohtaistua esimerkiksi velvollisuutena maksaa kauppahinta tai vahingonkorvausta aiheuttamastaan vahingosta (Kivimäki & Ylöstalo 1973, s. 128–129). Oikeuskelpoisuus liitetään usein oikeussubjektisuuden käsitteeseen. Oikeussubjektius merkitsee samalla myös oikeuskelpoisuutta, kykyä olla oikeuksien ja velvollisuuksien haltija (esim. Kurki 2018, s. 470). Suomen voimassa olevan oikeuden mukaan jokainen luonnollinen henkilö on syntymästään lähtien oikeuskelpoinen riippumatta henkisestä kyvykkyydestä. Näin myös vastasyntynyt lapsi tai muistisairas henkilö voi tulla esimerkiksi sitoutuneeksi sopimukseen tai hän voi olla vahingonkorvausvelvollinen aiheuttamastaan vahingosta (Kivimäki & Ylöstalo 1973, s. 128–129).

## Oikeustoimikelpoisuus

Toinen kysymys sen sijaan on, onko henkilö oikeustoimikelpoinen. Oikeustoimikelpoisuudella tarkoitetaan henkilön kelpoisuutta tehdä oikeustoimia itseään sitovasti (Kivimäki & Ylöstalo 1973, s. 138; Norros 2018, s. 291). Kysymys on esimerkiksi yksilön kelpoisuudesta laatia sopimus tai testamentti. Suomen voimassa olevan oikeuden mukaan alaikäinen henkilö eli alle 18-vuotias on oikeuskelpoinen mutta rajoitetusti oikeustoimikelpoinen. Holhoustoimesta annetun lain (21/1987, jäljempänä holhoustoimilaki, HolTL) 2 §:n mukaan alle 18-vuotias on vajaavaltainen ja keskeiset häntä koskevat oikeustoimet tekee tai hyväksyy hänen huoltajansa tai muu laillinen edustajansa. Sanotun lain 25 §:n 1 momentin mukaan alle 18-vuotiaalla on kuitenkin oikeus määrätä siitä, minkä hän on omalla työllään ansainnut (ks. tarkemmin Hakalehto 2018, s. 28).

Oikeustoimikelpoisuus puuttuu myös niiltä, jotka on holhoustoimesta annetun lain perusteella esimerkiksi sairauden vuoksi HolTL 2 §:n 1 momentin mukaan julistettu vajaavaltaisiksi. Lain 1 §:n 1 momentin mukaan tämä voi olla seurausta henkilön sairaudesta tai muusta syystä. Momentissa tarkoitettu sairaus voi olla mielisairaus tai esimerkiksi muistisairaus. Muulla syyllä taas tarkoitetaan esimerkiksi kehityksen viivästymistä (HE 146/1999 vp, s. 29/I).

Oikeustoimikelpoisuus on oikeustoimen tekemisen yleinen edellytys. Oikeustoimella tarkoitetaan yksityistä tahdonilmausta, jolla oikeuksia perustetaan, muutetaan tai kumotaan (Norros 2018, s. 69). Oikeustoimia ovat esimerkiksi kauppa, lahja tai vuokrasuhteen perustaminen tai irtisanominen. Oikeustoimikelvottoman tekemät oikeustoimet eivät ole päteviä, mutta asiasta eli oikeustoimeen sitoutuneen oikeustoimikelvottomuudesta ja siitä aiheutuvasta oikeustoimen pätemättömyydestä päätetään asiaa koskevassa oikeudenkäynnissä, jos henkilön katsotaan olleen tosiasiallisesti oikeustoimikelvoton oikeustoimen tekohetkellä (Mäki-Petäjä-Leinonen 2003, s. 163). Jos henkilö taas on julistettu vajaavaltaiseksi, hänen tekemänsä oikeustoimet ovat suoraan pätemättömiä. Lisäksi on huomattava, että varallisuus oikeudellisista oikeustoimista annetun lain (oikeustoimilaki, 228/1929) 31 ja 33 §:ssä säädetään sellaisista oikeustoimen pätemättömyysperusteista, jotka voivat tulla sovellettavaksi tilanteissa, jossa mielentilan tai sairauden vuoksi oikeudelliselta toimintakyvyltään heikentynyt henkilö on sitoutunut oikeustoimeen.

Oikeustoimilain 31 §:ssä säädetään kiskomisesta oikeustoimen pätemättömyysperusteena. Käytännössä kysymys on toisen heikosta asemasta ja tämän heikon aseman hyväksikäyttämisestä. Oikeustoimilain 33 §:ssä taas säädetään tilanteesta, jossa oikeustoimi on tehty sellaisissa olosuhteissa, että niistä tietoisesti olisi kunnianvastaista ja arvotonta vedota oikeustoimeen. Etenkin oikeustoimilain 33 § on tässä suhteessa merkittävä, koska sen tarkoituksena on heikomman osapuolen suojaaminen esimerkiksi tilanteessa, jossa toinen sopimuspuoli on ollut tietoinen heikomman osapuolen sairaudesta tai vanhuudenheikkoudesta taikka vastaavasta johtuneesta tilasta ja jossa sopimuspuoli on käyttänyt tätä tilaa hyväksi (Mäki-Petäjä-Leinonen 2003, s. 169–171).

## VAJAAVALTAISUUS JA OIKEUSTOIMIKELPOISUUS

Suomen voimassa olevan oikeuden mukaan vajaavaltaisella tarkoitetaan alle 18-vuotiasta henkilöä ja sellaista täysi-ikäistä henkilöä, joka on julistettu vajaavaltaiseksi (HolTL 2 §). Vajaavaltaisella ei ole oikeutta itse vallita omaisuuttaan eikä tehdä sopimuksia tai muita oikeustoimia, jollei laissa toisin säädetä. Vajaavaltaiseksi julistettu voi kuitenkin itse päättää henkilöään koskevista asioista, jos hän kykenee ymmärtämään asian merkityksen (HolTL 23.1 §).

Oikeustoimikelpoisuudella taas tarkoitetaan yksityisoikeudellisesti henkilön kelpoisuutta tehdä oikeustoimia itseään sitovasti. Oikeustoimikelpoisuus käsitteenä näin viittaa oikeuskelpoisen henkilön kykyyn antaa ja vastaanottaa oikeustoimiksi määritellyjä tahdonilmaisuja. Oikeustoimikelpoisuus on sitovan oikeustoimen edellytys.

Holhoustoimilain mukainen vajaavaltaisuus johtaa rajoitettuun oikeustoimikelpoisuuteen, koska vajaavaltainen voi tehdä oikeustoimia, jotka ovat olosuhteisiin nähden tavanomaisia ja merkitykseltään vähäisiä.

## Holhoustoimi

Holhoustoimessa on kysymys niiden henkilöiden etujen ja oikeuksien valvomisesta, jotka eivät vajaavaltaisuuden, sairauden, poissaolon tai muun syyn vuoksi voi pitää huolta taloudellisista asioistaan (HolTL 1.1 §). Holhoustoimi on yksi osa siinä suojajärjestelmässä, jonka valtio on järjestänyt lapsille, sairaille ja vanhuksille (Välimäki 2013, s. 3).

Voimassa oleva holhoustoimilaki on tullut voimaan vuonna 1999. Lain tavoitteena on varmistaa, että henkilön valtaa määrätä omista asioistaan rajoitetaan vain, kun se on välttämätöntä hänen suojaamiseksi. Tavoitteena oli myös uudistaa asiaa koskevaa lainsäädäntöä niin, että esimerkiksi lain käsitteistö ei tarpeettomasti leimaisi ihmisiä, jotka tarvitsevat holhoustoimeen liittyviä palveluita (HE 146/1999 vp, s. 18). Holhoustoimessa annetussa laissa onkin pyritty eroon leimaavasta ilmaisusta ”holhous”, eikä laissa enää käytetä ilmaisuja holhottava ja holhooja, joskin lain nimeen termi on jäänyt elämään. Holhoustoimen etuja tarvitsevat henkilöt ovat *päämiehiä*, kun taas ne, jotka hoitavat apua tarvitsevien asioita, ovat *edunvalvoja*. Laissa käytetty terminologia ilmaisee ajatuksen siitä, että edunvalvonta ei tarkoita sen kohteeksi joutuvan alistamista vaan edunvalvojan tarkoitus on palvella päämiestään ja hoitaa hänen asioitaan yhteistoiminnassa hänen kanssaan (Välimäki 2013, s. 8).

Holhoustoimilaki mahdollistaa erilaisia edunvalvonnan muotoja, joiden vaikutukset päämiehen kelpoisuuteen ja edunvalvojan kelpoisuuden laajuuteen ovat erilaisia. Edunvalvonnan lievin muoto on HolTL 8 §:ssä tarkoitetun edunvalvojan määrääminen täysi-ikäiselle, joka sairauden, henkisen toiminnan häiriintymisen, heikentyneen terveydentilan tai muun vastaavan syyn vuoksi on kykenemätön valvomaan etuaan taikka huolehtimaan itseään tai varallisuuttaan koskevista asioista, jotka vaativat hoitoa eivätkä tule asianmukaisesti hoidetuiksi muulla tavoin. Tällöin päämiehen toimintakelpoisuutta ei rajoiteta, vaan edunvalvoja määrätään päämiehen tueksi ja rinnalle päättämään oikeustoimista ja vallitsemaan omaisuutta (Välimäki 2013, s. 34). Holhoustoimilaki mahdollistaa myös päämiehen toimintakelpoisuuden rajoittamisen. Rajoittaminen voi olla eriasteista. Se voidaan esimerkiksi rajata koskemaan tiettyjen oikeustoimien tekemisen tai tietyn omaisuuden vallinnan vain yhdessä edunvalvojan kanssa tai siten, että päämiehellä ei ole kelpoisuutta tehdä tiettyjä oikeustoimia tai vallita tiettyä omaisuutta (HolTL laki 18.1 §, 1 ja 2 kohta). Edunvalvonnan äärimmäisenä toimenpiteenä on vajaavaltaiseksi julistaminen (HolTL 18.1 §, 3 kohta). Siihen saa ryhtyä vain, jos muut toimenpiteet eivät ole riittäviä päämiehen edun turvaamiseksi (HolTL 18.2 §). Muutenkaan päämiehen toimintakelpoisuutta ei saa rajoittaa enempää kuin se hänen suojaamiseksi on tarpeen (HolTL 18.3 §).

Edunvalvojan voi määrätä tuomioistuimien tai holhousviranomaisen, jollaisena nykyisin toimii Digi- ja väestötietovirasto. Viimeksi mainittu voi kuitenkin määrätä edunvalvojan vain, jos se, jonka etua olisi valvottava, kykenee ymmärtämään asian merkityksen ja hän pyytää tiettyä henkilöä määrättäväksi hänen edunvalvojakseen (HolTL 12.2 §). Toimintakelpoisuuden rajoittamisesta sen sijaan päättää aina tuomioistuin (HolTL 18.1 §).

Holhoustoimi merkitsee ennen muuta päämiehen taloudellisten asioiden hoitamista (laki holhoustoimesta 1.1 §). Taloudellisten asioiden käsite on tarkoitettu tässä yhteydessä laajasti tulkittavaksi. Kysymys on päämiehellä jo olevien varallisuusarvoisten etujen ja oikeuksien valvonnasta mutta myös sellaisista oikeustoimista, joilla on edunvalvonnassa olevan kannalta taloudellista merkitystä (HE 146/1999 vp, s. 29/I ja Välimäki 2013, s. 21–23). Taloudellisten asioiden ohella holhoustoimi voi koskea myös päämiehen henkilöä koskevia asioita (HolTL 1.2 §). Edunvalvojan edustusvallan ulottaminen päämiehen henkilöä koskeviin asioihin edellyttää kuitenkin aina tuomioistuimen määräystä, jolla tuomioistuin antaa toimivallan henkilöä koskevista asioista päättämiseen. Tämän jälkeen tapauskohtaisesti päätöksentekotilanteessa arvioidaan, kykeneekö päämies tekemään päätöksen itsenäisestä vai tekeekö päätöksen edunvalvoja (HolTL 29.2 §; ks. myös HE 146/1999 vp, s. 42/I ja Välimäki 2013, s. 23–30).

## Tietojenantovelvollisuus

HolTL 90.1 §:n mukaan muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikkö ja terveydenhuollon ammattihenkilö sekä yksityinen sosiaalipalvelun tuottaja ovat salassapitosäännösten estämättä velvollisia pyynnöstä antamaan holhousviranomaiselle ja tuomioistuimelle ne tiedot ja selvitykset, jotka ovat tarpeen vireillä olevan asian ratkaisemiseksi. Sääntelyn tarkoitus on turvata holhousviranomaisen mahdollisuus tehokkaasti valvoa edunvalvojan toimintaa ja päämiehen omaisuuden hoitoa sekä luoda edellytykset sille, että tuomioistuimen ja holhousviranomaisen holhoustoimesta annetun lain nojalla antamat ratkaisut perustuvat kattavaan asiaa koskevaan tietoon (HE 146/1998 vp, s. 71/I). Koska edunvalvontaa tai toimintakelpoisuuden rajoittamista koskeva päätös voidaan tehdä myös henkilön sairauden tai henkisen toiminnan häiriintymisen vuoksi, päätöksen kohteena olevan henkilön terveydentilaa koskevat tiedot ovat usein asiaa koskevan päätöksenteon kannalta ratkaisevassa asemassa. Onkin huomattava, että HolTL 90 §:stä säädetystä tietojenantovelvollisuudesta kieltäytyminen on HolTL 94 §:n mukaan rangaistavaa.

## Lääkärintlausunto holhousasioissa

Edunvalvojan määräämistä tai toimintakelpoisuuden rajoittamista koskevissa asioissa pyydetään usein edunvalvontaan määrättävän tilaa koskevia lääkärintlausuntoja, joilla on huomattava merkitys asiaa koskevassa holhousviranomaisen tai tuomioistuimen päätöksenteossa (yleisesti asiasta ks. Näkki ym. 2022). Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut lääkärintlausuntoa holhousasioissa koskevan määräyksen, jossa annetaan tarkempia ohjeita asiaa koskevassa lääkärintlausunnossa käsiteltävistä seikoista (Lääkärintlausunto holhousasioissa. Sosiaali- ja terveysministeriön määräyskokoelma 1999:51).

Lääkärintlausunto voidaan ensinnäkin antaa tutkittavan pyynnöstä. Tällöin edunvalvontaan esitetty siis pyytää lääkärintlausuntoa itse. Kun kysymys on lääkärintlausunnosta holhousasiassa, sen tulee täyttää edellä mainitussa sosiaali- ja terveysministeriön määräyksessä tällaiselle lausunnolle asetetut vaatimukset.

Toiseksi lääkärintlausunto voidaan antaa ilman tutkittavan suostumusta, jos lausuntoa pyytää holhousviranomainen tai tuomioistuin. HolTL 90.2 §:n mukaan holhousviranomainen tai tuomioistuin voi pyytää hyvinvointialueelta lausunnon, jos selvityksen saaminen asianomaisen olosuhteista on tarpeen holhoustoimesta annetussa laissa tarkoitettussa asiassa. Säännöksen mukaan pyyntö on osoitettava sille hyvinvointialueelle, jonka alueella asianomaisella on kotikunta, tai jos hänellä ei ole kotikuntaa Suomessa, jonka alueella hän pääasiallisesti oleskelee. Lausunto voi koskea edunvalvojan määräämistä tai toimintakelpoisuuden rajoittamista koskevaa asiaa tai esimerkiksi sen selvittämistä, onko aiemmin annettu toimin-

takelpoisuuden rajoitus syytä kumota (HE 146/1998 vp, s. 71/II). Lisäksi on huomattava, että HolTL 86.1 §:n mukaan holhousviranomaisen voi vaatia, että hakija esittää holhousviranomaiselle lausunnon niistä seikoista, joilla on merkitystä holhousviranomaisen käsiteltävänä olevan edunvalvojan määräämistä, edunvalvojan tehtävän muuttamista tai edunvalvojan tehtävän lakkaamaan määräämistä koskevassa asiassa. Lausunto voi koskea esimerkiksi henkilön kykyä ymmärtää edunvalvojan määräämisen merkitys tai niitä seikkoja, joilla on merkitystä harkittaessa edunvalvojan määräämisen tarpeellisuutta (HE 146/1988 vp, s. 70/I).

Edellä tarkoitettua lausunnon antaa laillistettu lääkäri, joka nykyisen tai aiemman hoitosuhteen perusteella tuntee tutkittavan terveydentilan. Jos tällaista lääkäriä ei ole, lausunnon antaa hyvinvointialueen palveluksessa oleva laillistettu lääkäri. Vaativassa psykiatrisessa asiassa lausunnon antajan tulee tarvittaessa olla psykiatrian erikoislääkäri tai vaativassa dementoivan sairauden arvioinnissa neurologian tai geriatrian erikoislääkäri (Lääkärinlausunto holhousasioissa. Sosiaali- ja terveysministeriön määräyskokoelma 1999:51, s. 3–4).

Lausuntoon tulee sisällyttää johdanto, kirjata tarvittavat esitiedot sekä tutkimushavainnot sekä esittää lääketieteellisin syin perustellut johtopäätökset siitä, onko tutkittu kykenevä vai kykenemätön valvomaan etuaan taikka huolehtimaan itseään tai varallisuuttaan koskevista asioista ja ovatko hänen varallisuusasemansa, toimeentulonsa tai muut tärkeät etunsa hänen tilansa johdosta vaarassa (Lääkärinlausunto holhousasioissa. Sosiaali- ja terveysministeriön määräyskokoelma 1999:51, s. 4–5). Lisäksi on katsottu, että johtopäätöksissä tulee ilmaista, millä tavalla heikentynyt terveydentila vaikuttaa tutkittavan kykyyn hoitaa asioitaan ja vaarantaako tila hänen etujaan (Jari Tiuhonen, Duodecim, Oppiportti → Psykiatria → Oikeuspsykiatria → siviilioikeudellinen oikeuspsykiatria). Sosiaali- ja terveysministeriön määräyksessä on lisäksi tarkemmin yksilöity, mihin kysymyksiin lausunnossa on aina ilmoitettava perusteltu kannanotto. Nämä kysymykset vaihtelevat sen mukaan, onko kysymys asianomaisen itsensä pyytämästä edunvalvojan määräämistä koskevasta asiasta, edunvalvojan määräämisestä tuomioistuimen päätöksellä koskevasta asiasta, toimintakelpoisuuden rajoittamista koskevasta asiasta tai edunvalvojan määräyksen lakkauttamista tai toimintakelpoisuuden rajoituksen muuttamista tai poistamista koskevasta asiasta (Lääkärinlausunto holhousasioissa. Sosiaali- ja terveysministeriön määräyskokoelma 1999:51, s. 5).

## Testamentintekokelpoisuus

Perintökaaren (40/1965) 13 luvun 1 §:n 3 kohdan mukaan testamentti voidaan julistaa moitteiden johdosta pätemättömäksi, jos testamentin tekemiseen on vaikuttanut mielisairaus, tylsämielisyyden tai testamentin tekijän muu sielun toiminnan häiriö. Kohdassa tarkoitetaan tilanteita, joissa testamentin tekijältä on puuttunut siihen vaadittava oikeudellinen toimintakyky (Jehkonen & Mäki-Petäjä-Leinonen



2019, s. 1362). Kysymys voi olla esimerkiksi tilanteesta, jossa psykoosi- tai muistisairaus on vaikuttanut testamentin sisältöön. Säännöksen 4. kohdan mukaan testamentin pätemättömyys voi perustua myös siihen, että testamentin tekijä on pakotettu tekemään testamentti tai hänet on siihen taivutettu käyttämällä väärin hänen ymmärtämättömyyttään, tahdonheikkouttaan tai riippuvaista asemaansa taikka jos hänet on petollisesti viety tekemään testamentti. Näissä tilanteissa kysymys on testamentin tahdonmuodostusta rasittavasta virheellisyydestä (Jehkonen & Mäki-Petäjä-Leinonen 2019, s. 1362). Kysymys voi olla esimerkiksi johdattelulle alttiin kehitysvammaisen henkilön taivuttamisesta testamentin tekemiseen.

Testamentintekokelpoisuuden kannalta olennaista on henkilön kyky ymmärtää tasapainoisesti tekemänsä oikeustoimi sekä sen merkitys (Aarnio & Kangas 2015, s. 339). Kun edellä mainittuihin testamentin moiteperusteisiin perustuvia testamentin moitekanteita käsitellään tuomioistuimissa, testamentintekokelpoisuutta koskeva arviointi on luonteeltaan oikeudellista. Olennaisena näyttönä tässä arvioissa käytetään usein lääkärinlausuntoja, joissa otetaan kantaa testamentin tekijän mielentilaan tai ymmärryskykyyn testamentin laatimishetkellä. Usein tällaiset lääkärinlausunnot ovat moitekanteen asianosaisen hankkimia, mutta tuomioistuin voi poikkeuksellisesti pyytää testamentintekokelpoisuutta koskevan lääkärinlausunnon myös viran puolesta (Aarnio & Kangas 2015, s. 945–948). On syytä korostaa, että vaikka lääketieteellinen näyttö on tässä tarkastelluissa testamentin moitekanteita koskevissa asioissa keskeistä, tuomioistuimen toteuttama testamentintekokelpoisuutta koskeva arviointi sekä esimerkiksi merkityssisällön antaminen perintökaaren 13 luvun 1 §:n 3 kohdassa käytetylle ilmaisulle ”mielisairaus” on oikeudellista ja arvioinnin kohteena on henkilön kyky oikeudellisesti merkitykselliseen tahdonmuodostukseen (Aarnio & Kangas 2015, s. 951). Oikeudellisesti kysymys on ennen muuta testamentintekijän testamentintekokelpoisuutta koskevien todisteiden punninnasta (Mäki-Petäjä-Leinonen 2003, s. 231–234).

## Edunvalvontavaltuus

Edunvalvontavaltuutuksella tarkoitetaan valtuutusta, jonka valtuuttaja on määrännyt tulemaan voimaan siinä tapauksessa, että hän tulee sairauden, henkisen toiminnan häiriintymisen, heikentyneen terveydentilan tai muun vastaavan syyn vuoksi kykenemättömäksi huolehtimaan asioistaan. Asiasta säädetään edunvalvontavaltuutuksesta annetussa laissa (EVVL, 648/2007). Edunvalvontavaltuutuksen tarkoituksena on mahdollistaa se, että henkilö oikeustoimikelpoisena ollessaan etukäteen järjestää asioidensa hoidon sairauden, henkisen toiminnan häiriintymisen tai muun vastaavan seikan aiheuttaman toimintakyvyttömyyden varalta (LaVM 29/2006 vp, s. 2/I). Edunvalvontavaltuutuksesta säättämisen tavoitteena oli yhtäältä vahvistaa yksilön itsemääräämisoikeutta, koska edunvalvontavaltuus mahdollistaa sen, että yksilö itse ennakoii tulevan toimintakykynsä ja

tekee päätöksiä sen varalta. Toisaalta edunvalvontavaltuutuksesta säätäminen liittyi väestön ikääntymiseen ja siihen liittyvään holhoustoimen resurssien tarkoitukseenmukaiseen kohdentamiseen (HE 52/2006 vp, s. 9).

Edunvalvontavaltuutus merkitsee käytännössä valtakirjaa, jolla henkilö valtuuttaa toisen henkilön edustamaan valtuuttajaa tämän omaisuutta koskevilla ja muilla taloudellisilla asioilla. Valtuutettu voidaan oikeuttaa edustamaan valtuuttajaa myös sellaisissa tämän henkilöä koskevilla asioilla, joiden merkitystä valtuuttaja ei kykene ymmärtämään sillä hetkellä, jolloin valtuutusta olisi käytettävä. Valtuutus voidaan rajata koskemaan myös tiettyä oikeustointia, asiaa tai omaisuutta (EVVL 2 §). Edunvalvontavaltakirjassa voidaan nimetä myös varavaltuutettu, jos ensisijainen valtuutettu tulee sairauden, esteellisyyden tai muun synn vuoksi tilapäisesti estyneeksi hoitamaan tehtävänsä. Valtakirjalle on asetettu tiettyjä muotovaatimuksia, joista säädetään tarkemmin EVVL 6 §:ssä. Valtakirjan on esimerkiksi oltava kahden todistajan allekirjoittama. Valtuutetun on saatettava valtakirja holhousviranomaisena toimivan Digi- ja väestötietoviraston vahvistettavaksi, jos valtuuttaja on sairauden, henkisen toiminnan häiriintymisen, heikentyneen terveydentilan tai muun vastaavan synn vuoksi tullut pääasiallisesti kykenemättömäksi huolehtimaan niistä asioista, joita valtuutus koskee (EVVL 24.1 §). Digi- ja väestötietovirasto toimii myös valtuutettua valvovana viranomaisena.

EVVL 5 §:ssä säädetään kelpoisuudesta edunvalvontavaltuutusta koskevan valtakirjan tekemiseen. Säännöksen mukaan valtakirjan voi tehdä 18 vuotta täyttänyt henkilö, joka kykenee ymmärtämään valtakirjan merkityksen. Valtakirjan laatijan on näin oltava valtakirjan laatimishetkellä oikeustoimikelpoinen, vaikka valtuutus kohdistuu aikaan, jolloin oikeustoimikelpoisuus on usein jo menetetty (HE 52/2006 vp, s. 19/I). Oikeustoimikelpoisuudella tarkoitetaan tässä tosiasiallista oikeustoimikelpoisuutta. Valtakirjan laatijan ymmärryskykyä on arvioitava tilannekohtaisesti eikä merkitystä tule antaa esimerkiksi sille, onko valtuuttajan oikeustoimikelpoisuutta esimerkiksi HolTL:n nojalla rajoitettu. Näin täysi-ikäinen henkilö, jonka toimintakelpoisuutta on HolTL:n nojalla rajoitettu, voi tehdä pätevän edunvalvontavaltuutuksen, kunhan hän kykenee ymmärtämään sen merkityksen, sisällön ja vaikutukset (Mäki-Petäjä-Leinonen 2014, s. 174–175). Joissain tilanteissa valtuuttaja saatetaan myös katsoa valtakirjan laatimisen suhteen oikeustoimikelpoiseksi, vaikka valtuutuksen vahvistamisen edellytykset olisivat jo käsillä. Tällöin on siis kysymys tilanteesta, jossa valtuuttaja on jo tullut esimerkiksi sairauden tai henkisen toiminnan häiriintymisen vuoksi pääasiallisesti kykenemättömäksi ymmärtämään valtuutuksen kohteena olevista asioista, mutta hänet katsotaan silti tosiasiallisesti oikeustoimikelpoiseksi valtakirjan tekemisen suhteen (HE 52/2006 vp, s. 19/I). Kysymys voi olla esimerkiksi muistisairaasta ihmisestä, joka vielä kykenee ymmärtämään valtakirjan tekemisen merkityksen. Valtuutuksen tekemisen oikea-aikaisuuteen on näin kiinnitettävä huomiota, koska jos valtuutus tehdään liian myöhään eli tilanteessa, jossa esimerkiksi muistisairas ei enää kykene ymmärtämään valtakirjan merkitystä, valtuutusta ei voida vahvistaa (Mäki-Petäjä-Leinonen 2014, s. 175).

## Asianosaiskelpoisuus ja oikeudenkäyntikelpoisuus

Edellä on tarkasteltu yksilön oikeuskelpoisuutta, oikeustoimikelpoisuutta ja testamentintekokelpoisuutta. Näitä voidaan kutsua yleisiksi oikeudellisiksi kelpoisuuksiksi. Yleisiin oikeudellisiin kelpoisuuksiin kuuluu myös asianosaiskelpoisuus. Sillä tarkoitetaan yleistä kykyä olla oikeudenkäynnissä asianosaisena. Asianosaiskelpoisuus ei siis kytkeydy tiettyyn nimenomaiseen oikeudenkäyntiin vaan on yksilön abstrakti ominaisuus. Kaikki yksilöt ovat syntymästään saakka asianosaiskelpoisia riippumatta iästä ja täysivaltaisuudesta (Vuorenää ym., *Prosessioikeus* 2021, s. 403). Näin esimerkiksi psykoosi- tai muistisairas henkilö on asianosaiskelpoinen.

Asianosaiskelpoisuus on erotettava oikeudenkäyntikelpoisuudesta, jolla tarkoitetaan asianosaiskelpoisen henkilön oikeutta käyttää itse puhevaltaa oikeudenkäynnissä. Jos henkilöllä ei ole oikeudenkäyntikelpoisuutta, hän tarvitsee oikeudenkäyntiin edunvalvojan käyttämään hänen puhevaltaansa (Vuorenää ym., *Prosessioikeus* 2021, s. 404). Oikeudenkäyntikelpoisuudesta säädetään oikeudenkäymiskaaren (OK, 7/1734) 12:1–5:ssä. Oikeudenkäyntikelpoisuus on säännöksissä kytketty siviilioikeudelliseen täysivaltaisuuteen. OK 12:1.1:n mukaan täysivaltainen henkilö on myös oikeudenkäyntikelpoinen, mutta vajaavaltainen ollessa asianosaisena riita-asiassa tai asianomistajana rikosasiassa, hänen puhevaltaansa käyttää edunvalvoja tai muu laillinen edustaja.

Täysivaltainen henkilö, jolle on määrätty edunvalvoja, mutta jota ei ole julistettu vajaavaltaiseksi tai jonka toimintakelpoisuutta ei ole rajoitettu, säilyttää oikeudenkäyntikelpoisuutensa. Jos taas henkilön toimintakelpoisuutta on rajoitettu muuten kuin vajaavaltaiseksi julistamalla ja oikeudenkäynnissä on kysymys toimintakelpoisuuden rajoittamisen alaan kuuluvasta asiasta, puhevallan käyttäminen oikeudenkäynnissä on riippuvainen toimintakelpoisuuden rajoittamisen sisällöstä. Jos toimintakelpoisuutta on rajoitettu siten, että päämies ja edunvalvoja käyttävät päätösvaltaa yhdessä, he käyttävät myös oikeudenkäynnissä puhevaltaa yhdessä (Vuorenää ym., *Prosessioikeus* 2021, s. 406).

OK 12:4a sisältää lisäksi säännöksen tilanteesta, jossa henkilön oikeudenkäyntikelpoisuudessa havaitaan puute oikeudenkäynnin aikana tai siihen jouduttaessa. Tällöin asiaa käsittelevä tuomioistuimien voi viran puolesta määrätä asianosaiselle edunvalvojan oikeudenkäyntiä varten. Edellytyksenä on, että asianosainen on sairauden, henkisen toiminnan häiriintymisen, heikentyneen terveydentilan tai muun vastaavan syyn vuoksi ole kykenemätön valvomaan etuaan oikeudenkäynnissä. Säännöksen tarkoitus on luoda edellytykset sille, että oikeudenkäynti voi tällaisessakin tilanteessa päättyä asiallisesti oikeaan tulokseen (HE 146/1998 vp, s. 81/I). Tällöin on kysymys ns. prosessiedunvalvojasta.

Selvyyden vuoksi voidaan todeta, että rikosprosessissa vastaajana olevan asianosaiskelpoisuus ratkaistaan lähtökohtaisesti rikosasiaa koskevassa oikeudenkäynnissä, jos kysymys on mielentilan mahdollisesta vaikutuksesta asianosais-

kelpoisuuteen. Koska syyntakeisuus on rikosvastuun yleinen edellytys, vastaajat oletetaan lähtökohtaisesti syyntakeisiksi ja kysymys mahdollisesta syyntakeettomuudesta ratkaistaan häntä koskevassa oikeudenkäynnissä. Jos vastaaja todetaan syyntakeettomaksi, häneen ei voida kohdistaa rikosoikeudellista vastuuta eikä häntä näin tuomita rangaistukseen. Jos taas tuomioistuimien katsoo vastaajan mielentilalausuntojen perusteella tai muuten syyntakeettomaksi, hänelle tulisi määrätä edunvalvoja (prosessiedunvalvoja) rikosprosessin loppuun saattamista varten (ks. myös Vuorenmaa ym., *Prosessioikeus 2021*, s. 444).

Syyntakeeton ei voi rikosprosessissa käyttää puhevaltaa vaan sitä käyttää edunvalvoja tai muu laillinen edustaja (OK 12:2). Tällaisessa tilanteessa tuomioistuin voi myös määrätä edunvalvojan eli tässä tapauksessa prosessiedunvalvojan viran puolesta (OK 12:4a). Tavanomaisesti syyntakeettomaksi katsotun puhevaltaa syyntakeettomaksi katsomisen jälkeen kuitenkin käyttää hänen puolustajansa. OK 12:4a:n sääntely on siinä ongelmallista, että vastaajan puhevaltaa on rikosprosessissa käytettävä jo ennen hänen syyntakeisuuttaan koskevaa ratkaisua. OK 12:4a ei näin vaikuta koskevan vain tilannetta, jossa asiassa toteutetun mielentilatutkimuksen jälkeen vastaaja todetaan syyntakeettomaksi ja hänelle määrätään prosessiedunvalvoja rikosprosessin loppuun saattamista varten. Tuomioistuimen onkin OK 12:4a:n perusteella mahdollista määrätä vastaajalle prosessiedunvalvoja myös ennen mielentilatutkimusta, jos esimerkiksi asiassa esitetyn lääkärinlausunnon mukaan vastaajaa ei voida oikeudenkäynnissä hänen mielentilansa vuoksi kuulua (ks. Fredman 2021, s. 651). On kuitenkin huomattava, että OK 12:4a koskee tuomioistuimen toteuttamaa arviointia eikä se näin merkitse, että syyntakeettomaksi mielentilatutkimuksessa katsotun olisi mielentilalausunnossa aina katsottava olevan myös edunvalvonnan tarpeessa. Mielentilatutkimuksen näkökulmasta edellä todettu kuitenkin merkitsee, että jos mielentilatutkimuksessa arvioidaan kysymystä edunvalvonnan tarpeesta, rikosprosessin kannalta kysymys on niin sanotusta prosessiedunvalvonnasta eli siitä, kykeneekö henkilö valvomaan etuaan oikeudenkäynnissä eli tuleeko vai ei hänelle määrätä edunvalvoja rikosprosessin loppuun saattamista varten. Mielentilalausunnossa ei näin ole tarvetta laajemmin arvioida kysymystä tutkittavan edunvalvonnan tarpeesta (esimerkiksi taloudellisten asioiden hoitamista varten) vaan kysymys on nimenomaan edunvalvojan määrittämisestä oikeudenkäyntiä varten. Edellä todettu koskee sekä oikeudenkäynnin aikana että esitutkintavaiheessa annettua mielentilalausuntoa.

## Kirjallisuutta

- Aarnio, Aulis; Kangas, Urpo (2015): Suomen jäämistöoikeus II, Testamenttioikeus. 5. uud. p. Alma Talent.
- Fredman, Markku (2021): Rikosasianajan käsikirja. 2. uudistettu painos. Alma Talent.
- Hakalehto, Suvianna: Lapsioikeuden perusteet. Alma Talent 2018.
- HE 146/1999 vp – hallituksen esitys 146/1999 vp eduskunnalle holhouslainsäädännön uudistamiseksi
- HE 52/2006 vp – hallituksen esitys 52/2006 vp eduskunnalle laeiksi edunvalvontavaltuutuksesta sekä holhoustoimesta annetun lain ja eräiden muiden lakien muuttamisesta
- Jehkonen, Mervi; Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna: Neuropsykologinen tutkimus ja Alzheimerin tautia sairastavan testamentintekokelpoisuus. Duodecim 2019, s. 1361–1368.
- Kivimäki, TM; Ylöstalo, Matti (1973): Suomen siviilioikeuden oppikirja. Yleinen osa. 3. uud. p. WSOY.
- Kurki, Visa: Ei vain oikeuskelpoisuutta – oikeussubjektikäsityksemme ongelmia ja uudelleenarviointia. Lakimies 2018, s. 469–492.
- LaVM 29/2006 vp – lakivaliokunnan mietintö 29/2006 vp hallituksen esityksestä 52/2006 vp
- Lääkärinlausunto holhousasioissa. Sosiaali- ja terveysministeriön määräyskokoelma 1999:51
- Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna (2003): Demen-toituvan henkilön oikeudellinen asema. Suomalainen Lakimiesyhdistys.
- Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna (2014): Ikääntymisen ennakointi: vanhuuteen varautumisen keinot. Talentum.
- Norros, Olli: Velvoiteoikeus (2018): Alma Talent.
- Näkki, Kaisa; Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna; Ervasti, Kaijus; Koivisto, Anne; Krüger, Johanna; Solje, Eino: Lääkärinlausunto ratkaisijan pöydällä. Yleislääkäri 4/2022, s. 26–29.
- Tiihonen, Jari (2021): Siviilioikeudellinen oikeuspsykiatria. Teoksessa Jouko Lönnqvist ym. (toim.), Psykiatria. Duodecim Oppiportti.
- Vuorenpää, Mikko ym. (2021): Prosessioikeus. 6. uud. p. Alma Talent.
- Välimäki, Pertti (2013): Edunvalvontaoikeus. Alma Talent.





TAMAN  
ATTI  
JAKSA  
TERTI

1570 M.T.  
3830 M.T.  
3830 M.T.  
3830 M.T.

# Oikeuspsykiatriset tutkimukset ja hallintomenettely

Osa

III



# 16 Mielen­tilatutkimus

HELI TUPPURAINEN, TATU TERÄVÄINEN, PIRKKO HYTTINEN  
JA PETRO RAUTIAINEN

## 16.1 Mielen­tilatutkimuksen kulku

### Tutkimusolosuhteet ja ennakoivat valmistelut

Suomessa mielen­tilatutkimukset tehdään pääsääntöisesti sairaalassa, jolloin tutkittavan terveydentilaa on mahdollista seurata keskeytyksettä valvotuissa olo­suhteissa useiden viikkojen ajan. Sairaalaolosuhteissa tehty tutkimus lisää siten tutkimuksen luotettavuutta, mutta polikliinisiä tutkimuksia voidaan myös tehdä, jos arvioidaan, että tutkimus pystytään viemään läpi onnistuneesti ja tarkoitus toteutuu.

Mielen­tilatutkimuksen tulokset kirjataan mielen­tilalausuntoon, joka lähetetään THL:lle kahden kuukauden sisällä tutkimuksen alkamisesta. Mikäli tämä aika ei riitä, lähetetään THL:lle perusteltu pyyntö tutkimusajan jatkamisesta. THL voi perustellusta syystä pidentää mielen­tilatutkimusaikaa enintään kahdella kuukaudella. Tällaisia syitä voivat olla esimerkiksi tarpeellisiksi katsottujen tutkimusten vaatima lisäaika, tutkittavan välttämätön poissaolo tutkimuksen aikana (esim. muuta asiaa koskeva oikeudenkäynti), tarve havainnoida tutkittavaa riittävän pitkän lääkkeettömän tai päih­teettömän jakson ajan sekä tutkittavan äkillinen vakava sairastuminen ja sen edellyttämä hoito toisessa sairaalassa. Mielen­tilatutkimus kestää tavallisesti 6–8 viikkoa.

Ennen tutkittavan saapumista sairaalaan tutkimustoiminnasta vastaava ylilääkäri ratkaisee, kuka lää­käreistä suorittaa tutkimuksen. Tutkivan lää­kärin valintaan vaikuttaa arvio kyseessä olevan mielen­tilatutkimuksen vaativuudesta suhteessa lää­kärin kokeneisuuteen mielen­tilatutkimuksista. Tutkiva lää­käri tutustuu tutkit-

tavan asiakirja-aineistoon, joka koostuu yleensä esitutkintamateriaalista sekä tuomioistuimen pöytäkirjoista ja päätöksistä, joiden liitteinä voi olla mm. oikeudenkäyntiä varten annettuja lääkärintlausuntoja. Tämän jälkeen tutkiva lääkäri tekee alustavan suunnitelman tarvittavista tutkimuksista. Tutkimusosaston henkilökunta tutustuu tutkivalta lääkäriltä saatuihin esitietoihin, jotka on koostettu oikeuden asiakirjoista sekä mahdollisesti vankilaviranomaisilta ja vankiterveydenhuollosta saaduista tiedoista.

Ennen tutkittavan saapumista on tärkeää arvioida, onko tutkittavalla kohonnut riski toimia itsetuhoisesti tai itseä tai muita vaarantaen. Lisäksi tulee arvioida mahdollisten erityisten rajoitusten ja yhden hengen huoneen tarve, jotta tutkittavan sijoittumista osastolle voidaan suunnitella ennalta. Tutkiva lääkäri sopii tutkimukseen osallistuvien työntekijöiden kanssa (psykologi, sosiaalityöntekijä ja hoitohenkilökunnan edustajat sekä mahdollisesti toimintaterapeutti) tutkimuksen aloittamisesta ja tutkimusaikataulusta. Tutkiva lääkäri vastaa mielentilatutkimuksen toteuttamisesta moniammatillisena yhteistyönä.

Tutkittavalle nimetään sijoitusosastolta tutkimushoitajat, jotka huolehtivat sopivan vastaanottotilan, tarvittavien lomakkeiden ja somaattisten tutkimusvälineiden varaamisesta tulotilannetta varten. Tutkimushoitaja voi myös haastatella tutkittavaa tietyn haastattelurungon mukaisesti selvittääkseen hänen elämänvaihteitaan. Jos tutkittava on vangittuna, henkilökunta on tarvittaessa yhteydessä vankilaviranomaisiin tarkemman saapumisajankohdan selvittämiseksi. Osa tutkittavista saapuu mielentilatutkimukseen vapaalta joko kotoaan tai muusta olinpaikastaan. Mikäli ei-vangittu tutkittava ei saavu määrättyä päivänä, tutkimusyksiköstä tehdään virka-apupyyntö poliisille tutkittavan toimittamiseksi sairaalaan mielentilatutkimusta varten (mielenterveyslaki 31 § 3 mom.).

## Tulotilanne ja mielentilatutkimuksen käynnistäminen

Sairaalassa tutkittavan henkilöllisyys todetaan vankipassista tai ei-vangitun henkilökortista tai passista. Saapumisajankohta merkitään tarkasti potilasasiakirjoihin. Hoitaja tiedottaa tutkittavaa osaston säännöistä ja sairaalan valvontajärjestelmistä. Tutkittavan allergiat, ruokavalio ja apuvälineiden tarve sekä mahdolliset somaattiset pitkäaikaissairaudet kirjataan potilasasiakirjoihin fysiologisten mittausten (verenpaine, syke, pituus ja paino) ja tuntomerkkien lisäksi.

Tulohaastattelussa tutkittavalle selvitetään tutkimuksen tarkoitus ja luonne sekä hänen oikeudellinen asemansa. Lääkäriin ja tutkittavan keskustelut ja potilasasiakirjamerkinnot ovat lähtökohtaisesti salassa pidettäviä (potilaslaki 13 §, vuodesta 2024 alkaen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä annettu laki (702/2023) 4 §). Tutkiva lääkäri kuitenkin toimii mielentilatutkimuksessa tuomioistuimen määräämän asiantuntijatodistajan asemassa, jolloin salassa-

pitosäännösten estämättä lausuntoon voidaan kirjata mielentilatutkimuksen kannalta oleellisia seikkoja. Tutkittavaa informoidaan, että kaikki hänen tutkimuksen aikana ilmaisemansa voidaan salassapitosäännösten estämättä sisällyttää hänestä laadittavaan mielentilatutkimuslausuntoon. Tutkittavan itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia on mahdollista rajoittaa mielenterveyslain 4 a luvussa säädettyin edellytyksin, jotka ovat tutkittavilla samat kuin tahdosta riippumattomassa hoidossa olevilla potilailla (ks. luvusta 11 kohta Perusoikeuksien rajoittaminen tahdosta riippumattoman hoidon ja tutkimuksen aikana). On kuitenkin huomiotava, että psyykkisen ja ruumiillisen sairauden hoitoa saa antaa tutkittavalle hänen tahdostaan riippumatta vain, jos se on välttämätöntä hänen henkeään tai terveyttään uhkaavan vaaran torjumiseksi (mielenterveyslaki 22 a §:n 3 momentti).

Sairaalaan tullessa keskitytään kartoittamaan tutkittavan ajankohtainen psyykinen ja somaattinen terveydentila sekä lyhyesti hänen elämänvaiheitaan tarvittavien tutkimusten ja tiedonkeruun käynnistämiseksi. Vastaanottotilanteessa on hyvä selvittää tutkittavan suhtautumista ja yhteistyökykyä alkavaan tutkimukseen. Itsetuhoisen tai väkivaltaisen käyttäytymisen riskiä ja mahdollista päihdehakuisuutta arvioidaan ennen tutkittavan siirtymistä osastolle. Mikäli tutkittavalla on ollut aiempaa päihdehistoriaa ja on aihetta epäillä hänen käyttäneen päihteitä ennen sairaalaan saapumista, tutkittavaa pyydetään antamaan heti tutkimuksen alussa päihdenäytteet, joita kontrolloidaan tarpeen mukaan tutkimuksen myöhemmässä vaiheessa. Diagnostiikan luotettavuuden kannalta tutkimus on välttämätöntä tehdä niin, että päihteiden käyttö ei enää vaikuta tutkittavaan.

Tutkiva lääkäri päättää tutkittavalle mahdollisesti suoritettavista henkilöntarkastus- ja katsastustoimenpiteistä, omaisuuden tarkastamisesta, omaisuuden haltuunotosta, liikkumisen ja yhteydenpidon rajoittamisesta sekä valvonnasta hoito- ja tutkimustoimenpiteiden aikana. Näiden osalta noudatetaan mielenterveyslain säädöksiä potilaan perusoikeuksien rajoittamisesta. Tutkittavalla mukana olevat tavarat käydään läpi ja luetteloidaan. Ylilääkäri tai muu vastaava lääkäri ratkaisee, mitä omaisuutta voi jäädä tutkittavan haltuun ja loput sairaala voi säilyttää hänen suostumuksellaan. Osastolle ei voi ottaa omaisuutta, joka voi aiheuttaa riskejä laitoksen yleiselle turvallisuudelle, kuten päihteitä tai itsensä ja toisten vahingoittamiseen sopivia välineitä.

Tulohaastattelun perusteella tutkiva lääkäri tekee tarvittavat tutkimuslähetteet ja määrää mahdollisen lääkityksen. Suosituksena on, että tutkittavalla ei olisi mielentilatutkimuksen aikana psyykenlääkitystä. Mikäli tiedossa on, että tutkittavalla on aikaisemmin todettu mielisairaus ja hänelle on aloitettu ennen tutkimusta asianmukainen lääkehoito, sitä ei ole kuitenkaan syytä lopettaa etenkään, jos lääkkeenvähennyksen epäillään johtavan tarpeettomasti tutkittavaa haittaavaan psyykkisen voimien heikentymiseen eikä mielentilatutkimuksessa ole syytä epäillä aikaisemmin asetetun diagnoosin tai tutkittavan sairastaman mielisairauden tai sen tasoisen häiriön pitävyyttä tai todenperäisyyttä.

Vastaanottotilanteen jälkeen hoitaja esittelee tutkittavalle osaston tilat, viikko-ohjelman ja muut yleiset käytännöt. Hänelle osoitetaan osastolta vointinsa edellyttämä huonepaikka. Tutkittavalle järjestetään päivittäinen mahdollisuus ulkoiluun. Tutkimuksen aikana henkilökunta huomioi aktiivisesti tutkittavan yleistä selviytymistä osastolla ja käyttäytymistä erilaisissa tilanteissa sekä suhtautumisesta toisiin osastolla oleviin. Huomiot kirjataan päivittäin potilaskertomukseen. Tutkimushoitajat tapaavat tutkittavaa säännöllisesti ja laativat mielentilatutkimuksen lopussa havaintojen ja keskustelujen perusteella yhteenvedon osastoseurannasta, jonka laatimisessa on hyvä noudattaa THL:n ohjeistusta.

## Mielentilatutkimuksen tekeminen

Oikeuskäsittelystä saatujen tietojen lisäksi tutkittavasta hankitaan laajat taustatiedot kirjallisesti mm. omaisilta, tuttavilta, kouluilta, aikaisemmista sairauskertomuksista, sosiaaliviranomaisilta, puolustusvoimilta, työnantajilta, rikosrekisteristä ja vankeinhoitoviranomaisilta. THL:llä ja tutkimusyksiköillä on oikeus saada salassapitovelvollisuuden estämättä mielentilatutkimuksen suorittamista varten tarpeelliset tiedot eri viranomaistahoilta ilman tutkittavan suostumusta (laki Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksesta 5 g §). Sen sijaan yksittäisiltä henkilöiltä tai työnantajilta taustatietoja voidaan pyytää vain tutkittavan kirjallisella suostumuksella.

Tutkimukselliset keskustelut tulee käydä pääsääntöisesti tutkittavan äidinkielellä. Haastatteluissa ja tutkimustilanteissa käytetään tulkkia, ellei tutkittavalla ja tutkivalla lääkäriä tai psykologilla ole yhteistä äidinkieltä tai riittävää, lähes äidinkieleen verrattavissa olevaa kielitaitoa yhteisessä kielessä. Kun tutkimuksessa on käytetty tulkkia, arvioidaan tulkin läsnäolon ja avunannon mahdollinen vaikutus tutkimuksen luotettavuuteen. Tulkin tulee olla puolueeton ja asian ulkopuolinen ammattitulkki.

### *Lääkärin tekemä tutkimus*

Tutkivan lääkärin on suositeltavaa haastatella tutkittavaa riittävän tiheästi ja vähintään kerran viikossa. Tavallisesti lääkäri varaa mielentilatutkimuksen aikana tutkittavan haastatteluihin ja kliiniseen psykiatriseen arviointiin 8–10 tapaamiskertaa. Lääkäri tekee johtopäätöksensä tutkittavan psyykkisestä tilasta omien sekä osaston henkilökunnan tekemien havaintojen perusteella. Tapaamisissa kartoitetaan tutkittavan elämänvaiheita, mahdollisia psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia, päihteiden käyttöä sekä aikaisempia rikoksia. Erityisen tarkoin selvitetään tutkittavan oma käsitys kyseessä olevasta teosta, siihen johtaneista syistä ja motiiveista sekä hänen suhtautumisensa tekoon ja sen seurauksiin.

Kliininen psykiatrinen tutkimus tehdään havainnoimalla haastattelujen aikana tutkittavan psyykkisiä toimintoja ja oireita. Havainnointi kattaa ainakin seuraavat

elementit: ulkoinen olemus ja kehityksellinen ikä, motorinen elehtiminen, todellisuudentaju, käyttäytyminen, orientaatio, ajatustoiminta, puhe, mieliala, tunne-reaktiot, itsereflektio- ja empatiakyky. Psykiatrisen kliinisen tutkimuksen lisäksi suositellaan käytettävän diagnostiikkaa tukevia strukturoituja menetelmiä ja arviointiasteikkoja. Mielentilatutkimuksen tekemistä ja mielentilalausunnon laatimista ohjeistetaan THL:n tuottamassa oppaassa.

### *Kliiniset tutkimukset*

Mielentilatutkimuksessa selvitetään perusteellisesti tutkittavan terveydentila. Mielentilatutkimuksen aikana suoritetaan lääkärin tarpeellisiksi katsomat kliiniset tutkimukset, joita ovat lääkärin suorittama yleisterveydentilan tutkimus ja neurologinen tutkimus, aivosähkökäyrätutkimus (EEG) ja pään magneettikuvaus (MK) sekä mahdollisesti muita tarvittavia erikoistutkimuksia. Erityisesti neurologinen tutkimus on tehtävä huolella ja tarvittaessa pyydettyä neurologian erikoislääkärin konsultaatio ja sen tai psykologin tutkimuksen pohjalta neuropsykologinen tutkimus, koska merkittävällä osalla tutkittavista on ollut pitkäaikaista vaikea-asteista päihteiden käyttöä ja pään vammoja. Mikäli esitietojen ja tutkimushavaintojen perusteella on aiheellista epäillä somaattisten syiden vaikuttavan syyntakeisuuden arviointiin, tutkittavasta pyydetään soveltuvan erikoisalan, useimmiten neurologian tai sisätautien erikoislääkärin, konsultaatiota.

### *Sosiaalityöntekijän selvitykset*

Sosiaalityöntekijä tapaa tutkittavan tutkimuksen alussa ja kertoo tutkittavalle sosiaalityöntekijän osuudesta mielentilatutkimuksessa. Sosiaalityöntekijä voi selvittää tutkittavan suostumuksen mielentilatutkimuksessa tarvittavien tietojen pyytämiseksi niiltä tahoilta, jotka katsotaan tutkimuksen kannalta tarpeellisiksi ja joilta tietoja ei muutoin saada, kuten omaiset, tuttavat, opettajat ja työnantajat.

Osana mielentilatutkimusta sosiaalityöntekijä kartoittaa asiakirjojen perusteella tietoja muun muassa tutkittavan koulutuksesta, työelämästä ja toimeentulosta sekä mahdollisista sosiaalihuollon, päihdehuollon, lastensuojelun ja asumisen tukitoimista.

Sosiaalityöntekijä tapaa tutkittavaa täydentääkseen sosiaalista selvitystä tutkittavan antamien tietojen avulla. Sosiaalityöntekijä laatii asiakirjatietojen ja haastattelujen pohjalta kronologisen kuvauksen, eli sosiaalityöntekijän selvityksen, joka on osa mielentilalausuntoa. Tarvittaessa sosiaalityöntekijä voi tehdä yhteenvedon sosiaalihuollon asiakirjoista muualta saatuihin tietoihin liitettäväksi.

Sosiaalityöntekijä avustaa tutkittavaa tarvittaessa akuuttien käytännön asioiden järjestelyissä, esimerkiksi tutkimusajan taloudellisten asioiden hoitamisessa. Mikäli tutkittavalla tai hänen perhetaloudessaan on alaikäisiä lapsia, heidän tilannettaan selvitetään, ja sosiaalityöntekijä on tarvittaessa yhteydessä lastensuojeluun.

## Toimintakykyselvitykset

Mielentilatutkimuksessa arvioidaan myös tutkittavan toimintakykyä. Mikäli mahdollista, toimintaterapeuttia pyydetään tekemään tutkittavalle toimintakyvyn arvio erityisesti silloin, kun sairauteen liittyvän toimintakyvyn taantumun tai kehitysvammaisuuden arviointi tai kehitystason määrittely on syyntakeisuuden tai hoidontarpeen arvioinnin kannalta oleellista.

## Oikeuspsykologisen tutkimuksen käytännöt

Oikeuspsykologisen tutkimuksen tarkoituksena on selvittää syyntakeisuuden kannalta keskeiset seikat mielentilatutkittavan kognitiivisesta toimintakyvystä, persoonallisuuden rakenteesta ja siinä korostuvista piirteistä sekä mahdollisesta psyykkisen häiriintyneisyyden asteesta. Näiden vaikutusta arvioidaan tutkittavan ymmärrys- ja kontrollikykyyn tekoheikellä. Samalla arvioidaan tutkittavan psyykkistä ja kognitiivista toimintakykyä tutkimuksen aikana.

Oikeuspsykologinen tutkimus ja siitä annettava lausunto muodostavat itsenäisen osan mielentilatutkimusta. Psykologi toimii käyttäytymistieteiden asiantuntijana osana lääkärijohtoista moniammatillista työryhmää. Oikeuspsykologisen tutkimuksen ja lausunnon laatimisessa noudatetaan valtakunnallista THL:n suositusta.

Psykologin tekemä tutkimus perustuu asiakirjatietoihin, haastatteluihin ja havainnointiin, psykologisiin arviointimenetelmiin (testeihin), sekä strukturoituihin kyselyihin. Yhdestä tietolähteestä saatua tietoa ei voida pitää automaattisesti luotettavana, vaan luotettavuuden astetta arvioidaan aina suhteessa muista tietolähteistä saatuun informaatioon. Oikeuspsykologisessa tutkimuksessa selvitetään perusteellisesti tutkittavan elämäkertatiedot ja epäilyksenalaisiin/syytteenalaisiin tekoihin liittyvät esitiedot. Näistä luodaan kokonaiskuva haastattelemalla tutkittavaa sekä käymällä läpi kaikki asiakirjatiedot. Tutkittavan itsensä sekä omaisten että muidenkin tahojen antamien tietojen luotettavuutta arvioidaan kriittisesti.

Mielentilatutkimuksen alkaessa tutkittavaa informoidaan oikeuspsykologisesta tutkimuksesta ja sen merkityksestä mielentilatutkimuskokonaisuudessa. Tutkittavalle kerrotaan yhteistyön merkityksestä eli siitä, että se on tärkeää tutkimustavoitteiden saavuttamisen ja tutkittavan oikeusturvan kannalta. Psykologi arvioi tutkimuksen suorittamisen olosuhteita ja turvallisuutta tutkimusjakson aikana. Toisinaan tutkimusta voidaan joutua tekemään hyvinkin poikkeuksellisissa olosuhteissa, kuten esimerkiksi jos tutkittava on täytynyt eristää tutkimusajana osastolla muista.

Haastattelut muodostavat olennaisen osan oikeuspsykologista tutkimusta. Haastatteluiden anti riippuu pitkälti siitä, millainen yhteistyösuhde tutkittavan kanssa saadaan luotua. Haastatteluissa tarkennetaan tutkittavan tausta- ja elämäkertatietoja sekä selvitetään mahdollinen oirekuva. Tutkittavan elämänkaaren

lisäksi erityisen selvittelyn kohteena ovat tutkittavan suhtautuminen epäilyksenalaisiin/syytteenalaisiin tekoihin sekä mahdollinen aiempi rikos- ja hoitohistoria. Strukturoidut ja puolistrukturoidut kyselyt tuovat haastatteluihin rakennetta ja systemaattisuutta. Psykologi arvioi tutkimustilanteissa tekemiensä havaintojen perusteella tutkittavan suhtautumista tutkimukseen, tutkijaan ja hänen käyttäytymistään yleisemminkin.

Kysymyksenasettelun kannalta on olennaista kuvata tutkittavan suhtautuminen kyseessä olevaan tekoon, teon kohteena olleisiin henkilöihin ja hänen käsitykseensä tekojen seurauksista hänelle itselleen. Tutkittavan kertomaa ja suhtautumista verrataan muista tietolähteistä saatuun informaatioon (asiakirjatiedot, psykologiset testit). Tutkimustilanteissa havaittavat tutkittavan ristiriitaiset vastaukset ja/tai käyttäytyminen on selvitettävä, koska psyykinen sairaus, välttely, peittely ja/tai simulointi on mahdollista.

### *Psykologiset testit ja arviointimenetelmät*

Psykologiset testit ovat olennainen osa oikeuspsykologista tutkimusta. Niiden käyttö edellyttää perehtyneisyyttä psykometriikkaan, kykyä analysoida testejä sekä syvällistä tietoa käyttäytymistieteistä. Oikeuspsykologisessa tutkimuksessa käytetään testimenetelmiä, jotka on standardisoitu ja osoitettu empiirisissä tutkimuksissa riittävän valideiksi ja reliabeleiksi ja hyväksyty nimenomaiseen oikeuspsykologian kontekstiin sopiviksi.

Testituloksia hyödynnetään kahdella tavalla. Ensinnäkin tutkitun henkilön kykyjä ja toimintaa koskevia psykologisia testituloksia voidaan verrata hänen aikaisempaan toimintakykyynsä, mikäli tutkittavalle on aiemmin tehty psykologiset testit ja näistä on saatavilla vertailukelpoiset tulokset, kuten psykologin lausunnot ja testipöytäkirjat. Toiseksi yksilön suoriutumista verrataan hänen omaan vertaisryhmäänsä, mikäli tämän ryhmän testisuorituksista on normitietoa. Tutkitun henkilön kykyjä ja toimintaa arvioitaessa on olennaista saada tietoa siitä, missä määrin hänen ominaisuutensa poikkeavat esimerkiksi hänen omasta ikäluokastaan. Lisäksi tutkittavan vastausprofileita voidaan vertailla suhteessa tiettyihin alaryhmiin, esimerkiksi psykoosia sairastaviin potilaisiin, mikäli tämän ryhmän testisuorituksista on saatavilla normitietoa.

Kognitiivisessa kykytutkimuksessa tutkitaan muun muassa päättelykykyä, kielellisiä valmiuksia, muistitoimintoja ja toiminnanohjausta. Tarkoituksena on seuloa kehitysvammaisuutta, kehityksellisiä häiriöitä, kuten autismikirjon häiriöitä, alkavia aivosairauksia sekä mahdollisia muita keskushermoston poikkeavuuksia. Suoriutumisen osalta kuvataan tämänhetkinen suoriutumistaso ja siinä mahdollisesti tapahtuneet muutokset. Mikäli muutoksia suoriutumisessa ilmenee, arvioidaan niiden syitä sekä vaikutuksia yleiseen toimintakykyyn. Erityisesti silloin, kun kognitiivinen suoriutumiskyky kuvautuu heikkona, sen kokonaisarvio on tärkeää kirjata selkeästi. Tarpeen vaatiessa voidaan pyytää neuropsykologin tutkimusta,

mutta monesti riittää, että oikeuspsykologisen tutkimuksen tekevä psykologi konsultoi neuropsykologia tutkimuslöydöksistään ja kirjaa tämän lausuntoonsa.

Persoonallisuuden arviointimenetelmillä tutkitaan persoonallisuuden rakennetta, siinä korostuvia piirteitä ja mahdollisen häiriintyneisyyden astetta. Olenaista on luoda arvio näiden tekijöiden vaikutuksesta tutkittavan ymmärrys- ja kontrollikykyyn. Tutkimuslöydösten integraatio perustuu psykologisista testimenetelmistä saatuun tietoon, jota arvioidaan muista lähteistä saadun informaation kanssa (haastattelut, asiakirjat, itsearviointilomakkeet). Tutkimuslöydösten väliset olennaiset epäselvät ja/tai ristiriitaiset löydökset esitetään ja arvioidaan niiden vaikutus johtopäätöksiin.

Oikeuspsykologiseen lausuntoon ei raportoida yksittäisiä testituloksia, vastauksia tai pistemääriä vaan sanallinen ymmärrettävä kuvaus tutkittavan suoriutumista verrattuna ihmisiin keskimäärin. Lisäksi mahdollisuuksien mukaan arvioidaan suoriutumista oman viiteryhmän sisällä (esimerkiksi suhteessa omaan ikäluokkaan). Lausunnon johtopäätösten on perustuttava perusteltuihin ja läpinäkyviin päättelyketjuihin. Lausunnossa pyritään käyttämään kaikille ymmärrettävää yleiskieltä ja välttämään ammattiteknistä sanastoa.

Palaute oikeuspsykologisesta tutkimuksesta annetaan tutkittavalle suullisesti ja hänelle tarjotaan mahdollisuus tutustua kirjalliseen oikeuspsykologiseen lausuntoon. Palautetilaisuudessa tutkittavalla on mahdollisuus esittää näkemyksensä lausunnon sisällöstä ja huomauttaa asiavirheitä.

## Mielentilalausunto

Mielentilatutkimuksessa hankitut asiakirja- ja taustatiedot, tutkimuslöydökset sekä näiden perusteella tehdyt johtopäätökset perusteluineen kirjataan mielentilalausuntoon, jonka laatimisessa on hyvä noudattaa strukturoitua, valtakunnallisesti yhtenäistä muotoa ja rakennetta (ks. tietolaatikko luvun lopussa). Lausunnossa esitetään perustelut todetuille diagnooseille, arviolle tutkittavan toimintakyvystä ja erityisesti kognitiivisesta suoriutumiskyvystä, syyntakeisuusarviolle sekä arviolle tahdosta riippumattoman sairaalahoidon tai kehitysvammaisten erityishuollon tarpeesta. Syyntakeisuuden arvioinnissa selvitetään, missä määrin tutkittava on kyennyt ymmärtämään tekonsa tosiallisen luonteen ja oikeudenvastaisuuden sekä säätelemään käyttäytymistään teon hetkellä. Syyntakeisuusarvioinnissa pohditaan psyykkisen terveydentilan ja älyllisen suoriutumiskyvyn vaikutusta tutkittavan ymmärrys- ja toimintakykyyn teon hetkellä. Syyntakeisuusarvio ei sido tuomioistuinta, joka lopulta ratkaisee, onko mielentilalausunnossa esitetyillä seikoilla, kuten psyykkisillä tai älyllisillä tekijöillä, ollut vaikutusta syyntakeisuuteen. Mikäli tutkittava on mielentilatutkimuksen päättyessä tahdosta riippumattoman psykiatrisen sairaalahoidon tai kehitysvammaisten erityishuollon tarpeessa, lausunnossa esitetään yksityiskohtaiset perusteet tälle arviolle.



Lausunnon lopussa otetaan kantaa, voidaanko tutkittavaa kuulla oikeudessa hänen terveytensä siitä vaarantumatta. Tällainen tilanne on käsillä useimmiten silloin, kun tutkittavan psyykinen vointi on merkittävästi heikentynyt akuutin psykoosin tai sitä vastaavan tilan johdosta. Muutoin tutkittavaa voidaan yleensä kuulla tuomioistuimessa henkilökohtaisesti. Lisäksi lausunnossa voidaan esittää arvio siitä, tarvitseeko tutkittava edunvalvojan oikeudenkäyntiä varten. Kyse on prosessiedunvalvojasta, jonka tarkoituksena on tutkittavan oikeusturvan suojaaminen sekä oikeudenkäyntiprosessin sujuvuuden ja joutuisuuden mahdollistaminen. Tuomioistuin voi määrätä henkilölle edunvalvojan oikeudenkäyntiä varten, jos hän on oikeudenkäynnissä sairauden, henkisen toiminnan häiriintymisen, heikentyneen terveydentilan tai muun vastaavan syyn vuoksi kykenemätön valvomaan etuaan (oikeudenkäymiskaari 12 luku 4a §).

Tutkittavalle on varattava riittävästi aikaa perehtyä lausuntoon ennen tutkimuksen päättävää palaveria. Mielentilalausunnon sisältö käydään tutkittavan kanssa myös suullisesti läpi tutkimuksen loppupalaverissa, jonka yhteydessä häntä kuullaan mielentilatutkimuksessa todetusta psykiatriseen sairaalahoitoon tai kehitysvammaisten erityishuoltoon määräämisen tarpeesta tai tarpeettomuudesta. Kuuleminen kirjataan joko lausuntoon selkeästi omana kappaleenaan ennen loppupöytäkirjaa tai erilliselle THL:n kuulemislomakkeelle. Suullisen tai kuulemislomakkeella toteutetun kirjallisen kuulemisen lisäksi tutkittava voi halutessaan antaa erillisen kirjallisen kuulemislausuman ja toimittaa sen suoraan THL:lle annetussa määräajassa ennen asian käsittelyä oikeuspsykiatristen asioiden lautakunnassa. Mikäli tutkittava ei osaa suomea eikä ruotsia, järjestetään kuulemista varten tulkitseminen ja mielentilalausunnon kääntäminen (hallintolaki 26 §).

## Mielentilatutkimuksen loppuvaihe

Mikäli tutkittava ei ole mielentilatutkimuksen päättyessä tahdosta riippumattoman psykiatrisen sairaalahoidon tai kehitysvammaisten erityishuollon tarpeessa, tutkittava voidaan poistaa sairaalasta THL:n luvalla jo ennen asian käsittelyä oikeuspsykiatristen asioiden lautakunnassa. Poistolupaa pyydetään hyvissä ajoin ennen toivottua ajankohtaa erillisellä lomakkeella, joka on ladattavissa THL:n verkkosivuilta. Poistoluvan saavuttua tutkimusyksiköstä pyydetään Rikosseuraamuslaitosta järjestämään tutkittavalle kuljetus vankilaan. Vapaalta tutkimukseen saapuneelle tutkittavalle sairaala hankkii matkaliput kotipaikkakunnalle. Tutkittavan sairaalasta poistumisen tarkka ajankohta merkitään potilaskertomukseen ja mielentilalausuntoon. Tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon tai kehitysvammaisten erityishuoltoon määrättäväksi esitetty tutkittava jää tutkimuspaikkaan odottamaan THL:n päätöstä hoitoon määräämisestä ja ilmoitusta hoitopaikasta. Myös silloin, kun hoitoon määräämisen edellytysten täyttyminen ei ole täysin selvää, tutkittava voi jäädä odottamaan sairaalaan THL:n ratkaisua.

## MIELENTILALAUSUNNON RAKENNE

### Tiivistelmäsiivu

#### Kansilehti

- Mielentilatutkimuksen perustiedot
- Tutkimukseen määrätyn henkilötiedot

#### Rikosrekisteristä, esitutkinnasta ja oikeuskäsittelyistä kertyneet tiedot

- Rikosrekisteritiedot
- Kyseessä oleva teko tai teot
- Esitutkintatiedot
- Päihdeanalyysi
- Oikeuden asiakirjat

#### Muualta saadut tiedot (esimerkiksi)

- Omaiset, ystävät ja tuttavat
- Koulut
- Aikaisemmat sairauskertomukset
- Sosiaaliviranomaisten tiedot
- Puolustusvoimat
- Työnantajat
- Vankeinhoitoviranomaiset

#### Havainnot mielentilatutkimuksessa

- Tutkittavan antamat tiedot (subjektiivinen anamneesi)
- Ruumiillisen terveydentilan tutkimukset
- Yleislääkäritasoinen kliininen tutkimus (somaattinen status)
- Laboratoriotutkimukset
- Erikoistutkimukset (esim. EEG, pään MK, kromosomitutkimus)
- Tarvittavat muiden erikoisalojen konsultaatiotutkimukset
- Psykiatrisen tutkimus
- Oikeuspsykologinen tutkimus
- Neuropsykologinen tutkimus (tarvittaessa)
- Tutkimusosaston hoitohenkilökunnan havainnot
- Sosiaalityöntekijän selvitys
- Toimintaterapeutin tutkimus (tarvittaessa)

#### Yhteenveto

#### Johtopäätökset

#### Kuuleminen

#### Loppupponnet

#### Allekirjoitus

## *Kirjallisuutta*

Ahlgren-Rimpiläinen A, Puusa M. Mielentilatutkimus- ja vaarallisuusarvio-opas. Ohjaus 12/2018. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), 2018.

Keski-Valkama A, Rissanen T, Ahlgren-Rimpiläinen A. Suositus mielentilatutkimuksessa olevan henkilön oikeuspsykologisesta tutkimuksesta ja oikeuspsykologisen lausunnon laatimisesta. Suositus 25.5.2020. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), 2020.

Tiihonen J. Oikeuspsykiatria. Kirjassa: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T, toim. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2021, s. 826–843.

## 16.2 Syyntakeisuuden oikeuspsykiatrisesta arvioinnista

Syyntakeisuusarviointi on osa tuomioistuinten tekemää oikeudellista harkintaa ja liittyy tekijän teonhetkisen mielentilan selvittämiseen. Asiaa arvioidaan oikeudenkäymiskaaren (OK, 4/1734) 17:37 mukaisen oikeuspsykiatrisen mielentilatutkimuksen avulla. Tuomioistuin voi arvioida vastaajan mielentilaa myös ilman tällaista tutkimusta, eikä se toisaalta ole sidottu oikeuspsykiatrin antamaan syyntakeisuusarvioon. Kuitenkin arviointi on käytännössä muodostunut vakiintuneeksi yhteiseksi toiminnaksi varsinkin vakavien rikosnimikkeiden yhteydessä.

Nykyinen syyntakeisuuden arviointikäytäntö perustuu rikosoikeuden yleisten oppien uudistamista koskevan hallituksen esityksen (HE 44/2002 vp) mukaisesti psykologis-normatiiviseen ymmärrykseen ihmisen toiminnasta. Ihminen nähdään aktiivisena toimijana, jonka mielentilat, kyvyt ja käyttäytyminen vaihtelevat kulloisenkin tilanteen ja olosuhteen mukaisesti. Esityksellä toteutetut muutokset tulivat voimaan vuoden 2004 alussa.

Tätä edeltänyt oikeuspsykiatrin käytäntö perustui samaan näkemykseen mutta painottui lääketieteelliseen, medikaaliseen, luokitteluun eli staattisiin, pysyviin määritelmiin syyntakeisuuteen vaikuttavasta poikkeavuudesta henkilön mielentilassa. Laissa mainittujen henkisten tilojen, kuten ”mielipuolisuuden” ja ”ikäheikkouden”, mukanaan tuoma puute ymmärryskyvyssä tai käyttäytymisen säätelyssä saatettiin tulkita pysyväisluonteiseksi. Näin ollen syyntakeettomuuden toteamiseksi ei aina ollut tarpeen tutkia erikseen syy-yhteyttä eli henkilön kykyjä tai ymmärrystä kyseessä olleen rikosoikeudellisesti arvioitavan teon suhteen, vaan tietyn psyykkisen tilan toteaminen saattoi olla riittävää syyntakeisuuden arvioimisen kannalta.

Syyntakeettomuuden perusteita ei ole ennen vuoden 2004 lakimuutosta tai sen jälkeen ollut tarkoituksenmukaista sitoa pelkästään lääketieteellisiin diagnooseihin tai termeihin, vaan perusteet on haluttu säilyttää lakitekstissä yleiskielisinä, kuten yllä mainitussa hallituksen esityksessä todetaan. Lääketieteellisten diagnoosien käytön ongelmana on sekä niiden leimaavuus että väärin positiivisten tulosten väistämättömyys; kaikki tietyn diagnoosin saaneet henkilöt, kuten skitsofreniaa potevat, eivät automaattisesti ole syyntakeettomia, eivätkä älylliset taitopuutteet tai kehitysvammaisuus tarkoita, että ymmärryskyky olisi kaikissa olosuhteissa pysyvästi poissa. Lisäksi on tärkeää varmistaa, että psykiatriset koulukuntaerot tai lääketieteellisten luokittelujärjestelmien versiomuutokset eivät vaikuta tuomioistuintyöskentelyyn.

Keskeisenä ongelmana oikeuspsykiatrisessa syyntakeisuuden arvioinnissa on ollut, että rikoslaissa tai sen esitöissä ei ole selvästi otettu kantaa siihen, mikä on tällaisten lääketieteellisten, psykologisten ja normatiivisten kriteerien todellinen merkitys, sisältö ja keskinäinen suhde, kun niillä perustellaan syyntakeisuuden muutosta.

Ongelman ratkaisua on lähestytty tarkastelemalla syyntakeisuutta kahden peruskriteerin valossa; lähtökohtana ovat tietyt psykiatriset faktat kuten psykoosita-soinen mielenterveyden häiriö tai älyllinen kehitysvammaisuus. Toisena kriteerinä on arvioida, kuinka tällaiset seikat ovat vaikuttaneet tekijän kykyyn tehdä havain-toja, motivaatioon tai toimintakykyyn. Miten hyvin henkilö on (a) ymmärtänyt teon tosiasiallisen luonteen, (b) ollut selvillä teon oikeudenvastaisuudesta ja (c) kyennyt säätämään käyttäytymistään tapahtuneen teon hetkellä ja sen suhteen.

Psykologis-normatiivisen perustelutavan perustana on siten tutkittavasta tehtävä psykiatrinen diagnoosi, mutta arvioitavana on muutakin kuin tekijän henkisen tilan laatu. Kysymys on siitä, kuinka tuo mielentilaan liittyvä seikka on vaikuttanut tekijän kykyyn tai mahdollisuuteen toimia valintatilanteessa ja hänen älylliseen kykyynsä ymmärtää teon merkitys. Kyse on siitä, millainen syy-yhteys mielentilalla ja teolla on.

Syyntakeisuuden aleneminen tai puuttuminen voidaan tiivistää kahden elementin, kognition ja volition, ongelmaksi teon hetkellä. Kognitio jakautuu kykyyn ymmärtää teon tosiasiallinen luonne sekä kykyyn ymmärtää teon oikeudenvastaisuus, ja volitio tarkoittaa tahtoa ja kykyä säädellä käyttäytymistä.

Syyntakeettomalta henkilöltä on siten oikeusopillisesti katsoen siinä määrin puuttunut kyky tajuta tekonsa tosiasiallinen tai moraalinen luonne taikka puuttunut käyttäytymisen vapaus, että olisi kohtuutonta kohdistaa häneen moitetta. Oikeuspsykiatrisesti arvioiden tällaisella henkilöllä on todettu jokin psykiatrinen diagnoosi tai poikkeava mielentila, jonka voidaan arvioida vaikuttaneen hänen kognitiivisiin tai volitiivisiin kykyihinsä niitä heikentävästi tai häiritsevästi, ja näillä häiriöillä on ratkaiseva syy-yhteys teon kuvauksen kanssa.

Normatiivisen argumentointitavan ongelma palautuu edelleen kriteerien määrittelyn monimutkaisuuteen. Yksiselitteistä ja täsmällistä ohjetta sen suhteen, missä vaiheessa ylittyy raja syyntakeettomien ja alentuneesti syyntakeisten sekä vastaavasti alentuneesti syyntakeisten ja syyntakeisten välillä, ei voida esittää. Ratkaisevaa lopulta on pelkän todetun diagnoosin sijaan se, missä määrin havaitut häiriöt ovat vaikeuttaneet henkilön kykyä ymmärtää tekonsa merkitys ja säädellä käyttäytymistään. Merkittävän ja ratkaisevan syy-yhteyden eroa on kuitenkin mahdotonta esittää tyhjentävästi, se ratkaistaan tapauskohtaisesti.

## Kognitio ja volitio, medikaalisuus ja normatiivisuus

Psykiatrinen diagnoosi asetetaan, kun tehdyn tutkimuksen perusteella sille annetut edellytykset eli oirekriteerit täyttyvät. Yleisesti ottaen diagnoosien kautta perustellaan ja kuvaillaan tutkittavalle henkilölle koituvaa haittaa, häiriöitä tai puutteita erilaisissa taidoissa tai toimintakyvyssä. Diagnostiset kriteerit erittelevät näitä häiriöitä ja muodostavat yksilöllisen kokonaisuuden eli sairaudenkuvan. Oikeuspsykiatrialla käytetään samoja kansainvälisiä luokituskäsikirjoja (ICD, DSM) kuin muillakin psykiatrian aloilla, ja tutkittavalle pyritään pääsääntöisesti asettamaan luokittelun mukainen diagnoosi. Diagnoosi ei ole välttämätön edellytys syyntakeisuuden arvioinnille, mutta käytännössä sen asettaminen on vakiintunut toimintatapa.

Suomessa sekä yleispsykiatrisessa että oikeuspsykiatrisessa toiminnassa sovelletaan diagnostisen luokittelun lisäksi samoja voimassa olevan mielenterveyslain 8 §:n mukaisia hoitoonmäärittämisen edellytyksiä. Psykiatriset oireet ja hoidontarve ymmärretään siksi periaatteessa samalla tavalla riippumatta siitä, minkä lain piiriin tutkittavan henkilön tai potilaan asia kuuluu.

Sen sijaan vastaavaa yhtenäistä luokitusta ei ole sen suhteen, millaisen häiriön tietty mielentila tai diagnoosi saa aikaan henkilön kognitiossa tai volitiossa tai millaiseen rikolliseen toimintaan häiriö liittyy. Jokaista tapausta on totuttu arvioimaan tapauskohtaisesti.

## KOGNITIO JA VOLITIO

Oikeudellisesti kognition ja volition käsitteillä ei ole täysin vakiintunutta merkityssisältöä. Rikosvastuun yleisiin edellytyksiin liittyen kognitiolla viitataan tiedollisiin seikkoihin ja volitiolla tahdollisiin seikkoihin. Molemmat ovat merkityksellisiä esimerkiksi tahallisuuden arvioinnin kannalta. Syyntakeisuusarvioinnin yhteydessä kognitiolla voidaan viitata henkilön tekonsa oikeudenvastaisuutta tai tosiasiallista luonnetta koskevaan ymmärryskykyyn ja volitiolla hänen tahdonalaiseen kykyynsä kontrolloida käyttäytymistään (HE 44/2002 vp, s. 63/II ja 72/I).

Myöskään oikeuspsykiatriselta kannalta kognitiota tai volitiota ei voida tyhjentävästi selittää. Termit toimivat yläkäsitteinä tiedonkäsittelyyn, havainto- ja harkintakykyyn ja käyttäytymisen säätelyyn liittyviin toimintoihin. Niiden avulla on tarkoitus tutkia ja eritellä mahdollista syy-yhteyttä psykiatrisen häiriön aiheuttamien teonaikaisten oireiden ja kyseiseen tekoon liittyvän käyttäytymisen säätelyn välillä.

Kognitio ja volitio toimivat abstrakteina apukäsitteinä, kun mielentilatutkimuksen tekijä muodostaa käsitystään syyntakeisuudesta. Abstraktien käsitteiden käyttäminen lausunnoissa sellaisenaan ei ole tarkoituksenmukaista, vaan niiden avulla syntyneet johtopäätökset on syytä kuvata mahdollisimman ymmärrettävästi.

Käsitteiden monimutkaisen luonteen takia on oletettavaa, että oikeuspsykiatrinen arviointi on tästä syystä muuta psykiatria alttiimpaa tulkinnoille, joita syntyy ajassa muuttuvien opillisten näkemysten tai paikallisten toimintatapojen vaihtelun seurauksena. Tulkintojen yhdenmukaistamisessa tärkeä tehtävä on ollut syyntakeisuuskannanottojen kansallisella keskittämisellä oikeuspsykiatristen asioiden lautakuntaan.

Käytäntöjä pyritään yhdenmukaistamaan myös oppailla. Ensimmäinen mielentilatutkimusopas julkaistiin vuonna 1992 tilanteessa, jossa mielentilalausuntojen vuosittainen lukumäärä oli ollut noin 300 ja niitä tekeviä lääkäreitä oli vastaavasti nykyistä enemmän. Oppaassa ohjeistettiin jo silloin käytännöksi muodostuneella tavalla keskittymään syy-yhteyteen psyykkisen tilan ja syynteenalaisen teon välillä. Esimerkiksi mahdollisia useita tekoja kehoitettiin arvioimaan syyntakeisuuden suhteen yksilöllisesti erikseen. Perustelutapaa kutsutaan normatiiviseksi. Seuraavat katkelmat ovat vuoden 1992 oppaasta:

”Mielentilatutkimuksen suorittanut lääkäri esittää perustellun käsityksensä tutkittavan psyykkisestä tilasta rikoksente kohetkellä sekä siitä, mikä tutkittavan psyykkisen tilan suhde on ollut puheena olevaan tekoon. Pelkkä poikkeava rikoksente kotapa tai psyykinen häiriö sinänsä eivät ole riittävä osoitus syyntakeisuuden alentumisesta. Psyykkisen poikkeavuuden on aina oltava syy-yhteydessä tekkoon, jotta sillä olisi merkitystä syyntakeisuusarvioinnissa. Psyykinen häiriö ei välttämättä vaikuta henkilön käyttäytymiseen kaikilta osa-alueilla. Esimerkiksi henkilö voi olla johonkin tekkoon nähden syyntakeeton ja johonkin toiseen tekkoon nähden täysin syyntakeinen. Lausunnossa tulee eritellä selkeästi ja perustellusti tutkijan käsitys syyntakeisuudesta kunkin teon suhteen. Kantaa tulee ottaa myös siihen, mikä osuus mahdollisella päihtymyksellä, provokaatiolla, yllytyksellä tms. on ollut tekkoon.”

”Tutkijan tulee siis selvittää, onko syytetty pystynyt käsittämään tekkonsa tosiasiallisen luonteen sekä onko hän ymmärtänyt tekkonsa oikeudenvastaisuuden. Huomiota tulee kiinnittää siihen, onko syytetty pystynyt ymmärtämään teon merkityksen ja sen seuraukset itselleen sekä uhrille. Tutkijan tulee esittää perusteltu käsityksensä siitä, millainen on syytetyn kyky ollut rikoksen tekkohetkellä säädellä käyttäytymistään ja toimintaansa. Onko syytetty pystynyt harkitsemaan tekoa? Olisiko hän kyennyt valintatilanteessa valitsemaan toisin? Olisiko hän voinut pidättäytyä teosta tai keskeyttää sen?”

”Erityistä huolellisuutta ja perusteellisuutta tulisi noudattaa silloin, kun aiotaan esittää, että henkilö on teon tehdessään ollut täyttä ymmärrystä vailla. Henkilön määrittelemisen psyykkisesti häiriintyneeksi ei sellaisenaan vielä oikeuta pitämään häntä vähentyneesti syyntakeisena. Tällöinkin on muistettava, että sielullisen häiriön ja teon välillä on oltava syy-yhteys ja tämän syy-yhteyden olemassaolo on voitava perustella.”

Psykologis-normatiivisen lähestymistavan lisäksi ohje antaa tarkennuksia kognition ja volition käsitteisiin. Kognitio liitetään käsityskykyyn ja ymmärrykseen siitä, millaisen teon henkilö on tehnyt. Ymmärryskyky ilmenee sen kautta, miten tekijä hahmottaa itselleen ja uhrille koituvat seuraukset. Volition todetaan sisältävän käyttäytymisen ja toiminnan säätelykykyjä, kuten mahdollisuuden harkintaan, toisin toimimiseen tai teosta pidättäytymiseen tai sen keskeyttämiseen.

Myös vuoden 2018 Mielentilatutkimus- ja vaarallisuusarvio -oppaassa edellytetään, että mielentilatutkimuslausunnossa otetaan kantaa nimenomaan volition, kognition ja syy-yhteyteen:



”Johtopäätöksissä esitetään perustelut diagnoosille, arviolle tutkittavan toimintakyvystä ja erityisesti kognitiivisesta suoriutumiskyvystä sekä mahdollisten häiriöiden syy-yhteydestä tekoon/tekoihin, eli syyntakeisuusarvio.”

”Lausunnossa arvioidaan, missä määrin tutkittava on kyennyt ymmärtämään tekonsa/tekojensa tosiasiallista luonnetta ja oikeudenvastaisuutta sekä missä määrin hän on kyennyt säätämään käyttäytymistään teon/tekojen hetkellä. Tämä tarkoittaa arviota siitä, millä tavalla tutkittava ymmärtää tekonsa seuraukset ja onko hän pystynyt ymmärtämään tekonsa moraalista luonnetta. Käyttäytymisen säätelyä arvioitaessa perustellaan sitä, onko tutkittava ollut kykenevä harkitsemaan tekoaan, olisiko hän kyennyt tilanteessa valitsemaan toisin tai olisiko hän voinut pidättäytyä teosta tai keskeyttää sen.”

”Lakiin kirjattuja käsitteitä ‘ratkaisevasti heikentynyt’ (syyntakeettomuus) ja ‘merkittävästi alentunut’ (alentunut syyntakeisuus) ei tarkemmin ole määritelty lakitekstissä tai sen esitöissä. Mielentilalausunnossa tutkimuksen suorittava lääkäri tarkastelee ennen kaikkea lääketieteellisestä näkökulmasta syy-yhteyttä mahdollisen mielisairauden ja teon välillä.”

Mielentilatutkimusoppaiden lisäksi syyntakeisuuden arviointia käsitellään psykiatrian alan oppikirjoissa, jotka sisältävät osuuden rikosoikeudellisesta oikeuspsykiatriasta. Vuoden 2019 painoksessa avataan syyntakeisuuteen liittyviä käsitteitä:

”Lain perusteluissa todetaan, että mielentilaa koskevat käsitteet ovat yleiskielisiä, eikä laissa viitata mihinkään tiettyyn psykiatriseen diagnoosiin. Perustelun mukaan mielisairaus tarkoittaa tyypillisesti psykoottisluonteisia tiloja. Syvää vajaamielisyyttä ei ole lain perusteluissa määritelty, mutta siinä annetaan ymmärtää, että uudessa laissa ei ole tarkoitus muuttaa aiempaa vallitsevaa käytäntöä, jossa älykkyydeltään yhdeksänvuotiaan tason alapuolelle jäävät rikoksenteikijät on katsottu tavallisesti syyntakeettomiksi eli ymmärrystä vailla oleviksi. Käsite vakava mielenterveyden häiriö viittaa lain perustelun mukaan ‘ennen kaikkea vaikeisiin rajatiloihin sekä sekavuustiloihin’. Käytännössä tämä kohta saattaa osoittautua ongelmalliseksi, koska käsite rajatila ei ole yleiskieltä eikä myöskään tautiluokituksen mukainen lääketieteellinen diagnoosi. Kyseisellä käsitteellä ilmeisesti viitataan ICD-10-luokituksen diagnoosiin tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus F60.3 ja sen rajatilatyyppiin, F60.31.”

Oppikirjateksti nostaa esiin ongelmat yleiskielisten käsitteiden ja psykiatrisen diagnoosiluokituksen välillä. Koska täyttä vastaavuutta niiden välillä ei ole, saattaa syntyä tulkintaeroja esimerkiksi persoonallisuushäiriöiden suhteen. Oppikirjassa tarkastellaan psykoosisairausten oikeuspsykiatrisia seurauksia ja syy-yhteyden käsitettä seuraavasti:

”Tyypillinen esimerkki mielisairausten aiheuttamasta syyntakeettomuudesta on rikos, jossa skitsofreniaa sairastava henkilö on harhaluulojen vallassa surmannut naapurinsa pelätessään tämän tappavan hänet. Vakavimmissa rikoksissa, kuten henkirikoksissa, on yli 95 %:n skitsofreniaa sairastavista tutkittavista katsottu toimineen tekonsa suhteen syyntakeettomina Suomessa viime vuosikymmenten aikana. Ainoastaan noin puolet kaikista skitsofreniaa sairastavien tekemistä henkirikoksista on ollut suoraa seurausta psykoottisesta oireilusta, ja muutoin motiivina on ollut usein riitaan liittynyt itsehillinnän menetys. Monissa tapauksissa ei ole pystytty nimeämään mitään selvää motiivia henkirikoksen suorittamiselle. Alle puolessa tapauksista on voitu osoittaa selvä syy-seuraussuhde psyykkisten oireiden ja syytteenalaisen teon välillä. Lähes kaikissa muissakin skitsofreniapotilaiden henkirikoksissa on tutkittavan katsottu olleen tekonsa suhteen syyntakeeton. Tämä johtopäätös perustuu siihen, että kyseessä on vaikea ihmisen persoonallisuuteen ja käyttäytymiseen vaikuttava psyykinen häiriö, joka vaikuttaa ratkaisevasti myös impulssikontrolliin. Impulssikontrollin heikkous ja kyvyttömyys säädellä omaa käyttäytymistä valintatilanteessa on keskeinen syy syyntakeettomuudelle myös dementioissa ja muissa aivo-orgaanisissa tiloissa, joissa henkilö ei pysty pitkäjänteiseen toimintaan eikä hillitsemään väkivaltaisia yllykkeitään asianmukaisesti.”

Mielisairausten aiheuttamaa psykoottista motiivia ei tässä ole asetettu välttämättömäksi edellytykseksi syyntakeisuuden alenemiselle tai puuttumiselle, vaan psyykkisen häiriön yleinen vaikeus on riittänyt arvion perustaksi. Impulssikontrolli nähdään keskeiseksi merkiksi vaikeusasteesta. Se ilmenee kyynä säädellä käyttäytymistä, joka voi yleisesti ottaen heikentyä lääketieteellisen diagnoosin perusteella. Tätä perustelutapaa voidaan kutsua medikaaliseksi. Psykiatrian oppikirjan luvussa linjataan lääketieteellisten löydösten ja syyntakeisuuden suhdetta:

”[L]aissa on mainittu alentuneeseen syyntakeisuuteen johtavan ymmärryskyvyn tai käyttäytymisen heikentymisen syynä mielisairaus, vajaamielisyys tai mielenterveyden tai tajunnan häiriö. Käytännössä tavallisimpia alentuneeseen syyntakeisuuteen johtavia psyykkisiä häiriöitä ovat olleet persoonallisuushäiriöt, alkava tai lieväasteinen dementia sekä lievä älyllinen kehitysvammaisuus, jolloin älykkyydosa-

määrän alaraja on 50–55 ja yläraja 70 pistettä. Kaikkein suurimmalla joukolla alentunut syyntakeisuus -luokkaan kuuluvista tutkittavista on persoonallisuushäiriö. Nykyään katsotaan, että persoonallisuuden poikkeavuuden täytyy olla hyvin vaikea, jotta se alentaisi syyntakeisuutta. Esimerkiksi impulssikontrollin heikentymisen on täytynyt olla havaittavissa jo aiemmin elämän aikana, ja sen aiheuttaman toiminnallisen haitan tulisi olla samansuuruista kuin lievässä älyllisessä kehitysvammaisuudessa, jolloin siitä on ollut jo merkittävää haittaa työkyvylle ja arkipäivän asioiden hoitamiselle. Lukuisista erilaisista persoonallisuushäiriöistä etenkin epäsosiaalinen ja epävakaa persoonallisuushäiriö altistavat eniten impulsiiviselle ja rikolliselle käyttäytymiselle.”

Vuoden 2019 psykiatrian oppikirjan käsitys syyntakeisuuden alenemisen perusteista vaikuttaa olevan samankaltaisella tavalla medikaalinen kuin vuoden 1981 oikeuslääketieteen oppikirjan kappaleessa Vähentynyt syyntakeisuus. Siinä nähdään esimerkiksi antisosiaalinen luonnevikaisuus alentunutta syyntakeisuutta aiheuttavana silloin, kun kyse on impulsiivisesta rikollisuudesta ja kun häiriö yhdistyy muihin ongelmiin:

”[N]ykyisen tiedon valossa on ilmeistä, että [antisosiaalisilla luonteilla] on oppimisdefekti sekä vaikea tunne- ja tahtuelämän häiriö, joka on säädellyt ja säätelee heidän käyttäytymistään ilman, että he kykenevät siihen paljoakaan vaikuttamaan. Näin ollen juuri heidän voi katsoa olevan henkilöitä, joiden kyky käsittää tekonsa moraalinen luonne tai säädellä käyttäytymistään on tavallista heikompi ja tämä johtuu pitkälti sisäisistä syistä. Rikosoikeuskomitean [1976] mietinnössä todetaan, että henkilön määrittäminen luonnevikaiseksi ei vielä sellaisenaan oikeuttaisi pitämään häntä vähentyneesti syyntakeisena. Kuitenkin on kirjoittajien mielestä syytä katsoa, että juuri antisosiaalisten luonteiden ollessa kyseessä, ja erityisesti impulsiivisissa rikoksissa, ja etenkin silloin, kun henkilöllä on älyllistä heikkoutta, alkoholismia, huumeiden käyttöä ja muita häiriöitä samanaikaisesti, voisi alentunut syyntakeisuus tulla kysymykseen.”

Yhteenvetona oikeuspsykiatrian alan keskeisestä ohjeistuksesta voi sanoa, että rikoslain edellyttämää normatiivista perustelutapaa käsitellään niukasti eikä siihen liitettyjä kognitiivista tai volitiivista elementtiä avata lääketieteelliseltä kannalta erityisen paljoa. Volitio sisältää impulsiivisen, harkitsemattoman toiminnan, ja kognitio käsittää kyvyn valita ja harkita omia tekojaan sekä ymmärtää niiden seuraukset ja merkitys moraaliselta ja käytännön kannalta. Harkintakyky nähdään jossain määrin sekä volitiivisena että kognitiivisena ominaisuutena.

Oikeuspsykiatrian alan ohjeistus ei ole yksiselitteisesti medikaalista tai normatiivista, mutta vaikuttaa painottavan lääketieteellisten mielentilojen ja häiriöiden pitkäkestoisuutta ja ilmenemistä samankaltaisina tutkittavan henkilön eri elämäntilanteissa rikollisesta teosta riippumatta. Syy-yhteyttä kehoitetaan tarkastelemaan samanaikaisesti sekä lääketieteellisen diagnoosin kautta että yksilöllisesti.

## Medikaalinen vai normatiivinen syyntakeisuusarviointi?

Pelkästään medikaalinen mielentilatutkimuslausunto kuvailee ensin lääketieteelliset löydökset, diagnoosit ja häiriöt tutkittavassa henkilössä ja sitten toteaa niiden perusteella syyntakeisuuden asteen. Medikaalinen lausunto ei kiinnitä erityistä huomiota syytteenalaisen teon yksityiskohtiin tai sen aikaisiin olosuhteisiin tai kuvaile niitä johtopäätöksissä eikä rakenna perusteluja niin sanotun syy-yhteyden varaan.

Normatiivinen lausunto perustelee ensin lääketieteelliset löydökset samaan tapaan, mutta siinä tuodaan ennen syyntakeisuuskannanottoa esiin yksilöityä pohdintaa häiriöiden syy-yhteydestä syytteenalaiseen tekoon.

Tällainen medikaalisen ja normatiivisen perustelutavan erottelu ei ole aina selkeää tai ylipäätään mahdollista. Käytännön havaintojen perusteella kumpikin perustelutapa usein yhdistyy oikeuspsykiatrin laatimassa lausunnossa. Seuraavat esimerkit havainnollistavat asian monimutkaisuutta ja korostavat, että oikeuspsykiatriselta kannalta asiassa ei ole muodostettu selvää ja yhdenmukaista menettelytapaa. Katkelmat sisältävät kaikki olennaiset esiteltyt asiat, joilla syyntakeisuuden aleneminen on lausunnossa perusteltu. Esimerkkejä medikaalisyypisistä päätelystä:

”Tämä alentunut syyntakeisuus on pääasiassa selitettävissä tutkittavan epävakaalla persoonallisuushäiriöllä ja hänen tapauksessaan siihen liittyvällä vaikealla impulssikontrollin häiriöllä. Alentunut syyntakeisuus kaikkien tekojen kohdalla, jotka ovat tapahtuneet usean kuukauden ajanjaksona, on perusteltavissa sillä, että persoonallisuushäiriö on pitkäaikainen, luonteeltaan muuttumaton ja joka-päiväistä haittava aiheuttava sairaustila.”

”Tutkittava tunnistaa toimineensa oikeudenvastaisesti, eikä hänen kykyään tunnistaa syytteenalaisten tekojen tosiasiallista luonnetta voida pitää merkittävästi alentuneena. Kognitiiviset vaikeudet yhdessä persoonallisuuden ja tunne-elämän häiriintyneisyyden kanssa ovat heikentäneet hänen impulssikontrolliaan ja kykyään säädellä käyttäytymistään laaja-alaisesti lapsuudesta lähtien ja koko aikuisiän. Edellä esitetyn perusteella katson tutkittavan kyvyn säädellä käyttäytymistään olevan niin merkittävästi alentunut, että häntä tulee pitää alentuneesti syyntakeisena kaikkien syytteenalaisten tekojen suhteen.”

Esimerkkejä lausunnointitavasta, joka voidaan tulkita edellisiä normatiivisemmaksi:

”Tunne-elämän epävakaas ja rajatilatyypiseen persoonallisuushäiriöön liittyvä alttius impulsiivisiin tunnepurkauksiin ristiriitailanteissa on keskeisesti vaikuttanut tutkittavan käyttäytymiseen riitailanteessa syytteenalaisen teon yhteydessä. Lisäksi siihen on oleellisesti vaikuttanut rajatilatyypiseen persoonallisuushäiriöön liittyvä korostunut hylätyksi tulemisen välttäminen. Tutkittavan persoonallisuushäiriön ja syytteenalaisen teon aikaisen käyttökrollin pettämisen välillä on ollut syy-yhteys. Tutkittavan tunne-elämältään epävakaata rajatilatyypistä persoonallisuushäiriötä on pidettävä siinä määrin vaikeana, että se on selvinkin päin oleellisesti alentanut hänen kykyään kontrolloida ja säädellä käyttäytymistään syytteenalaisen teon yhteydessä.”

”Syyntakeisuuden kannalta ratkaisevaa on tutkittavan harhojen ja syytteenalaisen teon motiivin välinen yhteys. Tutkimuksen aikana ei saatu näyttöä siitä, että syytteenalaisen teon uhri tai teko itsessään liittyisi jotenkin tutkittavan delusionaaliseen harhamaailmaan. Saatujen tietojen perusteella syytteenalaisen teon motiivi liittyi uhrin syrjähyppyihin, jotka pahensivat tutkittavan korostunutta epäluuloisuutta. Tätä epäluuloisuutta ei voida kuitenkaan pitää luonteeltaan psykoottisena ja hallitsemattomana. Näin ollen tutkittavan psykoottisia harhoja ei voida liittää suoranaisesti syytteenalaisen teon motiiviin, ja tutkittavan realiteetintaju ei horjunut niin voimakkaasti, että hänen voitaisiin katsoa olleen syyntakeeton teon tehdessään.”

Usein on vaikeaa erotella, kumpaan päättelyn luokkaan katkelma kuuluu. Medikaalinen ja normatiivinen päättelytapa voivat esiintyä samaan aikaan samassa lausunnossa. Seuraavassa esimerkissä kuvaillaan kognition ja volition häiriötä ja syytteenalaisen teon aikana vallinneita olosuhteita, mutta lopulta todetaan psykoosialttiuden yleisesti ottaen johtavan syyntakeisuuden alenemiseen:

”Tutkittava ei ymmärrä täysin tekojensa lainvastaisuutta eikä niiden rangaistavuutta. Hänen toimintaa on mahdollisesti, jopa todennäköisesti ohjannut ohimenevä, vainoharhainen psykoottinen reaktio, mitä on ollut yhdessä ‘sytyttämässä’ vaikea-asteinen persoonallisuuden häiriö, laaja-alaiset kehitykselliset neuropsykiatriset ongelmat sekä hänen [ääri]liikkeestä omaksumat asenteet ja toimintatavat. Tutkittavan kohdalla täyttyvät kansainvälisen tautiluokituksen (ICD-10) skitsotypaalisen häiriön (psykoosipiirteisen persoonallisuuden) sekä muun laaja-alaisen kehityshäiriön diagnostiset kriteerit.

rit. Tutkittavaa on pidettävä syytteenalaisten tekojen suhteen ainakin alentuneesti syyntakeisena hänellä todettujen psyykkisten häiriöiden aiheuttaman psykoosialttiuden vuoksi.”

Lopuksi voidaan todeta, että syyntakeisuuden oikeuspsykiatrinen arviointi on vakiintunutta mutta pitkästä perinteestä huolimatta monimutkaista asiantuntijatyötä, joka on altista erilaisille tulkinnoille oppialan sisällä ja toisaalta tilannekohtaiselle vaihtelulle arvioitsijaan ja arvioitavaan liittyvien tekijöiden seurauksena. Lain tarkoittama pyrkimys normatiivisuuteen on usein vaikea tavoite toteuttaa käytännössä, kun tarkasteltavat ilmiöt ovat vaikeaselkoisia ja kytkeytyneitä toisiinsa.

Oikeuden ja psykiatrian välisen vuoropuhelun lisäämiseksi yhteisen kielen, käsitteiden ja termien kuvaaminen vaikuttaa olevan vuodesta toiseen keskeinen haaste syyntakeisuuden ymmärtämisessä kaikkia osapuolia hyödyttävällä tavalla. Samalla oikeuspsykiatrinen arviointityö on poikkeuksellisen mielenkiintoista, se mahdollistaa moniammatillisen työskentelyn mielentilatutkimukseen määrätyn henkilön parhaaksi ja lopulta lisää meistä jokaisen oikeusturvaa.

## Kirjallisuutta

- Ihalainen O ja Miettinen R. Mielentilat. Vankeinhoidon koulutuskeskuksen julkaisu 3/1991. Helsinki 1991.
- Lahti R, ym. Syyntakeettomuuden määräytyminen ja kriminaalipotilaat. Lääkintöhallituksen julkaisu 97. Helsinki 1987.
- Mielentilatutkimus ja siitä annettava lausunto. Sosiaali- ja terveyshallitus, 1992.
- Mielentila- ja vaarallisuusarvio-opas. THL, 2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-244-4>.
- Nikula A. Oikeuspsykiatrisia lausuntoja. Degeneroituneet psykopaatit. Helsinki 1922.
- Oikeuslääketiede, 1981. Sivut 88–89.
- Pajuoja J. Väkiältä ja mielentila. Oikeus sosiologinen tutkimus syyntakeisuussäännöksistä ja mielentilatutkimuksista. Helsinki 1995.
- Pohjola A. Vaarallinen rikoksentekijä? Tutkimus rikoksentekijän vaarallisuuden arvioinnista rikosoikeudellisessa seuraamusjärjestelmässä. Helsinki 2017.
- Tiihonen J. Rikosoikeudellinen oikeuspsykiatria. 11.3.2019. <https://www.oppiportti.fi/op/pkr02503/do>.
- Viljanen AM. Psykiatria ja kulttuuri: tutkimus oikeuspsykiatrisesta argumentaatiosta. Helsinki 1994.

