



Vaasan yliopisto  
UNIVERSITY OF VAASA

Aleksi Alaluusua

# **Perusoikeuksien rajoitustoimenpiteet tahdonvastaisessa psykiatrisessa hoidossa**

Johtamisen akateeminen yksikkö  
Julkisoikeus, pro gradu -tutkielma  
Hallintotieteiden maisteri

Vaasa 2026

---

**VAASAN YLIOPISTO****Johtamisen akateeminen yksikkö**

<b>Tekijä:</b>	Aleksi Alaluusua		
<b>Tutkielman nimi:</b>	Perusoikeuksien rajoitustoimenpiteet tahdonvastaisessa psykiatrisessa hoidossa		
<b>Tutkinto:</b>	Hallintotieteiden maisteri		
<b>Oppiaine:</b>	Julkisoikeus		
<b>Työn ohjaaja:</b>	Niina Mäntylä		
<b>Valmistumisvuosi:</b>	2026	<b>Sivumäärä:</b>	72

---

**TIIVISTELMÄ:**

Perusoikeuksien rajoitustoimenpiteitä käytetään rajoittamaan yksilön perus- ja ihmisoikeuksia, kuten liikkumisvapautta ja henkilökohtaista vapautta. Rajoitustoimenpiteitä käytetään sosiaali- ja terveydenhuollossa, kuten tahdonvastaisessa psykiatrisessa hoidossa. Mielenterveyslain mukaiset perusoikeuksien rajoitustoimenpiteet kohdistuvat mielentilatutkimukseen tai hoitoon määrättyyn tai tarkkailuun otettuun henkilöön. Perusoikeuksien rajoitustoimenpiteitä ovat esimerkiksi mielenterveyslain 4 a luvussa mainitut liikkumisvapauden rajoittaminen ja potilaan eristäminen muista potilaista. Näissä rajoitustoimenpiteissä voidaan joutua käyttämään fyysisiä voimakeinoja, kuten potilaan kiinnipitämistä ja lepositeisiin asettamista vyöllä tai hihnoilla. Isonsa-Britanniassa esimerkiksi vöiden käyttö on nähty epäeettisenä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon alalla saatetaan soveltaa rikoslain mukaisia pakkotilatekoja ja hätävarjelua silloin, jos rajoitustoimenpiteitä koskevaa sääntelyä ei ole sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä. Eduskunnan oikeusasiamies onkin todennut, että potilaan oikeuksien rajoittaminen pakkotilan ja hätävarjeluun nojalla ei riitä potilaan ja henkilökunnan oikeusturvan toteutumiseksi. Lääkäri määrää rajoitustoimenpiteiden käytöstä, mutta useimmiten hoitohenkilökunta toteuttaa nämä rajoitustoimenpiteet käytännössä. Vaikka mielenterveyslain säännöksissä todetaan hoitohenkilökunnan oikeudesta voimakeinoihin, voimakeinojen koulutuksesta ei ole säädetty lailla.

Rajoitustoimenpiteiden vähentäminen on nähty tavoiteltavana asiana, mutta hoitohenkilökunnan osaaminen ja riittävyys on nähty esteinä tämän tavoitteen toteutumiseksi. Myös rajoitustoimenpiteiden tilastoinnissa on ollut ongelmia, mikä vaikuttaa tietojen luotettavaan arviointiin ja vertailuun. Rajoitustoimenpiteet voivat aiheuttaa traumoja ja kärsimystä potilaille ja ne lisäävät riskiä murtumiin sekä päävammoihiin. Koska tahdonvastaisessa psykiatrisessa hoidossa käytettävät rajoitustoimenpiteet kohdistuvat merkittävästi potilaan perus- ja ihmisoikeuksiin, on niihin oikeuttavien säännösten, eettisten ohjeiden sekä niitä soveltavien henkilöiden toimivaltuuksien oltava tarkkoja ja selkeitä.

---

**AVAINSANAT:** rajoitus, rajoitustoimenpide, pakkotoimi, pakkokeinot, mielenterveys, pakko-hoito, tahdonvastainen hoito, voimankäyttö, voimakeinot, kiinnipitäminen, eristäminen, hätävarjelu, pakkotila, mielenterveyslaki, itsemääräämisoikeus.

## Sisällys

1	Johdanto	5
1.1	Tutkimuskysymys ja aiheen rajaaminen	8
1.2	Tutkimusmenetelmä ja lähdeaineisto	11
1.3	Tutkimuksen eteneminen	13
2	Itsemääräämisoikeus perus- ja ihmisoikeuksien valossa	17
2.1	Itsemääräämisoikeus tahdonvastaiseen psykiatriseen hoitoon määräämisessä	20
2.2	Tahdosta riippumattomat toimenpiteet itsemääräämisoikeuden rajoittamiseksi	24
3	Perusoikeuksien rajoitustoimenpiteet	27
3.1	Rajoitustoimenpiteiden vaikutuksia	30
3.2	Tilastoja pakkotoimista	33
3.2.1	Potilaiden lukumääriä	35
3.2.2	Rajoitustoimenpiteiden lukumääriä	37
4	Mielenterveyslain mukaiset fyysiset rajoitustoimenpiteet	39
4.1	Liikkumisvapauden rajoittaminen	40
4.2	Potilaan eristäminen	42
4.3	Tahdonvastainen lääkintä	44
4.4	Hätävarjelu ja pakkotila	46
4.5	Virka-avun hyödyntäminen	48
5	Ohjeistus ja koulutus rajoitustoimenpiteiden käyttämiseen	51
5.1	Rajoitustoimenpiteet kehitysvammaisten erityishuollossa	54
5.2	Vartijoiden ja järjestyksenvalvojen voimankäyttö	55
6	Vastuu rajoitustoimenpiteistä	58
7	Lopuksi	62
	Lähteet	66

## Kuviot

- Kuvio 1.** 0–24-vuotiaiden potilaiden lukumäärät, joihin on kohdistettu pakkotoimia psykiatrisessa sairaalahoidossa (THL Sotkanet). 35
- Kuvio 2.** 25–65-vuotiaiden potilaiden lukumäärät, joihin on kohdistettu pakkotoimia psykiatrisessa sairaalahoidossa (THL Sotkanet). 36
- Kuvio 3.** Pakkotoimien lukumäärät eriteltyinä vuosina 2011–2016 (THL:n tiiviste- ja kuutiokäyttöliittymä). 37

# 1 Johdanto

Ihmisarvo vaikuttaa perus- ja ihmisoikeuksien taustalla jatkuvasti ohjaten näiden tulkin-  
taa. Ihmisarvon ja hyvinvoinnin voidaankin nähdä liittyvän lähes kaikkeen oikeussäänte-  
lyyn<sup>1</sup>. Yhteiskunnassa tulee kuitenkin eteen tilanteita, joissa yksilön ihmisarvoa ja tämän  
hyvinvointia on tarpeellista rajoittaa, joko hänen itsensä tai muiden turvallisuuden ja ter-  
veyden takia. Esimerkiksi painavat yhteiskunnalliset intressit voivat vaatia toisten ihmis-  
ten perusoikeuksien ohella perusoikeuksien rajoittamista. Tietyt perusoikeudet sisältä-  
vät lakivarauksen eli viittauksen siihen, että lailla voidaan säätää rajoituksia kyseiseen  
perusoikeuteen. Varauksella annetaan lainsäätäjälle oikeus antaa tarkempia säännöksiä  
perusoikeuksien käyttöä koskevissa tilanteissa, eikä se varsinaisesti oikeuta lainsäätäjää  
rajoittamaan itse perusoikeutta. Ajatuksena tässä on ollut se, että perusoikeussäännös  
yksinään ei riitä perusoikeuksien toteutumiseen, vaan sen tueksi tarvitaan esimerkiksi  
menettelysäännöksiä tarkentamaan yksilön oikeuksien toteutumista<sup>2</sup>. Perusoikeudet ei-  
vät siis voi olla sillä tavalla ehdottomia, etteikö niitä voitaisi missään laajuudessa tai olo-  
suhteissa rajoittaa. Osa perusoikeussäännöksistä on kirjoitettu julkisen vallan turvaamis-  
tai edistämismuotoon ja perustuslain (731/1999) 22 §:ssä onkin todettu  
julkisen vallan tehtävästä turvata perusoikeudet sekä ihmisoikeuksien toteutuminen.  
Kaikkea julkisen vallan käyttöä ei voida kuitenkaan palauttaa pelkästään valtion toimin-  
naksi, jolloin useissa perusoikeussäännöksissä julkinen valta- käsitettä on käytetty vel-  
voitettuna tahona<sup>3</sup>. Julkinen valta tekee yksipuolisesti esimerkiksi lainkäyttö- ja hallinto-  
päätökset, jotka vaikuttavat yksityisiin oikeussubjekteihin. Myös välitön voimakeinojen  
käyttäminen ulkopuolisiin on merkittävä julkisen vallan muoto<sup>4</sup>.

Ihmisen perusoikeuksien rajoittaminen ja pakko ovat muotoiltu poikkeuksellisiksi järjes-  
telyiksi, koska perusoikeussysteemin tarkoitus on suojella yksilöä julkisen vallan ja sen  
käyttäjien väärinkäytöltä. Vaikka perusoikeussysteemin lähtökohtana on yksilön

---

<sup>1</sup> Toivonen ja muut, 2022, s. 51.

<sup>2</sup> Turunen, 2025, s. 187.

<sup>3</sup> Hallberg ja muut, 2005, luku 1.

<sup>4</sup> Saraviita, 2011, s. 69.

suojaaminen julkisen vallan väärinkäytöltä, perusoikeuksien voidaan nähdä vaikuttavan myös ihmisten välisissä suhteissa<sup>5</sup>. Esimerkiksi rajoitustoimenpiteet ja pakko ovat yksilön perusoikeuksia loukkaavia toimenpiteitä, joita voidaan soveltaa muun muassa mielisairaaloissa hoitohenkilökunnan toimesta. Heikossa asemassa olevien ihmisten, kuten mielenterveyspotilaiden oikeudellisen aseman tarkastelemisessa on keskeisessä asemassa perinteisesti ollut yksilön suojaamisen periaate. Perusoikeutena turvattu henkilökohtainen vapaus kuuluu myös heikommassa asemassa oleville<sup>6</sup>. Näitä keinoja rajoittaa yksilölle kuuluvia perusoikeuksia esiintyy esimerkiksi myös pakkokeinolaissa (806/2011) ja tartuntatautilaissa (1227/2016). Perusoikeuksien rajoitusten sisällön ja laajuuden tulee ilmetä laista, koska niillä pyritään rajoittamaan yksilön perus- ja ihmisoikeuksia.

Vaikka perusoikeuksien rajoituksia ja niiden kohdehenkilöitä ajateltaessa tulevatkin ensimmäisenä mieleen vangit, myös muissa laitoksissa olevien henkilöiden perusoikeuksien toteutuminen ja niiden rajoitukseen liittyvät ongelmat tulee ottaa huomioon, kuten tässä tutkielmassa mainittujen potilaiden, jotka ovat tahdonvastaisessa hoidossa mielisairaaloissa<sup>7</sup>. Mielenterveyslaissa (1116/1990) todetaan henkilön määräämisestä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon perusoikeuksien rajoittamisen kautta. Kyseisessä laissa säännellään potilaan perusoikeuksien rajoittamisesta tahdosta riippumattoman hoidon ja tutkimuksen aikana. Mielenterveyslaki antaa edellytykset puuttua yksilön perustuslaissa säädettyihin perusoikeuksiin, erityisesti perustuslain 7 §:ssä säädettyyn oikeuteen elämään ja henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen sekä 9 §:ssä säädettyyn liikkumisvapauteen. Euroopan ihmisoikeussopimuksen (SopS 18/1990) 5 artiklassa turvataan myös jokaisen oikeus vapauteen ja henkilökohtaiseen turvallisuuteen, jota tahdonvastaisessa hoidossa käytettävillä rajoitustoimenpiteillä voidaan rajoittaa. Mielenterveyslaki korostaa tahdonvastaiseen hoitoon määrättyjen potilaiden oikeusturvaa ja sen säännöksissä ovat esillä myös Euroopan ihmisoikeussopimuksen asettamat velvoitteet<sup>8</sup>.

---

<sup>5</sup> Koivisto, 2018, s. 631.

<sup>6</sup> Nieminen, 2008, s. 872, 879.

<sup>7</sup> Nieminen, 2008, s. 875, 872.

<sup>8</sup> Lehtonen ja muut, 2014.

Mielisairaus on vakava mielenterveyden häiriö, johon kuuluu todellisuudentajun hämärtyminen<sup>9</sup>. Mielenterveyshäiriöt sisältyvät henkisiin ja älyllisiin heikentymiin, jotka voivat ruumiillisista ja aistihäiriöistä poiketen vaikuttaa vaihtelevasti yksilön päätöksentekokykyyn. Henkiset ja älylliset heikentymät määritelmänä sisältää kaikki potilasryhmät, joihin kohdennetaan tahdosta riippumatonta hoitoa ja rajoittamisen sääntelyä suojelemistarkoituksessa. Kohdentamiset tapahtuvat Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon erityislakien kautta, kuten mielenterveyslain kautta<sup>10</sup>. Mielenterveyslain mukaiset perusoikeuksien rajoitustoimenpiteet kohdistuvat henkilöön, jolta voi puuttua kyky määrätä itsestään ja itseensä kohdistuvista toimenpiteistä<sup>11</sup>. Tämän vuoksi perusoikeuksien rajoitustoimenpiteiden on oltava hyvin perusteltuja ja tarpeellisia. Varsinkin yksilöön kohdistuvat fyysiset voimaa sisältävät keinot ovat toimenpiteenä sellaisia, että yksilön perusoikeuksien loukkaamisen lisäksi ne voivat aiheuttaa fyysisiä vammoja, kipua ja henkisiä traumoja. Suomessa onkin ollut tarkoituksena vähentää pakon käyttämistä psykiatriassa sairaalahoidossa, mikä on tuotu esille myös nykyisessä kansallisessa mielenterveysstrategiassa<sup>12</sup>. Merkittävää pakon käytön vähentämistä ei kuitenkaan ole ollut nähtävissä ja täysin luotettavia tilastotietoja esimerkiksi eriteltyjen rajoitustoimenpiteiden määristä ei ole ollut saatavilla tilastointiongelmien vuoksi<sup>13</sup>.

Tämän tutkielman tarkoituksena on tutkia näitä fyysisiä rajoitustoimenpiteitä ja sitä, että mitkä oikeussäännökset oikeuttavat niiden käyttöön. Olennaista on myös tarkastella näiden rajoitustoimenpiteiden koulutusta ja vastuukysymyksiä lainsäädännön kautta. Osastot, joissa hoidetaan tahdonvastaisessa hoidossa olevia potilaita ovat yleensä suljettuja, jolloin on aina mahdollista, että sinne suljettuja potilaita kohdellaan kaltoin<sup>14</sup>. Heikommassa asemassa olevien perusoikeuksien toteutumisen tarkastelu on aina ajankohtaista ja varsinkin suljettujen ovien takana tapahtuva toiminta vaatii säännöllistä tutkimista.

---

<sup>9</sup> Lehtonen ja muut, 2014.

<sup>10</sup> Turunen, 2025, s. 119.

<sup>11</sup> Tuori & Kotkas, 2023, s. 524.

<sup>12</sup> Björkqvist ja muut, 2024, s. 3, STM julkaisuja 2020:6, s. 28.

<sup>13</sup> Björkqvist ja muut, 2024, s. 3.

<sup>14</sup> EOAK/6721/2024, s. 27.

## 1.1 Tutkimuskysymys ja aiheen rajaaminen

Tutkimuksella pyritään vastaamaan seuraaviin pääkysymyksiin:

1. Mitä ovat mielenterveyslain 4 a luvussa säädetyt perusoikeuksien rajoitustoimenpiteet, jotka sisältävät fyysistä voimankäyttöä?
2. Ovatko edellytykset perusoikeuksien rajoitustoimenpiteiden käyttämiseen riittävän selkeitä ja tarkkoja?
3. Onko tahdonvastaisessa psykiatrisessa hoidossa työskentelevän hoitohenkilökunnan koulutus fyysisten rajoitustoimenpiteiden käyttöön riittävän hyvällä tasolla ja onko sitä säännelty?

Perusoikeuksien rajoittamista koskeva terminologia vaihtelee, minkä takia esimerkiksi rajoitustoimenpiteistä käytetään myös termejä rajoittamistoimenpiteet ja pakkotoimenpiteet. Kirjallisuudessa esiintyy myös termejä tahdosta riippumaton hoito ja pakkohoito. Vaikka termit ovat erilaisia, niillä tarkoitetaan pääasiassa samoja asioita<sup>15</sup>. Tässä tutkimuksessa rajoitustoimenpiteillä tarkoitetaan käytännöllisiä toimenpiteitä, joilla yksilön perusoikeuksia rajoitetaan, kuten eristämistä ja sitomista. Näiden käsitteiden avulla on mahdollista hahmottaa tutkimuskohteena olevaa ilmiötä<sup>16</sup>. Mielenkiinnon kohteena on luonnolliseen henkilöön kohdistuvat perusoikeuksiin puuttumiset pakkotoimien kautta varsinkin silloin, kun henkilö ei mielentilansa takia ymmärrä oikeuksiaan eikä pysty hyödyntämään täysivaltaisesti itsemääräämisoikeuttaan. Itsemääräämisoikeuden sisällöllinen tulkitseminen sisältää myös yleensä hankalia ongelmia, kuten kenen tehtävänä on lopulta arvioida sitä, että mitkä henkilön päätökset sekä tahdonilmaukset ovat todellisia haluja ja mitkä vain näennäisiä<sup>17</sup>.

---

<sup>15</sup> Turunen, 2025, s. 7.

<sup>16</sup> Rautiainen ja muut, 2023, alaluku 1.5.3.

<sup>17</sup> Launis, 2010, s. 138.

Tarkastelun tavoitteena on ensisijaisesti analysoida käytettävissä olevia fyysisiä rajoitustoimenpiteitä tahdonvastaisessa psykiatrisessa hoidossa sekä niihin oikeuttavia oikeussäännöksiä. Tarkastelun etupäässä ovat mielenterveyslain 4 a luvun 22 d §:n liikkumisvapauden rajoittaminen ja saman luvun 22 e §:n erityiset rajoitukset, jossa todetaan oikeudesta eristää potilas vasten tahtoaan muista potilaista. Olen rajannut tutkielman ulkopuolelle rajoitustoimenpiteistä mielenterveyslain 4 a luvussa mainitut omaisuuden halluunoton, potilaan omaisuuden ja lähetysten tarkastamisen, henkilöntarkastuksen ja katsastuksen sekä yhteydenpidon rajoittamisen. Pyrin selvittämään näiden fyysisten rajoitustoimenpiteiden toteutumista käytännön tasolla ja niiden käytön edellytyksiä. Tarkastelun kohteena ovat myös perusoikeuksien rajoitustoimenpiteitä soveltavien henkilöiden toimivaltuudet, kun he soveltavat näitä toimenpiteitä käytännössä. Näillä henkilöillä tarkoitetaan tässä tutkielmassa pääosin tahdonvastaisessa psykiatrisessa hoidossa työskenteleviä työntekijöitä eli hoitohenkilökuntaa.

Koska rajoitustoimenpiteet voivat vaatia myös fyysistä voimaa sisältävien keinojen käyttöä, kuten mielenterveyslain 4 a luvun 22 e §:ssa mainittua vyöllä sitomista, on niiden käytön edellytysten oltava selkeitä ja tarkkoja. Pelkästään potilaan hoitoon ottaminen ei oikeuta rajoittamaan tämän perusoikeuksia, vaan rajoituksista tulee säätää erikseen laissa<sup>18</sup>. Potilaan sitomiseen saattaa sisältyä lisäksi terveysriskejä, ja se on tarkoitettu vain kaikkein vaikeimmissa tilanteissa käytettäväksi toimenpiteeksi<sup>19</sup>. Oikeasuhtaisen voiman käyttäminen rajoitustoimenpiteiden toteutumiseksi vaatii jatkuvaa tiedostamista, koska riski ylilyönneille on aina olemassa. Esimerkiksi Australian mielenterveyspalveluihin keskittyvän tutkimuksen mukaan voimaan perustuvat käytännöt voidaan tulkita myös kidutukseksi<sup>20</sup>. Koska myös tahdosta riippumattomaan hoitoon määrätyillä potilailla on perusoikeudet, niiden rajoittamisen on tapahduttava lain nojalla ja asianmukaisesti.

---

<sup>18</sup> Nieminen, 2010, s. 556.

<sup>19</sup> PeVL 34/2001 vp, s. 3.

<sup>20</sup> Watson ja muut, 2014, s. 544.

Tutkimus on rajattu koskemaan pääsääntöisesti mielenterveyslain mukaisia perusoikeuksien rajoitustoimenpiteitä, mutta tarkastelen ja vertailen myös muiden alojen säännöksiä perusoikeuksien rajoittamisen osalta. Esimerkiksi kehitysvammaisten erityishuollossa sekä vartijoiden ja järjestyksenvälvojen toimialalla joudutaan myös käyttämään fyysisiä voimakeinoja tietyn toimenpiteen suorittamiseksi. Molemmilla aloilla voidaan toimia samankaltaisissa tiloissa kuten suljetuilla osastoilla ja fyysistä rajoittamista vaativat tilanteet voivat olla samankaltaisia. Vertailunäkökulman ja systematisoinnin keskeisenä huomiona on lähinnä koulutuksen merkitys ja vastuukysymykset, kun toimenpiteillä joudutaan puuttumaan fyysisesti henkilöön ja tämän perusoikeuksiin. Oikeussäännökset näiden voimakeinojen käyttöön on todettu kyseisten alojen laeissa.

Se, että rajoitustoimenpiteillä puututaan yksilön perusoikeuksiin, on jo itsessään tärkeä syy tarkastella myös rajoitustoimenpiteiden ja voimakeinojen koulutusta. Tarkoitus on pohtia sitä, että onko tahdonvastaisessa psykiatrisessa hoidossa työskentelevien hoitajien koulutus fyysisten rajoitustoimenpiteiden käyttöön tarpeeksi hyvällä tasolla, onko sitä säännelty ja että antaako lainsäädäntö hoitohenkilökunnalle tarpeeksi oikeuksia puuttua potilaiden perusoikeuksiin. Mielenterveyslain 4 a luvun 22 d §:ssä mainitun liikkumisvapauden rajoittamiseksi voidaan käyttää sellaisia tarpeellisia voimakeinoja, joita voidaan pitää puolustettavina. Näiden voimakeinojen käyttämisestä tahdosta riippumattomassa hoidossa ja niihin vaadittavasta koulutuksesta ei ole säädelty sen tarkemmin mielenterveyslaisissa. Esimerkiksi laissa kehitysvammaisten erityishuollosta (519/1977) todetaan 3 a luvun 42 a.5, 2 §:ssä vaativan moniammatillisen tuen yksikön henkilökuntaan kuuluvien sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilöiden rajoitustoimenpiteiden asianmukaisen käyttämisen koulutuksesta. Kuten mielenterveyslain 4 a luvun 22 a §:ssä todetaan, toimenpiteet on suoritettava mahdollisimman turvallisesti ja potilaan ihmisarvoa kunnioittaen. Tällöin koulutus voimakeinojen ja rajoitustoimenpiteiden käyttöön korostuu, koska niiden oikeanlainen ja turvallinen käyttäminen ennaltaehkäisee riskejä sekä vammoja.