## 16.3 Vaarallisuusarvio

Lyhyen aikavälin väkivaltariskin arvioiminen kokemuseräisen käsityksen nojalla on perinteinen osa vakavasti häiriintyneiden potilaiden psykiatrista hoitoa. Pitkää aikaväliä varten tehtävä arviointi on kuitenkin hyvin erilainen prosessi, koska useimmat niistä seikoista, joiden perusteella lyhyen aikavälin ennusteita tehdään, voivat muuttua nopeasti. Vakava väkivaltainen käytös, jota arviointityökalujen avulla saatavien tietojen pohjalta pyritään ennakoimaan, on harvinainen ilmiö, ja sen ilmenemistä yksilötasolla on vaikeaa ennustaa. Onkin sanottu, että ”vaarallisuus on vaarallinen käsite”, koska väärin tulkittuna se saattaa johtaa hedelmättömään ja yksilön ennusteen kannalta jopa haitallisen pitkään eristämiseen. Väkivaltariskin arvioimisen mielekkyys onkin näistä syistä kiistanalainen sekä kansainvälisesti että suomalaistenkin oikeuspsykiatrien ammattikunnan sisällä. Kriittistä keskustelua käydään eri menetelmien ja arviointityökalujen tarkoituksenmukaisuudesta. Arviointimenetelmien käytön eettisyys taas on paljolti sidonnainen siihen, miten niiden tuloksia tulkitaan ja käytetään (ks. esim. Nilsson ja työryhmä 2009).

Suomessa termillä vaarallisuusarvio viitataan arvioon, joka otetaan huomioon jo rangaistusseuraamuksen tulevaa pituutta punnittaessa. Väkivaltariskiarvioita tehdään useissa eri yhteyksissä, mutta erityisesti sillä viitataan elinkautiselta vankeustuomiolta vapautteen pääsyä anoneen vangin arvioimista lähellä mahdollista vapautumisajankohtaa.

## Riskiarvioiden historiaa

Aiempi ja pääosin vain mielikuviin nojannut käsitys psykiatrisesti sairaiden ihmisten erityisestä vaarallisuudesta ja oletus psykiatrien kyvystä arvioida vaarallisuutta pitkällä aikavälillä kyseenalaistui, kun vuonna 1966 Yhdysvalloissa Baxstrom vastaan Herald -tapauksen jälkeen päätettiin 970 korkealla turvatasolla hoidettua potilasta matalan turvallisuuden hoitopaikkoihin tai avohoitoon. Neljän vuoden seurannassa heistä vain noin 20 prosenttia oli syyllistynyt rikoksiin, ja pääasiassa muihin kuin väkivaltarikoksiin. 1970-luvulla useat tutkimukset osoittivat, että klinikot eivät osanneet arvioida pitkän aikavälin väkivaltariskiä (Cocozza ja Steadman 1974).

Vuonna 1981 Amerikan Psykiatryhdistys esittikin, ettei potilaan tulevasta vaarallisuudesta pidä esittää arvioita, koska ne eivät olleet tieteellisellä pohjalla. Näihin aikoihin alkanut kehitystyö on kuitenkin johtanut tuloksiin, jotka ovat 30 vuodessa mahdollistaneet aiempaa luotettavamman, mutta edelleen vain suuntaa antavan pitkän aikavälin arvioinnin. Tätä varten luotujen arviointiasteikkojen käyttöä kritisoidaan joskus ankarastikin sen perusteella, että sen katsotaan tarpeettoman vahvasti kytkevän olosuhteista riippuvan väkivaltariskin tietyn yksilön ominaisuudeksi. Kokemusperäinen psykiatrinen näkemys kuitenkin on, että ainakin arvioitujen jakauman toisessa ääripäässä on henkilöitä, jotka luovat ympärilleen väkivaltaisen vuorovaikutustavan lähes missä tahansa. Tällöin vaarallisuus todellakin on myös yksilön ominaisuus.

## Vaarallisuusarviota ja elinkautisvankien väkivaltariskiarviota koskeva lainsäädäntö

Suomalaisessa lainsäädännössä varsinainen vaarallisuuden arviointi liittyy tapauksiin, joissa vakavaan rikokseen toistuvasti syyllistymisen perusteella päädytään syyttäjän vaatimuksesta arvioimaan, onko rikoksentehtijää pidettävä ”erittäin vaarallisena toisen hengelle, terveydelle tai vapaudelle”. Tämä arvio saattoi aiemmin oikeuden päätöksellä johtaa siihen, ettei ehdonalaiseen vapauteen pääsy ollut mahdollista tavalliseen tapaan, vaan tuomittu joutui suorittamaan kaikki hänelle määrättyt rangaistukset loppuun saakka yhdellä kerralla. Näin muodostuva tuomio voi olla hyvinkin pitkä, ja saattoi jopa ylittää elinkautistuomiolle nykyisin tyypillisen hieman yli 14 vuoden keston, mutta sitä ei seurannut minkäänlainen valvonta-aika. Näissä tapauksissa myös syytetyn mielentila oli määrättävä tutkittavaksi. (Koko rangaistuksen suorittamisesta vankilassa koskevasta aiemmasta lainsäädännöstä ks. luku 10.)

Aiemman menettelyn on nyt korvannut yhdistelmä rangaistus (rikoslain 2 c luvun 11 §), joka voidaan tuomita niin ikään vakavan rikoksen tekijälle tai uusijalle. Kuten yllä kuvatussa menettelyssä, myös yhdistelmä rangaistusta harkittaessa, on



suoritettava mielentilatutkimus ja sen yhteydessä vaarallisuudenarviointi. Jos mielentilatutkimuksen yhteydessä tehdyssä arvioissa päädytään antamaan lausunto siitä, että tutkittavaa on pidettävä erittäin vaarallisena toisen hengelle, terveydelle tai vapaudelle, voi tuomioistuimien tähän arvioon yhtyessään, langettaa yhdistelmä-rangaistuksen.

Yhdistelmä-rangaistuksessa valvonta-aika alkaa välittömästi vankilassa suoritettujen rangaistusten jälkeen. Valvonta-ajan sisältö määritellään mm. vangin yksilöllisen riskiarvion perusteella. Valvottavan merkittävimmät rajoitukset ja velvollisuudet ovat asunnossa pysyminen määrättyinä aikoina, päihitteettömyys valvonta-aikaan liittyvissä tilaisuuksissa, osallistuminen kuntoutukseen tai muuhun toimintaan, ja sitoutuminen sähköiseen valvontaan paikantavan jalkapannan tai muun soveltuvan menettelyn avulla. (Yhdistelmä-rangaistuksesta laajemmin ks. luku 10.)

## Väkivaltariskiarvioiden käytännöt

Vaarallisuutta koskevat arviot tilaa tuomioistuimen pyynnöstä THL, jonka oikeuspsykiatristen asioiden lautakunta arvioi lausunnon ja antaa sen perusteella oman arvionsa. Koko tuomiotaan suorittavien arviot, siinä vaiheessa, kun he hakevat koevapauteen 5/6 tuomiota suorittettuaan, samoin kuin elinkautisvankien väkivaltariskiarviot, tehdään Psykiatrisen vankisairaalan kahdessa yksikössä, jotka sijaitsevat Turussa ja Vantaalla. Tutkimusjakso kestää normaalisti enintään kuukauden, ja se muistuttaa mielentilatutkimusta sen osalta, että tutkimusta johtaa oikeuspsykiatrian erikoislääkäri ja siihen voi osallistua psykiatrian erikoislääkäri tai erikoistuva lääkäri, psykologi ja tarpeen mukaan muuta henkilökuntaa, joka täydentää sosiaaliammeesia ja vastaa tutkittavan käyttäytymisen tarkkailusta osastolla. Koska taustalla on kuitenkin jo aiempi mielentilatutkimus, prosessi ei ole yhtä vaativa elämänkaaren kulun selvittämisen osalta, ja yleensä myös somaattinen terveys on pitkälti valmiiksi tutkittu vankilaterveydenhuollossa.

Elinkautisvangin riskiarvion taas käynnistää vangin anomus päästä ehdonalaiseen vapauteen, ja Psykiatrisen vankisairaala antaa lausuntonsa Rikosseuraamuslaitokselle, joka käyttää sitä osana lausuntoaan Helsingin hovioikeudelle. Vuoden 2021 VN TEAS -raportissa ”Vaarallisuuden ja väkivaltariskin arvioiminen” selvitettiin muun muassa sitä, mitkä asiat hovioikeus katsoo olennaisiksi harkitessaan vangin vapauttamista. Edellytykset näyttivät saavan erilaista painoarvoa sen mukaan, miten kauan vanki oli suorittanut vankilarangaistustaan. Hyvin pitkään (15 vuotta ja kauemmin) elinkautista suorittaneiden hakemusten harkinnassa annettiin huomattava painoarvo juuri vankilassaoloajalle. Pitkään vankeudessa olleiden ryhmään kuuluvat oli yleensä, muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta, luokiteltu korkean tai vähintään keskitasoisen uusimisriskin vangeiksi Psykiatrisen vankisairaalan antamissa riskiarvioissa. Toisaalta erityisesti 12–14 vuotta rangaistusta

kärsineiden hakemuksia ratkaistaessa painotettiin elinkautiseen vankeuteen johdaneiden rikosten määrää, poikkeuksellista moitittavuutta ja sitä, sisältyykö elinkautiseen vankeuteen määräaikaisia vankeusrangaistuksia vakavista rikoksista. Myös vankilassaoloaikana tehdyt vakavat rikokset oli otettu vasta-argumenttina vakavasti.

Korkeimman oikeuden ratkaisussa KKO 2019:89 väkivaltariskin arviota ei ole mainittu perusteluissa vapauttamisharkintaan vaikuttavana tekijänä. Onkin vaikea arvioida, mitä johtopäätöksiä tästä olisi tehtävä. Todennäköisesti väkivaltarikoksen riskin merkitystä on julkisessa keskustelussa korostettu ehkä liikaakin.

Arviointiasteikkoja, ennen muuta HCR-V3:a ja PCL-R:ää, sovelletaan arvioinneissa, mutta niiden soveltuvuus arvioidaan vielä erikseen kunkin tutkittavan osalta, koska niihin ei sisälly harvinaisia tekijöitä, jotka saattavat käytännössä olennaisesti vaikuttaa yksilön vaarallisuuteen. Tällainen saattaa olla esimerkiksi pysyvään laitoshiitoon johtava fyysistä suorituskykyä heikentävä sairaus, joka suoraan tai välillisesti estää alkoholinkäytön tutkittavalta, jonka kaikki väkivallanteot ovat kytkeytyneet humalatiloihin.

Vaarallisuusarvion erääksi ongelmaksi voidaan katsoa oikeudellisen seuraamuksen jyrkkä kaksijakoisuus, ikään kuin voisimme luotettavasti jakaa arvioitavat kahteen ryhmään. Perustellumpaa kuin jako kahteen ryhmään olisi kenties arviointiasteikkojen antaman tuloksen esittäminen ja niiden yksilökohtaisen soveltuvuuden arvioiminen lausunnossa, jossa kuvataan rikoksen uusimisen todennäköisyyttä. Lainsäädännön kehittäminen nykyisestä eteenpäin onkin jo käynnissä valmistelutasolla. Muun muassa alustavan riskiarvioinnin tekoa jo elinkautisrangaistuksen alkuvaiheissa on esitetty, koska tällöin suositeltuihin interventioihin voitaisiin suotuisissa tapauksissa edetä jo vankeuden aikana.

## Eri arviointitapoja

Subjektiiivisella arvioinnilla viitataan yksittäisen asiantuntijan tekemään arvioon, joka pohjautuu ensisijaisesti haastatteluun, taustatietoihin ja arvioitsijan oman ammattitaidon ja kokemuksen soveltamiseen ilman strukturointia. Aktuaarisella arvioinnilla tarkoitetaan tutkittavan henkilön elämänhistoriaan ja -tilanteeseen perustuvien yksiselitteisten faktojen käyttämistä arviointiperusteena. Strukturoidut arviointitavat taas sisältävät näiden lisäksi laajoihin haastatteluihin nojaavia näkökohtia, ja niihin on omat menetelmäkoulutuksensa.

Subjektiiivinen, arvioijan kokemukseen perustuva vaarallisuuden arvioiminen ei ole pitkällä eikä aina lyhyelläkään aikavälillä luotettava, vaikka jotkut klinikot ovatkin uskoneet omaan arviointikykyynsä. Lyhyen aikavälin arvioinnit, jotka käytännössä johtavat erilaisiin turvaamistoimiin, saattavat toimia uskomuksen vahvistajina ilman hyvää perustetta. Väkivallan välttäminen voidaan nimittäin tulkita turvaamistoimien onnistumiseksi, mutta tosiasiasa tietämättä olisiko

vähemmän rajoittava menettely johtanut samaan tai jopa parempaan tulokseen. Arvioijan sekä myönteiset että kielteiset henkilökohtaiset kokemukset, esimerkiksi toistuva joutuminen väkivaltauhan kohteeksi, saattavat muokata arvioitavasta saatavaa kuvaa harhaanjohtavasti. Jopa arvioitavan ulkoinen olemus ja arvioijan rooli joko syyttäjän tai puolustuksen apuna on arvioitu tai todettu mahdolliseksi vääristäviksi tekijöiksi, joista hyvin koulutettukaan arvioija ei aina ole tietoinen.

Eräs näkemys on se, että aktuaarinen eli matemaattinen laskentatapa, joka perustuu aiempien elämänvaiheiden yksiselitteisiin faktoihin, olisi riittävän hyvä, eikä arvioitavan tutkiminen erillisellä tutkimusjaksolla strukturoidun ammatillisen arvioinnin menetelmin tuottaisi mitään mainittavaa hyötyä. Tällöin todetut riskitekijät vain koottaisiin yksiselitteisten faktojen nojalla, ja muotoutettaisiin tarkkojen sääntöjen ja painotusten nojalla algoritmisesti tietyksi riskilukemaksi. Perinteiset aktuaariset menetelmät eivät ota huomioon hoidollisten asiaan puuttumisten mahdollista vaikutusta. Nytemmin on kuitenkin kehitelty myös aktuaarisiksi katsottavia menetelmiä, jotka ottavat huomioon tavalla tai toisella myös arviointitilanteen aikaiset tekijät.

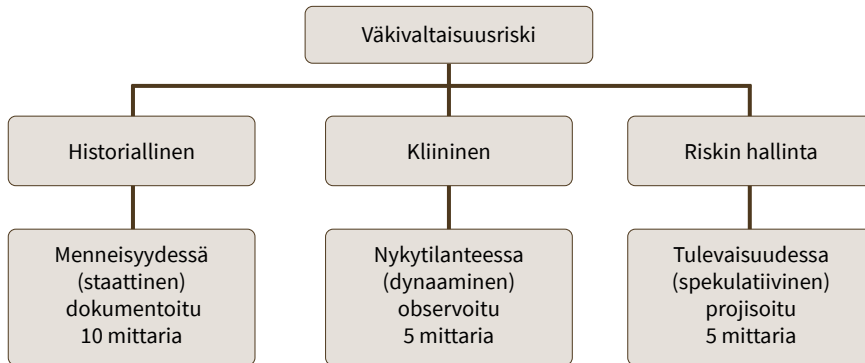
Psychopathy Checklist Revised eli psykopatiapiirrelista (PCL-R) on 20-kohmainen arviointiasteikko, jonka jokainen kohta arvioidaan joko nollan, yhden tai kahden pisteen arvoiseksi kaiken sen tiedon pohjalta, mitä luotettaviksi katsotut asiakirjatiedot ja psykiatrinen haastattelu yhdessä tuottavat. Menetelmällä haetaan tietyyppistä epäsosiaalisen persoonallisuushäiriön kärjistymää, jossa on mukana kärjistyneen narsistisia piirteitä. Tällaista häiriötä ei voi mitenkään luotettavasti tunnistaa pelkän haastattelun perusteella. Pisteytys edellyttää yleensä noin puolestatoista kahteen tuntiin haastattelutyötä ja tunnin verran asiakirja-aineiston läpikäymistä. Asiakirja-aineiston keruu taas edellyttää laajaa ja luotettavaa esityötä. Suuntaa antava arvio esimerkiksi vankeustuomion aikaisen väkivaltaisuuuden todennäköisyydestä saattaa kuitenkin muodostua jo pelkän asiakirjatiedon ja 12-kohtaisen arvioinnin varassa, mistä käytetään nimitystä PCL-R-SV (screening version). PCL-R:n sisällä on erilaisia osatekijöitä, kuten toisaalta ihmissuhteisiin liittyvää manipuloivuutta ja epärehellisyttä, toisaalta aggressiivista pidäkkeettömyyttä, mutta näiden muodostama kokonaisuus ennustaa rikosten uusintaa ja myös väkivaltaa. Vuonna 1985 valmistunut versio PCL-R:stä on hyvin paljon käytetty ja psykometrisiltä ja käytännöllisiltä ominaisuuksiltaan perinpohjaisesti tutkittu (ks. esim. Verschuere ja Kaat 2020).

Asosiaalinen persoonallisuushäiriö ja psykopatia ovat hyvin keskeisiä väkivaltaa ennustavia tekijöitä. Suomalaisessa vankiaineistossa, jossa psykopatian kriteeriksi asetettiin vähintään 27 pistettä psykopatiapiirrelistan 40 mahdollisesta pisteestä, antisosiaalinen persoonallisuus oli 85 prosentilla vahvasti psykopatiapiirteisistä henkilöistä ja 60 prosentilla muista (Jüriloo ym. 2014). PCL-R ei kuitenkaan riitä ainoaksi väkivaltariskin arvioinnin menetelmäksi, sillä esimerkiksi psykooseihin liittyy sen ulkopuolelle jääviä riskitekijöitä, eikä asteikko ennusta naisten väkivaltariskiä yhtä hyvin kuin miesten.

**PSYKOPATIAPIIRRELISTA (Psychopathy Check List Revised)**

1. Lipevyys / pinnallinen viehätysoima
2. Vahvalta vaikuttava omanarvontunto
3. Stimulaation tarve / taipumus ikävystymiseen
4. Patologinen valehtelu
5. Petkuttaminen/manipulointi
6. Katumuksen ja syyllisyydentunteen puuttuminen
7. Tunteiden pinnallisuus
8. Kovuus ja tunteettomuus / empatian puuttuminen
9. Loismainen elämäntyyli
10. Heikko käyttäytymisen kontrolli
11. Seksuaalinen holtittomuus (promiskuiteetti)
12. Varhaiset käyttäytymisongelmat
13. Realististen pitkän tähtäimen päämäärien puuttuminen
14. Impulsiivisuus
15. Vastuuttomuus
16. Kyvyttömyys ottaa vastuuta omasta käyttäytymisestä
17. Useita lyhytaikaisia avo- tai aviosuhteita
18. Nuorisorikollisuus
19. Ehdonalaisen vapauden peruutus
20. Monipuolinen rikollisuus

Historical, Clinical and Risk Items -menetelmä (HRC-20) vuodelta 1997 oli aluksi PCL-R:n tapaan 20-kohtainen 0–40 pistettä tuottava riskinarviointimenetelmä. Siitä on sittemmin kehitetty uusia, joustavamman tulkinnan mahdollistavia versioita, joissa ei enää tukeuduta yksiselitteisesti kokonaispisteytykseen, vaan punnitaan myös kunkin arvioitavan näkökohdan merkitystä tutkittavan yksilön elämässä. Se soveltuu mahdollisesti hieman paremmin esimerkiksi psykoottisesta sairaudesta kärsivien sairaalapotilaiden arviointiin kuin PCL-R. Se koostuu kymmenestä esitietoihin nojaavasta (historical) arviointikriteeristä, viidestä ajankohtaisesta kliinisestä (clinical) kriteeristä ja viidestä arvioijan oletuksesta, jotka koskevat tutkittavan riskitekijöitä vapaudessa. Esitietoihin nojaava osuus ennustaa väkivaltaa parhaiten, tulevaisuuteen projisoitava osuus seuraavaksi parhaiten ja ajankohtainen kliininen osuus heikoiten. On kuitenkin syytä olettaa, että ajankohtaisesti tutkimuksen yhteydessä tehtävät kliiniset havainnot vaikuttavat myös tulevaisuuteen projisoitavien kohtien pisteytykseen.



Kuvio 16.3.1. HCR-20-menetelmän arviointikriteerit.

Havainto saattaa heijastella myös sitä ongelmaa, joka on liittynyt 1970-luvun vaarallisuusarvioiden selkeään heikkouteen: kliininen tila vaihtelee eikä välttämättä ennusta juuri lainkaan käyttäytymistä pitkällä aikavälillä. Esimerkiksi HCR-skaalan kliinisen tilan arvioinnin viisi kohtaa, oivallus omista ongelmista, väkivaltaiset aiheet tai aikomukset, vakavan mielenterveyden häiriön oireet, epävakaus ja vaste hoitoon tai valvontaan voivat muuttua varsin nopeasti.

Toinen perinteisten, kliiniseen vaikutelmaan nojanneiden vaarallisuusarvioiden ongelma on saattanut olla se, että riittävän älykäs psykopaattinen arvioitava kykenee usein antamaan itsestään tutkimustilanteessa hyvin myönteisen kuvan hoitoon reagoimisesta tai muusta merkittävästä muutoksesta silloinkin, kun mitään tosiasiallista muutosta ei ole tapahtunut.

## Mitä ajatella eri menetelmien käytettävyydestä?

Punnittaessa väkivaltariskin arvioimisen hyötyjä ja haittoja on otettava huomioon se, että riskiarviointi on jatkuvasti kehittyvä toimintamuoto. Sen tieteellisen tarkastelun historia on lyhyt, mutta uusia tieteellisiä ja suuriin aineistoihin nojaavia raportteja näyttää syntyvän kiihtyvällä tahdilla Joissain yhteyksissä on jo esitetty myös biologisten tekijöiden huomioimista perinteisten behavioraalisten näkökoh- tien ohessa.

Riskiarvioiden suuntaa antava merkitys on osoitettu monissa maissa, joskaan ei kaikissa alakulttuureissa ja etnisissä ryhmissä. Tämän lisäksi arviointimenetelmien kehittäminen edellyttää niiden käyttämistä ja osuvuuden tarkastelua. Jälkimmäistä vaikeuttaa kuitenkin olennaisesti se, että strukturoidun ammatillisen arvioinnin yhteydessä erityisesti korkeaksi arvioidun riskin yhteydessä pyritään samalla ehdottamaan tai luomaan riskiä vähentäviä interventioita. Lisäksi korkean

riskin arvioon mahdollisesti liittyvä pidempi vankeus- tai hoitoaika jo itsessään laskee riskiä menetelmästä riippumatta. Suomessa on kuitenkin hiljattain esitetty nykyistä arviointitapaa kohtaan voimakasta kritiikkiä, koska korkeaksi arvioituunkaan väkivaltariskiin ei ole liittynyt korkeaa uusintarikollisuutta (Tolvanen ym. 2021). Raportissa esitettiin, että elinkautisvangin vapauttamiseen liittyvä väkivaltariskin arviointi voi pahimmillaan pidentää vankeusrangaistuksia rikosoikeudellisesti ja tutkimuksellisesti kestävämmillä perusteilla Arvioita tekevien asiantuntijoiden tulisikin ajantasaisesti seurata niitä uusia tutkimustuloksia, joita riskinarviointia koskeva yhä laajempi tieteellinen tutkimus tuottaa.

Yksiselitteisen osuvuustutkimukseen perustuvan väittelyn sijaan on kenties hedelmällisempää selvittää ja pohtia sitä, kuinka arvioiden tuloksia sovelletaan. Lienee selvää, että joko matalaan tai korkeaan oletettuun riskiin liittyvät perustellut vaihtelevat vakuuttavuutensa ja dokumentointinsa pitävyyden osalta, joissain tapauksissa ehkä hyvinkin paljon. Lisäksi sekä suojaavat että riskiä lisäävät tekijät ovat tapauskohtaisesti joko enemmän tai vähemmän pysyviä pitkällä aikavälillä. Lausuntoihin onkin syytä liittää kuvaus arvioinnin mahdollisista ongelmista, kuten johtopäätösten perusteena olevien näkökohtien mahdollisesta epävarmuudesta. Tutkimustieto viittaa siihen, että tuomioistuimet joissain maissa saattavat liikaakin perustaa ratkaisunsa lausuntoihin, jotka eivät ole kovin vahvalla pohjalla. Ajankohtaisin ja laajin nyt käytettävissä oleva katsaus käytetyimmän ja tunnetuimman strukturoidun ammatillisen arvion, HCR-20-menetelmän, eri versioiden käyttöarvosta ja ongelmakohdista on suositeltavaa luettavaa (de Vogel ja työryhmä 2022).

HCR-20-menetelmien reliabiliteetti on osoittautunut suuntaa antavana mielekkääksi hyvin erilaisissa kohderyhmissä. Johtopäätös riskistä suositellaan esitettäväksi kolmiportaisella riskiasteikolla: matala, keskitasoinen tai korkea. Myös niiden validiteetti on osoittautunut hyväksi: ne ennakoivat tulevaa väkivaltaisuutta ainakin jossain määrin, ottavat huomioon aiempien elämänvaiheiden jälkeisten olosuhteiden muuttumisen ja soveltuvat sekä miesten että naisten arviointiin.

Seksuaalirikosten uusiutumisen riskin arvioimisessa on syytä käyttää myös erityisesti näitä rikoksia ajatellen luotuja arviointitapoja. Esimerkiksi aiempien rikosten törkeys, rikosten laadun asteittainen paheneminen ja parafilioiden esiintyminen ennustavat uusimista, parafilian ollessa jopa psykopatiaakin merkittävämpi ennustekijä. Asteikoista Sexual Offender Risk Appraisal Guide (SORAG) antaa vertailuryhmiin suhteutetun arvion seksuaali- tai väkivaltarikoksen uusiutumisen todennäköisyydestä seitsemän ja kymmenen vuoden aikana. Tässäkin on muistettava, että laskelma prosentuaalisesta todennäköisyydestä rikoksen uusinnalle on vain näennäisesti eksakti.

Keskustelu psykiatrisen väkivaltariskin arvioinnin mielekkyydestä ja oikeutuksesta jatkuu. Toisaalta strukturoidut arviointimenetelmät on osoitettu osuvuudeltaan satunnaista arvausta selvästi paremmiksi, ja kehitys alalla jatkuu. Eräisiin psykiatrisiin häiriöihin liittyy hyvin dokumentoidusti kohonnut väkivallan riski,

mutta osa tutkijoista pitäytyy siinä näkemyksessä, että kun vakioidaan sukupuoli, aiempi väkivaltaisuus, lapsuuden kaltoinkohtelu, psykopatia, väkivaltaiset ajatukset ja vihan tunne, ei diagnoosille välttämättä jää näiden ulkopuolella selittävää asemaa (Elbogen ja Johnson 2009). Väkivaltariskin arvioiden käytännön kannalta asialla ei aina ole olennaista merkitystä.

### *Kirjallisuutta*

- Cocozza JJ, Steadman H J. Some refinements in the measurement and prediction of dangerous behavior. *Am J Psychiatry* 131(9):1012–4, 1974.
- de Vogel V, Beuf TD, Shepherd S, Shepherd S, Schneider RD. Violence Risk Assessment with the HCR-20V3 in Legal Contexts: A Critical Reflection. *Journal of Personality Assessment* <https://doi.org/10.1080/00223891.2021.2021925> . 21 Jan 2022.
- Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 66:152–61, 2009.
- Jüriloo A ym. Psychopathic traits in a representative sample of Finnish male prisoners. *Nord J Psychiatry*. 2014 Feb;68(2):117–22. doi: 10.3109/08039488.2013.780259. Epub 2013 Apr 8.
- Nilsson T, Munthe G, Gustavson C, Forsman A, Anckarsäter H. The precarious practice of forensic psychiatric risk assessments. *Int J Law Psychiatry*. 2009 Nov-Dec;32(6):400–407.
- Tolvanen, M, Keski-Valkama, A, Koskela, T, Pajuoja, J, Rautanen, M, Tiihonen, J, Tyni, S, Törölä, M, Eskelinen, E. Vaarallisuuden ja väkivaltariskin arvioiminen. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2021:70. <http://urn.fi/URN:IS-BN:978-952-383-366-1>
- Verschuere B, Kaat L.T. What Are the Core Features of Psychopathy? A Prototypicality Analysis Using the Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R). *J Pers Disord* 2020 Jun;34(3):410–419. doi: 10.1521/pedi\_2019\_33\_396. Epub 2019 Jan 16.

## 16.4 Lausunto syyntakeisuudesta asiakirjojen perusteella

### Tutkimuksen tarkoitus

Mielentilatutkimuksen määrää tuomioistuin. Tuomioistuin voi harkitessaan pyytää varsinaisen sairaalassa tehtävän mielentilatutkimuksen sijaan myös asiakirjoihin perustuvaa asiantuntijalausuntoa rikokseen syyllistyneen tai sellaisesta epäillyn henkilön syyntakeisuudesta. Tällaisesta menettelystä ei ole nimenomaista lainsäädäntöä, vaan menettely perustuu käytännössä oikeudenkäymiskaaren 17 luvun 34–36 §:n nojalla tapahtuvaan asiantuntijatodisteluun. Useimmiten tuomioistuin pyytää lausuntoa THL:ltä, joka tuottaa sen itse. Asiakirjoihin perustuva lausunto laaditaan samoin periaattein kuin sairaalan mielentilatutkimukseen pohjautuva lausunto siten, että se palvelee tuomioistuimen päätöksentekoa mahdollisimman hyvin. Mielentilalausunnoilla on rikosoikeudenkäynneissä usein suuri painoarvo (ks. esim. KKO 2018:30). Tämän vuoksi lausunnossa tuodaan selkeästi ja perustellen esille kaikki syyntakeisuuden kannalta merkittävä tieto. Viimeisten kymmenen vuoden aikana on annettu lähes 40 asiakirjoihin perustuvaa lausuntoa, joissa teot olivat pääosin muita kuin kuolemaan johtavia tekoja, tavallisimmin pahoinpitelyitä, virkamiehen väkivaltaisia vastustamisia, ryöstöjä/näpistyksiä, liikenne rikoksia, laittomia uhkauksia ja vainoamisia. Karkeasti puolet tekijöistä arvioitiin syyntakeettomiksi ja viidennes alentuneesti syyntakeisiksi. Yhteensä noin kolmannes arvioitiin syyntakeisiksi tai syyntakeisuusarviota ei voitu antaa asiakirjojen perusteella.



## Tiedonsaanti

Varsinaisesta mielentilatutkimuksesta poiketen, asiakirjojen perusteella annettava lausunto laaditaan ainoastaan asiakirjatietojen pohjalta. Lausuntoon ei siten sisälly tutkittavalta itseltään tai läheisiltään pyydettyjä tietoja, kyseessä olevan henkilön terveydentilan kliinistä tutkimusta tai keskusteluja hänen kanssaan. Lausunto asiakirjojen perusteella laaditaan julkisista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista saataviin asiakirjatietoihin pohjautuen. Tuomioistuimen lähetteen sisältämien oikeudenasiakirjojen tietojen perusteella pyydetään tutkittavasta henkilöstä sellaisista julkisista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tuottavista yksiköistä, joissa hän on todennäköisimmin asioinut tai joiden palvelujen piirissä hän mitä ilmeisimmin on elämänsä varrella ollut tai edelleen on. Myös väestötieto- ja rikosrekisterikeskuksesta sekä muualta julkisen sektorin toimijoilta kootaan tarpeen mukaan tietoja. Asiakirjatietoja saatetaan tarvita lisää selvityksen edetessä, mikä toisinaan saattaa viivästyttää lausunnon valmistumista. Tuomioistuimen läheteasiakirjat muodostavat perustan laadittavalle lausunnolle. Kyseessä olevan teon tai tekojen kuvauksen, rangaistusvaatimuksen ja esitutkintapöytäkirjojen asianmukainen selostus on olennainen osa laadittavaa tutkimuslausuntoa. Varsinaisia mielentilatutkimuksia koskevaa lainsäädäntöä (THL laki 5 g § (26.4.2019/553) on hyödynnetty myös asiakirjalausuntojen tietojen kokoamiseen. Tätä voidaan kuitenkin pitää ongelmallisena, koska sanottu lainkohta mahdollistaa tietojen saamisen salassapitosäännösten estämättä vain mielentilatutkimusten suorittamiseksi eikä asiakirjoihin perustuvassa asiantuntijalausunnossa ole kysymys varsinaisesta mielentilatutkimuksesta (ks. myös Ahlgren-Rimpiläinen ym. 2021, s. 176).

## Lausunnon rakenne ja sisältö

Asiakirjojen perusteella annettava lausunto noudattaa pääpiirteissään varsinaisen mielentilatutkimuslausunnon sisältöä ja rakennetta (luku 16.1), lukuun ottamatta tutkittavan itsensä antamia tai hänen kliiniseen tutkimukseensa perustavia tietoja. Kuten varsinaisessa mielentilalausunnossa, myös asiakirjalausunnossa on tarkoitus kuvata ja arvioida tutkittavan psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä erityisesti rikoksen/rikosten tekoajankohtana ja suhteessa siihen/niihin. Tutkittavasta ja hänen taustastaan hankituista tiedoista pyritään tuomaan esille erityisesti ne seikat, joilla on merkitystä syyntakeisuuden arvioinnissa. Lausunnossa on kuvattava, minkälainen tutkittavan terveydentila on ollut erityisesti ennen kyseessä olevaa tekoa ja sen jälkeen ja, jos mahdollista arvioida asiakirjojen perusteella, tutkittavan henkilön mielentilaa tekohetkellä. Lausuntoon kirjataan kronologisessa järjestyksessä tutkittavasta saatujen tietojen perusteella erityisesti hänen terveydentilaansa koskevat olennaiset seikat, kuten psyykkistä tilaa kuvaavat oireet, diagnoosit tai selvittelyä edellyttäneet terveydentilan ongelmat sekä paikat ja ajanjaksot, jolloin

henkilö on ollut tutkittavana tai hoidettavana. Myös oleelliset somaattisen terveydentilan tutkimukset ja sairaudet, mukaan lukien mahdollinen päihdekäyttö, sen laajuus ja päihdehuollon toimenpiteet, kuvataan lausunnossa. Erityisesti on kuvattava oleellisin osin henkilöllä ilmenneet psyykkiset oireet, mahdollisen psykiatrisen häiriön tai sairauden kehityskulkua ja niiden toteamista ilmentävät seikat.

## Lausunnon yhteenveto ja johtopäätökset

Lausunnon yhteenvedossa käsitellään tutkittavan henkilön elämäntilannetta ja terveydentilaa kyseessä olevan teon tapahtuma-aikaan asti ja sen jälkeen, siten kuin näillä on katsottava olevan merkitystä tai syy-yhteyttä kyseessä olevaan tekoon tai tekoihin. Kyseessä oleva teko tai teot rikosnimikkeineen mainitaan.

Kuten varsinaisessa mielentilatutkimuksessa, myös asiakirjojen perusteella tehtävässä syyntakeisuusarviossa punnitaan tutkittavan psyykkistä tilaa teon/tekojen aikana sekä tämän tilan suhdetta tekoon/tekoihin. Psyykkisen tilan ja/tai älyllisten kykytekijöiden syy-yhteyttä tai syy-yhteyden puuttumista tekoon nähden perustellaan siten kuin se asiakirjojen ja niistä ilmenevien tosiasioiden perusteella on mahdollista. Lausunnossa arvioidaan, missä määrin tutkittava on kyennyt ymmärtämään tekonsa/tekojensa tosiasiallista luonnetta ja oikeudenvastaisuutta sekä missä määrin hän on kyennyt säätelemään käyttäytymistään teon/tekojen hetkellä. Käyttäytymisen säätelyä arvioitaessa perustellaan sitä, onko tutkittava ollut kykenevä harkitsemaan tekoaan, olisiko hän kyennyt tilanteessa valitsemaan toimia toisin tai olisiko hän voinut pidättäytyä teosta tai keskeyttää sen. Jos tekoja on useampia, lausunnossa esitetään selkeästi ja perustellusti käsitys syyntakeisuudesta kunkin teon suhteen erikseen. Jos tutkittavalle on aikaisemmin tehty mielentilatutkimus ja jos syyntakeisuus arvioidaan eri tavoin kuin aiemmin, tulee johtopäätöksissä käsitellä tätä eroavaisuutta.

Lausunnon päätteeksi annetaan arvio henkilön syyntakeisuudesta kyseessä olevan teon/tekojen suhteen. Jos syyntakeisuutta ei voida lainkaan tai luotettavasti käytettävissä olevien asiakirjatietojen perusteella arvioida, esimerkiksi teon aikaisen asiakirjojen tai asiakirjamerkintöjen puutteellisuuden vuoksi, on tämä tuotava esiin johtopäätöksissä. Tällöin voidaan lausunnon lopputulemissa ottaa kantaa täydellisen eli varsinaisen mielentilatutkimuksen tarpeellisuudesta. Asiakirjoihin perustuvan lausunnon perusteella, ilman henkilökohtaiseen tapaamiseen perustuva kliinistä tutkimista, ei voida antaa tutkittavasta henkilöstä tautiluokituksen mukaista diagnoosia eikä arvioida tahdosta riippumattoman hoitoonmääräämisen edellytysten täyttymistä. Asiakirjoista ilmenevien diagnoosien paikkansapitävyyden teon hetkellä ja ajankohtaisesti voi lausunnossa ottaa kantaa, jos se käytettävissä olevien asiakirjojen perusteella vaikuttaa olevan mahdollista.

## Hoidon tarpeen arvio

Jos tuomioistuin jättää rikoksesta syytetyn henkilön hänen mielentilansa vuoksi syyntakeettomana rangaistukseen tuomitsematta asiakirjoihin perustuvan lausunnon perusteella, tuomioistuin voi saattaa kysymyksen henkilön hoidon tarpeesta selvittäväksi, ellei se ole ilmeisen tarpeetonta (MTL 21 §). Tällainen tilanne voi olla kyseessä esimerkiksi silloin, jos henkilö on ajankohtaisen vakavan terveydentilan heikentymisen tai mielenterveydenhäiriön vuoksi sairaalahoidossa tai teon hetkellä oireillut vakava mielenterveydenhäiriö on jo hoitotasapainossa. Tuomioistuimen pyytessä lausuntoa hoidon tarpeesta, THL voi ensiksi pyytää kyseisen henkilön hoidosta vastaavalta lääkäriltä lausuntoa siitä, täyttyvätkö ajankohtaisesti henkilön kohdalla mielenterveyslain 8 § mukaiset hoitoonmääräämisen edellytykset. Jos tällainen menettely ei tule kyseeseen, esimerkiksi jos henkilö ei ole hoidon piirissä, on tavoittamattomissa tai muutoin osoittautuu, että kattavaa lausuntoa ei voida asiassa toimittaa, THL voi määrätä henkilön tutkittavaksi sairaalaan sairaanhoidon tarpeen selvittämiseksi. Sairaalan on 30 vuorokauden kuluessa annettava lausunto THL:lle henkilön sairaanhoidon tarpeesta. THL käsittelee asian ja antaa asiassa tuomioistuimelle oman lausuntonsa. THL:n on määrättävä henkilö tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon mielenterveyslain 8 §:n mukaisten edellytysten täytyessä. THL määrää myös henkilön hoidon aloittamisen paikan. Hoito toteutetaan oikeuspsykiatrisena hoitona hoitoonmääräämispäätöksestä alkaen (MTL 22 §).

Viime vuosina hoidontarpeen arvioita on pyydetty vain muutamia vuosittain. Tuomioistuinkäsittelyssä olisi aiheellista kiinnittää huomiota tähän mahdollisuuteen niissä tilanteissa, joissa syyntakeisuusarviointi annetaan asiakirjojen perusteella, sillä ilman MTL 22 § mukaista menettelyä henkilöä ei voida saattaa oikeuspsykiatrisen hoidon piiriin, vaikka se olisi hänen etunsa mukaista.

## Kirjallisuutta

- Ahlgren-Rimpiläinen A ym. Mielentilatutkimusten väheneminen ja väkivaltarikollisten psykiatrisen hoito. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2021:30.
- Mielenterveyslaki (1116/1990), <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- Oikeudenkäymiskaari (4/1734), <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1734/17340004000>
- <https://www.finlex.fi/fi/oikeus/kko/kko/2018/20180030>
- Mielentila -ja vaarallisuus-arvio opas ([https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137277/URN\\_ISBN\\_978-952-343-244-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137277/URN_ISBN_978-952-343-244-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y);
- [www.thl.fi/oikeuspsykiatria](http://www.thl.fi/oikeuspsykiatria)
- Laki kehitysvammaisten erityishuollosta (519/1977), <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1977/19770519>
- Laki terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksesta (668/2008), <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2008/20080668> Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta (Julkisuuslaki, 621/1999), <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990621>
- Rikoslaki (39/1889), <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001>

## 17 Valvonta-aika

**M**ielentilatutkimuksen jälkeen hoitoon määrätyn oikeuspsykiatrisen potilaan hoito aloitetaan sairaalassa, usein valtion mielisairaalassa tai muussa sairaalassa, jossa on oikeuspsykiatrisen hoidon edellyttämä osaaminen ja valmiudet. Samoin kuin yleispsykiatrisella potilaalla, myös oikeuspsykiatrisen potilaan hoitoonmääräämispäätökset (hoidon jatkaminen) alistetaan hallinto-oikeudelle. Oikeuspsykiatrisen potilaan hoidon lopettamista koskeva päätös alistetaan THL:lle, jolloin oikeuspsykiatristen asioiden lautakunta voi vahvistaa tai hylätä päätöksen. Kun valvonta-ajalle päästäminen on ajankohtaista, sairaala esittää THL:lle valvonta-ajan aloittamista. THL voi joko vahvistaa tai hylätä sairaalan esityksen. Jos ratkaisu on myönteinen, THL voi sisällyttää siihen lääketieteellisiä ehtoja, jotka liittyvät henkilön selviytymiseen valvonta-ajalla. Tällaisia voivat olla esimerkiksi lääkeainepitoisuuksien mittaaminen, huumausaineseulojen ottaminen tai velvoite alkoholiriippuuden hoitamisesta. Valvonta-aika voi kestää kerrallaan kuusi kuukautta. Ennen hoitoonmääräämispäätöksen ja valvonta-aikaa koskevan määräajan umpeutumista, sairaalan on joko esitettävä henkilön valvonta-aikaa jatkettavaksi tai sen lopettamista. THL ratkaisee asian.

### Siirtyminen valvonta-ajalle

Potilaan kuntoutumisen edistyttyä sairaalassa siinä määrin, että avohoidossa harjoittelun katsotaan olevan tarkoituksenmukaista, aloittaa sairaala valvottuun avohoitoon siirtymisen valmistelut. Tämä voi tarkoittaa sitä, että potilas käy aluksi lyhyillä koeluontoisilla harjoittelujaksoilla sairaalan ulkopuolella. Harjoittelujaksojen aikana sekä potilas että hoidosta vastaava taho voivat saada käsitystä siitä, ovatko suunnitellut hoidon ja asumisen olosuhteet otolliset onnistuneelle valvonta-ajalle. Harjoittelujaksot eivät ole välttämättömiä, mutta ne tukevat siirtymistä esimerkiksi sopivan palveluasumisen tai avohoitoyksikön tuen piiriin ja voivat

näin luoda paremmat edellytykset keskeytymättömälle hoidolle ja pitkäaikaiselle selviytymiselle sairaalan ulkopuolella. Potilas voi siirtyä sairaalassa tehdyn yksilöllisen hoitosuunnitelman mukaisesti hoidon ja arjessa selviytymisessä tarvitsemansa palvelun pariin. Sopivan asumispalvelun kartoittaminen on olennainen osa hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Hoitosuunnitelmaa tulee tarkentaa kuntoutumisen edetessä, ja hoitoa tulee keventää tai tiivistää potilaan tilanteen kulloinkin edellyttämällä tavalla.

Potilas voi myös siirtyä asumaan sairaalasta omaan asuntoon tai kotiinsa. Valvonta-ajalle siirtymiselle ja kuntoutumiselle on edellytykset silloin, kun päätös perustuu potilaan kokonaistilanteen arviointiin ja hänen oman mielipiteensä selvittämiseen, eikä oleellisia esteitä ole ja riskien arvioidaan olevan sairaalan ulkopuolellakin hallittavissa. Kolmen viikon pituinen harjoittelujakso sairaalan ulkopuolella on kliinisen hoitovasteen seurannan ja lääkehoitokäytäntöjen, esimerkiksi pitkäaikaispistosten annostelun, vuoksi perusteltu enimmäissuositus. Kun harjoittelut ovat toteutuneet onnistuneesti, hoidosta sairaalassa vastaava lääkäri voi esittää potilaan päästämistä valvonta-ajalle. Tällöin potilas voi jatkaa hoitosuunnitelmansa mukaista avohoito-ohjelmaa ja asua valvonta-ajalla sovitussa asumisyksikössä tai asunnossa. Avohoito järjestetään poliklinikalla tai mielen-terveyskeskuksessa, jossa on valmiudet ja osaamista toteuttaa oikeuspsykiatrisen potilaan hoitoa. Suurimmilla hyvinvointialueilla avohoito järjestetään oikeuspsykiatrian poliklinikoilla, mutta periaatteessa kaikki psykiatrian poliklinikat voivat toteuttaa hoitoa.

Potilaan siirtyessä valvonta-ajalle, hän tapaa avohoidon yksikössään lääkäriä hoitosuunnitelmansa mukaisesti, kuitenkin vähintään kerran kuukaudessa. Lisäksi hän tapaa yleensä kahden viikon välein sairaanhoitajaa tai muita hoitotiimin jäseniä. Avohoidossa tulee olla riittävä tuki arjen toimivuuteen sekä tiivis seuranta, jotta mahdollisiin psyykkisen voimien muutoksiin voidaan reagoida nopeasti. Valvonta-ajalla potilaan hoitoa toteutetaan mielen-terveyslain mukaisesti tahdosta riippumatta, ja potilas on myös edelleen kirjoilla sairaalassa. Mikäli potilaan psyykkinen tila heikkenee, hänet voidaan toimittaa takaisin sairaalaan, tarvittaessa myös poliisilta pyydetyn virka-avun turvin. Potilaan voimien heikentyessä siinä määrin, että sairaalahoidon tarve on ilmeistä, valvonta-aika keskeytetään. Samoin toimitaan, jos aikaisemmin hyvässä hoitotasapainossa olleen potilaan psyykkinen vointi muuttuu selvästi hänen mielisairaudelleen ominaisella tavalla. Mikäli kyse on vain lyhyestä kriisiluonteisesta, ohimenevästä sairaalahoidosta edellyttäneestä tilanteesta, valvonta-aika voi jatkua. Asiasta on aiheellista olla yhteydessä THL:ään. Valvonta-ajan keskeytymisestä tulee aina ilmoittaa THL:lle. Oikeuspsykiatrisen potilaan psyykkisen tilan heikentyessä hänet voidaan viipymättä palauttaa hoidosta vastuussa olevaan sairaalaan ilman MTL 9-12§:n mukaista menettelyä.

Valvonta-ajalla potilas käy puolivuositain sairaalassa terveydentilan arvioinnissa, ja tämän perusteella tehdään esitys THL:lle valvonta-ajan jatkamisesta tai tahdosta riippumattoman hoidon lopettamisesta. THL:n vahvistaessa sairaalan

tekemän hoidon lopettamista koskevan päätöksen, myös valvonta-aika päättyy. THL voi päätöksessään poiketa sairaalan esityksestä tai päätöksestä. Suositus valvonta-aikaa koskevan esityksen laatimisesta löytyy THL:n verkkosivuilta.

Valvonta-ajalla potilaan hoitoa toteutetaan monelta osin samoin, kuin muidenkin psykiatristen potilaiden kohdalla. Oikeuspsykiatrisen potilaan hoito eroaa yleispsykiatrialla annettavasta hoidosta kuitenkin siten, että keskeistä on muun hoidon ja kuntoutumisen ohella järjestää riittävän tiivis ja riskitietoinen seuranta sekä huomioida THL:n rooli hoidossa.

## Valvonta-ajan päättäminen

Valvonta-aika päätetään, kun tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset eivät enää täyty, ja avohoito katsotaan potilaalle soveltuvaaksi ja riittäväksi. Potilaan kuntoutumisen edettyä tähän vaiheeseen sairaala tekee tahdosta riippumattoman hoidon lopettamista koskevan päätöksen (M3) ja samalla käytännössä esittää myös valvonta-ajan päättämistä THL:lle. Arviossa on aiheellista huomioida, kuinka riskikäyttäytyminen on hallittavissa vapaaehtoisuuteen perustuvassa hoidossa, tai onko erityisiä riskejä enää tarpeen erikseen huomioida hoidossa.

THL voi hyvinvointialueen sairaalan esityksestä riippumatta, katsoessaan potilaan kohdalla hoitoonmääräämisen edellytysten lain mukaisesti edelleen täyttyvän, määrätä henkilön tahdosta riippumattomaan hoitoon sekä jatkaa valvonta-aikaa tai palauttaa potilaan takaisin sairaalaan. Valvonta-ajan päätyttyä tarvittava jatkohoito toteutetaan yleensä siten, että potilas voi sitoutua jatkamaan avohoidossa tarpeenmukaista kuntoutumistaan hoitosuunnitelmansa mukaisesti ja hoitoverkostonsa kanssa yhteistyössä. Mielekäs arki ja yksilölliset tavoitteet on tärkeää huomioida kuntoutumispolkua suunniteltaessa. On tärkeää turvata hoidon jatkuvuus eli se, että valvonta-ajan päättyessä hoito-olosuhteet olisivat vakaat ja tukisivat riskinhallintaa, eikä tähän ajankohtaan tulisi ajoittaa suuria asumisen tai hoitotahon muutoksia.

## Potilasryhmästä

Monet oikeuspsykiatriset potilaat ovat sairastaneet vuosia, ja osalla sairaudenkuva on vaikea-asteinen. Kuntoutusta suunniteltaessa on huomioitava, että jotkut yksilöt voivat reagoida voimakkaammin olosuhteiden ja tilanteiden muutoksiin. Psykoosisairautta sairastavan henkilön toimintakyky saattaa tutussa ympäristössä näyttäytyä hyvänä, mutta heikentyä ympäristön muuttuessa. Valvonta-ajalla on pyrittävä järjestämään hoito- ja asuinolosuhteet pitkälti sellaisiksi, kuin niiden arvioidaan pidemmällä aikavälillä olevan. Valvonta-ajan päättämiseen tilanteessa, jossa potilaan kuntoutuksessa tullaan tekemään lähitulevaisuudessa isoja muutoksia, tulisikin tämän takia suhtautua kriittisesti.

Oikeuspsykiatrisilla potilailla on psykoosisairauden lisäksi usein myös muita hoitoon vaikuttavia tai sitä komplisoivia sairauksia tai diagnosoituja häiriöitä kuten päihde- sekä persoonallisuushäiriöitä. Kuntoutusta suunniteltaessa nämä tulisi huomioida. Varsin tavallinen tilanne on, että potilaan psykoosisairaus on tasapainossa, mutta päihdeongelma pysyy hallinnassa vain vaivoin. Tällöin vapaaehtoinen hoito saattaisi johtaa hallitsemattomaan päihdekäyttöön ja vaikeuttaa psykoosisairautta sekä lisätä riskiä väkivaltaiseen käyttäytymiseen tai muuhun riskikäyttäytymiseen. Toisaalta tavallista on myös, että valvonta-ajalla potilas kykenee ottamaan vastaan hoitoa, jolloin mainitut ongelmat ovat hyvin hallinnassa, mutta sairaudentunnotomuuden ja heikon hoitomotivaation takia vapaaehtoinen avohoito ei tulisi todennäköisesti toteutumaan. Etenkin silloin, kun potilaalla on esimerkiksi vaikea-asteisia häiriöitä ja psykiatrista oheissairastavuutta, on tärkeää tutkia potilas perusteellisesti ja tehdä riskiarviot huolellisesti. Näin voidaan hahmottaa, mistä potilas hyötyy eniten ja samalla arvioida, täyttyvätkö edellytykset tahdosta riippumattomaan hoitoon.

Oikeuspsykiatrisen potilaan hoito edellyttää jatkuvuutta, pitkäjänteisyyttä ja yksilöllistä suunnittelua. Toipuminen ja kuntoutuminen voivat tapahtua myös sangen joutuisasti, riippuen kuntoutujan mielisairauden luonteesta, henkilön omasta kyvystä hahmottaa sairauttaan, hänen hoitomyönteisyydestään, hänen omasta ja hoitoverkoston aktiivisuudesta sekä yhteistyön toimivuudesta. Pelkäämään hoitovastuutahon tekemät riskitekijöiden kartoittaminen ja riskien arviointi eivät riitä. Tärkeää on yhdessä potilaan kanssa pohtia riskejä ja toimenpiteitä niiden hallintaan saattamiseksi sekä pyrkiä vahvistamaan niitä henkilön vahvuuksia, jotka suojaavat häntä riskien kohoamiselta, ei-toivotulta käyttäytymiseltä ja voinnin heikkenemiseltä.

Pitkäaikaisetkaan psykoosioireet eivät aina tarkoita, että valvonta-aikaa ja tahdosta riippumatonta hoitoa ei voisi lopettaa. Mikäli tahdosta riippumattoman hoitoon määräämisen edellytykset eivät täyty, hoito tulee lopettaa. Esimerkiksi mielisairaudestaan pitkälle toipunut henkilö on päästettävä sairaalasta, jos hän kykenee noudattamaan hoitosuunnitelmaansa, sitoutumaan hoitoonsa, hahmotamaan sairauttaan ja sen hoidon tarvetta siten, että hoidon jatkuvuus ja riittävyys ovat turvattuina myös avohoidossa ja edellytykset selviytyä avohoidossa ovat olemassa. Osa potilaista kuntoutuu sairaalassa kohtuullisen toimintakykyiseksi, mutta valvonta-aika saattaa toistuvasti keskeytyä avohoidossa ilmenevien haasteiden takia. Ongelmina saattavat nousta esiin esimerkiksi psyykkisen voinnin heikkeneminen, päihteiden käyttö tai itseä tai muita vaarantava käyttäytyminen. Muutos sairaalahoidon ja avohoidon välillä voi toisinaan pitkän sairaalahoidon jälkeen osoittautua liian suureksi. Arvioinnissa tulisi pyrkiä määrittelemään tarkoin, miten tukitoimia tulisi tehostaa, jotta valvonta-aikaa kyettäisiin toteuttamaan.

## *Riskiarvioiden käyttäminen*

Riskiarviointimenetelmä valitaan tarpeen mukaan, ja sitä hyödynnetään osana kokonaisvaltaista päätöksentekoa luvuissa 20.2 ja 20.3 esitetyt periaatteet huomioiden. Keskeistä on potilaan ja hoitavan tahon luottamuksellinen ja toimiva hoitosuhde ja yhteistyö riskien tunnistamiseksi ja hallintakeinojen löytämiseksi. Hoitosuunnitelmaan tulee sisältyä riskinhallintasuunnitelma, jossa huomioidaan yksilölliset riskitekijät sekä vahvistetaan suojaavia tekijöitä. Käytettävissä olevien menetelmien varaan ei ole syytä kuitenkaan yksinomaan tukeutua,

## *Potilaan autonomia*

Vaikka oikeuspsykiatrinen hoito toteutetaan valvonta-ajan päättymiseen saakka tahdosta riippumattomana hoitona, tulisi potilaan voida koko hoidon ajan aktiivisesti osallistua hoitonsa suunnitteluun. Monet potilaat kokevat valvonta-ajallakin ollessaan ”pakkohoidon” psyykkisesti raskaana. Potilaan itsemääräämisoikeudelle on annettava sijaa kaikissa hoidon vaiheissa. Tahdosta riippumaton psykiatrinen hoito kaventaa hoitoon määrätyn henkilön itsemääräämisoikeutta ja puuttuu oikeuspsykiatrisen hoidon kyseessä ollessa usein pitkäaikaisestikin hänen eräisiin keskeisiin perustuslaillisiin oikeuksiinsa.

## *Kirjallisuutta*

- Lindberg M, Kaarre H, Ahlgrén-Rimpiläinen A.  
Oikeuspsykiatrisen potilaan valvonta-aika.  
Duodecim 2022;13 8(23):2073–9.  
thl.fi/aiheet/mielenterveys (tietoa oikeuspsykiatrisen potilaan hoidosta, lainsäädännöstä ja valvonta-ajan esityksien kirjoittamisesta).



## 18 Kansainväliset siirrot

Oikeuspsykiatrisen potilaan hoidon täytäntöönpanon siirto toiseen maahan on ollut Suomessa mahdollista mielenterveyslain (1116/2004) nojalla 1.1.2010 alkaen. Tätä ennen ei ollut säännöksiä vieraassa valtiossa hoitoon määrätyn Suomen kansalaisen tai Suomessa hoitoon määrätyn ulkomaalaisen henkilön mahdollisuudesta siirtyä kotimaahansa hoidettavaksi. Toisin kuin pääsääntöisesti muissa valtioissa, suomalaisessa järjestelmässä oikeuspsykiatrisen hoito ei ole seuraamus rikoslaissa sanktioiduksi säädetystä teosta, sillä rikoslaissa rangaistus-seuraamukseksi ei ole säädetty hoitoa. THL:n mielenterveyslain 17 §:n mukainen päätös vieraan valtion kansalaisen tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisestä mielentilatutkimuksen jälkeen on hallinnollinen hoitopäätös, kunnes se on alistettu Helsingin hallinto-oikeudelle mielenterveyslain 22 p §:n mukaisesti. Hallinto-oikeuden käsittelyn ja päätöksen vahvistamisen jälkeen voidaan puhua hoitoseuraamuksesta. Hoitoseuraamuksen täytäntöönpano on mielenterveyslain 4 b luvussa kuvatulla menettelyllä siirrettävissä toiseen valtioon.

Kansainvälisesti oikeuspsykiatriset järjestelmät eroavat toisistaan (ks. Kaarre ym. 2022). Tämän vuoksi onkin aina tapauskohtaisesti selvitettävä, onko hoitoseuraamuksen siirto perusteltua hoidon tarkoituksen saavuttamiseksi. Esimerkiksi Suomessa oikeuspsykiatrisen potilaan tahdosta riippumaton psykiatrisen hoito aloitetaan sairaalahoitona, ja avohoitoon siirtyminen on mahdollista vasta henkilön kuntouduttua siinä määrin, että hoito on tarkoituksenmukaista toteuttaa mielenterveyslain 18 a §:n tarkoittamassa valvotussa avohoidossa. Tämä saattaa käytännössä estää muissa valtioissa avohoitoon edenneiden tai suoraan niin kutsuttuun velvoitteeseen avohoitoon määrättyjen Suomen kansalaisten hoitoseuraamuksen siirtämisen Suomeen, mikäli mielenterveyslain 8 §:n psykiatrisen sairaalahoitoon määräämisen edellytykset eivät täyty heidän kohdallaan. Hoitoseuraamuksen täytäntöönpanon siirron toteutuminen onkin todennäköisintä, kun Suomen ja vieraan valtion välillä on siirron mahdollistava sopimus ja kun hoito voidaan vastaanottavassa maassa järjestää hoitoseuraamuksen edellyttämällä tavalla.

Hoitoseuraamuksen täytäntöönpanon siirtoja on käytännössä toteutunut tois-  
taiseksi vähän, harvemmin kuin kerran vuodessa. Yleisimmät syyt siirtoprosessin  
keskeytymiseen ovat siirron mahdollistavan kansainvälisen sopimuksen puuttu-  
minen, henkilön kotimaan olosuhteet, jotka eivät vastaa hoidon tarkoitusta, ja  
henkilön kieltäytyminen hoitoseuraamuksen siirrosta.

Hoitoseuraamuksen täytäntöönpanon siirtämisestä säädetään mielenterveys-  
lain 4 b luvussa. Täytäntöönpanon siirtämisen mahdollistaa neuvoston puitepäätös  
2008/909/YOS ja sen täytäntöönpanosta ja soveltamisesta säädetty laki tuomit-  
tujen siirtoa Euroopan unionissa koskevan puitepäätöksen lainsäädännön alaan  
kuuluvien säännösten kansallisesta täytäntöönpanosta ja puitepäätöksen sovelta-  
misesta (1169/2011, jäljempänä SiirtoL) sekä laki kansainvälisestä yhteistoimin-  
nasta eräiden rikosoikeudellisten seuraamusten täytäntöönpanossa (21/1987, jäl-  
jempänä täytäntöönpanolaki). Oikeusministeriö vastaa yhteydenpidosta vieraan  
valtion kanssa ja päättää hoitoseuraamuksen täytäntöönpanon siirtämisestä val-  
tioiden välillä. THL:n tehtävänä on puolestaan tutkia, onko hoitoseuraamuksen  
siirto perusteltua potilaan hoidon kannalta ja määrätä Suomeen siirrettävä hoito-  
seuraamukseen määrätty mielenterveyslain 8 §:n edellytysten täytyessä tahdosta  
riippumattomaan hoitoon.

## Suomen kansalaisen hoitoseuraamuksen täytäntöönpanon siirto Suomeen

Hoitoseuraamuksen täytäntöönpanon siirto Suomeen edellyttää täytäntöönpa-  
nolain 3 §:n mukaan kolmen ehdon täyttymistä. Ensinnäkin tuomion on oltava  
lainvoimainen ja täytäntöönpanokelpoinen siinä valtiossa, missä se on annettu.  
Toisekseen rikollisen teon, josta seuraamus on määrätty, on oltava Suomessa vas-  
taavissa olosuhteissa tehtynä Suomen lain mukaan rikos tai rikoksen johdosta ta-  
pahtuvasta luovuttamisesta Suomen ja muiden Euroopan unionin jäsenvaltioiden  
välillä annetun lain 3 §:ssä tarkoitettu teko.

Kolmanneksi valtio, jossa seuraamus on määrätty, on joko pyytänyt siirtoa tai  
suostunut siihen. Hoitoseuraamuksen täytäntöönpano voidaan kuitenkin pääsään-  
teisesti siirtää toiseen valtioon vain potilaan omalla suostumuksella. Poikkeuk-  
sista henkilön suostumukseen säädetään täytäntöönpanolain 3 ja 19 §:ssä.

Vieraassa valtiossa määrätyn seuraamuksen täytäntöönpanosta Suomessa  
päättää oikeusministeriö. Oikeusministeriö pyytää päätöstään varten THL:ltä lau-  
sunnon siitä, onko hoitoseuraamuksen täytäntöönpano Suomessa perusteltua hoi-  
don kannalta. Lausuntoaan varten THL tarvitsee käyttöönsä hoitoseuraamukseen  
määrätyn mielentilatutkimuslausunnon, ajankohtaiset potilaan (psykkistä) ter-  
veydentilaa koskevat potilaskertomukset ja selvityksen ajankohtaisesta terveyden-  
tilasta sekä hoitoseuraamukseen johtaneen teon johdosta annetun tuomion. THL  
ottaa lausunnossaan kantaa siihen, miten hoito Suomessa järjestettäisiin. Koska

mielenterveyslain 22 n §:n mukaan henkilö on sijoitettava valtion mielisairaalaan, voidaan hoidon tarve arvioida vain Niuvanniemen tai Vanhan Vaasan sairaaloissa.

Mikäli THL katsoo, ettei hoitoseuraamuksen täytäntöönpano Suomessa ole perusteltua hoidon tarkoituksen saavuttamiseksi, oikeusministeriö ei saa määrätä täytäntöönpanoa siirrettäväksi Suomeen. Henkilöllä on kuitenkin oikeus hakea oikeusministeriön päätökseen muutosta Helsingin hallinto-oikeudesta siirtoL 19.1 §:n mukaisesti.

Kun oikeusministeriö määrää hoitoseuraamuksen täytäntöön pantavaksi Suomessa, THL päättää mielenterveyslain 22 n §:n mukaisesti henkilön sijoittamisesta valtion mielisairaalaan. Tämän jälkeen valtion mielisairaala sopii viipymättä yhteistyössä vieraassa valtiossa hoitoseuraamukseen määrätyn henkilön hoidosta vastaavan terveydenhuollon yksikön kanssa henkilön saapumisesta Suomeen. Käytännössä henkilö noudetaan pääsääntöisesti sairaalaan suomalaiselta lentokentältä. Eduskunnan oikeusasiamies on linjannut, että hoitohenkilökunta ei voi käyttää voimakeinoja potilaan liikkumisvapauden rajoittamiseksi sairaalan alueen ulkopuolella tai potilaan noutamiseksi sairaalaan sairaalan alueen ulkopuolelta (EOAK/2495/2016 7.9.2017). Voimassa oleva lainsäädäntö poliisilta tällaisessa tilanteessa saatavan mahdollisen avun suhteen on tällä hetkellä puutteellista eikä nimenomaista asiaa koskevaa lainsäädäntöä ole. Asiasta on tarkoitus säätää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamista koskevan lainsäädännön uudistamisen yhteydessä, mutta asiaa koskevan lainsäädännön valmistelu on tätä kirjoitettaessa kesken. Kuljetuksen ja tahdosta riippumattoman hoidon tarpeen selvittämisen kustannukset korvaa THL valtion budjetista (Euroopan unionin neuvoston puitepäätös 2008/909/YOS, 24 artikla).

Vieraassa valtiossa määrätyn hoitoseuraamuksen perusteella henkilöä voidaan pitää Suomessa tahdosta riippumattomassa hoidossa enintään kuuden kuukauden ajan. THL:n tulee ennen tämän ajan päättymistä selvittää, onko henkilö tahdosta riippumattoman psykiatrisen sairaalahoidon tarpeessa. Sairaalan on näin ollen ryhdyttävä henkilön saavuttua viipymättä selvittämään hänen hoidon tarvettaan mielenterveyslain 21 §:ää soveltaen. Antaakseen lausunnon potilaan hoidon tarpeesta mielenterveyslain 21 §:n mukaisesti, valtion mielisairaala tarvitsee lähettävästä valtiosta käyttöönsä henkilön potilaskertomuksen ja tiedot ajankohtaisesta terveydentilasta lääke- ym. oleellisine hoitotietoineen hoitoseuraamuksen ajalta. Selvitys hoidon tarpeesta tulee toimittaa THL:lle viimeistään viiden kuukauden kuluttua henkilön saapumisesta Suomeen, jotta THL:lle on riittävästi aikaa tutkia asia ennen kuuden kuukauden määräajan täyttymistä ja määrätä tarvittaessa henkilö tahdosta riippumattomaan hoitoon. THL:n määrättyä henkilön oikeuspsykiatriseen tahdosta riippumattomaan hoitoon, hoidon kustannuksista vastaa kotikunta.

## Vieraan valtion kansalaisen hoitoseuraamuksen siirto kotimaahansa

Suomessa määrätty hoitoseuraamus saadaan jättää täytäntöönpantavaksi vieraassa valtiossa, jos tuomio on saanut lainvoiman ja vieras valtio on täytäntöönpanoa pyytänyt tai siihen suostunut siinä valtiossa, jonka kansalainen hoitoseuraamukseen määrätty on tai jossa hänellä on kotipaikka. Siirto edellyttää pääsääntöisesti myös hoitoseuraamukseen määrätyn suostumusta. Poikkeuksista henkilön suostumukseen säädetään täytäntöönpanolain 19 §:ssä. Suomessa määrätyn hoitoseuraamuksen jättämisestä pantavaksi täytäntöön vieraassa valtiossa päättää oikeusministeriö THL:n esityksestä.

### *Vireilletulo*

Kun THL on määrännyt vieraan valtion kansalaisen tahdosta riippumattomaan hoitoon mielentilatutkimuksen jälkeen, on sen mielenterveyslain 22 p §:n mukaisesti ryhdyttävä oikeusministeriön kanssa selvittämään, onko hoitoseuraamus Suomen ja vieraan valtion välillä tehdyn sopimuksen nojalla mahdollista siirtää pantavaksi täytäntöön vieraassa valtiossa. Oikeusministeriön mukaan myös diplomaattista reittiä voidaan käyttää, mikäli sopimusta Suomen ja vieraan valtion välillä ei ole. Mikäli täytäntöönpanon siirtäminen on mahdollista, ilmoittaa THL asiasta henkilön hoidosta vastaavan terveydenhuollon yksikön johtavalle lääkärille. Henkilön tuomion tultua lainvoimaiseksi THL alistaa henkilön voimassa olevan hoitoonmääräämispäätöksen Helsingin hallinto-oikeudelle.

### *Potilaan suostumuksen selvittäminen*

Mielenterveyslain 22 q §:n mukaan hoitoseuraamukseen määrätyn henkilön hoidosta vastaavan terveydenhuollon yksikön on järjestettävä kuulemistilaisuus, jossa hänelle on selvitettävä, mitä hoitoseuraamuksen siirtäminen pantavaksi täytäntöön vieraassa valtiossa merkitsee ja tiedusteltava, suostuuko hän täytäntöönpanon siirtoon. Potilas voi antaa suostumuksensa vain hoidostaan vastaavan yksikön johtavalle lääkärille. Suostumusta annettaessa on hoitoseuraamukseen määrätylle nimetyn avustajan, jos hän sellaista pyytää, ja edunvalvojan, jos sellainen on määrätty, oltava läsnä. Lain esitöissä (HE 2008:95 vp, s. 23) on korostettu avustajan määräämisen tärkeyttä hoitoseuraamukseen määrätylle kahdesta syystä. Ensinnäkin henkilö voi olla sairautensa vuoksi itse kykenemätön hoitamaan asiaansa ja toisekseen terveydenhuollon yksikön henkilökunnalla ei ole riittävää oikeudellista osaamista selvittää potilaalle kattavasti siirtämisen oikeusvaikutuksia. Täytäntöönpanolain 23 b §:n mukaan oikeusministeriö määrää avustajan ja korvaa tämän kulut. Hoitoseuraamukseen määrätyn suostumuksen vastaanottavan virkamiehen on varmistuttava siitä, että hoitoseuraamukseen määrätty ymmärtää suostumuksensa merkityksen.

Tilaisuudesta on laadittava pöytäkirja, joka toimitetaan THL:lle ja oikeusministeriölle. Pöytäkirjan liitteenä tulee olla selvitys siitä, että henkilö on vieraan valtion kansalainen, esimerkiksi kopio matkustusasiakirjasta (passi tai henkilökortti).

### *Hoitoseuraamuksen täytäntöönpanon siirtäminen*

Mikäli henkilö antaa suostumuksensa ja THL katsoo, että hoitoseuraamuksen jättäminen pantavaksi täytäntöön vieraassa valtiossa on perusteltua hoidon tarkoituksen saavuttamiseksi, esittää THL mielenterveyslain 22 r §:n mukaisesti hoitoseuraamuksen täytäntöönpanon siirtämistä oikeusministeriölle. Oikeusministeriö selvittää vieraan valtion viranomaisten kanssa, onko siirto toteutettavissa. THL liittää esitykseensä selvityksen siitä, että hoitoseuraamukseen määrätty on vieraan valtion kansalainen tai että hänellä on vieraassa valtiossa kotipaikka, sekä jäsenen Helsingin hallinto-oikeuden vahvistamasta hoitoonmääräämispäätöksestä.

Mielenterveyslain 22 s §:n mukaan hoitoseuraamusten kansainväliseen täytäntöönpanoon liittyvästä yhteydenpidosta vieraan valtion viranomaisiin huolehtii oikeusministeriö. Tarvittaessa yhteydenpito voi tapahtua myös diplomaattista tietä. Oikeusministeriön tehtyä päätöksen hoitoseuraamuksen täytäntöönpanon siirtämisestä Suomesta vieraaseen valtioon ja vastaanottavan valtion suostuttua siirtoon, henkilön hoidosta Suomessa vastaava terveydenhuollon yksikkö voi sopia vieraassa valtiossa henkilön vastaanottavan yksikön kanssa siirron käytännön järjestelyistä. Siirron toteutumisesta tulee ilmoittaa THL:lle, joka rekisteröi oikeuspsykiatrisen hoidon päättymisen Suomessa.

### *Kirjallisuutta*

EOAK/2495/2016 7.9.2017.  
Euroopan unionin neuvoston puitepäätös  
2008/909/YOS, 24 artikla.  
HE 2008:95 vp, s. 23.

Kaarre H ym. (2022): Oikeuspsykiatria ja  
lainsäädäntö. Oikeuspsykiatria koskeva  
lainsäädäntö pohjoismaisessa vertailussa.  
THL Työpaperi 49/2022.  
Neuvoston puitepäätös 2008/909/YOS tehty 27  
päivänä marraskuuta 2008.





# Kliininen oikeuspsykiatria



Osa  
IV



# 19 Rikollisen käyttäytymisen ja psykiatristen häiriöiden väliset yhteydet

JARI TIIHONEN JA MARKKU LÄHTEENVUO

## 19.1 Psykoosisairaudet

Vakavimpien mielenterveyden häiriöiden ja rikollisen käyttäytymisen välinen yhteys on tunnettu ja otettu huomioon lainsäädännössä jo vuosisatojen ajan. Esimerkkinä tästä on Suomessa vuoden 1889 rikoslain (39/1889) nykyistä edeltänyt säännös: ”Mielipuolen teko, taikka semmoisen, joka ikäheikkouden tahi muun samanlaisen syyn takia on ymmärrystään vailla, jääköön rankaisematta”. Tässä luvussa käsitellään psykoosisairauksien yhteyttä rikolliseen käyttäytymiseen siten, että tarkastelun kohteena ovat Suomen virallisen ICD 10 -tautiluokituksen diagnoosit F20–F29.

Tämä niin kutsuttu ei-affektiivisten psykoosien ryhmä käsittää skitsofrenian (F20), psykoosipiirteisen personallisuuden (F21), harhaluuloisuushäiriöt (F22), akuutit ja ohimenevät häiriöt (F23), jaetun harhaluuloisuuden (F24), skitsoaffektiiviset häiriöt (F25), muut mahdollisen psykoottiset häiriöt (F28) sekä määrittelemättömän ei-elimellisen psykoottisen häiriön (F29). Näistä skitsofrenia, skitsoaffektiivinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriö ovat tärkeimmät rikolliseen käyttäytymiseen liittyvät häiriöt, ja muiden merkitys on vähäinen. Skitsofrenia (F20) on yleisin psykoosisairaus, ja Suomessa sen elinaikainen esiintyvyys on vajaa prosentti. Siihen liittyy todellisuuden tajun heikentymistä, mikä ilmenee aistiharhoina ja harhaluuloina, sekä latistunutta tunneilmaisua ja aloitekyvyn, kognition ja toimintakyvyn heikentymistä. Affektiivisiä psykooseja (mania, kaksisuuntainen mielialahäiriö, psykoottinen masennus) käsitellään luvussa Mielialahäiriöt.

Mielenterveyshäiriöiden ja rikollisuuden välistä yhteyttä voidaan selvittää tutkimalla, miten paljon tietyn psykiatrisen diagnoosin saaneet henkilöt tekivät rikoksia verrattuna yleisväestöön tai psyykkisesti terveisiin. Toinen lähestymistapa on tarkkailla mielenterveyden häiriöiden esiintyvyyttä rikoksiin syyllistyneiden joukossa. Kolmas ja kattavin menetelmä on seurata prospektiivisesti väestökohorttia käyttäen valtakunnallisia rekistereitä. Kaikkiin edellä mainittuihin menetelmiin liittyy epävarmuustekijöitä ja virhelähteitä. Yksi keskeinen tulosten epävarmuutta aiheuttava seikka on rikosten selvitystaso. Erityisesti omaisuusrikoksissa ja lievemmissä väkivaltarikoksissa suuri osa kaikista tekijöistä jää tuntemattomiksi, ja siksi tuloksia kaikkein vakavimmista rikoksista voidaan pitää luotettavimpina. Useissa maissa jopa henkirikoksista jää selvittämättä yli 30 prosenttia, mutta Suomessa henkirikosten selvitysosuus on ollut jopa yli 95 prosenttia, mikä parantaa tulosten luotettavuutta. Lisäksi Suomessa on tehty mielentilatutkimus syyntakeisuuden selvittämiseksi yli 70 prosentille henkirikoksesta syytetyistä. Suomessa on ollut erityisen hyvät mahdollisuudet tehdä tutkimusta mielenterveyden häiriöiden ja vakavien rikosten välisestä yhteydestä.

## Psykoosisairauksien ja väkivaltarikosten yhteys

Ensimmäiset tutkimukset skitsofrenian ja väkivaltarikosten kvantitatiivisesta riskistä julkaistiin 1980-luvun alussa, ja sen jälkeen aiheesta on julkaistu yli 20 tutkimusta. Aiheesta suoritetussa meta-analyysissä havaittiin, että skitsofrenia nosti väkivaltariskiä miehillä noin nelinkertaiseksi (Fazel ym. 2009), ja naisilla vastaava riski oli noin kahdeksankertainen. Kun samanaikainen päihderiippuvuus otettiin huomioon, riski oli noin kaksinkertainen niillä skitsofreniaa sairastavilla, joilla ei ollut samanaikaista päihderiippuvuutta, ja noin yhdeksänkertainen niillä, joilla oli myös päihderiippuvuus skitsofrenian lisäksi.

Kyiseisessä meta-analyysissä havaittiin, että skitsofrenia selitti 3–10 prosenttia kaikista väkivaltarikoksista eri yhteiskunnissa, eli yli 90 prosenttia selittyi muilla tekijöillä. Saman työryhmän myöhemmässä, laajemmassa meta-analyysissä riskiluvut toistuivat lähes samanlaisina: miehillä väkivaltarikosten riski oli skitsofrenia sairastavilla 4,5-kertainen ja naisilla 10,2-kertainen (Whiting ym. 2022). Skitsoaaffektiivinen häiriö on säännönmukaisesti sisällytetty tutkimuksissa yhteen skitsofrenian kanssa (”schizophrenia spectrum” tai ”schizophrenia and other psychosis”), joten ei ole tietoa siitä, poikkeako se alaryhmänä muista skitsofreniaspektrin psykooseista.

Skitsofrenian ja väkivaltarikosten riskiä on tutkittu myös Suomessa. Pohjois-Suomen syntymäkohortin 11 000 henkilön seuranta tutkimus osoitti, että niillä skitsofreniapotilailla, joilla ei ollut samanaikaista päihdeongelmaa, oli 3,6-kertainen riski syyllistyä väkivaltarikokseen verrattuna terveisiin kohortin jäseniin. Sen sijaan päihdeongelmaisilla skitsofreniaa sairastavilla riski oli 25-kertainen

(Räsänen ym. 1998). Skitsofreniaan liittyvän väkivaltariskin löydökset ovat olleet siis varsin yhteneväiset eri maissa. Muiden ei-affektiivisten psykoosien, kuten harhaluuloisuushäiriön, ja väkivaltariskin yhteydestä on sen sijaan vähän tutkimustietoa. Harhaluuloisuushäiriön osuutta vakaviin rikoksiin syyllistymiseen voidaan arvioida tarkastelemalla sen esiintyvyyttä syyntakeettomina rikoksesta tuomitsematta jääneillä oikeuspsykiatrisilla potilailla. Niuvanniemen sairaalassa oli vuonna 2020 yhteensä 88 prosentilla oikeuspsykiatrisista potilaista diagnoosina skitsofrenia, mutta harhaluuloisuushäiriö ainoastaan neljällä prosentilla. Tämän perusteella voidaan arvioida, että skitsofrenia on ylivoimaisesti tärkein rikolliselle käyttäytymiselle altistava ei-affektiivinen psykoosi, ja muiden tämän ryhmän diagnoosien merkitys on hyvin vähäinen.

## Psykoosisairaudet ja henkirikosriski

Edellä mainitussa meta-analyysissä (Whiting ym. 2022) tutkittiin erikseen myös skitsofrenian yhteyttä henkirikokseen syyllistymisen riskiin. Tulosten mukaan skitsofreniaan liittyi 18-kertainen riski (95 % luottamusväli 14–23), eli suhteellinen riski oli huomattavasti korkeampi kuin yleensä väkivaltarikoksissa. Suomalaisessa tutkimuksessa vuodelta 1996 (Eronen ym. 1996a) havaittiin 1 423 henkirikokseen syyllistyneen joukossa 93 skitsofreniaa sairastavaa henkilöä, ja riski oli noin 10-kertainen yleisväestöön verrattuna. Ilman samanaikaista päihderiippuvuutta riski oli noin 7-kertainen, ja päihderiippuvuuden kanssa noin 17-kertainen. Kaiken kaikkiaan tulokset viittaavat siihen, että skitsofrenia on merkittävämpi riskitekijä henkirikoksille kuin lievemmille väkivaltarikoksille. Tämä voi selittyä muun muassa sillä, että lievien rikosten kohdalla ei monissa maissa mahdollisesti tehdä mielentilatutkimusta yhtä usein kuin henkirikoksissa. Muun muassa Yhdysvalloissa suuri osa lievempiä rikoksia tehneistä mielisairaista tuomitaan vankilaan ilman tarkempaa selvittelyä ja diagnosointia.

## Motiivi ja syyntakeisuus

Voimassa olevan lainsäädännön mukaan henkilön katsotaan olevan tehdyn rikoksen suhteen syyntakeeton, mikäli hän ei mielisairauden, syvän vajaamielisyyden tai vakavan mielenterveyden tai tajunnan häiriön vuoksi kykene ymmärtämään tekonsa tosiasiallista luonnetta tai oikeudenvastaisuutta tai hänen kykynsä säädellä käyttäytymistään on kyseisestä syyistä heikentynyt ratkaisevasti (rikoslain 3 luvun 4 §:n 2 momentti). Syyntakeisuusarviossa on siis arvioitava sairauden ja teon syy-seuraussuhdetta.

Kun tätä selvitettiin suomalaisessa tutkimuksessa, havaittiin, että vain hieman yli puolella (60 %) henkirikoksen tehneillä skitsofreniaa sairastavilla henkilöillä

teon motiivi selittyi sairauden oireilla. 24 prosentissa kyse oli riidasta, ja 16 prosentissa syytä ei voitu tarkentaa. Mikäli tekijällä ei ollut samanaikaista antisosiaalista persoonallisuushäiriötä, psykoosin oireet olivat teon syynä 83 prosentissa, mutta antisosiaalisilla ainoastaan 46 prosentissa tapauksissa (Joyal ym. 2004). Kuitenkin yli 95 prosenttia skitsofreniaa sairastavista on Suomessa katsottu syyntakeettomiksi. Tämä perustuu siihen, että skitsofrenia on vahvasti ihmisen persoonallisuuteen ja käyttäytymiseen vaikuttava häiriö, joka heikentää ratkaisevasti impulssikontrollia ja kykyä säädellä omaa käyttäytymistä.

Arvioitaessa syyntakeisuutta on tärkeää kiinnittää huomiota erotusdiagnostiikkaan huumeiden indusoimien oireiden tunnistamiseksi. Mikäli psykoottiset oireet väistyvät viikon sisällä huumeiden käytön lopettamisesta, on ilmeistä, että kyseessä on huumeen indusoima psykoosi, ja mikäli ne kestävät yli kuukauden, on muu ei-affektiivinen psykoosi todennäköisempi häiriö. Oireiden kestäessä viikosta kuukauteen on erotusdiagnostiikka vaikeampaa. Suomessa amfetamiinin aiheuttama psykoosi on varsin tavallinen erotusdiagnostisia pulmia aiheuttava häiriö arvioitaessa syyntakeisuutta. Erotusdiagnostiikassa korostuu tällöin luotettavan anamneesin merkitys, kun pyritään selvittämään, onko tutkittavalla esiintynyt skitsofreniaan viittaavaa toiminnantason laskua jo aiemmin. Pääsääntöisesti itseaiheutettua päihtymistilaa tai sen seurauksena ilmennytä sekavuustilaa ei pidetä syyntakeisuutta alentavana tekijänä.

Skitsofreniaa sairastavien henkilöiden tekemät henkirikokset kohdistuvat useammin täysin tuntemattomiin ihmisiin kuin muilla henkirikollisilla. Vaikka tällaiset teot ovat hyvin harvinaisia, ne saavat kuitenkin paljon julkisuutta ja aiheuttavat väestössä pelkoa ja epäluuloa kaikkia skitsofreniaa sairastavia kohtaan.

## Miten psykooseihin liittyvää rikollisuutta voidaan ehkäistä?

Yli 90 prosenttia skitsofreniaa sairastavista ei koskaan syyllisty vakavaan rikokseen, eikä ole pystytty löytämään mitään toimivaa ennustetekijää väkivaltarikokselle lukuun ottamatta aiempaa väkivaltakäyttäytymistä. Siksi skitsofreniaa tai muuta ei-affektiivista psykoosia sairastavien henkilöiden väkivaltarikollisuuden primaaripreventio on mahdotonta, paitsi tarjoamalla potilaille mahdollisimman hyvää näyttöön perustuvaa hoitoa. Seuraavissa kappaleissa tarkastellaan sekundääriprevention mahdollisuuksia.

Skitsofreniaan liittyvien vakavien väkivaltarikosten, kuten henkirikosten, uusimisriskiä on tutkittu hyvin vähän, ja systemaattisessa katsauksessa ja meta-analyyssissä löydettiin vain kolme tukimusta (Golenkov ym. 2014). Niiden perusteella 4,3 % Suomessa, 4,5 % Ruotsissa ja 10,7 % Venäjällä henkirikoksen tehneistä skitsofreniaa sairastavista henkilöistä oli tehnyt myös aiemmin henkirikoksen. Kun Suomessa todettiin vuoden 1981–1993 välillä yhteensä 36 henkirikoksen uusimis-

tapausta, havaittiin että 65 prosentilla uusijoista oli persoonallisuushäiriö, ja 11 prosentilla skitsofrenia (Eronen ym. 1996b).

Kun meneillään olevassa seurantatutkimuksessa on tarkasteltu kaikkien Suomen oikeuspsykiatristen potilaiden uusimisriskiä, on todettu vuosina 1999–2016 sairaalasta poistetuista 462 potilaasta lähes 20 prosentin syyllistyneen uusintarikokseen. Uusintarikokset on tehty keskimäärin kolmen vuoden kuluessa vapautumisesta, ja noin puolet niistä on ollut väkivaltarikoksia. Suomessa on aiemmin selvitetty yksityiskohtaisesti, mitkä seikat liittyvät oikeuspsykiatristen potilaiden vakavien rikosten uusimiseen. Tulokset osoittavat, että lähes säännönmukaisesti potilas lopetti avohoidon käynnit ja lääkityksen ja useissa tapauksissa aloitti päihdeiden käytön ennen syyllistymistään rikokseen (Hakola & Vartiainen 1988).

Miten väkivaltarikoksen uusimista sitten voidaan ehkäistä? Kun oikeuspsykiatristen potilaan tai yleispsykiatrialta oikeuspsykiatriseen hoitoyksikköön lähetetyn potilaan poistamista tahdosta riippumattomasta sairaalahoidosta harkitaan, tulee arvioida, onko potilaalla riittävä sairaudentunto ja onko hän motivoitunut ja kykenevä pitkäjänteiseen avohoitoon. Suomen nykyisen lainsäädännön mukaisesti oikeuspsykiatrisessa hoidossa oleva potilas voidaan päästää sairaalasta valvottuun avohoitoon kuudeksi kuukaudeksi kerrallaan. Jos hoidon jatkuminen avohoidossa ei ole turvattu, voi riski rikosten uusimiseen kohota. Uusimisriskiä voisi vähentää velvoitteinen avohoito, joka velvoittaa henkilön jatkamaan hoitoa sairaalasta pääsemisen jälkeen niin pitkään kuin se arvioidaan tarpeelliseksi. Sosiaali- ja terveysministeriössä valmisteilla olevan lainmuutoksen toivotaan puuttuvan tähän asiaan siten, että oikeuspsykiatriselle potilaalle turvataan oikeus saada hoitoa riittävän pitkään ja tarpeisiin vastaavalla tavalla. Väkivaltaisesti käyttäytyvien skitsofreniaa sairastavien potilaiden on arvioitu hyötyvän aggression hallintaan kohdennetusta kognitiivis-behavioraalista hoidosta (Hodgins 2022).

Oikeuspsykiatristen potilaiden hoidossa on pitkälti keskitytty päädiagnoosin mukaisen sairauden eli psykoosin hoitoon, ja väkivaltariskin kannalta keskeinen päihdeongelma on jäänyt vähemmälle huomiolle. Suomalaisesta mielen-tilatutkimusaineistosta kävi ilmi, että tämä seikka on sivuutettu jo tutkimus- ja hoitoprosessin alussa: noin 30 prosentilla potilaista, joilla oli dokumentoitu selvä päihdehäiriö, oli jätetty asettamatta asianmukainen diagnoosi (Ojansuu 2020). Suomalaisista henkirikoksen tehneistä potilaista kolmella neljäsosalla todettiin psykoosin lisäksi päihdehäiriö ja puolella antisosiaalinen persoonallisuushäiriö (Putkonen ym. 2004). Päihdehäiriö on erittäin tärkeää ottaa huomioon, ja siihen tarvittava hoito on syytä aloittaa pääsairauden hoidon rinnalla jo sairaalassa ja jatkaa avohoidossa. Sairaalan suljetuissa oloissa päihdeiden käyttö on yleensä vähäistä, mikä voi selittää sitä, miksi päihdehäiriöiden hoitoihin ei kiinnitetä tarpeeksi huomiota. Laitoksesta vapautumisen koittaessa riski käytön uudelleen aloittamiselle on kuitenkin suuri, ja säännöllinen hoitokontakti on usein välttämätön.

## *Hoidon rooli väkivaltakäyttäjytymisen ehkäisyssä*

Nykyisen Käypä hoito -suosituksen mukaisesti skitsofrenian hoito perustuu pitkäjänteiseen, luottamukselliseen hoitosuhteeseen sekä yksilölliseen, potilaan ja lähiomaisten tarpeet huomioon ottavaan hoitosuunnitelmaan. Keskeisiä ovat optimaalinen psykoosilääkitys, psykoedukaatio, kognitiivinen käyttäjytymisterapia, muu monipuolinen psykososiaalinen kuntoutus ja työ- ja toimintakykyä lisäävät kuntoutumismuodot sekä somaattisesta terveydentilasta huolehtiminen. Hoitosuosituksen toteutumista Suomessa on seurattu ainakin Niuvanniemen sairaalassa, jossa oikeuspsykiatrisille potilaille modifioitu Käypä hoito -suositus on toteutunut varsin hyvin (Tuppurainen ym. 2014). Väkivaltakäyttäjytymisen lääkehoitoa kuvataan mm. luvussa Aggression hoidon psykofarmakologia.

## **Vaarallisuuden arviointi**

Oikeuspsykiatrisen potilaan alkuvaiheen hoidossa on keskeistä vähentää väkivaltaista käyttäjytymistä hoidolla ja kuntouttavilla toimenpiteillä. Hoidon edistymistä tarkasteltaessa on psykoosisairauden tai muun pääasiallisen hoitoon johtaneen sairauden hoitamisen ohella oleellista arvioida väkivaltakäyttäjytymisen riskiä sekä ehkäistä väkivaltatapahtumia ja minimoida niihin liittyvät pakkotoimet.

Harkittaessa oikeuspsykiatrisen potilaan sairaalahoidon lopettamista on jatkuvasti arvioitava, täytyvätkö henkilön kohdalla edelleen mielenterveyslain mukaiset tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset. Tämän ohella on arvioitava, milloin potilas on parantunut riittävästi ja väkivaltakäyttäjytymisen riski on alentunut siinä määrin, että valvottuun tai vapaaehtoiseen avohoitoon siirtyminen on mahdollista. Akuutissa vaiheessa sairaalahoidossa muun muassa 10 kohdan V-RISK on osoittautunut käyttökelpoiseksi riskienarviointi-instrumentiksi, kuten myös 6CS-menetelmä väkivaltatapahtumiin liittyvien pakkotoimien ehkäisemisessä (Putkonen ym. 2013).

Sairaalahoidon jälkeisen väkivaltarikosriskin arvioinnissa eniten käytetty strukturoitu arviointiasteikko on HCR-20, ja parhaimmillaan sen ennustearvoksi on arvioitu noin 85 prosenttia (Hogan & Olver 2019). Erityisesti oikeuspsykiatrisille potilaille on kehitetty FoVox, jonka ennustearvoksi on raportoitu 77 prosenttia. Vaikka nämä instrumentit ovat käyttökelpoisia, voidaan toisaalta todeta, että Suomessa oikeuspsykiatristen potilaiden riskienarvioinnissa on aina käytetty FoVoxin tärkeimpiä ennustetekijöitä (esimerkiksi miessukupuoli, nuori ikä, aikaisemmat väkivaltarikokset, päädiagnoosi, päihteiden käyttö, persoonallisuushäiriödiagnoosi, aikaisemmat sairaalahoidot) kuten myös keskeisiä HCR-20:n ennustetekijöitä.

## Oikeuspsykiatrisen skitsofreniapotilaan siirtyminen avohoitoon

Oikeuspsykiatrisen potilaan avohoitoon siirtymistä koskevia yleisiä periaatteita on kuvattu luvussa 17. Skitsofreniaan liittyvän väkivaltakäyttäytymisen uusimista ehkäistäessä on tärkeää, että potilas siirtyy sairaalasta ympäristöön, jossa säännöllinen avohoito ja seuranta toteutuvat hyvin ja riskitekijät, kuten päihteiden käyttöön ja rikollisuuteen liittyvät ympäristötekijät, on minimoitu. Suunnitellun lääkehoidon toteutuminen voidaan varmistaa käyttämällä pitkävaikutteisia anti-psykootti-injektioita oraalilääkityksen sijasta, mikäli käytössä olevasta lääkkeestä on olemassa tällainen annostelumuoto. Varsin suuri osa oikeuspsykiatrisista potilaista ei saa vastetta muille lääkkeillä kuin klotsapiinille, ja tällöin injektio- muotoista lääkitystä ei voida käyttää. Ruotsalaisessa rekisteritutkimuksessa havaittiin, että erityisesti klotsapiinin ja pitkävaikutteisten antipsykootti-injektioiden aikana väkivaltarikoksen riski oli merkittävästi alentunut verrattuna niihin ajanjaksoihin, jolloin sama potilas ei käyttänyt lääkettä (Fazel ym. 2014; Sariaslan ym. 2021).

Yksi keskeisimpiä puutteita väkivaltaan taipuvaisen skitsofreniapotilaan hoidossa on samanaikaisen päihdeongelman huomiotta jättäminen. Psykososiaalisen tuen lisäksi alkoholiriippuvuutta voidaan hoitaa valvotusti otettavalla disulfiraamalla (Laaksonen ym. 2008) tai naltreksonilla (Heikkinen ym. 2021). Alkoholin lisäksi amfetamiinin käyttö lisää väkivaltarikosten riskiä, mutta näyttö hoitojen vaikuttavuudesta on vähäistä. Pitkävaikutteisen naltreksoni-implantin on raportoitu vähentävän sekä opiaattien että amfetamiinin käyttöä lumeimplanttiin verrattuna, mutta implantilla tai pitkävaikutteisella naltreksoni-injektiolla ei ole vielä myyntilupaa Euroopassa (Tiihonen ym. 2012).

On myös hyvä tiedostaa, että lääkehoito saattaa indusoida väkivaltakäyttäytymistä. Julkisuudessa on laajasti pohdittu, voiko SSRI-masennuslääke nostaa riskiä, koska kouluampumisten ja muiden joukkomurhien yhteydessä on raportoitu, että tekijälle oli määrätty ennen tekoa näitä lääkkeitä. Tieteellinen näyttö on ollut kuitenkin tästä hyvin vähäistä. Kun asiaa tutkittiin noin 1000 suomalaisen henkirikollisen otoksella, havaittiin, että masennuslääkkeen käyttöön liittyi hyvin vähäinen riskin lisääntyminen, mutta sen sijaan bentsodiatsepiinien käytön aikana riski oli selvästi kohonnut. Vaikka suomalaisen Käypä hoito -suosituksen mukaisesti bentsodiatsepiinien pitkäaikaiskäyttöä tulisi välttää, on se edelleen valitettavan yleistä myös skitsofreniaa sairastavilla potilailla.

## Kirjallisuutta

- Eronen M, Tiihonen J, Hakola P. Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophr Bull* 1996a;22:83–89.
- Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Factors associated with homicide recidivism. *Psychiatr Serv* 1996b;47:404–406.
- Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:497–501.
- Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2009;6:e1000120.
- Fazel S, Zetterqvist J, Larsson H, Långström N, Lichtenstein P. Antipsychotics, mood stabilisers, and risk of violent crime. *Lancet* 2014;384:1206–1214.
- Golenkov A, Nielssen O, Large M. Systematic review and meta-analysis of homicide recidivism and schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2014;14:46.
- Hakola P, Vartiainen H. Kriminaalipotilaiden vakavat rikosresidiivit. *Suom Lääkäril* 1988;43:827–832.
- Heikkinen M, Taipale H, Tanskanen A, Mitterdorfer-Rutz E, Lähteenvuo M, Tiihonen J. Real-world effectiveness of pharmacological treatments of alcohol use disorders in a Swedish nation-wide cohort of 125 556 patients. *Addiction* 2021;116:1990–1998.
- Hodgins S. Could expanding and investing in first-episode psychosis services prevent aggressive behaviour and violent crime? *Front Psychiatry* 2022;13:821760.
- Hogan NR, Olver ME. Static and dynamic assessment of violence risk among discharged forensic patients. *Crim Justice Behav* 2019;46:923–938.
- Joyal CC, Putkonen A, Paavola P. Characteristics and circumstances. *Psychol Med* 2004;433–442.
- Laaksonen E, Koski-Jännes A, Salaspuro M, Ahtinen H, Alho H. A randomized, multicentre, open-label, comparative trial of disulfiram, naltrexone and acamprosate in the treatment of alcohol dependence. *Alcohol Alcohol* 2008;43:53–61.
- Monahan J, Steadman HJ. Crime and mental disorder: An epidemiological approach. *Crime Justice* 1983; 145–189.
- Ojansuu I. Mortality among Forensic Psychiatric Patients in Finland. Publications of the University of Eastern Finland, Dissertations in Health Sciences 603, 2020. 69 p. Kuopio, Grano Oy, 2020.
- Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI ym. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:19–28.
- Putkonen A, Kotilainen I, Joyal CC, Tiihonen J. Comorbid personality disorders and substance use disorders of mentally ill homicide offenders: a structured clinical study on dual and triple diagnoses. *Schizophr Bull* 2004;30:59–72.
- Putkonen A, Kuivalainen S, Louheranta O, ym. Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2013;64:850–855.
- Räsänen P, Tiihonen J, Isohanni M, Rantakallio P, Lehtonen J, Moring J. Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: a 26-year followup study of an unselected birth cohort. *Schizophr Bull* 1998;24:437–441.
- Sariaslan A, Leucht S, Zetterqvist J, Lichtenstein P, Fazel S. Associations between individual antipsychotics and the risk of arrests and convictions of violent and other crime: a nationwide within-individual study of 74 925 persons. *Psychol Med*. 2021 Mar 11;1-9. doi: 10.1017/S0033291721000556. Online ahead of print.
- Tiihonen J, Krupitsky E, Verbitskaya E, ym. Naltrexone implant for the treatment of polydrug dependence: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2012;169:531–536.
- Tuppurainen H, Kivistö P, Tiihonen J, Repo-Tiihonen E. Skitsofrenian Käypä hoito -suosituksen laatukriteerien toteutumisen Niuvanniemen sairaalassa. *Suomen Lääkärilehti* 2014;69:2549–2553.
- Whiting D, Gulati G, Geddes JR, Fazel S. Association of schizophrenia spectrum disorders and violence perpetration in adults and adolescents from 15 countries: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2022;79(2):120–132.



## 19.2 Mielialahäiriöt

**M**ielialahäiriöillä tarkoitetaan mielenterveyden häiriöitä, joiden oirekuvan keskeinen piirre on poikkeava mieliala. Keskeisiä mielialahäiriöitä ovat depressiot ja kaksisuuntaiset mielialahäiriöt, joissa esiintyy depressioiden ohella maanisia, lievempiä hypomaanisia sekä sekamuotoisia sairausjaksoja. Mielialahäiriöiden luokittelun tärkeimpiä perusteita ovat oireiden laatu, vaikeusaste ja kesto. Maanisten tai hypomaanisten oireiden esiintyminen erottaa kaksisuuntaisen mielialahäiriön tavallisista depressioista.

Depressioiden epidemiologiaa on Suomessa kartoitettu useassa laajassa väestötutkimuksessa. Depressio on todennäköisesti 2000-luvun alkupuolella hieman yleistynyt, erityisesti naisilla. Yleisesti arvioidaan vuoden aikana noin 5–7 % suomalaisista kärsivän depressiosta. Suomalaisissa epidemiologisissa tutkimuksissa tyyppin I kaksisuuntaisen mielialahäiriön elinaikaprevalenssiksi on arvioitu 0,2–0,5 %, tyyppin II prevalenssiksi noin 0,5 %.

Muut samanaikaiset mielenterveyden häiriöt ja somaattiset sairaudet ovat mielialahäiriöpotilailla yleisiä ja vaikuttavat merkittävästi ennusteeseen. Noin puolella masennuspotilaista on samanaikaisesti diagnosoitavissa oleva ahdistuneisuushäiriö ja noin 20–40 prosentilla alkoholi- tai muu päihdehäiriö. Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyvän monihäiriöisyyden yleiskuva vastaa pääosin masennukseen liittyvää. Hoidon piirissä olevista mielialahäiriöpotilasta lähes puolet kärsii jonkinlaisesta persoonallisuushäiriöstä tai häiriöalttiuteen ja hoitoon vaikuttavista persoonallisuuden piirteistä. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön yhteydessä korostuvat epävakaat piirteet.

Nämä liitännäishäiriöt ovat oikeuspsykiatriselta kannalta usein merkityksellisimpiä kuin puhtaat mielialahäiriöt, mikä johtuu niiden voimakkaammasta assosioitumisesta erilaisiin rikollisen käyttäytymisen muotoihin. Näin ollen oikeuspsykiatrisen palvelujärjestelmän puitteissa on tavallista, että mielialahäiriöt esiintyvät osana moniulotteista kliinistä kokonaisuutta. Joka tapauksessa mielialahäiriö tulee hoitaa näyttöön perustuvien menetelmien osana oikeuspsykiatrista hoitoa. Samoin mielialahäiriöt on huomioitava osana riskiarviota, erityisesti ajatellen itsetuhoisuutta.

## Mielenterveyslaki ja tahdosta riippumaton psykiatrinen sairaalahoito

Täysi-ikäinen potilas voidaan määrätä psykiatriseen sairaalahoitoon tahdosta riippumatta mielenterveyslain määrittelemissä tilanteissa (ks. luku 11). Psykoottinen depressio on indikaatio tahdosta riippumattomalle hoidolle, kun samanaikaisesti täyttyvät myös muut mielenterveyslain määrittelemät ehdot. Manian hoito vaatii tavallisesti psykiatrista sairaalahoitoa, ja on siten pätevä peruste mielenterveyslain mukaiselle tarkkailuun ottamiselle ja tahdosta riippumattomalle hoidolle.

Alaikäisillä kynnys tahdosta riippumattomalle hoidolle on matalampi, sillä hoidon edellytyksenä voi olla ”vakava mielenterveyden häiriö”, kun taas aikuisella kriteerinä on ”mielisairaus”. Esimerkiksi ei-psykoottinen vakava masennus, etenkin jos sen yhteydessä ilmenee itsetuhoisia ajatuksia tai tekoja, voi olla kriteeri alaikäisen tahdosta riippumattomalle hoidolle (ks. luku 11).

## Mielialahäiriöt ja oikeustoimikelpoisuus

Oikeustoimikelpoisuudella tarkoitetaan kykyä tehdä itseään sitovia oikeustoimia. Tällaisia ovat ostaminen ja myyminen, lainaaminen, panttaaminen ja lahjoittaminen, testamentin tekeminen ja avioliiton solmiminen. Jokaisella täysi-ikäisellä henkilöllä on lähtökohtaisesti oikeustoimikelpoisuus, ellei tuomioistuin ole sitä joltain osin rajoittanut tai julistanut henkilöä vajavaltaiseksi. Oikeustoimikelpoisuus edellyttää halua tehdä päätös ja kykyä ilmaista tahtonsa, kykyä ymmärtää eri vaihtoehdot ja kykyä ymmärtää päätöksensä seuraukset. Oikeustoimikelpoisuus arvioidaan aina suhteessa tehtävään päätökseen, sen monimutkaisuuteen ja seurauksiin.

Henkilön oikeustoimikelpoisuutta voivat heikentää kognitiivisiin toimintoihin tai todellisuudentajuun (realiteettitietämykseen) liittyvät häiriöt. Vaikka oikeustoimikelpoisuus arvioidaankin aina yksilöllisesti, eikä mikään diagnoosi automaattisesti aiheuta oikeustoimikelpoisuuden menettämistä, voivat vakavat mielialahäiriöt voivat heikentää oikeustoimikelpoisuutta. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön

maniavaiheessa oikeustoimikelpoisuus on usein käytännössä menetetty, koska impulssikontrollin ja realiteettitietämyksen pettäminen saattavat johtaa esimerkiksi holtittomaan rahan käyttöön. Myöskään vaikea-asteisen tai psykoottisen depression aikana henkilö ei välttämättä kykene hoitamaan asioitaan, mutta toivuttuaan on usein jälleen oikeustoimikelpoinen.

Oikeustoimi voidaan jälkikäteen todeta pätemättömäksi, mikäli voidaan osoittaa, että henkilö ei ole ymmärtänyt sen merkitystä. Näin voidaan menetellä esimerkiksi tilanteessa, jossa maaniselle ihmiselle on myyty kallis ja tarpeeton tuote.