## 1.2 Tutkimusmenetelmä ja lähdeaineisto

Tutkimusmetodi on oikeusdogmaattinen eli lainopillinen, koska pyrin selvittämään tutkimuskysymystä pääsääntöisesti lainsäännösten tulkinnan ja systematisoinnin kautta<sup>21</sup>. Tutkimuksen kaikkiin osakysymyksiin ei voida vastata täysin oikeusdogmaattisesti, vaan osaan asioihin suhtaudutaan kuvailevasti. De lege lata -lainoppi tutkii voimassa olevaa oikeutta ja sen merkityssisältöä<sup>22</sup>. De lege ferenda -tutkimuksella taas pyritään tuottamaan suosituksia oikeusjärjestelmän kehittämiseksi, eli minkälainen lain tulisi olla<sup>23</sup>. Tutkielma on pääsääntöisesti perusoikeuksien rajoitustoimenpiteiden tutkimista ja niihin oikeuttavien lainsäännösten tulkintamista, jolloin de lege lata -lainopillinen näkökulma on perusteltu. De lege ferenda -näkökulma esiintyy rajoitustoimenpiteiden käytön koulutuksesta kertovissa luvuissa, mutta tutkimuksen pääasiallinen tarkoitus ei ole kuitenkaan lain kehittäminen tai muutosehdotusten esittäminen. Käytännöllisen lainopin tehtävänä on tuottaa tulkintasuositusta lakia soveltavien avuksi. Käytännöllinen lainoppi pyrkii selvittämään esimerkiksi erilaisten juridisten tekstien aukkoja, monimerkityksisyyksiä ja epäselvyyksiä<sup>24</sup>. Tässä tutkielmassa esimerkiksi pyrin täsmentämään mitä mielenterveyslain 4 a luvun 22 d §:n toisessa momentissa todetuilla tarpeellisilla voimakeinoilla varsinaisesti tarkoitetaan. Käytännöllinen lainoppi pyrkii täsmentämään juuri tämänkaltaisia ilmaisuja ja oikeuslähde-, argumentaatio- ja tulkintaoppien avulla voidaan selvittää, että miten kyseisille ilmaisuille voidaan tunnistaa oikeudellinen merkityssisältö<sup>25</sup>.

Aineistolähtöisessä tutkimuksessa tutkimusaineistosta nousee esille kysymyksiä sekä teemoja, joiden perusteella voidaan tehdä tutkimusaineistosta yleistyksiä. Kun teorian rakentamisen lähtökohtana toimii itse tutkimusaineisto, voidaan aineistolähtöistä analyysiä kutsua myös induktiiviseksi tai induktiiviseksi päättelyksi<sup>26</sup>. Induktiivisen rakenteen mallissa alussa esitetään jokin tutkimuskysymys, johon tutkija pyrkii löytämään

---

<sup>21</sup> Hirvonen, 2011, s. 36–39.

<sup>22</sup> Siltala, 2003, s. 606.

<sup>23</sup> Rautiainen ja muut, 2023, alaluku 2.1.

<sup>24</sup> Rautiainen ja muut, 2023, alaluku 3.2.

<sup>25</sup> Rautiainen ja muut, 2023, alaluku 3.2.

<sup>26</sup> Rautiainen ja muut, 2023, alaluku 1.3, Autioniemi, 2025, s. 17.

vastauksen erilaisia työkaluja käyttämällä. Humanistisissa tieteissä itse teksti on tutkimus ja kirjoittaminen on osa tutkimista, mikä eroaa esimerkiksi luonnontieteiden tavasta pyrkiä tutkimustulosten esittämiseen raportin muodossa. Oikeuden tutkimisen voidaan nähdä sijoittuvan enemmänkin humanistisen tutkimuksen puolelle ja koen myös tämän tutkimuksen olevan vahvasti humanistinen<sup>27</sup>. Oikeussäännökset antavat suuntaviivoja oikeanlaiselle toimimiselle, mutta kuten kaikessa ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa, inhimillisiä virheitä tapahtuu eikä lakia noudateta aina niin tarkasti kuin pitäisi. Selkeän oikeussäännöksen puuttuessa tulkintaa saatetaankin esimerkiksi hakea akuuteissa ongelmatilanteissa hoitoyksikön omista ohjeista, jotka voivat olla lainvastaisia ja joita on silti hyödynnetty jo useiden vuosien ajan<sup>28</sup>.

Pyrin nostamaan lainsäädännöstä sekä kirjallisuudesta esille tulevia teemoja ja kysymyksiä, jotka käsittelevät perusoikeuksien rajoitustoimenpiteitä tahdonvastaisessa psykiatriassa hoidossa. Hallituksen esitykset ja eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisut ovat toimineet myös hyvinä lähteinä ja antaneet käytännön tulkintanäkökulmia tutkimusaiheeseen liittyen. Hyödynnän myös Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen ratkaisuja, joissa on käsitelty yksilön perusoikeuksien rajoittamista ja niiden käytössä ilmenneitä ongelmia ja laiminlyöntejä. Tämän tutkimuksen aiheesta saa mielestäni kaikista parhaiten irti juuri lainopillisen tutkimusmetodin kautta, hyödyntäen induktiivista rakennetta sekä hermeneuttista näkökulmaa. Hermeneuttinen näkökulma on hyvä ottaa huomioon, koska sen avulla lain parissa työskentelevä pyrkii selittämään kyseessä olevaa lakia tai säännöstä niiden henkilöiden näkökulmasta, joihin tämä kyseinen laki tai säännös vaikuttaa<sup>29</sup>. Hermeneutiikka tulee kreikan termistä hermeneuein, joka tarkoittaa tulkitsemista. Hermeneutiikan avulla pyritään ymmärtämään inhimillisiä ilmiöitä, kuten esimerkiksi oikeutta oikeudellisina käytäntöinä, mikä on hyödyllistä mielenterveyslain mukaisten perusoikeuksien rajoitusten oikeudelliseen tulkitsemiseen niiden käytännönläheisyyden

---

<sup>27</sup> Rautiainen ja muut, 2023, alaluku 1.5.5.

<sup>28</sup> Kess, 2023, s. 64.

<sup>29</sup> Hoecke, 2013, s. 199.

vuoksi<sup>30</sup>. Mielenterveyslain 4 a luvun mukaiset perusoikeuksien rajoitustoimenpiteet vaikuttavat sekä potilaisiin että niitä käyttävään hoitohenkilökuntaan.

Mielenterveyslaki määrittelee tarkasti edellytykset tahdonvastaiseen psykiatriseen hoitoon määräämiseen ja yksilöön kohdistuvat rajoitukset, joten sen tulkitseminen on tässä tutkimuksessa pääosassa<sup>31</sup>. Tarkastelen kuitenkin muitakin lakeja ja niiden tiettyjä säännöksiä, kuten rikoslakia (39/1889) hätävarjelu- ja pakkotilan säännösten osalta sekä Suomen perustuslain 2 luvun perusoikeuksia. Euroopan ihmisoikeussopimuksen velvoitteiden esille nostaminen on myös tutkielman aiheen kannalta olennaista.

### 1.3 Tutkimuksen eteneminen

Tutkimus on hyvä aloittaa yksilön itsemääräämisoikeuden sekä sen perus- ja ihmisoikeusluottuvuuksien tarkastelemisella. Perus- ja ihmisoikeuksien arviointi vaikuttaa tutkimuksen taustalla jatkuvasti, koska mielenterveyslainsäädetyt perusoikeuksien rajoitustoimenpiteet kohdistuvat yksilön perusoikeuksiin muun muassa vapaudenriiston ja liikkumisvapauden rajoittamisen muodoissa. Tarkastelussa ovat edellytykset potilaan määräämiselle tahdonvastaiseen psykiatriseen hoitoon sekä toimenpiteet itsemääräämisoikeuden rajoittamiseksi. Keskiössä ovat potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen sekä päätöksentekoon liittyvät ongelmat silloin, kun potilaan oma harkinta- ja päätöksentekokyky on heikentynyt.

Tämän jälkeen tarkastelussa ovat yleisesti mielenterveyslainsäädetyt perusoikeuksien rajoitustoimenpiteet ja niiden toteutuminen käytännön tasolla. Tarkastelun alla ovat erityisesti rajoitustoimenpiteissä käytettävät fyysisistä voimaa sisältävät keinot, toimintatavat sekä tilanteet, joissa niitä joudutaan soveltamaan. Näistä toimenpiteistä mielenterveyslain 4 a luvun 22 d ja 22 e pykälissä todetut liikkumisvapauden rajoittaminen ja

---

<sup>30</sup> Hirvonen, 2011, s. 52.

<sup>31</sup> Lehtonen ja muut, 2014.

potilaan eristäminen sisältävät oikeuden voimakeinojen käyttämiseen. Pohdin myös yleisesti rajoitustoimenpiteiden vaikutuksia Suomessa ja mainitsen muutamia esimerkkejä myös muualta maailmasta. Tarkoitus on vertailla, miten rajoitustoimenpiteisiin suhtaudutaan muualla maailmassa ja miten niitä käytetään. Rajoitustoimenpiteisiin oikeuttavia säännöksiä ja niiden aiheuttamia tilanteita on hyvä tarkastella kirjallisuuden, hallituksen esitysten ja eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisujen kautta ja saada selkoa siitä, mitä nämä fyysiset keinot käytännössä ovat ja mitä vaikutuksia niillä voi olla. Olen koonnut myös tilastoja rajoitustoimenpiteiden lukumääristä sekä potilaiden lukumääristä, joihin on kohdistunut psykiatrisessa sairaalahoidossa pakkotoimia. Tarkoitus on arvioida tilastojen lukumääriä yleisesti ja selvittää, että onko rajoitustoimenpiteiden käyttäminen vähentynyt kansallisen mielenterveysstrategian mukaisesti<sup>32</sup>. Tilastojen tarkastelu on osoittanut myös puutteita tilastointiin liittyen.

Käsittelen yksityiskohtaisemmin mielenterveyslain mukaisia liikkumisvapauden rajoittamista ja potilaan eristämistä koskevia säännöksiä. Nämä säännökset ovat ensisijaisesti tarkastelun kohteena, koska niiden toteutumiseksi joudutaan usein käyttämään fyysistä voimaa sisältäviä keinoja hoitohenkilökunnan toimesta. Tarkastelen myös hieman tahdonvastaista lääkintää. Mielenterveyslain 4 a luvun 22 b pykälän kolmannen momentin mukaan hoitava lääkäri päättää potilaan sitomisesta tai kiinnipitamisestä tahdonvastaisen hoitotoimenpiteen ajaksi. Tahdonvastainen lääkitseminen esimerkiksi injeksiolla saattaa vaatia niiden suorittamista pakolla, jotta potilas saadaan pidettyä aloillaan hoitotoimenpiteen ajan. Hätävarjelua ja pakkotilaa käsittelevässä alaluvussa keskiössä ovat rikoslaissa säädetyt hätävarjelu- ja pakkotilateot silloin, kun sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä ei ole rajoitustoimenpiteitä koskevaa sääntelyä. Mainitsen myös poliisin virka-avun hyödyntämisen tilanteissa, joissa potilas on karannut mielisairaalasta. Näissä tilanteissa hoitohenkilökunnan oikeudet potilaan liikkumisvapauden rajoittamiseksi ovat rajalliset, eikä poliisin julkisen vallan käyttäminenkään tahdonvastaisesta hoidosta paenneeseen potilaaseen ole niin yksiselitteistä kuin voisi kuvitella.

---

<sup>32</sup> STM julkaisuja 2020:6, s. 28.

Tarkastelen tämän jälkeen hoitohenkilökunnan ohjeistusta ja koulutusta rajoitustoimenpiteiden käyttämiseen; onko koulutusta olemassa ja onko se tarpeeksi hyvällä tasolla? Koska tahdosta riippumattomassa hoidossa olevilla potilailla voi olla esimerkiksi demensian ilmenemismuotoja ja vaikeita masennustiloja, eivät he välttämättä ymmärrä mitä heille on tapahtumassa, jolloin fyysisten keinojen aiheuttamien kipujen huomioiminen sekä oikeiden hallintatekniikoiden osaaminen on tärkeää vaativissa rajoitustilanteissa<sup>33</sup>. Nostan esille kaksi toimialaa, joissa joudutaan myös käyttämään fyysistä voimaa sisältäviä keinoja. Kehitysvammaisten erityishuollossa ja vartijoiden ja järjestyksenvalvojen toimialoilla on omat erityislainsa, mutta tämän vertailun tarkoituksena on koulutuksen merkitys ja vastuukysymykset, kun toimenpiteet sisältävät yksilön perusoikeuksiin puuttumista. Toimialat valikoituivat myös siksi, että niiden toimintaympäristöt ovat samanlaisia kuin psykiatrisissa sairaaloissa. Esimerkiksi vartijoita ja järjestyksenvalvoja käytetään paljon sosiaali- ja terveydenhuollon kohteissa.

Lopuksi käsittelen vastuukysymyksiä rajoitustoimenpiteistä, koska näihin toimenpiteisiin kuuluu julkisen vallan käyttöä. Päätös rajoitustoimenpiteiden käytöstä kuuluu hoitavalle lääkärille. Kiireellisissä tapauksissa päätösvalta rajoitustoimenpiteiden käytöstä voi kuitenkin siirtyä hoitohenkilökunnalle, jolloin työntekijöiden oma ammattitaito sekä lain tuntemus korostuvat. Hoitohenkilöstö käyttää julkista valtaa puuttuessaan potilaan perusoikeuksiin, jolloin työntekijät ovat rikosoikeudellisessa virkavastuussa rikoslain 40 luvun 11 pykälän 5 momentin mukaisesti.

Tutkimuksen odotetaan selvittävän yksityiskohtaisemmin, mitä tahdonvastaisessa psykiatrisessa hoidossa käytettävät fyysiset rajoitustoimenpiteet ovat, miten niitä käytetään ja onko niihin oikeuttavat oikeussäännökset tarpeeksi selkeitä. Tutkimuksen odotetaan myös selkeyttävän paremmin hoitohenkilökunnan koulutusta, vastuukysymyksiä ongelmien ja virheiden sattuessa sekä tahdonvastaiseen hoitoon määrätyn potilaan itsemääräämisoikeuden rajoja esimerkiksi hoitoon määräämisessä. Viimeisessä luvussa pyrin tekemään yhteenvedon ja vastaamaan näihin kysymyksiin. Tutkimuksen aihe on tärkeä,

---

<sup>33</sup> Lehtonen ja muut, 2014.

koska perus- ja ihmisoikeudet kuuluvat kaikille ja varsinkin heikommassa asemassa olevien oikeuksien toteutuminen on huomioitava tahdonvastaisessa psykiatrisessa hoidossa.

## 2 Itsemääräämisoikeus perus- ja ihmisoikeuksien valossa

Jokaiselle aikuiselle yksilölle kuuluu oikeus itsemääräämiseen. Oikeus itsemääräämiseen on sitä, että yksilöllä on moraalinen oikeus tehdä valintoja ja päätöksiä omaan elämäänsä liittyen<sup>34</sup>. Suomen perustuslain (731/1999) 2 luvun 7 §:ssä säädetään jokaisen oikeudesta elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen. Yksilön itsemääräämisoikeus perustuu tähän säännökseen, vaikka se ei ilmene sanamuodoltaan suoraan säännöksestä<sup>35</sup>. Perustuslakivaliokunta kehitti henkilön itsemääräämisoikeuden yläkäsitteeksi kyseiseen pykälään, joka vaikuttaa esimerkiksi säädöksiin päihdetesteistä ja järjestyksenvalvojen toimivaltuuksiin tarkastaa julkisiin tilaisuuksiin saapuneet ihmiset<sup>36</sup>. Euroopan ihmisoikeussopimuksissakaan ei varsinaisesti säännellä itsemääräämisoikeuden sisällöstä, mutta ihmisoikeussopimusten katsotaan suojaavan kuitenkin myös implisiittisiä oikeuksia, eli niissä mainitsemattomia oikeuksia. Euroopan ihmisoikeussopimuksen 5 artikla turvaa yksilön oikeuden henkilökohtaiseen vapauteen ja se onkin tahdonvastaista hoitoa tarkasteltaessa yksi olennaisimmista ihmisoikeuksista<sup>37</sup>. Ihmisoikeussopimusten valvontaelinten ratkaisukäytännöstä nousevat esille ihmisoikeuksien rajoittamisedellytykset, joita ovat muun muassa tarkkarajaisuus, täsmällisyys, oikeasuhtaisuus, hyväksyttävä peruste rajoittamiselle ja lailla säätämisen vaatimus. Lailla säätämisen vaatimus tarkoittaa sitä, että ihmisoikeuksien rajoittamisesta on säännelty kansallisella lailla. Yksilön itsemääräämisoikeuden rajoittamisen tulee siis perustua kansalliseen lakiin ja varsinkin tahdonvastaisessa psykiatrisessa hoidossa olevien potilaiden kohdalla täsmällisyys sekä harkintavallan rajat painottuvat potilaiden heikomman aseman vuoksi<sup>38</sup>. Perustuslakivaliokunta on todennut, että rajoitusten olennaisen sisällön tulee olla todettavissa laista ja rajoitusten on oltava riittävän täsmällisesti määriteltyjä sekä tarkkarajaisia<sup>39</sup>. Valtuudet perusoikeuksien rajoittamiseksi tulee rajata laissa myös niin,

---

<sup>34</sup> Launis, 2010, s. 136.

<sup>35</sup> Koivisto, 2018, s. 631.

<sup>36</sup> Saraviita, 2011, s. 155.

<sup>37</sup> Turunen, 2025, s. 113, s. 126.

<sup>38</sup> EIT tapaus Witold Litwa v. Puola (4.4.2000), kohta 78, EIT tapaus Hadžimejlić ja muut v. Bosnia ja Hertsegovina (3.11.2015), kohta 52, EIT tapaus Herczegfalvy v. Itävalta (24.9.1992), kohta 91.

<sup>39</sup> PeVM 25/1994 vp, s. 5.

että ei synny epäselvyyksiä siitä, että kenellä tosiasiallisesti on asianomaiset valtuudet rajoituksiin ja kuinka pitkälle nämä valtuudet ulottuvat<sup>40</sup>.

Hallituksen esityksen mukaan yksilön itsemääräämisoikeus tarkoittaa vapautta määrätä itsestään ja toimistaan<sup>41</sup>. On kuitenkin tapauksia, joissa yksilö ei kykene harkitsemaan kaikkia itselleen tarjolla olevia vaihtoehtoja ja valintoja esimerkiksi voimakkaan masennustilansa vuoksi. Mielensterveysongelmat voivat vaikeuttaa potilaan omaa ajattelua ja näin ollen myös heikentää tämän omaa päätöksentekokykyä<sup>42</sup>. Perustuslain 2 luvun 7 §:n kolmannessa momentissa on todettu selkeästi, että ilman laissa säädettyä perustetta kenenkään henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ei saa puuttua eikä kenenkään vapautta saa riistää mielivaltaisesti. Hallituksen esityksessä kyseisellä vapauden riistämällä tarkoitetaan järjestelyä, jolla henkilöä estetään poistumasta hänelle rajatusta ja määrätystä olinpaikasta<sup>43</sup>. Hallituksen esityksen samalla sivulla todetaan vapauden menettämisen olevan myös sellainen teko, jolla henkilö suljetaan omasta tahdostaan riippumatta lukittuun tilaan. Esityksen mukaan tällaisilla vapaudenmenetyksillä tarkoitetaan muun muassa mielensterveyslaissa tarkoitettua tahdosta riippumatonta hoitoa. Päätös vapaudenmenetykseen kuten määrääminen tahdosta riippumattomaan hoitoon ei ole aina niin yksiselitteistä, ja tasapainon löytäminen esimerkiksi juuri vapauden ja pakon välillä on eettisesti keskeinen kysymys. Varsinkin mielensterveyshoitotyössä on tärkeää tunnistaa potilaan ja hoitajan päätösvallan rajat<sup>44</sup>. Poikkeaminen ja laiminlyönti lakitason sääntelystä henkilön perusoikeuksien rajoittamisen osalta voi johtaa myös kansainvälisten ihmisoikeussopimusten velvoitteiden ja esimerkiksi Euroopan ihmisoikeussopimuksen turvaaman minimitaso suojan loukkaamiseen. Tapauksessa Hadžimejlić ja muut vastaan Bosnia ja Hertsegovina katsottiin rikottavan Euroopan ihmisoikeussopimuksen artikla 5(1) ja 5(4) kohtia, kun kantajien vapauden riistäminen ei ollut tapahtunut kansallisessa laissa säädetyn menettelyn mukaisesti<sup>45</sup>. Euroopan ihmisoikeussopimuksen I osa

---

<sup>40</sup> Hallberg ja muut, 2005, luku 2.

<sup>41</sup> HE 309/1993 vp, s. 42.

<sup>42</sup> Hämäläinen ja muut, 2017, s. 56.

<sup>43</sup> HE 309/1993 vp, s. 48.

<sup>44</sup> Hämäläinen ja muut, 2017, s. 57.

<sup>45</sup> EIT tapaus Hadžimejlić ja muut v. Bosnia ja Hertsegovina (3.11.2015), kohdat 54 ja 59.

määrittelee Euroopan neuvoston jäsenvaltioilta sen minimitason, jonka hyväksymistä niiltä edellytetään<sup>46</sup>. Jäsenvaltiot voivat kuitenkin säätää esimerkiksi perusoikeuksien suojasta laajemminkin kansallisessa lainsäädännössään. Tämä perustuu Euroopan ihmisoikeussopimuksen 53 artiklaan jossa todetaan, että yleissopimus ei rajoita sopimuspuolen lainsäädännössä turvattuja tai jossain sen allekirjoittamassa sopimuksessa tunnustettuja ihmisoikeuksia ja perusvapauksia.

Perusoikeusuudistusta koskeneessa hallituksen esityksessä yksilön itsemääräämisoikeuden on todettu olevan useiden muiden säännösten perustana, vaikka sitä ei nimenomaisesti mainitakaan perustuslaissa<sup>47</sup>. Tämän takia esimerkiksi juuri perustuslain 2 luvun 7 §:n ja 9 §:n perusoikeuksien soveltamisessa on huomioitava yksilön itsemääräämisoikeus. Itsemääräämisoikeus tulee vahvasti esille sosiaali- ja terveydenalalla, jossa potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Tämä velvoite on säädetty laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 2 luvun 6 §:ssä. Itsemääräämisoikeus on turvattu myös kansainvälisillä ihmisoikeussopimuksilla. Vaikka myöskään näissä kansainvälisissä sopimuksissa ei ole mainittu yksilön itsemääräämisoikeutta nimenomaisesti, se tulee ottaa huomioon myös näiden sopimusten kautta. Esimerkkeinä mainittakoon Euroopan ihmisoikeussopimuksen 2 artikla, jossa säädetään jokaisen oikeudesta elämään ja kansalaisoikeuksia ja poliittisia oikeuksia koskevan kansainvälisen yleissopimuksen (SopS 8/1976) 9 artikla, jossa todetaan jokaisen oikeudesta vapautteen ja henkilökohtaiseen turvallisuuteen.

Euroopan ihmisoikeussopimuksen 8 artiklan loukkaaminen voi tulla myös kyseeseen sosiaali- ja terveydenalalla. Kyseisessä artiklassa todetaan jokaisen oikeudesta nauttia yksityis- ja perhe-elämän kunnioitusta, ja sen loukkaaminen voi ilmentyä esimerkiksi laitoshoidossa olevien henkilöiden kirjeiden avaamisella ja lukemisella. Kyseisen teon voidaan nähdä loukkaavan kirjeenvaihdon lisäksi myös yksityiselämän suojaa<sup>48</sup>.

---

<sup>46</sup> Pellonpää ja muut, 2018, s. 367.

<sup>47</sup> HE 108/2014 vp, s. 7.

<sup>48</sup> Pellonpää ja muut, 2018, s. 777.

Tapauksessa X vastaan Suomi kantajan yksityiselämän suoja oli loukattu, kun kansallinen laki ei ollut sisältänyt oikeusturvatakeita lääkärien pakkolääkitykseen liittyvän päätöksen suhteen. Tapauksessa otettiin kantaa mielenterveyslain 22 b §:n 3 kohtaan, jonka mukaan potilaan tahdosta riippumatta suoritettavista hoito- ja tutkimustoimenpiteistä päättää häntä hoitava lääkäri. Kansallinen oikeuslääkinnästä vastaava viranomais ei voinut tämän pykälän perusteella käsitellä potilaan tekemiä valituksia pakkolääkityksestä, koska päätöksenteko kuului kantajaa hoitaville lääkäreille. Euroopan ihmisoikeustuomioistuin totesi kantajalta olleen riistetty hänelle kuuluva oikeus vähimmäisuojaan, koska riittäviä oikeusturvatakeita päätökseen pakkolääkityksestä ei ollut, eikä asiaa voinut saattaa tutkittavaksi. Tapauksessa katsottiin, että Euroopan ihmisoikeussopimuksen 8 artiklaa oli loukattu<sup>49</sup>. Myös tapauksessa H.H. vastaan Suomi katsottiin, että Euroopan ihmisoikeussopimuksen 8 artiklaa oli loukattu, kun kantajalla ei ollut mahdollisuutta valittaa lääkärin tekemistä päätöksistä, jotka koskivat tahdonvastaista lääkitystä. Tapauksessa rikottiin myös 5 artiklan 4 kohtaa, koska kantajan pyyntö suullisesta kuulemisesta oli hylätty sillä perusteella, että noin kolme vuotta sitten annettu psykiatrinen asiantuntijalausunto oli nähty riittäväksi<sup>50</sup>.

## **2.1 Itsemääräämisoikeus tahdonvastaiseen psykiatriseen hoitoon määrittämisessä**

Potilaalla tarkoitetaan terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävää tai niiden kohteena olevaa henkilöä. Tämä määritelmä on todettu laissa potilaan asemasta ja oikeuksista 1 luvun 2 §:n 1 kohdassa. Potilaalla viitataan mielenterveyslaisissa sen luvuissa 2–4 ja 4 b säädetyillä tavoilla hoitoon määrättyyn henkilöön, taikka tutkimukseen tai tarkkailuun otettuun henkilöön. Tämä määritelmä on todettu mielenterveyslain 4 a luvun 22 a §:ssä, missä todetaan lisäksi perusoikeuksien rajoitusten yleisistä edellytyksistä. Mielenterveyslain 2 luvun 8 §:n mukaan henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta

---

<sup>49</sup> EIT tapaus X v. Suomi (3.7.2012), kohdat 219–222.

<sup>50</sup> EIT tapaus H.H. v. Suomi (9.12.2025), kohdat 8, 14, 31.

psykiatriseen sairaalahoitoon vain kolmen edellytyksen täyttyessä: Jos henkilö todetaan mielisairaaksi, henkilö on hoidon tarpeessa siten, että hänen mielisairautensa pahenisi ilman hoitoa tai muuten hänen tai muiden terveys ja turvallisuus vaarantuisi ja jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät ole osoittautuneet riittäviksi tai soveltuviksi. Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrääminen edellyttää lain mukaan kolmea vaihetta, jotka ovat järjestyksessä tarkkailulähetteen laatiminen, tarkkailulausunnon antaminen sekä määräämispäätöksen tekeminen hoitoon<sup>51</sup>. Tahdonvastaiseen tarkkailuun lähettäminen vaatii lääkärin kirjoittaman M1-lausunnon, jossa osoitetaan, että lain määräämät edellytykset potilaan lähettämiseksi tahdonvastaiseen psykiatriseen sairaalahoitoon ovat olemassa<sup>52</sup>. Mielenterveyslain 2 luvun 9–9a §:ssä säädetään tarkkailulähettestä, joka on laadittava terveyskeskuksessa työskentelevän virkasuhteisen lääkärin toimesta, mikäli potilas on tahdosta riippumattoman hoidon tarpeessa ja edellytykset kyseiselle hoidolle ovat todennäköisesti olemassa. Tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen edellytysten selvittämiseksi henkilö voidaan ottaa sairaalaan tarkkailuun mielenterveyslain 2 luvun 9 c §:n mukaan ja 10 §:n mukaisesti tarkkailusta vastaavan lääkärin on annettava tarkkailussa olevasta henkilöstä kirjallinen tarkkailulausunto. Tarkkailulausunto eli M2-lomake tulee kirjata tarkkailuajan päätyttyä, eli viimeistään neljäntenä päivänä tarkkailun aloittamisesta. Lääkäri kirjaa tarkkailulausunnon hänen tekemiensä havaintojen ja potilaan haastattelun pohjalta. Tarkkailun jälkeen henkilön omaa mielipidettä on kuultava, ennen kuin lääkäri tekee pidättävän tai vapauttavan hoitopäätöksen, eli M3-lomakkeen. Pidättävä hoitopäätös tarkoittaa tahdosta riippumatonta hoitoa ja vapauttava hoitopäätös taas vapaaehtoista hoitoa. Vapauttava hoitopäätös voidaan esittää, mikäli kriteerit tahdosta riippumattomaan hoitoon eivät täyty henkilön kohdalla<sup>53</sup>.

Henkilön itsemääräämisoikeus selviää potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 2 luvun 6 §:ssä, jossa todetaan, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä tämän kanssa ja mikäli tämä kieltäytyy hoidosta tai tietyistä hoitotoimenpiteistä, häntä on

---

<sup>51</sup> HE 335/2010 vp, s. 5.

<sup>52</sup> Lehtonen ja muut, 2014.

<sup>53</sup> Hämäläinen ja muut, 2017, s. 75.

hoidettava yhteisymmärryksessä muulla lääketieteellisesti hyväksytyllä tavalla mahdollisuuksien mukaan. Tarkoituksena on osallistaa henkilö hänen oman hoitonsa suunnitteluun<sup>54</sup>. Samassa pykälässä todetaan myös, että vaikka potilas tai tämän edustaja kieltäytyy hoidosta taikka näiden näkemykset hoidosta eroavat toisistaan paljon, potilasta on silti hoidettava tämän henkilökohtaisen edun mukaisesti. Potilaan lähiomaiselta tai edustajalta tulee kysyä suostumusta hoitoon, mikäli esimerkiksi potilaan psyykkisen tilan vuoksi kysyminen häneltä itseltään ei ole mahdollista. Jos potilaan tahtoa ei saada selvitettyä millään muulla tavalla, on hoito toteutettava huomioiden potilaan henkilökohtainen etu. Paternalismi tarkoittaa päätöksen tekemistä jonkun toisen puolesta hänen omaksi hyväkseen, ja sen käyttäminen voi tuntua oikeutetulta tilanteissa, joissa päätöksen kohteena olevan henkilön harkintakyky on alentunut huomattavasti<sup>55</sup>. Paternalistisen väliintulon tarkoituksena on suojella henkilöä vaurioilta ja vahingoilta, jotka ovat aiheutuneet hänen omasta tietoisesta tai tiedostamattomasta toiminnastaan<sup>56</sup>. Mielen-terveyshäiriöstä johtuva tiedostamaton toiminta voi olla henkilölle itselleen hyvinkin vahingollista. Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 2 luvun 6 §:n 3 momentti ja Euroopan ihmisoikeussopimuksen 5(1) artiklan e-kohta viittaisivat siihen, että mikäli tilanne sitä vahvasti edellyttää eikä yhteisymmärrykseen hoidosta ja toimenpiteistä päästä, asianomaisen kieltäytymisellä ei ole loppujen lopuksi merkitystä vaan hänet voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon. Itsemääräämiskyvyn rajojen määrittelyminen on ongelmallista myös tahdonvastaisten toimenpiteiden sääntelyn suhteen ja esimerkiksi myös muutoksenhakuoikeuden käyttämistä joudutaan arvioimaan, kun potilas ei kykene itsemääräämiseen<sup>57</sup>.

Euroopan ihmisoikeussopimuksen 5(1) artiklan e-kohdan mukaan henkilöltä voidaan riistää hänen vapautensa lain nojalla hänen heikon mielenterveytensä vuoksi. Jotta vapaudenriisto mielenterveydellisistä syistä toteutuisi, edellyttää se fyysisesti rajattuun tilaan sijoittamista sekä sitä, että henkilö ei ole antanut pätevää suostumusta

---

<sup>54</sup> Koivisto, 2018, s. 638.

<sup>55</sup> Hämäläinen ja muut, 2017, s. 56–57.

<sup>56</sup> Launis, 2010, s. 137.

<sup>57</sup> Tuori & Kotkas, 2023, s. 523.

sijoittamiselleen<sup>58</sup>. Henkilökohtainen vapaus on Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen mukaan demokraattisessa yhteiskunnassa niin tärkeä, ettei henkilön katsota luopuvan omista ihmisoikeuksistaan, vaikka hän itse antaisi suostumuksensa sulkea itsensä laitokseen<sup>59</sup>. Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen ratkaisukäytännöstä on todettavissa muun muassa, että yksilön vapauden riistäminen mielenterveyden häiriön perusteella tulee osoittaa luotettavasti ja mielenterveyshäiriön tulee olla vakavuudeltaan sellainen, että se oikeuttaa henkilön tahdonvastaisen laitoshoidon<sup>60</sup>. Mielenterveyshäiriöksi voidaan luokitella esimerkiksi mielialahäiriöt, psykoosit ja ahdistuneisuushäiriöt<sup>61</sup>. Pelkästään henkilön poikkeava käyttäytyminen verrattuna yhteiskunnan normaaleihin käytäntöihin ei ole tarpeeksi riittävä syy riistää henkilöltä vapaus, vaan taustalla on oltava todettavissa oleva mielenterveyshäiriö. Ihmisoikeustuomioistuin on myös useasti todennut, että Euroopan ihmisoikeussopimuksen 5(1) artiklan e-kohdan soveltaminen on vaikeaa, koska heikon mielenterveyden määrittäminen itsessään on jo niin hankalaa<sup>62</sup>. Varsinkin tilanteissa, joissa lääkäri tapaa ensimmäistä kertaa mielenterveyspotilaan, lääkärin on hankalaa arvioida välittömästi potilaan mielenterveyshäiriöitä ja niiden vaikutuksia potilaan omaan päätöksentekokykyyn<sup>63</sup>. Tämä aiheuttaa haasteita tunnistaa varsinainen rajanveto potilaan mielenterveyshäiriön ja poikkeavan käyttäytymisen välillä. Itsemääräämisoikeuden toteutumisen kannalta rajan tulisi olla selkeä varsinkin tilanteissa, joissa potilas on eri mieltä esimerkiksi tahdonvastaisen hoidon suhteen lääkärin kanssa. Lääkärillä on enemmän tietoa sairauksista ja niiden hoitamisesta kuin potilaalla, mikä useimmiten johtaa siihen, että lääketieteellistä apua hakevan potilaan on antauduttava lääkärin tietopohjaisen auktoriteetin edessä<sup>64</sup>.

---

<sup>58</sup> Pellonpää ja muut, 2018, s. 500.

<sup>59</sup> Turunen, 2025, s. 128.

<sup>60</sup> EIT tapaus Herczegfalvy v. Itävalta (24.9.1992), kohta 63, EIT tapaus X v. Suomi (3.7.2012), kohta 149.

<sup>61</sup> Turunen, 2025, s. 159.

<sup>62</sup> EIT tapaus Winterwerp v. Alankomaat (24.10.1979), kohdat 37–39.

<sup>63</sup> Turunen, 2025, s. 199.

<sup>64</sup> Häyry, 1991, s. 9–10, Launis, 2010, s. 138.

## 2.2 Tahdosta riippumattomat toimenpiteet itsemääräämisoikeuden rajoittamiseksi

Potilaan itsemääräämisoikeudesta on säädetty laissa potilaan asemasta ja oikeuksista 2 luvun 6 §:ssä. Saman pykälän 4 momentissa todetaan tahdosta riippumatta annettavasta hoidosta niin, että silloin on voimassa se, mitä esimerkiksi mielenterveyslaissa ja tartuntatautilaissa säädetään. Mielenterveyslain 4 a luvun 22 a §:ssä säädetäänkin potilaan itsemääräämisoikeudesta niin, että sitä ja muita perusoikeuksia saadaan tämän luvun nojalla rajoittaa vain siinä määrin kuin sairauden hoito, hänen tai toisen turvallisuus taikka muu luvussa säädetyn edun turvaaminen vaatii. Tämä perustuu siihen, että mikäli henkilön vapaudenmenetyksen aikana ilmenee tarve tämän muiden perusoikeuksien rajoittamiseen, tästä tulee säätää lailla<sup>65</sup>. Itsemääräämisoikeuden perusoikeudellisesta suojasta huolimatta tahdosta riippumattomat toimenpiteet ovat oikeudellisesti mahdollisia toimenpiteen kohteen etuun vetoavissa sekä yleisiin etuihin vetoavissa perusteissa<sup>66</sup>. Päätösvalta rajoitustoimenpiteiden tekemisestä kuuluu hoitavalle lääkärille ja myös henkilökuntaan kuuluva voi suorittaa näitä toimenpiteitä, mikäli ne on suoritettava kiireellisesti<sup>67</sup>.

Ihmisoikeuskomitea on todennut, että yksilön vapauden riistämiseen kuuluu tahdosta riippumattoman hoidon lisäksi erilaisten fyysisten rajoitusvälineiden käyttäminen. Henkilön kuljettaminen tahdonvastaisesti nähdään kuuluvan myös vapauden riistämisen piiriin<sup>68</sup>. Tällainen tahdosta riippumaton kuljetus voi tarkoittaa esimerkiksi mielenterveyslain 5 luvun 31 §:n toisessa momentissa tarkoitettua poliisin virka-avun hyödyntämistä potilaan kuljettamiseksi takaisin sairaalaan, mikäli potilas poistuu sieltä ilman lupaa. Tahdosta riippumattomassa hoidossa olevaa potilasta voidaan muun muassa kieltää poistumasta sairaalasta, eristää tämä muista potilaista, sitoa ja pitää kiinni käyttämällä

---

<sup>65</sup> Nieminen, 2008, s. 875.

<sup>66</sup> Tuori & Kotkas, 2023, s. 521.

<sup>67</sup> Tuori & Kotkas, 2023, s. 670.

<sup>68</sup> CCPR/C/GC/35, kohta 5.

välttämättömiä voimakeinoja<sup>69</sup>. Tahdonvastaisessa hoidossa varsinkin potilaan liikkumisvapauden rajoittaminen esiintyy usein, koska potilaat ovat usein sijoitettu suljetuille osastoille, joissa liikkuminen on rajoitettua. Vaikka rajoitustoimenpiteillä puututaankin potilaan perusoikeuksiin, niillä samalla turvataan potilaan perustuslain 7 §:ssä säädetty oikeus elämään ja henkilökohtaiseen turvallisuuteen sekä saman lain 19 §:ssä säädetty oikeus välttämättömään huolenpitoon. Rajoitustoimenpiteillä pyritään myös suojaamaan toisten henkilöiden henkilökohtaista vapautta, koskemattomuutta, turvallisuutta, omaisuutta sekä elämää yleisesti<sup>70</sup>. Voidaan todeta, että itsemääräämisoikeus vaatii aktiivisia tekoja ja toimia julkiselta vallalta<sup>71</sup>.

Hallituksen esityksessä on todettu, että tieto henkilön itsemääräämisoikeuden alenemisesta voi perustua tämän lähipiirin tai hoitoon osallistuvan henkilön havaintoihin tämän käyttäytymisessä tapahtuneista muutoksista<sup>72</sup>. Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 6 §:n ja sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (812/2000) 9 §:n tarkoittamissa tilanteissa on epäselvää, että minkälaisia perusoikeuksien rajoitustoimenpiteitä voidaan oikeuttaa omaisen tai muun läheisen suostumuksella silloin, kun potilas ei itse kykene määrittelemään ja käyttämään itsemääräämisoikeuttaan<sup>73</sup>. Tapauksessa, jossa muistisairas nainen menehtyi hoivakodissa sitomisen seurauksena, omaisilta ei alustavasti ollut kysytty lupaa tuoliin sitomisesta. Tapaukseen liittyen Varhan tulosaluejohtaja Eeva-Sirkku Pöyhönen toteaa, että itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta tulee keskustella asiakkaan kanssa tai mikäli tämä ei siihen itse kykene, asiakkaan lähiomaisen tai edustajan kanssa<sup>74</sup>. Itsemääräämisoikeuden toteutuminen tahdosta riippumattomien toimenpiteiden käytössä on paternalistisesta näkökulmasta ongelmallinen. Itsemäärääminen edellyttää yleensä kykyä määrätä itseensä kohdistuvista toimenpiteistä ja onkin katsottu, että sosiaali- ja terveydenhuollon potilailta voi puuttua tämä kyky määritellä itse omat etunsa. Mielenterveydellisten syiden vuoksi henkilöillä ei

---

<sup>69</sup> Tuori & Kotkas, 2023, s. 670–671.

<sup>70</sup> HE 108/2014 vp, s. 131.

<sup>71</sup> Koivisto, 2018, s. 641.

<sup>72</sup> HE 108/2014 vp, s. 94.

<sup>73</sup> Tuori & Kotkas, 2023, s. 664.

<sup>74</sup> Hirvonen ja muut, 2026.

välttämättä ole kykyä määrittellä itsemääräämisestään ja etenkin alaikäisten kohdalla tämä on ongelmallista<sup>75</sup>. Myös tapauksissa, joissa henkilö on kykeneväinen ymmärtämään tilansa, mutta silti vastustaa häneen kohdistuvia perusoikeuksien rajoitustoimenpiteitä, vaikka nämä olisivat hyväksi hänelle, ovat ongelmallisia ja vaativat tarkkoja säännöksiä oikeuttaakseen nämä toimenpiteet<sup>76</sup>. On epäselvää, että kuinka suuri määrä tietoa riittää tekemään henkilön päätöksentekoprosessista autonomisen ja pelkästään henkilön tietämättömyys omasta tilanteestaan ei riitä määrittelemään henkilöä epäautonomiseksi. Tahdonvastaisesta hoidosta keskusteltaessa korostuu aikaisemmin mainittu lääkärin suurempi tieto ja ymmärrys potilaan terveydentilasta, joka on ylivertaista verrattuna potilaan omaan harkintaan ja tietotaitoon<sup>77</sup>. Kansallisessa mielenterveysstrategiassa onkin linjattu pyrkimyksestä muuttamaan lainsäädäntöä sellaiseksi, että se tulisi vahvistamaan psyykkisiä sairauksia sairastavien itsemääräämisoikeuden toteutumista paremmin erilaisissa palveluissa<sup>78</sup>.

---

<sup>75</sup> Tuori & Kotkas, 2023, s. 524.

<sup>76</sup> Kess, 2023, s. 354.

<sup>77</sup> Launis, 2010, s. 138.

<sup>78</sup> STM julkaisu 2020:6, s. 28.

### 3 Perusoikeuksien rajoitustoimenpiteet

Mielenterveyslain 4 a luvussa on mainittuna potilaan perusoikeuksien rajoitustoimenpiteet, jotka kohdistuvat 4 a luvun 22 a §:ssä määriteltyyn tutkimukseen tai hoitoon määrättyyn taikka tarkkailuun otettuun henkilöön. Potilaan psyykkisen ja ruumiillisen sairauden hoitaminen hänen tahdonvastaisesti on sallittua vain, mikäli se on tarpeen tai hoitamatta jättäminen vaarantaisi vakavasti hänen tai muiden turvallisuutta ja terveyttä, kuten mielenterveyslain 4 a 22 b §:ssä ja 22 c §:ssä on todettu. Euroopan neuvoston suosituksen Rec 99(4) periaatteen 25 mukaan henkilöön, joka kärsii vakavasta mielenterveyden häiriöstä, voidaan ilman hänen suostumustaan kohdistaa hoitotoimenpiteitä, mikäli niiden käyttämättä jättäminen saattaisi aiheuttaa vakavaa haittaa tämän terveydelle<sup>79</sup>. On huomioitava, että kun potilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan, suhteellisuusperiaatteen mukaisesti on valittava kaikista rajoitustoimenpiteistä se lievin ja vähiten rajoittava. Toimenpiteiden tulee olla kohtuullisessa ja järkevässä suhteessa tavoiteltavaan lopputulokseen nähden, eikä rajoitustoimenpiteisiin saa ryhtyä, mikäli niitä lievemmät keinot riittävät tilanteen hoitamiseksi<sup>80</sup>.

Rajoitustoimenpiteitä ovat 4 a luvussa mainitut liikkumisvapauden rajoittaminen, potilaan eristäminen muista potilaista, omaisuuden haltuunotto, potilaan omaisuuden ja lähetysten tarkastaminen, henkilöntarkastus ja yhteydenpidon rajoittaminen. Lisäksi 4 a luvun 22 f §:ssä todetaan myös potilaan kiinnipitamisestä ja sidottuna pitämisestä, joita voidaan pitää fyysisinä voimakeinoina. Voimakeinoista onkin säädetty 22 d §:n liikkumisvapauden rajoittamisessa ja 22 e §:n erityisissä rajoituksissa ja niiden käytön on oltava tarpeellista, välttämätöntä ja puolustettavaa. Myös mielenterveyslain 22 b §:n toisessa momentissa on todettu oikeudesta käyttää potilaan psyykkisen sairauden hoitamiseen hänen tahdostaan riippumatta sellaisia lääketieteellisesti hyväksyttäviä tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä, joiden käyttämättä jättäminen vaarantaisi hänen tai muiden terveyttä tai turvallisuutta. Näiden tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden suorittaminen voi edellyttää

---

<sup>79</sup> Rec(99)4, Principle 25, Turunen, 2025, s. 130.

<sup>80</sup> Makkonen ja muut, 2016, s. 15.

niiden suorittamista pakolla, jolloin hoitohenkilökunnan on varauduttava voimakeinojen käyttöön.

Perusoikeuksien rajoittamisesta on säännelty muun muassa mielenterveyslaissa, päihdehuoltolaissa ja lastensuojelulaissa<sup>81</sup>. Rajoitustoimenpiteistä on siis säännelty lähinnä sosiaali- ja terveydenhuollon erityislaeissa ja niissä on säädelty rajoitusten yleiset ja erityiset edellytykset. Rajoitustoimenpiteet ovat mahdollisia joko paternalistisin tai utilitaristisin perustein. Utilitarismi tarkoittaa tässä tapauksessa hoitotoimenpiteiden suorittamista yleisen tai julkisen edun mukaisesti yksilön edun sijaan<sup>82</sup>. On huomattava, että niiltä osin kuin ei ole kyse näiden sosiaali- ja terveydenhuollon erityisalojen asiakkaasta tai potilaasta, joihin sovelletaan erityislakeja, rajoitustoimenpiteiden käyttöä ei ole erikseen säännelty<sup>83</sup>. Tämän takia on myös tärkeää, että potilaan kanssa toimitaan yhteisymmärryksessä potilaslain ja sosiaalihuollon asiakaslain mukaisesti. Koska esimerkiksi potilaslaissa ei ole säännelty rajoitustoimenpiteistä, niiden puutetta paikataan ihmisoikeustoimielinten ja tuomioistuimen ratkaisukäytännön avulla<sup>84</sup>. Vaikka potilas olisikin määrätty tahdosta riippumattomaan hoitoon, se ei tarkoita aina sitä, että potilaan hoidossa tulisi käyttää tahdosta riippumattomia toimenpiteitä. Potilaan perus- ja ihmisoikeuksia tulee rajoittaa vain silloin, kun se on ehdottoman välttämätöntä ja nämä rajoitukset tulee perustella potilaalle ennen toimeenpanemista<sup>85</sup>.