Testamentin voi tehdä kuka tahansa, mutta sen pätevyys voidaan kiistää myöhemmin. Testamentin moitekanne voidaan nostaa vasta henkilön kuoleman jälkeen. Mikäli testamenttia tehtäessä epäillään, ettei tekijä täysin ymmärrä sen sisältöä, on usein jo tässä vaiheessa perusteltua hankkia lääkärinlausunto oikeustoimikelpoisuudesta. (Oikeustoimikelpoisuutta tarkastellaan laajemmin luvussa 2.6.)

## Mielialahäiriöt ja itsemurhat

Mielialahäiriöt aiheuttavat huomattavasti suuremman vaaran niistä kärsivälle henkilölle itselleen kuin muille. Vaikeisiin ja psykoottisiin depressioihin liittyy suuri itsemurhan riski. Suomessa on viime vuosikymmeninä noin viisi prosenttia psykiatrisen erikoissairaanhoidon depressiopotilaista kuollut itsemurhaan pitkäaikaisessa seurannassa. Osuus on laskenut 1990-luvun alusta lähtien. Noin kaksi kolmasosaa kaikista itsemurhista on yhteydessä erilaisiin masennusoireyhtymiin. Suomessa arvioidaan vuosittain noin 400–500 ihmisen kuolevan depressioihin liittyviin itsemurhiin.

Itsemurhavaaran luotettava arviointi on vaikeaa. Miesten itsemurhakuolleisuus on noin kaksinkertainen naisiin verrattuna. Monihäiriöisyys lisää myös itsemurhan riskiä, varsinkin päihdehäiriöt, epävakaata persoonallisuutta tai vaikeaa ahdistuneisuushäiriötä. Itsemurhavaaraa arvioitaessa depression oirekuvan vaikeusaste sekä syvä toivottomuus sekä aiemmat itsemurhayritykset kertovat korkeasta riskistä.

Itsetuhoajatukset ovat tavallinen ilmiö depressiopotilailla, ja vaikeina niitä esiintyy noin 40–50 prosentilla erikoissairaanhoidon ja noin 20 prosentilla perusterveydenhuollon masennuspotilaista. Useimmiten ne häviävät 1–2 kuukaudessa asianmukaisessa hoidossa. Vakavasti itsetuhoisen depressiopotilaan tila vaatii aina välitöntä hoitoa ja seurantaa, ja mikäli hänen todellisuudentajunsa on vääristynyt, on hänet syytä tarvittaessa toimittaa psykiatriseen sairaalahoitoon mielen-terveyslain mukaisesti.

Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyy suuri itsetuhokäyttäytymisen riski. Suomalaisessa pitkittäistutkimuksessa noin puolet siitä kärsivistä potilaista yritti itsemurhaa jossakin sairautensa vaiheessa. Itsemurha-ajatukset ja -yritykset liittyvät vahvasti sairaudenkulkuun ja ovat hyvin yleisiä depressiovaiheiden aikana,

erityisen korkea riski liittyy sekamuotoisiin tiloihin. Itsetuhokäyttäytymiselle altistavat myös traumaattiset lapsuudenkokemukset ja kaltoinkohtelu, samoin psykiatrinen monihäiriöisyys (päihde- ja ahdistuneisuushäiriöt, epävakaan persoonallisuuden piirteet) sekä elämäntilanteissa ilmenevät menetykset ja konfliktit tai niiden uhka.

Pohjoismaisissa pitkäaikaisissa erikoisairaanhoidon potilasrekisteritutkimuksissa 4–8 prosenttia kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivistä potilaista on kuollut itsemurhaan, mutta osuus on todennäköisesti nykyisin pienempi. Riski on noin kaksinkertainen miehillä naisiin verrattuna. Pitkäaikaisen litiumhoidon yhteydessä riskin on osoitettu lähestyvän normaaliväestön tasoa.

Oikeuspsykiatrisissa yksiköissä itsetuhoisuus ei ole harvinainen ilmiö, etenkin hyvinvointialueilta sairauden vaikeusasteen vuoksi lähetettyjen potilaiden hoidossa. Itsetuhoisuus voi syntyä monenlaisista syistä, mutta mielialahäiriön mahdollisuus itsetuhoisuuden taustalla on pidettävä mielessä, vaikka potilaalla olisikin päädiagnoosina esimerkiksi skitsofreniforminen psykoosi.

## Mielialahäiriöt ja henkirikokset

### Mielialahäiriöt ja henkirikokset

- Suhteellisen vähän tutkittu aihe
- Sekä kaksisuuntainen mielialahäiriö että depressio lisäävät vakavan väkivalta-käyttäytymisen riskiä.
- Osin lisääntynyttä riskiä selittävät oheissairaudet ja persoonallisuuden piirteet.
- Lähes 80 prosentilla koulusurmaajista on ollut ennen tekoaan itsetuhoisia ajatuksia ja/tai itsemurhayritys.
- Perhesurmista tekijä on ollut masentunut n. 13–69 prosentissa tapauksista.
- Suomalaisessa aineistossa noin joka kymmenes lapsensurmaan syyllistynyt henkilö sairasti psykoottista depressiota ja noin joka kolmas ei-psykoottista depressiota.

### *Henkirikos-itsemurha*

Termillä ”laajennettu itsemurha” on aiemmin kuvattu tilannetta, jossa henkilö surmaa yhden tai useamman henkilön ja tämän jälkeen itsensä. Termiä pidetään kuitenkin harhaanjohtavana, sillä se häivyttää henkirikoksen osuuden itsemurhan käsitteen alle, ja puhumme jatkossa siksi henkirikos-itsemurhista (vrt. engl. ”homicide-suicide”). Tekijän subjektiiviset motiivit henkirikos-itsemurhille voivat olla erilaisia, vaihdellen altruismista koston. Psykiatrisen häiriön diagnoosi ei sinänsä kerro teon motiivista.

Henkirikos-itsemurhatapaukset ovat harvinaisia. Itsemurhat Suomessa 1987-tutkimusprojektin yhteydessä analysoitiin kaikki Suomessa yhden vuoden aikana tehdyt itsemurhat (N = 1 397), joista vain kymmenen (0,7 %) osoittautui henkirikos-itsemurhiksi. Harvinaisuudestaan huolimatta henkirikos-itsemurhat tyypillisesti saavat yhteiskunnassa paljon median huomiota ja herättävät ymmärrettävästi vahvoja tunteita.

Henkirikos-itsemurhatapauksiin liittyy usein tekijän vähintään jonkinasteisia mielenterveyteen liittyviä ongelmia. Itsemurhat Suomessa -tutkimuksessa kymmenestä henkirikos-itsemurhan tehneestä henkilöstä kolmen todettiin kärsineen vakavasta masennustilasta.

Analysoitaessa yli 30 eri puolilla maailmaa tehtyä koulusurmaa vuosilta 1975–2011 arvioitiin, että yli puolet tekijöistä oli ollut hyökkäyksen ajankohtana itsetuhoisia, ja heistä lähes puolet toteutti teon yhteydessä itsemurhan. Suomessa Jokelan ja Kauhajoen koulusurmien jälkeen nuorisopsykiatriseen arvioon koulusurmauhkauksen takia ohjautuneista suomalaisnuorista noin joka kolmas uhkailija esitti motiivikseen halun kuolla.

Myös perhesurmien ja lastensurmien yhteydessä on puhuttu ”laajennetusta itsemurhasta”. Näissä henkirikostyypeissä tekijä toteuttaa itsemurhan tai itsemurhayrityksen noin puolessa tapauksista.

### Henkirikos-itsemurha

- Henkirikos-itsemurhasta puhutaan julkisuudessa usein ns. laajennettuna itsemurhana.
- Harvinaisia tapahtumia verrattuna itsemurhiin tai henkirikoksiin.
- Havaittu mm. koulusurmissa, perhesurmissa ja lapsensurmissa
- Tekijällä on usein mielenterveyden häiriö
- Masennuksen esiintyvyys tekijöillä on noin 40 prosenttia.

### *Mielialahäiriöt perhesurmissa ja lapsensurmissa*

Perhesurmiin liittyy moniongelmaisuus, mutta merkittävällä osalla tekijöistä, joista valtaosa on perheen isä, on todettu mielenterveys- ja päihdeongelmia. Depression esiintyvyydeksi on arvioitu noin 13–69 prosenttia.

Lapsensurman tekijä on yleisimmin biologinen äiti. Kansainvälisen vertailututkimuksessa niistä henkilöistä, joille tehtiin rikoksen jälkeen psykiatrinen arviointi, noin joka kymmenes kärsi psykoottisesta depressiosta, ja ei-psykoottinen depressio oli todettavissa suomalaisaineistossa 35 prosentilla ja itävaltalaisaineistossa yhdeksällä prosentilla.

Arviolta noin joka seitsemäs nainen kärsii synnytyksen jälkeisestä masennuksesta synnytystä seuraavan puolen vuoden aikana. Hoitamaton depressio vaikeuttaa äidin ja lapsen välisen siteen muodostumista ja äidin itsestään huolehtimista, mutta on myös riski lapsen kaltoinkohtelulle ja surmaamiselle. Suhteessa depression korkeaan esiintyvyyteen synnytyksen jälkeen lapsensurmat ovat hyvin harvinaisia.

Suomalaisessa 10 lapsensurmatapausta sisältävässä tutkimusaineistossa (äiti oli tehnyt lapsensurman 12 kuukauden sisällä synnytyksestä ja kärsi itse masennusoireista) uhrin olivat keskimäärin neljän kuukauden ikäisiä ja suurin osa heistä alun perin ”haluttuja ja odotettuja”. Noin kolmasosa äideistä oli sairastanut jo aikaisemmin elämässään depression, ja depression vuoksi hoidossa oli ollut kuusi äitiä. Yhdeksällä äidillä esiintyi lapsensurman aikana itsemurha-ajatuksia ja kuudella psykoottisia ajatuksia. Diagnostisesti arvioituna yhdellä äidillä todettiin synnytyksen jälkeinen depressio, kahdella vakava masennustila, yhdellä krooninen masennus ja neljällä psykoottinen masennus. Motiivi oli subjektiivisesti altruistinen kaikissa tapauksissa (esim. ”lapsi oli liian hyvä tähän elämään”, ”lapsi olisi kärsinyt huonosta äidistä”). Kuusi äitiä yritti tappaa itsensä lapsensa surmaamisen jälkeen.

### *Mielialahäiriöt ja joukko(koulu)surmat*

Rikosoikeudellisesta näkökulmasta joukkosurma koostuu tahallisista henkirikoksista, mutta termin tarkemmasta akateemisesta määritelmästä ei ole konsensus-ta. Yhdysvaltojen kongressin määritelmän mukaan joukkosurma on tapahtuma, jossa tekijää lukuun ottamatta vähintään kolme ihmistä on saanut surmansa teon seurauksena. Eurooppalaiset tutkijat puolestaan korostavat toiminnan intentiota: joukkosurma on tapahtuma, jossa tekijän pyrkimyksenä on ollut surmata monta henkilöä riippumatta siitä, kuinka moni tosiasiasa menetti henkensä. Joukkosurmien ja mielenterveyden häiriöiden välisestä yhteydestä on julkaistu suhteellisen vähän tutkimustietoa. Eräässä yhdysvaltalaisiin ja kanadalaisiin joukkosurmaajiin kohdistuneessa tutkimuksessa nousivat esiin sekä masennustilat, usein klusterin A- ja/tai B-persoonallisuushäiriöihin liittyneenä, että harhaluuloisuushäiriöt. Tutkimuksen mukaan tekijät olivat tyypillisesti keski-ikäisiä naimattomia tai eronneita miehiä.

Koulusurmat puolestaan ovat joukkosurmien alatyyppejä, ja niitä on viime vuosina tutkittu tieteellisesti huomattavasti enemmän. Analysoitaessa 37 vuosina 1974–2000 Yhdysvalloissa tapahtunutta koulusurmaa todettiin, että yli puolet surmaajista oli kokenut masennuksen ja epätoivon tunteita ennen tekoa. Lähes 80 prosentilla oli ilmennyt itsetuhoisia ajatuksia ja/tai itsemurhayritys ennen koulusurmaa. Koulusurmauhkauksen takia nuorisopsykiatriseen arvioon ohjautuneista suomalaisnuorista yli puolella ilmeni ajankohtaisia masennusoireita ja noin joka viidennellä todettiin klininen masennustila. Ainoastaan yhdellä henkilöllä oli ilmennyt maanista käyttäytymistä (koulusurmista tarkemmin kappaleessa lasten ja nuorten oikeuspsykiatria).

## *Mielialahäiriöt ja radikalisoituminen*

Kansainvälisesti katsottuna poliittinen väkivalta ja terrorismi muodostavat merkittävän yhteiskunnallisen uhan. Radikalisoitumisella tarkoitetaan prosessia, jossa yksilö omaksuu jyrkkiä, erilaisin aattein perusteltuja mielipiteitä ja näkemyksiä, jotka oikeuttavat jyrkän vastakkainasettelun oman viiteryhmän ja vihollisena nähtyjen tahojen välille. Jos tekijä myös motivoituu käyttämään väkivaltaa tavoitteidensa saavuttamiseksi, puhutaan väkivaltaisesta radikalisoitumisesta. Vaikka mielenterveyden häiriöt tuskin selittävät merkittävässä määrin tätä pikemminkin yhteiskunnallisista, kulttuurisista ja poliittisista syistä kumpuavaa ilmiötä, on jonkin verran viitteitä siitä, että nimenomaan yksin toimivat, ns. yksinäiset sudet, muodostavat radikalisoitumisprosessissa alaryhmän, jota luonnehtii psykoottisten ja mielialahäiriöiden korkea esiintyvyys.

## **Mielialahäiriöt ja riski väkivaltaiseen käyttäytymiseen**

Depressiopotilaan väkivaltariskin kannalta keskeisimmistä persoonallisuushäiriöistä, epävakaasta persoonallisuudesta kärsii noin 10–20 prosenttia depressiopotilaista. Se ilmenee yleensä mielialan epävakautena, myrskyisinä ihmissuhteina, impulsiivisena käytöksenä ja negatiivisten tunneilmaisujen hallitsemattomuutena. Samanaikaista päihderiippuvuutta tai päihteiden – useimmiten alkoholin – väärinkäyttöä esiintyy noin 10–30 prosentilla depressiopotilaista. Päihtymystila saattaa puolestaan aiheuttaa väittelynhalua, aggressiivisuutta, mielialan vaihtelua, arvostelukyvyn heikkenemistä ja impulsiivisuutta. Maniitilaan liittyy kohonnut väkivaltaisen käytöksen riski erityisesti tilanteissa, joissa maanisesti kiihtyneen henkilöön toimintaa yritetään rajoittaa. Myös kaksisuuntaisen mielialahäiriön yhteydessä esiintyy usein alkoholiriippuvuutta ja persoonallisuushäiriöitä.

Ruotsalaisessa rekisteripohjaisessa seurantatutkimuksessa psykiatrisessa avohoidossa depression vuoksi hoidettujen potilaiden suhteellinen riski syyllistyä väkivaltarikokseen oli sosiodemografisten tekijöiden vakioinnin jälkeen kolminkertainen verrattuna yleisväestöön. Kun aineistosta poistettiin henkilöt, joilla oli todettu samanaikainen persoonallisuushäiriö, riski säilyi kutakuinkin yhtä suurena. Riski pieneni, mutta säilyi edelleen kohonneena, kun huomioitiin päihteiden käyttöhäiriöt, aikaisempi rikollisuus ja itsetuhoisuus.

Samankaltaisessa kaksisuuntaisen mielialahäiriön tutkimuksessa, joka perustuu ruotsalaiseen kansalliseen rekisteriaineistoon, häiriön takia psykiatrisessa sairaalahoidossa olleiden henkilöiden riski syyllistyä myöhempään vakavaan väkivaltarikokseen oli noin kaksinkertainen verrattuna ikä- ja sukupuolivakioituun yleisväestöön. Tarkempi analyysi osoitti samanaikaisen päihdehäiriön keskeisen merkityksen. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista noin joka viidennel-

lä oli samanaikainen päihteiden käyttöhäiriön diagnoosi. Molemmista häiriöistä kärsivien riski todettiin kuusinkertaiseksi, mutta riski ilman päihdehäiriötä vain hieman yleisväestöä suuremmaksi. Väkivaltarikoksen riski ei eronnut merkittäväällä tavalla eri potilasryhmissä, esimerkiksi vertailtaessa potilaita, jotka olivat olleet sairaalahoidossa maanisen tai psykoottisen depressiivisen episodin aikana, tai sen mukaan, oliko potilaalla psykoottinen sairausjakso.

## Loppupäätelmiä

Depressio tai kaksisuuntainen mielialahäiriö merkitsee yleensä henkilölle itselleen huomattavasti suurempaa vaaraa kuin hänen ympäristölleen. Itsemurhat ovat selvästi yleisempiä kuin henkirikokset, joiden piirteistä on toistaiseksi kertynyt vain vähän tutkimustietoa. Kaikkien näiden tekojen luotettava ennustaminen on käytännössä mahdotonta, samalla tavoin kuin minkä tahansa harvinaisen inhimillisen teon. Vaaran astetta on kuitenkin mahdollista arvioida, ja asianmukaisella hoidolla sekä varotoimilla riskejä voidaan todennäköisesti vähentää.

## Kirjallisuutta

- Fazel S ym. Depression and violence: a Swedish population study. *Lancet Psychiatry* 2015; 2: 224–232.
- Fazel S ym. Bipolar disorder and violent crime. New evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67(): 931–938.
- Karlsson LC, Antfolk J, Putkonen H, Amon S, da Silva Guerreiro L, de Vogel V, Flynn S, Weizmann-Henelius G. Familicide: A Systematic Literature Review. *Trauma Violence Abuse*. 2021; 22(1): 83–98.
- Kauppi A, Kumpulainen K, Vanamo T, Merikanto J, Karkola K. Maternal depression and filicide- case study of ten mothers. *Arch Womens Ment Health*. 2008; 11(3): 201–6.
- Langman P. Thirty-Five Rampage School Shooters: Trends, Patterns, and Typology. In: Böckler N, Seeger T, Sitzer P, Heitmeyer W (editors). *School Shootings- International Research, Case Studies, and Concept for Prevention*. Springer, New York, 2013.
- Lindberg N, Sailas E, Kaltiala-Heino R. The copycat phenomenon after two Finnish school shootings: an adolescent psychiatric perspective. *BMC Psychiatry* 20212; 12: 91.
- Misiak B, Samochowiec J, Bhui K, Schouler-Ocak M, Demunter H, Kuey L, Raballo A, Gorwood P, Frydecka D, Dom G. A systematic review on the relationship between mental health, radicalization and mass violence. *Eur Psychiatry* 2019; 56: 51–59.
- Putkonen H, Amon S, Almiron MP, Yourstone Cederwall J, Eronen M, Klier C, Kjelsberg E, Weizmann-Henelius G. Filicide in Austria and Finland- a register-based study on all filicide cases in Austria and Finland 1995-2005. *BMC Psychiatry* 2009; 9: 74.
- Saleva O, Putkonen H, Lönnqvist J. Homicide-suicide- an event hard to prevent and separate from homicide or suicide. *Forensic Sci Int*. 2007; 166(2-3): 204–8.
- Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet* 2016; 387:1227–39.
- Vossekuil B, Fein R, Reddy M, Borum R, Modzeleski W. The final report and findings of the safe school initiative: implications for the prevention of school attacks in the United States. Washington DC: United States Secret Service and United States Department of Education, 2002.

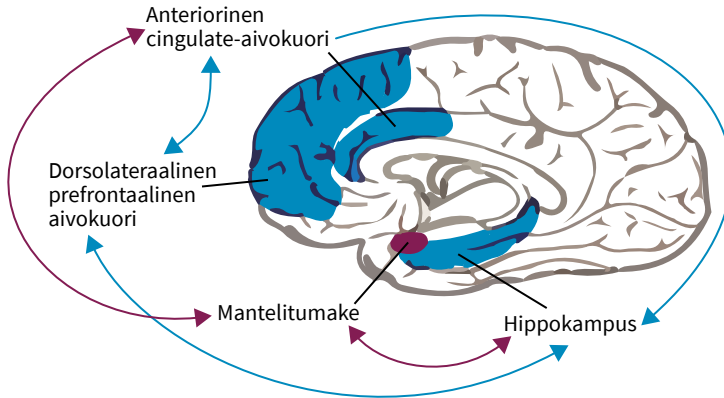


## 19.3 Muistisairaudet ja elimelliset oireyhtymät

**M**ikä tahansa aivojen rakenteita vaurioittava tai niiden toimintaan vaikuttava sairaus saattaa aiheuttaa muutoksia käyttäytymisen kontrollissa, tunnetilojen säätelyssä tai kognitiivisissa toiminnoissa kuten muistissa, toiminnanohjauksessa tai arvostelukyvyyssä. Näiden mahdollisten muutosten toteaminen on keskeinen osa oikeuspsykiatrista arviointia.

Tietyt aivojen rakenteet ja niiden väliset yhteydet (otsalohkot, ohimolohkojen sisäosien manteliumake ja hippocampus, pääläenlohkot, talamus, tyvitumakkeet ja niiden väliset yhteydet, kuva 19.3.1) ovat näiden toimintojen säätelyssä keskeisimpiä. Niiden toiminta on häiriintynyt eri sairaustiloissa, mikä voi johtaa persoonallisuuden muutokseen, impulsiivisuuteen ja aggressiivisuuteen tai vaikeisiin psykiatrisiin oireisiin kuten psykoosiin tai maaniseen oireiluun.

Elimellisillä oireyhtymillä tarkoitetaan yleensä hankittuja, ei-kehityksellisiä häiriöitä, joista oikeuspsykiatriselta kannalta merkittävimpiin tässä luvussa keskitytään. Niihin liittyviä käyttäytymisen ja tunnetilan säätelyn ongelmia kutsutaan tavallisesti neuropsykiatrisiksi oireiksi tai muistisairauksien yhteydessä käytösoireiksi. Osa oireyhtymistä on kohtauksellisia tai palautuvia, kuten delirium, mutta suurin osa pysyviä tai eteneviä (esim. muistisairauksiin liittyen). Kun akuutin aivosairauden, kuten aivovamman, jälkeen kehittyvä laaja ja pysyvä oirekuva, puhutaan usein elimellisestä persoonallisuuden muutoksesta.



Kuva 19.3.1. Aivojen otsalohkot, niistä lähtevät ratayhteydet (piirit) aivojen syvimpiin osiin sekä yhteydet ohimolohkojen sisäosien mantelitumakkeisiin ja hippokampuksiin ovat käyttäytymisen ja tunnetilojen säätelyn kannalta keskeisimpiä aivojen rakenteita.

### Oikeuspsykiatrian kannalta merkittävimpiä käyttäytymiseen vaikuttavia elimellisiä häiriöitä

#### Aivosairauksien jälkitilat

- Aivovammojen jälkitilat
- Alkoholiaivosairaudet
- Aivoverenkiertohäiriöiden ja aivotulehdusten jälkitilat
- Muut jälkitilat

#### Rappeuma-aivosairaudet

- Otsa-ohimolohkodementia
- Alzheimerin tauti
- Lewyn kappale -tauti ja Parkinsonin tauti
- Muut muistisairaudet

#### Äkilliset tai kohtaukselliset tilat

- Epilepsiat
- Parasomniat
- REM-unen käyttäytymishäiriö
- Seksiparasomnia
- Akuutti sekavuusoireyhtymä (delirium)

## Elimellisten oireyhtymien tyypilliset piirteet

Elimellisten oireyhtymien oirekirjo on samankaltainen riippumatta siitä, mikä sairaus tai vamma aivoja vaurioittaa. Neuropsykiatristen oireiden arvioimisen tukena käytetään usein strukturoituja asteikkoja, joista neuropsykiatrinen arviointi-asteikko (Neuropsychiatric Inventory, NPI) ja sen lyhyt muoto NPI-Q on nopeasti yleistymässä kliinisessä käytössä. Asteikko kattaa tyypillisimpien neuropsykiatristen oireiden kirjon lukuun ottamatta seksuaalisten toimintojen muutosta, ja sitä voi käyttää myös oireiden vaikeusasteen arvioimiseen sekä muutoksiin esim. hoitoihin liittyen).

### **Tavallisimmat elimellisiin aivosairauksiin liittyvät neuropsykiatriset oireet NPI-asteikon mukaan.**

Kunkin oireen yleisyys potilaalla arvioidaan asteikolla 1–3 ja vaikeusaste (haittaavuus) asteikolla 1–5. Näitä määreitä voidaan käyttää oireiston laajuuden ja vaikeusasteen kartoittamisessa ja muutosten seuraamisessa.

1. Harhaluulot
2. Aistiharhat
3. Kiihtyneisyys/ aggressiivisuus
4. Masennus/ alakuloisuus
5. Ahdistuneisuus
6. Euforia; tilanteeseen sopimaton hyväntulisuus
7. Apatia, välinpitämättömyys
8. Estottomuus
9. Ärtynisyys/ epävakaa mieliala
10. Motorinen levottomuus
11. Yöllinen käyttäytyminen
12. Ruokahalu/ syöminen

Neuropsykiatriset oireet ilmaantuvat tavallisesti suhteellisen nopeasti aivosairauden ilmaannuttua ja saavuttavat huippunsa 2–3 kuukauden kuluessa esimerkiksi aivoverenkiertohäiriöiden, -tulehdusten tai -vammojen jälkeen. Mikäli oireet sen jälkeen edelleen lisääntyvät, kyseessä on usein jokin muu tekijä kuten sairastumiseen liittyvät psykologiset tai sosiaaliset stressitekijät. Etenevissä sairauksissa, kuten aivokasvainten tai muistisairauksien yhteydessä, psykiatrisetkin oireet luonnollisesti voivat ajan myötä lisääntyä.

Tautiluokituksessa kuvattujen oireiden ohella elimellisistä aivo-oireyhtymistä kärsivillä potilailla on usein joitakin seuraavista piirteistä tai oireista:

1. Emotionaaliset muutokset kuten kontrolloimaton tunteiden vaihtelu; mielialan tilanteeseen sopimaton nousu tai tylsä vitsikkyys; aggressiivisuus, ärtyneisyys ja kiukunpuuskat; tai apatia: tunne-elämän latistuminen ja mielenkiinnon sekä motivaation katoaminen.
2. Estoton käytös omien tarpeiden ja impulssien mukaisesti sosiaalisista seurauksista ja normeista piittaamatta (esimerkiksi antisosiaalinen käytös, seksuaalinen tungettelu, syömisen holtiton lisääntyminen tai piittaamattomuus henkilökohtaisesta hygieniasta)
3. Ajatusmalleihin liittyvät häiriöt: poikkeava epäluuloisuus ja harhaluulot; kaavamainen kiinnittyminen yhden asian ympärille (esim. jäykkä uskonnollisuus); toisten henkilöiden käyttäytymisen jäykkä kategorisointi ”oikeaan” ja ”väärään”
4. Puheeseen ja kieleen liittyvät muutokset: puheen väheneminen, köyhtyminen
5. Muutokset seksuaalisessa käytöksessä (hyper- tai hyposeksuaalisuus; sukupuolisen suuntautumisen muutos)
6. Sairaudentunnottomuus ja itseymmärryksen puute: kyvyttömyys havaita itsellään sairastumiseen liittyviä toimintakyvyn tai käytöksen haitallisia muutoksia; kyvyttömyys ymmärtää ongelmia, joita nämä muutokset itselle tai ympäristölle aiheuttavat
7. Tavoitteellisen toiminnan vaikeutuminen varsinkin pitkäkestoisissa tehtävissä ja silloin, kun toiminta ei ole välittömästi palkitsevaa (toiminnanohjauksen häiriö)
8. Perseverointi: juuttuminen samoihin, usein haitallisiin käytösmalleihin; toistaa samoja asioita puheessa ja käytöksessä; ei opi virheistään; pakonomaisia rutiineja ja käyttäytymistapoja
9. Huono harkintakyky ja riskienarviointi: tavoittelee välitöntä mielihyvää tai etua vaikka on ilmeistä, että siitä seuraa kohtuuttomia vaikeuksia
10. Hamstraaminen: ylisäästäväinen tai kerää romua tai saastaa
11. Töykeä ja lapsellinen käytös, impulsiivinen sosiaalinen töksäyttely
12. Hyperoraalisuus: syö tai juo kohtuuttomasti, erikoisia uusia syömiseen liittyviä mieltymyksiä.

## Kuinka elimellisen aivosairauden vaikutusta käyttäytymiseen tutkitaan?

Aivosairauteen liittyvää mahdollista käyttäytymisen muutosta arvioitaessa on keskeistä selvittää, onko tapahtunut muutos aikaisempaan verrattuna, ja kuinka muutos ajoittuu suhteessa (aivo)sairauteen. On usein tarpeen saada käsitys potilaan elämänkaaresta varhaislapsuudesta lähtien asiakirjoista ja potilasta sekä hänen läheisiään haastatellen ja erityisesti yllä kuvattuja oireistoja kartoittaen. Mitä suurempi muutos käyttäytymisessä on ja mitä lyhyempi väli on aivosairauden ilmaantumisella ja käytöksen muutoksella, sitä todennäköisemmin kyseessä on syy-seuraussuhde.

Potilasta tutkittaessa kiinnitetään huomiota ulkoasuun (siisteys, outous), puheen selkeyteen, kykyyn pysyä asiassa, impulsiivisuuteen, käytöksen kontrolliin, aloitekykyyn ja vuorovaikutukseen, mielialaan ja mahdolliseen harhaluuloisuuteen.

Koska käyttäytymisestä, kognitiosta ja tunteiden säätelystä vastaavat hermoverkot ovat aivoissa anatomisesti ja toiminnallisesti lähellä toisiaan, on harvinaista, että jokin näistä osa-alueista vaurioon liittyen häiriintyisi siten, että ongelmia ei todettaisi toisissakin osa-alueissa. Siksi neuropsykologinen tutkimus on usein välttämätön osa arviointia. Mikäli neuropsykologista tutkimusta ei ole saatavissa, tulisi jonkinlainen käsitys kognitiosta saada vakiintuneita tehtäväsarjoja, kuten CERAD, käyttämällä. Mikäli aikaisemmin esimerkiksi ammatillisen historian perusteella kognitiivisesti normaalitasoiseksi arvioidulla henkilöllä havaitaan aivosairauteen liittyen vaikea-asteisia toiminnanohjauksen, tarkkaavuuden, sosiaalisen kognition ja muistin vaikeuksia, on todennäköistä, että poikkeavan käyttäytymisen taustalla myös on aivosairaus.

Toimintaterapeuttisen tutkimuksen avulla saadaan konkreettinen käsitys siitä, kuinka paljon potilaan toimintakyky on esimerkiksi neuropsykologisten vaikeuksien vuoksi heikentynyt.

Aivojen rakenteellisessa kuvantamisessa tietokonekerroskuvaus on useimmiten riittävä käyttäytymiseen merkittävästi vaikuttavien sairaus- ja vammamuutosten toteamiseksi, mutta mm. säteilyhaittojen ja paremman resoluution vuoksi aivojen magneettikuvaus on käytännössä ensisijainen. Aivojen aineenvaihduntaa ja välillisesti toimintaa kuvaavat positroniemissiotomografia (PET) ja yksifotoniemissiotomografia (SPECT) ovat joskus oikeuspsykiatrisissa tutkimuksissa tarpeellisia harvinaisempien muistisairauksien, kuten otsalohkodementian, diagnostiikassa. Aivosähkökäyrä (EEG) kuuluu psykiatriassa nykyisin lähinnä epilepsian ja joidenkin unisairauksien diagnostiikkaan ja seurantaan, ja näihin tiloihin liittyvän poikkeavan käyttäytymisen arvioinnissa. Sen rutiininomaisesta käytöstä esimerkiksi oikeuspsykiatristen potilaiden mahdollisten aivosairauksien toteamiseksi ei ole hyötyä.

## Muistisairaudet

Muistisairaudella tarkoitetaan tavallisesti etenevää aivosairautta, joka aiheuttaa merkittäviä neurokognitiivisia oireita ja lopulta dementian. Stigmatisoivana pidetystä dementia-termistä ollaan luopumassa, ja esimerkiksi DSM V -tautiluokituksessa puhutaan dementian sijaan vaikeasta neurokognitiivisesta häiriöstä. Dementia / vaikea neurokognitiivinen häiriö on kyseessä, kun aivosairauden vuoksi yhden tai useamman kognition osa-alueen (kuten muisti, tarkkaavaisuus, toiminnanohjaus, kielelliset toiminnot) toiminta on heikentynyt siinä määrin, että se aiheuttaa merkittävää haittaa tai avun tarvetta usealla elämän osa-alueella. Oireiston syynä ei saa olla psykiatrinen sairaus, kuten skitsofrenia tai vakava masennustila, eikä delirium.

Eteneviä, usein dementiaan johtavia aivosairauksia ovat Alzheimerin tauti (n. 70 % tapauksista), aivoverenkiertohäiriöihin liittyvä muistisairaus, Lewyn kappaletauti ja otsa-ohimolohkorappeumat, joista varsinkin ns. otsalohkodementiaan liittyy vaikeita neuropsykiatrisia oireita. Koska sairaus alkaa suhteellisen usein jo työiässä ja koska sen keskeinen oire on persoonallisuuden muuttuminen impulsiiviseen ja usein asosiaaliseen suuntaan, se on harvinaisuudestaan huolimatta oikeuspsykiatrisesti merkittävä sairaus.

Pysähtyviä tai parannettavissa olevia muistisairauksia ovat esimerkiksi vaikeat aivovamman tai aivotulehdusten jälkitilat, aineenvaihduntasairauksiin (kuten kilpirauhasen vajaatoiminta) liittyvät aivomanifestaatiot, normaalipaineinen hydrocephalus tai krooninen kovakalvonalainen verenpurkauma. Tavallisimpien muistisairauksien piirteitä on esitelty taulukossa 19.3.1.

Neuropsykiatriset oireet (ks. lista edellä) ovat muistisairauksien oleellinen osa, ja niistä kärsii valtaosa potilaista riippumatta siitä, mikä muistisairauden aiheuttaa. Ne ovat yleensä sitä tavallisempia ja sitä vaikeampia, mitä pidemmälle muistisairaus on edennyt. Toisaalta on tavallista, että muistisairauden ensimmäinen oire on neuropsykiatrinen, esimerkiksi äkkipikaisuuden korostuminen, masennus tai psykoottisten oireiden ilmaantuminen. Työiän jälkeen ensimmäistä kertaa elämässään vaikeasti psykiatrisesti sairastuvan potilaan tutkimuksiin kuuluu aina alkavan muistisairauden poissulkeminen.

Taulukko 19.3.1. Tavallisimpien muistisairauksien tyypilliset piirteet ja niiden diagnostiikka

Muistisairaus	Tyypilliset piirteet	Diagnostiikkaa tukevia löydöksiä
Alzheimerin tauti	Hidas alku ja hidas eteneminen, toimintakyvyn lasku Kognitiivisista oireista ilmaantuu aluksi muistivaikeus (varsinkin oppiminen ja ns. tapahtumamuisti), myöhemmin laaja kognition taantuminen	MRI/ TT: hippocampusatrofia Likvor: matala beta-amyloidi, kohonnut tau- tai fosfo-tau PET-kuvauksessa vähentynyt glukoosiaineenvaihdunta temporo-parietaalisesti tai tyypillinen löydös amyloidi-PET-tutkimuksessa
Verenkier- tosairauden muistisairaus	Muistioireiden lisäksi varhain usein toiminnanohjauksen tarkkaavuuden ongelmia; etenee usein portaittain. Aivoverenkierrosairauden oireita ja löydöksiä (esim. aivohalvauksioireita)	Aivojen kuvantamisessa aivoinfarkteja, valkean aineen muutoksia
Lewyn kappale -tauti	Tarkkaavuus, toiminnanohjaus ja visuospatiaaliset toiminnot heikentyvät usein ennen muistia. Parkinsonin taudin kaltaisia oireita ja löydöksiä. Oireisto vaihtelee voimakkaasti päivästä toiseen. REM-unen käyttöoireet Toistuvat kaatuilut ja pyörtymiset ilman selitystä Näköhallusinaatiot Autonomisen hermoston toiminnan häiriöt Voimakas herkkyys keskushermostoon vaikuttaville lääkkeille, varsinkin psykoosilääkkeille	Ei tyypillisiä TT- ja MRI-kvantamislöydöksiä, ei likvorlöydöksiä PET- tai SPET-kuvauksessa aivojen takaosiin painottuva hypometabolia tai tyvitumakealueen dopamiintransporthäiriön sitoutuminen alentunut
Otsalohko- dementia	Elimellinen oireyhtymä (kuten kuvattu kappaleen alussa) varhain, ennen kognitiivisia oireita; varsinkin estottomuus, apatia, sosiaalisen vuorovaikutuksen outous tai asosiaalisuus. Toiminnanohjaus ja tarkkaavaisuus heikentyvät tyypillisesti ennen muistia. Syömisikäytymisen muutos, uudet oudot käytösmallit (maneerit tai stereotyyppinen käytös), outo puhetapa, motoriikan muutos	Aivojen kuvantamisessa (MRI, TT) tyypillisesti otsa-ohimolohkojen selvä atrofia muihin aivolohkoihin verrattuna PET/ SPET -kuvantamisessa frontaalinen hypometabolia C9ORF72-geenin toistojakson osoittaminen (30 %:lla potilaista; autosomaalisesti perinnöllinen; näytteen ottaminen edellyttää eettistä ja perinnöllisyyslääketieteellistä pohdintaa)
Alkoholin käyttöön liittyvä muistisairaus ja Wernicke- Korsakoffin oireyhtymä	Alkoholidementia: Edeltävästi vähintään 10 vuotta kestänyt suurkulutus Monitekijäinen: alkoholin toksinen vaikutus, huono ravitsemus ja vitamiinipuutokset, pään vammat ja metaboliset sairaudet (mm. maksan heikentyneeseen toimintaan liittyen) Oireisto korjautuu osittain hitaasti, mikäli alkoholin käyttö jää pois. Wernicke-Korsakoff: alkoholistin huonoon ravitsemukseen liittyen tiamiinin puutos, joka johtaa akuuttiin sairastumiseen deliriumin, ataksian ja silmänliikehäiriön löydöksiin	Alkoholin suurkulutuksen ja kohde-elinvaurioiden toteaminen Aivojen kuvantamisessa usein laaja-alaista atrofiaa, usein pikkuaivojen ja varsinkin vermis-alueelle kohdentuen tyypillisen kognitiivisen profiilin toteaminen: toiminnanohjauksen ja tarkkaavuuden häiriöön painottuen. Korsakoffin oireyhtymä: vaikea amnestinen syndrooma (mieleen painamisen vaikea häiriö; unohtaa heti esim. äsken puhutun). Noin 50 %:lla akuutin vaiheen potilaista tyypilliset muutokset MRI:ssa; nisälisäkkeiden, talamuksen ja aivorungon hemorragiset muutokset; jälkitiloissa samojen alueiden atrofiaa

## Aivovammojen jälkitilat

Aivovammalla tarkoitetaan ulkoisen voiman aiheuttamaa aivotoiminnan häiriötä tai rakenteellista vauriota. Tavallisimmat aivovamman syyt ovat kaatuminen tai liikennetapaturma. Arviolta kaksi kolmesta aivovammapotilaasta on miehiä. Vammautumishetkellä noin puolet henkilöistä on päihtyneitä.

Aivovammat luokitellaan alkuvaiheen oireiden vaikeutta kuvaavan Glasgow Coma Scalen (GCS), tajuttomuuden keston, muistiaukon keston sekä aivojen kuvantamislöydösten perusteella lieväksi, keskivaikeaksi tai vaikeaksi (taulukko 19.3.2).

Suurin osa aivovammoista (yli 80 %) on lieviä, eli vammaan liittyy korkeintaan puolen tunnin kestoinen tajuttomuus tai alle vuorokauden kestoinen vamman jälkeinen muistiaukko. Lievistä aivovammoista ei aiheudu merkittävää elimellistä käyttäytymisen tai toimintakyvyn muutosta, vaikka noin 10 prosentilla potilaista onkin erilaisia pitkittyneitä subjektiivisia oireita kuten muisti- ja keskittymisvaikeuksia, huimausta tai päänsärkyä. Keskivaikeidenkin aivovammojen jälkeen valtaosa potilaista toipuu ilman merkittäviä käyttäytymisen tai kognition ongelmia, kun taas vaikeiden aivovammojen jälkeen nämä oireet (joita on lueteltu kappaleen alussa) ovat tavallisia. Myös tyypilliset psykiatriset häiriöt kuten vakava masen-

**Taulukko 19.3.2. Aivovammojen vaikeusasteen määrittely Käypä Hoito -suosituksen mukaan**

Aivovamman vaikeusaste	Kriteerit
Lievä	GCS-pistemäärä 13–15 puolen tunnin kuluttua vammasta ja koko seurannan ajan JA jokin seuraavista: <ol style="list-style-type: none"> <li>Enintään 30 minuutin tajuttomuus</li> <li>Enintään 24 tunnin PTA</li> <li>Vähäinen** vamman aiheuttama kallonsisäinen löydös aivojen TT- tai magneettikuvauksessa</li> </ol>
Keskivaikea	Vamman aiheuttama kallonsisäinen löydös aivojen TT- tai magneettikuvauksessa JA jokin seuraavista: <ol style="list-style-type: none"> <li>GCS-pistemäärä 9–12 puolen tunnin kuluttua vammasta tai jossain vaiheessa sen jälkeen</li> <li>Yli 30 minuutin mutta enintään 24 tunnin tajuttomuus</li> <li>Yli 24 tunnin mutta enintään 7 vuorokauden PTA</li> </ol>
Vaikea	Vamman aiheuttama kallonsisäinen löydös aivojen TT- tai magneettikuvauksessa JA jokin seuraavista: <ol style="list-style-type: none"> <li>GCS-pistemäärä enintään 8 puolen tunnin kuluttua vammasta tai jossain vaiheessa sen jälkeen</li> <li>Yli 24 tunnin tajuttomuus</li> <li>Yli 7 vuorokauden PTA</li> </ol>

\*\*Esim. vähäinen määrä verta subaraknoidaalitilassa, pieni subduraalihakematooma



nustila, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja psykoosit (tavallisimmin harhaluuloisuus) voivat ilmaantua ensimmäistä kertaa aivovamman jälkeen, todennäköisesti alttiilla henkilöillä, joilla vammaan liittyvät biologiset tekijät laukaisevat häiriöt. Aivovammojen tyypillinen sijainti (ohimo- ja otsalohkojen kärjet ja otsalohkojen alaosat) ovat affektien, havaitsemisen ja kognition näkökulmasta merkittäviä alueita, mikä osaltaan selittää vammojen jälkeisten neuropsykiatristen ongelmien yleisyyttä.

Viime vuosina on herännyt huoli toistuvien lievien aivovammojen jälkitiloista varsinkin kontaktilajiturheilijoilla kuten amerikkalaisen jalkapallon tai jääkiekon ammattilaispelaajilla. Mitä enemmän ammattiturheilijalla on uransa aikana lieviä aivovammoja (esimerkiksi tajuttomuuteen johtaneita taklauksia), sitä todennäköisemmin hänelle kehittyy neuropatologisia muutoksia, joissa amyloidiplakkia kertyy pienten aivovaltimoiden ympärille. Tätä tilaa kutsutaan krooniseksi traumaattiseksi enkefalopatiaksi (CTE), ja sen tyypillisenä ilmiönä on pidetty etenevää muistisairautta ja elimellistä persoonallisuuden muutosta. Ammattiuran päättäneillä pelaajilla ilmaantunut vaikea väkivaltainen käytös ja itsemurhat on Yhdysvalloissa yhdistetty tähän sairauteen, jonka etiopatogeneesi on kuitenkin vielä osittain epäselvä mm. kausaaliteettisuhteita varmistavien pitkien seurantatutkimusten puuttuessa.

Alkoholin suurkulutus tai esimerkiksi oikeuspsykiatrisilla potilailla esiintyvät persoonallisuuden piirteet altistavat aivovammoille, ja on hyvin tavallista, että näillä potilailla on aivovammahistoria tai vanhaan aivovammaan liittyviä löydöksiä kuvantamisissa. Näissäkin tilanteissa aivovamman merkityksen arviointi perustuu käyttäytymisen muutoksen ajalliseen yhdistämiseen aivovammaan ja sen vaikeusasteeseen, mutta jossakin määrin myös vaurion kokoon ja sijaintiin. On tyypillistä, että aivovamman jälkeisistä neuropsykiatrisista oireista kärsivillä potilailla on taustalla myös alkoholin suurkulutusta ja siihen liittyvä alkoholiaivosairaus, mikä lisää oireiden vaikeutta ja heikentää ennustetta.

## Kohtaukselliset tilat

### *Unen aikainen väkivaltainen käyttäytyminen*

Väkivaltaista käytöstä uneen liittyen on kuvattu sekä ei-REM-unen aikana, jolloin se liittyy parasomniaan, kuten unissakävelyyn, ja REM-unen aikana, jolloin se liittyy ns. REM-unen käyttäytymishäiriöön (RBD, REM sleep behavioral disorder). Laajojen puhelinkyselyyn liittyvien tutkimusten perusteella uneen liittyvän väkivaltaisen käyttäytymisen yleisyys on väestössä parin prosentin luokkaa.

Unissakävelyyn voi liittyä monimutkaisia käyttäytymismalleja kuten seksuaalista käytöstä tai esimerkiksi aseiden käsittelyä. REM-unen säätelyhäiriöllä tarkoitetaan tavallisesti aivosairauksiin liittyvää tilannetta, jolloin lihasten toiminta ei normaaliin tapaan estykään unen näkemisen yhteydessä, vaan potilas käyttäytyy

uniensa mukaisesti ja saattaa esimerkiksi puolustautua kuviteltua hyökkääjää vastaan lyömällä tai puremalla.

Uneen liittyvää poikkeavaa käytöstä voidaan tutkia unihäiriölaboratorioissa. Perusteellisen potilaan haastattelun lisäksi tehdään polysomnografia, jolloin unen aikana samanaikaisesti aivojen sähköistä toimintaa ja lihasten toimintaa rekisteröimällä sekä käyttäytymistä videoimalla saadaan käsitys mahdollisesta unihäiriöstä väkivaltaisen käytöksen taustalla.

### *Epilepsiaan liittyvä poikkeava käyttäytyminen*

Varsinkin otsa- ja ohimolohkoalkuisissa epileptisissä kohtauksissa on kuvattu kohtauksen aikaista ja varsinkin kohtauksen jälkeisen (postiktaalisen) sekavuuden aikaista väkivaltaista käytöstä. Tämä on kuitenkin harvinaista, ja on esiintyessään luonteeltaan samankaltaista kuin deliriumin yhteydessä.

## Delirium

Delirium eli akuutti sekavuustila on laaja-alainen kognitiivinen toimintahäiriö, jolle on ominaista samanaikainen tietoisuuden ja tarkkaavuuden, havaitsemisen, ajattelun, muistin, psykomotorisen käyttäytymisen, tunne-elämän ja uni-valverytmin häiriintyminen.

Laukaisevana tekijänä voi toimia lähes mikä tahansa vakavampi somaattinen sairastuminen, kuten infektio, kardiovaskulaaritapahtuma, epileptinen kohtaus tai päihteiden käytön äkillinen lopettaminen. Delirium vaikuttaa oleellisesti potilaan muisti- ja päättelytoimintoihin sekä päämäärähakuiseen toimintaan, ja sen aikana potilasta potilas on kyvytön arvioimaan toimintansa seurauksia. Deliriumin aikana potilaalla voi olla kognitiivisesti kirkkaampia hetkiä.

### *Etiologia ja patogeneesi*

Sekavuustilan kehittymiselle voidaan löytää altistavia ja laukaisevia tekijöitä. Keskeisiä altistavia tekijöitä ovat rakenteelliset keskushermostosairaudet, yli 60 vuoden ikä ja eri aistivajeet sekä päihderiippuvuus. Iäkkäillä muistisairaus on tärkein deliriumin vaaratekijä, ja delirium ja dementia voivat esiintyä yhtä aikaa. Tavallisia sekavuuden laukaisevia tekijöitä ovat aivoverenkiertohäiriöt, tulehdussairaudet, aineenvaihduntahäiriöt, epileptiset kohtaukset sekä päihteiden ja lääkeaineiden käyttöön liittyvät haittavaikutukset (taulukko 19.3.5).

Sekavat vanhuspotilaat ovat usein monisairaita, ja keskushermosto- ja yleisairaudet voimistavat sekavuuden kehittymistä – ja päinvastoin. Vaikeasti dementoituneella potilaalla paikanvaihdos tai muu psykososiaalinen kuormitus voivat myös laukaista deliriumin.

### Deliriumia aiheuttavia tekijöitä

1. Lääkeaineet: antikolinergit, neuroleptit, trisykliset masennuslääkkeet, anti-histamiinit, diureetit, digitalis, levodopa, bromokriptiini, klooripropamidi ja kortikosteroidit
2. Säännöllisen alkoholin tai lääkkeen käytön äkillinen loppuminen
3. Sydän ja verisuonisairaudet: sydämen vajaatoiminta, sydäninfarkti, vakavat sydämen rytmi-häiriöt ja endokardiitti
4. Infektiosairaudet: erityisesti alahengitystie- ja virtsatieinfektiot, sepsis, meningoenkefaliitti
5. Metaboliset häiriöt: happo-emästasapaino, neste- ja elektrolyyttihäiriöt, maksan, munuaisten tai keuhkojen vajaatoiminta, hypo- tai hyperglykemia sekä kilpirauhasen vajaatoiminta
6. Aivoverisuonisairaudet: aivoinfarkti, TIA, temporaaliarteriitti ja vaskuliitit
7. Kasvaimet: kallonsisäiset ja muualla kehossa sijaitsevat (erityisesti keuhkosyöpä)
8. Trauma: päävamma, subduraalihakematooma, palovammat ja lonkkamurtuma
9. Epilepsia

### Kliininen kuva

Potilailla saattaa esiintyä ennakoivina oireina ahdistuneisuutta, ärtyneisyyttä, psykomotorista levottomuutta sekä univaikeuksia tai painajaisunia usean vuorokauden ajan ennen deliriumin kehittymistä. Tavallisesti deliriumoireisto alkaa nopeasti muutamassa tunnissa tai yhden vuorokauden kuluessa.

Delirium ilmenee laaja-alaisena huomio- ja käsityskyvyn, muistin, loogisen ajattelun, orientaation, psykomotorisen käyttäytymisen ja uni-valverytmin häiriönä. Sille on tyypillistä oireiston äkillinen alkua, oireiden ja vaikeusasteen nopea vaihtelu samankin päivän aikana ja välillä esiintyvät, yleensä muutaman tunnin kestoiset selkeämmät jaksot. Oireet ovat usein hankalimmillaan yöllä.

Deliriumiin liittyy noin kahdessa kolmasosassa tapauksista psykoottisia oireita, kuten aistiharhoja tai harha-ajatuksia. Vanhuksen deliriumiin liittyvät harhat voivat olla vähemmän monimuotoisia kuin nuoremmilla potilailla. Myös taipumus voimakkaisiin mielialan vaihteluihin voi liittyä deliriumiin.

## *Diagnostiikka ja erotusdiagnostiikka*

Deliriumin diagnostiikka perustuu kliinisen oireiston tunnistamiseen. Delirium tulee erottaa muista elimellisistä oireyhtymistä (erityisesti vanhuksilla dementias-ta), äkillisistä ja väliaikaisista psykoottista häiriöistä, skitsofrenian akuuttioireista sekä mielialahäiriöistä, joista viimeksi mainitussa saattaa esiintyä sekavuusoireita. Koska delirium on henkeä uhkaava tila, potilaat tarvitsevat oireistonsa nopeaa ja perusteellista selvitystä. Lähiomaisilta tai potilaan muuten hyvin tuntevilta henkilöiltä saadut esitiedot esimerkiksi lääkitysmuutoksista, tuoreista vammoista tai päihteiden käytöstä ovat tärkeitä. Tekijöitä, jotka voivat mahdollisesti aiheuttaa deliriumin on kuvattu edellä.

## *Ennaltaehkäisy, hoito ja kuntoutus*

Deliriumin kehittymisriskiä voi vähentää välttämällä erityisesti muistipotilailta sedatioivia ja antikolinergisiä lääkityksiä sekä huolehtimalla sairaalapotilaiden neste- ja ravitsemustilasta. Hoitoympäristön tulisi olla kognitiota tukeva ja osasto-irtoja tulisi välttää.

Deliriumoireiston hoito kohdistuu ensisijaisesti sen aiheuttaneeseen sairauteen. Deliriumin hoito jakautuu hyvään yleishoitoon ja lääkehoitoon. Potilaiden yleishoidossa keskeistä on rauhoittava ja sopivasti aika- ja paikkaorientaatiota tukeva hoitoympäristö, omaisen/hoitajan läsnäolo turvallisuudentunteen tarjoajana sekä ravitsemuksesta ja nestehoidosta huolehtiminen. Lääkehoidossa käytetään tarvittaessa psykoosilääkkeitä ja bentsodiatsepiineja. Nämä eivät paranna potilaan kognitiivista häiriötä, mutta vähentävät esimerkiksi aistiharhoihin liittyvää ahdistuneisuutta. Aiemmin deliriumin hoidossa on yleisesti käytetty haloperidolia, nykyisin yleensä uudempia psykoosilääkkeitä. Muista lääkeryhmistä kolinesteraasin estäjistä on raportoitu myönteisiä kokemuksia sekavuustilojen hoidossa. Lääkehoidon tarve deliriumpotilailla on usein lyhytkestoinen, vain päivistä viikkoihin, ja lääkityksen tarvetta tulee arvioida riittävän tiheästi. Päihdetaustaisilla potilailla tiamiinikorvaushoidosta huolehtiminen on myös tärkeää.

## *Deliriumin vaikutus päätösten tekemiseen*

Delirium on laaja-alainen ja vaikea kognitiivisten toimintojen häiriö, jossa muistiin painamisen ja muistiin palauttamisen lisäksi potilaan vireystila ja toiminnanohjaus ovat häiriytyneet. Delirium heikentää oleellisesti potilaan kykyä päättää asioistaan, koska delirium estää aiemman muistiaineksen käytön päätöksenteon perusteena ja deliriumiin liittyvä vireystilan ja tarkkaavuuden vaihtelu haittaavat keskittymistä. Delirium on kuitenkin ohimenevä, joten sitovat päätökset tulisi lykätä deliriumin sen väistymisen jälkeiseen aikaan. Päätöksenteossa huomioitavia osatekijöitä on kuvattu erillisessä listassa.

### Päätöksentekokyvyn arvioinnissa huomioon otettavia tekijöitä

- Tarkkaavuus ja sen mahdollinen vaihtelu
- Orientaatio: aika, paikka, henkilö
- Muisti: työmuisti, episodinen muisti/tapahtumamuisti, semanttinen muisti/asiamuisti
- Kyky ottaa vastaan informaatiota
- Kyky ilmaista itseään
- Maantieteellinen orientaatio: toimintakyky tutussa ja oudossa ympäristössä
- Päätösten ja niiden seurausten tunnistaminen
- Kyky tehdä päätöksiä
- Omien rajoitusten ja niiden seurausten tunnistaminen
- Todellisuudentaju
- Uskomusten, tunteiden ja toimien yhdenmukaisuus
- Kyky ottaa huomioon sosiaalinen ympäristö
- Toimintakyky (ADL-arvio)

## Muistisairaana potilaan oikeustoimikelpoisuuden arvioinnissa noudatettavia periaatteita

Yksilön itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan vapautta määrätä itsestään ja toimistaan, ja itsemääräämisoikeutta voidaan pitää monien muiden oikeuksien käytön perustana. Henkilö on itsemääräävä, kun hän ymmärtää asian kannalta erilaiset vaihtoehdot, osaa arvioida niiden mahdolliset seuraukset ja kykenee päättämään asiassa tarvittavan ratkaisun.

Oikeudellisella toimintakyvyllä tarkoitetaan henkilön kykyä tehdä päätöksiä, joilla on oikeudellista merkitystä. Näitä ovat erilaiset taloudelliset toimet kuten ostaminen, myyminen, lahjoittaminen ja testamentin tekeminen. Kelpoisuudessa on kysymys henkilön psyykkisiin ominaisuuksiin liittyvästä kyvystä ymmärtää kulloinkin kysymyksessä oleva oikeudellisesti vaikuttava asia merkityksineen. Lainsäädännön mukaan oikeudellista toimintakykyä heikentäviä tai poistavia psyykeen vaikuttavien tilojen voivat olla esimerkiksi mielisairaus, tylsämielisyyden, vanhuudenheikkouden, humalatilan tai huumeiden tai lääkeaineiden aiheuttama sekavuustila.

Ikääntyneen tai muistisairaana henkilön oikeudellisen toimintakyvyn ja päätökselykyvyn selvitykseen kuuluu aina potilaan tavanomaisen somaattisen ja neurologisen tilan selvittäminen. Muisti- ja päättelykykyyn vaikuttavien häiriöiden

**Päätätäkävyn arvioinnissa käytettävä kriteeristö**

1. Kyky kommunikoida
2. Johdonmukainen ensisijaisten valintojen (preferenssien) ilmaisu

**Taloudellisia asioita koskevassa päätöksenteossa**

- 1.+ 2. sekä
3. Tietämys tuloista/omaisuudesta
4. Tietämys kuluista
5. Kyky delegoida taloudellisten asioiden hoitamista koskevia toiveita

**Muussa päätöksenteossa**

- 1.+ 2. sekä
6. Kyky ymmärtää ja arvioida vaihtoehtoisia toimintamahdollisuuksia
7. Kyky tehdä valintoja

(muistisairaudet, vaikeat psykoosit) lisäksi tulee myös potilaan kognitiota selvittää CERAD-tutkimuksella tai laajemmalla neuropsykologisella tutkimuksella. Omaisen haastattelu – ollessaan luotettavaa – voi antaa arvokasta lisä- ja taustatietoa potilaan oireista, orientaatiosta, oiretiedostuksesta, mielialasta ja arkipäivän selviytymisestä. Oikeudellisen toimintakyvyn arviointi edellyttää myös psykiatristen oireiden kartoittamista mm. mielialahäiriöiden, ahdistuneisuuden ja harhaluuloisuuden suhteen. Masentuneisuus saattaa tilapäisesti heikentää sairastuneen päätöksentekokykyisyyttä.

Potilaan tutkimuksessa tulee muisti- ja päättelytoimintojen lisäksi kiinnittää huomiota vireystilaan ja toiminnanohjaukseen. Deliriumin ja muistisairauksien yhteydessä potilailla on kuvattu parempia jaksoja, jotka ovat yleensä lyhytkestoisia ja liittyvät vireystilan vaihteluihin. Kirkkaampienkin jaksujen aikana potilaan muistisairauksiin liittyvät muistivaikeudet säilyvät ennallaan, ja siten myös niiden aikana vaikeasti muistisairaana potilaan oikeustoimikelpoisuus on rajoittunut. Muistisairaudesta kärsivän potilaan oikeustoimien yhteydessä tulisi selvittää hänen aikaisempi, sairastumista edeltävä kannanmuodostuksensa oikeustoimen suhteen ja kirjata yksityiskohtaisesti oikeustoimen tekohtekellä vallinnut tilanne.

Edellä mainittujen perusselvitysten tekeminen ja kirjaaminen on erityisen perusteltua ennen merkittäviä tai muita elämään ratkaisevasti vaikuttavia päätöksiä. Jälkikäteen mahdollisuudet arvioida potilaan oikeudellista toimintakykyä jonain tietynä ajankohtana ovat oleellisesti huonommat. Tällöin joudutaan turvautumaan erityisesti neurologisen, psykiatrisen ja kognitiivisen oireiston suhteen usein niukkoihin sairauskertomusmerkintöihin, jolloin arviointiperusta on kapeampi. (Oikeustoimikelpoisuudesta ks. tarkemmin luku 15)

## Muistisairauksiin ja elimellisiin oireyhtymiin liittyvät rikokset

Muistisairauksiin liittyy kognitiivisten oireiden lisäksi yleisesti neuropsykiatrisia oireita, jotka voivat ilmetä esimerkiksi impulsiivisuutena tai poikkeavana käyttäytymisenä. Muistisairauksista kärsivien potilaiden tekemiä rikoksia pidetään harvinaisina, mutta aiempi muistisairauspotilaiden tekemiä rikoksia koskeva tutkimus on niukkaa ja aihepiirin suhteen edustavuudeltaan rajoittunutta. Aiempien selvitysten mukaan rikokset ovat tavallisimpia otsalohkodementiapotilailla ja harvinaisempia Alzheimerin taudin yhteydessä, joka liittyy erilaisiin keskushermostomuutoksiin ja niiden seurauksena erilaisiin käyttösoireprofileihin näissä sairauksissa. Muita suurempia muistisairausryhmiä, kuten Parkinsonin tautia, ei ole tutkittu vaikkakin esimerkiksi sen lääkehoitoon voi liittyä impulsiivisuuden lisääntymistä.

Muistisairauksiin liittyvät toiminnanohjauksen häiriöt altistavat potilaita esimerkiksi liikenerikkomuksille ja muistitoimintojen häiriöt puolestaan omaisuusrikoksille. Vakavammat rikostyytit ovat muistisairailla harvinaisempia, koska pidemmälle edenneisiin muistisairauksiin liittyvä somaattisen kunnon heikkeneminen vähentää väkivaltariskiä ja toiminnanohjauksen ja muistitoimintojen häiriöt estävät puolestaan ennakkosuunnittelua edellyttävien rikosten, kuten päihderikosten ja osin seksuaalirikosten, toteuttamisen. Mikäli rikoskäyttäytyminen ilmenee ensi kertaa iäkkäällä iällä, tulee alkavan muistisairauden mahdollisuus ottaa huomioon tilannetta arvioitaessa. Pidemmälle edenneissä muistisairauksissa potilaita ei yleensä tuomita rangaistuksiin. Muistisairaudet ovat pääosin eteneviä sairauksia, minkä vuoksi rikoskäyttäytymisen riski laskee nopeasti noin 1–2 vuoden aikana diagnoosin saamisesta.

Elimellisiin oireyhtymiin liittyy usein piirteitä, jotka lisäävät riskiä syyllistyä rikokseen. Impulssikontrollin, arvostelukyvyn ja riskien arviointikyvyn, toiminnanohjauksen (mm. elämänhallinnan ja kyvyn suunnitella asioita), itseymmärryksen ja sairaudentunnon heikentyminen ovat tyypillisiä kognitiivisia ongelmia, jotka yhdessä mielialaongelmien kanssa liittyvät niihin, ja jotka näillä potilailla ovat selvästi tavallisempia kuin aivosairauksia sairastamattomilla henkilöillä. Esimerkiksi keskivaikean aivovamman jälkeen näistä oireista kärsivillä syyntakeisuus saattaa olla alentunut samaan tapaan kuin vaikeimmista persoonallisuushäiriöistä kärsivillä henkilöillä. Vaikeimpiin tiloihin liittyy usein myös psykoosioireita, harhaluuloja ja aistiharhoja tai niin vaikeita itseymmärryksen ja orientaation vaikeuksia, että ne vertautuvat psykoosiin. Deliriumin aikana kyky ymmärtää omaa toimintaa saattaa vaihdella voimakkaastikin, ja vaikeassa vaiheessa potilailla ei ole kykyä toimia rationaalisesti.

## Kirjallisuutta

- Aivovammat: Käypä Hoito -suositus 2021  
Bingham KS, Flint AJ. Management of delirium in older adults; Challenges and opportunities. *Int Psychogeriatrics* 2021; Apr 16:1–5. DOI:10.107.S1041610221000569.
- Koponen H, Juva K, Hietanen M. Oikeudellisen toimintakyvyn arviointi hoitavan lääkärin kannalta. Kirjassa Erkinjuntti T, Remes A, Rinne J, Soininen H (toim.) ym. Muistisairaudet, Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2015: 561–568.
- Käypä Hoito -suositus: Muistisairaudet, 2021.  
Liljegren M, Naasan G, Temlett J ym. Criminal behavior in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *JAMA Neurol* 2015; 72: 295–300.
- Liljegren M, Landqvist Waldo M, Rydbeck R, Englund E. Police Interactions Among Neuropathologically Confirmed Dementia Patients: Prevalence and Cause. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2018 Oct-Dec;32(4):346–350.
- Schenck C. The spectrum of disorders causing violence during sleep. *Sleep Science and Practice* 2019; 3:2–14.
- Shulman KI, Hull IM, DeKoven S ym. Cognitive fluctuations and the lucid interval in dementia: Implications for testamentary capacity. *J Am Acad Psychiatry Law* 2015; 43: 287–92.
- Talasilahti T, Ginters M, Kautiainen H, Vataja R, Elonheimo H, Erkinjuntti T, Suvisaari J, Lindberg N, Koponen H. Criminal behavior in the four years preceding diagnosis of neurocognitive disorder: a nationwide register study in Finland. *Am J Geriatr Psychiatry* 2021; 29: 657–665.
- Vataja R, Stenberg J-H, Kantanen M, Kalska H. Neuropsykiatrisen potilaan tutkiminen. Kirjassa Juva K, Hublin K, Kalska H ym. (toim). Kliininen neuropsykiatria, Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2021: 88–97.



## 19.4 Persoonallisuushäiriöt

**P**ersoonallisuushäiriöt luonnehtivat tiloja, joissa henkilölle pitkäaikaisesti ominaiset jäykät ja joustamattomat ajattelun, tunteiden ja käyttäytymisen tasolla ilmenevät persoonallisuudenpiirteet aiheuttavat kärsimystä hänelle itselleen ja/tai haittaa muille. ICD-10- ja DSM-5-tautiluokituksissa persoonallisuushäiriöt on määritetty kategorisesti, mutta ICD-11-tautiluokituksessa siirrytään tarkastelemaan dimensionaalisesti persoonallisuusproblematiikan vaikeusastetta, minkä lisäksi ongelman luonnetta voi tarkentaa arvioitavan henkilön persoonallisuudessa hallitsevien ongelmallisten piirteiden avulla. DSM-5-tautiluokituksessa dimensionaalinen persoonallisuushäiriödiagnostiikka on tarjolla vaihtoehtona luokitusta täydentävässä lisämateriaalissa.

DSM-5-luokituksessa persoonallisuushäiriöt luokitellaan kolmeen eri pääryhmään. Ryhmän A häiriöitä luonnehtii outous, erikoisuus ja ajoittainen todellisuuden tajun heikkeneminen. Ryhmän B häiriöitä on kuvattu dramaattisiksi, ja niitä luonnehtivat sellaiset piirteet kuten heikko tunnesäätelykyky ja impulssikontrolli sekä keskittyminen omaan itseän piittaamatta muiden tunteista, tarpeista ja oikeuksista. Ryhmän C häiriöistä kärsivien persoonallisuutta kuvaa jatkuva ahdistus ja taipumus tulkita asioita itselle negatiivisella, huonoa minäkokemusta ruokkivalla tavalla.

Melko tuoreen meta-analyysin mukaan minkä tahansa persoonallisuushäiriön esiintyvyyttä aikuisväestössä on 8–17 %. Vankila-aineistoissa persoonallisuushäiriöt ovat paljon yleisempiä. Laajassa meta-analyysissä minkä tahansa persoonallisuushäiriön esiintyvyyttä vankien joukossa oli 65 % miehillä ja 42 % naisilla.

## A-ryhmän oudot ja erikoiset persoonallisuushäiriöt

Ryhmään kuuluvat epäluuloinen, eristäytyvä (skitsoidinen) ja psykoosipiirteinen (skitsotyyppinen) persoonallisuushäiriö. ICD-10-järjestelmässä psykoosipiirteinen persoonallisuus on sijoitettu skitsofreniaryhmään.

Epäluuloiselle persoonallisuudelle on luonteenomaista epäluuloisuus, herkkyys vastoinkäymisille, pitkävihaisuus, kyvyttömyys antaa anteeksi loukkauksia ja taipumus kokemusten vääristymiseen, mikä johtuu toisten henkilöiden neutraalien tai ystävällisten tekojen tulkitsemisesta vihamielisiksi tai halveksiviksi. Henkilö saattaa olla myös taistelunhaluisen ja itsepintaisen tietoinen omista oikeuksistaan. Epäluuloisen persoonallisuuden esiintyvyys yleisväestössä on noin 0,5–2,5 %. Huomattavasti korkeampia esiintyvyyksilukuja on kuvattu vankilapopulaatioissa (noin 20 %) ja psykiatristen sairaaloiden potilaiden keskuudessa (10–30 %). Häiriö on yleisempi miehillä kuin naisilla. Epäluuloisesta persoonallisuudesta kärsivät hakeutuvat harvoin itse psykiatrisen hoidon piiriin.

Eristäytyvälle persoonallisuudelle on ominaista vetäytyminen tunnepitoisista, sosiaalisista ja muista suhteista yksinäisyyteen. Mielikuvitusmaailma ja itsetutkiskelu hallitsevat ajattelua. Henkilön kyky ilmaista tunteita on rajoittunut, ja toisaalta hän itse on välinpitämätön sekä kiitoksen että arvostelun suhteen. Henkilö asettaa elämässään etusijalle yksinäiset toiminnot, ja hänellä on yksi tai ei yhtään läheistä ystävää tai luottamuksellista ihmissuhdetta tai halua läheiseen ihmissuhteeseen. Eristäytyvän persoonallisuuden esiintyvyys yleisväestössä on noin 3–4 %. Häiriö lienee yleisempi miehillä kuin naisilla. Eristäytyvästä persoonallisuudesta kärsivät hakeutuvat harvoin itse hoidon piiriin.

Psykoosipiirteiselle persoonallisuudelle on ominaista huomattavan outo ja erikoinen ajattelu. Heillä voi olla kuvitelmia erilaisista maagisista vaikutuksista, kuten esimerkiksi, selvänäkemisestä ja telepatiasta. Henkilö elää usein eristäytyneenä elämää uppoutuneena omaan fantasiamaailmaansa. Käyttäytyminen on tyypillisesti erikoista, ja ajattelun ja tunteiden poikkeavuudet muistuttavat skitsofreniassa todettavia poikkeavuuksia. Todellisuudentajun horjuminen on kuitenkin väliaikaista ja lievempää kuin psykoosisairauksissa. Psykoosipiirteinen persoonallisuus on keskimääräistä yleisempää skitsofreniaa sairastavien henkilöiden sukulaisilla, ja sen katsotaankin kuuluvan skitsofreniaspektriin. Psykoosipiirteisen persoonallisuuden esiintyvyys on yleisväestössä noin 0,6–4 %.

## A-ryhmän persoonallisuushäiriöt ja rikoskäyttäytyminen

A-ryhmän persoonallisuushäiriöt on yhdistetty väkivaltarikollisuuteen sekä miehillä että naisilla. Yhdysvaltalaisessa seurantatutkimuksessa A-ryhmän persoonallisuuspiirteet nuoruusiässä ennustivat varhaisaikuisuudessa antisosiaalista ja rikollista käyttäytymistä senkin jälkeen, kun ikä, sukupuoli, vanhempien psykopatologia, perheen sosioekonominen status ja nuoren psykiatrinen oheissairastaminen oli vakioitu. Kreikkalaisissa vankiloissa tehdyssä tutkimuksessa A-ryhmän persoonallisuushäiriöiden esiintyvyys oli 16,2 %, ja ne ennustivat sekä henkirikollisuutta että yleistä väkivaltarikollisuutta.

Yksittäisten A-ryhmän persoonallisuushäiriöiden suhdetta antisosiaaliseen ja rikolliseen käyttäytymiseen on tutkittu varsin vähän. Paranoidinen persoonallisuus on yhdistetty sekä väkivaltarikollisuuteen, vaanimiseen (stalking) että ajautumiseen jatkuviin ja intensiivisiin oikeustaisteluihin. Kreikkalaisessa vankilatutkimuksessa sekä eristäytyvä että psykoosipiirteinen persoonallisuus assosioituivat väkivaltarikollisuuteen ja henkirikollisuuteen.

Mielentilatutkimuksessa saattaa olla haasteellista erottaa paranoidinen persoonallisuus paranoidisesta psykoosista ja harhaluuloisuushäiriöstä. Eristäytyvän ja psykoosipiirteisen persoonallisuuden suhteen skitsofrenia on erotusdiagnostinen haaste. Tulee pitää mielessä, että osa eristäytyvän ja psykoosipiirteisen persoonallisuuden omaavista henkilöistä sairastuu myöhemmin elämässään skitsofreniaan. A-ryhmän persoonallisuushäiriöillä voi olla häiriön vaikeusasteesta ja muista tilannekohtaisista seikoista riippuen merkitystä syyntakeisuutta arvioitaessa.

## A-ryhmän persoonallisuushäiriöiden hoidosta

Persoonallisuushäiriöt esiintyvät harvoin yksinään. Persoonallisuushäiriöstä kärsivällä henkilöllä on usein samanaikaisesti jokin muu mielenterveyden häiriö, kuten esimerkiksi masennus tai ahdistuneisuushäiriö, ja tällöin on tärkeää hoitaa tätä oheishäiriötä asianmukaisesti. Mikäli henkilö kärsii psykoottisuuteen viittaavista oireista, hän voi hyötyä antipsykoottisesta lääkityksestä. Antipsykoottista lääkettä käytettäessä tulee kiinnittää huomiota lääkityksen mahdollisiin haittavaikutuksiin ja on syytä noudattaa erityistä varovaisuutta sellaisen potilaan pitkäaikaisen neuroleptilääkehoidon suhteen, jolla ei ole psykoosisairautta. A-ryhmän persoonallisuushäiriön omaavan henkilön psykososiaalista hoitoa vaikeuttaa se, että henkilö usein kokee oireet luonnolliseksi osaksi itseään eikä koe tarvetta muutokseen ja sitä kautta motivaatio hoitoon on heikko. Paranoidista persoonallisuushäiriötä sairastavan henkilön hoidossa keskeistä on tukea-antava psykoterapia. Eristäytyvän ja psykoosipiirteisen persoonallisuuden kohdalla sosiaaliseen kuntoutumiseen tähtäävät supportiiviset ja psykoedukaatiiviset menetelmät lienevät paras vaihtoehto.

## B-ryhmän ”dramaattiset” persoonallisuushäiriöt

Antisosiaalista persoonallisuushäiriötä luonnehtii toimintaa ja vuorovaikutussuhteita läpileikkaava välinpitämättömyys muiden tunteista ja oikeuksista ja toistuva toisten oikeuksien polkeminen sekä lakien, sääntöjen ja sosiaalisten normien rikkominen. Vuorovaikutustyylien näkökulmasta antisosiaalinen persoonallisuus on liitetty dominoivuuteen, tunnekylmyyteen, huomionhakuisuuteen ja kostonhaluisuuteen. Antisosiaalisen persoonallisuuden yleisydeksi väestössä on meta-analyyssissa arvioitu 2,1–4,2 %, mutta erilaisissa vankila-aineistoissa sen yleisyys on ollut jopa 20-kertainen.

Psykopatia on viralliseen tautiluokitukseen sisältymätön luonnehäiriö, jolle tunnusomaista on tunnekylmyys, empatiakyvyttömyys, manipulointi, pinnallinen tunne-elämä ja antisosiaalinen ja impulsiivinen elämäntapa. Psykopatiaa käsitellään tarkemmin tämän kirjan luvussa 19.5. Osa, vaan ei kaikki, antisosiaalisista persoonallisuuksista täyttää myös psykopatian tunnusmerkit. Toisaalta psykopatia voi kanavoitua esimerkiksi jatkuvaan valehteluun tai manipuloivaan vallankäyttöön ilman varsinaista antisosiaalista elämäntyyliä.

Epävakaata persoonallisuutta luonnehtivat epävakaat ihmissuhteet, minäkokeemus ja tunne-elämä. Epävakaat persoonallisuudet toimivat usein impulsiivisesti itselleen ja muille vahinkoa aiheuttavalla tavalla. Epävakaaseen persoonallisuuteen liittyy voimakasta hylätyksi tulemisen pelkoa, mikä saattaa johtaa ihmissuhteiden pysyvyyden kannalta epätarkoituksenmukaiseen käyttäytymiseen ja suhteiden katkeamisiin. Ihmissuhteissa epävakailla henkilöillä onkin tyypillistä voimakkaan ihannoinnin ja täydellisen vähättelyn vaihtelu. Epävakaat persoonallisuudet voivat ihmissuhteissaan käyttäytyä sekä dominoivasti että alistuvasti, ja epävakaata persoonallisuutta on yhdistetty niin kostonhaluisuuteen kuin vaikeuksiin puolustaa omia rajoja ja alttiuteen tulla riistetyksi. Epävakailla persoonallisuuksilla on tyypillisesti vaikeuksia hallita vihantunteita, ja he toimivat usein impulsiivisen itsetuhoisesti. Melko tuoreen meta-analyyysin mukaan epävakaan persoonallisuushäiriön yleisyys aikuisikäisessä yleisväestössä on 0,9–3,3 %.

Huomionhakuiselle persoonallisuudelle tunnusomaista on ylenpalttisesti ja dramaattisesti ilmaistu, joskin pinnallinen, tunne-elämä ja huomionhakuisuus. Huomionhakuisen persoonallisuuden esiintymistä ja tulkintaa ihmissuhteistaan ja elämäntapahtumistaan leimaa dramaattisuus. Huomionhakuisilla henkilöillä on suuri tarve olla toisten huomion keskipisteenä, sivuroolissa oleminen tuntuu heistä epämiellyttävältä. He kiinnittävät toisten huomiota flirttailevuudella, dramaattisuudella, eloisuudella ja laittautumalla huomiota herättävästi. He saattavat olla epäasiallisesti seksuaalisesti vietteleviä. Huomionhakuisen persoonallisuuden esiintyvyydeksi aikuisikäisessä yleisväestössä on esitetty 0,4–1,5 %

Narsistiselle persoonallisuushäiriölle ovat tunnusomaisia suurelliset käsitykset omasta itsestä kuten mielikuvat rajattomasta menestyksestä tai muista erinomaisista ominaisuuksista, käsitys oikeudesta erityiskohteluun, empatian puute ja mui-

den kohtelemisen hyväksikäyttävästi, röyhkeästi tai ylimielisesti. Esiintymisen ajatellaan kompensoivan tosiasiallisesti epävarmaa ja haurasta ydinminää. Narsistinen persoonallisuus tarvitsee jatkuvaa vakuutusta ja todistelua omasta erinomaisuudestaan. Narsistisesta persoonallisuushäiriöstä kärsivän henkilön empatiakyky ja halu asettua toisen asemaan tai asettaa toisen tarpeet etusijalle on vähäinen, ja hänen ihmissuhteensa rakentuvat sen kautta, missä määrin hän voi niissä kokea arvoisenaan pitämäänsä kohtelua ja säilyttää sen kautta liioitellun käsityksen omasta arvostaan ja erityisyydestään. Tilanteet, joissa narsistisen persoonallisuuden paisunut käsitys erityisyydestään on vaarassa särkyä, provosoivat hänessä vihareaktioita. Aikuisikäisessä yleisväestössä narsistisen persoonallisuushäiriön esiintyvyys on 0,4–2,4 %.

## B-ryhmän persoonallisuushäiriöt ja rikoskäyttäytyminen

Valtaosa persoonallisuushäiriöiden ja rikoskäyttäytymisen yhteyksiä koskevista tutkimuksista käsittelee antisosiaalista persoonallisuushäiriötä. Rikosseuraamusjärjestelmästä, psykiatrisesta sairaalahoidosta ja väestön tasolta kerätyissä aineistoissa antisosiaalinen persoonallisuus on yhdistetty miehillä ja naisilla sekä väkivaltaiseen että ei-väkivaltaiseenkin rikoskäyttäytymiseen. Antisosiaaliselle persoonallisuudelle on tyypillistä varhain alkava ja monimuotoinen rikoskäyttäytyminen ja toistuva uusintarikollisuus. Niinpä antisosiaalisilla persoonalluuksilla onkin vankila-aineistoissa todettu olevan tilillään lukuisampia vankeustuomioita kuin muilla vangeilla. Laajan meta-analyysin mukaan antisosiaalinen persoonallisuus oli miesvankien joukossa yleisin persoonallisuushäiriö 47 prosentin esiintyvyydellä. Naisvangeilla sen esiintyvyys oli 21 prosenttia.

Psykopaattinen persoonallisuuskonstellatio on yhdistetty vakavaan ja toistuvaan, etenkin vakavaan väkivaltaiseen rikoskäyttäytymiseen, vaikka lievimmissä muodoissaan psykopaattinen persoonallisuus saattaakin ilmetä esimerkiksi vain jatkuvana valehtelemisena.

Epävakaa persoonallisuushäiriö on, kuten edellä todettiin, ollut yliedustettuna erilaisissa vankiaineistoissa, ja se on liitetty monimuotoiseen rikoskäyttäytymiseen etenkin naisilla. Samoin narsistinen persoonallisuushäiriö, jonka esiintyvyys esimerkiksi kreikkalaisessa vankiaineistossa oli 7,8 %, on liitetty niin väkivaltaiseen kuin ei-väkivaltaiseenkin rikoskäyttäytymiseen. Huomionhakuisten persoonallisuushäiriön mahdollisista yhteyksistä rikoskäyttäytymiseen ei ole juuri tutkimuksia, mutta yhdysvaltalaisessa väestötutkimuksessa myös huomionhakuinen persoonallisuushäiriö yhdistyi väkivaltaiseen käyttäytymiseen eri kehitysvaiheissa. Kreikkalaisessa vankiaineistossa huomionhakuisten persoonallisuushäiriön esiintyvyys ei eronnut väestötason esiintyvyydestä.

Joissakin tutkimuksissa B-ryhmän persoonallisuushäiriöillä on ollut keskenään erilaisia yhteyksiä eri rikostyyppisiin, toisissa ei. Toisaalta B-ryhmän persoonallisuushäiriöt korreloivat voimakkaasti toisiinsa rikosseuraamusprosesseista kerätyissä aineistoissa. Erityisen ongelmallisena toistuvan, vakavan ja väkivaltaisen rikoskäyttäytymisen kannalta näyttäytyy samanaikainen antisosiaalinen ja epävakaata persoonallisuus. Isossa-Britanniassa on otettu käyttöön käsite ”vakava ja vaarallinen persoonallisuushäiriö”, johon kuuluu persoonallisuusproblematiikka ja toistuva (väkivalta)rikollisuus. Tähän ryhmään kuuluviksi luokitettujen henkilöiden joukossa antisosiaalisen ja epävakaan persoonallisuushäiriön samanaikainen esiintyminen on vahvasti ylliedustettuna.

B-ryhmän persoonallisuushäiriöt eivät pääsääntöisesti ole syyntakeettomaksi katsomisen peruste tai alenna syyntakeisuutta mielentilatutkimuksessa, mutta tekoon syyllistymiseen ja teon hetkellä vaikuttavat seikat on kulloinkin arvioitava syyntakeisuuden kannalta perusteellisesti. Epävakaata persoonallisuus, jossa esiintyy psykoottisia läpilyöntejä, saattaa kuitenkin olla erotusdiagnostinen haaste psykoosien suuntaan ja olla vaikeusasteesta ja tapauksesta riippuen katsottavissa syyntakeisuutta alentavaksi tilaksi.

## B-ryhmän persoonallisuushäiriöiden hoito

Antisosiaaliseen persoonallisuushäiriöön ei ole voitu osoittaa tiettyä, muita hoitotrytyksiä tuloksellisempaa hoitomuotoa. Hoidon tulokset ovat ylipäänsä vaatimattomia. Impulsiivisen aggressiivisuuden epäspesifistä lääkehoidosta antipsykoteilla voi olla hyötyä.

Lapsuuden ja nuoruuden aikaisen käytöshäiriön tehokas hoito voi ehkäistä aikuisuuden antisosiaalisen persoonallisuuden kehittymistä. Lasten uhmakkuus- ja käytöshäiriöiden hoidossa tuloksellisiksi on osoitettu vanhemmuustaitoja lisäävät hoito-ohjelmat kuten Ihmeelliset vuodet ja Voimaperheet. Nuoruusikäisten käytöshäiriön hoidossa tuloksellisia ovat monimuotoiset hoito-ohjelmat, joissa työskennellään niin nuoren itsensä, vanhempien, koko perheen ja nuoren ja perheen verkostojen kanssa. Esimerkkejä hoidoista ovat multidimensionaalinen perheterapia (MDFT) tai multisysteeminen terapia (MST) sekä samoilla periaatteilla toimiva manualisoimaton intensiivinen moniammatillinen hoito. Hoidot ovat tuloksellisempia lapsilla kuin nuorilla. Pro-sosiaalisen käyttäytymisen pitkäjänteinen palkitseminen on äärimmäisen tärkeää lasten ja nuorten käytöshäiriöiden hoidossa.

Psykopaattisten persoonallisuuspiirteiden muuttamiseen aikuisuudessa tai nuoruusiässä ei ole voitu osoittaa tehokkaita menetelmiä, mutta nuoruusikäisillä on saavutettu hyviä tuloksia antisosiaalisen elämäntavan alueella palkitsemalla pro-sosiaalista käyttäytymistä ja huolehtimalla taidoista ja olosuhteista, jotka tekevät pro-sosiaaliset valinnat nuorelle houkutteleviksi ja saavutettaviksi. Tun-

nekylmä-empatiakyvyttömät piirteet kuitenkin yleisesti ottaen heikentävät nuoruuskäisten vastetta käytöshäiriöiden hoito-ohjelmissa. Lapsilla on voitu lisätä empatiakykyä ja vähentää tunnekyllmyyttä positiivista vanhemmuutta tukevilla hoito-ohjelmilla.

Potilaat, joilla on epävakaata persoonallisuutta, tulevat usein hoidon piiriin itsetuhoisuuden ja mielialaongelmien takia. Epävakaan persoonallisuuden hoidossa vankan jalansijan on saavuttanut dialektinen käyttäytymisterapia, jonka sovellukset ovat tuloksellisia myös epävakaista piirteistä kärsivillä nuoruusikäisillä.

Huomionhakuiset persoonallisuudet saattavat hakeutua hoidon piiriin ihmishuononhakuisten ja masennuksen takia. Mikäli potilaalla on motivaatiota ja oivallusta, psykoterapeuttisella hoidolla saattaa olla mahdollista vaikuttaa myös itse huomionhakuisiin persoonallisuuspiirteisiin. Narsistisen persoonallisuushäiriön kriteerit täyttävät henkilöt eivät yleensä koe tarvetta psykiatriseen hoitoon, eikä narsistiseen persoonallisuuskonstellatioon vaikuttaminen ole useinkaan mahdollista, vaikka he hakisivat apua jonkin elämänsä kriisin yhteydessä.

## C-ryhmän ahdistuneet persoonallisuushäiriöt

Ryhmän C persoonallisuushäiriöitä voidaan kuvata käsitteillä ahdistuneisuus ja pelokkuus. Ryhmän persoonallisuushäiriöt ovat estynyt, riippuvainen ja vaativa persoonallisuus.

Estynyttä persoonallisuutta luonnehtivat estyneisyys ja riittämättömyyden tunne vuorovaikutustilanteissa sekä ylenmääräinen herkkyyden arvosteluksi tulemiselle. Estyneet persoonallisuudet ovat sosiaalisesti ahdistuneita ja kärsivät alemmuuden ja riittämättömyyden tunteista ja nöyryytetyksi tai naurunalaiseksi tulemisen peloista, joita he pyrkivät hallitsemaan eristäytymällä sosiaalisista suhteista. He kokevat läheisyyden uhkaavana. Estyneillä persoonallisuuksilla on tutkimusten mukaan taipumusta tunnekyllmyyteen ja kostonhaluisuuteen mutta myös vaikeuksia rakentavassa vihan käsittelyssä ja tarkoituksenmukaisen itsevarmuuden ilmaisemisessa. Estyneen persoonallisuushäiriön prevalenssi yleisväestössä on eri tutkimuksissa vaihdellut 0,8 ja 5 prosentin välillä, eikä sen yleisyys ollut kohonnut eri persoonallisuushäiriöitä vankien joukossa kartoittaneessa tutkimuksessa.

Riippuvaiselle persoonallisuudelle on tunnusomaista voimakas tarve saada huolenpitoa ja alistuminen vuorovaikutussuhteissa. Korostunut hoivatuksi tulemisen tarve johtaa mukautuvaan, jopa alistuvaan ja takertuvaan käyttäytymiseen sekä voimakkaaseen eroon joutumisen pelkoon. Riippuvaisen persoonallisuuden on vaikea tehdä itsenäisiä päätöksiä edes tavallisista arkielämän asioista. Saadessaan tukea, esimerkiksi kokiessaan itsensä turvatuksi parisuhteessa, riippuvainen persoonallisuus ei välttämättä oireile mitenkään. Yksin jäädessään hän kuitenkin tuntee avuttomuutta ja pyrkii etsimään nopeasti uuden hoivaa ja tukea antavan suhteen tai saattaa kehittää hoitoa vaativia oireita (masennus, ahdistuneisuus).

Riippuvainen persoonallisuus uskoo, että muilta saatava tuki on välttämätöntä hänen pärjäämiselleen, ja saattaa sen säilyttääkseen alistua jopa epämiellyttäviin asioihin. Toisaalta tutkimukset ovat yhdistäneet riippuvaisen persoonallisuusproblematiikan myös kostonhaluisuuteen. Riippuvaisen persoonallisuushäiriön esiintyvyydeksi yleisväestössä on esitetty 1,0–1,7 %. Kreikkalaisessa vankilatutkimuksessa sen prevalenssi oli tätäkin vähäisempi (0,3 %).

Vaativalle persoonallisuudelle on tyypillistä vahva kontrollin tarve, joustamattomuus ja perfektionismi. Vaativa persoonallisuus takertuu yksityiskohtiin, järjestykseen, sääntöihin ja moraaliin. Vaativat persoonallisuudet omistautuvat suorittamiselle ihmissuhteiden kustannuksella. He ovat niin perfektionistisia tomissaan, että se häiritsee tehtävien loppuun saattamista. Epäjärjestys, muutokset ja sääntöjen noudattamisen laiminlyönti aiheuttavat heille voimakasta kuormitusta. Vaativaan persoonallisuuteen on liitetty dominoivuus vuorovaikutussuhteissa mutta myös niukka tunneilmaisu, ahdistusherkyys ja nolostumisen pelko, mikä voi johtaa sosiaaliseen välttelevyyteen. Myös vaativa persoonallisuus on yhdistetty kostonhaluisuuteen. Väestössä vaativan persoonallisuuden prevalenssi on vaihdellut välillä 1,7–2,2 %. Kreikkalaisessa tutkimuksessa sen prevalenssiksi vankien joukossa arvioitiin 2,3 % mutta englantilaisessa, ICD-diagnooseja arvioivassa tutkimuksessa 40,3 %. Joissakin vankitutkimuksissa vaativa persoonallisuus on yhdistetty väkivaltakäyttäytymiseen ja seksuaalirikoksiin. Laajassa yhdysvaltalaisessa väestöaineistossa vaativa persoonallisuus yhdistyi väkivaltakäyttäytymiseen.

C-ryhmän persoonallisuushäiriöt eivät tyypillisesti ole syyntakeisuuden alentamisen peruste. Mikään diagnoosi ei automaattisesti oikeuta tiettyä syyntakeisuutta, vaan henkilön syyntakeisuus arvioidaan aina tapauskohtaisesti.

## C-ryhmän persoonallisuushäiriöiden hoito

C-ryhmän persoonallisuushäiriöistä kärsivät henkilöt voivat hakeutua hoidon piiriin masennus- ja ahdistuneisuusoireilun takia. Akuuttitilanteessa hoidetaan tarjoutuvia ongelmia niiden tavanomaisin hoitolinjoin. Persoonallisuushäiriöpiirteiden lievittäminen psykoterapeuttisin keinoin saattaa olla mahdollista, jos henkilö kykenee tiedostamaan omat tyypilliset ja epätarkoituksenmukaiset reaktio- ja toimintatapansa.



## Rikoskäyttäytymiselle altistavat persoonallisuuspiirteet ja komorbiditeetit

Eräät rikoskäyttäytymiseen yhdistetyt persoonallisuuspiirteet saattavat esiintyä useammassa tautiluokituksen mukaisissa persoonallisuushäiriöissä. Tunnekyllä-empatiakyvyttömät piirteet sekä patologinen narsismi jo lapsuudessa ennakoiivat väkivaltaista käyttäytymistä lapsuuden ja nuoruusiän kehityksen aikana sekä aikuisuudessa. Käsite temperamentti viittaa yksilön synnynnäisiin taipumuksiin tai reaktiivuuksiin, jotka ilmenevät esimerkiksi hänen tunneilmaisuus perussävyyssä, suhteutumisessa uusiin asioihin ja muutoksiin, ärsytyskynnyksessä, tunneilmaisuuden voimakkuudessa, sosiaalisuudessa, rytmisyydessä ja herkkyydessä ärsykeille. Vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa lapsen temperamentista kehittyy persoonallisuus. Negatiivinen emotionaalisuus, impulssikontrollin puutteellisuus ja heikko itsesäätelykyky ovat temperamenttipiirteitä, jotka on yhdistetty antisosiaaliseen kehitykseen ja aggressioproblematiikkaan sekä väkivaltaiseen käyttäytymiseen lapsuudessa, nuoruudessa ja aikuisuudessa.

Lapsuudessa ja nuoruusiässä ihmisen persoonallisuuden kehitys on vielä kesken. Persoonallisuushäiriöiden piirteiden esiintyvyys laskee normatiivisesti kehityksen edetessä varhaisnuoruudesta jälkinuoruuteen ja aikuisuuteen. Runsaat A- ja B-ryhmän persoonallisuushäiriöiden piirteet nuoruusiässä ennakoivat kuitenkin väkivaltakäyttäytymistä aikuisuudessa.

Persoonallisuushäiriöt ovat usein komorbideja keskenään ja liittyvät myös muihin psykiatriin häiriöihin. Lähes kaikenlaiset psykiatriset komorbiditeetit suurentavat väkivaltaisen käyttäytymisen riskiä yleensä, niin myös persoonallisuushäiriöissä. Komorbidi antisosiaalinen tai epävakaa persoonallisuushäiriö suurentaa toisaalta voimakkaasti rikoskäyttäytymisen riskiä psykoosisairauksissa, puhumattakaan tilanteesta, jossa mukana on vielä samanaikainen päihdehäiriö. Päihdeettömyyden merkitystä väkivaltaisen käyttäytymisen ehkäisyssä tuskin voi liikaa korostaa.

### *Kirjallisuutta*

- Apostolopoulos A, Michopoulos I, Zachos I, Rizos E, Tzeferakos G, Manthou V, Papageorgiou C, Douzenis A. Association of Schizoid and Schizotypal Personality disorder with violent crimes and homicides in Greek prisons. *Ann Gen Psychiatry* (2018) 17:35 <https://doi.org/10.1186/s12991-018-0204-4>
- Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002; 359: 545–50.
- Johnson JG, Cohen P, Smailes E, Kasen S, Oldham JM, Skodol AE, Brook JS. Adolescent personality disorders associated with violence and criminal behavior during adolescence and early adulthood. *Am J Psychiatry* 2000 Sep;157(9):1406–12. doi: 10.1176/appi.ajp.157.9.1406.
- Kaltiala R, Lindberg N. Persoonallisuushäiriöihin liittyvä väkivallalla uhkailu ja väkivallan uhka. *Duodecim* 2021; 137 (22):2467–73.

- Pulay AJ, Dawson DA, Hasin DS, Goldstein RB, Ruan WJ, Pickering RP, Huang B, Chou SP, Grant BF. Violent Behavior and DSM-IV Psychiatric Disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2008 January; 69(1): 12–22.
- Tharsini NK, Ibrahim F, Kamaluddin MR, Rathakrisnan B, Nasir NCM. The lin between individual personality traits and criminality: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2021, 18, 8663 <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/16/8663>
- Volkert J, Gablonski T-C, Rabung S. Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* (2018) 213, 709–715. doi: 10.1192/bjp.2018.202
- Völlm B. Assessment and management of dangerous and severe personality disorders. *Curr Opin Psychiatry* 22:501–506.

## 19.5 Psykopatia

**P**sykopatia on terminä vuosisatoja vanha, mutta moderni oikeuspsykiatria nojaa pitkälti Hervey Cleckleyn psykopatia-käsitteeseen. Robert Haren luoman piirrelistan mukaan psykopatia muodostuu joukosta luonteenpiirteitä, jotka liittyvät vuorovaikutukseen (lipevyys, suureellinen omanarvon tunto, patologinen valehtelu, manipulatiivisuus), tunne-elämään (katumuksen ja syyllisyyden puuttuminen, pinnallinen tunne-elämä, empatiakyvyn puute, vastuuttomuus omista teoista) sekä käyttäytymiseen (stimulushakuisuus, impulsiivisuus, vastuuttomuus, toisten kustannuksella eläminen, realististen pitkän tähtäimen suunnitelmien puuttuminen, heikko käyttäytymisen kontrolli, varhaiset käyttäytymisen ongelmat, nuorisorikollisuus, monimuotoinen rikollisuus, ehdonalaisen vapauden menetys).

Osa nykytutkijoista on kuitenkin sitä mieltä, että ns. “ydinpsykopatia” muodostuu tunne-elämään ja vuorovaikutukseen liittyvistä poikkeavista piirteistä ja ei-toivottu käyttäytyminen on niiden seuraus. Kaikki psykopaattisiksi luokiteltavat henkilöt eivät käyttäydy antisosiaalisesti ja tee rikoksia ja osa vaikuttaa ainakin ulkoisesti yhteiskuntaan sopeutuneilta.

Nykyiset länsimaiden viralliset tautiluokitusjärjestelmät ICD-10 ja DSM-5 eivät sisällä erillisenä diagnoosina psykopatiaa, mutta DSM-5-taulutiluokituksessa lasten ja nuorten käytöshäiriödiagnoosiin lisättiin tarkentava määrä: tunnekylmiä piirteitä. Määritettä käytetään, kun alaikäisellä on diagnosoitavissa käytöshäiriö, ja hänellä ilmenee itsepintaisesti vähintään kaksi seuraavista piirteistä useissa eri ihmissuhteissa ja ympäristöissä vähintään vuoden ajan: katumuksen tai syyllisyyden tunteiden puuttuminen, tunnekylmyys, empatian puute, tunteiden pinnallisuus ja puutteellinen tunteiden ilmaisu, eikä henkilö ole huolissaan omasta suoriutumisestaan (ks. luku 25 Lasten ja nuorten oikeuspsykiatria).

Psykopatian esiintyvyys on yleisväestössä noin yksi prosentti, mutta vankila-aineistoissa noin 15–20 prosenttia. Yksittäisten tutkimusten esiintyvyyss lukuihin vaikuttaa paitsi aineisto, myös käytetty mittari ja se, mitä psykopatian katkaisupisterajaa on käytetty.

Psykopatia näyttäisi olevan yleisempää miehillä kuin naisilla, ja psykopaattisuuden voimakkuutta kuvaavat pistemäärät ovat naisilla alempia kuin miehillä. Psykopatia ilmenee eri tavalla naisilla kuin miehillä. Osa tutkijoista liittyy naisten psykopatiaan enemmän huomionhakuisuutta, manipulatiivisuutta ja emotionaalista epävakautta. Miehillä puolestaan korostuvat narsistiset persoonallisuuden piirteet ja antisosiaalinen käyttäytyminen. Osa tutkijoista on myös kyseenalaistanut, soveltuvatko käytössä olevat arviointimenetelmät huonommin naisille kuin miehille.

Psykopatia-käsitteellä on merkittävä rooli yhtenä antisosiaalista ja rikollista käyttäytymistä selittävänä tekijänä. Psykopatia ennustaa rikollisen käyttäytymisen määrää ja pysyvyyttä sekä välineellistä väkivaltakäyttäytymistä. Psykopaattisia piirteitä ilmentävän henkilön väkivaltaisen käyttäytymisen motiivi on tyypillisesti hyödyn tavoittelu rahan, seksin tai vallan muodossa, eikä sitä yleensä säätele tai laukaise emotionaaliset tekijät. Psykopatian esiintyvyydeksi eri rikoksenteijäryhmissä on esitetty seuraavia osuuksia: sarjamurhat 90 %, seksuaalimurhat 50–60 %, henkirikos 30–35 %, raiskaus 25–45 %, pedofilia 5–31 %, perheväkivalta 15–30 %, vainoajat 10 %.

## Psykopatian etiologia

Nykykäsityksen mukaan psykopatia on kehityksellinen neuropsykiatrinen häiriö, ja psykopaattiset piirteet muodostavat jatkumon, jossa psykopatia edustaa sen patologista ääripäätä. Piirteitä voidaan havaita jo leikki-ikäisillä lapsilla. Tunnekylläisyys on vahvasti periytyvää. On esitetty, että pojilla olisi merkittävämmässä roolissa perinnöllisyys, tytöillä puolestaan psykososiaaliset riskitekijät.

The Cambridge study -tutkimus on yksi tunnetuimmista ja pitkään jatkuneimmista seurantatutkimuksista, jossa on pyritty kartoittamaan psykopatian riskitekijöitä seuraamalla alakouluikäisistä pojilta muodostettua kohorttia pitkälle keski-ikään. Psykopatian riskitekijöiksi todettiin mm. vanhempien heikko kyky huolenpitoon, jyrkkä ja kova kasvatusasenne, lapsen fyysinen, henkinen ja seksuaalinen hyväksikäyttö, perheen heikko sosioekonominen asema ja lähisukulaisten rikollinen elämäntapa. Tuoreen suomalaisen tutkimuksen mukaan vanhemmuuden laadulla vaikuttaisi olevan merkitystä nuoruusiässä niin, että vanhempien käyttäytyminen voi joko suojata nuorta tai olla riskitekijä nuoren psykopaattisille piirteille ja rikoskäyttäytymiselle riippuen suhteen lämminhenkisyydestä tai vihamielisyydestä.

Psykopatiaan on liitetty useita neurobiologisia poikkeavuuksia. Jo 1950-luvulla EEG-tutkimuksissa havaittiin, että psykopaattisilla henkilöillä oli vaikeuksia ylläpitää normaalia päiväaikaista vireystilaa. Autonomisen hermoston poikkeavaa vireystilaa ilmentävät puolestaan hidas leposyke ja poikkeava ihon sähkönjohtokyky. Robert Hare loi edellä kuvattujen havaintojen perusteella ns. vireystilahypoteesin, jonka mukaan psykopaattinen yksilö toisaalta reagoi keskivertoa heikommin ärsykkeille, jotka ovat jännittäviä, pelottavia tai ahdistavia, ja toisaalta tarvitsee intensiteetiltään keskivertoa voimakkaampia ärsyksiä nostaakseen vireystasoaan.

Psykopatiaan on liitetty aivojen rakenteellisia ja toiminnallisia poikkeavuuksia, erityisesti etuaivolohkojen ja ohimolohkojen alueella. Muun muassa paikallinen vaurio etuaivolohkon alueella on saanut aikaan psykopatiatyyppistä käyttäytymistä aikaisemmin terveillä lapsilla. Aivojen syvissä osissa sijaitsevilla mantelitulmakkeilla on merkittävä rooli sekä pelon tunteiden että empatian prosessoinnissa. Psykopaattisia piirteitä omaavilla henkilöillä on raportoitu vaikeuksia tunnistaa pelkoa ja surua ilmentäviä kasvojen ilmeitä sekä pelkoa ilmaisevia kehonasentoja. Moderneissa kuvantamistutkimuksissa mantelitulmakkeen vaste kuviin pelokkaista kasvojenilmeistä on jäänyt näillä henkilöillä merkittävästi heikommaksi kuin terveillä verrokeilla, myös vaste toisen ihmisen kokemalle kivulle on heikentynyt.

Hypotalamus-aivolisäke-lisämunuaiskuori-akseli on tärkeä osa neuroendokriinista järjestelmää, joka kontrolloi stressireaktioita. Järjestelmä toimii siten, että hypotalamus vapauttaa kortikotropiinia vapauttavaa hormonia, joka vapauttaa aivolisäkkeestä kortikotropiinia, joka puolestaan stimuloi kortisolin ja muiden glukokortikoidien eritystä lisämunuaisen kuorikerroksessa. Kortisolia kutsutaan usein elimistön stressihormoniksi, sillä sekä psyykinen että somaattinen stressi lisäävät sen eritystä. Psykopatiaan on liitetty kortisolin erityksen poikkeavuus: psykopaattisilla henkilöillä kortisolipitoisuus on terveitä verrokkeja matalampi ja kortisolin erityksen vuorokausirytmä on normaalista poikkeava. Suomalaisessa, mielentilatutkimukseen lähetettyjen, vakavaan väkivaltaan syyllistyneiden nuorten miesten aineistossa aamulla mitattu seerumin kortisolipitoisuus oli sitä matalampi, mitä enemmän faktori 1:n pisteitä henkilö sai PCL-R-arviointimenetelmällä.