Hallituksen esityksen mukaan potilaiden väkivaltaisuus on ollut yleisin syy rajoitustoimenpiteiden käyttämiselle. Rajoitustoimenpiteitä on käytetty myös muun muassa potilaiden itsetuhoisuuden takia, rauhattomuuden, äänekkyyden, hoitokielteisyyden ja epäsosiaalisuuden takia<sup>86</sup>. Rajoitustoimenpiteitä ei saa koskaan käyttää vain esimerkiksi henkilökunnan mukavuuden vuoksi<sup>87</sup>. Oikeusasiamies on kiinnittänyt huomiota

---

<sup>81</sup> Kess, 2023, s. 82.

<sup>82</sup> Tuori, 2023, s. 516, 521.

<sup>83</sup> Kess, 2023, s. 82.

<sup>84</sup> Kess, 2023, s. 82.

<sup>85</sup> Hämäläinen ja muut, 2017, s. 78.

<sup>86</sup> HE 113/2001 vp, s. 12.

<sup>87</sup> CAT/OP/27/2, kohta 9.

somaattisessa terveydenhuollossa siihen, että pelkkä potilaan levottomuus ei ole riittävä syy lepositeiden käyttämiselle ja toteakaan kuntayhtymän ohjeen täsmentämistä vastamaan mielenterveyslaissa edellytettyä<sup>88</sup>. Kyseinen huomio tulisi huomioida myös tahdonvastaisessa psykiatrisessa hoidossa, kun perusoikeuksien rajoitustoimenpiteitä joudutaan käyttämään. On myös mahdollista, että Euroopan ihmisoikeussopimuksen 3 artiklassa todettu kidutuksen kielto saattaa tulla arvioitavaksi, mikäli rajoitustoimenpiteiden käyttäminen täyttää tietyn vakavuuden asteen. Esimerkiksi rajoitustoimenpiteiden käyttöön liittyvän kaltoinkohtelun tulee saavuttaa vakavuudeltaan vähimmäistaso, jotta Euroopan ihmisoikeussopimuksen 3 artikla kidutuksen kiellosta voi tulla kyseeseen. Tämän vähimmäistason arviointiin vaikuttavat muun muassa tapauksen olosuhteet, hoidon kesto sekä myös joissakin tapauksissa uhrin ikä ja sukupuoli<sup>89</sup>. Tilanteeseen sopivan rajoitustoimenpiteen valinnan ja sen käyttämisen taustalla vaikuttavat jatkuvasti suhteellisuusperiaate ja hoitohenkilökunnan oma arviointi tilanteesta sekä kohteena olevasta potilaasta.

Hallituksen esityksessä todetut mielenterveyslain 22 e §:n erityisiin rajoituksiin liittyvät toimenpiteet voidaan nähdä fyysisinä voimakeinoina, kuten potilaan kiinnipitäminen sekä tämän sitominen vyöllä tai hihnoilla, eli toisin sanoen potilaan asettaminen lepositeisiin<sup>90</sup>. Samassa esityksessä mainitaan, että minkäänlaiseen muuhun sitomiseen kaltaiseen säännös ei oikeuta, eli muita kuin edellä mainittuja voimakeinoja ei saa käyttää potilaan eristämiseksi taikka tämän suojaamiseksi itseltään ja muilta. Hallituksen esityksen perusteluissa on korostettu sitomisen käyttämistä viimeisenä keinona ja ainoastaan kaikista vaikeimmissa tilanteissa<sup>91</sup>. Potilaan eristämällä tarkoitetaan hallituksen esityksen mukaan potilaan sulkemista omaan tai muuhun lukittuun huoneeseen. Näin voidaan menetellä, mikäli potilaan käyttäytyminen viittaisi siihen, että hän aikoo todennäköisesti vahingoittaa muita tai itseään, vaikeuttaisi muiden potilaiden hoitamista ja ahdistelisi näitä, aiheuttaisi huomattavaa omaisuusvahinkoa sekä jos eristäminen olisi muusta

---

<sup>88</sup> EOAK/1601/2018, s. 10.

<sup>89</sup> EIT tapaus M.S. v. Kroatia (19.2.2015), kohta 95, EIT tapaus Bataliny v. Venäjä (23.7.2015), kohta 82.

<sup>90</sup> HE 113/2001 vp, s. 25–26.

<sup>91</sup> Vidén & Kauppi, 2014, s. 13.

erittäin painavasta syystä välttämätöntä. Potilaiden sitominen ja eristäminen ovat kaikista vakavimmat toimenpiteet, ja osastojen tulisikin käyttää kaikki vaihtoehtoiset keinot ennen niihin ryhtymistä<sup>92</sup>.

### 3.1 Rajoitustoimenpiteiden vaikutuksia

Rajoitustoimenpiteet kuten eristäminen ja sitominen voivat altistaa hoitohenkilökunnan fyysisille loukkaantumisille. Niiden on nähty myös heikentävän työhyvinvointia ja lisäävän henkistä kuormittumista<sup>93</sup>. Eduskunnan oikeusasiamiehen tarkastuksesta käy ilmi, että Niuvanniemen sairaalassa suhde eristämisen- ja sitomisaikojen ja hoitopäivien välillä on ollut laskeva ajanjaksolla 2006–2022, mutta sekä Niuvanniemen sairaalassa, että koko Itä-Suomessa on havaittu vuodesta 2019 eteenpäin selkeää nousua rajoitustoimenpiteiden käytössä. Tarkastuksen mukaan Niuvanniemen sairaala oli ilmoittanut aluehallintovirastolle, että työyhteisössä rajoitustoimenpiteiden vähentäminen on yleisesti hyväksytty tavoite, mutta henkilökunnan osaaminen ja sen riittävyys on todettu haasteiksi tämän tavoitteen toteutumiseksi<sup>94</sup>. Apulaisoikeusasiamiehen vuoden 2022 Halikon sairaalan tarkastuksessa ilmeni samankaltaisia ongelmia rajoitustoimenpiteiden vähentämisen suhteen. Hoitohenkilökunnan kokemattomuus ja ylipaikkatilanne ovat vaikuttaneet rajoitustoimenpiteiden määrän kasvuun, johon osaltaan on mahdollisesti ollut syynä myös se, että rajoitustoimenpiteiden vähentämisen tavoitetta ei ole aktiivisesti pidetty näkyvillä<sup>95</sup>. Aluehallintovirasto on todennut positiivisen itsemääräämisoikeuden edistämiseen ja rajoitustoimenpiteiden vähentämiseen tähtäävän toimintakulttuurin olevan potilaiden perusoikeuksien toteutumisen kannalta keskeinen hoidon laatua mittaava tekijä. Apulaisoikeusasiamies kannustaakin tarkastuksen yhteenvedossaan sairaalaa jatkamaan rajoitustoimenpiteiden vähentämistä<sup>96</sup>.

---

<sup>92</sup> Makkonen ja muut, 2016, s. 23.

<sup>93</sup> Björkqvist ja muut, 2024, s. 3.

<sup>94</sup> EOAK/3565/2021, s. 14.

<sup>95</sup> EOAK/6721/2024, s. 26.

<sup>96</sup> EOAK/3565/2021, s. 14–15.

Toimivalta tahdosta riippumattomassa hoidossa voimakeinojen käyttämiseen on toimintayksikön hoitohenkilökunnalla. Hoitohenkilökunta voi esimerkiksi mielenterveyslain 4 a luvun 22 e §:n mukaan käyttää potilaan kiinnipitämiseen tämän eristämiseksi välttämättömiä voimakeinoja. Nämä voimakeinot ovat käytännössä potilaan sitominen kiinni hihnoilla tai vyöllä, eli asettaminen lepositeisiin<sup>97</sup>. Potilaan eristäminen ja sitominen aiheuttavat potilaalle muun muassa fyysisiä vammoja, posttraumaattisia oireita sekä niiden on huomattu hidastavan toipumista ja vaikeuttavan hoitosuhdetta. Tiedetyt potilaat suhtautuvat rajoitustoimenpiteisiin kuitenkin myönteisemmin ja kokevat esimerkiksi eristämisen tarpeellisena toimenpiteenä<sup>98</sup>.

Perusoikeuksien rajoitustoimenpiteiden käyttäminen vaihtelee maittain. Esimerkiksi Isossa-Britanniassa potilaan rajoittaminen tapahtuu vain fyysisesti potilasta kiinnipitämällä eikä vöitä käytetä, koska niiden käyttö nähdään epäeettisenä<sup>99</sup>. Australian mielenterveyspalveluiden tahdonvastaisten toimenpiteiden kuten eristämisen ja sitomisen on koettu olevan traumaattisia ja aiheuttavan potilaille kärsimystä ja vahinkoa. Tutkimuksen mukaan rajoitustoimenpiteet ovat väkivaltaisia ja toimivat täysin vastakohtana turvallisuudelle, aiheuttaen traumaattisia kokemuksia mielenterveyspalveluiden käyttäjille. Mielenterveyspalveluihin kuuluvat rajoitustoimenpiteet kuten eristäminen on tutkimuksen mukaan mahdollista lopettaa, mutta se vaatii vahvaa johtajuutta ja kestäviä toimintatapoja sekä sen ajatuksen muuttamista, että pakkohoito on oikeutettu lääketieteellisesti tarpeelliseksi<sup>100</sup>. Myös Norjassa tutkimuksen mukaan osa potilaista on kokenut, että rajoitustoimenpiteet kuten sitominen olisi vältettävissä. Toisaalta potilaat, joilla on todettu enemmän psykoottisia oireita, olivat enemmän ymmärtäviä eristämiseen toimenpiteenä. Huomionarvoista on se, että vaikka osa henkilökunnasta oli sitä mieltä, että sitominen ja eristäminen rauhoittivat potilaita, potilaiden hyökkäykset hoitohenkilökuntaa kohtaan olivat huomattavia ongelmia ja noin 70 % henkilökunnasta kertoikin kokeneensa pahoinpitelyä rajoitustoimenpiteiden käytön yhteydessä. Tutkimus alleviivaakin

---

<sup>97</sup> HE 113/2001 vp, s. 25–26.

<sup>98</sup> Björkqvist ja muut, 2024, s. 3.

<sup>99</sup> Steinert ja muut, 2009, s. 7.

<sup>100</sup> Watson ja muut, 2014, s. 529, 544.

hoitohenkilökunnan turvallisuuden tarvetta ja vaihtoehtoisten toimenpiteiden läpikäymistä nykyisten rajoitustoimenpiteiden tilalle. Myös tilanteiden jälkipuintia potilaiden kanssa rajoitustoimenpiteiden käytön jälkeen on korostettu tutkimuksen johtopäätöksissä<sup>101</sup>. On myös mahdollista, että hoitohenkilökunnan virheellinen arviointi potilaan tilasta voivat johtaa lopulta siihen, että esimerkiksi sitomista käytetään, vaikka se tulisi tuottamaan kohteena olevalle potilaalle entistä enemmän kipuja. Euroopan ihmisoikeustuomioistuin katsoi ratkaisussaan M.S. v. Croatia selkäkipuaan valittaneen potilaan sitomisen sänkyyn viideksitoista tunniksi olleen potilaalle nöyryyttävää ja aiheuttaen tälle fyysistä kärsimystä. Ratkaisussa Euroopan ihmisoikeustuomioistuin totesi tapaukseen soveltuvan Euroopan ihmisoikeussopimuksen 3 artiklan, jossa todetaan kidutuksen ja epäinhimillisen kohtelun kiellostä. Tapauksessa hoitohenkilökunta katsoi potilaan valitukset kivuistaan olevan vain toimenpiteen vastustamista<sup>102</sup>.

Monet sosiaali- ja terveydenhuollon alalla toimivat ovat pyrkineet välttämään rajoitustoimenpiteitä ja suosimaan potilaiden kanssa käytävää debriefingiä eli tilanteiden jälkipuintia rajoitustoimenpiteiden käytön jälkeen<sup>103</sup>. Hoitohenkilökunta käy rajoitustoimenpiteen, pääsääntöisesti sitomisen tai eristämisen, kohteena olevan potilaan kanssa jälkikäteen keskustelun tapahtumasta<sup>104</sup>. Mikäli potilas kieltäytyy eikä halua jälkipuintia tilanetta, hoitohenkilökunta käy tapahtuman läpi keskenään, jonka jälkeen jälkipuinti tulee kirjata potilasasiakirjoihin<sup>105</sup>. Asikaisen ja muiden tekemän tutkimuksen mukaan nykyisen jälkipuinnin malli ei ole sopiva potilaille, jotka ovat kärsineet pitkään eristämisestä. Tutkimuksen mukaan jälkipuintia suoritettiin enemmän vaarallisten ja vaikeasti hoidettavien potilaiden kanssa kuin muiden potilaiden. Huomionarvoista oli myös se, että tutkimussairaalan eristettyjen potilaiden hoitosuunnitelmissa ei ollut mainittu jälkipuintia rajoitustoimenpiteiden suorittamisen jälkeen<sup>106</sup>. Myös apulaisoikeusmiehen ratkaisusta

---

<sup>101</sup> Wynn, 2004, s. 446–447.

<sup>102</sup> EIT tapaus M.S. v. Kroatia (19.2.2015), kohdat 101 ja 102.

<sup>103</sup> Asikainen ja muut, 2023, s. 47.

<sup>104</sup> Makkonen ja muut, 2016, s. 16.

<sup>105</sup> EOAK/6721/2024, s. 25, Makkonen ja muut, 2016, s. 16.

<sup>106</sup> Asikainen ja muut, 2023, s. 52–54.

käy ilmi, että Halikon sairaalan osastoilla käytetään jälkipuintia, mutta se ei ole järjestelmällistä eikä erillistä ohjetta ja lomaketta ole käytössä jälkipuinnille<sup>107</sup>.

Henkilöiden tulisi säilyttää mahdollisimman laajasti oikeutensa, vaikka he olisivatkin hoidon tarpeessa. Vaikka itse hoito ja sinne määrääminen ei olisikaan ollut yksilön päätettävissä, hoitomenetelmien ja hoitoprosessin tulisi sisältää mahdollisimman paljon valinnanvapautta potilaalle<sup>108</sup>. Mielisairaita potilaita tulisi kohdella samalla tavalla kuten muitakin potilaita ottaen kuitenkin huomioon oikeudelliset periaatteet<sup>109</sup>. Vapautensa menettäneitä kuten esimerkiksi tahdonvastaisessa hoidossa olevia potilaita tulee kohdella inhimillisesti sekä kunnioittaen heidän synnynnäistä arvoaan. Vapautensa menettäneiden inhimillinen kohtelu on turvattu Yhdistyneiden kansakuntien kansalaisoikeuksia ja poliittisia oikeuksia koskevan yleissopimuksen 10 artiklassa<sup>110</sup>. Lainsäädännön avulla ei päästä perusoikeuksien rajoituksista eroon, joten tarve henkilökunnan kouluttamiselle sekä eettisten kysymysten jatkuvalle esittämiselle on olemassa<sup>111</sup>. Henkilökunnan kouluttaminen on tärkeää myös siitä syystä, että potilaiden hyökkäyksiä hoitohenkilökuntaa kohtaan saadaan ennaltaehkäistyä.

### 3.2 Tilastoja pakkotoimista

Mielenterveyslain 4 a luvun 22 f §:n 4 momentissa todetaan, että lupa- ja valvontavirastolle (aiemmin aluehallintovirasto, kyseinen 4 momentti on lailla 781/2025 muutettu, joka on tullut voimaan 1.1.2026) on toimitettava kahden viikon välein ilmoitukset potilaiden sitomisista ja eristämisistä. Ilmoituksessa on mainittava tunnistetiedot potilaasta, toimenpiteen syy ja tiedot sekä toimenpiteen määränneen lääkärin nimi. Lupa- ja valvontaviraston on hävitettävä potilasta koskevat tunnistetiedot kahden vuoden kuluttua tietojen saamisesta. Saman lain 4 a luvun 22 k §:ssä todetaan, että

---

<sup>107</sup> EOAK/6721/2024, s. 26.

<sup>108</sup> Owen & Floyd, 2010, s. 299.

<sup>109</sup> Paso, 2014, s. 116.

<sup>110</sup> Turunen, 2025, s. 132,

<sup>111</sup> Nieminen, 2008, s. 892.

itseääräämisoikeuden rajoitusten käytön seurannan ja valvonnan turvaamiseksi hoitoyksiköissä on oltava erilliset luettelot rajoituksista. Tähän luetteloon tulee merkitä tunnistetiedot potilaasta, rajoitusta koskevat tiedot sekä lääkärin nimi, joka on määrännyt rajoituksen ja kyseisen rajoituksen suorittajien nimet. Vaikka lainsäädännön mukaan kaikkien hoitoyksiköiden on pidettävä erillistä luetteloja rajoituksista ja toimitettava tiedot potilaisiin kohdistettavista rajoitustoimenpiteistä, näin ei ole kuitenkaan tapahtunut kaikissa yksiköissä<sup>112</sup>. Esimerkiksi Katriinan sairaalassa rajoituksia ei tilastoida erikseen, eikä koottua tietoa lukumääristä ole saatavilla, vaikka sairaalan potilastietojärjestelmä mahdollistaisikin rajoitusten seurannan<sup>113</sup>. Terveystilaan ja hoitoon liittyvät tiedot tulee rekisteröidä laajasti<sup>114</sup>.

Kansallinen mielenterveysstrategia on linjannut tavoitteeksi vähentää pakon käyttöä psykiatrisessa sairaalahoidossa<sup>115</sup>. Viimeisten vuosikymmenien aikana merkittävää pakon käytön vähentämistä ei kuitenkaan ole havaittu ja tilastointiongelmien vuoksi täysin luotettavia tilastotietoja ei ole ollut kansallisesti saatavilla<sup>116</sup>. Tilastojen arvioimisen tarkoituksena on ottaa selvää, onko pakon käytön vähentämisen tavoite toteutunut viimeisten viiden vuoden aikana. Seuraavissa kuvioissa on esitetty tahdonvastaisessa hoidossa olevien potilaiden lukumääriä, joihin on kohdistettu pakkotoimia viiden vuoden aikavälillä vuosina 2019–2024. Esitän myös vuosien 2011–2016 välillä kirjattuja pakkotoimien lukumääriä eriteltyinä, eli kuinka monta kertaa esimerkiksi eristämistä on käytetty pakkotoimena. Vuoden 2019–2024 eriteltyjä lukumääriä pakkotoimista ei ole ulkoisesti saatavilla, joten käytän siksi viimeisimpiä saatavilla olevia tietoja. Viiden vuoden aikaväli valikoitui sopivan pituuden ja selkeän tarkastelun vuoksi. Kaikki kuviot on laadittu Excelillä. Potilasmääriä koskevat tilastot on noudettu Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Sotkanet-tietokannasta, ja pakkotoimien lukumäärät Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tiivistet- ja kuutiokäyttöliittymästä. Näissä tietokannoissa käytetään termiä pakkotoimet

---

<sup>112</sup> Laukkanen ja muut, 2020, s. 442.

<sup>113</sup> EOAK/2458/2019, s. 13.

<sup>114</sup> Turunen, 2025, s. 130.

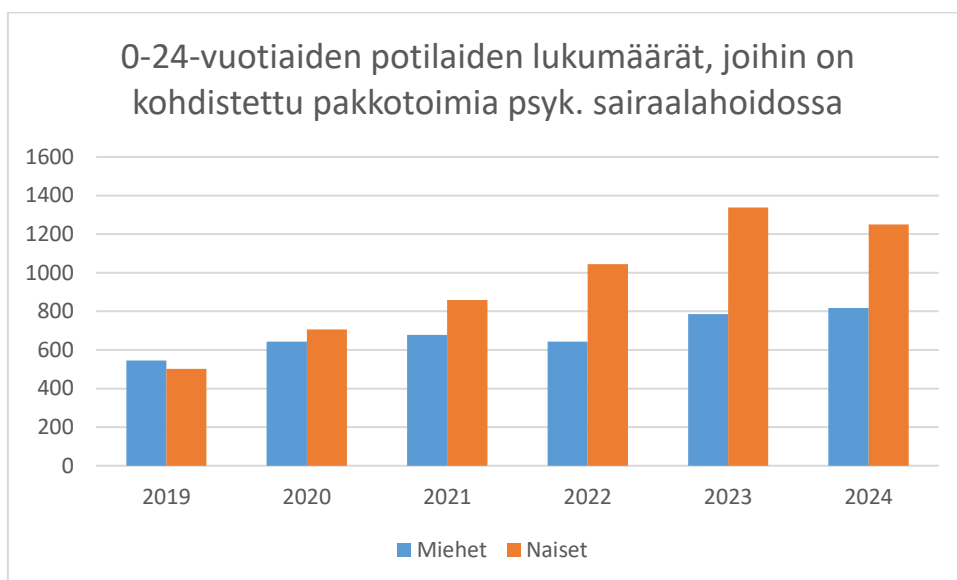
<sup>115</sup> STM julkaisu 2020:6, s. 28.

<sup>116</sup> Björkqvist ja muut, 2024, s. 3.

rajoitustoimenpiteiden sijasta. Termeillä tarkoitetaan kuitenkin samoja asioita ja selkeyden vuoksi käytän tässä luvussa termiä pakkotoimet<sup>117</sup>.

### 3.2.1 Potilaiden lukumääriä

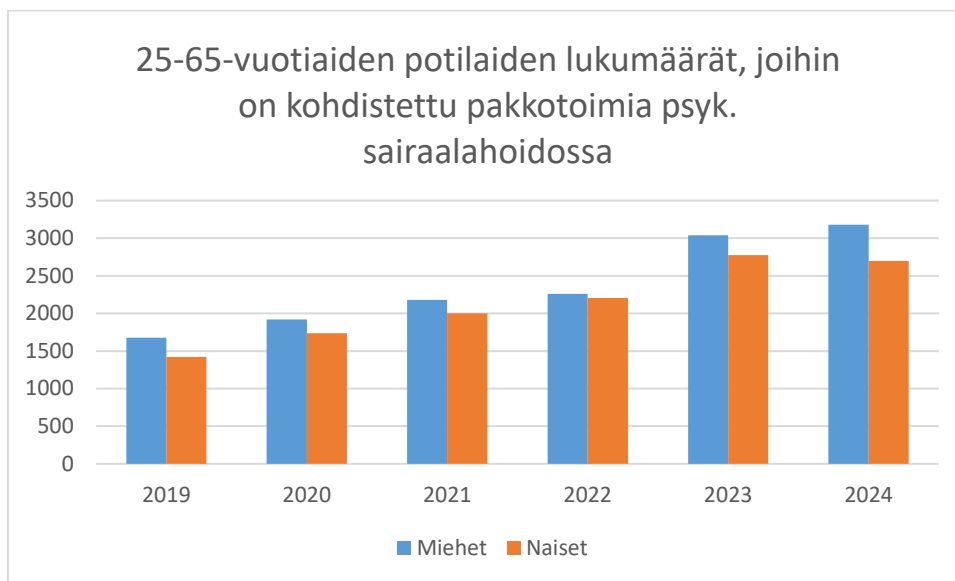
Alla on esitetty kuviossa 0–24-vuotiaiden potilaiden lukumäärät, joihin on kohdistettu pakkotoimia eli rajoitustoimenpiteitä psykiatrisessa sairaalahoidossa vuosina 2019–2024.