Sosiaalisen kognition tutkijat ovat keskittyneet tutkimaan psykopaattisen henkilön empatiakyvyn heikkoutta. Nykykäsityksen mukaan empatiassa voidaan erottaa kaksi komponenttia; kognitiivinen ja affektiivinen. Kognitiivinen empatia käsittää tunteen havaitsemisen, affektiivinen puolestaan tunteen emotionaalisen resonanssin eli tunteen jakamisen. Psykopatiassa kognitiivinen empatia tyypillisesti toimii eli psykopaattinen henkilö havaitsee toisen henkilön tunteen, mutta ongelmat näyttävät liittyvän affektiiviseen empatiaan, eli psykopaattisella henkilöllä on vaikeuksia jakaa havaitsemaansa tunnetta toisen henkilön kanssa.

## Psykopatian arviointi ja hoito

Psykopatian arviointiin on kehitetty lukuisia menetelmiä. Osa niistä on itsearviointiin perustuvia mittareita, osa ulkopuoliseen arviointiin perustuvia. Itsearviointiin perustuvia menetelmiä voidaan käyttää seuloina ja laajoissa väestötutkimuksissa, mutta niitä ei voida käyttää määrittelemään yksittäistä henkilöä psykopaatiksi.

Psykopatian arviointimenetelmien ns. kultaisena standardina pidetään Robert Haren kehittämää PCL-R (Psychopathy Checklist-Revised) -arviointimenetelmää. Piirrelistä muodostuu 20 osiosta, joista jokainen pisteytetään puolistrukturoidun haastattelun ja asiakirjatiedon perusteella kolmekohtaisella asteikolla: 0, 1 tai 2 pistettä. Pisteitä annetaan sen mukaan, miten kyseisen piirteen arvioidaan sopivan tutkittavaan, joten kokonaispistemäärä voi vaihdella välillä 0–40. Pohjois-Amerikassa psykopatian raja-arvona pidetään 30 pistettä, mutta Euroopassa ja erityisesti Pohjoismaissa pisterajana käytetään usein 25–27 pistettä. Erot pisterajoissa ilmentää sitä, että psykopatia ilmenee eri kulttuureissa eri tavalla.

Tieteellistä tutkimustarkoitusta varten voidaan arvioinnissa nojautua pelkän asiakirjatiedon varaan, mikäli materiaali on siihen riittävän kattavaa. Tällainen esimerkki on Suomessa tehty mielentilatutkimuslausunnot. Tilanteissa, joissa pisteytys nojaa ainoastaan asiakirjatiedon varaan, jäävät kokonaispisteet tyypillisesti jonkin verran matalammiksi kuin jos arviointiin liittyy myös tutkittavan haastattelu. Kliinisessä työssä arviointiin tulee liittää aina haastattelu.

PCL-R-menetelmää on tutkittu paljon, ja sen psykometriset ominaisuudet ovat osoittautuneet hyviksi. Vaikka arviointimenetelmää ei ole alun perin kehitetty riskinarviointia varten, vaan mittaamaan psykopatian persoonallisuudenpiirteitä vanki- ja oikeuspsykiatrisessa miespopulaatiossa, se on muotoutunut riskiarviointityökaluksi ennustamaan sekä väkivalta- että seksuaaliuusintarikollisuutta erilaisissa väestöryhmissä. Laajan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusteella PCL-R-arviointimenetelmän ROC-käyrän AUC-arvo oli luokkaa 0.70, mikä osoittaa kohtuullista osuvuutta. Katsausaineiston kirjavuus tosin vaikeutti tutkimusten vertailua ja analysointia.

Faktorianalyttisen tutkimuksen mukaan psykopatia jakautuu kahteen faktoriin: faktori I heijastaa vuorovaikutukseen ja tunteisiin liittyviä piirteitä ja faktori II sosiaalista poikkeavuutta ja antisosiaalisuutta. Käytettäväksi on esitetty myös kolmen faktorin mallia, jossa antisosiaaliseen käyttäytymiseen liittyvät osiot on jätetty pois. PCL-R-arviointimenetelmän käyttö vaatii käyttäjältään virallisen koulutuksen ja riittävää työkokemusta oikeuspsykiatrian tai oikeuspsykologian alalta.

Sitoutuminen hoitoon, hoitotulokset ja niiden pysyvyys ovat osoittautuneet heikoiksi aikuisilla, joilla on merkittäviä psykopaattisia piirteitä. Henkilö ei tyyppillisesti itse koe hoidon tarvetta, mikä luonnollisesti edelleen heikentää kykyä sitoutua tarjottuihin interventioihin. Monia psykiatrisen hoidon menetelmiä, sekä psykososiaalisia että lääkkeellisiä, on kokeiltu tuloksetta. On myös esitetty näkemyksiä, että psykoterapeuttinen hoito voi olla vahingollista, koska psykopaa-

tit oppivat hyödyntämään hoidon piirissä saamiaan oivalluksia muille haitallisella tavalla.

Viime vuosina on julkaistu yksittäisiä tieteellisiä julkaisuja, joissa on saatu lupaavia tuloksia mm. skeematerapialla ja myötätuntoon keskittyvällä terapialla (compassion-focused therapy, CFT). Tutkimukset on kuitenkin tehty pienellä otoksella, ja osa julkaisuista on yksittäisten potilaiden hoitoa kuvaavia tapausselostuksia. Uusia tieteellisiä tutkimuksia siis edelleen tarvitaan. Kaiken kaikkiaan katse on kohdistunut enenevästi lastenpsykiatrian suuntaan, sillä yleinen käsitys on, että piirteisiin tulisi pyrkiä vaikuttamaan mahdollisimman varhain, jo ennen kuin yksilön käytös muuttuu, tyypillisesti nuoruusiässä, antisosiaalseksi.

### *Kirjallisuutta*

- Hare RD. Hare Psychopathy Checklist-Revised: (PCL-R), 2nd Edition. Multi-Health Systems. Toronto. 2003.
- Häkkänen-Nyholm H. toim. Psykopatia. Edita Publishing Oy. Helsinki 2009.
- Cleckley H. The Mask of Sanity: An Attempt to Clarify Some Issues About the So-Called Psychopathic Personality. Echo Point Books Media. Brattleboro 2015.
- Häkkänen-Nyholm H, Nyholm J-O. ed. Psychopathy and Law – A Practitioner's Guide. Wiley-Blackwell. New York 2012.
- Weizmann-Henelius G, Konttila A. Väkivaltariskin arvioiminen menetelmien kehityksen ja psykopatiatutkimuksen valossa. Kirjassa: Oikeuspsykologia. Santtila P, Weizmann-Henelius G. toim. Edita Publishing Oy. Helsinki 2008.
- Whittington R, Hockenhull JC, McGuire J ym. A systematic review of risk assessment strategies for populations at high risk of engaging in violent behavior: update 2002-8. Health Technol Assess 2013; 17 (50): 1–128.

## 19.6 Älyllinen kehitysvammaisuus

### Esiintyvyys ja etiologia

Älyllisen kehitysvammaisuuden esiintyvyydeksi suomalaisessa väestössä on arvioitu noin yksi prosentti, mutta vain osa käyttää vammaispalveluja. Lievästi kehitysvammaisten osuudeksi on arvioitu 60–70 prosenttia ja keskivaikeasti, vaikeasti tai syvästi kehitysvammaisten 30–40 prosenttia, mutta arviot ovat vaihdelleet huomattavasti eri tutkimuksissa.

Kehitysvammaisuus on heterogeeninen ilmiö. Sen taustalla on lukuisia tekijöitä, jotka häiritsevät aivojen normaalia kehitystä yksilönkehityksen eri vaiheissa.

- Geneettiset syyt: kromosomihäiriöt, geenivirheet
- Hankinnaiset syyt: raskauteen, synnytykseen ja vastasyntyneisyyskauteen liittyvät tekijät, lapsuusiän infektiot, aivovammat.

Noin neljänneksellä kehitysvammaisuuden syy jää tuntemattomaksi.

### Kehitysvammaisuuden määritelmä

Kehitysvammaisuudella tarkoitetaan älyllisen kehityksen häiriötä, jonka seurauksena henkilön on vaikea oppia uusia asioita ja soveltaa oppimaansa sekä hallita omaa elämäänsä ilman tukea tai apua.

ICD-10 määrittelee älyllisen kehitysvammaisuuden tilaksi, jossa mielen kehitys on pysähtynyt tai epätäydellinen. Heikosti kehittyneitä ovat erityisesti kehitysiässä ilmaantuvat taidot. Näitä ovat yleiseen älykkyytasoon vaikuttavat kognitiiviset, kielelliset, motoriset ja sosiaaliset kyvyt. Kehitysikää ei ole tarkemmin määriteltä, mutta yleensä sen käsitetään tarkoittavan aikaa ennen 18 vuoden ikää.



ICD-11:ssa on korostettu kehitysvammaisuuden kehityksellistä luonnetta ja vammaan sijaan puhutaan älyllisestä kehityshäiriöstä (disorder of intellectual development). Älyllinen kehityshäiriö määritellään kehitysiässä ilmeneväksi tilaksi, jossa henkilön älyllisessä kehityksessä ja sopeutumiskäyttäytymisessä on merkittäviä puutteita siten, että kognitiivinen ja sopeutumiskäyttäytymisen kehitystaso on vähintään kaksi keskihajontaa ikäryhmänsä keskiarvoa heikompi.

DSM-5 määrittelee älyllisen kehitysvammaisuuden kehitysiässä ilmeneväksi häiriöksi, jossa älyllisen kehityksen ja sopeutumiskäyttäytymisen (adaptiivisten taitojen) puutteita havaitaan käsitteellisen, sosiaalisen ja käytännön toiminnan alueilla.

Kehitysvammaisuus jaetaan älykkyystason perusteella lievään (älykkyysosamäärä 50–69), keskivaikeaan (35–49), vaikeaan (20–34) ja syvään (alle 20).

## Diagnosointi

Kehitysvammaisuuden diagnosointi perustuu moniammatilliseen tutkimukseen, johon sisältyy ainakin lääkärin ja psykologin tutkimus. Lääkärin tutkimukseen kuuluu somaattisen tilan ja liitännäisvammojen arviointi, tarvittaessa neurologinen ja psykiatrinen tutkimus sekä etiologisten tutkimusten tarpeen arviointi.

Psykologin tutkimuksessa käytetään standardoituja yksilöllisiä psykologisia testejä, haastattelua sekä muita tarvittavia menetelmiä. Näillä selvitetään, onko älyllinen kehitystaso merkittävästi ikäodotuksia heikompi. Tämä tarkoittaa älykkyysosamäärää (ÄO) alle 70, jota psykologit kuvaavat erittäin heikoksi tasoksi. Kehitystä arvioidaan kielellisen ja näönvaraisen päättelysuoriutumisen osalta, jotka saattavat myös poiketa toisistaan. Arjen toimintakykyä ja ns. adaptiivisia taitoja arvioidaan esimerkiksi toimintaterapeutin tutkimuksella. Diagnostiikan kannalta oleellista on se, että henkilön kognitiivinen taitotaso ja arjen toimintakyky kokonaisuudessaan jäävät merkittävästi keskimääräistä heikommiksi, mikä yleensä johtaa tuen tarpeeseen eri elämäntilanteissa.

Jos kehitysvammaisuus diagnosoidaan vasta aikuisiässä, on osoitettava, että kognitiivisen kehityksen viive on näkynyt jo lapsuus- tai nuoruusiässä tehdyissä tutkimuksissa ja/tai näyttäytynyt heikkona koulumenestyksenä ja lisääntyneenä tuen tarpeena ikätovereihin verrattuna.

## Liitännäisvammat ja -sairaudet

Kehitysvammaisilla on yleisväestöä useammin liitännäisvammoja ja -sairauksia kuten näkö- tai kuulovamma, liikuntavamma tai epilepsia. Puheen tuottamisessa tai ymmärtämisessä on usein vaikeuksia. Elinajanodote on yleisväestöä lyhyempi. Syynä tähän ovat paitsi erilaisiin oireyhtymiin liittyvät liitännäissairaudet myös vaikeus tunnistaa sairauksien oireita sekä hakeutua ja päästä palveluiden piiriin.

Psykiatrisia häiriöitä on arvioitu olevan 30–50 prosentilla kehitysvammaisista. Psykoottiset häiriöt, autismitarkkaavuushäiriö ja tarkkaavuushäiriö (ADHD) ovat yleisväestöä tavallisempia. Mieliala-, ahdistus- ja persoonallisuushäiriötä esiintyy yhtä usein kuin yleisväestöllä, mutta niiden tunnistaminen kehitysvammaisilla on vaikeampaa. Psykiatrisen häiriön oireita voi myös muistuttaa ns. haastava käyttäytyminen, jonka taustalla on erilaisia tekijöitä. Näitä ovat mm. ympäristön riittämätön tuki, omaan elämään vaikuttamisen puute ja osallistumisen vähyys, kommunikaation ja vuorovaikutuksen ongelmat, aistitiedon käsittelyn ongelmat sekä fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin ja seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat. Kehitysvammaisen psykiatrisessa haastattelussa on tärkeää käyttää hänelle parhaiten soveltuvaa kommunikointimenetelmää. Lisäksi tiedon hankkiminen lähi-ihmisiltä on usein välttämätöntä.

## Hoito ja kuntoutus

Kehitysvammaisuuteen sinänsä on erittäin harvoin tarjolla lääketieteellistä hoitoa. Kuntoutukseen sisältyy liitännäisvammojen kuntoutus sekä mielekkään arjen ja yksilöllisten kohdennettujen tukitoimien järjestäminen. Kommunikaatiota voidaan tukea monilla tavoin. Somaattisten sairauksien ja psykiatristen häiriöiden hoito noudattelee pääsääntöisesti tavanomaisia hoitoperiaatteita.

Kehitysvammaiset käyttävät ensisijaisesti normaaleja sosiaali- ja terveydenhuollon perus- ja erityistason palveluja. Lisäksi kehitysvammaisen on oikeutettu vammaisten erityispalveluihin mm. vammaispalvelulain ja kehitysvammalain perusteella. Palvelujen järjestämistapa vaihtelee eri kunnissa ja hyvinvointialueilla.

## Kehitysvammaisuus ja rikollinen käyttäytyminen

Suomalaisessa rekisteripohjaisessa tutkimuksessa (Männynsalo ym. 2009) selvitettiin rikolliseen käyttäytymiseen liittyviä tekijöitä kehitysvammaisilla, joille oli tehty mielentilatutkimus. Vuosina 1996–2006 tehdyissä mielentilatutkimuksissa 2 prosentilla tutkittavista oli kehitysvamma. Heistä 84 prosenttia oli lievästi ja 14 prosenttia keskivaikeasti kehitysvammaisia.

Suomalaisessa tutkimuksessa tavallisin kehitysvammaisen tekemä rikos oli tuhopolttoto. Muita rikosnimikkeitä olivat omaisuusrikos, henkirikos tai sen yritys, seksuaalirikos, pahoinpitely ja kuolemantuottamus.

Kehitysvammaisuus heikentää kykyä abstraktiin ajatteluun sekä vaikeuttaa päättely- ja ongelmanratkaisukykyä ja kykyä ymmärtää syy-seuraussuhteita. Kehitysvammaisuuteen liittyy myös vaikeuksia tunteiden ja käyttäytymisen säätelyssä. Nämä vaikeudet sekä puutteelliset kommunikointi- ja vuorovaikutustaidot, impulsiivisuus ja vaikeudet toiminnanohjauksessa altistavat rikolliselle käyttäytymiselle.

Rikollisen käyttäytymisen riskitekijöihin kehitysvammaisilla kuuluu mm. miessukupuoli, naimattomuus, lapsuudessa koettu kaltoinkohtelu, aiempi vankeustuomio tai laitossijoitus, asumisen tukitoimien riittämättömyys ja kaoottinen elämäntyyli. Psykiatriset häiriöt lisäävät kehitysvammaisten rikollisen käyttäytymisen riskiä huomattavasti: suomalainen tutkimus osoitti, että 89 prosentilla kehitysvammaisista todettiin mielentilatutkimuksessa jokin psykiatrinen diagnoosi, Tavallisimpia diagnooseja olivat persoonallisuushäiriöt sekä alkoholin tai muiden päihhteiden haitallinen käyttö tai riippuvuus.

Kehitysvammaisten väkivaltakäyttäytymisen riskien arviointiin soveltuviksi menetelmiksi on katsottu mm. Historical, Clinical, Risk Management-20 (HCR-20) ja varauksin Violence Risk Appraisal Guide (VRAG).

## Syyntakeisuuden arviointi

Rikoslain mukaan henkilö on syyntakeeton, jos hän ei tekohekellä kykene syvän vajaamielisyyden vuoksi ymmärtämään tekonsa tosiasiallista luonnetta tai oikeudenvastaisuutta tai hänen kykynsä säädellä käyttäytymistään on ratkaisevasti heikentynyt. Henkilö on alentuneesti syyntakeinen, jos tämä kyky on vajaamielisyyden vuoksi merkittävästi alentunut kyseessä olevan teon suhteen.

Syvän vajaamielisyyden on katsottu viittaavan keskivaikeaan, vaikeaan ja syvään kehitysvammaisuuteen, jotka siten merkitsevät syyntakeettomuutta. Vajaamielisyyden taas on katsottu viittaavan lievään kehitysvammaisuuteen ja siten alentuneeseen syyntakeisuuteen. Asia ei kuitenkaan ole yksiselitteinen, vaan arvioinnissa on otettava huomioon myös mahdolliset somaattiset, neurologiset ja neuropsykiatriset häiriöt, samoin kuin henkilön tosiasiallinen kyky säädellä tunteitaan ja käyttäytymistään sekä ymmärtää tekojensa seurauksia.

Alentuneesti syyntakeisiksi arvioitujen vuosittainen määrä on 1980-luvulta lähtien merkittävästi vähentynyt paitsi kokonaisuudessaan myös kehitysvammaisten osalta. Syyntakeettomiksi arvioitujen kehitysvammaisten osuus on puolestaan lisääntynyt.

Kehitysvammaisen syyntakeisuuden arvioinnissa pyritään selvittämään seuraavia kysymyksiä:

- Miten henkilö ymmärtää tekojensa tosiasiallisia seurauksia, moraalista luonnetta ja oikeudenvastaisuutta?
- Miten hän kykenee hallitsemaan tunteitaan ja säätämään käyttäytymistään?
- Miten mahdolliset vuorovaikutus- ja kommunikointitaitojen puutteet vaikuttavat hänen käyttäytymiseensä?
- Onko hän herkästi toisten johdateltavissa?
- Onko hän ollut kykenevä harkitsemaan tekoaan ja valitsemaan toisin, tai olisiko hän voinut pidättäytyä teosta tai keskeyttää sen?
- Onko hänellä muita psykiatrisia ja/tai neuropsykiatrisia häiriöitä, jotka vaikuttavat syyntakeisuuteen?

## Tahdosta riippumaton erityishuolto

Mielentilatutkimuksen yhteydessä selvitetään kehitysvammalain mukaisen tahdosta riippumattoman erityishuollon edellytysten täyttyminen. Tahdosta riippumattomaan erityishuoltoon on mielentilatutkimuksen jälkeen viime vuosina määrätty 0–5 henkilöä vuodessa.

Kehitysvammalaissa kehitysvammaisuutta ei määritellä ICD- tai DSM-luokitusten pohjalta. Sen sijaan laissa säädetään erityishuollon antamisesta henkilölle, jonka kehitys tai henkinen toiminta on estynyt tai häiriintynyt synnynnäisen tai kehitysiässä saadun sairauden tai vamman vuoksi ja joka ei voi muun lain nojalla saada tarvitsemiaan palveluita. Tämä jättää tulkinnanvaraa sikäli, että sen voidaan katsoa tarkoittavan myös muita kehityksellisiä häiriöitä kuten laaja-alaisia oppimisvaikeuksia tai autismikirjon häiriötä.

Henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumatta erityishuollon toimintayksiköön kehitysvammalain perusteella, jos seuraavat ehdot täyttyvät:

1. hän ei kykene tekemään hoitoaan ja huolenpitoaan koskevia ratkaisuja eikä ymmärtämään niiden seurauksia JA
2. hän todennäköisesti vakavasti vaarantaa omaa taikka muiden terveystä tai turvallisuutta JA
3. hänen hoitoaan ja huolenpitoaan ei voida järjestää muulla tavoin.

Kehitysvammaisuus heikentää kykyä tehdä itseään koskevia ratkaisuja ja ymmärtää käyttäytymisensä seurauksia, sitä merkittävämmiin mitä vaikeammasta kehitysvammasta on kyse. Itsemääräämiskykyä alentavat myös mahdolliset samanlaiset psykiatriset ja neuropsykiatriset häiriöt.

Henkilön oman tai muiden henkilöiden terveyden tai turvallisuuden voidaan arvioida vaarantuvan esim. silloin, kun

- hän toistuvasti vahingoittaa itseään vakavasti tai käyttäytyy muuten itsetuhoisesti
- hänellä esiintyy vakavia elämänhallinnan puutteita kuten hallitsematonta päihteiden käyttöä tai vakavan sairauden hoidon laiminlyöntiä
- hän saamastaan tuesta huolimatta ajautuu tilanteisiin, joissa väkivallan tai seksuaalisen hyväksikäytön uhriksi joutumisen todennäköisyys on suuri
- hän ei kykene huolehtimaan ravitsemuksestaan, hygieniastaan tai turvallisuudestaan kodin ulkopuolella liikkueensa
- hän käyttäytyy toistuvasti väkivaltaisesti, syyttelee tulipaloja tai käyttää vaaraa aiheuttavia esineitä harkitsemattomasti.

**Taulukko 19.6.1. Rikoksesta epäillyn tai syytetyn kehitysvammaisen erityishuoltoon määräämisen, jatkamisen ja lopettamisen prosessi.**

Porras	Asiakirjan laatija / päätöksen tekijä	Asiakirja	Kannanoton sisältö
1	Tuomioistuim	Mielentilatutkimukseen määräämistä koskeva päätös tai välituomio *	
2	THL	Päätös mielentilatutkimukseen suorittamispaikasta tai suorittajasta **	
3	Mielentilatutkimuksen suorittaja	2 kk:n kuluessa tutkimuslausunto THL:lle **	Perusteltu kannanotto henkilön diagnooseista, syyntakeisuudesta, tahdosta riippumattoman psykiatrisen sairaalahoidon tai kehitysvammaisten erityishuollon edellytysten täyttymisestä
4	THL	Lausunto tuomioistuimelle sekä päätös erityishuoltoon tai psykiatriseen sairaalahoittoon määräämisestä ja päätöksen välittömästä täytäntöönpanosta **	Perusteltu kannanotto syyntakeisuudesta
5	Päätöksiä tekevä vaativan moniammatillisen tuen asiantuntijaryhmä	Päätös hoitopaikasta	
6	Tutkimuksen suorittava asiantuntijatyöryhmä ***	6 kk:n sisällä tutkimuslausunto päätöksiä tekeväälle vaativan moniammatillisen tuen asiantuntijaryhmälle ****	Perusteltu kannanotto siitä, ovatko edellytykset tahdosta riippumattoman erityishuollon jatkamiselle olemassa.
7	Päätöksiä tekevä vaativan moniammatillisen tuen asiantuntijaryhmä	A) Päätös tahdosta riippumattoman erityishuollon jatkamisesta **** TAI B) Esitys THL:lle tahdosta riippumattoman erityishuollon lopettamisesta ****	B) Perusteltu kannanotto siitä, että edellytykset tahdosta riippumattoman erityishuollon jatkamiselle eivät täyty
8	THL	Kohdasta 7 B) seuraa:  A) Päätös tahdosta riippumattoman erityishuollon lopettamisesta. Tässä tapauksessa erityishuolto on heti lopetettava ja potilas poistettava toimintayksiköstä hänen sitä halutesaan. ** , **** TAI B) päätös päätöksiä tekevän vaativan moniammatillisen tuen asiantuntijaryhmän esityksen hylkäämisestä	
9	Päätöksiä tekevä vaativan moniammatillisen tuen asiantuntijaryhmä	Kohdasta 8 B) seuraa: Päätös tahdosta riippumattoman erityishuollon jatkamisesta **** Toistetaan kohdasta 6) alkaen	

\* Oikeudenkäymiskaari

\*\* Mielenveyslaki

\*\*\* Henkilöä koskevan tutkimuksen suorittaa toimintayksikön asiantuntijaryhmä, johon kuuluu laillistettu lääkäri, laillistettu psykologi ja laillistettu sosiaalityöntekijä, jotka ovat virkasuhteessa ja perehtyneet kehitysvammahuoltoon, sekä tarvittaessa muita sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilöitä.

\*\*\*\* Kehitysvammalaki

Arvioinnissa otetaan huomioon myös se, voidaanko erityishuolto järjestää vapaaehtoisuuden pohjalta riittävien tukitoimien avulla.

Tahdosta riippumaton erityishuolto toteutetaan sosiaalihuoltolain mukaisessa ympärivuorokautisen palveluasumisen yksikössä tai laitoksessa tai terveydenhuoltolain mukaisella kehitysvammapsykiatrian osastolla taikka vastaavassa yksityisessä toimintayksikössä, jossa on riittävä lääketieteen, psykologian ja sosiaalityön asiantuntemus vaativan hoidon ja huolenpidon toteuttamista ja seurantaa varten.

Rikoksesta syytetyn kehitysvammaisen erityishuoltoon määräämisen, jatkamisen ja lopettamisen prosessia on kuvattu taulukossa 19.6.1 Kehitysvammaisilla todetaan myös psykoosisairauksia, ja tällöin on arvioitava myös mielenterveyslain mukaisen tahdosta riippumattoman hoidon tarvetta.

## Vankeuden tai tahdosta riippumattoman erityishuollon aikainen kuntoutus

Kehitysvammaisten vankeuden aikaisessa kuntoutuksessa on sovellettu esimerkiksi kognitiivisen käyttäytymisterapian viitekehystä, ja käsiteltäviä aiheita ovat olleet mm. rikoksiin liittyvät ajatusvääristymät, seksuaalikasvatus, empatiataidot ja juridiset näkökulmat. Näyttö kuntoutuksen vaikuttavuudesta rikosten uusimisen riskiin on kuitenkin vielä puutteellinen.

Tahdosta riippumattoman erityishuollon aikainen kuntoutus räätälöidään kehitysvammaisen henkilön yksilöllisten tarpeiden mukaan. Kuntoutuksen sisältö suunnitellaan moniammatillisesti. Kuntoutuksessa on sovellettu mm. dialektisen käyttäytymisterapian ja yhteisöhoidon periaatteita. Kuntoutus voi sisältää myös arjentaitojen, sosiaalisten taitojen, tunnesäätelytaitojen, vihan- ja stressinhallinnan harjoittelua sekä päihdekuntoutusta. Kuntoutuksen tavoitteena on vahvistaa henkilön arjenhallintaa ja estää rikollisen käyttäytymisen uusiutumista. Kuntoutuksen rinnalla voidaan käyttää tarvittaessa lääkehoitoja, jotka suunnitellaan lääketieteellisin perustein.

Tahdosta riippumattoman erityishuollon päättyessä henkilön tuen tarve ei pääty. Vammaispalvelun asiakkuus jatkuu usein vapaaehtoiselta pohjalta. Asumismuodon on oltava riittävästi tuettu, minkä lisäksi psyykkistä hyvinvointia tukee mielekäs päiväaikainen toiminta kuten työ- tai päivätoiminta. Lisäksi tärkeää on varmistaa tarvittavat mielenterveys-, päihde- ja muut kuntoutuspalvelut.

## Kirjallisuutta

- Ahlgrén-Rimpiläinen A, Elenij C, Joelsson P ym. Mielentilatutkimusten väheneminen ja väkivaltarikollisten psykiatrinen hoito. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2021:30.
- Koskentausta T, Sauna-aho O, Pöyhönen M, Koillinen H. Kehitysvammat. Kirjassa Juva ym. (toim.) Kliininen neuropsykiatria. Duodecim 2021.
- Marotta PL. A systematic review of behavioral health interventions for sex offenders with intellectual disabilities. *Sex Abuse* 2017; 29: 148–185.
- Männynsalo L, Putkonen H, Lindberg N, Kotilainen I. Forensic psychiatric perspective on criminality associated with intellectual disability: a nationwide register-based study. *J Intellect Disabil Res.* 2009 Mar;53:279–88.
- THL / Mielenterveys. Tilastotietoa oikeuspsykiatristen asioiden lautakunnan päätöksistä / Oikeuspsykiatristen asioiden lautakunnassa käsitellyt asiat 2011–2020. <https://thl.fi/documents/974282/1449788/THL+oikeuspsykiatria+tilasto+2012-2021.pdf/610728e9-2f88-6b9d-7586-7554d47f085e?t=1653383695138> Viitattu 13.12.2022

## 19.7 Kehitykselliset neuropsykiatriset häiriöt

### Autismikirjo

Autismikirjo (autism spectrum disorder, ASD) on monimuotoinen ryhmä kehityksellisiä neurobiologisia oireyhtymiä, joita luonnehtivat sosioemotionaalisen vastavuoroisuuden ja sosiaalisen kommunikaation laadulliset poikkeavuudet, kapea-alainen toistava käyttäytyminen, rajoittuneet kiinnostuksen kohteet ja aistitoimintojen poikkeavuudet.

Ensimmäiset kliiniset potilassarjat julkaisivat jo 1940-luvulla Kanner ja Asperger. Seuraavina vuosikymmeninä oireyhtymä eriytyi asteittain psykoosisairauksista ja muista kehityksellisistä häiriöistä. Nykyisin käytössä oleva ICD-10-luokitus käyttää ASD:stä termiä ”laaja-alainen kehityshäiriö”, joka jakautuu seuraaviin alaryhmiin: F84.0 Lapsuusiän autismi, F84.1 Epätyypillinen autismi, F84.2 Rettin oireyhtymä, F84.5 Aspergerin oireyhtymä sekä joukko erittäin harvinaisia muita kehityksellisiä diagnooseja.

Vuonna 2013 käyttöön otetussa DSM-5-luokituksessa lapsuusiän autismi, Aspergerin oireyhtymä ja muut autismikirjon häiriöt yhdistettiin ASD-sateenvarjodiagnoosin alle, koska aiemmin kuvattujen alaryhmien reliabiliteetti ja validiteetti suhteessa toisiinsa katsottiin puutteellisiksi. Ydinoireet tiivistettiin kolmesta pääluokasta kahteen, ja sosiaalisen kommunikaation ja vuorovaikutuksen poikkeavuudet yhdistettiin yhdeksi pääluokaksi. Toiseen pääluokkaan sisältyvät rajoittuneet ja toistavat käytöstavat, kiinnostuksen kohteet ja toiminnat sekä uutena aistitoimintojen poikkeavuudet. Diagnoosiin tehdään tarkentavia määreitä muun muassa vakavuusasteen tai kognitiivisen tason mukaan. Alustavien tietojen mukaan tuleva ICD-11-diagnoosiluokitus noudattaa samankaltaisia periaatteita.



Suomessa ASD:n esiintyvyydeksi on raportoitu lapsilla 0,77 %. Suurempiakin lukuja, 1–3 %, on raportoitu muissa länsimaissa. Diagnoosi on pojilla 2–4 kertaa yleisempi kuin tytöillä. Sukupuolieron syy on epäselvä. On mahdollista, että oireiston ilmiäsu saattaisi olla tytöillä erilainen kuin pojilla, mikä saattaisi johtaa tyttöjen alidiagnostiikkaan. Seurantakohorttien perusteella merkittävä osa ASD-lapsista täyttää diagnosikriteerit vielä aikuisiälläkin. Heikko kognitiivinen taso ja kielellisen prosessoinnin haasteet ennustavat parhaiten ydinpiirteiden säilymistä aikuisikään, kun taas kognitiivisesti hyvätasoisilla ASD-henkilöillä luonnollinen taudinkulku ja kuntoutuksen vaikutus voivat johtaa ydinoireiden lievenemiseen. Monihäiriöisyys on yleistä, ja ASD:än voi liittyä sekä muita kehityksellisiä häiriöitä että psykiatrisia liitännäisdiagnooseja. Tuoreessa ruotsalaisessa rekisteritutkimuksessa kehitysvammaisten osuus ASD-diagnoosin saaneista oli 18,4 %. ADHD ja Touretten oireyhtymä ovat myös yleisiä oheissairauksia. Ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöiden riski korostuu kognitiivisesti hyvätasoisilla potilailla.

Autismikirjon ydinoireisiin ei ole lääkehoitoa. Liitännäishäiriöiden lääkehoito ja kuntoutus noudattavat samoja linjoja kuin yleisväestössä. Autismikuntoutus tulee sovittaa potilaan kognitiivisten edellytysten ja ajankohtaisten haasteiden mukaiseksi. Autismikirjon kohdalla terapeutisena, erityisesti psykoterapeuttisena, päämallina pidetään erilaisia kognitiivisen käyttäytymisterapian mukaisia lähestymistapoja.

### *Autistinen ajattelu*

Kirjallisuudessa autismikirjolla olevien henkilöiden kognitiivisessa prosessoinnissa on kuvattu olevan erityispiirteitä, joista mikään itsessään ei ole diagnostinen, mutta ne selkeyttävät henkilön vahvuuksien ja heikkouksien käsitteellistämistä. Käsitteet eivät ole toisiaan poissulkevia, ja ne sisältävät laajan kirjon sekä sopeutumista heikentäviä että – ympäristöstä riippuen – kohentaviakin piirteitä. Puhutaan myös niin sanotusta autistisesta ajattelusta.

**Mielen teorialla** viitataan usein kykyyn päätellä tai mieltää toisen ihmisen erilaisia psyykkisiä tiloja kuten uskomuksia, aikomuksia, toiveita ja tuntemuksia käyttäytymisen selittämistä tai ennakoimista varten. Puutteellinen mielen teoria voi johtaa muun muassa vaikeuteen tavoittaa ikätasoisesti toisen henkilön ajatuksia ja tunteita heijastelevia vihjeitä.

**Sentraalisen koherenssin** heikkoudella viitataan yksityiskohtalähtöiseen ajatteluun kokonaisuuden tai kontekstuaalisen merkityksen mieltämisen sijasta eli vaikeuteen ”nähdä metsä puilta” tai toisin sanoen kontekstisokeuteen. Useimpien asioiden merkitys arkielämässä riippuu tilanneyhteydestä. Esimerkiksi jalankulkijalle tarkoitettu punainen liikennevalo ei aina edellytä välitöntä pysähtymistä, vaan kadun yli tulisi kiirehtiä, jos on jo ylittänyt tien puoliväliin.

**Toiminnanohjaus** mielletään perinteisesti yläkäsitteeksi, joka kattaa muun muassa päämäärän asettamisen, toiminnan suunnittelun, työmuistin, impulssikontrollin, inhibitiokyvyn, toimintatavan vaihtamisen sekä toiminnan aloittami-

sen, lopettamisen sekä monitoroinnin. Autismikirjossa esiintyy usein toiminnanohjauksen ongelmia etenkin toiminnan joustavuudessa ja suunnittelussa sekä osin myös ongelmanratkaisussa. Nämä voivat ilmetä arkiolosuhteissa, muun muassa vahvana juuttuvuutena ja psyykkisenä rigiditeettinä muutoksiin sopeutumista edellyttävissä tilanteissa, sekä aloitteellisuuden ja päätöksenteon vaikeuksina.

**Empatiakyky** jaetaan neurotieteissä usein kahteen toisistaan erilliseen tyyppiin. Kognitiivisella empatialla viitataan kykyyn havaita ja tulkita toisen henkilön mielentiloja ja tunteuksia, kun taas affektiivisella empatialla viitataan kykyyn jakaa tunnetasolla toisen henkilön tunnetila, ”resonoida”. Psykopatiassa kognitiivinen empatia yleensä toimii hyvin, mutta kyky affektiiviseen empatiaan on heikentynyt. Autismikirjossa tilanne on yleensä päinvastainen. Joillakin ASD-potilailla on tosin raportoitu myös merkittäviä psykopaattisia piirteitä, jotka eivät korreloi samanaikaisesti autismipiirteisiin.

### *Autismikirjon häiriö ja rikollinen käyttäytyminen*

Autismikirjolla olevien henkilöiden mahdollisia rikolliselle käyttäytymiselle altistavia tekijöitä ovat muun muassa sosiaalinen kypsymättömyys, vaikeus säädellä omia tunteita, normeista poikkeavat käsitykset moraalista ja muista sosiaalisista säännöistä, vaikeus hahmottaa sosiaalisia tilanteita ja oman toiminnan seurauksia, erityiset mielenkiinnon kohteet ja mielen teorian haasteet. Huomattakoon myös, että samat erityispiirteet voivat lisätä riskiä myös rikoksen uhriksi päätymiseen. ASD-potilaiden rikollista käyttäytymistä voidaan arvioida sekä tutkimalla ASD-potilaiden määrää rikoksesta tuomituista henkilöistä että arvioimalla heidän osuuttaan vangeista ja oikeuspsykiatrisista potilaista.

Sekä kohorttiseurantojen että rekisteritutkimusten perusteella rikollinen käyttäytyminen ei näytä olevan olennaisesti korostunut autismikirjolla olevilla henkilöillä yleisväestöön verrattuna. Kuitenkin tuoreehkossa ruotsalaisessa rekisteritutkimuksessa väkivaltarikollisuuden riski oli autismikirjon henkilöillä jonkin verran suurempi kuin yleisväestöllä. Löydös näytti liittyvän samoihin väkivaltariskiä lisääviin tekijöihin kuin mitä yleisväestössä on kuvattu. Näitä ovat mies-sukupuoli, potilaiden ja lähipiirin psykiatrisen liitännäissairastavuus (erityisesti ADHD ja/tai käytöshäiriö) ja vanhempien rikostausta, rikkonaiset perheolot sekä päihdehäiriöt. Hyvä kognitiivinen taso sekä toisaalta älyllinen kehitysvammaisuus näyttäytyivät suojaavina tekijöinä. Merkittävä havainto on, että peräti neljäsosa potilaista sai autismikirjon diagnoosin vasta rikostuomion jälkeen.

Autismikirjon henkilöiden osuudesta vangeissa tai oikeuspsykiatrisista potilaista on niukalti tutkittua tietoa. Kansalliset erot lainsäädännössä, pienet otokoot, valikoituneet aineistot ja jopa diagnostisen prosessin erot vaikeuttavat tutkimusten vertailua. Tätä aihetta tulisi jatkossa lähestyä vertailevissa tutkimuksissa suhteessa niihin valtioihin, joiden terveydenhuolto ja oikeusjärjestelmä vertautuvat suomalaiseen malliin.

Vuonna 2020 Suomessa tehtiin 107 mielentilatutkimusta, joista alle 10 tehtiin ASD-potilaille THL:n tilaston mukaan. ASD-häiriön vaikeusaste, kognitiivinen suoriutuminen, toimintakyky sekä oheissairastavuus saattavat vaikuttaa syynta-keisuuteen sitä alentavasti. Suomessa oikeuspsykiatrisessa käytännössä ASD-diagnoosia ei ole tavattu rinnastaa mielisairaustasoiisiin tiloihin. Mikäli ASD:n ohella henkilöllä on todettavissa psykoottistasoisia oireita tai psykoosisairaus, tulee tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon määräämisen edellytyksiä arvioida henkilön ajankohtaisen terveydentilan mukaisesti. Korkeimman hallinto-oikeuden ratkaisun (KHO 11.3.2021/H814) mukaan kehitysvammaisten tahdosta riippumatonta erityishuoltoa koskeva määräys voidaan antaa myös henkilölle, jolla ei ole älyllistä kehitysvammaa, jos hänellä on erityisen tuen tarpeita ja hänen oireilunsa sekä käyttäytymisensä on kokonaisuutena erittäin vaikeaa, eikä hän saa tarvitsemiaan palveluita muun lain nojalla.

Väkivaltarikoksiin syyllistyneiden ASD-potilaiden kuntoutuksesta väkivaltakäyttäytymisen ehkäisemisen näkökulmasta on varsin niukasti tutkimustietoa, mutta kuntoutusohjelmia kehitetään aktiivisesti.

## ADHD

ADHD-oireyhtymällä tarkoitetaan kehitysiässä alkavaa oireyhtymää, jossa potilaalla esiintyy toimintakykyä pitkäkestoisesti heikentäviä tarkkaamattomuus- ja/ tai hyperaktiivisuus/impulsiivisuusoireita usealla eri elämänalueella. Oireyhtymä on diagnosoitavissa noin viidellä prosentilla lapsista, ja valtaosalla oireet jatkuvat jossain muodossa aikuisikään ja jopa vanhuuteen saakka. Vankien joukossa ADHD-diagnoosi on ollut selvästi yleisempi kuin yleisväestössä sekä Yhdysvalloissa että Ruotsissa tehdyissä tutkimuksissa. Oiretasolla ADHD:ssa ja psykopatiassa on tiettyjä yhtäläisyyksiä. Psykopatiaoiremittarin (PCL) faktori 2, eli elämyshakuisuus ja impulsiivisuus, on pitkälti yhteneväinen ADHD:n hyperaktiivisuus/impulsiivisuus-oirekriteereiden kanssa. Eroja sen sijaan on muun muassa tunnekylmyydessä ja manipulatiivisuudessa (PCL faktori 1). ADHD-potilaiden hyperaktiivisuus lisääkin riskiä käytöshäiriöön, päihdeongelman kehittymiseen ja rikolliseen käyttäytymiseen. ADHD:n tunnistaminen ja lääkehoidon sekä muun kuntoutuksen aloittaminen riittävän varhain ehkäisee päihdehäiriön kehittymistä. Jos päihderiippuvuus on jo kehittynyt, ADHD:n diagnostiikka ja hoito on usein haasteellista.

Joissakin tutkimuksissa vankien ADHD:n lääkehoidon ja kuntoutuksen on todettu ehkäisevän uusintarikollisuutta sekä vähentävän liikenneonnettomuuksien ja itsemurhien riskiä.

## Touretten oireyhtymä

Touretten oireyhtymässä henkilöllä on sekä motorisia että äänellisiä tic-liikeitä pitkäkestoisesti. Lapsista noin 0,4–1,5 prosentilla voidaan asettaa tämä diagnoosi. Samanaikaissairastavuus ADHD:n ja pakko-oireisen häiriön kanssa on myös merkittävää. Useimmiten tic-liikkeet lievenevät aikuistumisen myötä, jolloin ne myös muuttuvat vaikeammin havaittaviksi. Joidenkin tutkimusten mukaan Touretten oireyhtymässä on neurobiologisesti taustalla muun muassa keskushermoston inhibitiokyvyn heikkeneminen, joka ilmenee myös impulssikontrollin ja tunteidensäätelyn haasteina ja taipumuksena addiktiohäiriöihin. Henkilö saattaa saada sanallisia tai käyttäytymisen tason vihanpurkauksia ulkoisesti vähäpätöisistäkin asioista. Tourette-lapsilla ja nuorilla onkin todettu joissakin kohorttiseurannoissa verrokkeja selvästi enemmän diagnosoituja käytöshäiriöitä. Tosin on epäselvää, missä määrin tämä selittyy samanaikaisella ADHD-diagnoosilla. Tieto aikuisikäisten Tourette-potilaiden rikollisesta käyttäytymisestä perustuu lähinnä tapauselostuksiin. Toisaalta psykoosilääkkeillä ja tietyillä psykoterapeuttisilla tekniikoilla (esimerkiksi tavankääntämisterapialla) voidaan potilaan tic-oireiden aiheuttamaa disinhibitiopainetta huomattavasti lieventää, millä voi olla suurikin merkitys henkilön kuntouttamisessa aikuisuuden vaatimuksiin.

## Oppimisvaikeudet

Kapea-alaiset oppimisvaikeudet (lukemiskyvyn häiriö, laskemiskyvyn häiriö, kehityksellinen kielihäiriö, kehityksellinen hahmotushäiriö) esiintyvät usein samanaikaisesti samalla henkilöllä. Esiintyvyys on yksittäisen häiriön kohdalla 5–10 prosenttia. Samanaikaissairastavuus mm. ADHD:n kanssa on merkittävä. ADHD:n läkehoidolla ei juurikaan ole vaikutusta näiden häiriöiden oireisiin, mutta ne voivat osaltaan selittää heikkoa vastetta psykostimulanteille, varsinkin tilanteissa, joissa diagnooseja ei ole tehty kehitysiässä tai diagnoosi on unohtunut aikuisuuden selviytymättömyyskierteessä. Laaja-alainen oppimisvaikeus eli älyllistä kehitysvammaisuutta lievempi mutta keskivertoa selvästi huonompi kognitiivinen suoriutumisen on todettavissa noin 14 prosentilla väestöstä. Nykyisessä tietoyhteiskunnassa näiden henkilöiden selviytyminen arjessa voi olla selvästi heikentynyt jo kehitysiässä samaan tapaan kuin kehitysvammaisilla.

## Lopuksi

ADHD-oireyhtymä, Touretten oireyhtymä ja kapea-alaiset oppimisvaikeudet eivät tyypillisesti alenna rikosoikeudellista syyntakeisuutta. Näitä oireyhtymiä tulisi kuitenkin aktiivisesti etsiä vankiväestössä, koska asianmukainen hoito mitä todennäköisimmin parantaa vankien edellytyksiä integroitua normaaleihin yhteiskunnan toimintoihin vankilasta vapautumisen jälkeen. Tämä toteutuu parhaiten moniammatillisessa työryhmässä, jossa neuropsykologi tai kognitiiviseen tutkimukseen perehtynyt psykologi yhdessä toimintaterapeutin ja lääkärin kanssa muodostaa tutkittavasta kokonaiskäsityksen ja arvioi hoidon tarpeen.

Tuoreehkossa väitöstutkimuksessa suomalaisilla miesvangeilla todettiin neurokognitiivisia erityisvaikeuksia sekä kehityksellisiä oppimisen haasteita selvästi enemmän kuin yleisväestöllä. Tässä otoksessa kehitykselliset erityisvaikeudet, hankinnaiset kognition ongelmat, päihderiippuvuus ja psykiatriset oireyhtymät kietoutuivat toisiinsa vaikeasti hoidettaviksi ongelmavyyhdyiksi. Johtopäätöksenä todettiin, että ”päihderiippuvuuden ehkäisy sekä neurokognitiivisten ja lukemisen, kirjoittamisen ja matematiikan taitopuutosten harjoittaminen ja kuntoutus ovat tulosten valossa tärkeitä tekijöitä uusintarikollisuuden ehkäisyssä.” Samansuuntaisia löydöksiä tuli esille myös vankiterveyden seurantatutkimuksen (Wattu) uusimmassa raportissa laajemmassa vankipopulaatiossa. Lisäksi kiinnitettiin huomioita vankien ADHD-piirteisiin joita esiintyi huomattavasti useammin kuin yleisväestössä. Lisää tutkimusta tarvitaan sen selvittämiseksi, mitkä hoitomuodot parhaiten ennaltaehkäisevät monimuotoisesti neuropsykiatrisesti oireilevien vankien uusintarikollisuutta.

## Kirjallisuutta

- Allely C. Autism Spectrum Disorder in the Criminal Justice System. A Guide to Understanding Suspects, Defendants and Offenders with Autism. Routledge, New York 2022.
- Castren M, Grönfors S, Timonen T, ym. Autis-  
mikirjon häiriö. Kirjassa: Kliininen neuropsykiatria, 2., uudistettu painos. Toim Juva K, Hublin C, Kalska H, Korkeila J, Sainio M, Tani P, Vataja R. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2021-
- Heeramun R, Magnusson C, Gumpert CH, ym. Autism and Convictions for Violent Crimes: Population-Based Cohort Study in Sweden. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2017; 56: 491–97.
- Jankovic J, Kwak C, Frankoff R. Tourette's syndrome and the law. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2006;18(1):86–95.
- Rautanen M, Harald K, Tyni S (toim). Vankien terveys ja hyvinvointi 2023. Wattu IV-vankiväestötutkimus. Raportti 007/2023. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2023.
- Tani P, Kara S, Grönfors S ja Lindberg N. Autis-  
mikirjon häiriöt ja väkivaltakäyttäytyminen: oikeuspsykiatrisen näkökulma. Duodecim 2021;137(22):2475–81
- Tuominen T. (2018): Neurocognitive deficits, academic difficulties and substance dependence among Finnish offenders: connections to recidivism and implications for rehabilitation. Väitöskirja. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-7202-9>
- Young S, Gudjonsson G, Chitsabesan P ym. Identification and treatment of offenders with attention-deficit/hyperactivity disorder in the prison population: a practical approach based upon expert consensus. BMC Psychiatry 18, 281 (2018).

## 19.8 Päihteiden käyttö

**P**äihteillä tarkoitetaan psykoaktiivisia aineita, joita käytetään päihtymystarkoituksessa. Nämä voivat olla myös lääkkeitä, joita käytetään ilman lääkärin määrystä tai lääkäriltä saadun ohjeistuksen vastaisesti. Päihteiden käyttö voi rajoittua yksittäiseksi kokeiluksi, olla säännöllisempää viihdekäyttöä, muodostua haittoja aiheuttavaksi päihdekäytöksi tai jopa päihderiippuvuudeksi. Päihteiden ongelmakäytöksi luokitellaan yleensä päihdekäyttö, jossa terveysriskit ovat lisääntyneet tai kun päihdehäiriön (haitallinen käyttö, riippuvuus) diagnostiset kriteerit täyttyvät.

Päihderiippuvuudessa päihteenkäyttö on muuttunut pakonomaiseksi ja jatkuu käytön aiheuttamista haitoista huolimatta. Tyypillistä päihderiippuvuudessa on toleranssin kehittyminen päihteen vaikutuksille sekä käytön jälkeen seuraavat vieroitusoireet. Henkilön, jolla on päihderiippuvuus, on vaikeaa kontrolloida käyttöönsä, ja hänen elämänsä keskittyy käytön ympärille siten, että hän laiminlyö muita osa-alueita elämässään.

Henkilöillä, joilla on päihderiippuvuus, on osoitettu olevan aivoissa useita neurobiologisia muutoksia, joiden ajatellaan ylläpitävän riippuvuutta ja herkistävän riippuvuuskäyttäytymisen uudelleen alkamiselle pidemmänkin tauon jälkeen, jos he altistuvat päihteelle. Haitallisesta käytöstä voidaan joissain tapauksissa ongelmien tunnistamisen, hoidon ja kuntoutuksen avulla toipua ja palata kohtuulliseen käyttöön, mutta riippuvuuteen liittyvät hoidot perustuvat pääsääntöisesti täyteen päihteestä pidättäytymiseen tai haittoja vähentävään hoitoon sekä elämänlaadun ja toimintakyvyn kohentamiseen.

Riippuvuuden vaikeusasteissa on kuitenkin eroja, ja lievemmissä riippuvuuksissa on todettu ikääntymisen myötä myös spontaania paranemista, jolloin henkilöt ovat kyenneet jatkamaan päihdekäyttöä siten, etteivät riippuvuuden kriteerit ole enää täyttyneet. Usein haitallinen käyttö kuitenkin kehittyy riippuvuustasoisiksi, jos päihteiden käyttöä ei kyetä ajoissa lopettamaan tai kohtuullistamaan. Päihderiippuvuus on kehittyttyään yleensä pitkäaikainen relapsoiva sairaus, jonka ennustetta pystytään kuitenkin hoidolla parantamaan.

Päihderiippuvuus voi potentiaalisesti kehittyä kenelle tahansa. Kuitenkin alttius riippuvuuden kehittymiselle on yksilöllistä. Riippuvuudelle altistavia perintötekijöitä on tunnistettu useita. Myös lapsuudessa koetun kaltoinkohtelun sekä traumatapahtumien on osoitettu altistavan riippuvuuden kehittymiselle. Lisäksi monien psykiatristen sairauksien ja kehityksellisten neuropsykiatristen häiriöiden on osoitettu toimivan altistavana tekijänä. Somaattisissa sairauksissa päihderiippuvuuden kehittymiselle altistaa etenkin krooninen kipu sekä toimintakyvyn laskea aiheuttavat tilat.

Päihderiippuvuuden ajatellaan olevan myös jossain määrin persoonallisuuteen rakentunutta toimintaa tai opittu käytösmalli, jolloin yhdestä riippuvuudesta toipuessa niihin taipuvaiselle yksilölle saattaa kehittyä tilalle toinen. Lisäksi päihderiippuvuuden kehittymisessä on aina myös sosiaalinen ulottuvuus. Alueellinen kulttuuri, lainsäädäntö, saatavuus ja hinnat vaikuttavat osaltaan päihteidenkäyttöön ja edelleen riippuvuuden kehittymiseen. Toisaalta vahva vaikutus käyttöön on myös lähipiirin esimerkillä ja asenteilla.

Suomessa arvioidaan olevan noin puoli miljoonaa päihteiden ongelmakäyttäjää. Yleisin Suomessa käytetty päihde on alkoholi. Alkoholin rinnalle päihdekäyttöön ovat merkittävässä määrin nousseet eri lääkeaineiden päihdekäyttö sekä huumausaineiden käyttö. Huumausaineiden käytön on todettu arkipäiväistyneen nuorten keskuudessa, kun 25–34-vuotiaista nuorista aikuisista jopa lähes puolet on ilmoittanut käyttäneensä jossain vaiheessa jotain laitonta huumausainetta. Yleisin kokeiltu huumausaine on kannabis, jota on kokeillut 15–69-vuotiaista lähes neljännes. Rauhoittavien lääkkeiden, unilääkkeiden sekä vahvojen kipulääkkeiden ei-lääkinnällistä käyttöä on ollut seitsemällä prosentilla ja amfetamiinin tai opioidien ongelmallista käyttöä noin yhdellä prosentilla. Päihteiden sekakäyttö on yleistä, ja yli puolet huumehoitojen asiakkaista on ilmoittanut, että heillä on ongelma ainakin kolmen eri päihteen kanssa.

Huumeidenkäytön lisääntyminen on ollut todettavissa myös rattijuopumuksissa, joissa huumerattijuopumuksia on jo yhtä paljon kuin alkoholirattijuopumuksia. Myös huumausainerikosten kokonaismäärä on kasvanut jo pitkään, ja vangeista yli 80 prosentilla on ollut todettavissa päihdehäiriö. Eri rikoksiin syyllistyneillä ei ole arvioitu olevan merkittäviä eroja päihdekäytössä sen perusteella, mitä vankiloissa tehdyistä huumeeseuloista on ollut todettavissa. Joidenkin tutkimusten mukaan väkivaltarikoksiin syyllistyvät kuitenkin todennäköisemmin henkilöt, jotka väärinkäyttävät alkoholia ja rauhoittavia lääkeaineita, kuin huumaus-

aineita käyttävät. Bentsodiatsepiinien käytön on todettu olevan yleistä kaikissa rikosryhmissä ja erityisesti väkivaltaan ja omaisuusrikoksiin syyllistyneillä.

Rikoksiin syyllistyneistä luotettavimmat tilastot ovat käytettävissä henkirikoksiin syyllistyneistä, ja keskeisimmäksi henkirikoksille altistavaksi tekijäksi on todettu alkoholi. Vuosien 2010–2018 aikana henkirikokseen syyllistyneistä 73 prosenttia oli alkoholin vaikutuksen alaisena. Muun päihteen alaisena oli 30 prosenttia, mutta heistäkin noin neljä viidesosaa oli myös alkoholihumalassa. Henkirikokseen syyllistyneistä vain 21 prosenttia ei ollut päihtynyt teon aikana. Henkirikokseen syyllistyneistä 15 prosentilla on todettu olleen huumeainesten käytön lisäksi käytössä reseptillä saatu bentsodiatsepiinilääkitys ja 5 prosentilla reseptillä saatu opioidilääkitys. Päihdehäiriöihin onkin todettu liittyvän 7–9-kertainen riski syyllistyä henkirikokseen.

## Päihteet, mielenterveys ja rikollisuus

Päihteiden käytön taustalla, ja erityisesti ongelmakäytön taustalla, on tunnistettu useita riskitekijöitä, joista yleisimmät liittyvät epävakaisiin kasvuolosuhteisiin, puutteelliseen varhaiseen tukeen, sekä muihin psykiatrisiin, erityisesti impulsienhallintakykyä heikentäviin häiriöihin. Päihteiden käytön taustalta on löydetty myös perinnöllisiä tekijöitä, ja päihteiden käyttö vaikuttaa periytyvän sekä geneettisesti että sosiaalisesti. Muut psykiatriset häiriöt voivat myös merkittävästi lisätä riskiä päihdehäiriön kehittymiseen. Erityisen vahvassa yhteydessä päihdehäiriöihin ovat erilaiset persoonallisuushäiriöt. Riski persoonallisuushäiriön rinnalla ilmenevään alkoholiongelmaan on todettu viisinkertaiseksi ja huumeongelmaan jopa 12-kertaiseksi. Yleisimpiä päihdehäiriön rinnalla ilmeneviä persoonallisuushäiriöitä ovat antisosiaalinen ja epävakaa persoonallisuushäiriö.

Päihdehäiriön rinnalla esiintyvien persoonallisuushäiriöiden osuuden on todettu olevan sitä yleisempiä, mitä vakavammasta rikollisuudesta on kyse, ja päihdehäiriö myös kaksinkertaistaa rikoksesta tuomitun persoonallisuushäiriöstä kärsivän ihmisen riskin syyllistyä uuteen rikokseen. Myös ADHD:n, mielialahäiriöiden ja psykoosisairauksien on osoitettu altistavan päihdehäiriöille.

Yhteissairastavuudessa päihteiden käyttö saattaa liittyä itselääkintään, jos varsinainen psykiatrinen häiriö on huonolla hoidolla tai aiheuttaa edelleen häiritseviä oireita, kuten ahdistuneisuutta. Esimerkiksi skitsofreniaa sairastavista potilaista n. 65–80 prosenttia tupakoi ja noin 40 prosentilla on jokin muu päihdehäiriö. Edellä mainituissa yhteishäiriöissä yksi tehokkaimpia tapoja hoitaa päihdehäiriötä onkin yleensä perussairauden hyvä hoito.

Päihdehäiriön vaikeusaste ja siihen liittyvät muut psykiatriset häiriöt voivat myös vaikuttaa päihteiden käytön ja rikollisuuden välisiin yhteyksiin. Siinä missä huumeainesten satunnaiskäyttäjä syyllistyy hallussapito- tai käyttörikokseen ainetta käyttäessään, päihdeongelman vaikeutuessa kuvioon tulevat yleensä myös



päihteiden käytön rahoittamiseksi tehdyt omaisuusrikokset sekä päihteiden välittäminen tai salakuljettaminen. Vaikeimmissa tapauksissa, ja erityisesti mikäli päihteiden käyttöön yhdistyy impulssikontrollia tai empatiakykyä heikentäviä häiriöitä, on väkivalta- ja henkirikosriski korostunut. Päihteitä käyttävät ovat usein myös alttiita hyväksikäytölle, saattavat ajautua prostituution pariin ja joutuvat tavallista useammin myös rikosten kohteiksi.

Vakavien mielisairauksien on todettu jo itsessään lisäävän riskiä syyllistyä väkivaltarikoksiin, ja skitsofreniaa sairastavien riski syyllistyä henkirikokseen on noin nelinkertainen yleisväestöön nähden. Riski väkivaltarikoksiin syyllistymiseen kuitenkin on vielä huomattavasti korkeampi, mikäli henkilöllä on mielisairauden rinnalla päihderiippuvuus. Skitsofreniaa sairastavan riski syyllistyä henkirikokseen onkin todettu jopa 25-kertaiseksi yleisväestöön nähden, mikäli mielisairauden rinnalla on myös päihderiippuvuus. Kolmella neljästä henkirikokseen tai sellaisen yritykseen syyllistyneistä oikeuspsykiatrisista potilaista onkin mielisairauden lisäksi päihdehäiriö. Päihdehäiriön yhdistyminen persoonallisuushäiriöön on tunnistettu yhdeksi keskeiseksi uusintarikollisuuden riskitekijäksi. Suomalaisilla henkirikoksen uusijoilla onkin yleisesti todettu päihdehäiriön rinnalla samanaikainen persoonallisuushäiriö, joka yleisimmin on antisosiaalinen persoonallisuus.

Päihdeongelmien rinnalla usein ilmenevät mielenterveyden ongelmat tulisi diagnosoida ja hoitaa samanaikaisesti päihdeongelman kanssa. Toisaalta päihdeongelman ollessa aktiivinen voi luotettavan psykiatrisen diagnoosin tekeminen olla haastavaa.

## Päihdehäiriöiden hoitojärjestelmä

Päihteiden yhteiskunnalle ja yksilölle aiheuttamiin haittoihin pyritään vaikuttamaan sekä ehkäisemällä niitä ennalta että hoitamalla jo kehittyneitä päihdeongelmia.

Lain mukaan ehkäisevä päihdetyö kattaa alkoholin, tupakan, huumausainesten ja muiden päihtymiseen käytettävien aineiden sekä rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisyn (Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä (523/2015) 1 §). Päävastuu ehkäisevästä päihdetyöstä kuuluu kunnille ja hyvinvointialueille. Ehkäisevällä päihdetyöllä pyritään vaikuttamaan päihteiden kysyntään ja saatavuuteen ja sitä kautta päihteiden käyttöön. Työn on aina perustuttava tutkittuun tietoon ja tieteelliseen näyttöön päihteiden käytöstä ja siitä aiheutuvista haitoista. Käytännön toimintaan on kehitetty monia hyväksi havaittuja menetelmiä ja toimintamalleja.

Päihteiden kysyntään voidaan vaikuttaa esimerkiksi vuorovaikutteisella päihdekasvatuksella ja viestinnän keinoin, siis tarjoamalla tietoa päihteistä ja niiden vaikutuksista ja motivoimalla ihmisiä tekemään hyvinvointia edistäviä valintoja. Yhteisöissä tehtävä päihdetyö kattaa laajan joukon erilaisia toimia, ja mm. syrjäy-

tyneisyyden ehkäisyyn tarkoitettut toimenpiteet ehkäisevät välillisesti myös päihdeongelmia.

Päihhteiden saatavuuteen voidaan vaikuttaa erilaisilla viranomaisten toimilla, joilla rajoitetaan ja säädelään päihhteiden myyntiä tai anniskelua esimerkiksi ravintoloissa tai julkisissa tiloissa ja tilaisuuksissa. Saatavuuden rajoittamiseen tähtäviä toimia tehdään myös yhteistyönä viranomaisten, järjestöjen ja alkoholia myyvien ja markkinoivien elinkeinonharjoittajien kanssa.

Päihdehuoltolain (41/1986) mukaan kunnan tehtävänä on järjestää päihdeongelmaisen ja hänen omaistensa riittävä ja asiallinen hoito. Hyvinvointialueen on suunniteltava ja toteutettava sosiaali- ja terveydenhuolto sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan sellaisena kuin asiakkaiden tarve edellyttää. Yleisesti päihdehäiriöt ovat alitunnistettuja. Päihdepalveluiden saatavuus ja toteutus vaihtelevat kunnittain, ja alueelliset erot voivat olla suuriakin. Päihdeongelmaisia hoidetaan Suomessa terveydenhuollossa, päihdehuollon erityispalveluissa ja sosiaalitoimessa. Päihdehuollon erityispalveluilla tarkoitetaan esimerkiksi selviämis- ja katkaisuhuoltoasemia, päihdeklinoilla toteutettavia avopalveluita, päihdekuntoutuslaitoksia, huumeidenkäyttäjien terveysneuvontapisteitä, päiväkeskuksia sekä ensisuoja. Kiireettömän hoitoon pääsyn kriteerit (hoitotakuu) koskevat kaikkea päihdeongelmaisen lääketieteellisin perustein annettavaa hoitoa. Suomen nykyinen lainsäädäntö (tarkemmin ks. päihdehuoltolain 2 luku) mahdollistaa tietyin edellytyksin päihdeongelmien hoidon myös hoidettavan tahdosta riippumatta, joskin tätä mahdollisuutta käytetään vain harvoin.

## Päihdehäiriöiden psykososiaaliset hoitomuodot

Psykososiaaliset menetelmät ovat päihdeongelmien hoidon perusta, ja päihdehoidon suunnittelussa tulisi pyrkiä hyödyntämään muutosvaihemallin mukaista hoitosuunnitelmaa. Muutosvaihemallissa motivoituminen muutokseen ja muutoksen toteutuminen jaotellaan eri vaiheisiin, ja hoitointerventiot pyritään kohdentamaan yksilöllisesti sen mukaisesti, missä vaiheessa potilaan arvioidaan olevan.

Motivoiva haastattelu on keskeinen menetelmä päihderiippuvuuksien hoidossa ja lisää hoidon tuloksellisuutta yhdistettynä muihin menetelmiin. Motivoivassa haastattelussa pyritään empatiaa osoittaen avoimessa keskustelussa saada potilas itse huomaamaan muutostarpeita ja motivoitumaan niiden suunnitelmalliseen toteuttamiseen.

Lyhytneuvonta on vaikuttava hoitomuoto alkoholin riskikäytössä ennen riippuvuuden kehittymistä. Lyhytneuvonnassa potilaan alkoholinkäytöstä kysellään aktiivisesti, häntä informoidaan yksilöllisesti alkoholinkäyttönsä haittavaikutuksista ja pyritään motivoimaan vähentämään alkoholinkäyttöään. Lyhytneuvontaa tulisi toteuttaa perustasolla järjestelmällisesti, myös vastaanoton koskiessa muuta asiaa.

Kognitiivinen terapia ja kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT) on osoitettu tehokkaaksi päihderiippuvuuksien hoidossa. Terapiassa voidaan hyödyntää useita erilaisia menetelmiä. Yleisimmin käytetty KKT-menetelmä on retkahdusten ehkäisymalli, jossa käytetään erilaisia interventiostrategioita retkahduksen eri vaiheissa. Menetelmät vaativat kuitenkin syvällisempää perehtymistä, minkä vuoksi niiden saatavuus vaihtelee.

Yhteisövahvistusohjelma on käyttäytymisterapeuttista hoitoa, jossa palkitaan toivottua käyttäytymistä, etsitään tukea perheestä, työstä ja vapaa-ajasta ja harjoitellaan sosiaalisia taitoja. Sen vaikuttavuus on osoitettu opioidi- ja alkoholiriippuvuuden hoidossa.

Vertaistukeen ja anonymiteettiin perustuva 12 askeleen hoito-ohjelma (AA- ja NA-ryhmät) on osoitettu vaikuttavaksi stimulantti- ja alkoholiriippuvuuden hoidossa. Askelten avulla tavoitellaan ajattelutavan muutosta. Ryhmiä kokoontuu useilla paikkakunnilla ympäri maata.

Myös positiiviseen vahvistamiseen perustuva toimintamalli muun hoidon lisänä on osoitettu vaikuttavaksi useiden eri päihderiippuvuuksien kohdalla, ja pariterapia on osoitettu tehokkaaksi päihderiippuvuuksien hoidossa muun hoidon lisänä.

## Päihdehäiriöiden lääkehoito

Tehokkaita lääkehoitoja on käytössä alkoholi-, nikotiini- ja opioidiriippuvuuden hoitoon. Muiden päihteiden kohdalla lääkehoito on lähinnä oireenmukaista tai kokeellisen hoidon tasolla. Etenkin huumeongelmaisten kohdalla hoitoa komplisoi sekapäihdekäytön yleisyys.

Opioidikorvaushoito voidaan sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen 33/2008 mukaisesti aloittaa sellaiselle opioidiriippuvaiselle potilaalle, joka ei ole vieroittunut opioideista.

Opioidikorvaushoitoa voidaan toteuttaa suun kautta limakalvoille imeytyvillä buprenorfiini (ja naloksoni) -valmisteilla, viikoittain tai kuukausittain annettavalla buprenorfiini-depot-injektiolla tai suun kautta nautittavalla metadoni/levome-tadoni-liuoksella.

Opioidikorvaushoidon on osoitettu vähentävän kuolleisuutta, laittomien opioidien käyttöä ja sekakäyttöä, veriteitse tarttuvien tautien leviämistä sekä huumeidenkäyttöön liittyvää rikollista käyttäytymistä. Opioidikorvaushoito myös parantaa hoitoon sitoutumista. Psykososiaalista tukea ja kuntoutusta tulisi tarjota opioidikorvaushoidon rinnalla. Opioidikorvaushoidon käytännössä ja hoitoon pääsyssä on suuria alueellisia eroja.

Alkoholiriippuvuutta voidaan hoitaa disulfiraamin avulla. Disulfiraami estää alkoholimetaboliassa syntyvän asetaldehydin muuttumista etikkahapoksi. Disulfiraamihoidon aikana alkoholin nauttiminen aiheuttaa asetaldehydin kertymistä

verenkiertoon, aikaansaaden epämiellyttäviä oireita, eli ns. Antabus-reaktion. Disulfiraami soveltuukin täten lähinnä niiden potilaiden hoitoon, jotka ovat siihen motivoituneita ja joiden tavoitteena on täysraittius. Disulfiraamin on osoitettu vähentävän alkoholinkäyttöä potilailla etenkin valvotusti annosteltuna. Valvottu disulfiraamihoito yhdistettynä psykososiaaliseen hoitoon myös parantaa hoitotulosta merkittävästi pelkkään psykososiaaliseen hoitoon verrattuna. Disulfiraami ei kuitenkaan kaikilla käyttäjillä estä alkoholin juomista, ja juomisen jatkuminen disulfiraami-hoidon aikana voi aiheuttaa vakavia haittavaikutuksia.

Naltreksoni ja nalmefeeni ovat opioidiantagonisteja, joita käytetään Suomessa alkoholiriippuvuuden hoidossa. Suomessa käytössä ovat ainoastaan suun kautta otettavat valmistemuodot. Naltreksonin on osoitettu päivittäisessä käytössä vähentävän alkoholin käyttömääriä sekä lisäävän raittiiden päivien määrää. Naltreksoni ja nalmefeeni ovat osoitettu tehokkaiksi myös silloin, kun niitä käytetään ehkäisemään retkahduksia.

Opioidiriippuvuuden hoidossa ei suun kautta otettavan naltreksonin teho ilmeisesti eroa lumelääkkeestä, mutta valmisteen käytöstä voi olla apua motivoituneen potilaan hoidossa. Pitkävaikutteisena injektiona annettu naltreksoni on osoitettu opioidiriippuvaisille tehokkaaksi estämään retkahduksia. Pitkävaikutteisen naltreksoni-injektion ja -implantin tehosta amfetamiiniriippuvuuden ja monipäihderiippuvuuden hoidosta on saatu näyttöä enenevässä määrin, mutta valitettavasti näillä valmisteilla ei ole vielä myyntilupaa Euroopassa.

Akamprosaatti on saatavilla Suomessa erityisluvalla alkoholiriippuvuuden hoitoon. Akamprosaatti vaikuttaa aivojen eksitatoriseen glutaminergiseen hermojärjestelmään ja toimii GABA-reseptorin agonistina. Sen vaikutuksen on esitetty perustuvan alkoholin pitkäaikaisten vieroitusoireiden, kuten ahdistuneisuuden, unettomuuden ja levottomuuden, helpottamiseen, mikä vähentää retkahduksia. Sen on myös osoitettu vähentävän alkoholin käyttömääriä retkahdusten yhteydessä.

Bentsodiatsepiinien ja muiden riippuvuutta aiheuttavien sekä päihdekäyttöön soveltuvien lääkeaineiden reseptien suhteen on syytä erityiseen varovaisuuteen etenkin tilanteissa, joissa henkilön päihdeongelma on tiedossa. Bentsodiatsepiineja ei tulisi käyttää kuin akuuttien oireiden hoitoon. Riippuvuuden kehittymistä tulee ehkäistä pitämällä hoitajakso mahdollisimman lyhyenä, eikä kyseisten lääkkeiden pitkäaikaiskäytölle ole edes indikaatioita. Erityisen haitallisia bentsodiatsepiinit voivat olla silloin, kun päihdehäiriön ohessa on todettavissa antisosiaalinen persoonallisuus tai taipumusta impulsiivisuuteen.

## Päihdehäiriöt oikeuspsykiatriassa

Yli puolella Suomessa mielisairauden vuoksi tahdosta riippumattomaan oikeuspsykiatriseen hoitoon määrätystä potilaista on ollut mielisairauden rinnalla todettavissa päihdehäiriö. Mielentilatutkimuksessa ei itseaiheutettua päihtymystilaa itsessään katsota syyntakeisuutta alentavaksi seikaksi, ja syyntakeisuutta määriteltäessä voi ilmetä tarve arvioida, onko kyseessä huumausaineen käytön aiheuttama psykoosi, vai psykoosisairaus. Suomessa etenkin amfetamiinin käytön laukaisemat psykoosit ovat yleisiä erotusdiagnostisia ongelmia. Tyypillisesti huumausaineiden käytöstä aiheutuneet psykoosioireet väistyvät viikon kuluessa aineen käytöstä, ja mikäli oireet jatkuvat yli kuukauden, on todennäköisemmin kyseessä itsenäinen psykoosisairaus.

Päihdehäiriöt voivat myös merkittävästi vaikeuttaa oikeuspsykiatristen potilaiden hoitoa. Hoidon aikana aktivoituvat päihdehäiriöt voivat johtaa väkivaltatilanteisiin sekä psykoottisten oireiden vaikeutumiseen ja sitä kautta pidentää hoitoaikoja ja lisätä riskiä uusintarikollisuuteen. Suomalaisen oikeuspsykiatristen mielentilatutkimusaineiston perusteella päihdehäiriöt jäävät valitettavan usein diagnosoimatta mielentilatutkimuksissa, vaikka tutkimusmateriaalissa päihdeongelma selkeästi kuvataan. Tämä voi heikentää potilaan mahdollisuuksia vastaanottaa päihdehoitoa oikeuspsykiatristen hoitonsa aikana. Päihdeongelman aktivoituminen hoidon päättymisen jälkeen on yhteydessä merkittävästi lisääntyneeseen kuolleisuuteen, ja se lisää myös riskiä mielisairauden hoidon laiminlyöntiin, oirekuvan vaikeutumiseen sekä uusintarikollisuuteen. Päihdehäiriöiden tunnistamisen ja hoidon tulisikin kuulua kiinteänä osana oikeuspsykiatriseen hoitoon.

### *Kirjallisuutta*

- Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/huumeet>
- Alkoholi-ongelmat. Käypä hoito -suositus. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50028>
- Coffin PO, Santos GM, Hern J ym. Effects of mirtazapine for methamphetamine use disorder among cisgender men and transgender women who have sex with men: a placebo-controlled randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2020;77:246–55.
- Huumeongelmat. Käypä hoito -suositus. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50041>
- Rönkä S, Markkula J. Huumetilanne Suomessa 2020. Raportti 13/2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-576-6>
- Saunders JB, Conigrave KM, Latt NC, Nutt DJ, Marshall EJ, Ling W, Higuchi S. *Addiction medicine, second edition*. Oxford specialist Handbooks. Oxford University Press, 2016.
- Tiihonen J, Ojansuu I, Lehti M. Päihdekäyttö ja riski syyllistyä muita vaarantaviin tekoihin. *Duodecim* 2021;137:2461–6.
- Tiihonen J, Krupitsky E, Verbitskaya E, ym. Naltrexone implant for the treatment of polydrug dependence. *Am J Psychiatry* 2012;169:531–6.

## 19.9 Pedofilia ja muut parafiliat

Ihmisen monimuotoiseen seksuaalisuuteen kuuluu sekä yleisempiä että harvinaisempia ilmenemismuotoja. Seksuaalivietin voimakkuus vaihtelee voimakkaasta himokkuudesta aversioon. Käsitys siitä, mikä on seksuaalisuudessa sallittua, on ajan myötä muuttunut, ja normaalin tai epänormaalin seksuaalisuuden tilalle on tullut näkemys tavallisesta ja epätavallisesta seksuaalisuudesta. Kulttuuriin, uskontoon ja politiikkaan liittyvien näkemysten takia suhtautuminen sallittuun ja kiellettyyn seksuaalisuuteen vaihtelee edelleen melko paljon. Tabu ja stigma ovat usein läsnä, ja pedofiliaa on kuvattu aikakautemme ”mörkönä”.

Itävaltalainen psykologi Wilhelm Stekel (1868–1940) ehdotti parafilian käsitettä perversion tilalle jo yli sata vuotta sitten. Kirjaimellisesti parafilia tarkoittaa rakkauden ulottumista tavallisen ulkopuolelle. Seksuaalinen kiihottuminen voi ulottua monenlaisiin henkilöihin, esineisiin tai tilanteisiin. Poikkeavaa seksuaalisuutta ryhdyttiin pitämään lääketieteellisenä ongelmana vasta 1800-luvun lopulla. Tautiluokitusta on parafilioiden suhteen muutettu moneen kertaan. DSM5 ja ICD-11 ovat tuoneet mukanaan parafilian ja parafilisen häiriön erottelun. Häiriöllä tarkoitetaan, että parafilia on niin vakava, että siitä on henkilölle haittaa, että henkilön toimintakyky on parafilian johdosta alentunut tai että parafilia aiheuttaa huomattavaa haittaa muille henkilöille.

Parafilioista ei vielä ole kattavaa tutkimustietoa. Avoin keskustelu epätavallisesta seksuaalisuudesta on vaikeaa, ja edustavan tutkimusmateriaalin kerääminen on haasteellista. Uhrin asema on eri kulttuureissa erilainen, ja suuri osa seksuaalirikoksista jää piiloon.

## Pedofilia

Oikeuspsykiatriassa keskeisin parafilia on pedofilia eli lapsikohteinen seksuaalihäiriö. Pedofilian tarkkaa esiintyvyyttä ei tiedetä. Erilaisten haastattelututkimusten perusteella on arvioitu, että lapsikohteisia seksuaalihaluja voisi esiintyä jopa 3–5 prosentilla miehistä. Suurin osa pedofiliatutkimuksesta on tehty vankipopulaatioissa. Lapsiin kohdistuneista seksuaalirikoksista tuomittujen keskuudessa pedofilian diagnostiset kriteerit täyttyivät tutkimuspaikasta ja asetelmasta riippuen 25–50 prosentilla. Tutkimustieto on puoltanut näkemystä, että yli 90 prosenttia pedofiileista olisi miehiä. Tuomituista henkilöistä alle prosentti on naisia, ja heistäkin suurin osa on tehnyt rikokset yhdessä mieskumppanin kanssa. Seksuaalirikosten uhreista tehtyjen tutkimusten valossa kuitenkin tulee esiin, että naisten pedofilia olisi oletettua yleisempää, mutta jää kuitenkin selvästi miehiä vähäisemmäksi.

Pedofiliaa kokevalla seksuaalisen kiinnostuksen kohteena ovat lapset, jotka eivät ole saavuttaneet sukukypsyyttä. Hebefilialla tarkoitetaan kiinnostusta murrosikäisiin tai murrosiän ohittaneisiin alaikäisiin. Osalla pedofiliaa kokevista seksuaalinen kiinnostus kohdistuu ainoastaan lapsiin (eksklusiivinen pedofilia), ja osa taas kokee seksuaalista mielenkiintoa myös aikuisiin (inklusiivinen pedofilia). Osalla pedofiileista kiinnostus lapsiin tulee esiin kuormittavissa elämäntilanteissa, joissa henkilöt kokevat ahdistusta tai stressiä sekä mahdollisesti seksuaalista turhautumista esimerkiksi parisuhteissaan (ns. regressiivinen pedofilia). Häiriön kyseisen ilmenemismuodon ajatellaan kuitenkin olevan pedofilian diagnoosin mukainen, vaikka tasapainoisessa ja seksuaalisesti tyydyttävässä elämäntilanteessa suuntautuminen ei johtaisikaan ongelmalliseen käyttäytymiseen tai henkilö ei edes tunnista lapsikohteista kiinnostustaan.

Lapsikohteista seksuaalisuutta kokevista yli kolmasosan on arvioitu itse kokeneen lapsena seksuaalista kaltointohtelua. Seksuaalisen trauman merkitys lapsikohteisen seksuaalisuuden kehittämisessä on vielä epäselvä. Seksuaalisen hyväksikäytön uhriksi joutuminen ei kuitenkaan nosta merkittävästi riskiä sille, että henkilölle kehittyisi lapsikohteisia seksuaalisia haluja. Lapsikohteisen seksuaalisuuden kehittämisestä on esitetty erilaisia hypoteeseja riippuen viitekehysesestä. Kuten yleisesti seksuaalisuuden kehittämisessä, mukana on sekä biologisia että ympäristötekijöitä. Yksiselitteisiä malleja häiriön kehittämiselle ei ole vielä löydetty. Synnynäisten tekijöiden ja sikiökauden aivojen kehittymisen häiriintymisellä on arvioitu olevan osuutta asiaan yhdessä elämäntilanteiden kanssa.

Tyypillisen pedofilin profilia ei ole. Yli puolet pedofiliaa kokevista on kiinnostunut ensisijaisesti tytöistä, alle puolet pojista, osa kummastakin sukupuolesta. Henkilöillä, joilla on lisäksi seksuaalinen kiinnostus aikuisiin (naisiin ja/tai miehiin), voi heidän mieltymyksensä lapsen sukupuoleen olla tästä riippumaton. Noin 20 % tuomituista pedofiliaa kokevista käyttää hyväkseen omia lapsiaan (insesti). Pedofiliaa voidaan käsitellä kroonisena häiriönä, jonka kulku on fluktuoiva,

vaihteleva, ja johon liittyy pahenemisvaiheita. Iän myötä subjektiivinen kärsimys voi vähentyä ja käyttäytymisen hallinta parantua.

### *Diagnostiset kriteerit*

ICD-10-tautiluokituksessa lapsikohteinen seksuaalihäiriö (pedofilia F65.4) kuuluu ryhmään F65 seksuaaliset kohdehäiriöt. Seksuaalikohtehäiriöiden eli parafilioiden yleiset ja lapsikohtaisen seksuaalisuuden erityiset kriteerit esitetään taulukossa 19.9.1. ICD-11 tuo tilalle pedofiilisen häiriön nimikkeeseen, mutta diagnostisiin kriteereihin ei ole tehty merkittäviä muutoksia.

#### **Taulukko 19.9.1. Parafilioiden ja lapsikohtaisen seksuaalihäiriön eli pedofilian diagnostiset kriteerit ICD-10 mukaisesti.**

Parafilioiden yleiset kriteerit	G1. Jatkuvia, pakottavia seksuaalisia haluja ja fantasioita, joihin liittyvät kohteet ja toiminnat ovat epätavallisia G2. Henkilö joko toimii halujensa mukaan tai ne aiheuttavat huomattavaa kärsimystä G3. Häiriö on kestänyt ainakin kuusi kuukautta
Lapsikohtaisen seksuaalisuuden eli pedofilian kriteerit	A. Täyttää sukupuolisten kohdehäiriöiden yleiset kriteerit. B. Halu seksuaaliseen toimintaan esimurrosikäisen lapsen tai lasten kanssa on vallitseva tai pysyvä C. Henkilö on vähintään 16-vuotias ja kriteerin B osalta vähintään viisi vuotta kohdettaan tai kohteitaan vanhempi

### *Komorbiditeetti*

Lapsiin kohdistuneista seksuaalirikoksista tuomittujen pedofiilien joukossa muu komorbiditeetti eli samanaikaissairastavuus on yleistä. Tuomittujen joukossa korostuvat päihdehäiriöt, joista yleisimpänä alkoholin käyttöhäiriöt, impulssikontrollin häiriöt sekä persoonallisuushäiriöistä antisosiaalinen ja epävakaa persoonallisuus. Masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt, kognitiiviset häiriöt, tarkkaavaisuushäiriö sekä pakko-oireinen häiriö ja etenkin seksuaalisuuteen liittyvä pakonomaisuus ovat yleisiä. Pedofilia-diagnoosin saaneilla myös muut samanaikaiset parafiliat ovat yleisiä. Pedofilian rinnalla ilmenevien muiden psykiatristen häiriöiden tunnistaminen on tärkeää, sillä niiden hoitaminen usein parantaa myös seksuaalisen käyttäytymisen kontrollia. Samanaikaiset psykoottiset häiriöt ovat harvinaisempia, ja niillä voi olla sekä riskikäyttäytymistä lisäävä (lapsikohteisuus ilmenee tai pahenee psykoottisessa tilassa) tai madaltava (psykoottisena lapsikoheteisuutta ei esiinny) vaikutus.



## *Lapsiin kohdistuvat seksuaalirikokset*

Rikoslain tavoitteena on suojata lapsia ja nuoria vanhempien henkilöiden seksuaaliselta hyväksikäytöltä ja kehitystä vahingoittavilta seksuaalisilta teoilta. Suomessa seksuaalinen suojaikäraja on ollut pitkään 16 vuotta. Suojaikäraja vaihtelee ja monissa kehittyvissä maissa on edelleen mahdollista avioitua lapsen kanssa. Euroopassa matalin suojaikäraja on 14 vuotta (esimerkiksi Saksa) ja korkein 17 vuotta (Irlanti). Lapsiin kohdistuvista seksuaalirikoksista säädetään voimassa olevan rikoslain 20 luvun 12–22 §:ssä. Seksuaalirikoksia koskevaa sääntelyä on hiljattain uudistettu ja uudet säännökset tulivat voimaan 1.1.2023 (HE 13/2022 vp, PeVL 20/2022 vp, LaVM 10/2022 vp ja L 723/2022).

Ainakin neljä prosenttina naisista ja kaksi prosenttia miehistä on kokenut nuoruudessaan penetraatioon tai masturbaatioon pakottamista itseä vähintään viisi vuotta vanhemman henkilön taholta. Suuri osa rikoksista jää kuitenkin piiloon. Osa pedofiliaa kokevista on kiinnostunut lasten seksuaalisesta hyväksikäyttömateriaalista, jonka käyttäminen ei välttämättä johda lapsiin kohdistuviin seksuaalisiin tekoihin.

## *Uusimisriski*

Seksuaalirikoksiin syyllistyneet ovat heterogeeninen ryhmä. Uusimisriski vaihtelee paljon, ja suurin osa tuomitusta ei tee uutta seksuaalirikosta. Homoseksuaalisten pedofiilien uusimisriski on suurempi kuin heteroseksuaalisilla pedofiileillä tai inestiin syyllistyneillä. Uusintarikollisuus ylittää kuitenkin vain harvoin 15 %. Mikäli persoonallisuudessa todetaan psykopatiaa sekä teoissa sadistisia piirteitä, on uusimisriski huomattavasti korkeampi.

Seksuaalirikosriskin arvioimiseen on kehitetty useampia eri menetelmiä, joissa huomioidaan staattisia ja/tai dynaamisia riskitekijöitä (esim. Static2002R, SVR-20). Riskitekijöinä ovat esimerkiksi aikaisemmat seksuaali- ja väkivaltarikokset sekä päihde- ja persoonallisuushäiriöt. Nykyisten riskiarvioiden kyky ennustaa uusintarikollisuutta on rajallinen, mutta nämä auttavat tunnistamaan ongelma-alueita, joihin hoitoa voidaan suunnata. Erektiota mittaavaa fallometriaa ei Suomessa käytetä. Keinotodellisuuden ja uusien biologisten tutkimusmenetelmien käyttöönotto saattaa parantaa pedofilian arviointia sekä kehittää uusia toimivia hoitomenetelmiä.

## *Arviointi*

Huolellinen psykiatrinen tutkiminen on tärkeää sekä parafiliassa että muissa psykiatrisissa häiriöissä. Haastattelussa käydään perusteellisesti läpi mm. henkilön seksuaalinen kehitys, seksuaalifantasiat, seksuaalikäyttäminen ja suhde mahdollisiin uhreihin. Pedofilia-diagnoosi yksinään kertoo vielä varsin vähän hoidon tarpeesta, minkä takia häiriön luonne ja ilmiasu tulisi hahmottaa. Seksuaalivietin

suuntautumisen kohde itsessään ei välttämättä ole keskeisin ongelma, vaan vietin intensiteetti, dominoivuus ja henkilön kyky kontrolloida sitä yhdistettynä vaikeuksiin, joita tämä voi aiheuttaa ihmissuhteissa ja/tai lain kanssa.

Vastaanottotilanteessa on tärkeää luoda luottamusta ja välttää potilaan syylistämistä. Arvioinnissa tulisi huomioida myös potilaan aiemmat parisuhteet ja muut ihmissuhteet, vaikeudet sosiaalisissa taidoissa ja mahdolliset kognitiiviset vääristymät (pyrkiikö esimerkiksi oikeuttamaan lapsiin kohdistetut teot). Strukturoitujen riskiarvioiden käyttäminen on suositeltavaa hoitoa suunniteltaessa. Hoitoa suunniteltaessa arvion pääpaino on riskiarvion hallintaosiossa. Verkostotyöskentely on suositeltavaa. Etenkin tuomituilla henkilöillä saattaa olla useita eri tahoja, joiden kanssa he ovat tekemisissä, ja selkeät työnjaot eri toimijoiden kesken ja hoidon sekä kuntoutuksen suunnittelu pitkällä aikavälillä tulisi hahmottaa. Niin sanottu Tuen ja vastuun -verkosto on viitekehys, jossa potilas on keskiössä oman hoitonsa suunnittelussa, ja eri toimijat tekevät tiiviisti yhteistyötä potilaan pärjäämiseksi ja elämänlaadun nostamiseksi. Tavoitteena ei ole parantaa henkilöä pedofiiliasta, vaan parantaa yksilön käyttäytymisen kontrollia. Ns. eheytysterapioiden toimivuudesta ei ole näyttöä.

Suomalaisessa mielentilatutkimuskäytännössä lapsikohtaisen seksuaalihäiriön ei ole juuri katsottu vaikuttavan syyntakeisuutta alentavasti. Lapsikohtaisen seksuaalihäiriön merkitystä mielentilatutkimuksessa on kuitenkin pohdittava yksilöllisesti. Sekä itse häiriön merkitystä että sen taustalla mahdollisesti vaikuttavien muiden tekijöiden, kuten oheissairauksien, vaikutusta tulee arvioida kokonaiskuvaan.

## *Hoito*

Pedofiliaa kokevien motivaatio hoitoon on hyvin vaihteleva. Osa tuomituista pedofilia-diagnoosin saaneista kiistää diagnoosin, ja heidän saamisensa tarjottuun hoitoon voi olla äärimmäisen vaikeaa. Osalla tuomituista hoitomotivaatio on erittäin hyvä. Niillä pedofiliaa kokevista, jotka ovat kyenneet pidättäytymään rikoksista ja hakevat apua, on hoitomotivaatio yleensä merkittävä. Hoitoon hakeutumisen kynnyksen madaltaminen saattaa vähentää seksuaalirikosten määrää. Velvoitteista hoitoa ei Suomessa toistaiseksi ole.

Hoidossa pyritään kohdistamaan voimavarat henkilöihin, joilla on kohtalainen tai korkea uusimisriski. Lisäksi pyritään ottamaan huomioon henkilön tarpeet ja kyvyt hyötyä hoitointerventioista. Työskentely keskitetään rikollisen toiminnan ketjuun yhdistämällä yksilölliset kriminogeeniset faktorit, laukaisevat tekijät, riskiä lisäävät ajatukset, tunteet ja käyttäytymismallit ja pyrkimällä kehittämään yksilöllistä rikoksesta pidättäytymisen suunnitelmaa ja vahvistamaan henkilön omia selviytymiskeinoja. Kuitenkin jo pelkästään hoitokontaktissa ja valvonnassa olemisen on katsottu madaltavan riskiä syyllistyä rikoksiin. Yleisesti elämänlaadun nostaminen ja elämän hallinnan parantaminen yhdessä eri elämänalueiden toimivuuden kohentamisen kanssa lisäävät henkilön käyttäytymisen kontrollia.

Psykoterapeuttisista menetelmistä etusijalla on tällä hetkellä kognitiivis-behavioraalinen terapia. Lääkehoidon tavoitteena on vähentää seksuaalivietin voimakkuutta, joko SSRI-lääkkeiden tai suoraan testosteronin tasoa alentavien antiandrogeenien avulla. Sekä seksuaalirikollisten psykoterapiaohjelmista että lääkehoidoista tehdyt tutkimukset ovat viitanneet johdonmukaisesti melko vaatimattomaan hoitovasteeseen, ja seksuaalirikoksien uusimisissa on havaittu vain pientä vähenemistä.

Suomessa on vankeinhoidossa ollut käytössä brittiläisestä ryhmäterapiamenetelmästä paikallisiin oloihin mukautettu kognitiivinen hoito-ohjelma, joka kestää useita kuukausia. Ryhmäterapian ohella on käytössä Uusi Suunta -ohjelma, jota toteutetaan yksilötyönä. SEXPO-säätiö on lisäksi tarjonnut pääkaupunkiseudulla seksuaaliterapiaa hoitoon halukkaille, ja oikeuspsykiatrien osaamisverkoston kautta on ollut mahdollista ohjata yksilöterapiasta hyötyviä henkilöitä kuntoutuspsykoterapiaan.

SSRI-lääkkeitä kuten sertraliinia, fluoksetiinia ja fluvoksamiinia on käytetty pedofiliaan liittyvien komorbidien häiriöiden hoidossa jo 1990-luvulta lähtien pyrkimyksenä vähentää seksuaalisten fantasioiden ja impulssien voimakkuutta ja pakonomaisuutta sekä hyödyntämällä SSRI-lääkkeiden negatiivista vaikutusta libidoon ja erektioon.

Kirurgisesta kastraatiosta, jolla saattaa olla uusintarikollisuutta merkittävästi vähentävää vaikutusta, on aikojen saatossa luovuttu. Toimenpide on palautumaton ja haittavaikutuksia on paljon. Estrogeenilääkkeitä on käytetty seksuaalirikollisten hoidossa jo 1940-luvulla, syproteroniasetaatti tuli käyttöön 1960-luvulla ja gonadotropiinin vapauttajahormonin (GnRH) agonistit 2000-luvulla. Antiandrogeenien avulla on valmisteesta ja annoksesta riippuen mahdollista säätää testosteronitasoa alaspäin siten, että seksuaalinen kiihottuminen vähenee, mutta ei poistu kokonaan. Uusilla GnRH:n agonisteilla on vähemmän haittavaikutuksia kuin vanhemmillä antiandrogeeneilla, ja osa lääkkeitä (esimerkiksi triptoreliini) voidaan antaa pitkävaikutteisena pistoksena lihakseen kolmen kuukauden välein, mikä antaa mahdollisuuden seurata lääkehoidon toteutumista. Depotinjektio on kallis, ja korvattavuuteen ja jatkohoidon toteuttamiseen liittyvät kysymykset on syytä ratkaista ennen lääkkeen aloittamista. Antiandrogeenisen lääkehoidon aloittaminen pedofilian hoitoon vaatii oikeuspsykiatrista osaamista, ja hoidon aikana henkilön somaattinen tila vaatii säännöllistä seurantaa. Osteoporoosin, sydänsairauksien, gynekomastian ja painonnousun kehittyminen on myös syytä ottaa huomioon antiandrogeenisia lääkkeitä käytettäessä. Tarvittaessa on syytä konsultoida endokrinologia tai sisätautilääkäriä.

Maailman biologisen psykiatrian yhdistys (WFSBP) on ehdottanut pedofilian lääkehoidon algoritmia, jossa hoitomenetelmä valitaan yksilöllisen arvion ja riskitason määrittämisen jälkeen. Algoritmi on samalla laaja katsaus pedofiliasta ja sitä on päivitetty viimeksi vuonna 2020. Vankeusaikana hormonihoidon hakeutuminen on vapaaehtoista ja hoidon aloittaminen edellyttää Psykiatrisessa vankisai-

raalassa tehtävää perusteellista moniammatillista hoitoarviota. Hoito toteutetaan oikeuspsykiatrian erikoislääkärin seurannassa. Siviilipotilailla hormonihoidon tarpeen arviointia ja hoidon aloituksia on mahdollista toteuttaa oikeuspsykiatrian poliklinikoilla. HUSin oikeuspsykiatrian poliklinikka tarjoaa pedofilian hoidon konsultaatioita kansallisesti.

## Muut parafiliat

Muiden parafilioiden kliininen merkitys oikeuspsykiatriassa on vähäisempi, vaikka ne ovat pedofiliaa yleisempiä. Parafilioiden hoidossa käytetään samoja periaatteita kuin pedofiliankin hoidossa. ICD-10 tunnistaa seuraavat seksuaalikohtehäiriöt.

### **Paljasteluhäiriö eli ekshibitionismi (F65.2)**

Paljasteluhäiriöstä kärsivä kokee toistuvaa tai jatkuvaa taipumusta paljastaa sukuelimensä tuntemattomille, usein vastakkaista sukupuolta oleville, henkilöille. Häiriö vaikeutuu usein elämän eri kriisivaiheissa ja rikoksien uusimisriski on korkea.

### **Tirkistelyhäiriö eli voyerismi (F65.3)**

Tirkistelyhäiriössä henkilöllä on toistuva tai jatkuva halu katsoa toisten ihmisten sukupuolista kanssakäymistä tai riisuutumista, joka johtaa tavallisesti seksuaaliseen kiihottumiseen ja itsetyytytykseen.

### **Muu sukupuolinen kohdehäiriö (F65.8)**

Tähän ryhmään kuuluu joukko muita seksuaalisen mieltymyksen ja toiminnan muotoja, kuten säädyttömien puhelujen soittaminen, sukupuolisen kiihotuksen hankkiminen hankautumalla toisia ihmisiä vasten väkijoukossa (frotteurismi), seksuaalinen toiminta eläinten kanssa sekä kuristamisen tai hapenpuutteen käyttö sukupuolisen kiihotuksen voimistamiseksi. Nekrofilia kuuluu myös tähän ryhmään.

### **Määrittämätön sukupuolinen kohdehäiriö (F65.9)**

Tätä diagnoosia voi käyttää, mikäli parafilian yleiset kriteerit täyttyvät mutta todettu kohdehäiriö ei sovi minkään edellä mainituista alle.

## *Seksuaalirikoksista yleisesti*

Vain osalla raiskauksiin syyllistyneistä on jokin parafilia, kuten ekshibitionismi tai seksuaalinen sadismi. Seksuaalirikoksista tuomituilla useimmilla ei täyty minäkään parafilian kriteerit. Kaikki pedofiilit eivät tee lapsiin kohdistuvia seksuaalirikoksia, ja kaikki lapsille seksuaalirikoksia tehneet eivät ole pedofiilejä. Lasten seksuaalisesta hyväksikäytöstä tuomituilla, joilla ei ole todettavissa pedofiliaa, selittyä toiminta joko muilla häiriöillä tai eri tilannetekijöillä. Lapsiin kohdistuneista seksuaalirikoksista tuomittujen joukosta on tunnustettu neljä suurempaa ryhmää, joilla ei todeta pedofiliaa. Nämä ovat seksuaalisesti kokemattomat nuoret, kehitysvammaiset henkilöt, henkilöt, joilla on todettavissa antisosiaalinen persoonallisuushäiriö, sekä henkilöt, joilla on traumaattinen tausta. Kaikki tuomitut eivät sovi mihinkään mainituista ryhmistä.

## *Kirjallisuutta*

- Alanko K ym. Evidence for heritability of adult men's sexual interest in youth under age 16 from a population-based extended twin design. *J Sex Med* 2013;10(4):1090-9.
- Fisher K, Marwaha R. *Paraphilia*. 2021. Stat-Pearls Publishing.
- Craissati J ym. *Forensic Psychiatry: Clinical, Legal and Ethical Issues*, second edition. *Disordered and offensive sexual behaviour*. 2014. Taylor and Francis Ltd
- Jordan K ym. Are there any biomarkers for pedophilia and sexual child abuse? A review. *Front Psychiatry* 2020;21:10:940.
- Konrad N, Welke J, Opitz-Welke A. *Paraphilias*. *Curr Opin Psychiatry* 2015;28(6):440-4.
- Marshall WL, Kingston DA. Diagnostic issues in the Paraphilias. *Curr Psychiatry Rep* 2018;20(8):54.
- Rich P. *Juvenile sexual offenders. A comprehensive guide to risk evaluation*. 2009. John Wiley & Sons.
- Seto M. *Pedophilia and sexual offending against children*. 2018. APA Books.
- Thibaut F ym. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the biological treatment of paraphilias. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2020; 11: 604–655. DOI: 10.1080/15622975.2020.1744723

## 20 Väkivaltaisuuden etiologia, arviointi ja farmakologinen hoito

MARKKU LÄHTEENVUO JA JARI TIIHONEN

### 20.1 Aggression neurobiologia

**A**ggressio on välttämätön energisoiva tunne, jota yksilö kanavoi mahdollistamaan toimintaansa. Normaalioloissa aggressio palvelee yksilön kykyä toimia ja saavuttaa tavoitteitaan, jolloin puhutaan rakentavasta aggressiivisuudesta, mutta aggressio voi aiheuttaa myös ongelmia. Passiivis-aggressiivisuudessa aggressio jää kytemään yksilön sisälle aiheuttaen ympäristöön kohdistuvaa vihamielisyyttä tai negatiivisuutta, mikä usein lamaa toimintaa ja yhteistyökykyä. Tässä luvussa keskitytään tuhoavaan aggressiivisuuteen, joka toimii itsen tai muihin kohdistuvan väkivaltakäyttäytymisen moottorina.

Aggressio on siis yksilölle välttämätön ominaisuus, joka voi saada myös tuhoisan ilmeilyn. Yksilön tapa kanavoida aggressiotaan muovautuu elinkaaren aikana osana normaalia kehitystä. Lasten aggressio on impulsiivista ja käyttäytyminen lyhytjänteistä. Iän myötä kyky hallita aggressiota paranee, ja aggression ilmentämisestä tulee pitkäjänteisempää ja harkitumpaa. Pieni lapsi ottaa haluamansa esineen, vaikka toisen kädestä, harkitsematta sen kummemmin toiselle mahdollisesti aiheutuvaa mielihapaa. Samoin lapsi saattaa suuttuessaan tai pettyessään saada ”raivokohtauksen”, jossa hän kohdistaa aggressiota ympäristöönsä. Vanhemmalla iällä näitä impulsseja kyetään yleensä paremmin hillitsemään tai viivyttämään. Esine voidaan yrittää saada neuvottelemalla tai ostamalla ja pettyystilanteissa ärtymykselle hakea sisäisesti selitystä ja ratkaisua. Erilaisissa kehityshäiriöissä kypsyminen voi jäädä vajaaksi ja aggressiokäyttäytyminen muuttuu ongelmia aiheuttavaksi. Toisaalta myös iän ja kognition heikentymisen myötä, esimerkiksi muistisairauksissa, voi aggressiossa tapahtua taantumaa lapsenomaisempaan

muotoon. Aggression ilmentäminen voi olla myös kulttuurisidonnaista. Jotkut alakulttuurit hyväksyvät tai jopa kannustavat väkivallan käyttöön ratkaisukeinona riitatilanteissa, kun taas toisissa väkivaltaan tulee suhtautua pidättyvästi.

Tuhoavan aggressiivisuuden, tässä tarkemmin väkivaltaisuuden, taustalla on havaittu muutoksia erilaisissa aivoverkoissa ja -toiminnoissa. Muutokset ovat voineet syntyä vammojen, kehityshäiriöiden tai psyykkisen kuormituksen, esim. traumatisoitumisen tai kaltoinkohtelun seurauksena, tai ne voivat liittyä erilaisiin neuropsykiatrisiin häiriöihin. Lisääntynyttä aggressiivisuutta on tiedetään esiintyvän ainakin post-traumaattisessa stressihäiriössä, aktiivisuuden- ja tarkkaavuuden häiriössä (ADHD), lapsuus- ja nuoruusiän käytöshäiriössä, mielialahäiriössä, psykoosisairauksissa, päihdehäiriössä sekä muistisairauksissa ja aivoammojen jälkitiloissa. Eri aivoalueilla tai viestijärjestelmissä, hermoverkoissa, havaittuja muutoksia on yhdistetty erityyppisiin väkivaltakäyttäytymisiin, joita on helpompi hahmottaa jaotteleamalla väkivalta ”kuumaan” ja ”kylmään” aggressioon, vaikka yksittäisen väkivaltatapahtuman taustalla voikin olla viitteitä molemmista alatyypeistä. Reaktiivisessa (kuumassa) aggressiossa väkivaltaisuus on seurausta tunteenpurkauksesta, kuten suuttumuksesta tai pelosta. Proaktiivisessa (kylmässä) aggressiossa väkivallan taustalla voi olla tavoitehakuisuus, kuten harkittu kosto tai taloudellisen edun tavoittelu, tai sadistisen väkivallan tapauksessa mielihyvän tai tyydytyksen tavoittelu. Aggressiivisen käyttäytymisen taustalla voi olla myös oppimista, mikäli aggressiivinen toiminta on aiemmin johtanut yksilön kannalta toivottuun lopputulokseen.