**Kuvio 1.** 0–24-vuotiaiden potilaiden lukumäärät, joihin on kohdistettu pakkotoimia psykiatrisessa sairaalahoidossa (THL Sotkanet).

0–24-vuotiaista naisiin kohdistui eniten pakkotoimia psykiatrisessa sairaalahoidossa vuosina 2019–2024. Vuosina 2023–2024 ero miehiin on ollut huomattava. Potilaiden lukumäärä on ollut vuosittain kasvavaa; vuonna 2019 potilaiden lukumäärä yhteensä oli 1048, kun vuonna 2024 lukumäärä oli 2068. Vuonna 2023 pakkotoimien kohteeksi joutuneiden potilaiden lukumäärä oli suurin, yhteensä 2124. Seuraavassa kuviossa on esitetty 25–65-vuotiaiden lukumäärät samalta aikaväliltä.

<sup>117</sup> Turunen, 2025, s. 7.



**Kuvio 2.** 25–65-vuotiaiden potilaiden lukumäärät, joihin on kohdistettu pakkotoimia psykiatriassa sairaalahoidossa (THL Sotkanet).

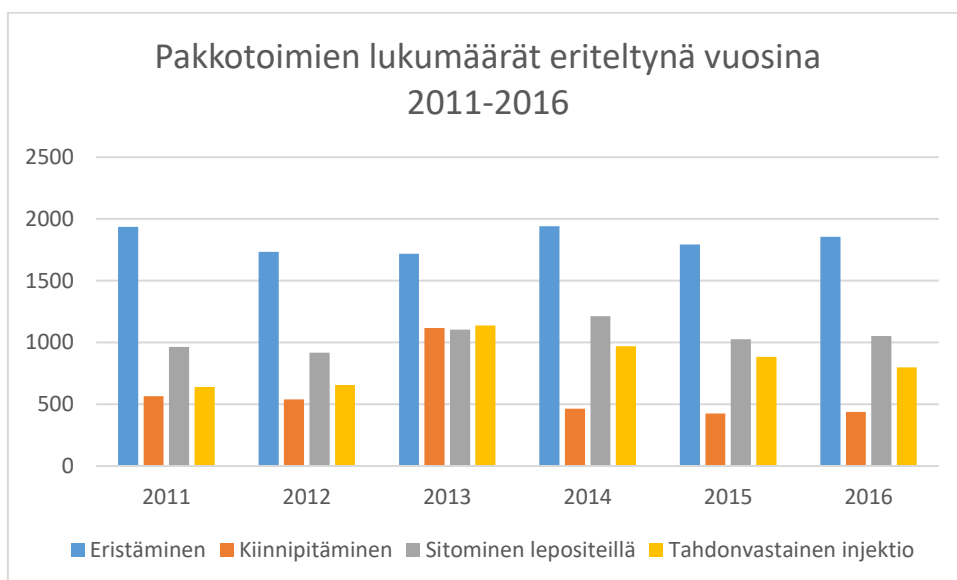
Kuviosta nähdään, että 25–65-vuotiaisiin miehiin kohdistui vuosina 2019–2024 hieman enemmän pakkotoimia kuin naisiin. Erot ovat kuitenkin pieniä, ja pakkotoimien kohteeksi joutuneiden potilaiden lukumäärä yhteensä oli suurin vuonna 2024. Potilaiden lukumäärä oli tuolloin 5878. Kuten 0–24-vuotiaissakin, pakkotoimien kohteeksi joutuneiden potilaiden lukumäärä on ollut vuosittain kasvavaa myös 25–65-vuotiaissa. Vuonna 2019 potilaiden lukumäärä oli 3097 ja vuonna 2024 peräti 5878.

Vuonna 2023 on ollut eniten pakkotoimien kohteena olevia potilaita kaikki ikäluokat ja sukupuolet huomioiden, yhteensä 7938 potilasta. Potilaiden lukumäärä, joihin on kohdistunut rajoitustoimenpiteitä eli pakkotoimia, on ollut kasvavaa molemmissa ikäjakauksissa. Rajoitustoimenpiteiden vähentäminen on nähty yleisenä tavoitteena, mutta vuosina 2019–2024 tämä ei ole näkynyt. Hoitohenkilökunnan riittävyys ja kokemattomuus on nähty haasteina rajoitustoimenpiteiden vähentämiselle. Rajoitustoimenpiteiden

vähentämisen tavoitetta ei ole enää pidetty samalla tavalla esillä kuin aikaisemmin, mikä on myös voinut vaikuttaa rajoitustoimenpiteiden käytön kasvuun<sup>118</sup>.

### 3.2.2 Rajoitustoimenpiteiden lukumääriä

Seuraavassa kuviossa on esitetty vuosien 2011–2016 pakkotoimien lukumääriä eriteltynä, eli kuinka monta kertaa esimerkiksi lepositeillä sitomista tapahtui tuolla aikavälillä. Kuviossa ovat pakkotoimista eristäminen, kiinnipitäminen, sitominen lepositeillä ja tahdonvastainen injektio. Kategoria tahdonvastainen injektio lakkautettiin vuoden 2017 alusta<sup>119</sup>.



**Kuvio 3.** Pakkotoimien lukumäärät eriteltynä vuosina 2011–2016 (THL:n tiiviste- ja kuutiokäyttöliittymä).

Kuviosta nähdään, että pakkotoimenpiteenä eristämistä on käytetty huomattavasti eniten vuosina 2011–2016. Kiinnipitämistä on tilastojen mukaan käytetty vähiten. Vuonna 2013 on käytetty eniten pakkotoimia, yhteensä 5077 kertaa. Tilastot eivät ole täysin

<sup>118</sup> EOAK/3565/2021, s. 14, EOAK/6721/2024, s. 26.

<sup>119</sup> Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2018, s. 24.

paikkansapitäviä ja niiden lukumäärät eri lähteissä vaihtelevat. Esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tiiviste- ja kuutiokäyttöliittymässä vuonna 2014 lepositeillä sitomista tapahtui 1213 kertaa, kun taas vuoden 2014 psykiatrisen erikoissairaanhoidon tilastoraportissa lukumäärä on 696<sup>120</sup>. Vuoden 2017 alusta pakkotoimien tiedonkeruuta ja pakkotoimiluokitusta muutettiin, mikä on vaikuttanut raportoitujen lukumäärien luotettavuuteen<sup>121</sup>.

Vuoden 2019–2024 eriteltyjä lukumääriä pakkotoimista ei ole ulkoisesti saatavilla, ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tiiviste- ja kuutiokäyttöliittymän tilastot pakkotoimien käytöstä päättyvät vuoteen 2016. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon tilastoraporteissa 53/2020 ja 44/2021 on kuitenkin vielä raportoitu vuosien 2019 ja 2020 pakkotoimien lukumääriä. Vuonna 2019 tilastoraportin mukaan esimerkiksi eristämistä muista potilaista käytettiin 1443 kertaa ja lepositeillä sitomista 1150 kertaa. Vuonna 2020 eristämistä käytettiin 766 kertaa ja lepositeillä sitomista 610 kertaa<sup>122</sup>. Vuodesta 2021 eteenpäin pakkotoimien lukumääriä ei ole raportoitu tilastoraporteissa.

---

<sup>120</sup> Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2016, s. 9.

<sup>121</sup> Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2018, s. 10.

<sup>122</sup> Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2020, s. 10, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2021, s. 10.

## 4 Mielenterveyslain mukaiset fyysiset rajoitustoimenpiteet

Edellä on käsitelty yleisesti tahdosta riippumattomassa hoidossa ja sinne määräämisessä sovellettavia perusoikeuksien rajoitustoimenpiteitä. Mielenterveyslain mukaiset rajoitustoimenpiteet kohdistuvat luonnolliseen henkilöön ja niiden soveltamisessa voidaan käyttää fyysistä voimaa, jotta toimenpiteet saadaan suoritettua. Mielenterveyslaissa mainitulla potilaalla on Suomen perustuslaissa ja myös kansainvälisillä sopimuksilla turvatut perus- ja ihmisoikeudet, vaikka hänet onkin määrätty tahdonvastaiseen psykiatriseen hoitoon. Mielenterveyslain 4 a luvussa todettuja perusoikeuksien rajoituksia voidaan kohdistaa ainoastaan potilaaseen, joka on otettu tarkkailuun taikka määrätty tahdosta riippumattomaan hoitoon tai tutkimukseen. Poliisin virka-apua voidaan myös hyödyntää henkilön tuomiseksi tahdonvastaiseen psykiatriseen hoitoon, mikäli henkilöstä on esimerkiksi laadittu tarkkailulähete tai mikäli hän on poistunut sairaalasta ilman lupaa. Mielenterveyslain mukaisia perusoikeuksien rajoitustoimenpiteitä ei saa kohdistaa henkilöön, joka on sairaalassa omasta tahdostaan, vaan tällöin hänen hoidossaan on noudatettava potilaslakia<sup>123</sup>.

Seuraavaksi keskityn yksityiskohtaisemmin tahdonvastaisessa psykiatrisessa hoidossa käytettäviin perusoikeuksien rajoitustoimenpiteisiin ja erityisesti fyysistä voimaa sisältäviin toimenpiteisiin. Tarkastelen tässä erityisesti potilaan liikkumisvapauden rajoittamista ja potilaan eristämistä, koska niiden toteuttaminen vaatii useasti fyysisten keinojen käyttämistä. Potilasta voidaan kieltää poistumasta tietyn hoitoyksikön tiloista tai kokonaan sairaalan alueelta, jolloin hänen liikkumisvapauttaan rajoitetaan mielenterveyslain 4 a luvun 22 d §:n mukaisesti. Samassa pykälässä todetaan liikkumisvapauden rajoittamisesta, että potilaan poistumisen estämiseksi tai hänen siirtämisekseen toimintayksikön hoitohenkilökunta saa käyttää tarpeellisia voimakeinoja, joita voidaan pitää puolustettavina. Mielenterveyslain 4 a luvun 22 e §:n mukaan potilaan eristämiseksi voidaan käyttää kiinnipitämiseen välttämättömiä voimakeinoja ja potilas voidaan myös sitoa vyöllä tai muulla vastaavalla tavalla, mikäli muut toimenpiteet eivät ole riittäviä. Myös

---

<sup>123</sup> Makkonen ja muut, 2016, s. 11, 17.

poliisin virka-apua voidaan joutua käyttämään, koska hoitohenkilökunnalla ei yleisesti ottaen ole lain mukaisia oikeuksia käyttää voimakeinoja potilaaseen sairaalan ulkopuolella. Mielenterveyslain 4 a luvun 22 d §:ssä on todettu potilaan liikkumisvapauden rajoittamisesta ja saman luvun 22 e §:ssä potilaan eristämisestä. Potilaan psyykkisen sairauden hoidosta on säädetty mielenterveyslain 4 a luvun 22 b §:ssä, ja saman pykälän kolmannessa momentissa todetaan oikeudesta kiinnipitää tai sitoa potilas hoitotoimenpiteen ajaksi. Poliisin virka-avusta on todettu mielenterveyslain 5 luvun 31 §:ssä. Tarkastelen myös rikoslain 4 luvun 4 §:ssä säädettyä hätävarjelua ja saman luvun 5 §:ssä todettua pakkotilaa.

#### 4.1 Liikkumisvapauden rajoittaminen

Liikkumisvapaudesta säädetään Suomen perustuslain 2 luvun 9 §:ssä ja sen toteutumiseksi edellytetään myös yksilön itsemääräämisoikeutta<sup>124</sup>. Liikkumisvapaudesta säättävän pykälän ensimmäisessä momentissa todetaan muun muassa, että Suomen kansalainen ja maassa laillisesti asuva ulkomaalainen saa vapaasti valita asuinpaikkansa ja liikkua maassa. Tällä tavalla yksilön vapaata liikkumista rajoitetaan, jolloin myös samalla yksilön itsemääräämisoikeutta loukataan. Yksilön liikkumisvapauden rajoittamiseksi voidaan sosiaali- ja terveydenhuollossa käyttää välineinä esimerkiksi lepositeitä ja magneettivöitä<sup>125</sup>. Mikäli liikkumisvapautta pyritään rajoittamaan, näiden rajoitusten tulee perustua lakitason sääntelyyn<sup>126</sup>. Potilaan rajoitustoimenpiteistä päättää potilasta hoitava lääkäri esimerkiksi mielenterveyslain 4 a luvun 22 b §:n 3 momentin ja 22 d §:n 2 momentin mukaan. Saman lain 4 a luvun 22 d §:ssä ja 22 e §:ssä todetaan hoitohenkilökunnalla olevan oikeus käyttää tarpeellisia voimakeinoja potilaan poistumisen estämiseksi tai siirtämiseksi sekä kiinnipitämiseen potilaan eristämiseksi. Niuvanniemen sairaalan yleisessä järjestyksessä ja ohjeissa koskien potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista on mainittu hoitohenkilökunnan oikeudesta pitää potilaasta kiinni, jotta tämä

---

<sup>124</sup> Kess, 2023, s. 125.

<sup>125</sup> Kess, 2023, s. 125.

<sup>126</sup> Saraviita, 2011, s. 177.

ei poistu sairaalasta tai lääkärin määräämistä tutkimus- ja hoitotilanteista. Hoitohenkilökunta ei saa ohjeen mukaan kuitenkaan käyttää voimakeinoja liikkumisvapauden rajoittamiseksi sairaala-alueen ulkopuolella, vaan tällöin voi tulla sovellettavaksi vain rikoslain hätävarjelua ja pakkotilaa koskevat säännökset<sup>127</sup>. Tilanteet voivat kuitenkin tapahtua nopeasti ja rajoitustoimenpide sekä voimankäyttö on suoritettava välittömästi, vaikka lääkäri ei olisikaan päättämässä rajoittamisesta. Mielenterveyslain 4 a luvun 22 e §:n 4 momentissa todetaankin kiireellisissä tapauksissa hoitohenkilökunnan oikeudesta väliaikaisesti sitoa tai eristää potilas, jonka jälkeen asiasta on ilmoitettava välittömästi lääkärille. Hallituksen esityksessä on todettu, että mielenterveyslain 22 b §:n 2 momentin säännös oikeuttaa toimenpiteiden suorittamisen pakolla, jolloin loukataan syvästi potilaan henkilökohtaista koskemattomuutta, joka ilmenee Suomen perustuslain 2 luvun 7 §:stä<sup>128</sup>. Potilaan lääkitseminen ja sitominen tämän tahdostaan riippumatta loukkaa potilaan henkilökohtaista koskemattomuutta ja siksi päätöksen on perustuttava arvioon potilaan tilasta, jonka laatii ja arvioi lähtökohtaisesti hoidosta vastaava lääkäri<sup>129</sup>. Vaikka hoidosta vastaava lääkäri päättää rajoitustoimista, hoitohenkilökunta toteuttaa nämä rajoitustoimenpiteet käytännössä voimakeinoja käyttämällä.

Hallituksen esityksen mukaan potilas voidaan noutaa takaisin sairaalaan, mikäli tämä poistuu sieltä luvatta ja kyseisessä noudossa voidaan käyttää myös poliisin virka-apua<sup>130</sup>. Niuvanniemen sairaalan yleisessä järjestyksessä ja ohjeissa todetaan hoitohenkilökunnan oikeudesta pitää vain kiinni potilaasta, jotta tämä ei poistu sairaalan ulkopuolelle. Ohjeiden mukaan hoitaja ei saa käyttää voimakeinoja sairaalan ulkopuolella ja niiden käyttö mahdollisissa tapauksissa perustuu tällöin vain rikoslain hätävarjelua ja pakkotilaa koskeviin säännöksiin<sup>131</sup>. Itä-Suomen aluehallintoviraston ylitarkastajalta oli kysytty, että miten hoitajat voivat hänen mielestään toimia potilaan kuljetustilanteessa sairaalan

---

<sup>127</sup> Niuvanniemen sairaalan yleinen järjestys ja ohjeet koskien potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista, s. 3–4.

<sup>128</sup> HE 14/2023 vp, s. 8.

<sup>129</sup> Kess, 2023, s. 136.

<sup>130</sup> HE 113/2001 vp, s. 24.

<sup>131</sup> Niuvanniemen sairaalan yleinen järjestys ja ohjeet koskien potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista, s. 4.

ulkopuolelle silloin, jos potilas alkaa riehumaan tai yrittää karata. Itä-Suomen aluehallintoviraston ylitarkastaja totesi, että tällöin hoitajat toimivat tilanteessa hyödyntäen heidän omaa ammattitaitoaan sekä saamiaan oppeja<sup>132</sup>. Ylitarkastajan toteamus antaa ymmärtää, että täsmällisen oikeussäännöksen puuttuessa hoitohenkilökunnan koulutuksen merkitys korostuu. Ylitarkastaja ei kuitenkaan mainitse erikseen fyysisiä voimakeinoja potilaan hallintaan saamiseksi, vaan toteaa että hoitohenkilökunnan on hälytettävä apua poliisilta, mikäli potilasta ei saa ohjattua autoon tai tilannetta ei saada muutoin rauhoitettua<sup>133</sup>. Hoitohenkilökunnan on jatkuvasti arvioitava tarvittavia toimenpiteitä uhkaavan tilanteen edetessä ja voi olla myös mahdollista, että tarve rajoitustoimenpiteelle tai fyysisten keinojen käytölle katoaa kokonaan potilaan rauhoituttua hoitajan hyvien vuorovaikutustaitojen ansiosta<sup>134</sup>. Poliisi voi virka-apua antaessaan auttaa potilasta siirtämään ambulanssiin ja myös estää tämän poistuminen sieltä<sup>135</sup>.

## 4.2 Potilaan eristäminen

Potilaan eristyshoito on yleensä viimeisin keino saada aggressiivisesti tai sekavasti käyttäytyvä potilas rauhoitettua. Eristyshoito voidaan toteuttaa joko sitomalla potilas erityisvuoteeseen tai siirtämällä potilas lukittuun eristyshuoneeseen. Eristyshuoneen tulee olla sisustukseltaan ja rakenteeltaan sellainen, ettei potilas pääse vahingoittamaan itseään siellä ollessaan. Eristyshoidon aikana hoitohenkilökunnalla on kokonaisvaltainen vastuu potilaasta, jolloin potilaan kanssa on pyrittävä pitämään keskustelukontakti sekä kerrottava eristämiseen liittyvistä syistä ja jatkotoimenpiteistä<sup>136</sup>. Potilaan eristämiseksi muista potilaista voidaan mielenterveyslain 4 a luvun 22 e §:n mukaan käyttää välttämättömiä voimakeinoja. Potilas voidaan pykälän mukaan vastoin tahtoaan eristää muista potilaista, jos hän käyttäytymisensä tai uhkaustensa perusteella todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita, jos hän käyttäytymisellään vakavasti vaikeuttaa muiden potilaiden hoitoa

---

<sup>132</sup> EOAK/2459/2016, s. 2.

<sup>133</sup> EOAK/2459/2016, s. 2.

<sup>134</sup> Hämäläinen ja muut, 2017, s. 245.

<sup>135</sup> EOAK/55/2022, s. 30.

<sup>136</sup> Hämäläinen ja muut, 2017, s. 81.

tai vakavasti vaarantaa omaa turvallisuuttaan tai todennäköisesti vahingoittaa omaisuutta taikka jos potilaan eristäminen on välttämätöntä muusta erittäin painavasta hoidollisesta syystä. Samassa pykälässä todetaan, että potilasta voidaan pitää kiinni muissakin kuin 1 momentin 1 ja 2 kohdassa mainituissa tilanteissa, jos se on hoidollisista syistä välttämätöntä, ja 1 momentin 1 kohdassa tarkoitetussa tilanteessa voidaan käyttää myös vyöllä sitomista, jolleivät muut toimenpiteet ole riittäviä. Pykälän mukaan voimakeinojen käyttämisestä on välittömästi ilmoitettava potilasta hoitavalle lääkärille. Hallituksen esityksen mukaan sitomisella tarkoitetaan lepositeisiin asettamista vyöllä tai hihnoilla, eikä säännös oikeuta muunlaiseen kahlehtimiseen<sup>137</sup>.

Niuvanniemen sairaalan yleisessä järjestyksessä ja ohjeessa eristämällä on tarkoitettu potilaan sulkemista omaan huoneeseensa tai muuhun lukittuun huoneeseen<sup>138</sup>. Potilaan eristäminen on äärimmäinen keino ja sen aikana on huolehdittava hoidollisuudesta, kiuttomuudesta ja työturvallisuudesta<sup>139</sup>. Potilaan eristäminen nähdään henkilön vapaudenmenetyksen ankaruutta lisäävänä toimena, ja perustuslain 7 §:n 3 momentissa todettu vapautensa menettäneen oikeuksien turvaaminen lailla koskee myös kyseistä mielenterveyslain 22 e §:n sääntelyä<sup>140</sup>. Hallituksen esityksessä on todettu hoitohenkilökunnan oikeudesta pitää potilaasta kiinni samoissa tilanteissa, joissa potilas saadaan myös eristää. Samassa esityksessä todetaan lisäksi kiinnipitämisestä vaihtoehtona eristämälle alaikäisten potilaiden kohdalla<sup>141</sup>. Perustuslakivaliokunta on todennut kyseiseen kohtaan liittyen, että mikäli kiinnipitämistä käytetään itsenäisenä rajoituksena, sen tulee ilmetä säännöksen sanamuodosta<sup>142</sup>. Kiinnipitäminen itsenäisenä rajoituksena ei esiinny mielenterveyslain 4 a luvussa.

---

<sup>137</sup> HE 113/2001 vp, s. 25.

<sup>138</sup> Niuvanniemen sairaalan yleinen järjestys ja ohjeet koskien potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista, s. 5.

<sup>139</sup> Hämäläinen ja muut, 2017, s. 245.

<sup>140</sup> PeVL 34/2001 vp, s. 3.

<sup>141</sup> HE 113/2001 vp, s. 25.

<sup>142</sup> PeVL 34/2001 vp, s. 3.

Mielenterveyslain 4 a luvun 22 e §:ssä todetaan, että potilasta hoitava lääkäri päättää potilaan eristämisestä ja sitomisesta suorittamansa tutkimuksen perusteella. Hoitohenkilökunta ei siis voi päättää rajoitustoimenpiteiden käytöstä, mutta tilanteissa, joissa lääkäri ei ole paikalla, hoitohenkilökunta saattaa joutua tilanteeseen, jossa rajoitustoimenpiteeseen on ryhdyttävä välittömästi vaaratilanteen rauhoittamiseksi. Rajoitustoimenpiteisiin ei voi antaa myöskään lupaa etukäteen, mikä omalta osaltaan vaikeuttaa vaaratilanteiden ennaltaehkäisyä<sup>143</sup>. Potilaan eristämistä ei tule ajatella rangaistuksena, vaan toimenpiteenä, jolla on selkeä lain säädöksistä ilmenevä tarkoitus<sup>144</sup>.

### 4.3 Tahdonvastainen lääkintä

Mielenterveyslain 22 b §:n mukaan potilasta on hoidettava mahdollisuuksien mukaan yhteisymmärryksessä, ja hoitoa toteutettaessa on laadittava hoitosuunnitelma. Mielenterveyslain 22 b §:n toisessa momentissa on todettu oikeudesta käyttää potilaan psyykkisen sairauden hoitamiseen hänen tahdostaan riippumatta sellaisia lääketieteellisesti hyväksyttäviä tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä, joiden käyttämättä jättäminen vaarantaisi hänen tai muiden terveyttä tai turvallisuutta. Saman lain 22 b §:n kolmannessa momentissa todetaan, että näistä tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä päättää potilasta hoitava lääkäri. Samassa momentissa mainitaan hoitavan lääkärin oikeudesta päättää myös potilaan kiinnipitämisestä tai sitomisesta hoitotoimenpiteen ajaksi. On siis mahdollista, että näiden tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden toteutuminen voi edellyttää niiden suorittamista pakolla, jotta potilas saadaan esimerkiksi pidettyä aloillaan hoitotoimenpiteiden ajan. Mielenterveyslain 22 b §:n toinen momentti oikeuttaa toimenpiteen suorittamiseen pakolla, esimerkiksi lääkkeen antamiseen injeksiolla. Kyseinen toimenpide kajoaa syvästi potilaan henkilökohtaiseen koskemattomuuteen<sup>145</sup>.