## Aivoverkot aggressiivisuuden taustalla

Aggressiivisen käyttäytymisen säätelyn taustalla on tunnistettu useita toiminnallisesti yhdessä työskentelevien aivoalueiden verkostoja, hermoverkkoja. Aggressiivisuuteen liittyvät hermoverkot ovat monimutkaisia ja säätelyä tapahtuu monella tasolla. Ulkoiset aistitut (esim. uhkaus) tai sisäiset ärsykkeet (esim. nälkä) arvioidaan talamuksessa, josta käsitelty tieto siirtyy eteenpäin hypotalamukseen ja mantelitumakkeeseen. Näiden alueiden vasteita ohjaa limbinen järjestelmä, johon lukeutuvat mm. aivokuori sekä etupihtiopimu. Mikäli aggressiivinen toiminta arvioidaan tarkoituksenmukaiseksi, siirtyy signaali seuraavaksi liikejärjestelmään ja jälleen lihaksille toteuttamista varten. Hermoverkkojen toiminta voi muuttua rakenteellisten tai neurokemiallisten muutosten seurauksena.

## Aivoalueiden toiminnan muutokset ja aggressio

Yksi selkeimmin aggressiiviseen käyttäytymiseen yhdistyneistä aivoalueista on mantelitimake (amygdala). Mantelitimakkeen tavallista pienempi koko on toistuvasti yhdistetty lisääntyneeseen aggressiiviseen käyttäytymiseen, joskin joissain tutkimuksissa yhteys on havaittu vain silloin, kun on kyse vasemman mantelitimakkeen takaosan koosta. Myös muutokset mantelitimakkeen toiminnassa ovat yhdistetty väkivaltakäyttäytymiseen, mutta tätä koskevat tulokset ovat hieman ristiriitaisempia. Mantelitimakkeen yliherkkyyden sosiaalisesti uhkaaville ärsykkeille, kuten pelokkaille tai vihaisille kasvonilmeille, tai neutraaleille ärsykkeille on havaittu liittyvän reaktiiviseen aggressioon. Toisaalta mantelitimakkeen aliherkkyys uhkaaviin tilanteisiin on myös liitetty väkivaltaiseen käyttäytymiseen, erityisesti voimakkaan psykopaattisilla henkilöillä, jolloin aliherkkyys voi liittyä enemmän tarkoitushakuihin proaktiiviseen väkivaltaisuuteen.

Myös elimistön serotoniinijärjestelmän toiminnan on osoitettu muokkaavan mantelitimakkeen vasteita neutraaleihin tai epämiellyttäviin ärsykkeisiin. Muutosten mantelitimakkeen eri osissa, prosesseissa tai eri aivopuoliskoilla saataan tulevaisuudessa osoittaa liittyvän erityyppiseen väkivaltakäyttäytymiseen. Eläinkokeiden perusteella ongelma voi olla mantelitimakkeen hermosolujen kiihdyttävien ja hillitsevien hermoyhteyksien muodostumisessa, mihin vaikuttavat stressihormoni kortisoli sekä poikkeavat glukokortikoidipitoisuudet. Kyseiset muutokset voivat aiheuttaa häiriöitä aivokuoren rakenteeseen sekä kykyyn hillitä muiden aivoalueiden aktiivisuutta (ns. top-down inhibition) että mantelitimakkeen paikalliseen hillintään. Näitä muutoksia saattaisi voida estää vaikuttamalla lääkkeellisesti hypotalamus-aivolisäke-lisämunuais-akselin (HPA-akseli) toimintaan, mutta toistaiseksi löydökset ovat vasta tutkimusasteella.

Myös limbisen järjestelmän etuaivokuoriosien, erityisesti orbitofrontaalisen korteksin (OFC) sekä etupihtipoimun (anterior cingulate cortex, ACC), on osoitettu olevan tärkeässä roolissa aggression kanavoinnissa, varsinkin yhteistyössä mantelitimakkeen kanssa. Yleisellä tasolla kyseisten aivoalueiden tehtävänä on integroida aistitietoa, tunnereaktioita ja kognitiivisia prosesseja ja käynnistää näiden perusteella tarkoituksenmukaisia toimintoja. Alueiden pienempi koko sekä heikompi toiminnallisuus ja aineenvaihdunta on yhdistetty lisääntyneeseen aggressiivisuuteen, ilmeisesti siksi, että niiden kyky hillitä mantelitimakkeen toimintaa on tällöin heikompi. ACC:n ja mantelitimakkeen yhteistoiminnan häiriön on osoitettu liittyvän erityisesti tietoisien tunteidenhallinnan puutteisiin. Serotoniinilla on osoitettu olevan rooli myös tämän järjestelmän säätelyssä. Erityisesti lisääntyneen serotoniini 1B-reseptorin aktiivisuuden on osoitettu liittyvän sekä suuttumuksetunteisiin, psykopaattisiin piirteisiin että mantelitimakkeen voimakkaampaan aktivoitumiseen provosoivien ärsykkeiden seurauksena.



Aivojuovion (striatum) oletetaan vastaavan toimintojen ja tapahtumien seurausten arvottamisesta ja potentiaalisen hyödyn arvioinnista. Se on siten yksi keskeinen motivaatiojärjestelmän osa ja säätelee tavoitteellista ja päämäärätietoista toimintaa. Sen toimintahäiriöt voivat aiheuttaa turhautumisen kokemuksia, kun toiminnan hyötyarviot menevät pieleen, tai yleisesti vähentää toimintamotivaatiota. Aivojuovion etuosan arvellaan säätelevän esimerkiksi yksilön odotuksia tapahtumien tai lopputulemien arvosta ja takaosan säätelevän omasta käyttäytymisestä aiheutuvien seurausten arviointia. Siten etuosan toimintahäiriöt voivat johtaa huomattavan suureen turhautumiseen tai loukkaantumiseen esimerkiksi toiselta ihmiseltä tulleen negatiivisen kommentin vuoksi, ja takaosan toimintahäiriöt altistavat harkitsemattomalle vastineelle, kun vastaloukkauksen, tai vaikkapa nyrkiniskun, aiheuttamia sosiaalisia seurauksia ei osata arvioida oikein. Näin ollen aivojuovion toimintahäiriöiden arvioidaan altistavan erityisesti reaktiiviselle aggressiolle, kun yksilö ei kykene tehokkaasti arvioimaan, tuottaisiko liiallisena ilmenevän turhautumisen hillintä vai aggressiivinen purkaminen hänen kannaltaan paremman lopputuleman.

## Neurokemialliset järjestelmät aggressiivisuuden taustalla

Neurokemialliset järjestelmät voivat vaikuttaa aggressiivisuuteen eri tavoin eri kehitysvaiheissa, sillä ne osallistuvat sekä keskushermoston kehityksen ohjaamiseen että jo kypsyneen keskushermoston säätelyyn. Tietyn neurokemikaalin, eli välittäjäaineen, vaikutukset voivat olla myös päinvastaisia eri kehitysvaiheissa. Tutkituimmat välittäjäaineet aggression yhteydessä ovat serotoniini ja dopamiini. Eläinkokeissa sekä liian suuret että liian pienet serotoniinimäärät alkionkehityksen aikana on yhdistetty syntymänjälkeiseen aggressiiviseen käyttäytymiseen. Serotoniinitransportteri vastaa serotoniinin takaisinotosta esisynaptiseen soluun. Sen toiminnan heikentäminen lääkkeellisesti ennen syntymää johtaa eläinkokeissa lisääntyneeseen aggressiivisuuteen, mutta syntymän jälkeen vähentyneeseen aggressiivisuuteen. Yleisesti masennuksen ja ahdistuksen hoidossa käytetyt serotoniinin takaisinotonestäjät (SSRI-lääkkeet) vähentävät serotoniinitransportterin toimintaa, ja niiden onkin osoitettu vähentävän aggressiivista käyttäytymistä erityisesti tietyissä persoonallisuushäiriöissä. Myös masennustilan, jonka joissain muodoissa serotoniinin aineenvaihdunta on poikkeavaa, on osoitettu lisäävän väkivaltaista käyttäytymistä sekä itseä että muita kohtaan. Serotoniiniaineenvaihdunta kytkeytyy tiiviisti myös sokeriaineenvaihduntaan, ja näiden järjestelmien toimintahäiriöiden vaikutusta reaktiiviseen väkivaltaisuuuteen sekä väkivaltaisuu-teen päihtymyksen yhteydessä on tutkittu erityisesti Suomessa.

Dopamiinijärjestelmä vastaa mielihyväkokemuksista ja toiminnanohjauksesta. Dopamiiniylimäärä sikiökehityksen aikana on yhdistetty poikkeuksellisen voimakkaaseen aggressiiviseen käyttäytymiseen koe-eläimissä. Myös erilaiset psyykkiset häiriöt, joissa dopamiiniaktiivisuus on kohonnut (esimerkiksi skitsofrenia), sekä dopamiinitasoja nostavat päihteet (kuten amfetamiini) on yhdistetty väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Dopamiinin vaikutusta salpaavia lääkeaineita käytetäänkin yleisesti liiallisen aggressiivisuuden hoidossa. Erilaiset päihteet, esimerkiksi alkoholi, voivat vaikuttaa aggressiivisuutta lisäävästi myös muiden järjestelmien kautta vähentämällä yksilön impulssikontrollia tai lisäämällä ärtyneisyyttä.

Dopamiinijärjestelmä voi ohjata aggressiiviseen käyttäytymiseen myös oppimisen kautta. Mikäli yksilö onnistuu toistuvasti aggressiivisella käyttäytymisellä saavuttamaan tavoitteensa ja edistämään tarkoituksensa, alkaa dopamiinijärjestelmä ylläpitää vastaavan kaltaista toimintaa myös jatkossa, ja väkivaltakäyttäytyminen voi alkaa tuottaa jännitys- tai mielihyväkokemuksia. Tähän tapaan väkivaltakäyttäytymisestä voi tulla itseään vahvistava kehä, ja siihen saattaa kehittyä myös saman tyyppisiä piirteitä, joita tavataan riippuvuushäiriöissä.

Noin kuusi prosenttia ihmisistä kertoo saavansa mielihyvää toisten ihmisten alistamisesta tai kärsimyksestä. Tällöin motiivina aggressiiviselle käyttäytymiselle voi olla käyttäytymisen tuoma mielihyvä, jota dopamiinijärjestelmä välittää. Serotoniini- ja dopamiiniaineenvaihduntaan vaikuttavissa geneeissä ilmenevien toimintaa muokkaavien mutaatioiden on useissa tapauksissa osoitettu olevan yhteydessä lisääntyneeseen (tai joissain tapauksissa vähentyneeseen) väkivaltakäyttäytymiseen. Steroidihormonien, erityisesti kortisolin ja testosteronin, on osoitettu myös olevan yhteydessä aggressiiviseen käyttäytymiseen, mahdollisesti vaikuttamalla mantelitumakkeen ja aivojen etuosan väliseen säätelyyn.

Myös ympäristötekijät, kuten lapsuudenaikainen kaltoinkohtelu, lisäävät riskiä yksilön aggressiiviselle ja väkivaltaiselle käyttäytymiselle, ja erityisen alttiita ympäristön negatiiviselle vaikutukselle ovat yksilöt, joilla on havaittu poikkeamia serotoniiniaineenvaihduntaan vaikuttavissa geneeissä, erityisesti *MAOA* ja *5-htt*-geneeissä. Perimän on osoitettu vaikuttavan myös muiden väkivallalle altistavien häiriöiden, kuten epäsosiaalisen persoonallisuushäiriön tai psykopatian, syntyyn. Näiden häiriöiden taustalla on havaittu muutoksia erityisesti dopamiini-, serotoniini-, noradrenaliini-, opioidi-, sekä sokeriaineenvaihduntajärjestelmiin vaikuttavissa geneeissä sekä geneeissä, joita tavataan myös autismikirjon häiriöissä. Kyseisiin järjestelmiin vaikuttavia lääkkeitä onkin käytetty aggressiivista ja väkivaltaista käyttäytymistä ehkäisevänä lääkehoitona.

## Kirjallisuutta

- Aleyasin H, Flanigan ME, Russo SJ. Neurocircuitry of aggression and aggression seeking behavior: nose poking into brain circuitry controlling aggression. *Curr Opin Neurobiol.* 2018 Apr;49:184–191. doi: 10.1016/j.conb.2018.02.013. PMID: 29524848; PMCID: PMC5935264.
- Bertsch K, Florange J, Herpertz SC. Understanding Brain Mechanisms of Reactive Aggression. *Curr Psychiatry Rep.* 2020;22(12):81. Published 2020 Nov 12. doi:10.1007/s11920-020-01208-6
- da Cunha-Bang S, Hjortd LV, Perfalk E, Beliveau V, Bock C, Lehel S, Thomsen C, Sestoff D, Svarer C, Knudsen GM. Serotonin 1B Receptor Binding Is Associated With Trait Anger and Level of Psychopathy in Violent Offenders. *Biol Psychiatry.* 2017 Aug 15;82(4):267–274. doi: 10.1016/j.biopsych.2016.02.030. Epub 2016 Mar 7. PMID: 27108021.
- da Cunha-Bang S, Fisher PM, Hjortd LV, Perfalk E, Beliveau V, Holst K, Knudsen GM. Men with high serotonin 1B receptor binding respond to provocations with heightened amygdala reactivity. *Neuroimage.* 2018 Feb 1;166:79–85. doi: 10.1016/j.neuroimage.2017.10.032. Epub 2017 Oct 20. PMID: 29061526.
- Lischinsky JE, Lin D. Neural mechanisms of aggression across species. *Nat Neurosci.* 2020;23(11):1317–1328. doi:10.1038/s41593-020-00715-2
- Reif A, Rösler M, Freitag C ym. Nature and Nurture Predispose to Violent Behavior: Serotonergic Genes and Adverse Childhood Environment. *Neuropsychopharmacol* 32, 2375–2383 (2007). <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1301359>
- Rosell DR, Siever LJ. The neurobiology of aggression and violence. *CNS Spectr.* 2015 Jun;20(3):254–79. doi: 10.1017/S109285291500019X. Epub 2015 May 4. PMID: 25936249.
- Siever LJ. Neurobiology of aggression and violence. *Am J Psychiatry.* 2008;165(4):429–442. doi:10.1176/appi.ajp.2008.07111774
- Soyka M. Neurobiology of aggression and violence in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2011 Sep;37(5):913–20. doi: 10.1093/schbul/sbr103. PMID: 21860037; PMCID: PMC3160223.
- Tiihonen J, Koskivi M, Lähteenvuo M, Virtanen PLJ, Ojansuu I, Vaurio O, Gao Y, Hyötyläinen I, Puttonen KA, Repo-Tiihonen E, Paunio T, Rautiainen MR, Tyni S, Koistinaho J, Lehtonen S. Neurobiological roots of psychopathy. *Mol Psychiatry.* 2020 Dec;25(12):3432–3441. doi: 10.1038/s41380-019-0488-z. Epub 2019 Aug 27. Erratum in: *Mol Psychiatry.* 2019 Sep 30; PMID: 31455857; PMCID: PMC7714686.
- Virkkunen M, Linnoila M. Keskushermoston serotoniinin aineenvaihdunta aggression ja väkivallan taustalla. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim.* 1992;108(3):230.
- Virkkunen M, Linnoila M. Serotonin in early onset, male alcoholics with violent behavior. *Ann Med* 22: 327–331, 1990
- Åsberg M. Neurotransmitters and suicidal behavior. The evidence from cerebrospinal fluid studies. *Ann N Y Acad Sci.* 1997 Dec 29;836:158–81. doi: 10.1111/j.1749-6632.1997.tb52359.x. PMID: 9616798.

## 20.2 Väkivaltariskin arviointimenetelmien käyttö ja kehitys

Väkivallan riskiä arvioidessa väkivallalla tarkoitetaan tilannetta, jossa henkilö tietoisesti toimii tai jättää toimimatta siten, että hän aiheuttaa toiselle henkilölle fyysistä tai vakavaa psykologista vahinkoa tai altistaa em. vahingolle. Väkivalta on lähtökohtaisesti aina rikoslain vastaista. Väkivallan riski viittaa väkivaltaisen käyttäytymisen todennäköisyyteen, joka voidaan ilmaista yksilötasoisesti ilmoittamalla henkilöllä olevan matala, kohonnut tai korkea riskitaso.

Väkivaltariskin arvio tarkoittaa asiantuntijavoimin tehtävää ennakoimista siitä, kuinka altis arvioitava henkilö on tulevaisuudessa käyttäytymään väkivaltaisesti muita ihmisiä kohtaan. Väkivaltariskin arvioinnin tavoite on arvioida tulevaa käyttäytymistä mahdollisimman systemaattisesti ja empiirisestä tutkimustiedon pohjalta rakennetuilla työkaluilla. Arvioinnissa väkivalta voi olla suunniteltua tai suunnittelematonta ja vailla erityistä, tiedostettua, motiivia ja painopiste on väkivaltaisesti käyttäytyvän henkilön henkilökohtaisten riskitekijöiden hallinnassa.

### HCR20-menetelmän soveltaminen Suomessa

Vuonna 1995 käyttöön otettu *Historical Clinical Risk Management* (HCR-20) edustaa strukturoitua ammatilliseen arvioon (*Structured Professional Judgment*, SPJ) pohjautuvaa arviointityökalua. SPJ-menetelmässä yhdistyvät aktuaarisen (numeerisen) arvioinnin ja kliiniseen asiantuntijuuteen perustuvien arviointien vahvuudet, ja sen tavoitteena on yksilöllisen tilanteen ymmärrys ja suhteellisen pysyvien riskitekijöiden tunnistaminen. Väkivaltariskin arvioiminen käsitetään pitempiaikaisempaan ja väkivaltaisen käyttäytymisen ymmärrystä lisäävänä prosessina,

jonka oleellisena osana ovat myös arvion perusteella tehdyt toimenpidesuosituksukset. Väkivaltaisen käyttäytymisen ennakkoinnin aikajänteen on arvioitu olevan puolesta vuodesta vuoteen. SPJ-menettelmien on todettu ennakoivan tarkemmin uusintarikollisuutta kuin aikaisemmin yleisesti käytetyt aktuaariset menetelmät.

HCR-20 on päivitetty vuosina 1997 (HCR-20v2) ja 2013 (HCR-20v3). Viimeisimmän päivityksen yhteydessä aikaisempi lähtökohta arvioitavan mielenterveyden ongelmista on poistunut ja työkalun arvion kohderyhmää ja väkivaltaisen käyttäytymisen määritelmää on laajennettu. HCR20v3 ohjaa monipuolisempaan ja esimerkiksi elämäntapaan tarkasteluun. HCR-20-työkaluja on täydennetty edelleen naisten väkivaltariskin arvioinnin ohjeistuksella (Female Additional Manual, FAM) vuonna 2015, koska naisten väkivaltainen käyttäytyminen on erilaista kuin miehillä. Eroja on sekä suojaavissa tekijöissä että riskitekijöissä ja tarkoituksemukaisissa hoitointerventioissa.

Tällä hetkellä SPJ-menettelmässä rakennetaan skenaarioita arvioitavan henkilön tulevaisuudesta väkivaltariskin ennakkoinnin avuksi. Riskikenaarioiden rakentamisen tarkoituksena on ennakoida, miten arvioitavana oleva yksilö saattaa käyttäytyä tulevaisuudessa historiallisten, kliinisten ja tulevaisuuteen liittyvien riskitekijöiden ollessa tiedossa. Skenaarioiden avulla voidaan kuvata mahdollisia tapahtumakulkuja, joiden toteutuessa väkivaltaista käyttäytymistä saattaa ilmetä, sekä väkivaltaisuuden motiivia, tilannetekijöitä, uhria, ajankohtaa, käyttäytymistiheyttä ja vakavuutta. Skenaarioiden avulla voidaan myös kuvailla yksilökohtaisia varoitusmerkkejä, joita seuraamalla väkivaltaista käyttäytymistä voisi olla mahdollista ehkäistä. Väkivaltariskiarvioinnissa painotetaan enenevässä määrin ennaltatarkastusta, hoitosuunnitelman läpinäkyvyyttä ja kuntoutuksen merkitystä.

Väkivaltariskin arvioinnin kehittämisen motiivina on ollut parantaa arvioiden osumatarkkuutta ja luotettavuutta. Suurimpana käytännöllisenä ja eettisenä ongelmana pidetään väärien positiivisten eli vaaralliseksi arvioitujen ei-vaarallisten yksilöiden tapauksia, jolloin yhteiskunnallinen kontrolli kohdistuu väärin. Yleisesti tieteellinen näyttö väkivaltariskin arviointimenetelmistä osoittaa, että arviointi onnistuu suhteellisen luotettavasti väestötasolla, muttei niinkään yksilötasolla tarkasteltuna. Arviointimenettelmien luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla niiden validiteettia (missä määrin työkalu tai menetelmä mittaa sitä ominaisuutta, minkä arvioimiseen se on kehitetty) ja reliabiliteettia (arvioinnin lopputuloksen riippumattomuus arvioitsijasta). Erityisesti osumatarkkuuden tarkasteluun oman lisämausteensa tuo väkivaltariskin arvioinnin ja hallinnan limitteisyys. Jos ja kun arvioitava saadaan motivoitua arviointiin sekä osallistumaan ja sitoutumaan oman hallintasuunnitelman laatimiseen, voi se vaikuttaa arvioidun väkivaltariskin tason muuttumiseen pitemmällä aikavälillä.

Väkivaltaisen käyttäytymisen ennakoimisen osuvuus on keskinkertaista. Noin yksi neljästä arvioitavasta saa väärän arvion. Eri arviointityökaluilla näyttäisi olevan suurta eroavaisuutta tuomioiden, ehdonalaisuuden tai vapautuksen yhteydessä. Vuonna 2010 julkaistun meta-analyysin tulosten perusteella HCR-20-työkalu

osoittautui osuvimmaksi yhdeksästä yleisimmin länsimaissa käytetyistä riskiarviointimenetelmästä. Riskin mataluuden ennakoimisessa on huomattavasti korkeampi osumatarkkuus kuin korkean riskin ennakoinnissa.

Eri arvioijien tekemien arvioiden välistä yhteneväisyyttä sekä vanhemman ja päivitetyn HCR20-työkalujen version välistä sisällöllistä yhteneväisyyttä ja osuvuutta on tarkasteltu mm. Ruotsissa oikeuspsykiatrisessa sairaalassa. Tulosten perusteella HCR-20 versiot 2 ja 3 vastaavat sisällöllisesti toisiaan, ja arvioitsijoiden väliset erot riskien tunnistamisessa ja kokonaisriskiarviossa olivat vähäiset. Sen sijaan riskitekijöiden tapauskohtaisessa merkityksellisyyden määrittelyssä oli havaittavissa vaihtelua.

## Väkivaltariskin arvioinnin yhteiskunnallisoikeudelliset kontekstit Suomessa

Suomessa henkilöiden vaarallisuutta ja väkivaltariskiä on arvioitu 1990-luvulta alkaen vankiloiden psykiatrisissa yksiköissä, valtion mielisairaaloissa ja vankiloissa lainsäädännön osoittamilla tavoilla. Käsite vaarallisuus on käytössä Suomen rikoslaisissa, vaikka käytännön tasolla väkivaltariskin arviointi on syrjäyttänyt vaarallisuusarvioinnin arviointimenetelmien kehittymisen myötä.

Vangin ehdonalaisen vapauttamisen lykkäämistä käsittelevässä RL 2 c luvun 9 §:n 2 momentissa sekä yhdistelmärangaistusta käsittelevässä rikoslain 2 c luvun 11 §:ssa vangin tai rikoksentehtäjän vaarallisuus jäsennetään vaaraksi syyllistyä henkeä, terveyttä tai vapautta törkeästi loukkaavaan rikokseen vapautumisen jälkeen, joskin yhdistelmärangaistuksen suhteen vaarallisuutta arvioidaan myös suhteessa tekijän aiempiin rikoksiin. Tätä tarkemman määrittelyn puute on ongelmallista, koska eri alojen asiantuntijoiden – tuomareiden, syyttäjien, oikeuspsykologien ja oikeuspsykiatrien – käsitykset ja määritykset vaarallisuuden riskitasosta voivat erota toisistaan.

THL:n ohjeistuksen mukaisesti vaarallisuusarvioiden tarkoituksena on tunnistaa ja hallita väkivaltaisen käyttäytymisen riskiä. Tavoitteena on arvioida yksilölliset väkivaltariskiä kohottavat tai alentavat tekijät arvioitavan henkilön oman elämäntilanteen kontekstissa ja ”muodostaa käsitys 1) millaiseen vaaran aiheuttamiseen tutkittavalla on riski syyllistyä, 2) mistä syystä, 3) ketä/keitä kohtaan ja 4) missä olosuhteissa tutkittava voi käyttäytyä vaarallisesti/väkivaltaisesti.” Edellä esitetyt kysymykset ohjaavat vaarallisuusarvioinnin rakennetta, mutta sisällöllisesti vaarallisuusarviointia ohjaava kysymys vaihtelee arvion tekevien instituutioiden tehtävän ja arvioitavan henkilön sosiolegaalisen tilanteen mukaisesti.

Suomessa väkivaltariskiarvioita tehdään tällä hetkellä seuraavissa tilanteissa:

1. Rikoksenteikijän arvioita tehdään rikosseuraamuksen asettamisen tueksi (oikeuspsykiatrinen vaarallisuusarvio), jolloin päätöksentekovalta on tuomioistuimella, sekä väkivalta- tai seksuaalirikoksiin syylistyneille vangeille, jotka eivät ole käyneet oikeuspsykiatrisessa vaarallisuusarviossa, mutta joiden uusimisriski halutaan ottaa huomioon ehdonalaisen vapauden aikaisen valvonnan määrittelyssä. Tällöin riskiä arvioi Rikosseuraamuslaitos yhdessä Psykiatrisen vankisairaalan kanssa. Vastaava yhteismenettely liittyy korkeassa uusimisriskissä olevien vankien valvontaan asettamiseen, jolloin päätöksen asiassa tekee vankilan johtaja.

Rikoksenteikijöiden vaarallisuusarvioita arvioita tehdään THL:n koordinoimana. Jos rikoksenteikijä on vangittu, vaarallisuusarvio suoritetaan Psykiatrisessa vankisairaalassa. Mielentilatutkimuksen yhteydessä tehtävät vaarallisuusarviot toteutetaan pääsääntöisesti joko Psykiatrisessa vankisairaalassa tai valtion mielisairaaloissa. Tilanteessa, jossa koko rangaistusajaa vankilassa suorittamaan määrätty henkilö on suorittanut rangaistuksestaan viisi kuudesosaa ja anoo ehdonlaiseen vapauteen päästämistä, vaarallisuusarvio suoritetaan Psykiatrisessa vankisairaalassa. 2010-luvulla vaarallisuusarvioita tehtiin vuositasolla mielentilatutkimuksen yhteydessä keskimäärin 8–9 henkilölle; Helsingin hovioikeuden koevapaushakemuksen takia noin neljälle henkilölle; Psykiatrisessa vankisairaalassa n. 22 henkilölle; ja elinkautisvangeille tehtyjen väkivaltariskiarvioiden kokonaismäärä oli vuositasolla n. 20.

2. Psykiatrisille potilaille arvioita tehdään yleisen psykiatrisen hoidon yhteydessä osana hoitoketjun suunnittelua. Yleisen psykiatrisen hoidon palveluissa vaarallisuusarvio (väkivaltariskiarvio) voidaan tehdä tilanteessa, jossa henkilön tarvetta tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon harkitaan, tai kun psykoosipotilasta ollaan kotiuttamassa sairaalasta. Tällöin vaarallisuusarvio on hoitoketjun suunnittelun työkalu. Oikeuspsykiatrisessa hoidossa olevien potilaiden vaarallisuutta arvioidaan lisäksi mietittäessä, kuinka korkean turvallisuustason osastolle potilas sijoitetaan. Yleisen psykiatrisen alaisuudessa tehtävien väkivaltariskiarvioiden määrää ei ole kootusti tiedossa.

## Väkivaltariskin arviointityökalujen käyttö palvelujärjestelmän kannalta

HCR20 perustuu riskin, tarpeen ja vastaanottavuuden (*Risk-Need-Responsivity*, RNR) mallille, jonka pääperiaatteet ovat:

1. Niiden, joilla on todettu korkea riskitaso, tulisi saada kaikista intensiivisintä hoitoa (riski).
2. Hoitointervention tulee kohdistua juuri niihin kriminogeenisiin tarpeisiin tai dynaamisiin riskitekijöihin, jotka linkittyvät ko. yksilön uusintarikollisuuteen (tarve).
3. Tietyt yksilökohtaiset tekijät voivat vaikeuttaa hoitointervention vaikutusta. Näitä ovat esimerkiksi kognitiiviset kyvyt, motivaatio tai psykopaatitiset piirteet (responsiivisuus).

Nämä pääperiaatteet on sisällytetty HCR-20-työkalun riskien hallinnan ensimmäiseen riskitekijään R1 ”Epärealistiset tulevaisuudensuunnitelmat”, jonka mukaan arvioitavan henkilön tulevaisuuden sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttösuunnitelman tarkoituksenmukaisuutta arvioidaan tunnistettujen historiallisten ja kliinisten riskitekijöiden avulla. Muut neljä riskien hallinnan riskitekijää kattavat arvioitavan henkilön asuinympäristöön, sosiaaliseen tukeen, avohoitoon tai valvontaan sekä stressiin liittyviä väkivaltaiseen käyttäytymisen riskiä nostavia asiointiloja.

Riskin, tarpeen ja vastaanottavuuden (RNR) periaatteet muodostavat monitieteisen tieto- ja toimintapohjan, joka mahdollistaa aikaisempaa paremmin oikeustieteiden, oikeuspsykiatrian, oikeuspsykologian ja kriminologian asiantuntijoiden välisen kommunikation. Väkivaltaisen käyttäytymisen ehkäisyn monitieteisyyden edellytys on tiedostettu tutkimuksen tasolla myös Suomessa. RNR-periaatteiden noudattaminen voi yhdenmukaistaa päätöksentekoa, mutta edellyttää väkivaltariskin arvioinnin riittävää resurssointia ja kohdennettujen palvelujen järjestämistä. Luotettavimpien väkivaltariskin arvioinnin työkalujen käyttö on aikaa ja resursseja vievää. Strukturoitu ammatillinen arvio vaatii huomattavasti enemmän aikaa kuin aktuaarisilla menetelmillä tehty arvio, jossa pääasiallinen tiedon lähde ovat staattiset historiatiedot.

Väkivaltakäyttäytymisen riskien arviointi on herättänyt keskustelua oikeuspsykiatrian alalla myös Suomessa. Vaarallisuusarvioiden tekoon suhtaudutaan kriittisesti yleisimmin käytössä olevien riskinarvioinnin työkalujen ennustearvojen epätarkkuuden vuoksi. Osa oikeuspsykiatreista pitää yksilön vaarallisuuden arviointia epätarkoituksenmukaisena ja aikaisempaa väkivaltaista käyttäytymistä varmistavana vaarallisuutta ennustavana tekijänä. Vaarallisuuden ja väkivaltariskin arviointiin liittyy paljon yksilön oikeuksia uhkaavia tekijöitä. Arviointi ei ole vapaaehtoista, mikä tarkoittaa käytännössä yksilön itsemääräämisoikeuden ohittamista yhteiskunnan ja muiden ihmisten turvallisuuden nimissä. Arviointime-



netelmien käyttö on osoittautunut vaikeaksi erityisesti vakavien väkivaltarikosten ennakoimisessa, ja menetelmien käyttö uusintarikollisuuden arvioinnissa on ongelmallista niiden heikon tai kohtalaisen luotettavuuden vuoksi. Arviointilausuntojen johtopäätösten ja päättelyketjujen läpinäkyvyydelle asetetaan perinteisiä lausuntoja korkeammat vaatimukset.

Arviointien johtopäätösten tulisi olla samankaltaisia arvioitsijasta riippumatta, jotta arviointityökalu olisi riittävän luotettava. Väkivaltariskin arvioinnin tekijän tulee hallita suuri määrä monitasoista tietoa: Ensiksikin hänen tulee tuntee väkivaltariskin arvioinnin oikeudellinen ja oikeuspsykiatrinen arviointitilanne eli mille aikajänteelle ja mitä tarkoitusta varten arvio tehdään. Toiseksi hänen tulee hallita käyttämänsä työkalu omassa kulttuurisessa kontekstissaan ja ymmärtää työkalun rajoitteet sekä kysymysten takana oleva tutkimustieto ja tekijöiden väliset mekanismit. Kolmanneksi hänen tulee tutustua arvioitavaan henkilöön ja tämän elämäntilanteeseen siten, että juuri oikeat riski- ja suojaavat tekijät tulevat tunnistettua ja arvio tulevasta on mahdollinen tehdä.

Väkivaltariskien hallinta eli arviointiin perustuvat toimenpiteet ja kuntouttaminen on jäänyt sisällöllisesti jälkeen riskin arviointiin liittyvän tutkimustietoon verrattuna. RNR-mallin teoria ja arviointityökalut itsessään antavat vain yleismaailmallista osviittaa soveltamiseen ja täten paljon itse soveltamisesta jää palvelukentän omien arvojen ja resurssien määriteltäväksi. Onkin tuotu esille, että oikeuspsykiatrian näkökulmasta vaarallisuuden arviointia tulisi soveltaa vain pakottavissa tilanteissa ja pitää mielessä, että sen alkuperäinen tavoite on arvioida psykiatrisessa hoidossa olleen henkilön väkivaltaisen käyttäytymisen riskiä ja että lääketieteellisten tai psykologisten arviointien käytön tarkoituksenmukaisuus ratkaistaessa syntyneen rikosentekijän rangaistuksen kestoa voidaan kyseenalaistaa.

## Kirjallisuutta

- Ahlgrén-Rimpiläinen A, Joelsson P, Kaarre H, Rautanen M, Niinistö K, Lindberg N, Tiihonen J. (2020): Vaarallisuuden arviointi – Sattuman summaako? <https://www.edilex.fi/artikkelit/21506.pdf>
- Andrews DA, Bonta J, Wormith SJ. (2011): The Risk-Need Responsivity model: Does the Good Lives Model contribute to effective crime prevention? *Criminal Justice and Behavior*, 38, s. 735–755.
- Borum R, Bartel P, Forth A. (2005): SAVRY. Strukturoitu nuoruusikäisten väkivaltariskin arviointimenetelmä. Suomentanut Riittakerttu Kaltiala-Heino. Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin julkaisuja 7/2005.
- Campbell MA, French S, Gendreau P. (2009): The prediction of violence in adult offenders: A meta-analytic comparison of instruments and methods of assessment. *Criminal Justice and Behavior*, 36, s. 567–590.
- de Vogel V, de Vries RM, van Kalmthout W, Place C. (2015): FAM. Täydentävät ohjeet naisten väkivaltariskin arvioimiseksi HCR-20 ja HCR-20V3 -menetelmillä. Suomentanut G Weizmann-Henelius & H Putkonen. Van der Hoeven Kliniek.
- De Vries RM. (2014): Protective Factors Validation of the Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk in Forensic Psychiatry. Van der Hoeven Kliniek.

- Douglas KS. (2014): Version 3 of the historical-clinical-risk management-20 (HCR-20V3): relevance to violence risk assessment and management in forensic conditional release contexts. *Behavioral Sciences & the Law*, 32(5), s. 557–76.
- Douglas KS, Hart SS, Webster CD, Belfrage H, Guy LS, Wilson CM. (2014): Historical-Clinical-Risk Management-20, Version 3 (HCR-20V3): Development and Overview. *International Journal of Forensic Mental Health: Historical Clinical Risk Management-20, Version 3* 13(2), s. 93–108.
- Eronen M, Kaltiala-Heino R, Kotilainen I. (2007): Vaarallisuuden arviointi- Missä tilanteissa ja miten väkivaltaisuuden vaaraa arvioidaan Suomessa. *Duodecim* 123(19), s. 2375–2380.
- Gammelgård M. (2015): Studies on the Validity and Reliability of the Structured Assessment of Violence Risk in Youth in Finnish institutional settings. *Vanha Vaasa Hospital / University of Tampere*.
- Kivisto AJ. (2016): Violence Risk Assessment and Management in Outpatient Clinical Practice. *Journal of Clinical Psychology* 72(4), s. 329–49.
- Meloy J, Hoffmann J, Guldemann A, James D. (2012): The role of warning behaviors in threat assessment: an exploration and suggested typology. *Behavioral Sciences and the Law* 30(3), s. 256–79.
- Pohjola A. (2017): Vaarallinen rikoksenteekija? Tutkimus rikoksenteekijän vaarallisuuden arvioinnista rikosoikeudellisessa seuraamusjärjestelmässä. Akateeminen väitöskirja. Oikeustieteiden laitos, Helsingin yliopisto. Suomalaisen Lakimiesyhdistyksen julkaisuja. A-sarja, 0356–7206, nro 335.
- Säävälä H. 14.11.2019. Riski-/uhka-arviointi käytännön työssä. THL:n Vaarallisuuden arviointi tänään ja 2020-luvulla-seminaari. <https://www.slideshare.net/THLfi/hannu-svl-riskiuhkaarviointi-kytnnn-tyss>
- Tiihonen J. (2017): Oikeuspsykiatria. Teoksessa: J Lönnqvist, M Henriksson, M Marttunen, T Partonen (toim.) *Psykiatria* (12., uudistettu painos). Kustannus Oy Duodecim: Helsinki, s. 704–21.
- Tolvanen M, Keski-Valkama A, Koskela T, Pajuoja J, Rautanen M, Tiihonen J, Tyni S, Törölä M, Eskelinen E. (2021): Vaarallisuuden ja väkivaltariskin arvioiminen. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2021:70.
- Weizmann-Henelius G, Konttila A. (2008): Väkivaltariskin arvioiminen menetelmien kehityksen ja psykopatiatutkimuksen valossa. Teoksessa: P Santtila ja G Weizmann-Henelius (toim.) *Oikeuspsykologia*. Helsinki: Edita. s. 352–70.
- Yang M, Wong SCP, Coid J. (2010): The Efficacy of Violence Prediction: A Meta-Analytic Comparison of Nine Risk Assessment Tools. *Psychological Bulletin* 136(5), s. 740–67.

## 20.3 Riskiarviopohjainen päätöksenteko ja riskienhallintasuunnitelmat

**H**enkilön väkivaltariskiä voidaan arvioida useassa eri yhteydessä joko lakisääteisesti tai osana terveydenhuollon toimintaa. Mielenterveyslain tarkoittama tahdosta riippumaton psykiatrinen hoitopäätös sisältää yhtenä kriteerinä sen, että potilas on vaaraksi itselleen tai muille, jolloin jonkinlainen riskiarvio tehdään aina sitä sovellettaessa. Erityisiä, laajempia riskiarvioita tehdään kuntoutussuunnitelman osana, kun arvioidaan potilaan kykyjä ja selviytymistä hoidon seuraavassa vaiheessa esimerkiksi itsenäisempään asumismuotoon siirryttäessä. Muissa tilanteissa vaarallisuutta tai väkivaltariskiä arvioidaan esimerkiksi elinkautisvangin vapauttamisen yhteydessä tuomion lopulla tai ennen tuomiota, kun harkitaan yhdistelmärangeistuksen käyttöä.

Viitekehys, jossa väkivaltariskiarvioita tehdään, voi vaikuttaa tutkittavan henkilön yhteistyön tapaan ja laajuuteen. Terveydenhuollossa tavoitteena on laatia hoito- tai kuntoutussuunnitelma, jonka onnistumisessa keskeistä on henkilön itsensä osallisuus ja motivoituneisuus. Arvioita tehdään myös ennaltaehkäisevässä mielessä esimerkiksi poliisin uhka-arvioiden yhteydessä tai Rikosseuraamuslaitoksella ilman, että arvioitava on aina tietoinen asiasta.

Mitä riskillä sitten tarkoitetaan, kun oikeuspsykiatrian alalla puhutaan riskistä ja riskienhallinnasta? Käytännössä kyse on itseä tai muita kohtaan väkivaltaisen käyttäytymisen kohonneesta riskistä, tai sellaisen todennäköisyydestä, ja riskiltä suojaavista tekijöistä. Riskienhallinta on tämän tiedon jalostamista osaksi hoitotai kuntoutussuunnitelmaa. Pelkkä riskitason arviointi ilman sen madaltamiseen tähtäävää suunnitelmaa ei ole suositeltava tapa lähestyä monitahoista ongelmaa.

Väkivaltariskin arviointimenetelmiä onkin kehitetty kymmeniä erilaisia, ja niistä voidaan valita parhaiten tilanteeseen soveltuva kohdehenkilön ominaisuuksien tai kyseessä olevan väkivallan tyyppin mukaisesti. Menetelmät pyrkivät arvioimaan esimerkiksi parisuhdeväkivaltaa, terroristista toimintaa, nuorten tai naisten väkivaltaisuutta, seksuaalirikoksen riskejä tai psykopatiaa. Yksikään menetelmä ei sellaisenaan anna varmaa tietoa henkilön väkivallan käytöstä tulevaisuudessa vaan luo edellytykset kokonaisuutensa arvioinnille asiasta ja toimii muistilistana, jotta kaikki olennaiset ja tunnetut tekijät tulevat osaksi arviointia.

Menetelmät perustuvat havaintoihin, joita on alun perin tehty esimerkiksi vankiväestössä tai oikeuspsykiatristen potilaiden keskuudessa, eikä niiden toimivuutta voi erilaisten lähtökohtien ja kohderyhmien takia aidosti verrata toisiinsa. Menetelmiä ei toistaiseksi ole laadittu erityisesti suomalaisen väestön tarpeisiin tai Suomessa kertyneen tiedon pohjalta, ja niiden soveltamistavat perustuvatkin kansainvälisiin yleisiin havaintoihin ja toisaalta paikallisesti kertyneeseen kokemukseen.

Yleisesti ottaen voidaan sanoa, että riskiarviomenetelmien kehitys on ollut ei-harkinnanvaraisista, aktuaarisista, menetelmistä kohti harkinnanvaraisia menettelytapoja. Vielä 1970-luvulla riskin arviointi oli yksittäisen arvioitsijan henkilökohtainen näkemys tutkittavan tilanteesta ja sellaisenaan osui vain satunnaisesti oikeaan. Tilastollisilla menetelmillä pyrittiin parantamaan arvioinnin luotettavuutta, ja ensimmäiset kontrolloidut tutkimusasetelmat Yhdysvalloissa 1980-luvulla tuottivat ryhmätason tietoa henkilön ominaisuuksien ja väkivaltakäyttäytymisen yhteyksistä.

Ryhmätasolla riskejä arvioidessa ongelmana on niin sanottu perustason riskin määrittämisen vaikeus, sillä riskejä pitäisi voida suhteuttaa toisiin vastaaviin riskeihin, jotta niistä voi tehdä varsinaisia päätelmiä. Esimerkkinä toimii elinkautisvankien ryhmä, jonka helposti mielletään olevan lähtökohtaisesti altis väkivallan käytölle. Jos elinkautisvanki on syyllistynyt vähintään kertaluonteisesti vakavaan väkivaltaan, voidaan sanoa, että väkivaltariski on perustavalla tavalla kohonnut jokaisella arvioitavalla tässä ryhmässä verrattuna sellaisiin henkilöihin, jotka eivät ole syyllistyneet vastaavaan rikokseen. Aiempi väkivalta otetaan väkivaltariskiarvioissa huomioon riskiä nostavana tekijänä.

HCR20-menetelmän mukaisen väkivaltarikoksen uusiminen on ennakkopäätelmän vastaisesti selvästi harvinaisempaa elinkautisvangeilla kuin vangeilla yleensä ottaen (n. 10 % vs. n. 50 %). Riski on siten selvästi muuta vankipopulaatiota matalampi. Toisaalta elinkautisvangin perustason riski on selvästi kohonnut ei-vankiin verrattaessa. Lisäksi riskit jakautuvat elinkautisvankien ryhmän sisälläkin eri tavoin henkilöiden ominaisuuksien ja tulevaisuuden olosuhteiden mukaan.

Kysymys perustason riskistä onkin esitettävä aina, kun millaista tahansa riskikäyttäytymistä tarkastellaan ryhmätasolla, eikä ongelma kokonaan poistu edes yksilöllistä arviointitapaa käyttäen.

**Taulukko 20.3.1. Suomessa käytössä olevat riskiarviomenetelmät vuonna 2020 toteutetun laajan kyselyn mukaan (VN TEAS).**

Lyhenne	Menetelmä
ACTION	Attitudes, Capacity, Thresholds, Intent, Other`s reactions, Noncompliance framework
ACUTE2007	ACUTE2007
ARAT	Aktuaarinen riskien arviointityökalu
CIRAM2.0	Common Integrated Risk Analysis Model
CSTAG	Comprehensive School Threat Assessment Guidelines
ERASOR	The Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism
ERIS	The Extremist Risk Intervention Scale
FAM	Female Additional Manual for HCR-20/20v3
HCR20	Historical, Clinical, Risk Management-20
HCR20V3	Historical, Clinical, Risk Management-20, versio 3
MT	Motivation Typology
NaBITA	The NaBITA Threat Assessment Tool
Oxrec	Oxford Risk of Recidivism Tool
PATRIARCH	Assessment of Honour Based Violence
PCLR	Psychopathy Checklist-Revised
Poliisi MUU	Kohdennetun väkivallan seulontatyökalu
RITA	Riski- ja tarvearvio
RM2000	RiskMatrix2000
RRASOR	Rapid Risk Assessment of Sexual Offense Recidivism
RSVP	Risk for Sexual Violence Protocol
SAM	Stalking Assessment and Management
SAPROF	Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk
SARA	Spousal Assault Risk Assessment
SAVRY	Structured Assessment of Violence Risk in Youth
SIVRA35	Structured Interview of Violence Risk Assessment
SORAG	Sex Offender Risk Appraisal Guide
STABLE2007	Seksuaalirikoksen dynaamisen uusimisriskin tason arviointityökalu
START	Short-Term Assessment of Risk and Treatability
STARTV	Short-Term Assessment of Risk and Treatability: Adolescent Version
Static2002R	Seksuaalirikoksen staattisen uusimisriskin tason arviointityökalu
Static99R	Seksuaalirikoksen staattisen uusimisriskin tason arviointityökalu
SVR20	Sexual Violence Risk
TRAP18	Terrorist Radicalisation Assessment Protocol
TT	Tuomittujen turvallisuusarvio
VERA2R	Violent Extremism Risk Assessment Version 2 Revised
VRAG	Violence Risk Assessment Guide
VRWA	Violence Risk Assessment of Written Word
V-RISC	the Violence Risk Screening
VRISC10	the Violence Risk Screening-10
VSTAG	Virginia Student Threat Assessment Guidelines
WAVR21	Workplace Assessment of Violence Risk
WBT	Warning Behaviour Typology

Ennen vuotta 2011 Suomessa käytössä olleet arviointimittarit olivat pääsääntöisesti asteikkoon perustuvia kategorisia luokituksia, jotka eivät varsinaisesti mitata olemassa olevia ilmiöitä vaan pyrkivät edellä mainitun mukaisesti ennustamaan niiden todennäköisyyksiä tietyssä joukossa ihmisiä tietynä aikana. Näiden aktuaaristen, ei-harkinnanvaraisten, menetelmien heikkoudet ja kehittämistarpeet liittyvät siihen, että mukana arviossa on aina käytännössä suppea määrä tarkasteltavia muuttujia ja niiden yhteys väkivaltariskiin vaihtelee tilannetekijöiden ja kohderyhmän mukaan. Aktuaarisissa menetelmissä on vaarana nähdä riskejä silloin, kun niitä ei välttämättä ole, jolloin puhutaan väärin positiivisten arvioiden ongelmasta.

Uuden sukupolven arviointimenetelmät 2000-luvulla perustuvat strukturoidun ammatillisen arvion (Structured Professional Judgement, SPJ) periaatteeseen, jossa yhdistetään yksilöllisen tilanteen ymmärrys ja suhteellisen pysyvien, tieteellisestä ja kliinisestä kirjallisuudesta johdettujen riskitekijöiden tarkastelu samaan kokonaisarvioon. Silloin kukin käytettävä arviointimenetelmä ohjaa arvioinnin suuntaa ja auttaa asiantuntijaa kysymään kaikki tarvittavat kysymykset. Kysymyksillä kartoitetaan arvioitavan historiallisten riskitekijöiden lisäksi nykyhetken riski- ja suojaavia tekijöitä, joilla voi olla merkitystä tulevaisuudessa arvioinnin kohteena olevan henkilön riskikäyttäytymisen hallinnan kannalta. Väkivallan riskitekijät ymmärretään SPJ:ssä siis suhteellisen dynaamisina, ja niihin tahdotaan vaikuttaa esimerkiksi hoitointervention keinoin.

Vuonna 2015 koulutettiin Suomessa ensimmäinen kerran Historical-Clinical-Risk Management-20, Version 3 (HCR20v3) -menetelmää, jossa arviointi on lähtökohtaisesti harkinnanvaraista ja entistä yksilöllisempää. Väkivaltariskiarvio tehdään strukturoitujen haastattelujen, tapaamisten ja psykologisten ja psykiatristen tutkimusten sekä tausta-aineistoon perehtymisen avulla. Kokonaisuudesta muodostetaan tiivistettyjä näkemyksiä, skenaarioita, jotka kuvaavat kaiken kerätyn tiedon valossa tutkittavan henkilön tulevaisuuden riskejä eri tilanteissa. Skenaarion ydinkysymyksenä on ”Mitä saattaisi tapahtua?” Riskeihin pyritään puuttumaan laatimalla hoito- tai kuntoutussuunnitelmia, interventioita, niiden madaltamiseksi.

Toinen, yhä laajemmin Suomessa käyttöön otettu SPJ-menetelmä on lyhyen aikavälin riskikäyttäytymiseen ja hoidettavuuteen kohdennettu START (Short Term Assessment of Risk and Treatability). Sen avulla arviointi tehdään niin ikään harkinnanvaraisesti ja yksilöllähtöisesti siten, että lopputulemana on riskien madaltamiseksi laadittu strukturoitu hoito- tai kuntoutussuunnitelma interventioineen. Arvioinnin kohteena tässä menetelmässä on väkivaltariskin lisäksi myös muu psykiatrisessa viitekehyksessä mahdollisesti esiintyvä riskikäyttäytyminen, kuten itsensä vahingoittaminen, itsemurha-alttius, karkaamisen riski, päihteiden käyttö, itsensä laiminlyöminen ja uhriksi joutuminen. Poikkeukselliseksi tämän menetelmän tekee myös se, että arvioitavat riskitekijät ovat luonteeltaan pääosin dynaamisia ja arvioinnissa huomioidaan yksilön käyttäytymispuutteiden lisäksi

myös ne yksilölliset voimavaratekijät, joihin painottamalla riskikäyttäytymisen esiintymisen todennäköisyyttä voidaan madaltaa. Tällainen suuntaus on edelleen kehittyvä lähestymistapa myös kansainvälisen kirjallisuuden mukaan.

## Missä yhteydessä ja kuka riskiarviointeja tekee?

Käytetyimmät väkivaltariskiarviomenetelmät ovat psykologien laatimia ja edustavat käyttäytymistieteellistä viitekehystä. Niiden käyttö ei edellytä erityistä ammattitutkintoa – riskiarvioita laativat niin poliisit kuin psykologit, psykiatrit, hoitajat tai sosionomit –, ja osaaminen saavutetaan sekä erillisellä menetelmäkoulutuksella ja moniammatillisella yhteistyöllä että kokemuksen kautta. Olennaista arviointityössä on koota yhteen tarvittava ymmärrys arvioitavan henkilön tilanteesta.

Riskiarviointeja tehdään pääsääntöisesti työryhmän kanssa, mutta johtopäätökset ja ratkaisu jäävät käytännössä yhden päätöksentekijän vastuulle. Päätöksen yhteneväisyyttä ja läpinäkyvyyttä voidaan edistää työhajauksella, vertaisarvioimalla, ryhmäarvioinnilla, konsultoimalla ja esimerkiksi koulutuksella ja sekä sisäisellä että ulkoisella tutkimuksella. Menetelmästä riippuen voidaan arvioida koulutuksen yhteen menetelmään kestävän 1–3 päivää.

Oikeuspsykiatria ja oikeuspsykologia tuovat arvioon tietoa, joka perustuu arvioitavan terveydentilaan yleisesti ottaen ja psykiatriin ja psykologisiin häiriöihin erityisesti. Erikoisalajat vastaavat hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimisesta ja toimeenpanosta. Esimerkiksi HCR20v3-arviossa tällainen lääketieteellinen ja psykologinen tieto muodostaa vain osan 20 arvioitavasta seikasta, mikä osoittaa arvioiden laatimisen olevan moniammatillista. Esimerkiksi START-arvio perustuu käytännössä kokonaan lääketieteelliseen ja psykologiseen osaamiseen ja soveltuu sikäli paremmin osaksi terveydenhuollon riskiarviopohjaista päätöksentekoa ja siihen perustuvaa hoitotyötä.

## Miten riskinhallintasuunnitelma muodostuu?

Päätökset riskin luokittelusta tai tarvittavien toimenpiteiden priorisoinnista perustuvat kokonaisarviointiin yksilöllisten riskitekijöiden esiintyvyydestä ja riskinhallintasuunnitelmista. Kliinistä ja oikeudellista päätöksentekoa varten menetelmiä ei saisi käyttää aktuaarisella, ei-harkinnanvaraisella, tavalla, sillä erilaisten riskien laskemiseksi ei ole olemassa tarkkaa ja oikean lopputuloksen aina tuottavaa matemaattista mallia tai kaavaa. Arvioitsijoiden on siten mahdollista lausua riski korkeaksi jo yhdenkin riskitekijän perusteella, jos se katsotaan perustelluksi. Vastaavasti yksittäinen tekijä, kuten fyysinen kykenemättömyys, voi madaltaa riskiä huolimatta monista muista samaan aikaan esiintyvistä riskitekijöistä.

Seuraava esimerkki väkivaltariskin lausumisesta pohjautuu HCR20v3-menetelmään. Kolmiportaisesta matala–keskitaso–korkea-asteikosta poiketen arvio perustuu siinä tulevaisuudennäkymiin, skenaarioihin, ja sisältää lyhyen riskienhallintasuunnitelman. Väkivaltariski on eri suuruinen tutkittavan eri elämäntilanteissa, ja todennäköisyys, jolla siihen voidaan puuttua, riippuu käytettävissä olevasta keinovalikoimasta, kuten vankeuden- tai hoidonaikaisista kuntoutusohjelmista, lääkityksistä tai sosiaalisista etuuksista.

Tutkittavan riski syyllistyä väkivaltarikokseen on historiallisista syistä korkea. Tätä riskiä nostavat aiemman väkivallan lisäksi sekä persoonan epäsosiaaliset piirteet että hoitamaton psykoosisairaus. Tutkittava on altis stressaavissa tai epävarmoissa tilanteissa turvautumaan alkoholin käyttöön, jolloin impulsiivisuus ja ennakoimattomuus ovat aiemmin kasvaneet, ja tutkittava on käyttänyt väkivaltaa vaikeiden tilanteiden ratkaisuyrityksenä. Väkivalta on aiemmin liittynyt parisuhteissa tapahtuneisiin muutostilanteisiin ja kohdistunut läheiseen ihmiseen. Stressiä lisäävät esimerkiksi laitoksesta vapautuminen, tutkittavalle läheisen omaisen ikääntymisen myötä seuraavat muutokset asumisjärjestelyissä, huono rahatilanne ja yleisesti ottaen arjen sisällöttömyys tai pitkästyminen. Hoitamattomaan psykoosisairauteen liittyvä varautuneisuus ja toisaalta psyykkisten suojakeinojen niukkuus ja joustamattomuus voivat johtaa väkivallan käyttöön erityisesti, jos parisuhdeongelmat kärjistyvät. Tällaisen tulevaisuuden näkymän todennäköisyys on korkea, mikäli tutkittava siirtyy jatkohoitoon ilman selkeää suunnitelmaa ja hoidon järjestämistä hyvissä ajoin hänen kanssaan yhdessä sopien.

Väkivaltariski laskee keskitasoiseksi tai sen alle, mikäli tutkittavan hoidettavissa olevat kliiniset riskitekijät voidaan ottaa huomioon jatkossa huomioon. Koska tutkittavan sitoutuminen tiheään päihde- tai psykiatriseen avohoitoon kotioloissa ilman jonkinasteista valvontaa tai tukea vaikuttaa epävarmalta, on tavoitteena järjestää vähintään kuukausittainen psykiatrinen lääkärikontakti sekä hoitajan tapaamiset ja aloittaa lääkitys. Tämä tarkoittaa esimerkiksi keskusteluja ja lääkainjektion saamista kotipaikkakunnan mielenterveyspalveluissa. Parisuhdeterapia on suositeltavaa. Tutkittavalle voidaan hakea psykoosisairauden takia eläkettä, mikä tulee jatkossa vähentämään hänen taloudellista epävarmuuttaan ja siten vähentämään stressitekijöitä. Tutkittava on riskiarviojakson aikana osoittanut halukkuutta aloittaa yllä mainitut hoidolliset toimenpiteet.



## Eettisiä ja osallisuuteen liittyviä näkökohtia

Väkivaltariskiarvioilla ei ole varsinaista voimassaoloaikaa. Riskiarviomenetelmien kehittäjät kehottavat tarkastelemaan riskejä tarvittaessa useitakin kertoja uudelleen aina henkilön elämäntilanteiden vaihtuessa. Tällainen muutos voi olla esimerkiksi vapautuminen laitoksesta, läheisen ihmissuhteen alkaminen tai päättyminen tai toimeentulon heikkeneminen. Hoidollisissa yhteyksissä terveydenhuollossa potilaan väkivaltariskejä arvioidaan tyypillisesti kuukauden tai puolen vuoden ajanjaksoilla ja aina tilanteen muuttuessa.

Moniammatillisuuden vaatimus sisältää tarpeen vaihtaa salassa pidettäviä tietoja terveydenhuollon ja muiden alojen toimijoiden välillä. Tämä on mahdollista laissa erikseen määrätyissä tilanteissa ja laajuudessa, mutta usein tällaiset kohdehenkilöiden oikeuksiin liittyvät seikat ovat käytännön toiminnan tasolla vaikeita tulkita ja soveltaa. Terveystiedon jakamiseen, laajuuteen ja säilyttämiseen ei aina ole olemassa selviä sääntöjä tai edes sähköisiä järjestelmiä. Potilassalaisuuteen kajoaminen saattaa lisäksi aiheuttaa haitallista varovaisuutta esimerkiksi sellaisissa potilaissa, jotka tarvitsevat terveydenhuollon palveluita mutta jotka eivät uskalla kertoa ajatuksistaan luottamuksellisesti, sillä tiedot päätyvät terveydenhuollon ulkopuolelle. Tällöin on vaarana, että henkilö ei saa tarvitsemaansa apua mutta toisaalta myös, että hänen perusteltu varovaisuutensa tulkitaan vainoharhaisuudeksi tai yhteistyökyyttömyydeksi, jotka joidenkin arviointimenetelmien mukaan nostavat väkivaltariskiä.

Riskiarviointeihin liittyvän koulutuksen tarve on ilmeistä erityisesti psykiatrien ja oikeustoimijoiden välillä mutta myös kaikilla väkivaltariskiarvioita käyttävillä. Koulutuksen tavoitteena ei ole tehdä tuomareista, syyttäjistä tai poliiseista psykiatrian alan ammattilaisia vaan auttaa eri osapuolia ymmärtämään käsitteistöä ja sitä, millaisessa prosessissa arvio syntyy ja mitä virheriskejä arviossa on. Kaikkien, myös arvioitavien henkilöiden itsensä, on hyvä tiedostaa, että luonnontieteissä tai käyttäytymistieteissä ei ole varmuuksia vaan eriasteisia todennäköisyyksiä, jolloin kaikki tarvittavat ratkaisut tehdään aina tietynasteisessa epävarmuudessa. Arvioprosessin läpinäkyvyys ja toistettavuus ovat tärkeitä riskityöskentelyn edellytyksiä.

Arvioitavan itsensä osallisuus voidaankin nähdä yhtenä ratkaisuyrityksenä, joka parantaa arvioinnin osuvuutta ja auttaa riskien madaltamisessa. Kun arvioitava henkilö saa olla mukana häntä koskevassa päätöksenteossa ja pääsee vaikuttamaan siihen menetelmän sallimissa rajoissa, on sitoutuminen riskienhallintasuunnitelmaan todennäköisempää. Samalla hallintasuunnitelma on mahdollista muuttaa laajemmaksi hoito- tai kuntoutussuunnitelmaksi, jossa kiinnitetään riskien lisäksi huomiota avaintekijöihin ja suojaaviin ominaisuuksiin.

Kun riskikäyttäytyminen nähdään dynaamisena, ajassa ja tilanteissa muuttuvana yksilöllisistä riskitekijöistä muodostuvana kokonaisuutena, pitää se myös sanoittaa ymmärrettävästi, jotta muutosta on mahdollista ymmärtää ja mitata. Ilman mahdollisuutta muutokseen riskiarviointi typistyy lausumaksi, jonka käyttöarvo potilaalle, kohdehenkilölle tai viranomaiselle jää epäselväksi ja haitallisimmillaan lisää arviointiin jo lähtökohtaisesti sisältyvää negatiivista leimautumista, stigmaa.

## *Kirjallisuutta*

- Ahlgrén-Rimpiläinen A, Joelsson P, Kaarre H, Rautanen M, Niinistö K, Lindberg N, Tiihonen J. (2020): Vaarallisuuden arviointi – Sattuman summaako? <https://www.edilex.fi/artikkelit/21506.pdf>
- Tolvanen M, Keski-Valkama A, Koskela T, Pajuoja J, Rautanen M, Tiihonen J, Tyni S, Törölä M, Eskelinen E. (2021): Vaarallisuuden ja väkivaltariskin arvioiminen. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/163635>
- Weizmann-Henelius G, Collender J. (suomenmennettu käsikirja). (2019): HCR-20v3 – Väkivaltariskin arviointi. Vanhan Vaasan sairaala.
- Weizmann-Henelius G, Kinnunen V. (suomenmennettu käsikirja). (2014): START – Lyhyen aikavälin riskin ja hoidettavuuden arvio. Hogrefe.

## 20.4 Aggression hoidon psykofarmakologia

Luvussa 20.1 käsiteltiin aggression taustalla tunnistettuja hermoverkkoja ja neurobiologisia järjestelmiä. Aggression lääkehoito perustuukin pitkälti edellä kuvattujen järjestelmien toiminnan muokkaamiseen. Aggressiota ja väkivaltaista käyttäytymistä esiintyy useissa eri psyykkisissä häiriöissä niiden hoitotasapainon järkkyyssä. Lähtökohtaisesti psyykkisestä häiriöistä kärsivien kohdalla ensisijainen aggression hoitomekanismi on perustaudin hoitotasapainon parantaminen.

Erityisesti psykoosi- ja mielialahäiriöt, kuten myös masennus ja ADHD, altistavat aggressiiviselle käyttäytymiselle. Aggressiota esiintyy myös sellaisten psykiatristen häiriöiden yhteydessä, joille ei lähtökohtaisesti ole spesifiä lääkehoitosuosittelusta. Näissä yhteyksissä aggression ja väkivaltaisuuden hoito on mutkikkaampaa.

Lääkehoitoa harkittaessa on useissa tutkimuksissa osoitettu hyödylliseksi jakaa väkivaltaisen käyttäytymisen taustalla olevat motiivit kolmeen eri ryhmään ja kohdentaa hoito sen mukaisesti. Tässä tarkoituksessa motiivit luokitellaan joko psykoottisiksi, impulsiivisiksi (reaktiivisiksi) tai tavoitteellisiksi/harkituiksi (proaktiivisiksi). Impulsiivinen väkivalta on tyypiltään aiemmassa luvussa kuvattua reaktiivista aggressiota ja sen taustalta löytyy yleensä pelkoa, turhautumista, suuttumuksetunteita, provosoiduksi tulemista tai yleistä kiihtymystä tai ahdistuneisuutta. Harkittu tai tavoitteellinen väkivalta on aiemman luvun mukaisesti proaktiivista aggressiota, jonka tekijä ei yleensä ole erityisen tunnekuohun vallassa ja motiivit liittyvät koston, pelotteluun, manipulointiin tai hyödyn tavoitteluun (kiristäminen, ryöstö). Psykoottiset motiivit voivat liittyä kumpaan tahansa näistä aggressiotyypeistä, mutta lääkeshoidollisesti ne katsotaan tarkoituksenmukaiseksi erottaa, koska niitä voidaan spesifisesti hoitaa antipsykooteilla. Esimerkiksi vainoharhat ja epäluuloisuus voivat altistaa negatiivisille tulkinnoille ja reaktiiviselle

väkivaltaisuudelle, mutta toisaalta johtaa myös suunnitelmalliseen proaktiiviseen väkivaltaan, esimerkiksi vainoharhan kohdetta kohtaan.

Näiden eri motiivien yleisyyttä väkivaltaisen käyttäytymisen taustalla on tutkittu erityisesti skitsofreniaa sairastavilla psykiatristen sairaaloiden potilailla. Erään 839 väkivaltatapausta käsittäneen yhdysvaltalaisutkimuksen perusteella reaktiivinen aggressiivisuus on yleisintä (54 % väkivaltatapauksista), proaktiivinen aggressio seuraavaksi yleisintä (29 %) ja psykoottisesti motivoitu harvinaisinta (17 %).

## Psykoottisen aggression lääkehoito

### *Antipsykootit*

Psykoosin motivoiman väkivallan hoitaminen on ensisijaisesti psykoosisairausten hoidon tehostamista. Akuutissa psykoosikohtauksessa voidaan käyttää lihakseen pistettäviä antipsykootti-injektioita ja joissain tapauksissa lyhytaikaisesti bentsodiatsepiineja. Pidempiaikaisessa käytössä bentsodiatsepiinien käyttö aiheuttaa kuitenkin merkittäviä haittoja ja voi jopa lisätä väkivaltaisuutta heikentämällä yksilön impulssikontrollia, joten pitkäaikaista käyttöä tulee välttää.

Psykoosihoidon tehostamisessa on hyvä edetä hoitosuosituksen mukaisesti. Erittäin tärkeää on huolehtia, että määrätty lääkeaine todellisuudessa otetaan ja että sillä saavutetaan riittävä veripitoisuus. Esimerkiksi nopeasti metaboloivilla potilailla tai lääkkeiden yhteisvaikutusten vuoksi antipsykoottisen lääkkeen veripitoisuudet voivat jäädä liian alhaisiksi. Pitkävaikutteiset injektiot parantavat hoidon toteutumista ja johtavat tutkimusten mukaan suun kautta otettavia vastineita parempiin hoitotuloksiin. Mikäli potilas alkaa saada lääkityksestä liikehäiriöitä (ekstrapyramidaalioireita tai akatisiaa), mutta ei hyötyjä, voidaan lääkehoitokeilun todeta epäonnistuneen.

Jos kahdella eri dopamiini-2-reseptorisalpaajalla ei saada riittävää hoitovastetta edes korkeilla annoksilla, tulee siirtyä klotsapiinihoitoon. Klotsapiinista hoitovastetta saa noin puolet potilaista, joilla tavanomaisella psykoosinvastaisella lääkityksellä ei saavuteta riittävää hoitovastetta. Klotsapiini on myös ainoa antipsykootti, jolla on osoitettu selkeää psykoosioireiden hoidosta erillistä antiaggressiivista ja väkivaltaista käyttäytymistä hillitsevää vaikutusta. Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa verrattiin antipsykoottien olantsapiini, haloperidoli ja klotsapiini vaikutusta psykoosin hoidossa ja aggression vähentämisessä. Vaikka kaikki lääkkeet hoitivat tutkimuksissa positiivisia psykoosioireita keskimäärin yhtä hyvin, klotsapiini hillitsi silti muita tehokkaammin aggressiota.

## *Muut lääkkeet*

Muiden lisälääkkeiden (masennuslääkkeiden, mielialantasaajien, litiumin tai toisten antipsykoottien) lisäämisestä klotsapiinilääkityksen rinnalle ei ole vakuuttavaa näyttöä psykoottisen aggression hillinnässä, joskin jotkut potilaat voivat hyötyä lisälääkkeenä erityisen vahvoista dopamiini-2-reseptorin salpaajista tai dopamiini-2-reseptorin osittaisagonisteista. Mikäli psykoosiin liittyy myös mielialanvaihteluita, kuten kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä tai skitsoaffektiivisessä häiriössä, tai puhtaammin impulsiivista väkivaltaisuutta, voi mielialaa tasaavan lääkkityksen aloittaminen vähentää aggressiota, kuten alla kuvataan tarkemmin.

## **Impulsiivisen aggression lääkehoito**

Impulsiivista väkivaltaisuutta esiintyy useissa eri psykiatrisissa häiriöissä, jotka heikentävät impulssikontrollia. Lääkehoidon kannalta tärkeimmät häiriöt ovat psykoosisairaudet, mielialahäiriöt, ADHD, traumaattiset aivovauriot, muistihäiriöt ja älyllinen kehitysvammaisuus. Kuten yllä on todettu, klotsapiinin on osoitettu vähentävän impulsiivista aggressiota erityisesti skitsofreniaa ja skitsoaffektiivista häiriötä sairastavilla potilailla sen lisäksi, että sillä on psykoosioireita hoitava vaikutus. Vaikutus oli suurin niillä potilailla, joilla oli kognition laskua ennen hoidon aloitusta.

### *Impulsiivisen, psykoosista kärsivän aggression lääkehoito*

Psykoosista kärsivien potilaiden impulsiivisen aggression hoidossa on jonkin verran näyttöä myös mielialantasaaja valproaatilla, SSRI masennuslääkkeillä sekä keskushermostoon vaikuttavilla beetasalpaajilla (erityisesti propranololilla). Näyttö on kuitenkin pääosin pienistä sokkouttamattomista tutkimuksista, Yksittäisessä viiden potilaan tutkimuksessa myös ADHD:n hoitoon käytetyllä hitaasti vapautuvalla psykostimulantilla, metyylyfenidaatilla, osoitettiin aggressiota vähentävää vaikutusta klotsapiinin lisälääkkeenä skitsofreniassa, eikä psykoosioireiden pahe-nemista havaittu käytetyillä vuorokausiannoksilla. ADHD-lääkitys itsessään on erityisen tehokasta ADHD:en liittyvän aggression hillitsemisessä.

### *Antisosiaalisen impulsiivisen aggression lääkehoito*

Klotsapiinin vaikutuksesta on yksittäisen retrospektiivisen tutkimuksen verran näyttöä impulsiivisen aggression hoidossa myös potilailla, joilla oli antisosiaalinen persoonallisuushäiriö, mutta ei psykoosisairautta. Näillä potilailla vaikutus näkyi keskimäärin matalammalla veripitoisuudella (< 1000 nmol/l), kuin psykoosin hoidossa yleensä käytetään.

Myös litiumin on osoitettu olevan tehokas lääke impulsiivisen aggressiivisuuden hoidossa, myös ei-psykoottisilla potilailla, erityisesti korkeammilla veripitoisuuksilla. Erityisesti sekä litiumin, valproaatin että klotsapiinin käyttöön voi liittyä haittavaikutuksia, jotka vaativat säännöllistä seuranta ja voivat estää lääkityksen käytön.

### *Aivovammasta kärsivän impulsiivisen aggression lääkehoito*

Impulsiivista väkivaltaisuuksia voi esiintyä myös traumaattisen aivovaurion yhteydessä, vaikkei vaurion seurauksena provosoituisikaan psykoottista oireilua. Yksittäisten pienten tutkimusten perusteella aivovaurion seurauksena alkavan aggression hoidossa voi olla hyötyä antipsykooteista, mielialantasajista, litiumista, masennuslääkkeistä, psykostimulanteista, dopamiiniagonisti amantadiinista sekä noradrenergiseen järjestelmään vaikuttavista lääkkeistä (esim. beetasalpaajista ja alfa-2-agonisteista, kuten guanfasiini ja klonidiini). Systemaattisissa katsauksissa selkeitä hyötyjä näistä lääkeaineista ei kuitenkaan ole kyetty osoittamaan useimmilla potilailla, joten lääkehoidon hyödyt täytyy harkita ja arvioida yksilötasolla. Erityisesti antipsykootteihin voi liittyä kognitiivisia ja neurologisia haittoja, joiden vuoksi niitä ei tulisi käyttää ensisijaisesti. Vahvin näyttö hyödyistä aggressiivisilla aivovammapotilailla on beetasalpaaja propranololilla sekä mielialantasajista karbamatsepiinilla (nykyään karbamatsepiini korvataan pitkälti okskarbatsepiinilla sen vähäisempien interaktioiden vuoksi) sekä valproaatilla.

Dopamiiniagonistien on osoitettu parantavan aivovammapotilailla aivojen frontaalilohkon toimintaa ja kognitiivisia toimintoja. Siten ne voisivat myös parantaa impulssikontrollia. Yhden kaksoissokkotutkimuksen mukaan amantadiinin todettiin vähentävän aggressiivisuutta aivovammasta kärsivillä potilailla, mutta toisessa laajemmassa tutkimuksessa tulos ei toistunut. Dopamiinin takaisinotonestäjillä, kuten metyyylifenidaattilla, ei ole havaittu selkeää aggressiota vähentävää tehoa aivovammapotilailla, vaikka niillä on osoitettu muita hyötyjä.

### *Kehitysvammaisen impulsiivisen aggression lääkehoito*

Älyllisessä kehitysvammassa erityisesti antipsykoottisen lääkityksen vaikutuksia aggression vähentämiseen on tutkittu varsin paljon, mutta tulokset ovat ristiriitaisia. Pidempiaikaisesta antipsykoottisesta lääkityksestä voi aiheutua haittoja, ja selkeimmin hyödyt ovat nousseet esiin lyhytaikaisessa käytössä, mihin tulisikin siksi pyrkiä. Yksittäisten tutkimusten perusteella myös litiumista sekä beetasalpaajista voi olla hyötyä aggressiivisuuden ja levottomuuden hoidossa älyllisesti kehitysvammaisilla.

## *Dementiaa sairastavan impulsiivisen aggression lääkehoito*

Dementoiviin sairauksiin, kuten Alzheimerin tautiin, liittyvän aggressiivisuuden hoidossa on kokeiltu useita eri lääkeaineita, ja paras näyttö on jälleen sairauksien perushoidossa käytetyillä lääkeaineilla, kuten asetyylikoliiniesteraasin estäjillä Alzheimerin taudissa. Vasteet lääkkeisiin voivat kuitenkin olla yksilöllisiä, joten yhden lääkeaineen tehon jäädessä puutteelliseksi voi olla hyödyllistä kokeilla muita vastaavia. Myös memantiinin on osoitettu olevan tehokas sekä yksittäin että yhdistettynä asetyylikoliiniesteraasin estäjiin.

SSRI-lääkkeiden on osoitettu vähentävän kiihtyneisyyttä ja agitaatiota sekä dementiaan liittyviä harhaluuloja ja siten aggressiota. Näistä paras näyttö on sertraliinilla sekä sitalopraamalla.

Antipsykooteilla on osoitettu tehoa psykoottisuuden ja aggression hallinnassa dementiapotilailla, mutta niiden käyttöön liittyy myös merkittävästi lisääntyntä kuolleisuutta (joka 8.–31. hoitoa käyttäneistä saa vakavia haittoja). Tästä syystä käyttöä tulisi harkita vain, jos muut keinot eivät ole osoittautuneet riittäviksi. Paras hyöty-haittasuhde lienee matalilla annoksilla risperidonia tai ketiapiinia.

Mielialantasaajien käytöstä dementiaa sairastavissa on todettu joissain tutkimuksissa hyötyä, lähinnä yhdistettynä antipsykooteihin, mutta myös merkittäviä haittoja. Paras näyttö on pienellä annoksella lamotrigiinia yhdistettynä antipsykoottiin.

Bentsodiatsepiinien käytöstä ei ole osoitettu pitkäaikaisia hyötyjä ja niiden käytöstä tulisi pidättäytyä. Huonosti kommunikoiden potilaiden kohdalla yhtenä aggression lähteenä on tärkeää muistaa myös kipua. Erityisesti jos aggressiivisuus provosoituu hoito- tai tutkimustoimenpiteiden yhteydessä, voi taustalla olla kipua, jota hoitamalla myös aggressiivinen käytös voi vähentyä.

## **Suunnitelmallisen aggression lääkehoito**

Tarkoitushakuiselle proaktiiviselle väkivallalle ei ole osoitettu olevan tehokasta lääkehoitoa, joskin yksittäisessä pienemmässä tutkimuksessa klotsapiinin on havaittu vähentävän tällaiseen väkivaltaan taipuvaisten antisosiaalisten henkilöiden väkivaltaisuutta. Aivokuvantamisen ja geneettisten sekä kantasolututkimusten perusteella myös opioidijärjestelmän toiminnan häiriöt saattavat liittyä erityisesti psykopatian neurobiologiaan. Opioidijärjestelmää salpaavilla tai aktivoivilla lääkkeillä saattaa tulevaisuudessa osoittautua olevan hyötyä antisosiaalisen aggressiokäyttäytymisen hoidossa.

## Vieroitusoireista kärsivän aggression lääkehoito

Päihteistä vieroittuvilla potilailla voi myös esiintyä aggressiivista käytöstä, jolloin vieroitusoireiden hoito yleensä vähentää aggressiivisuutta. Kliinisen kokemuksen mukaan hyötyä saattaa olla alkoholivieroituksessa bentsodiatsepiineista tai beeta-salpaajista, opioidivieroituksessa opioideista tai alfa-2-agonisteista ja psykostimulanttien vieroituksessa antipsykooteista.

## Muista myös muut väkivaltatapahtumia vähentävät tekijät

Etenkin laitososuhteissa aggressiiviseen ja väkivaltaiseen käyttäytymiseen vaikuttavat myös lukuiset muut tekijät, kuten henkilökunnan määrä ja kokemus, turvajärjestelyt sekä erityisesti potilaan kohtaaminen. Haastavan potilaan kohtaamisesta kerrotaan lisää seuraavassa luvussa.

### Kirjallisuutta

- Brown D, Larkin F, Sengupta S, Romero-Ureclay JL, Ross CC, Gupta N, Vinestock M, Das M. Clozapine: an effective treatment for seriously violent and psychopathic men with antisocial personality disorder in a UK high-security hospital. *CNS Spectr*. 2014 Oct;19(5):391–402. doi: 10.1017/S1092852914000157. Epub 2014 Apr 3. PMID: 24698103; PMCID: PMC4255317
- Deutsch SI, Burket JA. Psychotropic medication use for adults and older adults with intellectual disability; selective review, recommendations and future directions. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2021 Jan 10;104:110017. doi: 10.1016/j.pnpbp.2020.110017. Epub 2020 Jun 13. PMID: 32544599.
- Khalifa NR, Gibbon S, Völm BA, Cheung NH-Y, McCarthy L. Pharmacological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 9. Art. No.: CD007667. DOI: 10.1002/14651858.CD007667.pub3.
- Meyer JM, Cummings MA, Proctor G, Stahl SM. Psychopharmacology of persistent violence and aggression. *Psychiatr Clin North Am* 2016;39:541–56.
- Strassnig MT, Nascimento V, Deckler E, Harvey PD. Pharmacological treatment of violence in schizophrenia. *CNS Spectr*. 2020 Apr;25(2):207–215. doi: 10.1017/S1092852919001226. Epub 2019 Jul 25. PMID: 31342892.
- Taylor DM, Smith L, Gee SH, Nielsen J. Augmentation of clozapine with a second antipsychotic - a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2012 Jan;125(1):15–24. doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01792.x. Epub 2011 Nov 12. PMID: 22077319.
- Tiihonen J, Koskivi M, Lähteenvuo M, ym. Neurobiological roots of psychopathy. *Mol Psychiatry* 2020;25:3432–41.
- Weightman M, Kini R, Parker R, Das M. Pharmacological approaches to managing violence and aggression in prison populations: Clinical and ethical issues. *Drugs* 2020;80:1635–47.
- Warburton K, Cummings M. Pharmacological management of violence and violent behavior in psychiatric settings. *Psychiatr Times* 2020;37:15–6.



# 21 Oikeuspsykiatrinen hoito

TERO HALLIKAINEN, MIKKO JOENSUU, TATU TERÄVÄINEN JA  
OLAVI LOUHERANTA

## 21.1 Vuorovaikutuksen merkitys potilaan kohtaamisessa

Vuorovaikutus on kaiken oikeuspsykiatrisen työn ytimessä. Lähtökohtaisesti vuorovaikutustilanne on oikeuspsykiatriassa usein poikkeuksellisen haasteellinen; potilas on hoidossa tahdosta riippumatta ja usein kokenut pettymyksiä aiemmissa hoito- ja ihmissuhteissaan. Vaikka työ oikeuspsykiatrian parissa parhaassa tapauksessa opettaa vuorovaikutustaitoja, voi se myös johtaa poikkeukselliseen varautuneisuuteen. Pahimmillaan laitosvalta voi ohjata ammattilaisen käytöstä kohtuuttoman joustamattomaan suuntaan. Oikeuspsykiatrisen hoidon rooli tahona, josta potilasta ei voi siirtää hoidossa ilmenevien haasteiden perusteella muualle, sekä erityisesti nykyisen psykiatrisen käytännön mittapuulla pitkä hoitoaika tarjoavat vuorovaikutuksen harjoittelulle puolin ja toisin poikkeuksellisen mahdollisuuden. Potilaan tahdosta riippumaton hoito, henkilökunnan valta-asema ja kilpailun puuttuminen palvelun tarjonnassa asettavat oikeuspsykiatriselle työlle korostetun moraalisen vaatimuksen.

Turvallisuuteen vaikuttavat oikeuspsykiatrisessa työssä useat tekijät kuten tilaratkaisut, valvontalaitteet ja henkilöstömäärät. Vuorovaikutus ei tietenkään ole riippumaton edellä mainituista rakenteista, mutta yksittäisenä tekijänä se on keskeisessä asemassa pyrittäessä välttämään sekä henkilökuntaan että toisiin potilaisiin kohdistuvia aggressioita. Yksittäisistä seikoista mainittakoon, että käytännön kokemus on osoittanut potilaan vähättelyn ja häpäisyn välttämisen olevan äärimmäisen tärkeää. Tämä korostuu tunne-elämältään epävakaita ja antisosiaalisia potilaita kohdattaessa. Tilanteet, joissa luontaisena reaktiona olisi vasta-aggressio, olisi tietoisesti opeteltava hallitsemaan rakentavammilla tavoilla.

Myös diagnostiikassa vuorovaikutuksella on suuri merkitys. Psykiatrinen diagnoosi perustuu suureksi osaksi varsin intiimien kokemusten ja tuntemusten läpikäyntiin luottamuksellisessa, ammatillisessa vuorovaikutussuhteessa. Pelkät kyselylistat eivät riitä rakentamaan otollisia olosuhteita luotettavalle tiedonkululle. Tutkittavalle tai potilaalle olisi synnyttävä aito vaikutelma turvallisuudesta, tuomitsemattomuudesta ja aidosta kiinnostuksesta.

Hoitosuhteessa vuorovaikutus on ilmeinen avaintekijä. Lääke- ja hoitotieteessä on vaarana olettaa, että käyttäytyminen ja päätöksenteko on useimmiten rationaalista ja faktapohjaista. Sosiaalinen vuorovaikutus ja vaikutusvalta välittyvät kuitenkin myös useiden muiden, enemmän tai vähemmän tiedostettujen, ei-rationaalisten kommunikaatiomekanismien kautta. Lääke- ja hoitotieteen alalla tätä ei ole ymmärretty tai haluttu hyväksyä siinä määrin, kuin vaikkapa markkinoinnin ja myyntityön alalla. Ei kuitenkaan riitä, että kerromme lääkitykseen liittyvät tieteelliset faktat tai luotamme auktoriteettimme voimaan; tästä todisteena lienee monien mieltymys esimerkiksi täysin vailla tieteellistä pohjaa oleviin, mutta johonkin tunne-elämän tarpeeseen vastaaviin, uskomushoitoihin. On osattava kohdata potilaan yksilölliset huolet, tarpeet ja motiivit silloinkin, kun potilasta yritetään motivoida vahvaan tutkimusnäyttöön perustuviin hoitoihin. Sama myymisen idea koskee kaikkia kuntoutussuunnitelman osa-alueita. Vuorovaikutustekijät ratkaisevat monesti myös toiminta- ja työterapian onnistumisen.

Yksilön hoitosuhteissa vuorovaikutus mielletään todennäköisesti helpommin tärkeäksi, mutta vaarana on herpaantuminen esimerkiksi yllättäen osaston käytävällä vastaan tulevilla tilanteilla. Yllättävän oleellista saattaa olla myös keskinäinen käyttäytymisemme. Kohtelias ja toiset huomioiva käyttäytyminen luo työyksikköön turvallista tunnelmaa ja parantaa työssä jaksamista. Hyvä sosiaalinen toimintakyky oikeuspsykiatriassa on yhtä tärkeä kuin vakaa käsi kirurgiassa.

## Vuorovaikutusta häiritsevät neurobiologiset tekijät

Potilaan vihamielisyys, uhkaavuus ja väkivaltaisuus ja näiden herättämä pelko ovat keskeisiä vuorovaikutusta haittaavia tekijöitä. Oikeuspsykiatriassa niiden taustalla on usein potilaan aivojen poikkeava toiminta, joka johtuu rakennepoikkeamista, perimästä, haasteellisista kasvuolosuhteista, vaikeasta psyykkisestä sairaudesta tai päihtymyksestä. Potilaalle ymmärrettävästi esitetty tieto tukee hänen aikuista, kypsää puoltaan ja synnyttää luottamusta. Potilaalle tulee potilaslainkin mukaan antaa mahdollisuuksien mukaan vapaus valita eri hoitovaihtoehdoista. Vaikeista psykoosisairauksista kärsivät potilaat ovat usein sairautentunnottomia tai heillä on vaikeuksia hyväksyä pitkäaikaista sairautta osaksi identiteettiään. He saattavat myös ovat pettyneitä sairauden sävyttämään elämäänsä ja hoitokeinojen vajavaisuuteen, mikä ei edistä vuorovaikutusta.

Yleiset väkivallan riskitekijät laajojen tutkimuskatsausten mukaan ovat mieskupuoli, nuori ikä, heikko toimeentulo ja matala koulutustaso, ajankohtainen päihdehäiriö, lapsuuden kaltoinkohtelu ja osattomuus, sopeutumisongelmat jo alakouluikässä ja lapsena alkanut päihteiden käyttö sekä usein näistä lähtökohdista kehittynyt aikuisiän antisosiaalinen persoonallisuushäiriö. Nämä samat tekijät nostavat väkivaltariskin korkeaksi myös psykoosisairauksien yhteydessä. Tiedetään, että esimerkiksi skitsofreniapotilailla päihdehäiriö on jopa 3–6 kertaa tavallisempi kuin yleisväestössä. Tunnettujen suomalaistutkimustenkin mukaan oikeuspsykiatristen potilaiden riski syyllistyä henkirikokseen pitkän sairaalahoidon jälkeen säilyy avohoidossa vuosia monikymmenkertaisena yleisväestöön verrattuna. Toisaalta vain noin viisi prosenttia suomalaisista henkirikoksen tekijöistä on syyntakeettomia. Syyntakeettomuuden aiheuttaa useimmiten skitsofrenia. Oikeuspsykiatriseen hoitoon määrätty skitsofreniapotilaat edustavat kuitenkin alle viittä prosenttia niistä, jotka potevat tätä sairautta. He ovat siten harvinainen poikkeus sekä rikoksentekeijöiden että skitsofreniapotilaiden joukossa, ja tälle poikkeavuudelle leimaa antavia piirteitä ovat aiempi rikoshistoria, päihdehäiriö ja psykoosisairauden hoidon laiminlyönti sekä toistuvat uudet psykoosit. Päihdekäytön erityisongelma skitsofreniapotilaan kohdalla on, että sairaus sinällään heikentää aivojen etuosien toimintaa ja harkintakykyä, mikä voi johtaa impulsiivisuuteen ja myös yllättävään väkivaltaan. Päihteet puolestaan heikentävät harkintakykyä edelleen.

Hoitosuhteen ainakin hetkellisesti katkaisevaan väkivaltaan on syytä pyrkiä varautumaan ja ehkäisemään sitä ennalta. Edellä mainittujen riskitekijöiden tunnistaminen on keskeistä. Lisäksi on syytä muistaa, että optimistisenkin arvion mukaan korkeintaan puolet skitsofreniapotilaista tiedostaa sairautensa ja ymmärtää säännöllisen lääkehoidon tarpeen. Akuutissa psykoosissa vain kaksi prosenttia potilaista tietää ahdistavien oireiden ja pelkojen liittyvän psykoosiin. Siten ennestään tuttu potilaskin saattaa yllättäen hyökätä auttajansa kimppuun oireiden provosoimana. Väkivallan välttämässä omien pelon tunteiden tarkkaileminen on keskeistä. Pelottavaan tilanteeseen ei ole viisasta jäädä potilaan kanssa kahden. Uhkailevalle potilaalle pitäisi tarjota kunniallista vaihtoehtoa, perääntymistietä. Viisasta on silloinkin tuoda esiin ammatillinen halu auttaa potilasta. Toisaalta psykoottisen tai päihtyneen henkilön kanssa vuorovaikutus ei etene tavanomaisesti tai välttämättä lainkaan. Puheet on syytä lopettaa viimeistään siinä vaiheessa, kun väkivallan riski on jo välitön. Tällöin tulee tehdä hälytys ja poistua tilanteesta. Näistä tilanteista tulee aina informoida yksikön ja organisaation johtoa, ja ne tulee käydä läpi työyhteisössä vastaavien tapausten ehkäisemiseksi jatkossa.

## Vuorovaikutuksellinen suoriutuminen

Vuorovaikutustilanne on joka kerta uusi, koska tilanteiden yksityiskohdat vaihtelevat ennestään tuttujenkin ihmisten kohdatessa. Tilanteissa osallisina olevat henkilöt – sekä potilaat että työntekijät – ovat vireystilaltaan, taidoiltaan ja jaksamiseltaan, lyhyesti sanottuna suorituskyvyltään, eri hetkinä eri tasolla. Kitkattoman vuorovaikutuksen lähtökohtana voidaan pitää toisen ihmisen subjektiviteetin kunnioittamista, mutta oikeuspsykiatrian arki aiheuttaa erityisiä haasteita tämän kultaisen säännön noudattamiselle.

Työntekijän näkökulmasta vuorovaikutuksen keskiössä tulisi ideaalisesti olla *ei-tietävä asennoitumistapa*. Tämä tarkoittaa yksinkertaisuudessaan sen tosiasian tunnustamista, että koulutuksestaan, työroolistaan ja kliinisestä kokemuksestaan huolimatta työntekijä ei voi tarkalleen tietää potilaan koko tilannetta: mitä potilas tuntee, ajattelee ja mitkä ovat olleet hänen elämänolosuhteensa. Ideaali on kuitenkin jo määritelmällisesti eri asia kuin realiteetti: todellisuudessa työntekijän oman vireystilan vaihtelut, vuorovaikutustyön yleinen kuluttavuus ja potilaiden raskas psykopatologia altistavat työntekijän jatkuvasti ei-tietävän asenteen menettämiselle.

Yhteistä psykiatrisille häiriöille on se, että niissä kaikissa ihmisen kyky tarkastella asioita toisen näkökulmasta on heikentynyt. Potilaan kyky liittoutumiseen ja yhteistyöhön saattaa olla huomattavankin heikkoa, mikä ei tee vuorovaikutuksen kitkatonta sujumista helpoksi. Lisäksi on muistettava, että oikeuspsykiatrisen potilaan näkökulmasta usein vuorovaikutustilanteen panoksena on lopulta itsemääräämisoikeus omaan elämään, mikä tuo kohtaamisiin huomattavan affektiivisen lisälatauksen.

Vaikka roolien puolesta potilaan ja työntekijän suhteessa vallitsee epätasapaino, molempien positioiden taustalta löytyvät kuitenkin samat yleisinhimilliset perustarpeet ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa toimiseksi. Olemukseltaan nämä tarpeet ovat varsin ilmeisiä ja siten normaalisti näkymättömiä, mutta oikeuspsykiatrian arjessa niistä tullaan huomiota herättävän tietoisiksi.

Vuorovaikutusta ohjaavat neljä periaatetta:

1. Molemmilla osapuolilla on tarve kokea tilanteessa olonsa turvalliseksi.
2. Molemmilla on tarve ymmärtää, mitä tilanteessa tapahtuu.
3. Molemmilla on tarve kokea itsensä aktiiviseksi toimijaksi eli kokea, että omalla toiminnalla on merkitystä tilanteen kehittymiselle.
4. Molemmilla on ehdoton tarve säilyttää tilanteessa kasvonsa: kumpikaan ei halua tulla nolatuksi tai häpäistyksi.

Jos nämä peruseriaatteet eivät täyty, vuorovaikutustilanne on altis konfliktin ilmenemiselle. Kokiessaan oman vaikutusvaltansa ja statuksensa alenevan, ihmisellä on taipumus pyrkiä palauttamaan sitä jopa aggressiivisesti: joko fyysisesti, sanallisesti tai passiivis-aggressiivisesti.

Vuorovaikutuksen peruseriaatteiden tärkeyttä voidaan havainnollistaa kliinisestä arjesta tutuin esimerkein sekä potilaan että työntekijän näkökulmista.

### **Potilaan näkökulma**

Tilanteiden kärjistyessä potilas ei välttämättä ole kokenut olevansa turvassa (periaate 1), koska hänellä on mielenterveyden häiriöstään johtuvia pelkoja tai/ja traumaattisia kokemuksia aikaisemmilta hoitajaksoilta. Hän ei ehkä hahmota mitä hänen ympärillään tapahtuu, koska hänen terveydellinen tilansa ei salli realistisen kokonaiskuvan hahmottamista tai hänelle ei ole työntekijöiden toimesta osoitettu toivottavaa yhteistyötä: potilas ei yksinkertaisesti ymmärrä (periaate 2), kuinka hänen tulisi tilanteessa toimia tai kuinka hänen tulisi muuttaa työntekijöiden haitallisena pitämää käyttäytymistä.

Potilaalle ei voi syntyä toimijuuden tunnetta (periaate 3), jos hän kokee tilanteen sellaiseksi, että on täysin työntekijän vallassa, miten asiat sujuvat. Tällaisessa asetelmassa potilaan kokemus vuorovaikutustilanteen sujumisesta voi olla kielteinen, koska hän kokee oman roolinsa ja omat vaikutusmahdollisuutensa hyvin vähäisiksi tai olemattomiksi.

Huonoimmillaan potilas kokee vuorovaikutustilanteen seurauksena menettäneensä kasvonsa tai tulleen häpäistyksi (periaate 4), mikä on omiaan synnyttämään narsistista raivoa väkivallan tai vakavan itsetuhoisuuden muodossa.

### **Työntekijän näkökulma**

Kun eskaloitunutta vuorovaikutustilannetta tarkastellaan puolestaan työntekijän näkökulmasta, on selvää, että potilaan kohdistamat verbaliset aggressiot ja fyysisen väkivallan uhka ovat omiaan murentamaan tilanteessa koettua turvallisuuden tunnetta (periaate 1). Toisaalta sinällään rauhallisessakin tilanteessa työntekijän edellytykset hahmottaa vuorovaikutuksen kulkua voivat vaarantua (periaate 2), jos potilas on käyttäytymisessään hajanainen, puheessaan syrjähtelevä tai peräti täysin puhumaton.

Työntekijän toimijuuden tunne (periaate 3) voi puolestaan vaarantua esimerkiksi silloin, jos potilas on hyvin manipulatiivinen, rajoja kunnioittamaton tai käyttää avoimen aggressiivista vuorovaikutustapaa (karjumalla käskeminen, lyömisen yrittäminen). Mikäli työntekijällä ei ole työyhteisönsä tukea (resurssipula, väärin tehty riskiarvio), on vuorovaikutustilanteen kontrolli vaarassa lipua potilaan puolelle.

Huonoimmillaan työntekijä voi kokea menettäneensä kasvonsa (periaate 4) paitsi potilaan, myös muiden tilanteeseen osallistuneiden työntekijöiden edessä. Kroonistuessaan loukkaukset ja traumat voivat johtaa työntekijän kyynistymiseen ja etäisyyden ottamiseen potilaiden kokemusmaailmasta.

Joutuessaan potilaan kritiikin kohteeksi auttajan on annettava tietoa potilaan oikeuksista valittaa tai kannella huonoksi kokemastaan kohtelusta tai hoidosta: sekin ilmentää sitä valinnanvapautta, joka kertoo potilaan toimijuudesta. Ammat-

ti-identiteetti tulee säilyttää, eikä kannata jäädä riitelemään potilaan kanssa, jos realiteettien kertaaminenkaan ei auta. Auttaja ei voi ottaa kaikesta vastuuta, eivätkä kaikki potilaat tule vastaanotolle apua saadakseen. On kuitenkin olennaista muistaa, että manipulatiivisuuden, päihdeongelman tai vihamielisyyden takana voi olla sairaus, joka kaipaava hoitoa. Jos auttajan on aihetta pyytää potilaalta anteeksi, se tulee tehdä. Anteeksipyyntöä ei kuitenkaan tule tehdä mielistelläkseen potilasta, tai antautuakseen manipuloitavaksi.

## Asenteiden merkitys

Sosiaali- ja terveydenhuollon aloilla on pitkään pidetty itsestään selvänä, että ammattitutkinnon suorittanut henkilö osaa käyttäytyä asiakkaiden ja potilaiden kanssa vuorovaikutustilanteissa oikein ja moitteettomasti. Todellisuudessa ammattihenkilöillä on suuria eroa vuorovaikutukseen liittyvissä kyvyissä, koulutuksessa ja jopa asenteissa.

Hankalaksi koetuissa kohtaamistilanteissa juuri ennakoasenteet värittävät lopputulosta. Jännite muuttuu erityisen suureksi oikeuspsykiatristen ja vaikeahoitoisten potilaiden hoidossa, jossa työskennellään kahden vastakkaisen voiman välissä. Yhtäällä sekä ammattilaisella että asiakkaalla on tarve auttaa ja saada apua, toisaalta auttamistilanteessa on usein väijäämätöntä rajata, puuttua tai kieltää aikeita tai toimintaa, joka jatkuessaan vahingoittaisi potilasta tai muita ihmisiä (päihheet, väkivalta, lastensuojelun kysymykset).

Auttajan käyttämä ammattikieli voi jo itsessään muistuttaa valta-asemasta: sinulla on puutteellinen ymmärrys tai tieto omasta parhaastasi. Potilaan pelko, aiempi huono kohtelu tai pienuuden ja häviämisen kokemus valmistavat potilasta taisteluun – ei tautia, sairautta tai ongelmaa vastaan, vaan kaikkia ja kaikkea vastaan. Kohtaamisen toimintaympäristö tulisi miettiä huolellisesti sanoittamattoman valta-asetelma huomioiden. Samalla tasolla istuminen, kiireettömyys, kahvin, limonadin tai pullan tarjoilu sekä muut vastaavat keinot osoittavat, että vuorovaikutuksen vastapuolta arvostetaan. Potilasta tai asiakasta on kohtaamistilanteessa vaikea muuttaa. Hyvässä tapauksessa työntekijä hahmottaa potilaan erityiset vaikeudet vuorovaikutuksellisissa tilanteissa ja kykenee mukauttamaan omaa käyttäytymistään siten, että tilanne on turvallinen ja rauhallinen.

Potilaan tai asiakkaan vuorovaikutuksellisen kohtaamisen on perinteisesti nähty rakentuvan potilaasta lähteväksi ja etenevän vuorovaikutuksen sisäisten tekijöiden johdattamana. Viimeaikainen oikeuspsykiatriseen hoitamiseen liittyvä tutkimus on nostanut esille vuorovaikutusta määrittävänä tekijänä työntekijöiden ja organisaatiossa vallitsevan asenteen. Asenne voi käydä ilmi esimerkiksi epävirallisten kahvihuonekeskusteluiden kielenkäytössä. Pahimmillaan potilaita voidaan pitää ”hulluina murhaajina” ja vuorovaikutuksellisia keinoja ”hyysäämisinä”. Toisaalta auttajan ja ammattilaisen kyky luoda ja ylläpitää toivoa yksilöllisissä koh-

taamistilanteissa vahvistaa oikeuspsykiatristen potilaiden ja heidän omaistensa voimavaroja. Vastentahtoinen potilas sekä mahdollisesti häntä saattava omainen ovat usein uupumukseen asti yrittäneet hakea apua vaikeaan tilanteeseen. Tällaisissa tilanteissa toivon tarjoileminen ja ylläpito riippuvat auttajan omasta asenteesta ja kyvystä tunnistaa jäljellä olevat voimavarat.

Asenne vaikuttaa tiedon, tunteen ja toiminnan tasolla. Tavat, käytännöt ja moraali voivat olla jäykkiä ja ongelmahakuisia. Ammattihenkilön keskuudessa saattaa vallita sanoittamaton yhteenkuuluvuuden vaatimus, jota vastaan nouseminen tulkitaan ryhmäjäsennyden haastamisena ja ryhmää koossapitävän voiman rapauttajana. Uudet ja kilpailevat ajatukset todetaan ”hömpötykseksi”. Työn ja vuorovaikuttamisen monimuotoisuus ja haastavuus pelkistetään yksinkertaisiin yleistyksiin: ”oikeisiin ratkaisuihin” ja jäykkiin toimintamalleihin. Samalla kadotetaan mahdollisuus puhua ja oppia virheistä ja epäonnistumisista sekä täydentää omaa ammattitaitoa oppimalla omista ja muiden kokemuksista.

## Kirjallisuutta

- Askola, Riitta (2018): Rikoksestaan syyntakeetomana tuomitsematta jätetty oikeuspsykiatrinen potilas ja hänen hoitonsa. Potilaan, vanhempien ja hoitajien näkökulmat. Acta Universitatis Tamperensis 2417. Tampere University Press. Tampere.
- Fazel S ym. (2009): Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. PLoS-Med6(8):e1000120.doi:10.1371/journal.pmed.1000120
- Hallikainen T, Repo-Tiihonen E. Psykoottisen potilaan aggressio – ehkäisy ja hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2015; 131: 65–9.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Laukkanen, Emilia (2021): Coercive measures in Finnish psychiatric inpatient care – special emphasis on psychiatric nursing managers’ attitudes. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in health sciences 608. University of Eastern Finland. Kuopio.
- Rantaeskola S, Hyyti J, Kauppila J, Koskelainen M. (2015): Haastavat asiakastilanteet. Talentum
- Rask, Mikael; Brunt, David (2007): Verbal and social interactions in the nurse–patient relationship in forensic psychiatric nursing care: a model and its philosophical and theoretical foundation. Nursing Inquiry 2007; 14(2): 169–176.
- Repo-Tiihonen E, Hallikainen T. Epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2016; 132(2): 130–6.
- Turpeinen S (2018): Substantiivinen teoria oikeuspsykiatrisen potilaan toivon ylläpitämisestä. Acta Universitatis Tamperensis 2354. Tampere University Press. Tampere.

## 21.2 Moniammatillinen oikeus- psykiatrinen hoito ja kuntoutus

Tässä luvussa kuvataan oikeuspsykiatrisissa yksiköissä annettavaa hoitoa ja kuntoutusta. Kohderyhmänä ovat näin ollen sekä mielentilatutkimuksen jälkeen hoitoon määrätyt potilaat että erityistason hoitoon lähetetyt haasteelliset potilaat, erityisesti MTL 6 §:n mukaiset potilaat, joiden hoitaminen on erityisen vaarallista tai vaikeaa.

### Oikeuspsykiatrisen hoidon lähtökohdat ja tavoitteet

Oikeuspsykiatrisella osastolla hoidettavien potilaiden psykoosisairaus oireilee usein vaikea-asteisesti ja sairautentunto on puutteellinen. Potilaiden keskeisenä ongelmana on erityisesti muihin kohdistuva väkivaltainen käyttäytyminen tai sen riski. Yli puolella potilaista on todettavissa samanaikainen persoonallisuushäiriö, ja valtaosalla potilaista hoitoa komplisoi päihdeongelma. Koska päihteiden käyttö altistaa psykoosin uusiutumiselle, heikentää hoidon tulosta ja vähentää hoito-omyyntyyttä, päihderiippuvuuden hoitaminen on välttämätöntä.

Hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin lähtökohtina ovat potilaslähtöisyys ja moniammatillinen työryhmätyöskentely. Hoito perustuu yksilölliseen ja säännöllisesti päivitettävään hoitosuunnitelmaan. Oikeuspsykiatrialla hoidossa olevien potilaiden psykoosisairaus on useimmiten skitsofrenia tai skitsoaffectiivinen häiriö, joten hoitoyksiköissä tulisi kiinnittää huomiota skitsofrenian hoitosuosituksen noudattamiseen sekä yksittäisten potilaiden hoidossa että yksikön palvelu- ja kuntoutusvalikoimaa suunniteltaessa.