---

<sup>143</sup> HE 113/2001 vp, s. 26.

<sup>144</sup> Makkonen ja muut, 2016, s. 16.

<sup>145</sup> HE 113/2001 vp, s. 22.

Tahdonvastaisella lääkityksellä tarkoitetaan lääkitystä, jota potilas ei suostu ottamaan. Tällainen lääkitys voi olla esimerkiksi tabletti, liuos tai pistos. Tahdonvastainen injektio, joka on annettu sitomisen tai eristyksen yhteydessä, tulee merkitä erikseen koodilla 100A<sup>146</sup>. Kaikki lääkitykset, joita potilas ei suostu ottamaan, tulee merkitä mielenterveyslain 4 a luvun rajoituskoodilla 110a. Tilanteet, joissa potilas saa lääkkeen tahdonvastaisena injektiona kieltäytyttyään ottamasta sitä suun kautta, kuuluvat myös kyseisen koodin alaisiin toimenpiteisiin<sup>147</sup>. Suomessa pakkolääkintää arvioidaan osana tahdonvastaista hoitoa ja myös erillisinä pakonkäyttötilanteina<sup>148</sup>.

Psykkisen sairauden lääkehoidon toteuttamista koskeva päätös voidaan panna täytäntöön heti muutoksenhausta huolimatta. Tämä on todettu mielenterveyslain 5 luvun 25 pykälässä, jossa todetaan myös muutoksenhakuviranomaisen oikeudesta kieltää päätöksen täytäntöönpano tai määrätä sen keskeytettäväksi, kun päätökseen on haettu muutosta. Sosiaali- ja terveysvaliokunta on korostanut potilaan oikeusturvan oikea-aikaista merkitystä ja tuomioistuimien velvollisuutta käsitellä muutoksenhakuasiat kiireellisinä. On kuitenkin mahdollista, että potilasta lääkitään tahdonvastaisesti jo ennen valituksen käsittelyä. Tällöin muutoksenhaku oikeussuojakeinona toteutuu vasta jälkikäteen, eikä lääkitystä edeltänyttä oikeustilaa voida enää palauttaa<sup>149</sup>. Riskinä on myös esimerkiksi sitomisesta ja kiinnipitämisestä aiheutuneet vahingot tahdonvastaisen lääkityksen ohella, joiden vaikutuksia ei voida myöskään poistaa.

Korkeimman oikeuden tapauksessa henkilöllä, jota oli tahdonvastaisesti lääkitty, ei ollut oikeutta saattaa tahdonvastaisen lääkinnän lainmukaisuutta tuomioistuimen tai muun riippumattoman lainkäyttöelimen arvioitavaksi. Henkilö oli ilmaissut vastustavansa tahdonvastaista lääkitsemistään, mutta tällä ei kuitenkaan ollut tehokkaita oikeussuojakeinoja saattaa lääkitsemisen lainmukaisuus ja oikeasuhtaisuus tarkasteltavaksi. Henkilölle oli koitunut pakkolääkinnästä sivuoireita, ja puutteet valituksen tekemisessä olivat

---

<sup>146</sup> Makkonen ja muut, 2016, s. 17.

<sup>147</sup> Makkonen ja muut, 2016, s. 17, EOAK/2570/2019, s. 27, 29, EOAK/5780/2023, s. 45.

<sup>148</sup> Repo-Tiihonen ja muut, 2012, s. 2338.

<sup>149</sup> StVM 15/2023 vp, s. 9, Ulmanen & Perttola, 2026, s. 13–14.

omiaan lisäämään henkilölle kärsimystä. Korkein oikeus katsoi, että Suomen lainsäädäntö ei ole tarjonnut henkilölle sellaisia oikeussuojakeinoja, jotka täyttävät Euroopan ihmisoikeussopimuksen 8 artiklan sekä Suomen perustuslain 21 §:n edellytykset<sup>150</sup>. Tapauksessa viitattiin Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen ratkaisuun X vastaan Suomi, jossa myös käsiteltiin oikeusturvatakeiden puutteellisuutta pakkolääkityksen suhteen<sup>151</sup>. Euroopan ihmisoikeussopimuksen 8 artiklaa rikottiin myös tapauksessa H.H. vastaan Suomi, kun kantajalla ei ollut mahdollisuutta valittaa häneen kohdistuneista lääkärin tekemistä päätöksistä, jotka koskivat tahdonvastaista lääkitystä<sup>152</sup>.

#### 4.4 Hätävarjelu ja pakkotila

Sosiaali- ja terveydenhuollon alalla voidaan joutua soveltamaan rikoslain säännöksiä pakkotilasta sekä hätävarjelusta, mikäli laissa ei ole rajoitustoimenpiteisiin pohjautuvia säännöksiä<sup>153</sup>. Rikoslain 4 luvun 4 §:ssä säädetään hätävarjelusta. Pykälän mukaan aloitetun tai välittömästi uhkaavan oikeudettoman hyökkäyksen torjumiseksi tarpeellinen puolustusteko on hätävarjeluna sallittu. Kokonaisuutena arvioiden puolustustekon on oltava kokonaisuutena arvioiden puolustettava, kun otetaan huomioon hyökkäyksen laatu ja voimakkuus, puolustautujan ja hyökkääjän henkilö sekä muut olosuhteet. Puolustautujan ja hyökkääjän henkilöllä tässä tarkoitetaan erityisesti ikään, ruumiinvoimiin ja sukupuoleen liittyviä eroavaisuuksia<sup>154</sup>. Rikoslain 4 luvun 4 §:n toisessa momentissa säädetään myös hätävarjelun liioittelusta. Hätävarjelun liioittelussa hätävarjelun rajat ikään kuin ylitetään, esimerkiksi jos hätävarjeluteko aloitetaan liian aikaisin tai oikeudettoman hyökkäyksen torjumiseksi käytetään lähtökohtaan katsottuna tarpeettoman ankaria keinoja<sup>155</sup>. Hätävarjelulla suojattavia yksilön oikeushyviä ovat henki, vapaus, terveys, omaisuus, kotirauha ja ruumiillinen koskemattomuus, johon sisältyy terveys ja seksuaalinen

---

<sup>150</sup> KKO:2023:93.

<sup>151</sup> EIT tapaus X v. Suomi (3.7.2012), kohdat 219–222.

<sup>152</sup> EIT tapaus H.H. v. Suomi (9.12.2025), kohdat 8, 14.

<sup>153</sup> Kess, 2023, s. 83.

<sup>154</sup> Helminen ja muut, 2012, s. 797.

<sup>155</sup> Helminen ja muut, 2012, s. 797.

itsemääräämisoikeus<sup>156</sup>. Myös toinen henkilö voi puolustaa toisen henkilön oikeushyviä niihin kohdistuneilta oikeudettomilta hyökkäyksiltä hätävarjeluteolla<sup>157</sup>. On kuitenkin huomioitava, että oikeus hätävarjeluun ei ole velvollisuus vaan oikeus<sup>158</sup>. Tilanteesta riippuen puolustustekoon ei siis tule aina ryhtyä niin, että mikä tahansa puolustusteko olisi oikeutettu hätävarjelu säännöksen nojalla. Hätävarjelutekona toteutettu puolustusteko konkretisoituu vasta aloitetun tai välittömästi uhkaavan oikeudettoman hyökkäyksen käynnillä ollessa.

Rikoslain 4 luvun 4 §:ssä säädetty hätävarjeluteko voi tulla sosiaali- ja terveydenhuollon alalla sovellettavaksi silloin, kun sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä ei ole rajoitustoimenpiteitä koskevaa sääntelyä. Hätävarjelua ei voida kuitenkaan katsoa oikeuttamisperusteena perusoikeuksien rajoitustoimenpiteille<sup>159</sup>. Myös eduskunnan oikeusasiamies on todennut hallituksen esityksessä, että rikoslain hätävarjelua koskevan säännöksen soveltaminen on riittämätöntä silloin, kun asianmukaisia sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön säännöksiä itsemääräämisoikeuden rajoittamiseksi ei ole<sup>160</sup>. Eduskunnan oikeusasiamiehen mukaan rajoittaminen hätävarjeluun ja pakkotilan nojalla ei riitä potilaan ja henkilökunnan oikeusturvan toteutumiseksi<sup>161</sup>. Oikeussäännösten, joilla voidaan rajoittaa tahdonvastaisessa psykiatrisessa hoidossa olevan perusoikeuksia, tulisi siis olla tarpeeksi tarkkoja ja täsmällisiä, jotta hätävarjeluun tai pakkotilatekoihin ei tarvitsisi turvautua.

Rikoslain 4 luvun 5 §:ssä säädetään pakkotilateosta, joka on oikeutettu silloin, kun sitä käytetään muun kuin rikoslain 4 luvun 4 §:ssä tarkoitetun, oikeudellisesti suojattuun etuun uhkaavan välittömän ja pakottavan vaaran torjumiseksi. Hallituksen esityksen mukaan ero pakkotilan ja hätävarjeluun välillä on se, että hätävarjelussa tiettyyn oikeushyvään kohdistuu oikeudeton hyökkäys, mutta pakkotilassa taas vaara voi tapahtua muusta

---

<sup>156</sup> HE 44/2002 vp, s. 112.

<sup>157</sup> Helminen ja muut, 2012, s. 796.

<sup>158</sup> Helminen ja muut, 2012, s. 794.

<sup>159</sup> Kess, 2023, s. 83.

<sup>160</sup> HE 108/2014 vp, s. 69.

<sup>161</sup> Vidén & Kauppi, 2014, s. 13.

syystä. Pakkotilanteilla suojeltavat oikeushyvät voivat olla kaikki yksityisiä ja oikeudellisesti suojattuja intressejä, joita voidaan suojella toista oikeushyvästä loukkaamalla<sup>162</sup>.

Rajoitustoimenpiteitä ei ole säännelty kuin lähinnä sosiaali- ja terveydenhuollon erityisaloilla ja niiden erityislaeissa, kuten mielenterveyslaissa ja tartuntatautilaissa<sup>163</sup>. Esimerkiksi säännökset vanhustenhuollossa käytettäviin rajoitustoimenpiteisiin puuttuvat ja niitä joudutaankin perustelemaan rikoslain 4 luvun 5 §:n säännöksellä, jossa säädetään pakkotilasta. Rikoslain säännös pakkotilasta ei kuitenkaan sovellu sosiaali- ja terveydenhuoltoalalle<sup>164</sup>. Sosiaali- ja terveydenhuollon alalla rajoitustoimenpiteiden käyttö arvioidaan kuitenkin pääasiallisesti pakkotilatekoina<sup>165</sup>. Myös oikeusasiamies on laillisuusvalvontakäytännössään todennut, että esimerkiksi palveluasukkaan perusoikeuksien rajoittamisen lainsäädännön puuttuminen johtaa siihen, että rajoitustoimenpiteitä käytetään rikoslain 4 luvun 4 § ja 5 § mainittujen hätävarjelun ja pakkotilan nojalla. Hätävarjelua sekä pakkotilaa ei voida kuitenkaan käyttää jatkuvasti rajoitustoimenpiteiden suorittamiselle, vaan niitä tulisi käyttää vain akuuteissa tilanteissa<sup>166</sup>. Koska mielenterveyslain perusoikeuksien rajoitustoimenpiteet puuttuvat niin merkittävällä tavalla potilaan perus- ja ihmisoikeuksiin sekä itsemääräämisoikeuteen, oikeusturvan kannalta rajoitustoimenpiteitä on välttämätöntä tarkentaa<sup>167</sup>.

#### 4.5 Virka-apun hyödyntäminen

Poliisille voi syntyä myös velvollisuus antaa virka-apua hyvinvointialueen virkasuhteisen lääkärin pyynnöstä mielenterveyslain 5 luvun 31 §:n mukaan. Pykälän mukaan poliisi on velvollinen avustamaan kuljetuksessa, mikäli ammattikoulutuksen saaneen saattajan lisäksi kuljettamiseen vaaditaan muukin saattaja henkilön väkivaltaisuuden tai muun syyn

---

<sup>162</sup> HE 44/2002 vp, s. 119.

<sup>163</sup> Kess, 2023, s. 82.

<sup>164</sup> Toivonen ja muut, 2022, s. 193.

<sup>165</sup> Kess, 2023, s. 84.

<sup>166</sup> Kess, 2023, s. 57, 58.

<sup>167</sup> Vidén & Kauppi, 2014, s. 13–14.

vuoksi, kun henkilöstä on laadittu tarkkailulähete taikka henkilö on kuljetettava yksiköön, jossa tarkkailulähete voidaan laatia. Poliisin virka-apua voidaan hyödyntää saman pykälän mukaan myös, kun henkilö jää pois mielentilatutkimuksesta sille määrättyinä päivinä tai kun esimerkiksi hoitoon määrätty otettu henkilö poistuu ilman lupaa sairaalasta. Mielenterveyslain 5 luvun 30 §:n mukaan poliisin on ilmoitettava terveyskeskukseen, mikäli tapaa henkilön, joka voidaan todennäköisesti määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon. Poliisi voi olla myös velvollinen toimittamaan henkilön välittömästi kiireellisissä tapauksissa terveyskeskukseen saman pykälän mukaan. Tällaisissa tilanteissa poliisilla on toimivalta käyttää fyysisiä voimakeinoja, mikäli henkilöstä on tehty tarkkailulähete tai hänen liikkumisvapauttaan on rajoitettu muulla tavalla.<sup>168</sup> Poliisi käyttää virkatehtävää suorittaessaan tarpeellisia voimakeinoja esimerkiksi vastarinnan murtamiseksi taikka kiinniottamisen toimittamiseksi poliisilain (872/2011) 2 luvun 17 §:n nojalla. Tarkkailulähete toimii edellytyksenä henkilön vapautteen kohdistuvien toimenpiteiden suorittamiselle, koska ilman sitä virka-apua antava poliisi ei saa esimerkiksi ottaa henkilöä kiinni, suorittaa etsintää henkilön löytämiseksi tai käyttää henkilöön voimakeinoja<sup>169</sup>.

Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisussa poliisi ei ollut antanut virka-apua henkilön noutamiseksi sairaalaan tarkkailulähetteen laatimiseksi, vaan noudatti Poliisihallituksen laatimaa ohjaavaa kirjettä sekä poliisipartion raportointiin perustuvaa tilannearviointia. Poliisin tilannearvion mukaan noudettavaksi määrättyyn henkilöön ei voitu soveltaa poliisilain 2 luvun 2 §:n mukaista kiinniottamista, koska henkilön käyttäytyminen oli ollut rauhallista ja kerronta asiallista, joten henkilö jätettiin kotiinsa. Eduskunnan oikeusasiamies toteaa ratkaisussaan, että poliisin on annettava virka-apua riippumatta siitä, että onko henkilöstä laadittu tarkkailulähete vai ei<sup>170</sup>. Tarkkailulähetteen antaminen ja henkilön noutaminen sairaalaan poliisin virka-apua hyödyntämällä sisältää julkisen vallan käyttöä, mutta hallituksen esityksen mukaan sitä ei voida pitää kuitenkaan merkittävänä<sup>171</sup>. Merkittävänä julkisen vallan käyttönä voidaan nähdä yksilön

---

<sup>168</sup> EOAK/55/2022, s. 27

<sup>169</sup> EOAK/55/2022, s. 25.

<sup>170</sup> EOAK/765/2022, s. 1, 4, 6, 12.

<sup>171</sup> HE 335/2010 vp, s. 18.

perusoikeuksiin puuttuminen ja voimakeinojen käyttäminen. Esimerkiksi lääkärin päätös määrätä henkilö tahdosta riippumattomaan hoitoon sisältää julkisen vallan käyttämistä<sup>172</sup>. Poliisin voimakeinojen käyttäminen nähdään myös julkisen vallan käyttämisellä ja ne kohdistuvat merkittäväällä tavalla ihmisten perus- ja ihmisoikeuksiin<sup>173</sup>. Poliisin mahdollisuudet arvioida henkilön mielenterveyttä ja terveydentilaa ovat rajalliset, eikä sen tehtävänä ole arvioida virka-avun tarpeellisuutta, kuten eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisussa todetaan<sup>174</sup>.

---

<sup>172</sup> HE 335/2010 vp, s. 3.

<sup>173</sup> Rikander, 2017, s. 119.

<sup>174</sup> EOAK/765/2022, s. 14.

## 5 Ohjeistus ja koulutus rajoitustoimenpiteiden käyttämiseen

Mielenterveyslaissa on säännöksiä tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan potilaan perusoikeuksien rajoitustoimenpiteistä, kuten esimerkiksi 4 a luvun 22 b §:n 3 momentissa mainittu potilaan kiinnipitäminen ja sitominen. Hallituksen esityksen mukaan potilaan fyysisinä rajoitustoimenpiteinä voidaan käyttää vain potilaan kiinnipitämistä sekä tämän sitomista vyöllä tai hihnoilla, kuten luvussa 3 on todettu. Potilaalle suoritettavien rajoitustoimenpiteiden tulisi edetä niin, että toimenpiteistä siirrytään aina vähemmän pakottavasta kohti pakottavampaa. Esimerkiksi Halikon sairaalan toimintaohjeessa kiinnipito tulee ennen huone-eristystä, eikä seuraavaa rajoitustoimenpidettä saa käyttää, ennen kuin edellinen toimenpide on todettu tehottomaksi<sup>175</sup>. Tilanteet voivat kuitenkin edellyttää muunlaista fyysistä voimankäyttöä, jotta potilas ylipäätään saadaan asetettua lepositeisiin. Fyysiset rajoitustoimenpiteet aiheuttavat muun muassa mustelmien riskiä ja ne lisäävät riskiä myös päävammoihin ja murtumiin<sup>176</sup>. Äärimmäisissä tapauksissa seurauksena voi olla jopa kuolema. Muistisairas nainen kuristui kuoliaaksi hoivakodissa, kun hänet oli sidottu rajoitustoimenpiteenä tuoliin. Kyseisessä tapauksessa muun muassa Turun yliopiston yleislääketieteen emeritaprofessori ja geriatrian erikoislääkäri Sirkka-Liisa Kivelä toteaa yleisellä tasolla hoitohenkilökunnan resurssien vähyydestä ja siitä, että rajoitustoimenpiteenä sitominen tulee tehdä oikein<sup>177</sup>.

Jotta rajoitustoimenpiteistä aiheutuvien vahinkojen riskiä saadaan minimoitua ja ennaltaehkäistyä, henkilökunnan kouluttaminen on tarpeellista ja esimerkiksi voimakeinojen käytön koulutusta voisi lisätä<sup>178</sup>. Varsinkin hoitohenkilökunnan rajallisten resurssien vuoksi rajoitustoimenpiteiden koulutuksen ja ohjeistuksen merkitys korostuu. Myös yhteistyön, vuorovaikutuksen ja toimintatapojen koulutus on tarpeen varsinaisten koulutuksien lisäksi<sup>179</sup>. Esimerkiksi Niuvanniemen sairaalassa on kehitetty oma de-

---

<sup>175</sup> Makkonen ja muut, 2016, s. 25.

<sup>176</sup> Kess, 2023, s. 82.

<sup>177</sup> Hirvonen ja muut, 2026.

<sup>178</sup> Nieminen, 2008, s. 892.

<sup>179</sup> Makkonen ja muut, 2016, s. 29.

eskalaatioon keskittyvä koulutusohjelma, joka keskittyy aggressiivisten potilaiden kohtaamiseen hyödyntäen verbaalisia ja non-verbaalisia taitoja<sup>180</sup>. Ammattikäytäntöihin vaikuttaminen on tärkeää perus- ja ihmisoikeuksien suojan parantamiseksi<sup>181</sup>.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa perusoikeuksien rajoitustoimenpiteitä on käytetty ilman nimenomaisen lain säännöksen tukea tilanteissa, joissa on pyritty turvaamaan potilaan oikeus välttämättömään huolenpitoon, eikä lievempiä keinoja ole ollut tai ne ovat olleet riittämättömiä<sup>182</sup>. Lainsäädännöstä ei ole todettavissa täsmällisiä rajoitteita rajoitustoimenpiteiden käyttämiselle<sup>183</sup>. Laillisuusvalvojat ovatkin katsoneet yksittäistapauksissa menettelyt hyväksyttäväksi, mutta todenneet kuitenkin lainsäädännön kehittämisen tarpeesta. Varsinkin tilanteet, joissa on tukeuduttu esimerkiksi hoitoyksikön omiin ohjeisiin, hoitokulttuuriin tai tapoihin arvioimatta potilaan oikeuksia, etua tai toimenpiteiden välttämättömyyttä, ovat olleet ongelmallisia. Organisaatioiden ohjeet voivat olla kaiken lisäksi lainvastaisia<sup>184</sup>. Psykiatrissa hoitoa antavissa yksiköissä on oltava kirjalliset ja riittävän yksityiskohtaiset ohjeet itsemääräämisoikeuden rajoitusten toteuttamisesta. Valvonnan ja seurannan turvaamiseksi näissä psykiatrissa hoitoa antavissa yksiköissä on pidettävä myös erillistä luetteloa rajoituksista<sup>185</sup>. Lainsäädännön ohelle ja avuksi tarvitaan esimerkiksi lisäksi eettisiä säännöstöjä ja suosituksia, koska lailla ei ole mahdollista päästä yhtä yksityiskohtaiseen sääntelyyn kuin kyseisissä suosituksissa<sup>186</sup>. Eettisten ohjeiden käyttäminen on kuitenkin epäsystemaattista ja konkreettiset toimintamallit voivat puuttua täysin<sup>187</sup>.

Fyysisten keinojen tulisi olla viimeisiä keinoja tilanteiden ratkaisemiseksi silloin, kun vuorovaikutukselliset ja ennaltaehkäisevät toimet eivät tuota toivottua lopputulosta<sup>188</sup>.

---

<sup>180</sup> Makkonen ja muut, 2016, s. 43.

<sup>181</sup> Nieminen, 2008, s. 892.

<sup>182</sup> Kess, 2023, s. 63-64.

<sup>183</sup> Keski-Valkama ja muut, 2007, s. 750.

<sup>184</sup> Kess, 2023, s. 64.

<sup>185</sup> STM082:00/2017, s. 25.

<sup>186</sup> Nieminen, 2008, s. 892.

<sup>187</sup> Hämäläinen ja muut, 2017, s. 50.

<sup>188</sup> Makkonen ja muut, 2016, s. 43.

Euroopan neuvoston kidutuksen vastainen komitea on todennut, että ero fyysisen voiman käyttämisen ja väkivallanteon välillä voi olla hyvinkin pieni. Monissa tapauksissa hoitohenkilökunta ei ole kunnolla valmistautunut tai varustautunut aggressiivisen potilaan kohtaamiseen, jolloin voimakeinojen suhteellinen käyttäminen potilaan rauhoittamiseksi saattaa muuttua väkivaltaiseksi<sup>189</sup>. Voimakeinojen koulutuksessa tulisi keskittyä vyöllä sitomisen ja kiinnipitämisen lisäksi esimerkiksi kuljetusotteisiin ja potilaan maahanvienteihin, jotta rajoitustoimenpide saadaan ylipäättään suoritettua. Ohjeilla kuten turvallisen kiinnipidon ohjeilla varmistetaan, että hoitohenkilökunnalla on riittävästi tietoa kiinnipitämisen turvallisesta suorittamisesta sekä siitä mahdollisesti aiheutuvista riskeistä<sup>190</sup>. Hoitohenkilökunta hyödyntää työpaikkakoulutuksestaan saamiaan oppeja kuten väkivaltaisen käyttäytymisen hallintakeinoja itsetuhoisesti tai väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan rauhoittamiseksi. Suomen sairaanhoitopiirit hyödyntävät työntekijöiden täydennyskoulutuksena erilaisia väkivaltatilanteiden hallintakoulutuksia. Suomessa käytössä olevia väkivaltatilanteiden hallintakokonaisuuksia ovat muun muassa Väkivaltatilanteiden Ennaltaehkäisy ja Turvallinen Hoito (VETH), Hallittu Terapeuttinen Fyysinen Rajoittaminen (HTFR) ja AVEKKI, joka on toimintatapamalli aggression ja väkivallan ennakointiin<sup>191</sup>. On tärkeää huomioida myös fyysisten toimenpiteiden jälkeen käytävä purkukeskustelu eli debriefing potilaan kanssa, jotta toimenpiteiden kohde ei traumatisoidu esimerkiksi sitomisen takia. Purkukeskusteluiden kautta saadaan myös tärkeää tietoa toimenpiteiden kohteilta heidän kokemuksistaan, jotta rajoitustoimenpiteiltä voitaisiin jatkossa välttyä<sup>192</sup>. Näiden keskusteluiden ja kokemusten kautta saadaan myös hoitohenkilökunta arvioimaan omaa tekemistään ja sitä, että minkälainen lopputulos olisi saatu, jos tilanteessa olisikin käytetty jotain toista toimenpidettä.

Vertailuun nostan muutaman esimerkin aloilta, joiden voimankäytön koulutuksesta on säädetty lailla tai siitä on olemassa mainintaa. Näiden eri alojen säännösten vertailun ja systematisoinnin tarkoituksena on nostaa esille koulutuksen merkitys tehtävissä, joissa

---

<sup>189</sup> CPT/Inf (2006) 35, s. 14.

<sup>190</sup> Björkqvist ja muut, 2024, s. 17.

<sup>191</sup> Makkonen ja muut, 2016, s. 24, 43.

<sup>192</sup> Björkqvist ja muut, 2024, s. 17.

joudutaan puuttumaan yksilön perus- ja ihmisoikeuksiin. Varsinkin kehitysvammaisten erityishuollossa hoitohenkilökunta joutuu tilanteen mukaan rajoittamaan heikommassa asemassa olevien henkilöiden perusoikeuksia, jolloin kansainvälisten ihmisoikeussopimusten velvoitteiden täytyminen nousee erityiseen tarkkailuun<sup>193</sup>. Poliisin voimankäyttökoulutuksesta on säädetty sisäministeriön asetuksella poliisin voimakeinojen käyttämisestä sen 5 §:ssä (979/2004). Myös esimerkiksi vartijan ja järjestyksenvalvojan voimankäytön koulutuksesta on säädetty sisäministeriön asetuksella vartijan ja järjestyksenvalvojan koulutuksesta ja voimankäyttövälineiden koulutuksesta sekä turvallisuusalan elinkeinoluvan haltijan vastaavan hoitajan koulutuksesta (878/2016). Mielenterveyslaissa ei ole mainintaa hoitohenkilökunnan voimankäyttökoulutuksesta, vaikka esimerkiksi 4 a luvun 22 d §:ssä mainitaan hoitohenkilökunnan oikeudesta voimakeinoihin. Laissa kehitysvammaisten erityishuollosta on vastaavasti sen 3 a luvun 42 a.5, 2 §:ssä todettu vaativan moniammatillisen tuen yksikön henkilökunnan koulutuksesta rajoitustoimenpiteiden käyttöä edellyttävien tilanteiden ennalta ehkäisemiseen sekä rajoitustoimenpiteiden asianmukaiseen käyttämiseen.

## 5.1 Rajoitustoimenpiteet kehitysvammaisten erityishuollossa

Perusoikeuksien rajoitustoimenpiteistä on säännelty mielenterveyslain lisäksi muissakin sosiaali- ja terveydenhuollon erityislaeissa. Esimerkiksi laissa kehitysvammaisten erityishuollosta 3 a luvussa on säännelty rajoitustoimenpiteiden käytöstä. Kyseisen lain 3 a luvun 42 f §:ssä säädetään erityishuollossa olevan henkilön kiinnipitämisestä ja 42 l §:ssä todetaan rajoittavien välineiden, kuten sitomisen edellytyksistä. Kehitysvammalain mukaisia rajoitustoimenpiteitä voidaan käyttää vain erityishuollossa, mikä voi olla joko vapaaehtoista tai tahdosta riippumatonta<sup>194</sup>. Saman lain 3 a luvun 42 a.5, 2 §:ssä säädetään vaativan moniammatillisen tuen yksikön henkilökuntaan kuuluvien sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilöiden rajoitustoimenpiteiden asianmukaisen käyttämisen

---

<sup>193</sup> Turunen, 2025, s. 145.

<sup>194</sup> HE 191/2022 vp, s. 20.

koulutuksesta. Hallituksen esityksen mukaan erityishuoltoa annettaessa on huolehdittava siitä, että vaativan moniammatillisen tuen yksikön henkilökuntaan kuuluvat koulutetaan rajoitustoimenpiteiden käyttöä edellyttävien tilanteiden ennalta ehkäisemiseen ja rajoitustoimenpiteiden asianmukaiseen käyttämiseen<sup>195</sup>. Perustuslakivaliokunta on myös painottanut lausunnossaan erityishuollon toimintayksikön henkilökunnan perehdytyksen ja koulutuksen merkitystä rajoitustoimenpiteiden käyttämisessä. Koulutus ja perehdytys auttavat minimoimaan rajoitustoimenpiteiden käyttöä ja edistämään itse-määräämisoikeuden toteutumista<sup>196</sup>.

Vertailuna voidaan todeta, että mielenterveyslain pykälissä ja hallituksen esityksessä ei ole todettu hoitohenkilökunnan koulutuksesta rajoitustoimenpiteiden asianmukaiseen käyttämiseen ja rajoitustoimenpiteiden käyttöä edellyttävien tilanteiden ennalta ehkäisemiseen samalla tavalla kuin laissa kehitysvammaisten erityishuollosta, vaikka myös kehitysvammaisten erityishuolto voi perustua tahdosta riippumattomaan hoitoon. Esimerkiksi rajoitustoimenpiteenä toimiva potilaan sitominen esiintyy myös molemmilla erityisaloilla, mutta hoitohenkilökunnan koulutuksesta sen käyttöön on mainittu vain laissa kehitysvammaisten erityishuollosta<sup>197</sup>. Tämä herättää kysymyksen siitä, että onko kehitysvammaisten erityishuollossa enemmän tarvetta rajoitustoimenpiteiden kouluttamiselle kuin tahdonvastaisessa psykiatrisessa hoidossa vai miksi koulutuksen tarvetta ei ole säännelty myös mielenterveyslaissa.

## 5.2 Vartijoiden ja järjestyksenvalvojen voimankäyttö

Esimerkkinä mainittakoon myös vartijoiden ja järjestyksenvalvojen voimankäyttövälineiden koulutus, josta on säädetty sisäministeriön asetuksella (878/2016). Vaikka vartijoiden ja järjestyksenvalvojen tehtäväalue on erilainen kuin tahdonvastaisessa psykiatrisessa hoidossa työskentelevien hoitajien, molemmilla aloilla voidaan joutua käyttämään

---

<sup>195</sup> HE 191/2022 vp, s. 302.

<sup>196</sup> PeVL 15/2015 vp, s. 4.

<sup>197</sup> HE 191/2022 vp, s. 302, 311.

fyysisiä voimakeinoja tietyn toimenpiteen suorittamiseksi. Järjestyksenvalvoja voidaan käyttää turvaamaan sairaalan turvallisuutta ja järjestystä lain yksityisistä turvallisuuspalveluista (1085/2015) 28 §:n 1 momentin 1 kohdan mukaisesti<sup>198</sup>. Vartijat eivät voi estää potilaiden poistumista eivätkä voi noutaa potilasta takaisin sairaalaan vasten tämän tahtoaan<sup>199</sup>. Hoitotoimenpiteet ja hoidolliset rajoitustoimenpiteet kuuluvat hoitohenkilökunnan tehtäviin ja vartijan tehtävänä on ennen kaikkea varmistaa hoitohenkilökunnan koskemattomuus ja turvallisuus.

Oikeusasiamiehen pyytämässä selvityksessä on todettu HUS Valmiuskeskuksen turvallisuus- ja valmiusjohtajan toimesta, että mikäli hoitohenkilökunta arvioi pakkokeinojen käyttämistä, vartijan tehtävänä on avustaa hoitohenkilökuntaa ja varmistaa heidän fyysinen koskemattomuutensa<sup>200</sup>. Tällaisissa tilanteissa voisi kuvitella, että myös vartija voi joutua käyttämään fyysisiä voimakeinoja potilaaseen, mikäli tämä esimerkiksi hyökkää henkilökunnan päälle ja tilanne on saatava rauhoitettua. Myös tilanteet, joissa sekä hoitaja että vartija pyrkivät yhteistyössä saamaan potilaan hallintaan fyysistä voimaa käyttämällä voivat olla mahdollisia. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa ja toimipisteissä turvallisuusalan toimijat joutuvat kuitenkin turvautumaan pääasiallisesti vain oikeuttamisperusteina sallittuihin toimiin, kuten rikoslain mukaiseen hätävarjeluun<sup>201</sup>. Vartijat sekä järjestyksenvalvojat voivat toimia siis samassa toimipisteessä kuin hoitohenkilökunta ja myös vartijat voivat joutua käyttämään fyysistä voimaa sisältäviä keinoja tilanteiden rauhoittamiseksi ja henkilökunnan koskemattomuuden suojaamiseksi.

Sisäministeriön asetuksen 4 §:n mukaan vartijan voimankäyttövälineiden käyttäjäkoulutus sisältää voimankäyttövälineiden käytön lisäksi fyysisen voimankäytön perusteita. Vartijoita ja järjestyksenvalvoja voidaan käyttää esimerkiksi varmistamaan hoitohenkilökunnan työturvallisuus<sup>202</sup>. Sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevillä vartijoilla ja

---

<sup>198</sup> Riikonen, Paasonen, 2025, s. 5.

<sup>199</sup> EOAK/7801/2023, s. 6.

<sup>200</sup> EOAK/7801/2023, s. 2.

<sup>201</sup> HE 108/2014 vp, s. 26.

<sup>202</sup> Niuvanniemen sairaalan yleinen järjestys ja ohjeet koskien potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista, s. 6.

järjestyksenvalvojilla ei ole virkavastuuta, vaikka esimerkiksi vartijat ja järjestyksenvalvojat voivat joutua käyttämään julkista valtaa<sup>203</sup>. Potilasta koskeva pakkohoito ja siihen kuuluvat rajoitustoimenpiteet katsotaan julkisen vallan käytöksi, joiden käytöstä päättäminen kuuluu virassa olevalle lääkärille. Kiireellisissä tapauksissa, joissa potilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan esimerkiksi tämän tai muiden henkilöiden terveyden ja turvallisuuden takaamiseksi, työsopimussuhteessa tai virkasuhteessa oleva hoitohenkilöstö voi päättää toimenpiteistä itse. Työsopimussuhteinen hoitohenkilökunta käyttää siis kiireellisissä tapauksissa julkista valtaa<sup>204</sup>. Hoitohenkilöstö ja myös turvallisuusalan toimijat ovat kuitenkin rikosoikeudellisessa vastuussa, eikä työnantajan isännänvastuu koske työntekijän tekemiä rikoksia<sup>205</sup>. Vaikka hoitohenkilökunta ja sosi-aali- ja terveydenhuollossa työskentelevät vartijat ja järjestyksenvalvojat voivat joutua käyttämään työssään julkista valtaa sekä fyysisiä voimakeinoja, vain vartijoiden ja järjestyksenvalvojen fyysisen voimankäytön koulutuksesta on säädetty lailla. Koska järjestyksenvalvojilla ja vartijoilla ei ole oikeuksia rajoittaa tahdonvastaisessa hoidossa olevan potilaan perusoikeuksia, on hoitohenkilökunnan toimittava ensisijaisesti potilaaseen kohdistuvissa rajoitustilanteissa. Tällöin koulutuksen ja ammattitaidon merkitys korostuu ja antaa pohdittavaa sille, että pitäisikö tahdonvastaisessa hoidossa työskentelevien koulutukselle annettava enemmän painoarvoa lain näkökulmasta.

---

<sup>203</sup> Riikonen, Paasonen, 2025, s. 17–18.

<sup>204</sup> Parikka & Paavilainen, 2010, s. 1, 2, 3.

<sup>205</sup> Kess, 2023, s. 332–333.

## 6 Vastuu rajoitustoimenpiteistä

Vain virkasuhteessa olevilla henkilöillä on alustavasti oikeus julkisen vallan käyttöön<sup>206</sup>. Poikkeuksena perustuslain 124 §:ssä säädetään julkisen hallintotehtävän antamisesta muulle kuin viranomaiselle, jos se on tarpeen tehtävän tarkoituksenmukaiseksi hoitamiseksi eikä vaaranna perusoikeuksia. Julkista valtaa siirrettäessä yksityiselle fyysiselle henkilölle siirron mukana siirtyy toimivaltaa puuttua yksilöiden perusoikeuksiin, erityisesti klassisiin vapausoikeuksiin kuten liikkumisvapauteen<sup>207</sup>. Virkamiesten ohella hallinnossa työskentelevillä työsuhteisilla henkilöillä voi olla myös virkavastuu. Merkittäviä tilanteita virkavastuun kannalta ovat päätökset mielenterveyslain 4 a luvun mukaisten rajoitustoimenpiteiden käytöstä, joilla rajoitetaan potilaan itsemääräämisoikeutta<sup>208</sup>.

Tahdonvastaisessa psykiatrisessa hoidossa potilaan sitominen puuttuu vakavammin tämän henkilökohtaiseen koskemattomuuteen kuin esimerkiksi kiinnipitämällä<sup>209</sup>. Henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ei saa puuttua eikä vapautta riistää mielivaltaisesti eikä ilman laissa säädettyä perustetta, kuten Suomen perustuslain 2 luvun 7 §:ssä todetaan. Potilaan sitominen eli lepositeisiin asettaminen voi aiheuttaa tälle terveysriskejä, minkä takia potilaan sitominen on sallittua vain kaikista vaikeimmissa tilanteissa<sup>210</sup>. Hoitohenkilökunnan on siis tunnistettava kaikista vaikeimmat tilanteet ja osattava varautua niihin. Mielenterveyslain 4 a luvun 22 e §:n 1 momentin 1 kohdassa tarkoitettujen tilanteiden tulee suhteellisuusperiaatteen mukaisesti hoitaa ensisijaisesti käyttämällä lievimpiä keinoja, kuten kiinnipitämällä tai eristämällä<sup>211</sup>. Hoitohenkilökunta voi todennäköisesti joutua rajoitustoimenpiteen kuten sitomisen toteuttamiseksi käyttämään fyysistä voimaa, jotta potilas ylipäättään saadaan asetettua lepositeisiin. Niuvanniemen sairaalan

---

<sup>206</sup> STM082:00/2017, s. 10.

<sup>207</sup> Saraviita, 2011, s. 120.

<sup>208</sup> Ahlgrén-Rimpiläinen ja muut, 2024, s. 146, 148.

<sup>209</sup> HE 113/2001 vp, s. 25.

<sup>210</sup> HE 113/2001 vp, s. 25.

<sup>211</sup> HE 113/2001 vp, s. 25–26.

yleisessä järjestyksessä ja ohjeessa on todettu, että hoitohenkilökunta saa sitomisen ja eristämisen toteutumiseksi käyttää voimakeinoina kantamista sekä kiinnipitämistä<sup>212</sup>.

Valviran ohjeen mukaan, jota pidetään valtakunnallisena ohjauksen välineenä, turvavälineiden kuten sidontavöiden päätöksestä ja niiden asianmukaisesta käytöstä saattavat jäädä hoitohenkilökunnan vastuulle<sup>213</sup>. Kuten hallituksen esityksessä todetaan, lääkäri päättää potilaan sitomisesta ja eristämisestä, mutta lääkäri ei välttämättä ole aina paikalla silloin, kun vaaratilanne vaatii hoitohenkilökunnalta välittömästi toimenpiteitä. Potilasta ei voi myöskään eristää tai sitoa etukäteen vaaratilanteiden ennaltaehkäisemiseksi<sup>214</sup>. Myös lääkärin etukäteen tekemät rajoituspäätökset ovat kyseenalaisia. Esimerkiksi Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian osastolla lääkäri voi asettaa rajoituksen potilaalle varmuuden vuoksi etukäteen, jonka jälkeen hoitohenkilökunnalla on lopullinen vastuu rajoituksen toteuttamisesta. Myös päätösvalta tahdonvastaisen lääkityksen toteuttamisesta on hoitohenkilökunnalla, kun lääkäri on antanut esimerkiksi ennen viikonloppua määräyksen, jonka mukaan lääkitys voidaan tarvittaessa antaa rajoituskoodin 110a turvin viikonlopun aikana. Apulaisoikeusasiamies toteaa tarkastukseen liittyen, että tahdonvastaiseen lääkitykseen liittyviä päätöksiä, kuten muitakaan rajoituspäätöksiä, ei voida pitää voimassa varmuuden vuoksi<sup>215</sup>. Hoitohenkilökunnan on näissä tilanteissa osattava tehdä itse päätös, jossa määrittyvät välttämättömyys, oikean toimenpiteen valitseminen sekä sen turvallinen suorittaminen.

Lääkärin, joka tekee päätöksen mielenterveyslain 4 a luvun mukaisten rajoitustoimenpiteiden käyttämisestä on oltava virkasuhteessa valtioon, kuntaan tai kuntayhtymään<sup>216</sup>. Kiireellisissä tapauksissa hoitajat voivat kuitenkin joutua itse päättämään rajoitustoimenpiteiden käyttämisestä<sup>217</sup>. Hoitohenkilökunnan vastuulle jäävät päätökset

---

<sup>212</sup> Niuvanniemen sairaalan yleinen järjestys ja ohjeet koskien potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista, s. 6.

<sup>213</sup> Vidén & Kauppi, 2014, s. 14.

<sup>214</sup> HE 113/2001 vp, s. 26.

<sup>215</sup> EOAK/341/2024, s. 12, 23, 24.

<sup>216</sup> STM082:00/2017, s. 25.

<sup>217</sup> Parikka & Paavilainen, 2010, s. 2.

esimerkiksi sitomisesta lääkärin poissaollessa pohjautuvat juuri siinä tilanteessa henkilökunnan ammattitaitoon ja osaamiseen. Vaarana voi kuitenkin olla se, että rajoitustoimenpiteitä käytetäänkin paikkaamaan hoitohenkilökunnan vajetta<sup>218</sup>. Sairaaloiden ja osastojen omilla järjestyssäännöillä ei saa myöskään rajoittaa potilaiden perusoikeuksia, vaan toimenpiteiden on aina perustuttava lakiin<sup>219</sup>. Hankalan ja yllättävänkin potilastilanteen syntyessä hoitohenkilökunnan on siis sovellettava rajoitustoimenpiteitä suhteellisuusperiaatteen ja lain säännösten mukaisesti, eikä turvauduttava esimerkiksi osaston omiin järjestyssääntöihin tilanteen nopeasti ratkaisemiseksi.

Työnantajalla on isännänvastuu työntekijöidensä tekemisistä, mutta työnantaja voi vaatia työntekijältään vahingonkorvausta tekemästään vahingosta tai rikoksesta<sup>220</sup>. Hoitohenkilöstöä koskevat yleiset rikosoikeudelliset normit, joten työntekijä on rikosoikeudellisessa vastuussa, mikäli esimerkiksi hoidon laiminlyömisestä seuraa potilaalle vahinkoa tai kuolema. Mikäli hoitohenkilöstö on virkasuhteessa rikoslain 40 luvun 11 pykälän 1 kohdan mukaisesti esimerkiksi hyvinvointialueeseen tai saman pykälän 5 kohdan mukaan käyttää julkista valtaa, ovat hoitotyöntekijät rikosoikeudellisessa virkavastuussa. Sosiaali- ja terveydenhuollossa voi täytyä esimerkiksi rikoslain 21 luvun 10 §:ssä todettu vammantuottamus tai 3 luvun 3 §:ssä todettu laiminlyönti<sup>221</sup>. On huomionarvoista, että vuosina 2013–2023 vain yksi mielenterveyshoitaja tuomittiin tuottamuksellisesta virkavelvollisuuden rikkomisesta sakkoon. Tapauksessa hoitaja ei ollut kirjannut saamaansa tietoa potilaan itsetuhoisesta käytöksestä. Kyseinen potilas oli myöhemmin yrittänyt itsemurhaa, kun hänelle oli myönnetty vapaakävelyoikeus osastolta<sup>222</sup>.

Tutkimuksen mukaan fyysiset rajoitustoimenpiteet lisäävät esimerkiksi mustelmien riskiä, jotka ovat yhteydessä murtumien sekä päävammojen riskiin<sup>223</sup>. Kohtelu, joka on aiheuttanut potilaalle voimakasta fyysistä ja henkistä kärsimystä ja joka on esimerkiksi

---

<sup>218</sup> Kess, 2023, s. 82.

<sup>219</sup> Makkonen ja muut, 2016, s. 11.

<sup>220</sup> Kess, 2023, s. 332.

<sup>221</sup> Kess, 2023, s. 333–334.

<sup>222</sup> Muukkonen ja muut, 2025, s. 58.

<sup>223</sup> Kess, 2023, s. 82.

jatkunut useita tunteja, on nähty Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen ratkaisussa ihmisarvoa loukkaavana. Suljetuilla osastoilla olevat potilaat ovat heikommassa asemassa hoitohenkilökuntaan nähden ja tämän takia kyseinen asetelma vaatii erityistä tarkastelua silloin, kun arvioidaan Euroopan ihmisoikeussopimuksessa asetettujen velvoitteiden täyttymistä<sup>224</sup>. Kaltoinkohtelun kohteeksi joutuneet henkilöt eivät myöskään välttämättä ole aina valmiita tekemään valituksia saamastaan kaltoinkohtelusta, jolloin viranomaisten on oltava valmiita aloittamaan kohtelun tutkiminen, vaikka virallista valitusta ei olisikaan tehty. Viranomaisten on aloitettava tutkiminen jo silloin, mikäli havaittavissa on selkeitä viitteitä potilaan kaltoinkohtelusta. Erityisesti psykiatrisessa hoidossa olevien potilaiden heikko asema on jo itsessään syy tarkastella tarkemmin sitä, että onko Euroopan ihmisoikeussopimuksen velvoitteita noudatettu<sup>225</sup>.

---

<sup>224</sup> Turunen, 2025, s. 145.

<sup>225</sup> EIT tapaus M.S. v. Kroatia (19.2.2015), kohta 76.