Psykoosilääkitys, pitkäjänteinen ja luottamuksellinen hoitosuhde, potilaan ja hänen läheistensä koulutuksellinen terapia (psykoedukaatio), psykososiaalinen yksilöhoito sekä potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua lisäävä monipuolinen ryhmämuotoinen psykososiaalinen kuntoutus ovat hoidon keskeisiä elementtejä. Elintapaohjaus, terveiden elintapojen edistäminen, somaattisen terveydentilan huomioiminen ja erityisesti kardiometabolisten riskien pienentäminen on tärkeää. Hoito- ja kuntoutusmuotojen kehittämällä pyritään löytämään keinoja pakon käytön vähentämiseksi.

Oikeuspsykiatrisen hoidon ja kuntoutuksen tavoitteena on poistaa oireet tai lievittää niitä, estää tai vähentää uusia psykoosijaksoja ja niiden vaikeusastetta sekä parantaa potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua. Hoitomyöntyvyyden aikaansaaminen ja pitkäjänteisen hoitomotiivaation kehittyminen ovat hoidon tärkeitä päämääriä. Väkivallan ennaltaehkäisy ja ennakointi ovat osa oikeuspsykiatrista hoitoa. Ajankohtainen tieto potilaan voinnista ja strukturoitujen väkivaltariskin arviointimenetelmien käyttäminen on keskeistä. Myös suojaavien tekijöiden vaikutus kokonaisriskiin tulee huomioida. Mahdollisten väkivaltatilanteiden hyvä jälkihoito edistää potilaan hoitoa.

## Hoidon alkuvaihe ja osastohoidon järjestäminen

Oikeuspsykiatrisen hoidon alussa potilaan tilannetta arvioidaan kokonaisvaltaisesti ja yksilöllisesti. Potilaalle järjestetään turvallinen hoitoympäristö, ja potilaan toiveita ja odotuksia hoidon suhteen on hyvä kuulla. Potilas perehdytetään osaston tiloihin, toimintaperiaatteisiin ja päiväohjelmaan. Potilaan elämäntilanne, suhteet läheisiin, erityisesti alaikäisiin lapsiin ja muuhun lähiverkostoon, tulisi kartoittaa hoidon alkuvaiheessa. Mahdollisuuksien mukaan sosiaalityöntekijä arvioi potilaan sosiaalityön tarvetta pian hoitoon saapumisen jälkeen ja laatii myöhemmin laajemman selvityksen sosiaalisesta kokonaistilanteesta, jossa kartoitetaan potilaan läheis- ja viranomaisverkostoa sekä taloudellista tilannetta.

Ensimmäisten hoitoviikkojen aikana potilaalle tulisi valita vähintään kaksi omahoitajaa tai perustaa laajempi hoitotiimi. Hoitoryhmään kuuluvan hoitajan olisi suositeltavaa olla potilaan suostumuksella yhteydessä potilaan läheisiin ensimmäisten hoitoviikkojen aikana. Oikeuspsykiatrisen hoito perustuu lääkärin ja moniammatillisen työryhmän yhdessä potilaan kanssa tekemään kirjalliseen hoitosuunnitelmaan. Hoitosuunnitelmassa huomioidaan potilaan yksilölliset tarpeet, joiden pohjalta kirjataan hoidon ja kuntoutuksen tavoitteet sekä keinot niiden saavuttamiseksi. Potilaan suostumuksella läheiset voivat osallistua hoitosuunnitelman laatimiseen. Hoitosuunnitelma tulisi laatia ensimmäisten hoitoviikkojen aikana sekä päivittää osastosiirtojen yhteydessä ja säännöllisesti hoidon aikana, esimerkiksi kolmen-kuuden kuukauden välein kuntoutustilanteesta riippuen.

## Esimerkki hoito- ja kuntoutussuunnitelman sisällöstä

---

### Taustatiedot

- Henkilötiedot
  - Hoitoryhmä
  - Diagnoosit
  - Neuvottelupäivä
- 

### Sairaalaan tulossy

---

#### Edeltävän seurantajakson aikana käytetyt psykososiaaliset hoitomuodot

- omahoitajasuhteen toteutuma
  - psykoterapia
  - psykoedukaatio
  - perhe- ja verkostotyö
  - kognitiivinen kuntoutus
  - terapeuttiset ryhmäinterventiot
  - luovat menetelmät ja mindfulness
  - sosiaalisten taitojen ja sosiaalisen kognition harjoitteet
  - arkielämän taitojen harjoittelu
  - toimintaterapia
  - työterapia
  - ammatillinen kuntoutus ja opiskelu
- 

#### Nykytilanteen kartoitus

- Psykykkisen voinnin vahvuudet ja haasteet
  - Fyysisen voinnin vahvuudet ja haasteet
  - Sosiaaliset vahvuudet ja haasteet
  - Päivittäinen toimintakyky
- 

#### Hoidon tarve, hoidon tavoitteet ja hoitokeinot

- Lyhyen aikavälin tavoitteet
  - Pitkän aikavälin tavoitteet
  - Keinot
  - Vastuuhenkilöt
- 

#### Riippuvuussairauksien hoito ja kuntoutus

---

#### Kriisisuunnitelma

- Stressi- ja kriisitilanteen varomerkit
  - Potilaan rauhoittumiskeinot stressi- ja kriisitilanteisiin
- 

#### Suunnitellut tutkimukset ja muu tiedonkeruu

---

#### Kliiniset arvioinnit

- Toimintakyvyn arvio (GAF)
  - Väikivaltariskin arvio (esim. V-Risk-10, START)
-

Hoitosuunnitelman tueksi toimintaterapeutti voi tehdä tarvittaessa yksilöllisen toimintakyvyn arvioinnin, joka on joko laaja-alainen kartoitus potilaan toimintamahdollisuuksiin vaikuttavista tekijöistä tai kohdentuu erityisesti johonkin toimintakyvyn osa-alueeseen kuten esimerkiksi ajan käytön hallintaan tai päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. Toimintakyvyn arvioinnissa saadaan kuvailevaa tietoa potilaan toimintakyvyn rajoituksista ja vahvuuksista sekä niiden vaikutuksesta päivittäiseen arkeen.

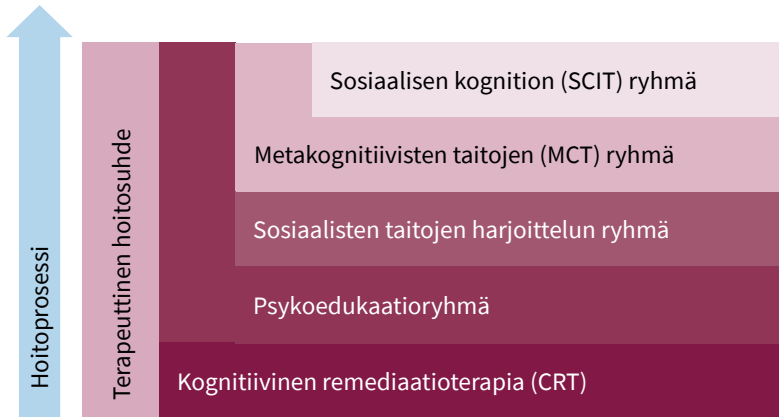
Osastohoidon toteuttamisessa on tärkeää, että hoitoyhteisö on turvallinen, rauhallinen ja toiminnaltaan selkeä. Keskeistä on vuorovaikutuksen syntyminen, luottamuksen rakentuminen ja yksilöllisten tarpeiden huomioiminen. Mahdollisimman ennakoitava päivä- ja viikko-ohjelma tukee potilaan kuntoutumista. Turvallisten vuorovaikutussuhteiden, selkeiden toimintamallien ja asianmukaisen lääkehoidon keinoin vähennetään rajoittavien toimenpiteiden tarvetta.

Yhteisöhoiton tavoitteena on potilaan sosiaalisten taitojen, vastuullisuuden ja oma-aloitteisuuden lisääntyminen. Yhteisöhoitoa toteuttavissa yksiköissä potilailla on mahdollisuus suunnitella ja vaikuttaa osaston toimintoihin viikoittaisissa osastokokouksissa. Yhteisölliset tehtävät ja toiminnot usein vaihtelevat eri osastoilla.

Potilaita tulee rohkaista ja tukea pitämään yhteyttä läheisiinsä. Potilaan suostumuksella hoitavien tahojen on suositeltava pitää säännöllisesti yhteyttä läheisiin ja keskustella potilaan hoitoon liittyvistä asioista.

## Psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmuodot

Psykososiaalisten hoitomuotojen ja kuntoutuksen yksilöllistä tarvetta kartoitetaan hoitosuunnitelman laatimisen yhteydessä. Kartoituksessa huomioidaan potilaan psyykinen, fyysinen, sosiaalinen ja päivittäinen toimintakyky sekä suhteet läheisiin. Hoito- ja kuntoutusinterventiot toteutetaan siten, että ne muodostavat toisiansa tukevan kokonaisuuden (kuvio 21.2.1).



Kognitiivinen remediaatioterapia (CRT) on soveltuva menetelmä jo hoidon alkuvaiheessa. Metakognitiivisten taitojen (MCT) ryhmän tavoitteena on auttaa potilaita tunnistamaan deluusioiden taustalla olevia kognitiivisia vääristymiä. MCT- ja psykoedukaatioryhmiin potilas voi osallistua useamman kerran hoitajakson aikana.

**Kuvio 21.2.1. Esimerkki psykososiaalisesta hoitomallista, jonka perustana on koko hoitajakson jatkuva terapeuttinen hoitosuhde.**

Hoitosuhdetyötä tekevät hoitosuhdekoulutuksen saaneet sairaanhoitajat, lähihoitajat, mielisairaanhoitajat, psykologit ja lääkärit. Hoitosuhdetyöskentelyssä tavoitteena on kahdenkeskisen vuorovaikutuksen keinoin mm. käynnistää tai edistää potilaan psyykkisiä kehitysprosesseja, kohentaa potilaan kykyä havaita ja muuttaa haitallisia ajatus- ja toimintatapojaan sekä opettaa, harjoittaa ja ylläpitää taitoja ja valmiuksia. Säännöllinen ja tukea antava hoitosuhde on tärkeä inhimillisen myötäelämisen, rohkaisun ja käytännön arjen ongelmien käsittelemisessä.

Potilas voidaan ohjata tarpeen mukaisesti yksilöpsykoterapiaan. Erityisesti kognitiivisten psykoterapeuttisten menetelmien avulla voidaan vähentää psykoottisten oireiden vaikutusta käyttäytymiseen potilaan oman ajattelun tarkastelun ja itsehavainnoinnin kautta, sekä mahdollisesti lyhentää sairaalahoidon kestoa ja parantaa sosiaalista toimintakykyä.

Koulutuksellinen terapia eli psykoedukaatio on interventiomenetelmä, jonka tavoitteena on lisätä potilaan ymmärrystä omasta sairaudestaan ja sen hoidosta sekä lisätä potilaan hoitoon sitoutumista, edesauttaa aktiivisen roolin ottamista oman sairauden hoidossa ja parantaa potilaan selviytymiskeinoja. Tavoitteena on myös parantaa potilaan elämänlaatua esimerkiksi toivottomuuden tunteiden vähentämisen ja itsetunnon tukemisen kautta. Joko yksilöllisesti tai ryhmämuotoisena toteutettu psykoedukaatio kuuluu jokaisen skitsofreniaa sairastavan potilaan hyvään hoitoon (ks. tietolaatikko). Psykoedukaatioryhmissä kokemusasiantuntijoiden osallistuminen ryhmäkerroille on todettu hyödylliseksi. Skitsofreniaa sairastavan potilaan hoitosuhteessa ja psykoterapeuttisessa hoitosuhteessa on tavallisesti psykoedukaatiivisia elementtejä.

## PSYKOEDUKAATIORYHMIEN KURSSIOHJELMAT NIUVANNIEMEN SAIRAALASSA

### Skitsofrenian kanssa selviytyminen -kurssi 1

1. Ryhmään perehtyminen ja tutustuminen.
2. Mitä tarkoittavat psykoosi ja skitsofrenia?
3. Skitsofreniaan sairastuminen ja diagnosointi. Lakiin liittyvät asiat.
4. Skitsofrenian syyt, psykoosin varomerkit ja stressin vaikutus.
5. Skitsofrenian ennuste ja vaikutus elämään. Alkoholit ja huumeet.
6. Skitsofrenian lääkehoito.
7. Psykososiaaliset hoitomuodot ja kuntoutuminen.
8. Yhteenvetoa.

### Skitsofrenia ja elämänlaatu -kurssi 2

1. Ensimmäinen tapaamiskerta. Tutustuminen, ryhmän ja sen tavoitteiden esittely.
2. Psykoosiin sairastuminen, diagnoosin saaminen, hoitoon joutuminen.
3. Tahdosta riippumaton hoito, itsehoito ja elämänlaatu.
4. Sairauteen liittyvä leima ja sen vähentäminen.
5. Toipuminen vai parantuminen? Lopetuskerta.

Psykoedukatiiviset perheinterventiot, joissa käydään läpi sairauteen, hoitoon ja kuntoutukseen liittyviä asioita, kuuluvat skitsofreniapotilaan hoidon kokonaisuuteen. Perheinterventioiden on osoitettu parantavan hoidon jatkuvuutta, potilaan sosiaalista toimintakykyä, lääkehoidon toteutumista sekä vähentävän psykoosien uusiutumisen riskiä. Psykoedukaatioon osallistuminen vähentää omaisten kokemaa kuormitusta ja voi parantaa perheen tunneilmapiiriä.

Kognitiivisen kuntoutuksen on osoitettu kohentavan mm. toiminnanohjausta, tarkkaavaisuutta ja sanallista muistia. Vaikutus säilyy paremmin, kun se yhdistetään muuhun kuntoutustoimintaan. Kognitiivisella harjoittelulla, mm. CRT (Cognitive Remediation Therapy) -menetelmällä, on havaittu olevan myönteistä vaikutusta potilaiden kognitiivisiin toimintoihin. Sosiaalisen kognition hoito-ohjelmien (esim. SCIT, Social Cognition and Interaction Training) on todettu parantavan sosiaalista kognitiota, elämänlaatua ja sosiaalista toimintakykyä.

Osana potilaiden psykososiaalista hoitoa ja kuntoutusta voidaan toteuttaa terapeuttisia ryhmäinterventioita, esimerkiksi kognitiivisen terapian ja kognitiivisen käyttäytymisterapian periaatteisiin ja menetelmiin pohjautuvia tai toiminnallisia menetelmiä hyödyntäviä. Tavoitteena on harjoitella ja omaksua mm. vuorovaiku-

tustaitoja, oireiden hallintaa ja ongelmanratkaisutaitoja. Ryhmät on hyvä räätälöidä eri potilasryhmille yksilöllisten tarpeiden mukaan.

Luovissa menetelmissä taiteen eri elementtejä (kuten musiikkia, kuvataidetta, tanssia, kirjallisuutta ja ilmaisutaitoa) käytetään vuorovaikutuksen keskeisenä välineenä yksilöllisesti asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Erityisesti musiikki-terapian on todettu muun hoidon lisänä mahdollisesti auttavan skitsofrenian negatiivisiin ja yleispsykiatrisiin oireisiin, parantavan sosiaalista toimintakykyä sekä kohentavan elämänlaatua. Mindfulness eli hyväksyvä tietoinen läsnäolo harjoittaa tietoisuutta, huomion kiinnittämistä ja hetkessä olemista. Mindfulness-harjoitukset voivat auttaa tunnistamaan tunteita ja ajatuksia sekä hyväksymään ne sellaisinaan. Tietoisuustaitoja voi harjoitella esimerkiksi hengitysharjoitusten avulla.

Toimintaterapia voidaan aloittaa toimintakyvyn arvioinnin jälkeen tai hoitosuunnitelmassa tehdyn suunnitelman mukaisesti. Tavoitteena on edistää potilaan toimintamahdollisuuksia ja tukea potilasta ylläpitämään ja parantamaan toiminnallista suoriutumistaan. Terapiassa harjoitellaan ja kehitetään psyykkisiä, fyysisiä, kognitiivisia sekä sosiaalisia taitoja pyrkien mahdollistamaan potilaan selviytyminen hänelle merkityksellisistä ja tärkeistä päivittäisen elämän toiminnoista. Toimintaterapiaa voidaan toteuttaa sekä yksilö- että ryhmämuotoisena.

Sosiaalisia taitoja voidaan edistää mm. sosiaalisten taitojen ryhmissä ja yhteisöhoidon avulla. Myös asiointi sairaala-alueen ulkopuolella ja erilaiset virkistyskäynnit tukevat sosiaalista kuntoutumista. Arkielämäntaitojen (kuten esim. ruuanvalmistamisen, vaatehuollon, itsestä ja ympäristöstä huolehtimisen, tietokoneen käyttämisen, rahankäytön suunnittelun, asiointitaitojen, ajanhallinnan ja vapaa-ajan käytön suunnittelun) harjoittelu on kliinisen kokemuksen mukaan hyödyllistä skitsofreniapotilaiden hoidossa ja kuntoutuksessa. Erilaisten ahdistuksenhallinnan ja rauhoittumiskeinojen harjoittelu on tärkeää.

Työterapiatoiminta on osa oikeuspsykiatrasta kuntouttavaa hoitoa, jonka tavoitteena on mm. ylläpitää ja kehittää potilaan toimintakykyä ja sosiaalisia taitoja sekä tukea vuorokausirytmää. Työterapian toteutus suunnitellaan potilaan yksilöllisen tilanteen mukaan. Valtion oikeuspsykiatrisissa sairaaloissa on erilaisia työterapiayksiköitä, kuten ulkotyö-, puutarha-, kudonta-, askartelu- ja teknisen työn yksiköt.

Hoidon painoutuessa alkuvaiheen jälkeen kuntouttavampaan suuntaan on joissakin tapauksissa mahdollista edistää potilaiden ammatillista kuntoutusta. Potilas voi esimerkiksi suorittaa peruskoulun tai lukion loppuun sekä aloittaa uusia tai jatkaa aiemmin keskeytyneitä ammatillisia opintoja.

## Päihdeongelman hoito

Samanaikaisen päihdeongelman hoito on keskeistä oikeuspsykiatrisen potilaan kohdalla. Hoidossa motivoivan haastattelun ja kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan kuuluvien tekniikoiden yhdistäminen on hyödyllistä. Myös kokemusasiantuntijoiden käyttö, psykoedukaatio ja perheen tukeminen ovat suositeltavia menetelmiä. Päihderiippuvaisia potilaita motivoidaan ja ohjataan päihderyhmiin ja mahdollisuuksien mukaan AA/NA-ryhmiin. (Ks. luku 19.8 Päihteiden käyttö.)

## Fyysisen terveyden hoito ja terveiden elintapojen edistäminen

Elintapaohjaus vaikuttaa potilaiden terveyskäyttäytymiseen ja vähentää sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä. Merkittävin yksittäinen somaattista sairastavuutta ja kuolleisuutta aiheuttava riskitekijä on tupakointi. Se tulee huomioida kaikkien potilaiden kohdalla ja ohjata potilas tarvittaessa tupakoinnista vieroittaviin interventioihin. Tukea painonhallintaan ja tietoa terveellisistä elämäntavoista tulee tarjota kaikille potilaille. Painonhallinnassa tehokkaiden elintapainterventioiden toteuttamisessa suositellaan moniammatillista lähestymistapaa, missä mm. ravitsemusterapeutit ja liikunnan ammattilaiset ovat mukana sekä yksilö- ja ryhmähoitojen yhdistämistä.

Potilaan liikuntatottumukset on hyvä selvittää heti hoidon alussa ja liikunnan mahdollistamiseen on kiinnitettävä huomiota koko hoidon ajan. Säännöllinen, useita kertoja viikossa tapahtuva liikunta kohentaa psykoosipotilaan kuntoa, auttaa painonhallinnassa, lievittää psyykkisiä oireita sekä parantaa kognitiota ja elämänlaatua. Oikeuspsykiatrisen potilaan fysioterapian tavoitteena on tuki- ja liikuntaelinvaivojen ennaltaehkäisy ja kuntoutus. Psykofyysisellä lähestymistavalla pyritään luomaan potilaalle turvallinen ja luottamuksellinen suhde omaan kehoon sekä oppimaan rentoutumisen ja stressinhallinnan keinoja.

## Väkivaltakäyttäytymisen ennaltaehkäisy ja hallinta

Oikeuspsykiatrisessa hoidossa väkivaltakäyttäytymisen ennaltaehkäisy, ennakointi ja siihen puuttuminen ovat osa hoitoa. Skitsofrenian psykoosioireet saattavat johtaa väkivaltaisuuteen esimerkiksi vainoamispelkojen tai käskevien ääniharhojen vuoksi. Väkivaltariskin arvioinnissa käytetään kliinisen arvion lisäksi strukturoituja arviointimenetelmiä (esim. V-Risk-10, START ja HCR-20) huomioiden myös suojaavien tekijöiden vaikutus kokonaisriskiin. Potilaan hoitoon osallistuvaa henkilökuntaa on koulutettava väkivallan ennaltaehkäisyyn, ennakointiin ja turvalliseen rajoittamiseen.

Väkivaltatilanteiden hallinnassa mielenterveyslaissa määriteltyjä erityisiä rajoituksia, kuten eristämistä ja sitomista, tulee käyttää aina viimeisenä keinona, kun muut lievemmin rajoittavat hoitokeinot ovat riittämättömiä. Käytettyjen pakko-toimien on aina oltava asianmukaisia ja oikein mitoitettuja. Rajoittava toimenpide voi olla traumaattinen kokemus, joka vaikeuttaa myöhempää hoitoon sitoutumista. Hoidon jatkuvuuden kannalta on välttämätöntä aina väkivaltatilanteen jälkeen järjestää jälkipuinti, missä käsitellään potilaan kanssa tilanteeseen johtaneita syitä ja pohditaan yhdessä, miten vastaavilta tapahtumilta voitaisiin jatkossa välttyä.

Potilaan kanssa tehdään kriisin ja psykoosin oireiden uusiutumisen varalle kriisisuunnitelma, jossa varhaisten varomerkkien lisäksi kartoitetaan ja kuvataan potilaan toivomat yksilölliset toimintatavat ja rauhoittumiskeinot em. tilanteissa. Kriisisuunnitelman avulla pyritään tukemaan potilaan yksilöllisiä tapoja kontrolloida mahdollista väkivaltaista käyttäytymistään ja näin välttää pakkotoimia.

## Kirjallisuutta

- Aho-Mustonen K (2011): Group psychoeducation for forensic long-term patients with schizophrenia. Väitöskirja. Joensuu: University of Eastern Finland.
- Jia R, Liang D, Yu J, ym. The effectiveness of adjunct music therapy for patients with schizophrenia: A meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2020;293:113464.
- Kuokkanen R (2016): Cognition, metacognition and the patient perspective: New ways to evaluate and rehabilitate schizophrenia patients in forensic psychiatric care. Väitöskirja. Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Kurtz MM, Richardson CL. Social cognitive training for schizophrenia: a meta-analytic investigation of controlled research. *Schizophr Bull* 2012;38:1092–104.
- Muzio E, Oksanen J, Luoma L, ym. Kognitiivinen remediaatioterapia – uusi menetelmä skitsofreniapotilaiden kuntoutukseen. *Suom Lääkäril* 2010;65:909–14.
- Käypä hoito -suositus. (2020): Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim (viitattu 15.12.2021). Saatavilla internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- Suvisaari J, Hietala J, Jääskeläinen E, ym. Skitsofrenia. Kirjassa: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T, toim. *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2021, s. 199–256.
- Tuppurainen H, Kivistö P, Tiihonen J, ym. Skitsofrenian Käypä hoito -suosituksen laatu-kriteerien toteutuminen Niuvanniemen sairaalassa. *Suom Lääkäril* 2014;69:2549–53.
- Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;6:CD002831.



## 21.3 Psykoterapeuttiset menetelmät

Oikeuspsykiatrisen potilaan hoitoon määräämisen taustalla on potilaan psykoottistasoisen häiriön tai sairauden ja vakavan, usein väkivaltaisen rikoksen välinen syy-yhteys. Vaikka hoitotyö, samoin kuin yleispsykiatriassa, tavoittelee oireiden lievittymistä ja terveyden edistämistä, siinä lisäksi edellytetään myös rikoksen ja siihen liittyvien taustatekijöiden käsittelyä uusintaväkivallan ennaltaehkäisemiseksi. Oikeuspsykiatrisen potilaan hoidon tavoitteena on lisätä potilaan tietoa omasta tilanteestaan, kykyä huolehtia mielenterveydestään, taitoja säädellä käyttäytymistään ja halukkuutta sitoutua riskejä alentaviin interventioihin.

Perustan oikeuspsykiatriselle hoidolle muodostavat riittävän tehokas psykoosilääkitys, terapeuttinen omahoitajasuhde, terapeuttiset osastoyhteisöt, toiminnallinen kuntoutuminen ja asteittainen avohoito-olosuhteisiin siirtyminen. Hoidossa potilaan psykoottinen oireilu saattaa monesti lievittyä ja hänen yleinen toimintakykynsä palautua melko nopeasti kiitos tehokkaan lääkehoidon, mutta potilaan kuntoutusta hidastaa monesti puutteellinen oman rikoksen jälkeisen kokonaistilanteen hahmottaminen, motivaation puutteet sekä samanaikaissairastavuus. Neuropsykiatrisissa, persoonallisuus- ja päihdehäiriöissä muutokset tapahtuvat hitaasti, ja ne altistavat hoitamattomina retkahduksille aikaisempaan ongelmakäyttäytymiseen. Potilaan puutteellinen kosketus omaan sairauteensa ja riskikäyttäytymiseen, tahdosta riippumaton hoito ja kokemus autonomian menetyksestä saattavat myös heikentää hoitomotivaatiota.

Monen potilaan taustasta löytyy myös toistuvia psykologisiksi traumaiksi luokiteltavia tapahtumia ja psykososiaalisia kuormitustekijöitä, kuten ihmissuhde-, työ- ja taloushuolia, jotka niin ikään saattavat vaikeuttaa oireilua ja hoitoon sitoutumista ja altistaa reaktiivisille ongelmakäyttäytymisille. Myös potilaan psy-

koottisessa tilassa tekemä rikos saattaa aiheuttaa hänelle psykologisen trauman, jolloin hämmennys, syyllisyys ja häpeä tapahtuneesta saattaa ylläpitää ja vaikeuttaa psyykkistä oireilua ja ongelmien työstämistä. Kuntoutuminen edellyttää siis multimodaalista työskentelyä ja potilaan sitoutumista riskikäyttäytymistä ennaltaehkäiseviin toimenpiteisiin, lääkitykseen, päihteettömyyteen ja rikollisesta toiminnasta pidättäytymiseen.

## Psykoterapia

Psykoterapia viittaa kohdennettuun, tavoitteelliseen hoidolliseen kohtaamiseen, jossa tietyn viitekehyksen mukaisesti sovelletaan psykologisia menetelmiä tavoitteena lievittää potilaan oireita ja kärsimystä, lisätä hänen keinojaan selviytyä ja vähentää hänen väkivaltariskiään. Monessa traditiossa psykoterapeutti työskentelee tiiviisti potilaan kanssa, varjellen dyadia ja luottamuksellista suhdetta. Luottamus luo pohjan työskentelylle myös oikeuspsykiatrisessa terapeuttisessa työskentelyssä, mutta potilaan tarpeet ja ongelmien luonne edellyttävät myös moniammatillista vuoropuhelua ja yhteistyötä. Pitkät hoitoajat ja -suhteet, potilaan rikos ja hänen elämänsähistoriansa voivat herättää voimakkaita arvoristiriitoja niin yksittäisissä hoitotyöntekijöissä kuin hoitoyhteisössä ja altistaa työntekijöitä sijaistraumatisoitumiselle ja myötätuntouupumukselle. Pitkäkestoinen altistuminen potilaan ongelmille voi heikentää työntekijän kokemusta omasta kyvykkyydestä ja tilannekontrollista ja altistaa ylilyönneille, rajojen häilyvyydelle ja virhearvioille.

Tiedonkeruussa ja tiedon jäsentämisen tukena on suotavaa käyttää riittävän laajasti tutkimustietoon pohjaavia arviointimenetelmiä ja tarkastella sekä potilaan riskejä lisääviä että niiltä suojaavia tekijöitä. Ns. käyttäytymisen funktionaalinen analysointi, jossa yksilön riski- ja haavoittuvuustekijöitä ja ongelmakäyttäytymistä tarkastellaan niitä ylläpitävien syy-seuraussuhteiden näkökulmasta, antaa jo itsessään mahdollisuuden tarkastella yksilön tarpeita hoidollisesti. Tiedonkeruussa on myös aina syytä huomioida potilaan ajankohtainen vointi ja keinot selviytyä tilanteissa, ja hoidossa tulee aina edetä ns. taidot edellä, eli eksplisiittisesti lisätä potilaan taitoja selviytyä rakentavasti haastavista tilanteista. Hoidon alkuvaiheessa on tärkeä panostaa yhteistyösuhteen luomiselle. Monella potilaalla on taustalla runsaasti ihmissuhderistiriitoja, ja heidän saattaa olla vaikea luottaa muihin. Silloin esimerkiksi motivoivan haastattelun menetelmät ja tietoinen myönteisen toiminnan vahvistaminen saattavat tarjota keinoja riittävän neutraalille kohtaamiselle, joka mahdollistaa työskentelyn.

## Psykoterapeuttinen työskentely

Psykoterapeuttinen työskentely oikeuspsykiatrian kentällä eroaa tavanomaisemmasta yksilöpsykoterapeuttisesta työskentelystä siten, että toipumisorientaation lisäksi terapeutin tulee huolehtia potilaan ja muiden turvallisuudesta ja informoida hoitohenkilökuntaa työskentelyn vaiheista sekä erityisesti siinä ilmi tulleista akuuteista riskitekijöistä, jotta nämä voidaan huomioida myös osana tavanomaista hoitotyöskentelyä. Tavanomaisesta osasto- ja omahoitajatyöskentelystä psykoterapeuttinen hoito taas eroaa siinä, että psykoterapeutin potilaan kokonaistilanteen hahmottamisen, allianssin muodostamisen ja tavoitteellisen ja pitkäjänteisen työskentelyn lisäksi tulee pystyä käsitteellistämään potilaan hoidollisia tarpeita psykologisin termein. Lisäksi terapeutin tulee tiedostaa keskeisten ongelmakohtien menetelmäteoriat, vaikutusmekanismit ja menetelmien sovellettavuus ja vaikuttavuus sekä ryhmä- että yksilötasolla. Potilaan oman tilanteensa hahmottaminen, motivoituminen osallistumaan omaan hoitoonsa sekä rikoksen tai väkivaltaisuuksien keskeisten riskitekijöiden tunnistaminen ja merkityksen pohtiminen yksilöllisesti ovat oikeuspsykiatrisen psykoterapeuttisen työskentelyn ydinkohteita.

Yleisimpiä psykoterapeuttisia viitekehyksiä oikeuspsykiatrian kentällä ovat kognitiivinen ja kognitiivinen käyttäytymisterapia, psykodynaaminen tai kognitiivisanalyttinen ja nuorten kohdalla systeeminen perheterapia. Yksinkertaista viitekehyksiä voi luonnehtia seuraavasti:

- Kognitiivisessa terapiassa hoidon fokus on kognitioiden (havaintojen, ajatusten ja tilannetulkintojen) tarkastelussa ja muokkauksessa.
- Dynaamisessa ja kognitiivisanalyttisessa psykoterapiassa tarkastellaan aikaisempien elämäntapahtumien ja nykyisen usein terapiasuhteessa esiintyvän oireilun välisiä yhteyksiä tavoitteena oivallus ja sen mahdollistama muutos.
- Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa tarkastellaan ihmisen käyttäytymistä (ajattelua, tunteita, fysiologisia vasteita ja tekoja) kontekstuaalisesti, käyttäytymisen funktioiden ja niiden taustalla olevien vahvistussuhteiden näkökulmasta ja harjoitellaan taitoja käyttäytymisen muutoksen mahdollistamiseksi.
- Systeemisessä psykoterapiassa työskentelykenttä on perhe tai yhteisö ja lähestymistapa integratiivinen ja painotus kontekstuaalinen tarkastelun, miten systeemin eri osa-alueet vaikuttavat toisiinsa.

Menetelmien välillä on siis painotuseroja, mutta myös paljon päällekkäisyyttä, ja kaikista lähestymistavoista on löydettävissä hoidon vaikuttavuuden kannalta oleelliseksi arvioituja ydinkomponentteja, kuten tiedon ja hoitomotivaation vahvistamista, psykologiset selitysmallit kärsimykselle ja soveltuvien taitojen harjoittelua, hoitomotivaatiota, sitoutumista ja muutosvalmiutta edistävä hoitosuhde, avoin dialogi sekä luottamuksellinen ja hyväksyvä ilmapiiri. (Taulukko 21.3.1)

### Taulukko 21.3.1. Psykoterapia oikeuspsykiatrisessa hoitoympäristössä edellyttää multimodaalista, moniammatillista ja riski- sekä tarve informoitua vaikuttamista ja yhteistyötä

Potilaan ominaisuudet	Terapeutin ominaisuudet	Ympäristö	Menetelmät
oivallus motivaatio sitoutuminen	oivallus ja tarkkaavaisuus tietotaito motivaatio myönteinen suhtautuminen	struktuurit - turvallisuus - aika yhteistyötahot yhteisöllisyys	näyttöön perustuvat strukturoidut prosessifokusoidut multimodaaliset kohdennetut

Yksilöpsykoterapian kentällä on kuitenkin myös näyttöä lähestymistavoista, jotka ovat muita tehokkaimpia etenkin, kun kyseessä on jokin rajattu ongelma. Näissä auttavat mm. suomalaisen lääkäriseuran hoitosuosituksset. Ajankohtaisinta tietoa löytyy APA:n ylläpitämältä sivustolta (ks. Kirjallisuus), johon näyttöön perustuvat hoitomuodot päivittyvät säännöllisesti.

## Oikeuspsykiatrisen potilaan hoidolliset tarpeet

Oikeuspsykiatrisia potilaita, heidän hoidollisia tarpeitaan ja kriminogeenisiä erityispiirteitä on tutkittu paljon, mutta vahvaa tutkimusnäyttöä oikeuspsykiatrisissa toimivista psykoterapeuttisista hoitomalleista on edelleen vain vähän. Osittain tämä selittyy tutkimuskysymysten asettelun vaikeudella kliinisessä toimintaympäristössä ja sillä, että hoito- ja käyttäytymistieteet eivät aina täysin taivu lääketieteen määrittelemiin tutkimusasetelmiin. Lääkehoidon poisjättäminen, vertailu lumelääkkeeseen, hoidollisesta vuorovaikutuksesta luopuminen tai perustarpeista huolehtimatta jättäminen olisi vahvasti oireilevan potilaan hoidossa epäeettistä. Yksittäisen hoitointervention vertailu tavanomaiseen hoitoon ei myöskään anna selkeätä käsitystä eri hoitointerventioiden ylivertaisuudesta suhteessa perushoitoon, kun lääkehoito, strukturoidut osasto-olosuhteet ja hoidollinen vuorovaikutussuhde jo itsessään ovat hoidollisia. Puutteellinen tutkimusnäyttö ei kuitenkaan saisi olla esteenä hoidollisille interventioille. Koska oikeuspsykiatrisen potilaan hoidon tarpeet ovat moninaiset, joudutaan terapiassa diagnoosiperustaisen lähestymisen rinnalla etenemään transdiagnostisesti ja soveltamaan ohjelmia. Amerikan psykiatriyhdistyksen suosittama kaava hyvien hoitokäytäntöjen valinnalle (PICO, taulukko 21.3.2) ohjaa etenemään vahvimasta tutkimusnäytöstä heikompaan strukturoidun mallin mukaisesti. Menetelmävalinnoissa tulee toimia tietoisesti potilaan kulttuuri, konteksti, yksilölliset piirteet ja mieltymykset huomioiden sekä hoitotuloksia seuraten.

Taulukko 21.3.2. Hyvien hoitokäytäntöjen valintakaavio.

Patient/Potilas	Tiedonkeruu, jäsentäminen ja potilaan tarpeiden arviointi.
	Ongelmakäyttäytymisen mittaaminen (frekvenssi, vakavuusaste jne.)
	Hoitokohteen valinta (aloitetaan eniten invalidisoivasta oireesta)
Intervention/ Interventio	Selvitetään, löytyykö hoitosuosituksia ja tutkittuja menetelmiä
	Ellei löydy meta-analyyseja, löytyykö kliinisiä kokeiluja tai potilastapauksia?
	Ellei löydy kliinisiä tutkimuksia, voiko edetä moduuleittain?
	Kokeillaan
Compare/ Mittaaminen	Vertailaan menetelmien vaikuttavuutta oireiluun ennen ja jälkeen
Outcome/Arvio	Arvioidaan tuloksia

Lähde: PICO, Huang & Demner-Fushman, 2006.

## Tutkimus psykoterapeuttisesta työskentelystä rikosentekijöiden keskuudessa

Rikostaustaisten keskuudessa tehtävään kuntouttavaan hoitotyöhön suhtauduttiin 1970-luvulla kyseenalaistaen, olettaen että empatiaan ja oivallukseen tähtäävä työskentely tekisi rikollisista taitavampia manipuloimaan muita. Vallitseva viitekehys oli silloin pitkälti psykoanalyttinen, ja psykoterapian fokus vahvasti potilaan mielenmaailman analysoinnissa. Silloisen tutkimuksen mukaan potilaiden oivallus teki heistä vaarallisempia ja siksi psykoterapeuttinen työskentely katsottiin kontraindikoiduksi. Koska hoidollista keskustelua silti tuli tarjota, kritiikkiin vastattiin kehittämällä hoito-ohjelmia ryhmämuotoiseen ja taitopohjaiseen suuntaan, jotka koettiin turvallisemmiksi. Tutkimusnäyttö puolsi, ja puoltaa edelleen, erityisesti psykoedukaatiota, sosiaalisen kognition ja sosiaalisten taitojen harjaannuttamista. Ryhmämuotoisten interventioiden hyötyjä ovat monipuolisen tiedon saannin lisäksi potilaan aktivoituminen, oivalluksen lisääntyminen omasta tilanteesta, sosiaalisten tilanteiden harjoittelu sekä yhteisöllisyyden ja vertaistuen kokemukset, eivätkä nämä muuttajat ole olleet yhdistettävissä kohonneeseen väkivaltariskiinkin. (Taulukko 21.3.3.)

**Taulukko 21.3.3. Vaikeasti oireilevien ja väkivaltaisten potilaiden terapeutisen kohtaamisen elementit.**

Hoitointerventiot	Terapeuttinen suhde
Yleiset muuttajat (commonfactors)	Tietotaito
Kohde (oire) spesifit interventiot	Halukkuus työskennellä yhdessä
Potilaslähtöisyys	Struktuurit ja suunnitelmallisuus
Tavoitteiden asettelu	Myönteinen suhtautuminen, validaatio
Taitojen lisääminen	Rohkaiseva, motivoiva
Riski-tarve-vastaanottavuuden huomioiminen	Oivallusta ja itsereflektointia lisäävä
Ympäristörakenne (johdnmukaisuus)	Arvioiva ja muutosta monitoroiva

Lähde: Livesly 2012.

Andrews ja Bonta (1990/2016) ovat erikoistuneet analysoimaan hoidollisten menetelmien toimivuutta vankeinhoidossa. Heidän pitkäaikaistutkimuksissaan on todettu, että rankaisumenetelmät ilman hoidollista asetelmaa lisäsivät uusintaväkivallan riskiä ja että hoidot, jotka kohdensivat interventioita kriminogeenisiin muuttujiin, tai hoidot, jotka huomioivat ongelmia ylläpitäviä taustatekijöitä ja lisäävät yksilön rakentavia selviytymiskeinoja, vähensivät myöhempää uusintaväkivaltaa tehokkaammin kuin hoito-ohjelmat ilman niitä. Heidän tutkimuksensa ovat myös korostaneet, että kohdennetut riskien alentamiseen tähtäävät interventiot tulisi suunnata korkean ja kohonneen riskin yksilöille ja ettei matalan ja korkean riskin yksilöitä tulisi hoitaa yhdessä, koska se voi pahentaa matalan riskin yksilön riskiennustetta. Sosiaalisten taitojen harjoittelu, vihan hallintaan ja moraalipohdintaan fokusoiva aggression replacement training (ART) tai ongelmanratkaisuun fokusoiva Reasoning and rehabilitation (R&R) ovat hyviä esimerkkejä taito-ohjelmista, jotka seurannassa ovat vähentäneet uusintaväkivaltaa vangeilla ja nuorisorikollisilla.

Hownerin ym. meta-analyysissä (2018) tarkasteltiin oikeuspsykiatrisille potilaille tarjottavia hoidollisia interventioita. Analyysissä ilmeni useita yksilö-, ryhmä- että yhteisötasolla tarjottavia hoidollisia ohjelmia, joiden näyttö oli vähintään lupaavaa. Yksilötasolla erityisesti kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT) ja samaan viitekehukseen lukeutuvat ns. kolmannen aallon terapiamuodot olivat lupaavia skitsofrenian positiivisten ja negatiivisten oireiden, aggressiivisen käyttäytymisen ja uusintaväkivaltariskin alentamisessa, väkivaltilanteiden ennaltaehkäisemisessä sekä käytöshäiriöiden hillitsemisessä.

Papalian ym. (2019) meta-analyysin mukaan monimuotoinen KKT (ryhmä-, yksilö-, taitojen mallintaminen ja kotitehtävät) sekä yhteisöhoito vähensivät sekä yleistä rikollisuutta että väkivaltaista käyttäytymistä. Sen sijaan pelkän yksilö-

työskentelyn näyttö oli vähäistä. Gilling-McIntoshin ym. meta-analyysissä (2021) olivat niin ikään KKT ja siitä johdetut menetelmät, kuten dialektinen käyttäytymisterapia (DKT) ja skeematerapia sekä erilaiset taito-ohjelmat, vahvimmin edustettuja. Näytön aste vaihteli, mutta vaikuttavuutta ilmeni mm. vihan ja aggression hallintaan, rikolliseen ajatteluun, oivallukseen, selviytymiskeinoihin ja ongelmallisiin käyttäytymisiin teemoissa. Tutkimuksessa ryhmämuotoisen menetelmän rinnalle liitetty yksilötyö tehosti vaikuttavuutta.

Yksilöpsykoterapeuttisesta työskentelystä löytyi vain yksi meta-analyysin kriteerit täyttävä tutkimus vuodelta 2007 (Jolliffe & Farrington). Sen mukaan KKT yhdistettynä kotitehtäviin sekä potilaan pidempiaikainen sitoutuminen työskentelyyn ennustivat parempaa hoitotulosta. Onnistunut psykoterapia edellytti systemaattista toimintaa, joka tavoitteena on lisätä potilaan tietoisuutta omasta sairaudestaan ja auttaa häntä tunnistamaan omat haavoittuvuus- ja riskitekijät ajattelussa ja käyttäytymisessä, lisätä hänen oivallustaan siitä, miten muuttujat yhdessä lisäävät riskiä uusintaväkivallalle, vahvistaa riskikäyttäytymistä ennaltaehkäiseviä taitoja sekä rohkaista potilasta käyttämään taitojaan eri ympäristöissä. Tuloksellisuutta lisäsi luottamus, taitoharjoitusosiot ja kognitiivinen prosessointi.

Kun oirekuvat ovat moninaisia, on KKT:ssä diagnoosiluokkien ja oireiden sijaan ryhdytty etenemään transdiagnostisesti ja prosessinomaisesti potilaan ongelmakäyttäytymiselle altistavien ja ylläpitävien muuttujien mukaan. Lähestymistavassa ajatellaan, että oireilun taustalla vaikuttavat yleisinhimilliset psykologiset prosessit ja että inhimillisen kärsimyksen (oireilun) taustalla on prosessien epäsuhtaisuus, joka hankaloittaa yksilön sopeutumista. Hoidollisten interventioiden oikein kohdistaminen, oikea-aikaisuus sekä intensiteetti ovat niin ikään tärkeitä osatekijöitä oikeuspsykiatrisen potilaan hoidossa. Oireilun mittaaminen ja seuranta on syytä strukturoida potilaan ydinongelmiin soveltuvilla riski- ja tarvearviointimenetelmillä. (Taulukko 21.3.4.)

**Taulukko 21.3.4. Kognitiivisen käyttäytymisterapian keskeiset vaikuttavat muuttujat.**

Funktionaalinen analyysi	Käyttäytymisen aktivointi	Edukaatio
Tavoitteiden asettelu	Taitoharjoittelu	Kognitiivinen uudelleenmuokkaaminen
Vahvistussuhteiden hallinta	Rentoutuminen	Ongelmanratkaisu
Tunnettyö ja altistus	Itsesäätely	Rakentava kommunikointi
Ympäristöinterventiot	Kotitehtävät	Hyväksyminen

Lähde: O´Donohue & Fisher (2012).

Oikeuspsykiatrisessa psykoterapeuttisessa työssä yhdistyvät empiirinen tieto sekä psykiatrian kentältä että vankeinhoidosta. Vankilatyössä yksi tunnetuimpia kuntouttavia työotteita on RNR (riski, tarve, vastaavuus) -malli (Andrews ja Bonta 2006/2011/2017). Kyseessä ei ole hoitomalli vaan tapa jäsentää tutkimuksen mukaisia riskiä ylläpitäviä muuttujia, yksilön ongelmien taustalla vaikuttavia tekijöitä sekä ympäristön keinoja vastata näihin tarpeisiin. Pitkäaikaistutkimuksen tulosten mukaan hoito-ohjelmista vaikuttavimpia ovat ne, jotka riskimuuttujien tiedostamisen ja työstämisen lisäksi huomioivat potilaiden yksilöllisiä hoidon vastaanottavuutta hankaloittavia tekijöitä. Näissä ohjelmissa käytetään kognitioiden ja käyttäytymisen muuttamiseen soveltuvia menetelmiä, traumatietoista-, allianssia vahvistavia ja motivaatiota lisääviä työskentelyotteita ja menetelmiä sekä vahvistetaan ja hyödynnetään olemassa olevia vahvuuksia hyvän tulevaisuuden ja tyydyttävän elämän rakentamiseksi.

Skitsofreniapotilaan hoitoon löytyy oma näyttöönperustuva KKT-menetelmän sovellus KKTp (Wykes ym. 2008), mutta sen näyttö oikeuspsykiatrisessa kontekstissa vaihtelee, osittain potilaiden moninaisten tarpeiden seurauksena. Persoonallisuushäiriöiden ja tunteiden säätelyn ongelmien hoidossa on näyttöä dialektisesta käyttäytymisterapiasta (DKT: Mc Cann ym. 2000). Antisosiaalisen persoonallisuushäiriön hoidossa mainitaan psykoanalyttiseen koulukuntaan kuuluva mentalisaatioterapia (MBT: Bateman, & Fonagy, 2001), kognitiivisintegratiiviseen traditioon lukeutuva skeematerapia (ST: Bernstein ym, 2012) lupaavina menetelminä, joskin näyttö oikeuspsykiatrian kentältä lähinnä vastaa perustason tutkimusta.

Vaikka tutkimustieto tällä hetkellä painottaa kognitiivista- ja kognitiivista käyttäytymisterapiaa ensisijaisina oikeuspsykiatrisen ja vaativahoitoisen potilaan hoitotyössä, sen ylivertaisuus tutkimusnäkökulmassa selittyy osittain menetelmän struktuurilla ja siten helpommalla mittaamisella. Koska sekä potilaan tarpeilla, kyvyillä ja ominaisuuksilla että terapeutin tiedolla, taidoilla ja ominaisuuksilla on merkitystä työskentelyssä, ei ole poissuljettua, etteikö valikoiduissa tapauksissa olisi sijaa myös psykoanalyttisen viitekehyksen mukaisella pitkäkestoisella, kohdennetulla itsehavaintokyvyn parantumisesta tavoittelevalla psykoterapialla, jota toteuttaa oikeuspsykiatrisessa sairaalassa koulutettu psykoterapeutti. (Taulukko 21.3.5.)



**Taulukko 21.3.5. Riski, tarve ja vastaavuusmalli yhdistettynä tarpeisiin vastaaviin hoitomalleihin**

Riskimuuttajat	Hoidollinen tarve	Hoitomallit ja -menetelmät
Rikoshistoria (staat- tinen)	Tietoisuuden lisääminen ja vaihtoehtoisten käyttäytymismallien opettelu	Sosiaalisen oppimisteoria / Kognitiivisen käyttäytymisterapia ja Traumatietoisuus
Antisosiaalinen persoonallisuushäiriö	Ongelmanratkaisutaidot ja vihanhallinta, impulssikontrolli Antisosiaaliset asenteet Tunteidensäätelyn ongelmat	Vihanhallintaohjelmat ja kolmannen aallon menetelmät (DKT/ HOT/ST, MT)
Rikosmyönteinen ajattelu ja asenteet	Ajattelun muokkaaminen ja arvotyöskentely	Kognitiivinen uudelleenmuokkaaminen, MK KKT kolmannen aallon menetelmät (HOT)
Rikollinen ystäväpiiri / seura	Lisää aikaa ilman antisosiaalista vaikuttamista	Yhteisöhoidon periaatteet Sosiaalisten taitojen harjoittelu
Ongelmat läheis- / perhe- / parisuhteissa	Rakentavien vuorovaikutustaitojen lisääminen	Ongelmanratkaisu, DKT, Ylisukupolvisen väkivallan katkaisuohjelma (CPC-CBT: Runyan et al)
Ongelmat koulussa/ työssä	Vahvista toimivaa käytöstä, tue oppimista	Neuropsykiatrinen kuntoutus/ Kognitiivinen ja toiminnallinen kuntoutus
Rikollista käytöstä ylläpitävä vapaa-ajan vietto	Tue liittymistä prososiaaliseen yhteisöön / toimintaan	Yhteisöhoidon periaatteet Prososiaalisen toiminnan lisääminen
Päihteidenkäyttö	Vaihtoehtoiset toiminnat, käytön vähentäminen	Motivoiva haastattelu, Yhteisöhoito (AA/NA) Kolmannen aallon KKT menetelmät esim. DKT

## Tapausesimerkki: oikeuspsykiatrisen potilaan kolmevuotinen kognitiivinen käyttäytymisterapia

Niilo on 30-vuotias potilas, jonka oikeuspsykiatrisen hoidon syynä on vakava väkivaltarikos ja mielentilatutkimuksessa todettu paranoidinen skitsofrenia sekä päihdeongelma. Hän oli kohdistanut väkivaltaa itselleen tuntemattomaan henkilöön, koska henkilö oli Niilon mielestä melunnut häiritsevästi. Niilo oli tekoaan edeltävästi taloudellisista syistä laiminlyönyt psykoosilääkitystään ja satunnaisesti käyttänyt päihteitä, mutta kielsi olleensa teon aikana päihtynyt. Hoitojakson alussa Niilo vastusti hoitoa ja hän uhkasi toistuvasti henkilökuntaa väkivallalla ja koki, että oli tapahtunut oikeusmurha. Hän myös vahingoitti itseään lyömällä nyrkkiä ja hakkaamalla takaraivoaan seinään, ja hänen oman ja muiden turvallisuuden takaamiseksi jouduttiin aloittamaan injektiohoito tahdosta riippumatta. Kun

potilaan akuutti oireilu lievittyi, hänen säätelemätön käytöksensä väheni, toimintakykynsä parani ja hän pystyi jatkamaan sairauden vuoksi keskeytynyttä opiskeluaan etänä. Potilaan ajattelussa kuitenkin edelleen ilmeni vahvaa katkeruutta rikosseuraamuksista teon uhria kohtaan.

Tulovaiheen riski- ja tarvekartoituksessa keskeisiksi riskimuuttujiksi osoitettiin Niilon psykoottiset ja negatiiviset virhetulkinnat, päihdemyönteiset asenteet, jotka altistivat uusien psykoosijaksojen puhkeamiselle, kokemus oikeutuksesta toimia väkivaltaisesti sekä haluttomuus sitoutua riskejä alentaviin interventioihin. Riskejä alentaviksi vahvuuksiksi arvioitiin tarkkuus, moninaiset kiinnostuksen kohteet ja älykkyys.

Moniammatillinen työryhmä arvioi, että Niilo hyötyisi yksilöpsykoterapiasta epäluuloisten ajatusten tunnistamiseksi, katkeroitumisen ennaltaehkäisemiseksi, teon käsittelyn tueksi ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Koska Niilolla oli skitsofreniadiagnosi, työskentelyn pohjaksi valittiin Kingdon ja Turkingtonin (1994) KKT-sovellus psykoosioireiden hoitoon (KKTp, engl. CBTp) (taulukko 21.3.6).

#### Taulukko 21.3.6. Niilon hoitoprosessi, kognitiivisen käyttäytymisterapian malli psykoosin hoitoon Kingdonin ja Turkingtonin mukaan.

Orientoituminen	Aktiivinen työskentelyvaihe	Terapian päätösvaihe
Kontaktin (allianssin) luominen	KKTp (CBTp) psykoosin hoitoon	Taitojen yleistäminen
Psykoedukaatio	- positiiviset ja negatiiviset oireet	Retkahduksen ennaltaehkäisy
Funktionaalinen analyysi	Päihdetyöskentely	Suunnitelmat hyvälle elämälle
Hoidon kohteista sopiminen	Selviytymiskeinojen lisääminen	
Itsemonitorointi	Oman tilanteen seuranta	

Lähde: Kingdon & Turkington, 1994.

Niilo sai yleistä tietoa menetelmästä (KKT) ja toteutuksesta, jonka jälkeen sovitettiin puolen vuoden terapiakokeilusta ja sen jälkeisestä hyötyjen arvioinnista. Puolistrukturoidun elämäkertahaastattelun avulla ja mielentilalausuntoa yhdessä tarkasteltaessa ilmeni, miten aikaisempien kokemusten kautta vahvistunut epäluuloisen suhtautuminen ja vihamielinen virhetulkinta oli vaikuttanut hänen päättelynsä rikoksen tekohetkellä. Tiedonkeruun pohjalta laadittiin kliininen funktionaalinen analyysi ja ongelmalista (taulukko 21.3.7).

Taulukko 21.3.7. Laaja funktionaalinen analyysi terapian alkuvaiheen tilanteesta

Keskeiset taustamuuttajat	Ongelmalliset kontekstit	Ongelmakäyttäytyminen
Varhaiset kiintymyssuhteen säröt ja sijoitus perheen ulkopuolelle	Meluisat ja epäselvät olosuhteet	Joustamattomuus Vetäytyminen
Kiusatuksi tulemisen kokemukset	Muutostilanteet	Epäluuloisuus
Psykoosisairaus	Kokemus, että muut päättävät asioista häntä kuulematta	Katkeruus ja ärtyvyys

Niilon vaikeuksia luottaa validoitiin hänen oppimishistoriansa perusteella, mutta samalla hänet haastettiin tarkastelemaan havaintoja uudessa kontekstissa ja puntaroimaan niiden puolesta ja vastaan. Tilanteita tarkasteltiin sekä niille altistavien että niitä ylläpitävien tekijöiden näkökulmista kotitehtävinä tehtyjen itsehavainnointien perusteella. Toistuvien lyhyiden tilanneanalyysien tarkastelujen avulla Niilo sai perspektiiviä myös rikoksenteleketkeen ja pystyi tarkastelemaan tapahtunutta myös uhrinsa näkökulmasta. Niilon katkeruus väheni, uusintaväkivaltariskin arvioitiin laskeneen ja voitiin suunnitella lomajaksoja. Kotilomien onnistumista tuettiin käsittelemällä perheessä aiemmin ilmenneitä uhkaavia tilanteita, ensin yksilötyössä ja sitten perhetapaamisissa. Tapaamisissa Niilo kertoi sairaudestaan, toiveistaan ja tukitarpeista, ja samalla voitiin kuulla omaisten näkemyksiä ja huolia.

Ketjuanalyysi rikostilanteesta						
Edeltävä tilanne	Laukaisevat tekijät	Tunne	Ajatukset	Toiminta	Välitön tunne	Seuraukset
heikko taloudellinen tilanne, nukkui huonosti, melu häiritsi, paranoidiset ajatukset	melu sai vaurautumaan lyömäastalolla	ärtymys viha ja pelko	joku pitää melua, vaikka pitäisi olla hiljaista ja se on väärin! se tekee sen provosoidakseen käykö joku päälle?	otin astalon ja menin ulos kun toinen nosti kättä niin löin	helpotus: mua harmitti ja kun pidin puoliani niin tuntui vahvalta	no ei siitä mitään hyvää kyllä seurannut.

Psykoterapian fokus siirtyi tämän jälkeen Niilon vaikeuksiin sitoutua lääkitykseen. Hän osallistui skitsofrenian psykoedukaatioryhmään, jossa käsiteltäviä asioita, kuten psykoosioireita, päihdeongelmaa ja turvasuunnitelmaa, työstiin yksilöterapiassa. Niilo osallistui myös dialektisen käyttäytymisterapian taitoryhmään harjaannuttaakseen tunne- ja vuorovaikutustaitoja. Yksilöterapiassa häntä valmennettiin ryhmässä opitun mukaisesti avoimuuteen ja jämäkkyteen esimerkiksi lääkärin tapaamisissa, ja vuorovaikutustaitojen lisääntyessä Niilon suhtautu-

minen hoitoon muuttui luottavaisemmaksi. Suhtautuminen injektio­lääkitykseen oli edelleen kyseenalaistava, mutta hän suostui siihen ehdolla, että eriävä mielipide injektion tarpeellisuudesta kirjattiin sairaskertomukseen. Sairaalassa Niilo opiskeli ja hoiti arjenhallinnan itsenäisesti, hän huolehti itsestään ja kunto­toili säännöllisesti. Kun hän osoitti sitoutumista lää­kitykseen, hän pystyi aloittamaan kuntoutuskotiharjoittelut. Yksilöpsykoterapeuttisia tapaamisia ryhdyttiin väljentämään ajatuksella antaa tilaa uuden säännöllisen avohoitokontaktin muodostumiselle.

Hoidon loppuvaiheessa Niilon läheinen menehtyi äkillisesti. Perhesuhteet olivat Niilolle ristiriitaisuuksistaan huolimatta hyvin tärkeitä, ja vahvan emotionaalisen stressikuormituksen seurauksena Niilo huomasi paranoidista pelkoa myrkytetyksi tulemisesta, ja hän kuuli väkivaltaisuuden kehottavia ääniä. Eron aikaisempaan hän kuitenkin nyt kertoi avoimesti oireistaan hoitohenkilökunnalle, joten psykoterapeuttisten tapaamisten tiivistämiselle ei ilmennyt tarvetta. Lääkemuutoksilla Niilon oireilu rauhoittui, ja vaikka oireita ei saatu täysin poistettua, hän pystyi erottamaan harha-aistimuksensa todellisuudesta ja pidättäytymään toimimasta vihamielisten yllykkeidensä pohjalta. Voimien notkahdusta kesti muutama kuukausi, jonka jälkeen vointi oli riittävän vakaa, että kuntoutuskotiharjoittelua voitiin jatkaa. Niilo oli tyytyväinen saamaansa uuteen lää­kitykseen ja siihen, että hänen hoidollisia tarpeitaan oli kuultu, ja kun hän sai muodostettua avohoitokontaktin kotikunnan avohoitoyksikköön, ryhdyttiin valmistelemaan valvonta-aikaesitystä. THL:n oikeuspsykiatrisen lautakunnan päätöksenteon pohjaksi liitettiin hoitoyhteenvedon lisäksi päivitetty riski- ja tarvearvio, jossa Niilolla todettiin olevan selkeät tulevaisuuden suunnitelmat, vahva sosiaalinen tuki, vuorovaikutustaitoja, tilanteiden oivallusta, itsestään huolehtimisen taitoja ja selviytymiskeinoja sekä psyykkisen oireilun että voimakkaiden tunteiden käsittelyyn ja että hänen riskinsä jatkossa käyttää päihteitä, jättää lääkkeensä tai toimia itseä tai muita kohtaan väkivaltaisesti voitiin arvioida mataliksi.

## Kirjallisuutta

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006): Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285. <https://div12.org/psychological-treatments/>
- Bateman A, Fonagy P (2006): *Mentalization-based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. Oxford University Press.
- Bernstein, David; Nijman, Henk; Karos, Kai; Keulen-de Vos, Marije; Vogel, Vivienne; Lucker, Tanja (2012): Schema Therapy for Forensic Patients with Personality Disorders: Design and Preliminary Findings of a Multicenter Randomized Clinical Trial in the Netherlands. *International Journal of Forensic Mental Health*. 11. 312-324. 10.1080/14999013.2012.746757.

- Bonta J, Andrews DA (2016): *The Psychology of Criminal Conduct* (6th ed.). Routledge.
- Cook SC, Schwartz AC, Kaslow NJ (2017): Evidence-Based Psychotherapy: Advantages and Challenges. *Neurotherapeutics: the journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics*, 14(3), 537–545. <https://doi.org/10.1007/s13311-017-0549-4>
- Gilling McIntosh L, Janes S, O'Rourke S, Thomson LDG (2021): Effectiveness of psychological and psychosocial interventions for forensic mental health inpatients: A meta-analysis *Aggression and Violent Behavior* 58 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1359178921000057?via%3Dihub>
- Howner K, Andiné P, Bertilsson G, Hultcrantz M, Lindström E, Mowafi F, Snellman A, Hofvander B (2018): Mapping Systematic Reviews on Forensic Psychiatric Care: A Systematic Review Identifying Knowledge Gaps. *Front. Psychiatry* 9:452. doi:10.3389/fpsyt.2018.00452
- Huang X, Lin J, Demner-Fushman D. Evaluation of PICO as a knowledge representation for clinical questions. *AMIA Annu Symp Proc*. 2006. pp. 359–63. [PMC free article] [PubMed]
- Jolliffe D, Farrington DP (2007): A systematic review of the national and international evidence on the effectiveness of interventions with violent offenders. Ministry of Justice Research Series 16/07
- Kingdon D, Turkington D (1994): *Cognitive behavioral therapy of schizophrenia*. Guilford Press
- Livesley J (2012): *Integrated Treatment: A Conceptual Framework for an Evidence-Based Approach to the Treatment of Personality Disorder*. *Journal of Personality Disorders* 26(1):17-42
- McCann R, Ball E, Ivanoff A (2000): DBT with an inpatient forensic population: The CMHIP forensic model *Psychology Cognitive and Behavioral Practice* <https://www.semanticscholar.org/paper/DBT-with-an-inpatient-forensic-population%3A-The-McCann-Ball/4196f82e9cf2afd2f9cb98d12da293f8f156ec34>
- McInnes D, Masino S. Psychological and psychosocial interventions offered to forensic mental health inpatients: a systematic review. *BMJ Open* 2019;9: e024351. doi:10.1136/bmjopen-2019-024351
- Norton K (1996): The personality-disordered forensic patient and the therapeutic community. In *Forensic Psychotherapy: Crime, Psychodynamics and the Offender Patient* (eds Cordess, C. & Cox, M.) pp. 401–421. London: Jessica Kingsley. Google Scholar
- O'Donohue W, Fisher JE (toim.) (2012): *Cognitive Behavior Therapy: Core Principles for Practice*. John Wiley & Sons, Inc.
- Olver ME, Stockdale KC, Wormith JS (2011): A meta-analysis of predictors of offender treatment attrition and its relationship to recidivism. *J Consult Clin Psychol*. 2011 Feb;79(1):6-21. doi:10.1037/a0022200.
- Papalia N, Spivak B, Daffern M, Ogloff JRP (2019): A meta-analytic review of the efficacy of psychological treatments for violent offenders in correctional and forensic mental health settings. *Clin Psychol Sci Pract*; e12282. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12282>
- Rice M, Harris G, Cormier C (1992): An evaluation of a maximum security therapeutic community for psychopaths and other mentally disordered offenders. *Law and Human Behavior*, 16, 399–412. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02352266>
- Tapp J, Perkins D, Warren F, Fife-Schaw C, Moore E. A critical analysis of clinical evidence from high secure forensic inpatient services. *Int J Forensic Mental Health* (2013) 12:68–82. 10.1080/14999013.2012.760185 [Google Scholar]
- Wellson E (1994): *Forensic psychotherapy*. In *The Handbook of Psychotherapy* (eds Clarkson, P. & Pokorny, M.) pp. 470–493. London: Routledge.
- Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrier N. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophr Bull* 2008 May;34(3):523–37. doi:10.1093/schbul/sbm114.

## 22 Lasten ja nuorten oikeuspsykiatria

**L**asten ja nuorten oikeuspsykiatria on osaamisalue, jossa kehitysiän psykiatrista tieteellistä ja kliinistä asiantuntemusta käytetään oikeusviranomaisten tarkoituksiin ja erityistason hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Suomessa rikosoikeudellinen vastuukärajä on 15 vuotta. Sitä nuorempi rikoksenteijä ei joudu rikosvastuuseen, mutta häneen voidaan kohdistaa lastensuojelutoimia. Lasten kohdalla oikeuspsykiatrinen toiminta tarkoittaa ensisijaisesti lapsen kuulemisiä esitutkinnassa kehitypsykiatrista asiantuntemusta hyödyntäen, kun lapsen epäillään joutuneen vakavan rikoksen (väkivalta- tai seksuaalirikoksen) kohteeksi. Kansainvälisesti lasten oikeuspsykiatrian tehtävänä mainitaan usein myös lapsen kuuleminen ja lapsen edun arvioiminen erittäin vaikeissa huoltajuuskiistoissa. Alaikäisten mielentilatutkimukset ja oikeuspsykiatrinen hoito toteutetaan pääsääntöisesti alaikäisille varatuilla oikeuspsykiatrisilla osastoilla.

### Alaikäisen potilaan tahdosta riippumaton hoito

Tahdosta riippumattomaan hoitoon ottamista säätelee mielenterveyslaki. Alle 18-vuotias henkilö voidaan mielenterveyslain 8.2 §:n mukaan ottaa tahdosta riippumattomaan hoitoon, kun hän on mielisairauden tai vakavan mielenterveyden häiriön vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen sairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäviksi.

Mielisairaudella tarkoitetaan Suomessa omaksutun käsityksen mukaan sellaista mielenterveyden häiriötä, johon liittyy todellisuuden tajun häiriintyminen ja jota voidaan pitää psykoosina (katso luku 2.2 Mielenterveyslaki ja luku 3.2 Tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset). Vuonna 2003 valmistui sosiaali- ja terveysministeriön (STM) selvitys vakavan mielenterveyden häiriön käsitteestä.

Alaikäisen mielenterveyden häiriö voi olla vakava joko akuutisti tai pitkittyneessä tilanteessa. Akuuttitilanteita ovat esimerkiksi nuoren vakava itsemurhayritys tai pakottavat itsemurhaimpulssit, kun on perusteltua syytä olettaa, että nuori saattaa toimia impulssiensa mukaisesti, sekä mielenterveyden häiriöön liittyvä kontrolloimaton väkivaltaisuus tai väkivallan vakava uhka. Psykoosit sisältyvät luonnollisesti alaikäisen vakavan mielenterveyden häiriön käsitteeseen. Pitkäkestoisesta tilanteesta esimerkkejä ovat mm. päihderiippuvuuden kriteerit täyttävä päihteiden käyttöhäiriö sekä muun mielenterveyden häiriön kanssa komorbidi käytöshäiriö, joka aiheuttaa pitkäaikaista ja merkittävää haittaa.

Alaikäisen tahdosta riippumattomaan hoitoon ottamisen prosessiin kuuluvat henkilön itsensä kuulemisen lisäksi vanhempien ja muiden alaikäisestä huolehtineiden aikuisten kuulemiset (mielenterveyslaki 11.1 §). Alaikäisen hoitoon määrääminen ei kuitenkaan edellytä huoltajan suostumusta; lääketieteelliset kriteerit ovat ratkaisevia. Hoitoon määräämispäätös on saatettava paitsi alaikäiselle, myös molempien vanhempien ja mahdollisten muiden hänestä välittömästi ennen sairaalaan joutumista huolehtineiden aikuisten (kuten sijaisvanhempien tai oheishuoltajien) tiedoksi. Alaikäisen tahdosta riippumattomaan hoitoon määrääminen on heti alistettava hallinto-oikeuden vahvistettavaksi (mielenterveyslaki 11.3 §). Alaikäisen hoito tulee järjestää yksikössä, jolla on edellytykset ja valmiudet hoitaa häntä. Alaikäistä tulee hoitaa erillään aikuisista, jollei katsota olevan alaikäisen edun mukaista menetellä toisin (mielenterveyslaki 8.3 §).

## Nuorisorikollisuus

Suurin osa suomalaisnuorista on lainkuuliaisia, ja koko 2000-luvun ajan nuorten rikollisuus on rikollisuuden kokonaisosoittimien mukaan vähentynyt. Omaisuus- ja vahingontekorikokset ovat vähentyneet jo 2000-luvun alusta, väkivaltarikollisuus 2010-luvun aikana.

Valtaosa nuorten rikollisuudesta on vahingonteko- ja omaisuusrikoksia. Nuorisorikollisuuskyselyn vuoden 2020 tulosten mukaan elämänsä aikana ainakin kerran pahoinpitelytekkoon syyllistyneiden osuus oli 11 % ja asetta oli pitänyt mukanaan ainakin joskus 9 %. Kaupasta varastamiseen oli ainakin joskus syyllistynyt 26 % ja koulusta varastamiseen 33 %. Viime vuoden aikana tekoihin syyllistyneiden osuudet olivat huomattavasti pienempiä.

Nuorten rikosteot tapahtuvat usein ryhmässä, jossa vastuun kokemus herkästi hämärtyy. Varsinkin nuorten vakavien, väkivaltaisten rikostekojen oletetaan usein liittyvän mielenterveyden häiriöihin tai ilmentävän niitä. Merkittävällä osalla oikeusprosesseihin rikostekojen takia joutuneista nuorista onkin mielenterveyden häiriöitä. Mielenterveyden häiriöt ovat tavallisimpia niillä rikoksia tekevilla nuorilla, joiden rikoskäyttäytyminen alkaa ennen puberteettia, muuttuu pysyväksi ja on väkivaltaista ja jotka suorittavat rikoksia yksin. Taustassaan näillä nuorilla on

usein traumaattisia elämäntapahtumia, oppimisvaikeuksia ja vanhempien kriminaali-, päihde- ja mielenterveyden ongelmia.

Valtaosa vahingoittavaan seksuaalikäyttäytymiseen syyllistyvistä nuorista on poikia. Joillakin nuoruusiässä seksuaalirikoksia tekevillä nuorilla vahingoittava seksuaalikäyttäytyminen liittyy jo vakiintuneeseen kiihottumiseen poikkeavista kohteista kuten lapsista tai eläimistä. Kaikilla pienempien lasten seksuaaliseen hyväksikäyttöön syyllistyvillä nuorilla ei kuitenkaan voida todeta vakiintunutta seksuaalista kohdehäiriötä. Osalla seksuaaliseen hyväksikäyttöön syyllistyvistä nuorista psykiatriset ja neurologiset häiriöt ja alkeelliset sosiaaliset taidot johtavat siihen, etteivät he kykene ikätasoiseen vastavuoroiseen seksuaaliseen kontaktiin, ja tämä saa heidät etsimään epäadekvaattia seksuaalista tyydytystä esimerkiksi lähestymällä lapsia. Kaikki nuorten seksuaalirikollisuus ei toki kohdistu lapsiin. On nuoria, joilla seksuaalirikos on monimuotoisen ja pahenevan antisosiaalisen kehityksen huipentuma. Tämän tyyppinen nuoren seksuaalirikollisuus liittyy taparikollisuuteen, käytöshäiriöihin ja kehittyvään persoonallisuushäiriöön, ja sitä ennakoivat samat riskitekijät kuin nuorisirikollisuutta yleensä.

## Mielenterveyden häiriöt ja väkivaltainen käyttäytyminen

Alaikäisten mielenterveyden häiriöitä, joihin liittyy heikentynyt aggression hallintakyky ja suurentunut väkivaltaisen käyttäytymisen riski, ovat erityisesti käytöshäiriöt, neuropsykiatriset häiriöt, päihteiden käyttöhäiriöt ja psykoosit.

### *Käytöshäiriöt*

Käytöshäiriö tarkoittaa pitkäaikaista ja laaja-alaista toisten oikeuksista ja hyvinvoinnista sekä yhteisön laeista, normeista ja säännöistä piittaamatonta käyttäytymistä, joka heikentää nuoren toimintakykyä kliinisesti merkittävästi. Nykikäsitteksen mukaan käytöshäiriö on heterogeeninen häiriö, joka sisältää useita eri alatyyppejä. Käytöshäiriöt voidaan jakaa mm. sen mukaan, alkaako se jo lapsuusiässä vai ilmeneekö oireita vasta kymmenen ikävuoden jälkeen. Käytöshäiriöt voidaan jakaa myös oireiden vaikeusasteen perusteella lieviin, keskivaikeisiin ja vaikea-asteisiin. Arviot käytöshäiriön esiintyvyydestä ovat väestötutkimuksissa vaihdelleet kouluikäisillä lapsilla 3–8 prosentin ja nuoruusiäikäisillä 5–10 prosentin välillä. Rikoksista tuomituista nuorista 70–90 %:lla on käytöshäiriö. Käytöshäiriö on pojilla vähintään kaksi kertaa yleisempi kuin tytöillä. Väkivaltainen käyttäytyminen on yksi osa käytöshäiriön oirekuvaa, joskaan vakavakaan väkivallanteko ei yksinään oikeuta diagnoosiin. Käytöshäiriöisten nuorten väkivalta on harvoin täysin yllättävää ja käsittämätöntä, sillä yleensä rikoskäyttäytyminen pahenee vähitellen. Nuoret tekevät rikoksia yleensä ryhmissä. Esimerkiksi jengikelpoisuuden



todistaminen väkivallanteoilla liittyy lähinnä käytöshäiriöihin ja epäsosiaaliseen persoonallisuuteen. Käytöshäiriö jatkuu osalla lapsista ja nuorista aikuisuudessa epäsosiaalisena persoonallisuushäiriönä. Lasten ja nuorten käytöshäiriöiden hoidosta on laadittu kansallinen Käypä hoito -suositus.

### *Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD)*

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD) on yleisin kehityksellinen neuropsykiatrinen häiriö ja sen esiintyvyys on noin 4–5 prosenttia. ADHD on yleisempi pojilla kuin tytöillä suhteen ollessa noin 4:1. ADHD:n ydinoireita ovat tarkkaamattomuus, ylivilkkaus ja impulsiivisuus. ADHD:lle tyypilliset oireet erottuvat usein jo leikki-iän loppupuolella. Tarkkaamaton ja yliaktiivinen lapsi menestyy usein toverisuhteissa heikosti. Heikot taidot ihmissuhteissa johtavat puolestaan toistuviin pettymyksiin, joista voi seurata taipumusta aggressiivisuuteen. Toisaalta tarkkaamattomuus, impulsiivisuus ja toiminnanohjauksen ongelmat ovat omiaan heikentämään suoriutumista ja sopeutumista, mikä puolestaan aiheuttaa turhautumista ja aggressioita. Samanaikaissairastavuus on yleistä. Psykiatrisista samanaikaissairauksista tavallisimpia ovat käytöshäiriöt ja nuoruusiässä päihteiden käytöshäiriöt. Lapsuuden hyperaktiivisuuden – ilman samanaikaista käytöshäiriötäkin – on osoitettu ennustavan rikoskäyttäytymistä nuoruusiässä ja varhaisaikuisuudessa. ADHD on yleinen häiriö vakavista rikoksista tuomituilla nuorilla. ADHD:n hoidosta on julkaistu kansallinen Käypä hoito -suositus.

### *Autismikirjon häiriöt*

Autismikirjo on yhteisnimitys monimuotoiselle ryhmälle kehityksellisiä neurobiologiaa oireyhtymiä, joille on ominaista sosioemotionaalisen vastavuoroisuuden ja sosiaalisen kommunikaation laadulliset poikkeavuudet sekä kapea-alainen toistava käyttäytyminen, rajoittuneet kiinnostuksen kohteet ja aistitoimintojen poikkeavuudet. Suomessa autismikirjon häiriöiden esiintyvyydeksi on raportoitu lapsilla noin 0,8 %. Diagnoosi on pojilla 2–4 kertaa yleisempi kuin tytöillä. Monihäiriöisyys on yleistä koskien sekä muita kehityksellisiä häiriöitä että psykiatrisia liitännäishäiriöitä. Merkittävällä osalla autismikirjon potilaista esiintyy myös älyllistä kehitysvammaisuuksia. Autismikirjon potilaiden mahdollisia rikollisen käyttäytymisen taustalla olevia tekijöitä ovat tyypillisesti sosiaalinen kypsymättömyys, vaikeus säädellä omia tunteita, poikkeavat käsitykset moraalista ja muista sosiaalisista säännöistä, vaikeus ymmärtää sosiaalisia tilanteita, erityiset mielenkiinnon kohteet, vaikeus ymmärtää oman toiminnan seurauksia ja vaikeus ymmärtää toisten henkilöiden tunteita tai näkökulmaa. Autismikirjon henkilöiden määräästä vankipopulaatioissa tai oikeuspsykiatrisessa hoitojärjestelmässä on suhteellisen vähän tutkittua tietoa. Tutkimustietoa väkivaltaproblematiikan esiintymisestä autismikirjon nuorten keskuudessa väestön tasolla ei ole, mutta aggressioproblematiikka on tavallinen syy autismikirjon nuorten ohjautuessa psykiatriseen hoitoon, varsinkin pojilla.

## *Päihteiden käyttöhäiriöt*

Päihdehäiriöt nuorilla liittyvät usein käytöshäiriöön ja aikuisuuden antisosiaalisen persoonallisuushäiriöön. Muut yleisimmät psyykkiset oheishäiriöt päihteiden käyttöhäiriöissä ovat masennus, ahdistuneisuushäiriöt ja ADHD. Suomalaisista nuorista henkirikoksen tekijöistä alkoholipäihtyneiden osuus oli yli 80 %. Nuorten vakava väkivalta on siten samassa määrin päihteiden ja nimenomaan alkoholin käyttöön sidoksissa kuin vanhempienkin ikäryhmien. Huumeet ja erilaiset lääkeaineet esiintyvät nuoren väkivaltakäyttäytymisessä usein yhdessä alkoholin kanssa, ja siksi niiden itsenäistä roolia aggressiivisessa käyttäytymisessä on vaikea arvioida. Amfetamiini on Suomessa yleisin suonensisäisesti käytetty huumeaine. Käytön välitön vaikutus on usein rauhattomuus. Tarpeeton riskinotto ja harmitsemattomuus saattavat lisääntyä. Amfetamiinipsykoosi on usein suhteellisen lyhyt mutta rajuoireinen tila, jonka aikana potilas saattaa vainoharhaisten ajatustensa vuoksi olla impulsiivisen aggressiivinen.

## *Psykoosit*

Skitsofreniaryhmän psykooseja leimaa sairastuneen kokemusmaailman outous ja vaikeus erottaa, mitkä havainnot ja ajatukset pohjautuvat todellisuuteen ja mitkä eivät. Nuoruusiän psykoosien tunnistaminen on vaikeaa, sillä nuoren psykoosi voi aluksi vaikuttaa epämääräiseltä mieliala- tai käytösoireilulta. Psykooseihin liittyy kehityksen huomattava vaikeutuminen ja toimintakyvyn merkittävä heikkeneminen. Psykoosien on väestötutkimuksissa osoitettu lisäävän väkivaltaisen käyttäytymisen riskiä myöhäisnuoruusikäisillä, ja lapsuuden psykoosioireet on yhdistetty myöhempään väkivaltakäyttäytymiseen. Väkivaltainen käyttäytyminen on yhdistetty tyypillisesti erilaisiin positiivisiin psykoosioireisiin (aistiharhat ja harhaluulot), usein erityisesti psykoottisiin kokemuksiin uhatuksi ja kontrollin alaiseksi joutumisesta. Psykoottisen ihmisen käyttäytymisen ennakoiminen voi olla vaikeaa, koska hänen mielenmaailmansa poikkeaa siitä maailmasta, jonka me muut jaamme. On raportoitu, että väkivaltarikoksen riskiä psykoottisilla nuorilla ennakoivat samat tekijät, jotka ei-psykoottisillakin nuorilla liittyvät väkivaltaisuuteen: fyysinen ja psyykinen kaltoinkohtelu, aikaisempi rikoskäyttäytyminen ja aikaisempi psykiatristen ja lastensuojeluinterventioiden tarve. Skitsofrenian hoidosta on laadittu kansallinen Käypä hoito -suositus.

## *Psykopaattiset piirteet*

Psykopatia-käsite muodostuu joukosta vuorovaikutukseen (lipevyys, suureellinen omanarvon tunto, valehtelu ja manipulatiivisuus), tunne-elämään (armottomuus, heikko kyky tuntea empatiaa ja tunnekylmyys) sekä käyttäytymiseen (stimulus-hakuisuus, impulsiivisuus ja vastuuttomuus) liittyviä luonteenpiirteitä (ks. luku 19.5). Nykykäsityksen mukaan psykopatia on kehityksellinen neuropsykiatrinen

häiriö ja psykopaattiset piirteet muodostavat jatkumon, jossa psykopatia edustaa sen patologista ääripäätä. Pitkittäistutkimukset ovat osoittaneet, että psykopaattiset piirteet ovat suhteellisen pysyviä, aina lapsuudesta nuoruuteen ja aikuisuuteen.

Vahvoja psykopaattisia piirteitä omaavat nuoret ovat stimulushakuisempia, reagoivat palkkioon voimakkaammin kuin rangaistuksiin, heidän asenteensa väkivaltaan on myönteisempi, ja he ovat alttiimpia muodostamaan sosiaalisia normeja rikkovia ryhmiä verrattuna nuoriin, joilta nämä piirteet puuttuvat tai ovat lieviä. Heillä antisosiaalinen ja rikollinen käyttäytyminen alkaa suhteellisen nuorella iällä, ja väkivalta on usein välineellistä ja siihen suhtaudutaan tunteettomasti. Vahvoja psykopaattisia piirteitä omaavat nuoret uusivat rikoksia nopeammin ja useammin kuin nuorisorikolliset, joilla ei ole merkittäviä psykopaattisia piirteitä.

Vuonna 2013 Amerikan Psykiatriyhdistys lisäsi tautiluokitusjärjestelmäänsä käytöshäiriö-diagnoosiin tarkentavan määritteen: tunnekyelmiä piirteitä. Määritettä käytetään, kun lapsella tai nuorella on diagnosoitavissa käytöshäiriö ja hänellä ilmenee itsepintaisesti vähintään kaksi seuraavista piirteistä useissa eri ihmissuhteissa ja ympäristöissä vähintään vuoden ajan: katumuksen tai syyllisyyden tunteiden puuttuminen, tunnekyllisyys, empatian puute, tunteiden pinnallisuus ja puutteellinen tunteiden ilmaisu, ja henkilö ei ole huolissaan omasta suoriutumisestaan. Toistaiseksi ei ole tutkimustietoa tämän määritteen sisältävien käytöshäiriöiden esiintyvyydestä suomalaisissa aineistoissa, mutta laajan yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan käytöshäiriöllä oireilevista lapsista ja nuorista noin 10–32 % täyttää tarkentavan määritteen diagnostiset kriteerit.

Nuorten psykopaattisten piirteiden arvioimiseksi on kehitetty useita itsearviointimittareita. Ne ovat helppoja ja nopeita täyttää, mutta niitä ei voi käyttää diagnostisiin tarkoituksiin, vaan ainoastaan seuloina. 12–18-vuotiaiden nuorten psykopaattisten piirteiden arvioinnissa käytetään yleisesti Psychopathy Checklist Youth -version (PCL-YV) mittaria. Kyseessä on puolistrukturoitu menetelmä, jossa lähteinä käytetään nuoren ja hänen läheistensä haastatteluja sekä asiakirjatietoja. Menetelmän käyttö vaatii menetelmäkoulutuksen, ja se on tarkoitettu oikeuspsykiatrian ja -psykologian ammattilaisten käyttöön. Psykopaattisten piirteiden hoito, varsinkin jos käyttäytyminen on kehittynyt antisosiaaliseksi, on osoittautunut vaikeaksi. Yksilön lapsuudessa toteutetuilla perheinterventioilla ja vanhempainohjannalla on esitetty olevan mahdollista vaikuttaa piirteiden kehittymiseen.

## Koulusurmat

Erityisenä ilmiönä nuorten henkirikollisuuden alueella ovat kouluissa tapahtuneet joukkosurmat (ks. myös luku 19.2 Mielialahäiriöt). Yhdysvalloissa käytiin systemaattisesti läpi vuosina 1974–2000 tapahtuneet koulusurmat (37 tapausta). Valtaosa tekijöistä oli miehiä, usein akateemisesti pärjääviä henkilöitä, joilla ei ilmennyt aikaisempaa väkivaltarikoshistoriaa. Heidän lapsuudenperheissään ei ollut useinkaan esiintynyt kaltoinkohtelua tai hyväksikäyttöä. Heillä oli ajankohtaisia päihdeongelmia, masentuneisuutta, itsetuhoisia ajatuksia ja usein tekoa edeltävästi akuutteja stressitekijöitä elämässään. Surmatyön tekijät olivat lähes poikkeuksetta kiinnostuneita ampuma-aseista. Merkittävä osa koki tulleensa koulukiusatuiksi ja ryhmänsä hylkäämiksi. Motiivina esiin nousivat kosto kärsitystä vääryydestä, henkirikos-itsemurha sekä halu saada huomiota ja kunnioitusta. Koulusurmaajia on pyritty luokittelemaan tutkijoiden toimesta eri tavoin. Eräs jaottelu on ryhmitellyt koulusurmaajat psykoottisiksi, traumatisoituneiksi ja tunnekylmiksi. Koulusurmaajilla ei kuitenkaan ole riittävästi profilointiin tarvittavia yhteisiä ominaisuuksia. Asiaa vaikeuttaa ilmiön harvinaisuus.

Epäterve narsismi on lasten ja nuorten väkivaltaisen käyttäytymisen riskitekijä. Patologinen narsismi – huomiohakuisuus ja samanaikainen empatiakyvyn heikkous – vaikuttaakin olevan tekijä, joka muuttaa yksityisen tapahtuman, kuten itsemurhan, julkiseksi tapahtumaksi, joukkosurmaksi. Useilla koulusurmaajilla on ollut yksi tai useampi ”hengenheimolainen”, jotka ovat jakaneet tekijän kanssa yhteisen fantasian tulevasta tapahtumasta, ja osa heistä on osallistunut itse tapahtuman suunnitteluun ja rakentamiseen. Koulusurmia onkin kutsuttu ”seremonialliseksi väkivallaksi”, koska tekoihin näytetään valmistautuvan esim. suunnitteleamalla ja hankkimalla tapahtumaan tietynlainen vaatetus, aseistus ja jopa taustamusiikki.

Suomalainen tutkijalautakunta laati suosituksen, jotta koulusurmien todennäköisyys vähenisi ja niiden aiheuttamat vahingot pienenisivät: mm. oppilas- ja opiskelijahuoltotyötä tulee kehittää siten, että oppilaiden ongelmia tunnistetaan aktiivisesti ja tukitoimenpiteitä parannetaan, nuorten ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöitä koskevia hoitosuosituksia täsmennetään toimivan hoitokokonaisuuden varmistamiseksi ja koulukiusaamisen ennaltaehkäisyyn ja esiintymiseen puututaan tehokkaasti varhaisessa vaiheessa. Normatiivisten nuoruusiän kehitystehtävien tukeminen on kaikenlaisten vakavien nuorisopsykiatristen ongelmien kannalta välttämätöntä ja pienentää myös väkivaltaisten päätapahtumien riskiä. Erityisen tärkeää on tukea nuoren integroitumista prososiaaliseen ikätoveripiiriin.

## Nuoren väkivaltariskin arviointi

Myöskään nuorilla puhtaasti kliiniseen psykiatriseen tutkimukseen perustuvan väkivaltariskin ennustearvo ei ole hyvä. Kuten aikuisillakin (ks. kirjan luku 20.2) parhaiten väkivaltariskiä voidaan arvioida yhdistämällä anamneesista saatavaa informaatiota kliinisiin löydöksiin. Strukturoitu arvio tehdään sellaisten seikkojen perusteella, joiden on osoitettu olevan yhteydessä väkivaltariskiin. Osa näistä koskee aikaisempia väkivallantekoja, jotka tulee selvittää tarkkaan ja objektiivisesti. Osa liittyy arvioitavan sosiaaliseen verkostoon (toveripiiri, roolimallit) ja osa potilaan ominaisuuksiin ja toimintaan (impulssikontrolli, asenteet, päihdekäyttö). Näihin seikkoihin voidaan vaikuttaa. Menneisyyden tapahtumien arvioiminen on helpompaa kuin ajankohtaisesti muuttuvien dynaamisten seikkojen, joiden osalta riskiarvio tulee aika ajoin uusua. Tämä on erityisen tärkeää kehittyvien nuoruusiäisten kohdalla. Väkivaltakäyttäytymisen riski vaihtelee ajankohdan ja tilanteen mukaan, eikä henkilö ole yhtä väkivaltainen koko ajan ja kaikissa olosuhteissa. Jos riski todetaan kohonneeksi, riskiarvion tulee johtaa riskinhallintasuunnitelmaan.

SAVRY (Structured Assessment of Violence Risk in Youth) on Suomessa yleisesti käytetty menetelmä 13–18-vuotiaiden nuorten väkivaltakäyttäytymisen riskin ennustamisessa, ja sen suomenkielinen versio on todettu toimivaksi nuorisopsykiatristen potilaiden ja lastensuojelunuorten arvioinnissa. SAVRY muodostuu 24 riskiosiosta (aikaisempaan elämänhistoriaan liittyvät, sosiaaliset/tilannesidonnaiset ja yksilöön liittyvät) ja kuudesta suojaavasta tekijästä. Riskitekijät koodataan kolmeen luokkaan erityisten koodausohjeiden mukaisesti (korkea/kohonnut/matala) ja suojaavat tekijät puolestaan kaksiluokkaisen ohjeistuksen mukaisesti (on/ei ole). Riskiarviointityökaluja käytettäessä on muistettava, ettei ennustaminen kerro koskaan varmaa tietoa tulevasta. SAVRYn luotettavuus on kuitenkin osoittautunut kohtuulliseksi (AUC 0.70–0.74). SAVRYn käyttäminen vaatii virallisen menetelmäkoulutuksen.

SAVRY soveltuu käytettäväksi tilanteessa, jossa nuoresta on jo kertynyt varsin runsaasti tietoa, useimmiten erityispalveluissa kuten koulukodeissa tai alaikäisten oikeuspsykiatrisen hoidon yhteydessä. SAVRY-arvion tavoitteena on aina ohjata perusteltua suunnitelmaa toimenpiteistä, joilla riskiä pienennetään. Hyödyllisiä arviointitilanteita ovat esimerkiksi kohdat, joissa harkitaan nuoren siirtämistä toiseen ympäristöön, esimerkiksi laitoshoidosta avohoitoon, ja tarvitaan perusteltu kannanotto siitä, miten riskin eskaloitumista voidaan estää. Silloin tärkeitä ovat erityisesti yksilölliset ja uudessa ympäristössä eteen tulevat sosiaaliset seikat, joihin voidaan interventioilla vaikuttaa. Koska nuoruusiäinen muuttuu paljon nopeammin kuin aikuinen, väkivaltariskin arvio on aika ajoin uusittava, esimerkiksi ympäristön muuttuessa tai puolivuositain–vuosittain.

START:AV (Short Term Assessment of Risk and Treatability, adolescent version) on riskiarviomenetelmä, jossa erilaisia nuoruusikäisen elämässä relevantteja tekijöitä, kuten esimerkiksi koulu / työ, ikätoverisuhteet ja impulssikontrolli, arvioidaan sekä vahvuutena että heikkoutena. Hyvä impulssikontrolli ja vahva sitoutuminen prososiaaliseen ikätoveripiiriin esimerkiksi voivat olla riskejä pienentäviä tekijöitä, mutta tuottavat päinvastoin haasteita, jos impulssikontrolli on heikko ja ikätoverisuhteet löytyvät antisosiaalista piireistä. STARTissa arvioidaan riskiä useisiin päätetapahtumiin kuten väkivaltainen käyttäytyminen, itsemurha, luvaton poistuminen tai terveyden vahingoittaminen. START on hyödyllinen menetelmä hoitosuunnitelmien tekemiseen, mutta tutkimusnäyttö sen ennustemerkityksestä ei ole samaa luokkaa kuin SAVRYn kohdalla. Suomenkielinen laitos on valmisteilla.

SAPROF:YV (Structured Assessment of Protective Factors for violence risk, youth version) on teknisesti SAVRYn ja STARTin kaltainen puolistrukturoitu menetelmä, jossa keskitytään suojaaviin tekijöihin. Väkivaltaisen käyttäytymisen riskiä voidaan pienentää niin pienentämällä riskitekijöiden vaikutusta kuin edistämällä suojaavia tekijöitä. SAPROF:YV on hyödyllinen missä tahansa nuorisopsykiatrisessa työssä, sillä siinä oikeastaan kuvataan, mitä nuoruusikäisen elämässä pitäisi olla. Suomenkielinen laitos on valmisteilla.

Vähemmän erikoistuneella hoidon tasolla ja tilanteissa, joissa nuoresta ei vielä ole kertynyt kovin paljon tietoa, voidaan ajankohtaista väkivaltakäyttäytymisen riskiä ja siihen liittyvien interventioiden tarvetta arvioida nuorille tarkoitettulla V-Risk-Y-menetelmällä, jonka kieliversiot on hiljattain tuotu käyttöön Norjassa, Ruotsissa ja Suomessa.

Alaikäisen kohdennetun väkivaltariskin arvioon päivystystilanteissa on kehitetty Uhka-seula (mielenterveystalo.fi/ ammattilaiset). Seulaa käytetään tilanteissa, joissa nuori on uhannut väkivallalla (esimerkiksi koulussa) ja tarvitaan kii-reellinen kannanotto sekä väkivaltariskiä että uhkaajan hoidon tai intervention tarpeeseen. Seulan tarkoitus on yhtenäistää ja selkeyttää uhkaajien arviointia nuorisopsykiatriassa ja tukea terveydenhuollon ammattilaista päätöksenteossa sen suhteen, onko aihetta päivystykselliseen interventioon. Seulan kysymykset perustuvat tutkittuun tietoon siitä, mikä kohottaa riskiä uhkauksen mahdolliselle toteuttamiselle. Seula mukailee Borumin ja Reddyn ACTION-mallia, joka on kehitetty kohdennetun väkivallan riskin arvioimiseen.

## Lasten oikeuspsykiatriset ja oikeuspsykologiset tutkimukset

Yliopistollisissa sairaaloissa toimivat lasten oikeuspsykiatrian/oikeuspsykologian yksiköt, jotka järjestävät terveydenhuollossa tehtävän tutkimuksen lapseen kohdistuneen seksuaali- ja pahoinpitelyrikoksen selvittämiseksi ja haitan arvioimiseksi poliisin, syyttäjän tai tuomioistuimen pyynnöstä. Tutkimus toteutetaan moniammatillisessa työryhmässä, johon kuuluu erikoislääkäreitä, (oikeus)psykologeja, sosiaalityöntekijöitä ja asiantuntijahoitajia. Yksiköt keskittyvät pienten lasten tutkimuksiin, sillä isojen lasten ja nuoruusikäisten tutkimukset onnistuvat ilman psykiatrista erikoisosaamista poliisin tai kliinisen oikeuslääketieteen toimintana.

Pienten lasten kyky muistaa ja verbalisoida johdonmukaisesti kokemaansa ei ole vielä kehittynyt, lapset ovat herkästi johdateltavissa ja pelko ja tilanteiden hallitsemattomuuden kokemus voivat suuresti vaikuttaa lapsen antamaan informaatioon. Asiaa voivat vielä mutkistaa lapsen läheiset suhteet epäiltyyn tekijään. Siksi kuulemisessa tarvitaan kehityspsykiatrista erityisosaamista. Lasten oikeuspsykiatrinen tutkimus keskittyy ensisijaisesti epäillyn rikoksen näytön selvittelyyn. Rikosoikeudenkäynnissä käsitellään myös vahingon- ja kärsimyskorvauksia. Sen vuoksi syyllisyyden selvittämisen lisäksi tarvitaan haitan arvio. Kaikkia alaikäisten kokemuksiin seksuaali- ja pahoinpitelyrikoksiin liittyviä haitan arviointeja ei voida toteuttaa lasten oikeuspsykiatrisissa/oikeuspsykologisissa työryhmissä tai edes lasten- ja nuorisopsykiatrian erikoissairaanhoidossa, vaan haitan arviointi voi tulla muidenkin lääkäreiden tehtäväksi siellä, missä lapsen tai nuoren asioita ensisijaisesti hoidetaan. Haitan arvioinnista on valmistumassa lääkäreille ohje osana STM:n Väkivallaton lapsuus -toimenpideohjelmaa.

## Nuorten mielentilatutkimuksen ja oikeuspsykiatrisen hoidon erityispiirteitä

Nuoruusikäisten mielentilatutkimuksia tehdään Suomessa hyvin vähän, koska niitä käytetään lähinnä hyvin vakavien rikosten, kuten seksuaalirikosten tai hyvin vakavien väkivaltarikosten oikeusprosesseissa, ja huolimatta lähes jatkuvasta nuorten väkivaltaisuuden lisääntymisestä pohtivasta julkisesta keskustelusta tällaiset rikokset alaikäisillä ovat harvinaisia. Mielentilatutkimuksia alaikäisille nuorille tehdään alaikäisten oikeuspsykiatrisilla osastoilla Taysissa ja Niuvanniemen sairaalassa sekä HUSin nuorisopsykiatrialla. Mielentilatutkimus on pääpiirteissään samanlainen kuin aikuisten mielentilatutkimus, mutta kuten tahdosta riippumattoman hoidon kohdalla yleensä, mielentilatutkimuksessakin alaikäisen kohdalla arvioidaan alaikäisen vakavan mielenterveyden häiriön syy-yhteyttä tekoon, ei siis pelkästään mielisairauden. Kehitysvammaisuuden rooli tässä asiassa on kuten aikuistenkin arvioissa.

Kuten kehitysikäisen psykiatrisessa häiriössä yleensäkin, nuoren mielenterveyden häiriön vakavuutta ja merkitystä arvioitaessa tulee huomioida paitsi häiriön diagnostiset kriteerit myös nuoruusiän kehitystehtävien eteneminen tai kehityksen etenemisen vaikeudet. Nuoruusiän kehitystehtävien onnistunutta etenemistä arvioitaessa tarkastellaan esimerkiksi nuoren suhdetta vanhempiinsa, ikätovereihin, seksuaalisuuteen, omaan kehoon, koulutyöhön ja mielekkääseen vapaa-ajan viettoon. Kunkin osa-alueen kohdalla tarkastellaan, ilmentääkö nuori kehityksen osa-alueella ikätasoista ja prososiaalista toimintakykyä, vai onko kyseinen kehityksen osa-alue nuoren kohdalla mahdollisesti ikätasosta jäljessä tai nuoren toiminta suhteessa siihen normatiivien rajat ylittävällä tavalla konfliktialtista tai destruktiivista.

Kehitysikäisen tullessa määrätyn oikeuspsykiatriseen hoitoon on samoin, kuten mahdollisessa pitkäaikaisessa psykiatrisessa sairaalahoidossa yleensäkin, hoito kohdistettava sekä nuoren sairastaman psykiatrisen hoidon oireiden lievittämiseen että nuoruusiän kehitystehtävien etenemisen tukemiseen. Nuoruusiässä tehdään valtava määrä valintoja, joilla on kauaskantoiset vaikutukset pitkälle aikuisuuteen, ja kehityksen on koko ajan mentävä eteenpäin. Ikäluokastaan eroon joutunut nuori jää todella helposti kehityksestä jälkeen tavalla, jota on vaikea myöhemmin kuroa umpeen. Oikeuspsykiatrisessa hoidossa haasteena on tasapainon löytäminen turvallisuuden ja ikätasojen aktiviteettien ja ikätoverikontaktien mahdollistamisen välillä. Ikätoverisuhteet ovat kuitenkin nuoruusiässä kehityksellisesti välttämättömiä. Erityisesti seksuaalisuuden alue saattaa olla haastava koko ympäristölle, jossa nuori oleskelee. Siinä missä väkivalta muita ihmisiä kohtaan ei ole koskaan sallittua, ikätasoinen romanttinen kiinnostus on normatiivista. Esimerkiksi lapsen seksuaaliseen hyväksikäyttöön syyllistyneen nuoren kohdalla kaikki ikätasoinenkin romanttinen ja seksuaalinen kiinnostus saattaa herättää pelkoja myös hoitavissa henkilöissä. Kiinnostuksen etenemistä toiminnaksi ei toisaalta alaikäisten psykiatrisella osastolla voi kannustaa, vaikka tunteet itsessään olisivatkin normatiivisia. Myös rakentavan yhteistyösuhteen luominen nuoren huoltajiin saattaa olla haastavaa, mutta mikäli nuoren ja vanhempien suhteessa on vähäinenkin mahdollisuus rakentavaan kontaktiin, sitä on tuettava ja vanhempi-suhteen kipukohtia käsiteltävä hoidon aikana, koska muuten nuori kohtaa vanhempi-suhteidensa haasteet aikuisuudessa ilman hoitojärjestelmän tukea.



## Kirjallisuutta

- Bartel P, Borum R, Forth A (2000): Structured Assessment for Violence Risk in Youth (SA-VRY). Consultation Edition. Author.
- Böckler N, Seeger T, Sitzer P, Heitmeyer W (toim.) (2013): School Shootings – International Research, Case Studies, and Concept for Prevention. Springer. New York.
- Fazel S, Doll H, Långström N. Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: A systematic review and metaregression analysis of 25 surveys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47(9), 1010–1019.
- Forth AE, Kosson DS, Hare RD (2003): The Hare PCL: YV. Multi-Health Systems. Toronto.
- Kaakinen M, Näsi M (2021): Nuorten rikoskäyttäytyminen ja uhrikokemukset 2020. Helsingin yliopisto, Kriminologian ja oikeuspolitiikan instituutti. Helsinki.
- Kaltiala-Heino, R. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:7.
- Kaltiala-Heino R, Kaivosoja M, Ritakallio M. Nuorten rikoksentekeyijöiden mielenterveys ja psykiatrisen hoidon tarve. *Suom Lääkäril* 2006: 61: 971–977.
- Kaltiala-Heino R, Eronen M, Työläjäarvi M. Vahingoittavaan seksuaalikäyttäytymiseen syyllistyvät nuoret. *Duodecim* 2015:131: 649–655.
- Kaltiala R, Holttinen T, Lindberg N. Subsequent criminal participation among young people first admitted to psychiatric inpatient care during early and middle adolescence. *J Forens Psychiatry Psychol* 2021. DOI: 10.1080/14789949.2020.1871499
- Käytöshäiriöt (lapset ja nuoret). Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Suomen lastenpsykiatriyhdistyksen, Suomen nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistyksen nuorisopsykiatrisen jaoksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018 (viitattu 19.9.2021). Saatavilla Internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- Ramesh T, Igoumenou A, Montes MV ym. Use of risk assessment instruments to predict violence in forensic psychiatric hospitals: a systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2018; 52: 47–53.
- Salekin RY, Lynam DR (toim.) (2010): Handbook of Child & Adolescent Psychopathy. The Guilford Press. New York.

## 23 Oikeuspsykologia

**T**ämän luvun ensimmäisessä osassa esitellään oikeuspsykologian erikoisalaa ja kehityskulkua historiasta nykypäivään sekä kansainvälisesti että meillä Suomessa. Luvun toisessa osassa paneudutaan oikeuspsykologian yhteen erityiseen sovellusalaan eli osana mielentilatutkimusta suoritettavaan oikeuspsykologiseen tutkimukseen.

### Mitä oikeuspsykologia on

Laajasti määriteltynä oikeuspsykologia (legal and forensic psychology) on psykologian tieteenalan tutkimustiedon ja asiantuntijuuden soveltamista oikeustieteen alalla. Oikeuspsykologia voidaan jakaa edelleen ala-alueisiin kuten forensiseen psykologiaan, kriminaalipsykologiaan ja todistajanpsykologiaan. Forensisella psykologialla tarkoitetaan psykologisten teorioiden, tieteellisen tutkimuksen ja psykologisten tutkimusmenetelmien soveltamista oikeuden käytössä. Esimerkkinä tästä on rikoksesta syytetyn henkilön syyntakeisuuskysymyksen tarkasteleminen mielentilatutkimuksen osana tehtävästä oikeuspsykologisesta tutkimuksesta saadun tiedon avulla. Kriminaalipsykologiassa rikollista käyttäytymistä pyritään ymmärtämään tieteellisen tutkimuksen valossa sekä luomaan siihen vaikuttavia interventioita. Todistajanpsykologiassa tarkastellaan tieteellisen tutkimuksen keinoin todistajien, uhrien ja rikoksesta epäiltyjen muistikuviiin ja tapahtumakertomuksiin liittyviä seikkoja kuten luotettavuutta. Lisäksi oikeuspsykologiassa tarkastellaan inhimillistä päätöksentekoa ja asiantuntijuutta oikeusprosessin näkökulmasta.