## 7 Lopuksi

Tutkielman tutkimuskysymykset olivat, että mitä mielenterveyslain 4 a luvussa säädetty perusoikeuksien fyysistä voimankäyttöä sisältävät rajoitustoimenpiteet ovat, ovatko näiden rajoitustoimenpiteiden käytön edellytykset riittävän selkeitä, sekä onko tahdonvastaaisessa psykiatrisessa hoidossa työskentelevien hoitajien koulutus rajoitustoimenpiteiden käyttöön riittävän hyvällä tasolla ja onko sitä säännelty. Tutkielma on myös tarkastellut potilaiden itsemääräämisoikeutta, vastuukysymyksiä rajoitustoimenpiteiden päätöksiin liittyen sekä rajoitustoimenpiteiden eli pakkotoimien tilastointia.

Rajoitustoimenpiteet voidaan nähdä epäeettisinä toimenpiteinä, jotka loukkaavat yksilön perusoikeuksia, kuten oikeutta henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen. Rajoitustoimenpiteet ovat kuitenkin välttämättömiä siinä määrin, kuin sairauden hoito, potilaan tai toisen henkilön turvallisuus tai muun säädetyn edun turvaaminen sitä välttämättä vaatii. Potilaan perusoikeuksia ja itsemääräämisoikeutta saa näillä perusteilla rajoittaa mielenterveyslain 4 a luvun 22 b pykälän nojalla. Tässä tutkielmassa erityisesti fyysistä koskemista ja voimankäyttöä sisältävät rajoitustoimenpiteet ovat olleet keskiössä. Mielenterveyslain 4 a luvussa todetut liikkumisvapauden rajoittaminen ja potilaan eristäminen ovat toimenpiteitä, joiden suorittaminen vaatii fyysisen voiman käyttämistä. Myös saman luvun 22 b §:ssä todetun psyykkisen sairauden hoidon toteutumiseksi hoitava lääkäri voi päättää potilaan kiinnipitämisestä tai sitomisesta hoitotoimenpiteen ajaksi. Perusoikeuksien rajoitustoimenpiteet voivat tulla myös arvioitavaksi rikoslain 4 luvussa tarkoitettuna hätävarjeluna tai pakkotilassa sallittuna tekona, mikäli sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä ei ole rajoitustoimenpiteitä koskevia säännöksiä<sup>226</sup>.

Työnantaja voi vaatia työntekijäänsä maksamaan vahingonkorvausta tekemästään vahingosta tai rikoksesta<sup>227</sup>. Tämä voi konkretisoitua esimerkiksi tapauksessa, jossa hoidosta vastaava lääkäri on määrännyt rajoitustoimenpiteen käytöstä sitomalla, mutta hoitaja

---

<sup>226</sup> Kess, 2023, s. 83.

<sup>227</sup> Kess, 2023, s. 332.

laiminlyökin toimenpiteen tekemällä potilaalle jonkin muun toimenpiteen, josta aiheutuu vahinkoa kyseessä olevalle potilaalle. Näissä tapauksissa vastuun selkeyttäminen on tarpeen, koska rikos- ja vahinkotilanteissa loukataan olennaisesti potilaan perus- ja ihmisoikeuksia. Hoitohenkilökunta käyttää julkista valtaa puuttuessaan potilaan perus- ja ihmisoikeuksiin, jolloin työntekijät ovat myös rikosoikeudellisessa virkavastuussa. Tilanteet ja edellytykset rajoitustoimenpiteelle kuten sitomiselle voivat syntyä yllättäen, jolloin hoitohenkilökunnan on tehtävä itse päätös rajoitustoimenpiteen tekemisestä, koska hoidosta ja rajoituksista päättävä lääkäri ei välttämättä ole juuri sillä hetkellä tavoitettavissa. Tällöin korostuu hoitohenkilökunnan osaaminen voimakeinojen koulutuksen kautta. Hoitohenkilökunnan on ymmärrettävä syyt ja tekijät väkivaltaisuuteen ja kehitettävä taitoja sen kohtaamiseen<sup>228</sup>. Toimivaltuuksien sääntelyn selkeyttäminen tapauksiin, joissa hoitohenkilökunta joutuu itse päättämään yksilön perusoikeuksiin kohdistuvista fyysisistä rajoitustoimenpiteistä, parantaisi potilaiden oikeusturvaa ja perusoikeuksien oikeanlaista toteutumista.

Hoitohenkilökunnan omaa turvallisuutta on myös korostettava, koska rajoitustoimenpiteiden käytön yhteydessä myös hoitohenkilökuntaan voi kohdistua pahoinpitelyä ja fyysisiä vammoja. Psykiatristen sairaaloiden hoitohenkilökunnalle tulisi tarjota rajoitustoimenpiteiden käytön koulutusohjelmia ja rajoitustoimenpiteiden käyttöön oikeuttavien oikeussäännösten tulisi olla täsmällisempiä<sup>229</sup>. Myös näiden rajoitustoimenpiteiden käytön koulutuksen sääntely voisi tuoda oikeudellista varmuutta niiden oikeanlaiseen käyttämiseen. Verrattuna kehitysvammaisten erityishuollon hoitohenkilökuntaan sekä sosiaali- ja terveydenhuollossa työskenteleviin vartijoihin ja järjestyksenvalvojiin, tahdonvastaisessa hoidossa työskentelevien fyysisen voimankäytön koulutuksesta ei ole säädetty lailla. Koulutusta fyysiseen voimankäyttöön on kuitenkin olemassa, sillä hoitohenkilökunta hyödyntää työpaikkakoulutuksissa opittuja väkivaltaisen käyttäytymisen hallinta-keinoja<sup>230</sup>.

---

<sup>228</sup> Makkonen ja muut, 2016, s. 29.

<sup>229</sup> Keski-Valkama ja muut, 2007, s. 751.

<sup>230</sup> Makkonen ja muut, 2016, s. 24.

Rajoitustoimenpiteiden käytön vähentäminen on nähty tahdonvastaisessa psykiatrisessa hoidossa tavoiteltavana asiana ja muun muassa jälkipuinnin lisäämistä myös potilaiden kanssa on korostettu. Rajoitustoimenpiteitä ei voida oikeuttaa hätävarjelulla ja pakkotilanteilla, koska ne tulevat käytettäväksi vain akuuteissa tilanteissa. Eduskunnan oikeusasiamieskin on todennut, että potilaan ja hoitohenkilökunnan oikeusturvan toteutumiseksi ei riitä se, että rajoitustoimenpiteitä oikeutetaan hätävarjeluun ja pakkotilanteilla säännöksillä<sup>231</sup>. Vaikka erityislaeissa kuten mielenterveyslaissa on säännelty paremmin rajoitustoimenpiteiden käytöstä, niiden tulee olla välttämättömiä tietyn tavoitteen saavuttamiseksi, suhteellisuusvaatimuksen mukaisia ja niiden on oltava myös hyväksyttäviä. Rajoitustoimenpiteiden vähentäminen ja vaihtoehtoisten toimenpiteiden läpikäyminen sekä niiden lisääminen on linjassa sen kanssa, että mahdollisuuksia toimia toisin rajoittamisen sijasta tulee arvioida joka kerta erikseen, kun potilaaseen kohdistetaan rajoitustoimenpiteitä<sup>232</sup>.

Rajoitustoimenpiteiden tilastoinnissa on havaittavissa myös puutteita. Julkisesti nähtävät pakkotoimien lukumäärät loppuvat vuoteen 2016, eikä uusia tilastointeja eritellyistä pakkotoimien lukumääristä ole ulkoisesti saatavilla. Vuosien 2019 ja 2020 psykiatrian erikoissairaanhoidon tilastoraporteissa on nähtävillä vielä pakkotoimien lukumääriä, mutta tämän jälkeen niitä ei ole tilastoitu tilastoraporteissa. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ylläpitämän Sotkanetin tietokannasta on nähtävillä kuitenkin ajantasaisia potilaiden lukumääriä, joihin on kohdistunut rajoitustoimenpiteitä. Mielenterveyslain 4 a luvun 22 f §:n 4 momentin mukaan lupa- ja valvontavirastolle on toimitettava kahden viikon välein ilmoitukset potilaiden sitomisista ja eristämisistä. Vaikka esimerkiksi tilastot eritellyistä pakkotoimien lukumääristä olisivat saatavilla, tilastointiin liittyvien ongelmien vuoksi ne eivät kuitenkaan ole luotettavia<sup>233</sup>. Esimerkiksi hoitoyksiköillä voi olla erilaiset tavat kerätä tietoja potilaiden sitomisista ja eristämisistä, mikä vaikuttaa tietojen luotettavuuteen.

---

<sup>231</sup> Vidén & Kauppi, 2014, s. 13.

<sup>232</sup> Kess, 2023, s. 30.

<sup>233</sup> Björkqvist ja muut, 2024, s. 3.

arviointiin ja vertailuun<sup>234</sup>. Apulaisoikeusasiamies on todennut suljetuissa laitoksissa olevan aina kaltoinkohtelun vaara, ja koska pakkotoimien tilastotietojen keräämisessä on ollut ongelmia herää kysymys siitä, että kuinka moni rajoituksiin liittyvistä toimenpiteistä jää todellisuudessa ilmoittamatta? Myös rajoitustoimenpiteiden käytön valvonta tästä syystä on puutteellista ja jättää toimenpiteiden oikeanlaisen ja turvallisen toteutumisen pohtimisen varaan.

Kansallisessa mielenterveysstrategiassa on linjattu tavoitteeksi vähentää pakkotoimien käyttöä tahdosta riippumattomassa hoidossa, mutta toimenpiteiden lukumäärissä ei ole silti tapahtunut muutoksia<sup>235</sup>. Päinvastoin esimerkiksi potilaiden lukumäärät, joihin on kohdistettu fyysisiä rajoitustoimenpiteitä, ovat olleet jatkuvassa kasvussa. Vaikka rajoitustoimenpiteiden lukumäärät ovat kasvussa, hoitajien virkavelvollisuusrikkoksia ei ole tapahtunut kuin vain yksi vuosina 2013–2023<sup>236</sup>. Tämä voi tarkoittaa sitä, että hoitohenkilökunnan ammattiosaaminen on hyvällä tasolla, eikä esimerkiksi virkavelvollisuusrikkomuksia rajoitustoimenpiteiden käytössä ole tapahtunut. Se voi tarkoittaa myös sitä, että rikkomukset eivät ole tulleet ilmi tilastointiongelmien vuoksi.

Rajoitustoimenpiteet voivat aiheuttaa ikäviä kokemuksia niiden kohteelle sekä niitä käytäville henkilöille. Potilaan mahdollisuuksia osallistua omaan hoitoprosessiinsa sekä hoidossa käytettäviin menetelmiin on lisättävä, sekä jälkipuintia on suoritettava myös rajoitustoimenpiteiden kohteina olevien kanssa. Tahdonvastaisessa psykiatrisessa hoidossa käytettävät rajoitustoimenpiteet kohdistuvat olennaisesti potilaan perus- ja ihmisoikeuksiin, jolloin niihin oikeuttavan sääntelyn, eettisten ohjeiden, voimakeinojen sekä niitä soveltavien henkilöiden toimivaltuuksien on oltava tarkkoja ja selkeitä.

---

<sup>234</sup> Laukkanen ja muut, 2020, s. 442.

<sup>235</sup> Björkqvist ja muut, 2024, s. 3, STM julkaisuja 2020:6, s. 28.

<sup>236</sup> Muukkonen ja muut, 2025, s. 58.

## Lähteet

- Ahlgrén-Rimpiläinen, A., Seppänen, A., Melander, S., Rautanen, M. (2024). *Oikeuspsykiatria*. Helsinki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2024.
- Asikainen, J. Vehviläinen-Julkunen, K., Repo-Tiihonen, E. Louheranta, O. (2023). Use of debriefing following restrictive practices in forensic psychiatric care. *The Journal of Forensic Practice*, Volume 25, No. 1, pp. 46–56. DOI:10.1108/JFP-08-2022-0040
- Autioniemi, J. (2025). *Tieteellinen argumentointi hallinto- ja yhteiskuntatieteissä*. Vaasan yliopiston raportteja 53, Vaasan yliopisto, Johtamisen yksikkö, Sosiaali- ja terveys-hallintotiede. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-395-194-5>
- Björkqvist, M., Korte, M., Tammentie-Sarén, T. (2024). *Eristämisen ja sitomisen kansalliset laatukriteerit: Käsikirja*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2024.
- Hallberg, P., Karapuu, H., Ojanen, T., Scheinin, M., Tuori, K., Viljanen, V-P. (2005). *Perusoikeudet*. Helsinki, Sanoma Pro, 2005.
- Helminen, K., Kuusimäki, M., Rantaeskola, S. (2012) *Poliisilaki*. Helsinki, Talentum, 2012.
- Hirvonen, A. (2011). *Mitkä menetit? Opas oikeustieteen metodologiaan*. Helsinki, Ari Hirvonen, Yleisen oikeustieteen laitoksen julkaisuja, 2011.
- Hirvonen, H., Ristola, P., Sanaksenaho, J. (2026). Muistisairas vanhus kuoli turkulaisessa hoivakodissa – kysyimme Esperiltä, miksi vanhuksia sidotaan. *YLE*. Noudettu 27.1.2026 osoitteesta <https://yle.fi/a/74-20203656>
- Hoecke, M. van (2013). *Methodologies of Legal Research: Which Kind of Method for What Kind of Discipline?* European Academy of Legal Theory Series, Bloomsbury Publishing, 2013.
- Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C., Seuri, T. (2017). *Mielenterveys-hoitotyö*. Helsinki, Sanoma Pro Oy, 2017, 5. uudistettu painos.
- Häyry, H. (1991). *The Limits of Medical Paternalism*. London Routledge, 1991.
- Keski-Valkama, A., Sailas, E., Eronen, M., Koivisto, A., Lönnqvist, J., Kaltiala-Heino, R. (2007). A 15-year national follow up: legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 42, 747-752 (2007). DOI:10.1007/s00127-007-0219-7

- Kess, K. (2023). *Itsemääräämisoikeus sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Helsinki, Alma Talent, 2023.
- Koivisto, I. (2018). Ohjattua vapautta? Itsemääräämisoikeus hallinnan välineenä. *Lakimies* 6/2018, 627–650.
- Laukkanen, E., Kuosmanen, L., Selander, T., Vehviläinen-Julkunen, K. (2020). Seclusion, restraint, and involuntary medication in Finnish psychiatric care: a register study with root-level data. *Nordic Journal of Psychiatry* 74 (8), 2020. DOI:10.1080/08039488.2020.1733658
- Launis, V. (2010). Itsemääräämisoikeus ja paternalismi terveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 47 (2). DOI:10.23990/sa.2821
- Lehtonen, L., Lohiniva-Kerkelä, M., Pahlman, I. (2014). *Terveysjuridiikka*. Helsinki, Talentum Media, Alma Talent, 2014-.
- Makkonen, P., Putkonen, A., Korhonen, J., Kuosmanen, L., Kärkkäinen, J. (2016). *Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, työpaperi 35/2016.
- Muukkonen, M., Sutela, M., Rikander, H. (2025). Kuntia koskevat virkarikostuomiot käräjäoikeuksissa: empiirinen analyysi. *Defensor Legis* 1/2025, 46–68.
- Nieminen, L. (2008). Laitoshoidossa oleviin vanhuksiin kohdistuvat perusoikeuksien rajoitukset. *Lakimies* 6/2008, 871–893.
- Nieminen, L. (2010). Raskaana olevien päihteitä käyttävien naisten tahdosta riippumaton hoito perusoikeuksien kannalta – kenen etu ratkaisee? *Lakimies* 4/2010, 537–558.
- Niuvanniemen sairaalan yleinen järjestys ja ohjeet koskien potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista. (2023). Noudettu 2.10.2025 osoitteesta <https://www.niuva.fi/wp-content/uploads/2024/10/yleinen-jarjestys-ja-ohjeet-koskien-potilaan-itsemaaraamisoikeuden-rajoittamista-v2.pdf>
- Owen, J. Floyd, M. (2010). Negotiated Coercion: Thoughts about Involuntary Treatment in Mental Health. *Ethics and Social Welfare*, Volume 4, 2010, Issue 3. DOI:10.1080/17496535.2010.516131
- Parikka, U., Paavilainen, M. (2010). *Julkista valtaa sisältävien lääkärin tehtävien hoitamisen kunnallisessa terveydenhuollossa*. Muistio, Kuntaliiton yleiskirje 17/80/2010.

- Paso, M. (2014). Yksi lensi yli käenpesän – vapaudenriisto mielisairauden perusteella. Teoksessa M. Paso, P. Saukko & M. Tolvanen (toim.), *lura novit curia – Juhlakirja Veijo Tarukannel 60 vuotta* (s. 107–120). Helsinki, Edita Publishing Oy 2013.
- Pellonpää, M., Gullans, M., Pölönen, P., Tapanila, A. (2018). *Euroopan ihmisoikeussopimus*. 6. uudistettu painos, Helsinki, Alma Talent, 2018.
- Rautiainen, P., Kostianen, A., Kurki, V., Soininen, N., Määttä, T. (2023). *Oikeus ja sen tutkiminen*. Tampere, Vastapaino, 2023.
- Repo-Tiihonen, E., Putkonen, A., Tuppurainen, H. (2012). Potilaan rajoittaminen psykiatrisessa sairaalahoitossa. *Duodecim* 2012;128(22), 2336–2343.
- Riikonen, T., Paasonen, J. (2025). Sairaalavartiointi ja yksityisen turvallisuusalan toimivaltuuksien haasteet. *Defensor Legis* 1/2025, 5-23.
- Rikander, H. (2017). The Use of Electroshock Weapons by the Finnish Police in 2016. *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab* 104(2), 119–152. DOI:10.7146/ntfk.v104i2.115038
- Saraviita, I. (2011). *Perustuslaki*. Helsinki, Alma Talent, 2011.
- Siltala, R. (2003). *Oikeustieteen tieteenteoria*. Helsinki, Suomalaisen Lakimiesyhdistyksen julkaisuja: A-sarja N:o 234, 2003.
- Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrütter, R., Conca, A., Hatling, T., Janssen, W., Keski-Valkama, A., Mayoral, F., Whittington, R. (2009). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 45(9):889–97, PubMed. DOI:10.1007/s00127-009-0132-3
- Toivonen, V. Mäki-Petäjä-Leinonen, A. Nykänen, E., Aalto-Heinilä, M. (2022). *Hyvinvointioikeus – kirjoituksia oikeudesta ja hyvinvoinnista*. Helsinki, Kauppakamari, 2022.
- Turunen, M. (2025). *Itsemääräämisoikeuden rajat ja rajoittaminen täysi-ikäisen potilaan somaattisessa hoidossa*. Lapin yliopisto, 2025. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-337-463-8>
- Tuori, K., Kotkas, T. (2023). *Sosiaalioikeus*. 6. uudistettu painos, Helsinki, Alma Talent, 2023.

- Ulmanen, M-S., Perttola, L. (2026). Pakon käytön vähentäminen ja oikeussuojan tehokkuus tahdosta riippumattomassa psykiatrisessa hoidossa – Havaintoja ihmisoi-  
keuksien valvontakäytännöstä. *Edilex-sarja 2026/1*, Edilex Lakitieto Oy 2026.
- Vidén, H., Kauppi, A. (2014). Pakon ja rajoitustoimenpiteiden käyttö ikääntyneiden lai-  
toshoidossa. *Edilex-sarja 2014/7*, Edita Publishing 2014.
- Watson, S., Thorburn, K., Everett, M., Fisher, K. (2014). Care without coercion – mental  
health rights, personal recovery and trauma-informed care. *Australian Journal of  
Social Issues (John Wiley & Sons, Inc)* Vol. 49 Issue 4, p529–549. 21p, 2014.  
DOI:10.1002/j.1839-4655.2014.tb00327.x
- Wynn, R. (2004). Restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital.  
*International Journal of Circumpolar Health*, Volume 63, 2004, Issue 4.  
DOI:10.3402/ijch.v63i4.17763

## Virallislähteet

- CAT/OP/27/2 Optional Protocol to the Convention against Torture and Other Cruel, In-  
human or Degrading Treatment or Punishment. United Nations, Subcommittee  
on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or  
Punishment.
- CCPR/C/GC/35 General comment No. 35 on Article 9, Liberty and security of person. In-  
ternational Covenant on Civil and Political Rights. United Nations, Human Rights  
Committee.
- CPT/Inf (2006) 35: 16<sup>th</sup> General Report on the CPT's activities. European Committee for  
the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment.
- HE 14/2023 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi mielenterveyslain ja hallinto-oi-  
keuslain 7 §:n muuttamisesta.
- HE 191/2022 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle vammaispalvelulaiksi ja siihen liittyviksi  
laeiksi.
- HE 335/2010 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi mielenterveyslain ja raskauden  
keskeyttämisestä annetun lain 8 §:n muuttamisesta.

HE 44/2002 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle rikosoikeuden yleisiä oppeja koskevan lainsäädännön uudistamiseksi.

HE 113/2001 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi mielenterveyslain ja hallinto-oikeuslain 7 §:n muuttamisesta.

HE 309/1993 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta.

HE 108/2014 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaalihuollon asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta ja rajoitustoimenpiteiden käytön edellytyksistä sekä eräiksi siihen liittyviksi laeiksi.

Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki, 2020.

PeVL 15/2015 vp–HE 96/2015 vp. Perustuslakivaliokunnan lausunto sosiaali- ja terveysvaliokunnalle hallituksen esityksestä eduskunnalle laiksi kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain muuttamisesta.

PeVL 34/2001 vp–HE 113/2001 vp. Perustuslakivaliokunnan lausunto hallituksen esityksestä laeiksi mielenterveyslain ja hallinto-oikeuslain 7 §:n muuttamisesta.

PeVM 25/1994 vp–HE 309/1993 vp. Perustuslakivaliokunnan mietintö n:o 25 hallituksen esityksestä perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta.

Recommendation No. R (99) 4 of the Committee of Ministers to Member States on principles concerning the legal protection of incapable adults. The Council of Europe, Committee of Ministers.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeus jatkotyöryhmä STM082:00/2017: arviomuistio: tahdosta riippumaton hoito ja pakkotoimet mielenterveyslaissa, päihdehuoltolaissa ja muussa sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä. Sosiaali- ja terveysministeriö.

StVM 15/2023 vp–HE 14/2023 vp. Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintö hallituksen esityksestä eduskunnalle laeiksi mielenterveyslain ja hallinto-oikeuslain 7 §:n muuttamisesta.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2016). *Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2014*. Tilasto-  
raportti 7/2016. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016051612397>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2018). *Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2017*. Tilasto-  
raportti 33/2018. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2018101037957>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2020). *Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2019*. Tilasto-  
raportti 53/2020. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe20201217101056>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2021). *Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2020*. Tilasto-  
raportti 44/2021. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021121460320>

## **Ylimpien lainvalvojien ratkaisut**

Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisu EOAK/55/2022.

Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisu EOAK/3565/2021.

Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisu EOAK/1601/2018.

Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisu EOAK/765/2022.

Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisu EOAK/6721/2024.

Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisu EOAK/7801/2023.

Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisu EOAK/2458/2019.

Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisu EOAK/5780/2023.

Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisu EOAK/2570/2019.

Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisu EOAK/341/2024.

## **Oikeuskäytäntö**

KKO:2023:93.

## **Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen ratkaisut**

EIT tapaus M.S. v. Kroatia, 19.2.2015.

EIT tapaus Bataliny v. Venäjä, 23.7.2015.

EIT tapaus Hadžimejlić ja muut v. Bosnia ja Hertsegovina, 3.11.2015.

EIT tapaus X v. Suomi, 3.7.2012.

EIT tapaus Witold Litwa v. Puola, 4.4.2000.

EIT tapaus Herczegfalvy v. Itävalta, 24.9.1992.

EIT tapaus H.H. v. Suomi, 9.12.2025.

EIT tapaus Winterwerp v. Alankomaat, 24.10.1979.