Oikeuspsykologian kenttä on laaja-alainen, ja hyvin erilaisissa tehtävissä toimivat psykologit voivat satunnaisesti kohdata urallaan oikeuspsykologisia kysymyksenasetteluja. Kansainvälistä kehitystä mukaillen oikeus kutsuu Suomessakin yhä useammin psykologin todistajaksi tai asiantuntijaksi, ja syyttäjä tai poliisiviranomainen pyytää psykologilta asiantuntija-apua esitutkintaan. Ottaessaan

tämänkaltaisen tehtävänannon vastaan psykologin on oltava tietoinen roolistaan ja kompetenssistaan oikeuspsykologisen tiedon soveltajana. Osa psykologeista on erikoistunut oikeuspsykologiaan ja heidän käyttäytymistieteellistä asiantuntijuuttaan hyödynnetään erityisesti rikos- ja siviilioikeuden prosesseissa päätöksenteon apuna. Kun tarkastellaan rikosoikeuden prosesseissa työskentelevien psykologien tämänhetkistä määrää, mielentilatutkimuksiin ja vaarallisuusarviointeihin liittyviä oikeuspsykologisia tutkimuksia tekeviä psykologeja on maamme mielentilatutkimusyksiköissä kolmisenkymmentä. Lasten ja nuorten oikeuspsykiatrisia tutkimuksia tekeviä psykologeja on saman verran.

Siviilioikeudellisista kysymyksistä, kuten huoltajuus- ja tapaamiskiistoista, psyykkisestä vahingosta tai oikeustoimikelpoisuudesta, lausuvien psykologien määrää on vaikea arvioida, koska näitä tutkimuksia ei ole keskitetty kahden edellä mainitun osa-alueen tavoin erityisiin tutkimusyksiköihin, vaan arviointeja tekevät sekä yksityisellä että julkisella sektorilla toimivat psykologit. Kaikki oikeuspsykologiaan liittyvät tehtävät, joissa oikeuspsykologeja työskentelee, eivät kuitenkaan liity suoraan rikos- tai siviilioikeuden prosesseihin. Muualla maailmassa psykologeja työskentelee esimerkiksi poliisin ennalta estävissä toiminnoissa väkivallan uhka-arviointitehtävissä, mutta Suomessa tämä on toistaiseksi harvinaisempaa.

## Oikeuspsykologian erikoisalan kehittyminen

Psykologian tieteenalan potentiaali oikeusprosessien apuna tunnistettiin jo 1800-luvun loppupuolella. Ensimmäisiä julkaisuja rikollisen käyttäytymisen psykologisista vaikuttimista löytyy tosin jo 1700-luvulta lähtien (Schaumann, *Ideen zur Kriminalpsychologie*, 1792; Münch, *Über den Einfluss der Kriminalpsychologie auf ein System des Kriminalrechts*, 1799). James Cattell (1860–1944) ja Hugo Münsterberg (1863–1916) voidaan mainita psykologian tieteenalan pioneereina, jotka nostivat tahoillaan oikeudenkäyttäjien tietoisuuteen todistajien lausuntojen luotettavuuden ongelmat. Cattell teki yliopisto-opiskelijoilleen ensimmäisen yksinkertaisen oikeuspsykologisen kokeen silminnäkijätodistajien lausuntojen luotettavuudesta vuonna 1893. Kysymys viikko sitten vallinneesta säätilasta tuotti hyvin erilaisia varmoina annettuja vastauksia, jotka tosiasiallisesti olivat usein vääriä. Cattell ryhtyi tämän havainnon innoittamana tutkimaan laajemmilla koeasetelmilla sekä ihmisen muistitoimintoja että silminnäkijätunnistuksia. Cattellin alkuun saattama todistajien psykologian kysymyksiin liittyvää tutkimustyötä jatketaan aktiivisesti edelleen. Vuonna 1908 Münsterberg julkaisi teoksensa *On the Witness Stand*, jossa hän nosti tuoreen psykologiatieteen edustajana lainoppineiden tietoisuuteen mm. silminnäkijätodistajien muistin luotettavuuden, rikostutkinnan ja väärin tunnustusten ongelmat sekä peräänkuulutti psykologien hyödyntämistä oikeusproesseissa.

1900-luvulla psykologit ryhtyivät tutkimaan myös muita oikeudenkäytön kanalta keskeisiä aihealueita, kuten kognitioiden ja persoonallisuuden käyttäytymistieteellistä havainnoimista sekä ihmisen psykososiaalista vaiheittaista kehittymistä, siten että saaduista tutkimuslöydöksistä kiinnostuttiin yhä enemmän sekä siviili- että rikosoikeudessa. Esimerkiksi vuoden 1962 ennakkotapauksen (Jenkins vs. United States) myötä psykologit hyväksyttiin vähitellen päteviksi asiantuntijatodistajiksi lääkäreiden rinnalle syyntakeisuusarviointiin liittyvissä mielenterveydellisissä kysymyksissä Yhdysvaltojen eri osavaltioissa. Suomessa valtion oikeuspsykiatriisiin sairaaloihin Niuvanniemeen ja Vanhaan Vaasaan (ent. Mustasaaren sairaala) perustettiin ensimmäiset psykologin virat 1970-luvun alussa. Tätä ennen lääkärit olivat itse tehneet useita vuosikymmeniä ”assosiaatiokokeita”, ”psykologisia kysymyssarjoja” ja ”intelligenssitutkimuksia” mielentilatutkimuksessa oleville henkilöille.

Muutaman viime vuosikymmenen aikana oikeuspsykologia on vakiinnuttanut kiistattoman asemansa psykologian erikoisalana maailmalla, kun tarkastellaan oikeuspsykologisten artikkeleiden, tiedejulkaisujen, oppikirjojen ja erikoistumiskoulutusten moninkertaistuvia määriä. Kolmekymmentä vuotta sitten perustettiin eurooppalainen oikeuspsykologian tieteellinen yhdistys (European Association of Psychology & Law, 1992), joka järjestää vuosittaisia alan tieteellisiä konferensseja. Yli kolmekymmentä vuotta on kulunut myös siitä, kun Amerikan Psykologiyhdistys (American Psychological Association, APA) julkaisi ammatilliset ohjeet oikeuspsykologeille (Speciality Guidelines for Forensic Psychologist, 1991). Vuonna 2001 APA nimesi oikeuspsykologian omaksi erikoisalakseen. Samana vuonna Euroopan Psykologiliittojen kattojärjestö (European Federation of Psychologists' Association, EFPA) julkaisi oikeuspsykologian erikoisalalla toimiville psykologeille omat ammattieettiset suositukset (The European psychologist in forensic work and as expert witness. Recommendations for an ethical practice, 2001) oikeuspsykologisen työn poikkeuksellisen luonteen vuoksi. Näiden kansainvälisten oikeuspsykologisten ammatillisten ja eettisten erityisohjeistusten tavoitteena on vahvistaa korkealaatuista ammatillista erityisalaa, oikeuspsykologisen työn laatua ja systemaattista kehittämistä sekä arvion kohteena olevan henkilön asianmukaista ja kunnioittavaa kohtelua. Suomalaiseen järjestelmään soveltuvat oikeuspsykologien ammatilliset ohjeet eettiselle toiminnalle julkaistiin vuonna 2021 Suomen Psykologiliiton oikeuspsykologian ammatillisen työryhmän toimesta.

Suomessa oikeuspsykologian erikoisala organisoitui 1990-luvun puolivälissä. Suomen Psykologiliittoon perustettiin tällöin oikeuspsykologian ammatillinen työryhmä, jonka keskeisenä tehtävänä on tukea oikeuspsykologien ammatillista toimintaa ja auttaa muilla psykologian erikoisalueilla työskenteleviä kollegoita, joille voi satunnaisesti ohjautua oikeuspsykologiaan liittyviä tehtävänantoja. Työryhmän toisena keskeisenä tavoitteena on edistää erikoisalan kehittymistä maassamme. Vuonna 2008 julkaistiin ensimmäinen suomenkielinen oikeuspsykologian alan kattava perusteos (Santtila & Weizmann-Henelius, Oikeuspsykologia,

2008). Suomessa oikeuspsykologian yliopistollisen opetus aloitettiin Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksella 1990-luvun alussa. Nykyään laajin oikeuspsykologinen opintokokonaisuus järjestetään Itä-Suomen yliopistossa, jossa on mahdollisuus opiskella sekä perus- että aineopinnot.

Vuonna 2017 aloitettiin kuuden yliopiston psykologian ja oikeustieteiden opiaineiden yhteistyönä oikeuspsykologian erikoistumiskoulutus, jota Åbo Akademi aktiivisena oikeuspsykologian erikoisalan tutkijatahona koordinoi. Koulutus on luonteeltaan moniammatillinen siten, että se on tarkoitettu psykologien lisäksi juristeille ja muille sellaisille ammattihenkilöille, kuten lääkäreille, sosiaalityöntekijöille ja poliisiviranomaisille, jotka soveltavat työssään psykologista tietoa oikeusprosessin eri vaiheessa. Koulutukseen sisältyvät aihealueet kattavat koko laajan erikoisalan ja ajankohtaisen tietämyksen forensisen, kriminaalipsykologian ja todistajanpsykologian osa-alueilta: mielentilatutkimukset ja vaarallisuusarviot, lapsiin ja nuoriin liittyvät erityiskysymykset, todistajanpsykologian ja oikeuspsykologisen tiedon soveltamisen esitutkinnassa, siviiliprosesseihin liittyvät erityispiirteet, rikollisuuden syyt, rikoksen vaikutus tekijään ja uusintarikollisuuteen vaikuttaminen, rikoksen vaikutus uhriin, päätöksenteko ja oman työskentelyn kriittinen arviointi, eettinen toiminta sekä asiantuntijuus.

## Oikeuspsykologisen arvioinnin erityisyys

On tarpeellista tiedostaa, että oikeuspsykologinen arviointi ja asiantuntijanlausunto poikkeavat tehtävän luonteen vuoksi tavanomaisesta kliinisestä psykologisesta arviosta ja lausunnosta, ja vaatii siten erityisosaamista. Olennaisin ero on siinä, että oikeuspsykologi tekee asiantuntija-arvionsa ja -lausuntonsa ensisijaisesti tuomioistuimen päätöksenteon avuksi. Tuomioistuin käyttää harkintavaltansa mukaisesti asiantuntijalausuntoa arvioitavan perus- ja ihmisoikeuksiin puuttumiseen, mikä tekee tutkimuskontekstista aivan erityisen, kuten edellä mainitut kansainväliset ja kansalliset ammattieettiset ohjeistukset painottavat. Tässä tutkimuskontekstissa on aina huomioitava arvioitavan mahdollinen pyrkimys vaikuttaa arviointiin ylitai aliraportoimalla tilannettaan tai antamalla itsestään todellisuutta suotuisampi kuva. Oikeuspsykologisessa tutkimuskontekstissa tutkijalta vaaditaan siis erityisen neutraalia, objektiivista, puolueetonta, läpinäkyvää ja kriittistä tutkimusotetta. Mahdollisimman luotettavien johtopäätösten varmistamiseksi oikeuspsykologilla on käytössään samanaikaisesti useita eri tutkimusmenetelmiä ja -tietolähteitä, mikä esimerkiksi syntyakeisuuskysymystä puntaroidessa on oikeuspsykologisen arvioinnin ehdoton lisäarvo koko mielentilatutkimukselle.

## Oikeuspsykologinen tutkimus osana mielentilatutkimusta

### *Lähtökohta*

Psykologi toimii mielentilatutkimuksessa käyttäytymistieteiden asiantuntijana osana lääkärijohtoista moniammatillista työryhmää. Oikeuspsykologisen asiantuntijalausunnon vastaanottajia ovat mielentilatutkimuksesta vastaava tutkiva lääkäri, THL sekä viime kädessä tutkimuksen määrännyt tuomioistuin. Oikeuspsykologinen tutkimus ja asiantuntijalausunto edustavat käyttäytymistieteiden erityisosaamista, mistä syystä lausunto liitetään itsenäisenä kokonaisuutena johtopäätöksineen osaksi mielentilatutkimusasiakirjaa. Oikeuspsykologisen tutkimuksen tarkoituksena on selvittää ja raportoida käyttäytymistieteellisestä näkökulmasta sekä syyntakeisuuden että mahdollisen hoidon tarpeen arvion kannalta keskeiset seikat tutkittavan kognitiivisesta toimintakyvystä, persoonallisuuden keskeisistä piirteistä ja mahdollisesta häiriintyneisyyden laajuudesta sekä psyykkisen poikkeavuustilan asteesta. Oikeuspsykologisen lausunnon johtopäätöksissä arvioidaan tutkimuksessa ilmenneiden seikkojen ja mahdollisen psyykkisen poikkeavuustilan vaikutusta tutkittavan ymmärrys- ja kontrollikykyyn tekohekellä sekä hänen ajankohtaista psyykkistä ja kognitiivista toimintakykyään.

Oikeuspsykologisen tutkimuksen keskeiset tutkimuskysymykset nousevat syyntakeisuuskriteereistä (Rikoslaki 3 luku 4 §), jotka perustuvat ns. psykologisenormatiiviseen (HE 44/2002 vp) ymmärrykseen ihmisen käyttäytymisestä, sen vaikuttimista ja kontekstisidonnaisuudesta. Syyntakeisuusarviointia on käsitelty tarkemmin toisaalla tässä oppikirjassa. Psykologilla on käytössään käyttäytymistieteellinen ammattitaito ja tutkimusmenetelmiä, joiden avulla voidaan arvioida, miten tutkittava mahdollisesti poikkeaa normiväestöstä. Psykologi tekee arvionsa tutkittavasta monimenetelmäisesti ja kykenee kuvaamaan sen perusteella laaja-alaisesti tutkittavan ymmärrys- ja kontrollikykyyn potentiaalisesti vaikuttavia seikkoja: Mitä funktioita tutkittavan käyttäytymisellä mahdollisesti on ja missä kontekstissa? Miten tutkittava kykenee havainnoimaan, ymmärtämään ja arvioimaan ympäröivää todellisuutta? Miten hän kykenee ymmärtämään käyttäytymisensä vaikuttimia sekä sen moraalista ja oikeudellista merkitystä? Miten hän ymmärtää käyttäytymisensä seuraukset ja merkitykset itselleen ja muille? Miten tutkittava kykenee käyttämään harkintakykyään ja säätelemään käyttäytymistään? Psykologi myös erittelee löydöksensä, jos ne eroavat teko- ja tutkimushetkellä.

## Oikeuspsykologinen tutkimusprosessi

Valtion oikeuspsykiatristen sairaaloiden oikeuspsykologit ovat jo 1990-luvun puolivälistä saakka aktiivisesti kehittäneet sekä sisällöllisesti että menetelmällisesti osana mielentilatutkimusta tehtävää oikeuspsykologista tutkimusta ja siitä kirjoitettavaa lausuntoa. Oikeuspsykologinen tutkimusprosessi kestää koko mielentilatutkimusjakson ajan ja etenee pääpiirteissään seuraavasti: Tutkimus käynnistyy aloituspalaverilla, jossa moniammatillinen tutkimusryhmä esittäytyy tutkittavalle ja esittelee tutkimusprosessin tarkoituksen, kulun ja toimintaperiaatteet. Tämän jälkeen psykologi aloittaa tutkittavan kanssa kahdenkeskiset haastattelut, joiden ensisijainen tarkoitus tässä vaiheessa on yhteistyösuhdetta rakentaen tutustua tutkittavan elämäntarinaa ja siihen, miksi tutkittava on päätenyt mielentilatutkimukseen. Psykologiset testitehtävät voidaan aloittaa siinä vaiheessa, kun riittävä yhteistyösuhde on saavutettu. Laaja tutkimuspatteristo sisältää kognitiivisia, persoonallisuutta arvioivia ja tarvittaessa neuropsykologisia tehtäväsarjoja, joiden suorittamiseen kuluu useita tapaamiskertoja.

Jos tuomioistuimen asettamana tutkimuskysymyksenä on myös vaarallisuuden arviointi, psykologi käyttää lisäksi väkivaltaisen käyttäytymisen riskin arviointiin kehitettyjä, toisaalla tässä oppikirjassa esiteltyjä arviointimenetelmiä. Tämän jälkeen psykologi analysoi testilöydökset ja vertaa niitä saatavilla oleviin asiakirjatietoihin ja alkuhaastatteluista saamiinsa tietoihin. Tämän tiedon perusteella psykologi rakentaa ja aloittaa syventävät haastattelut tutkittavan kanssa. Syventävissä haastatteluissa psykologi selvittää asetetuista tutkimushypoteeseista käsin erilaisin kysymyksenasetteluin tutkittavan ymmärryksen ja kontrollikyvyn astetta ja syy-yhteyttä tutkittavan mahdolliseen psyykkiseen poikkeavuustilaan ennen syytteenalaista tekoa, sen aikana ja jälkeen.

Psykologi aloittaa lausunnon kirjoittamisen syventävien haastattelujen rinnalla ja käy vielä tarpeen mukaan täsmentämässä löydöksiään ja päätelmiään sekä lisähaastatteluin että -tehtävin. Tutkimus päättyy loppupalaveriin, jossa moniammatillinen tutkimusryhmä yhdessä kertoo mielentilatutkimuksen johtopäätökset tutkittavalle ja jättää koko mielentilatutkimusasiakirjan hänelle luettavaksi. Psykologi tarjoaa tutkittavalle mahdollisuuden henkilökohtaiseen suulliseen palautteeseen oikeuspsykologisen tutkimuksen löydöksistä sen jälkeen, kun tutkittava on tutustunut mielentilatutkimusasiakirjaan, mukaan lukien siihen liitettyyn oikeuspsykologiseen lausuntoon.

## Oikeuspsykologiset tutkimusmenetelmät

Mielentilatutkimus edellyttää monimenetelmäisyyttä, koska ainoastaan yhden menetelmän avulla saatua tietoa ei voida tässä kontekstissa pitää luotettavana. Oikeuspsykologinen tutkimus on prosessi, jossa psykologi kerää tietoa tutkittavasta neljän keskeisen tutkimusmenetelmän avulla: haastattelut, havainnoinnit, psykologiset testimenetelmät ja asiakirjatiedot. Psykologi tarkastelee asettamiaan tutkimus- ja vastahypoteeseja monimenetelmäisesti keräämänsä tiedon avulla käyttäytymistieteiden näkökulmasta.

Psykologi perehtyy kaikkiin tutkittavasta saatavilla oleviin asiakirjoihin. Haastatteluissa psykologi selvittää ja havainnoi sekä tutkittavan elämänkaaren keskeiset käännekohtat mahdollisine hoito- ja rikoshistorioineen, ajankohtaisen oirekuvan sekä tutkittavan suhtautumisen tekoonsa, sen kohteena olleisiin henkilöihin sekä tutkittavan ymmärrys- ja kontrollikykyä. Psykologi arvioi tutkimustilanteissa tekemiensä havaintojen perusteella tutkittavan suhtautumista tutkimukseen, tutkijaan ja tutkittavan käyttäytymistä yleisemminkin. Psykologiset testit ovat yksi psykologin käyttämä tutkimusmenetelmätyyppi, joka on tietyn protokollan mukaisesti samanlaisena toistettava sarja tehtäviä. Tehtävät perustuvat joko tutkittavan itseraportointiin tai hänen suoriutumiseensa erilaisissa ongelmanratkaisutilanteissa. Tutkittavan antamat vastaukset ja reaktiot arvioidaan etukäteen määritellyllä tavalla. Testillä on mahdollisuus saada näyte tutkittavan käyttäytymisestä (”in vitro”), jota voidaan käyttää yhtenä tietolähteenä tutkittavan käyttäytymisen arviointiin todellisessa elämässä (”in vivo”).

Mielentilatutkimuskontekstissa psykologisin testimenetelmin saatua tietoa verrataan ja suhteutetaan muihin edellä mainituin menetelmin saatuun tietoon. Psykologi käyttää tutkimuksessaan sellaisia testimenetelmiä, jotka on standardisoitu ja osoitettu empiirisissä tutkimuksissa riittävän valideiksi ja reliabeleiksi ja jotka ovat oikeuspsykologian erikoisalalla yleisesti hyväksytyt sovellettaviksi juuri tässä tutkimuskontekstissa. Testimenetelmien käyttö edellyttää käyttäytymistieteellistä, testiteoreettista, tieteellistä ja menetelmäspesifiä koulutusta, jota psykologilla on velvollisuus jatkuvasti päivittää koulutusten ja menetelmistä karttuvan tieteellisen tutkimustiedon avulla.



## Oikeuspsykologinen asiantuntijalausunto

Oikeuspsykologisen lausunnon kirjoittamisen periaatteet ovat samat kuin tieteellisessä kirjoittamisessa. Hyvä oikeuspsykologinen lausunto vastaa vain esitettyihin tutkimuskysymyksiin, jotka kulkevat vahvana punaisena lankana läpi lausunnon. Hyvä lausunto on sisällöllisesti, terminologisesti ja kieliopillisesti selkeä sekä ymmärrettävästi etenevä looginen ja yhdenmukainen jäsennetty kokonaisuus. Se kirjoitetaan siten, että lukija saa selkeän kuva siitä, mihin esitetyt johtopäätökset perustuvat. Mielentilatutkimusta varten kirjoitettavasta oikeuspsykologista lausunnosta löytyvät seuraavat asiat:

1. tunnistetiedot, joissa mainitaan myös kaikki käytetyt tutkimusmenetelmät, tapaamisajankohdat, käyttöön saadut mahdolliset aiemmat psykologiset tutkimukset sekä oikeuspsykologisen tutkimuksen suorittaneen psykologin nimi, oppiarvo ja mahdolliset erikoistumisalat
2. tutkimuksen lähtökohtien kuvaus ja arvio tutkimuksen luotettavuudesta,
3. tutkittavan taustatiedot
4. tutkittavan suhtautuminen kyseessä olevaan/oleviin syytteenalaiseen tekkoon/tekoihin
5. asiakirjoista, haastatteluista, havainnoinneista ja psykologisista testimenetelmistä integroidut tutkimuskysymysten kannalta keskeiset tutkimuslöydökset ja
6. yhteenveto läpinäkyvine johtopäätöksineen.

Jos tutkittavasta on pyydetty vaarallisuusarvio, psykologi kirjaa sen kannalta keskeiset tutkimuslöydökset omaksi kappaleekseen lausuntoonsa ja huomio ne lausuntonsa johtopäätöksissä. Oikeuspsykologinen lausunto antaa siis ymmärrystä mahdollisen psyykkisen poikkeavuustilan arvioimiseen mutta myös laajemmin tietoa tutkittavan persoonallisuudesta, käyttäytymistäipumuksista, toimintakyvystä ja sen mahdollisista rajoitteista, joilla voi olla merkitystä syyntakeisuuskysymyksen ratkaisemisen kannalta. Psykologi noudattaa tutkimuksessaan THL:n antamaa suositusta oikeuspsykologisesta tutkimuksesta osana mielentilatutkimusta (THL, Suositus, 25.5.2020).

Tässä luvussa on esitelty lyhyesti oikeuspsykologian keskeisimmät erityispiirteet, kehityskulut ja sovellusalueet painottaen oikeuspsykologiseen tutkimukseen osana mielentilatutkimusta. Oikeuspsykologia on aktiivisesti kehittyvä psykologian erikoisala, jonka tarjoamaa käyttäytymistieteellistä asiantuntijuutta osataan hyödyntää yhä enemmän päätöksenteon apuna oikeusprosessin eri vaiheissa myös meillä Suomessa.

## Kirjallisuutta

- Archer R, Wheeler E, Vauter, R (2016): Empirically supported forensic assessment. *Clinical Psychology Science and Practice*, 23;4:348–364.
- Brown S, Bowen E, Prescott D (2017): *The Forensic Psychologist's Report Writing Guide*. London and New York: Routledge.
- Packer I (2009): *Evaluation of Criminal Responsibility*. Oxford University Press.
- Santtila P, Weizmann-Henelius G (2008): *Oikeuspsykologia*. Edita Publishing Oy.
- Suositus mielentilatutkimuksessa olevan henkilön oikeuspsykologisesta tutkimuksesta ja oikeuspsykologisen lausunnon laatimisesta. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*, 25.5.2020. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/oikeuspsykiatria>
- Weiner I, Otto R (2013): *The Handbook of Forensic Psychology*. Wiley.
- White J, Hackett L, Dalby J (2015): *Writing Reports for Court: An International Guide for Psychologists Who Work in the Criminal Justice*. Australian Academic Press

## 24 Lähete oikeuspsykiatriseen yksikköön

**M**ielenterveyslain 6 § määrittelee valtion mielisairaalassa annettavaan hoitoon ja oikeuspsykiatriseen tutkimuksen liittyvät tehtävät seuraavasti:

Valtion mielisairaalassa suoritetaan 15 §:ssä tarkoitettuja mielentilatutkimuksia, ja sinne voidaan hyvinvointialueen sairaalan esityksestä ottaa hoidettaviksi mielisairaita ja muita mielenterveydenhäiriöitä potevia henkilöitä, joiden hoitaminen on erityisen vaarallista tai erityisen vaikeaa.

Valtion mielisairaalaan voidaan hyvinvointialueen sairaalan esityksestä ottaa hoidettaviksi muitakin kuin 1 momentissa tarkoitettuja mielisairaita ja muita mielenterveydenhäiriöitä potevia henkilöitä, jollei heidän hoitonsa hyvinvointialueen sairaalassa hoidon järjestämisen kannalta ole tarkoituksenmukaista.

Päätöksen rikoksesta epäillyn tai syytetyn taikka mielentilan vuoksi rangaistukseen tuomitsematta jätetyn valtion mielisairaalaan ottamisesta tekee THL siten kuin 17 §:ssä säädetään. Muulloin päätöksen valtion mielisairaalaan ottamisesta, hoidon lopettamisesta ja sairaalasta poistamisesta tekee valtion mielisairaalan ylilääkäri. (12.6.2015/752)

Tähän lakiin perustuen valtion mielisairaaloihin ohjataan THL:n toimesta oikeuspsykiatrisia potilaita, jotka oikeuden määräämän mielentilatutkimuksen jälkeen täyttävät mielenterveyslain mukaisen tahdosta riippumattoman sairaalahoidon tarpeen edellytykset.

Oikeuspsykiatriseksi potilaaksi valtion mielisairaalaan voi päätyä myös kansainvälisen hoitoseuraamuksen siirron perusteella, johon liittyy oma lainsäädäntönsä.

Hyvinvointialueen esityksestä valtion mielisairaalaan voidaan ottaa edellä lais-  
sa määritellyn mukaisia mielenterveyspotilaita, joiden hoitaminen on erityisen  
vaarallista, erityisen vaikeaa tai heidän hoitonsa katsotaan muutoin tarkoituksen-  
mukaiseksi järjestää valtion mielisairaalassa.

Tähän ryhmään sisältyvät myös ne pitkäaikaisesta psykoosisairaudesta kärsi-  
vät vangitut henkilöt, joiden selviäminen vankilaolosuhteissa rangaistuksen aika-  
na on heikkoa ja joiden kohdalla vankilan psykiatrisen hoitojärjestelmän toimijat  
arvioivat, että on tarkoituksenmukaista hakea tuomion täytäntöönpanolle keskey-  
tystä ja siirtää henkilö kuntouttavaan hoitoon valtion mielisairaalaan.

Myös jotkut hyvinvointialueet tarjoavat oikeuspsykiatrasta hoitoa, kuten kir-  
jassa toisaalla on kuvattu. Valtion mielisairaaloiden ulkopuolista oikeuspsykiatria-  
ta hoitoa ja roolia psykiatrisessa palvelujärjestelmässä ei ole kuitenkaan määritel-  
ty lainsäädännössä vastaavalla tavalla kuin valtion mielisairaaloiden osalta. Näin  
ollen hyvinvointialueiden oikeuspsykiatrinen palvelutarjonta vaihtelee paljonkin,  
jolloin myös tarkoituksenmukaisimmat lähetekäytännöt vaihtelevat sen mukai-  
sesti. Tässä kappaleessa kuvattu lähetekäytäntö on eräänlainen yleisohje, jota voi  
soveltaa lähetettäessä potilas ennen kaikkea valtion mielisairaaloihin ja HUSin te-  
hostetun osastohoidon ja oikeuspsykiatrian yksikköön.

## Kysyntä valtion mielisairaaloiden palveluille

Viime vuosina erityisesti sairaanhoitopiireistä (nyk. hyvinvointialueet) tehdyt  
lähetteet ns. vaarallisista ja vaikeahoitoisista potilaista ovat lisääntyneet, samoin  
vankilasta hoitoon siirtyviä psykoosipotilaita on valtion mielisairaaloihin tullut  
aiempaa enemmän. Potilaspaikkojen lisääntynyt kysyntä yhdistettynä alueellisen  
psykiatrisen järjestelmän heikentyneeseen kykyyn vastaanottaa kuntoutuneita  
potilaita takaisin on johtanut valtion mielisairaaloissa epätarkoituksenmukaiseen  
jonotilanteeseen, jolloin paikkoja kaikille niitä tarvitseville potilaille ei pystytä  
tarjoamaan. Ilmiötä, jossa psykiatrisen palvelujärjestelmän laitoskeskeisyyden  
purkamisen, eli deinstitutionalisaation, ajatellaan johtaneen potilaiden siirtymi-  
seen oikeuspsykiatrisiin yksiköihin, kutsutaan transinstitutionalisaatioksi. Tämän  
epäillään selittävän osaltaan oikeuspsykiatrian piirissä hoidettavien potilaiden lu-  
kumäärän nousua useissa länsimaissa. Alueellisen palvelujärjestelmän nykytilan-  
teesta ja kehityskuluista kerrotaan lisää kirjan luvussa 7.

Jos potilaan kohdalla herää pohdinta valtion mielisairaalaan jatkohoitoon  
lähettämisen tarpeesta, kannattaa ensin konsultoida asiasta puhelimitse valtion  
mielisairaalan ylilääkäreitä. Valtion mielisairaaloilla on asiantuntemusta antaa  
konsultatiivista apua haasteellisiin potilastapauksiin, ja monissa tapauksissa poti-  
laan hoidossa voidaan päästä eteenpäin ilman lähettämistäkin. Konsultaatioapua  
on mahdollista saada ongelman mukaan eri ammattiryhmiltä, kuten lääkäreiltä,  
psykologeilta tai hoitohenkilökunnalta. Joissakin tilanteissa voi valtion mielisai-  
raalasta tiedustella myös koulutuksellista tai työnohjauksellista apua.

Valtion mielisairaaloissa on jo jonkin aikaa palveluiden kysyntä ylittänyt tarjonnan, joten on tarkasteltava huolellisesti, kenen kohdalla hoitopaikan tarjoaminen on ensisijaista ja tarkoituksenmukaisinta. Tästä huolimatta hoitopaikkaa saattaa joutua odottamaan. Päivystyksellinen siirto valtion mielisairaalaan on erittäin harvoin mahdollista tai edes tarpeellista.

## Tyypilliset hoidolliset haasteet lähettämisen perusteina

Pääsääntöisesti valtion mielisairaaloissa hoidetaan niiden luonteen ja tehtävän mukaisesti vaikeasti oireilevia psykoosisairaita potilaita, joiden hoidon asianmukainen toteutuminen on turvattava tahdosta riippumattomalla hoitopäätöksellä. Valtion mielisairaaloissa vapaaehtoisessa hoidossa oleva potilas on harvinainen mutta mahdollinen poikkeus, joka on tyypillisesti esimerkiksi siirtymässä suunnitellusti sairaalasta avohoitoon. Valtion mielisairaaloiden potilaat ovat täysi-ikäisiä, lukuun ottamatta Niuvanniemen sairaalan erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten yksikön potilaita.

Tyypillisiä hoidollisia haasteita, joiden vuoksi psykoosipotilas lähetetään valtion mielisairaalaan, ovat väkivaltaisuus tai muu vaarallisuus muita ihmisiä, itseä tai ympäristöä kohtaan. Henkilö voi esimerkiksi käyttäytyä harkitun tai impulsiivisen väkivaltaisesti muita ihmisiä kohtaan, syyttää tulipaloja tai tuhota muuten ympäristöään tai olla seksuaalisesti väkivaltainen. Käyttäytyminen voi myös olla muutoin uhkaavaa tai vainoavaa. Suunnitelmallinen tai impulsiivinen vakava itsetuhoisuus, muu voimakas itsensä vahingoittaminen sekä siihen liittyvä erityisen vakava itsemurhavaara, jota ei saada tavallisessa psykiatrisessa sairaalassa hallittua, ovat myös tavallisia lähettämisen syitä. Potilaalla saattaa olla muitakin hoitoisuuteen vaikuttavia tekijöitä, kuten hoitoresistentti psykoosisairaus, poikkeuksellinen hoitovastaisuus tai toistuvat karkaamiset hoidosta.

Yleisimpiä samanaikaisia psyykkisiä häiriöitä valtion mielisairaalan potilailla ovat erilaiset päihderiippuvuudet, impulssikontrollihäiriöt sekä persoonallisuushäiriöistä erityisesti epäsosiaalinen tai tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus. Psykoosisairauden hoitoa voivat vaikeuttaa myös erilaiset neuropsykiatriset ja kehitykselliset häiriöt sekä kognitiivisen suoriutumisen heikkous. Monilla potilailla on myös merkittävä traumatausta, rikoshistoriaa, uhrikokemuksia, erilaisia sosiaalisia ongelmia, vaikeita elämänhallinnan haasteita, pään alueen vammojen jälkitiloja sekä hoitamattomia, puutteellisesti hoidettuja tai eteneviä somaattisia sairauksia.

Pääsääntöisesti valtion mielisairaalaan lähetetyn potilaan kohdalla on komplisoituneen tilanteen takia varauduttava tavanomaista psykiatrista sairaalahoitajaksoa pidempään arviointi-, hoito- ja kuntoutusjaksoon. Tyypillisesti valtion mielisairaalaan lähetettävän potilaan kanssa on päädytty syystä tai toisesta ja

toistuvista yrityksistä huolimatta sellaiseen hoidolliseen umpikujaan, että tietynlainen pysähtyminen, laaja potilaan kokonaistilanteen sekä riskien ja suojaavien tekijöiden kartoitus on välttämätöntä. Tämä luo pohjan potilaan kokonaisvaltaisen hoidon ja kuntoutuksen suunnittelulle, joka sisältää psyykkisen, somaattisen, sosiaalisen ja mahdollisuuksien mukaan myös ammatillisen ulottuvuuden. Tämän vuoksi mahdollisimman kattavat lähetteen esitiedot ovat erittäin tärkeitä, ja usein olisi tarkoituksenmukaista liittää läheteeseen mukaan myös potilaan aiemmat sairauskertomusmerkinnät.

## Tärkeät lähetetiedot

Lähteessä tulee kuvata keskeiset lähettämisen indikaatiot sekä kuvata hoidolliset haasteet niin selkeästi kuin mahdollista.

Jos ongelmana on esimerkiksi väkivaltaisuus, tulee kuvata, keneen se kohdistuu, millaista väkivalta on, missä tilanteessa ja kuinka usein sitä esiintyy, onko väkivalta impulsiivista vai suunnitelmallista, kuinka hallitsemattomia tai hallittavissa väkivaltilanteet ovat, onko väkivaltaisuus luonteeltaan vaikeutuvaa, mitä väkivaltakäyttäytymisen suhteen on tehty ja miten valitut interventiot ovat vaikuttaneet.

Kattavat ja selkeät esitiedot ovat olennaisia. Lähteessä tulee kuvata kaikki potilaan diagnoosit, niin psykiatriset, somaattiset kuin päihdediagnoosit, milloin ne on todettu, minkälaisia oireita on esiintynyt ja miten tilanne on ajan myötä kehittynyt. Keskeinen hoitohistoria on hyvä referoida: mistä lähtien potilas ollut hoidon piirissä, aiemmat sairaalahoitajaksot, sitoutuminen suunniteltuun hoitoon, menestyminen avohoidossa, mahdolliset päihdehoidot, kokonaistilanteessa huomioitavat somaattiset hoidot ja kyky huolehtia niistä.

Potilaalle aiemmin suoritettut tutkimukset ja niiden löydökset, esimerkiksi psykologiset ja neuropsykologiset tutkimukset, pään kuvantamistulokset ja muut oleelliset somaattiset selvitykset tulee myös kuvata.

Potilaan psykiatrinen lääkehistoria on tärkeä: Mitä lääkkeitä on kokeiltu, missä muodossa, kuinka pitkään, millaisella vasteella, miten sitoutunut potilas on niiden käyttöön ollut. On hyvä kuvata myös mahdolliset lääkkeiden haittavaikutukset. Jos potilaalle on kokeiltu esimerkiksi klotsapiinilääkitystä ja se on lopetettu haittavaikutusten vuoksi, tulee kuvata tarkasti, millä perusteella lopettamispäätös on tehty, eli onko taustalla absoluuttinen vai relatiivinen kontraindikaatio. Pelkkä maininta klotsapiinin lopettamisesta laskeneiden neutrofiliarvojen vuoksi ilman tarkkaa lukemaa neutrofiilien määrästä ei riitä, koska se ei anna riittävää tietoa tilanteeseen, jossa joudutaan mahdollisesti harkitsemaan klotsapiinin aloittamista uudelleen.

Lisäksi muut psykiatriset hoitointerventiot ja niiden vaste, kuten vaste psykoterapialle, sähköhoidolle tai muille neuromodulaatiohoidoille, antavat lisätietoja hoidon suunnittelua varten.

Keskeinen sosiaalinen anamneesi, kuten koulutus ja työhistoria, tärkeimmät ihmissuhteet, asuminen, toimeentulo, toimintakyky ja selviytyminen sairaalaolosuhteiden ulkopuolella on syytä välittää lähetteen mukana. Oikeuspsykiatrisessa hoidossa saattaa olla tarpeellista tietää henkilön mahdollisesta rikoshistoriasta, mikäli se on hoidon järjestämisen kannalta välttämätöntä. Samoin on hyvä tuoda esiin tiedossa olevia potilaan väkivaltaisen käyttämisen riskejä vähentäviä ja suojaavia tekijöitä, jotka auttavat hoidon ja kuntoutumisen suunnittelussa.

Potilaan ajankohtainen tilanne, status, on olennainen osa lähetettä. Siinä kuvataan keskeinen psykiatrinen oirekuva ja sen vaikutus potilaan käyttäytymiseen, impulssien hallintaan sekä yhteistyö- ja toimintakykyyn. Millaista tarvetta potilaan kohdalla on ollut mielenterveyslain mukaisten rajoittamis- ja pakkotoimien käytölle, mikä on ajankohtainen somaattinen terveydentila ja käytössä oleva lääkitys.

Siinä vaiheessa, kun potilas siirtyy hoidettavaksi valtion mielisairaalaan, tulee sairaalaan toimittaa myös voimassa oleva hoitoonmääräämis päätös sekä maksusitoumuspäätös.

Valtion mielisairaalat tekevät mielellään yhteistyötä lähettävien psykiatristen yksiköiden kanssa potilaiden tarkoituksenmukaisen ja oikea-aikaisen jatkohoidon järjestämiseksi. Siksi olisi hyvä, että läheteessä olisi myös pohdintaa potilaan hoitojakson tavoitteista, maininta potilaan omasta mielipiteestä koskien siirtymistä oikeuspsykiatriseen jatkohoitoon ja siitä, missä vaiheessa lähetävä yksikkö mahdollisesti pystyisi ottamaan potilaan takaisin jatkohoitoon. Valtion mielisairaalan lähettäminen olisikin hyvä nähdä yhtenä osana potilaan kuntoutuspolkua, ja lähettävän tahon on hyvä miettiä jo etukäteen niitä edellytyksiä, joiden avulla potilaan jatkohoito on mahdollista toteuttaa lähellä hänen kotiaan ja hyvinvointialueen palveluissa.

## Lähetteen sisältö

Perusteellisesti kirjoitettu lähete nopeuttaa käsittelyä ja siten potilaan pääsemistä asianmukaiseen hoitoon. Laadukkaan, riskitietoisen hoidon järjestämiseksi ja johdonmukaisen hoitosuunnitelman pohjaksi lähetteen tulee sisältää hoidon järjestämiseksi tarpeelliset tiedot. Vuoden 2024 alusta voimaan tuleen asiakastietolain 17 §:n mukaan asiakasasiakirjoihin on kirjattava hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen, seurannan ja valvonnan turvaamiseksi tarpeelliset ja riittävät tiedot. Lähetteelle kirjattavien tietojen on näin oltava tarpeellisia mutta myös riittäviä hoidon järjestämiseksi; lähetetietojen pohjalta valtion oikeuspsykiatristen yksiköiden pitää pystyä tekemään riskitietoinen päätös potilaan mahdollisesta siirtoaikataulusta ja sijoitusosastosta. Tiedot tulee myös kirjata sitä yksityiskohtaisemmin ja tarkemmin, mitä vaikeampi henkilön tilanne on. Hoidon järjestämisen kannalta merkityksettämiä tietoja ei tule lähetteelle kirjata.

## Malli lähetteestä oikeuspsykiatriseen yksikköön

---

### *Lähtämisen syy*

- Lähettävän tahon resurssit ja keinot ylittävä akuutti väkivalta tai itsetuhoisuus.
- Oikeuspsykiatrinen erityisosaaminen (esim. mielentilatutkimus todennäköisesti tulossa, väkivallan riskiarvio).
- Pitkittänyt/komplisoitunut kuntoutustarve silloin, kun alueen omat kuntoutuspalvelut eivät ole riittäviä ja/tai tehostaminen ei ole mahdollista. Läheteessä toivotaan kuvausta siitä, mitä kuntoutusmahdollisuuksia (esim. tehostettu avohoito tai tuettu asuminen, kunnan omat tukipalvelut ja psykiatrinen osastohoito) on kokeiltu ja miksi ne on arvioitu epäonnistuneiksi.

---

### *Anamneesi*

#### **Diagnoosi:**

- Psykiatriset sairaudet
- Somaattiset sairaudet
- Päihdehäiriöt
- Jos mahdollista, tieto siitä, milloin, missä ja miten (esim. SCID?) diagnoosit on asetettu

#### **Muut olennaiset tehdyt tutkimukset ja niiden tulokset**

- Psykologin tutkimukset, MRI, EEG

#### **Hoitokontaktit, sairaalahoitajaksot tiivistetysti**

#### **Lääkityshistoria johdonmukaisesti ja tiivistetysti**

- Etenkin antipsykoottien, masennuslääkkeiden ja mielialantasaajien käyttö: miksi ja milloin lääke aloitettu, ja lopetettu; annos; lääkemuoto (im./po.) ongelmia sivuvaikutusten, hoitokomplianssin tai vasteettomuuden suhteen?

#### **Väkivalta- ja/tai itsetuhohistoria**

---

### *Nykytilanne*

#### **Ajankohtainen oireisto**

- Positiiviset psykoosioireet kuten harhat ja harhaluulot
- Mielialaoireet
- Kognitiiviset oireet
- Negatiiviset oireet

#### **Mielenterveyslain mukaiset perusoikeuksien rajoitukset**

#### **Asumisolosuhteet ja toimeentulo**

#### **Omaisten rooli ja perhetilanne**

- Lastensuojelutoimet
-



## Suunnitelma

Mitä oikeuspsykiatrisen yksikön hoitajaksolta tarkalleen ottaen odotetaan, eli mikä on takaisinlähettämisen indikaatio? Odotetaan mahdollisimman yksityiskohtaista, realistista ja läheteindikaatiot huomioivaa kuvausta toivotuista hoitotuloksista, joiden perusteella potilaan siirtyminen takaisin oman alueen hoitoyksikön piiriin mahdollistuu.

Valtion mielisairaalat järjestävät mielellään myös potilaiden jatkohoitosuunnitelmiin ja -mahdollisuuksiin liittyviä hoitoneuvotteluja hyvinvointialueiden kanssa, ja nämä ovat helposti järjestettävissä esimerkiksi etäyhteyksin. Lähetteessä on aina syytä myös mainita lähettävän klinikon yhteystiedot, jolta saa lisätietoa. Ns. vaarallisena ja vaikeahoitoisena valtion mielisairaalan lähetettävän potilaan siirto ihan käytännön asioissakin vaatii usein yhteistä ennakkosuunnittelua lähettävän ja vastaanottavan yksikön välillä. Myöhemmin lähettäneeseen yksikköön takaisin jatkohoitoon siirtymisen turvaamiseksi lähettävään tahoon ollaan aina yhteydessä suunnitelmien läpikäymistä varten viimeistään, kun takaisin lähettämisen indikaatiot alkavat täyttyä. Lisäksi hyvinvointialueet saavat valtion sairaaloista säännöllisesti hoitoyhteenvetoja (mielenterveyslaki 17 a § ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista 13 §, vuodesta 2024 alkaen laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (702/2023) 4 §, 21 §, 54 §). Näistä voi seurata hoidon etene- mistä, jolloin myös hyvinvointialueelta voidaan olla yhteydessä valtion sairaalaan, jos tilanne on sellainen, että jatkohoito voisi onnistua potilaan omalla alueella.

### *Kirjallisuutta*

- Kennedy H (2022): Models of care in forensic psychiatry. *BJPsych Advances*, 28(1), 46–59.
- Marquant T, Torres-Gonzalez F (2018): Deinstitutionalization versus Transinstitutionalization. In: Goethals K, editor. *Forensic Psychiatry and Psychology in Europe*. Cham: Springer International Publishing AG: s. 293–304.





# Filosofisia kysymyksiä oikeuspsykiatriassa



Osa  
V

## 25 Turvallisuuden ja terapeuttisuuden haasteellinen tasapaino oikeuspsykiatriassa

**M**onilla oikeuspsykiatrian keskeisistä käsitteistä on juridisen ja kliinisen ulottuvuuden lisäksi myös filosofinen ulottuvuus. Filosofisella ulottuvuudella tarkoitetaan tässä käsitteiden ja näiden takana olevien ilmiöiden monitulkintaisuutta ja haasteellisuutta, joka edellyttää oikeuspsykiatrian alan toimijalta kunnianhimoista ja laaja-alaista suhtautumista näillä käsitteillä operointiin. Toisinaan haasteet voivat olla luonteeltaan määritelmällisiä, kuten vapaan tahdon käsitteessä, toisinaan eettisiä, kuten turvallisuuden ja terapeuttisuuden välistä rajanvetoa käytäessä.

Hieman yleistäen ja yksinkertaistaen voidaan sanoa, että länsimainen ihmiskäsitys perustuu rationaalisen ja lähtökohtaisesti vapaan tahdon omaavan yksilön käsitteeseen ja ihanteeseen. Näin ollen erilaiset rajoitteet tätä autonomiaa kohtaan koetaan ihmisarvoa potentiaalisesti loukkaavina, ja siten ne ovat yhteiskunnan vahvan eettisen ja juridisen säätelyn kohteena. Eettinen ja juridinen keskustelu kuitenkin elää ajassa; se, mihin yhteiskunnassa turvallisuuden ylläpidon ja toisaalta kansalaisten itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen tasapaino asettuu, riippuu monista tekijöistä. Erilaiset kansalliset kriisitilanteet, kuten sodat ja pandemioiden kaltaiset terveysuhat, määrittävät usein oikeutetuiksi syiksi rajoittaa turvallisuuden nimissä kansalaisten itsemääräämisoikeutta. Samoin yksilöllisellä tasolla väkivalta tai sen uhka sekä terveydelliset tekijät oikeuttavat tietyissä olosuhteissa puuttumisen itsemääräämisoikeuteen. Koska oikeuspsykiatrinen palvelujärjestelmä erityistason hoitopaikkoineen liittyy laadukkaana hoidon lisäksi myös kansalaisten hengen ja terveyden turvaamiseen, kulminoituvat alan eettiset kysymykset usein nimenomaan tähän turvallisuuden ja itsemääräämisoikeuden ylläpidon velvoitteiden väliseen jännitteeseen.

Keskeinen eettisjuridinen käsite tätä jännitettä tarkasteltaessa on ihmisoikeuksien yleismaailmallisessa julistuksessa esiintyvä ihmisarvon käsite. Tätä käsitettä voidaan lähestyä kahdesta suunnasta: toisaalta ihmisarvoa voidaan ylläpitää tarjoamalla yksilölle mahdollisuudet autonomiseen, itseään koskevaan päätöksentekoon, mutta toisaalta ihmisarvoa voidaan ylläpitää vastaavasti rajoittamalla autonomista päätöksentekoa. Jälkimmäinen lähestymistapa sisältää ajatuksen siitä, että ihmisarvo on perustavaa laatua oleva, objektiivisestikin arvioitavissa oleva arvo, joka on pelkkää itsemääräämisoikeutta kattavampi; näin ollen ihminen voi loukata myös omilla päätöksillään omaa ihmisarvoaan. Samoin on helppo ymmärtää, että yksilön itsemääräämisoikeuden rajoittaminen voi sisältää toisen yksilön ihmisarvon turvaamista, jos jälkimmäiseen kohdistuu esimerkiksi jokin uhka ensin mainitun taholta. Nämä kaksi tapaa ylläpitää ihmisarvoa eivät sulje toisiaan pois. Sen sijaan kliinisen oikeuspsykiatrian käytännön arki sisältää jatkuvaa tasapainottelua eri yksilöiden ihmisarvon ylläpidon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen välillä, ja tämän tasapainon hakemisessa mielenterveyslain mukaisen itsemääräämisoikeuden rajoitusten asianmukaisella ja taidokkaalla käytöllä on oma, keskeinen roolinsa.

Voidaan itseasiassa todeta, että ei ainoastaan kliinisen arjen, vaan koko oikeuspsykiatrisen palvelujärjestelmän rakenteen tulisi perustua ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden käsitteiden laajalle ymmärtämiselle. Tämä tarkoittaa sen hahmottamista, että sekä kliinisillä päätöksillä että palvelujärjestelmän kehittämistä ohjaavilla päätöksillä on lukuisia eettisiä ulottuvuuksia omaavia seurannaisvaikutuksia. Itsemääräämisoikeuden korostaminen lähes synonyymiksi ihmisarvon kanssa, ja siten siihen kohdistuvien rajoitteiden välttäminen, voi johtaa sellaiseen päätöksentekoon yhdessä kohtaa palvelujärjestelmää, joka paradoksaalisesti lisää itsemääräämisoikeuden rajoituksia sen toisessa kohdassa. Hyvin pitkään erityisenä mielenkiinnon kohteena oikeuspsykiatrien keskuudessa tähän liittyen onkin ollut transinstitutionalisaation käsite. Tällä tarkoitetaan riskiä sille, että psykiatristen laitospaikkojen vähentäminen (ns. deinstitutionalisaatio) näyttäytyy psyykkisesti sairaiden yksilöiden siirtymisenä psykiatrisiin sairauksiin liittyvän ongelmakäyttäytymisen kriminalisoinnin kautta heikentyneestä psykiatrisesta hoitojärjestelmästä vankiloihin tai oikeuspsykiatriin yksiköihin. Tällöin jää luonnollisesti deinstitutionalisaation alun perin liitetty tavoite itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta avohoitopainotteisessa palvelujärjestelmässä toteutumatta.

## Näe, ajattele, toimi

Useinkaan yhtä eettisesti oikeaa ratkaisua ei voida reaali maailman moniulotteisissa tilanteissa löytää. Sen sijaan klinikot pyrkivät löytämään eettisesti, kliinisesti ja juridisesti oikeutettavissa olevia päätöksiä ottaessaan kantaa erilaisiin tilanteisiin. Tilanteiden eettinen painolasti kumpuaa useimmiten turvallisuuden ja itsemääräämisoikeuden sekä terapeuttisuuden välisistä jännitteistä.

Yksi tapa käsitteellistää oikeuspsykiatrialle olennaista turvallisuuden ja terapeuttisuuden tasapainoa, on Britannian terveysministeriön alun perin julkaisema ”See, Think, Act” -ohjeistus. Tässä turvallisuuden ylläpito oikeuspsykiatrisissa yksiköissä jaetaan kolmeen osaan: 1) hoitosuhteisiin perustuva turvallisuus, 2) operatiivinen turvallisuus ja 3) fyysiseen ympäristöön perustuva turvallisuus. Fyysinen turvallisuus liittyy esimerkiksi sairaalarakennuksiin sekä niihin ja niistä kulkua rajoittavaan rakenteelliseen kulunvalvontaan, kuten aitoihin, lukitusjärjestelmiin ja valvontakameroihin. Operatiivinen turvallisuus perustuu turvallisuutta ylläpitäviin käytäntöihin ja ohjeisiin. Hoitosuhteisiin liittyvä turvallisuuden ylläpito (engl. relational security) on näistä kolmesta turvallisuuden osa-alueesta laaja-alaisin ja oikeuspsykiatriassa korostuneessa asemassa verrattuna muihin viranomaisiin, joiden toimintaan liittyy turvallisuusvelvoitteita.

Oikeuspsykiatriseen hoitosuhteeseen liittyvää kliinistä taitoa potilaskohtamiseen ja päätöksentekoon käsitellään enemmän luvuissa 21.1 Vuorovaikutuksen merkitys potilaan kohtaamisessa ja 20.3 Riskiarviopohjainen päätöksenteko ja riskienhallintasuunnitelmat. Keskeistä on ymmärtää, että riskitietoinen potilaskohtaminen ja riskiarviopohjainen päätöksenteko ovat olennainen osa laadukasta ja eettisesti kestävästä hoitosuhteesta kumpuavaa riskinhallintaa sen lisäksi, että hoitosuhteella on tietenkin terapeuttinen merkitys. Näin ollen turvallisuuden ylläpito ja terapeuttista hoito-otetta ei tule nähdä toistensa vastakohtina, vaan yhteistyössä toistensa kanssa toimivana, potilaan autonomian palauttamiseen tähtäävänä kokonaisuutena.

Samoin on tärkeä hahmottaa, että terapeuttinen oikeuspsykiatrinen hoitoympäristö ei koostu ainoastaan useista yksittäisistä yksilöistä ja hoitosuhteista, vaan kyseessä on useista elementeistä koostuva psykososiaalinen kollektiivi. Potilaan tilaan ei vaikuta ainoastaan hänen oma psyykinen tilansa, vaan myös muut potilaat, hoitoyksikön ulkopuoliset kontaktit ja hoitotiimin toiminta. Riskit huomioivassa ja terapeuttisesti tasapainoisessa oikeuspsykiatrisessa yksikössä nämä muuttujat ovat olennaista huomioida korkean hoidollisen laadun varmistamiseksi.

Oikeuspsykiatrinen psykososiaalinen ympäristö voidaan hahmottaa kuviossa 25.1 esitetyllä tavalla. Ylläpitäessään turvallista ja terapeuttista hoitoympäristöä, hoitohenkilökunnan tulee olla tietoinen kaikkiin neljään sektoriin kuuluvista muuttujista omalla osastollaan sekä yleisesti että potilaskohtaisesti. Sektoreittain esitetyt kysymykset auttavat arvioimaan hoitoympäristön ja -suhteiden laatua.



Kuvio 25.1. Potilas keskiössä: turvallisen oikeuspsykiatrisen hoitoympäristön elementit.

Hoitoyksikön operatiivisten ja fyysisten turvallisuusratkaisujen tulee olla linjassa ja tukea psykososiaalista ympäristöä, ja siten ylläpitää hoitosuhteisiin perustuvaa turvallisuutta.



## Laitosvalta

Psykiatrisen sairaalan sisäistä dynamiikkaa ja valtahierarkiaa on tutkittu pitkään. 1950-luvulla sosiologi Erving Goffman (1922–1982) lanseerasi laitosvaltaa kuvaavan keskeisen käsitteen ”totaalinen instituutio”, joka tarkoitti muusta yhteiskunnasta osin erillään olevia laitoksia, kuten psykiatrisia sairaaloita, joissa asuvien ihmisten elämää leimasivat mm. erilaiset pakon käytön muodot, vahva muodollinen hierarkkisuus ja asukkaiden, tai potilaiden, ja henkilökunnan selkeä eriyttäminen.

Organisaatiodynamiikka nähdään tänä päivänä moniulotteisemmin kuin Goffmanin aikaan, mutta moderninkin oikeuspsykiatrisen sairaalan tulee olla hyvin tietoinen laitoksen käytäntöjen ja sisäisen kulttuurin vaikutuksesta potilaisiin, henkilökuntaan ja ympäröivään yhteiskuntaan ja sen muihin instituutioihin. Esimerkiksi oikeuspsykiatrisen sairaalan henkilökunta joutuu jo pelkästään ammatinormistonsa mukaisesti jonkinasteisesti eriyttämään käytöksellään itsensä potilaista, samalla kuitenkin tuottaen merkityksellistä terapeutista kanssakäymistä hyvinkin pitkien, raskaiden ja intiimien hoitosuhteiden puitteissa. Samoin kliinisen työn yhä yksityiskohtaisemmat dokumentaatiovelvoitteet eivät palvele ainoastaan kliinisen johdonmukaisuuden varmistamista, vaan toimivat myös muille viranomaisille todisteena laitoksen toiminnan asianmukaisuudesta ja voivat siten ohjata organisaatiota olemaan tilivelvollinen pikemminkin muille viranomaisille kuin potilaille. Näin ollen moderni ”totaalinen instituutio” toimii vähintäänkin muiden viranomaisinstituutioiden paineessa, eikä sikäli toimi niin autonomisena ja totalitaristisenakin, kuin menneisyydessä on koettu. Välttämättä tämä laitosvallan heikkeneminen ei kuitenkaan näyttäydy potilaskontaktien tai hoidon laadun paranemisena, sillä potilaiden ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssakäymistä määrittämään pyrkiviä intressitahoja on monia muitakin, kukin omista lähtökohdistaan käsin.

Oikeuspsykiatrisen potilaan uloskirjoittaminen ja sitä edeltäneet päätökset hoidon aikana ovat edellyttäneet monien yksityiskohtien ja intressiryhmien näkemysten huomioimista, tai ainakin tietoisuutta niistä, olivatpa nämä sitten muita viranomaisia, potilaan tai uhrin omaisia, muita terveydenhuoltoyksiköitä, tai joskus jopa median edustamaksi katsottua yleistä mielipidettä. Tällöin on tärkeä muistaa, että YK:n Istanbulin pöytäkirja on osaltaan määritellyt terveydenhuollon etiikan kansainvälisiä periaatteita korostamalla, että terveydenhuollon ammattihenkilöiden toiminnan ja päätöksenteon tulee ohjautua nimenomaan omien ammattijärjestöjen määrittelemien eettisten periaatteiden mukaisesti; ammattinormistosta ei näin ollen tule poiketa ulkopuolisten tahojen painostuksesta.

Yhtä kaikki, oikeuspsykiatriassa on olennaista olla korostuneen tietoinen terveydenhuollon ammattihenkilöiden, etenkin lääkäreiden, valta-asemasta suhteessa potilaisiin, sillä tähän liittyvä väärinkäytösten mahdollisuus edellyttää jatkuvaa eettisen herkkyyden ylläpitoa niin organisaatiotasolla, kuin yksittäisen ammattihenkilönkin kohdalla.

## Potilaan rooli

Usein psykiatrasta laitosta ja ylipäätään psykiatrasta palvelujärjestelmää ja käsitteistöä on kritisoitu potilaan minuuden kannalta keskeisten kokemusten redusoinnista yksiuotteisesti sairaudeksi ja henkilön pakottamisesta siten potilaan ahtaaseen ja epäautonomiseen rooliin. Samalla tavoin kuin psykiatrian lääketieteellinen käsitteistö määrittelee potilaan roolin, pyrkii se määrittelemään myös hoitavan tahon roolin: hoitava auktoriteetti on lääketieteellisen asiantuntijan lisäksi myös eräänlainen yhteiskuntaa edustava moraalinen auktoriteetti, jonka tulkintoihin ”normaalista” ja siitä kumpuaviin hoitopäätöksiin potilaan tulee mukautua. Reaalimaailma on kuitenkin huomattavasti moniulotteisempi, ja usein tarkoituksenmukaisimmat kliiniset ratkaisut ovat monimutkaisia kompromisseja, jossa lähtökohtaisesti ymmärretään, että potilaan identiteetti ja tahto eivät ole loputtomiin lääkärin muokattavissa.

Lienee selvää, että usein psykoosisairauksissa nähty haluttomuus sitoutua positiivisia psykoosioireita tehokkaasti poistavaan lääkehoitoon voi liittyä siihen, että psykoottinen identiteetti voi olla potilaalle huomattavasti potilasidentiteettiä merkittävämpi. On helppo ymmärtää, miksi psykoottisen potilaan subjektiivinen käsitys itsestään esimerkiksi keskeisenä toimijana hyvän ja pahan välisessä apokalyptisessa taistelussa voi olla hänelle paljon mielekkäämpi kuin oikeuspsykiatrisen laitoksen tarjoama identiteetti vakavaan väkivaltarikokseen syyllistyneenä skitsofreniapotilaana. Kuitenkaan oikeuspsykiatrian alan ammattilainen ei voi aina sellaisenaan hyväksyä potilaan edellyttämää näkemystä itsestään ja tilanteestaan, eikä hän voi toisaalta välttämättä odottaa psykoottisten oireiden täyttä remissiotakaan. Toimivassa oikeuspsykiatrisessa hoitosuhteessa keskitytäänkin yhteisesti hyväksyttävissä olevien päätösten ja linjausten löytämiseen kuntoutuksen ja siihen sisältyvän riskien hallinnan edistämiseksi, ei niinkään hedelmättömään vastakainasetteluun.

Yksi erityinen, eettisesti haasteellinen ilmiö näissä hoitavan tahon ja potilaan välisissä neuvotteluissa on erilaisten epämuodollisten painostamiskeinojen käyttö. Esimerkkinä tästä voisi olla vapaaehtoiseen psykiatriseen hoitoon painostaminen tahdosta riippumattoman hoidon uhalla; tällaisessa vapaaehtoisessa hoidossa oleva potilas voi hyvinkin kokea olevansa ns. ”pakkohoidossa”, mutta kuitenkin menettää valitusoikeutensa hallinto-oikeuteen tahdosta riippumattomasta hoidosta, eikä tällainen hoitojakso tule myöskään tilastoiduksi minnekään pakkotoimena. Vaikka yhteiskunnassa laajemminkin monenlaisiin ihmisten välisiin neuvottelustrategioihin väistämättä kuuluvat erilaiset manipuloinnin ja painostamisen muodot – eikä ainoastaan pahansuovassa mielessä, vaan myös yhteisen hyvän vuoksi – on oikeuspsykiatrisessa hoidossa syytä olla hyvin varovainen epämuodollisen, tilastoimattoman pakon käytössä. Usein vastuullinen tapa toimia on avoimesti ilmaista pakko pakkona, jotta hoitotahon ja potilaan vapaan tahdon piirissä tosiasiallisesti olevien päätösten rajankäynti olisi mahdollisimman selkeää. Poti-

laan ottaminen keskiöön hoitolinjauksia määriteltäessä mm. hoitotahdon laadinnan muodossa auttaa usein tässä selkiyttämässä ja parhaimmillaan mahdollistaa potilaalle aktiivisemmän toimijuuden passiivisen, erilaisten määräysten kohteena olevan potilasroolin sijaan.

### *Kirjallisuutta*

- Allen E (2023): *See, Think, Act. Your guide to relational security*. 3rd ed. London: Royal College of Psychiatrists Quality Network for Forensic Mental Health Services.
- Eastman N, Adshead G, Fox S, Latham R, Whyte S. *Forensic psychiatry*. Oxford: Oxford University Press. 2012: 229–289.
- Istanbulin pöytäkirja (2015): *Käsikirja kidutuksen ja muun julman, epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen tutkimiseksi ja dokumentoimiseksi tehokkaasti*. Ulkoasiainministeriö. Helsinki.
- Kelly BD (2015): *Dignity, Mental Health and Human rights: Coercion and the law*. Farnham: Ashgate publishing limited.
- Marquant T, Torres-Gonzalez F (2018): *Deinstitutionalization versus Transinstitutionalization*. Teoksessa: Goethals K toim. *Forensic Psychiatry and Psychology in Europe*. Cham: Springer International Publishing AG. s. 293–304.
- Middleton H (2016): *Sociological perspectives of coercion in psychiatry*. Teoksessa: Völlm B, Nedopil N (toim.) *The Use of Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care. Legal, Ethical and Practical Challenges*. Cham: Springer International Publishing AG. s. 49–68.
- Yhdistyneet kansakunnat (YK). 10.12.1948. Ihmisoikeuksien yleismaailmallinen julistus.

## 26 Aivot, mieli ja mielenhäiriöt

### Oikeuspsykiatrian kaksi ulottuvuutta: tekojen luonne ja tekojen vääryys

Oikeuspsykiatrinen arviointi määrittelee rikoksesta syytettyjen tai tuomittujen henkilöiden mielentilaa ja vaarallisuusastetta. Arvioinnin ytimessä on kysymys: oliko syytetty rikosta tehdessään *täydessä ymmärryksessä*? Mutta mitä tarkoittaa ”täydessä ymmärryksessä oleminen”? Ja ennen kaikkea: mitä tarkoittaa ”olla olematta täydessä ymmärryksessä”? Millä perusteella henkilön voidaan sanoa olevan *vailla ymmärrystä* tai *vailla täyttä ymmärrystä*?

Tarkastellaan käsitettä ”ymmärrys”. Oikeusteoreettisessa kontekstissa on syytä erottaa kaksi ulottuvuutta tälle käsitteelle. Yhtäältä voidaan kysyä: ymmärsikö henkilö (tai olisiko hänen tullut ymmärtää) tekonsa tai sen seurausten luonteen? Toisaalta voidaan kysyä: ymmärsikö henkilö (tai olisiko hänen tullut ymmärtää), että hänen tekonsa tai sen seuraukset ovat väärin (moraalisesti tai juridisesti)? Jos vastaus on kielteinen ensimmäisessä mielessä, voidaan todeta: henkilö ei ymmärtänyt, mitä hän teki. Jos vastaus on kielteinen jälkimmäisessä mielessä, voidaan todeta: henkilö ei ymmärtänyt, että hänen tekonsa oli väärin. Nämä ovat kaksi eri asiaa, mutta silti kiinteässä yhteydessä toisiinsa. Ennen kaikkea on selvää, että erotettiinpa teon ”luonne” ja sen ”vääryys” toisistaan miten tahansa, edellinen on jälkimmäisen välttämätön edellytys: jotta henkilön ymmärryksen tasoa teon vääryyden suhteen voidaan arvioida, on oletettava, että henkilö ylipäättään ymmärtää tekojensa luonteen.

Tarkastellaan tapausta, jossa henkilö ei ymmärrä tekevänsä väärin. On mielenkiintoista, että haluamme erottaa tarkasti *tiedostetusti* tai *tarkoituksellisesti* väärän toiminnan sellaisesta toiminnasta, jolle ei ole tällaisia perusteita. Jos toteamme, että ”henkilö ei tiennyt, että hänen tekonsa on väärin”, niin toteamme samalla, että ”häntä ei tulisi rangaista tekemästään teosta”: toisin kuin *rikoksista*, *onnettomuuksista* tai *vahingoista* ei haluta rangaista. On syytä täsmentää, että molemman

tyyppisistä tapahtumista voi olla juridisia seuraamuksia: myös onnettomuuksista ja vahingoista voidaan tuomita *vahingonkorvausvastuuseen*, mutta *rikosvastuuseen* voidaan tuomita ainoastaan henkilö, joka on tehnyt tietoisesti väärän teon (ml. laiminlyönti ja tuottamus).

Tarkastellaan tapausta, jossa henkilö ei ole tietoinen siitä, mitä tekee. Kuten todettua, henkilön ymmärryksen tasoa suhteessa hänen tekonsa vääryyteen voidaan arvioida vain, jos henkilö on ylipäätään tietoinen tekonsa luonteesta: henkilö ei voi toimia tietoisesti tai tarkoituksellisesti väärin, jollei hän ole tietoinen toiminnastaan. Kun oikeuspsykiatriassa haetaan vastausta kysymykseen, oliko syytetty rikosta tehdessään täydessä ymmärryksessä, pyritään määrittelemään syytetyn ymmärryksen tasoa suhteessa hänen tekonsa luonteeseen, ei siihen, oliko teko väärin. Mutta mitä on ”olla tietoinen toiminnastaan”? Mitä tarkoittaa ”olla täydessä ymmärryksessä teon luonteen suhteen”? Ja ennen kaikkea: mitä tarkoittaa olla ”vailla” tällaista ymmärrystä? Nämä kysymykset ovat oikeuspsykiatrian teoreettisessa ytimessä.

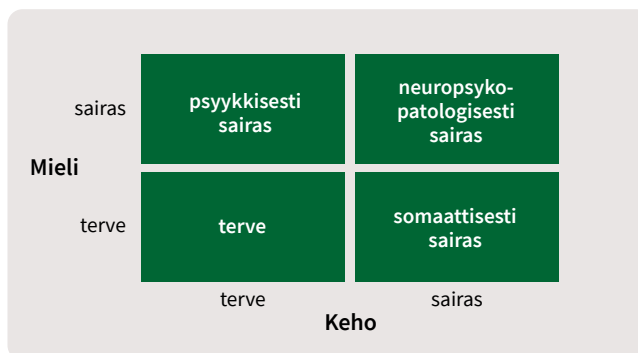
Kaksi perustavanlaatuista kysymystä kietoutuvat näin oikeuspsykiatriassa toisiinsa. Yhtäältä on kysymys siitä, miten määritellä henkilön toiminta ”vääräksi”, ”rikolliseksi” tai ”laittomaksi”, ja toisaalta on kysymys siitä, miten määritellä henkilön käyttäytyminen tietoisesti toiminnaksi ylipäätään. Tässä luvussa käsitellään jälkimmäistä, kaikkein perustavinta kysymystä: kuinka voimme todeta henkilön menettäneen ymmärryksensä toiminnastaan? Kuinka kehollinen, tahdosta riippumaton, toiminta tulisi erottaa tietoisesta, ”ymmärrykseen” perustuvasta toiminnasta? Vapaan ja vastuullisen toiminnan kysymyksiä käsitellään seuraavassa luvussa.

## Psykiatria: ”mielen menettämisen tiede”

Ajatellaan psykiatriaa kansankielellä: psykiatriaa voidaan luonnehtia ”mielen menettämisen tieteksi”. Kun somaattisessa lääketieteessä on kiinnostuttu tapauksista, joissa henkilö on menettänyt kehollisen terveytensä, psykiatrian voidaan taas ajatella olevan kiinnostunut sellaisista tapauksista, joissa henkilö on menettänyt psyykkisen terveytensä. Kun henkilö ei ole psyykkisesti normaali, voidaan sanoa, että henkilö on ”menettänyt järkensä” – implikoiden, että hän on muuttunut harkitsevasta, tietoisesta toimijasta puhtaasti affektiiviseksi, reaktiiviseksi ja kehoilliseksi toimijaksi. Oikeuspsykiatrian keskeisenä tehtävänä voidaankin luonnehtia olevan rajan vetäminen tietoisesta (mielestä lähtöisin olevan) ja tiedostamattoman (mielestä riippumattoman) toiminnan välillä – nojautuen oletukseen, että rikos-oikeudellisesti vastuunalaiseksi määrittely edellyttää edellistä. Karkeasti verraten: puhtaasti elimellisestä syystä – kuten vaikkapa refleksistä – aiheutuneesta vahingollisesta toiminnasta ei tulisi seurata rikosvastuuta, vaan korkeintaan vahingonkorvauksellisia tai hoidollisia seuraamuksia.

Mitä sitten on ”järjen”, ”ymmärryskyvyn” tai ”mielen” menettäminen? Tämän psykiatrian filosofian ydinkysymyksen voidaan nähdä jakautuvan kahteen, toisiinsa kietoutuvaan alikysymykseen. Yhtäältä olemme tekemisissä mielenfilosofian perusproblematiikan kanssa: mitä on ”mieli”, mitä on ”keho”, ja kuinka nämä ovat suhteessa toisiinsa? Toisaalta olemme tekemisissä lääketieteen ja psykiatrian filosofian perusproblematiikan kanssa: mitä on ”terveys”, mitä on ”sairaus”, ja kuinka määritellä henkilön henkisen terveyden tai sairauden astetta? Kuten todettua, nämä kysymykset – tai kysymysryppäät – kietoutuvat toisiinsa. Vaikka voimme ajatella henkilön olevan mieleltään terve, mutta keholtaan sairas – näinhän somaattisessa lääketieteessä potilasta tyypillisesti kohdellaan – niin sairauden käsite itsessään näyttää kuitenkin olevan jännitteessä tietoista harkintaa edellyttävän toiminnan kanssa: jos henkilöllä todetaan olevan jokin psyykkisesti ilmenevä sairaus, niin tämä itsessään – jonkin psyykkisesti ilmenevän tilan tai prosessin toteaminen sairaudeksi – johtaa meidät luontevasti toteamaan, että tämä henkilö ei ole mieleltään normaali tai ”täydessä ymmärryksessä”. Kun jonkin ilmiön tai prosessin etiologia määritellään patologiseksi tai sairausperäiseksi, niin samalla kernaasti todetaan, että tämä ilmiö tai prosessi ei ole ollut tietoisien harkinnan vaikutuspiirissä.

Psykiatriassa ollaan siis jatkuvasti tekemisissä kahden käsiteparin kanssa: yhtäältä mielen ja kehon, toisaalta terveyden ja sairauden. Käsiteparien suhteita onkin luontevaa tarkastella seuraavanlaisen nelikentän avulla (kuvio 26.1).



Kuvio 26.1. Terveyden ja sairauden sekä kehon ja mielen nelikenttä.

On luontevaa ajatella, että ihmiset ovat tyypillisesti normaalisti terveitä: että terveys on jonkinlainen luonnollinen, normaali olotila. Näin ajatellen sairaus on siis aina terveyden puutetta, poikkeus normaalista. Tavallisessa tapauksessa poikkeus on luonteeltaan kehollista. Kun henkilö esimerkiksi sairastaa flunssaa, viitataan tiettyihin kehollisiin tiloihin ja näiden tilojen syinä oleviin patogeneihin, joiden perusteella luokittelemme henkilön ”flunssaa sairastavaksi”. Jotkin keholliset tilat ilmenevät myös psyykkisinä muutoksina: aivosairauksilla ja -vammoilla

on psyykkisiä ilmenemismuotoja. Tällaisissa – neuropsykopatologisissa – tapauksissa henkilön ajatellaan kuitenkin edelleen olevan ennen kaikkea kehollisesti, ei psyykkisesti sairas. Tyypillisesti, kun henkilö määritellään psyykkisesti sairaaksi, tarkoitetaan tapauksia, joissa henkilön todetaan olevan psyykkisiltä piirteiltään epäterve ilman, että tälle on osoitettavissa mitään kehollista syytä. Tällaisten tapausten diagnosointi ja hoito kuuluu psykiatrian alaan.

Nämä kaksi käsitteparia, terveys ja sairaus sekä mieli ja keho, eivät kuitenkaan ole täysin verrannollisia keskenään. Terveys ja sairaus ovat toisensa poissulkevia: olisi ristiriitaista todeta jokin tila tai prosessi samanaikaisesti terveeksi ja sairaaksi. Ajattelemme mielestä ja kehosta toisin: ajattelemme kaikkien mielentilojen ja -prosessien olevan aina kytköksissä kehollisiin tiloihin ja prosesseihin – nimittäin aivotiloihin ja -prosesseihin. Tästä kytköksestä kumpuaa psykiatrian filosofian ydinproblematiikka: kuinka ymmärtää mielen ja aivojen suhde, ja – ennen kaikkea – kuinka mielenhäiriöt ja -sairaudet kytkeytyvät aivohäiriöihin ja -sairauksiin? Erotamme intuitiivisesti (ja institutionaalisesti) neuropatologiset, elimelliset häiriöt ja sairaudet psyykkisistä häiriöistä ja sairauksista. Mutta onko tällainen erottelu lopulta kestävä? Palautuuko psykiatria lopulta neuropsykopatologiaan? Tästä seuraa myös kysymyksiä siitä, kuinka psyykkisiä häiriöitä ja sairauksia tulisi hoitaa. Jos psyykkiset häiriöt ja sairaudet palautuvat aivohäiriöihin ja -sairauksiin, niin tulisiko niitä tällöin hoitaa vain fyysisin (farmakologisin, neuraalisiin) interventioin? Jos näin ei ole, niin tulisiko niitä tällöin hoitaa vain psykologisin ja sosiaalisin interventioin? Kliinisestä työstä kuitenkin tiedetään, että molempien tyyppiset interventiot – ja usein juuri yhdistettynä – tuovat parhaan hoitotuloksen. Jonkinlainen mielen ja kehon (aivojen) yhdistelmä ja vuorovaikutus näyttäisi siis olevan psyykkisten häiriöiden taustalla. Kuinka tätä voitaisiin ymmärtää? Lähdetään vastaamaan tähän kysymykseen tarkastelemalla mieli-keho-ongelmaa.

## Mieli-keho-ongelma

Mieli-keho-ongelma on kysymys siitä, mitä ovat ”mieli” ja ”keho”, ja kuinka niiden pitäisi ymmärtää olevan suhteessa toisiinsa. Todettakoon heti, että ongelmaa ei voi ohittaa vain toteamalla, että mielen ja kehon välinen erottelu tulisi hylätä ja että kaikki mentaaliset tilat ja prosessit tulisi nähdä *vain* aivotiloina tai prosesseina. Tietysti psykiatriankin perustana oleva neurobiologia olettaa, että psyykkiset ilmiöt kytkeytyvät neuraalisiin ilmiöihin. Ei kuitenkaan ole yksimielisyyttä siitä, minkälaiseksi tuo kytkös tulisi ymmärtää. Vaikka nykytiede olettaakin, että kaikilla mentaalilla ilmiöillä on neuraalinen perusta, samalla nykytiede myös erottaa psykologian ja neurobiologian omiksi tieteenaloikseen. *Jollakin tavalla* siis psykologian ja neurobiologian käsitteistön, teorioiden ja metodologioiden oletetaan eroavan toisistaan: *jollakin tavalla* kyseessä on kaksi erilaista ilmiömaailmaa.

*Dualismilla* – ajatuksella, että mieli ja keho ovat erillään toisistaan – on pitkä historia. Dualismiin liittyvä filosofinen keskustelu määrittää keskeisellä tavalla sekä psykiatrian historiallista kehitystä tieteenä että sen nykyistä teoreettista ongelma- kenttää (Kendler ym. ilmestyy). Dualismin tunnetuin versio on *substanssidualismi*, jonka mukaan mieli ja keho ovat kaksi erillistä oliota, jotka voivat olla olemassa toisistaan riippumatta – erityisesti mieli, tai ”sielu”, voi jatkaa olemassaoloaan kehon kuoltua. Tätä dualismin muotoa kutsutaan myös *kartesieseksi* (tai *kartesiolaiseksi*) *dualismiksi* sen tunnetuimman edustajan, René Descartesin (1596–1650) mukaan. Tälle ajattelutavalle on myös tyypillistä pitää mieltä ja kehoa radikaalisti erilaisina toisistaan – mieltä puhtaasti henkisenä ja järjellisenä asiana, kehoa fyysisenä ja mekanistisena. Oleellista on myös ajatella vain ihmisen omaavan henkisen ja järjellisen mielen; eläinten toiminta on ymmärrettävä puhtaasti mekanistisesti. Puheessa ”järjen” tai ”mielen menettämisestä” on paljon kaikuja substanssidualistisesta ajattelusta: mielensä menettäytään ihminen muuttuu mekanistiseksi ja eläimelliseksi olennoksi.

Substanssidualismi ei kuulu nykyaikaiseen tieteelliseen ajatteluun. Erotamme kuitenkin edelleen mieleen (psykologiaan) ja kehoon (biologiaan) viittaavan käsitteistön toisistaan. Teemme näin sekä arki-ajattelussa että tieteessä. *Ominaisuus-* tai *käsitteidualismin* mukaan olioilla voidaan sanoa olevan mentaalisia ja fysikaalisia ominaisuuksia, tai niihin voidaan soveltaa mentaalista ja fysikaalista käsitteistöä, ilman, että sitoudutaan pitämään mieltä ja kehoa erillisinä olioina. Tällainen dualismi on siis yhteensopivaa tieteen nykykäsityksen kanssa, jonka mukaan mieltä ei voi olla olemassa kehosta riippumatta.

Mitä sitten ovat nämä mentaaliset ja fysikaaliset ominaisuudet, joita voimme olioilla olettaa olevan? Miten voimme olettaa ”mentaalisen” ja ”fysikaalisen” eroavan toisistaan, jos emme näillä käsitteillä viittaa olioihin, jotka ovat perustavalla tavalla erilaisia? Voimme erottaa joukon ominaisuuksia, joita koemme luontevaksi pitää mentaalisisina, erotettuna joukosta ominaisuuksia, joita koemme luontevaksi pitää fysikaalisina (Pernu 2017). Keskitytään näistä kahteen olennaisimpaan.

Tarkastellaan ensin käsitettä ”ajatus”. Näyttää selvältä, että eri ihmisillä voi olla ”sama ajatus” – esimerkiksi, että ”Julius Caesar kuoli maaliskuun iduksena 44 eaa.”. Itse asiassa kaikki yhteistoimintamme perustuu ”jaetuille ajatuksille”: vain siksi, että ajattelemme samoin, voimme koordinoita toimintaamme järkeenkäyvästi ja päämäärätietoisesti. Teknisesti ilmaisten voidaan sanoa, että eri ihmisillä voi olla sama *intentio*, tai heidän ajatuksillaan voi olla sama *representaationaalinen, propositionaalinen* tai *semanttinen sisältö*. Arkisemmin: eri ihmiset voivat olla *samaa mieltä*. On siis luontevaa ajatella, että kehollisesti erilliset oliot – kuten vaikkapa eri ihmiset – voivat olla mieleltään samanlaisia. Kaikessa arkisessa kanssakäymisessämme oletamme, että ihmiset voivat olla monin eri tavoin kehollisesti erilaisia, mutta silti kykeneviä kommunikoimaan ja ajattelemaan samoin. Oletamme siis, että voimme liittää ihmisiin fyysisesti ja mentaalisesti eriäviä ominaisuuksia.



Voidaan tietysti kysyä: vaikka ihmiset olisivat ajatustensa suhteen *kehoiltaan* erilaisia, niin toki he silti olisivat *aivoiltaan* samanlaisia? Kärjistäen: miehet ja naiset ovat kehoiltaan erilaisia, mutta jos he ajattelevat samoin, niin toki he ovat aivoiltaan samanlaisia? Mutta miksi olettaisimme näin? Miksi olettaisimme, että jos ihmiset ovat ajatuksiltaan samanlaisia, niin heidän tulee olla ”ajattelun elimen” suhteen samanlaisia? Miksi olettaisimme, että voimme löytää jonkin aivotilan, jonka kaikki samoin ajattelevat ihmiset jakavat? On jo todettu, että kehoiltaan erilaiset ihmiset voivat ajatella samoin, miksi asia olisi toisin heidän kehojensa osien suhteen? Jälleen kärjistäen: miehet ja naiset ovat aivoanatomioiltaan erilaisia, mutta kuitenkin oletamme, että he voivat olla ajatuksiltaan samanlaisia. Edes elimelliset erot eivät siis näytä olevan yhteydessä ajatuksellisiin eroihin.

Tarkastellaan seuraavaksi käsitettä ”tuntemus”. Emme pelkästään ajattele, vaan myös tunnemme: kokemuksillamme on sen propositionaalisen tai semanttisen sisällön lisäksi myös *tuntemuksellinen* tai *kvalitatiivinen* sisältö. Otetaan yksinkertainen esimerkki: näet vihreän omenan. Kun kokemuksellasi on tällainen sisältö, niin visuaalinen stimulaatio aiheuttaa sinulle yhtäältä uskomuksen vihreästä omenasta, toisaalta näköaistimuksen jostakin vihreästä ja pyöreästä. Nämä ovat kaksi eri asiaa. Tätä voidaan demonstroida visuaalisilla illuusioilla: voit nähdä jotakin uskomatta näkemääsi. Esimerkiksi Myller-Lyerin illuusiossa näet kaksi vaakasuo-  
raa viivaa eripituisina, vaikka voit ne mittaamalla todeta eri pituisiksi. Saman aisti-  
työskytteen perusteella voit siis *uskoa* yhtä, mutta *nähdä* toista.

Molemmat näistä ovat paradigmaattisesti mentaalisia asioita, mutta eri tavoin. Emme ole pystyneet tuomaan uskomusten ja ajatusten kaltaisia psyykkisiä tiloja yhteen aivotilojen kanssa. Tähän liittyy tietysti monenlaisia haasteita, mutta kenties ajatuksia (niiden neuraalisia korrelaatioita) ei ole *mahdotonta* löytää aivoista, vaikka *vaikeata* se varmasti on. Kokemusten kvalitatiivinen sisältö asettaa meidät kuitenkin astetta vaikeamman kysymyksen eteen: niitä näyttää olevan *periaatteellisesti mahdotonta* samastaa aivotiloihin. Näin ennen kaikkea siksi, että kokemustemme kvalitatiivinen sisältö – se miltä meistä näyttää ja tuntuu, kun koemme jotakin – on olemuksellisesti *subjektiivinen* asia. Kokemustemme kvalitatiivinen sisältö on näin periaatteellisesti objektiivisten tieteellisten metodien saavuttamattomissa. Nykykeskustelussa onkin tyypillistä erottaa *tietoisuuden helppo* ja *vaikea kysymys* toisistaan (Chalmers 1995, 1996; Pecere 2020). Edellisellä viitataan kysymykseen siitä, kuinka me voimme olla ylipäätään tietoisia itsestämme ja ympäristöstämme. Tietenkin tämä on käytännössä erittäin vaikea, monitieteinen kysymys, mutta se on kysymys, joka näyttää olevan nykytieteen metodein vastattavissa (tai ainakin voimme odottaa tieteen edistyvän vastausta etsiessään). Kysymys kokemustemme subjektiivisesta, kvalitatiivisesta sisällöstä on kuitenkin poikkeuksellisen vaikea: meillä ei näytä olevan mitään käsitystä siitä, kuinka edes lähtisimme etsimään siihen vastausta.

Molemmat näistä tässä paradigmaattisesti mentaaliseksi nostetuista asioista ovat psykiatriassa keskeisiä: yhtäältä psykiatriassa ollaan tekemisissä (merkittävien) ajatus- ja uskomusvääristymien kanssa, toisaalta oleellista on myös potilaiden subjektiivinen elämysmaailma. Kenties on kuitenkin hyvä alleviivata, että nämä asiat ovat relevantteja myös somaattisessa lääketieteessä. Ajatellaan vaikkapa kivun tuntemusta, joka on tyypillinen subjektiivinen, kvalitatiivinen mielentila. Kivun tuntemusten identifointi ja mittaaminen on lääketieteellisesti haasteellista juuri siksi, että emme pääse niihin objektiivisin menetelmin käsiksi.

Jos mentaalinen ja fysikaalinen eivät ole erillisiä substansseja, mutta kuitenkin edellä hahmotellulla tavalla ”erilaisia asioita”, kuinka mentaalisen ja fysikaalisen ero tulisi ymmärtää. Keskeistä nykyiselle, tieteellisesti perustellulle ajattelutavalle on *fysikalismi*, tarkemmin sanoen *metafyysinen fysikalismi*: ajatus, että kaikki todelliseksi tunnistamamme ilmiöt ja prosessit ovat pohjimmaltaan fysikaalisia, ja ”fysikaalisen” merkityksen puolestaan määrittelee tieteenala, jonka tunnemme fysiikkana. Toisin sanoen, metafyysisen fysikalismien mukaan fysiikka määrittelee sen, mikä on pohjimmiltaan todellista. Nykyfilosofian keskeinen kiista liittyy siihen, minkälaisen roolin metafyysinen fysikalismi jättää ”ylemmän tason” ilmiöille ja prosesseille – kuten vaikkapa juuri mentaalille tiloille. *Reduktiivisen fysikalismien* mukaan kaikki arkitodellisuutemme palautuu jäännöksettä fysiikkaan: ei ole olemassa *mitään muuta* kuin sellaiset ilmiöt ja prosessit, joita fysiikka käsittelee. Näin kaikki psykologinen puhe olisi, tarkkaan ottaen, epätotta. *Epäreduktiivisen* (tai *nonreduktiivisen*) *fysikalismien* mukaan taas fysiikka määrittelee vain todellisuuden perimmäisen luonteen – sen, että kaikki *rakentuu* fysikaalisista ilmiöistä ja prosesseista – jättäen tilaa ajatukselle, että voimme pitää myös arkista ilmiömaailmaa, psyykkiset ilmiöt mukaan lukien, aidosti todellisena.

Eroa mentaalisen ja fysikaalisen välillä maailmankuvassa, joka ymmärtää todellisuuden pohjimmiltaan fysikaaliseksi, voidaan konkretisoida identifioimalla mentaaliset ilmiöt ja prosessit toiminnallisiksi tiloiksi, joita erilaiset fysikaaliset ilmiöt ja prosessit voivat toteuttaa. *Funktionalismien* mukaan mentaaliset tilat ovat jonkin fysikaalisen systeemin toiminnallisia tiloja. Erilaiset fysikaaliset systeemit – kuten vaikkapa eri ihmiset – voivat olla toiminnaltaan samanlaisia, eivätkä tällaiset ”korkeamman tason” toiminnalliset tilat näin palaudu miksiäkään tietyiksi fysikaaliseksi tiloiksi: toiminnalliset tilat ovat *implementaatoriippumattomia*. Nykykeskustelussa on suosittua verrata mieltä tietokoneen ohjelmistoon (*software*), ja aivoja sen laitteistoon (*hardware*). Samalla tavalla kuin tietokoneen ohjelmittajia ei voi palauttaa sen laitteiston tiloihin – sillä sama ohjelma voidaan toteuttaa monilla, periaatteessa fysikaalisesti hyvinkin erilaisilla laitteistoilla – niin psyykkisiä tiloja ei voi palauttaa aivotiloihin: psyyke ei ole jotakin, mitä aivot *ovat*, vaan sitä, mitä aivot *tekevät*.

Tietysti voidaan nyt kysyä, kuinka merkittäviä fysikaalisia eroja omaavia systeemejä voidaan pitää funktionaalisesti samanlaisina. Funktionalismien perusteella voidaan nimittäin tehdä yksi varsin radikaali johtopäätös: neurobiologia on psy-

kologisesti irrelevanttia. Yhtäältä tämä kuulostaa nykytieteen valossa absurdilta: oletammehan tieteessä yleisesti – ja tämä on ominaista erityisesti psykiatrilta lääketieteen alana – että aivoja tutkimalla voidaan saada psykologisesti hyödyllistä tietoa. Toisaalta biologiassa itsessäänkin tunnustetaan monia erilaisia tapoja toteuttaa samoja biologisia toimintoja – kuten vaikkapa lentäminen hyönteisillä, linnuilla ja lepakoilla – mutta ennen kaikkea: ainakin joitakin psyykkisiä toimintoja ajatellaan olevan mahdollista toteuttaa kokonaan ilman orgaanista perustaa – tähän perustuu tekoälyn idea. Oli inhimillistä psyykettä vastaavan tekoälyn luominen koskaan mahdollista tai ei, niin jo itse tutkimusprojektin mielekkyys on osoitus siitä, kuinka luontevaa meidän on erottaa mentaalinen toiminnallisuus siitä fysikaalisesta perustasta, joka sattuu sen toteuttamaan. Tällä tavalla voimme puolustaa ajatusta, että psykologia on autonominen tiede suhteessa neurobiologiaan, ja psykiatria suhteessa neurologiaan, vaikka ajattelisimmekin, että kaikki todellisuus on pohjimmiltaan fysikaalista.

## Terveys, sairaus ja mielenhäiriöt

Palataan nyt psykiatrian filosofian ydinkysymyksiin: tulisiko kaikki psyykkiset sairaudet ymmärtää somaattisiksi sairauksiksi, tarkemmin sanoen aivosairauksiksi, ja tulisiko kaikkia psyykkisiä sairauksia pyrkiä hoitamaan fysikaalisin (neuraalisin, farmakologisin) interventioin? Psykiatrian *biomedikaalisen mallin* mukaan näihin kysymyksiin tulisi vastata myöntävästi: psykiatria on osa lääketiedettä (neurologiaa), ja psyykkiset sairaudet ovat vain yksi aivosairauksien muoto, joiden tehokas hoito (pelkkien oireiden lievittämisen sijaan) vaatii fysikaalisia interventioita (Huda 2019). Nykykeskustelussa biomedikaalinen malli asetetaan usein vastakkain *biopsykososiaalisen mallin* kanssa (Engel 1977, 1980; White 2005; Bolton & Gillett 2019; Savulescu ym. 2020; Bolton ilmestyy; Williamson ilmestyy).<sup>1</sup> Tämä malli vastaa esitettyihin kysymyksiin kieltävästi: psyykkiset sairaudet eivät ole vain aivosairauksien muoto, vaan psyykkisillä ja sosiaalisilla tekijöillä on oma, elimellisistä tekijöistä riippumaton roolinsa sekä psyykkisten sairauksien synnyssä että niiden hoidossa.

Kuten todettua, tässä keskustelussa kietoutuu yhteen kaksi filosofista kysymystä: yhtäältä mielenfilosofinen kysymys ”mielen” ja ”kehon” suhteesta, toisaalta lääketieteen filosofian kysymys ”terveyden” ja ”sairauden” määrittelystä. Jos nyt oletamme, että voimme edellä hahmotellulla tavalla ymmärtää mielentilat ja psykologisen käsitteistön autonomiseksi suhteessa fysikaalisiin tiloihin ja fysiikan käsitteistöön, niin millä tavalla psyykkisen sairauden käsite tulisi ymmärtää?

1 Voidaan erottaa myös radikaalimpia näkemyksiä: *antipsykiatrian* tai *kriittisen psykiatrian* mukaan biomedikaalinen näkökulma ei ole relevantti mielenhäiriöistä keskusteltaessa (e.g. Szasz 1960, 1961, 1970; Laing 1960, 1967; Cooper 1967; Ingleby 1980; Mervat 1995; Double 2006; Burston 2018; Middleton & Moncrieff 2019). Kärkevimmillään ajatellaan, että mitään todellisia psykiatrisia sairauksia ei ole olemassa, vaan kaikki mielenhäiriöiksi luokittelemamme ilmiöt voidaan palauttaa sosiaalisiksi ongelmiksi: kaikki psykiatrinen diagnosointi on lopulta vain lääketieteelliseen hoitoon verhoiltua poliittisen vallan väärinkäyttöä.

Aloitetaan sairauden käsitteestä sen tyyppillisessä, somaattisessa (biomedikaalissa) kontekstissa. On syytä korostaa, että jos katsomme käytännön lääketieteellistä hoitotyötä, niin koemme luontevaksi viitata hoitotyön mahdollisiin kohteisiin koko joukolla merkityksiltään vaihtelevin termein: hoidon kohteena voi olla sairaus, tauti, kipeys, häiriö, vamma, vaiva jne. Kenties näihin kaikkiin voisi pyrkiä soveltamaan jotakin sellaista mahdollisimman neutraalia termiä kuin ”lääketieteellinen tila”, ”patologinen tila” tai ”kliininen tila”. Mutta tällainen terminologia ei ainoastaan ole huonoa suomen kieltä, se ei myöskään tunnu luontevasti kattavan kaikkea sitä, mitä luemme normaalin lääketieteellisen hoitotyön kohteisiin kuuluvaksi. Voidaan toki ajatella, että hoitotyö on tyyppisimmillään johonkin poikkeumaan puuttumista: ”sairaus”, ”häiriö”, ”vamma” jne. pitävät sisällään ajatuksen lääketieteellisesti huomionarvoisesta poikkeumasta, ja tällaiseen ilmiöön myös termi ”lääketieteellinen tila” luontevasti viittaa. Mutta on kuitenkin selvää, että lääketieteellisen hoitotyön piirissä tehdään myös toimenpiteitä, jotka kohdistuvat täysin normaaleihin tiloihin. Ei esimerkiksi ole luontevaa pitää raskautta sairautena, häiriönä tai vammana – tai edes ”lääketieteellisenä tilana” – mutta silti raskauden keskeytys voi olla perusteltu toimenpide. Tai ajatellaan vaikkapa näkökyvyn heikkenemistä iän karttuessa: tällainen kehitys on ”normaalia”, mutta silti sen korjaamista voidaan pitää perusteltuna. Vanheneminen ylipäätään on normaalia, ja on normaalia, että se tuo mukanaan vaivoja ja sairauksia, joita pidetään perusteltuina hoitaa ja parantaa lääketieteellisin keinoin.

Oletetaan nyt, että lääketieteessä on luontevaa puhua tyyppillisistä hoitotoimenpiteiden kohteina olevista ilmiöistä ja prosesseista sairauksina ja häiriöinä. Sairaudet ja häiriöt näyttävät siis puolestaan olevan *poikkeumia normaalista*. Oleellinen kysymys nyt onkin, minkälaisista poikkeumista sairauksissa ja häiriöissä on kyse. Biomedikaalisen mallin mukaan sairaudet ja häiriöt ovat aina poikkeumia jostakin puhtaasti biologisesti määriteltävissä olevasta normaalista tilasta tai prosessista. Tästä seuraa intuitiivisesti puoleensavetävä käsitys lääketieteestä: lääketieteelliset hoidot pyrkivät saattamaan takaisin normaalitilaan – korjaamaan – biologisesti epänormaalin toiminnan. Psykiatria olisi näin lääketieteen ala, jossa fyysisiä (neuraalisin, farmakologis) interventioita pyritään saattamaan aivot biologisesti normaaliin tilaan. Vaikka tällainen käsitys psykiatriasta näyttää seuraavan suoraan intuitiivisesta, biomedikaalisesta tavasta määritellä sairaudet ja häiriöt, siinä suljetaan pois jotakin juuri psykiatrialle ominaista, nimittäin mieli ja sen sairaudet ja häiriöt.

Biomedikaalisen mallin mukainen käsitys sairauksista ja häiriöistä on *objektivistinen* tai *naturalistinen*: oletus on, että sairaudet ja häiriöt ovat objektiivisesti luonnossa olevia biologisia poikkeumia. Intuitiivisesti puoleensavetävän tällaisesta ajattelutavasta tekee se, että sovellamme sairauden ja häiriön käsitteitä luontevasti myös ilmiöihin, joita emme pidä kulttuurisen vaikutuspiirin alaisina: kaikkien biologisten organismien voidaan ajatella kärsivän sairauksista tai häiriöistä. Toki voidaan heti myös todeta, että kenties tällainen ajattelutapa on lopulta vain metaforista: inhimillisen kulttuurin vaikutuspiirin ulottumattomissa olevat

luonnonilmiöt eivät voi olla todella sairaita. Naturalistista käsitystä vastakkainen käsitys sairaudesta ja häiriöstä on *normativistinen* tai *konstruktivistinen*: kun toteamme jonkin tilan tai prosessin ”sairaaksi”, tarkoitamme vain, että pidämme sitä inhimillisestä näkökulmasta epätoivottavana.

Naturalismin ja konstruktivismin jännitettä voidaan konkretisoida tarkastelemalla tapauksia, joissa jonkin ilmiön pitäminen sairautena tai häiriönä on radikaalisti muuttunut. Drapetomania on kärkevä esimerkki: mielisairausnimike, jota sovellettiin 1800-luvulla Yhdysvalloissa orjiin, joilla esiintyi epätervettä ja heille haitallista pyrkimystä karata isänniltään. Tällainen sairausnimike on tietysti puhdas kulttuurinen konstruktio, meidän mielestämme absurdi ja rasistinen sellainen. Mutta eroaako tällainen sairausluokittelu periaatteellisesti sellaisesta luokittelusta, jota pidämme nykyään, tässä kulttuurisessa kontekstissa luontevana? Otetaan toinen paljon keskusteltu esimerkki: homoseksuaalisuus. Homoseksuaalisuutta on pidetty kulttuurissamme sekä rikoksena että sairautena. Nyt ajattelemme toisin: olemme siis vain lakanneet pitämästä jotakin ilmiötä sairautena. Voidaan myös olettaa, että homo- ja heteroseksuaaliset henkilöt eroavat aivotoiminnoiltaan (esim. Ponseti ym. 2007; Savic & Lindström 2008). Voisimme siis määritellä homoseksuaalisuuden ”poikkeavaksi aivotoiminnaksi” ja pitää sitä naturalistisen käsityksen mukaisena sairautena. Emme kuitenkaan tee näin – vain siksi, että emme nykyään yksinkertaisesti ajattele, että kyseisenlaisen aivotoiminnan aiheuttama ilmiö olisi mitenkään epätoivottava tai haitallinen.

Naturalistista käsitystä sairaudesta puolustetaan tyyppillisesti vetoamalla luonnolliseen, puhtaasti biologisesti määriteltävissä olevaan erotteluun *funktionaalisten* ja *dysfunktionaalisten* tilojen välillä (esim. Boorse 1976; Wakefield 1992, 1997a-b). Ajatuksena siis on, että voimme arvovapaasti erotella luonnollisesti, biologisesti oikein toimivat fysiologiset mekanismit sellaisista, jotka eivät näin toimi. Meillä olisi siis biologiset määritelmät fysiologisten systeemien oikein ja väärin toimimiselle, minkä perusteella voisimme sitten määritellä terveyden ja sairauden. ”Biologisesti oikein toimiminen” taas on luontevaa määritellä luonnonvalinnan käsitteen kautta: eliölajien fysiologiset mekanismit ovat kehittyneet tiettyjä biologisia tehtäviä varten ja tällaisia tehtäviä toteuttavat fysiologiset tilat ja prosessit ovat luonnollisia ja terveitä. Karkeasti: biologista kelpoisuutta ylläpitävät tai lisäävät toiminnot ovat terveitä. Tällainen näkemys kohtaa kuitenkin monia ongelmia. Ei ensinnäkään ole selvää, että onnistumme näin määrittelemään ”oikein toimimisen” täysin arvovapaasti: pidetään yleisesti ongelmallisena yrittää palauttaa arvoja ja normeja tosiseikkoihin. Toiseksi monet terveinä pitämämme ilmiöt päätyvät tällä perusteella sairaiksi: keskustelussa on esimerkiksi esitetty, että sikäli kuin homoseksuaalisuudelle ei ole osoitettavissa suvunjakamisfunktiota, niin meidän tulee pitää homoseksuaalisuutta sairautena (Boorse 1975, 1997). Kolmanneksi ja tärkeimmäksi, biologiset poikkeavuudet – perinnöllinen muuntele – on luonnonvalintaan perustuvan evoluution välttämätön edellytys: on täysin luonnollista – normaalia – ja itse asiassa evoluutiolle välttämätöntä, että maailmaan ilmestyy erilaisin tavoin toimivia organismeja.

Puhtaan naturalistinen käsitys sairaudesta ja häiriöistä kohtaa siis monia ongelmia. Onkin kehittynyt varsin laajalle levinnyt yhteisymmärrys siitä, että sairauden tai häiriön määrittelyyn liittyy aina jonkinlainen kulttuurinen, normatiivinen komponentti. Harvat kuitenkin pitävät sairauksia ja häiriöitä puhtaasti sosiaalisina konstruktioina. Suosittu onkin *hybridimalli*, jossa tilan tai prosessin määrittely sairaudeksi tai häiriöksi koostuu kahdesta, naturalistisesta ja normatiivisesta komponentista: yhtäältä toiminnallisen poikkeuman määrittelystä, toisaalta tämän poikkeuman määrittelystä epätoivottavaksi. Sairaudet eivät ole koskaan – edes somaattisessa mielessä – puhtaasti biologisia ilmiöitä.

## Mielenhäiriöt ja tehokkaat interventiot

Mitkä ovat tällaisen näkemyksen seuraukset erityisesti psyykkisten sairauksien tai häiriöiden luonteen ymmärtämisen kannalta? Periaatteessa hybridimalli näyttäisi sopivan myös tähän kontekstiin, ainakin jos sen keskeinen käsitteistö tulkitaan tarpeeksi rikkaasti. On jo todettu, että mentaaliset tilat tulisi ymmärtää toiminnallisiksi tiloiksi, joita erilaiset fyysiset systeemit voivat toteuttaa. Nyt voisimme myös suoraan todeta, että mielenhäiriöt ovat toiminnallisia poikkeumia, joita pidämme epätoivottavina. Tätä täytyy kuitenkin täsmentää.

Somaattisten sairauksien kohdalla voidaan selkeästi sanoa, että kun sairaus diagnosoidaan, todetaan yhtäältä jonkin fysiologisen ilmiön toiminnallinen poikkeavuus, toisaalta tämän poikkeavuuden epätoivottavuus. Mutta näin ei psyykkisten sairauksien kohdalla voida sanoa: sekä psyyken että psyykkisten sairauksien on oletettu olevan aivotiloihin palautumattomia. Tietysti tämä on koko ajan ollut kysymyksen kohteena: ovatko psyykkiset häiriöt *vain* aivohäiriöitä? Mutta jos todetaan, kuten edellä, että mentaalisia tiloja ei voida palauttaa aivotiloihin (tai ylipäätään mihinkään tiettyihin fyysikaalisiin tiloihin), niin tällöin on perusteltua todeta, että mentaalisia häiriötilojakaan ei voida palauttaa aivohäiriötiloihin: on mahdollista pitää jotakin ilmiötä mielenhäiriönä ilman, että samalla pitää jotakin toista ilmiötä aivohäiriönä. Psyykkisen sairauden tai häiriön toteamisessa on siis samat komponentit kuin somaattistenkin sairauksien tai häiriöiden, mutta vain korkeammalla organisaatiotasolla: kun somaattisten sairauksien tai häiriöiden diagnosoinnissa kiinnitetään huomiota fysiologiseen toimintaan henkilön kehollisessa kontekstissa, psyykkisen sairauden tai häiriön diagnosoinnissa huomiota kiinnitetään henkilön ajatteluun ja käyttäytymiseen sosiaalisessa kontekstissa.

Myös toinen ero on huomionarvoinen. Toisin kuin somaattisissa tapauksissa, psyykkisissä sairauksissa ja häiriöissä on merkittävää takaisinkytkentää (Hacking 1986, 1995). Tämä seuraa normatiivisesta komponentista, joka diagnosointiin liitetään: jonkin sosiaalisessa kontekstissa realisoituvan ilmiön toteaminen epätoivottavaksi (tai toivottavaksi) vaikuttaa tähän ilmiöön itseensä. Tämä tulee konkreettisesti ilmi esimerkiksi psykiatriisiin diagnooseihin usein liittyvän kulttuurisen stigman muodossa. Psyykkisiin ilmiöihin liittyvät monitasoiset takaisinkytkennät

selittävät myös, miksi psyykkisille häiriöille on ominaista *heterogeenisyys*, *monitekkijäisyys* ja *epävakaus*: psyykkiset ongelmat ovat henkilökohtaisia, tilanneherkkiä ja vaikeasti yleistettävissä. Vaikka ihmisten kehoissa on merkittäviä eroja, voimme pitää niitä verrattain pieninä, kun vertaamme niitä ihmisten psyykkisiin, sosiaaliin ja kulttuurisiin eroihin. Kun mielenhäiriöiden on todettu olevan sosiaalisessa kontekstissa ilmeneviä epätoivottavia toimintapoikkeumia, niin on ymmärrettävää, että niiden sosiaalinen ja kulttuurinen muuntelu on merkittävää.

Miten olisi nyt vastattava kysymykseen psyykkisten sairauksien ja häiriöiden parhaasta hoitomuodosta? Tulisiko psykiatrisen hoidon olla ensisijaisesti fyysikaalista (farmakologista, neuraalista)? Vai tulisiko sen painottaa psykologisia ja sosiaalisia interventioita? Näihin kysymyksiin ei voida antaa yksiselitteisiä vastauksia. Tämä ei tietenkään ole yllättävää. Mutta kenties nyt voidaan nähdä selkeämmin, miksi näin on. Vaikka mielenhäiriöt ymmärretään sosiaalisessa kontekstissa ilmeneviksi toimintapoikkeumiksi, eivät ne tietenkään ole aivotoiminnasta kokonaan riippumattomia ilmiöitä (jätetään nyt huomiotta tekoälyn potentiaali kehittää ”mielenhäiriöitä”). Sosiaalisesta ja kulttuurisesta muuntelusta on kuitenkin se seuraus, että aivotointojen vasteet voivat erilaisissa sosiaalisissa konteksteissa olla merkittävästi erilaisia: samanlaiset aivot voivat käyttäytyä erilaisissa tilanteissa eri tavoin, ja päinvastoin. Emme siis voi yksinkertaisesti ”lukea aivoista”, onko henkilö mieleltään sairas tai häiriintynyt – vähän samalla tavalla kuin emme voi pelkästään siipien anatomiaa tutkimalla todeta, pystyykö tällaiset elimet omaava eläin lentämään.

On yhtäältä itsestään selvää, että inhimillinen – sosiaalisessa ja kulttuurisessa kontekstissa tapahtuva – vuorovaikutus vaikuttaa ihmisten käyttäytymiseen. Ja toisaalta on myös selvää, että myös aivotointa määrittää käyttäytymistä. Tehokkaita hoitotuloksia voidaan saavuttaa sekä farmakologisin että psykoterapeuttisin menetelmin. Voidaan itse asiassa sanoa, että tällainen kliinisten interventioiden dualismi perustaa mielen ja kehon intuitiivista erottelua: mielenhäiriöt ja -sairaudet ovat jotakin sellaista, joihin voidaan psyykkisin ja sosiaalisin interventioin vaikuttaa, kun taas keholliset (somaattiset) häiriöt ja sairaudet eivät ole tällaisia, eivät ainakaan yhtä suoraviivaisesti. Tällaisen käytännöllisen dualismin voidaan ajatella perustavan myös koko psykiatrista *nosologiaa* (tautiluokittelua): psykiatriset sairaudet ja häiriöt ovat psykiatrisia (eivätkä somaattisia) juuri siksi, että niihin voidaan psyykkisin ja sosiaalisin menetelmin vaikuttaa (Pernu 2019, 2022).

## Kirjallisuutta

- Bolton, Derek (2022): Looking forward to a decade of the biopsychosocial model. *BJPsych Bulletin*, 46(4):228–232.
- Bolton, Derek; Gillett, Grant (2019): The Biopsychosocial Model of Health and Disease: New Philosophical and Scientific Developments. Cham: Palgrave Pivot.

- Boorse, Christopher (1975): On the distinction between disease and illness. *Philosophy of Public Affairs* 5, 49–68.
- Boorse, Christopher (1976): What a theory of mental health should be. *Journal for the Theory of Social Behavior* 6, 61–84.

- Boorse Christopher (1997): A rebuttal on health. Teoksessa J. M. Humbe & R. F Almeder toim., *What is Disease?* Totowa, NJ: Humana Press.
- Burston, Daniel (2018): Psychiatry, anti-psychiatry, and anti-anti-psychiatry: rhetoric and reality. *Psychotherapy and Politics International* 16, p. e1439.
- Chalmers, David J (1995): Facing up to the problem of consciousness. *Journal of Consciousness Studies* 2, s. 200–219.
- Chalmers, David J (1996): *The Conscious Mind: In Search of a Fundamental Theory*. New York, NY: Oxford University Press.
- Cooper, David G (1967): *Psychiatry and Antipsychiatry*. London: Tavistock Publications.
- Double, Duncan B toim. (2006): *Critical Psychiatry: The Limits of Madness*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Engel, George L. (1977): The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196:129–136.
- Engel, George L. (1980): The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry* 137:535–544.
- Hacking, Ian (1986): *Making up people*. Teoksessa T. Heller, M. Sosna & D. Wellbery toim., *Reconstructing Individualism*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Hacking, Ian (1995): The looping effects of human kinds. Teoksessa D. Sperber, D. Premack & A. J. Premack toim., *Causal cognition: A Multidisciplinary Debate*. New York: Clarendon Press.
- Huda, Ahmed Samei (2019): *The Medical Model in Mental Health: An Explanation and Evaluation*. Oxford: Oxford University Press.
- Ingleby, David (1980): *Critical Psychiatry: The Politics of Mental Health*. New York: Pantheon.
- Kendler, Kenneth S; Tabb, Kathryn; Wright, John (2022): The emergence of psychiatry: 1650-1850. *Am J Psychiatry* 179(5):329–335. doi: 10.1176/appi.ajp.21060614.
- Laing, Ronald D. (1960): *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*. Harmondsworth: Penguin.
- Laing, Ronald D. (1967): *The Politics of Experience and the Bird of Paradise*. Harmondsworth: Penguin.
- Middleton, Hugh; Moncrieff, Joanna (2019): Critical psychiatry: a brief overview. *BJPsych Advances* 25:47–54.
- Pecere, Paulo (2020): Reconsidering the ignorabimus: Du Bois-Reymond and the hard problem of consciousness”. *Science in Context* 33:1–18.
- Pernu, Tuomas K. (2017): The five marks of the mental. *Frontiers in Psychology* 8:1084.
- Pernu, Tuomas K. (2019): Causal explanation in psychiatry. In Ş. Tekin & R. Bluhm toim., *The Bloomsbury Companion to Philosophy of Psychiatry*. London: Bloomsbury Academic.
- Pernu, Tuomas K. (2022): Methodological dualism considered as a heuristic paradigm for clinical psychiatry. *BJPsych Advances* 28:166–169.
- Ponseti J, Siebner Hartwig R, Klöppel S, Wolff S, Granert O, Jansen O et al. (2007): Homosexual women have less grey matter in perirhinal cortex. *PLoS One* 2:e762.
- Savic I, Lindström P. (2008): PET and MRI show differences in cerebral asymmetry and functional connectivity between homo- and heterosexual subjects. *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 105:9403–9408.
- Savulescu J, Roache R, Davies W. toim. (2020): *Psychiatry Reborn: Biopsychosocial Psychiatry in Modern Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Szasz, Thomas S. (1960): The myth of mental illness. *American Psychologist* 15:113–118.
- Szasz, Thomas S. (1961): *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. New York NY: Hoeber-Harper.
- Szasz, Thomas S. (1970): *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*. New York NY: Harper & Row.
- Wakefield, Jerome C. (1992): The concept of mental disorder. *American Psychologist* 47:373–388.
- Wakefield, Jerome C. (1997a): Diagnosing DSM-IV, part 1: DSM-IV and the concept of disorder. *Behavior Research and Therapy* 35:633–649.
- Wakefield, Jerome C. (1997b): Normal inability versus pathological inability. *Clinical Psychology: Science and Practice* 4:249–258.
- White, Peter toim. (2005): *Biopsychosocial Medicine: An Integrated Approach to Understanding Illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Williamson, Simon (2022): “The biopsychosocial model: not dead, but in need of revival”. *BJPsych Bulletin* 46(4):232–234



## 27 Mielenhäiriöt, vapaus ja vastuu

### Oikeuspsykiatria lääketieteen ja oikeustieteen leikkauspisteessä

Lääketiede ja oikeustiede ovat vahvasti analogisia keskenään: molempien keskiössä voidaan ajatella olevan *haitalliset* tai *epätoivottavat ilmiöt*. Lääketieteessä potilaiden somaattisten tai psyykkisten tilojen haitallisuus – toimintapoikkeumat ja niiden epätoivottavuus – toimii perustana niiden määrittelemiseksi häiriöiksi tai sairauksiksi. Oikeustieteessä taas teon haitallisuus – oikeushyvien loukkaus – toimii perustana sen määrittelemiseksi vääryydeksi tai rikokseksi. Molemmissa tapauksissa haitan toteaminen toimii myös interventioperusteena, ja molemmissa tieteissä tutkitaan tehokkaita ja oikeudenmukaisia tapoja kontrolloida, manipuloida ja korjata haittoja: molemmilla aloilla kohteena on jonkin epätoivottavaksi, vääränlaiseksi todetun ilmiön paras mahdollinen *oikaisu*.

Luonnollisesti lääketiede ja oikeustiede myös eroavat toisistaan. Keskeisenä erona on sosiaalisten ja kulttuuristen tekijöiden rooli sekä haittojen että niihin kohdistuvien interventioiden luonteen määrittelyssä. Lääketiedettä on houkuttelevaa ajatella biotieteenä: sairaudet ovat biologisia ilmiöitä, ja niitä on parasta hoitaa biologisin menetelmin. Ei kuitenkaan ole itsestään selvää, että näin voidaan ajatella, kuten edellä on todettu. Tällainen ajattelutapa on joka tapauksessa intuitiivisesti puoleensavetävä, ja sillä on paljon kannattajia. Kukaan ei kuitenkaan ajattele oikeustieteen olevan osa biologiaa, ei ainakaan yhtään niin suoraviivaisessa mielessä kuin lääketiedettä. *Juridisesti* haitalliset ilmiöt ovat ihmisistä ja heidän kulttuurisesta viitekehuksestään riippuvaisia ilmiöitä: kaikille on selvää, että lait ja oikeuskäsitykset vaihtelevat ajassa ja paikassa. *Biologisesti* haitallisten ilmiöiden voidaan ajatella olevan sellaisia ihmisistä riippumatta – siksi ne ovat nimenomaan biologisesti, eivätkä kulttuurisesti haitallisia ilmiöitä. On toki olemassa *luonnonoikeusteoria*, jonka mukaan juridiikka perustuu objektiivisille, luonnollisille tosiasioille koskien oikeutta ja vääryyttä. *Oikeuspositivismin* mukaan taas juri-

diikka on konventio, jossa oikeus ja vääritys määrittävät yksinomaan lakitekstien ja oikeuskäytäntöjen kautta. Mutta juridiikka ei ole osa biologiaa edes luonnon-oikeusteoreetikkojen mukaan; myös heille juridiikka on ihmisten ja sosiaalisten vuorovaikutusten olemassaolosta riippuvaista, ollenkin sen nojalla objektiivista ja faktuaalista. Lääketieteen kytkös biologiaan on taas kaikille ilmeistä.

Lääketieteen ja oikeustieteen erottelua voidaan terävöittää edelleen seuraavalla huomiolla: luonnonilmiöitä ei voida asettaa juridiseen vastuuseen. Jos puu kaatuu ja romuttaa autosi, et voi saattaa puuta sen paremmin rikos- kuin vahingonkorvausvastuuseen. Me emme halua sanoa: ”puu teki väärin”. Mutta voisimme kuitenkin sanoa: ”puu oli sairas”, ”puu kärsi taudista” tms. On siis mielekästä soveltaa lääketieteellistä normistoa luonnonilmiöihin tavalla, jolla oikeustieteellistä normistoa ei niihin ole mahdollista soveltaa. Vaikka näin sekä lääketieteessä että juridiikassa kohteena ovat haitat ja vääryydet, ja niiden tehokas ja oikeudenmukainen kompensointi, niin alat myös eroavat merkittävin tavoin toisistaan.

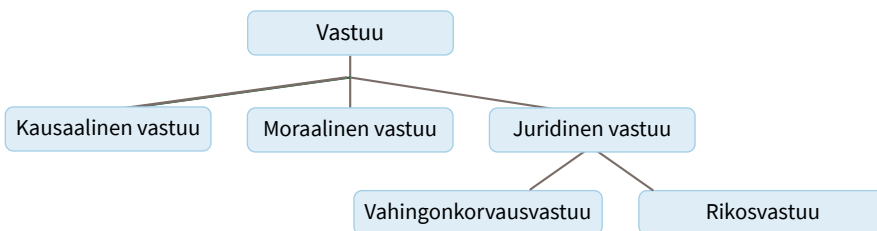
Lääketiede ja oikeustiede kohtaavat oikeuspsykiatriassa. Kun oikeuspsykiatrien arviointi todetaan tarpeelliseksi, jonkin juridisesti haitallisen tapahtuman on jo todettu tapahtuneen. *Psykiatria* on toki relevanttia ilman tällaista kontekstiakin, mutta *oikeuspsykiatria* on relevanttia vain tapauksissa, joissa jokin juridisesti haitallinen tapahtuma on jo tapahtunut (jonkun oikeushyvää on loukattu). Oikeuspsykiatria ei kuitenkaan ole vain *oikeuslääketiedettä* – jonka voidaan ajatella koskevan laajaa spektriä juridisesti relevantteja biomedikaalisia tekijöitä – tai edes *oikeuspsykologiaa* – joka käsittelee monia erilaisia juridiikkaan liittyviä psykologisia seikkoja, erityisesti uhrin, tekijän ja todistajan näkökulmia oikeudenkäynnissä. Oikeuspsykiatrialla on paljon täsmällisempi rooli: määrittää *rikoksentekijän ymmärryksen ja vaarallisuuden* astetta. Oikeuspsykiatriassa huomio kiinnittyy siis ensinnäkin rikolliseen tekoon, toiseksi tekijän tarkoituksiperiin ja ymmärrykseen teostaan, ja kolmanneksi hänen taipumukseensa uusia tekojaan. Oikeuspsykiatriassa mielenkiinnon kohteena eivät ole yleiset biomedikaalisesti tai psykologisesti relevantit juridiset seikat, vaan ainoastaan rikoksentekijää koskevat juridisesti, psykologisesti ja lääketieteellisesti relevantit seikat – ja tässä nimenomaisessa järjestyksessä.

Oikeuspsykiatria lähtee siis aina liikkeelle jo todetuksi tapahtuneesta *rikoksesta* (juridinen komponentti), siirtyen *rikoksen tekijään* (juridispsykologinen komponentti) ja hänen *mielentilojensa* arviointiin (psykologislääketieteellinen komponentti). Vaikka erilaiset elementit limittyvät tässä prosessissa toisiinsa, oikeuspsykiatrisen arvioinnin voidaan todeta tulevan viimeiseksi: vasta sitten, kun tapahtuma on todettu haitalliseksi, ja sen aiheuttajaksi on todettu henkilö, joka pyrki saamaan aikaan tämän tapahtuman, on mielekästä ryhtyä tutkimaan sitä, miksi tai miten henkilö on muodostanut tällaisen pyrkimyksen – ja onko kenties lääketieteellisiä perusteita ajatella, että henkilö ei tällaista pyrkimystä muodostaessaan ollut ”mielettään terve”.

## Mielentilat haitallisten tekojen lähteenä

Kaiken juridisen analyysin lähtökohtana on siis jokin aiheutunut haitta. Ei kuitenkaan ole mitenkään itsestään selvää, mitä tulisi pitää juridisesti relevanttina haittana. Pelkkää mielenpahoitusta ei sellaisena yleisesti pidetä, vaan haitan täytyy olla jollakin tavoin objektiivista ja konkreettista. Juridisesti relevantin haitan ei kuitenkaan tarvitse olla aktuaalista siinä mielessä, että haitan subjektille olisi koitunut jotakin fyysistä haittaa, kärsimystä tai omaisuuden menetystä. Tarkemmin sanoen: *rikosvastuun kohdentaminen henkilöön* ei edellytä rikoksen tekijän tarkoittaman haitan toteutumista, sillä myös rikoksen yritystä pidetään rangaistavana. Ei tietenkään ole mitenkään triviaali kysymys, miksi rikoksen yritys on rikollista – mitään aktuaalista, konkreettista haittaahan ei kenellekään tällöin ole aiheutunut, puhtaasti määritelmällisesti. Itse asiassa johdonmukaisempaa ja täsmällisempää olisikin puhua rikoksesta tekona, joka objektiivisesti katsoen ”päästää valloilleen” oikeushyvien loukkauksen riskin. Rikosvastuu koskisi siis aina vain potentiaalisen, ei aktuaalisen haitan tuottamista (Alexander 2011; Alexander & Ferzan 2009, 2018; Pernu 2022).

Tarkastellaan nyt lähemmin vastuun käsitettä. Käsitettä voidaan käyttää hyvin moninaisin eri tavoin (esim. Cane 2002; Gardner 2003; Hart 1968; Lenk 2006; Vincent 2011; Williams 2010). Tässä yhteydessä on syytä erottaa kolme käsitettä toisistaan: kausaalinen, moraalinen ja juridinen vastuu. Jälkimmäinen jakaantuu edelleen kahtia, vahingonkorvaus- ja rikosvastuuseen. Kuvio 27.1 esittää tämän taksonomian diagrammaattisesti. Tämän erottelun pitäisi olla intuitiivisesti helppo ymmärtää. Kun kysytään ”kuka on vastuussa tästä tapahtumasta?”, niin voidaan tarkoittaa: ”kuka aiheutti tämän tapahtuman?”. Tai voidaan tarkoittaa: ”kenellä on moraalinen vastuu tästä tapahtumasta?”. Tai voidaan tarkoittaa: ”kenen tulee kantaa juridinen vastuu tästä tapahtumasta?”. Nämä ovat toisistaan erillisiä asioita; on esimerkiksi helppo keksiä tapauksia, joissa henkilön voidaan sanoa toimineen moraalisesti paheksuttavasti ilman, että tällä ajateltaisiin olevan mitään juridisia seuraamuksia. Voidaan kuitenkin ajatella, että nämä kolme eri vastuumuotoa ovat hierarkkisessa suhteessa toisiinsa siten, että kausaalinen vastuu on moraalisesta vastuusta edellytys, ja moraalinen taas juridisen. Tällaista ajatusta olisi täsmennettävä monella tapaa, mutta sen voidaan nähdä sopivan luontevasti tyy-



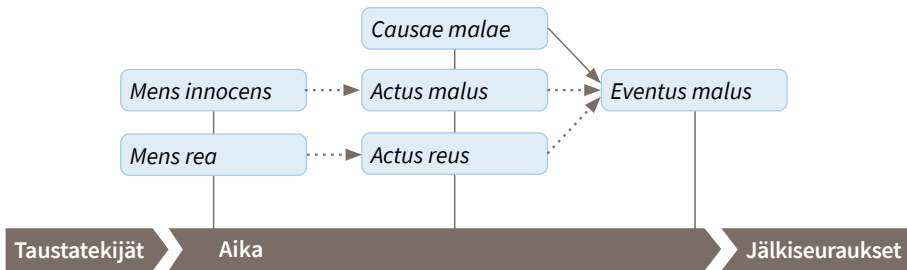
Kuvio 27.1. Vastuun käsitteen ulottuvuudet.

pillisiin tapauksiin, joissa henkilön katsotaan olevan rikosvastuussa: kun henkilö on joutunut rikoksen uhriksi, rikoksen tekijä on toiminut moraalisesti paheksuttavasti, ja hän on juridisessa vastuussa teostaan siksi, että hänen paheksuttava toimintansa on osoitettavissa uhrin kokeman vääryyden syyksi. Kääntäen: henkilö ei voi olla sen paremmin juridisesti kuin moraalistikaan vastuussa tapahtumista, joita hän ei ole aiheuttanut.<sup>1</sup>

Kausaalisen, moraalisen ja juridisen vastuun yhteys on oikeusteoriassa yleisesti tunnustettu. Paljon kertova on oikeusfilosofi Michael S. Mooren toteamus teoksessaan *Causation and Responsibility*: ”koska moraalit on kytkeytynyt sellaiseen luonnolliseen relaatioon (kausaatioon), ja koska laki on kytkeytynyt moraalisiin, niin myös laki on kytkeytynyt tähän luonnolliseen relaatioon” (Moore 2009, s. 5). Hyvin abstraktilla tasolla voisimme ajatella luontoa kausaaliketjuna, ja luonnehtia juridiikkaa yhdeksi tavaksi poimia tarkastelun alle joitakin tapahtumia (tietty aika-avaruuden viipale) tuosta kausaaliketjusta. Juridiikkaa, ja oikeuspsykiatria sen osana, voidaan näin ajatella oppeina oikeanlaisista syistä suhteessa tiettyyn juridisen mielenkiinnon kohteena olevaan tapahtumaan.

Kuvio 27.2 esittää tämän skemaattisesti (Pernu 2022). Juridinen analyysi lähtee liikkeelle aiheutetusta tai aiheutuneesta haitasta (*eventus malus*). Etsimme seuraavaksi haitan syitä: erottelemme ihmisestä lähtöisin olevat syyt luonnollisista, ihmisistä riippumattomista syistä (*causae malae*). Ihmisistä lähtöisin olevia syitä kutsumme toiminnaksi tai teoksi, ja niitä voidaan erottaa kahdenlaisia (suhteessa haittaan): tarkoituksettomasti haitalliset teot (*actus malus*) sekä tarkoituksellisesti haitalliset teot (*actus reus*). Ero näiden kahden eri tekemuotojen välillä on luonnollisesti niiden motiiveissa: ensimmäisessä tapauksessa toimittiin täysin viattomin mielin (*mens innocens*), kun jälkimmäisessä tapauksessa toimittiin paheellisin aikein (*mens rea*). Nämä kolme kausaaliketjun osaa – haitallinen tapahtuma, sen aiheuttanut teko, ja tämän teon tarkoituksiperät – määrittävät sen tapahtumien joukon, joka on juridisen tarkastelun kannalta relevantti. Tämä tapahtumien joukko kattaa kuitenkin tietysti vain jonkin rajatun osan koko todellisuudesta. Erityisesti: yhtäältä voimme kiinnittää huomiota toiminnan tarkoituksiperien syntyhistoriaan (taustatekijät), toisaalta voimme kiinnittää huomiota haitallisen tapahtuman ja sen aiheuttajan syylliseksi toteamisen seurauksiin (jälkiseuraamukset). Nämä

1 Tietysti pidämme henkilöitä vastuussa myös *laiminlyönneistä*. Laiminlyönnejä voi olla luontevaa pitää *tekemättä jättämisenä (omissioina)*, jotka voitaisiin käsitteellistää *negatiivisiksi tapahtumiksi* – tapahtumiksi, jotka eivät ole tapahtuneet. Tällaisten ”tapahtumattomien tapahtumien” voi taas olla vaikea nähdä toimivan syinä tai seurauksina. Monesti teot ja laiminlyönnit erotetaan toisistaan. Tässä käsittelyä on kuitenkin yksinkertaistettu siten, että tällaista kategorista erottelua ei tehdä. Tätä ratkaisua voidaan perustella kahdella tavalla. Ensinnäkään ei ole olemassa mitään yleisesti hyväksyttyä teon teoriaa, eikä ole itsestään selvää, että negatiiviset tapahtumat eivät voi toimia kausaalirelaation jäseninä. Yleisenä oletuksena on päinvastoin, että hyväksyttävän kausaaliteorian olisi selitettävä, kuinka näin voi olla (tai ainakin kuinka tällainen kausaalinen puhe on ongelmatonta) (esim. Paul & Hall 2013; Schaffer 2000, 2004; Silver 2018). Toiseksi, myös tekemättä jättämistä voidaan pitää tekona. Toki tällaista käsitteellistystä pitäisi monella tapaa täsmentää, mutta sen voidaan ajatella nojaavan juuri ajatukselle, että myös negatiiviset tapahtumat voivat toimia kausaalirelaation jäseninä. Tämä käsittely nojaa ajatukselle, että myös laiminlyönti – tekemättä jättäminen – on teko.



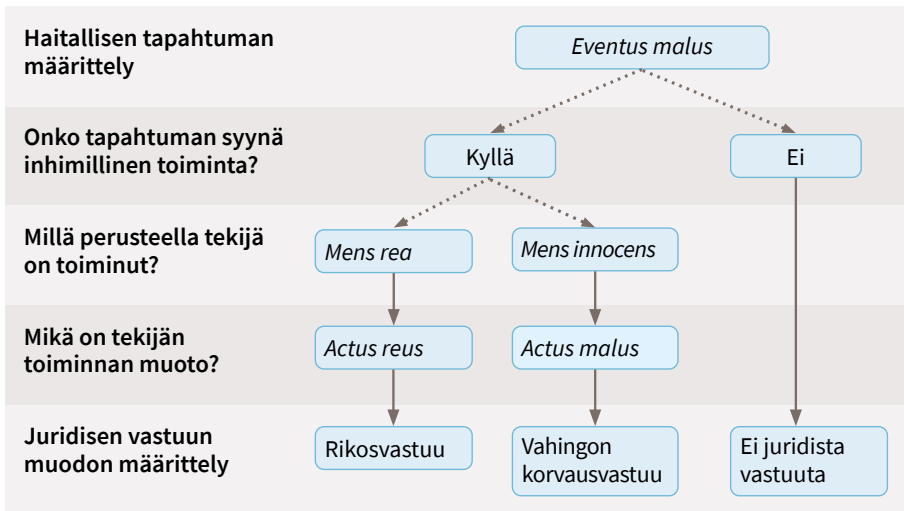
Kuvio 27.2. Mahdolliset kausaaliketjut juridisen mielenkiinnon kohteena olevan haitallisen tapahtuman (*eventus malus*) taustalla.

kaksi, varsinaisen juridisen mielenkiinnon kohteena olevaa elementtiä ovat itse asiassa oikeuspsykiatrisesti varsin oleellisia, sillä oikeuspsykiatrisen analyysin keskiössä on yhtäältä kysymys siitä, kuinka henkilö päätyi toimimaan kuten toimi, ja toisaalta kysymys siitä, minkälaisia toimenpiteitä henkilöön tulisi kohdentaa, jotta hänen tuleva toimintansa olisi parhaiten hallittavissa ja ennustettavissa.

Ajatellaan tätä kausaaliketjua nyt juridisen vastuun määrittelyn näkökulmasta. Tätä voidaan hahmottaa kuvion 27.3 mukaisella prosessikaaviolla (Pernu 2022). Lähdetään siis liikkeelle haitallisen tapahtuman toteamisesta (*eventus malus*). Kysytään seuraavaksi: oliko haitan syynä inhimillinen toiminta? Jos ei ollut, kyseessä oli luonnollinen tapahtuma, eikä ketään aseteta juridiseen vastuuseen: luontoa ei voi haastaa oikeuteen. Jos oli, kysytään: millä perusteella tekijä on toiminut? Jos tekijä ei tarkoittanut (*mens innocens*) toimia vahinkoa aiheuttaen (*actus malus*), voidaan häntä pitää korkeintaan vahingonkorvausvastuullisena toimintansa seurauksista. Jos tekijä tarkoitti (*mens rea*) toimia vahinkoa aiheuttaen (*actus reus*), hänen voidaan katsoa olevan rikosvastuussa. On varsin syvälinen huomio, että haluamme erottaa näin tarkasti yhtäältä tiedostetusti tai tarkoituksellisesti, eli tahallisesti tehdyt vääryydet tarkoituksettomasti, eli tahattomasti tehdyistä vääryyksistä, ja toisaalta tällaiset teoista seuraavat vääryydet sellaisista haitallisista tapahtumista, joille ei ole osoitettavissa inhimillistä syytä: että haluamme erottaa toisistaan rikokset, vahingot ja onnettomuudet.<sup>2</sup>

Minkälainen rooli tulisi oikeuspsykiatralle tässä osoittaa? Tarkemmin kysyen: mitä seuraa, vastuumuodon määrittelyn kannalta, henkilön syyntakeettomaksi toteamisesta? Kun haittaa on aiheutunut syyntakeettomasti toimineen henkilön teon seurauksena, tulisiko haittaa pitää tällöin rikoksena, vahinkona vai onnettomuutena? Ensinnäkin on selvää, että nykyisen terminologisen käytännön mukaan syyntakeetonkin henkilö voi syyllistyä rikokseksi määriteltyyn tekoon (silloin kun

2 Jonkinlaisena harmaana alueena voidaan tässä pitää huolimattomuutta, laiminlyöntiä ja tuottamuksellisuutta (ks. esim. Rankinen 2020). Voidaan ajatella, että tällaisista rikoksista (jos niitä tulee sellaisena pitää) on löydettävissä sekä tahallisuuteen että tahattomuuteen liittyviä elementtejä. Voi myös olla mahdollista ajatella, että mitään puhtaita onnettomuuksia ei ole olemassa (Reiff 2015).



Kuvio 27.3. Juridisen vastuun muodon määrittely mielenkiinnon kohteena olevan haitallisen tapahtuman (*eventus malus*) mahdollisten syiden suhteen.

toimii niin vakavaa haittaa aiheuttaen, että koemme tarpeelliseksi pitää haittaa rikoksena). Syyntakeettomastikin voi siis tehdä teon, jota kutsumme ”rikokseksi”<sup>3</sup>. Mutta toisaalta – ja hieman epäjohdonmukaisesti – syyntakeettomuudesta seuraa, että henkilöä ei voi katsoa rikosvastuussa olevaksi, eli määrätä kärsimään *rangaitusta*: syyntakeettomaksi toteamisesta seuraa, että henkilö ohjataan psykiatriseen hoitoon<sup>4</sup>. Voitaisiinkin todeta, että syyntakeettomana tuomittu henkilö on näin – varsin paradoksaalisesti – tehnyt ”rikosvastuuttoman rikoksen”. Koska tarkkaan ottaen rikos on se teko (*actus reus*), jonka tekijä on tehnyt rikollisin aikein (*mens rea*) – tekonsa luonteen ja sen vääryyden ymmärtäen – ei syyntakeettomasti toimineen henkilön aiheuttamaa haittaa pitäisi kutsua ”rikokseksi”<sup>5</sup>.

3 Ei ole triviaali kysymys, miten ”rikos” määritellään. Voidaan tehdä ero *kansankielisen, juridisen ja filosofisen* rikoksen käsitteen välillä. Kansankielellä voidaan kutsua rikoksiksi (tai rikollisiksi) hyvin moninaisia tapahtumia, jotka liittyvät (ainakin tyypillisesti) inhimilliseen toimintaan: joko itse toimintaa, tai sen perusteita tai seurauksia – joskus myös henkilöitä tai heidän ajatuksiaan. Juridisesti täytyy tietysti olla täsmällisempi, ja erilaiset oikeusjärjestelmät ja -käytännöt saattavat erota määritelmiltään merkittävästi. Suomen rikoslaissa rikos määrittyy kolmen komponentin perusteella: tunnusmerkistön, oikeudenvastaisuuden ja syyllisyyden. Tapahtuman on siis täytettävä vaadittava tunnusmerkistö (haitallinen teko), sen on oltava oikeudenvastainen (jonkun oikeushyviä loukkaava), ja se on pystyttävä osoittamaan (luonnollisen) henkilön syyksi. ”Syyllisyys” taas koostuu kahdesta komponentista: syyksiluettavuudesta ja syyntakeisuudesta. Juridisesti (Suomessa) ei siis voi tehdä rikosta syyntakeettomasti. Tässä ”rikos” tulisi kuitenkin ymmärtää laajemmassa, filosofisessa merkityksessä, jossa se viittaa onnettomuuksista ja vahingoista erotettavaan haitallisten tapahtumien luokkaan. Tässä mielessä (kuten joskus kansankielessäkin) esimerkiksi aviorikosta voitaisiin pitää ”oikeana rikoksena”, mutta tietenkään se ei ole sitä tarkan juridisessa mielessä.

4 Juridisesti hoitoon ohjaus ei tietenkään tapahdu suoraan syyntakeettomaksi toteamisesta: henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon vain niillä edellytyksillä, jotka mielenterveyslaissa (8 §) on määritelty.

5 Oikeustraditioissa onkin eroavaisuuksia sen suhteen, seuraako syyntakeettomuudesta ”syyttömyys” (kuten *common law* -traditiossa) vai ainoastaan ”rangaistuksesta vapautus” (kuten pohjoismaissa).

Tulisiko syyntakeettomasti toimineen henkilön teon seurauksena koitunutta haittaa pitää sitten vahinkona tai onnettomuutena? Ajatellaan tapausta, jossa joudut villieläimen hyökkäyksen kohteeksi. Syyntakeettomasti toimineen henkilön haitallinen teko vertautuu jossakin määrin tällaiseen tapahtumaan, eli onnettomuuteen. Emme kuitenkaan puhu näin. Syyntakeettomien tekojen ja onnettomuuksien välillä onkin nähtävissä myös merkittäviä eroja. Ennen kaikkea: pidämme syyntakeetonta toimijaa edelleen *psykkisenä* ja *inhimillisenä toimijana*. Tästä seuraa se, että emme suhtaudu syyntakeettomien toimijoiden tekoihin, kuten suhtaudumme eläimien tai elottomien luontokappaleiden aiheuttamiin onnettomuuksiin. Eläimet ja elottomat luontokappaleet ovat toki ymmärryskyvyttömiä toimintansa luonteen ja sen vääryyden suhteen, mutta eroavat syyntakeettomista toimijoista myös siinä, että me emme niiltä muuta odotakaan: kontrolloimme luonnon aiheuttamia haittoja niiden lähteitä poistamalla tai niiltä suojautumalla. Emme suhtaudu näin ihmisiin. Me oletamme, että inhimillisten toimijoiden pitäisi pystyä toimimaan syyntakeisesti – tätä voisi pitää jopa määritelmäisesti ihmisyyteen kuuluvana piirteenä – ja jos näin ei ole, pyrimme korjaamaan tilannetta: ohjaamme syyntakeettomasti toimineet henkilöt *hoitoon*.

Toinen, ja juridisesti erityisen huomionarvoinen ero luonnon aiheuttaman onnettomuuden ja syyntakeettomasti toimineen henkilön aiheuttaman haitan välillä on niiden suhde vahingonkorvausvastuuseen. Luonnolta ei voi periä korvauksia sen aiheuttamista vahingoista. Syyntakeettomuus ei kuitenkaan vapauta vahingonkorvausvastuusta. Syyntakeettomuudella voi toki olla, oikeuden niin harkitessa, vahingonkorvausta alentava vaikutus, mutta syyntakeettomuus ei ole kategorisesti ristiriidassa vahingonkorvausvastuun kanssa. Tämän voidaan ajatella seuraavan juuri siitä seikasta, että pidämme syyntakeettomia toimijoita edelleen inhimillisinä toimijoina – muodollisesti siitä, että he ovat edelleen juridisia subjekteja, joilta kompensatiota haitasta voidaan mielekkäästi vaatia.

Tulisiko syyntakeettomasti toimineen henkilön aiheuttamaa haittaa siis pitää vahinkona? Kenties tämä olisi luontevin kategoria kolmesta esitetystä. Mutta myös erot ovat merkittäviä. Ensinnäkin syyntakeettomasti toimineen henkilön aiheuttamaa (tarpeeksi vakavaa) haittaa tavataan kutsua rikokseksi. Toiseksi, vaikka syyntakeettomuus ei vapautakaan vahingonkorvausvastuusta, se voi toimia sitä alentavasti. Näyttääkin siis siltä, että syyntakeettomasti toimineen henkilön aiheuttamassa haitassa on elementtejä kaikista kolmesta haitallisen tapahtuman muodosta, eikä sitä ole helppo sijoittaa tiettyyn paikkaan tätä taksonomiaa; se näyttäisi muodostavan ikään kuin oman ulottuvuutensa.

On kuitenkin selvää, mistä tämä kategorisoinnin hankaluus johtuu: tekijä on ollut haittaa aiheuttaessaan häiriintyneessä mielentilassa. Koska kyseessä on tiettyyn mielentilaan perustuva inhimillinen toiminta, ei sen aiheuttamaa haittaa ole luontevaa pitää onnettomuutena. Ja koska tekijä on kuitenkin pyrkinyt aktiivisesti haitan aiheuttamiseen – tekijä ei ole toiminut täysin viattomin aikoin (*mens innocens*) – ei toimintaa ole luontevaa pitää myöskään vahinkona. Niinpä pää-

dymme pitämään haittaa tekijän tietoisista pyrkimyksistä aiheutuneena, ja siten hänen toimintaansa paheellisena tai rikollisena. Mutta koska tekijä on alentuneen ymmärryskykynsä johdosta erehtynyt tekonsa todellisesta luonteesta, hänen aikomuksensa ja tekojensa seurauksien välillä ei ole oikeanlaista yhteyttä. Tekijä siis haluaa saada aikaan haitallisen tapahtuman, toimii niin, että haitallinen tapahtuma seuraisi hänen teoistaan, ja lopulta näin todella tapahtuu – mutta tekojen seurauksena ei kuitenkaan ole se haitallinen tapahtuma, jonka henkilö pyrki saamaan aikaan. Näin ajatellen syyntakeettomuudessa olisi siis pohjimmiltaan kyse erehdyksestä – mutta hyvin systemaattisesta ja perustavanlaatuisesta sellaista. Verrataan tätä täydessä ymmärryksessä toimivaan murhaajaan, joka erehtyy tekonsa luonteesta: hän ampuu väärän henkilön, luullen ampuneensa oikean. Tässäkin tapauksessa tekijä ”erehtyy tekonsa luonteesta”. Mutta tässä tapauksessa kyse on yksinkertaisesta kontingentista virhearviosta. Syyntakeettomalla henkilöllä voidaan taas ajatella olevan perustavalla tavalla harhainen käsitys todellisuudesta. Erhe ei siis koske vain yksittäisen teon luonnetta, vaan koko sellaista laajempaa käsitteellistä ja kulttuurista kontekstia, jonka puitteissa inhimillinen toiminta on mielekästä; erhe koskee sitä, miten maailma ylipäätään toimii.

## Vapaus ja vastuu

Moraalisen vastuun – jonka erityistapauksena rikosvastuuta voidaan siis pitää – ajatellaan yleisesti pitävän sisällään kaksi elementtiä: *episteesimen* eli *tiedollisen* elementin sekä *kontrolli-* tai *vapauselementin*. Edellä on keskitytty lähinnä edelliseen elementtiin, eli kysymykseen siitä, kuinka henkilön ymmärrys hänen toimintansa luonteesta vaikuttaa siihen, millä tavalla häntä tulisi pitää toimintansa suhteen vastuullisena. Mutta on intuitiivisesti selvää, että pelkkä ymmärrys tapahtumien kulusta ei voi toimia riittävänä vastuuperusteena: jotta henkilön voidaan sanoa olevan vastuussa tietyistä tapahtumista, on hänellä täytynyt olla mahdollisuus vaikuttaa näihin tapahtumiin.

Moraalisen vastuun kontrollivaatimus voidaan tiivistää ajatukseen, että vastuu edellyttää moraalisen arvostelun kohteena olevan tapahtuman *lähteenä* olemista. Edellä on jo oletettu, että kausaalinen vastuu on moraalisen ja juridisen vastuun välttämätön edellytys: et voi olla vastuussa – missään mielessä – tapahtumista, joita et ole aiheuttanut. Mutta moraalisen vastuun kontrolliehto edellyttää enemmän kuin vain moraalisen arvostelun kohteena olevan tapahtuman syynä olemista: kausaaliketjun osana oleminen ei ole riittävää, vaan moraalinen vastuu edellyttää tapahtuman *alkusyynä* tai *laukaisevana* tai *ratkaisevana tekijänä* olemista. Tästä syystä voidaan puhua myös vapausehdosta: moraalisen vastuun tulee kiinnittyä siihen tekijään, jolla voidaan sanoa olleen mahdollisuus päättää, etenivätkö asiat niin vai näin, tai jolla oli ainakin mahdollisuus merkittävässä määrin vaikuttaa tapahtumien kulkuun.



Nämä kaksi moraalisen vastuun elementtiä kietoutuvat kuitenkin toisiinsa: päätös jonkin tietyn tapahtumaketjun alkuun saattamisesta edellyttää ymmärrystä tekojen ja niiden seurausten luonteesta. Tähän perustuu erottelu rikosten (moraalisesti moitittavien tekojen) ja vahinkojen välillä: vaikka molemmissa tapauksessa olisi seurauksena sama haitallinen tapahtuma – vaikkapa toisen henkilön kuolema – niin vain edellisessä tapauksessa tekijän tekopäätökseen sisältyy ymmärrys siitä, että teosta voi seurata tämä haitallinen tapahtuma. Vaikka tekojen seuraukset olisivat siis täysin identtiset, teot itsessään ovat perustavalla tavalla eriäviä vain siksi, että niiden lähteenä ovat olleet erilaiset mielentilat. Vastuunmuodon määrittelyssä on siis kyse kausaaliaketjun alkupisteen määrittelystä. Kun alkupisteen todetaan oleen inhimillisessä toiminnassa, siirtyy määrittely koskemaan toiminnan perusteena olevia mielentiloja: oikeanlainen ymmärrys toiminnan luonteesta saattaa meidän määrittelemään henkilön vastuulliseksi hänen teoistaan ja niiden seurauksista.

Moraalisen vastuun ymmärryksen ja kontrollin aspektit kietoutuvat yhteen myös hyvin konkreettisesti. Suomalaisessa rikosoikeusteoriassa rikosvastuun yleisten edellytysten keskiössä on *syylisyysperiaate: nulla poena sine culpa*, ei rangaistusta ilman syylisyyttä (luku 1; Melander 2016). Jätetään nyt huomiotta periaatteessa esiintyvä juopa vastuun ja rangaistuksen välillä (vastuun ja sille perustuvan rangaistuksen – tai yleisemmin seuraamuksen – määrittely ovat kaksi eri asiaa), ja keskitytään *syylisyyden* käsitteeseen. Termi on mielenkiintoinen, sillä siinä yhdistyvät kausaalisen ja moraalisen (tai yleisemmin toiminnallisen) vastuun näkökulmat. Yhtäällä ”syylinen” viittaa syyhyn, vain johonkin haitallisen tapahtuman lähteeseen. Synonyymi *syypää* on valaiseva: syylisyydessä on kyse syiden päätepisteestä, sellaisesta toiminnasta, joka oli ratkaisevaa haitallisen tapahtuman syntymisen kannalta. Toisaalta ”syylinen” viittaa nimenomaan inhimilliseen toimintaan tällaisen tapahtuman lähteenä: ei ole mielekäästä puhua haitallisista luonnonilmiöistä ”syylisinä”, muuten kuin vahvan metaforisessa mielessä. Syylisyydessä ei näin siis ole kyse vain syystä, vaan syyliseksi määrittely sisältää aina myös moraalisen, tekijän mielentiloihin liittyvän *viallisuuselementin*. Itse asiassa ”syylisyysperiaatteen” sijaan voisi puhua ”viallisuusperiaatteesta”: emme inhimillisetä toiminnasta aiheutuneiden haittojen suhteen ole kiinnostuneita niiden syistä – olemme kiinnostuneita siitä, kenen *vika* ne olivat, tai siitä, ketkä ovat *viattomia* niiden suhteen. Periaatteen alkuperäinen, latinankielinen muotoilukaan ei käytä termiä ”*causa*” (”syy”), vaan termiä ”*culpa*” (”vika”). Toisaalta termi ”syylinen” on oivallinen juuri siksi, että siinä yhdistyy kausaalinen ja moraalinen näkökulma vastuuseen: syylinen on henkilö, joka on sekä haitallisen tapahtuman syy että moraalisesti viallinen tämän syyn lähteenä. Rikoksen lähteen määrittelyssä ei siis ole kyse vain rikoksen syyn määrittelystä, vaan ennen kaikkea rikoksen syyn viallisuuden määrittelystä: ”viattomat syyt” vapautuvat rikosvastuusta. Vahingot ovat paradigmaattisia esimerkkejä ”viattomista syistä” (*mens innocens*). Kuten todettua, syyntakeettomat haitalliset teot voidaan rinnastaa vahinkoihin, kuitenkin merkittäviä eroja sisältäen.

Tarkastellaan seuraavaa esimerkkiä. Henkilö *A* tönäisee henkilöä *B* siten, että *B* törmää henkilöön *C*, minkä seurauksena *C* horjahtaa lähestyvän junan alle ja menehtyy. Jätetään nyt huomiotta henkilön *A* intentiot, eli ne perusteet ja tarkoituksetperät, joiden nojalla hän toimi kuten toimi. Kiinnitetään huomiota yksinomaan henkilöiden *B* ja *C* suhteeseen. On varsin triviaalisti totta todeta: ”*B*:n törmäys *C*:hen oli *C*:n kuoleman syy”. Niin ikään näyttää selvältä, että voidaan todeta: ”*C*:n kuolema ei ollut *B*:n vika”. Eli: pelkäsi syyksi määrittely ei ole riittävää ”vialliseksi syyksi”, eli syylliseksi määrittelylle. Esimerkki on muotoiltu siten, että meidän on luontevaa määrittellä *C*:n kuolema *A*:n viaksi, eli *A* syylliseksi *C*:n kuolemaan. Mutta toki voimme ensiksikin kysyä: *miksi A* toimi kuten toimi; kenties häntä itseään tönäistiin tai hän horjahti muusta syystä? Toiseksi, jos oletamme *A*:n tönäisseen *B*:tä tarkoituksellisesti, voimme kysyä *A*:n intentioiden perään: tarkoittiko hän tapahtumien johtavan *C*:n kuolemaan, vai tönäisikö hän *B*:tä jostakin muusta syystä, vaikkapa vain toverillisuuttaan? Oli tilanne mikä tahansa, henkilön käyttäytymiselle on aina osoitettavissa jokin syy. Annetussa esimerkissä *B* on haitallisen tapahtuman syy, mutta viaton sellainen, sillä hän ei tarkoittanut haitallista tapahtumaa tapahtuvaksi: hän saattoi ymmärtää, mitä tapahtui, mutta tapahtunut ei ollut hänen kontrollissaan. *A*:n rooli jää sen sijaan auki: se riippuu siitä, millä perusteella *A* toimi kuten toimi. Voimme kuitenkin aina kysyä myös näiden perusteiden syiden perään ja pureutua pitemmälle siinä kausaaliketjussa, joka johti annettuun haitalliseen tapahtumaan. Ei ole olemassa mitään selkeitä menetelmää, jonka perusteella voisimme rajata tarkastelun joihinkin pisteisiin kausaaliketjussa. On kuitenkin selvää, että meistä on luontevaa pitää tietoista, tarkoituksellista toimintaa yhtenä merkittävänä rajausperusteena.

Tarkastellaan toista, todelliseen tapauskuvaukseen perustuvaa esimerkkiä (Burns & Swerdlow 2003). Keski-ikäinen mies alkaa yllättäen kiinnostua voimakkaasti pornografiasta, mukaan lukien lapsipornografiasta, ja hän ryhtyy lähen-telemään seksuaalisesti alaikäistä tytärpuoltaan. Miehen toiminta johtaa rikostuomioon. Myöhemmin, miehen kärsittyä voimakkaasta päänsärystä ja muista somaattisista oireista, hänet toimitetaan sairaalaan. Magneettikuvauksessa (MRI) ilmenee etuavolohkolla sijaitseva kasvain. Kasvain poistetaan, miehen käytös normalisoituu, ja hänet vapautetaan. Vuotta myöhemmin samanlainen rikollinen käytös ja samat somaattiset oireet palaavat. Tutkimuksissa kasvaimen todetaan uusineen. Jälleen, kasvaimen poistaminen normalisoi miehen käytöksen. Näyttää selvältä, että voidaan todeta: ”miehen aivokasvain oli synnä hänen haitalliseen toimintaansa”. Tämän perusteella voidaan todeta edelleen: ”mies oli viaton suhteessa aiheuttamaansa haitalliseen toimintaan”. Näin päättely tässä tapauksessa myös todellisuudessa eteni.

Verrataan nyt näitä kahta esimerkkiä toisiinsa. Ensimmäisen esimerkin henkilö *B* ja jälkimmäisen esimerkin keski-ikäinen mies ovat vahvasti analogisia. Molemmissa tapauksissa henkilöt toimivat haitallisten tapahtumien syinä, mutta viattomina sellaisina. Molemmissa tapauksissa henkilöt olivat myös tietoisia ta-

pahtumien kulusta (näin voimme olettaa), mutta olivat kykenemättömiä vaikuttamaan niihin. Mutta tapaukset ovat myös merkittävän tavoin erilaisia: edellisessä tapauksessa *B* näyttäytyy meille väijäämättömän kausaaliketjun tahdottomana osana, kun jälkimmäisessä tapauksessa henkilö on tietoinen ja aktiivinen toimija – vaikkakin kuitenkin lähemmässä tarkastelussa yhtä lailla ”tahdoton” sellainen kuin *B*. Voitaisiin sanoa, että vaikka päällisin puolin nämä tapaukset ovat varsin erilaisia, ne ovat oikeusteoreettisesti identtiset: jälkimmäisen tapauksen aivokasvain on verrattavissa edellisen tapauksen henkilöön *A*.

Samanlaisesta päättelystä on pohjimmiltaan kyse myös oikeuspsykiatriassa arvioinnissa: syntyakeettomaksi (viattomaksi) toteaminen edellyttää, että rikoksen syyksi määritellään tapahtuma (teosta tuomitun mielentila), jonka suhteen tekijä on ollut ”tahdoton” – tekijällä ei ollut *kontrollia*, tai *vapautta valita* rikoksen perimmäisen syyn suhteen. Tällainen kontrolli- tai vapausehto on myös eksplisiittisesti kirjattuna Suomen rikoslakiin, joka edellyttää syyntakeiseksi todetulta ”toisin toimimisen mahdollisuutta” (suhteessa rikolliseen tapahtumaan) (Melander 2016). Tiivistetysti: rikosvastuu edellyttää *vapaata tahtoa*. Tällainen ajatus ei ole mitenkään yllättävä, sillä yleisesti ajatellaan, että moraalinen vastuu edellyttää vapaata tahtoa (ja että rikosvastuu taas edellyttää moraalista vastuuta, kuten todettua). Vapaa tahto on kuitenkin monella tapaa filosofisesti ongelmallinen käsite (Visala 2018). Ongelman ytimessä on ajatus vapaasta tahdosta ”toisin toimimisen mahdollisuutena” ja sen ristiriita *determinismin* kanssa – juuri sen ajatuksen kanssa, että voimme aina jatkaa kausaaliketjuja ajassa taaksepäin ja kysyä ”syiden syiden” perään.<sup>6</sup> Nykykeskustelussa voidaan erottaa ainakin neljä selkeää kantaa tämän teeman suhteen (Fischer ym. 2007). *Libertalistien* mukaan vapaa tahto on ristiriidassa determinismin kanssa, mutta maailma on todellisuudessa indeterministinen ja ihmisillä on (tai ainakin voi tyypillisissä tilanteissa olla) vapaa tahto. *Kompatibilistien* mukaan vapaa tahto on itse asiassa yhteensopiva determinismin kanssa, ja ihmisillä on (tai ainakin voi tyypillisissä tilanteissa olla) vapaa tahto tästä vaikeasta metafysisestä kysymyksestä riippumatta. *Skeptikkojen* tai *eliminativistien* mukaan maailma on deterministinen – tai on ylipäätään niin, että toimintamme on aina kontrolloimme ulkopuolisten tekijöiden määrittämää – ja tämä on ristiriidassa vapaan tahdon kanssa, mistä seuraa vapaan tahdon ajatuksen hylkäys (johtaen tyypillisesti myös moraalisen vastuun ja rikosvastuun ajatusten hylkäämiseen). *Revisionistien* mukaan koko vapaan tahdon ongelma kumpuaa niin

6 Determinismistä itsessään on monia eri muotoja. Perinteisen, *kosmisen*, *teologisen* tai *metafyysisen* determinismin mukaan kaikki tapahtumat (mukaan lukien siis ihmisten tietoiset päätökset ja teot) ovat määrättyjä Jumalan tahdon tai maailmankaikkeuden aikaisempien tapahtumien ja yleisten luonnonlakien perusteella. *Biologisen*, *neurotieteellisen* tai *psykologisen* determinismin mukaan ihmisten päätöksenteko ja toiminta on täysin biologisten, neuraalisten tai psykologisten ennakkoehtojen määrittämää. *Sosiaalisen* tai *kulttuurisen* determinismin mukaan ihmisten päätöksenteko ja toiminta on täysin yleisten sosiaalisten ja kulttuuristen tekijöiden (kuten syntyperän ja kasvuympäristön) määrittämää. Jälkimmäisentyypisten determinismin muotojen voidaan ajatella seuraavan ensimmäisestä. Mutta on syytä huomata, että inhimillisen päätöksenteon ja toiminnan voidaan ajatella olevan vaikkapa biologisesti tai sosiaalisesti determinoitua, vaikka minkään kaiken kattavan kosmisen determinismin ei ajateltaisikaan pitävän paikkaansa.

vaikkeiden ja ristiriitaisten käsitteellisten ongelmien suosta, että ongelmaan ei ole perusteltua ottaa kantaa nyt, vaan on odotettava tieteellisen ja filosofisen ymmärryksemme kehittymistä – joka tulee johtamaan fundamentaaliseen käsitteellisiin muutoksiin koskien vapaan tahdon ajatusta. Tätä viimeistä kantaa – ja samalla koko problematiikan syvällisyyttä – voidaan illustroida huomioimalla, että vapaa tahto ei ole ristiriidassa ainoastaan determinismin, vaan myös *indeterminismin* kanssa: jos maailman tapahtumat ovat satunnaisia, ne ovat myös ihmisten tahdon vallan ulottumattomissa.

On erityisen huomion arvoista, että Suomen rikoslain mukaan rikosvastuu (syyntakeisuus) edellyttää ”toisin toimimisen mahdollisuutta”. Tämä on tulkittavissa niin, että Suomen rikoslaissa on sitouduttu hyvin vahvaan, libertalistiseen käsitykseen vapaasta tahdosta. Tämä käsitys on kuitenkin sekä metafysisesti hyvin raskas – perustuen oletukselle, että ihmiset voivat päätöksenteossaan irtautua menneiden tapahtumien vaikutuksesta ja toimia tulevien tapahtumien kulkujen autonomisina määrittäjinä – että myös nykyfilosofiassa hyvin epäsuosittu (jonkinlaisen kompatibilismin ajatellaan yleisesti nykyfilosofiassa olevan oikea näkemys vapaasta tahdosta). Ei kuitenkaan ole täysin selvää, palautuuko ajatus ”toisin toimimisen mahdollisuudesta” välttämättä libertalistiseen käsitykseen vapaasta tahdosta; pitäisi määritellä tarkemmin, mitä ”toisin toimimisen mahdollisuus” tarkoittaa. Monien kompatibilistien mukaan ”toisin toimiminen” voi myös olla yhteensopivaa determinismin kanssa (esim. Vihvelin 2013).

Oli vapaan tahdon ja determinismin suhde mikä tahansa, yksi ajatus näyttää nauttivan yleistä hyväksyntää: mielenhäiriöt ovat ristiriidassa vapaan tahdon ja moraalisen vastuun kanssa. Voidaan todeta, että kaikki vapaan tahdon ja moraalisen vastuun käsitykset olettavat, että henkilön täytyy olla oikealla tavalla tietoinen päätöksistään ja teoistaan ollakseen vastuussa niistä. Itse asiassa libertalismin ja kompatibilismin – kahden realistisen vapaan tahdon käsityksen – välinen ero kilpistyy juuri tähän kysymykseen: onko tietoinen, autonominen päätöksenteko ja toiminta *riittävää* vapaalle tahdolle ja moraaliselle vastuulle? Kompatibilistit sanovat kyllä – kunhan se on *oikealla tavalla* tietoista ja autonomista. Libertalistit sanovat ei – riippumatta siitä, kuinka ”oikealla tavalla” tietoista ja autonomista se on. Kompatibilistiselle vapaalle tahdolle riittää, että henkilön persoona, päätöksenteko ja toiminta ovat oikealla tavalla yhteydessä toisiinsa. Libertalisteille ei: he lisäävät kaikkeen tähän vaatimuksen siitä, että vapaa tahto ja moraalinen vastuu edellyttävät päätöksenteon ja toiminnan täydellistä riippumattomuutta kaikista niistä edeltävistä tapahtumista (indeterminismi). Mutta näin kaikki käsitykset vapaasta tahdosta ja moraalisesta vastuusta olettavat, että tietoinen, autonominen päätöksenteko ja toiminta on *välttämätöntä* vapaalle tahdolle ja moraaliselle vastuulle.

## Somaattiset poikkeumat, psyykkiset poikkeumat ja moraalinen vastuu

Yleisesti siis ajatellaan, että mielenhäiriöt ovat ristiriidassa vapaan tahdon ja moraalisen vastuun kanssa. Ei kuitenkaan ole ollenkaan selvää, kuinka tämä ristiriita syntyy (esim. Luthe & Rösler 2004; Scott 2005; Morse 2007; Juth & Lorentzon 2010; Meynen 2009, 2010, 2011; Pickard 2015; King & May 2018). Kaikki tuntuvat olevan yhtä mieltä siitä, että jos tietoinen, autonominen päätöksenteko ja toiminta ovat vakavasti häiriintyneitä – jos henkilön todetaan olevan ”täyttä ymmärrystä vailla” – henkilön ei voida sanoa omaavan vapaata tahtoa, eikä häntä tule pitää moraalisesti vastuullisena teoistaan. Mutta *miksi* näin on, ja *missä määrin* erityyppiset mielenhäiriöt alentavat vapaalle tahdolle ja moraaliselle vastuullisuudelle välttämätöntä autonomista päätöksentekoa? Näille kysymyksille ei ole olemassa selkeätä vastausta.

Joitakin hyödyllisiä erotteluja voidaan kuitenkin tehdä. Ensinnäkin näyttää ilmeiseltä, että sairauden, häiriön ja vamman käsitteet ovat jonkinlaisessa suorassa käsitteellisessä yhteydessä vapauden ja vastuun menetyksen ajatuksiin. Sairaus, häiriö tai vamma estää toimimasta normaalisti tai käyttäytymistä kuten toivoisimme, ja ennen kaikkea: näistä tiloista kärsivä henkilö ei itse ole vastuussa tästä toiminnan tason heikentymisestä. ”Hän on sairas” tuntuu suoraan implikoivan ajatuksen, että henkilö ei ole vastuussa sairauden piiriin kuuluvista toimintapoikkeumista (esim. Lund ym. 2011; Tikkinen ym. 2012). Tietysti meillä on koko joukko erilaisia sairauksia, häiriöitä ja vammoja. Vain harvat niistä ovat potentiaalisesti relevantteja ihmisen ymmärryskyvyn tason arvioinnin kannalta: somaattisilla sairauksilla ei tyypillisesti tällaista yhteyttä ole. Mutta toisaalta joillakin on. Aivokasvaimen aiheuttama pedofiilinen käyttäytyminen on esimerkki tästä. Neurosyfilis on toinen, perinteinen esimerkki. Näissä tapauksissa voidaan siis osoittaa selkeään somaattiseen syyhyn psyykkisen toiminnan ja käyttäytymisen häiriöissä. Tarkkaan ottaen näissä tapauksissa ei siis ole lainkaan kyse psyykkisistä häiriöistä, vaan somaattisista häiriöistä, joilla on psyykkisiä ilmenemismuotoja tai oireita.

Ei kuitenkaan ole mitenkään selvää, miksi tai missä määrin edes aivosairaudet tai -vamat toimivat moraalista vastuuta alentavasti. Neurotieteissä on paljon esimerkkejä tapauksista, joissa erittäin vakavista aivovammoista tai -toimintahäiriöistä kärsivät ihmiset ovat eläneet aivan normaalia elämää (Nahm ym. 2017; Tuckute 2022) – ääriesimerkkeinä tapaukset, joissa aivokudos on liki kokonaan tuhoutunut, mutta henkilö on ollut täysin toiminnallinen (Lewin 1980; Feuillet ym. 2007). Merkittävätkään rakenteelliset poikkeumat aivoissa – somaattiset tilat, joita kutsumme ongelmattomasti ”aivosairauksiksi” tai ”aivovammoiksi” – eivät siis automaattisesti johda psyykkisten toimintojen tai käyttäytymisen häiriöihin. Pelkkien aivomuutosten toteamisesta ei näin voida koskaan tehdä johtopäätöksiä sen suhteen, onko henkilöllä ”vapaa tahto”, tai missä määrin hän on vastuussa teoistaan.

Yksi oleellinen erottelu voidaan kuitenkin tehdä: *populaatiotasoinen* näkökulma voidaan erottaa *henkilöhistoriallisesta*. Teknisemmin voidaan kysyä: mikä on oikea *viiteryhmä* tai *referenssiluokka*, jonka suhteen on mielekästä sanoa, että jokin toiminta on poikkeuksellista tai epänormaalia? Jos valitsemme referenssiluokaksi koko ihmispopulaation aivot, voimme sen perusteella määritellä koko joukon ihmisiä, joilla on aivoissaan merkittäviä poikkeumia. Mutta kuten juuri on todettu, nämä poikkeumat itsessään eivät kuitenkaan ole välttämättä suorassa yhteydessä psyykkisten toimintojen tai käyttäytymisen häiriöihin, tai siihen missä määrin henkilö on vastuussa teoistaan.

Valitaan nyt referenssiluokaksi yhden henkilön aivojen kehityshistoria. Kysytään siis: missä määrin henkilön aivot ovat jossakin ajan pisteessä erilaiset kuin ennen sitä; onko aivoissa havaittavissa jokin äkillinen muutos, joka korreloi psyykkisten toimintojen tai käyttäytymisen muutosten kanssa? Näin näyttää olevan monissa sellaisissa tapauksissa, joissa aivomuutosten on nähty olevan yhteydessä alentuneeseen syyntakeisuuteen (Pernu & Elzein 2020).

Ehkä voitaisiin siis sanoa, että kun poikkeuma aivojen toiminnassa (sairaus, vamma) johtaa äkilliseen muutokseen henkilön psyykkisissä ominaisuuksissa, henkilöä ei tule pitää normaalilla tavalla vastuussa teoistaan. Oleellista tässä on tietysti se, että ”poikkeuma aivojen toiminnassa” on henkilön oman vaikutuspiirin ulkopuolella – mikä näyttää seuraavan suoraan siitä, että poikkeuma diagnosoidaan ”sairaudeksi” tai ”vammaksi” (vaikka ainakin periaatteessa henkilö voi itse olla vastuussa omasta sairaudestaan tai vammastaan). Eli: jos henkilö muuttuu äkillisesti aivosairauden tai -vamman seurauksena, ja käyttäytyy moraalisesti paheksuttavasti, meidän ei tule pitää häntä moraalisesti vastuullisena.

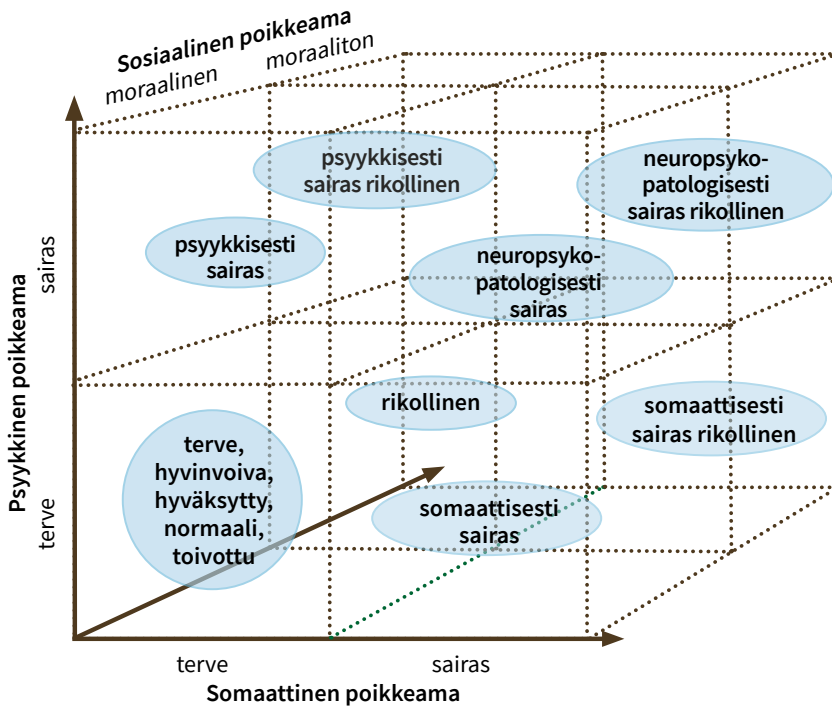
Vaikka pitäisimmekin nyt tätä päättelyä päteväenä, on huomioitava, että se pätee vain somaattisiin sairauksiin. Oikeuspsykiatria on kuitenkin kiinnostunut ensisijaisesti psyykkisistä sairauksista. Edellä on siis hahmoteltu, kuinka *somaattiset poikkeumat* – aivosairaudet ja -vammat – voivat olla relevantteja syyntakeisuuden tason määrittelylle. Ei kuitenkaan ole selvää, kuinka nämä huomiot voidaan siirtää tapauksiin, joissa kyse on *psyykkisistä poikkeumista*, eli mielisairauksista tai -häiriöistä. Ainakin äkkiseltään vaikuttaa, että tilanne on itse asiassa varsin päinvastainen: psyykkiset sairaudet ja -häiriöt eivät tyypillisesti ilmene hyppäyksellisinä muutoksina henkilöiden psyykkisissä ominaisuuksissa. Psyykkisille sairauksille on ominaista, että ne kehittyvät pitkän ajan kuluessa, vuorovaikutuksessa ympäristötekijöiden kanssa, ja henkilön oma tietoinen toiminta on monesti oleellisessa osassa tässä prosessissa. Psyykkiset sairaudet eivät myöskään ”tartu”. Tyypillisesti ne eivät myöskään synny suorana seurauksena ulkoisesta vammasta, tosin joissakin tapauksissa voidaan osoittaa äkillisiin traumaattisiin kokemuksiin psyykkisten häiriöiden laukaisevana tekijänä.

Palaamme näin takaisin sen peruskysymyksen äärelle, kuinka psyykkiset sairaudet ja häiriöt tulisi erottaa somaattisista (aivo-) sairauksista ja häiriöistä. Tähän kysymykseen ei voida tässä antaa tyhjentävää vastausta. Syyntakeisuuden tason arvioinnin kannalta näyttää kuitenkin olevan oleellista, että jokin psyykkinen tai toiminnallinen poikkeuma määritellään sairaudeksi tai häiriöksi: tämä itsessään näyttää pitävän sisällään ajatuksen siitä, että poikkeuma on sekä epätoivottava (interventiota vaativa) että henkilön oman vaikutuspiirin ulkopuolella. Kun siis määrittelemme henkilön psyykkisesti sairaaksi, emme määrittele häntä ainoastaan epätoivottavalla tavalla psyykkisesti poikkeavaksi, vaan samalla myös syyttömäksi (viattomaksi) ja kyvyttömäksi vaikuttaa omaan tilaansa ja sen seurauksiin (kuten vaikkapa moraalisesti paheksuttavaan käytökseen).

## Rangaistus vai hoito?

Edellä kuvatulla tavalla voidaan siis hahmottaa, kuinka yhtäältä somaattiset ja toisaalta psyykkiset poikkeumat voivat olla relevantteja toiminnan syyntakeisuutta arvioitaessa. Voidaan siis hahmottaa, kuinka psykiatrian filosofian perinteisen kysymyksen kannalta – sen kannalta, kuinka mielenhäiriöiden ja aivohäiriöiden suhde tulisi hahmottaa – toiminnan syyntakeisuutta voidaan arvioida. Tämä ei kuitenkaan ole riittävää. Oikeuspsykiatriassa ei ole haasteena ainoastaan somaattisten ja psyykkisten poikkeumien erottaminen toisistaan, vaan myös – ja hyvin oleellisella tavalla – näiden erottaminen *sosiaalisista poikkeumista*. Psyykkiset sairaudet ja häiriöt eivät siis ole vain jotakin somaattisista sairauksista ja häiriöistä erotettavaa, vaan myös sosiaalisista poikkeumista, ennen kaikkea moraalittomasta käytöksestä erotettavaa.

Ei kuitenkaan ole ollenkaan selvää, kuinka psyykkiset sairaudet ja häiriöt tulisi erottaa sosiaalisista poikkeumista (Aftab & Rashed 2021). Historiallisessa jatkumossa tarkasteltuna homoseksuaalisuus on jälleen tyypillinen esimerkki: onko kyseessä moraaliton toiminta (rikos), sairaus (psyykkinen tai somaattinen), vai täysin normaali, hyväksytty toiminta? Riippumatta siitä, kuinka tähän kysymykseen vastataan, oleellista on, että meille on luontevaa hahmottaa tämän kysymyksen eri ulottuvuudet. Oikeuspsykiatriselle analyysille ei siis ole riittävää tarkastella pelkästään sairauden-terveyden ja kehon-mielen -nelikenttää (kuvio 26.1 luvussa 26), vaan tarkastelussa on aina oltava mukana sosiaalinen komponentti – tämä erottaa *oikeuspsykiatrian* psykiatriasta. Kuvio 27.4 esittää tästä seuraavan tilojen taksonomian kolmessa ulottuvuudessa.

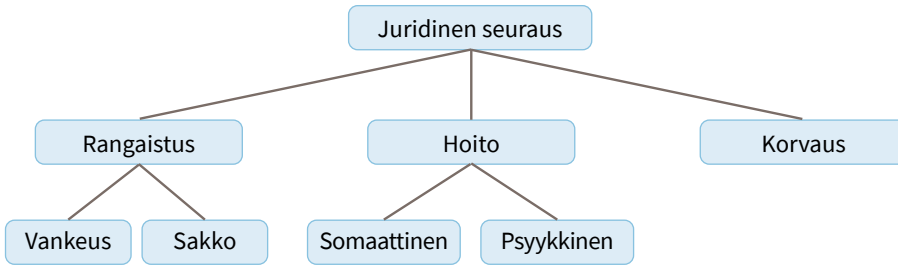


Kuvio 27.4. Oikeuspsykiatriselle arvioinnille relevanttien tekijöiden suhde (vrt. kuvio 26.1).

Oikeuspsykiatriassa ei siis ole riittävästi tarkastella mielen ja kehon nelikenttää: meidän on tarkasteltava mentaalisten, kehollisten ja sosiaalisten ilmiöiden kasikuutiota. Ei ole vaikeata sijoittaa erilaisia interventioita vaativia tiloja tähän kuutioon. Toki on olemassa myös harmaita alueita, ja joidenkin kategorioiden välillä voidaan ajatella olevan vuorovaikutussuhteita (esim. psyykkisen ja somaattisen sairauden ja psyykkisen sairauden ja rikollisuuden). Tätä kuviota tarkastelemalla voidaan kuitenkin systematisoida oikeuspsykiatriaa suhteessa lääketieteeseen ja oikeustieteeseen.

Oikeuspsykiatristen toimenpiteiden kohteena ovat psyykkisesti sairaat tai häiriintyneet rikoksentekijät: ytimessä on siis *psyykkisesti sairaiden* henkilöiden *moraaliton* toiminta (kuvio 27.4 vasen takayläkulma). Oikeuspsykiatrian voidaan kuitenkin ajatella käyvän jatkuvaa rajankäyntiä terveyden ja sairauden sekä psyykkisen että somaattisen välillä. Kuten todettua, oikeuspsykiatrisen analyysin lähtökohtana on aktuaalisesti tapahtunut rikos ja tuosta rikoksesta vastuussa olevan henkilön mielentilat (keskitymme siis kuviossa 27.4 takana oleviin kuutioihin). Ensimmäisenä kysymyksenä on: oliko henkilö psyykkisesti normaali rikosta tehdessään (keskitymmekö ylä- vai alapuolella oleviin lokeroihin)? Toisena kysymyksenä on: tulisiko henkilön psyykkisille häiriöille osoittaa somaattinen syy





Kuvio 27.5. Juridisten seurausten eri lajit.

(keskitymmekö vasempaan vai oikeaan takaylälokeroon)? Nämä kontrastiiviset kysymykset ovat oleellisia, koska ne määrittävät sitä, minkälaisin interventioin henkilön toimintaan olisi puututtava. Ensinnäkään sairasta henkilöä ei ole perustelua – sen paremmin *oikein* kuin *hyödyllistäkään* – tuomita vankeuteen. Toiseksi somaattisesti sairasta (psykkisesti oireilevasta aivokasvaimesta tai vaikkapa neurosyfiliksistä kärsivää) henkilöä ei ole perustelua määrätä *psykkiseen* hoitoon. Monet todelliset tapaukset voivat toki olla käytännössä hankalia luokitella selkeästi. Kuvio 27.4 tekee kuitenkin yleisellä tasolla ymmärrettäväksi ne erilaiset interventiot, joita voimme epätoivottavien poikkeumien korjaamiseksi kohdistaa.

Tämä näkemys oikeuspsykiatriasta voidaan asettaa myös laajempaan kontekstiin. Voimme tarkastella koko oikeusjärjestelmäämme riskienhallintajärjestelmänä. Lähdemme liikkeelle kysymyksestä: miten on parasta hallita riskikäyttäytymistä? Kun tietty (sosiaalisten konventioiden määrittelemä) riskitaso ylittyy, meillä on mahdollista määrätä kolmenlaisia juridisia seurauksia: rangaistuksia, hoitoja ja korvauksia (kuvio 27.5).<sup>7</sup> Nämä seuraukset tai seuraamukset eivät tietenkään käytännössä ole toisiaan poissulkevia, mutta ne ovat käsitteellisesti erilaisia asioita: on perustavalla tavalla eri asia määritellä henkilön tilan vaativan lääketieteellistä hoitoa kuin määrätä hänelle rangaistus.<sup>8</sup> Vaikka sekä terve että sairas tai häiriintynyt henkilö voivat aiheuttaa saman haitallisen tapahtuman – vaikkapa väkivallanteon – tällaisen tapahtuman riskiä (muiden vastaavaa käytöstä, tai saman henkilön käyttäytymispotentiaalia) ei ole järkevää hallita samoin menetelmin. Terveen henkilön kohdalla oletamme, että hän on kykenevä hallitsemaan itseään ja ottamaan huomioon yhteiskunnan hänelle asettamat käyttäytymisnormit ja että hän on siksi toiminnassaan sensitiivinen rangaistuksen uhalle. Sairaana tai häiriintyneenä henkilön kohdalla emme näin oleta. Sen sijaan oletamme, että hänen käyttäytymistään voidaan lääketieteellistä hoitoa tarjoamalla säädellä – sekä tehokkaasti että oikeudenmukaisesti.

7 Tarkkaan ottaen hoito on (Suomessa) muista juridisista seurauksista poikkeava, sillä hoidosta päättävät terveydenhuoltoviranomaiset. Kyseessä on kuitenkin lakiin perustuva pakkokeino.

8 On syytä täsmentää, että ei ole mitenkään itsestään selvää, miksi rangaistuksia ylipäätään langetetaan. Juridisesti määrättyillä rangaistuksilla voidaan ajatella olevan monia toisiinsa limittyviä funktioita, kuten *retribuutio* (kosto tai sovitus), *preventio* tai *karanteeni* (pelote tai muunlainen potentiaalisen rikollisen toiminnan ehkäisy), *rehabilitaatio* (kulttuurissosiaalinen hoito tai kuntoutus), *oikaisu* tai *hyvitys*.

## Kirjallisuutta

- Aftab, Awais; Rashed, Mohammed Abouelleil (2021): Mental disorder and social deviance. *International Review of Psychiatry* 33:478–485.
- Alexander, Larry (2011): Culpability. Teoksessa J. Deigh; D. Dolinko toim., *The Oxford Handbook of Criminal Law*. Oxford: Oxford University Press.
- Alexander, Larry; Ferzan, Kimberly K. (2009): *Crime and Culpability: A Theory of Criminal Law*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Alexander, Larry; Ferzan, Kimberly K. (2018): *Reflections on Crime and Culpability: Problems and Puzzles*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Anckarsäter, Henrik; Radovic, Susanna; Svennerlind, Christer; Höglund, Pontus; Radovic, Filip (2009): Mental disorder is a cause of crime: the cornerstone of forensic psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry* 32:342–347.
- Burns JM, Swerdlow RH (2003): Right orbitofrontal tumor with pedophilia symptom and constructional apraxia sign. *Arch. Neurol.* 60:437–440.
- Cane, Peter (2002): *Responsibility in Law and Morality*. Oxford: Hart Publishing.
- Feuillet, Lionel; Dufour, Henry; Pelletier, Jean (2007). Brain of a white-collar worker. *The Lancet* 370:262
- Fischer JM, Kane R, Pereboom D, Vargas M (2007): *Four Views on Free Will*. Malden MA: Blackwell Publishing.
- Gardner, John (2003): The mark of responsibility. *Oxford Journal of Legal Studies* 23:157–171.
- Hart, Herbert LA. (1968): *Punishment and Responsibility*. Oxford: Oxford University Press.
- Henderson, Scott (2005): The neglect of volition. *The British Journal of Psychiatry* 186:273–274.
- Juth N, Lorentzon F (2010): The concept of free will and forensic psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry* 33:1–6.
- King, Matt; May, Joshua (2018): Moral responsibility and mental illness: a call for nuance. *Neuroethics* 11:11–22.
- Lenk, Hans (2006): What is responsibility? *Philosophy Now* 56:29–32.
- Lewin, Roger (1980): Is your brain really necessary? *Science*, 1232–1234.
- Lund TB, Sandoe P, Lassen J (2011): Attitudes to publicly funded obesity treatment and prevention. *Obesity* 19:1580–5.
- Luthe, Rainer; Rösler, Michael (2004): Freedom of will, freedom of action and psychiatry: concerning the relationship of empirical to intelligible character and so-called freedom of choice in the view of forensic psychiatry. Teoksessa T. Schramme & J. Thome toim., *Philosophy and Psychiatry*. Berlin: De Gruyter.
- Meynen, Gerben (2009): Should or should not forensic psychiatrists think about free will?. *Medicine, Health Care and Philosophy* 12:203–212.
- Meynen, Gerben (2010): Free will and mental disorder: exploring the relationship. *Theoretical Medicine and Bioethics* 31:429–443.
- Meynen, Gerben (2011): Autonomy, criminal responsibility, and competence. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 39:231–236.
- Moore, Michael S. (2009): *Causation and Responsibility: An Essay in Law, Morals, and Metaphysics*. Oxford: Oxford University Press.
- Morse, Stephen J. (2007): The non-problem of free will in forensic psychiatry and psychology. *Behavioral Sciences & Law* 25:203–220.
- Nahm, Michael; Rousseau, David, Greyson, Bruce (2017): Discrepancy between cerebral structure and cognitive functioning. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 205:967–972.
- Paul, Lauri A; Hall, Ned (2013): *Causation: A User's Guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Pernu, Tuomas K. (2022): Harkinta, teko, seuraus: kausaalinen ja juridinen vastuu rikosoikeudessa. Teoksessa E. Yli-Hemminki, S. Melander ja K. Nuotio (toim.), *Rikoksen ja rangaistuksen filosofia*. *Gaudeamus* 2022, s. 189–215.
- Pernu, Tuomas K.; Elzein, Nadine (2020): From neuroscience to law: bridging the gap. *Frontiers in Psychology* 11:1862.
- Pickard, Hanna (2015): Psychopathology and the ability to do otherwise. *Philosophy and Phenomenological Research* 90:135–163.
- Rankinen, Juho (2020): *Rikosoikeudellisesta huolimattomuudesta ja huolesta rikosoikeuteen*. Helsinki: Oikeustieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto.

- Reiff, Mark (2015): No such thing as accident: rethinking the relation between causal and moral responsibility. *Canadian Journal of Law and Jurisprudence* 28:371–397.
- Schaffer, Jonathan (2000): “Causation by disconnection”. *Philosophy of Science* 67, s. 285–300.
- Schaffer, Jonathan (2004): “Causes need not be physically connected to their effects: the case for negative causation”. Teoksessa C. Hitchcock toim., *Contemporary Debates in Philosophy of Science*. Malden MA: Blackwell.
- Silver, Kenneth (2018): “Omissions as events and actions”. *Journal of the American Philosophical Association* 4, s. 33–48.
- Tikkinen, Kari O; Leinonen, Janne S; Guyatt, Gordon, H; Ebrahim, Shanil; Järvinen, Tepo NL (2012): What is a disease? Perspectives of the public, health professionals and legislators. *BMJ Open* 2012;2:e001632.
- Tuckute, Greta; Paunov, Alexander; Kean, Hope; Small, Hannah; Mineroff, Zachary; Blank, Idan; Fedorenko, Evelina (2022): Frontal language areas do not emerge in the absence of temporal language areas: a case study of an individual born without a left temporal lobe. *Neuropsychologia* 169:108184.
- Vihvelin, Kadri (2013): *Causes, Laws, and Free Will: Why Determinism Doesn't Matter*. New York NY: Oxford University Press.
- Vincent, Nicole A. (2011): A structured taxonomy of responsibility concepts. In N. Vincent, I. van de Poel; J. van den Hoven eds, *Moral Responsibility: Beyond Free Will & Determinism*. Springer.
- Visala, Aku (2018): *Vapaa tahdon filosofia*. Helsinki: Gaudeamus.
- Williams, Garrath (2010): Responsibility. *Internet Encyclopedia of Philosophy*.

# Hakemisto

## Hakemisto

### A

ADHD [31](#), [273](#), [280](#), [282](#), [302](#), [322](#), [360](#)

aggressio [264](#), [301](#), [322](#), [349](#), [359](#)

aineiden ja esineiden haltuunotto [109](#), [110](#)

aktuaarinen [202](#), [316](#)

alaikäinen

- hoitoon määrääminen [95](#), [358](#)
- oikeuskelpoisuus [163](#)
- potilas [100](#), [124](#)
- sijoittaminen [95](#)

alentunut syyntakeisuus [60–63](#), [192](#)

alkoholi [64](#), [230](#), [232](#), [241](#), [274](#)

- alkoholidementia [246](#)
- käyttö [201](#), [238](#), [289](#)
- riippuvuus [225](#), [282](#), [284](#), [286](#)

anamneesi [185](#), [200](#), [227](#), [364](#), [382](#), [383](#)

antipsykootti [32](#), [230](#), [258](#), [323](#), [383](#)

arkaluonteinen tieto [130](#), [159](#), [160](#)

arviointimenetelmä [182](#), [203](#), [205](#), [215](#), [267](#), [268](#), [269](#), [309](#), [312](#), [317](#)

asiakastieto

- käsittely [125](#), [128](#), [177](#)
- käyttöoikeus [131](#)
- luovuttaminen [135](#), [160](#)

asiakastietolaki [114](#), [125](#), [132](#), [136](#)

asiakirjalausunto [208](#)

asianosaiskelpoisuus [170](#)

asiantuntijalausunto [16](#), [76](#), [80](#), [87](#), [89](#), [207](#), [372](#), [373](#), [376](#)

asiantuntijatehtävä [28](#)

aspergerin oireyhtymä [279](#)

autismi(kirjo) [39](#), [48](#), [182](#), [273](#), [275](#), [279](#), [280](#), [281](#), [305](#), [360](#)

avohoito [27](#), [42](#), [211](#), [228](#), [319](#), [383](#)

### B

biomedikaalinen malli [402](#)

bio-oikeus [55](#)

### D

delirium [30](#), [32](#), [65](#), [94](#), [240](#), [245](#), [249–255](#)

dialektinen käyttäytymisterapia [262](#), [350](#)

dualismi [399](#), [406](#)

dysleksia [31](#)

## E

edunvalvonta [164](#), [166](#), [168](#), [169](#)  
 edunvalvontavaltuus [168](#), [169](#)  
 eduskunnan oikeusasiamies [28](#), [71](#), [72](#), [108](#), [109](#), [110](#), [113](#), [119](#), [141](#), [157](#), [218](#)  
 ekshibitionismi [299](#), [300](#)  
 elinkautinen vankeus [83](#), [84](#)  
 elintapaohjaus [336](#), [342](#)  
 empatiakyky [180](#), [260](#), [262](#), [281](#), [288](#)  
 erikoisalakoulutus [19](#)  
 erillään pitäminen [110](#)  
 eristäminen [27](#), [99](#), [100](#)  
 erityishuolto [7](#), [22](#), [26](#), [47](#), [48](#), [50](#), [93](#), [106–108](#), [112](#), [184](#), [275–277](#), [282](#)  
 esitutkinta [67](#), [91](#), [144](#), [171](#), [185](#)  
 esteellisyys [150–152](#)  
 Euroopan ihmisoikeussopimus [69](#), [71](#)  
 Euroopan ihmisoikeustuomioistuin [69–71](#)  
 Euroopan neuvoston kidutuksen vastainen komitea [70](#)  
 EVA-yksikkö [34](#), [42](#)

## F

funktionalismi [401](#)  
 fysikalismi [401](#)

## H

Hakola, Panu [19](#)  
 hallintoasia [95](#), [120](#), [121](#), [140](#), [144](#), [145](#), [146](#), [148](#), [150](#), [153](#), [156](#)  
 hallintokantelu [141](#), [157](#)  
 hallintolaki [56](#), [120](#), [121](#), [144](#), [146](#), [152](#), [153](#), [155](#), [156](#), [184](#)  
 hallinto-oikeus [28](#), [56](#), [96](#), [97](#), [107](#), [109](#), [126](#), [155](#)  
 HCR-20 [204](#), [205](#), [229](#), [274](#), [307](#), [308](#), [309](#), [311](#), [312](#), [316](#), [342](#)  
 henkilönkatsastus [102](#)  
 henkilöntarkastus [102](#), [110](#), [178](#)  
 henkilötietojen käsittely [128–130](#), [139](#)  
 henkirikos-itsemurha [235](#), [236](#), [363](#)  
 hoidon tarpeen arvio [10](#), [26](#), [91](#), [93](#), [94](#), [107](#), [117](#), [118](#), [210](#), [299](#), [373](#)  
 hoitoon määrääminen [95](#), [358](#)  
 hoitoseuraamus [15](#), [22](#), [73](#), [219](#), [220](#)  
 hoitosuunnitelma [35](#), [36](#), [98](#), [108](#), [212–215](#), [289](#), [308](#), [335](#), [336](#), [338](#), [341](#), [382](#), [391](#)  
 hoitotahto [123](#)  
 hoitoympäristö [251](#), [336](#), [347](#), [390](#), [391](#)  
 holhoustoimi [163](#), [164](#), [165](#)

holhustoimilaki [164](#), [165](#)

HUS [18](#), [34](#), [38–42](#), [45](#), [299](#), [366](#), [379](#)

hyvinvointialue [15](#), [19](#), [25](#), [27](#), [42](#), [96](#), [107](#), [115](#), [166](#), [213](#), [289](#), [379](#), [384](#)

## I

ihmisarvo [69](#), [98](#), [108](#), [109](#), [116](#), [119](#), [388](#), [389](#)

Istanbulin pöytäkirja [20](#), [392](#), [394](#)

itsemurha [32](#), [234](#), [235](#), [236](#), [237](#), [239](#), [248](#), [317](#), [358](#), [363](#), [365](#), [380](#)

itsemääräämisoikeus [11](#), [121](#), [331](#)

Itä-Suomen yliopiston oikeuspsykiatrian klinikka [24](#)

## J

jatkokäsittelylupa [65](#)

julkisuuslaki [125](#), [136](#), [145](#), [157](#), [158](#), [160](#)

julkisuusperiaate [158](#)

## K

Kaila, Martti [19](#)

kaksisuuntainen mielialahäiriö [224](#), [235](#), [239](#), [248](#)

kansainvälinen siirto [26](#), [73](#), [89](#), [216–220](#)

kantelu [141](#)

Kauppi, Eeva [24](#)

kausallinen vastuu [410](#), [415](#)

kausaatio [411](#)

kehitysvammaisuus [39](#), [48](#), [188](#), [193](#), [271](#), [281](#), [324](#)

kehitysvammalaki [68](#), [70](#), [71](#), [106–112](#), [276](#)

Kellokosken sairaala [18](#), [70](#)

kidutus [78](#)

kiinnittäminen [100](#), [110](#)

KKT [290](#), [349](#)

kliininen tutkimus [185](#)

kognitiivinen käyttäytymisterapia [229](#), [290](#), [346](#), [349](#), [352](#)

kognitio [188–191](#), [194](#), [224](#), [251](#), [337](#)

kontrollikyky [60](#), [61](#), [181](#), [183](#), [373](#), [375](#)

koulusurma [235–237](#), [363](#)

kuntoutus [35](#), [42](#), [48](#), [117](#), [214](#), [229](#), [251](#), [273](#), [282](#), [314–319](#), [320](#), [335–344](#), [382](#), [383](#), [424](#)

kuntoutussuunnitelma [314](#), [317](#), [318](#), [320](#), [329](#), [337](#)

kuuleminen [87](#), [151–155](#), [184](#), [185](#), [357](#)

käytöshäiriö [261](#), [262](#), [266](#), [281](#), [302](#), [349](#), [358–362](#), [368](#)

## L

lainalaisuusperiaate (hallinnon) [145](#)  
 laitosvalta [328](#), [392](#)  
 laki ja asetus valtion mielisairaaloista [25](#)  
 laki Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta [50](#), [76](#), [179](#)  
 Lapinlahden sairaala [18–20](#)  
 lapsensurma [235–237](#)  
 lapsikohteinen [294](#)  
 lapsuus [271](#), [279](#), [302](#), [359](#), [366](#)  
 luottamuksellisen viestin suoja [102](#), [103](#)  
 lähete [104](#), [128](#), [378](#), [379](#), [383](#)  
 lähetysten tarkastaminen [99](#), [101](#)  
 lääkehoito [32](#), [40](#), [77](#), [83](#), [178](#), [229](#), [230](#), [251](#), [258](#), [290](#), [322](#), [340](#), [347](#)  
 lääkintäoikeus [56](#)  
 lääkärinlausunto holhousasioissa [166](#), [167](#), [172](#)  
 Löfström, Theodor [11](#), [19](#)

## M

maksuväline [101](#)  
 mania [224](#), [233](#), [238](#)  
 masennus [94](#), [232](#), [242](#), [245](#), [262](#), [295](#), [304](#), [361](#)  
 medikaalisuus [189](#)  
 mens rea [17](#), [411–413](#)  
 mielenterveyslaki [68](#), [91](#), [177](#), [210](#), [233](#), [357](#), [384](#)  
 mielentilalausunto [64](#), [171](#), [176](#), [180](#), [183](#)  
 mielentilatutkimus [15](#), [21](#), [26](#), [34](#), [64–67](#), [76](#), [82](#), [87–89](#), [91–93](#), [158](#), [171](#), [176–178](#), [180](#), [190–192](#), [195](#), [200](#), [217](#), [225](#), [228](#), [282](#), [297](#), [366](#), [373–376](#), [383](#)  
 mieli-keho-ongelma [398](#)  
 moraalinen vastuu [410](#), [415](#), [418–420](#)  
 muistisairaus [163](#), [168](#), [245](#), [246](#), [249](#), [254](#)

## N

naturalismi [404](#)  
 neurokemialliset järjestelmät [304](#)  
 neuropsykiatriset oireet [242](#), [245](#)  
 neuropsykologinen tutkimus [180](#), [185](#), [244](#)  
 neuvontavelvollisuus [145](#)  
 NEVA-yksikkö [42](#)  
 Nikula, Akseli [19](#)  
 Niuvanniemen sairaala [18](#), [24](#), [25](#), [45](#), [226](#), [229](#), [340](#)  
 nuoret [300](#), [359](#), [362](#)



## O

Ohkolan sairaala [18](#), [34](#), [42](#)

oikeudenala (oikeuspsykiatria) [54](#)

oikeudenkäyntikelpoisuus [170](#)

oikeudenvastaisuus [61](#), [62](#), [188](#)

oikeus hoitoon [116](#), [118](#)

oikeuskelpoisuus [162](#)

oikeusministeriö [30](#), [96](#), [217–220](#)

oikeuspsykiatrinen potilas [10](#), [46](#), [96](#), [328](#)

oikeuspsykiatristen asioiden lautakunta, THL [21](#), [27](#), [47](#), [82](#), [92](#), [93](#), [190](#), [200](#), [211](#)

oikeuspsykologia [182](#), [366](#), [369–372](#), [375](#), [376](#), [377](#)

oikeuspsykologinen tutkimus [181](#), [185](#), [373–375](#)

oikeussubjektius [162](#)

oikeustoimen pätemättömyys [163](#)

oikeustoimikelpoisuus [163](#), [164](#), [169](#), [233](#), [234](#), [253](#)

omaisuuden haltuunotto [99](#), [101–104](#)

omaisuuden tarkastaminen [101](#)

oppimisvaikeus [283](#)

OYS [34](#), [38](#)

## P

pakkotoimi [229](#), [343](#), [382](#)

paljasteluhäiriö [299](#)

parafilia [205](#), [293–296](#), [299](#), [300](#)

PCL-R [201–203](#), [268](#)

pedofilia [38](#), [39](#), [267](#), [293–297](#)

perhesurma [235](#)

persoonallisuushäiriö [193–196](#), [202](#), [214](#), [227–229](#), [232](#), [237](#), [238](#), [254–264](#), [287](#), [288](#), [295](#), [296](#), [335](#)

perusoikeudet (laintulkinta) [68](#), [99](#)

perustuslaki [68](#), [71](#), [105](#), [118](#), [119](#), [153](#)

poistumisen estäminen [110](#), [111](#)

poliisin virka-apu [104](#), [146](#)

poliklinikkatoiminta [7](#), [36](#), [38](#), [39](#)

potilaan suostumus [119](#), [121](#), [122](#), [132](#), [134](#)

potilasasiakirja [125–128](#), [132](#), [136](#)

potilasasiakirja-asetus [125](#), [136](#)

potilasasiamies [138](#)

prosessiedunvalvoja [170](#), [171](#), [184](#)

prosessioikeus [170](#), [171](#)

psykiatrinen tutkimus [179](#), [185](#), [272](#), [366](#)

psykiatrinen vankisairaala [30](#), [76](#), [85](#), [86](#), [200](#)  
 psykoedukaatio [336–340](#), [353](#)  
 psykofarmakologia [229](#), [322](#)  
 psykoosi [39](#), [65](#), [94](#), [70](#), [193](#), [196](#), [224–229](#), [248](#), [251](#), [257](#), [292](#), [323](#), [324](#), [330](#), [335](#), [361](#), [393](#)  
 psykopatia [62](#), [202](#), [203](#), [259](#), [266–270](#), [282](#), [296](#), [361](#)  
 puhevalta [68](#), [149](#), [154](#), [157](#), [170](#), [171](#)  
 päihderiippuvuus [225](#), [249](#), [274](#), [282](#), [285](#), [286](#), [288](#)  
 päätöksenteon puolueettomuus [95](#)

## R

rajoittaminen [95](#), [97–99](#), [102](#), [109](#), [178](#), [389](#)  
 rajoitustoimenpide [109](#)  
 rangaistukseen tuomitsematta jättäminen [61](#), [93](#), [210](#), [226](#), [378](#)  
 rekisteröidyn oikeudet [129](#)  
 rikoskäyttäytyminen [254](#), [258](#), [260](#), [358](#), [359](#), [361](#)  
 rikosoikeudellinen vastuukäraja [59](#), [357](#)  
 rikosoikeus [55](#), [194](#), [416](#)  
 Rikosseuraamuslaitos (Rise) [41](#), [75](#), [77](#), [83](#), [85–87](#), [184](#), [310](#)  
 rikostunnusmerkistö [57](#), [58](#)  
 rikosvastuu [55](#), [57](#), [58](#), [61](#), [74](#), [171](#), [190](#), [357](#), [396](#), [410–419](#)  
 riskiarvio [16](#), [31](#), [39](#), [74](#), [80](#), [83–88](#), [198–201](#), [204](#), [215](#), [269](#), [296](#), [297](#), [314–321](#), [364](#), [383](#)  
 riskitekijä [81](#), [226](#), [230](#), [267](#), [288](#), [311](#), [317–319](#), [330](#), [363](#), [391](#)

## S

sairaudentunto [228](#), [335](#)  
 salassapito [130](#), [133](#), [159](#), [161](#)  
 salassapitorikos [138](#)  
 seksuaalirikos [205](#), [254](#), [273](#), [294](#), [296](#), [297](#), [359](#), [366](#)  
 sitominen [27](#), [99](#), [100](#)  
 sivullinen [130](#), [132](#)  
 skenaario [308](#), [317](#), [319](#)  
 skitsofrenia [31](#), [94](#), [224–231](#), [257](#), [258](#), [323](#), [324](#), [330](#), [335](#), [339–342](#)  
 sosiaalityöntekijän selvitys [185](#)  
 SPJ [307](#), [308](#), [317](#)  
 suhteellisuusperiaate [98](#)  
 suojaavat tekijät [81](#), [88](#), [312](#), [364](#)  
 suostumus [66](#), [67](#), [98](#), [119](#), [121](#), [122](#), [123](#), [130](#), [133](#), [136](#), [166](#), [179](#)  
 syrjintä [116](#), [118](#), [119](#), [391](#)  
 syyksiluettavuus [58](#)  
 syyllisyyden tunto [266](#), [326](#)

syyllisyysperiaate [58](#), [63](#), [416](#)  
syyntakeettomuus [18](#), [60](#), [61](#), [192](#), [414](#)  
syyntakeisuus [10](#), [60–65](#), [68](#), [84](#), [171](#), [183](#), [187](#), [190–195](#), [207](#), [209](#), [210](#), [226](#), [254](#), [263](#),  
[371–373](#), [376](#), [419](#)

## T

tahallisuus [17](#), [57](#), [147](#)  
tahdosta riippumaton [47](#), [55](#), [68](#), [69](#), [73](#), [94](#), [96](#), [97](#), [105](#), [106](#), [138](#), [216](#), [233](#),  
[275](#), [340](#), [357](#)  
Tays [34](#), [35](#), [36](#), [38](#), [48](#)  
THL: ks. oikeuspsykiatristen asioiden lautakunta  
terveydenhuollon ammattihenkilö [87](#), [88](#), [102](#), [110](#), [111](#), [112](#), [115](#), [116](#), [117](#),  
[118](#), [125–128](#), [131–133](#), [137](#), [166](#), [392](#)  
testamentintekokelpoisuus [167](#)  
tietosuoja [125](#), [126](#), [129](#), [130](#), [157](#), [160](#)  
tirkistelyhäiriö, ks. voyerismi  
toimintakelpoisuuden rajoittaminen [165–170](#)  
toisintoimismahdollisuus [58](#)  
tosiasiallinen hallintotoiminta [97](#)  
Touretten oireyhtymä [283](#)  
transinstitutionalisaatio [379](#), [389](#)  
tunnekyllmyys [259](#), [266](#), [361](#), [362](#)  
tuomioistuin [61](#), [66](#), [81](#), [82](#), [86](#), [159](#), [160](#), [165](#), [170](#), [171](#), [207](#), [210](#), [373](#)  
Turun yksikkö ks. psykiatrinen vankisairaala  
turvallisuus [41](#), [94](#), [97](#), [98](#), [390](#)  
Tyks [38](#)

## V

vaarallisuus [79](#), [80](#), [198](#), [199](#), [309](#), [380](#)  
vaarallisuusarvio [26](#), [75](#), [76](#), [82](#), [88](#), [89](#), [198](#), [310](#), [376](#)  
vaitiolovelvollisuus [131](#), [159](#)  
vahingonkorvausvastuu [140](#)  
vajaavaltaisuus [164](#)  
valituskirjelmä [104](#)  
valituslupa [65](#)  
valtion erityispalvelut [21](#)  
valtion mielisairaala [21–25](#), [27](#), [35](#), [211](#), [218](#), [378–380](#)  
valvonta-aika [79](#), [199](#), [212–215](#)  
valvottu liikkuminen [49](#), [110](#)

vammaisyleissopimus [70](#)  
Vanhan Vaasan sairaala [18](#), [24](#), [25](#), [45](#)  
Vantaan yksikkö ks. psykiatrinen vankisairaala [30](#), [76](#)  
vapaa tahto [418–420](#)  
vapaudenriisto [69](#)  
verkostotyö [41](#), [337](#)  
viranomainen [120](#), [141](#), [142](#), [145](#), [158](#)  
virkarikos [146](#)  
virkasalaisuuden rikkominen [138](#), [146](#)  
virkavastuu [146](#)  
Virkkunen, Matti [19](#)  
voimakeinojen käyttö [99](#), [100](#), [112](#), [218](#)  
volitio [188–190](#), [196](#)  
voyerismi [299](#)  
vuorovaikutus [329](#), [330](#), [406](#)  
väkivalta [43](#), [238](#), [261](#), [302](#), [307](#), [310](#), [315](#), [359](#), [361](#), [362](#), [367](#), [381](#), [383](#), [388](#)  
väkivaltariski [80](#), [84](#), [315](#)  
väkivaltariskiarvio [74](#), [80](#), [85](#), [86](#), [88](#), [310](#)  
välituomio [276](#)

## W

Weyer, Johann [17](#)

## Y

yhteydenpidon rajoittaminen [99](#)

## Ä

äidinkieli [119](#), [121](#), [155](#)

Aulikki Ahlgrén-Rimpiläinen  
Allan Seppänen  
Sakari Melander  
Mika Rautanen  
(toim.)

## Oikeuspsykiatria



**Oikeuspsykiatria** on alan ensimmäinen suomenkielinen oppikirja. Kirjassa kuvataan kattavasti oikeuspsykiatrinen palvelujärjestelmä, alaa ohjaava lainsäädäntö ja hallintomenettely sekä aiheeseen liittyvät filosofiset kysymykset. Laaja kliinisen oikeuspsykiatrian osuus käsittelee rikollisen käyttäytymisen ja psykiatristen häiriöiden välisiä yhteyksiä sekä häiriöiden etiologiaa ja niiden hoitoa.

Kirja palvelee oikeuspsykiatrian parissa työskenteleviä ammattilaisia kuten lääkäreitä, psykologeja, sairaanhoitajia, sosiaalityöntekijöitä, tuomareita, syyttäjiä ja puolustusasianajajia. Kirja soveltuu opimateriaaliksi esimerkiksi oikeuspsykiatriaan erikoistuville lääkäreille ja muille oikeuspsykiatrian erikoisalalle suuntaaville sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille, samoin kuin oikeustieteen ja oikeuspsykologian opiskelijoille.

Alansa perusteoksena kirja edistää Suomen oikeuspsykiatrian kehitystä, kansalaisten oikeusturvaa ja oikeuspsykiatriseen hoitoon määrättyjen henkilöiden hoitoa. Lisäksi kirjan toivotaan lisäävän oikeuspsykiatrian ja sitä sivuavien tieteenalojen välistä vuoropuhelua ja yhteistyötä.



Terveyden ja  
hyvinvoinnin laitos

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos  
PL 30 (Mannerheimintie 166), 00271 Helsinki  
thl.fi



ISBN 978-952-408-206-8